

**MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING VOLGENS  
DIE NARRATIEWE WERKSWYSE AAN PERSONE WAT  
'N AMPUTASIE ONDERGAAN HET**

**Deur**

**JOHANNA SUSANNA ELS**

**Voorgelê om te voldoen aan die vereistes vir die graad**

***Philosophiae Doctor***

**in die Fakulteit Geesteswetenskappe**

**(Departement Maatskaplike Werk)**

**aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat**

**September 2010**

**Promoter: Dr. M.J.M. du Plessis**



## VOORWOORD

1. Aan God Drie-enig al die eer, dank en aanbidding, want U is waardig om geloof te word.
2. Baie dankie aan al die deelnemers aan die navorsing, dat ek 'n deel van julle storie kon word. Saam het ons gesoek, geworstel en die goeie nuus gekry dat God genadig is en dat die lewe die moeite werd is om te leef. In julle geselskap het ek groot gedeeltes van my eie storie leer ken.
3. Baie dankie aan my studieleier, Dr. Du Plessis, vir die toewyding en integriteit waarmee u my begelei het.
4. Baie dankie aan Me. Stoltz wat die taalversorging op so 'n professionele wyse gedoen het.
5. Baie dankie vir my gesin en familie vir julle liefde, belangstelling en meeleving. Dis 'n voorreg om julle as mede-reisigers op die lewenspad te hê.

Ek, Johanna Susanna Els, verklaar dat die proefskrif wat hierby vir die graad Philosophiae Doctor aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graag aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie.

Ek, Johanna Susanna Els, doen afstand van my outeursreg ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

# INHOUDSOPGAWE

## HOOFSTUK 1

### INLEIDENDE ORIËNTERING

1.1 KEUSE VAN DIE ONDERWERP .....	17
1.2 NAVORSINGSPROBLEEM EN NAVORSINGSVRAE .....	20
1.3 DOEL VAN DIE STUDIE .....	21
1.3.1 Doelstellings .....	22
1.3.2 Doelwitte .....	23
1.3.2.1 Literatuurstudie .....	23
1.3.2.2 Empiriese navorsing .....	24
1.4 NAVORSINGSMETODE EN –PROSEDURE .....	24
1.4.1 Kwalitatiewe navorsing en deelnemende-aksienavorsing .....	25
1.4.2 Navorsing en persone met fisiese gestremdheid .....	25
1.4.3 Navorsing en hospitaal maatskaplike werk .....	26
1.4.4 Deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werkswyse .....	27
1.4.5 Narratiewe ondersoek .....	29
1.4.6 Analise van data .....	29
1.4.7 Die proses van deelnemende-aksienavorsing .....	32
1.5 BEGRENsing VAN DIE STUDIE .....	33
1.6 BEGRIPSOMSKRYWINGS .....	34
1.6.1 Maatskaplikewerkhulpverlening .....	34
1.6.1.1 Maatskaplike werk .....	35
1.6.1.2 Hospitaal maatskaplike werk .....	37
1.6.2 Narratiewe werkswyse .....	39
1.6.2.1 Postmodernisme .....	39
1.6.2.2 Konstruktiewisme .....	40
1.6.2.3 Konstruksionisme .....	41
1.6.2.4 Narratief .....	41
1.6.3 Amputasie .....	42
1.6.4 Deelnemende-aksienavorsing .....	43

1.7 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG .....	44
1.8 SAMEVATTING .....	45

## HOOFSTUK 2

### DIE CHRISTELIKE MENS- EN WêRELDBESKOUING AS BEGRONDING VIR MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING

2.1 DIE INVLOED VAN 'N MENS- EN WêRELDBESKOUING OP MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING .....	48
2.2 DIE CHRISTELIKE MENS BESKOUING .....	50
2.2.1 Die mens is na die beeld van God geskape .....	51
2.2.2 Die mens as verteenwoordiger van God op aarde .....	54
2.2.3 Die mens word deur sonde aangetas .....	56
2.2.4 Die mens as herskepte wese deur die verlossing in Jesus Christus en onder leiding van die Heilige Gees .....	58
2.2.5 Die sin en doel van die mens se lewe op aarde .....	62
2.2.6 Die mens as God se instrument om andere se lyding te help dra .....	64
2.2.7 Lyding, siekte en gestremdheid as deel van die mens se bestaan .....	67
2.3 DIE CHRISTELIKE WêRELDBESKOUING .....	73
2.3.1 Die wêreld as deel van God se skepping .....	74
2.3.2 Die mens se verhouding met die wêreld .....	75
2.3.3 Die invloed van die sonde op die wêreld .....	76
2.3.4 'n Herskepte wêreld met 'n toekomsvisie .....	78
2.4 MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING IN DIE LIG VAN DIE CHRISTELIKE MENS- EN WêRELDBESKOUING .....	79
2.4.1 Die rol van 'n mens- en wêreldbeskouing in die praktyk van maatskaplike werk .....	81
2.4.2 Motivering vir hulpverlening vanuit die Christelike beskouing .....	83
2.4.3 Implikasies van die Christelike beskouing vir maatskaplikewerk- hulpverlening .....	84
2.4.3.1 Die invloed van die Christelike beskouing op die ontwikkeling van maatskaplike werk .....	85
2.4.3.2 Die doel van maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing .....	87

2.4.3.3 Die verhouding met die mens wat hulp ontvang .....	90
2.4.3.4 Die beginsels van maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing .....	94
2.4.3.5 Maatskaplikewerkhulpverlening aan siekes en persone met gestremdheid vanuit die Christelike beskouing .....	105
2.5 SAMEVATTING .....	109

## **HOOFSTUK 3**

### **EPISTEMOLOGIEë VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME**

3.1 BYDRAES TOT DIE ONTWIKKELING VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME .....	111
3.1.1 Konstruktiewisme .....	114
3.1.1.1 Humberto Maturana .....	115
3.1.1.2 Ernst von Glasersfeld .....	119
3.1.1.3 George Kelly .....	123
3.1.2 Konstruksionisme .....	126
3.2 KENMERKENDE AANNAMES EN UITGANGSPUNTE VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME .....	129
3.2.1 Die siening van die waarheid .....	129
3.2.2 Die bestaan van objektiewe realiteite .....	130
3.2.3 Die vorming van kennis .....	131
3.2.4 Taal en werklikheidskepping .....	132
3.2.5 Menslike sisteme is betekenisgenererend .....	133
3.2.6 Pluralisme .....	134
3.2.7 Die mens se identiteitsvorming .....	135
3.2.8 Die rol van mag .....	135
3.2.9 Morele relativisme .....	136
3.2.10 Dekonstruksie .....	137
3.2.11 Realiteite word in narratiewe georganiseer .....	137
3.2.12 Die Transendente Ander .....	138

3.3 DIE BETEKENIS VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME VIR MAATSKAPLIKEWERK- HULPVERLENING .....	139
3.3.1 Die individu se werklikheidskepping .....	141
3.3.2 Magsongelykhede in hulpverlening .....	142
3.3.3 Objektiewe professionele kennis .....	143
3.3.4 Beskrywing van patologie en die maak van diagnoses .....	144
3.3.5 Probleemformulering en –oplossing .....	146
3.3.6 Diversiteit en kompleksiteit .....	147
3.3.7 Morele verantwoordelikheid .....	148
3.3.8 Dialoog en terapeutiese gesprekvoering .....	149
3.3.9 Inklusiwiteit .....	150
3.3.10 Hulpverlening en verandering .....	151
3.3.11 Die posisie en rol van die terapeut .....	152
3.3.12 Die verrykende invloed van nuwe perspektiewe .....	154
3.4 RAAKPUNTE EN VERSKILLE TUSSEN DIE KONSTRUKTIWISME, KONSTRUKSIONISME EN MAATSKAPLIKE WERK VOLGENS DIE CHRISTELIKE BESKOUIING .....	157
3.4.1 Opening van die intellektuele arena vir die bespreking van oortuigings .....	157
3.4.2 Objektiewe waarheid .....	158
3.4.3 Die verwarring van dubbelsinnigheid en teenstrydighede .....	159
3.4.4 Beperkinge van die menslike rede .....	160
3.4.5 Realiteit as menslike konstruksie en die vernuwing van denke .....	161
3.4.6 Die rol van verhoudinge .....	162
3.4.7 Argumente teen die misbruik van mag .....	163
3.4.8 Anti-fundamentalisme .....	163
3.4.9 Godsdienstige en etiese relatiwiteit .....	165
3.4.10 Konstruksie van stories en meta-narratiewe .....	166
3.4.11 Beskadigde selfsienings .....	167
3.4.12 Transformasie en verandering .....	168
3.4.13 Doelloosheid teenoor ‘n hoopvolle lewe .....	170
3.4.14 Professionaliteit en hulpverlening met ‘n nederige gesindheid .....	171
3.5 SAMEVATTING .....	172

## HOOFSTUK 4

### DIE BENUTTING VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE IN MAATSKAPLIKE WERKHULPVERLENING

4.1 DIE AARD VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE .....	175
4.1.1 Die ontwikkeling van die narratiewe werkswyse .....	175
4.1.2 Betekenis van die terme storie en narratief binne die narratiewe werkswyse .....	177
4.1.3 Kenmerke van die narratiewe werkswyse .....	179
4.1.3.1 Narratiewe in verhoudinge .....	179
4.1.3.2 Die beskrywing van probleme .....	180
4.1.3.3 Beperkende en omvattender beskrywinge van ervarings .....	181
4.1.3.4 Dekonstruksie .....	183
4.1.3.5 Nie-kundige posisie van die terapeut .....	184
4.1.3.6 Deursigtigheid .....	186
4.1.3.7 Reflektering .....	187
4.1.3.8 Eksternalisering .....	188
4.2 DIE PRAKTIESE IMPLEMENTERING VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE .....	191
4.2.1 Die hulpverleningsproses .....	191
4.2.2 Mikro karterings volgens Michael White .....	192
4.2.2.1 Die aanvang van die gesprek .....	193
4.2.2.2 Dekonstruksie van die storie .....	195
4.2.2.3 Herskryf van stories .....	199
4.2.2.4 Seremonies ter bevestiging van 'n nuwe identiteit .....	206
4.2.2.5 Herinneringsbesprekings .....	210
4.2.2.6 Die terugneem-aksie .....	212
4.3 BETEKENISSE VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE VIR MAATSKAPLIKE WERKHULPVERLENING .....	213
4.3.1 Bevraagtekening van bestaande kennisraamwerke .....	213
4.3.2 Die klem op verhoudinge .....	214
4.3.3 Terapeutiese gespreksvoering .....	214
4.3.4 Maatskaplike probleme .....	215



4.3.5 Respek vir en aanvaaring van die mens .....	216
4.3.6 Verantwoording .....	216
4.3.7 Deelnemende werkswyses .....	218
4.3.8 Betrokkenheid by weerlose minderheidsgroepe en die bevordering van sosiale geregtigheid .....	219
4.4 SAMEVATTING .....	220

## **HOOFSTUK 5**

### **AMPUTASIE EN FISIESE GESTREMDHEID AS SOSIALE KONSTRUKSIE**

5.1 VERKENNING VAN BEGRIPPE EN HULPVERLENINGSMODELLE OOR FISIESE GESTREMDHEID .....	222
5.1.1 Omskrywings .....	222
5.1.1.1 Liggaamlike inkorting .....	223
5.1.1.2 Fisiese gestremdheid as die beperking van aktiwiteite .....	225
5.1.1.3 Die beperking van deelname .....	227
5.1.1.4 Persone met fisiese gestremdheid .....	229
5.1.2 Modelle oor fisiese gestremdheid .....	231
5.1.2.1 Die morele model .....	231
5.1.2.2 Die mediese model .....	233
5.1.2.3 Feminisme en fisiese gestremdheid .....	236
5.1.2.4 Die sosiale of minderheidsgroep model .....	238
5.2 DIE MAATSKAPLIKE WERKLIKHEID VAN AMPUTASIES EN FISIESE GESTREMDHEID .....	240
5.2.1 Oorsake van amputasies .....	240
5.2.1.1 Aangebore liggaamsgebreke .....	240
5.2.1.2 Trauma, ongelukke en geweld .....	241
5.2.1.3 Chroniese siektetoestande .....	241
5.2.1.4 Bejaardheid .....	242
5.2.1.5 Sosio-ekonomiese en omgewingsfaktore .....	242
5.2.1.6 Ongesonde lewenstyle .....	243
5.2.1.7 Ontoereikende mediese dienste .....	243

5.2.1.8 Gebrek aan inligting .....	243
5.2.2 Gevolge van amputasies .....	244
5.2.2.1 Fisiese aspekte .....	244
5.2.2.2 Psigologiese reaksies .....	248
5.2.2.3 Geestelik-religieuse aspekte .....	253
5.2.2.4 Armoede en finansiële probleme .....	255
5.2.2.5 Politieke aspekte .....	258
5.2.2.6 Maatskaplike funksionering .....	259
5.3 SOSIALE INTEGRASIE EN DEELNAME AAN HOOFSTROOM- AKTIWITEITE .....	263
5.3.1 Die invloed van kulturele perspektiewe .....	264
5.3.1.1 Fisiese gestremdheid as afwykend of anders as die normale .....	264
5.3.1.2 Die individualisering van fisiese gestremdheid as ‘n persoonlike tragedie .....	267
5.3.2 Sosiale blokkasies wat sosiale integrasie en deelname blokkeer .....	267
5.3.2.1 Stigmatisering .....	268
5.3.2.2 Diskriminasie .....	269
5.3.2.3 Onderdrukking .....	270
5.3.2.4 Isolاسie en marginalisering .....	272
5.3.2.5 Afhanklikheid .....	273
5.3.3 Faktore wat ‘n in staatstellende omgewing bevorder .....	275
5.3.3.1 Die menseregte van persone met gestremdheid .....	275
5.3.3.2 Geleenthede vir selfbeslissing .....	276
5.3.3.3 Maatskaplike aksie en drukgroepe .....	276
5.4 SAMEVATTING .....	279

## **HOOFSTUK 6**

### **HOSPITAALBEHANDELING EN DIE REHABILITASIE VAN PERSONE MET AMPUTASIES IN ‘N VRYSTAATSE PROVINSIALE STREEKSHOSPITAAL**

6.1 DIE KONTEKS VAN ‘N STREEKSHOSPITAAL .....	281
6.1.1 Wetgewing .....	281

6.1.2	Beleidsvoorskrifte ten opsigte van persone met fisiese gestremdheid .....	285
6.1.3	Die vlakke van Nasionale gesondheidsdienste .....	293
6.1.4	Die strategiese doelwitte van 'n streekshospitaal .....	294
6.1.5	Die dienstepakket van Boitumelo Streekshospitaal .....	295
6.2	<b>DIE KLINIESE BEHANDELING VAN PERSONE MET</b>	
	<b>AMPUTASIES IN 'N STREEKSHOSPITAAL .....</b>	<b>296</b>
6.2.1	Multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal .....	296
6.2.1.1	Holistiese hulpverlening .....	297
6.2.1.2	Multi-dissiplinêre spanbenadering .....	298
6.2.2	Die pasiëntsorgproses .....	300
6.2.2.1	Hospitalisasie, aanmelding en vroeë identifikasie .....	301
6.2.2.2	Krisishantering en hulpverlening voor die amputasie .....	302
6.2.2.3	Hulpverlening na die amputasie .....	302
6.2.2.4	Rehabilitasiedienste en multi-dissiplinêre spanwerk .....	302
6.2.2.5	Vorbereiding vir ontslag en die herintegrasie in die gemeenskap .....	303
6.2.2.6	Verwysing vir na-ontslag hulpverlening en terminasie .....	304
6.3	<b>DIE REHABILITASIE VAN PERSONE MET AMPUTASIES</b>	
	<b>TYDENS HOSPITALISASIE .....</b>	<b>304</b>
6.3.1	Omskrywing van rehabilitasiedienste .....	306
6.3.2	Rehabilitasiedienste as komponent van gesondheidsorg .....	307
6.3.3	Beginsels van rehabilitasiedienste .....	308
6.3.4	Riglyne vir rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal .....	309
6.3.5	Die doel van rehabilitasiedienste .....	311
6.3.6	Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasiedienste .....	313
6.3.7	Rehabilitasiedienste in die gemeenskappe van die Noord-Vrystaat .....	314
6.3.7.1	Diensverskaffers en betekenisvolle rolspelers .....	315
6.3.7.2	Verwysingsisteme .....	317
6.4	<b>HOSPITAAL MAATSKAPLIKEWERKDIENTE VIR PERSONE</b>	
	<b>MET 'N AMPUTASIE IN 'N STREEKSHOSPITAAL .....</b>	<b>319</b>
6.4.1	Die ontwikkeling en doel van hospitaal maatskaplike werk .....	319
6.4.2	Verhouding met die kliëntsisteem .....	320
6.4.3	Direkte hulpverlening aan persone met amputasies .....	321
6.4.3.1	Die vroeë identifikasie van die kliëntsisteem .....	322
6.4.3.2	Assessering .....	322
6.4.3.3	Terapeutiese ingryping .....	325

6.4.3.4	Voorbereiding vir ontslag uit die hospitaal .....	328
6.4.3.5	Ontwikkeling en mobilisering van ondersteuningsnetwerke .....	329
6.4.4	Indirekte dienslewering .....	330
6.5	SAMEVATTING .....	330

## **HOOFSTUK 7**

### **EMPIRIESE NAVORSING MET DIE OOG OP DIE ONTWIKKELING VAN 'N HOSPITAAL MAATSKAPLIKEWERKPROGRAM VIR PERSONE MET AMPUTASIES**

7.1	DEELNEMENDE-AKSIENAVORSING AS METODE .....	333
7.1.1	Die kwalitatiewe aard van die navorsing .....	333
7.1.2	Deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werkswyse .....	333
7.1.3	Die doel van deelnemende-aksienavorsing .....	334
7.1.4	Werwing van deelnemers .....	335
7.1.5	Medewerkende verhoudinge .....	335
7.1.6	Die persoon en rol van die navorser .....	336
7.1.7	Die proses van deelnemende-aksienavorsing .....	337
7.1.8	Etiese aspekte .....	338
7.2	DIE GEOGRAFIESE LIGGING EN INFRASTRUKTUUR VAN BOITUMELO STREEKSHOSPITAAL .....	339
7.2.1	Die bedieningsarea van die Fezile Dabi gesondheidstreek .....	340
7.2.2	Die infrastruktuur van die Boitumelo Streekshospitaal .....	340
7.2.3	'n Mandaat vir die lewering van rehabilitasiedienste .....	342
7.2.4	Personeel voorsiening van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan .....	342
7.2.5	Die ontwikkeling van rehabilitasiedienste vir persone met amputasies in die Fezile Dabi gesondheidsdistrik .....	343
7.3	EMPIRIESE GEGEWENS OOR DIE VERLOOP VAN DEELNEMENDE-AKSIENAVORSING .....	344
7.3.1	Toetrede tot die gemeenskap .....	344
7.3.2	Werwing van deelnemers .....	349
7.3.3	Data-insameling .....	351
7.3.4	Data-analise .....	351

7.3.5 Die storievertelling en interaksieprosesse van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan .....	352
7.3.5.1 Verlede-narratiewe .....	353
7.3.5.2 Hede-narratiewe .....	356
7.3.5.3 Toekomsnarratiewe .....	357
7.3.5.4 Voortvloeiende aksies: Projek vir die hersiening en herstrukturering van rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal .....	358
7.3.6 Die storievertelling van gehospitaliseerde persone met amputasie .....	372
7.3.6.1 Demografiese inligting en die sosio-ekonomiese profiel van gehospitaliseerde persone met amputasies .....	373
7.3.6.2 Individuele gespreksgeleenthede en storievertelling .....	384
7.3.6.3 Verlede-narratiewe .....	387
7.3.6.4 Hede-narratiewe .....	394
7.3.6.5 Toekomsnarratiewe .....	411
7.3.7 Die storievertelling van persone wat met amputasies in die gemeenskap saamleef en verteenwoordigers van belangegroeppe .....	418
7.3.7.1 Persepsies oor fisiese inkorting, fisiese gestremdheid en gesondheid .....	
7.3.7.2 Verhouding met die self .....	421
7.3.7.3 Verhouding met betekenisvolle persone .....	432
7.3.7.4 Verhouding met God drie-enig of 'n mag hoër as jouself .....	437
7.3.7.5 Verhouding met die omgewing .....	440
7.3.7.6 Die funksionering van organisasies wat die welsyn van persone met gestremdheid bevorder .....	443
7.3.7.7 Voortvloeiende aksies: Uitreikingsdienste na organisasies vir persone met fisiese gestremdheid in Moqhaka .....	447
7.4 Die waarde en leemtes van die navorsing .....	449
7.5 SAMEVATTING .....	451

## HOOFSTUK 8

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

8.1. GEVOLGTREKKINGS .....	452
8.1.1 Die betekenis van die Christelike mens- en wêreldbeskouing vir	

hospitaal maatskaplikewerkdienste vir persone met amputasies .....	452
8.1.2 Die implikasies van die postmoderne epistemologieë op die implementering van die narratiewe werkswyse .....	455
8.1.3 Die benutting van die narratiewe werkswyse vir die implementering van deelnemende-aksienavorsing .....	456
8.1.4 Die benutting van die narratiewe werkswyse vir maatskaplikewerk- hulpverlening volgens die Christelike beskouing .....	458
8.1.5 Die verrekening van sosiale konstruksies oor fisiese gestremdheid .....	461
8.1.6 Die invloed van wetgewing en beleid op rehabilitasiedienste .....	463
8.1.7 Uitdagings van die pasiëntsorgproses .....	464
8.1.8 Die funksionering van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan .....	465
8.1.9 Die daarstelling van toeganklike rehabilitasiedienste .....	466
8.1.10 Die implementering van deelnemende-aksienavorsing .....	468
8.1.11 Persone met amputasies se ervarings van fisiese inkorting en kontekstuele beperkinge .....	469
8.1.12 Die bereiking van doelstellings .....	470
8.1.13 Die navorser en die navorsing .....	472
8.2. AANBEVELINGS .....	473
8.2.1 Teorie .....	473
8.2.2 Praktyk .....	474
8.2.3 Opleiding .....	480
8.2.4 Navorsing .....	481
8.2.5 Beleid .....	482
8.3 TEN SLOTTE .....	483
<b>BRONNELYS</b> .....	485
<b>BYLAES</b> .....	505
<b>OPSOMMING</b> .....	510
<b>SUMMARY</b> .....	511

## LYS VAN TABELLE

Tabel 1: Dorpe en populasie van die Fezile Dabi gesondheidsstreek .....	340
Tabel 2: Die hersiening en herstrukturering van rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal .....	360
Tabel 3: Behuising, werksituasie, inkomste en huwelikstatus van die deelnemers aan individuele gesprekke .....	379
Tabel 4: Die informele sosiale ondersteuningsisteme, deelname aan formele en/of professionele dienste/ondersteuningsisteme, probleme met mobilisasie en sosiale isolasie van deelnemers aan individuele gesprekke .....	381

## LYS VAN FIGURE

Figuur 1: Pasiëntsorgproses in 'n streekshospitaal .....	301
Figuur 2: Diensverskaffers en ondersteuningsisteme vir persone met amputasies in gemeenskappe .....	317
Figuur 3: Kommunikasie tussen rehabilitasie-terapeute .....	367
Figuur 4: Pasiëntsorgproses van rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal .....	368
Figuur 5: Ouderdomsverspreiding van persone met amputasies in 2008 (N=117) ...	373
Figuur 6: Ouderdomsverspreiding van deelnemers aan individuele gesprekke (N=10) .....	374
Figuur 7: Geslagsverspreiding van persone met amputasies in 2008 (N=117) .....	375
Figuur 8: Geslagsverspreiding van deelnemers aan individuele gesprekke (N=10) .....	375
Figuur 9: Bevolkingsgroepe van persone met amputasies in 2008 (N=117) .....	376
Figuur 10: Bevolkingsgroepe van deelnemers aan individuele gesprekke (N=10) ...	377
Figuur 11: Die aard en voorkoms van amputasies gedoen in 2008 (N=117) .....	377
Figuur 12: Die aard en voorkoms van amputasies van deelnemers aan individuele gesprekke (N=10) .....	378



## HOOFSTUK 1

### INLEIDENDE ORIËTERING

Die verlies van 'n ledemaat is 'n ingrypende gebeurtenis met verreikende gevolge vir die betrokkenes, hul familie, en die breëre gemeenskap waarbinne die persoon leef. Persone met fisiese gestremdhede is van die kwesbaarste persone in die samelewing en onvermoeide aandag moet aan die verbetering van hul omstandighede en lewenskwaliteit gegee word. “For centuries, people with disabilities have been an oppressed and repressed group. People with disabilities have been isolated, incarcerated, observed, written about, operated on, instructed, implanted, regulated, treated, institutionalized, and controlled to a degree probably unequal to that experienced by any other minority group” (Davis 1997:1). Fisiese gestremdheid word tans binne 'n nuwe diskoers beredeneer. Dominante beskouinge oor die wenslikheid van 'n 'normale' menslike liggaam word gekritiseer en pogings word aangewend om persone met amputasies se stryd teen onderdrukking en diskriminasie te bevorder.

Bestaande navorsing en hulpverlening aan persone met amputasies vind binne die raamwerk van mediese en welsynsdienste plaas, wat persone met fisiese gestremdheid as siek, andersoortig en as mense wat versorging benodig, hanteer. Drake (1996:161) sê: “[t]he aim of such research has been primarily to identify ‘the problems of the disabled’ and to suggest interventions at the individual level designed to ameliorate or palliate these problems”. Hierteenoor beklemtoon die Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid (1997:3) hulpverlening waaraan die betrokkenes aktief deelneem, hul basiese menseregte erken en integrasie in die gemeenskap bevorder. Volgehoue navorsing oor persone met amputasies se behoeftes, soos verwoord vanuit hul eie perspektiewe, is nodig om hul selfverwesenliking te bevorder.

Aan die begin van die een-en-twintigste eeu, wat as 'n postmoderne tydperk beskryf word, speel die epistemologieë van die konstruktivisme en konstruksionisme, met die voortvloeiende narratiewe strategie, 'n belangrike rol in hulpverlening. Die waarde van die narratiewe werkswyse vir hulpverlening word deur Carey en Russel (2003b:60) uitgelig: “Events happen in all our lives that cannot be changed. People experience traumas and losses that cannot be undone. The ways in which these events are understood and

interpreted, however, makes a considerable difference to their effects. ... What sort of story-line an event is placed into makes a significant difference as to the effects of that event in a person's life." Die narratiewe werkswyse is veral daarin geïnteresseerd om probleem-versadigde lewensverhale met gewenste beskouinge en narratiewe te vervang. Die narratiewe werkswyse word as besonder geskik beskou om oorheersende kulturele en terapeutiese diskoerse te ondersoek en te wysig en kan daarom sinvol benut word om 'n hulpverleningsprogram vir persone met amputasies te ontwikkel.

In die lig van bogenoemde is besinning oor maatskaplike werk se dominante professionele sienings en hulpverleningsprogramme noodsaaklik. Ife (1999:211) is van mening dat "... many of the older certainties of social work practice no longer seem relevant. The apparently unproblematic commitment to ideals such as human rights and social justice, the idea that empirically verified social science could guide practice, and the assumption of an universalist and prescriptive code of ethics no longer seem to meet the needs of many practitioners. The current practice environment is more uncertain, more hostile, and constantly changing, so that the old certainties do not provide a social worker with the secure basis for practice that might have been the case ten years ago." Veranderde sienings oor die rol van die maatskaplike werker in hulpverlening en kliënte se regte en bemagtiging vereis verdere ondersoek na die implementering van maatskaplikewerkdienste vir persone met amputasies.

Maatskaplikewerkhulpverlening word deur die uitgangspunte van die postmodernistiese epistemologieë beïnvloed, tog bestaan daar vir persone wat belangstel om hulp vanuit die Christelike beskouing te lewer 'n behoefte aan die inkleding van maatskaplikewerkdienste volgens die Christelike beskouing, vir persone wat 'n amputasie ondergaan het. Leemtes verbonde aan die praktiese implementering van Christelike beginsels in maatskaplike werk word deur Bowpitt (2000:354) uitgelig en hy beskou die skeiding en afstand tussen maatskaplike werk se teorie en waardesisteem as maatskaplike werk se grootste dilemma. Die integrasie van die uitgangspunte van die Christelike mens- en wêreldbeskouing met maatskaplike werk vir persone met amputasies, bied daarom 'n besondere uitdaging vir maatskaplike werkers wat hulp vanuit die Christelike beskouing wil lewer.

Hierdie hoofstuk bied 'n oriëntering ten opsigte van die keuse van die onderwerp, die navorsingsprobleem, navorsingsvrae, die doel van die navorsing, die metode van deelnemende-aksienavorsing en kernbegrippe word omskryf.

## 1.1 KEUSE VAN DIE ONDERWERP

Amputasies as gevolg van 'n besering of siektetoestand, konfronteer persone met die realiteit van siektesimptome, emosionele lyding, geestelike vroe, verhoudingsprobleme en fisiese gestremdheid. Persone wat amputasies ondergaan het, maak 'n groot gedeelte van die hospitaal maatskaplike werker se werkslading in 'n streekshospitaal uit. Uit die Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid (1997:3) blyk dit dat weinig inligting oor die voorkoms en maatskaplike funksionering van persone met gestremdheid in Suid-Afrika beskikbaar is. Die navorser se belangstelling in die ervarings en stories van persone met amputasies en maatskaplikewerkdienste aan die betrokkenes, is deur praktykervaring wat oor twintig jaar strek, gestimuleer. As die koördineerder van multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal, het die navorser die behoefte aan 'n effektiewe en holistiese hulpverleningsprogram vir gehospitaliseerde persone met amputasies geïdentifiseer.

'n Verdere leemte is die gebrek aan navorsing oor maatskaplikewerkhulpverlening vir persone met amputasies, wat die kliënt sowel as die professie bemagtig. Gesondheidsdienste word hoofsaaklik deur die biomediese benadering tot fisiese gestremdheid gekenmerk, terwyl daar tans wêreldwyd baie klem op die beginsels van ontwikkeling, bemagtiging en die sosiale integrasie van persone met gestremdhede gelê word. Die uitdaging vir maatskaplikewerkdienste is om toeganklike dienste en aksiegeoriënteerde programme te ontwikkel, wat die aktiewe deelname van persone met amputasies in besluitneming bevorder, ten einde oplossings vir die probleme wat met gestremdheid geassosieer word, te vind (Departement van Gesondheid 2000:1). Die ontwikkeling van 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies kan daarom 'n belangrike leemte vul. Maatskaplikewerkhulpverlening aan persone wat 'n amputasie ondergaan het, is van besondere betekenis vir die navorser, aangesien hul narratiewe 'n besondere rol gespeel het in die vorming van 'n beroeps persoonlikheid, wat die totaliteite van die mens met respek wil leer ken, erkenning wil gee aan die persoon se unieke konstruksies en die stimulering van selfnarratiewe wat vir die persoon aanvaarbaar is.

Hulpverlening kan nie van die maatskaplike werker se mens- en wêreldbeskouing losgemaak word nie. Brechin en Liddiard (1981:33) sê hieroor: "... any attempts to

introduce change, however straightforward they may appear on the surface, are based on a particular perspective or way of understanding a situation. Alternative perspectives may lead to quite different approaches to intervention.” Die maatskaplike werker se beskouinge speel bewustelik of onbewustelik ‘n rol in hulpverleningsaksies en word deur die individuele agtergrond en bewuste keuses bepaal. Die keuse word uitgeoefen om maatskaplikewerkdienste vanuit die Christelike perspektief te begrond. Die besluit hou verband met die navorser se opgroei binne 'n Christelike verbondsgesin en die uitlewing van gereformeerde Christelike waardes. Dit het tot 'n sterk bewustheid van God Drie-enig se troue liefde, sorg, verlossing, lering en die begeerte tot 'n dankbare lewe van toewyding gelei. Voorgraadse en nagraadse opleiding in maatskaplike werk was aan 'n universiteit wat die Christelike mens- en lewensbeskouing as uitgangspunt onderskryf, tog het formele opleiding in maatskaplike werk hoofsaaklik uit humanistiese teorieë vir hulpverlening bestaan. Praktijkervaring het nie die behoefte aan riglyne om Christelike beginsels vir hulpverlening met bestaande kennis te integreer, uitgewis nie.

Die belangstelling om ‘n Christelike benadering tot hulpverlening te implementeer spruit waarskynlik uit die hulpverlener se persoonlike verhouding met God Drie-enig, daarom kan aanvaar word dat belangstelling in hulpverlening volgens die Christelike benadering veral relevant is vir persone wat daarin belangstel om hul Christenskap met hul professionele werk te integreer. Die indruk word verkry dat diesulkes ‘n behoefte ervaar aan die beskrywing van die Christelike perspektief as begroning vir maatskaplikewerkdienste. Dit blyk verder dat maatskaplike werk hoofsaaklik vanuit die Christelike tradisie ontwikkel het, maar in die moderne maatskaplikewerk-literatuur van die twintigste eeu weinig, indien enige, verwysing daarna gemaak word, daarom sê Bowpitt (1998:676) “... the Christian legacy has been the skeleton in the cupboard, something best forgot and preferably ignored”. Herbesinning oor die implikasies van die Christelike mens- en wêreldbeskouing kan daarom sinvol wees vir diegene wat daarin belangstel om maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing te implementeer. Soos in die geval van die pastorale antropologie (Louw 1991:98) word daar nie gepoog om die mens en sy konteks te verklaar nie, maar om op ‘n hermeneutiese wyse te verstaan, ten einde die mens tot ‘n doelgerigte en sinvolle lewe te begelei.

In ‘n tydperk wat bestaande mens- en wêreldbeskouinge as onderdrukkend bevaagteken, word vrae oor wie is die mens, wat is sy doel op aarde en ewigheidsbestemming opnuut gevra. Buitendag (1991:2) sê die taak om vanuit die Christelike perspektief die mens en die wêreld te beskryf is nie nuut nie, tog bestaan daar ‘n behoefte aan ‘n vars

werklikheidsverstaan, wat rekening hou met die kulturele- en paradigmatverskuiwings in resente denke en sienings. Die kulturele verskuiwing van modernisme na postmodernisme, het 'n verskerpte fokus laat val op die wyse waarop die mens beskouing of konstruksies vorm en betekenis heg aan sy menswees, geestelike dimensie, verhoudinge en die konteks (wêreld) waarbinne hy funksioneer. Walsh (1999:5) wys daarop dat die relativisme wat kenmerkend van die postmodernisme is, bygedra het tot die verval van algemene morele waardes, wat meebring dat die mens 'n soeke het na sekerhede, soos vervat in die religie. Verder smag die mens na innerlike vrede, 'n ervaring van eenheid, heelwees en betekenisvolle verbintenisse met homself en andere, wat die invloed van die mens se geestelike dimensie op sy maatskaplike funksionering onderstreep. Die uitdaging van hierdie studie lê onder andere daarin om ondersoek in te stel na die filosofiese redenasies van sogenaamde onversoerbare paradigmas, naamlik die Christelike en postmoderne paradigma, om te bepaal of die toepassing van voortvloeiende strategieë nie die potensiaal tot aanvulling het nie.

Die invloed van postmoderne epistemologieë het in die narratiewe werkswyse om hulp te verleen, uitdrukking gevind (Lax 1992:69). Die narratiewe werkswyse berus op die aanname dat die wyse waarop mense hul lewens beskryf, hul beperk om nuwe sienings oor hulself en hul lewens te ontwikkel. Hulpverlening is die proses om mense se huidige probleem-versadigde lewenstories te verskuif na diskoerse wat meer buigsaam is en 'n groter verskeidenheid van interpretasies insluit. Die narratiewe werkswyse om hulp te verleen aan persone wat amputasies ondergaan het, wek belangstelling, want sover vasgestel kan word, is dit nog nie voorheen ondersoek nie. Die narratiewe werkswyse kan in die lig hiervan 'n belangrike rol speel om persone met amputasies te bemagtig om vanuit hul eie perspektief anderssoortige sienings oor hulpverlening te formuleer en aktief aan besluite wat hul lewens beïnvloed deel te neem.

Maatskaplike werk word noodwendig deur die genoemde invloede geraak. Pease en Fook (1999:10) sê: “The acknowledgement of the new epistemological paradigms inherent in postmodern thinking has also meant that questions have arisen about all fields of social work endeavour. In this sense, the shift to postmodern thinking has meant that the traditional boundaries and relationships between theory, practice and research in social work have been reworked and redefined.” Du Plessis en Ferreira (2002a:1) stem hiermee saam en sê binne die konteks van maatskaplike werk bestaan daar veel ruimte om oor die effek van die postmodernistiese epistemologie en die invloed daarvan op die beoefening

van maatskaplike werk te besin. Die invloed van die postmodernisme op die praktyk en kennisbasis van maatskaplike werk verdien daarom verdere besinning.

Voorkeur word aan deelnemende-aksienavorsing as metode gegee om die onderwerp te ondersoek en om terselfdertyd 'n hulpverleningsprogram vir persone met amputasies te ontwikkel. Hierdie werkswyse verminder die gaping wat soms tussen empiriese navorsing en die maatskaplikewerkpraktyk bestaan. Compton en Galaway (1994:22) sê: “Social work practice is research, and social work practitioners are researchers. ... When practice is disciplined and systematic, it is research and you are a practitioner-researcher.” Deelnemende-aksienavorsing het die voordeel dat navorsing met hulpverlening gekombineer word, aangesien die inwin van inligting (navorsing) en die oplossing van konkrete probleme (aksie) gelyktydig geskied (Strydom 2002:419). Navorsing en aksie, soos die skepping van 'n hulpverleningsprogram, word in hierdie werkswyse versoen.

Deur middel van deelnemende-aksienavorsing word 'n stem aan persone met amputasies gegee, om aan diskoerse oor hul behoeftes deel te neem en terselfdertyd word blokkasies in die hulpverleningskonteks aangespreek. Volgens Drake (1996:162) is die kliënt se aktiewe deelname aan die navorsingsproses 'n belangrike doelwit, want persone met 'n fisiese gestremdheid word in die proses bemagtig. Deelnemende-aksienavorsing toon raakpunte met die narratiewe werkswyse, aangesien die deelnemers as die kundiges van hul lewe, maatskaplike probleme en die oplossings daarvan, erken word.

## **1.2 NAVORSINGSPROBLEEM EN NAVORSINGSVRAE**

Die navorsingsprobleem behels die beskrywing en toepassing van die narratiewe werkswyse, binne die raamwerk van hospitaal maatskaplikewerkhulpverlening gegrond in die Christelike mens- en lewensbeskouing, ten einde 'n hulpverleningsprogram vir persone wat 'n amputasie ondergaan het, te ontwikkel.

Ondersoekvrae wat die navorsing rig, is die volgende:

- Watter betekenis het die Christelike mens- en wêreldbeskouing vir die teorie en praktyk van maatskaplikewerkdienste?
- Wat is die invloed van postmoderne epistemologieë, die konstruktivisme en konstruksionisme, op die inkleding van die narratiewe werkswyse?

- Watter moontlikhede bied die narratiewe werkswyse vir die toepassing van deelnemende-aksienavorsing en maatskaplikewerkhulpverlening vanuit die Christelike perspektief?
- Wat is die fisiese, psigiese, geestelike en sosiale gevolge van 'n amputasie op die betrokkenes se menswees?
- Watter konstruksies bestaan oor fisiese gestremdheid en watter hulpverleningsmodelle het as 'n respons hierop ontwikkel?
- Watter invloed het wetgewing en beleidsvoorskrifte op die hospitaalbehandeling en rehabilitasiedienste van 'n Vrystaatse Provinsiale Streekshospitaal?
- Watter hoofmomente kenmerk holistiese behandeling in 'n Vrystaatse Provinsiale Streekshospitaal en wat is die samestelling en rolverdeling van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan?
- Wat behels die streekshospitaal se pasiëntsorgproses vir die behandeling van persone met amputasies en watter dienste word deur die departement maatskaplike werk gelewer?
- Hoe kan deelnemende-aksienavorsing bydra om begrip vir persone met amputasies se ervarings en maatskaplike behoeftes te ontwikkel en om die betrokkenes te bemagtig om 'n meer aktiewe rol in hul eie lewe en gemeenskappe te speel?
- Watter siekteverhale en verhale van groei en ontwikkeling word deur persone met amputasies vertel oor die fisiese inkorting waarmee hulle saamleef en die geleenthede en beperkinge in hul fisiese en sosiale konteks?
- Watter rol kan deelnemende-aksienavorsing speel om holistiese en toeganklike rehabilitasiedienste in 'n Provinsiale Streekshospitaal te ontwikkel, wat persone met amputasies se onderdrukking kan teenwerk en onafhanklikheid sal bevorder?
- Hoe kan die narratiewe van die deelnemers benut word om 'n geïntegreerde program vir maatskaplikewerkintervensie in hospitale te ontwikkel, vir die behandeling en rehabilitasie van persone met amputasies?

### **1.3. DOEL VAN DIE STUDIE**

Die doel van hierdie studie is die toepassing van deelnemende-aksienavorsing, deur middel van die narratiewe werkswyse, ten einde riglyne te formuleer vir 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram volgens die Christelike beskouing, binne die raamwerk van rehabilitasiedienste, vir persone met 'n amputasie.

### 1.3.1 Doelstellings

Die volgende primêre en sekondêre doelstellings word in die vooruitsig gestel om die doel van die studie te bereik.

Daar word primêr gestreef na die verkenning en beskrywing van die onderwerp. Die doel van verkenning is om kennis en insig te verkry in die belewenisse, werklikheidskonstruksies, maatskaplike probleme en behoeftes van persone met 'n amputasie. Die beskrywende doel van die studie is om die onderstaande aspekte, binne die raamwerk van die navorsingsprobleem, te beskryf:

- Die uiteensetting van die konsepte van die Christelike mens- en wêreldbeskouing, ten einde hospitaal maatskaplikewerkdienste te implementeer wat met die geestelike behoeftes van kliënte rekening hou.
- Die beskrywing van siekte, lyding en die mens se verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as hyself in die lig van die Christelike mens- en wêreldbeskouing.
- Die bepaling van die veronderstellings wat die konstruktiewisme en konstruksionisme ten grondslag lê en die invloed daarvan op die narratiewe strategie.
- Identifisering van raakpunte en verskille tussen die konstruktiewisme, konstruksionisme, narratiewe werkswyse en Christelike uitgangpunte.
- 'n Uiteensetting van die narratiewe werkswyse met die doel om dit as strategie, vir die implementering van deelnemende-aksienavorsing, te benut.
- Die omskrywing van die sosiale dinamika, maatskaplike probleme en hulpverleningsmodelle wat ten opsigte van amputasies en fisiese gestremdheid bestaan.
- Die bepaling van die werklikheidskonstruksies van persone met amputasies en ander betekenisvolle rolspelers, soos deur hulself beskryf.
- Beskryf die proses van deelnemende-aksienavorsing as metode om 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies te ontwikkel.

Op sekondêre vlak word die volgende doelstellings nagestreef:

- Die uitbouing van die professie maatskaplike werk se kennissisteen ten opsigte van hulpverlening vanuit die Christelike perspektief, die benutting van die narratiewe



werkswyse en hospitaal maatskaplikewerkdienste aan persone wat amputasies ondergaan het.

- Die bekendstelling van die deelnemers aan die navorsingsproses se perspektiewe en maatskaplike probleme aan opleidingsinstansies, welsynsorganisasies, hospitaal maatskaplike werkers, gesondheidsinstellings en gesondheidswerkers, met die doel om die effektiwiteit van bestaande dienste te verhoog.
- Die navorsingsproses kan 'n bydrae lewer om 'n vennootskapsverhouding, tussen persone met fisiese gestremdhede en ander rolspelers, te bevorder.
- Die beskikbaarstelling van die resultate van die navorsing en enkele riglyne wat daaruit mag voortvloei aan regerings- en privaatinstansies, wat dienste aan persone met fisiese gestremdhede lewer, om beleidsvorming te bevorder.

### **1.3.2 Doelwitte**

Die volgende doelwitte word deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek nagestreef.

#### **1.3.2.1 Literatuurstudie**

Met die literatuurstudie word publikasies en navorsingsmateriaal oor die volgende aspekte krities bespreek:

- Die Bybelse siening van die mens se verhouding met God Drie-enig, siekte en lyding word geëksploreer.
- Om die uitgangspunte van die Christelike mens- en wêreldbeskouing te beskryf vir die daarstelling van 'n konseptuele raamwerk vir maatskaplikewerkdienste vanuit 'n Christelike perspektief.
- Om die versoenbaarheid van die Christelike mens- en wêreldbeskouing met die kennisleer van die konstruktiewisme, konstruksionisme en die narratiewe strategie, te ondersoek.
- Die uiteensetting van die konsepte en werkswyse van die narratiewe strategie om hulp te verleen.
- Die bepaling van die implikasies van die narratiewe werkswyse vir maatskaplikewerkingryping.
- Om die maatskaplike dinamika, meegaande geestelike belewenisse en die gevolge van amputasies vir die persoon, sy familie en breëre gemeenskap te omskryf. Die

fisiese, sosiale, psigiese, materiële, geestelike, en politiese behoeftes van persone met amputasies word verken.

- Die drastiese veranderinge wat die afgelope aantal jare in die denke oor persone met fisiese gestremdheid plaasgevind het, word nagespoor, ten einde die implikasies daarvan vir die ontwikkeling en implementering van beleid en hulpverleningsprogramme uit te lig.
- Eksploreer die verskille tussen die moralistiese, mediese en sosiale model op hulpverlening aan persone met amputasies.
- Die rol en doel van rehabilitasiedienste binne die struktuur en doelwitte van 'n Provinsiale Streekshospitaal, te bepaal. Die riglyne van relevante wetgewing en beleidsdokumente vir die lewering van rehabilitasiedienste word beskryf.
- Die omlýning van die taak en rol van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan, om hulp aan persone met amputasies te verleen.
- Die doel en proses van deelnemende-aksienavorsing te verduidelik.

### **1.3.2.2 Empiriese navorsing**

Die empiriese werk is toegepaste navorsing, want dit is gerig op die bevordering van persone met amputasies se maatskaplike funksionering, die oplossing van maatskaplike probleme en die verbetering van maatskaplikewerkhulpverlening in 'n Provinsiale Streekshospitaal. Die empiriese werk geskied volgens die proses van deelnemende-aksienavorsing (vgl. 1.4). Persone met amputasies word nie ondersoek nie, maar hulle word deelnemers aan die navorsingsproses en moontlike voortspruitende aksies. Persone wat amputasies ondergaan het se persepsies van hulself en die verlies van 'n ledemaat word nagespeur, asook die ervarings wat fisiese gestremdheid meebring en die hindernisse wat hul doeltreffende maatskaplike funksionering blokkeer. Deelnemers se populêre kennis word ingesluit en die navorsing fokus op die bemagtiging van die deelnemers om hul omstandighede te verbeter. Deelnemers vertel narratiewe oor hul amputasies en omstandighede, identifiseer bestaande probleme en word aangemoedig om aktief deel te neem aan projekte en aksies wat hul maatskaplike funksionering sal verbeter.

## **1.4 NAVORSINGSMETODE EN –PROSEDURE**

Deelnemende-aksienavorsing word as navorsingsmetodologie gebruik, aangesien die mening bestaan dat dit 'n bydrae kan lewer om die navorsingsdoelwitte te bereik.

### **1.4.1 Kwalitatiewe navorsing en deelnemende-aksienavorsing**

Deelnemende-aksienavorsing is kwalitatiewe navorsing en gee voorkeur aan beleefde ondervindinge, eerder as die daarstelling van logiese, positivistiese konstrunkte oor veranderlikes of die maak van klassifikasies. Volgens Neuman (2000:144) is interpretasie die taal van kwalitatiewe navorsing. Geselekteerde insidente van die hulpverleningsproses, in die sosiale konteks waarin dit voorgekom het, bespreek word. Voorts word die naspoor van prosesse en die volgorde van gebeure in spesifieke situasies beskryf. Verduidelikings word gegee oor hoe mense sekere gebeure interpreteer en verskillende perspektiewe daarvoor genereer. Data word nie benut om veranderlikes in objektiewe getalle uit te druk nie, alhoewel numeriese inligting wel benut word om die kwalitatiewe data aan te vul.

### **1.4.2 Navorsing en persone met fisiese gestremdheid**

Navorsing oor fisiese gestremdheid en die probleme wat daarmee geassosieer word, toon sekere leemtes, wat doelbewus vermy behoort te word (Meyerson 1990:19). Algemeen-aanvaarde en diskriminerende veronderstellings, teoretiese vooroordele en metodologiese probleme het veroorsaak dat die betrokkenes se subjektiewe ervaring van fisiese gestremdheid en hulpverlening, deur akademiese diskoerse en veralgemenings onderdruk is (Booth 1996:237). Dit het aanleiding gegee tot die vra van verkeerde vrae, die maak van foutiewe gevolgtrekkings en gebrekkige begrip in die prosesse waarvolgens mense leer om met hul fisiese toestand saam te leef. Die gebruik van kliniese kriteria om probleme wat uit sosiale ongeregtigheid voortspruit te meet, is 'n besondere probleem. Die denke van navorsers het die kulturele mites van sekere samelewings ingesluit, wat in die gestelde hipoteses neerslag gevind het. 'n Voorbeeld hiervan is die veronderstelling dat fisiese gestremdheid in alle gevalle negatiewe gevolge meebring. In werklikheid ervaar sommige persone met fisiese inkortings dit nie noodwendig as problematies nie. Dit blyk dus dat mens- en wêreldbeskouinge en kognitiewe raamwerke sekere vooroordele insluit en dit kan foutiewelik in die navorsingsproses ingeweeft word.

Met die keuse van 'n navorsingsmetode wat persone met fisiese gestremdheid insluit, waarsku Oliver (1990:8) dat "... research can have oppressive consequences not simply because disabled people are the passive recipients of the research process but also because such research has failed to improve the quality of life for them". Die uitdaging is daarom om deur middel van die navorsingsproses 'n verskil te maak in die lewens van persone met

fisiese gestremdhede, binne die plaaslike konteks en verhoudinge waarin hulle funksioneer. In lyn hiermee het deelnemende-aksienavorsing ten doel om deelnemers aktief by prosesse en aksies te betrek wat hul voorkeure en keuses insluit.

### **1.4.3 Navorsing en hospitaal maatskaplike werk**

Deelnemende-aksienavorsing plaas die kliënt se kennis in die middelpunt van die navorsing en die aksies wat daaruit vloeit. Martinez-Brawley (1999:337) wys daarop dat kritiek ontwikkel het teen maatskaplikewerknavorsing volgens 'n paradigma wat alle probleme as empiries, meetbaar, kwantifiseerbaar, geoperasionaliseer, vereenvoudig en oplosbaar beskou. Die sienings van navorsers is nie feite oor 'n verskynsel nie, maar berus op die navorsers se sensoriese ondervindinge en interpretasies, in die lig van sy uitgangspunte, verwagtinge, taal en kultuur. Daarom word 'n nuwe etos vir navorsing en dienslewering deur middel van aksies voorgestel. Deelnemende-aksienavorsing toon raakpunte met hierdie siening, want kliënte neem aktief deel aan die navorsingsproses, terwyl begrip en kennis uit die aksies wat plaasvind, ontwikkel.

'n Vennootskapsverhouding met deelnemers word gevorm om die werklikheid van amputasies, fisiese gestremdheid en die behandeling daarvan te ondersoek, te beskryf en op grond daarvan 'n hospitaal hulpverleningsprogram te formuleer. Oliver (1993:66) sê in die verband: "... no ideal design blueprint for research on disability can be provided in advance, for satisfactory research can only be constructed by researchers and disabled people participating in the joint enterprise". Dit wysig die siening dat maatskaplike werkers outoritêre besluite neem oor die verloop van navorsing en verhinder dat hulpverleningsprogramme op professionele persone se prioriteite gebaseer word.

Deelnemende-aksienavorsing bied unieke geleenthede aan die hospitaal maatskaplike werker om die bestaande dienste vir persone met amputasies te heroorweeg. Die behoefte om die praktiese inkleding van dienste te wysig word deur Oliver (1990:5) toegeskryf aan "... the failure of the medical profession, and indeed all the other professions, to involve disabled people in a meaningful way except as passive objects of intervention, treatment and rehabilitation. This has not just trapped professionals within the medical approach but has had oppressive consequences for disabled people." Die onderdrukkende gevolge van die dominante mediese model vir behandeling in hospitale word bevraagteken en daarom word navorsing en maatskaplikewerkdienste wat die kliënt laat deelneem aan

besluitneming in die beplanning, implementering en evaluasie van hulpverlening, voorgestaan. Deelnemende-aksienavorsing kan 'n korrekatief verskaf vir werksywes wat die professionele persoon se kundigheid beklemtoon oor hoe die hulpverleningsproses behoort te verloop.

Volgens Strydom (2002:419) word die ooreenkomste tussen deelnemende-aksienavorsing en gesondheidswerkers se betrokkenheid by sosiale geregtigheid wyd erken. Die doelstellings is dikwels polities van aard en sluit organisatoriese verandering, projekbestuur, gemeenskapsontwikkeling en persoonlike groei in. Strydom (2002:420) verduidelik die waarde van deelnemende-aksienavorsing: “In participatory action research they are enabled to become actively involved in collective efforts to address and solve their social problems so that their knowledge and skills are increased, the resources optimally used, their quality of life and social functioning improved and the social structure in which they operate, transformed.” Dit impliseer dat persone met amputasies se ervarings van fisiese gestremdheid deur hulself in die ondersoek ingedra word, wat die deelnemers bemagtig en tot die ontwikkeling van projekte lei.

#### **1.4.4 Deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werksywe**

Deelnemende-aksienavorsing toon raakpunte met die narratiewe werksywe. Mense se narratiewe word toenemend die fokus van sosiaal-wetenskaplike navorsing, want die narratiewe werksywe verskaf 'n vars perspektief op die wyse waarop ondervindinge ondersoek kan word. Narratiewe word volgens Josselson en Lieblich (1993:x) toenemend in die navorsingsproses benut om te verhoed dat data verlore raak en om tot die kern van persone se ondervindinge deur te dring. Navorsing volgens die narratiewe werksywe wil luister na dit wat mense in hul eie terme sê oor dit wat in hul lewens betekenisvol is. Indien persone met amputasies die passiewe subjekte van navorsing is, word daar in werklikheid teen hulle gediskrimineer.

Deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werksywe poog om die volgende prioriteite na te streef:

- Die deelnemers se mens- en wêreldsienings en konstruksies word die vertrekpunte vir gesprekvoering en die verteller word as die ekspert van sy eie storie (lewe) aanvaar (White 1995:66). Mense se ondervindinge in 'n plaaslike konteks word

geïnterpreteer, sodoende word abstrakte konsepte in die konkrete belewenisse van persone verstaanbaar gemaak.

- Die opbou van 'n vennootskapsverhouding tussen die navorser en deelnemers, wat deur samewerking tussen en die aktiewe deelname van al die rolspelers gekenmerk word (Oliver 1993:63). Die emosionele element van interafhanklikheid wat kenmerkend van verhoudinge is, word deur storievertelling herstel. Deelnemers se bydraes is nie ondergeskik aan mekaar nie, want elke individu neem op gelyke vlak aan kreatiewe en skeppende aktiwiteite deel.
- Die skepping van geleentheid vir deelnemers om 'n eie stem te vind (Booth 1996:234) om die narratiewe van hul daaglikse ervarings en interpretasies van saamleef met 'n amputasie te vertel. Die konstruksie van verlede, hede en toekomsnarratiewe druk die perspektiewe van persone en groepe uit en deelnemers word gerespekteer as mense met 'n storie om te vertel en nie as informante nie.
- Die narratiewe werkswyse fokus nie op mense se leemtes, probleme en gebreke nie, maar wel die ontginning van potensiaal, kapasiteite en moontlikhede (vgl. 4.2.2.3). Persone met fisiese gestremdheid, as waardevolle skepsels en verteenwoordigers van God Drie-enig, is waardig om 'n lewe tot eer van God en tot voordeel van hul naaste te leef.
- Deelnemers se narratiewe weerspieël hul persoonlike belewenisse en betekenisgewing (Gubrium en Holstein 1995:45), gevolglik is hul bydraes eiesoortig en word nie veralgemeen nie.
- Narratiewe vorm 'n brug tussen die individu, die gemeenskap en ander mense, want mense leef hul lewens binne 'n bepaalde strukturele konteks en verhoudinge uit. Deur te luister na gebeure agter die vertellings is dit moontlik om eggo's van andere se stories te identifiseer, wat temas voorsien om die individu se narratief aan 'n groep se narratiewe te verbind (Booth 1996:240). Uit 'n persoon met 'n amputasie se narratief kan sekere temas geïdentifiseer word, wat ooreenkom met die van ander persone met 'n fisiese gestremdheid. Hierdie temas bind verskillende mense se lewens aan mekaar, verskaf inligting oor hoe mense se lewens deur die breër gemeenskap gevorm is en gee insig in die netwerk van verhoudinge waarby die persoon betrokke is. Sodoende ontstaan die moontlikheid om ooreenstemmende temas en kollektiewe verhale oor persone met fisiese gestremdheid se uitdagings en maatskaplike probleme te konstrueer.
- Narratiewe ontbloot die verwarring, onsekerhede en teenstrydighede wat persone met amputasies se lewe kenmerk. Dit is strydig met die positiwisme wat met

rasionele beredeneringe poog om orde in die skepping te bewerkstellig. Daar word met ander woorde nie gepoog om direkte lyne tussen die persoon se fisiese inkorting en die verhoudingsprobleme wat ervaar word te trek nie.

#### **1.4.5 Narratiewe ondersoek**

Die waarde van die narratiewe ondersoek is dat persone met amputasies deur middel van stories die geleentheid kry om hul ondervindinge en werklikheidskonstruksies te kommunikeer en ontwikkel terselfdertyd begrip in hul eie stories.

Volgens Josselson (1995:32) poog die narratiewe ondersoek om mense se lewens in konteks te plaas, eerder as om deur 'n vooraf opgestelde en verengde lens daarna te kyk. Die narratief word 'n vorm van weet en 'n wyse om kennis te versamel. Chase (1995:2) wys daarop dat konvensionele metodes om onderhoude te voer, deelnemers se stories onderdruk het en konvensionele metodes om data te interpreteer, het die belangrikheid van stories geïgnoreer. Tog is die geneigdheid om stories te vertel so deel van die mens, dat stories spontaan in onderhoude vertel word. Daarom is dit nodig om tydens in-diepte onderhoude doelbewus op mense se stories, van lewensondervindinge wat vir hulle van belang is, te fokus. Gespreksvennote behoort verder aangemoedig te word om nie net hul stories te vertel nie, maar om verantwoordelikheid vir die uitkomste daarvan te aanvaar.

Kwalitatiewe data word deur middel van veldnavorsing ingesamel, want dit sluit die observasie en interaksie met geselekteerde persone en belangrike rolspelers, binne die raamwerk van gesondheidsdienste en die plaaslike gemeenskap in. Data word tydens individuele gesprekke en interaksiegeleenthede, soos vergaderings en fokusgroepe, ingesamel en deur middel van veldaantekeninge en verbatim verhale gedokumenteer.

#### **1.4.6 Analise van data**

Beskikbare data oor fisiese gestremdheid is volgens Meyerson (1990:20) nie self-interpretierend nie, maar navorsers het die verantwoordelikheid om sin te maak van onverwagte inligting en paradoksale resultate. 'n Voorbeeld hiervan is dat positiewe en negatiewe reaksies op gestremdheid nie op 'n eenvoudige wyse met die persoon se fisiese gebreke verbind kan word nie, want gestremdheid is maar een van vele faktore wat die persoon se hele lewe beïnvloed.

Data word volgens 'n proses eie aan kwalitatiewe navorsing geanaliseer en sluit die volgende stappe in:

- Die maak van analitiese notas om sleutelaspekte in die versamelde inligting uit te lig.
- Sentrale temas wat uit die deelnemers se verhale na vore tree, word bepaal. Die geïdentifiseerde temas word met die deelnemers bespreek, om te verseker dat dit ooreenstem met hul konstruksies.
- Die analise van voortvloeiende aksies en verhale van groei.
- “The last step in data analysis is write about what you have heard, seen and now understand, to create the harmonic sound of data coming together in narrative form to make sense of the phenomenon you have studied” (Maykut and Morehouse 1994:145). Die taak is om uit te vind hoe pas algemene sosiale prosesse in die persoon of groep se verhaal en watter impak het die betrokkenes se betekenisgewing op hul selfverwesenliking en doeltreffende maatskaplike funksionering.

Die narratiewe werkswyse kan 'n sinvolle bydrae lewer om persone met amputasies se ervaringe en interpretasies op 'n kreatiewe en nadenkende wyse te analiseer, ten einde begrip daarin te ontwikkel. Kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat uit deelnemers se narratiewe na vore tree, word ontleed en geïnterpreteer. Die heg van betekenis is nie inherent deel van ondervindinge nie, maar word deur sosiale gesprekvoering gekonstrueer, daarom berus die analise van data grootliks op die deelnemers se vertellings en die interaksieprosesse wat hieruit voortspruit. Josselson en Lieblich (1995:ix) sê: “Narrative approaches to understanding bring the researcher more closely into the investigative process than do quantitative and statistical methods. Through narrative, we come in contact with our participants as people engaged in the process of interpreting themselves. We work then with what is said and what is not said, within the context in which life is lived and the context of the interview in which words are spoken to represent that life. We then must decode, recognize, recontextualise, or abstract that life in the interest of reaching a new interpretation of the raw data of experience before us.” Deelnemers aan die navorsing is met ander woorde medewerkers aan die analisering van data. Die interaksie tussen die navorser en die ander deelnemers lei daartoe dat verbande getrek word tussen die deelnemers se belewenisse en nuwe betekenis word dan op die analitiese vlak gevorm, waaruit nuwe narratiewe en aksies voortvloei.



Die analisering van narratiewe kan die volgende vrae insluit (Chase 1995:20):

- Wat word geleer van die individue se geleefde ondervindinge?
- Wat is die historiese en sosiale faktore of realiteite?
- Wat is die verhouding tussen die verteller se lewenstorie en die sosiale wêreld wat met andere gedeel word?
- Watter keuses het bygedra tot die konstruksie van die storie?
- Watter dinamika bestaan en watter veranderinge kom in die storie na vore?
- Hoe word die storie benut om gebeure te interpreteer?
- Hoe het kultuur die persoon se narratief gevorm en beperk?
- Hoe het die verteller kultuurbronne benut of 'n stryd met kulturele beperkinge gevoer? Is kulturele invloede hulpbronne om ondervindinge uit te druk of word gesprekke daardeur beperk? Hoe is persepsies in die bestaande kultuur geanker?
- Wat is deel van die komplekse proses van storievorming?
- Watter inligting kan uit moeilike gedeeltes van die verhaal verkry word oor die diskoerse oor 'n saak?
- Watter gedeeltes van verhaal word maklik vertel en deur die persoon met gemak gehanteer?
- Hoe kan algemene sosiale prosesse die invloed van verskille, soos geslag of klas, aandui?
- Hoe kan deelnemers se spontane vertellings benut word om inligting te verkry oor hoe die persoon die algemene en spesifieke in sy lewe interpreteer?
- Wat is die verhouding tussen deelnemers se stories en die groter verhale wat in gemeenskappe bestaan?
- Watter aspekte in die groter verhaal maak dit makliker om die onderdrukte aspekte in 'n persoon se lewe na vore te laat tree?

Daar word van die veronderstelling uitgegaan dat die navorser 'n subjektiewe deelnemer aan die navorsing is, wat 'n aktiewe rol speel met die interpretasie van gebeure. Navorsingsmetodes wat te alle koste die objektiwiteit van die ondersoeker vereis het, het tot 'n ongelyke magsverhouding tussen die ondersoeker en persone met gestremde aanleiding gegee. Die menings van medewerkers speel 'n belangrike rol om die geloofwaardigheid van die analise te verhoog (Maykut en Morehouse 1994:144). Verduidelikings of interpretasies is kompleks en word op die narratiewe van sekere persone en situasies gebaseer.

### 1.4.7 Die proses van deelnemende-aksienavorsing

Die volgende stappe in die proses van deelnemende-aksienavorsing word deur Strydom (2002:427-430) geïdentifiseer, naamlik: toetrede tot die gemeenskap; probleemidentifikasie en -stelling; die stel van doelwitte en doelstellings; die implementering van tegnieke om data te versamel; data-analise; onderhandelinge; beplanning; evaluering; verslagskrywing; implementering van aksieplanne en evaluering van die aksieplanne se uitkomst. Deelnemende-aksienavorsing verloop nie volgens rigiede stappe nie, maar volgens die behoeftes en voorkeure van die deelnemers. Die genoemde stappe word losweg gevolg en daar bestaan ruimte vir die heen en weer beweeg tussen die genoemde stappe.

Na verwagting sal die navorsingsproses die volgende insluit:

- Toetrede tot die hospitaal as behandelingsgemeenskap, die identifikasie van die teikengroep en die werwing van deelnemers om aktief aan die navorsingsproses deel te neem. Die totstandkoming van 'n samewerkende verhouding tussen die deelnemers is eie aan die praktyk van maatskaplike werk.
- Storievertelling en die eksplorering van die deelnemers se narratiewe vir probleemidentifikasie en om probleem-deurdrenkte stories te herskryf.
- Onderhandelinge om te verseker dat belangrike rolspelers en belangegroepe verteenwoordig is om relevante strategieë vir verandering te ontwikkel. Deelnemende-aksienavorsing is die gesamentlike poging en die skeppende werk van alle rolspelers en vereis die aanvaarding van eienaarskap vir die verloop van die navorsingsproses en die maatskaplike aksie wat daaruit voortspruit.
- Die stel van doelstellings en doelwitte om die geformuleerde probleme aan te spreek.
- Die beplanning en implementering van aksieplanne. 'n Voorvereiste hiervoor is dat konsensus moet bestaan oor die doelwitte wat bereik wil word en strategieë om die gewenste uitkomst te bereik.
- Beskikbare data word in sentrale temas geanaliseer en gekategoriseer. Transkripsies van gesprekke volgens die narratiewe werkswyse poog om 'n balans te handhaaf tussen die integriteit van die deelnemers en die verstaanbare weergawe van inligting (Booth 1996:244). Data word geïnterpreteer en met die deelnemers bespreek, om te vermy dat die navorser se gevolgtrekkings op die data afgedruk word.

- Implementering van aksieplanne wat op die aanbevelings van die navorsingsverslag gebaseer is en na verwagting na die voltooiing van die navorsingsverslag sal voortduur.

Die navorsingsproses sluit met ander woorde die dokumentering en analise van werklike gebeure in, met die oog op die beplanning en implementering van projekte en/of programme om geïdentifiseerde probleme aan te spreek. Die bevindinge is konteksgebonden en word nie veralgemeen nie.

## **1.5 BEGRENsing VAN DIE STUDIE**

Plaaslike en internasionale vakkundige handboeke, tydskrifartikels, relevante wetgewing en beleidskrifte word vir die literatuurstudie benut. Literatuur vanuit aanverwante professies, soos die mediese beroep, sielkunde en teologie en dissiplines, soos filosofie, word aanvullend gebruik. Die teoretiese studie fokus op maatskaplikewerkdienste vir persone met amputasies, die integrasie van bruikbare konsepte vanuit die konstruktivisme, konstruksionisme en narratiewe werkswyse en dit word vanuit die uitgangspunte van die Christelike perspektief belig.

Die empiriese studie word geografies begrens tot persone wat op die platteland in die Fezile Dabi Distriksmunisipaliteit in die Noord-Vrystaat woon. Die gebied sluit die volgende subdistrikte en dorpe in (Free State Department of Health 2008:3): Moqhaka-subdistrik (dorpe is Kroonstad, Viljoenskroon en Steynsrus), Ngwathe-subdistrik (dorpe is Parys, Vredefort, Heilbron, Koppies en Edenville), Metsimaholo-subdistrik (dorpe is Sasolburg, Deneysville, Oranjeville) en Mafube-subdistrik (dorpe is Frankfort, Villiers, Tweeling en Cornelia). Deelnemers word beperk tot inwoners vanuit die gebied wat amputasies moet ondergaan en in die Provinsiale Streekshospitaal in Kroonstad opgeneem word vir behandeling. Deelnemers wat met amputasies in die gemeenskap saamleef en verteenwoordigers van belangegroepes vir persone met gestremdhede word beperk tot die Moqhaka-subdistrik.

Deelnemers word volgens die sneeubalmetode gewerf, wat beteken deelnemers word geïdentifiseer en betrek namate die navorsingsproses ontplooi. Kriteria vir die seleksie van

deelnemers sluit in: (1) terapeute van die Boitumelo Streekshospitaal se multi-dissiplinêre rehabilitasiespan; (2) verteenwoordigers van belangegroep vir persone met gestremdhede in Moqhaka; (3) persone wat in die Boitumelo Streekshospitaal behandeling na 'n amputasie ontvang en (4) persone met amputasies wat in Moqhaka woon en buite-pasiëntbehandeling by die streekshospitaal ontvang. Die multi-dissiplinêre span bestaan uit rehabilitasiepersoneel wat gedurende 2008 en 2009 in diens van die Boitumelo hospitaal was (vgl. 6.2). Persone wat hospitaalbehandeling na 'n amputasie ontvang het, word geselekteer uit persone wat in die kalendermaand November 2008 in die Boitumelo hospitaal behandel is. Deelnemers van verskillende geslagte, volke en kulture word ingesluit, om 'n verteenwoordigende beeld van mense se belewenisse en aanpassings by amputasies te verkry. Persone wat met amputasies in die gemeenskap leef en aktiewe lede van belangegroep vir persone met gestremdhede in Moqhaka is, word geselekteer, terwyl persone met fisiese gestremtheid van omliggende dorpe by geselekteerde aksies betrek word. Praktiese probleme soos gebrekkige fondse, vervoer en mobiliteit word deurgaans in aanmerking geneem vir die selektering van deelnemers. Na alle waarskynlikheid sal die aantal deelnemers na afhandeling van die navorsingsverslag uitgebrei word.

Die navorser werk sedert 1989 in 'n Provinsiale Streekshospitaal in die Noord-Vrystaat en het in die tydperk ondervinding oor die maatskaplikewerkbehandeling en rehabilitasie van persone met amputasies opgedoen. Toestemming is van die Boitumelo Streekshospitaal se Hoof Uitvoerende Beampte en die Algemene Bestuurder van Hospitaaldienste van die Vrystaatse Departement van Gesondheid verkry om met die navorsing voort te gaan. Ten einde eenvormige interpretasies van die konsepte in die navorsingsverslag te verseker, word die volgende begrippe bespreek.

## **1.6 BEGRIPSOMSKRYWINGS**

Kernbegrippe wat deurlopend in die navorsingsverslag na vore kom, word vervolgens omskryf.

### **1.6.1 Maatskaplikewerkhulpverlening**

Maatskaplikewerkhulpverlening word deur die Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk (1995:41) omskryf as die: "Proses waarvolgens 'n maatskaplike werker, binne 'n

professionele verhouding, bepaalde metodes en tegnieke aanwend, funksies en take uitvoer en hulpbronne benut om maatskaplike probleme te voorkom, te verlig of uit die weg te ruim, om die maatskaplike funksionering van 'n kliëntsisteem te bevorder.” Maatskaplikewerkhulpverlening is met ander woorde 'n rasionele en terapeutiese benadering vir die hantering van maatskaplike probleme, met kenmerkende prosesse en metodes om hulp te verleen.

### **1.6.1.1 Maatskaplike werk**

Omskrywings kenmerkend van maatskaplike werk fokus op die onderlinge verhoudinge, verbande en interaksies tussen mense, tussen mense en instellings/hulpbronne en die hantering van probleme wat in die funksionering van individue en sosiale sisteme bestaan. “Social work is concerned with the interaction between people and their social environment which affects the ability of people to accomplish their life tasks, alleviate distress and realise their aspirations and values. The purpose of social work therefore is to (1) enhance the problem-solving and coping capacities of people, (2) link people with systems that provide them with resources, services and opportunities, (3) promote the effective and human operation of these systems and (4) contribute to the development and improvement of social policy” (Pincus and Minahan 1973:9). Die omskrywing erken die uniekheid van die mens, met sy unieke ideale, waardesisteem en maatskaplike probleme, byvoorbeeld gesondheidsprobleme wat fisiese beperkinge meebring en die invloed daarvan op al sy verhoudinge, asook die invloed en rol van die breër gemeenskap en die beskikbaarheid van hulpbronne. Die in staatstellende of beperkende invloed van die mens se wêreld (of konteks waarbinne hy funksioneer) word beklemtoon. Die noodsaaklikheid om die kliëntsisteem aktief by die beplanning en implementering van hulpverleningsdienste te betrek word nie uitgespel nie.

Die werksgebied van maatskaplike werk word in 'n missieverklaring in 1996 in die dokument NASW Code of Ethics (Reamer 1999:19) uitgelig: “The primary mission of the social work profession is to enhance human well-being and help meet the basic needs of all people, with particular attention to the needs and empowerment of people who are vulnerable, oppressed, and living in poverty. A historic and defining feature of social work is the profession’s focus on individual well-being in a social context and the well-being of society. Fundamental to social work is attention to the environment forces that create, contribute to, and address problems in living.” Maatskaplike werk bevorder sosiale geregtigheid, is sensitief vir kulturele verskeidenheid en streef om diskriminasie,

onderdrukking, armoede en maatskaplike ongeregtigheid te beëindig. Maatskaplike werk poog om kliënte se vermoëns te ontwikkel om hul eie probleme op te los en om organisasies en gemeenskappe se respons op individue se behoeftes en maatskaplike probleme te verbeter. Die hantering van aspekte wat die individue of gemeenskap se maatskaplike funksionering bevorder of belemmer, word beklemtoon. Die bemagtiging van onderdrukte, weerlose of geïsoleerde individue of groepe is kenmerkend van maatskaplike werk se waardesisteem en praktyk.

Die praktiese inkleding van maatskaplike werk word deur die denke van 'n sekere tydperk beïnvloed en sluit tans konsepte van die postmoderne denke in. Dit is van besondere belang vir die hulpverlening aan minderheidsgroepe, soos persone met fisiese gestremdhede. Fook (2002:18) sê: “A postmodern and critical social work practice is primarily concerned with practising in ways which further a society without domination, exploitation and oppression. It will focus both on how structures dominate, but also on how people construct and are constructed by changing social structures and relations, recognising that there may be multiple and diverse constructions or ostensibly similar situations. Such an understanding of social relations and structures can be used to disrupt dominant understandings and structures, and as a basis for changing these so that they are more inclusive of different interest groups.” Die postmoderne kritiek op die uitbuiting en dominerende van mense of groepe sluit nou aan by maatskaplike werk se tradisionele betrokkenheid by die weerlose, mishandelde of onderdrukte mense in 'n gemeenskap. Die mens se vermoë om sy eie perspektiewe en lewensomstandighede te konstrueer stem ooreen met maatskaplike werk se siening van die mens se verantwoordelikheid tot selfbeslissing en die vermoë om te groei en te verander.

Die interpretasie van die omskrywings van maatskaplike werk in die postmodernisme impliseer dat dit van persoon tot persoon kan verskil. Verder speel die maatskaplike werker se persoonlike sienings, konstruksie en kreatiwiteit 'n rol in hulpverlening, want die maatskaplike werker is saam met die kliëntsisteem besig met werklikheidskepping. So sal 'n maatskaplike werker wat uit 'n Christelike beskouing praktiseer, waarskynlik 'n andersoortige interpretasie van maatskaplikewerkdienste hê as diegene met ander oortuigings, byvoorbeeld die humanis.

Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing is op die uitgangspunte van die Christelike mens- en wêreldbeskouing gebaseer. Volgens Heyns (1974:69) is die Christelike beskouing nie 'n wetenskaplike en sistematiese leer met helder en skerp

omlynde begrippe en definies nie, want "... die mate van sistematisering, logiese ordening, definisies en omskrywings wat in die begrippe mensbeskouing opgesluit lê, word nie in die Skrif self aangetref nie, maar is die resultaat van die werksaamhede wat met die materiaal uit die Skrif, gedoen is". Die Christelike mens- en wêreldbeskouing sluit met ander woorde interpretasies van die Bybelse boodskap in en kan nie die aanspraak van die ware of enigste Bybelse beskouing deurstaan nie, want alle mensewerk is sondig en gebroke.

Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing berus op sekere voorveronderstellings oor die mens se oorsprong, doel, lyding en bestemming, wat bepalend is vir die wyse waarop hulp verleen word. Philpot (1986a:146) sê: "At the most basic level social work is engaged in the relief of suffering, whether the social worker is inclined to see that as best achieved, on the one hand, by individual case work, or, on the other, by political, community-based action, with all the varieties of social work intervention in between. The perspective of the Christian social worker is not confined by the limits of a particular situation but his perspective goes beyond space and time. He conceives of what he does and what he observes and experiences in the context of what has been called 'man in cosmos' rather than 'man in the world'. Thus, the sacramental and social concern are linked in an eschatological tension." Dit beteken die wyse waarop die maatskaplike werk beginsels toegepas word en inhoud van die maatskaplike werker se gesprekke met die kliëntsisteem spruit voort vanuit 'n persoonlike verhouding met God Drie-enig en verreken Bybelse temas soos sonde, verlossing, groei in heiligmaking en 'n ewigheidsbestemming.

Samevattend kan gesê word maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing fokus nie net op die tydelike aspekte van die kliënt se lewe nie, maar gee aandag aan die mens se geestelike behoeftes en/of 'n verhouding met God Drie-enig (Bowpitt 1998:679). Die pragmatiese inkleding van maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing verwys daarom nie slegs na die maatskaplike werker se persoonlike mens- en wêreldbeskouing en toepassing van die maatskaplike werk beginsels volgens Bybelse riglyne nie, maar holistiese hulpverlening wat gesprekvoering oor gespreksvennote se geestelike dimensie insluit.

### **1.6.1.2 Hospitaal maatskaplike werk**

Maatskaplike werkers werksaam in hospitale staan algemeen bekend as hospitaal maatskaplike werkers. In beleidsdokumente van die Vrystaatse Provinsiale Departement

van Gesondheid (2005b:11) word na maatskaplike werkers werksaam in die veld van gesondheidsorg as mediese maatskaplike werkers verwys, wat die hospitaal maatskaplike werker en psigiatriese maatskaplike werker insluit. Die verskillende terme het waarskynlik ontstaan om die fokus van hulpverlening aan te dui, maar in alle gevalle bly gesondheidsorg en mediese behandeling die konteks waarbinne hulp verleen word. “The concept of a health care social work practice, incorporating the previously separate specialities of medical and psychiatric social work, attempts more appropriately to address the interplay of the economic, environmental, social, psychological, cultural and biological factors, affecting health status on the individual, group and on the community levels” (Free State Provincial Department of Health 2005b:11). Hierdie studie se fokus word beperk tot maatskaplike werk in hospitale en om verwarring te vermy met maatskaplike werkers werksaam in ander areas van gesondheidsorg, word daar na hospitaal maatskaplike werk verwys.

Die fokus van maatskaplike werk in hospitale word deur Skidmore en Thackeray (1982:167) omskryf as: “Social work addresses itself to illness brought about by or related to social and environmental stresses that result in failures in social functioning and social relationships. It intervenes with medicine and related professions in the study, diagnosis, and treatment of illness at the point where social, psychological, and environmental forces impinge on role effectiveness.” Die klem is dus op die siek persoon en sy onmiddellike familie, maar sluit ook omgewingsfaktore en verhoudinge met betekenisvolle rolspelers, hulpbronne en ondersteuningsnetwerke in die gemeenskap in. Samewerking met ander gesondheidswerkers en die mediese model vir behandeling (vgl. 5.1.2.2) blyk duidelik.

Vir die doeleindes van hierdie studie word maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing in hospitale omskryf as maatskaplikewerkehulpverlening begrend op die Christelike beskouing, binne die raamwerk van hospitaaldienste vir persone wat behandel word vir ‘n siektetoestand of besering. Die maatskaplike werker is deel van die multi-dissiplinêre spanbenadering en verskaf holistiese behandeling, wat op alle vlakke van die kliënt se menswees en maatskaplike funksionering fokus en verreken die mens se verhouding met homself, betekenisvolle ander, sy konteks en God Drie-enig of geestelike dimensie. Kliënte word aktief betrek om mee te werk aan die voorkoming van siekte en gestremdheid, die behandeling van simptome en die gevolge van die siekte, die bevordering van gesondheid en doeltreffende maatskaplike funksionering, die herintegrasie van die persoon in die gemeenskap en die ontwikkeling van beleidsriglyne en hulpverleningsdienste.



## 1.6.2 Narratiewe werkswyse

Tydens die postmodernisme word die rol van storievertelling beklemtoon en het die narratiewe aanpak van hulpverlening na vore getree (Louw 1998:23). Stories vorm die kern van die narratiewe werkswyse. 'n Storie word as metafoor gebruik word om die wyses te beskryf waarvolgens die mens sy werklikheidskonstruksies in 'n verstaanbare intellektuele raamwerk saamstel en dan hul lewens hiervolgens inrig.

Ten einde die narratiewe werkswyse te omskryf is dit nodig om duidelikheid te verkry oor die betekenis van die begrippe postmodernisme, konstruktiewisme, konstruksionisme, storie en narratief.

### 1.6.2.1 Postmodernisme

Dit is moeilik om postmodernisme te omskryf, aangesien daar verskeie en uiteenlopende omskrywings bestaan, elkeen met sy eie klem en beredenering van die tydperk. Postmodernisme is 'n term wat losweg gebruik word om kulturele, sosiale en politieke veranderinge in Westerse samelewings aan die einde van die twintigste eeu te beskryf. Dit word gebruik om 'n tydperk te beskryf wat op die modernisme volg. Lane (1997:136) sê: "A (modernist) culture, built over the last few centuries around forms of rationality, self-discipline and bourgeois values, is succumbing, it seems, to the effects of rapid technological and economic change. New cultural forms are emerging, challenging traditional values and ways of thinking." Postmodernisme is 'n reaksie of wegbeweeg van die rasonele benadering en sienings eie aan die modernisme.

Daar bestaan nie 'n eenheid in die gesprekke binne postmodernistiese denke nie. Tog kan sekere elemente waaroor saamgestem word geïdentifiseer word, asook dat dit op die paradigma van postmodernisme dui. Die postmoderne wêreld word volgens Ife (1999:211) deur onsekerheid, twyfel, relativisme, verandering en die konstante herdefiniëring van die realiteit gekenmerk. Eenstemmigheid bestaan dat die teks, ook metafoor vir die lewe, geen vaste struktuur het nie en daarom bestaan geen vaste interpretasies nie. As gevolg van die beginsel van verskeidenheid, bestaan daar geen vaste waarhede of vaste waardes nie. Die teks is dinamies en het 'n oop-einde karakter, wat die finale analise van realiteit onmoontlik maak. Hierdie gemeenskaplikhede in sienings regverdig die gebruik van die term postmodernisme.

‘n Onderskeid kan tussen die term ‘postmodern’ en ‘postmodernisme’ gemaak word (Ife 1999:214). Die term postmodern (“postmodernity”) is ‘n beskrywende term en postmodernisme (“postmodernism”) sluit normatiewe kritiek ten opsigte van die hedendaagse samelewing in. Die term postmodern dui daarop dat die samelewing in ‘n tydperk wat as postmodern bekend staan, beweeg het. Dit handel oor ‘n belangrike historiese oorgang in die samelewing, terwyl postmodernisme ‘n normatiewe perspektief is, wat ‘n alternatiewe mens- en lewensbeskouing (as die modernisme) impliseer. Postmoderne denke is kenmerkend van die einde van die twintigste eeu en begin van die een-en-twintigste eeu en die postmodernisme heg waarde aan uiteenlopende sienings en konseptualisering.

### **1.6.2.2 Konstruktiewisme**

Daar bestaan nie epistemologiese eenstemmigheid binne die konstruktiewisme nie, tog is dit gebaseer op die siening dat die mens sy eie realiteit konstrueer en nie ontdek nie. Volgens Von Glasersfeld (1995:113) het konstruktiewisme “... nothing to say about what may or may not exist. It is intended as a theory of knowing, not as a theory of being”. Die mens gebruik kognitiewe prosesse om ervarings en gebeure in ‘n samehangende geheel te orden en te interpreteer, gevolglik word die werklikheid gekonstrueer en is dit nie ‘n gegewe wat ondersoek kan word nie.

‘n Basiese uitgangspunt van die konstruktiewisme is dat ‘n objektiewe realiteit of objektiewe waarheid nie bestaan nie “... constructivism rather suggests that the truth is to be found in the construct of reality, as identified in the narratives of people and the deconstruction of those narratives” (Janse van Rensburg 2000a:11). Die persoon se werklikheidskonstruksies verskaf met ander woorde kennis en die waarheid oor die sienings wat die betrokkenes oor hulself en die wêreld nahou. ‘n Verdere implikasie is dat bestaande konstruksies nie die waarheid weergee nie en dit kan bevraagteken word indien dit van die individu of ‘n sekere groep se konstruksies verskil.

Konstruktiewisme kan omskryf word as ‘n postmoderne epistemologie wat op die siening gebaseer is dat die mens sy ervarings volgens unieke innerlike strukture en kreatiewe prosesse verwerk en interpreteer en deur middel van taal uitdrukking gee aan die werklikheidskonstruksies oor die persoon en sy wêreld.

### 1.6.2.3 Konstruksionisme

Die sosiale konstruksionisme beklemtoon dat konstruksies oor die realiteit deur die sosiale interaksie tussen mense, historiese en kulturele faktore gevorm word. Sosiale interaksie prosesse in die plaaslike konteks van die mens bepaal die inhoud en geldigheid van die konstruksies (sienings) oor die realiteit. Die vorming van betekenis is nie 'n private gebeurtenis nie, maar vind in verhoudinge met andere en die dominante kultuur plaas (McNamee en Gergen 1992:5). Werklikheidskepping vind dus plaas in die gesprekke en diskoerse tussen mense in verskillende situasies en is 'n voortdurende proses van onderhandeling, uitruiling van idees en onderlinge beïnvloeding. Interaksieprosesse laat nuwe werklikhede ontstaan en daarom kan hulpverlening 'n bydrae lewer om nuwe werklikhede te skep.

In die lig van bogenoemde word konstruksionisme omskryf as 'n postmoderne epistemologie, wat verwys na die prosesse waarvolgens 'n subjektiewe werklikheid in 'n bepaalde situasie volgens kognitiewe prosesse en in wisselwerking met andere gekonstrueer word. Unieke kognitiewe aktiwiteite, gerig deur kennisraamwerke en ervaring, binne verhoudinge en sosiale interaksie met ander is kernelemente vir die mens se werklikheidskepping en die ontwikkeling van kennis.

### 1.6.2.4 Narratief

Die terme storie/verhaal en narratief word meestal as sinoniem beskryf, tog sê Du Plessis en Ferreira (2002b:3) dit wil voorkom of die term storie meer spesifiek gebruik word wanneer daar na die vertellings van mense se lewenservaringe verwys word, terwyl die term narratief gebruik word om te verwys na aspekte wat verband hou met die narratiewe paradigma. Vir die doeleindes van hierdie studie word die begrippe storie/verhaal en narratief as sinoniem beskou.

Stories is op die lewe gebaseer en aan die ander kant word die lewe deur stories uitgedruk en gewysig. "Everyone creates, tells, listens to, changes, and retells stories. As stories are told, people name and shape the meaning of the daily events of their lives and communicate that meaning to others. Voice is given to their unique experience; then through familial and community stories, voices are shared and joined" (Roberts 1994:1). Die mens gee met ander woorde uitdrukking aan sy lewe en verhoudinge deur stories

daaroor te konstrueer en te vertel. Stories word benut om die lewe meer verstaanbaar te maak en die mense leef terselfdertyd hul lewensstories uit.

Die mens gebruik stories om lewensgebeure te interpreteer en sekere betekenis daaraan te heg. Widdershoven (1993:7) sê: “We live our lives according to a script, which secures that our actions are part of a meaningful totality. Our actions are organized in such a way that we can give an account of them, justify them by telling an intelligible story about them.” Die mense ontwikkel begrip in hul lewensondervindinge, deur stories daarvoor te vertel. Met verhale word die lewe gevorm en georganiseer (Müller 2000:9). Dit impliseer die interpretasie van gebeure, asook die rigtinggewendheid van die betekenis wat aan lewensondervindinge toegeken is. Morgan (2000:5) sê: “As humans, we are interpreting beings. We all have daily experiences of events that we seek to make meaningful. The stories we have about our lives are created through linking certain events together in a particular sequence across a time period, and finding a way of explaining or making sense of them. This meaning forms the plot of the story. We give meanings to our experiences constantly as we live our lives. A narrative is like a thread that weaves the events together, forming a story.” Alhoewel verskillende soorte narratiewe bestaan, is daar eenstemmigheid dat mense dit gebruik om sin te maak van hul ondervindinge, verhoudinge, probleme en om betekenis te kommunikeer.

Samevattend kan gesê word dat narratiewe die mens se weergawes en interpretasies van alledaagse gebeure en ervarings in sy lewens is. Die mens se optrede in die wêreld is die voortdurende skryf van ‘n storie en gee so die mens se interpretasie van sy identiteit en gebeure in sy lewe weer.

### **1.6.3 Amputasie**

Die mens se liggaam bestaan uit liggaamstrukture wat bepaalde funksies verrig. “Amputation is defined as loss of part or all of a limb” (Kubheka 1992:5). ‘n Amputasie impliseer met ander woorde die afwesigheid of verlies van ‘n deel of geheel van een of meer ledemate, wat ‘n fisiese inkorting meebring, aangesien die liggaam nie sekere funksies kan verrig nie. “Impairments of structure can involve an anomaly, defect, loss or other significant deviation in body structures” (World Health Organization 2001:12). ‘n Persoon kan sonder ‘n ledemaat(e) gebore word of ‘n ledemaat(e) word chirurgies verwyder as gevolg van ‘n siektetoestand of traumatiese insident.

‘n Amputasie is volgens Joubert (1990:1): “Wanneer iemand ‘n amputasie ondergaan is daar ‘n verlies aan ‘n ledemaat, maar belangriker: ‘n verlies aan die gevoel van geheelheid, of die gevoel om ‘n heel mens te wees. Hulle voel vermink. Om fisiek weer te kan funksioneer, moet die amputasiepasiënt bykans alle aktiwiteite herleer wat inpas by sy/haar lewensstyl. Die genesing van die emosionele en sosiale wonde duur lank en is moeilik om te bereik.” ‘n Amputasie impliseer ‘n fisiese verlies en bring fisiese gestremdheid mee, met verreikende gevolge vir die persoon se funksionering op alle lewensvlakke. Fisiese gestremdheid word deur die Wêreld Gesondheidsorganisasie (2001:17) omskryf as: “... the outcome or result of a complex relationship between an individual’s health condition and personal factors, and of the external factors that represent the circumstances in which the individual lives”. Fisiese gestremdheid is die sambreelbegrip vir die persoon se onvermoë om sekere take te verrig en sy deelname aan lewensituasies te beperk. Fisiese gestremdheid dui op die beperkende gevolge wat die amputasie van ‘n ledemaat vir die persoon in sy alledaagse lewe in sy omgewing meebring.

Samevattend kan gesê word ‘n amputasie is die fisiese inkorting van liggaamstrukture, wat die persoon se vermoë om sekere aktiwiteite uit te voer, beperk. ‘n Amputasie bring fisiese gestremdheid mee, in die mate waarin ‘n persoon se funksionering op alle lewensvlakke bemoeilik word en deelname aan hoofstroom-aktiwiteite verhinder word.

#### **1.6.4 Deelnemende-aksienavorsing**

Deelnemende-aksienavorsing word deur Strydom (2002:423) omskryf as: “... an active, participating, capacity building, involving, encouraging, mobilising and enabling research procedure in which the total community and the researcher are seen as equal partners. The aims are to ascertain the collective generation of knowledge, the planning and achievement of jointly set objectives, and to be empowered in order to act effectively in their own interest. By being involved in this manner the community can solve its own problems, reach mutual goals and utilise the available resources optimally.” Die doelwitte en werkswyse van deelnemende-aksienavorsing, wil deelnemers bemagtig tot selfverwesenliking en die ontwikkeling van ‘n responsiewe omgewing.

Deelnemende-aksienavorsing kombineer navorsing met aksieprosesse wat tot die oplossing van probleme lei. Laws (2003:49) sê: “The core process is to enable participants to share their perceptions of a problem, to find common ground and then to engage a variety of people in identifying and testing out some possible solutions.” Dit impliseer ‘n proses

waar deelnemers van mekaar leer en die kennis van gewone mense erken word, want diegene wat die beste verstaan en die meeste baat vind by die proses word aktief by die navorsing betrek.

## **1.7 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG**

Hoofstuk een gee 'n algemene oriëntering ten opsigte van die navorsing. Die navorsingsprobleem, -vrae, -doel, -metodologie, begrensing van die ondersoek en kernbegrippe word beskryf.

Die uitgangspunte van die Christelike mens- en wêreldbeskouing as begronding vir maatskaplikewerkdienste volgens die Christelike beskouing, vir siekes en persone met fisiese gestremdhede, word in hoofstuk twee uiteengesit.

Die epistemologieë van die konstruktivisme en konstruksionisme word in hoofstuk drie uiteengesit. Die verskille en raakpunte met die Christelike mens- en wêreldbeskouing word bespreek.

Die konseptuele raamwerk en riglyne vir die praktiese implimentering van die narratiewe werkswyse word in hoofstuk vier aangebied.

In hoofstuk vyf word die verskynsel van amputasies en die fisiese gestremdheid wat dit meebring, ondersoek.

Hoofstuk ses verken die hospitaalbehandeling van persone met amputasies. Aandag word geskenk aan die beleid ten opsigte van die behandeling van persone met fisiese gestremdhede, die raamwerk van Provinsiale gesondheidsdienste in Suid-Afrika en die lewering van multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in 'n Provinsiale Streekshospitaal, met besondere aandag aan die rol van die hospitaal maatskaplike werker.

Deelnemende-aksienavorsing, volgens die narratiewe werkswyse, word in hoofstuk sewe uiteengesit. Die narratiewe van persone met amputasies, gesondheidswerkers en belangrike rolspelers word beskryf, met die doel om fokuspunte vir 'n maatskaplikewerkprogram, binne die raamwerk van rehabilitasiedienste, te bepaal en die implementering van aksieplanne om oplossings vir bestaande probleme te vind.

In die slothoofstuk, hoofstuk agt, word gevolgtrekkings en aanbevelings na aanleiding van die literatuurstudie en empiriese navorsing geformuleer.

## **1.8 SAMEVATTING**

Hoofstuk 1 is 'n algemene inleiding tot die navorsing. In die sosiale wetenskappe het 'n radikale heroriëntasie in die bestudering van mense se lewens plaasgevind, daarom is dit noodsaaklik om die invloed van die postmodernisme en die epistemologieë van die konstruktivisme en konstruksionisme op maatskaplikewerkhulpverlening te ondersoek. Die voortvloeiende narratiewe werkswyse het as strategie ontwikkel om hulp te verleen en die waarde daarvan vir die implementering van deelnemende-aksienavorsing word beskryf.

Hierdie navorsing word vanuit die Christelike perspektief begrond en die beginsels van die Christelike mens- en wêreldbeskouing word as 'n normatiewe alternatief voorgestel, om 'n beeld te konstrueer van die mens en die wêreld vanuit 'n verhouding met God Drie-enig. Die behoefte om die beginsels van die Christelike mens- en wêreldbeskouing met die praktyk van maatskaplike werk te versoen, word beklemtoon.

Die doel van die navorsing is om 'n bydrae te lewer deur persone met amputasies en ander rolspelers aktief te betrek by die ontwikkeling van hospitaal maatskaplikewerkdienste, wat kontekstuele faktore bereken, probleemversadigde en dominante narratiewe identifiseer en vervang met narratiewe waaraan die kliëntsisteem voorkeur gee.

Die waarde en verloop van deelnemende-aksienavorsing, wat persone met amputasies in 'n vennootskapsverhouding en 'n navorsingsproses betrek, word omskryf. Volgens die narratiewe werkswyse word deelnemers as aktiewe interpreteerders by die navorsing betrek, wat hul realiteite konstrueer en wysig deur middel van gesprekvoering, interaksie en storievertelling.

In hoofstuk 2 word die uitgangspunte van die Christelike mens- en wêreldbeskouing as begronding vir maatskaplikewerkdienste volgens die Christelike beskouing, vir siekes en persone met fisiese gestremdhede uiteengesit.

## HOOFSTUK 2

### **DIE CHRISTELIKE MENS- EN WêRELDBESKOUING AS BEGRONDING VIR MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING**

Maatskaplike werk is meer as 'n vakwetenskap, dit is 'n bepaalde aktiwiteit waarin die maatskaplike werker as mens te make het met die kliënt as mens, wat volgehoue besinning oor die mens se oorsprong, roeping, sinbeleving, verhoudinge en eindbestemming vereis. 'n Mens- en wêreldbekouing is 'n kognitiewe raamwerk of konstruksie oor die mens, sy verhoudinge met homself, ander mense, die konteks waarbinne hy<sup>1)</sup> bestaan en God<sup>2)</sup> of 'n mag groter as hyself. Hulpverlening kan nie van die maatskaplike werker en gespreksvennote se mens- en wêreldbekouing losgemaak word nie, want dit is nie moontlik om hulp vanuit 'n neutrale posisie te verleen nie (Walsch 1999:30). Die maatskaplike werker se unieke mens- en wêreldbekouing gaan die inkleding van hulpverlening kleur. Maatskaplike werkers kan dieselfde teoretiese raamwerke benut, tog gaan hul mens- en wêreldbekouing daartoe bydra dat hul verpraktisering van hulpverlening uniek is. Die maatskaplike werker se mens- en wêreldbekouing beïnvloed die motiewe, denke, gevoelens en klimaat vir optrede teenoor die kliënt en kleur die professie se uitgangspunte, doelstellings, funksies en metodes in (Eloff 1976:68). Die maatskaplike werker moet verder rekening hou met die kliënt se beskouinge oor menswees in die wêreld, want dit beïnvloed sy besluite, prioriteite en wyse van lewe.

In 'n postmoderne tydperk word die maatskaplike werker en kliënt voortdurend met nuwe sienings oor homself en sy werklikheid gekonfronteer, wat baie verwarrend kan wees. Die mens ervaar in die begin van die een-en-twintigste eeu onsekerheid oor wie hy is en wat die sin van sy bestaan is. Daar bestaan nie 'n enkele profiel van die postmoderne mens of

---

<sup>1)</sup> Wanneer na die manlike term (hy/sy/hom/homself) verwys word, sluit dit ook die vroulike terme (sy/haar/haarself) in en geen diskriminasie teen die vrou word daarmee geïmpliseer nie.

<sup>2)</sup> Verwysings na God impliseer altyd God Drie-enig (een God wat in drie persone geopenbaar word). Die terme God en God Drie-enig word as sinoniem en afwisselend gebruik.



die werklikheid nie, want elke mens se konstruksie of siening word tans as geldig aanvaar. Middleton en Walsch (1996:134) sê: “Both our unlimited yearning for the consumption of new experiences and images at the postmodern carnival and our paralysed acquiescence before the multiplicity of sideshows robs us of our genuine human dignity. We find ourselves becoming hollow, ephemeral reflections of the chaos around us, populated by multiple selves, robbed of historical power and agency.” Die invloed van die postmodernisme skep met ander woorde verwarring by die mens oor sy menswees. ‘n Uitvloeisel hiervan is dat die postmoderne mens probleme kan ondervind om ‘n siening oor homself en sy konteks daar te stel wat in lyn is met dit wat vir hom belangrik is, wat die behoefte aan ‘n rigting aanduidende mens- en wêreldbeskouing uitwys.

In die lig van die verskeidenheid van beskouinge wat bestaan, word die keuse uitgeoefen om maatskaplikewerkhulpverlening op die Christelike mens- en wêreldbeskouing te grond. Die afgelope dekade het daar stemme opgegaan dat maatskaplike werk weer erkenning sal gee aan die Christelike beginsels en werkwyses waaruit dit ontwikkel het. Die Bybelse beginsels en werkwyses waarop maatskaplike werk oorspronklik gebaseer was, is volgens Bowpitt (2000:350) geleidelik met sekularistiese benaderings vervang en laat ‘n leemte in die verrekening van die mens se geestelike behoeftes wanneer hulp verleen word. Die verwaarlosing van die mens se geestelike behoeftes verskraal die hulp wat verleen word. “Most people who come for therapeutic help today are seeking more than symptom reduction, problem solving, or communication skills; they yearn for greater meaning and deeper connection with others in their lives. Many are in spiritual distress at the core of physical, emotional, and relational problems” (Walsh 1999:24). Die verband tussen hulpverlening en die mens se geestelike dimensie is vir ‘n geruime tyd in maatskaplike werk se praktyk, navorsing en literatuur geïgnoreer. Daar bestaan tans ‘n behoefte aan hulpverlening wat nie slegs op die konkrete aspekte van menswees fokus nie, maar wat rekening hou met die totaliteit van die kliëntsisteem se funksionering, wat die persoon se geestelike behoeftes insluit.

In die lig daarvan dat ek die Christelike beskouing erken as bepalende invloed op my konstruering van die werklikheid word daar in hierdie hoofstuk gepoog om in die lig van die Woord van God (Die Bybel 1983) ‘n verkenning van die Christelike beskouing te doen, ten einde maatskaplikewerkhulpverlening aan persone wat ‘n amputasie ondergaan het in die lig hiervan te posisioneer. Die konstruksie van die Christelike mens- en wêreldbeskouing in die navorsing berus op die interpretasies van die navorser. Dit mag

verskil van ander interpretasies, alhoewel die Bybel deurgaans as uitgangspunt gebruik is en vorige interpretasies van die Christelike mens- en wêreldbeskouing 'n vormende effek op my konstruksie gehad het. Daar word in die lig van die konstruktiewisme van die veronderstelling uitgegaan dat daar meer as een konstruksie van die Christelike mens- en wêreldbeskouing bestaan en dat dit in die toekoms verder sal ontwikkel. Die fokus word op die Bybelse siening van die mens en die wêreld se nood, lyding, behoefte aan heling en God Drie-enig se betrokkenheid by die mens en die wêreld geplaas. Die doel met die beskrywing is nie om God en Sy werke te probeer verklaar nie. Dit is eerder 'n poging om te leer wie Hy is, hoe Hy by die mens en sy wêreld betrokke is en wat Sy bedoelinge met die mens se lewe en lyding is. Laastens word in die lig van die Christelike perspektief, van God se liefde, sorg, hulp en bystand, riglyne vir maatskaplikewerkhulpverlening geïdentifiseer.

## **2.1 DIE INVLOED VAN 'N MENS- EN WÊRELDBESKOUING OP MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING**

'n Mens- en wêreldbeskouing is nooit volledig of afgehandel nie, maar ontwikkel en vernuwe namate die mens aan nuwe ervarings blootgestel word en nuwe insigte ontwikkel. 'n Verskeidenheid van mensbeskouings bestaan, soos die dualistiese, humanistiese, liberalistiese, nasionaal-sosialistiese, kommunistiese en Christelike (Heyns 1974:11-59), met unieke uitgangspunte oor hoekom die mens belangrik is, asook die mens se plek in die wêreld. Die keuse word uitgeoefen om na die mens se konstruksies oor homself en sy konteks as 'n mens- en wêreldbeskouing te verwys, aangesien dit interpretasies (vertolking en verstaan) oor die mens, sy verskillende verhoudings en die wêreld in 'n kognitiewe verwysingsraamwerk saamvoeg. 'n Mens- en wêreldbeskouing gee dan die persoon of groep se sienings oor en belewenisse van hul werklikheid weer.

Konstruksies oor die mens in die een-en-twintigste eeu moet daarmee rekening hou dat die kontemporêre mens 'n postmoderne mens is, wat onafwendbaar in die postmoderne tyd leef, met 'n bepaalde wêreldbeskouing. 'n Dialektiese antropologie bestaan tans, want die mens is postmodern in sy kritiek teen die modernistiese wetenskapsideaal, tog is die mens onherroeplik aan die kennis van die moderne wetenskap gebind (Janse van Rensburg 2002:39). Dit is daarom belangrik om in 'n postmoderne konteks voort te gaan om te besin oor die mens se skepping, roeping in die konteks van sy bestaan en bestemming. Die mens se identiteit, verhoudings en sienings word deur faktore in en die tydsgees van sy konteks

beïnvloed. Persone met fisiese gestremdheid funksioneer nie in isolasie nie, maar word deurlopend blootgestel aan die persepsies, geleenthede en probleme van die gemeenskap en verhoudinge waarvan hulle deel is.

Maatskaplike werkers se handeling word deur 'n mens- en wêreldbeskouing gerugsteun. Ontwikkelinge in die vakgebied en gemeenskap, met meegaande uitdagings, noop die professie en elke maatskaplike werker om oor sy beskouing te besin. Volgehoue besinning oor die professie en maatskaplike werker se mens- en wêreldbeskouing is daarom nodig. Van Rooyen en Combrink (1980:90) wys op die belangrikheid hiervan: "Ten grondslag van die maatskaplike werk lê 'n mensbeskouing en elke maatskaplike werker se professionele gedrag word gerig deur die mensbeskouing wat hy huldig. Sy mensbeskouing is die bron waaruit sy motivering spruit asook 'n dryfkrag wat hom doelgerig laat volhard ten spyte van weerstand. Duidelikheid oor die uitgangspunte wat maatskaplike werk ten grondslag lê en elke maatskaplike werker se keuse van 'n besondere mens- en wêreldbeskouing en die invloed daarvan op die hulpverleningsproses is nodig om verantwoording te doen oor die hulp wat verleen word.

Die maatskaplike werker se besondere mens- en wêreldbeskouing sal noodwendig rigtinggewend wees vir die hulpverlening aan persone met fisiese gestremdheid wat pyn en lyding ervaar. Volgens Walsch (1999:3) beïnvloed die mens se beskouing die wyse waarop pyn en lyding ervaar word, probleme beskryf word, betekenis aan simptome geheg word, die soort behandeling wat gesoek word en die gee van voorkeur aan wyses waarop verandering teweeggebring word. Die maatskaplike werker se mens- en wêreldbeskouing gaan bepaal hoe hulp aan die persoon met 'n amputasie verleen gaan word. Indien die maatskaplike werker 'n aanhanger van byvoorbeeld die humanisme is, sal die fokus op aspekte soos die mens se innerlike krag en vermoëns wees, terwyl 'n maatskaplike werker wat vanuit die Christelike beskouing werk, eerder die fokus sal plaas op die krag en ondersteuning wat die persoon van God ontvang om deur sy probleme te werk.

Die Christelike mens- en wêreldbeskouing word vervolgens uiteengesit en is 'n kognitiewe konstruksie en interpretasie van God se Verhaal van die skepping en die mens se rol daarbinne. 'n Kognitiewe konstruksie oor die Christelike mens- en wêreldbeskouing beteken nie noodwendig dat die persoon in God glo nie, daarenteen word aanvaar dat die persoon wat hulp volgens die Christelike mens- en wêreldbeskouing verleen, se persoonlike verhouding met God in sy dienslewering sal gestalte vind.

## 2.2. DIE CHRISTELIKE MENSBEKOUING

Die Christelike mensbeskouing is op die Woord van God gebaseer. Die Bybel verskaf nie 'n sistematiese leer oor die mens met duidelik omlynde begrippe vir naslaandoeleindes nie. Heyns (1974:69) sê: “Die Skrif is die openbaring van God en dit beteken nie 'n wetenskaplike analise van alles nie, maar 'n vertikale beligting van alles. Die ganse kosmos word deur die Skrif voortdurend en vanuit verskillende gesigspunte met God in verband gebring.” Die mate van logiese ordening en omskrywings wat in die begrip mensbeskouing opgesluit lê, word nie in die Skrif aangetref nie, maar is die resultaat van die werksaamhede wat met die materiaal uit die Skrif gedoen is. Die Bybel bied die roumateriaal waaruit 'n beskouing oor die mens gekonstrueer kan word. In die mens se omgang met die Woord van God, heg die mens noodwendig sy eie interpretasies daaraan. Die Christen se kognitiewe konstruksies, soos 'n mens- en wêreldbeskouing, behoort in afhanklikheid van die leiding van die Heilige Gees gevorm word. Volgens Ef 1:18 beteken dit dat God deur sy Gees wysheid aan die mens gee en die mens se geestesoë open om God te ken. Deur die Heilige Gees word die mens met ander woorde in staat gestel om God se Woord en wil te verstaan.

Die Christelike mens- en wêreldbeskouing is hoofsaaklik deur teoloë ontwikkel en is soos die Christelike teologie op die waarheidsuitsprake van die Bybel gebaseer. Die basiese uitgangspunte van maatskaplikewerkhulpverlening vanuit die Christelike beskouing het daarom raakpunte met die Christelike teologie, wat Louw (1998:1) beskryf as “... denke binne die senupunte van genade en menslike nood; dit is ontmoeting binne die sinapse van God se liefde en mense se soeke na sin en identiteit”. Hulpverlening gebaseer op die Christelike teologie (ook bekend as pastorale hulpverlening) se sentrale fokus is om 'n ontmoeting tussen God en die mens in sy nood te bewerkstellig. In hierdie navorsing word van die veronderstelling uitgegaan dat maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing by pastorale hulpverlening aansluit en sien die mens se verhouding met God as die vertrekpunt vir ander verhoudinge en het die unieke kenmerk dat daar nie net op die mens se sienings van sy ervarings en verhoudingsprobleme fokus nie, maar ook die verhouding tussen God en die mens in nood verreken. Gesprekvoering oor die mens se verhouding met God en die betekenis daarvan vir sy lewe, mag 'n ontmoeting tussen God en die kliënt insluit, alhoewel dit nie die sentrale fokus van maatskaplike werk is nie. Hulpverlening vanuit die Christelike beskouing poog wel om die mens se storie in die lig van God se liefde vir die mens te belig (Louw 1998:23). Die ineenvloeiing van God se Verhaal van

skepping, verlossing en heiligmaking met die mens se unieke storie word dan 'n besondere doelwit van maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing.

Die Christelike mensbeskouing gryp telkens terug na die waarhede van die eerste hoofstukke van die Bybelse boek Genesis, wat begin of oorsprong beteken. Crafford (1996:214) is van mening dat die skeppingsverhaal die basis lê vir die verstaan van die verhoudinge tussen God, mens en wêreld.

### **2.2.1 Die mens is na die beeld van God geskape**

Die vertrekpunt van die Christelike mensbeskouing staan in die woorde van Gn 1:27: "God het die mens geskep as sy verteenwoordiger, as beeld van God het hy die mens geskep." Dit beteken dat God Homself op 'n wyse in die mens afgebeeld het, dat in die mens se verskyning en optrede iets van God gesien kan word. Vosloo (1993:5) sê uit die skeppingsverhaal blyk dit dat God die magtige Skepper is, dat Hy van die skepping onderskei kan word en dat Hy in beheer van alles is. Die mens is bo die res van die skepping verheue, aangesien hy die vermoë het om God se beeld te vertoon. Hieruit spruit die mens se verantwoordelikheid om die skepping te ondersoek, te gebruik, te bewaar en daarvoor te heers.

Volgens De Bruyn (1993:55) dui die beeld van God in die ruimer sin op die feit dat die mens oor geestesvermoëns beskik wat hom van die dier onderskei, met 'n verstand, geheue, wil, gewete en persoonlikheid. In 'n enger sin dui die beeld van God daarop dat God deur sy Gees in die mens woon en deur die mens word God se krag en wysheid in die wêreld geopenbaar. Die skepping van die mens na die beeld van God beteken verder dat hy God as profeet (maak God se wil bekend), priester (dienaar) en koning (heerser) kan liefhê en dien. Louw (1991:123) se siening sluit hierby aan, naamlik dat die mens die taak het om God se heerlikheid sodanig te vertoon dat die hele skepping kennis van God se trou en genade sal verkry. Om die beeld van God te wees en Sy beeld te vertoon, dui dus op 'n proses om te word wat God bedoel het die mens moet wees, om God self op aarde te verteenwoordig, Hom te dien en tot sy eer te lewe.

- Die wese van die mens as geskapene na die beeld van God

Die beeld van God word deur die totale mens vertoon, wat sy liggaam en gees insluit. In Gn 2:7 staan: "Die Here God het toe die mens gevorm uit stof van die aarde en

lewensasem in sy neus geblaas, sodat die mens ‘n lewende wese geword het.” God skep met ander woorde die mens met verskillende kenmerke, wat in Sy oë ewe belangrik is. Heyns (1974:74) waarsku teen ‘n dualistiese mensbeskouing, want die liggaam en gees is nie ondergeskik aan mekaar nie en vertoon gesamentlik die beeld van God. Wanneer daar of na die liggaam of die gees verwys word, word steeds die totale mens bedoel, maar die mens word net vanuit ‘n sekere gesigspunt bekyk. God gee Sy lewensasem aan die mens en staan in ‘n verhouding met die mens se gees en liggaam. Die mens se liggaam en gees moet daarom nie kunsmatig van mekaar geskei word nie en maatskaplikewerkhulpverlening moet rekening hou met hierdie vervlegtheid.

Wanneer daar in die lig van die Christelike beskouing na die gees van die mens verwys word, word die mens op ‘n besondere wyse met God in verband gebring (Pred 12:7), wat impliseer dat die mens se geestelike dimensie verband hou met sy behoefte aan ‘n verhouding met God, of ‘n hoër mag indien die persoon nie in God glo nie. Die mens se gees dui volgens Heyns (1978:123) op die totale religieuse lewensrigting van die mens en impliseer die keuse óf hy hom deur God se inwonende Gees laat lei óf dat hy die prooi van die sonde geword het. Dit wys heen na die wyse waarop en die rigting waarin die mens besig is om sy lewenskrag te stuur. Verwysings na die mens se gees dui met ander woorde op die geestelike dimensie wat die mens in staat stel om met God in verhouding te tree.

Besondere verwysings na die mens se liggaamlikheid kom in die Bybel na vore. Ps 139:13 sê: “U het my gevorm, my aanmekaar geweef in die skoot van my moeder.” Die mens as ‘n wese met ‘n liggaam is van God afhanklik om te kan lewe. Die Bybel getuig van die mens as die hoogtepunt van God se skepping. God heg soveel waarde aan die mens as liggaamlike wese dat dit in 1 Kor 3:16 as die tempel of woonplek van God beskryf word. Terselfdertyd word die mens se fisiese beperkinge beskryf, want die mens se liggaam en bestaan op aarde word deur sekere swakhede gekenmerk. Die woorde: “... uit die stof van die aarde geskep” (Gn 2:7), wys op die verganklikheid van die mens (1 Pt 1:24). Volgens Crafford (1996:216) is die mens “... ‘n aardgebonde wese, swak en gebonde aan tyd en ruimte. Hy is broos en verganklik en het beperkte insig en kennis. Hy is eensaam en het dit nodig om met ander mense saam te leef om tot verwesenliking te kom”. Die mens se bestaan as ‘n fisiese wese getuig aan die een kant van God se skeppingsmag en aan die ander kant van die mens se beperkinge en afhanklikheid van God se onderhouding.

Die mens as beeld van God sluit die mens se verhoudinge met sy medemens in. In Gn 2:21 word ‘n vrou as die gelyke en helper van die man geskep. Beide word deur God

geskape, om gesamentlik God se beeld te vertoon. Dit kan verstaan word dat die twee geslagte in verhouding tot mekaar staan, byvoorbeeld in 'n huweliksverhouding, met die bedoeling om mekaar aan te vul. Uit hierdie verhouding sou alle ander verhoudinge tussen mense voortvloei, toe God die opdrag in Gn 1:28 gegee het: “Wees vrugbaar, word baie, bewoon die aarde en bewerk dit.” God se beeld kom met ander woorde na vore in die onderlinge verhoudinge wat tussen mense bestaan en die wyse waarop hulle verskillende karaktertrekke van God vertoon.

- Die implikasies van die mens se skepping na God se beeld

Die waarde van die mens hou verband met die wete dat hy na die beeld van God geskape is. In Gn 1:27 spreek God sy seën oor die mens uit en God se tevredenheid met sy skepping word in Gn 1:31 verwoord: “Toe het God gekyk na alles wat Hy gemaak het, en dit was baie goed.” In die Bybel word God se glansryke skepping telkens beskryf, asook die mens se verwondering wanneer hy die status en rol, wat God aan hom in die wêreld gegee het, verstaan. Ps 8:4-6 beskryf dit duidelik: “As ek u hemel aanskou, die werk van u vingers, die maan en die sterre waaraan u 'n plek gegee het, wat is die mens dat U aan hom dink, die mensekind dat U na hom omsien? U het hom net 'n bietjie minder as 'n hemelse wese gemaak en hom met aansien en eer gekroon.” Volgens Middleton en Walsch (1996:140) ontvang die mens sy identiteit van God en “... the self as gift implies that we neither construct ourselves nor effect our redemption by overcoming evil. On the contrary, our identity as human beings and as redeemed people is the gracious gift of our Creator and Redeemer, who has provided for us a creational home and a normative, redemptive story in which to dwell and be nurtured. But the self as gift also addresses our experience of powerlessness and fragmentation, since with identity comes agency.” Die mens is met ander woorde van God afhanklik vir sy skepping en identiteit en is in die geloof daarvan bewus, of verwerp dit in ongelof. Die verlore mens leef vanuit God se siening van hom as mens en is nie op homself aangewese om 'n selfsiening te konstrueer nie.

Om die beeld van God te wees dui nie net op die mens se status in hierdie wêreld nie, maar ook op sy bestemming. 1 Pt 1:15–16 werp lig op die mens se aardse roeping en ewige bestemming: “... soos Hy wat julle geroep het, heilig is, moet julle ook in julle hele lewenswandel heilig wees. Daar staan immers geskrywe: ‘Wees heilig, want Ek is heilig’.” Heyns (1978:125) het die volgende siening oor die mens se bestemming: “Uiteraard is dit nie net 'n statiese toestand nie, maar ook 'n dinamiese gebeure, dit wil sê

die mens moet ook *word* wat hy *is*.” Hieruit word afgelei dat die mens as beeld van God sekere doelwitte of aardse bestemmings het om na te streef, maar ook ‘n ewige bestemming het waar die beeld van God volledig deur die mens vertoon sal word. Rm 6:23 sê: “... die genadegawe wat God gee, is die ewige lewe in Christus Jesus ons Here”. Die gelowige kan daarom uitsien na sy ewigheidsbestemming na die dood. Die mens se status, as geskape na God se beeld, dien daarom as die beginpunt om die mens se doel, sinbeleving en eindbestemming te verstaan. Louw (1991:124) wys daarop dat die mens se gerigtheid op die transendente dimensie van sy bestaan beslissend vir sy eventuele bestemming is en dit besit ‘n transformerende funksie ten opsigte van die kwalitatiewe toestand van die lewe op aarde. Die mens se gehoorsaamheid aan God se roeping en antwoord daarop, soos dit manifesteer in sy gedrag en verhoudinge op aarde, sal bepaal in watter mate die mens daarin slaag om God se beeld op aarde te vertoon en deel sal hê aan die ewige lewe saam met God na sy dood.

### **2.2.2 Die mens as verteenwoordiger van God op aarde**

Volgens Gn 1:27 word God deur die mens op aarde verteenwoordig. Die mens kan God individueel of kollektief as ‘n volk (Dt 7:6; 32:10) of as ‘n groep gelowiges (Hd 2:43) verteenwoordig. Heyns (1974:86) sê dat God op ‘n onsigbare wyse op aarde teenwoordig is, aangesien Hy Gees is. Aangesien die mens na God se beeld geskape is, word God in die mens sigbaar gemaak. Die mens as verteenwoordiger van God kan met terme soos heenwyser na en ambassadeur van God op aarde beskryf word. De Bruyn (1993:56) verduidelik: “Deur die mens wil God Homself (sy krag, sy wil, sy liefde, sy koningskap, ens.) aan die wêreld openbaar: die mens moet dit alles laat uitstraal. Daardeur is die roeping op die mens geplaas om God in hierdie wêreld te laat sien, om sy beeld aan die wêreld te vertoon.” Wie na die mens kyk, kyk as’t ware deur die mens en kyk vas in en word herinner aan ‘n ander werklikheid, naamlik God. As verteenwoordiger van God verkry die mens die vermoë om van God se eienskappe uit te straal. Dit het volgens O’Collins (2007:27) die implikasie dat die mens slegs dit kan gebruik wat God aan hom gee en die mens se waardigheid lê daarin dat God die mens roep om sy medewerker is. Die mens leef met ander woorde met beperkinge en is daarom van God afhanklik vir sy skepping en roeping op aarde.

God gee die opdrag aan die mens om as Sy verteenwoordiger op aarde te heers. In Gn1:28 staan: “Toe het God hulle geseën en vir hulle gesê: Wees vrugbaar, word baie, bewoon die aarde en bewerk dit. Heers oor die vis in die see, oor die voëls in die lug, oor die diere



wat op die aarde kruip.” Ps 8:7 sluit hierby aan: “U laat hom heers oor die werke van u hande, U het alles aan hom onderwerp.” Volgens Heyns (1974:73) is God die Skepperkoning wat vir die ontstaan en voortbestaan van Sy ryk verantwoordelik is. God se skepping (stof, plant, dier en mens) is Sy koninkryk waarvoor Hy heers. Die mens kry deel aan God se koninkryk en word ‘n koninkrykswese met die taak om as God se verteenwoordiger te heers, deur hom aan God se heerskappy te onderwerp en op ‘n gehoorsame wyse Sy opdragte op aarde uit te voer. God se seën blyk met ander woorde daaruit dat die mens as Sy verteenwoordiger met ‘n heersingsfunksie aangestel word, met die verwagting dat die mens Sy genade sal aanvaar en Sy opdragte sal gehoorsaam in die wyse waarop hy lewe.

Volgens die Bybelse mensbeskouing plaas God die mens in ‘n posisie met verantwoordelikheid en mag om Hom te verteenwoordig. Volgens die Christelike mensbeskouing is die mens 'n rentmeester met mag, wat andere en sy omgewing kan beïnvloed en verander. Middleton en Walsch (1996:111) sê: “... the true purpose of human imaging is not to control and disempower others but to mediate God’s blessing and enhance the life and well-being of all creatures, *just as God did in creating the world*”. Hieruit blyk dit dat God van Sy mag aan die mens gedelegeer het, met die bedoeling dat die mens God se genade en liefde op aarde sal uitleef en demonstreer. ‘n Verdere implikasie is dat die mens rekenskap aan God moet gee oor die wyse waarop hy God in sy lewe en verhoudinge verteenwoordig.

Die mens as individu slaag egter net gedeeltelik daarin om God op aarde te verteenwoordig. Eers wanneer die individu met andere in verhoudinge tree as lid van ‘n gesin of gemeenskap, word God op ‘n besondere wyse verteenwoordig op aarde. Jesus gee die opdrag aan die mens om in verhoudinge met andere betrokke te raak en mekaar lief te hê, wat in daade van omgee en die versorging van mekaar sal oorgaan. Mt 5:16 sê: “Laat julle lig so voor die mense skyn, dat hulle julle goeie werke kan sien en julle Vader wat in die hemel is, verheerlik.” Die gehoorsame mens se liefdevolle gesindheid en optrede op aarde is dus om God se lig (Sy liefde en genade) te vertoon, Hom daardeur te verheerlik en sy medemens se welsyn te bevorder. In die Bybel word die metafoor die "liggaam van God" gebruik om God se koninkryk op aarde en Sy bedoeling met die mens-in-verhoudinge te verduidelik. God se kinders tree met mekaar in verhouding en het die roeping om in liefde na alle mense uit te reik. Die mens se gedrag, in navolging van God Drie-enig, moet ‘n praktiese demonstrasie wees van die gesindheid van liefde wat hy van God se kant af ervaar. Die welsyn van die mens is ten nouste vervleg met die opbou van

verhoudinge en saamleef met andere en hierdie veronderstelling het besondere implikasies vir die ontstaan van maatskaplike werk gehad. Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing het die unieke doelwit om God se beeld op aarde te weerspieël, deur Sy liefde vir die mens in sy eksistensiële nood te demonstreer en om die mens in staat te stel om God se wil vir sy lewe te verstaan en uit te leef.

### **2.2.3 Die mens word deur die sonde aangetas**

God se bedoeling was dat die mens Hom volmaak op aarde sou verteenwoordig, maar Sy beeld in die mens is ernstig weens die sondeval geskaad. Die mens ontvang in Gn 2:16–17 ‘n bevel van God: “Van al die bome in die tuin mag jy eet soos jy wil, maar van die boom van alle kennis mag jy nie eet nie. Die dag as jy daarvan eet, sterf jy.” Hierna beskryf Gn 3 hoe die mens deur sonde aangetas is. Die gesprek tussen die mens en die slang (die simbool van die bose of duiwel), lei tot dae van opstand teen God en dit word sonde genoem. Die mens word deur sy begeertes verlei om ongehoorsaam te wees (Gn 3:1–8), wat tot vervreemding van God lei (Gn 3:9–20), waarna die mens skaam voel oor sy dae en probeer om vir God weg te kruip. Hierop volg God se oordeel, deur die mens uit die tuin te stuur om die aarde, waaruit hy gemaak is, met moeite en swaarkry te gaan bewerk. Die bose het op die mens se denke en besluitneming ingewerk en as gevolg van die mens se ongehoorsaamheid en opstand teen God het probleme en lyding deel van God se volmaakte skepping geword.

Die mens se vermoë om die beeld van God te vertoon word deur die invloed van die bose op die mens se lewe beskadig. Weens die sonde raak die mens ontoereikend in sy taak om God te verteenwoordig en vertoon ‘n verwronge beeld van God. In plaas van gehoorsaamheid aan God se wil, begin die mens om in ongehoorsaamheid sy eie sondige wil te doen (De Bruyn 1993:57). Dit het tot gevolg dat die mens verstandelik nie volledige kennis en helder insig het nie. In plaas van om net lief te hê, het die mens begin om te haat. In plaas daarvan om gebalanseerd as rentmeester oor die skepping te heers het hy nou óf ‘n slaaf geword van iets in die skepping (byvoorbeeld geld of drank) óf in ‘n tiran of outokraat verander wat sy mag misbruik. As gevolg van die sonde rebelleer die mens teen God se opdrag om Sy verteenwoordiger op aarde wees en neem wilsbesluite wat sy eie belange bevorder en nie meer God se belange nie.

Die mens se sonde lei tot verwydering tussen die mens en God. In Jes 59:2 staan: “Dit is julle oortredinge wat skeiding gebring het tussen julle en julle God, dit is julle sondes wat

maak dat Hy Hom nie aan julle steur nie en nie na julle wil luister nie.” Heyns (1974:128–129) verduidelik die verskillende woorde wat in die Bybel gebruik word om sonde en die betekenis daarvan te omskryf, naamlik om jou doel te mis en nie te bereik wat jy moes nie, om te misluk, te verongeluk of in gebreke te bly, om krom of verkeerd te wees, afdraai van die goeie pad, ‘n gesindheid van verset, opstand en rebellie. Sonde is met ander woorde ‘n toestand waarin die mens verkeer vanweë sy eie sondige optrede teenoor God en mens en daarom kan die mens nie sy doel en bestemming bereik soos dit deur God bedoel is nie. Sonde is opstand teen God, die verwerping van die mens se afhanklikheid van God, die soeke na ‘n lewe buite God en ‘n poging om sonder God self koers en rigting aan die lewe te gee.

Die mens se sonde het verreikende implikasies, aangesien alle fasette van sy lewe daardeur aangetas word. Sonde lei tot magismisbruik (Gn 3:17), lyding (Gn 3:17-22), die aanbidding van afgode (Dt 13:3-4) en die dood (Heb 6:1). Middleton en Walsch (1996:117) vergelyk die mens in die postmoderne kultuur met die ballingskap waarin die volk van Israel, as gevolg van hul sonde, hulle bevind het. Alternatiewe sienings van afgode is aan die volk Israel voorgehou. Hulle het ‘n massiewe identiteitskrisis beleef en begin om God se krag en betroubaarheid te bevraagteken. Die aanbidding van afgode of die nastreef van doelwitte buite God se wil, berooft die mens van die moontlikheid om God se beeld te vertoon en as kroon van die skepping te leef. Ongehoorsaamheid aan God se opdragte het sonde en die dood die wêreld laat inkom, God se doel met die mens onderbreek en tot die misbruik van menslike gesag gelei. Rm 6:23 sê: “Die loon wat die sonde gee, is die dood.” ‘n Verdere gevolg van sonde is dat menslike lyding, siekte, armoede en die verwaarlosing van weerlose mense deel van die mens se lewe en bestaan op aarde geword het (Lindeque 1985:18). Sonde laat die mens in ‘n toestand van verwarring, fragmentasie, die dien van die self of ander afgode en misken God se bestaan as die Skepper en Heerser van alles op aarde.

Die mens rebelleer sedert die sondeval teen God se wil en skeppingsdoel, wat onder andere uiting vind in die beskouing wat oor die mens bestaan. Tydens die modernisme, wat kenmerkend van die twintigste eeu was, is die mens as ‘n outonome en selfversekerde wese beskou. Volgens die postmodernisme is mensbeskouings ‘n sosiaal gekonstrueerde antwoord en alle vorige sienings oor menswees word bevraagteken. In die lig hiervan verwys Middleton en Walsch (1996:52) na die mens as ‘n gedesentraliseerde wese. In die postmoderne tydperk bestaan daar verwarring by die mens oor wie hy is en wat vir hom

belangrik is. Die mens se vermoë om God se beeld te vertoon word gevolglik vervang met selfsienings wat deur die mens geskep, herskep en uitgeleef word.

Sonde tas alle mense se bestaan aan. Rm 5:12 sê: “Deur een mens het die sonde in die wêreld gekom en deur die sonde die dood, en so het die dood tot al die mense deurgedring, omdat almal gesondig het.” In Gn 4 vermoor die eerste mense se oudste seun sy broer. Een sonde volg op ‘n ander totdat God alle mense, behalwe Noag en sy familie met ‘n vloed uitwis. Gn 11 vertel die verhaal van die toring van Babel en die mens se hoogmoed en lewenstyl, asof sy moontlikhede onbeperk is en toon daarmee dat die doen van sonde nie met die sondevloed uitgewis is nie. Sonde is vandag, net soos in Bybelse tye, steeds deel van die mens se lewe. Geen mens is sondeloos nie (1 Jh 1 :8) en niemand kan vanuit sy eie vermoëns God volledig op aarde gehoorsaam en verteenwoordig nie. God reageer op die sonde en bied die moontlikheid aan die mens om hiervan verlos te word. In liefde verwerp God nie die mens nie, maar reik keer op keer uit na die mens om te vergewe, op te rig en te gebruik.

#### **2.2.4 Die mens as herskepte wese deur die verlossing in Jesus Christus en onder leiding van die Heilige Gees**

God het in Sy liefde voorsiening gemaak vir die verlossing van die mens wat nie meer Sy beeld vertoon en ‘n waardige verteenwoordiger van Hom op aarde is nie. God bly getrou aan sy beloftes en die verbond wat Hy met sy kinders aangegaan het. Telkens spreek God ‘n herskeppende woord en herstel van Sy kant af die gebroke verhouding tussen Hom en die mens. In Gn 3:9 roep God na die sondige mens deur te vra: “Waar is jy?” en in Gn 3:21 maak Hy vir die mens klere om aan te trek, om so sy naaktheid (ook sondigheid) te bedek. God reik met woord en daad na die mens in sy sonde uit. God herhaal in Gn 9:1 die seën-, heerser- en kultuuroopdrag van Gn 1:28–30 en roep weereens die mens op om Sy beeld te vertoon en om Sy verteenwoordiger op aarde te wees. Die gevolgtrekking word gemaak dat die mens nie na die sondeval die potensiaal verloor het om die beeld van God te vertoon nie. God se genade teenoor die sondige mens blyk telkens uit Sy oproepe van die mens om Sy navolger te wees en om die mensdom na Hom toe terug te lei.

- Die verlossing in Jesus Christus

God se bedoeling met die mens as Sy beelddraer word herstel in die menswording van Christus, want die gekruisigde en opgestane Christus is God se ewebeeld (Crafford

1996:218). In Sy oneindige ontferming en genade het God sy eniggebore Seun gestuur om vir die sondige mens se sondes te sterf. O'Collins (2007:7) wys daarop dat die naam Jesus in die oorspronklike Hebreeuse taal beteken God red of God is redding. Jh 3:16 sê: "Want so lief het God die wêreld gehad, dat Hy sy eniggebore Seun gegee het, sodat elkeen wat in Hom glo, nie verlore mag gaan nie, maar die ewige lewe kan hê." God straf Jesus in die plek van die sondige mensdom en daardeur word die mens se redding, uit 'n sondige aardse bestaan en ewige straf vir sy sonde, verseker. Deur middel van Jesus Christus se versoeningsdood word die mens se verhouding met God en Sy geskende beeld in die mens herstel.

In die Ou Testament word die mens se redding deur Jesus se lyding, dood en opstanding op verskeie plekke voorspel (Jes 9; MI 3). Die Bybel stel dit duidelik dat redding van sonde slegs deur die verlossingswerk van Jesus Christus moontlik is. Jh 14:6 sê: "Ek is die weg en die waarheid en die lewe. Niemand kom na die Vader toe behalwe deur My nie." In Rm 5:12-21 sê Paulus dat vergewing van sonde en lewe moontlik is deur gehoorsaamheid aan Jesus, wat impliseer dat die mens 'n keuse het om God se genade en vergifnis te aanvaar. Die mens kan met sy bekering of wedergeboorte op hierdie uitnodiging van God reageer. Die Christelike beskouing ontken nie die rigtinggewende rol wat nie-Christelike godsdienste in mense se lewens kan speel nie, maar aanvaar dat die mens se verlossing uit sonde slegs deur geloof in Jesus se verlossingswerk moontlik is.

Paulus moedig die gelowiges in Gl 4:19 aan om toe te laat dat Christus in hulle gestalte kry, deur die verlossing wat Jesus bewerk het in geloof aan te neem. Kol 2:9-10 verduidelik: "In Hom is die volle wese van God beliggaam, en in die verbondenheid met Hom deel julle in sy volheid. Hy is die hoof oor al die bose magte." Die afsterwe van die sondige mens en die vergestaltung van die nuwe mens (Kol 3) vind plaas wanneer die mens Jesus se verlossing vrywillig aanvaar. Daardeur word die mens weer na die beeld van God vernuwe, met die vermoë om weerstand te bied teen die sonde wat in sy eie lewe en in die van die wêreld om hom bestaan. Die gelowige mens se dankbare reaksie hierop word in Rm 7:24 verwoord: "Ek, ellendige mens! Wie sal my van hierdie doodsbestaan verlos? Aan God die dank!" Jesus se selfverloëning om vir die mens se sondes te sterf en Sy mag en oorwinning oor die dood en sonde soos deur Sy opstanding gedemonstreer, skep die geleentheid vir die gelowige mens om as herskepte wese, 'n nuwe lewe tot eer van God te leef.

Die moontlikheid tot herskepping bestaan vir die hele mensdom, want elke mens het 'n keuse of hy deur Jesus herskep wil word. Jh 6:40 sê: “Dit is die wil van my Vader: dat elkeen wat die Seun sien en in Hom glo, die ewige lewe sal hê; en Ek sal hom op die laaste dag uit die dood laat opstaan.” Jesus het met ander woorde nie net vir Sy navolgers redding gebring nie, maar die mens se verlossing uit sonde gee aan die Christen 'n toekomsgerigheid, wat die ewige lewe na die dood insluit. Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing hou rekening met die invloed wat Jesus se verlossingswerk op die mens se liggaamsgebreke, verhoudingsprobleme, keuses en ewigheidsbestemming kan uitoefen.

- Die leiding van die Heilige Gees

Volgens Louw (1998:151) strek die Christelike beskouing van die mens verder as die skeppingsleer (daaruit blyk die mens se verhouding en afhanklikheid van God) en die perspektief op Christus se Middelaarsfunksie (daaruit blyk die mens se versoening met God deur die verlossing wat Christus bewerk het). Beide perspektiewe kry betekenis deur te verstaan dat God deur sy Heilige Gees in mense woon en hulle leer hoe om as herskepte mense volgens Sy wil te leef. Louw (1998:205) wys daarop dat die Heilige Gees op die mens se innerlike geestelike dimensie inwerk. Die uitstorting van die Heilige Gees word in Jh 14 deur Jesus beloof en is volgens Hd 2 op die gelowiges uitgestort. Die Heilige Gees is by die mens se bekering betrokke en bevestig die mens se geloof dat hy as verlore wese tot eer van God kan en wil lewe. Rm 8:16 sê: “Hierdie Gees getuig saam met ons gees dat ons kinders van God is.” Deur die wedergeboorte verkry die mens 'n nuwe dimensie, naamlik 'n Godgerigheid en die Heilige Gees speel 'n belangrike rol om die mens se sondige sienings en gedrag te verander. Wanneer maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing beoefen word, word die werking van die Heilige Gees erken. Dit hou in dat die mense aan wie hulp verleen word, deur die Heilige Gees oortuig kan word van sekere gedrag of houdings wat van sonde getuig, asook dat die Heilige Gees se herskeppende krag die mens in staat kan stel om sondige lewenswyses te verander.

Die herstel van God se beeld in die mens word deur Crafford (1996:218) verbind aan die werk van die Heilige Gees. Die rol van die Heilige Gees om die lewe van gelowiges te verander word in 2 Kor 3:18 verduidelik: “Ons almal weerspieël die heerlijkheid van die Here, want die sluier is van ons gesig af weggeneem. Ons word al meer verander om aan die beeld van Christus gelyk te word. Die heerlijkheid wat van ons uitstraal, neem steeds toe. Dit doen die Here wat die Gees is.” Volgens die Christelike mensbeskouing is die

gelowige mens se lewe ‘n lewenslange proses van groei in heiligmaking, om sodoende al meer en meer God se beeld op aarde te vertoon. 2 Tm 3:16 sluit hierby aan en wys daarop dat die hele Bybel deur God geïnspireer is en vir die mens van groot waarde is om die regte lewenswandel aan te kweek. Kol 4:9–10 stem hiermee saam: “Julle het met die ou, sondige mens en sy gewoontes gebreek en leef nou die lewe van die nuwe mens, wat al hoe meer vernuwe word na die beeld van sy Skepper en tot die volle kennis van God.” God Drie-enig se bedoeling is dat die mens se lewe op ‘n lewende verhouding met Hom gerig moet wees en nie op sy eie selfverlossingspogings nie. Die herskeppende ingryping van God Drie-enig is nodig om die mens in staat te stel om tot eer van God te lewe en om sy Godgegewe doel te bereik.

Die mens as denkende wese het die vermoë om op God se uitnodigings tot bekering te antwoord of om die transformasie (verlossing uit ‘n sondige lewenswyse) te weerstaan. Die mens se vertrouwe in en gehoorsame navolging van God Drie-enig is van deurslaggewende belang. Rm 8:19 sê: “Julle word egter nie deur julle sondige natuur beheers nie, maar deur die Gees, want die Gees van God woon in julle. As iemand die Gees van Christus nie het nie, behoort hy nie aan Christus nie.” 1 Kor 2:12 stem hiermee ooreen: “Die Gees wat ons ontvang het, is nie die gees van die wêreld nie, maar die Gees wat van God kom, en daardeur weet ons wat God ons uit genade geskenk het.” Die verlose mens geniet die begeleiding van die Heilige Gees en word so verander om God se heerlijkheid uit te straal. Met behulp van die veranderinge wat die Heilige Gees bewerk, begin die mens om kenmerke te vertoon wat aan God Drie-enig herinner. God se barmhartigheid, genade, trou, lankmoedigheid, liefde en vermoë om oor die sonde te heers, kry dan gestalte in die mens se funksionering. Die mens se vermoë om tot eer van God te leef en andere met Sy liefde te bedien, is met ander woorde afhanklik van die leiding van die Heilige Gees, wat in die Christen woon.

Die Bybel bied in die lig van die bogenoemde ‘n baie realistiese beeld van die mens, deur God se kinders se sondes en gebrokenheid te beskryf, maar ook God se genade (Gn 32), deurdat Hy hulle telkens vergewe wanneer hulle berou toon en weer sy teenwoordigheid opsoek. Heyns (1974:70) wys daarop dat die mens in sy betrokkenheid tot God nie in optimistiese terme geteken word asof hy altyd net goed, gaaf, mooi en edel is nie. Ewemin word die mens in pessimistiese terme geskilder, asof hy altyd net die bose bedink en doen en daarom geen toekoms het nie. In realistiese terme word die mens besing as die kroon van God se skepping, met die ewigheid in sy hart. Naas die mens se grootheid word sy verlorenheid as sondaar geteken en beween. Dit het niks te doen met ‘n delikate balans

tussen 'n optimistiese en pessimistiese beskouing oor die mens nie, maar met die realiteit van God se bedoeling toe Hy die mens geskep het en toe Hy die in sonde gevalle mens weer opgesoek en in Christus herstel het. Die sondige mens wie se lewe deur gebroke verhoudinge gekenmerk word, weet daarom dat God 'n verhouding met hom wil hê en die inisiatief neem om die verhouding met Hom te herstel. In die lig hiervan ervaar die mens hoop en bied hulpverlening aan die mens in nood 'n moontlikheid wat hierdie proses kan help realiseer.

### **2.2.5 Die sin en doel van die mens se lewe op aarde**

God het die mens primêr geskape om Hom alleen te aanbid, wat verband hou met die behoefte om sin en 'n doel met sy lewe te ervaar. Volgens Dyson, *et al.* (1997:1185) hou die mens se soeke na betekenis verband met sy verhoudinge met homself, andere en God, wat nie noodwendig vir alle mense God Drie-enig is nie. Dit impliseer dat daar na verhoudinge en situasies gesoek word wat aan die mens die belewenis van waarde gee, asook 'n rede om te leef. God se bedoeling met die mens word deur Crafford (1996:219) beskryf: "God het egter nie Sy doel met die mens bereik voordat Hy van sy kant af Homself in die regte verhouding tot die mens geplaas het nie." God skep die behoefte by die mens om 'n verhouding met Hom te hê. 'n Lewende verhouding met God, of 'n ander mag groter as die mens self, is moontlik omdat elke mens as 'n religieuse wese geskape is. Religie is volgens Crafford (1996:218) die bewussyn en aanvaarding van 'n misterieuse, transendente dimensie of werklikheid wat die mens se bestaan beïnvloed en waarmee hy in 'n bepaalde verhouding staan. Dit is 'n primêre ingesteldheid tot die lewe wat eie aan die mens is en waarmee hy sy eie posisie ten opsigte van die skepping en die transendente werklikheid moet bepaal. Die wete dat God hom met 'n gees geskape het, stel die Christen in staat om van 'n transendente werklikheid bewus te wees. Hierdie dimensie in die nuwe herskepte mens is volgens Louw (1991:143) die mens se totale oorgawe, transformasie en gerigtheid op God.

In Flp 2:5-8 word Jesus se navolgers opgeroep om dieselfde gesindheid as Hy te hê, naamlik om vanuit 'n nederige posisie andere te bedien en om dissipels van alle nasies te maak. Jesus stel die voorbeeld deur as koning oor die skepping en sonde te heers en terselfdertyd die gehoorsame en dienende gestalte van God se slaaf of dienskneg aan te neem. Deur Jesus se voorbeeld na te volg, toon die Christen en Christelike kerk dan tekens van die roeping om 'n seën vir al die nasies te wees. Rm 14:7-8 sê: "Want niemand van ons leef vir homself nie ... Want as ons leef, lewe ons tot eer van die Here; en as ons



sterwe, sterf ons tot eer van die Here; of ons dan lewe en of ons sterwe, ons behoort aan die Here.” Jesus wat die volmaakte beeld van God op aarde was, stel ook die volmaakte voorbeeld aan die mens hoe om God se wil te ken en te doen. In Jh 5:30 sê Jesus: “Uit my eie kan Ek niks doen nie: Ek oordeel soos Ek dit van die Vader hoor, en my oordeel is regverdig, omdat dit nie my wil is wat Ek nastrewe nie, maar die wil van Hom wat My gestuur het.” Selfs in sy donkerste uur van benoudheid bid Jesus in gehoorsaamheid, soos blyk uit die woorde van Mt 26:39: “My Vader, as dit moontlik is, laat hierdie lydensbeker by My verbygaan. Moet nogtans nie doen soos Ek wil nie, maar soos U wil.” Die mens se wil vir sy lewe word daarom onderwerp aan God se wil. Die mens wat gehoorsaam is aan die roeping wat hy van God ontvang het, is besig om met alles wat hy doen tekens van God se koninkryk op aarde op te rig.

Die mens se keuses om gehoorsaam aan God se roeping te wees, sal bepaal of hy sy Godgegewe doel op aarde bereik. Die mens speel 'n belangrike rol in God se Skeppings- en Verlossingsverhaal, want Hy het nie net die mens geskep om 'n verhouding met hom te hê nie, maar wil ook die mens gebruik om Sy doel met die skepping te bereik. Louw (1991:117) wys daarop dat die mens in die huidige kultuursituasie 'n identiteitskrisis ervaar, wat kan ontaard in die lewe as 'n oorlewingstryd, wat nie tot eer van God strek nie. God se doel is dat die mens meer en meer sal word wat God wil hê hy moet wees en om diensbaar in God se koninkryk te wees.

Die mens se uitlewing van sy roeping is vervleg met die belewenis dat sy lewe sinvol is. Die Christen se roeping word deur Middleton en Walsch (1996:141) omskryf as: “God’s redeemed people have been called from servile passivity before the oppressive and futile gods of the age and pressed into active service as ambassadors of an alternative kingdom, called to embody and image God’s own compassionate use of power to empower others.” Hulle gebruik die metafoer van 'n prisma om te beskryf hoe die mens God se briljante kleure in 'n reënboog van kulturele aktiwiteite en daede na vore moet bring en wel op so 'n wyse wat met die glorie van God se Gees ooreenkom en Christus se heerskappy laat manifesteer. As God se gawes aan en beelddraers op aarde word gelowiges en die Christelike kerk bemagtig om as die liggaam van Christus voort te gaan met sy missie, naamlik om God se teenwoordigheid te laat manifesteer en om God se lig (liefde, verlossing en bystand) oor die wêreld en mense te gooi waar hulle in hul omstandighede vasgevang is. In plaas daarvan om op 'n passiewe wyse kulturele konstruksies te weerspieël, word Christene geroep om God se liefde, binne hul verhoudinge en kultuur, uit te leef. Die Christen, as deel van die kerk, word vernuwe en bemagtig om God se vele

gesigte in die wêreld te reflekteer. Rm 12:2 roep die mens op om nie gelyk te word aan die sonde in die wêreld nie, maar om as aktiewe ambassadeurs van God se koninkryk op aarde te heers, totdat Hy weer kom en die skepping sal herstel tot dit wat dit moet wees. Die Christen se sinbeleving is daarom vervleg met 'n persoonlike en lewende verhouding met God, 'n lewe van oorwinning oor die bose en nederige dienslewering.

In die lig van die voorafgaande is dit die Christen gelowige se primêre lewensdoel om God Drie-enig te ken, te dien en met sy lewe te eer. Ef 4:24 sê: "... lewe as nuwe mense wat as die beeld van God geskep is: lewe volkome volgens die wil van God en wees heilig". Heyns (1978:123) sluit hierby aan: "Om te hoor en te gehoorsaam en al gehoorsamende God te loof, is die mees eintlike vorm van die menslike bestaan." Die mens het die vermoë om na God se uitnodigings te luister en is in staat om 'n antwoord hierop te kan gee. Louw (1991:154-155) verwys na "... 'n bewysyn van 'n transendente faktor binne-in ons bestaan en sosiale konflikte". Dit beskryf dan 'n bewysyn van God wat in tweërlei aksies na vore tree, naamlik in gebed as gemeenskap met God met die oog op geloofsgroei en in dade van barmhartigheid en liefde binne die sosiale konteks met die oog op lewensvernuwing en die strukturele verandering van die politieke omgewing. God se wil vir die mens het met ander woorde persoonlike en sosiale dimensies. Die herskepte mens vind sin en lewensrigting deur God te ken, in 'n persoonlike verhouding met Hom te leef en om God se wil vir sy aardse lewe en verhoudinge uit te leef. Vanuit die Christelike beskouing hou die mens se belewenis dat hy 'n doel het om na te streef en dat sy lewe op aarde sinvol is, verband met sy roeping om tot God se eer op aarde te leef en mee te werk om God se wil op aarde te realiseer.

### **2.2.6 Die mens as God se instrument om andere se lyding te help dra**

Jesus se lewe wys heen na God se betrokkenheid en omgee vir die mens se ewige verlossing en sy tydelike behoeftes. Dit blyk duidelik dat Jesus 'n instrument in God se hand was om die mensdom se lyding te verlig. In Mt 20:26-27 maan Jesus Sy dissipels (en al sy volgelinge) om mekaar se dienaar en slaaf te wees. Wanneer 'n gelowige in gehoorsaamheid aan God 'n diens lewer aan 'n medemens of saak in die skepping, word hy 'n instrument wat deur God gebruik word. Die mens se gehoorsaamheid aan God, die bereidheid tot dienslewering, opofferinge en 'n nederige ingesteldheid word hiermee geïmpliseer (Kysar 1991:41). So 'n ingesteldheid en lewenswyse is strydig met dienslewering wat onderdrukking of uitbuiting tot gevolg kan hê.

- Die opdrag en roeping om 'n instrument te wees wat lyding help dra

Volgens die Bybel het die gelowige 'n koninklike (heersende) funksie en priesterlike (dienende) rol en is vir God afgesonder (1 Pt 2:9), om te leef as God se eiendom en met die opdrag om Sy verlossing te verkondig. Elke Christen ontvang die roeping van God om 'n instrument te word wat Hy kan gebruik om sy liefde aan die mensdom in nood te betoon. 1 Kor 3:9 sluit hierby aan en sê mense is medewerkers in diens van God. Hierdie siening rig die mens se denke en keuses oor sy rol in die wêreld en die wyse waarop verhoudinge gebou en in stand gehou word. Die mens word as't ware deur God in diens geneem om as Sy verteenwoordigers 'n sekere lewenstyl te volg en so verkry die lewe betekenis en doelgerigtheid.

In Jh 9:4 nooi Jesus sy volgelinge uit om saam te werk om God se werk op aarde te verrig en verduidelik dat dit beteken om 'n lig in die wêreld te wees. Hierna gaan Jesus voort en genees 'n blinde man. Jesus se genesing van siekes word dikwels in die Bybel beskryf (Mk 2:1-12; Mk 3:1-6). Jesus se optrede toon dat Hy duidelikheid oor sy roeping gehad het en ten volle gehoorsaam was om God se deernis met diegene wat ly, prakties uit te leef. Jesus se leringe en dade was dus in lyn met mekaar en ingestel op die verligting van siekte, gestemdheid en ander vorme van lyding. Kysar (1991:34) waarsku daarteen om die fisiese hulp wat Jesus verleen het, te vergeestelik, deur dit slegs te sien as 'n wyse om die gawe van verlossing in Jesus oor te dra. Sodoende gaan die roeping vir Jesus se navolgers om mense se fisiese nood te verlig, verlore. Dienslewering in gehoorsaamheid aan God en as 'n reaksie op Jesus se uitnodiging is daarom op die mens se verlossing uit sonde ingestel, asook die praktiese meelewing met en verligting van nood.

- Die praktiese implikasies om 'n instrument te wees wat lyding help dra

Die mens wat sy waarde in God se oë en roeping besef, begin om 'n lewe van dankbaarheid te leef en sy gedagtes en dade word vergelyk met 'n lewende offer (Rm 12:2). Dit beteken nie 'n lewe van selfgerigtheid nie, maar eerder betrokkenheid by andere en die omgewing. Heyns (1978:140) is daarom van mening dat die mens wat innerlik gegryp is deur God, kan nie anders as om ook gegryp te wees deur die onvolkomendheid van die wêreld van vandag nie. Die Christen besef met ander woorde sy eie tekortkominge en uit dankbaarheid teenoor God vir sy verlossing, is hy sensitief vir die nood van die mensdom en wêreld.

Die lewe van die verlose mens (Kol 3:10) beteken dat die mens saam met andere deel verkry aan 'n nuwe werklikheid, naamlik die liggaam van Christus. Alle gelowiges, ongeag van watter volk, geslag of status, is lede van Sy liggaam op aarde. Die metafoor dat mense gesamentlik die liggaam van God vorm, bevestig die belangrikheid van die mens se betrokkenheid by andere en die taak om mekaar aan te vul. In 1 Kor 12:25 word gepleit dat daar nie verdeeldheid tussen mense sal wees nie, maar dat die lede gelyke sorg vir mekaar sal dra. Mense het die verantwoordelikheid om mekaar te versorg en te ondersteun. 1 Kor 12:26 se woorde "... [a]s een lid ly, ly al die lede saam", bevestig mense se interafhanklikheid van mekaar, asook die verantwoordelikheid om mee te leef met diegene wat een of ander vorm van lyding ervaar.

Meelewing met mense in al sy fasette is 'n kenmerk van iemand wat 'n werktuig in God se hand is. God se sorg en genade sluit alle mense, uit alle nasies en onderdrukte groepe soos persone met gestremdheid in. Mk 7:24-30 beskryf byvoorbeeld hoe Jesus Hom oor 'n vrou van 'n ander bevolkingsgroep as Hyself ontferm het, deur haar kind van 'n beseerde gees te genees. Kysar (1991:50) kom tot die gevolgtrekking dat: "God is One whose concern embraces all persons without regard to their social, moral, religious, economic, or ethnic standing. A ministry that is true to the Jesus image of God, then, is one that is as fully inclusive as was the ministry of Jesus. Such a ministry does not use social status as a criterion for acceptability, as a measure of worthiness, or as a prospect for future potential." Dienslewering aan andere skep die geleentheid aan die maatskaplike werker wat hulp vanuit die Christelike perspektief verleen, om God se versorging van die mens 'n werklikheid op aarde te maak.

Die mens word deur God toegerus om sy roeping op aarde te vervul. Heyns (1978:139) sê: "Volgens die Skrif is die mens op weg na God se plan met sy lewe, na die verwerkliking van daardie plan. Tussen die plan en die verwerkliking van daardie plan lê die roeping van en die toerusting deur God." 2 Tm 3:17 vertel van die troos en krag van 'n lewe wat op God gerig is "... sodat die mens wat in diens van God staan, volkome voorberei en toegerus sal wees vir elke goeie werk". Die gelowige se roeping en die toerusting wat hy daarvoor ontvang, is vervleg. "What ties together this entire spiral trajectory from Genesis to Revelation is the consistent biblical insight that humans are, from the beginning, throughout history, and at the end of the age, both *gifted* by God with a royal-priestly status and dignity (implying access to the divine presence and genuine agency and power in the world) and *called* by God actively to represent his rule as Creator and Redeemer by the manner in which they use their power" (Middleton en Walsch 1996:140). Die mens as

geroepene van God en toegerus vir sy roeping, verskaf 'n alternatief vir die dehumaniserende menslike identiteit wat in die hedendaagse postmoderne konteks aangetref word. Die Christen se identiteit is geanker in sy verhouding met God Drie-enig, wat hom bemagtig om sy roeping te vervul, deur in sy persoonlike lewe en sy omgewing met gesag oor die sonde te heers. Die mens se lewe en liefdevolle dienslewering aan andere word 'n antwoord op God se roeping om as Sy verteenwoordigers met gesag oor die skepping te heers en die gebrokenheid in die skepping aan te spreek.

### **2.2.7 Lyding, siekte en gestremdheid as deel van die mens se bestaan**

Die sondeval as deel van die skeppingsverhaal (Gn 3) vertel hoe lyding, siekte, gestremdheid en die dood deel van menswees geword het (vgl. 2.3.2 en 2.3.3). Lyding is eie aan die lewe op aarde en word deur elke mens op 'n unieke wyse geïnterpreteer en hanteer. Die hantering van lyding is een van die moeilikste take vir die mens, want dit hang saam met die verganklikheid, die beperkte vermoëns en die sondigheid van die mens (Cronjé 1968:126). Alhoewel baie oor lyding nagedink is, beteken dit nie dat finale antwoorde gevind is nie. In die Bybel word lyding en hulpbetoon konkreet hanteer en daarom sê Du Toit (1990:2): “[a]nders as in die verlede, sal nadenke oor lyding veral gerig moet wees op die eksistensiële beleving daarvan. Pogings om lyding deur middel van rasionalisering in harmoniese en sinvolle modelle te giet, vind vandag al minder byval, omdat dit nie strook met mense se eie ervaring nie. Siekte is nie altyd die gevolg van sonde nie, lyding kom nie altyd uit God se hand nie, lyding bring nie altyd groei nie”. Daarom word voorgestel dat nadenke oor lyding en hulpverlening aandag sal gee aan die belewenisse van die mens wat ly, die konteks waarin lyding voorkom en hoe lyding prakties hanteer kan word. Die erns van lyding, siekte en gestremdheid laat nie ligtelike redenasies daarvoor toe nie, want hoewel elke lydingsverklaring sekere elemente van die waarheid bevat, skiet elke interpretasie ook tekort en verklaar nie al die verskillende vorme van lyding of persone se omstandighede en ervaringe daarvan nie. In die lig hiervan word daar nie 'n poging aangewend om siekte, lyding en gestremdheid te verklaar nie, maar Bybelse insigte word nagespeur.

- Lyding, siekte en gestremdheid in die Ou Testament

Siekte en gestremdheid word in die Ou Testament geassosieer met 'n proses wat 'n persoon van sy kragte beroof (Louw 1994:29). Siekte is met disintegrasie op alle lewensvlakke geassosieer. In Ps 38 gee Dawid byvoorbeeld 'n ryke beskrywing van hoe sy liggaam

aangetas is, sy emosies daaroor en hoe dit hom van God en andere verwyder het. Hy skryf sy siekte en die verbreking van sy verhouding met God toe aan sy sonde en God se toorn daaroor. In Ps 38:4 sê hy: “Deur u toorn is daar nie meer 'n gesonde plek aan my liggaam nie, deur my sonde is daar nie meer 'n heel plek aan my lyf nie.” In Ps 38:22 roep hy in sy nood tot God en pleit vir heling en die herstel van hul verhouding: “Moet my tog nie verlaat nie, Here, my God, moenie ver van my af bly nie!” Heling en herintegrasie na siekte was met ander woorde aan die herstel van die persoon se verhouding met God gekoppel.

Siekte en gesondheid in die Ou Testament moet gesien word teen die agtergrond van God se verbond met sy volk (Louw 1994:30). Siekte en gesondheid, beproewinge en seën was vir mense die kenmerke van 'n lewende verhouding met God. Toewyding aan God is met seën geassosieer en isolasie van die lewende God se teenwoordigheid is gevrees. Die oorsaaklike verband wat tussen sonde en siekte getrek is, blyk veral uit die mens se belydenis van sonde en skuld. Ps 38:5 beskryf dit duidelik: “Ja, my ongeregtighede het my oorweldig en is soos 'n las wat vir my te swaar is.” Siekte is met God se oordele geassosieer en hoop op genesing was in die herstel van die mens se verhouding met God gesetel. Ps 88:2 beskryf die siek persoon se vertrouwe in God: “Here my God wat my altyd help, ek roep elke dag om hulp, elke nag bid ek tot U.” Siekes se persepsies van hul siekte het verskil, maar die belangrike is dat hulle te midde van hul pyn, lyding, eensaamheid en skuld altyd na gemeenskap met God verlang het.

Reeds in die Ou Testament (Jes 61:1-2; 58:6) blyk die bedoeling van God se hart om die fisiese omstandighede van mense te verlig duidelik, want daar word voorspel dat God se Gees oor Jesus sou kom om goeie nuus aan die armes te bring, om die gevangenes vry te laat, blindes te laat sien en die onderdrukte te bevry. In Lk 4:16-21 verwys Jesus terug na hierdie gedeelte in Jesaja en kondig aan dat dié professie deur Hom vervul is, want deur Sy gehoorsame dae is mense genees en hul verhouding met God herstel. Jesus se bediening aan persone wat in nood en lyding vasgevang is, spreek van God se wil dat hulle genesing, vergifnis, aanvaarding en hoop in hul lewens sal ervaar.

- Lyding, siekte en gestremdheid in die Nuwe Testament

Die Ou Testamentiese siening, waar siekte en ander beproewinge 'n bewys van sonde en God se straf vir die sonde was, word in die Nuwe Testamentiese verhaal van Jh 9:1-4 gewysig. Jesus het voordat Hy 'n man genees het, dit duidelik gestel dat die man se

blindheid nie die gevolg van sy of sy ouers se sonde is nie, maar hy is blind sodat die werke wat God doen, in hom gesien kan word. So word die direkte verband wat tussen sonde, siekte en lyding getrek is, verbreek. Jesus se optrede staan in kontras met sienings wat die afwesigheid van God se sorg vir beproefdes impliseer, "... instead he treated such persons with compassion and ministered to their need" (Kysar 1991:34). Jesus se reaksie op siekte, gestremdheid en lyding stel die voorbeeld oor hoe dit hanteer moet word, deur by elke individu op 'n unieke wyse betrokke te raak.

In die Nuwe Testament word die konsep van siekte verbind met die algemene swakheid van die menslike bestaan (Hd 9:37), die invloed van demoniese kragte (Lk 3:11) en die verband tussen siekte en persoonlike sonde (Jh 5:14). Direkte verbande kan daarom nie in alle gevalle tussen die bestaan van sonde op aarde, God se straf van sonde en die bestaan van siekte en gestremdheid as deel van die menslike bestaan getrek word. Jesus het aandag gegee aan genesing en die vergewing van sondes, deur siekes te genees en wonderwerke te doen om die gevolge van sonde te verwyder en God se betrokkenheid by die sieke te demonstreer. Jesus vertoon God se soewereine mag oor siekte en dood, ongeag of dit deur sondebelydenis voorafgegaan word. Oorhoofse verklarings behoort in die lig hiervan nie op die individu afgeforseer word nie, maar elke mens moet aangemoedig word om sy eie sonde, siekte en gestremdheid in 'n persoonlike verhouding met God te ondersoek en die betekenis daarvan vir sy lewe en die van andere te bepaal.

Die dominansie van stories in die Bybel oor hoe Jesus mense genees en gevoed het, bewys dat die fisiese behoeftes van mense 'n belangrike deel van Jesus se bediening was. So beskryf Mk 1:21 byvoorbeeld hoe Jesus sy dissipels geroep het om Hom te volg en daarna volg ses beskrywings van hoe Jesus mense genees het. Die ingrypings wissel van die genesing van koors tot opwekking uit die dood. Daar is dus geen vorm van fisiese beproewing waaraan Hy nie aandag gegee het nie en Jesus se bediening het 'n verandering in mense se fisiese en emosionele toestande laat plaasvind (Lk 7:18-23).

Die Christendom se verstaan en interpretasie van lyding hou verband met die beeld van die lydende Christus aan die kruis. Jesus se menswording en sy fisiese lyding aan die kruis toon God se identifikasie met die swakheid en lyding wat deel van menswees is. God se omgee vir siekes, deur die helende krag van Jesus se sterwe aan die kruis, word reeds in Jes 53:4 beskryf. Mt 8:17 bevestig dit: "So is vervul wat deur die profeet Jesaja gesê is: 'Hy het ons lyding op Hom geneem, ons siektes het Hy gedra'." Jesus se betrokkenheid by en daadwerklike toetreding tot die fisiese omstandighede van mense is die bewys dat God,

wat Hom gestuur het, omgee vir die mens se ewige redding uit sonde, asook die tydelike nood waarin mense verkeer.

Jesus gebruik die naam Vader om na God te verwys. Dit is 'n intieme aanspreekvorm, kenmerkend van verhoudinge binne families en is bedoel om God se liefde en versorging vir alle mense uit te druk. Volgens Kysar (1991:51) is Jesus se verwysing na God as Vader besonder betekenisvol vir mense wat fisiese, sosiale of godsdienstige lyding ervaar, want daardeur word God se besorgdheid en betrokkenheid gedemonstreer. Uit Jesus se optrede word God se volmaakte beeld as liefdevolle en versorgende Vader en Sy identifikasie met persone wat siek is of enige vorm van lyding ervaar, gesien. Die metafoor van Vader kan problematies vir sommige mense wees, aangesien hulle 'n aardse vader met outoritêre of onderdrukkende gedrag kan assosieer en nie met liefdevolle versorging nie (Andrews en Kotzé 2000:324). Sekere Bybelse interpretasies kan God as streng of outoritêre figuur voorstel, wat nie seën nie, maar die mens se opstandigheid straf. Volgens Kysar (1991:51) getuig Jesus se nederige en diensgerigte lewenstyl daarvan dat God, in teenstelling met sommige aardse vaders, met mense se lyding identifiseer en meeleeft. God Drie-enig is daarom nie 'n ver en ongevoelige figuur nie, maar was in die persoon van Jesus 'n mens, wat soos 'n mens gelyk het en medelye met die mens in sy nood toon.

Jesus se reaksie op lyding en siekte sluit die individu en die transformasie van sosiale sisteme in die gemeenskap in. "... Jesus' healings and exorcisms effected social integration as well as individual wholeness. Illness and affliction resulted in a process today known as 'social marginalization'. That is, physically afflicted persons were treated and regarded in such a way as to remove them from the mainstream of society" (Kysar 1991:40). Persone met gestremdhede is in die Nuwe Testament met suspisie behandel, want hul toestand is as minder rein of heilig beskou. Jesus het egter genesing vir persone wat nie deur die hoofstroom van die samelewing as aanvaarbaar beskou is nie, bewerkstellig. Sy optrede was teenstrydig met die algemeen-aanvaarde gebruike van samelewings wat gestremdes uitsluit, onderdruk of isoleer. Mk 3:1-6 beskryf die man met die gebrekkige hand en hoe Jesus sy gebrek op die sabbat of rusdag herstel het. Op die wyse het Jesus se genesing nie net die individu bevoordeel nie, maar ook die sosiale orde en gebruike van die dag beïnvloed. Jesus se gesindheid teenoor die mense wat beswaar aangeteken het teen hierdie genesing (Mk 3:5) is van besondere betekenis, want Hy het die mense rondom Hom kwaad aangekyk en was bedroef oor hulle verhardheid teenoor die gestremde persoon. Jesus veroordeel die feit dat mense wette en godsdienstige reëls belangriker ag as die mens met sy nood en omdat hulle geen deernis met die gestremde



persoon getoon het nie. Jesus se genesings het mense se maatskaplike funksionering direk verbeter. Die gestremde man was weer aanvaarbaar vir sy portuurgroep, hy is van sosiale isolasie bevry en sy volle deelname in die gemeenskap is herstel. Jesus gee dus uitvoering aan God se omgee vir die siek en gestremde individu wat in sy omstandighede vasgevang is en wat na die buitekringe van die sosiale lewe verstoot word, omdat siekes en gestremdes nie aan die gemeenskap se standaarde van aanvaarbaar voldoen het nie.

Diskriminasie of onderdrukking as gevolg van siekte of gestremdheid is deel van die betrokkenes se ervaring van lyding. Jesus se leringe was 'n boodskap van hoop vir persone wat onderdruk is. Jesus spreek Hom uit teen die bestaan van sosiale klasse, die gebruik van mag en die misbruik van die armes. Jesus se leringe beskryf 'n visie vir gemeenskappe wat alle vorme van onderdrukking en ongeregtigheid uitsluit. In Mk 14:13 sê Jesus: "... as jy 'n feesmaal gee, nooi dan armes, kreupeles, verlamdes en blindes". Met die belofte in Mk 14:14: "... God sal jou vergoed by die opstanding van dié wat reg gedoen het". Jesus het God se liefde verkondig, wat verskil van die magmisbruik en diskriminasie wat in gemeenskappe bestaan het en Sy volgelinge het begin om 'n alternatiewe lewenstyl, waarin alle mense se belange en behoeftes aandag geniet het, te leef. So word byvoorbeeld in Hd 9:33 beskryf hoe sy dissipels begin het om mense gesond te maak.

- Die rol van lyding, siekte en gestremdheid in die mens se lewe

Siekte en gestremdheid kan 'n pynvolle ervaring wees, want dit beïnvloed die mens se liggaamsfunksies, identiteit, rolvervulling, verhoudinge en geloof. Lying word ervaar wanneer die mens 'n toestand of situasie as pynlik beleef en beskryf. "[S]ickness and approaching death plunge us into discouragement, frustration, anxiety, and anger. Even when we keep our mind on God's goodness and sovereignty, it never is easy to face the tension and turmoil of a body that is breaking down and moving – sometimes far too quickly – towards disintegration and death" (Albers 1989:viii). Die ervaring van siekte en fisiese gestremdheid lei tot ingrypende vrae oor die mens se verhouding met en persoonlike ervarings van God, homself, andere en sy werklikheid. Vrae soos "waar kom lying vandaan?"; "hoekom laat 'n liefdevolle en almagtige God dit toe?" en "wat is die sin van lying?" word dan gevra. Die kern van die problematiek van lying is volgens Cronjé (1968:125) die geestelike element daarvan; naamlik, dat die mens te staan kom voor iets wat vir hom te magtig lyk, iets waarvoor hy nie kans sien nie en wat vir hom onverstaanbaar en onverklaarbaar is. Siekte en gestremdheid kan egter verskillende

uitwerkings op mense hê. Aan die een kant kan dit die mens se doeltreffende maatskaplike funksionering laat disintegreer deur die verlies van visie, perspektief en die onvermoë om daarby aan te pas. Die mens fokus dan op sy onvermoëns, verval in wanhoop en hy voel hy is nie in staat om die eise te hanteer wat aan hom gestel word nie. Aan die ander kant kan siekte 'n draaipunt wees en die krisis word as 'n geleentheid gesien om as mens te groei (Louw 1994:45). Vanuit die Christelike beskouing word die persoon se reaksie op siekte en lyding bepaal deur sy verhouding met God, sy geestelike rytheid om pynlike ervarings binne die raamwerk van sy skeppingsdoel en verlossing te integreer en die vermoë om praktiese aanpassings te maak.

Hoop in lyding hou volgens die Christelike beskouing verband met die herstel van verhoudinge en van 'n ewige lewe saam met God na die dood. Louw (1994:34) sê: “Illness is in fact, a phenomenon, a sign of God's judgement and punishment of sin. Christ relativises that punishment by dying in our place. As a result of the work of the mediator, illness becomes an indication of our own finiteness and is placed within the tension of eschatology: already, but not yet.” Na die sondeval het gebrokenheid en pyn met ander woorde deel van die hele skepping geword en deur Jesus se versoeningsdood verkry siekes en gestremdes die geleentheid om hul verhouding met God te herstel en word die mens se oog op die ewige lewe saam met God, waar geen pyn of leed bestaan nie (Op 21:4), gevestig. Die eskatologiese perspektief wys op Jesus se oorwinning oor die dood met Sy opstanding en in die lig hiervan kan mense deur hul geloof in Jesus met hoop lewe, naamlik dat die oorwinning van heil in elke dag se lewe, ook in lyding deurbreek (Louw 1998:87). Die Christen leef dus in die spanningsvolle hede, met sy beperkinge en gebreke, met die wete dat hy deur sy geloof in Jesus die sonde en ewige dood oorwin het, maar dat die oorwinning eers later volledig sal aanbreek. In hierdie ruimte, tussen die mens se aardse lewe en die aanbreek van sy ewige lewe, bestaan geleenthede om verhoudinge te herstel, sinvol te lewe en om mekaar met liefdevolle versorging by te staan.

Die spanning wat bestaan tussen die aanvaarding van lyding, siekte en gestremdheid as deel van die lewe en toegewyde dienslewering om lyding te voorkom en te verlig deur menslike ingryping, is eie aan Bybelse verhale en is nie problematies vanuit die Christelike perspektief nie. “The cross is about the ultimate goodness of divine purposes, but to believe this is not a once-and-for-all thing, a spiritual bolt-hole against the harsh realities of the world, for the redemption continuous to be worked out in ourselves and through ourselves” (Philpot 1986b:152). Dit is daarom nodig om die moeilike balans te handhaaf tussen die aanvaarding van lyding as deel van elke mens se bestaan aan die een kant en die

begeerte om alles te doen om dit te voorkom en die gevolge daarvan te hanteer aan die ander kant. Hulpverlening aan siekes en gestremdes word in die lig hiervan 'n verlengstuk van God se versorgende betrokkenheid by die mens in sy unieke nood en konteks.

Siekte, lyding en gestremdheid skep die moontlikheid aan die mens om sy roeping (en daarom ook sy beleving van sin) op 'n nuwe wyse te verstaan, naamlik om by andere betrokke te raak, God se versorgende liefde oor te dra en die sieke of gestremde te ondersteun om die eise te hanteer wat aan hom gestel word. Die kuns om siekte te hanteer beteken volgens Louw (1994:i) om betekenis aan siekte te heg, om geloof te behou as alles sinloos lyk en om te leef in die aangesig van die dood. Die gevolgtrekking word gemaak dat die hantering van siekte, gestremdheid en lyding gekoppel is aan die wete dat verlossing van sonde moontlik is deur geloof in Jesus Christus, asook dat God Drie-enig in alle omstandighede by die mens teenwoordig is. Jesus se verlossingswerk het nie lyding uit die mens se lewe verwyder nie, maar dit vernietig die ewige dood, skenk die ewige lewe en die troos en leiding van die Heilige Gees stel die mens in staat om sinvol en met vrede op aarde te lewe ten spyte van siekte, gestremdheid en lyding. Hulpverlening aan persone wat siek, gestrem is of lyding ervaar, word dan 'n roeping en verantwoordelikheid, binne 'n lewende en liefdevolle verhouding met God en ander mense. Hulpverlening vanuit die Christelike beskouing berus gevolglik nie net op die implimentering van die maatskaplike werker se kennis en vaardighede nie, maar word ingekleur deur die maatskaplike werker se persoonlike verhouding met God Drie-enig, wat gestalte kry in 'n gehoorsame lewe van dienslewering.

Elke mens kan kies hoe om pynvolle ervarings te hanteer. Die tragedie van lyding is nie dat dit bestaan nie, maar dit is 'n tragedie wanneer dit nie as 'n geleentheid benut word om te groei nie. In 2 Kor 12:9 verduidelik Paulus dat hy God gesmeek het om sy lyding te weg te neem, maar God se antwoord aan hom was: "My genade is vir jou genoeg. My krag kom juis tot volle werking wanneer jy swak is." Daarom beteken heling, as doelwit van hulpverlening vanuit die Christelike perspektief, nie noodwendig om gesond te word of genesing nie, maar wel om heling of heelwees te ervaar.

### **2.3 DIE CHRISTELIKE WÊRELDBESKOUIING**

'n Wêreldbekouing is die raamwerk van 'n sekere perspektief oor die wyse waarop die omgewing (ook aarde of natuur genoem) en die konteks (verhoudinge en strukture) waarbinne die mens leef, verstaan word. Die mens se wêreld verwys na die totaliteit van

sake wat sy lewensruimte of die konteks van sy bestaan uitmaak. Dit sluit die mens se fisiese omstandighede, verhoudinge, informele en formele georganiseerde strukture in die samelewing, soos ekonomiese of politieke faktore en kultuur in. Maatskaplike werk se hulpverlening aan die mens in sy situasie (Compton en Galaway 1994:4) is kenmerkend van die profesie en daarom kan die maatskaplike werker se wêreldbeskouing nie losgemaak word van die dienste wat gelewer word nie.

### **2.3.1 Die wêreld as deel van God se skepping**

Die Christelike wêreldbeskouing spruit voort uit Gn 1:1-2 se verduideliking: “In die begin het God die hemel en aarde geskep. Die aarde was heeltemal onbewoonbaar, dit was donker op die diep waters, maar die Gees van God het oor die waters gesweef.” Die skepping is deur God aangespreek en het deur God se Woord en op Sy bevel tot stand gekom (Gn 1:3-27). Die wêreld se bestaan en voortbestaan is van Hom afhanklik. Ps 104:30 sê: “U gee die lewensasem en daar is lewe; ook uit die grond laat U nuwe lewe spruit.” Volgens Heyns (1978:108) is die wêreld nie met geheimsinnige goddelike kragte gevul nie, maar deur en deur die handewerk van die Skepper. Die skepping se sin en waarde blyk uit die woorde van Ps 104:31: “Mag die werk van die Here Hom vreugde verskaf.” Gn 1:31 sê God het gekyk na alles wat Hy gemaak het en dit was goed. Die gevolgtrekking word gemaak dat die wêreld se skepping van God se almag en genadige voorsiening getuig.

Die doel van die skepping (wat die mens, die aarde en alles daarop insluit) is om God se heerlikheid en krag te openbaar. Rm 1:20 sê: “Van die skepping van die wêreld af kan 'n mens uit die werke van God duidelik aflei dat sy krag ewigdurend is en dat hy waarlik God is.” Met God se genade bestaan die wêreld voort, met die doel om op die regte tyd vrugte te lewer. 'n Verdere doel van die skepping was om dit as 'n geskenk aan die mens te gee om te geniet en te gebruik (Gn 1:29-30). In Gn 1:26 word die mens deur God aangestel om oor die aarde en alles daarop te heers en daarmee kom 'n besondere verhouding tussen die mens en sy omgewing tot stand. Die mens kan sy fisiese werklikheid gebruik vir sy voortbestaan, maar het terselfdertyd die verantwoordelikheid, om as God se verteenwoordiger, dit in liefde te bewaar en nie te misbruik nie.

'n Wesenskenmerk van die wêreld se skepping is die verskeidenheid van dinge wat bestaan. Volgens Heyns (1978:111) kan die verskeidenheid van hemel en aarde, lig en duisternis, plante, diere, mense en hul onderlinge verhoudinge tot God se skeppingswil

herlei word. Hierdie verskeidenheid vorm 'n eenheid, deurdat dinge mekaar veronderstel, heenwys na mekaar en op mekaar aangewese is. Niks bestaan in isolasie nie en alles in die skepping is op talle maniere met mekaar verbind.

### **2.3.2 Die mens se verhouding met die wêreld**

Mens en wêreld hoort bymekaar, is op mekaar aangewys en op talle maniere innig verweef. Menswees is ook in-die-wêreld wees. (Vgl. Heyns 1978:136.) Vir sy bestaan is die mens van die natuur afhanklik en vir sy bewerking is die natuur van die mens afhanklik (Gn 1:28; 2:5). Die mens is mede-arbeider van God deur skeppend, bewarend en versorgend met die wêreld besig te wees. Die wyse waarop die mens arbeid en met alles om hom in verhouding tree, moet heenwys na sy verantwoordelikheid en voorreg om beeldraer van God te wees. Die waarde van die skepping vir die mens word in Jes 45:18 beskryf, naamlik dat God dit nie geskep het om woestene te wees nie, maar dit geformeer het om bewoon te word. Daarom mag die mens nie sy wêreld vermink, uitbuit of bevuil nie, want daardeur word die wêreld onbewoonbaar gemaak.

Die Genesisverhaal van die skepping toon duidelik die interafhanklikheid tussen die mens en die wêreld aan, dat menswees in verhoudinge realiseer (Van Wyk 1993:94) en die mens se vermoë om te organiseer en oor sy omstandighede te heers (Gladwin 1986:43). Die mens het daarom die verantwoordelikheid om orde en vooruitgang in die wêreld te bring en nie vernietiging nie. Mense moet aktief saamwerk om die bestaande hulpbronne in hul omgewing sinvol te benut of te skep, indien dit nie bestaan nie. Maatskaplike werkers is deeglik bewus daarvan hoe verskeie gevolge van die moderne leefwyse, soos armoede en werkloosheid, dit vir kwesbare persone of groepe moeilik maak om baat te vind by die strukture en hulpbronne in hul omgewing. Negatiewe en skadelike faktore in die mens se konteks het dikwels met gebrekkige waardesisteme, ongelyke verdeling van hulpbronne en maatskaplike ongeregtighede te doen. Armoede veroorsaak byvoorbeeld dat sekere groepe, soos fisiese gestremdes, onder werkloosheid, swak gesondheid, gebrekkige geleenthede vir selfverwesening en selfs 'n vroeë dood ly. Negatiewe faktore in die gemeenskap wat die mens verhinder om sinvol op aarde te leef moet daarom aangespreek word.

Die mens se wêreld sluit meer as net die fisiese omgewing in. In die mens se omgewing (of lewensituasie) bestaan strukture wat deur God ingestel is, byvoorbeeld die huwelik,

gesin, kerk en arbeid. Ander strukture het deur menslike aktiwiteite tot stand gekom, byvoorbeeld kultuurgebruike, wetgewing en die staat. Volgens Heyns (1974:126) moet strukture aan die eis voldoen om die menslike lewe te bevorder, te laat ontplooi en die mens in staat te stel om sy roeping as mens uit te oefen. Teenoor die noodsaaklikheid van hierdie strukture, instellings of organisasies, moet egter gewys word op die potensiaal daarvan om destruktief in die mens se lewe te werk, wanneer dit faal om in die mens se belang te funksioneer.

Die mens se verhouding tot sy omgewing kom na vore in die wyse waarop hy kultuur skep en self daardeur gevorm word. Kultuur word volgens Heyns (1978:116) geskep wanneer die mens uit die natuur sy eie wêreld skep. Op die wyse styg die mens bo sy wêreld uit om te heers oor die skepping. Voorbeelde hiervan in die Bybel is wanneer die mens in Gn 2:19 name gee aan die diere, in Gn 3:7 maak hy klere en in Gn 4:17-22 word vertel van 'n stad wat gebou word, asook die maak van tente, siters, fluite, koper en ysterinstrumente. In die mens se verhouding met die wêreld gee die mens uitvoering aan die kultuuropdrag wat hy van God ontvang het, naamlik om skeppend op te tree en sodoende sy lewensruimte bewoonbaar en aanvaarbaar te maak.

### **2.3.3 Die invloed van die sonde op die wêreld**

Die mens se invloed op die wêreld voor en na die sondeval moet onderskei word. God se bedoeling met die mens se verhouding tot sy omgewing word in Gn 2:16 verduidelik: “Die Here God het die mens in die tuin laat woon om dit te bewerk en op te pas.” Dit impliseer sorgsame arbeid en 'n verhouding waarby die mens en wêreld baatvind. Die gevolge van die mens se sonde bring egter vrees vir God (Gn 3:8-10), vyandskap en wantroue tussen die mens en die diereryk (Gn 3:17), die vervloeking van die aarde om dorings en distels voort te bring en sorgsame arbeid word met moeitevolle arbeid vervang (Gn 3:19). Die mens se verhouding met die wêreld is dus negatief deur die sondeval versteur. Dit bring mee dat die mens dikwels die wêreld misbruik of beskadig, in plaas daarvan om dit te gebruik en op te bou. Die sondeval het verder tot die verganklikheid van die wêreld gelei, want die wêreld is, soos die mens, aan straf en die dood onderworpe.

Die ekologiese krisis van aardverwarming is vandag een van die mees omstrede gevolge van die mens se versteurde verhouding met sy omgewing. Ekologie dui volgens Buitendag (1991:3-4) op die totaliteit van alles wat bestaan en die krisis kom na vore in die akkumulاسie van mensdomaanwas, tegnokratiese industrialisasie, afname in

voedselvoorrade, natuurlike hulpbronreserwes, omgewingsbesoedeling en –vergiftiging, antropogene erosie en die uitwissing van plant- en diersoorte. Die mens se sondige optrede beïnvloed die hele skepping, wat alle fasette van lewe op die aarde insluit. So kan die mens se ongehoorsaamheid byvoorbeeld die besoedeling van die wêreld veroorsaak, wat weer tot die gebrokenheid en verganklikheid van die wêreld bydra.

Die gevolge van die sonde deurdring alle vorme van kultuur en Godgegewe of mensingestelde strukture. Die moontlikheid bestaan daarom dat die mens kultuur skep vir sy eie gebruik en nie om God daarmee te eer nie. Strukture in die gemeenskap het volgens Heyns (1974:136-137) selfstandige groothede geword, wat in plaas daarvan om die mens te bevry of in staat te stel om sy doelwitte te verwesenlik, magstrukture geword het wat die verwerking van menswees uitermate bemoeilik. Die negatiewe gevolge van die sonde blyk uit die vyandskap, wantroue en misbruik wat die mens se verhouding met faktore in sy konteks kenmerk. Dit bring mee dat hulpbronne in die omgewing deur die mens misbruik word, wat die omgewing beskadig of vernietig. Die wanbestuur van hulpbronne is ‘n verdere voorbeeld van versteurde verhoudinge, wat meebring dat sekere mense of groepe se basiese behoeftes nie bevredig word nie.

Volgens Drummond en Munday (1986:19) word die individu se probleme deur die tendens van die mensdom om sy eie probleme met sy sondige optrede te skep, asook onvolmaakte sosiale en ekonomiese strukture in die samelewing, veroorsaak. Dit vereis 'n gesindheid van meelewing en die aktiewe aansluiting by individue, groepe en gemeenskappe se pyn, swaarkry en leemtes. “Christianity takes things further, seeing the experience of the poor and bruised not only as something we all share responsibility for, but as a social evil for which we need to discover forgiveness and take action to effect change” (Gladwin 1986:44). Volgens die Christelike beskouing tot hulpverlening kan sosiale transformasie nie nagelaat word nie, aangesien die mens se konteks deur die vernietigingswerk van die bose gekenmerk word. Die aanvaarding van kollektiewe verantwoordelikheid vir maatskaplike probleme moet in ‘n gemeenskap ontwikkel, wat berou oor ongeregthede, die verkryging van vergifnis en daadwerklik optrede om verandering teweeg te bring, insluit.

Die invloed van die sonde op die mens se verhouding met sy wêreld bring volgens Buitendag (1991:7) mee dat die mens wêreldvreemd en identiteitsloos geword het en aan eksistensieverskraling ly. Vanuit die Christelike perspektief is die mens nie die slagoffer van sy omgewing en kragte buite homself nie, maar hy is ook nie die skepper en

alleenheerser daaroor nie. Die versteurde verhouding tussen die mens en die wêreld is die gevolg van die mens se sonde en alle vorme van lewe is van God se verlossing afhanklik. Die mens se vermoë om besluite te neem en om met verantwoordelikheid op aarde, in sy spesifieke gemeenskap en kultuur te leef, is belangrik en moet onder andere deur maatskaplikewerkhulpverlening bevorder word.

### **2.3.4 'n Herskepte wêreld met 'n toekomsvisie**

Die Christelike beskouing van die wêreld erken God Drie-enig se teenwoordigheid as Skepper, Verlosser en Leermeester in die skepping. Die mens se sonde het die wêreld met alles daarop en alles wat daar gebeur, aangetas (vgl. 2.2) en is daarom, net soos die mens, van God se genadige ingryping afhanklik om vernuwe of herskep te word. Volgens Van der Watt (1991:257) is die vroeë Christene se wêreldperspektief deur die versoenende werk van Jesus verander. Deur Jesus se verlossingswerk het nuwe moontlikhede van bestaan na vore gekom. Die gelowige beoordeel sy posisie in die wêreld vanuit sy identiteit as verlore mens, wat reeds in die hede vanuit Jesus se oorwinningskrag kan leef. Christene leef met 'n besef van hul roeping en verantwoordelikheid teenoor hul omgewing, om 'n positiewe bydrae te lewer met die wyse waarop die aarde bewoon en bewerk word. Jesus se verlossingswerk het hoop gebring vir 'n nuwe toekoms vir die wêreld en daar word met verwagting uitgesien na die vernuwing wat met die wederkoms gaan plaasvind.

Jesus se leringe maan die mens om sorgsaam en in harmonie met sy konteks te lewe en Sy volgelingen word uitgenooi om in Sy voetstap te volg (1 Pt 2:18-24). Die herskepte mens sal daarom voortdurend poog om in harmonie met sy fisiese en sosiale omgewing te leef. Die Christelike beskouing veronderstel sorgsame arbeid om God se wêreld (tuin) te bewerk en te bewaak. So aanvaar die mens verantwoordelikheid vir alles en almal rondom hom. Sorgsame arbeid in die wêreld en medemenslikheid word dan 'n bewys van die mens se liefde vir God.

Hierdie perspektief van 'n verlore of herskepte skepping met 'n toekoms kom soos 'n goue draad in die Bybel na vore. Jes 65:17 verduidelik dat die aarde soos dit nou bestaan sal verbygaan en in die nuwe hemel en nuwe aarde sal dit nie eers meer onthou word nie. Dit het die implikasie dat die mens nie al sy hoop op die huidige bedeling, sy aardse bestaan, moet plaas nie en nie sy sekerheid en geborgenheid op aarde en in aardse dinge moet soek nie, want dit het geen permanensie voor God nie. Die Christen se sekerheid en hoop lê in sy verhouding met God en die ewige lewe as 'n belofte. Dit het die implikasie dat die



herskepte mens versorgend teenoor die gebroke wêreld begin reageer, maar dat dit eers werklik herskep word met Jesus se wederkoms. Volgens Jes 66:22 staan die herskepte mens (volk of kinders van God) en die herskepte wêreld (nuwe hemel en aarde) beide in diens van God. Die Nuwe Testament sluit in 2 Pet 3:13 hierby aan: “Maar ons leef in die verwagting van 'n nuwe hemel en 'n nuwe aarde wat God belowe het en waar die wil van God sal heers.” In die herskepte skepping bereik God dan Sy oorspronlike bedoeling met die skepping, naamlik 'n versoende verhouding met God, waar geen sonde of lyding meer bestaan nie.

Die Christen kry in Op 20-22 'n blik op die toekoms om te sien wat die uiteinde van alles op aarde sal wees, ten einde insig te verkry in die erfenis wat op die gelowige wag. In die tydperk tussen Jesus se eerste en tweede koms, waar swaarkry, stryd en probleme algemeen voorkom, is dit nodig om moed te hou, in die wete dat Jesus reeds die bose oorwin het en dat die hele skepping eendag ten volle in hierdie oorwinning gaan deel (Van der Watt 1991:258). Die verwagting van 'n ewige lewe is daarom ook op die wêreld van toepassing.

Die mens se verhouding tot sy wêreld of konteks, is van besondere belang vir maatskaplike werk, want aan die een kant het die mens 'n besondere rol om te vertolk in sy omgewing, maar is aan die ander kant afhanklik van sy omgewing en gemeenskap vir behoeftebevrediging. Maatskaplikewerkhulpverlening vanuit die Christelike beskouing fokus gevolglik op die totaliteit van verhoudinge in God se skepping en die implikasies daarvan word vervolgens ondersoek.

#### **2.4. MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING IN DIE LIG VAN DIE CHRISTELIKE MENS- EN WÊRELDBESKOUIING**

Hulpverlening vanuit die Christelike beskouing is ten nouste verbind met die vraag na die sin van die mens se lewe op aarde, naamlik om tot eer van God te lewe (Rm 14:8). In die lig van die Christelike beskouing word die beoefening van maatskaplike werk, veral die verhouding tussen die maatskaplike werker en kliënt, so ingeklee dat dit op 'n werkzaamheid dui wat op liefde vir God en die naaste gebaseer is en op so 'n wyse beoefen word dat God daardeur verheerlik word.

Aanhangers van die Christelike geloof het 'n belangrike rol in die ontwikkeling van die professie gespeel, tog het die Christelike beskouing nie noodwendig in die teoretiese onderbou neerslag gevind nie. 'n Knelpunt wat hierby aansluit, is dat maatskaplike werkers met 'n Christelike oriëntasie die professie beoefen sonder om vanuit die Christelike beskouing daarvoor na te dink. White (1986:76) is van mening dat "... we have also found ourselves operating within structures and policies that have been accepted unquestioningly, rarely, if ever, having been examined under the searchlight of the Christian faith and traditions". Maatskaplike werk berus byvoorbeeld op die veronderstelling dat verandering met behulp van menslike kontrole en ingryping bewerkstellig kan word (Compton en Galaway 1994:10). Hiervolgens sou die verwerwing van voldoende kennis en begrip van menslike gedrag, sosiale prosesse en die korrekte implementering van maatskaplike beleid en hulpverleningsmodelle, die maatskaplike werker in staat stel om sekere uitkomst te bereik. Hierdie siening berus op sekulêre en humanistiese uitgangspunte en is kenmerkend van die professie se teorie en praktyk sedert die twintigste eeu.

Maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing word deur 'n aantal maatskaplike werkers benut en het sekere unieke vertrekpunte. Volgens Philpot (1986b:143-144) is maatskaplike werk georganiseerde hulp en die praktiese implementering van etiese riglyne, terwyl Christenskap oor die herstelde verhouding tussen die mens en God handel, asook die roeping van die mens (individueel en as gelowige in gemeenskap met andere) om as 'n nuwe wese in die wêreld te leef. Die Christelike siening bely dat persoonlike verandering by die mens 'n proses is wat Goddelike handeling en vernuwing insluit. Maatskaplikewerkhulpverlening vanuit die Christelike perspektief vereis dat beide maatskaplike werk se waarde- en kennissistiem vanuit Bybelse waarhede belig sal word. 'n Lewende verhouding met God Drie-enig speel 'n deurslaggewende rol in die lewe van die maatskaplike werker wie se hulpverlening op die Christelike mens- en wêreldbeskouing gebaseer is. Verder is dit nodig om die werkswyse wat gevolg word om hulp te verleen, aan Christelike uitgangspunte te toets. Die uitdaging is om die beginsels van die Christelike mens- en wêreldbeskouing op 'n praktiese wyse met die erkende werkswyses van die professie te integreer, tog is dit nodig om eers in die algemeen oor die invloed van 'n mens- en wêreldbeskouing op maatskaplikewerkdienslewering te besin.

### **2.4.1 Die rol van ‘n mens- en wêreldbeskouing in die praktyk van maatskaplike werk**

‘n Mens- en wêreldbeskouing kan op ‘n verskeidenheid van uitgangspunte of oortuigings gefundeer wees, wat meebring dat maatskaplike werk vanuit verskillende sienswyses beoefen word. Die maatskaplike werker se mens- en wêreldbeskouing is ‘n fundamentele deel van sy menswees en oefen daarom ‘n invloed uit op die hulp wat verleen word. Die maatskaplike werker vertolk verskillende rolle, maar bly te alle tye ‘n mens wat saam met andere by hulpverlening betrokke is. Die maatskaplike werker se mens- en wêreldbeskouing het nie net op die professie maatskaplike werk en die kliënt ‘n bepaalde invloed nie, maar word verwerklik in die maatskaplike werker se menswees. Cronjé (1970:3) sê: “Die toerusting van die maatskaplike werker as beroepspersoon bestaan nie net in die vir sy beroepsbeoefening noodsaaklike kennis en begrip, vaardigheid en bedrewenheid nie. Inderdaad is die fundamenteelste deel van die maatskaplike werker se toerusting sy mens- en lewensbeskouing.” Die maatskaplike werker het in die lig hiervan die verantwoordelikheid om sy eie perspektiewe te ontwikkel, ten einde homself as mens te verwesenlik. Die maatskaplike werker kry dikwels te doen met kliënte wat geen sin in die lewe meer ervaar nie en om hulle te help om meer duidelikheid oor hul menswees te kry, moet die maatskaplike werker self duidelikheid hê oor die sin van sy eie bestaan en die hulp wat verleen word. Die maatskaplike werker se mens- en wêreldbeskouing bepaal gevolglik sy lewenshouding ten opsigte van homself, die kliënt en die konteks waarbinne hulp verleen word.

Die versoening van die maatskaplike werker se persoonlike en professionele waardes en beginsels is nodig. Spanning en konflik kan ontstaan indien die maatskaplike werker se beginsels verskil van die professie of die organisasie waar dienste gelewer word (Philpot 1986b:140). Uiteenlopende en teenstrydige uitgangspunte veroorsaak verwarring, dit bemoeilik keuses en die bepaling van prioriteite. Keuses moet daarom op die beskerming van die kliënt se belange gebaseer wees. In die lig van hierdie faktore is dit nodig dat die maatskaplike werker bewus moet wees van sy eie beginsels en die invloed daarvan op die inkleding van die hulpverlening.

Die maatskaplike werker se beginsels en gedrag word grootliks deur intellektuele raamwerke en godsdienstige oortuigings bepaal. Dit het voorts ‘n invloed op die wyse waarop hulpverleningsverhoudinge opgebou word, die wyse waarop hulp verleen word en

die wedersydse beïnvloeding wat tussen al die deelnemers plaasvind (Henderson 1986:59). Die rol wat die maatskaplike werker se beskouinge in die hulpverleningsproses speel, kan met ander woorde nie ontken of geminimaliseer word nie. Aponte (1999:81) sluit hierby aan deur daarop te wys dat die hulpverlener se filosofiese sienings en religie sy oordeel bepaal oor wat gesond en ongesond is, asook wat wenslike terapeutiese doelwitte vir die oplossing van probleme sal wees. Die maatskaplike werker se vertrekpunte kan ooreenkomste of verskille toon met die van die kliënt en die implikasies daarvan behoort eerlik gekommunikeer te word. Verskille in die religieuse praktyke en sienings van maatskaplike werkers en kliënte moet op 'n deursigtige wyse hanteer word om positiewe hulpverleningsverhoudinge te verseker. Die maatskaplike werker hanteer kliënte met probleme met 'n morele dimensie, met afbrekende gedrag of wat hul skuldig maak aan amorele of onetiese optrede. Konflik kan tussen die maatskaplike werker en die kliënt se waardes of sienings bestaan, daarom is gesprekvoering oor die maatskaplike werker en kliënt se religieuse en etiese beskouinge belangrik.

In die lig van die holistiese perspektief op hulpverlening is die afgelope aantal jare beseft dat kliënte se beskouinge en geestelike lewe twee verwaarloosde konsepte in maatskaplike werk is, terwyl dit toenemend as 'n belangrike dryfveer in mense se lewens erken word (Cascio 1999:129). Kognitiewe raamwerke speel 'n belangrike rol in die mens se interpretasie van gebeure, die identifisering van faktore wat die kliënt se groei belemmer en bronne wat herstel of verandering kan bevorder. Siekte en gestremdheid intensifiseer die mens se soeke na die sin van sy belewenisse, om antwoorde op lewensvrae te kry en om in harmonie met homself, andere, sy wêreld en God of 'n mag groter as hyself verbind te wees (Culliford 2002:1435). Maatskaplike werkers wat nie die geestelike dimensie van die mens as belangrik ag nie of wat geen opleiding hieroor ontvang het nie, kan die belangrike invloed hiervan op kliënte se lewens en terapeutiese prosesse onderskat.

Verskeie faktore het 'n bydrae om die mens se geestelike behoeftes van hulpverlening te skei, gelewer. Hulpverleners is byvoorbeeld opgelei om sensitief te wees om nie hul eie oortuigings op kliënte af te druk nie, terwyl andere onseker voel oor die hantering van die intense emosies en konflikte wat met die mens se geestelike groei gepaard gaan. Opleiding om 'n waarde-vrye posisie in te neem, ten einde objektief en onbevooroordeeld te wees, het verder bygedra om die mens se geestelike lewe, uit hulpverlening te verwyder (Culliford 2002:1435). Rigiede grense is getrek om die aspekte wat tydens hulpverlening aangespreek mag word en kliënte se geestelike behoeftes is hoofsaaklik aan geestelike werkers oorgelaat. Die ontkenning van die mens wat hulp ontvang se geestelike sienings

en behoeftes, verwyder egter nie die bestaan daarvan of die invloed op die persoon se gemoedstoestand, gedrag of die verloop van hulpverlening nie.

#### **2.4.2 Motivering vir hulpverlening vanuit die Christelike beskouing**

Die Christelike mens- en wêreldbeskouing bied op 'n besondere wyse motivering vir hulpverlening, want God gebruik onder andere hulpverlening volgens die Christelike perspektief om Sy liefde vir die mens en die wêreld bekend te maak.

- Die Christelike beskouing van God se liefdesopdrag

Wanneer God die mens na Sy beeld vorm en die opdrag gee om Sy beeld op aarde te vertoon, impliseer dit dat hulpverlening vanuit die Christelike beskouing van God se liefde sal getuig. Die wese van God word in Jh 4:7 beskryf as: "... God is liefde". Met die liefdesgebod gee God die opdrag aan Sy navolgers om Hom (Dt 6:5) en ander mense lief te hê (Lv 19:18). In die Nuwe Testament bevestig Jesus die liefdesgebod in Mt 22:39: "Jy moet jou naaste liefhê soos jouself." Maatskaplike werkers wat vanuit 'n Christelike beskouing werk, sien hul taak as 'n opdrag en roeping van God om Hom en ander mense te dien. God se liefdesopdrag word dan die diepste motivering om hulp vanuit die Christelike beskouing te verleen.

Die Nuwe Testament trek duidelike lyne tussen hulpverlening en die opdrag tot liefdesdiens. Gl 6:5 sê: "Al wat van belang is, is geloof wat deur die liefde tot daad oorgaan." Gl 6:2 verduidelik wat daad van liefde beteken: "Dra mekaar se laste en gee op dié manier uitvoering aan die Wet van Christus." In die lig hiervan het die maatskaplike werker wat vanuit die Christelike beskouing werk die verantwoordelikheid om in 'n plaaslike konteks hierdie opdrag tot liefdesdiens te interpreteer en te implementeer. "There will never be an answer to the question of what a Christian model would look like in practice, only a wealth of practical examples of communities which have sought to follow Christ's teaching and example. One of the deep paradoxes of the faith is that Christ demands such total allegiance and obedience and yet this leads to such freedom of experience and action" (White 1986:83). Die gehoorsame navolging van God se wil, impliseer dus nie die wettiese navolging van reëls of beperkinge nie, maar die kreatiewe lewering van 'n liefdesdiens in die lig van die mens, groep en gemeenskap se nood.

- Die Christelike beskouing se interpretasie van God se herskeppingsingrype

Die maatskaplike werker, as sondige wese, is soos persone met maatskaplike probleme van God se vergifnis en verlossing afhanklik. Rm 3:23-24 sê: “Almal het gesondig en is ver van God af, maar hulle word, sonder dat hulle dit verdien, op grond van sy genade vrygespreek vanweë die verlossing deur Jesus Christus.” Maatskaplike werkers wat vanuit ‘n Christelike beskouing werk moet ‘n belewenis van God se vryspraak en vergifnis van sonde beleef, om vanuit hierdie posisie as ‘n begenadigde persoon dienste aan andere te lewer. Die praktiese uitlewing van Christelike uitgangspunte vereis volgehoue groei in heiligmaking om God se beeld toenemend te vertoon, Christus se voorbeeld na te volg en toenemend die vrugte van die Heilige Gees prakties uit te leef. Dit word gedoen in biddende afhanklikheid van God Drie-enig, in die wete dat ‘n mens nie die krag en wysheid het wat nodig is nie. 2 Kor 4:7 sê: “... die krag wat alles oortref, kom dus van God, nie van ons nie”. Hulpverlening vanuit die Christelike beskouing erken die transformerende krag en bemagtigingsrol van die Heilige Gees in die dienste wat gelewer word en gelowige maatskaplike werkers poog nie om in eie krag, met menslik-verworwe kennis en vaardighede, verandering te weeg te bring nie.

Die maatskaplike werker se motivering om hulp volgens die Christelike beskouing te lewer, gaan gepaard met die ken van God Drie-enig, asook die benutting van die geleenthede en gawes wat Hy skenk. 2 Pt 1:5-7 noem dat die gelowige alles in die stryd moet werp om sy geloof in God te verryk met deugsaamheid, kennis, selfbeheersing, volharding, diens aan God en liefde vir ander gelowiges en vir alle mense. Die maatskaplike werker wat volgens die Christelike beskouing hulp verleen, is van die Heilige Gees se leiding en krag afhanklik vir sy persoonlike groei in heiligmaking en om hulp te verleen wat rekening hou met God se werking in die kliënt se lewe. Dan word geloof ‘n uitdaging om as verlore mens met God se genade te leef en hulp te verleen wat Sy wil aan alle mense bekend maak.

### **2.4.3 Implikasies van die Christelike beskouing vir maatskaplikewerkhulpverlening**

Die doel van maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing is om dienste te lewer wat tot eer van God is en om Hom, deur middel van ‘n liefdesdiens aan die medemens, te verheerlik. Maatskaplikewerkdienste volgens die Christelike beskouing moet daarom in

lyn met God se skeppingswil vir die mens wees en die medemens se welsyn op 'n holistiese wyse bevorder.

#### **2.4.3.1 Die invloed van die Christelike beskouing op die ontwikkeling van maatskaplike werk**

Hulpverlening aan mense met maatskaplike nood of probleem is so oud soos die mensheid self. Die mens het altyd sy medemens nodig en daarom was daar van die begin van die mensheid af sekere vorme van hulpverlening (Van Bochove 1970:54). Die invloed van die Christelike tradisie op die Westerse moraliteit, die bydraes van die Christelike kerk en individuele Christene op die ontwikkeling van maatskaplike werk, kry volgens Philpot (1986a:7) min erkenning in die bestaande literatuur oor maatskaplike werk en word sedert die middel van die 1960's skaars vermeld. Christelike welsynswerk was deernisvolle en praktiese daede, volgens Christelike beginsels, met die doel om die goedheid van God oor te dra, met die hoop dat mense se lewens daardeur getransformeer sou word. Bowpitt (2000:350) stem hiermee saam en sê die belangrike bydrae van Christelike hulpverlening in die negentiende eeu, word grootliks in die hedendaagse maatskaplikewerkliteratuur, -teorieë en -praktyk geïgnoreer. “This denial of the Christian legacy reflects the secular assumptions on which the emerging profession of social work was based, in both practical and theoretical senses. Social work as a movement sought to wrest the control of philanthropy from the churches, and to base the practice of social care and voluntary service on principles derived not from Christian theology, but from the social sciences and humanist ethics” (Bowpitt 2000:350). Die skeiding van diens aan God en hulpverlening, het meegebring dat maatskaplike werkers toenemend die beginsels en werkswyses van die wetenskaplike paradigma benut het om hulp verleen. Grense het tot stand gekom tussen geloofsgebaseerde hulpverlening en die wetenskaplike paradigma wat die ontwikkeling van professionele maatskaplike werk gedomineer het. Lindeque (1985:20) is van mening dat die integrasie van maatskaplike werk met die werksaamhede van Christelike kerke in Suid-Afrika deur die professionaliteit van maatskaplike werk bemoeilik is. Daar is aanvaar dat kliënte se religieuse behoeftes 'n private aangeleentheid is en pogings is aangewend om hulp so waardevry of neutraal as moontlik te verleen.

Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing word in Suid-Afrika by welsynsorganisasies wat aan kerkgenootskappe of private welsynsorganisasies met 'n erkende Christelike karakter gekoppel is, aangetref. Die maatskaplike werk wat Christelike kerke lewer het 'n unieke Christelike karakter, uitgangspunte en belydenis van

die maatskaplike werkers wat in diens geneem word (Lindeque 1985:21). Uit die geskiedkundige ontwikkeling van maatskaplik werk in Suid-Afrika blyk dit dat kerke en Christelike vroueverenigings telkens 'n helpende hand uitgesteek het om die nood wat bestaan het, te verlig en hulle was medegrondleggers van die bestaande welsynsdienste. In beide gevalle word Christelike uitgangspunte as die vertrekpunt geneem, hoewel die geregistreeerde maatskaplike werkers wat in diens geneem word, nie noodwendig vanuit 'n Christelike paradigma opgelei is of hulp volgens die Christelike beskouing verleen nie. Maatskaplike werkers met 'n Christelike belydenis, word ook deur nie-kerklike instansies of nie-Christelike organisasies in diens geneem en kan gevolglik konflik ervaar tussen hul persoonlike oortuigings en die eise van hul werksituasie. Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing kom met ander woorde gefragmenteerd in Suid-Afrika voor en baie vroeë bestaan oor die praktiese implementering daarvan in die praktyk.

Groot verskille bestaan tussen die werkswyses van maatskaplike werk en die Christelike geloof, alhoewel baie van maatskaplike werk se uitgangspunte en werkswyses vanuit die Christelike perspektief ontwikkel het. Bowpitt (1998:677) sê: "... the influence of Christianity on social work has a latent presence, often overlooked, frequently ignored, but re-surfacing in recent years as a focus for thought and action". Daar word aangesluit by stemme wat opgaan oor die herwaardering van die Christelike beskouing se bydrae tot die ontwikkeling van maatskaplike werk. Sekere tendense in die huidige konteks van maatskaplikewerkhulpverlening bevorder werkswyses wat nie net op die rasionele aspekte van die mens fokus nie. Kritiese vrae oor die plek van godsdiens in die mens se lewe en spesifiek die Christelike tradisie in maatskaplike werk se teorie en praktyk word gevra. Bowpitt (2000:350) is van mening dat ten spyte van sekulêre ontwikkelinge wat in die professie plaasgevind het, het die Christelike invloed op maatskaplike werk nooit volledig verdwyn het nie. Een van die redes hiervoor is dat ontwikkelinge kenmerkend van die postmodernisme, die sekulêre humanistiese meta-narratief oor die superieure vermoëns van die mens en die wetenskap, ernstig ondermyn het. Weerstand teen sekere konsepte en metodes, wat kenmerkend van humanistiese maatskaplike werk is, kom tans na vore. Dit het die weg vir hernude belangstelling in die mens se geestelike dimensie en die rol daarvan in maatskaplikewerkhulpverlening gebaan. Hulpverlening aan bevolkingsgroepe wat baie waarde aan die uitlewing van hul godsdiens heg, het maatskaplike werkers verder verplig om dienste te lewer wat rekening hou met die kliënte se godsdienstige agtergrond of denkwys. Die uitdaging vir maatskaplike werk is om rekening te hou met die mens in die totaliteit van sy verhoudinge en funksionering, wat sy geestelike behoeftes insluit.



### 2.4.3.2 Die doel van maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing

Die doel van maatskaplike werk is die bevordering van die individu, groep of gemeenskap se doeltreffende maatskaplike verhoudinge of funksionering (interaksie en rolvervulling). Maatskaplike werk is toegespits op die kliënt se verhoudingsnood en word veral hierin van ander professies onderskei (Skidmore en Thackeray 1982:9). Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing, heg kenmerkende betekenis aan hulpverlening, wat verband hou met die maatskaplike werker se persoonlike verhouding met God Drie-enig, gesindheid teenoor persone in nood en motiewe om hulp te verleen. Erkende doelwitte van maatskaplike werk word met ander woorde nagestreef, op 'n wyse wat uitdrukking gee aan Christelike beginsels en werkswyses.

- Meelewing as respons op die mens se verhoudingsnood

Maatskaplike werk volgens Bybelse voorskrifte is volgens Bowpitt (1998:679) medelye of meelewing (“compassion”) met persone wat swaarkry of probleme ervaar en hulpverlening is die onvoorwaardelike reaksie op die onmiddellike nood wat bestaan. Maatskaplike werk het met ander woorde as ‘n respons op die mens se verhoudingsnood ontwikkel en hulp word vanuit ‘n sekere gesindheid of motief gelewer. Maatskaplike werk se doelstellings is volgens Pincus en Minahan (1973:9): (1) die verbetering van die mens se probleemoplossing en hanteringsvermoë; (2) om mense met sisteme te verbind wat hulpbronne, dienste en geleenthede voorsien; (3) om die effektiewe en menslike funksionering van sisteme te bevorder; en (4) die ontwikkeling en verbetering van maatskaplike beleid. Die verbetering van die mens se verhoudinge sluit volgens die Christelike beskouing na die mens se verhouding met homself, betekenisvolle ander, sy omgewing en God Drie-enig in. Erkende maatskaplike werk doelstellings word aan die hand van Christelike beginsels en waarhede nagestreef, terwyl maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing ook die mens se verhouding met God Drie-enig verreken.

Probleemoplossing en die verbetering van die mens se sosiale vermoëns is gerig op die opbou van betekenisvolle verhoudinge en die verbetering van beskadigde verhoudinge. Pogings word aangewend om die mens se kapasiteit vir effektiewe interaksie en rolvervulling te bevorder en die herstel van maatskaplike wanfunksionering fokus op die verwydering van die faktore wat die wanfunksionering veroorsaak het en rehabilitasie om interaksie patrone te herorganiseer en te herbou (Skidmore en Thackeray 1982:8).

Maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing verleen 'n diepere dimensie hieraan deur besprekinge in te sluit oor die rol wat sonde in die mens se verhoudinge en omgewing speel en die moontlikheid van herstel en verlossing deur die krag van Jesus Christus (flp 4:13).

Die verbetering van die wisselwerking wat tussen die mens en sy omgewing bestaan, is 'n besondere doelwit van maatskaplike werk. Pogings word aangewend om die mens se aanpassing in sy omgewing te bewerkstellig, asook om sy verhouding met strukture in sy konteks te verbeter en om hulpbronne, sosiaal en individueel, te ontwikkel of te voorsien om effektiewe maatskaplike funksionering te bevorder (Skidmore en Thackeray 1982:9). Dit mag nodig wees om die effektiwiteit van sosiale hulpbronne te bevorder of om nuwe of veranderde hulpbronne te ontwikkel, om in die mens se behoeftes te voorsien. Maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing hou rekening daarmee dat die mens en sy omgewing 'n wedersydse invloed op mekaar het. Daarom sal die mens bewus gemaak word van sy verantwoordelikheid om as verteenwoordiger van God sy omgewing te bewerk en te bewaar en om wanfunksionering in sy omgewing aan te spreek. Die mens het met ander woorde die verantwoordelikheid om 'n skeppende invloed op sy omgewing uit te oefen, asook om mee te werk om wanfunksionering of leemtes in sy konteks te herstel of te wysig. Dit kan die verwydering van onderdrukkende strukture, die verbetering van gebrekkige hulpbronne of die hantering van wanfunksionering, byvoorbeeld verskynsels soos alkoholmisbruik, beteken.

- Hulpverlening om die karakter van 'n liefdevolle God te vertoon

Maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing gebruik dae van liefde (liefdadigheid) om die karakter van 'n liefdevolle God te vertoon (Bowpitt 1998:679). Die gelowige maatskaplike werker het die potensiaal en keuse om as Christus se medewerker op te tree (2 Kor 5:20) en hulp vanuit die Christelike beskouing te lewer, wat van God se liefde vir elke mens (Hd 10:34) en die wêreld getuig. Met die Christelike mensbeskouing word die beoefening van maatskaplike werk bo die menslikheidsvlak verhef, want dit is 'n werksaamheid, gedra deur die liefde tot God en die liefde tot die naaste, om diensbaar te wees aan die mens in nood en om God daardeur te verheerlik (Cronjé 1970:12). Hulpverlening moet in die eerste plek God verheerlik en Sy koninkryk op aarde bevorder. Die maatskaplike werker lewe nie meer vir homself nie, maar vir Christus wat vir sy

sondes versoening gebring het (2 Kor 5:15). In die tweede plek word 'n bydrae gelewer wat groei, genesing en heling by mense laat plaasvind (2 Kor 5:17).

Die doelwit om God se liefde sigbaar te maak wanneer hulp verleen word, vloei voort uit die beskrywing in 1 Kor 13 oor hoe die liefde konkreet gestalte moet vind in die Christen se lewe. Dit wys op 'n innerlike gesindheid, gevoelens en gedagtes van toegeneentheid, asook konkrete dade van opoffering waar die een mens die belange van 'n ander bevorder en verskaf riglyne vir die wyse waarop die hulpverlener homself tot die beskikking van andere behoort te stel. Liefdevolle handeling geskied volgens Heyns (1978:133) vanuit die hulpverlener se geestelike hart, wat daarop dui dat hy in sy saamwees met andere besig is om God se beeld te vertoon en 'n lewe tot eer van God te leef.

Maatskaplikewerkdienste wat deur God se liefde vir die mens gekenmerk word, staan ook bekend as barmhartigheidsdiens. Die term barmhartigheid verwys na die genade wat die mens van God ontvang het en in die tweede instansie na hulpverlening aan mense in hul eksistensiële nood. God se barmhartigheid (Nm 9:19; Jd 1:21) toon dat Hy nie Sy kinders verlaat nie en hulle red (Nm 9:27-28; Heb 5:16). God se barmhartigheid blyk met ander woorde uit Sy betrokkenheid by Sy kinders, Sy vergifnis van sonde en redding uit praktiese probleme. In die lig van God se liefde vir die mens is die doel van barmhartigheidsdiens om God se barmhartigheid aan die mens in nood oor te dra, want deur geloof in Jesus se kruisdood word die mens se verhouding met God herstel.

Barmhartigheidsdiens wil verder gestalte gee aan God se opdrag aan Sy kinders om Sy liefde aan andere te betoon. God verwag van die mens om barmhartig op te tree en andere in hul nood te ontmoet (Mt 5:7). Jesus gee konkrete gestalte aan God se barmhartigheid en stel die voorbeeld om andere te bedien, soos beskryf in Mt 20:28: "... Hy het nie gekom om gedien te word nie, maar om te dien en sy lewe te gee as losprys vir baie mense". Jesus verwys telkens in die Nuwe Testament (Jh 9:13; 12:7) weer hierna, deur mense op te roep om hul lewenstyl te verander en 'n lewe van diensbaarheid te leef. Die doel van hulpverlening volgens die Christelike beskouing is om die Christelike roeping, om andere onvoorwaardelik lief te hê, in praktiese hulpverleningsdienste te omskep.

- Hulpverlening om mense se lewens te verander en persoonlike herlewing te bevorder

Maatskaplike werk volgens Bybelse beginsels is hulpverlening om die liefde van God te kanaliseer as 'n wyse om mense se lewens te verander en persoonlike herlewing te bevorder. (Vgl. Bowpitt 1998:679.) Die maatskaplike werker wat volgens die Christelike beskouing werk, het 'n Goddelike roeping en word 'n kanaal om God se doelstellings met die mens, gesin, groep of gemeenskap te bereik. Die vraag kan gevra word of gesprekke oor die mens se ontmoeting en verhouding met God alleenlik binne pastorale gesprekke (gefundeer in die Christelike teologie) tuishoort? Daar word eerder met Bowpitt (2000:355) saamgestem wat argumenteer dat indien die mens as beeldraer van God hanteer word, hy alleenlik volledig mens kan wees as hy God ken. Daarom kan maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing nie nalaat om hierdie waarheid met die kliënt te deel nie. Dit beteken dat 'n Christen maatskaplike werker nie alleenlik hulp verleen vanuit die beginsels van 'n Christelike mens- en wêreldbeskouing nie, maar dat die mens in nood se geestelike dimensie of verhouding met God Drie-enig verreken word. Dit het die implikasie dat die maatskaplike werker se gesprekvoering sal getuig oor die bestaan van en verlossing deur God Drie-enig, die wyses waarop 'n liefdevolle God in die mens se behoeftes voorsien en dat die mens ewigheidswaarde het.

Samevattend kan gesê word maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing se oorhoofse doel is om die mens se doeltreffende maatskaplike funksionering te bevorder, ten einde die mens te bemagtig om homself in sy verhoudinge te verwesenlik, om 'n in staatstellende omgewing (strukture, dienste, beleid en hulpbronne) vir die mens te bewerkstellig en om die mens se verhouding met God Drie-enig te verreken. Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing omskep Bybelse beginsels in deernisvolle daede, wat getuig van God se liefde en versorging van die mens en verreken die mens se verhouding met God, asook die kragtige werking van die Heilige Gees om die mens of gemeenskap se wanfunksionering te wysig of te verbeter.

### **2.4.3.3 Die verhouding met die mens wat hulp ontvang**

Die hulpverleningsverhouding verloop gestruktureerd, bepland en doelgerig binne 'n bepaalde tydperk en word om bepaalde redes beëindig (Van Rooyen en Combrink 1980:285). Beide die Ou en Nuwe Testament beskryf die skep van nuwe verhoudinge en

gemeenskappe wat gemodelleer word op die liefde wat God vir Sy skepping toon (White 1986:79). Onbetrokkenheid teenoor die mens in nood word volgens die Christelike beskouing afgewys (Lk 10). Onverskillige optrede is volgens Heyns (1978:131) om verby die medemens te lewe, asof hulpverlening nie in God se beskikking en opdrag rus nie, maar aan die hulpverlener se vrywillige keuse oorgelewer is. Die eerste posisie dui op die vermyding van verhoudinge en die tweede op meerderwaardigheid binne verhoudinge, wat hulpverlening blokkeer in plaas daarvan om dit te bevorder. Die verhouding tussen die maatskaplike werker en die kliënt is tussen twee sondige individue en dit is een van die redes waarom die maatskaplike werker nie 'n meerderwaardige houding teenoor die kliënt kan inneem nie.

Die Christelike beskouing trek die verhoudinge wat tussen mense bestaan deur na die mens se geskapeheid as man en vrou (Gn 2) en die mens se behoefte aan iemand wat sy gelyke en helper kan wees. Heyns (1978:130) sê dat wanneer daar tussen die mens en ander mense 'n bepaalde verhouding van interafhanklikheid en interverantwoordelikheid tot stand kom, word andere jou medemens (of naaste), wat vanuit en met hul konkrete lewensomstandighede, 'n aanspraak op jou maak, of 'n aanspraak op jou het. Flp 2:1 roep persone, wat die troos van verlossing in Christus ondervind en in gemeenskap met die Heilige Gees leef op, om deur die liefde aangespoor te word en innige meegevoel en meelewing met andere te betoon. Die mens wat konkreet op jou lewensweg gegee word, is dus jou naaste en jou keuse, voorkeure of afkeure speel geen rol hierin nie. Die band wat tussen mense tot stand kom, is nie die gevolg van 'n toevallige sameloop van omstandighede nie, maar rus ten diepste in God se besturing van die geskiedenis (Heyns 1978:131). Die mens se verhoudinge met sy medemens is bestem om 'n weerspieëling van sy verhouding met God te wees. Jh 4:12 sê: "... maar as ons mekaar liefhet, bly God in ons en het sy liefde in ons sy doel volkome bereik". Hulpverleningsverhoudinge vanuit die Christelike perspektief is gebaseer op die liefde wat die maatskaplike werker van God ontvang het en deur die se optrede teenoor andere moet hulle bewus word daarvan dat God besig is om met hulle bemoeienis te maak en 'n lewende verhouding met hulle begeer.

Literatuur oor die beginsels van maatskaplike werk of die ingesteldheid van die maatskaplike werker maak geen verwysing na nederigheid as 'n belangrike faset van die praktyk van maatskaplike werk nie. In teenstelling hiermee praat die Bybel van nederigheid en liefde in dieselfde asem (Ef 4:1-2). In Sf 2:4 word almal wat volgens die wil van die Here leef, opgeroep om geregtigheid en nederigheid na te streef. Dit dui op 'n religieuse en etiese gesindheid wat in nederige dade oorgaan en dien dan as 'n bewys van

gehoorsaamheid om volgens die wil van die Here te leef (1 Pt 5:6). Gehoorsaamheid aan God sluit dus in dat maatskaplike werkers wat volgens die Christelike perspektief hulp verleen, se verhoudinge deur 'n nederige lewenshouding gekenmerk sal word. In Mt 20:28 stel Jesus die voorbeeld van nederige dienslewering en daardeur word mense uit hul sondige bestaan gered. Gl 5:23 verwys na nederigheid as een van die vrugte van die Heilige Gees. Nederigheid is daarom 'n wesentlike deel van die maatskaplike werker wat vanuit die Christelike beskouing werk se gedrag, om ten einde God Drie-enig se beeld op aarde te vertoon.

Nederigheid teenoor ander mense kom na vore in onselfsugtige diensbaarheid, wat die kliënt se belange hoër ag as die van die maatskaplike werker. Flp 2:3-4 sê: “Moet niks uit selfsug of eersug doen nie, maar in nederigheid moet die een die ander hoër ag as homself. Julle moenie elkeen aan sy eie belange dink nie, maar ook aan die van dié ander.” Nederigheid hou verband met die mens se bewustheid van sy eie beperkinge. Ten opsigte van nederige hulpverlening sê Philpot (1986b:148): “But not only must change in personal attitudes and personal respect be at the heart of all social change but there must also be a repentance, a virtue that makes the social worker intensely conscious of his own and his fellows' inability to realize the end which they desire.” Die maatskaplike werker se besef van eie tekortkominge, sonde en beperkinge om hulp te verleen, kan die beginpunt van egte nederigheid wees. Die teenpool van nederigheid is selfverheffing (Spr 18:12), wat in 'n selftevrede of meerderwaardige houding kan manifesteer. 'n Nederige lewensinstelling om hulp te verleen, word gesaboteer wanneer die maatskaplike werker op sy eie toewyding en effektiwiteit staat maak om diens te lewer. Nederigheid sluit nie net die erkenning van eie leemtes en blokkasies in nie, maar gee aan God die eer vir suksesse wat behaal word of vir effektiewe diens wat gelewer is. Vergelyk byvoorbeeld Gn 41:16 waar Josef erken dat hy sy vermoë om drome uit te lê van God gekry het.

Die konsep van God Drie-enig en die liefdevolle verhoudinge wat uit die eenheid en verskeidenheid van God vloei, stel die voorbeeld vir alle verhoudinge wat op aarde bestaan. Die maatskaplike werker wat vanuit die Christelike beskouing werk se verhoudinge met ander deelnemers aan die hulpverleningsproses moet daarom die liefdevolle verhoudinge, wat tussen God Drie-enig bestaan, reflekteer. Medemenslikheid kry gestalte in die maatskaplike werker se verhouding met die kliënt, met die moontlikheid om mekaar te beïnvloed en te verander. Om in 'n ontmoeting te tree of 'n verhouding op te bou, vereis dat daar wedersydse ontvanklikheid tussen die betrokkenes bestaan. Deur

dialogoog met die maatskaplike werker leer die kliënt homself ken en word hy aan nuwe perspektiewe en belewenisse blootgestel.

Volgens die interpreterende benadering wat kenmerkend van die postmoderne tyd is, word menslike verhoudinge beskou as iets wat doelbewus uit die doelgerigte aksies en interaksies tussen sosiale wesens geskep word (Neuman 2000:72). Dit impliseer dat die hulpverleningsverhouding 'n sosiaal-gekonstrueerde betekenisgewende sisteem is, met die potensiaal om die verskillende rolspelers se omskrywing van 'n situasie, of die sosiale werklikheid te verander. Verhoudinge wat hulpverlening fasiliteer gee erkenning aan mense se individuele motiewe en sienings, ongeag of dit irrasioneel of diep emosioneel is en vooroordele insluit.

Kenmerkend van die postmodernisme is die klem wat gelê word op die rol wat mag in mense se verhoudinge speel. Outoriteit of mag is van die elemente wat die maatskaplike werker se verhouding met kliënt(e) kenmerk (Compton en Galaway 1994:284). Outoriteit kan beskryf word as die mag wat deur die kliënt en organisasie aan die maatskaplike werker gedelegeer word, deurdat die maatskaplike werker gesien word as iemand met die mag om te beïnvloed of te oortuig, op grond van sekere verworwe kennis, ondervinding en die plasing in 'n sekere posisie. Die eerste vorm van mag word bepaal deur die maatskaplike werker se posisie en funksie binne die organisasie se doelstellings en programme. Die tweede vorm van mag is psigologies, aangesien die kliënt(e) mag aan die maatskaplike werker gee om hulle as kundige in 'n sekere veld te beïnvloed. Die kliënt se behoefte aan hulp en/of beperkte hulpbronne om hulp te ontvang, plaas die kliënt in 'n magtelose posisie, met beperkte moontlikhede om keuses uit te oefen, asook om vir sy regte en doelwitte te beding. Neuman (2000:73) waarsku dat mense se potensiaal vir verandering beperk word wanneer hulle mislei, misbruik en uitgebuit word. Dit gebeur veral wanneer mense geïsoleerd is en vasgevang raak in 'n web van problematiese sosiale betekenis, verpligtinge en verhoudinge. Dit veroorsaak dat hulle dink verandering is nie moontlik nie en verloor dan hul onafhanklikheid, vryheid en kontrole oor hul eie lewe. Persone se potensiaal kan egter realiseer indien hulle van illusies en onbuigsame sienings oor hulself en hul omstandighede ontslae raak en begin om saam met andere op te tree om negatiewe faktore in hulself en die gemeenskap te verander. Die konsep van nederigheid, kenmerkend van hulpverlening volgens die Christelike beskouing, laat nie ruimte vir magsmisbruik toe nie. Philpot (1986b:149) sê: “Social workers who are *conscious* that they *may* be indulging in power or manipulation of clients in their work have within them the seeds of humility.” Nederigheid beteken nie dat die maatskaplike werker 'n lae opinie

van homself sal hê nie, maar wel om deernis of medelye met andere te hê en 'n praktyk waarin die maatskaplike werker sy eie belange en idees op die agtergrond laat en die kliënt se betekenisgewing bevorder. Deur egte meeleving met die posisie waarin andere verkeer, word die maatskaplike werker bewus van sy eie posisie as die potensiële slagoffer van dood, droefheid, gebreke, ouderdom en isolasie. Kritiek teen die misbruik van mag in gemeenskappe en strukture wat hulp verleen, verskerp hulpverleners se bewustheid van die rol wat mag in hul verhoudinge met kliënte kan speel. Praktyke wat die misbruik van mag vermy toon duidelike ooreenkomste met die konsep van nederigheid en sluit aan by sekere beginsels van maatskaplike werk, soos die inneem van 'n nie-veroordelende houding en die bevordering van die kliënt se selfbeslissing. Magsmisbruik daarteenoor lei tot ongeregtigheid, want die een party misbruik sy posisie om sy saak te bevoordeel, ten koste van die ander party se belange en behoeftes. Nederigheid impliseer om saam met die kliënt na God se wil vir die persoon se lewe en probleme te soek, wat deelnemende werkswyses bevorder.

#### **2.4.3.4 Die beginsels van maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing**

Maatskaplike werk is op 'n sekere kennissisteam en beginsels gebaseer. Beginsels berus op dit wat as belangrik geag word en spruit uit 'n spesifieke mens- en wêreldbeskouing. Verantwoordbare beginsels dien as 'n rigtingwyser vir die praktiese inkleding van hulpverlening. Maatskaplike werk se tweeledige fondament, van kennis en beginsels, is nie altyd in die praktyk versoenbaar nie. Dit kan konflik veroorsaak, want maatskaplike werkers moet konstant poog om hul beginsels vir hulpverlening en die praktiese inkleding van werkswyses in die praktyk te versoen (Philpot 1986b:140). Maatskaplike werk se professionele kennissisteme sluit Christelike en nie-Christelike beskouinge in en bevorder werkswyses wat nie noodwendig met die maatskaplike werker se oortuigings ooreenstem oor wat tydens hulpverlening belangrik is nie.

Namate maatskaplike werk tot 'n professie ontwikkel het, is bepaalde beginsels geïdentifiseer waarvolgens mense benader word en werkswyses is ontwikkel om die doelstellings van die professie te bereik. Alhoewel van die beginsels so oud soos die professie self is, beteken dit nie dat die betekenis wat daaraan geheg word dieselfde oor die jare gebly het nie, want die invloed daarvan op die praktyk en die wyse waarop dit geïmplementeer word, het met die verloop van tyd verander. Reamer (1999:5-6) wys daarop dat verskillende uitgangspunte tydens sekere tydperke beklemtoon is. Die eerste



stadium begin laat in die negentiende eeu, toe maatskaplike werk se doel die georganiseerde verligting van armoede was. Pogings is aangewend om die lewenswyse en moraliteit van die mense te verbeter. Elemente van paternalisme, moralisme en swak organisasie het in sekere dienste voorgekom, maar hulpverlening was bedoel om die hulpverlener se liefde tot God en andere uit te leef. Die progressiewe era in die vroeë twintigste eeu was die begin van die tweede fase, toe die fokus verskuif het na die behoefte om drastiese sosiale hervorming teweeg te bring om 'n wye reeks van maatskaplike probleme, soos 'n gebrek aan behuising, gesondheid, higiëne, opvoeding, asook werkloosheid en armoede te verbeter. Die sekularisasie van hierdie tydperk het 'n groot invloed op maatskaplike werk se vorming uitgeoefen en kliniese ingryping is gevestig. Pogings is aangewend om neutrale dienste, sonder duidelike normatiewe riglyne, te lewer. Tydens die derde fase, ongeveer vanaf die 1950's, word op die moraliteit of etiese aspekte van die profesie en praktisyne gefokus. Etiese riglyne is ontwikkel om gewenste gedrag by praktisyne te bevorder. Vanaf die 1960's geniet etiese konstruksies soos sosiale geregtigheid, regte en hervorming aandag. Die publieke en politieke druk van die tydperk lei 'n vierde fase in, waartydens waardes soos maatskaplike gelykheid, die bevordering van menseregte, die verwydering van diskriminasie en onderdrukking 'n prominente plek in die profesie ingeneem het. Omgewingsfaktore soos beperkte fondse om dienste te lewer en die vasstelling van kriteria om prioriteite vir dienslewering te bepaal, stel tans nuwe uitdagings aan die profesie se praktiese uitlewing van etiese riglyne.

Maatskaplike werk is 'n normatiewe profesie en stel hoë eise aan die praktisyne se etiese gedrag. Die volgende beginsels vir hulpverlening word as belangrik vir hierdie navorsing uitgelig:

- Eerbied, agting en respek vir die mens se waarde en die menswaardige hantering van die kliëntsisteem.
- Aanvaarding, 'n nie-veroordelende houding en waardering vir die mens se vermoë om te verander, wat manifesteer in 'n positiewe en hoopvolle benadering van alle mense (Biestek 1961:71).
- Erkenning van en doelbewuste bevordering van die kliënt se selfbeslissingsreg (Hugo 1976:16) en selfbeslissingsverantwoordelikheid.
- Individualisering en die bemagtiging van die kliëntsisteem tot selfverwesenliking (Hugo 1976 :16).

- Die daarstelling van 'n in staatstellende omgewing met voldoende hulpbronne en dienste om die mens se basiese behoeftes te bevredig. Toegang tot dienste wat doeltreffende maatskaplike funksionering bewerkstellig.
- Die skepping van gelyke geleenthede aan alle mense en die verwydering van diskriminasie. Respek vir verskeidenheid, die toleransie van verskille en skep van ruimte vir die kliënt om sy uniekheid uit te leef.
- Toewyding om sosiale geregtigheid in gemeenskappe en hulpverleningsorganisasies te bevorder (Reamer 1999:26). Die identifisering en verwydering van strukture, sisteme en verhoudinge wat mense in minderbevoorregte of onderdrukte posisies plaas of hul weerloosheid vir maatskaplike probleme, soos armoede of verwaarlosing verhoog.

Baie van die uitgangspunte waarop maatskaplike werk gebaseer is, het vanuit die Christelike beskouing ontwikkel. Die invloed van Christelike uitgangspunte kom steeds in sekere van maatskaplike werk se beginsels na vore, alhoewel die betekenis daarvan verander het en dit in ander (sekulêre) terme uitgedruk word. So word daar byvoorbeeld in maatskaplike werk verwys na die onvoorwaardelike aanvaarding van die mens, omdat hy inherent waardevol is. Vanuit die Christelike beskouing word die mens egter onvoorwaardelik aanvaar, omdat hy die potensiaal en roeping het om God se beeld op aarde te vertoon. Vervolgens word sekere beginsels vir maatskaplike werk vanuit die Christelike perspektief geformuleer. Dit is 'n subjektiewe konstruksie, wat verder ontwikkel kan word.

- Elke mens is van die hoogste belang vanweë sy skeppingsmoontlikhede en posisie voor God

Respek vir die mens spruit uit die wete dat elke mens vir God waardevol is, ongeag sy vermoëns, beperking of omstandighede. Spanning kan bestaan tussen die mens se fisiese beperkinge en sy kreatiewe vermoëns, naamlik om te heers op aarde en terselfdertyd die eise wat aan hom gestel word, te hanteer. Vanuit die Christelike siening is dit nie nodig om die een ondergeskik aan die ander te stel nie. Die mens het 'n besondere posisie voor God, naamlik om ongeag sekere beperkinge as kroon van die skepping te leef.

Die beginsel dat elke mens van die hoogste belang is, het verskeie praktiese implikasies vir maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing:

- Die mens se belangrikheid in God se oë en in die skepping word erken en die mens moet tydens hulpverlening ervaar dat hy van die hoogste belang geag word. Opregte belangstelling en agting gee aan die kliënt 'n gevoel van eiewaarde (Eloff 1976:78) en vervul die persoon met nuwe hoop om die maatskaplike probleme wat ervaar word, te hanteer. Bowpitt (1986:357) wys daarop dat die mens nie net die produk van sy fisiese en psigiese kenmerke of sosiale omgewing is nie en daarom moet die mens as God se beelddraer gerespekteer word. Die mens wat hulp soek en maatskaplike probleme ervaar, voel met ander woorde steeds waardevol in God en ander mense se oë.
- Gespreksvennote se denke en lewens word soms so deur maatskaplike probleme oorheers dat hulle die vermoë verloor om as kroon van die skepping te funksioneer en moet daarom weer bewus gemaak word van God se bedoelinge en liefde vir hulle. Van Rooyen en Combrink (1980:91) sê die mens besit intrinsieke waarde wat nie deur die sondeval verander is nie en kan deur die soenverdienste van Christus geregverdig word. Christelike werkswyses maak die mens bewus van die moontlikheid om hom van sy sondige weë te bekeer en sodoende God se beeld in sy menswees en lewe te herstel.
- Die mens se vermoë om keuses uit te oefen word gerespekteer en hy word bewus gemaak van sy verantwoordelikheid in die verband. Die kliënt se selfbeslissing moet erken word, deur hulle nie in die praktyk as passiewe ontvangers van dienste te behandel nie. So kan persone met gestremdhede byvoorbeeld waardevolle insette in die lewe van andere lewer (Bowpitt 1986:357). Aangesien die mens die beelddraer van God is, word daar van die veronderstelling uitgegaan dat dit moontlik is om die mens se positiewe en kreatiewe vermoëns en sienings te ontwikkel, ten einde maatskaplike probleme effektief te hanteer.
- Die betekenis van die opdrag aan die mens om God op aarde te verteenwoordig, moet met kliënte onderhandel word, ten einde duidelikheid te verkry wat dit vir elkeen individueel of as 'n groep beteken. Begeleiding en ondersteuning is dus nie net op betekenisvolle verhoudinge gerig nie, maar ook om 'n lewe van gehoorsaamheid en roepingsvervulling te leef.

Die maatskaplike werker kan as skepsel van God, herskep deur die verlossingswerk van Jesus en onder leiding van die Heilige Gees, hulp verleen wat tot eer van God is. Die maatskaplike werker wat hulp volgens die Christelike beskouing verleen, het die taak om gespreksvennote bewus te maak van hul besondere posisie voor God en in Sy skepping. Alle verbale en nie-verbale kommunikasie moet van respek en eerbied vir God se skepping

en Sy skepsels getuig en op geen wyse die persoon se waardigheid as beelddraer van God aantas nie.

- Die mens se sondige aard en lewe dra by tot die ontstaan en instandhouding van maatskaplike probleme

Die ongekwalfiseerde siening dat die mens op grond van sy menswees gerespekteer moet word, is 'n humanistiese mensbeskouing en hou nie rekening met die mens se sondige gedagtes en gedrag waarmee hy sy verhoudinge benadeel nie. 'n Probleem ontstaan wanneer die mens, buite God se betrokkenheid en ingryping, as inherent goed gesien word, want menslike eienskappe of gedrag soos wreedheid en selfsug, is dan strydig met die basiese uitgangspunt dat die mens in sy wese goed en sonder sonde is.

Begrip van die mens se geneigdheid tot sonde, bied 'n verklaring vir die ontwikkeling en instandhouding van sondige denke, perspektiewe en gedrag by die mens. Die Christelike beskouing erken die mens se opstand teen God se bedoeling met Sy skepping (Patterson 1986:26). Maatskaplike wanfunksionering manifesteer by die mens deur God se bestaan en heerskappy te ontken, Sy voorskrifte te verontagsaam, versteurde selfsienings, negatiewe denkpatrone, wangedrag en beskadigde verhoudinge. Allen (1995:20) sê: "... we become vulnerable to a disintegration of self and relationships which leads to disease of the body, mind and spirit, families and communities. The person's alienation from God leads to the problem of condemnation and spiritual guild. Moral temptation, sins and daily guilt also disrupt one's harmony of body, mind and spirit as well as one's harmony with others. Furthermore, the devil's direct activity is a disintegrating force." Maatskaplikewerkingryping moet daarom rekening hou met die mens se geneigdheid om sonde te doen en homself, andere en sy omgewing skade aan te doen. Vanuit die Christelike beskouingnadering moet die maatskaplike werker nie net die kliënt lei om afbrekende en negatiewe denke, gedrag en verhoudinge te wysig nie, maar ook geleenthede fasiliteer vir die ontwikkeling van 'n sondebeseft, sondebelydenis en om vergifnis daarvoor te ontvang.

- Die aanvaarding van die gebroke mens in die lig van sy potensiaal om as herskepte mens te leef

God Drie-enig tree met die mens in 'n verhouding en bly by die mens betrokke ten spyte van sy geneigdheid tot sonde en maatskaplike wanfunksionering. Die verhaal van die

verlore seun (Lk 15:11-31) vertel hoe 'n vader sy seun se opstandige daade en afbrekende lewenswyse vergewe het, deernis met sy nood gehad het, asook hoe 'n nuwe verhouding tussen hulle tot stand gekom het. Jesus het hierdie verhaal vertel om die gebroke mens se belangrikheid in God se oë te demonstreer, Sy bereidheid om sondes te vergewe en die moontlikheid om versteurde verhoudinge te herstel. God wil graag hê dat alle mense hulle moet bekeer, want sodoende word die afstand tussen Hom en die mens oorbrug en word volkome aanvaarding moontlik. Individuele karaktertrekke, maatskaplike probleme, wangedrag of skadelike invloede in die omgewing doen nie afbreek aan die mens se persoonlike waarde in God se oë nie. Jesus sê in Jh 12:47: "... Ek het nie gekom om die wêreld te veroordeel nie, maar om die wêreld te red". Ten spyte daarvan dat die mens se lewe deur sonde aangetas is, het hy steeds die potensiaal om as verlore en herskepte mens te leef.

In die lig van bogenoemde aanvaar die maatskaplike werker die persoon wie se lewe uitmekaar val, ook as gevolg van sy eie negatiewe of verkeerde optredes, as belangrik en tree hy toe tot sy leefwêreld om hulp te verleen. Dié besef het Christene oor die eeue heen na die mees vervalde en uitgestote mense laat uitreik. Daarom moet die mens nooit in sy menswees beperk word, deur net aan hom in terme van sy probleme, verlorenheid, siekte of gestremdheid te dink nie. Die tendens bestaan in Westerse samelewings om die mens se waarde te meet aan die bydrae wat die persoon kan lewer. Die klem wat op die individu se prestasies geplaas word, het daartoe gelei dat 'n persoon se waarde dikwels aan sy prestasies gemeet word (Kysar 1991:110). Hierteenoor bestaan die Christelike siening van God Drie-enig se onvoorwaardelike liefde vir alle mense, ongeag hul vermoëns of prestasies.

Wanneer iemand aanvaar word soos hy is, beleef die persoon dat hy nie veroordeel of gekritiseer word nie. Cronjé (1970:14) maak 'n belangrike onderskeiding tussen passiewe en aktiewe aanvaarding. Met passiewe aanvaarding word bedoel dat die maatskaplike werker die kliënt moet aanvaar met sy gebreke, beperkings en moontlikhede en deur empatie word daar by die kliënt aangesluit in die toestand waarin hy verkeer. Die benadering kan ontaard in die berusting van die wanfunksionering en omstandighede wat bestaan. Met aktiewe aanvaarding word gedelf om die kragte en moontlikhede wat in die mens aanwesig is te ontdek, na vore te laat kom en behoorlik te kanaliseer. Dit beteken die mens word nie bloot aanvaar soos hy is nie, maar wat hy volgens sy moontlikhede kan wees of word. Aanvaarding word gedemonstreer deur kliënte nie as die problematiese ontvangers van dienste te behandel nie, maar as 'n medesondaar, met moontlikhede.

Maatskaplike werk se beginsel van 'n nie-veroordelende houding teenoor die kliënt is vermeng met vrae oor die mens se vrye wil, verantwoordelikheid om keuses te maak, wangedrag en problematiese omstandighede. 'n Etiese vraag ontstaan byvoorbeeld wanneer 'n persoon die amputasie van 'n ledemaat weier terwyl die siekte van die ledemaat sy lewe bedreig. Volgens Philpot (1986b:152) beteken die maatskaplike werker se nie-veroordelende gedrag nie dat alle gedrag goedgekeur word nie of die ontkenning van die maatskaplike werker se persoonlike waardes nie. Die persoon se menswees word wel van sy gedrag geskei, soos uitgedruk in die woorde: haat die sonde, maar bly lief vir die sondaar. Die maatskaplike werker kan daarom van die kliënt se opinies of lewenswyse verskil, sonder om die persoon te verwerp of verdere dienslewering te weier.

- Die mens is geregtig op geleentheid tot roeping- en taakvervulling

Maatskaplike werkers se taak om die mens te bemagtig om 'n gewenste doel of lewenstyl te bereik, word toenemend beklemtoon (Martinez-Brawley 1999:338). Die bemagtiging van die mens vanuit 'n humanistiese standpunt plaas die klem op die verwesenliking van die mens se behoeftes, regte en begeertes vir sy lewe. Vanuit die Christelike beskouing gee die beginsel gestalte aan die siening dat elke mens 'n God-gegewe taak en verantwoordelikheid het en die geleentheid moet kry om as antwoordwese op aarde te leef. Hierdie oproep tot roeping- en taakvervulling blyk uit Lv 11:44: "Ek is die Here julle God. Wy julle aan my diens en wees heilig, want Ek is heilig." Die mens se doel op aarde is daarom meer as selfverwesening en sluit in dat die mens as 'n herskepte wese, in navolging van Christus, sal begin om God se beeld te vertoon, deur onder andere diensbaar te wees in Sy koninkryk.

Die skep van gelyke geleentheid vir alle mense is eie aan die beginsel van demokrasie wat in maatskaplike werk van toepassing is. Demokrasie beteken volgens Eloff (1976:80) nie die bandelose stel van eise en dat almal dieselfde geleentheid moet kry nie, aangesien mense se innerlike kapasiteit (soos hul somatiese, psigologiese, intellektuele en geestelike vermoëns) verskil. Die verhaal in Mt 25:14-30 oor die verskillende talente wat mense ontvang, vertel van die verskille tussen mense se vermoëns, geleentheid, take en verantwoordelikhede, asook die verwagting dat elke mens sy volle potensiaal moet ontwikkel. Die demokratisering van dienste sluit volgens Banks (1995:112) in dat die kliënt aangemoedig word om aktief deel te neem aan die besluite en kontrole oor die dienste wat beplan en geïmplimenteer word. Die maatskaplike werker ondersteun die

mens om die hoogste vlak van selfverwesening te bereik, wat volgens die kliënt wenslik is en rekening hou met die persoon se vermoëns en omstandighede.

Hierdie uitgangspunt hang saam met die regte van elke mens en die verpligtinge en verantwoordelikhede wat daarmee gepaardgaan verband hou. Die mens het 'n reg op taak- en roepingsvervulling en moet terselfdertyd verantwoordelikheid vir sy lewe en daed aanvaar. Maatskaplike werkers begelei die mens om selfstandig besluite te neem en om verantwoordelikheid vir die gevolge daarvan te aanvaar. In die lig van die Christelike beskouing beteken dit dat die mens sy optrede en lewensgerigtheid meet aan die riglyne van die Bybel en die geopenbaarde wil van God (Rm 8). Daar word met ander woorde nie net staatgemaak op mense of gemeenskappe se sienings van wat aanvaarbaar is nie, want mense se sienings verskil van mekaar en verander voortdurend.

- Elke mens kan verander, ontwikkel en groei onder leiding van die Heilige Gees, die stimulerende invloed van ander mense en deur lewenservaring

Maatskaplike werk se vaste oortuiging van die potensiële kragte in die mens wat tot positiewe ontwikkeling gebring kan word, vorm volgens Eloff (1976:81) in 'n sekere sin die regverdiging vir die bestaan van maatskaplike werk. Daar word algemeen aanvaar dat die mens die vermoë het om sy houdings en gedrag te verander en dat aangeleerde tegnieke gebruik kan word om die verandering teweeg te bring. Volgens Cronjé (1970:14) koppel die Christelike mensbeskouing die mens se vermoë om te verander aan die moontlikhede wat God in die mens gelê het wat tot Sy eer, in diens van die naaste en tot heil van die wêreld tot ontsluiting gebring moet word. Die basiese vertrekpunt vir verandering is nie in die mens self geleë nie, maar in God se genadige en barmhartige ingryping in die mens se lewe en die mens se gehoorsame reaksie daarop.

Vanuit die mens se versoening en herstelde verhouding met God Drie-enig kry die mens deel aan die positiewe en transformerende kragte van God se beloftes en oorwinning oor sondige gedrag. 'n Sentrale veronderstelling van die mensbeeld van die Bybel is God se genade wat die sondige mens herstel tot 'n nuwe mens (Kol 3:10), wat dan deel kry aan die heerlikheid van God se heerskappy oor alle negatiewe gedrag en destruktiewe magte (Louw 1991:135). 'n Lewe van geloof word gekenmerk deur die dinamika van geloofsgroei, transformasie en die ontwikkeling van potensiaal om as 'n herskepte mens te leef. Gl 5:25 wys daarop dat God die vermoë aan die mens gee om 'n nuwe gedragspatroon te ontwerp, met ander woorde die vermoë om op 'n veranderde wyse voort

te leef. Maatskaplike werk vanuit 'n Christelike beskouing benut daarom nie net die mens se eie potensiaal en moontlikhede om te verander nie, maar stel die mens bekend aan God se bedoelinge en die transformerende kragte, wat eie is aan 'n lewende verhouding met God Drie-enig.

'n Onmisbare element in die verhouding tussen die maatskaplike werker en die kliënt is respek, wat voortspruit uit die erkenning van die mens se uniekheid, asook geloof in die mens se vermoë om te kan verander en groei. Hierdie waardes het volgens Philpot (1986b:143) nie vanuit die sosiale wetenskappe ontwikkel nie, maar die religieuse, “[f]or the fall tells us of our own failings as well as those of others and the redemption speaks of the value God places on us and the possibility of change and renewal”. Die mens se bewustheid van sy sondigheid en beperkinge om homself of sy omstandighede te verander en sy afhanklikheid van God Drie-enig se genade, verlossing en leiding, vorm die basis om verandering volgens die Christelike perspektief te verstaan. Die besef dat alle mense met God se genade kan verander, bemagtig die maatskaplike werker en die kliëntsisteem om nie vasgeval te raak in bestaande probleme nie, maar om die mens se potensiaal om te groei en te verander ten volle te ontwikkel.

Die mens se taak en roeping op aarde word in die hier-en-nou van elke dag uitgeleef. Aangesien almal nie altyd hierdie roeping uitleef nie, het die maatskaplike werker die taak om die kliënt langs die weg van verandering, tot aanvaarbare optrede, funksionering en roepingsvervulling te bring (Eloff 1976:82). Kritiek teen so 'n werkswyse is dat normale en aanvaarbare funksionering nie omskryf kan word nie en dat algemeen geldende reëls nie bestaan nie, want mense se sienings hieroor verskil. Selfs hoofstroomdenke en algemeen-geldende samelewingsnorme kan nie as die aanvaarbare norm beskou word nie, want dit bly die konstruksies van sondige mense of groepe. Daarom word voorgestel dat die Woord van God as riglyn aangelê word om die mens bewus te maak van sy verantwoordelikheid en om keuses uit te oefen wat sy roeping- en taakvervulling bevorder. Janse van Renburg (2000b:12) van mening dat die beïnvloeding van die kliënt deur die hulpverlener onvermydelik is. Daarmee word nie bedoel dat rigiede antwoorde of gevolgtrekkings op die kliënt afgeforseer word om verandering teweeg te bring nie, maar die gee van leiding om die kliënt aan God se wil bekend te stel. Vir maatskaplike werk vanuit die Christelike beskouing kan dit beteken om geleenthede te skep waar die kliënt aan God se bedoeling met die mens blootgestel word, asook gesprekvoering oor hoe die mens sy lewe, ervarings, begeertes en behoeftes in die lig hiervan kan interpreteer.



- Die mens kan alleen gehelp word as hy homself wil help

‘n Vennootskapsverhouding tussen die maatskaplike werker en kliënt is nodig vir effektiewe hulpverlening, want maatskaplike werk word saam met en vir die kliënt gedoen en nie aan die kliënt gedoen nie. Eloff (1976:83) beklemtoon dat die wil om gehelp te word by die kliënt moet bestaan en die persoon moet van binne-uit gemotiveerd wees om mee te werk in die hulpaksie. Effektiewe maatskaplikewerkhulpverlening impliseer daarom dat die maatskaplike werker nie besluit wat die kliënt nodig het of hoe sy verhoudingslewe behoort te lyk nie.

Die beginsel om mense te help om hulself te help is opsigself ‘n doelstelling van maatskaplike werk. Eloff (1976:84) is van mening dat: “As die kliënt se medewerking nie gesoek word nie, as hy nie gelei en gemotiveer word tot vrywillige samewerking nie sodat hyself die begeerte het om homself te help nie, beteken dit dat hulp op hom afgedwing word en dit is ‘n aanranding van sy wese – hy is immers antwoordwese, hy moet selfstandig antwoord op sy roeping.” Maatskaplikewerkhulpverlening respekteer die mens se sienings, maar het ook die verantwoordelikheid om hom bewus te maak van ander moontlikhede en perspektiewe wat oor homself en sy verhoudinge bestaan. Die maatskaplike werker kan die ruimte skep waarbinne die kliënt God se genade, binne sy unieke ervarings en sosiale problematiek, ondersoek met die oog op geloofsgroei en om veranderinge in sy verhoudinge en lewenskonteks te fasiliteer.

- Elke mens het die reg en verantwoordelikheid tot eie beslissing en selfverwesenliking

Na hierdie beginsel word ook verwys as selfdeterminasie, wat beteken dat die mens self bepaal wat sy behoeftes is en hoe dit bevredig moet word. Die misbruik van die vryheid om besluite te neem kan maatskaplike probleme veroorsaak. So kan die buitensporige misbruik van drank byvoorbeeld ‘n persoon se gesondheid ernstig ondermyn. Daarom kan die kliënt se selfbeslissing nie altyd as bindend aanvaar word nie en daarom is dit nodig om die persoon bloot te stel aan ‘n verskeidenheid van sienings en die gevolge daarvan. Indien die kliënt byvoorbeeld ‘n operasie weier wat sy gesondheid kan bevorder, behoort die voordele van die behandeling met hom bespreek te word, sodat hy ‘n ingeligte besluit kan neem. Die interaksie tussen die maatskaplike werker en kliënt het dinamiese moontlikhede, want beide se sienings kan verander, sonder om iemand se selfbeslissing aan te tas. Die mens se selfbeslissing word eerder bevorder wanneer hy bewus gemaak

word daarvan dat hy nie bloot die slagoffer van die noodlot of omstandighede buite sy beheer is nie (Eloff 1976:87). Die mens word bewus gemaak van sy Godgegewe gawes, geleenthede, potensiaal en die ondersteuning van medemense om die eise te hanteer wat in sy lewensituasie aan hom gestel word.

- Die mens het 'n ewigheidsbestemming

Om toekomsgerig te leef is volgens Heyns (1974:177) lewe-met-die-oog-op-die toekoms en die keersy is lewe-by-die-eis-van-elke dag. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing sluit by die mens se tydelike en eksistensiële nood aan, want God se betrokkenheid by die mens is nooit los van dit wat in die wêreld gebeur nie. Hulpverlening spreek die mens se tydelike behoeftes aan en bevorder die mens en wêreld se vermoë om aan sy skeppingsdoel te beantwoord. Terselfdertyd is hulpverlening toekomsgerig deur op die ontwikkeling en verdieping van die mens se verhouding met God te fokus.

Besinning oor die mens met 'n toekoms en 'n ewigheidsbestemming bring vrae oor die broosheid van die mens en die dood na vore. Die dood word dikwels geassosieer met pyn, lyding en vrees wat roureaksies, ontwrigting en die belewenis van verliese vir die persone wat agterbly, veroorsaak. Volgens Bowpitt (2000:361) bestaan daar 'n vakuum in maatskaplike werk oor die hantering van vrae oor die dood en die lewe daarna. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing beteken dat maatskaplike werkers sensitief op die vrae wat by mense bestaan, sal reageer en om die belangrike bydrae van geestelike leiers in die behandeling van siekes en sterwendes te ontgin. Gesprekvoering volgens die Christelike beskouing sluit die wete in dat gelowiges na die dood die ewige lewe saam met God verkry (Jh 3:16). Maatskaplikewerkdienste wat die mens se geestelike behoeftes aanspreek, hou rekening met die mens se siening van sy ewigheidsbestemming.

Die gee van hoop in hulpverlening volgens die Christelike beskouing lê nie in die gee van antwoorde oor hoekom 'n persoon ly of hoe lyding hanteer moet word nie, maar in die gerusstelling dat die finale uitkoms van siekte en gestremdheid in God se hande is. Troos aan iemand wat ly, hou volgens Albers (1989:115) verband met die vertrouwe dat God nie sal toelaat dat die lyding vir ewig aanhou nie. Die voorspelling van die mens se ewigheidsbestemming in die Bybelboeke Miga, Jesaja, Jeremia en Amos vestig die aandag op die lewe as 'n oorlog waarin goed en sleg na vore kom en wat sal eindig in 'n finale stryd tussen God en die bese magte. Wat in die wêreld plaasvind, kan geïnterpreteer word as deel van die gebeure wat tot hierdie finale stryd sal lei. Lyding en alles wat op aarde

gebeur, kan nie sonder insig in die stryd, tussen die invloed van die bose en God se verlossing begryp word nie. Mostert (2000:24) wys daarop dat wanneer God Hom aan sy kinders openbaar, blyk dit dat Hy in beheer is en in elke omstandigheid die oorwinning behaal. Hoop is daarom, om te midde van siekte en gestremdheid, in geloof die teenwoordigheid van God te beleef en vanuit Sy oorwinning oor sonde en die dood te leef.

Uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat die beginsels met mekaar vervleg is en geïntegreerd in die praktyk toegepas word. Reamer (1999:40) wys tereg daarop dat maatskaplike werkers die uitdaging het om abstrakte konsepte in konkrete riglyne vir die praktyk te omskep. Maatskaplike werk se beginsels word voortdurend deur kulturele praktyke, die politieke klimaat, morele standaarde en kontekstuele faktore gevorm. Die aanvanklike Christelike uitgangspunte en werkswyses is deur die genoemde prosesse ondermyn en het dienslewering volgens sekulêre kennissisteme bevorder. Raakpunte en verskille bestaan tussen die uitgangspunte van die Christelike beskouing en maatskaplike werk, daarom het hulpverlening vanuit die Christelike beskouing die uitdaging om hulpverleningstrategieë aan Bybelse beginsels te toets alvorens dit geïmplimenteer word.

#### **2.4.3.6 Maatskaplikewerkhulpverlening aan siekes en persone met gestremdheid vanuit die Christelike beskouing**

Die hospitaal maatskaplike werker kan 'n belangrike rol speel om siekes en persone met gestremdheid wat hospitaalbehandeling ontvang, te begelei sodat die lyding wat ervaar word, hanteer sal word. "Illness causes suffering, which is actually a qualitative term and an indication of the quality, attitude and disposition of one's coping mechanisms for carrying and enduring the problems of pain or injury. Suffering implies an adaptation and integration of pain in the human being. This process of adaptation is sometimes the crux of suffering in a sick-bed" (Louw 1994:42). Lyding word ervaar wanneer dit wat onomkeerbaar en 'n verlies is, verwerk en aanvaar moet word. Hulpverlening aan siekes en persone met gestremdheid is gegrond in die mens se dankbaarheid vir die liefde en genade wat hy van God ontvang het en die begeerte om dit met andere te deel. Volgens Kysar (1991:55) het hulpverlening volgens die Christelike beskouing die unieke kenmerk dat "Christians approach the suffering of humanity with a peculiar and revolutionary perspective. We meet our God in the suffering person. We serve our God through serving the suffering person." Hulpverlening vanuit die Christelike perspektief het 'n dienskarakter en hou verband met die maatskaplike werker se lewe van dankbaarheid vir

verlossing en genade ontvang en verbind die maatskaplike werker aan die menswees en maatskaplike probleme van die kliëntsisteem.

Die invloed van die mens se verhouding met God of 'n mag hoër as hyself by die interpretasie en hantering van siekte en gestremdheid kom duidelik na vore wanneer die mens met vrae oor die betekenis van lyding gekonfronteer word. Ten spyte hiervan wys Albers (1989:11) op 'n leemte in strategieë vir die berading van siek persone, aangesien die kliënt se geestelike behoeftes min aandag tydens die hulpverleningsproses geniet. Hulpverleningsdienste vanuit die Christelike perspektief kan hierdie leemte aanspreek, want daar word rekening gehou met die rol wat 'n verhouding met God Drie-enig in die mens se lyding speel. Albers (1989:141) sê: “Our God knows our pain because he has been there with us. We live in the hope that, eventually, he will take the suffering away. In the meanwhile, we know that we have a God who weeps with us, who hears and understands our cries of pain, who is completely approachable even when we walk through the valley of the shadow of death.” Die versterking van die kliënt se verhouding met God en sy beleving dat God in sy lyding betrokke is, word belangrike ankers vir die persoon om die konflikte, pyn en hooploosheid wat met siekte of fisiese gestremdheid gepaard kan gaan, te hanteer.

Hulpverlening beteken nie die filosofiese nadenke oor siekte en gestremdheid en die rasionalisering daaroor om dit in harmoniese en sinvolle modelle te giet nie, maar om aansluiting te vind by die mens se eksistensiële beleving daarvan. Albers (1989:152) wys daarop dat lydingsinterpretasies beperk is, want alle antwoorde op die vraag waarom lyding bestaan, is onvolledig, konteksgebonde en verklaar nie alle voorbeelde van menslike lyding nie. Elke verklaring kan vir 'n sekere persoon op 'n sekere tydstip van waarde wees, maar is terselfdertyd problematies, want die misterie van lyding kan nie deur 'n enkele intellektuele konstruksie hanteer word nie. Die maatskaplike werker se fokus op die bevordering van die persoon se gesprekvoering met homself, ander betekenisvolle persone in sy lewe en God kan dus 'n belangrike bydrae lewer om hom teen ontoepaslike verduidelikings van lyding te beskerm en hom in staat stel om 'n stem aan sy ervaringe te gee.

Elke samelewing het sy eie lydingsverklarings, wat nie noodwendig goeie verklarings is nie. Die ervaring van lyding word in 'n groot mate kultureel bepaal, want kulturele en godsdienstige beskouing in die mens se konteks beïnvloed die betekenis wat aan lyding

geheg word. Du Toit (1990:3) verwys hierna as meesterparadigmas wat lydingservaringe probeer verklaar. Hierdie verklaringe verhinder mense dikwels om aktief oor hul eie omstandighede na te dink en om kreatief in hul omstandighede in te gryp, want hulle aanvaar die kulturele beskouinge sonder om dit te bevraagteken. Bestaande lydingsinterpretasies kan valse of benouende sienings wees wanneer lyding sonder weerstand aanvaar word en onderworpenheid en verworpenheid meebring.

Elke mens het 'n unieke ervaring van siekte en gestremdheid, wat sy hantering daarvan bepaal. Siekte en fisiese gestremdheid kan byvoorbeeld die mens se selfsiening negatief beïnvloed en isolasie meebring of die persoon kan positiewe betekenis daaraan heg, wat sy verhoudinge en integrasie in sy konteks verbeter. Du Toit (1990:2) sê: “Normaalweg is die lydende mens die lydende, passiewe party. Tog kan ons ook in lyding die bedrywende, aktiewe party word, al beteken dit om al verlore te veg, en al sterwende met wil te lewe, om teen alle hoop in, in hoop te bly glo. Lydingsinterpretasies moet ook positief wees, nie omdat dit verromantiseer of ontvlug word nie, maar omdat dit eerlik verwerk word.” Reaksie op die nood van andere is om die goeie uit die kwaad na vore te laat tree. Gesprekvoering oor lyding en die mens se persoonlike ervaringe van siekte en gestremdheid beweeg verder as die tradisionele soeke na die oorsake en gevolge daarvan. König (2002:137) sluit hierby aan en is van mening dat lyding as 'n uitdaging aanvaar moet word, sonder om dit sinvol te probeer verklaar of om 'n goeie doel daarvoor uit te dink. Die fokus is eerder op die groeimomente wat bestaan, die instandhouding van hoop vir 'n sinvolle lewe ten spyte van terugslae en die ewige lewe na die dood. Aanvaarding van lyding is volgens Hugo (1990:23) nie 'n passiewe en gelate “neersit van wapens” nie, maar eerder 'n aktiewe deurwerk van gevoelens, emosies, feite, sterk en swak punte. Die wyse waarop die mens hierdie toestand van permanente en daarom onveranderlike en onomkeerbare verlies, siekte of gestremdheid deurleef, verwerk en aanvaar skep moontlikhede en ruimte vir die mens om op 'n sinvolle wyse voort te bestaan.

Verskeie modelle en teorieë oor die probleme, rouprosesse, verlieshantering, aanpassings en begeleiding van siekes beskryf die reaksiefase (wat op die mens se verdedigingsmeganismes en die uitsorteer van praktiese en emosionele verwarring fokus) en die aanvaardings en herorganisasie fase (wat op die erkenning van die realiteit van verliese en die rouprosesse wat daarmee gepaard gaan fokus). Volgens Albers (1989:11) moet hulpverlening volgens die Christelike perspektief ook 'n groei- en ryppwordingsfase insluit, wat die doel van siekte, lyding en dood aanspreek. Doelstellings in hierdie fase is

die besef dat siekte en dood 'n normale deel van die lewe in 'n sondige wêreld is, om Bybelse riglyne te gebruik om die vraag na die doel van lyding te ondersoek en om God se positiewe gebruike van lyding te verstaan. Tydens die rypwordingsfase ontwikkel die persoon 'n persoonlike siening van sy verliese, konflikte, probleme en sy verhouding met God word onder die soeklig geplaas. Indien geestelike groei plaasvind, kom die beeld van God meer in die mens se lewe na vore en die persoon beleef dat 'n meelewende God by sy lyding betrokke is (Rm 5:3-5; Heb 12:11).

Vele vrae kom na vore oor hoe die maatskaplike werker die persoon se geestelike behoeftes en verhouding met God as deel van die hulpverleningsproses kan aanspreek. Die siening dat hulpverlening aan iemand wat die een of ander vorm van lyding ervaar, nie is om antwoorde te verskaf nie, kan 'n begin wees om hierdie vrae te beantwoord. Die primêre fokus van hulpverlening volgens die Christelike beskouing is om oop kommunikasie tussen die persoon en God te bevorder en nie om Bybelse antwoorde as verduidelikings aan hom voor te hou nie. Dit kan prakties gedoen word deur die persoon aan te moedig om na Bybelse gedeeltes te soek wat by hom en sy situasie pas, aangesien 'n ryke verskeidenheid van lyding en verskillende reaksies daarop, in die Bybel beskryf word.

Die ervaring van lyding word nie maklik met andere gedeeltes gedeel word nie en die persoon moet gehelp word om 'n stem aan die pyn wat hy ervaar, te gee. Die vertel van die persoon se storie kan help om die uitdagings wat met lyding gepaard gaan in 'n verwysingsraamwerk te plaas en veral riglyne verskaf oor hoe om daarop te reageer. Die verwerking van lyding beteken daarom nie om antwoorde op alle vrae te hê nie, maar om kreatief-interpreterend met lyding om te gaan. Een van die belangrikste maniere om dit te doen, is volgens Du Toit (1990:3) om die lydensverhaal te vertel. Elke verhaal het 'n struktuur en daarin kom die meeste elemente wat eie aan lydingsverklaringe is, na vore. Dit help die persoon met ander woorde om insig in sy eie verhaal te verkry. Die vertelling van die verhaal betrek ook andere by die lyding en so word die eensaamheid wat met lyding gepaard gaan, afgebreek. Die hoorder word dan self een van die karakters, maar een wat in die verhaal probeer ingryp sodat dit anders vertel en oorvertel kan word, moontlik met 'n gelukkiger einde. Gebed, klagtes, skuldbelydenis, verwyte of lydensinterpretasies kan gebruik word om lyding te hanteer. Maatskaplike werkers kan 'n belangrike rol speel deur persone en gemeenskappe aan te moedig om hul unieke verhale oor siekte en gestremdheid te vertel, dit krities te ondersoek om die negatiewe konstruksies uit te lig, moontlikhede vir groei te identifiseer en met gewenste verhale te vervang.

## 2.5 SAMEVATTING

Die beskrywing van 'n Christelike mens- en wêreldbeskouing as begronding vir maatskaplikewerkhulpverlening is 'n kognitiewe konstruksie wat voortdurend ontwikkel en sluit die omlyning van Bybelse waarhede in. Die Christelike mens- en wêreldbeskouing is 'n bepaalde perspektief wat naas andere bestaan en beskryf God Drie-enig se betrokkenheid by die mens en die wêreld as Skepper, Onderhouer, Verlosser en Leermeester. Die mens se verhouding met God Drie-enig bemagtig die mens om sinvol te leef, aangesien die mens sy waarde in God se oë besef en begin om as God se beelddraer en verteenwoordiger te leef. Die mens se gedrag en lewenswyse kom nie altyd met sy skeppingsdoel, om tot eer van God op aarde te leef, ooreen nie. In die skeppingsverhaal word die mens se opstand en sonde teen God beskryf, wat vervreemding tussen God en die mens gebring het en alle ander verhoudinge negatief beïnvloed het. Die verlossing uit 'n sondige bestaan word moontlik gemaak deur Jesus Christus se kruisiging en opstanding uit die dood. Dit skep die moontlikheid aan die mens om gelowig op Jesus se verlossingswerk te antwoord.

Siekte, gestremdheid en die eksistensiële ervaring van lyding is deel van die mens se bestaan op aarde. Dit bring indringende vrae na vore oor die sin en betekenis van die mens se tydelike en ewige bestaan en verhoog die mens se behoefte aan sinvolle verhoudinge. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing hou daarom rekening met die betrokkenes se geestelike behoeftes, soos gesetel in die mens se verhouding met God. Die invloed van die Christelike perspektief op die ontstaan van maatskaplike werk en die professie se beginsels word herontdek en omskryf. Maatskaplikewerkhulpverlening vanuit die Christelike beskouing is gebaseer op liefde vir God en die medemens, wat in praktiese daade van hulpverlening oorgaan. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing hanteer die mens as 'n eenheidswese en wil net soos maatskaplike werk holistiese hulpverlening bevorder. Volgehoue besinning oor die praktiese implikasies van die Christelike mens- en wêreldbeskouing vir hulpverlening en die professie maatskaplike werk word bepleit.

Die toepassing van die narratiewe benadering vereis besinning oor die epistemologieë van die postmodernisme, naamlik die konstruktiewisme en die sosiaal-konstruksionisme, wat in Hoofstuk 3 bespreek word.

## HOOFSTUK 3

### EPISTEMOLOGIEË VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME

Die mens se beskouinge van sy verhoudinge, ervarings en probleme het deur die geskiedenis kenmerkende veranderinge ondergaan, so kan byvoorbeeld die premodernisme, modernisme en postmodernisme onderskei word. Doherty (1991:42) sê: “We are now clearly influenced by the age of postmodernism, with its emphasis on diversity, skepticism, relativism and discourse. We are swimming in a sociocultural river whose waters can both nourish and drown us.” Die invloed van idees en teorieë is voortdurend besig om mense en gemeenskappe se waardes, gedrag en taal te wysig. Beskouinge het verder 'n beduidende invloed op die wyse waarop terapeutiese hulp verleen word. Aan die einde van die twintigste eeu het die kennisraamwerke waarop maatskaplike werk se praktyk gekonseptualiseer is ook onder die soeklig gekom en die invloed van postmoderne denke het in maatskaplikewerkhulpverlening na vore getree (Martinez-Brawley 1999:338). Literatuur wat op veronderstellings van die postmodernisme, poststrukturele denke, konstruktiewisme en konstruksionisme gebaseer is, het volgens Pease en Fook (1999:9) in maatskaplike werk toegeneem, terwyl narratiewe analise en tegnieke toenemend in maatskaplikewerknavorsing en in terapeutiese situasies gebruik word. 'n Kritiese ondersoek na die postmoderne epistemologie is nodig om bruikbare sienings en effektiewe werkswyses te selekteer wat die praktyk van maatskaplike werk kan verryk en wysig, ten einde te verseker dat dit relevant, effektief en in belang van die persone wat die dienste benut, is.

Daar bestaan ooreenkomste en verskille tussen die Christelike perspektief op hulpverlening en die postmoderne epistemologieë, soos dit in die konstruktiewisme en konstruksionisme na vore kom. 'n Raakpunt met die konstruktiewisme is die uitgangspunt dat die mens sy werklikheid volgens kognitiewe denkprosesse konstrueer en bepaalde subjektiewe betekenis aan beginsels en gebeure heg. Die uniekheid van die Christelike beskouing is geleë in die belydenis dat die Bybel waarheidsuitsprake oor God Drie-enig en die mens se skepping, roeping en ewige eindbestemming maak, wat verskil van die postmoderne epistemologieë se siening van die waarheid. Ten spyte van die grondliggende verskille,



bestaan die moontlikheid vir hulpverlening vanuit die Christelike beskouing om werkswyses te benut wat uit die postmoderne epistemologie voortgespruit het.

Daar word van die veronderstelling uitgegaan dat dit nie moontlik is om die konstruktivisme en konstruksionisme objektief in die lig van Bybelse voorskrifte te ondersoek nie, daarom is die volgende uiteensetting 'n subjektiewe vertolking. Bybelse waarhede word individueel en kollektief aan gelowiges geopenbaar en die geestelike dimensie se inspelings op die mens se totale funksionering en hulpverlening word erken. Vervolgens word veronderstellings van die postmoderne epistemologie in die lig van Bybelse waarhede ondersoek.

### **3.1 BYDRAES TOT DIE ONTWIKKELING VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME**

Postmodernisme verteenwoordig 'n paradigmaverskuiwing van die modernisme en word met benaderings soos die poststrukturalisme, dekonstruktivisme, die interpreterende benadering en nuwe hermeneutika geassosieer (Freedman en Combs 1996:14). Idees eie aan die genoemde bewegings het progressief ontwikkel, tog sê Du Plessis en Ferreira (2002a:2) die indruk word verkry dat filosofiese en wetenskaplikes, soos byvoorbeeld Plato, Sokrates, Kant en Piaget, in verskillende tydperke alreeds beginsels uitgelig het wat in 'n mindere of meerdere mate grondliggend aan die konstruktivisme is.

Hewige debatte word sedert die 1960's gevoer oor die betekenis van sekere denkstrome in die sosiale wetenskappe en die dominante positivisme, hoofsaaklik tydens die twintigste eeu, word aan kritiek onderwerp. (Vgl. Seidman en Wagner 1992:1-7.) Daar word geargumenteer dat die sosiale en natuurwetenskappe die interpretasie van die empiriese realiteit insluit en dat die rol wat filosofiese, morele, praktiese en politieke aspekte in die versameling van kennis speel, nie ontken kan word nie. Die siening dat die wetenskaplike benadering die gewenste vorm van redevoering en medium is om die waarheid te bekom, word bevraagteken. Die modernisme se siening dat wetenskaplike kennis waardevry en universeel van toepassing is, vorm 'n sentrale tema in die postmoderne kritiek. Die postmodernisme gee voorkeur aan sosiale ondersoeke wat die invloed van praktiese en morele aspekte onderstreep, rekening hou met die kontekstuele, plaaslike stories word bo universele waarhede verkies en kennis word in narratiewe gestruktureer, eerder as om algemene teorieë te artikuleer.

Drie hoof gebeurtenisse word deur Schenck (1998:11-12) aan die ontwikkeling van die postmodernisme gekoppel:

- Filosofiese ontwikkelinge vanuit die natuurwetenskappe, toe mense soos Albert Einstein, Michel Foucault en Richard Rorty hul eie beredeneringe krities beskou het. Janse van Rensburg (2000a:13-33) verwys ook na die bydraes van Friedrich Nietzsche, Ferdinand de Saussure, Martin Heidegger, Claude Levi-Strauss, Jacques Derrida, Jean-Francois Lyotard en Jean Baudrillard, as die wortels van die postmodernisme. 'n Sentrale tema kom in hierdie persone se sienings na vore, naamlik dat niks ooit dieselfde bly nie, daarom is realiteit vloeibaar en kan nie gedefinieer word nie.
- Die Eerste en Tweede Wêreldoorloë het 'n keerpunt gebring deurdat mense krities was en nie meer alles as die “waarheid” aanvaar het nie. Du Toit (2000:51) stem hiermee saam en beskou die gevolge van die Wêreldoorloë as een van die belangrikste oorsake vir die ontstaan van 'n postmoderne tydsges, want daar het groot ontnugtering geheers oor die mens se vermoë om 'n beter wêreld met die mens se intellektuele vermoëns en tegnologiese vindingrykheid te skep.
- Die rol van ontwikkeling in Derdewêreldlande moet nie onderskat word nie, want Westerse idees word nie passief aanvaar nie en in onderontwikkelde lande is 'n begin om in 'n eie realiteit te glo, gemaak.

Tradisionele sosiale hierargieë en die totaliserende diskoers van die positiwisme, is deur die genoemde invloede uitgedaag. Die kritiek van bewegings soos die feminisme en groepe soos persone met fisiese gestremdhede sou by bogenoemde invloede gevoeg kan word. Die vooruitgang wat tydens die modernisme, op onder andere die mediese gebied gemaak is, is ook deur die teleurstelling in die modernisme se ideale geraak. Dit het aanleiding gegee tot skeptisisme, kritiek teen die werkswyses van die modernisme en die daarstelling van andersoortige realiteite.

Postmodernisme as intellektuele en kulturele beweging is volgens Seidman (1992:49-50) deur nuwe sosiale bewegings wat in die 1970's en 1980's na vore getree het, veroorsaak. 'n Breuk met hoofstroomdenke, byvoorbeeld die Marxisme, was sentraal in die draai na poststrukturele of postmoderne denke. Verskeie groepe (soos persone met gestremdheid) se plaaslike stryd om erkenning, het na vore getree en hoofstroomdenke geopponeer. Die verskeidenheid van bewegings, elkeen met sy eie pogings om 'n outonome gemeenskap te bou, met 'n eie taal om die sosiale te analiseer en om opponerende politiek te bevorder, het die uiteenlopende sienings wat in gemeenskappe bestaan, na vore gebring. Hierdie

bewegings het verder gepaard gegaan met teoretiese desentralisasie en die opponering van die bestaande epistemologie van die positiwisme. Direkte konflik met die wetenskaplike benadering, as 'n oorheersende diskoers van daardie tydperk, was die resultaat van die bewegings se stryd om outonomie en regverdiging te verkry. Postmoderne kritiek en die beklemtoning van 'n verskeidenheid van diskoerse en beskouinge, is met ander woorde deur 'n wye verskeidenheid intellektuele en kulturele strominge beïnvloed, het wyd uiteenlopende veranderings meegebring wat die wyse waarop maatskaplikewerknavorsing gedoen word en hulp verleen word, beïnvloed.

In gemeenskappe bestaan sekere groepe, soos persone met gestremdheid wat nie sosiaal bemagtig is nie, as gevolg van 'n publieke beeld wat hulle as minder belangrik gestigmatiseer het of hulle belange onderdruk het. Die outoriteit van die wetenskaplike benadering het dikwels hierdie groepe se unieke konstruksies van hul identiteit onderdruk. Hierdie minderheidsgemeenskappe se praktiese stryd het onder andere in 'n postmoderne kritiek teen die wetenskaplike benadering na vore gekom. (Vgl. Seidman 1992:51-52.) Faktore in die gemeenskapslewe soos politieke en ekonomiese onderdrukking, in die vorm van ekonomiese diskriminasie en die ontkenning van sekere persone of groepe se siviele en politieke regte, is onder die soeklig geplaas. Die genoemde groepe se stryd fokus op die verkryging van gelykheid, om gevestigde identiteite te wysig en om sosiale erkenning vir hul gevoelens, begeertes en lewenstyle te verkry. Persone met 'n fisiese gestremdheid kan as 'n minderheidsgroep in gemeenskappe beskou word, aangesien 'n sekere identiteit aan hulle toegeken word, wat hul moontlikhede tot selfverwesenliking beperk. Die navorser is daarom van mening dat die uitgangspunte van die konstruktivisme en konstruksionisme 'n rol kan speel om persone met amputasies te bemagtig om hul maatskaplike funksionering te verbeter.

Die postmoderne epistemologie, of teorie oor hoe kennis geskep en benut word, is kompleks en vol teenstrydighede (Foshaugen 1999:1). Die komplekse aard van die diskoerse wat gevoer word en teenstrydighede in baanbrekers se sienings, bring mee dat min konsensus bestaan oor wat die postmodernisme is en wat betekenis gee aan mense se lewens, in 'n wêreld met 'n tydsgees waarin daar nie 'n vaste verwysingsraamwerk bestaan nie. Parry (1991:39) sê hieroor: “Yet this is not an occasion for nihilistic despair or dismay but an exhilarating opportunity for remaking ourselves, telling our stories with the inventive power of new language, and fresh metaphors.” Postmoderne denke, kritiek en teorieë is dus van besondere belang vir hulpverlening aan minderheidsgroepe, soos persone

met fisiese gestremdhede. Maatskaplike werk kom daarom voor die uitdaging te staan om die moontlikhede van die postmoderne epistemologie en die voortvloeiende hulpverleningstrategieë te ontgin.

### 3.1.1 KONSTRUKTIWISME

Konstruktiewisme is volgens Von Glasersfeld (1995:1) onversoenbaar met konvensionele denke, soos byvoorbeeld die positiewisme, aangesien daar van die veronderstelling uitgegaan word dat die werklikheid gekonstrueer en nie ontdek word nie. “Among many scientists, the whole concept of objectivity has been superceded by the constructivist view – the idea that an observer community decides what reality is” (Simon 1985:32). Konstruktiewisme het die mens se siening oor die wyse waarop lewende sisteme hulself organiseer, om kennis van die waarheid en hul realiteit te verkry en die rol van taal om die werklikheid te beskryf, baie verander. Die mens of gemeenskap besluit self wat die werklikheid is en ontken dat dit moontlik is om die werklikheid objektief te beskryf.

Die konstruktiewisme is volgens Du Plessis (2000:56) ‘n epistemologie wat werklikheidskonstruering sien as ‘n proses, waartydens unieke kognitiewe aktiwiteite, gerig deur ervaring en bestaande kennisraamwerke, in ‘n sosiale milieu van interaksie, ‘n subjektiewe realiteit daarstel. Volgens Von Glasersfeld (1995:113) is konstruktiewisme ‘n teorie oor die wyse waarop die mens kennis verkry en nie ‘n teorie oor die bestaan van die mens of ander dinge nie. Die konstruktiewisme handel met ander woorde daarvoor dat die kennis wat die mens oor homself, sy wêreld, ervaringe, interaksie met andere en sy omgewing versamel, die resultaat van sy eie ordening en skeppingsprosesse is.

Die idees van filosowe, wetenskaplikes, kuberniste en terapeute het belangrike bydraes gelewer om die konstruktiewisme as konseptuele raamwerk te vestig en om die implikasies daarvan vir hulpverlening uit te lig. “Constructivism increasingly gained popularity in the world of social sciences and particularly influenced family therapists. Clients’ personal beliefs about their lives and the meaning attached to these beliefs became important focal points. Constructivism also had significant implications for the therapist as an observer of family systems and how perceptions about the family were constructed” (Vorster 2003:77). Sienings oor die rol van die hulpverlener het baie verander, aangesien die terapeut nie meer die rol van onafhanklike waarnemer vervul nie, maar deel word van die kliëntsisteem om nuwe werklikhede te konstrueer.

### 3.1.1.1 Humberto Maturana

Maturana versamel eksperimentele bewyse in sy laboratorium om aan te toon dat "... reality was a consensual communal construction while it appeared to be existing 'objectively'. Maturana formuleer die teorie van autopoiesis, wat gebaseer is op die proses waarmee 'n organisasie of lewende sisteem homself produseer en in stand hou. Maturana is van mening dat wetenskaplike observasies deur die samestelling van die waarnemer bepaal word, met die implikasie dat elke mens se interpretasies uniek is. "He replaced the notion of 'objectivity' with 'constructivism'" (Vorster 2003:63). Maturana se bydrae berus op die biologiese eksperimente wat hy gedoen het en die gevolgtrekkings wat daarop gebaseer is (Simon 1985:35). Volgens Maturana is die volgende onderliggend is aan die werking van lewende sisteme, ook sosiale sisteme.

- Struktuur-determinasie

Maturana huldig die standpunt dat lewende sisteme (ook die mens) se gedrag deur sy interne strukturele samestelling bepaal word, gevolglik besluit die mens self wat sy realiteit is en reageer nie net op invloede van buite nie (Simon 1985:35). Lewende sisteme word deur die geheel van sy unieke innerlike bou gerig, want dit het 'n invloed op die wyse waarop hy gebeurde en inligting verwerk en daarop reageer. Die implikasie hiervan is dat alhoewel die omgewing eksterne stimuli verskaf wat reaksie by lewende sisteme ontlok, word die aard van die reaksie steeds deur die interne samestelling en prosesse van die sisteem bepaal. Verskillende lewende organismes reageer, vanweë hul unieke samestelling, verskillend op dieselfde situasie. Daarom verskil mense se beskrywings en sienings van gebeurde van mekaar en een mens kan nie veronderstel dat sy siening die enigste is wat bestaan nie. Du Plessis (2000:58) verwys hierna as 'n kognitiewe proses van vertolking, persepsievorming en verwerking wat plaasvind, wat 'n reaksie prosesseer en in bepaalde gedrag tot uiting kom. Interne verwerkingsprosesse vind met ander woorde plaas en die resultaat is die individu se werklikheidskepping of konstruksie op 'n gegewe situasie.

Lewende sisteme heg betekenis aan die ondervindinge wat beleef word. Lewende sisteme is geslote vir inligting van buite, want die interne organisasie van 'n sisteem word nie bepaal deur magte of invloede van buite nie. Inligting het daarom geen betekenis nie, behalwe vir die betekenis wat die sisteem daaraan gee en die persoon se reaksie daarop (Efran, *et al.* 1988:25). Verandering kan dus slegs plaasvind as die individu by wyse van

sy interne prosesse andersoortige betekenis aan bepaalde inligting gee wat weer tot 'n andersoortige reaksie kan lei. Volgens Du Plessis (2000:59) impliseer hierdie veronderstelling dat een mens nie 'n ander mens se optredes kan bepaal nie en nie vir ander mense se optredes verantwoordelik gehou kan word nie. 'n Verdere implikasie vir hulpverlening is dat die maatskaplike werker nie 'n persoon se konstruksie of gedrag kan verander nie. Mense vorm op 'n unieke en individualistiese wyse sienings oor hul ervarings en dit kan alleen verander indien hulle nuwe inligting van buite deur innerlike prosesse verwerk en struktureer. Dit blyk dus duidelik dat 'n mens se sienings of gedrag nie verander kan word sonder sy aktiewe deelname aan 'n nuwe konstruksie nie.

- 'n Verhouding bestaan tussen 'n struktuur-bepalende sisteem en die milieu waarin hy bestaan

Maturana beklemtoon die koppeling wat tussen verskillende lewende komponente bestaan, wat tot die vorming van sisteme lei (Efran, *et al.* 1988:25). Deur middel van interaksie tree individue met hul unieke interne strukturele prosesse met mekaar in verhouding en vorm unieke verwantskappe of groepe. Die individu bestaan dus nie in 'n vakuum nie, maar by wyse van interaksie leef mense in verhoudings met mekaar, wat daarop dui dat lewende sisteme nie werklik vir inligting van buite geslote is nie.

- Elke lewende sisteem beweeg doelloos voort totdat hy disintegreer

Die beweging van sisteme dui volgens Efran, *et al.* (1988:36) op 'n proses van voortbeweeg deur die lewe met voortdurende responsaanpassings na aanleiding van interne en eksterne stimuli, wat byna onwillekeurig voortduur. Die mens bevind hom met ander woorde in 'n situasie van wisselwerking tussen die omgewing en sy interne interaksieprosesse, wat voortduur tot sy dood intree. Hierdie siening werp weinig lig op die mens se soeke na betekenis terwyl hy leef en die Christelike hoop wat 'n gelowige individu kan hê oor die bestaan van 'n ewige lewe na die dood.

- Mense is waarnemende sisteme, wat sy waarnemings beskryf, onderskei en uitbeeld met woorde en simbole

Die mens konstrueer vir hom 'n werklikheid waarin hy voortbestaan en gebruik taal om sy waarnemings te beskryf (Efran, *et al.* 1988:24). Dit impliseer dat daar nie 'n objektiewe of ideale werklikheid bestaan nie. Die implikasie hiervan vir maatskaplike werk is volgens

Du Plessis (2000:62) dat wanneer 'n maatskaplike werker 'n persoon of gesin beskryf, dit net nog 'n werklikheidskepping oor die bepaalde persoon of gesin is, want daar bestaan nie 'n objektiewe beskrywing van enige persoon of gesin nie. Die beskrywing van 'n besondere situasie of persoon is dus slegs 'n subjektiewe konstruering wat bepaal word deur die uniekheid van die maatskaplike werker, wat sekere betekenis aan die waarnemings wat gemaak is, heg.

- Die bestaan van 'n objektiewe realiteit word ontken

Die mens is alleen 'n waarnemer in taal. Die mens bestaan in taal, leef deur taal en beoefen taal wanneer hy leef. Kognisie gee nie aanleiding tot kennis oor dinge of die realiteit nie, maar kennis is 'n wyse van bestaan, want kennis word verkry deur die wyse waarop die mens toegang daartoe verkry (Simon 1985:36). In die lig hiervan is kennis van die realiteit nie iets wat onafhanklik van die kenner bestaan nie. Die mens het daarom nie kennis van iets nie, maar kennis is gesetel in 'n sekere wyse van bestaan en is slegs die produk van die mens se sensustelsel en kognitiewe werkinge. Sodoende word die waarnemer die bron van alle realiteite en 'n persoon kan verskeie realiteite tydens sy lewe skep. Die verskeidenheid van realiteite wat die individu ervaar, word met ander woorde deur homself geskep en is nie feite wat bestaan en objektief bewys kan word nie.

- Toleransie vir verskillende perspektiewe

Alles in die menslike lewe en realiteite, ook die geestelike, vind volgens Maturana plaas wanneer mense saam in die taal wat hulle gebruik, bestaan. "... [I]f you put objectivity in parentheses, other views become legitimate verses in a multi-verse. It is not that one is mistaken and the other is not, one has the truth and the other does not. Different ideologies become different ways of being, different ways of looking and listening, in which each person is responsible for the way of being which he becomes" (Simon 1985:43). Die konstruktiewe redeneer oor die bestaan van verskeie en uiteenlopende beskouinge van 'n saak, wat beteken dat 'n persoon nie daarop kan aanspraak maak dat hy die een of ander waarheid besit nie.

In die lig van Maturana se siening oor die mens en die konstruksies van sy realiteite word die volgende afleidings gemaak, wat maatskaplikewerkhulpverlening betekenisvol kan beïnvloed.

- Die mens is 'n unieke wese met 'n bepaalde innerlike struktuur en prosesse, wat hom in staat stel om inligting van buite te organiseer en betekenis daaraan te heg. Maturana soos aangehaal deur Von Glasersfeld (1995:154) sê: “The living system, due to its circular organization, is an inductive system and functions always in a predictive manner what occurred once will occur again. Its organization (both genetic and otherwise) is conservative and repeats only that which works.” Vir 'n bioloog is die sisteem of organisme suksesvol wanneer 'n lewensbedreigende situasie uitgeskakel word. Die mens gebruik soortgelyke prosesse om stimulasie uit sy omgewing te verwerk en tree daarom voorspelbaar op. Daar moet egter in ag geneem word dat die mens se kognisie meer gesofistikeerd en ontwikkel is as die van diere, daarom het die mens die vermoë om sy konstruksies of beskouinge te wysig indien dit ontoereikend blyk te wees. Wanneer Maturana se stellings oor struktuur-determinasie in ag geneem word, is dit duidelik dat hierdie wysiginge in sy konstruksies vanuit die persoon self moet ontwikkel en dit kan nie vanuit sy omgewing op hom afgedruk word nie.
- Elke mens se verwerking van gebeure en ervarings verskil van die van andere. Dit hang saam met Maturana se siening dat elke lewende sisteem sekere potensiaal en grense het om te besluit oor wat aanvaarbaar is, aangeleer word en wat nie, asook dat elke sisteem se struktuur en prosesse bepalend is vir die wyse waarop inligting van buite verwerk word. Die maak van veralgemenings oor die aard, funksionering en belewenisse van mense of groepe ontken met ander woorde die mens of groep se unieke konstruksies oor hul werklikhede.
- Die mens se bepaalde verwysingsraamwerk waarvolgens hy sin maak van sy werklikheid, verteenwoordig vir hom die waarheid oor 'n saak of ervaring. Elke persoon is in die lig hiervan geregtig op 'n eie opinie oor 'n saak en is die kenner van sy eie voorkeure en sienings. Maatskaplike werkers is in die lig hiervan nie in die posisie om te weet wat 'n ander persoon nodig het of watter verandering in sy maatskaplike funksionering wenslik is nie. Elke deelnemer aan die hulpverleningsgesprek se idees is daarom ewe belangrik en vanaf hierdie basis kan die waarde van verskillende sienings onderhandel word.
- Een persoon kan nie daarop aanspraak maak dat hy die waarheid oor 'n saak of gebeurtenis besit nie. “For therapists believing that there was a ‘right’ way for the complainant to become (i.e. change) and a ‘right’ way for therapists to behave in order to get there, Maturana’s concept of the ‘miss-taken’ nature of independently existing entities, such as a ‘proper way to behave’, forced onto move towards the



multiverse” (Vorster 2003:73). Gevolglik bestaan ‘n verskeidenheid van sienings en die een behoort nie die ander te onderdruk nie.

- Invloede vanuit die persoon se omgewing en die verhoudinge waarin hy staan, word erken. Maturana se beklemtoning van die individu en sy geslote samestelling waarmee hy gebeure organiseer, skep die indruk van ‘n intra-psigiese benadering met te min klem op die interaksie wat tussen die persoon en sy omgewing bestaan. By nadere ondersoek blyk dit dat Maturana nie die interaksie ontken nie, maar beklemtoon dat die verwerking van die interaksie bepaal word deur die uniekheid van die individu of sisteem en nie deur sy omgewing of die aard van die interaksie nie. Elke persoon of groep is daarom verantwoordelik vir die gevolge van die konstruksies wat gevorm word.
- Die mens benodig taal om homself uit te druk, homself en sy sienings kenbaar te maak en om met andere te kommunikeer.
- Die voortbestaan van lewende sisteme wat aaneenlopend aanpas en reageer op sy omgewing totdat dit disintegreer, skep die indruk van ‘n doellose voortbestaan totdat die dood intree. Hulpverlening vanuit die Christelike benadering verskil hiervan, aangesien die mens se geestelike behoeftes dikwels uitdrukking vind in die soeke na die betekenis en sin van die lewe.

Die konstruktiewisme beklemtoon met ander woorde die prosesse en aktiwiteite waarvolgens die mens sy eie realiteit skep en kritiseer enige poging om een vorm van waarheid of konstruksie bo die van andere te verhef. Binne die konstruktiewisme word nie altyd dieselfde klem op kenmerkende uitgangspunte gelê nie.

### **3.1.1.2 Ernst von Glasersfeld**

Von Glasersfeld se siening verskil radikaal van tradisionele denke oor hoe die mens kennis bekom en sy ervarings organiseer. Tradisioneel is aangeneem dat kennis die waarheid weerspieël wanneer dit ooreenstem met ‘n onafhanklike objektiewe werklikheid. Kennis kan daarom objektief aan die bestaande werklikheid getoets word, wat impliseer dat die wêreld met al sy wetmatighede, ontdek moet word. Von Glasersfeld (1995:1) sê radikale konstruktiewisme “... starts from the assumption that knowledge, no matter how it be defined, is in the heads of persons, and that the thinking subject has no alternative but to construct what he or she knows on the basis of his or her own experience”. In die lig hiervan redeneer hy dat daar slegs ‘n subjektiewe realiteit bestaan, want elke mens skep sy waarheid volgens sy eie interpretasies. Konstruktiewisme vanuit ‘n radikale posisie “... holds that since we are basically prisoners of our biological perceptual systems, it is

impossible to access external reality in an undiluted form” (Doan 1997:130). Radikale konstruktiewise beperk die mens se konstruksies hoofsaaklik tot ‘n persoonlike en subjektiewe proses.

Die volgende uitgangspunte van die radikaal-konstruktiewise word uitgelig aangesien dit hulpverlening vanuit ‘n konstruktiewistiese epistemologie beïnvloed:

- Die mens benut sy eie unieke interne en kognitiewe prosesse om sy realiteite te skep. Von Glasersfeld (1995:51) sê: “... the function of cognition is adaptive, in the biological sense of the term, tending towards fit or viability; cognition serves the subject’s organization of the experiential world, not the discovery of ontological reality”. Hy fokus op die belangrike rol wat interne biologiese prosesse speel in die mens se kognitiewe prosesse, wat tot die konstruering van die werklikheid aanleiding gee en die mens se betekenisgewing weerspieël.
- Kennis word nie ekstern bekom nie. “Knowledge is not passively received either through the senses or by way of communication; knowledge is actively built up by the cognizing subject” (Von Glasersfeld 1995:51). Besondere klem word geplaas op die rol wat mens se kognitiewe vermoëns speel in die verwerking van inligting en gebeure.
- Die mens se belewenisse van sy wêreld is bepalend om sy werklikheid te skep (Du Plessis en Ferreira 2002a:13). Hierdie ervaringselemente sluit sy totale omgewing, vanaf klimaatstoestande tot die mens se sosiale verhoudinge in. Die konstruering van sy wêreld is deel van sy menslike bestaan en vind outomaties plaas. Die inhoud en betekenis wat hy aan sy ervaringe heg, vind egter nie outomaties plaas nie, maar is die mens se eie verantwoordelikheid.
- Die konteks waarin iets gebeur en die bruikbaarheid van ‘n konstruksie, is die primêre kriteria om te bepaal of ‘n konstruksie geldig is (Doan 1997:130). Daar is dus nie een ware konstruksie oor iets nie, want ‘n konstruksie se waarde word bepaal in die mate wat dit binne ‘n sekere konteks bruikbaar is. Mense sal daarom hul konstruksies wysig, omdat hulle van mening is dat dit vir hulle onbruikbaar is of nie die waarheid vir hulle verteenwoordig nie.
- Die wêreld waarin mense hulself bevind, is die resultaat van wat hulle in staat is om te skep en binne die beperkinge van hul vorige ondervindinge in stand te hou (Vorster 2003:76). Die mens kan net kennis hê van iets of ‘n werklikheid wat hyself geskep het. Die mens is daarom tot die kennis beperk wat hy self gekonstrueer het en daar bestaan nie werklikhede wat hy nie self tot stand gebring

het nie. Daarom is die individu verantwoordelik vir wat hy dink, die kennisraamwerke wat hy saamstel en die dae wat hieruit voortspruit.

- Die mens gee uitdrukking aan sy realiteit en kennis deur middel van kommunikasie en die benutting van taal. Taalgebruikers mag dieselfde taal of begrippe gebruik, maar verskillende betekenis aan die konsepte heg. Die mens gebruik met ander woorde taal om sy gedagteprosesse uit te druk en aan te toon hoe hy sy lewe verstaanbaar maak en vorm daaraan gee.
- Geen objektiewe kennis bestaan nie, daarom word verskeie persepsies oor 'n saak gevorm. Volgens Von Glasersfeld (1995:26) is dit daarom onmoontlik om die grade van korrektheid van persone se persepsies te bepaal. Aangesien 'n objektiewe werklikheid of kennissisteen nie bestaan nie, is 'n objektiewe standpunt ook nie moontlik nie en word die persoon se persepsies gerespekteer, al verskil dit van die hulpverlener s'n.

Hulpverlening volgens die uitgangspunte van die radikaal-konstruktiewe fokus hoofsaaklik op die individu of groep se realiteite en die wyse waarop inligting of ondervindinge deur interne kognitiewe prosesse geprosesseer word. Die moontlikheid om nuwe persepsies te vorm is van deurslaggewende belang, want dit lei weer tot nuwe werklikheidskepping.

Die volgende veronderstellings van die radikaal-konstruktiewe het implikasies vir die mens se verhoudingslewe en is daarom betekenisvol vir maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing:

- Aangesien geen objektiewe werklikheid bestaan waaraan konsepte of sienings gemeet kan word nie, is die waarheid volgens die radikaal-konstruktiewe baie relatief. Die siening dat waarheid nie bestaan nie, het implikasies vir die mens se verhouding met God Drie-enig, want vir gelowige Christene is God se alomteenwoordigheid nie 'n relatiewe begrip nie, maar 'n vaste waarheid wat bestaan. In Jh 14:6 word na die God van die waarheid verwys en daarom kan aanvaar word dat slegs God die vaste waarheid ken en dat die mens weens sy beperktheid nooit die waarheid volledig sal begryp nie, maar slegs volgens sy uniekheid en beperkte kennis met subjektiewe en onvolledige konstruksies van die waarheid te make sal kry.
- Die mens se selfsiening, wat ook sy liggaam insluit, is die produk van die mens se lewensvatbare ondervindinge. Daar word met ander woorde nie gevra wat is die self nie, maar hoe ervaar die mens homself. Sodoende word die fokus op die konkrete struktuur, die liggaam, geplaas. Elke mens konstrueer 'n model oor die

bestaan van 'n self, wat geëksternaliseer word om onafhanklik, tussen ander entiteite in die mens se omgewing, te kan bestaan (Von Glasersfeld 1995:123). Die wyse waarop die mens homself ervaar, voorsien met ander woorde boublokke vir die daarstelling van 'n selfkonsep. Hierby sou gevoeg kan word dat naas die mens se persepsies van homself, mense ook konstruksies oor mekaar vorm en dat die mens se verhouding met God 'n wesentlike invloed op sy selfsiening kan hê.

- Die mens as ervaring-subjek raak in verhoudinge met andere betrokke. Soos akteurs word spesifieke rolle aanvaar, wat eventueel as kenmerkende dele van die self beskou word. Von Glasersfeld (1995:127) wys daarop dat andere se reaksies deur die mens gebruik word om sekere kwaliteite aan homself toe te ken en om homself te beskryf. Dit impliseer dat mense se kennis van mekaar deur die betrokkenes se sienings gevorm word. Hierdie inherente sirkulêre proses is nie vir hom problematies nie, want mense is nie vry om andere te konstrueer soos hulle wil nie. Die sienings wat mense oor mekaar het, moet teen die betrokkenes se ervarings getoets word vir lewensvatbaarheid en dit lei die mens in die rigting van etiese optrede. Mense se menslikheid moet in ag geneem word en hulle behoort nie soos objekte behandel te word nie. Mense word as onvervangbaar beskou en etiese gedrag manifesteer dan in die kies en nastrewing van sekere doelstellings.
- Die mens se verhouding met die wêreld berus volgens Von Glasersfeld (1995:123) daarop dat die mens se observasies hom van sy omgewing skei. Die mens vorm 'n prent of model oor die wêreld en dit is sy kennis van sy ervaringsrealiteit. "Constructivism, thus, does not say there is no world and no other people, it merely holds that insofar as we know them, both the world and the others are models that we construct ourselves" (Von Glasersfeld 1995:137). Dit het die implikasie dat elke mens 'n unieke konstruksie van die omgewing het, wat van andere mag verskil.

Die mens se verhoudinge is volgens die radikaal-konstruktiewisme 'n reeks konstruksies of kennismodelle wat deur homself opgebou en gebruik word binne die realiteit waarin geleef word. Die mens se interaksie met homself, andere en faktore in sy omgewing speel 'n deurslaggewende rol in die daarstelling, wysiging en instandhouding van konstruksies, tog wend Von Glasersfeld geen poging aan om hierdie wedersydse beïnvloeding te beskryf nie.

In die lig van bogenoemde word die gevolgtrekking gemaak dat Von Glasersfeld veral die innerlike en subjektiewe prosesse beklemtoon, waarvolgens inligting en invloede vanuit die omgewing verwerk word. Dit wysig die betekenis wat aan konsepte soos kennis, die

waarheid en begrip geheg word en verskil daarom van enige tradisionele epistemologie. Radikale konstruktiewisme voorsien 'n raamwerk en spesifieke siening oor die mens se aktiewe denkprosesse en poog om aan te toon dat die mens 'n relatiewe stabiele siening oor sy realiteit vorm, wat op sy ondervindinge gebaseer is.

George Kelly se bydrae vir die toepassing van konstruktivistiese idees in die terapeutiese veld word vervolgens uitgelig.

### **3.1.1.3 George Kelly**

Kelly was die eerste terapeut wat die idees van die konstruktiewisme in die psigoterapeutiese veld toegepas het (Neimeyer 1993:224). Hy het in die vyftigerjare van die twintigste eeu 'n belangrike bydrae tot die ontwikkeling van die konstruktivistiese denkskool gelewer en formuleer 'n teorie bekend as die "Personal Construct Theory" (Efran, *et al.* 1988:36). Die konstruktiewisme se klem op die individu se kognitiewe prosesse kom in George Kelly se werk na vore, maar hy verwys na sistemiese en individuele aspekte en stel daarom 'n meer geïntegreerde raamwerk vir hulpverlening daar. Die persoonlikheidskonstrukte-teorie is op die filosofiese veronderstelling van konstrunkte-alternatiewisme gebaseer, naamlik dat alle interpretasies van die werklikheid vervang of hersien kan word (Epting 1984:12). Elke gebeurlikheid of situasie kan dus vanuit 'n verskeidenheid van perspektiewe beskou word, met die moontlikheid dat die mens sy identiteit en gebeure in sy lewe kan interpreteer op 'n wyse wat vir hom aanvaarbaar is.

Die persoonlikheidskonstrukte-teorie fokus op die psigologiese prosesse wat 'n mens in staat stel om sy lewensgebeurlikhede te orden en te verstaan (Epting 1984:4). 'n Konstrukte verwys na 'n kategorie om gedagtes te orden en ervarings mee te interpreteer. Volgens Kelly berus menslike aksie op die prosesse waardeur die individu gaan om op 'n unieke wyse sy wêreld te interpreteer (Hogan 1976:117). Konstrukte speel 'n belangrike rol in mense se denke en gedrag, want ervarings in die persoon se verlede stel hom in staat om die hede te hanteer en voorspellings te formuleer oor andere se gedrag in die toekoms. Ooreenkomste en verskille bestaan tussen mense se konstruksies, wat aanleiding kan gee tot konflik, terwyl wedersydse beïnvloeding ontgin kan word om samewerking te bevorder.

Enkele belangrike uitgangspunte van Kelly se teorie, wat vir hulpverlening van belang is, word vervolgens uiteengesit.

- Motivering: volgens Kelly het die mens nie die invloed van kragte soos motiewe, behoeftes en drifte nodig om hom te motiveer om tot aksie oor te gaan nie. “Kelly’s model of man is that of a man with a model. For Kelly, the man on the street is a practicing scientist, attempting to understand certain aspects of his experience so that he can control them. As the biologist tries to conceptualize the mechanisms of genetic transmission, so the ordinary man tries to make sense of his social encounters. It follows that we wish to understand our environment, to formulate means for ordering the chaos around us” (Hogan 1976:117). Die mens se vermoë om gebeure in sy lewe uit te sorteer en op grond daarvan tot aksie oor te gaan word uitgelig en moet tydens hulpverlening gestimuleer word.
- Selfkonsepte berus volgens Kelly (Hogan 1976:117) op ‘n interpretasie van ondervindinge. Selfkonsepte word gevorm deurdat mense hulleself met andere vergelyk. Die invloed wat ander mense op ‘n persoon se selfsiening het moet tydens hulpverlening verreken word en die persoon moet aangemoedig word om dit teen sy eie interpretasies te toets.
- Produktiewe verhoudinge vereis dat die mens vooruit stellings van ander mense se sienings oor hom sal vorm en dan sy gedrag daarvolgens sal rig. Daarom doen mense dikwels die dinge wat hul dink andere van hulle verwag. Hulpverlening kan ‘n bydrae lewer om aanvaarbare gedrag te versterk en moet terselfdertyd sienings uitdaag wat die persoon se menswees onderdruk.
- Sosialisering verwys na die vermoë om rolle effektief te vervul en om betrokke te wees in ‘n gemeenskap. (Vgl. Hogan 1976:119.) Kelly stel drie vereistes vir sosialisering. Eerstens moet ‘n persoon se konstruke-sisteem met die van ander lede van ‘n gemeenskap ooreenkom. Verder moet die persoon andere se verwagtinge van hom verstaan. Laastens moet sy selfsiening sy gedrag kontroleer. Hulpverlening behoort die mens se sosialisering bevorder, want mense is op mekaar aangewese vir behoeftebevrediging.
- Die verklaring van menslike gedrag berus op die veronderstelling dat mense voorspelbaarheid en orde in hul lewens nodig het. Daarom bou die mens konseptuele modelle wat sy ervarings verteenwoordig (Epting 1984:4). Nuwe ondervindinge word aan hierdie konstruke gemeet om die wêreld te verstaan. Hulpverlening kan ‘n bydrae lewer om wenslike konstruke in stand te hou en die mens aanmoedig om met nuwe konstruke te eksperimenteer, indien die persoon bestaande konstruke nie meer as wenslik beskou nie.

- Geestesgesondheid word bepaal deur 'n persoon se gewilligheid om sy konstruksies te evalueer en die geldigheid daarvan teen andere se interpretasies te toets. Gesonde persone is in staat om hul konstruksies te verander en rolsisteme te heroriënteer indien dit oneffektief blyk te wees. Geestesongesteldheid, soos angstigheid, ontstaan wanneer mense hul sosiale ondervindinge verkeerdelik interpreteer (Hogan 1976:125). Die maatskaplike werker kan daarom nuwe wyses voorstel om ondervindinge te konstrueer, maar moet besef dat die persoon self nuwe konstruksies moet formuleer.

Die mens vorm voortdurend hipoteses oor die realiteit, wat interaksie met ander mense en omgewingsfaktore insluit. Die mens se konstruksies vorm die basis van sy persoonlikheid, verhoudinge en sosialisering, aangesien interpretasies van gebeure in die verlede benut word om gebeure in die hede te verklaar en toekomstige gebeure te voorspel. Die indruk word verkry dat Kelly wegbeweeg van 'n biologiese verklaring van gedrag en hy beklemtoon eerder die belangrike rol wat sosiale interaksie in die ontwikkeling van konstruksies speel.

Kelly se bydrae is besonder sinvol vir hulpverlening, want die moontlikheid om 'n persoon of groep se werklikheidskepping te wysig word moontlik gemaak deur die aandag op alternatiewe sienings en interpretasies te vestig. Die dinamika verbonde aan die voortdurende vorming van nuwe werklikhede bevorder 'n positiewe benadering wanneer hulp verleen word aan persone wat onder die indruk verkeer dat hulle in 'n sekere negatiewe situasie of werklikheid vasgevang is wat hulle nie kan beheer of verander nie. Hogan (1976:121) wys daarop dat Kelly versuim het om die verhouding wat tussen sosialisering en moraliteit bestaan, te bespreek. 'n Verdere leemte in sy teorie is dat geen verwysing gemaak word oor die rol wat die mens se morele en godsdienstige ondervindinge speel nie.

Die sienings van konstruktiewiste verskil dikwels van mekaar en sommiges ontken dat hul sienings op die van andere gebaseer is (Simon 1985:36; Gergen 1994:43). Tog kan sekere kenmerkende uitgangspunte van die konstruktiewistiese denkwyses onderskei word. Op grond van die konstruktiewisme word die gevolgtrekking gemaak dat die idees wat die mens oor die realiteit het, nie presiese weergawes van 'n werklike wêreld is nie. Die mens se werklikheid is eerder perspektiewe wat ontwikkel is op grond van beleefde ervarings.

Die konstruksionisme is 'n verdere belangrike ontwikkeling tydens die postmodernisme. Die klem op die mens se sosiale funksionering en die invloed van verhoudinge op die mens se werklikheidskepping, maak dit besonder relevant vir maatskaplike werk.

### 3.1.2 KONSTRUKSIONISME

Die konstruksionisme ook bekend as die sosiale konstrukteteorie of sosiaal-konstruksionisme gaan van die veronderstelling uit dat mense van 'n sekere kultuur bepaalde sienings, waardes, instellings, gewoontes, wette en kategorieë skep om hul sosiale werklikhede saam te stel (Freedman en Combs 1996:16). Dit word gedoen deurdat mense met mekaar in interaksie tree en die konstruksies wat gevorm word, word van geslag tot geslag oorgedra. Die mens begin om hierdie konstruksies vanselfsprekend as die realiteit te aanvaar. Hierdie realiteite voorsien weer die gelowe, praktyke en woordeskat waaruit die mens sy siening van homself, andere en gebeure konstrueer. Volgens die konstruksionisme word 'n sosiale eenheid gedefinieer deur die taal en diskoers waarbinne dit beweeg en realiteit is die voortdurend veranderende produk van die dialoog wat tussen mense plaasvind. Werklikheidskepping vind dus plaas binne die sosiale organisasie en verhoudinge waarin die mens ingebed is.

Binne die raamwerk van die konstruksionisme vind werklikheidskepping en betekenisgewing op verskillende wyses plaas:

- Interaksie tussen verskillende individue en groepe is onontbeerlik om betekenis te heg aan ervaringe en voorwerpe en die daaruit voortvloeiende werklikheidskepping (Gergen 1994:51). Na aanleiding van die interaksies ontwikkel die persoon of groep bepaalde betekenis en aannames oor hulself, andere en die wêreld. 'n Groep gedragswetenskaplikes sou byvoorbeeld na aanleiding van hul waarneming van 'n persoon se gedrag, deur middel van 'n interaksieproses bepaalde betekenis aan die gedrag heg en selfs terminologie ontwikkel om hul waarneming, wat 'n nuwe werklikheid is, te beskryf. Interaksie tussen mense is 'n dinamiese aktiwiteit, wat voortdurende beweging en die ontwikkeling van kennis impliseer. Hoffman (1992:18) stem hiermee saam: "Knowledge being socially arrived at, changes and renews itself in each moment of interaction." Verskillende deelnemers aan die interaksieproses reageer wedersyds op mekaar en dit lei tot die verdere uitbouing en ontwikkeling van die interpretasies wat aan 'n bepaalde onderwerp of gebeurtenis



geheg word. Die bestaan van werklikhede buite dit wat tussen mense onderhandel en geskep word, word ontken.

- Mense gebruik taal om met mekaar in interaksie te tree. Taal verskaf simbole om waarnemings te beskryf en betekenis aan situasies te gee. Die mens se werklikheidskepping word deur sy taalvermoë beperk. Taal kan egter met nuwe simbole en begrippe aangevul word, want deur middel van interaksie word nuwe konsepte ontwikkel, om uitdrukking te gee aan nuwe werklikhede (McNamee en Gergen 1992:4). Gesprekvoering en die uitruiling van idees speel dus 'n belangrike rol om mense se perspektiewe te vorm.
- Die betekenis wat tydens die interaksieprosesse tussen mense na vore kom, vorm vertellings of narratiewe, wat voortdurend aangepas en onderling uitgeruil word (Gergen 1994:186). Stories oor die mens se betekenisgewing en werklikheid word met ander woorde in samewerking met andere gevorm. In die lig hiervan kan ook gesê word dat die maatskaplike probleme wat mense ervaar, stories is wat met mekaar gedeel en waaroor saamgestem word (Anderson en Goolishian 1992:26).
- Werklikheidskepping vind in die voortdurende gesprekke tussen mense in verskillende situasies plaas. Werklikheidskepping is nie 'n eenmalige proses nie, maar 'n voortdurende proses van onderhandeling, uitruiling van idees en onderlinge beïnvloeding. Die terme wat mense gebruik om hulself en hul wêreld te verstaan is die produkte van histories- en kultureel-gevestigde onderhandelinge wat tussen mense plaasvind (Gergen 1994:49). Daarom is beskrywinge en verklarings nie gebaseer op 'n objektiewe wêreld wat op 'n vasgestelde wyse bestaan nie en uitkomst word nie deur 'n persoon se genetiese struktuur bepaal nie. Woorde verkry betekenis in die konteks van voortgaande verhoudings en die kultuur waarbinne beweeg word. Om met ander woorde jouself en jou wêreld te verstaan is om deel te wees van 'n sekere patroon van verhoudings. Lax (1992:71) sê: "The boundaries of our narratives are constructed through political, economic, social and cultural constraints and potentials, with our choice of narratives not limitless, but existing within prescribed contexts." Die mens kan met ander woorde nie los gemaak word van die konteks waarbinne hy leef nie, tog hoef hy nie deur faktore en gesprekvoering in sy omgewing beperk te word nie, aangesien die moontlikheid bestaan om voortdurend nuwe narratiewe te vorm. Etnisiteit is volgens Du Plessis (2000:80) 'n verdere kritiese faktor, aangesien verskillende etniese groepe verskillende waardes, gelowe, rituele en tradisies het wat van mekaar verskil. Die gesinne en gemeenskappe waarbinne die individu opgroei, wys deur middel van 'n aktiewe interaksieproses aan hom uit wat verskillende dinge en simbole beteken.

Werklikheidskepping vind met ander woorde binne 'n kulturele milieu plaas, terwyl 'n sekere kultuur ook as 'n werklikheid wat deur mense geskep is, beskou kan word.

- Die bestaan van diskoerse speel 'n belangrike rol om die kulturele lewe tussen mense daar te stel en om dit te verstaan, moet die evaluasies wat tydens diskoerse na vore kom, ondersoek word (Gergen 1994:53). Die term diskoers verwys na 'n proses van gesprekvoering, waardeur betekenis gevorm word, asook 'n gesistematiseerde en erkende wyse om te praat of te skryf (Kotzé en Kotzé 1997:28). Die beredenering van sake en die konsensus wat hulle met gesprekvoering bereik is daarom bepalend vir die mens se kennis en werklikheidskepping. Die invloed van diskoerse op mense se konstruksies moet tydens terapeutiese prosesse ondersoek word om vas te stel of dit beperkend is.
- Interaksie tussen mense lei noodwendig tot die opbou van interpersoonlike verhoudinge (Gergen 1994:253). Konstruksionisme stel veral belang in die verhoudingsnetwerke tussen mense. Konsepte oor die self en andere ontwikkel en word in stand gehou deur verhoudingspatrone, aangesien mense gesamentlike betekenis heg deur die taal wat hulle gebruik. Die mens se konstruksies kan daarom nie losgemaak word van die perspektiewe wat in sy verhoudinge gevorm word nie.

Uit bogenoemde blyk dit dat die mens se konstruksies onlosmaaklik aan sy verhoudingslewe gekoppel is, want konstruksies word binne verhoudinge gevorm en terselfdertyd word verhoudinge deur bestaande konstruksies beïnvloed.

Samevattend kan gesê word die konstruksionisme toon ooreenkomste en verskille met die konstruktiewisme. Beide denkrigtings beklemtoon die konstruksie van kennis en bevraagteken die siening dat die individu met sy rede 'n onafhanklike wêreld kan observeer, beskryf en ken. Beide benaderings beklemtoon die rol van taal om gesprekvoering en onderhandelinge tussen mense moontlik te maak en om terme te skep waarmee die mens homself, sy wêreld en persoonlike ervarings kan beskryf.

Die konstruksionisme verskil van die konstruktiewisme deur weg te beweeg weg van die klem wat op die individu se interne en subjektiewe funksionering geplaas word en fokus op die gemeenskaplike of sosiale, die interafhanklikheid tussen mense en die menslike aksies wat in verhoudinge plaasvind. In teenstelling met die konstruktiewisme, konstateer die konstruksionisme dat kennis ekstern ontwikkel word, aangesien die individu kennis van sy

werklikheid by wyse van voortgaande interaksie met andere ontwikkel. In teenstelling met die konstruktiewisme, wat sê die mens se werklikheid kom deur middel van interne prosesse tot stand, sê die konstruksionisme die mens se werklikheid word deur interaksie met ander mense gevorm en aangepas. Die konstruktiewisme lê met ander woorde klem op die individu se unieke samestelling en kognitiewe prosesse, terwyl die konstruksionisme interaksie tussen mense beklemtoon en werklikheidskepping word aan gesprekvoering en groepsaktiwiteite gekoppel. Vir hulpverlening het dit die implikasie dat daar nie feite is wat geken moet word, of sisteme wat verstaan moet word, of patrone wat ontdek moet word nie. Gesprekvoering, deur middel van taal en betekenisgewing deur interaksie, is dan die wyse waarop mense se konstruksies van hul verhoudinge gewysig word.

### **3.2 KENMERKENDE AANNAMES EN UITGANGSPUNTE VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN KONSTRUKSIONISME**

Van die mees kenmerkende filosofiese idees en aannames van die konstruktiewisme en konstruksionisme word uitgelig, aangesien dit 'n bepalende invloed op die inkleding van die narratiewe strategie het.

#### **3.2.1 Die siening van die waarheid**

Die bestaan van universele waarhede wat algemeen van toepassing is, word gediskrediteer. Tradisionele sienings dat die mens se realiteit konstant, ondersoekbaar en verstaanbaar is, word volgens Foshaugen (1999:2) vervang met die klem op die mens se voorkeure en subjektiwiteit. Die daarstelling van waarheid word gedesentraliseer, want dit word lokaal of plaaslik gevorm. Die mens se konkrete ervarings is met ander woorde belangriker as abstrakte beginsels oor wat die waarheid verteenwoordig en geen enkele denksisteme geniet voorkeur bo 'n ander nie.

Waarheid is konteks en tydsgebonde, word deur middel van sosiale interaksies gevorm en is nie die resultaat van die mens se objektiewe redenering nie (Schenck 1998:14). Dit impliseer dat die mens voortdurend besig is om sy eie realiteit te konstrueer en daarom kan sy siening van die waarheid konstant verander. Madigan (1998a:21) stem hiermee saam en sê die waarheid is 'n sekere idee of konstruksie wat waarheidstatus verkry, standaard stel oor wat is wenslik en daarom mense se lewens vorm. Die mens internaliseer met ander

woorde sekere kulturele aansprake oor die waarheid en hierdie sienings word deur sosiale interaksie bevestig. 'n Voorbeeld hiervan is dat die persoon wat 'n amputasie ondergaan het en homself as 'n hulpelose gestremde sien, nie daarmee 'n sekere vasgestelde waarheid uitleef nie, maar sy siening word binne 'n sekere kulturele diskoers gevorm. Die moontlikheid bestaan dat hy op 'n ander tydperk, sy opinie (of die sogenaamde waarheid) oor sy liggaam en die implikasies daarvan vir sy lewe kan verander.

### **3.2.2 Die bestaan van objektiewe realiteite**

Volgens die konstruktivisme is dit nie moontlik om 'n objektiewe realiteit te ken nie, maar die mens se realiteit bestaan uit sy interpretasies van dit wat met hom gebeur. Daar bestaan nie objektiewe waarhede nie, daarom bestaan daar verskeie moontlikhede vir die mens om sy realiteite te beskryf. Realiteit word in die mens se denke gekonstrueer en word nie net daardeur waargeneem nie (Foshaugen 1999:2). Die mens se realiteit is dus vloeibaar, verander konstant en word deur die mens se denke en daede gevorm. Die mens het daarom die voorreg om sy eie idees te vorm en word nie beperk tot bestaande menings wat op hom afgedruk word nie.

Sekere realiteite soos siekte, dood en armoede kom in die mens se lewe na vore en is nie slegs konstruksies wat in 'n mens se denke bestaan nie. Hier moet in ag geneem word dat die postmoderne epistemologie nie inligting verskaf oor wat bestaan nie, maar wel oor hoe die mens kennis van sy werklikheid bekom. 'n Afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat die mens self betekenis heg aan gebeure en invloede in sy omgewing, daarom verteenwoordig die amputasie van 'n ledemaat nie noodwendig sekere objektiewe waarhede nie, byvoorbeeld dat die persoon vir die res van sy lewe van andere se versorging afhanklik is nie. Volgens Gergen (1994:72) ontken die konstruktivisme nie die bestaan van dinge in die algemeen nie, maar redeneer wel dat daar nie 'n fundamentele beskrywing vir verskynsels of ervarings bestaan nie. Enige poging om dit wat bestaan in woorde te omskryf, geskied deur menslike redenering en dit is die begin van die proses van konstruering. Die vermoë van 'n woord of samestelling van woorde om die realiteit vas te vang is daarom 'n plaaslike skepping. Dit het die verdere implikasie dat die lewe geïnterpreteer moet word, aangesien geen vaste waarhede of waardes bestaan nie.

Die konstruksionisme trek die vorming van menslike gedrag deur na die verhoudinge waarbinne die mens bestaan en verskuif die fokus van die individu se funksionering na die

onderhandelinge wat tussen mense bestaan. Alle pogings om iets te beskryf is volgens Gergen (1994:72) onafwendbaar verweef met die prosesse van sosiale interaksie, wat histories en kultureel gebonde is. Realiteite word met ander woorde sosiaal gekonstrueer en alle dinge wat deel vorm van die mens se realiteit (soos gelowe, gebruike en gewoontes), word deur mense gekonstrueer en uitgeleef (Freedman en Combs 1996:23). Die fokus op die mens se sosiale funksionering en die prosesse hoe betekenis tydens die interaksie tussen mense gevorm word, is 'n belangrike raakpunt wat tussen die konstruksionisme en maatskaplike werk bestaan.

### **3.2.3 Die vorming van kennis**

Kennis word deur menslike interpretasies gevorm, dit is nooit volledig of finaal nie en word deur faktore soos klas, ras en etnisiteit gekleur. Kennis is dus die volgehoue produk van die taal, kultuur en sosiale praktyke waarbinne mense bestaan. 'n Plaaslike gemeenskap bestaan uit mense wat hul lewensgebeure gesamentlik op 'n bepaalde wyse interpreteer. Geen interpretasie van 'n teks of situasie kan hiervolgens aanspraak maak op die hoogste outoriteit nie, want daar bestaan verborge teenstrydighede, wat die eenheid en samehang van kennisraamwerke belemmer. Gevolglik is alle kennis onafgehandel en daar bestaan nie iets soos die ware betekenis van 'n teks of gebeurtenis nie. Enige vorm van kennis, saamgevat in grondige of grootskaalse teoretiese modelle of meta-narratiewe word gekritiseer vir die totaliserende invloed daarvan op die mens en gemeenskap. "Metanarratives are large-scale theoretical interpretations purportedly of universal application. They often have a terroristic or militaristic function to sanction the illusion of a universal human history" (Foshaugen 1999:2-3). Daarom word van die veronderstelling uitgegaan dat kennis nie los van die mens en sy konteks kan bestaan nie.

Volgens die konstruksionisme word kennis gesamentlik deur mense geskep en besit, in die mate waarin dit in verhoudinge onderhandel is. Die kenner, die kennis wat geskep word, kultuur, taal en ervaring is dus interafhanklik van mekaar en waarhede word tydens deelname aan sosiale of dialogiese interaksie geskep (Anderson en Goolishian 1988:375). Indien realiteit gesien word as iets wat sosiaal gekonstrueer word, is kennis ook verhoudings en konteksgebonde. Kennis word met behulp van taal geskep, soos wanneer mense onderling met mekaar in interaksie tree, gesamentlike besluite neem en samehangende sienings oor hul belewenisse en lewensgebeure formuleer. Konstruksionisme daag die tradisionele siening uit dat die waarheid deur taal weergegee

word en dat wetenskaplike sistematiesing iets kan beskryf, sonder om die kulturele en kontekstuele daarvan te verreken.

Betekenis en begrip is volgens Anderson en Goolishian (1992:27) die resultaat van die aksie verbode aan kommunikasie. Betekenisgewende diskoers of dialoog vind plaas in 'n sisteem vir wie die kommunikasie relevant is. Volgens die konstruksionisme is taal 'n sosiale proses en Gergen (1994:46) argumenteer dat woorde leeg en passief is, maar aktief word wanneer dit deur mense in 'n verhouding gebruik word. 'n Verhouding tussen persone is nodig, voordat die kontekstuele konstruksie van realiteit moontlik word. 'n Kritiese beoordeling van die verhoudinge wat tussen taal, sosiale prosesse en die vorming van kennis bestaan, is daarom nodig om te verstaan hoe diskoerse in mense se verhoudinge funksioneer en hoe kennis gesamentlik daargestel en benut word.

### **3.2.4 Taal en werklikheidskepping**

Die ontwikkeling van postmodernistiese idees gaan ten nouste gepaard met die filosofiese beredeneringe oor die rol wat taal in die mens se lewe speel. Die mens bestaan in taal, want die mens het taal nodig om dit wat gesien en gehoor word, te beskryf, te verstaan, te ken en te herken (Andersen 1993:303). Die kennis wat die mens as algemeen geldend beskou en die vooroordele wat daarmee gepaard gaan, bestaan in die taal wat mense gebruik.

Volgens Efran, *et al.* (1988:32) is taal nodig om die komplekse aksies in 'n gemeenskap te koördineer en daarom praat konstruktiewe van menslike lewens as die bestaan in gesprekke. Taal is selfrefleksief, want met taal konstrueer persone binne 'n bepaalde kultuur, konteks en tyd hul realiteite (Schenck 1998:16). Taal word sodoende die medium waarmee die mens sy realiteite konstrueer en homself beskryf. Taal word gesien as die metafoer vir die lewe (Janse van Rensburg 2000a:6). Dit impliseer dat die betekenis van woorde nooit vasgestel is nie en die interpretasie van die teks hou verband met die konteks waarin dit geskryf is. In die lig hiervan is die mens se sienings, interpretasies en die teks van die mens se lewe in 'n konstante proses van verandering.

Menslike sisteme is taalgenererend en die kommunikasie tussen mense vind in taal plaas. Kommunikasie en diskoers definieer 'n sosiale organisasie en is nie die produk van 'n sosiale organisasie of eenheid nie (Anderson en Goolishian 1992:27). 'n Sosio-kulturele sisteem is dus die produk van die sosiale kommunikasie tussen mense. Dit impliseer dat

die realiteite van deelnemers aan 'n sekere gesprek, die beste deur hulself beskryf kan word en nie deur objektiewe waarnemers nie. In aansluiting hiermee sê Freedman en Combs (1996:28): "... the language that we use *constitutes* our world and beliefs. It is in language that societies construct their views of reality". Mense verkry kennis van hulself en die wêreld deur gebeurtenisse en hul sienings met mekaar te bespreek. Taal word gebruik om inligting oor te dra en om gebeure te interpreteer. Taal is 'n interaktiewe proses en nie die passiewe ontvang van bestaande waarhede nie. Deur gesprekvoering oor die betekenis van 'n woord, skep die mens sy realiteite. Taal verander voortdurend en elke woord se betekenis hou verband met 'n sekere konteks en elke konteks verskil van die ander. Daarom kan die presiese betekenis van 'n woord nie bepaal word nie, want dit word voortdurend tussen mense onderhandel.

In die lig van bogenoemde kan gesê word die mens uitdrukking gee aan sy werklikheid deur taal en verandering vind in taal plaas. Die mens se perspektiewe, narratiewe en subjektiwiteit word in die taal wat die mens in 'n sekere konteks gebruik, uitgedruk. In taal kom 'n verskeidenheid van diskoerse en interpretasies na vore, gevolglik bestaan die mens in 'n verskeidenheid van narratiewe. Diskoerse tussen mense is meer as net die woorde en stellings wat gebruik word, want dit hou verband met die mens se meningsvorming en verhoudingsnetwerke. Bestaande diskoerse in 'n groep of gemeenskap kan daarom die mens se konstruksies beperk, deur voor te skryf wat gedink en gesê mag word, asook wie die gesag het om iets te sê. Aan die ander kant skep gesprekvoering geleentheid om nuwe betekenis vir problematiese sienings, gevoelens en gedrag, te onderhandel.

### **3.2.5 Menslike sisteme is betekenisgenererend**

Alles wat gesê word, spruit uit 'n sekere tradisie voort en dit het slegs in daardie konteks betekenis (Efran, *et al.* 1988:29). Buite 'n sekere konteks is dit betekenisloos en binne 'n nuwe konteks beteken dit iets anders. Maatskaplike probleme is daarom nie omstandighede of aksies wat in isolasie plaasvind nie, maar bestaan binne 'n sekere konteks, omdat die individu, groep of gemeenskap sekere gedrag of faktore in hul omgewing as problematies beleef en beskryf. Dieselfde probleem kan deur 'n ander individu of groep as aanvaarbaar en as nie-problematies beskryf word.

Die konstruktiewisme beklemtoon dat 'n verskeidenheid van betekenis aan gebeure of ondervindinge geheg kan word. Jacques Derrida gebruik die metafoer van tekstiel om dit

te verduidelik, want drade word in 'n tekstiel ingewef, wat konstant die voorkoms van die tekstiel verander (Janse van Rensburg 2000a:10). Net so verander die herinterpretasie van 'n teks, of dit wat in die hede ervaar word, voortdurend vorige konstruksies. Die implikasie hiervan is dat geen eenvormige betekenis aan iets geheg kan word nie en niks het 'n vasgestelde betekenis nie. Dit skep ruimte vir die daarstelling van verskillende standpunte oor 'n aangeleentheid.

Volgens die konstruksionisme word betekenis en begrip binne verhoudinge en intersubjektief gekonstrueer. Anderson (1993:324) sien die gee van betekenis as "... an intersubjective phenomenon, created and experienced by individuals in conversation and action with others and with themselves. This assumes that human action takes place in a reality of understanding that is created through social construction and dialogue and that we live and understand our lives through socially constructed narrative realities, that is, that we give meaning and organization to our experiences and to our self-identity in the course of these transactions." Kommunikatiewe aksie tussen mense dui op die dialoog wat in 'n sosiale sisteem plaasvind, waardeur betekenis aan gebeure geheg word. Met intersubjektief word bedoel dat twee of meer persone saamstem dat hulle dieselfde gebeurtenis op dieselfde wyse ervaar. Kommunikasie verkry met ander woorde relevansie na 'n bepaalde onderhandelingsproses, waartydens hulle gesamentlik bepaalde gebeure geïnterpreteer het. Die ooreenkoms is egter baie broos en bly voortdurend oop vir herinterpretasie. Kommunikasie, dialoog en samewerking tussen mense het daarom verreikende gevolge vir die mens se interpretasie en belewenisse van sy lewensondervindinge.

### **3.2.6 Pluralisme**

Vir die postmodernisme is teorieë en idees konteks- en kultuurgebonde en wat vir een gemeenskap belangrik is, maak dalk geen sin vir ander gemeenskappe nie. Die bestaan van verskille, meervoudigheid en diversiteit word waardeur. Die klem is op verskeidenheid en die verskillende wyses hoe die wêreld deur die mens gekonstrueer kan word. Dit lei volgens Gergen (1994:92) tot 'n wye reeks moontlikhede om dinge te verstaan en hulp te verleen. Die beklemtoning van verskeidenheid en verskille kan daarom 'n positiewe bydrae lewer om die maatskaplike werker se aandag te vestig op alternatiewe sienings en beskrywings van die persone wat maatskaplikewerkdienste ontvang en die probleme wat ervaar word. Volgens Schenck (1998:15) gee hierdie siening daartoe aanleiding dat alle mense se idees relevant, belangrik en gelyk is. Hierdie



uitgangspunt gee gestalte aan maatskaplike werk se beginsels (vgl. 2.3.3) wat die unieke bydrae van elke deelnemer aan die hulpverleningsproses erken, elkeen se betekenisgewing met respek hanteer en die demokratiese proses in maatskaplike werk bevorder. Waardering vir verskeidenheid en respek vir die kundigheid van elke deelnemer, as gelyke gespreksvennoot, toon ooreenkomste met deelnemende werkswyses (vgl. 1.4).

### **3.2.7 Die mens se identiteitsvorming**

Volgens die konstruksionisme is die mens 'n sosiale of verhoudingskonstruksie (Schenck 1998:17). Die siening van die self is 'n konstruksie wat deur sosiale interaksie gevorm word. Gergen (1994:188) sê: "... the self-narrative is a linguistic implement embedded within conventional sequences of action and employed in relationships in such a way as to sustain, enhance, or impede various forms of action". Die klem verander van interne selfpersepsies na die prosesse om verskeie selfkonsepte te konstrueer en te herkonstrueer, met verskillende funksies in die verskillende verhoudinge wat die mens het. Freedman en Combs (1996:32) sluit hierby aan: "'Selves' are socially constructed through language and maintained in narrative. We think of a self not as a thing inside an individual, but as a process of activity that occurs in the space between people." Die mens is van ander mense en vormende faktore in sy konteks afhanklik om 'n selfbeeld te vestig en te wysig. 'n Negatiewe selfbeeld is gevolglik nie 'n vasgestelde gegewene nie en ander selfsienings kan geëksploreer word. Hierdie siening skep die geleentheid aan die mens om sy verhouding met homself te verbeter.

### **3.2.8 Die rol van mag**

Die mag wat gepaard gaan met die aansprake van die wetenskaplike proses om objektiewe kennis te versamel, word gekritiseer. Janse van Rensburg (2000a:10) verwys na die werk van Michel Foucault wat ondersoek ingestel het na die neiging in Westerse samelewings om mense as normaal of abnormaal te kategoriseer en kom tot die gevolgtrekking dat dit 'n belangrike bydrae gelewer het om die rol en gevolge van mag in gemeenskappe uit te lig. Foucault (Madigan 1998a:16; Janse van Rensburg, 2000a:10) ondersoek onder andere die prosesse waarvolgens mense as siek beskryf word en hoe hulle as gevolg van dié etikettering onderdruk word. Taal word 'n instrument van mag, want mense oefen mag uit in die mate wat hulle kan deelneem aan die vorming en instandhouding van dominerende diskoerse in 'n samelewing. 'n Verband ontstaan tussen die besit van kennis en die uitoefening van mag, want die diskoerse in 'n samelewing bepaal watter kennis of sienings

as waar en reg beskou word. Persone wat die diskoerse en historiese, kulturele en algemeen-aanvaarde kennisraamwerke in 'n samelewing beheer, is daarom in 'n magposisie, wat misbruik kan word en tot die onderdrukking van ander vorme van kennis aanleiding kan gee.

### **3.2.9 Morele relativisme**

Die konstruktivistiese siening dat mense hul realiteit kan skep en herskep en dat een siening, narratief of vorm van waarheid nie bo die ander verhef kan word nie, gee aanleiding tot morele relativisme. Geen duidelike morele of etiese riglyne bestaan oor wat reg en verkeerd, wenslik of onwenslik is nie. Volgens Gergen (1994:81) word een stel van morele veronderstellings nie bo 'n ander gestel nie en daarom word ruimte vir verskillende sienings en godsdienste geskep en alle uitsprake word as geldig aanvaar. Die waarde hiervan is dat dominante diskoerse en die effek daarvan op mense se lewens onder die soeklig kom. 'n Gevaar verbonde aan morele relativisme is dat dit toewyding aan 'n sekere stel waardes ontmoedig en geen motivering verskaf om vernuwing in die lewe van individue of 'n gemeenskap bevorder nie. So 'n benadering wek verder die indruk dat alle standpunte getolereer word en dat die konstruktivisme opsigself geen morele standpunt bevorder nie.

In teenstelling met die konstruktivisme wat die geldigheid van die individu se morele konstruksies bepleit, beklemtoon die konstruksionisme die rol van kommunikatiewe aksie vir die daarstelling van etiese riglyne. Moraliteit is volgens die konstruksionisme nie die besit van 'n persoon nie, maar gekoördineerde aktiwiteite met 'n morele betekenis in 'n sekere kultuur (Gergen 1994:109). Individue is binne die kultuur van 'n sekere gemeenskap ingebed en dit is binne hierdie raamwerk dat die individu morele verantwoordelikheid vir sy aksies aanvaar. Die sosiale konstruksie van moraliteit het volgens Gergen (1994:111-112) die voordele dat mense saamwerk om morele betekenis daar te stel, die individu word nie alleen aanspreeklik gehou vir immorele gedrag nie en morele gedrag word bevorder, omdat die riglyne binne verhoudinge gevorm word. Die klem is dus op die morele aksies binne die narratiewe van mense, wat die produk van volgehoue interaksie met andere is en nie die individu se private moraliteit nie. 'n Verdere gevolgtrekking is dat die individu se konstruksies oor goed en sleg, aanvaarbaar en nie-aanvaarbaar, nie sonder onderhandelinge kan bestaan nie. Die daarstelling van 'n morele waardesisteem is 'n dinamiese proses en kan nie deur een persoon op 'n ander afgedruk word nie. Immorele gedrag kan teenkating verwag, want dit staan in teenstelling met die

onderlinge konsensus, wat binne 'n groep van interpreteerders, onderhandel is. Die siening dat morele gedrag kollektief beding word, vervang nie die individu se verantwoordelikheid om keuses uit te oefen nie.

### **3.2.10 Dekonstruksie**

Dekonstruksie is die onvermydelike uitkoms tot die benadering van kuns en literatuur in 'n postmoderne tydperk, want hiervolgens kan 'n teks of storie in enige rigting ontwikkel, sonder om getrou te bly aan enige struktuur of objektiewe waarheid. Dekonstruksie verklaar dat die bedoeling van die skrywer van 'n teks irrelevant is vir die interpretasie van die teks (Foshaugen 1999:2). Twee beginsels wat hieruit vloei, is dat geskifte betekenis oordra wat die skrywer nie bedoel het om oor te dra nie en die skrywer kan nie in woorde oordra wat hy bedoel het nie. Dekonstruksie is deel van alle postmoderne diskoerse, want dit is bedoel om die mens skepties te laat kyk na sienings en konsepte wat as vanselfsprekend aanvaar word.

Derrida (Lax 1992:71) se siening dat taal 'n sisteem van simbole, wat positiewe of negatiewe waarde kry wanneer betekenis daaraan geheg word, is betekenisvol. 'n Verskeidenheid van betekenis kan aan een woord geheg word en daar bestaan spanning tussen dit wat gesê is en dit wat ongesê gebly het. Hierdie spanning skep die potensiaal vir nuwe begrippe om te ontwikkel en open terapeutiese moontlikhede, want vanuit dit wat teenwoordig is en nie teenwoordig is nie, kom die potensiaal van 'n nuwe posisie of perspektief na vore.

### **3.2.11 Realiteite word in narratiewe georganiseer**

Mense maak sin van hul lewens deur stories daarvoor te vertel (Müller 2000:9). Die konstruktiewisme verwys dikwels na die mens se lewe as 'n teks of narratief en beklemtoon die verskeidenheid van perspektiewe wat in 'n teks bestaan. Ricoeur verwys na die teks as metafoor vir menslike ondervindinge (Lax 1992:73). Die mens of teks is nie rigied nie en daarom het 'n mens nie 'n ware storie nie. Elke lees van die teks verskil van voriges en die leser interpreteer nie die teks nie, maar uit die interaksie tussen die teks en die leser ontwikkel 'n nuwe storie oor die werklikheid. Die teks bestaan daarom in interaksie met andere en deur dialoog kom nuwe narratiewe na vore.

Dominante narratiewe in 'n samelewing spesifiseer sekere gewenste gebruike en gedrag en onderdruk weer andere. Die narratiewe van dominante kulture word dan noodwendig op gemarginaliseerde kulture afgedruk (Freedman en Combs 1996:32). Kulture beïnvloed die betekenis wat aan sekere lewensgebeure geheg word en andere word as betekenisloos afgemaak. Freedman en Combs (1996:33) wys op die belangrikheid daarvan dat dit nie genoeg is om 'n nuwe storie te vertel nie, maar die verandering moet uitgeleef word. Die transformerende potensiaal van narratiewe kom dus eers na vore wanneer dit in die mens se interaksieprosesse neerslag vind en die nuwe narratiewe deur ander betekenisvolle persone versterk word.

Die konstruksionisme se siening oor die rol van kulture het neerslag gevind in die narratiewe benadering, want stories bestaan en sirkuleer in 'n samelewing en beïnvloed die mense wat daarbinne lewe. Stories beïnvloed nie net die persoonlike lewe van mense nie, maar ook dié van 'n sekere kulture. Die interaksie tussen die persoonlike stories van mense en die wat in die plaaslike en groter kulture uitgeleef word, het toenemend die fokus in hulpverleningsdienste geword. Mense se ervarings word in terme van die kennis wat in stories bestaan en die wyse hoe mense dit benut om hul daaglikse ervarings te interpreteer, beskryf.

### **3.2.12 Die Transendente Ander**

In die postmoderne wêreld is daar geen konsensus oor 'n transendente Ander (vir die Christendom is dit God Drie-enig) nie. Kritiek is dat die Ander die mag het om voorskrifte te gee oor wat reg en verkeerd of sleg en goed is. Die konstruktiewisme dekonstrueer enige vorm van mag of voorskrifte vir gedrag, aangesien dit die mens se unieke konstruksie onderdruk. Die transendente of geestelike dimensie van die mens kan nie deur die mens se kognitiewe funksies verklaar word nie en daarom word dit nie deur die konstruktiewisme erken nie. Die ontkenning van 'n mag as die bron van outoriteit het volgens Parry (1991:40) daartoe aanleiding gegee dat mense wat deur die samelewing uitgeskuif is, die selfvertroue gekry het om hul ervarings te deel. Die individu of groep word toegelaat om 'n eie stem te vind en om 'n eie storie te vertel, sonder om met 'n normatiewe struktuur vergelyk te word.

Die Christelike beskouing verskil van die postmoderne sienings deur die bestaan van God Drie-enig te erken, aangesien die gelowige 'n persoonlike ontmoeting met Hom het. 'n Uitvloeisel hiervan is volgens Du Toit (2000:95) dat die Bybel deur die Christen in geloof

as die waarheid aanvaar word en dat daar tot 'n inniger verbondenheid met God gekom moet word, om dan in hierdie verhouding met Hom die sinvolheid van die lewe in die aangesig van sinloosheid te ontdek. Hier is dus sprake van 'n persoonlike verhouding met 'n lewende God, wat 'n rigtinggewende invloed op die gelowige se lewe het, want in die mens se interaksie met God word ook sekere werklikhede gekonstrueer.

### **3.3 DIE BETEKENIS VAN DIE KONSTRUKTIWISME EN SOSIAAL KONSTRUKSIONISME VIR MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING**

Die konstruktiewise en konstruksionisme is epistemologieë oor hoe kennis verkry word en nie 'n terapeutiese benadering met sekere tegnieke nie. Van die uitgangspunte van die postmoderne epistemologie het egter neerslag gevind in terapeutiese praktyke.

Die betekenis van die konstruktiewise en konstruksionisme vir hulpverlening word beter verstaan deur te let op belangrike ontwikkelinge in die terapeutiese veld. Aan die hand van Doherty (1991:39-41), Freedman en Combs (1996:3-8) en Pease en Fook (1999:8-10) kan die volgende ontwikkelinge omlin word:

- Aan die begin van die twintigste eeu het die fokus van hulpverlening verskuif na die individu en die mikro-eenhede van ondervindinge. Freud se bydrae was in hierdie tyd betekenisvol en ondersoek die individu se onbewustelike prosesse, deur die detail wat in taal en drome na vore gekom het, te analiseer. Die groter sosiale konteks, soos die individu se sosiale en politieke lewe, word geïgnoreer. Behaviorisme het die modernisme se idees vertoon, deur die stimulus-respons siklusse fyn te analiseer, sonder om die emosionele en sosiale konteks van die mens se gedrag in ag te neem.
- Eerste-orde kubernetika fokus op die kennis van 'n bepaalde struktuur en die vloei binne sisteme wat informasie genereer. Dit het 'n strategiese terapeutiese raamwerk voorsien, wat gekenmerk is deur die siening dat kliënte in herhalende gedragspatrone vasgevang word en dat hulle telkens oneffektiewe oplossings daarvoor gebruik. Die taak van die terapeut is dus om objektiewe assesserings te doen, op grond hiervan doelwitte vir hulpverlening te stel en strategiese ingryping te implementeer. Die terapeut het 'n kontrolerende rol gehad en hoewel daar na bestaande kragte en hulpbronne in die persoon en die omgewing gesoek is, was die fokus op die disfunksionele.

- Tweede-orde kubernetika kom na vore toe terapeute besef hulle kan nie buite die kliëntsisteem staan om objektiewe assesserings te doen nie. In navolging van Gregory Bateson se idees, word die klem op die biologiese en ekologiese faktore van mense en sake geplaas. Terme soos “saam bestaan” en “gesamentlike skepping van realiteit” kom geleidelik na vore. Kubernetika verskaf aan gesinsterapie die metaforiese taal om gesinsprosesse te analiseer, sonder om na onderliggende waarhede, insigte of historiese feite te soek.
- Bewegings soos die feminisme fokus op die verband wat tussen persoonlike faktore en politieke ondervindinge bestaan en gee min aandag aan die kliniese, individuele en interpersoonlike aspekte van maatskaplike probleme. Die beginsel dat maatskaplike werk persone met minder mag moet bemagting, word deur hierdie bewegings bevorder. Die besit van mag word uitgelig as die groot verdeler in sosiale organisasies en bepaal wie bevoorreg en wie minder bevoorreg is, wie die onderdrukker en wie die onderdrukte is en wie die uitbouter en wie die uitgebuite. Die feminisme beklemtoon die gevolge wanneer verskille tussen mense beklemtoon word. Die patriargale strukture wat in die groter sosiale sisteme ingebed is, word ondersoek en die relevansie van sosiale en politieke faktore vir kliniese werk word herevalueer.
- Kritiese sosiale wetenskap toon ooreenkomste met postmoderne denke, soos kritiek teen die siening dat universele waarhede bestaan, maar verskil van die oorheersende relativistiese tendens van postmoderne denke, wat alle uitgangspunte as ewe geldig beskou. Kritiese sosiale benaderings tot hulpverlening benut die kritiek eie aan die postmodernisme en beklemtoon terselfdertyd maatskaplike werk se verantwoordelikheid om sosiale geregtigheid te bevorder, wat impliseer dat sekere praktyke as meer of minder gewens beskou word.
- Postmodernisme in kontras met die suiwerheid, orde en analitiese abstraksie van die modernisme, fokus op eklektisisme en inklusiwiteit. Dekonstruksie, 'n literêre beweging, ontken die strukturalisme se pogings om die bestaan van realiteit, buite die gebruik van taal, te bewys en ontbloot die verskeidenheid van kompeterende temas wat in tekste bestaan. Poststrukturele idees soos dekonstruksie en diskoers word voorgestel as die wyses waarop mense hul wêreld skep en ken. Dit het die implikasie dat geen sosiale teorie aanspraak kan maak op geldigheid buite 'n sekere historiese konteks en waardesisteem nie; die erkenning van mense se unieke konstruksies; die aanval op rigiede en gevestigde sienings en die benutting van taal om werklikhede daar te stel.

- Gesinsterapeute (en later ander hulpverleningsberoep) het op grond hiervan 'n unieke narratiewe benadering ontwikkel en ondersoek eerder patrone van betekenisgewing, as gedragpatrone in gesinne. Die werk van Michael White en David Epston geniet internasionale erkenning en word tans in verskeie kliniese praktyke toegepas. Kenmerkende tegnieke, soos byvoorbeeld sirkulêre vraagstelling en relatiewe beïnvloedingsvrae het ontwikkel, wat 'n gesindheid van nuuskierigheid en 'n gretigheid bevorder om meer van die gesinslede se ervarings te leer. Terapeute sien hulself as deel van die hulpverleningsproses en word medeskeppers van kliënte se realiteite. Dit het samewerking tussen die deelnemers bevorder en die uitkomst wat bereik word, word gesien as die resultaat van die interaksie tussen die betrokkenes.
- Konstruktiewe bevraagteken tradisionele, empiriese navorsingsmetodes en die stappe van die wetenskaplike diskoers. Argumente vir die gebruik van verskeie navorsingsmetodes kom na vore en die integrasie van benaderings en multidimensionele navorsing en terapie word hierdeur bevorder.

Uit bogenoemde blyk dit duidelik dat die konsepte wat kenmerkend van die konstruktiewe en konstruksionisme is, op 'n eksperimentele wyse in hulpverleningsdienste toegepas is. Dit het tot radikale veranderinge in terapeutiese strategieë aanleiding gegee. Kliënte word saam met terapeute aktiewe deelnemers aan die hulpverleningsproses, wat deelnemende werkswyses bevorder en magsongelykheid in hulpverlening verminder. Die fokus op narratiewe en werklikheidskepping in plaas van probleemgedrag of verhoudingspatrone, beklemtoon die positiewe en onontginde potensiaal in die mens se realiteite.

Sekere teoretiese konsepte van die konstruktiewe en konstruksionisme is betekenisvol vir hulpverlening en die implikasies daarvan vir maatskaplike werk volgens die narratiewe werkswyse word vervolgens bespreek.

### **3.3.1 Die individu se werklikheidskepping**

Konstruktiewe fokus op die verandering van die mens se kognitiewe konsepte, eerder as die mens se interaksie met sy wêreld. Maturana sê tydens 'n onderhoud met Simon (1985:35) “[h]uman systems are what they are. They do not respond to outside attempts to influence them, only to their own internal perturbations.” Dit het die implikasie dat die mens die gevangene van sy eie persepsies word en die rol wat verhoudinge en kultuur in die vorming van die mens se sienings speel, word ontken. Hierdie veronderstelling word

duidelik deur Maturana se siening van 'n gesin se funksionering gedemonstreer. Elke gesinslid het 'n geldige siening oor die gesin, wat verskil van die ander gesinslede se sienings. Elke gesinslid beskryf met ander woorde 'n unieke gesin en die gesinslede gee nie net verskillende beskrywings van dieselfde gesin nie, aangesien elke gesinslid se konstruksie 'n geldige weergawe van die gesin is. In die lig hiervan weier die terapeut om kante te kies, want elke gesinslid bring sy eie beskrywing van die gesin na vore. Dit gee die vryheid aan die terapeut om die gesin toe te laat om te transformeer, om te disintegreer en iets anders te word, sonder om te dink dit is deur sy toedoen of dat hy die gesin moet help om te word wat hulle veronderstel is om te wees.

Die oorbeklemtoning van die individu se kognitiewe vermoë en unieke samestelling, sonder om die invloed van die mens se sosiale konteks op sy funksionering te bereken, herinner aan psigoanalitiese modelle wat intra-psigiese verklarings vir gedrag en probleme verskaf. So 'n benadering gee aanleiding tot 'n verskraalde beeld van die mens se maatskaplike funksionering, want die invloed van sosiale, ekonomiese, historiese en kulturele faktore word nie verreken nie. Die siening dat die mens sy eie werklikheid skep en die potensiaal het om dit te herskep, dien as motivering om die kliënt as aktiewe deelnemer by die hulpverleningsproses te betrek.

### **3.3.2 Magsongelykhede in hulpverlening**

Terapie vanuit die konstruktiewisme is volgens Efran, *et al.* (1988:29) essensieel 'n politiese gebeurtenis, want dit ondersoek die daarstelling, verandering en instandhouding van sekere tradisies en taalformulerings. Die geneigdheid van tradisies en algemeen-aanvaarde teorieë om ander sienings te onderdruk, gee aanleiding tot die ontstaan van magsposisies en magsmisbruik in hulpverleningsverhoudinge. Die konstruktiewisme kritiseer dus die mag wat met die positiewisme se beklemtoning van wetenskaplike kennis gepaard gegaan het.

Maatskaplike werk is nie van die invloed van die wetenskaplike benadering gevrywaar nie (Martinez-Brawley 1999:336). Dit het tot magsongelykhede in die verhouding tussen die maatskaplike werker en die kliëntsisteem aanleiding gegee, want daar is van die veronderstelling uitgegaan dat die maatskaplike werker oor meerdere kennis beskik. In die lig van die veronderstellings van die konstruktiewisme en konstruksionisme is die maatskaplike werker 'n kundige in die fasilitering van 'n hulpverleningsproses, wat die kliënt se kennis en menings oor dit wat vir hom belangrik is, erken en bevorder word.



### 3.3.3 Objektiewe professionele kennis

Daar bestaan nie een bevoorregte, neutrale posisie of vertrekpunt waarvolgens kliënte en terapeute toegang tot 'n objektiewe realiteit kan verkry, wat waargeneem of waaruit gepraat kan word nie (Parry 1991:39). Die konstruktiewe se klem op die belangrikheid van die mens se kognitiewe prosesse eerder as 'n objektiewe kennissisteam, verplaas hulpverlening se fokus na die vorming van nuwe kognitiewe konstruksies, om nuwe betekenis aan problematiese selfsienings, verhoudinge en situasies te heg. Een van die kernelemente van konstruktiewe denke is volgens Efran, *et al.* (1988:29) dat terapie nie beskou kan word as 'n objektiewe en waarde-vrye gebeurtenis nie. Die konstruktiewe integreer die mens se subjektiewe beredeneringe en waardes as deel van die proses waarvolgens kennis verwerf word.

Konstruktiewe is gedistansieer van die idee dat terapie op die diagnose van 'n objektiewe situasie of toestand gebaseer is. Die kliënt se konstruksie van sy werklikheid is daarom net so 'n geldige beskrywing as die beskrywing van die terapeut (Janse van Rensburg 2000a:50). Terapeute se rolle verander van slim oortuigers na kataliseerders en intellektuele ondersoekers eerder as pragmatiese probleemoplossers. Die terapeut is nie langer die kundige wat objektiewe kennis in die hulpverleningsproses inbring nie en daarom word terapie vanuit die nie-kundige posisie benader. Die kliënt word met ander woorde as die kundige van sy eie funksionering en probleemoplossing gerespekteer en word aangemoedig om sy eie realiteite te konstrueer en herkonstrueer. Die terapeut het die verantwoordelikheid om ruimte vir die kliënt se storie te skep, deur die inneem van 'n nie-kundige posisie en die vra van vrae wat die gesprek bevorder. (Vgl. Anderson 1993:325-330.) Die terapeut is 'n responsiewe en aktiewe luisteraar, wat meer wil weet van wat gesê is en nie gesê word nie en 'n eerlike houding inneem om nie te vinnig te wil verstaan nie. Elke onderhoud of groepbyeenkoms is daarom uniek, want daar word nie gesteun op vooraf verworwe, objektiewe kennissisteme nie.

Konstruksionisme beskou die verhale, tekste of kennis van mense as nuwe-produkte van menslike verhoudinge, want die teks kry eers betekenis wanneer diskoerse en onderhandelinge binne verhoudingsnetwerke plaasvind. "Knowledge, being socially arrived at, changes and renews itself in each moment of interaction. There are no prior meanings hiding in stories or texts. A therapist with this view will expect a new and hopefully more useful narrative to surface during the conversation, but will see this

narrative as spontaneous rather than planned. The conversation, not the therapist, is its author” (Hoffman 1992:18). Daar word dus voorkeur gegee aan gesprekvoering bo die bestaan van teoretiese kennis. Gergen (1994:244) stem hiermee saam en beskryf die terapeut as “... a collaborator, a co-creator of meaning”. Die terapeut se kennis stel met ander woorde een wyse van lewe voor wat nie noodwendig bo ander sienings voorkeur moet kry nie. Die bespreking van verskillende sienings, het die potensiaal om die kliënt en die maatskaplike werker se funksionering te wysig.

### **3.3.4 Beskrywing van patologie en die maak van diagnoses**

‘n Diagnose impliseer dat objektiewe kriteria benut word om ’n individuele en sosiale identiteit aan ’n persoon toe te ken. Diagnoses hou verband met die klassifisering van siektes en word gerugsteun deur die waarde wat professionele persone en gemeenskappe aan wetenskaplike uitsprake heg (Madigan 1998a:17). Die maak van diagnoses het in die praktyk die verdeling van mense op grond van hul simptome of gedrag meegebring, wat tot stigmatisering aanleiding gegee het. Wetenskaplike klassifikasies het die implikasie dat ’n sekere diskoers oor die mens gevoer word, wat hom in objektiewe terme probeer beskryf.

In die veld van die gesondheidsdienste kom die maak van diagnoses ten opsigte van fisiese probleme algemeen voor. ‘n Diagnose berus op die veronderstelling dat dit moontlik is om ‘n siekte in objektiewe terme te beskryf, wat op alle mense van alle kulture van toepassing is. So word die kriteria van die “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) byvoorbeeld deur kliniese personeel gebruik as die ware omskrywings van die oorsake en behandeling van geestesongesteldhede, sonder om die mens se individualiteit en omstandighede in ag te neem (Doan 1997:129). Gesondheidswerkers gaan dikwels van die veronderstelling uit dat gekontroleerde en goed bestuurde versorging, volgens gestandaardiseerde metodes, voorspelbare en effektiewe resultate sal verseker. Freedman en Combs (1996:21) waarsku dat “... people are not television sets. When they are approached as objects about which we know truths, their experience is one of being dehumanized. They can feel like machines on an assembly line.” Selfs wanneer medikasie of behandeling daarin slaag om ‘n persoon se funksionering te verbeter, kan die persoon slegter van homself as mens dink. ‘n Voorbeeld is dat die gebruik van anti-depressante iemand kan help om beter te slaap, meer energie gee en minder laat huil, maar die persoon kan homself as ontoereikend beleef, omdat hy dink hy het medikasie nodig om te kan funksioneer. Die behandeling van mense as objekte, maak hulle die passiewe en magtelose ontvangers van terapeute en gesondheidswerkers se

kennis en vaardighede. Die konstruktiewisme is gedistansieer van die idee dat die objektiewe diagnosering van 'n situasie of toestand moontlik is.

Maatskaplike werkers is tradisioneel opgelei om patrone en strukture van maatskaplike wanfunksionering te herken en te omskryf. Die maatskaplike werker observeer die kliëntsisteem se gedrag en verhoudinge en benut objektiewe kriteria om 'n diagnose te vorm en later word die term en praktyk na die maak van assesserings uitgebrei. Volgens die tradisionele siening het die maatskaplike werker die status van 'n kundige, met toegang tot objektiewe kennis en inligting oor die kliënt se maatskaplike probleme. Omskrywings sluit inligting in oor wat doeltreffende maatskaplike funksionering en wanfunksionering beteken, asook watter aksies (strategie of ingryping) nodig is om die probleme te hanteer. Volgens Anderson en Goolishian (1988:386) is elke observasie en probleembeskrywing uniek, want realiteite word deur die kommunikasie tussen die deelnemers geskep. Omskrywings of realiteite is altyd vloeibaar, bly nooit dieselfde nie en is uniek vanweë die deelname wat plaasgevind het. Die kennis, verwagtinge en waardes van die terapeut en kliënt beïnvloed die ontwikkeling van die omskrywings van probleme en is 'n produk van sosiale onderhandelinge en die uitruiling van idees. Kommunikasie oor die belewenis van 'n maatskaplike probleem en die betekenis wat daaraan geheg word, lei gevolglik tot die beskrywing van 'n probleem en berus nie op die maak van objektiewe diagnoses deur die maatskaplike werker nie.

Volgens Gergen (1994:244) is terme soos probleme, lyding en die verligting daarvan 'n weergawe van 'n sekere realiteit, maar net vanuit 'n sekere perspektief. Daar bestaan geen probleme buite 'n sekere persoon of groep se beskrywing daarvan nie. In die lig van die konstruktiewisme en konstruksionisme is maatskaplike werk nie daarop ingestel om maatskaplike probleme in presiese, absolute en algemene terme te beskryf of om patrone van maatskaplike wangedrag te identifiseer nie, aangesien dit net die maatskaplike werker se perspektief weergee. Maatskaplike werk se fokus moet van die maak van diagnoses verskuif na die gesamentlike omskrywing van die kliënt se spesifieke belewenisse en persepsies en die invloed van omgewingsfaktore op sy konstruksies. Die hospitaal maatskaplike werker is dus nie op soek na feite nie, maar ondersoek die spesifieke betekenis wat mense aan hulself, hul gesondheid, verhoudinge en konteks heg. Kreatiewe en reflekerende dimensies word sodoende bygevoeg, want die maatskaplike werker is sensitief vir die gevolge van probleemomskrywings, asook dat mense se omskrywings van hul probleme en moontlike oplossings deurlopend verander. Die

beginsels van maatskaplike werk om die mens se uniekheid te respekteer en die bevordering van 'n vennootskapsverhouding word sodoende verwesenlik.

### 3.3.5 Probleemformulering en –oplossing

'n Probleem (of 'n relevante diskoers) kom volgens Anderson (1993:324) tot stand wanneer mense saamwerk aan iets waaroor hulle bekommerd is, of wil verander. Sy plaas die term probleem in aanhalingstekens, aangesien sy dink daar bestaan nie 'n "probleem" nie, maar 'n verskeidenheid van beskrywings, verduidelikings en mense vorm gesamentlik 'n sisteem rondom 'n gebeurtenis en beskryf dit dan as 'n probleem.

Probleme bestaan in die gedeelde taalsisteem waarin die betrokkenes leef. Die term "fisiese gestremdheid" bied met ander woorde 'n raamwerk om interpretasies van ervarings en probleme te formuleer. Selfs ervarings wat as suiwer fisies van aard beskou word, soos pyn, word deur taal omskryf (Efran, *et al.* 1988:29). Daarom het pyn nie net te doen met die mens se sensustelsel nie, maar ook die interpretasies wat met die sensasies geassosieer word. So kan pyn of die verlies van 'n ledemaat byvoorbeeld met gedagtes van ongelukkigheid geassosieer word. Die siening van fisiese gestremdheid as 'n probleem is met ander woorde 'n interpretasie binne 'n sekere tradisie op 'n gegewe tyd, terwyl ander beskywinge van die verskynsel altyd moontlik is. Vanuit die konstruktiewisme poog 'n terapeut om 'n nuwe omskrywing van die probleemsituasie te verkry deur die herrangskikking van die betekenis wat aan 'n probleem geheg word (Efran, *et al.* 1988:29). In die lig hiervan word fisiese gestremdheid nie as 'n objektiewe verskynsel met voorafbepaalde betekenis en 'n voorspelbare verloop beskryf nie.

Die wyses waarop probleme en moontlike oplossings geformuleer word, behoort nie 'n probleem in stand te hou nie, maar probleemomskrywings moet werkbaar wees in die sin dat dit nuwe moontlikhede of nuwe omskrywings bevorder en mense mobiliseer vir deelname aan die verandering daarvan. "In the therapeutic conversation, newness is continually evolving toward 'dissolving' the problem and cultivating a new sense of agency and freedom for the client. Problems are, therefore, not solved but dissolved" (Anderson 1993:325). 'n Probleem word deur die persoon se gewysigde verstaan van die probleem en ervaring van homself verwyder of deur aksies en gedragsverandering. Beide vorme van verandering is die gevolg van die dialoog wat in die terapeutiese konteks plaasgevind.

Die oplossing van probleme beteken nie die verwydering van probleme in die persoon of sy omgewing of die interaksie wat tussen hulle bestaan nie, maar die totstandkoming van 'n nuwe konstruksie. Daarom is Maturana (Simon 1985:43) van mening dat verandering in 'n gesin impliseer dat die gedrag of wyse van bestaan, wat hulle as 'n groep integreer om 'n eenheid te vorm en deur hulle 'n gesin te noem, disintegreer. Die gesinslede gaan voort om saam te leef, maar bestaan op 'n ander wyse. Vir die disintegrasië van 'n sekere wyse van bestaan, moet die eienskappe of gedrag van die gesinslede se verhoudinge verander. Kommunikasie met die gesin is nodig om daardie dimensies te beklemtoon wat van die bestaande klagtes verskil. Hierdie ander dimensies word ontdek tydens die interaksie wat tussen die gesinslede plaasvind. Verder word die aandag verskuif na aspekte wat die gesinslede oor hul lewe saam wil bewaar. Aangesien geen objektiewe siening bestaan oor hoe die gesin moet funksioneer nie, het die terapeut die vryheid om na emosionele teenstrydighede te luister, wat uitdrukkings insluit oor aspekte van die gesin se struktuur waarmee hulle nie tevrede is nie; dit kan die beginpunt word om 'n gesin van hul voorkeur te vorm. Die maatskaplike werker is daarom gerig op die ontwikkeling van positiewe aspekte wat vir die gespreksvennote van belang is en wat hulle graag wil ontwikkel.

Taal voorsien 'n raamwerk vir die bestuur van 'n traumatiese gebeurtenis. Die amputasie van 'n ledemaat hoef byvoorbeeld nie as 'n ramp beskryf te word nie, maar as die geleentheid om onomkeerbare weefselskade te genees. Die wyse waarop die amputasie van 'n ledemaat omskryf word, verduidelik die betekenis wat daaraan geheg word. So kan een persoon dit as 'n fisiese verlies beskryf en verbeterde mobiliteit as 'n oplossing vir fisiese beperkinge beskou. 'n Ander persoon kan die stigmatisering wat met die fisiese gestremdheid geassosieer word as die belangrikste probleem omskryf en die verwydering van diskriminasie in die gemeenskap as 'n oplossing vir die probleem voorstel.

### **3.3.6 Diversiteit en kompleksiteit**

In die vroeë 1970's het maatskaplike werk na die daarstelling van eenvormige teorieë en strategieë vir hulpverlening gestreef, deur byvoorbeeld spesifieke metodes vir hulpverlening te omskryf. Hierteenoor neem die postmodernisme 'n kritiese houding teen alle grondige teorieë in. Janse van Rensburg (2000a:50) wys daarop dat die konstruktivisme se erkenning van 'n verskeidendheid van sienings impliseer dat alle konstruksies van die realiteit ewe waar is. Kritiek teen algemeen-geldende teorieë of kennisraamwerke is nie om dit as verkeerd te bewys nie, maar om die aandag daarop te

vestig dat ander teorieë net so geldig is en dat algemeen-aanvaarde teorieë die moontlikheid het om die waarde van ander benaderings te onderdruk.

Die siening van die konstruktivisme oor die wyse waarop die mens kennis verwerf, het besondere implikasies vir maatskaplike werk, want die individu se verwerkingsprosesse bepaal wat hy as die waarheid beskou, asook dat elke individu unieke realiteite skep en herskep. Verder beteken dit dat alle deelnemers aan die hulpverleningsproses se konstruksies ewe belangrik is en die potensiaal verbonde aan diverse konstruksies word aangemoedig. Die kommunikasie tussen die maatskaplike werker en andere vorm 'n nuwe verhoudingsstelsel, met die potensiaal om al die deelnemers se interne prosesse te beïnvloed. Die terapeutiese verhouding word dan gekenmerk deur 'n verskeidenheid van menings en konstruksies, met die potensiaal om nuwe betekenis aan probleem-situasies te heg.

### **3.3.7 Morele verantwoordelikheid**

Die gebrek aan algemeen-aanvaarbare riglyne oor wat goed en sleg in 'n postmoderne tydperk is, beteken nie volgens Freedman en Combs (1996:35-36) dat alles in 'n samelewing aanvaarbaar is nie. Die geldigheid van die individu se konstruksies, beteken met ander woorde nie dat mense ongekontroleerd keuses kan uitoefen en besluite neem, sonder om die gemeenskap waarbinne hulle funksioneer se morele sienings en waardesisteme in ag te neem nie. Terapeutiese gespreksvoering behoort daarom rekening te hou met die betrokkenes en die gemeenskap se waardekonstruksies en die invloed daarvan op die bestaan van maatskaplike wanfunksionering. Aan die een kant moet die mag van dominante narratiewe nie die individu verhinder om 'n unieke waardesisteme te konstrueer nie en aan die ander kant moet pogings aangewend word om onderhandelinge in gemeenskappe te stimuleer om te bepaal watter gedrag as meer wenslik as ander beskou moet word.

Maatskaplike werk is onafskeidbaar verbind aan die bevordering van die mens of gemeenskap se maatskaplike welsyn, wat die beoordeling van goed of sleg insluit. Daarom is dit nie vir die terapeut moontlik om 'n waarde-vrye benadering te volg nie. Fook (2002:5) beklemtoon maatskaplike werk se missie en doelstellings om sosiale geregtigheid te bevorder en argumenteer vir 'n kritiese benadering in maatskaplike werk, wat grootliks met postmoderne denke ooreenstem, sonder om die morele relatiewiteit te bevorder wat daarmee geïmpliseer word. Onderhandelinge in maatskaplike werk is daarom 'n

volgehoue proses om te bepaal watter optredes die kliëntsisteem, die maatskaplike werker en die professie se belange die beste sal bevorder. Die siening dat konstruksies deur middel van interaksie tot stand kom, het die implikasie dat 'n groep maatskaplike werkers sou kon saamstem oor aanvaarde gedrag vir die professie en dit in 'n etiese kode verwoord. Die etiese kode word dan 'n werklikheidskonstruksie kenmerkend van die professie, wat weer deur voortgesette onderhandelinge gewysig kan word. Elke praktisyn moet duidelikheid hê oor sy persoonlike en professionele waardesisteem hê, ten einde deursigtige kommunikasie hieroor te bevorder.

### **3.3.8 Dialoog en terapeutiese gesprekvoering**

Terapie gebaseer op konstruktivistiese veronderstellings, is 'n gebeurtenis wat in taal plaasvind, wat die belangrikheid van dialoog en die terapeutiese gesprek uitlig. Volgens Efran, *et al.* (1988:33) is toewyding 'n essensiële bestanddeel vir terapie en dit is belangrik dat beide die terapeut en kliënt volle verantwoordelikheid aanvaar vir die gevolge van hul assosiasie met mekaar, alhoewel die gevolge nie by die aanvang van die gesprek voorspel kan word nie. Dit kan vergelyk word met die metafoer van 'n bootvaart. Die kaptein van die vaartuig kan nie 'n veilige vaart waarborg nie en die passasiers weet nie watter avonture of ontberinge op hulle wag nie. Gesprekvoering impliseer volgens Maturana (Simon 1985:43) 'n situasie van herhalende interaksie, waar die verkryging van kennis meebring dat al die partye se struktuur van bestaan verander word. Interaksie het daarom 'n vormende effek en deelname aan terapie vereis die gewilligheid om deur die proses en dialoog wat plaasvind, verander te word.

Volgens Gergen (1994:243) het die konstruksionisme die klem verskuif vanaf die individuele subjektiewe belewenisse na 'n verskeidendheid van perspektiewe wat in samehangende patrone van interaksie gekoördineer word. Gesprekvoering verwys na die interaksie wat tussen mense plaasvind, terwyl dialoog die onderhandelinge insluit oor die betekenis wat mense aan hul verhoudinge, konstruksies en ondervindinge heg. Hulpverlening fokus daarom nie op die veronderstellings van sekere teorieë of die toetsing van hipoteses nie, maar wil met behulp van dialoog nuwe narratiewe skep. “We live with each other in a world of conversational narrative, and we understand ourselves and each other through changing stories and self-descriptions” (Anderson en Goolishian 1988:380). Die konstruksionisme bevorder die siening dat sosiale sisteme voortdurend verander en die resultaat van sosiaal gekommunikeerde realiteite is, wat impliseer dat mense deur dialoog

in 'n voortdurende proses is om narratiewe te skep, te herskep en om terselfdertyd die narratiewe uit te leef.

Verandering is die evolusie van nuwe betekenis, wat deur dialoog ontwikkel word. Die rol van 'n terapeut is daarom die van 'n meester gesprekskunstenaar, 'n argitek van dialoog, wie se kundigheid in die skep van ruimte en die fasilitering van 'n dialogiese gesprek lê. Anderson en Goolishian (1992:27) sê terapeutiese vrae is die primêre instrumente om ruimte vir gesprekvoering en die dialogiese proses te skep. Volgens Müller (2000:16) kom daar in 'n gespreksituasie 'n gedeelde taalkonstruksie na vore. Nuwe taal word geskep om 'n gebeurtenis te beskryf en op die wyse word ervaringe herinterpreteer. Dit is moontlik dat een persoon hom in die wêreld van 'n ander kan laat intrek en saamneem totdat begrip vir die ander se beskouing ontstaan. Begrip tussen mense ontstaan wanneer taalkonstruksie op 'n bepaalde moment met mekaar gedeel word en wanneer eenstemmigheid oor die betekenis daarvan bestaan. So kan na terapie as 'n taalsisteem, 'n gebeurtenis in taal, verwys word. In die proses word 'n woordeskat gekonstrueer wat in daardie situasie funksioneel is. Die skeppingskrag en veranderingspotensiaal van dialoog, bring mee dat persone uit verskillende kulture hierby kan baatvind. Dit word moontlik aangesien die gespreksvennote hul sienings met mekaar deel en taal gebruik waarvan die betekenis van die woorde onderhandel en eenstemmigheid daarvoor bereik word.

Dialoog berus op wedersydse respek, 'n gewilligheid om te luister, vooroordele te toets en om gesamentlik te soek na die geldigheid van dit wat gesê word (Anderson en Goolishian 1988:381). Gesprekvoering is 'n interpreterende aktiwiteit, wat impliseer dat daar nie 'n korrekte kennissisteem is wat die gesprekvoering rig nie. Terapeutiese gesprekvoering is volgens Anderson en Goolishian (1992:27) eerder "... a mutual search and exploration through dialogue, a two-way exchange, a criss-crossing of ideas in which new meanings are continually evolving toward the 'dis-solving' of problems". Gespreksvennote is daarom mense of sisteme wat in 'n probleemkonteks beweeg, omdat die taal wat hulle gebruik, 'n probleem beskryf. So word gespreksvennote die organiseerders van probleme en gesprekvoering het die potensiaal om probleemomskrywings deur taal op te los.

### **3.3.9 Inklusiwiteit**

Inklusiwiteit is die wese van die konstruksionisme (Schenck 1998:16), waaruit deelnemende werkswyses voortspruit. Die terapeut word deur Anderson en Goolishian (1992:27) as 'n deelnemer-observeerder en 'n deelnemer-bestuurder van die terapeutiese



gesprek beskou, wat 'n unieke rol en posisie impliseer. “By learning, by curiosity, and by taking the client's story seriously, the therapist joins with the client in a mutual exploration of the client's understanding and experience. Thus the process of interpretation, the struggle to understand in therapy, becomes collaborative” (Anderson and Goolishian 1992:29). Hulpverlening impliseer samewerking en al die rolspelers neem op gelyke voet deel aan die skepping van nuwe narratiewe wat tot probleemoplossing lei. Dit vereis 'n fokus op dialoog, deelname, leer van en die luister na die betrokkenes (Schenck 1998:15). 'n Verdere implikasie is dat “... the therapist is no longer a narrative editor of the client's story, (the expert) who uses language as an editing tool; rather, the therapist is more like a co-author (a co-expert)” (Anderson 1993:343). Die maatskaplike werker is dus nie 'n kundige wat die kliënt se probleme moet oplos nie, want die klem verskuif na die gesamentlike werksaamheid van die deelnemers, wat die maatskaplike werker insluit. Inklusiwiteit beteken nie dat die maatskaplike werker se kennis en waardes nie bestaan nie, maar wel dat dit nie meer waar is as die van die gespreksvennote s'n nie.

Inklusiwiteit in die hulpverleningsproses vereis dat die bydraes van alle rolspelers in 'n sekere situasie as wenslik geag word en rolspelers moet aktief aan die hulpverleningsproses deelneem. “An ethic of participation rather than a search for ‘the cause’ or ‘the truth’ is now emerging as a central value of social thought and action (Hoffman 1992:22). Dit het die implikasie dat een persoon of groep nie die ideale diskoers voer nie en kan daarom nie alleen besluit watter maatskaplike probleem of oplossing die belangrikste is nie. Die insluiting van verskillende perspektiewe kan as 'n voorvereiste vir die skepping van nuwe betekenis beskou word.

### **3.3.10 Hulpverlening en verandering**

Veranderinge in die mens se narratiewe is die gevolg van die dialoog tussen mense. Daar word van die veronderstelling uitgegaan dat kommunikasie nooit volledig en duidelik is nie, maar dat daar altyd onuitgesproke betekenis en moontlikhede vir nuwe interpretasies bestaan, wat ontwikkel kan word. Daarom is die onderwerp en inhoud van dialoog en diskoerse oop vir die evolusionêre verandering van betekenis (Anderson en Goolishian 1988:380). In die lig hiervan is terapie die proses om dit wat gesê is, uit te brei en dit wat ongesê is, te ontwikkel. Deur dialoog word die oneindige bron van dit wat nie gesê is nie, benut om nuwe lewenswyses te skep. Maatskaplike verandering vind nie in die onbewuste, die psigiese struktuur of die selle van die biologiese struktuur plaas nie, maar

in die sosiale struktuur van die mens. Om te verander is geleë in die vermoë om saam met andere in die taal wat gebruik word, nuwe beskrywings en betekenis te skep.

Die konstruksionisme voorsien 'n basis waarop denke oor die verandering van sosiale strukture en sosiale rolle gebaseer kan word. Hulpverlening word die skep van 'n ruimte of konteks om dialogiese kommunikasie te bevorder en daar word nie gesoek na 'n onderliggende ware betekenis of 'n enkele en geldige teoretiese interpretasie van die storie nie (Doherty 1991:42). Hulpverlening is op samewerkende sosiale interaksie tussen al die betrokkenes en almal se uiteenlopende en strydige idees gebaseer. Die klem in hulpverlening verskuif vanaf probleme of disfunksionele eenhede na die gesamentlike onderhandelinge van realiteite en vanaf terapeutiese herstel na die pragmatiese van betekenisgewing in die sosiale konteks (Gergen 1994:236). Die problematiek en nuwe oplossings word vanuit verskillende gesigspunte omskryf, wat nie vooraf deur die maatskaplike werker en kliënt bepaal of geformuleer is nie. Die belangrike rol van sosiale interaksie en verhoudinge om verandering te bewerkstellig, blyk duidelik.

Die siening dat die mens op stimuli van buite reageer, maar dat verandering afhang van die sisteem se interne samestelling en prosesse (vgl. 3.1.2) het die implikasie dat die maatskaplike werker nie 'n ander mens se maatskaplike funksionering kan verander nie. Inligting van buite het 'n invloed op die kliënt se sienings en gedrag, aangesien die kliënt die nuwe inligting verwerk en op grond daarvan besluit om sy konstruksies te wysig.

### **3.3.11 Die posisie en rol van die terapeut**

In die positivistiese wetenskaplike paradigma het die terapeut 'n bevoorregte of superieure posisie, wat uit 'n sisteem van kennis voortspruit. Dit kan meebring dat die kliënt se storie op die een vlak hanteer word en op 'n ander vlak word 'n wetenskaplike verklaring gegee oor wat die kliënt se storie werklik beteken (Parry 1991:40). Die meting van menslike gedrag en interaksiepatrone aan maatskaplikewerkteorieë lei tot die maak van diagnoses en die tendens om patologieë te omskryf. Belangrike persoonlike interpretasies van die kliënt gaan dan verlore en daarmee saam unieke moontlikhede om hulp te verleen.

Die konstruktiewisme wysig die gesagsposisie van die terapeut in die hulpverleningsproses. Maturana in gesprek met Simon (1985:36) maak die gevolgtrekking dat die terapeut die begeerte verloor om ander mense te verander, want volgens die konstruktiewisme bestaan 'n verskeidenheid van sienings, wat almal gelykwaardig en geldig is. So 'n siening tolereer

die verskille wat tussen die terapeut en kliënt se werklikheidskepping bestaan en bevorder die samewerking tussen die deelnemers. Die siening dat die terapeut nie probeer om mense te verander nie, impliseer dat die terapeut nie die antwoord vir mense se probleme verskaf nie, maar al die deelnemers in 'n sekere konteks soek saam na 'n oplossing of verskeidenheid van oplossings wat na hul menings die beste is om die situasie te hanteer. Hierdie siening toon ooreenkomste met maatskaplike werk se uitgangspunt oor die mens se selfbeslissingsverantwoordelikheid, maar voer die argument baie verder as wat die geval in tradisionele maatskaplike werk was.

Konstruktivisme verbreek die siening van die terapeut as die objek en die kliënt as die subjek in die terapeutiese situasie en beweeg weg van ingryping wat op die terapeut se sienings gebaseer is. Doherty (1991:38) sê: "... therapists see their jobs not as providing insight, promoting differentiation, clarifying boundaries or prescribing tasks, but as 'dissolving' problems through the liberating process of dialogue. Their goal is to enable clients to find new meanings in their life situations and to 're-story' their problems in ways that free them from the mesmerizing power of the dominant culture." Daar word wegbeweeg van die skeiding wat tradisioneel tussen die kliënt en maatskaplike werker gemaak is. Die terapeut en kliënt werk saam om 'n nuwe sisteem te vorm en die skep van nuwe betekenis word die funksie van hul verhouding en 'n nuwe-produk van hul saamwees (Anderson en Goolishian 1992:31). Vanuit hierdie perspektief aanvaar die maatskaplike werker die kliënt as 'n gelyke vennoot en alle bydraes word as ewe belangrik vir die ontplooiing van die hulpverleningsproses beskou.

Bogenoemde impliseer nie dat die terapeutiese proses alleenlik deur die instandhouding van 'n nie-direktiewe atmosfeer en empatiese gespreksvoering ontwikkel nie. Die proses word 'n bron vir die ontwikkeling van 'n wye reeks van sienings en aksies rondom die sake onder bespreking. Dit beteken ook nie dat die terapeut niks weet nie, maar dat vorige ondervindinge en kennis nie gebruik word om die hulpverleningsproses volgens die maatskaplike werker se voorkeure of opinies te laat verloop nie. Die terapeut tree op en vra vrae vanuit 'n voorlopige posisie, wat beteken daar word nie veroordeel nie, geen blamering vind plaas nie en inligting word nie gesoek om gevestigde hipoteses te ondersteun nie (Anderson en Goolishian 1992:31). Die maatskaplike werker is met ander woorde nie verantwoordelik om verandering te bewerkstellig nie, maar om 'n veranderingsproses te fasiliteer. Die maatskaplike werker is 'n kundige om ruimte te skep vir 'n dialogiese gesprek, om deelnemende werkswyses te bevorder en nie om die rigting of die uitkomst van die hulpverleningsproses te beheer nie. Die moontlikheid bestaan dat

die terapeut in die proses verander kan word (Hoffman 1992:22), want uit die gesprekke ontwikkel nuwe betekenis. Die waardes, vooroordele en opinies van die gespreksvennote het 'n invloed op die gesprek en alle deelnemers word weer deur die hulpverleningsproses beïnvloed.

### **3.3.12 Die verrykende invloed van nuwe perspektiewe**

Bogenoemde veronderstellings van die konstruktiewisme en konstruksionisme het die potensiaal om die praktyk en werkswyses van maatskaplike werk te beïnvloed. Sekere onderdrukkende prosesse word bevraagteken, terwyl ander elemente van hulpverlening weer uitgebou en vanuit 'n nuwe perspektief beklemtoon word. Herbesinning oor die praktiese inkleding van maatskaplike werk het 'n verrykende invloed en die volgende word uitgelig as moontlikhede hoe postmoderne denke die praktyk van maatskaplike werk positief kan beïnvloed:

- Die aandag verskuif van die individu se kognitiewe funksionering na die mens se sosiale konteks en hoe dit verband hou met die individu se ondervindinge en konstruksies (Gergen 1994:243). Dit skep bewustheid vir die wyse waarop die mens se konteks en sosiale struktuur deel van die mens se alledaagse ondervindinge uitmaak, asook die belangrike rol van verhoudinge. Die gevaar om net die individu se ervaringe of net die invloed van die mens se maatskaplike konteks te beklemtoon, word in hierdie proses uitgewys. Daarom word voorgestel dat maatskaplike werk 'n gebalanseerde benadering volg deur aandag te gee aan die mens se konstruksies, die invloed van die sosiale konteks en die dinamiese wisselwerking wat in hierdie verhoudinge plaasvind.
- Die analise van teenstrydighede, soos persone met gestremdheid teenoor persone sonder gestremdheid, voorsien 'n goeie basis vir kritiek teen denke en praktyke wat op verskille gebaseer is. Die klem op die magspraktyke en onderdrukkende gevolge wat dit meebring (Madigan 1998a:16), kan bydra om die nodige sensitiwiteit by maatskaplike werkers te kweek vir alle vorme van marginalisering en die negatiewe effek daarvan op die kliëntsisteem.
- Die behoefte om gespreksvennote te bemagtig word beklemtoon. Begrip van hoe verskille in mense se sienings gekonstrueer word, voorsien 'n alternatiewe wyse om onderdrukking te konseptualiseer en in terme te herdefinieer wat mense bemagtig. Die maatskaplike werker het met ander woorde die rol om die gevolge van oorheersende sienings uit te lig en individue of groepe wat daardeur benadeel word, in staat te stel om hul doelwitte te bereik, deur hul eie sienings te formuleer en uit te

leef. Daarom word voorgestel dat maatskaplike werkers en kliënte se menings by strategiese besluitnemingsprosesse ingesluit word, soos byvoorbeeld met die formulering van beleid. Op die wyse kan die kompleksiteit van die maatskaplikewerkpraktyk beter verreken word en die leemtes in bestaande hulpverleningsisteme aanspreek word.

- Die erkenning van verskeie diskoerse lei tot 'n beter begrip van die uiteenlopende situasies waarin maatskaplike werkers hul bevind, wat weer die basis vir meer effektiewe praktyke kan vorm (Fook 2002:13). Dit is met ander woorde belangrik om rekening te hou met die eiesoortige situasies waarin hulp verleen word, om die beperkinge en uitdagings wat dit meebring doelbewus aan te spreek. So kan gesprekke met lede van die multi-dissiplinêre span byvoorbeeld 'n bydrae lewer om wyses te vind om die kliëntsisteem as aktiewe deelnemers aan die behandelingsprogram te betrek.
- 'n Verskeidenheid van diskoerse word gevoer oor die teorieë vir hulpverlening, wat beteken riglyne vir hulpverlening is in 'n konstante proses van ontwikkeling. Hulpverleningstrategieë, soos die narratiewe werkswyse kan as 'n positiewe uitvloeisel van die diskoerse in die postmoderne tydperk beskou word. So wys Müller (2000:58) byvoorbeeld daarop dat die verhalende aard van die menslike lewe veral deur die konstruksionisme bloot gelê is.
- Die siening dat mense se identiteite voortdurend verander, weerspieël die kompleksiteit van die menslike lewe (Middleton en Walsch 1995:52), asook die wyses waarop lewe deurlopend binne 'n sekere konteks onderhandel word. Die mens word met ander woorde aangemoedig om sy perspektiewe op sy eie ondervindinge te baseer en om nie dominante diskoerse as vanselfsprekend te aanvaar nie. Eensydige verklarings vir byvoorbeeld gesondheidsprobleme en hoe dit behandel moet word, word aangespreek en die betrokkenes word aangemoedig om 'n eie konstruksie te vorm wat as deel van die behandelingsproses gerespekteer word.
- Begrip word verkry oor die proses hoe kennis geproduseer word en dit voorsien alternatiewe wyses om die onderdrukte stemme van maatskaplike werkers en die persone wat hul dienste gebruik, te waardeer (Fook 2002:14). 'n Uitvloeisel hiervan is dat maatskaplike werkers se praktykervaring 'n bydrae kan lewer om die professie se teoretiese basis te vergroot en praktisyns word bemagtig om by 'n proses van teorieskepping betrokke te raak.
- Die waarde van kennis op grondvlak het gelei tot die herwaardering van praktykervaring en beleefde ondervindinge as 'n wyse om kennis te bekom.

Praktisyns word potensieel bemagtig, want hul ondervindinge word erken as 'n wyse om teoretiese kennis te genereer. Sodoende word nuwe perspektiewe by maatskaplike werk se kennissisteem ingesluit en meer komplekse teorieë gevorm.

- Die moontlikheid om kennis en teorie op verskillende wyses te genereer en te gebruik, het die potensiaal om 'n meer buigsame praktyk daar te stel. Dit het die implikasie dat enkele erkende teoretiese raamwerke of programme om hulp te verleen, nie ongekwalfiseerd benut word nie. Sodoende word ruimte geskep vir die implementering van meer effektiewe werkswyses, wat rekening hou met die kliëntsisteem se perspektiewe oor wat moet verander en hoe dit moet verander om hul maatskaplike funksionering te verbeter.
- Kritiek teen hoofstroompraktyke, vanselfsprekend-aanvaarde hiërargie en die magsverskille wat hiermee gepaard gaan, skep die moontlikheid vir nuwe vorme van bemagtiging (Fook 2002:14). In die lig hiervan word voorgestel dat die invloed van burokratiese prosesse en praktyke verreken word, om te verhoed dat dit effektiewe en buigsame dienslewering blokkeer. Erkende praktyke moet gemeet word aan die waarde wat dit vir die kliëntsisteem inhou, soos beskryf vanuit hul eie perspektief.

Samevattend kan gesê word dat kenmerkende uitgangspunte van die konstruktiewisme en konstruksionisme, 'n beduidende invloed kan uitoefen op hulpverlening aan mense met maatskaplike probleme het. Die mens se vermoë om sy eie realiteite te skep en te herskep word beklemtoon en dui op 'n positiewe en nie-probleemgesentreerde benadering wanneer hulp verleen word. Die ontkenning van 'n objektiewe realiteit, bring verder mee dat die maatskaplike werker nie tot die grense van bestaande professionele kennis of sienings van die waarheid beperk is nie. Die invloed van die konstruksionisme op hulpverlening blyk uit die klem op 'n subjektiewe deelnemingproses tussen die betrokkenes, want deur gesprekvoering word nuwe realiteite geskep. Die rol van taal, dialoog en die konstruksie van stories is sentrale konsepte en bied bruikbare uitgangspunte om hulp te verleen aan mense wat amputasies ondergaan het en worstel met probleme of veranderinge in hul selfkonsepte en lewenswyse. Dit blyk dus dat die perspektiewe van die konstruktiewisme en konstruksionisme die potensiaal het om maatskaplike werk se denke en praktyk te verryk.

### **3.4 RAAKPUNTE EN VERSKILLE TUSSEN DIE KONSTRUKTIWISME, KONSTRUKSIONISME EN MAATSKAPLIKE WERK VOLGENS DIE CHRISTELIKE BESKOUIING**

Denke oor die postmoderne epistemologie in die lig van die Christelike mens- en wêreldbeskouing, word gesien as die voortsetting van die Christen-gemeenskap se gesprekvoering met idees en uitgangspunte uit 'n bepaalde tydperk en tydsgees. Die uitgangspunte van die konstruktiewisme en konstruksionisme toon belangrike verskille, maar ook ooreenkomste met die Christelike mens- en wêreldbeskouing, waaruit hulpverlening volgens die Christelike beskouing vloei.

#### **3.4.1 Opening van die intellektuele arena vir die bespreking van oortuigings**

Die openheid van die konstruktiewisme en konstruksionisme ten opsigte van intellektuele debatte, stimuleer die mens om standpunte oor God, homself en die wêreld te vorm en te artikuleer. Die belangrikheid om na verskillende perspektiewe te luister, wat die Christelike mens- en wêreldbeskouing insluit, word beklemtoon (Gallagher 1997:160). Die bespreking van verskillende sienings word as 'n positiewe ontwikkeling beskou, want mense kry die geleentheid om hul oortuigings uit te spreek en volg nie net die hoofstroomdenke in 'n gemeenskap nie. Dit open verder nuwe moontlikhede vir denke en gesprekvoering oor hulpverlening wat die mens se geestelike behoeftes erken en aanspreek.

Die postmodernisme se stelling dat alle vorme van die waarheid gelyk, geldig en onafgehandel is, erken die Christelike paradigma as 'n geldige siening, aangesien 'n sekere groep mense die beginsels daarvan as die waarheid beskou; tog is ander sienings oor die waarheid volgens die postmodernisme net so geldig (Foshaugen 1999:3). Blootstelling aan 'n verskeidenheid van sienings en diskoerse, wat deurlopend verander, kan verwarrend wees en bring vrae by die mens na vore oor wat is sy oortuigings en hoe om in die lig daarvan 'n lewe met integriteit en toewyding te leef?

Die Christelike perspektief, hoewel oop vir interpretasie, kan 'n rigtinggewende rol speel om hulp te verleen aan mense in 'n postmoderne tydperk. "In a world of changing values, morals and ideals, the love that Christ has given Christians and that they, in turn give to the world, can become a beacon of light drawing people to Jesus Christ" (Foshaugen 1997:9).

Die mens het in die lig van die bestaande diskoerse die verantwoordelikheid om besluite te neem oor sy geestelike behoeftes en of dit 'n persoonlike verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as die persoon insluit, of nie. Maatskaplike werkers wat volgens die Christelike beskouing hulp verleen, het die taak om aan hierdie diskoerse deel te neem, met die doel om gesamentlik sekere betekenis vir die praktyk daarvoor te ontwikkel.

### **3.4.2 Objektiewe waarheid**

Die mens se vermoë om absolute waarheid deur middel van wetenskaplike redevoering te bekom, word deur die postmoderne epistemologie betwyfel. Gallagher (1997:157) verwys na die siening van Richard Rorty, wat sê dat die waarheid histories gekondisioneer is en deur die mens se bestaande perspektiewe beperk word. Die waarheid is daarom tentatief en moet binne bepaalde kontekste gesoek word. Die vraag kan egter gevra word op watter gronde kan die transformasie van of kritiek op enige epistemologie of die kultuur van sekere samelewings of gedeeltes van samelewings gemotiveer word, indien daar geen absolute waarheid bestaan waarteen die wenslikheid van 'n epistemologie of gedrag beoordeel kan word nie? Die individu of gemeenskap wat slegs op hul eie konstruksies staatmaak, se sienings van die waarheid word dan tot bestaande diskoerse en insigte beperk. Gallagher (1997:158) wys byvoorbeeld daarop dat gemeenskappe se plaaslike politieke konstruksies, soos byvoorbeeld 'n apartheidsbeleid in Suid-Afrika, demonstreer dat alhoewel interpretasies subjektief en vir 'n sekere groep aanvaarbaar is, dit ook waar of vals kan wees. Dit is met ander woorde nodig om enige konstruksie se waarheidsuitsprake te beoordeel teen die wenslikheid daarvan, die gevolge wat dit meebring en in die lig van ander sienings en norme te beredeneer.

Die ontkenning van objektiewe waarheid, bevraagteken die gesag van die Bybel om die waarheid oor God en 'n Christelike lewenswandel aan die mens bekend te maak. Die postmodernisme verwerp grondige narratiewe, want absolute waarheid kan nie bestaan nie. Janse van Rensburg (2000a:8) wys op die invloed van die werk van Jacques Derrida wat sê die betekenis van 'n teks word voortdurend deur die proses van kommunikasie verander. Vir postmoderniste berus kennis van God en die verstaan van die Bybelse boodskap dus nie op pogings om te bepaal wat die skrywers daarvan bedoel het nie, want die betekenis daarvan word deur 'n volgehoue en intersubjektiewe proses bepaal. Kennis word eerder versamel deur 'n verskeidenheid van narratiewe binne 'n sekere konteks. Universele waarhede word vervang deur die individu se ervarings en die volgehoue interpretasies daarvan.



Vanuit 'n Christelike perspektief verteenwoordig die Bybel die belydenis van 'n liefdevolle God se bestaan, die herskeppende krag van Jesus se verlossing en die leiding van die Heilige Gees as objektiewe waarheid. Dit staan in teenstelling met die konstruktiewisme wat die bestaan van feite ontken en die mens se ervaringe en interpretasie van gebeure beklemtoon (Janse van Rensburg 2000a:16). Dit beteken dat die Bybel nie vir aanhangers van ander godsdienste nie dieselfde gesag sal hê as vir belydende Christene nie. Daar word met Du Toit (2000:81) saamgestem wat sê die Bybel het Christologiese gesag. Die mens se verbondenheid aan die Christelike geloofstradisie is daarom 'n voorvereiste om die waarheid van die Bybel te aanvaar. Die erkenning van die Bybel se gesag en waarheid impliseer egter nie dat die mens se interpretasies, soos byvoorbeeld vervat in die Christelike mens- en wêreldbeskouing finale uitsprake daarvoor kan maak nie. Die gelowige se kennis moet altyd getoets en krities bevraagteken word, aangesien dit tot die beter verstaan van God en Sy bemoeienis met die mens kan lei.

Samevattend kan gesê word dat die Christelike geloof die Woord van God as die waarheid aanvaar, gevolglik word die veronderstelling dat geen waarheid buite 'n persoon of gemeenskap se konstruksies bestaan nie, nie onderskryf nie. Pogings om die waarheid van die Bybel te probeer bewys, soos die geval was met die gebruik van positivistiese wetenskapsmetodes tydens die modernisme (Du Toit 2000:34), word nie nagevolg nie. Daar word wel van die veronderstelling uitgegaan dat God alleen die waarheid bepaal en ken en dat die Christen vanuit 'n geloofsoortuiging en onder leiding van die Heilige Gees die waarhede van die Bybel kan interpreteer. Gelowiges skep met ander woorde voortdurend konstruksies oor die waarheid en daarom verskil hul interpretasies van sekere Bybelse uitsprake. Die gelowige se waarheidsuitsprake moet 'n eerlike soeke na die wil van God vir die mens se lewe deur gebed, die bestudering van die Woord en in gesprekvoering met andere, wees.

### **3.4.3 Die verwarring van dubbelsinnigheid en teenstrydighede**

Volgens Ford (1994:39) word die wêreld in 'n postmoderne tydperk 'n toenemend vreesaanjaende en onseker plek. Die konstruktiewisme beklemtoon die dubbelsinnighede wat in mense se redenasies en konstruksies bestaan. Uiteenlopende sienings word aangemoedig, eerder as om na universele waarhede te soek. Die gebrek aan sekerhede bring mee dat die postmoderne mens 'n onseker mens is, wat met teenstrydige sienings gekonfronteer word (Middleton en Walsch 1995:46; Janse van Rensburg 2002:38). Daar

word nie ontken dat daar 'n wêreld buite die mens se kennis bestaan nie, maar algemeen-geldende norme, kriteria vir die waarheid of 'n wenslike vorm van bestaan waarna gestreef kan word, word bevraagteken. (Vgl. Middleton en Walsch 1995:30.) Enige kriteria waarvolgens besluite geneem word, is daarom 'n menslike konstruksie en verskil van groep tot groep. Die mens funksioneer binne die subjektiwiteit en beperkinge van die sosiale konstruksies waarbinne hy leef en het geen buffer teen die besef dat hy in 'n wêreld met chaos en disoriëntasie leef nie. Die mens besef met ander woorde dat sy konstruksies oor die mens en die wêreld nie die bestaan van byvoorbeeld armoede, ongelykheid, onderdrukking en vrees kan beheer nie. Dit lei daartoe dat die mens of gemeenskappe skuldgevoelens oor hul arrogansie, gebrokenheid, dubbelsinnigheid en boosheid ervaar. Die mens word vasgevang in 'n hermeneutiese sirkel en sy lewe word deur radikale perspektiwisme gerig. Hierteenoor beperk die Christelike beskouing nie die mens tot sy eie konstruksies nie, maar dit wortel die mens se identiteit en taak op aarde in die groter skeppings- en verlossingsverhaal, wat rigting gee oor die inherente waarde van die mens, dit wat nadelig is vir die mens (die rol van die bose) en hoe herstel (verlossing) bewerkstellig kan word.

Hulpverlening vanuit die konstruktiewisme en konstruksionisme fokus op die teenstrydighede wat in die mens se redenasies en diskoerse bestaan. So 'n benadering impliseer dat kennis oor God se bestaan en Sy wil vir die mens aan die subjektiewe interpretasies en perspektiewe van die mens oorgelaat word (Gallagher 1992:158). Die verkrummeling van sekerhede veroorsaak dat mense in 'n postmoderne tyd na rigting en nuwe antwoorde soek en hulle moet die vermoë aankweek om met onsekerheid saam te leef. As gevolg van die verwarring wat deur teenstrydighede veroorsaak word, soek mense juis in hierdie tydperk na die betekenis van hul lewe, waardes, hoop en absolute waarhede. Die herwaardering van die mens se verhouding met God of 'n mag hoër as hyself, wat verband hou met eksistensiële vrae op aarde en 'n toekomsgerigtheid, kan daarom nie deur maatskaplike werk vanuit 'n Christelike beskouing verwaarloos word nie.

#### **3.4.4 Beperkinge van die menslike rede**

Die konstruktiewisme se kritiek teen die modernisme se oorbeklemtoning van die rasionele en die mens se vertroue in homself en sy eie vermoëns, vertoon volgens Du Toit (2000:51) die teleurstelling in positivistiese sienings, naamlik dat die menslike rede nie alles met behulp van die wetenskaplike benadering kan verklaar en in belang van die mens kan beheer nie. Konstruktiewisme voorsien daarom 'n korrektief op die modernisme se klem op

rasionele verklarings om 'n objektiewe werklikheid te bewys (Foshaugen 1999:10). Vanuit die Christelike perspektief het die menslike rede egter beperkte potensiaal, want daar word erken dat die sondeval alle areas van die menslike lewe, ook sy kognitiewe en sosiale prosesse, geaffekteer het. Daarom maak Christene staat op hul geloof dat sekere waarhede, byvoorbeeld oor God se genade en liefde vir die mens en die wêreld, bestaan. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing berus daarom nie net op die mens se rede nie, maar ook die waarhede van die Bybelse Storie. Die maatskaplike werker wat hulp volgens die Christelike beskouing lewer, se praktiese uitlewing van sy geestelike lewe maak dan God se wese en wil op aarde bekend.

Die konstruktiewe en konstruksionisme se klem op die verskeidenheid van persepsies wat bestaan, is nie strydig met die Christelike siening dat die mens weens sy beperktheid nooit die waarheid volledig kan begryp nie. Du Plessis en Ferreira (2002a:15) wys daarop dat die mens, as gevolg van sy uniekheid en beperkte kennis, slegs subjektiewe en onvolledige konstruksies van die waarheid kan hê. Dit blyk onder andere uit die verskynsel dat individue en geloofsgroepe eenstemmigheid oor sekere Skrifbeginsels kan hê, maar ook verskillende interpretasies aan andere kan heg. Daar word verder aanvaar dat God Homself, deur die inwerking van die Heilige Gees, op 'n unieke wyse aan die individu openbaar, ten einde in sy besondere behoeftes en omstandighede te voorsien. Daarom is die gelowige nie aan die beperkinge van sy eie kognitiewe prosesse uitgelewer om sin oor homself en sy lewe te maak nie. Die konstruktiewe benut die potensiaal van taal om sake te interpreteer, daarom sal uitsprake altyd onbegrensde wees en betwyfel kan word. Die Christelike siening stem hiermee ooreen, deur die beperkinge van die menslike rede te beklemtoon. In 1 Kor 13:22 word byvoorbeeld gesê dat die mens se kennis net gedeeltelik is en dat God alleen alles ten volle kan ken.

### **3.4.5 Realiteit as menslike konstruksie en die vernuwing van denke**

Die konstruktiewe en konstruksionisme se argumente om die relatiwiteit van realiteit aan te toon, is in wese ook 'n konstruksie en soeke na die waarheid oor die mens se realiteit. Die siening dat realiteit deur die mens gekonstrueer word, ontken volgens

Gallagher (1997:161) nie die realiteit van die fisiese wêreld en wetenskaplike waarhede, soos byvoorbeeld dat antibiotika vir infeksie help, nie. Dieselfde argument is van toepassing op die bestaan van 'n transendente werklikheid. Die mens se konstruksies is

met ander woorde sy perspektief oor wat bestaan, maar daar kan nie ontken word dat 'n geestelike dimensie deel van die mens is nie.

Die Christelike mens- en wêreldsiening bely die realiteit van 'n bo-wêreldse God, wat die mens se verlossing uit sonde bewerkstellig het en baie gawes en vermoëns aan die mens gee, soos rasonale denke, die skepping en gebruik van taal en redenering. Janse van Rensburg (2000a:11) wys daarop dat konstruktiewiste se standpunte ooreenkomste toon met die siening van Nietzsche, wat God se bestaan aan 'n menslike konstruksie toeskryf, om die vrees wat met die beleving van leegheid en sinloosheid gepaard gaan, te hanteer. In teenstelling hiermee verhef die Christelike perspektief nie die mens se rede tot sy god nie, terwyl dit kenmerkend van die sekularisasie van die modernisme en die konstruktiewisme se klem op die mens se kognitiewe konstruksies blyk te wees.

Die Christelike beskouing erken dat die mens beperk is in sy vermoë om die absolute waarheid te produseer. Sonder God se genadige ingryping in die mens se lewe, is die mens met sy onvolmaakte vermoëns en gebrokenheid aan sy eie potensiaal en die hulpbronne in sy omgewing uitgelewer om 'n sinvolle bestaan te konstrueer. Die mens se konstruksie van sy realiteit is dus altyd gebroke, onvolledig en afhanklik van God Drie-enig se ingryping om sy denke te vernuwe (Rm 12:2). Dit bevestig die behoefte aan die integrasie van maatskaplike werk se strategieë om hulp te verleen met die Christelike beginsels van God se vernuwende krag in die mens se lewe.

#### **3.4.6 Die rol van verhoudinge**

God se Drie-enige openbaring van Homself, voorsien 'n model van verhoudinge wat op liefde, respek en interafhanklikheid gebaseer is, sonder om individualiteit, persoonlikheid en verskeidenheid prys te gee. Dit dien as 'n model waarop die gemeenskap van die gelowiges (of verhoudinge binne die Christelike kerk) gebaseer moet wees. In Jh 13 en Jh 17 word die verhoudinge tussen gelowiges beskryf en dit word deur die aanbidding van God, liefde vir mekaar en onderlinge eenheid gekenmerk. Die Christelike mens- en wêreldbeskouing beklemtoon net soos die konstruksionisme die belangrikheid van interaksie, verhoudinge en samewerking tussen mense. Foshaugen (1999:4) sê in 'n postmoderne tyd is dit belangrik dat Christen-gelowiges in hul aanbidding, individuele en kollektiewe spiritualiteit die waarheidsaansprake van die Christendom moet uitleef. Dit beteken dat geloof in God Drie-enig hul lewens transformeer en mense word in 'n

gemeenskap van liefde geïntegreer. Interaktiewe werksywes en wedersydse respek kenmerk beide die konstruksionisme en hulpverlening volgens die Christelike beskouing.

Die mens se kulturele integrasie word veral deur die konstruksionisme beskryf, naamlik dat persepsies in interaksie met andere, binne 'n bepaalde kulturele raamwerk gevorm word en verklaar die mens se behoefte aan verhoudinge, interaksie en aanbidding (Foshaugen 1999:4). Dit wys op 'n raakpunt met die Christelike beskouing, want volgens Gallagher (1992:159) is een van die realiteite van God se skepping die mens se behoefte aan gesprekvoering met andere. In verhoudinge met andere word Christelike sienings ontwikkel, gewysig en prakties uitgeleef. Maatskaplike werk volgens die Christelike beskouing sluit daarom gesprekvoering oor die mens se siening van en verhouding met God of 'n hoër mag in en bevorder die persoon se inskakeling by 'n geloofsgemeenskap van sy keuse.

#### **3.4.7 Argumente teen die misbruik van mag**

Die konstruktiewise argumenteer teen die misbruik van mag, eis dat geluister word na die stemme van persone, groepe of gemeenskappe wat onderdruk word, asook dat hul werklikheidskepping erkenning sal geniet. Maatskaplike werk plaas in ooreenstemming hiermee baie klem op die konsep van bemagtiging, as reaksie op die misbruik van mag wat in samelewings bestaan. Mense soek na innerlike doelgerigheid, 'n rede om te leef en wil voel dat hulle beheer oor hul lewe het. Hierdie doelwitte is in lyn met hulpverlening volgens die Christelike beskouing, want in Ps 37 spreek God Hom uit teen persone wat andere verdruk. Die onderdrukking van mense is strydig met God se wil en Jesus se lewe op aarde is 'n praktiese voorbeeld daarvan dat Hy nooit enige vorm van mag tot Sy eie voordeel gebruik of misbruik het nie (Mt 4). Dit is God se wil dat alle mense menswaardig behandel sal word en stel self die gelowiges in staat om Sy voorbeeld na te volg en tot Sy eer te lewe. Hd 1:8 en Ef 3:20 getuig daarvan dat God Sy kinders op aarde bemagtig met die teenwoordigheid en krag van Sy Heilige Gees. Die krag van God Drie-enig is tot die beskikking van sy kinders en verskaf 'n diepere dimensie aan die konsep van bemagtiging, wat die mens is nie net oorgelewer aan sy eie pogings om homself te verwesenlik nie.

#### **3.4.8 Anti-fundamentalisme**

Die konstruktiewise se besluiteloosheid om 'n sekere standpunt as die waarheid te bevorder, waarsku teen die gevare om te vinnig tot gevolgtrekkings te kom en rigiede

denke oor 'n saak te hê. Sensitiwiteit vir die moontlikheid om die Christelike geloof op 'n rigiede wyse te interpreteer word hiermee uitgewys. Fundamentalisme is volgens Du Toit (2000:38) pogings om Bybelse gegewens letterlik te interpreteer en absolute standpunte daarop te baseer. Die invloed van kulturele en historiese faktore op die vorming van die Christelike siening word deur die postmodernisme uitgewys. Dit herinner dat die Christelike teologie nie volledig is nie, maar besig is om in rypheid te ontwikkel (Foshaugen 1999:7). Daarom is dit nodig om alle veronderstellings in die lig van God se Woord te ondersoek, want daardeur word 'n beter begrip van God se openbaringe oor die mens se plek en doel op aarde en sinvolle verhoudinge verkry.

Anti-fundamentalisme oor die verstaan en verklaring van Bybelse waarhede word deur die postmoderne epistemologie bevorder. Die gevaar van 'n fundamentalistiese gebruik van die Bybel, is dat die mens nie die geleentheid kry om sy eie narratief in die lig van die Skrif te verstaan nie, want vasgestelde antwoorde en ontoepaslike gevolgtrekkings word op die mens afgeforseer (Janse van Rensburg 2000b:21). Dieselfde kan in hulpverlening gebeur wanneer die mens geobjektiveer word, sonder om sy subjektiwiteit en kontekste in ag te neem, asook wanneer hulpverleningsteorieë blindelings toegepas word. Maatskaplike werkers moet daarteen waak om beginsels, beleidsriglyne en werkswyses toe te pas, sonder om die kliënte se behoeftes en hul menings oor die dienste wat hulle benodig, in ag te neem.

Postmodernisme se anti-fundamentalisme plaas hernude klem op die belangrikheid van mense se interpretasies. Bybelse geskrifte voorsien nie logiese verklarings en finale en geldige opinies oor sake nie en kan nie losgemaak word van die mens se persepsies en interpretasies nie. Die wesenlike gevaar om biblisisties met die Skrif om te gaan, kan volgens Du Toit (2000:65) nie ernstig genoeg geneem word nie. In aansluiting hierby stel Janse van Rensburg (2002:44) voor dat in die soeke na Bybelse riglyne vir antropologie en hulpverlening eerder op beginsels as teksboekverwysings uit die Bybel gefokus moet word. So 'n benadering wil wegbeweeg van die modernistiese omgang met die Skrif wat vasstaande norme en waarheidsprinsipes voorstaan en verskil ook van die postmodernistiese breuk met alle vorme van die waarheid.

Die wegbeweeg van 'n rigiede verstaan en toepassing van die Bybel kan die beter verstaan van Christelike beginsels en riglyne, vir die praktiese implementering van hulpverlening volgens die Christelike beskouing, stimuleer. Werkswyses word voorgestel wat mense aan God se transformerende krag en die gebruik van die Bybel bekend stel, sonder om

Bybelverse te gebruik asof dit magiese krag het om probleme te laat wegraak. Dit is belangrik om die betrokke mens se narratiewe goed te leer ken, met God se liefde raak te sien en om die Skrif op 'n respekvolle en toepaslike wyse te gebruik.

### **3.4.9 Godsdienstige en etiese relativiteit**

Die godsdienstige relativisme en pluralisme van die konstruksionisme berus op die veronderstellings dat mense in hul verhoudinge en kultuurkonteks gesamentlik bepaal wat hulle as waar beskou en alle individue en groepe se gelowe ewe geldig is. Die implikasie hiervan is dat die Woord van God nie as die enigste bron van waarheid aanvaar word nie, maar dat ander godsdienstige sienings ook die waarheid kan weergee. Hierdie relativisme is onversoenbaar met die Christelike siening dat geloofswaarhede in die Bybel opgeteken is. So word God se skeppingswoord (Gn 1-4) en verlossingsboodskap (Jh 14:6) byvoorbeeld as die absolute waarheid erken en deur gelowiges benut om hul praktiese lewe in te rig, ondervindinge te interpreteer en hulp te verleen.

Die erkenning van 'n verskeidenheid van perspektiewe voorsien aan die een kant 'n bruikbare raamwerk vir die insluiting van onderdrukte perspektiewe, tog wys Reamer (1999:198) daarop dat die behoefte aan 'n etiese raamwerk wat besluite kan rig oor waarom en hoe opgetree moet word, steeds in maatskaplike werk bestaan. Die konstruksionisme se erkenning van verskillende perspektiewe het met ander woorde potensiële voor- en nadele. Die siening dat dit nie moontlik is om 'n neutrale morele posisie in te neem nie, stem ooreen met die Christelike siening, want die maak van keuses is nie vry van 'n sekere morele perspektief nie. Die siening dat een standpunt nie 'n bevoorregte posisie geniet nie, verskaf nie riglyne aan die maatskaplike werker vir aksie oor gewenste wyses van optrede nie. Die Christelike beskouing daarenteen verskaf inligting oor 'n gewenste lewenstyl, wat die mens in staat stel om besluite te neem oor wat as reg en verkeerd beskou kan word en roep die mens op om rekenskap te gee oor die gevolge van sy optrede of die dienste wat verskaf word.

Samevattend blyk dit dat die relativisme van die postmodernisme verskeie implikasies het, soos die idee dat alle perspektiewe, kulturele praktyke en godsdienste ewe geldig is. Postmodernisme self bied geen riglyne oor wat goed, reg en wenslik is nie, maar spreek wel skerp kritiek teen onderdrukkende magspraktyke uit, wat opsigself as 'n etiese beginsel geïnterpreteer kan word. Dit bring mee dat die gevolge van 'n individu of gemeenskap se optrede nie in die lig van 'n stel aanvaarde etiese beginsels ondersoek kan

word nie. Die indruk word verkry dat 'n morele vakuum in 'n gemeenskap kan ontstaan, wat verreikende implikasies vir 'n normatiewe professie soos maatskaplike werk kan hê. Maatskaplike werk se verbintenis tot dienslewering aan weerlose of onderdrukte individue, groepe en gemeenskappe en die bevordering van sosiale geregtigheid vereis 'n morele raamwerk waarop aksieplanne gebou kan word.

#### **3.4.10 Konstruksie van stories en meta-narratiewe**

Die storie van 'n mens (vgl. 1.6.2.4) is 'n bepaalde interpretasie en daarom subjektief. Die Christelike Storie berus nie op die mens se motivering om die wêreld te kontroleer nie, maar is gegrond op die beginsels van die Bybel. God se Storie word met hoofletters aangedui (Ford 1994:13; Van Heerden en Kotzé 1997:92) om die gesag en outoriteit daarvan te erken en aan te toon dat dit nie gelyk gestel word aan die verhaal van 'n mens nie. Alhoewel menslike interpretasies, ook van God se Storie, altyd onvolledig en gebroke sal wees, word die beginsels daarvan as die waarheid aanvaar.

Vanuit die Bybelse standpunt word God se Verhaal die beginpunt vir die mens om begrip van homself, sy wêreld en lewe te verkry. Die Skrif bied 'n oorhoofse Storie, waarbinne die mens die ruimte het om sy unieke storie te vorm. Tradisioneel het maatskaplike werk die mens se verhouding met God of 'n hoër mag in berekening gebring en hoewel dit gedurende die twintigste eeu van die professie se missie verwyderd geraak het (vgl. 2.3.2), vestig hulpverlening volgens 'n Christelike beskouing weer die aandag hierop. 'n Narratiewe aanpak van hulpverlening, skep ruimte om ondersoek in te stel hoe die mens se verhaal met God se Storie geïntegreer is (Louw 1998:23) en watter betekenis God se Verhaal vir sy lewe en verhoudinge het.

Die postmodernisme is suspisies teenoor alle meta-narratiewe wat op universaliteit aanspraak maak, aangesien die moontlikheid bestaan dat dit onderdrukkend kan wees. Middleton en Walsch (1995:87) identifiseer twee dimensies van die Christelike storie wat op die teendeel van totalisering dui. Die eerste is radikale sensitiwiteit teenoor alle vorme van lyding wat dwarsdeur die Bybel na vore kom. Tweedens is God se oorhoofse bedoeling met die skepping, om vrede, versorging en geregtigheid te bewerkstellig, die wese van die Bybelse Storie. Die Bybelse teks beoordeel die mens se konstruksies en roep die mens op tot geloof in God Drie-enig. Die postmodernisme se kritiek oor die totaliserende mag van meta-narratiewe staan in teenstelling met die Bybelse beskrywing van hoe Christene behoort te lewe en hoe die kerk, as liggaam van Christus, behoort te



funksioneer (2 Kor 3:1-3). Christene het 'n roeping om hul lewenstories op so 'n wyse te konstrueer dat dit liefde vir God en die naaste uitleef. So word die Bybelse Storie 'n bevrydende storie vir hulpverleners wat die roeping het om Jesus se bediening aan 'n lydende en gebroke wêreld voort te sit.

### **3.4.11 Beskadigde selfsienings**

Die konstruktiewisme bevraagteken vorige sienings oor menswees en sonder die sekerhede, kenmerkend van positivistiese uitsprake, verval die mens in 'n identiteitskrisis. (Vgl. Middleton en Walsch 1995:52.) Saam met die verlies van 'n identifiseerbare en geïntegreerde self, kom ook 'n verskeidenheid van stemme en alternatiewe identiteite na vore. Die mens word voortdurend gebombardeer met 'n verskeidenheid van nie-samehangende en nie-verbandhoudende selfsienings, waaruit gekies kan word. Die mens is met ander woorde voortdurend besig om homself te konstrueer en te herkonstrueer. Dit kan met die postmoderne metafoor van 'n karnaval vergelyk word, waar die mens enigiets kan wees soos wat die rolle en tonele verander. Die verskeidenheid van selfsienings waaraan die mens blootgestel word, kan verwarrend wees. Terselfdertyd bied die verskeidenheid van sienings oor die self die moontlikheid aan die mens om beperkende selfkonstruksies te wysig.

Die rol van sosiale interaksie in die vorming en instandhouding van die mens se siening van homself word deur die konstruksionisme uitgelig. Die prosesse in 'n persoon se kulturele konteks om oorheersende verhale te skep en die invloed daarvan op die individu in al sy verhoudinge word deur die postmodernisme onder die soeklig geplaas (vgl. 3.1.3.7). Die mens se selfsiening en verstaan van homself is volgens Madigan (1998a:19) die resultaat van 'n geïnternaliseerde dialoog, wat deur sekere kulturele norme bepaal word. Oor die algemeen kontroleer die mens sy eie optredes om volgens die aanvaarde sosiale norme op te tree. Persone wat om die een of ander rede nie aan die voorgeskrewe of gewenste standaard van die samelewing voldoen nie, se identiteit word ernstig hierdeur geraak. So word daar byvoorbeeld van persone wat 'n ledemaat verloor het, verwag om voortdurend by mense wat nie fisies gestrem is nie aan te pas en hulle word gekonfronteer met andere se sienings oor gestremdheid. Beskadigde identiteite is daarom die resultaat van gestremde persone se omskrywings van hulself, asook die dominante kulturele standpunte oor wat as normaal en abnormaal beskou word. Deur middel van gesprekvoering kan ondersoek ingestel word na die invloed van sosiale en psigologiese diskoerse en interpretasies, wat in 'n sekere kultuur of gemeenskap bestaan. Die

kliëntsisteem word dan begelei om alternatiewe kennis na vore te bring, wat van problematiese en beperkende kulturele sienings verskil.

Die belangrikheid van die mens se verhouding met homself is 'n raakpunt tussen die konstruktiewisme, konstruksionisme en maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing. Die mens se verhouding met homself speel 'n belangrike rol in sy lewensverhaal en die herstel van versteurde selfkonstruksies is 'n belangrike doelwit van maatskaplike werk en die narratiewe werkswyse. Die narratiewe benadering lewer in die verband 'n besondere bydrae deur spesifiek te fokus op die hervertelling en alternatiewe omskrywing van die gespreksvennote se selfsienings. Volgens die Bybelse mensbeskouing is die mens na die beeld van God geskape (Gn 1:26-27; 5:1; 9:6) en dit voorsien 'n basis en hoop vir die mens se selfsiening, want die mens word nie tot sy eie selfkonstruksies en die van andere beperk nie.

Christelike hulpverlening wil heling bring deur by die mens 'n selfbewustheid te ontwikkel wat ooreenstem met God se siening van die mens. "The whole identity derives from God's definition, a strangely paradoxical identity, every person being simultaneously sinner and redeemed. Healing occur as the damaged person yields the sin, the alienation, to the dying Jesus on the cross; he or she experiences union with Christ Jesus and thereby as 'son' and 'daughter' has access to a new relationship with God as 'father' or 'parent'; and the person's life through the Holy Spirit is progressively transforms to duplicate that of Jesus, reflection of the same sorrow and glory" (Furniss 1995:59). Die Christelike beskouing verstaan God Drie-enig as deel van die mens se sosiale sisteme, want 'n intieme verhoudinge bestaan tussen God en sy kinders. God Drie-enig se betrokkenheid by die mens maak Hom as't ware 'n vennoot in die vorming van 'n selfsiening, want namate die gelowige se verhouding met God groei, word hy in staat gestel om God se karaktertrekke te vertoon. Die mens met 'n beskadigde selfsiening word met ander woorde ondersteun om homself te sien soos wat God hom sien.

### **3.4.12 Transformasie en verandering**

Tradisioneel word die maatskaplike werker se rol as veranderingsagent beklemtoon, wat beteken dat die maatskaplike werker verantwoordelikheid aanvaar om verandering in die kliëntsisteem se maatskaplike funksionering te bewerkstellig (Pincus en Minahan 1973:54). Die maatskaplike werker is as die objek in die verhouding gesien en die kliënt as die subjek. Kritiek van die konstruktiewisme en konstruksionisme op 'n verdeling soos

hierdie word verwelkom, want as gelyke vennote in die hulpverleningsproses aanvaar die kliënt in samewerking met die maatskaplike werker die verantwoordelikheid om verhoudingsprobleme aan te spreek. Die Christelike beskouing stem hiermee saam en sien alle mense as gelyk, want alle mense is ewe belangrik vir God.

Die Christelike werkswyse maak 'n onderskeid tussen God as die objek en die mens as die subjek, in gesprekvoering oor die mens se verhouding met God. Die terapeut bly volgens Janse van Rensburg (2000b:22) net 'n instrument in God se hand, terwyl God die objek in die hulpverleningsverhouding is, want net Hy kan lewens verander en kontekste wysig om in ooreenstemming met Sy wil te wees. Die woorde van Jh 15:5 waar Jesus Homself vergelyk met 'n wingerdstok en die mens as die lote wat in Hom moet bly om vrugte te kan dra, demonstreer die mens se afhanklike posisie in sy verhouding met God. Hieronder word verstaan dat die mens nie sy eie verlossing uit sonde kan bewerkstellig nie en van God afhanklik is vir wysheid oor hoe om sy lewe tot eer van God in te rig en om geestelik te groei, ten einde God se beeld al meer te vertoon. In die lig hiervan word die maatskaplike werker en kliënt albei as subjekte in die hulpverleningsverhouding gesien.

Die konstruktiewise se siening van hoe verandering in die mens se gedrag en verhoudinge plaasvind, verskil van die Christelike perspektief, wat God erken as die veranderingsagent. Die konstruktiewise bespreek nie die invloed van die mens se geestelike dimensie nie en volgens Maturana, soos aangehaal deur Simon (1985:43), word die mens net gesien as iemand wat in 'n proses van konstante transformasie verkeer. Die konstruktiewise beklemtoon die mens se potensiaal om self sy eie funksionering en sy omstandighede te verbeter, wat aan die humanisme herinner (Van Heerden en Kotzé 1997:91). Dit is strydig met die Bybelse siening van die mens se beperkte vermoëns, as gevolg van die rol wat sonde in die mens se lewe speel. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing wil verandering bewerkstellig wat rekening hou met God se wil vir die mens soos in Sy Woord beskryf en die begeleiding van die Heilige Gees word as bepalend vir die uitkomst van hulpverlening beskou.

Die mens se vermoë om keuses te maak, hou verband met die konstruktiewise en konstruksionisme se klem op die mens se vermoë om unieke konstruksies te vorm, asook die uitgangspunt in maatskaplike werk (vgl. 2.3.5.6) dat die mens alleen gehelp kan word, as hy homself wil help en verander. Die uitgangspunt dat slegs God die mens uit sy sondige bestaan kan verlos, kanselleer nie die mens se verantwoordelikheid, om keuses te maak en besluite te neem, nie. Die feit dat die mens verkeerde keuses uitoefen oor hoe hy

sy lewe wil inrig, dui volgens Du Toit (2000:120) op die bestaan van sonde, want mense vermink mekaar, voer oorloë en doen mekaar leed aan, terwyl dit nie met die wil van 'n liefdevolle God strook nie. Die mens het 'n keuse of hy God wil gehoorsaam en sy lewe en verhoudinge daarvolgens wil verander. Hulpverlening geskied binne 'n bepaalde konteks en daar moet rekening gehou word dat alle mense nie hul godsdienstige behoeftes erken nie en dat gespreksvennote nie noodwendig 'n lewende geloof in God Drie-enig se bestaan het nie. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing wil geen vorm van druk op die kliënt plaas om met die hulpverlener se uitgangspunte saam te stem nie en kliënte se keuses en uitgangspunte, oor wat moet verander en hoe verandering in hul lewens moet plaasvind, word te alle tye gerespekteer.

Die rol van die maatskaplike werker in die lig van die werkswyses van die konstruktiewisme en konstruksionisme, is die fasilitering van 'n proses wat die mens se potensiaal beklemtoon en sy maatskaplike funksionering kan verbeter. Christelike hulpverlening gaan egter nie net oor 'n pragmatiese benadering en die implementering van 'n terapeutiese proses wat 'n positiewe bydrae kan lewer om die mens se funksionering te verbeter nie, maar sluit ook God se skeppingswil vir die mens en sy lewe in. Du Toit (2000:151) wys daarop dat die goeie boodskap van die Bybel praktiese neerslag vind wanneer versoening tussen God en die mens en mense onderling plaasvind. God se positiewe en kreatiewe energie van aanvaarding, vergifnis en vrede kom dan in verhoudinge, ook hulpverleningsverhoudinge, na vore. Verandering volgens die Christelike hulpverlening sluit dus meer in as die implementering van wetenskaplike metodes en tegnieke.

### **3.4.13 Doelloosheid teenoor 'n hoopvolle lewe**

Volgens die konstruktiewis Maturana (Efran, *et al.* 1988:35) dryf lewende sisteme doelloos voort totdat hulle disintegreer. Voortdurende responsveranderinge vind by die mens plaas na aanleiding van veranderinge wat in sy eksterne omgewing en interne versteurings plaasvind. Hierdie voortbeweeg deur die lewe vereis voortdurend nuwe reaksies en aanpassings tot en met die dood van die organisme. Die indruk word verkry dat die mens dan net 'n doellose bestaan op aarde voer wat op sy persoonlike behoeftebevrediging en prestasies gerig is. Vanuit die Christelike mens- en wêreldbeskouing is die primêre doel van die mens (en alle organismes op aarde) om God deur middel van sy bestaan en verhoudinge te verheerlik. Die mens is nie deur God geskep om doelloos voort te dryf nie,

maar leef met 'n Godgegewe taak op aarde en 'n toekomsverwagting van die ewige lewe na die dood (vgl. 2.3.4.6).

Christelike hoop is op God se beloftes vir 'n beter toekoms gevestig. Vanuit hierdie beloftes word die mens opgeroep om 'n sinvolle bestaan op aarde te voer en uitgedaag om te verander. Müller (2000:43) wys daarop dat Bybelse hoop op die verledestorie van Christus gebou is. Wanneer die mens te lank en te aanhoudend gekonfronteer word met uitsigloosheid en indien sy bestaan konstant bedreig word, bestaan 'n sterk moontlikheid dat hooploosheid en wanhoop 'n lewenstema word en na depressie sal lei. Hooploosheid kom op verskillende maniere na vore. Aan die een kant kan die mens met arrogante oormoedigheid optree asof hy God nie nodig het vir die oplossings van sy probleme nie, wat die teenoorgestelde van Christelike hoop is. Die mens is soms geneig om op eie krag staat te maak en probeer om God uit te skakel deur alle hoop op sy eie goedkoop oplossings te plaas (Müller 2000:45). 'n Ander manier waarop hooploosheid na vore kom, is desperaatheid wat totaal verlamrend is en van die mens besit neem. In die geval word God uitgeskakel deurdat niks van Hom verwag word nie. Desperaatheid hou nie rekening met die werklikheid van God se krag en almag om die mens en sy omstandighede te verander nie. Christelike hoop hou rekening met die vernietigende werklikheid van sonde in die mens se lewe en is terselfdertyd ook gelowig, deur op God se ingryping te vertrou vir die oplossing van probleme op aarde en die ewige lewe na die dood.

#### **3.4.14 Professionaliteit en hulpverlening met 'n nederige gesindheid**

Die outonomie van die maatskaplike werker as professionele persoon word in die lig van die konstruktiewe en konstruksionisme uitgedaag, aangesien die terapeut se professionele kennis en vaardighede nie belangriker as die gespreksvennote se plaaslik-gevormde kennis van hul ervarings beskou word nie. Die risiko van magmisbruik in professionele persone se verhoudings met hul kliënte hou volgens Furniss (1995:63) verband daarmee dat professionele gemeenskappe of beroepsklasse na doelbereiking, kontrole, universalisme, affektiewe neutraliteit en 'n kollektiewe oriëntasie streef. In die hulpverleningsverhouding is die professionele persoon nie onder die verpligting om sy eie weerloosheid, gevoelens en gebrek aan sekuriteit bloot te stel nie, maar kom onverstoortbaar en in kontrole voor. Hierdie praktyke gee aanleiding tot die legitimering van 'n sosiale struktuur wat die belange van die maghouers of professionele persone dien en nie die belange van die persone wat hulp benodig nie.

Die bemagtiging van deelnemers kan 'n bydrae lewer om magsongelykhede in die verhouding tussen maatskaplike werkers en kliënte aan te spreek. Bemagtiging beteken volgens Fook (2002:46) om mag aan die magteloses te gee om hul missie te bereik. Die praktyk van maatskaplike werk moet dus gekenmerk word deur dienslewering waarin dominerende en onderdrukking geen rol speel nie. Die doel van hulpverleningsprogramme moet wees om mense in staat te stel om hulself te help en gemeenskappe waarin uitbuiting nie bestaan nie, moet bevorder word.

Konstruktiewisme en konstruksionisme se kritiek teen die misbruik van mag stem ooreen met die Christelike siening om hulp vanuit 'n nederige posisie te verleen (vgl. 2.3.4.3). Die maatskaplike werker wat hulp volgens die Christelike benadering verleen se vooroordele en rigiede konstruksies word met gehoorsaamheid aan God en 'n nederige gesindheid teenoor alle ander mense vervang. 'n Nederige houding is volgens Ford (1994:155) om die grond tussen mense gelyk te maak en om God se genade met andere te deel, soos dit van God ontvang is. Andere word nie veroordeel, omdat hulle sondig is of omdat hulle God nie ken, of nie wil ken nie. 'n Verdere implikasie is om oop te wees dat God die terapeut kan verander wanneer die lewensveranderende Storie van Jesus, op 'n nederige en biddende wyse, met andere gedeel word. Die maatskaplike werker word 'n instrument wat tot andere se verandering bydra, maar word in die proses self deur God getransformeer.

Uit die voorafgaande blyk dit dat die konstruktiewisme en konstruksionisme belangrike filosofiese verskuiwings verteenwoordig en dit toon raakpunte en verskille met die wyse waarop hulp volgens die Christelike beskouing verleen word. Samevattend word die siening van Janse van Rensburg (2000b:20-21) ondersteun, naamlik dat dit nie moontlik is om vanuit twee onversoembare epistemologieë hulp te verleen nie, maar dat dit wel moontlik is om die idees van die konstruktiewisme en konstruksionisme as 'n strategie binne 'n Bybelse epistemologie te benut. Die volle implikasie van die genoemde epistemologie vir maatskaplike werk kan nog verder ontwikkel word.

### **3.5 SAMEVATTING**

Postmoderne epistemologieë voorsien 'n verskeidenheid van perspektiewe wat die teorie en praktyk van hulpverlening kan verryk. Konstruktiewisme word geassosieer met teorieë oor die wyses waarop individue se persepsies deur hul kognitiewe prosesse gevorm word. Die

konstruktiewisme se belangrikste bydrae is die siening dat die mens sy werklikhede op 'n unieke wyse konstrueer en dit verteenwoordig vir hom die waarheid. Die bestaan van waarhede in meta-narratiewe word as potensieel onderdrukkend gekritiseer. In die lig hiervan is dit nie moontlik om hulpverlening volgens die Christelike beskouing volledig op die uitgangspunte van die konstruktiewisme te baseer nie.

Konstruksionisme fokus op die sosiale interaksie tussen mense, die gesamentlike interpretasies wat gevorm word en die intersubjektiewe invloed wat tussen mense, taal en kultuur bestaan. Verandering vind in mense se verhoudinge plaas en wel deur die interaksie en dialoog tussen die betrokke rolspelers. Die konstruksionisme beklemtoon die waarde van gesprekvoering, interaksie en diskoers in die hulpverleningsproses om die kliënt te bemagtig om sy eie stem (identiteit en lewe) te vind en in sy eie taal 'n maatskaplike werklikheid te konstrueer, wat vir hom aanvaarbaar en belangrik is.

Die veronderstellings en strategieë van die konstruktiewisme en konstruksionisme toon raakpunte en verskille met die Christelike beskouing tot hulpverlening. Die belangrikste raakpunte is die ontkenning dat die mens met wetenskaplike ondersoek en rasonale verklarings alle fasette van sy menswees kan verklaar, asook dat elke mens op 'n unieke wyse sy ondervindinge interpreteer en op grond daarvan sy werklikheid of siening van God, homself, sy verhoudinge en die wêreld konstrueer. Die belangrikste verskil is dat die bestaan van God, of 'n transendente dimensie en die mens se geestelike behoeftes deur die postmoderne epistemologie geïgnoreer word.

Die narratiewe werkwyse, wat op die epistemologie van die konstruktiewisme en konstruksionisme gebaseer is, geniet tans wye erkenning en word deur verskeie hulpverleningsprofessies in die praktyk geïmplimenteer. Die ontwikkeling, kenmerke en praktiese implikasies van die narratiewe werkswyse vir maatskaplikewerkhulpverlening word in Hoofstuk 4 verken.

## HOOFSTUK 4

### DIE BENUTTING VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE IN MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING

Die narratiewe werkswyse, ook bekend as narratiewe terapie, kan as 'n nuwe hulpverleningsvorm beskou word wat sedert die 1980's baie belangstelling in die terapeutiese veld ontlok het. O'Hanlon (1994:22-23) verwys na die narratiewe werkswyse as "the Third Wave" binne die hulpverleningsprofessies en 'n fundamenteel nuwe rigting in die terapeutiese wêreld. Die mens vertel deurlopend verhale oor sy lewe en verhoudinge en die metafoor van die mens se lewe as 'n verhaal word deur die narratiewe werkswyse ontgin om terapeutiese doelwitte te bereik. Volgens die narratiewe werkswyse, wat uit die epistemologie van die postmodernisme ontwikkel het, word aan mense se lewens gedink as stories en hulp word verleen om hul lewensstories op so 'n wyse te beleef dat dit vir hulle betekenisvol en vervullend is (Freedman en Combs 1996:1). Belangstelling in die narratiewe werkswyse hou verband met die positiewe benadering wat gevolg word, deurdat mense se bevoegdhede in plaas van probleme beklemtoon word en die werkswyse toon die potensiaal om mense se probleemversadigde verhale te wysig.

Die narratiewe werkswyse toon die soepelheid om in 'n verskeidenheid van hulpverleningsituasies toegepas te kan word en die waarde daarvan vir die praktyk van maatskaplike werk verdien verdere ontginning. Die narratiewe werkswyse fokus nie op die proses om die mens se probleme en maatskaplike wanfunksionering op te los nie en "... [n]arrative approaches seem to get therapists out of unproductive struggles and enable them to avoid one of this profession's great occupational hazards – being captured by our clients' despair" (O'Hanlon 1994:24). Die terapeut word nie verantwoordelik gehou word vir die oplossing van die kliënt se probleme nie, want die verandering van maatskaplike probleme vind binne die kliënt en ander betekenisvolle rolspelers se werklikheidskepping plaas. Moontlikhede in die kliënt en sy sosiale netwerke se narratiewe word ontgin en deur middel van interaksieprosesse word nuwe realiteite en gewenste verhale ontwikkel (Andersen 1993:320). Die narratiewe benadering toon ooreenkomste met die werkswyse van maatskaplike werk, aangesien verandering deur samewerking en gesprekvoering, tussen die maatskaplike werker en gespreksvennote, te weeg gebring word. Die professie



maatskaplike werk se tradisionele en steeds sentrale fokus op die mens binne sy konteks is 'n verdere raakpunt met die narratiewe werkswyse.

Die implementering van die narratiewe werkswyse bring nuwe vrae en moontlikhede vir die praktyk van maatskaplike werk mee. Die wetenskaplik gebaseerde kennissisteme van die positiwisme, wat in maatskaplike werk neerslag gevind het, word tans vervang met 'n diskoers waarin onsekerheid, fragmentasie, plaaslik gevormde en veranderende kennis sentraal is. Die professie maatskaplike werk word voor die uitdaging gestel om aan die bestaande diskoerse deel te neem. Camilleri (1999:26) sluit hierby aan deur te sê maatskaplike werkers word in die middel van die gesprek gegooi, wat dikwels in ontoeganklike filosofiese taal plaasvind en dit veroorsaak baie verwarring, daarom verdien die implementering van die narratiewe werkswyse in maatskaplike werk verdere ondersoek.

Hierdie hoofstuk fokus op die narratiewe werkswyse se ontwikkeling, unieke veronderstellings, kenmerke en die praktiese inkleding, binne die raamwerk van maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing vir persone met amputasies.

#### **4.1 DIE AARD VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE**

In die terapeutiese veld het 'n postmoderne interpreterende perspektief aan die einde van die twintigste eeu beslag gevind (Anderson 1993:324). Die narratiewe werkswyse het as die mees sigbare hulpverleningsvorm na vore getree, met die vermoë om die filosofiese idees van die postmodernisme in aksie te omskep.

##### **4.1.1 Die ontwikkeling van die narratiewe werkswyse**

Drie bewegings of belangrike ontwikkelinge in die terapeutiese veld word deur O'Hanlon (1994:22) onderskei. Die eerste beweging het begin met die teorieë van Freud, wat die fondasie vir moderne psigoterapie gelê het. Psigodinamiese teorieë en biologiese psigiatrie was dominant en hulpverlening het op menslike patologie gefokus. Dit het belangrike voordele vir hulpverlening ingehou, want probleme is nie meer as mense se morele swakheid beskou nie en psigoterapie het die woordeskat verskaf om menslike probleme te

beskryf. Die fokus op siektetoestande het egter daartoe gelei dat mense met stigmatiserende etikette geïdentifiseer is. Die maak van 'n diagnose impliseer dat objektiewe waarhede oor bepaalde gedrag bestaan, terwyl subjektiewe betekenisgewing deel daarvan uitmaak, aangesien sekere gedrag as normaal of abnormaal beoordeel word.

Die tweede beweging het in die 1950's na vore getree in die vorm van probleem-oplossende terapie, byvoorbeeld gedragsterapie, kognitiewe benaderings en gesinsterapie. Teenoor die vroeëre klem op patologie en die persoon se verlede, het die klem na die hier-en-nou van situasies verskuif. Die maak van diagnoses en die oplossing van die probleme wat in 'n sisteem bestaan het, was egter steeds deur die terapeut en terapeutiese ingryping bepaal. Anderson en Goolishian (1992:26) wys daarop dat ontwikkelinge, veral in die veld van gesinsterapie, gepoog het om 'n konseptuele raamwerk daar te stel wat die genoemde beperkinge van die eerste beweging aan te spreek en dit staan as tweede-orde kubernetika bekend.

Die derde beweging gaan van die veronderstelling uit dat die fokus op probleme of patologie die ontwikkeling van hulpbronne en oplossings wat binne die kliënt aanwesig is, belemmer (O'Hanlon 1994:23). Die terapeut word nie gesien as die bron vir die oplossing van probleme nie, maar dit is in die kliënt en sy sosiale netwerke geleë. Die rol van mense se interpretasies en konstruksies, soos dit na vore kom in die verhale wat hulle vertel, het 'n besondere fokuspunt geword. “[P]eople live and understand their living, through socially constructed narrative realities that give meaning and organization to their experience” (Anderson en Goolishian 1992:26). Die beklemtoning van interaksie en betekenisgewing het 'n hermeneutiese en interpreterende benadering in terapie meegebring. Hulpverlening se fokus het met ander woorde verskuif na individue, groepe en gemeenskappe se interpretasies van hul ervarings, asook die verhoudings en interaksie patrone waarbinne die konstruksies gevorm word.

Michael White en David Epston word as die grondleggers van die narratiewe werkswyse beskou (Freedman en Combs 1996:15). Michael White is aan die Dulwich Centre in Adelaide, Suid-Australië verbode. Hy begin sy loopbaan in die menswetenskappe gedurende 1967 met opleiding in maatskaplike werk. Volgens White (1995:11-12) het veral die sienings van Gregory Bateson en Michel Foucault 'n vormende invloed op sy werk gehad en hy vind aanklank by die veronderstellings van die poststrukturalisme. David Epston, werksaam by die Family Therapy Centre in Aucland, Nieu-Seeland, het 'n

belangrike bydrae gelewer om postmoderne idees in hulpverleningstrategieë te omskep. ‘n Aanvanklike loopbaan in die antropologie het Epston besonder goed toegerus vir aktiwiteite in die veld van storievertelling (White en Epston 1990:xvi). Aan die hand van White en Epston se bydraes, met die inagneming van ander narratiewe terapeute se standpunte, word maatskaplikewerkhulpverlening volgens die narratiewe werkswyse beskryf. Die betekenis van die terme storie en narratief word omskryf en die ontstaan, kenmerke, funksies en terapeutiese waarde van stories word verken.

#### **4.1.2 Betekenis van die terme storie en narratief binne die narratiewe werkswyse**

Binne die narratiewe werkswyse speel die vertel en luister na stories van mense se lewens ‘n belangrike rol. Die terme storie en narratief (vgl. 1.6.4.1) word in hierdie navorsing as sinoniem beskou en afwisselend gebruik. Stories oor die mens se realiteite, persoonlikheid en verhoudinge is kognitiewe konstruksies wat op subjektiewe interpretasieprosesse gebaseer is. Met die skepping en vertel van stories probeer die mens om duidelikheid oor gebeure in die lewe te verkry, ten einde die lewe meer verstaanbaar te maak.

Die studie van stories se struktuur en inhoud spruit hoofsaaklik uit die literêre vakgebied, maar alle vakgebiede se sienings van stories is deur die postmodernisme beïnvloed. Die narratiewe benadering heg egter unieke betekenis aan narratiewe en vereis daarom verdere toeligting. “[I]t is our immediate, day-to-day, concrete, personal apprehension of our lives – expressed through the ‘stories’ we tell ourselves and others about our lives – that is primarily knowable. The stories are also *influential*. In a postmodern perspective, these stories or narratives form the matrix of concepts and beliefs by which we understand our lives, and the world in which our lives takes place; and there is a continuing interaction between the stories we tell ourselves about our lives, the ways we live our lives, and the further stories we then tell” (Payne 2000:20). Stories speel ‘n belangrike rol om die wêreld en die mens se lewe, verhoudinge en maatskaplike probleme te beskryf en om konstruksies daar te stel waarvolgens die mens sy ervaringe organiseer, interpreteer en uitdruk. Narratiewe beïnvloed die mens se maatskaplike funksionering, want die mens se stories weerspieël sy mens- en wêreldbeskouing en die waardesisteme waarvolgens hy besluite neem en sy verhoudinge inrig.

Die mens verbind sy lewe en die stories wat vertel word met mekaar. White (2004:62) verwys na die vertelling van wat gebeur het tydens ‘n bepaalde tydperk of volgens ‘n

chronologiese verloop as die “landscape of action” en die betekenis wat die mens aan die feite heg as “landscape of identity”. Tydens die vertelling van ‘n narratief word daar heen en weer beweeg tussen die weergee van inligting en die interpretasies daarvan. Narratiewe word veral gebruik om die mens se interpretasies van gebeure weer te gee. “As humans, we are interpreting beings. We all have daily experiences of events that we seek to make meaningful. The stories we have about our lives are created through linking certain events together in a particular sequence across a time period, and finding a way of explaining or making sense of them. This meaning forms the plot of the story. We give meanings to our experiences constantly as we live our lives. A narrative is like a thread that weaves the events together, forming a story” (Morgan 2000:5). Stories stel die mens met ander woorde in staat om verskillende gebeure en insidente in sy lewe, wat in verskillende tydsdimensies afspeel, in ‘n samehangende geheel te orden. Die feitelike gebeure is die boustene van die narratief, wat met die mens se interpretasies van die gebeure vervleg word.

White en Epston plaas hul werk binne die narratiewe metafoer. Tydens ‘n onderhoud met Payne (2000:21) het White die volgende betekenis aan die term storie van die lewe gekoppel: “It’s to propose that it’s not possible for us to interpret our experience without access to some frame of intelligibility, one that provides a context for our experience, one that makes the attribution of meaning possible. It’s to propose that stories constitute this frame of intelligibility. It’s to propose that the meanings derived in this process of interpretation are not neutral in their effects on our lives, but have real effects on what we do, on the steps that we take in life. It’s to propose that it is the story or self-narrative that determines which aspects of our lived experience get expressed, and it is to propose that it is the story [or] self-narrative that determines the shape of our lived experience. It’s to propose that we live by the stories that we have about our lives, that these stories actually shape our lives, constitute our lives, and that they ‘embrace’ our lives.” Narratiewe verskaf in die lig hiervan ‘n raamwerk om gebeurtenisse en belewenisse te orden en om die sin en betekenis daarvan te bepaal. Die mens se storie is voorts ‘n sekere vertelling van die persoon se lewe en terselfdertyd bepaal die storie weer die wyse waarop die mens leef.

Sosiale en kulturele invloede in die mens se konteks, soos taal, kultuur, omgewing en verhoudinge, speel ‘n belangrike rol in die interpretasie van gebeure en die vorming van stories. Hierdie invloede blyk uit dit wat die mens, groep of gemeenskap as vanselfsprekend aanvaar en in die vorm van konstruksies of narratiewe uitdruk (Roberts 1994:25). Die mens konstrueer nie ‘n selfnarratief in isolasie nie, maar binne die

verhoudinge waarin hy funksioneer. Die interaksieprosesse, wedersydse beïnvloeding en samewerking tussen mense kleur mense se stories en bepaal wat as belangrik, onbelangrik, traumaties en sinvol beleef en geïnterpreteer word.

In die lig van bogenoemde kan gesê word narratiewe binne die narratiewe werkswyse is weergawes of konstruksies van alledaagse gebeure en mense se interpretasies van hul ervarings. 'n Storie verteenwoordig die gekommunikeerde proses wat mense in hul verhoudinge en plaaslike konteks gebruik om 'n samehangende verhaal oor gebeure en ervarings in hul lewe te vertel, om hulself daarmee aan andere bekend te stel en om rigting aan hul lewe te gee. Die mens skep stories oor hul lewens en verhoudinge en leef terselfdertyd hul lewenstories uit. Wanneer die mens se vermoë om verhale te vertel, sy belewenisse te beskryf en te herdefinieer beskadig of geblokkeer word, word die mens se maatskaplike funksionering op 'n fundamentele wyse belemmer.

#### **4.1.3 Kenmerke van die narratiewe werkswyse**

Die narratiewe werkswyse het sekere kenmerke wat die praktiese inkleding daarvan van ander hulpverleningsvorme onderskei.

##### **4.1.3.1 Narratiewe in verhoudinge**

Hulpverlening volgens die narratiewe werkswyse hou rekening met die interne en eksterne prosesse waarby die mens betrokke is. Maatskaplikewerkhulpverlening is veral daarin geïnteresseerd om daardie faktore wat mense se verhoudinge beïnvloed en verbeter, te verken en te mobiliseer. Morgan (2000:9) wys daarop dat faktore soos geslag, klas, ras, kultuur en seksuele oriëntasie 'n groot invloed uitoefen op hoe die mens sy stories ontwerp en kulturele menings hieroor kan 'n positiewe of negatiewe effek op die betrokkenes se verhoudinge uitoefen. Hierby sou sienings oor liggaamlike effektiwiteit, aantreklikheid en gestremdheid gevoeg kan word. Hierdie faktore speel 'n belangrike rol in die ontstaan van opvattinge oor hoe mense in verhoudinge behoort op te tree. Parry (1991:45-48) verwys na mites wat in gesinne of groepe se verhale bestaan en hoewel dit geliefd of gerusstellend mag wees, het dit die mag om 'n realiteit te skep wat nie bevraagteken word nie en kan dit die betrokkenes se persoonlike ervarings en begeertes oorheers. Binne die narratiewe paradigma word hierna verwys as die dominante storie (Morgan 2000:7) en die effek hiervan op die mens se verhoudinge is van besondere belang vir maatskaplike werk. Dominante stories omskryf die grense van wat moontlik en wenslik is vir diegene wat deel

vorm van die gemeenskap se storie. Konsensus oor die sosiale of morele voorskrifte aanvaarding in 'n gemeenskap, kan mense van geleenthede, om as gelyke deelnemers betrokke te wees, insluit of uitsluit. Daarom is dit belangrik dat hulpverlening die invloed en gevolge van oorheersende stories, wat sekere individue bevoordeel en andere weer uitsluit of benadeel, moet identifiseer en dekonstrueer.

Maatskaplikewerkhulpverlening hou soos die narratiewe werkswyse rekening met die kliëntsisteem se verhouding met sy konteks. Fokus op kontekstuele faktore, lei noodwendig tot aandag aan magsongelykhede in verhoudinge (Hoffman 1992:22). Narratiewe terapeute trek verskynsels soos diskriminasie deur na die persoonlike vlak toe, om die negatiewe invloed van onderdrukkende idees, praktyke en gewoontes uit te lig en teen te werk. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die postmodernisme se kritiek oor die misbruik van mag, 'n sensitiwiteit geskep het oor die potensieel onderdrukkende effek wat prosesse in 'n groep of gemeenskap op die individu se beskouing en gedrag mag hê. Dit verskaf die motivering en selfvertroue aan persone om in hul plaaslike konteks hul stories vir mekaar en ander rolspelers te vertel. Hulpverlening volgens die narratiewe benadering bevorder dus die bemagtiging van individue en groepe met spesiale behoeftes of probleme om in hul eie woorde hul belewenisse en ideale te verwoord.

#### **4.1.3.2 Die beskrywing van probleme**

Binne die konteks van die narratiewe paradigma word die probleme wat mense ervaar nie as tekortkominge, onbevoegdheid of afwykings beskou nie. White en Epston (1990:14) sê 'n persoon ervaar 'n probleem en gaan vir terapie "... when the narratives in which they are 'storying' their experience, and/or in which they are having their experience 'storied' by others, do not sufficiently represent their lived experience, and that, in these circumstances will be significant aspects of their lived experience that contradict these dominant narratives". Die persoon ervaar ongemak met die narratiewe en identiteite wat aan hom toegeken is, want dit kom nie ooreen met sy eie sienings nie en laat nie genoeg ruimte om die stories van sy voorkeur uit te leef nie. Die narratiewe werkswyse beweeg weg van die toekenning van probleemidentiteite en die persoon word gerespekteer as iemand wie se lewe en ervarings slegs beperkend beskryf is.

Die kliënt se omskrywings van die probleem kan wissel van 'n gedetailleerde tot algemene en vae omskrywings en verskillende persone se definiëring van dieselfde ondervinding kan van mekaar verskil, aangesien hul konstruksies hieroor verskil. White en Epston (1990:49)

waarsku dat die terapeut nie die kliënt se omskrywing van die probleem moet veralgemeen of sy eie interpretasie op die kliënt afdwing nie. Tydens die gesprekvoering moet daar eerder beweeg word na 'n omskrywing wat vir al die deelnemers aanvaarbaar is. Na aanleiding van die omskrywing van die probleem kan dit geëksternaliseer word (vgl. 4.1.4.8), as 'n karakter met 'n naam. Hierdie benadering van 'n probleem is besonder sinvol, want die persoon en probleem word nie aan mekaar gelyk gestel nie. Die doel is om die kliënt se belewenis van homself as 'n magtelose slagoffer van die probleem in die hulpverleningsproses te verander.

Die identifisering en omskrywing van probleme tydens hulpverleningsgesprekke fokus nie op die beperkende weergawes van die persoon se menswees en die probleemversadigde verhale nie. Die maatskaplike werker gaan van die veronderstelling uit dat stories onvoltooid is en daarom kan die mens nie volledig verstaan of beskryf word nie. Omskrywings van beskadigde identiteite en probleme maak daarom net 'n gedeelte van die persoon se verhoudingslewe uit en gewenste omskrywings van sy verhoudinge word bevorder.

#### **4.1.3.3 Beperkende en omvattender beskrywinge van ervarings**

Met die vertelling van 'n sekere storie word sekere detail en interpretasies van gebeure geselekteer, terwyl ander sienings van dieselfde gebeure nie herken of vertel word nie. Op hierdie wyse word die kompleksiteit en teenstrydighede van die lewe ontken of vereenvoudig. Die terme “thin and thick descriptions” is deur Michael White en David Epston ontwikkel (Morgan 2000:12) om hierdie verskynsel doelbewus in die hulpverleningsproses aan te spreek.

Eng of onvolledige beskrywinge van ervarings laat min ruimte vir mense om hul eie interpretasies te verwoord. Die beskrywinge van andere word eerder as die waarheid aanvaar en dit verhinder die persoon om sy eie unieke betekenis aan gebeure te heg. 'n Persoon aanvaar soms die onvolledige beskrywinge van sy gedrag of identiteit van andere in magtposisies, soos byvoorbeeld ouers, politieke figure of professionele persone. Beperkende of eng beskrywinge het negatiewe gevolge vir 'n persoon se belewenis van homself en sy verhoudinge. “Thin conclusions are often expressed as a truth about the person who is struggling with the problem and their identity. The person with the problem may be understood to be 'bad', 'hopeless', or 'a troublemaker'. These thin conclusions, drawn from problem-saturated stories, disempower people as they are regularly based in

terms of weakness, disabilities, dysfunctions or inadequacies” (Morgan 2000:13). So kan 'n persoon met 'n amputasie beskryf word as 'n onvolledige mens met beperkte moontlikhede om selfstandig te funksioneer. Hierdie siening beïnvloed die wyse waarop die persoon behandel word, sy rol in die gesin en status in die gemeenskap. Die gebruik en misbruik van mag en kontrole, kom verskuil in verhoudinge na vore en laat weinig ruimte om hierdie eng beskrywinge te wysig.

Gebrekkige vertellings gee aanleiding tot probleemstories wat die persoon se maatskaplike funksionering domineer. Die invloed en gevaar van gebrekkige of onvolledige omskrywings is dat die persoon se vaardighede, kennis en vermoëns deur die probleemstorie verduister word. Freedman en Combs (1996:16) sê: “Narrative therapists are interested in working with people to bring forth and thicken stories that do not support or sustain problems. As people begin to inhabit and live out the alternative stories, the results are beyond solving problems. Within the new stories, people live out new self images, new possibilities for relationships and new futures.” Maatskaplikewerkhulpverlening volgens die narratiewe werkswyse is daarom geïnteresseerd, om deur middel van gesprekvoering, omskrywings te skep wat mense in staat sal stel om weg te breek van die beperkende weergawes van hul lewenstories en die negatiewe invloed hiervan op hul doeltreffende maatskaplike funksionering.

Die teenoorgestelde van gebrekkige of eng beskrywinge is ryker of vollediger beskrywinge en alternatiewe interpretasies van mense se lewe en verhoudinge. Omvattender beskrywinge beteken volgens Morgan (2000:15) dat aandag gegee word aan die artikulasie van die fyn detail van 'n persoon se lewe. Die motiewe van die betrokkenes, hul agtergronde, begrip van gebeure en die verweefdheid van stories met die van andere, word verwoord om 'n vollediger beeld van die persoon se lewe te gee. Die volgende is wyses waarop die kliënt se lewe breër omskryf kan word:

- Daar word na moontlike gapings in die vertellings van die kliënt geluister en hy word gevra om meer detail beskrywinge daarvoor te gee (Freedman en Combs 1996:46). Die maatskaplike werker luister met ander woorde aandagtig na die kliënt se verhaal om verskillende interpretasies van gebeure en belewenisse te bevorder. Erkenning vir die meervoudige betekenis wat aan 'n situasie geheg kan word, dra by tot 'n ryker beskrywing van gebeure.
- Moontlike dubbelsinnighede in die interpretasie van stories, word geïdentifiseer en die kliënt word gevra om hieroor uit te brei en te vertel hoe hy die situasies gehanteer en probleme opgelos het (Freedman en Combs 1996:47). Die



maatskaplike werker se fokus op dubbelsinnighede ondermyn die invloed van die dominante verhaal en laat die kliënt die belewenis kry dat daar meer as een wyse is om sy maatskaplike funksionering te interpreteer.

- Wanneer die kliënt sy vertelling onderbreek, kan die terapeut 'n opsomming gee van wat gesê is en probeer om te bepaal of die terapeut begryp wat die kliënt gesê het (Freedman en Combs 1996:47). Sodoende kan gekontroleer word of die betekenisgewing van die betrokkenes ooreenstem. Op die wyse waak die maatskaplike werker daarteen om sy eie gevolgtrekkings te vorm en gesamentlike besinning oor die betekenis wat aan gebeure geheg word, word bevorder.
- Moontlike verbintenisse tussen die kliënt se vertelling en die stories van andere word ondersoek. Parry (1991:46) sê die kliënt word aangemoedig om uit te brei oor moontlike karakters wat deel van sy storie vorm en hoe faktore soos persoonlike ervarings, verhoudings, geslag, etniese agtergrond, kultuur en die gemeenskap tot die storie wat vertel word, bygedra het.
- Volgens Parry (1991:51) is dit nodig om deur vrae die wenslikheid en gevolge van die kliënt se veronderstellings, waarop sy lewensstorie gebaseer is, uit te daag. Vrae soos “wat is jou ervaring?” of “dit mag wees wat jy geleer is, maar wat is jou ondervinding?” of “dit is ander se opinie, maar wat is jou ervaring?” word deur die terapeut gevra. Twyfel ontstaan dan oor die waarheid van 'n sekere siening en konstellasie van gelowe oor die self, die wêreld en die persoon se plek daarin.

Uit bogenoemde blyk dit duidelik dat die maatskaplike werker 'n ondersoekende ingesteldheid moet hê en met behulp van vraagstelling word die kliënt se denke gestimuleer om meer fasette van sy lewe en verhoudings te oordink en te beskryf. Deurdat die persoon se weergawe van sy lewensstorie nie as vanselfsprekend as die waarheid aanvaar word nie, word die persoon gehelp om sy ervarings self te interpreteer en in sy eie woorde te beskryf. Die gevolgtrekking kan verder gemaak word dat ryke of vollediger beskrywings die nodige idees sal verskaf vir die vorming van 'n gewenste storie.

#### **4.1.3.4 Dekonstruksie**

Dekonstruksie moedig die mens aan om die konstruksies van sy realiteit te bevraagteken, om te bepaal in watter mate die persoon se denke en lewenswyse daardeur gedomineer word en in watter mate dit in lyn is met sy persoonlike sienings. “... [D]econstruction has to do with procedures that subvert taken-for-granted realities and practices; those so-called ‘truths’ that are split off from the conditions and the context of their production, those disembodied ways of speaking that hide their biases and prejudices, and those familiar

practices of self and of relationship that are subjugating of persons' lives" (White 1992:121). Dekonstruksie is die analise van praktyke, met die doel om die rol van kennis, waarhede en mag aan te toon, asook die onderdrukkende effek daarvan op die persoon se narratiewe. Die waarde van dekonstruksie is daarin geleë dat die persoon bewus gemaak word van die invloede wat tot die vorming van sy narratiewe gelei het, asook die positiewe of negatiewe effek daarvan op sy maatskaplike funksionering. Dekonstruksie fokus op die persoon se selfsienings, dominante kulturele kennisraamwerke, maatskaplike funksionering en ander onderdrukkende praktyke, byvoorbeeld in die wyse waarop hulp verleen word.

Vanuit 'n narratiewe perspektief kan probleme alleenlik oorleef en floreer wanneer dit ondersteun en versterk word deur ander betekenisvolle persone se beskouinge. So kan diskriminasie byvoorbeeld teen persone met fisiese gestremdheid in die werksplek in sekere gemeenskappe toegelaat word, aangesien die individu se bevoegdheid met die aanwesigheid van alle ledemate geassosieer word. Skeptisisme oor dominante diskoerse lei tot 'n analise of dekonstruksie van die gapings, stiltes, teenstrydighede en magsverhoudinge wat bestaan (Kotzè en Kotzè 1997:35) en het gevolglik die potensiaal om diskoerse te stimuleer wat vir die persoon aanvaarbaar is.

Narratiewe terapeute is ingestel op die ontdekking, benoeming, uitmekaar haal en uitdaag van sienings en praktyke in die breër kultuur waarbinne die persoon leef, wat die probleemstorie ondersteun (Morgan 2000:45). Dekonstruksie help mense om oorheersende stories vanuit 'n ander perspektief te beoordeel en om geleenthede te herroep waar die probleem nie sy selfsiening of verhoudinge belemmer het nie. Indien die besprekinge vir die persoon sinvol en aanvaarbaar is, word dit 'n unieke uitkoms (Morgan 2000:50), wat weer die beginpunt van 'n alternatiewe storie kan wees. Die maatskaplike werker druk daarom nie sy idees op die gespreksvennote af om die betrokkenes se sienings te verander nie, maar ondersoek en bevraagteken die idees en faktore in die persoon se omgewing wat die bestaande verhoudingsprobleme versterk.

#### **4.1.3.5 Nie-kundige posisie van die terapeut**

Die narratiewe terapeut posisioneer homself in die hulpverleningsverhouding deur 'n nie-kundige posisie in te neem (Anderson en Goolishian 1992:29). Dit impliseer 'n algemene houding of posisie waar die terapeut se aksies opregte nuuskierigheid kommunikeer en die kliënt se verduidelikings, wêreldsienings en betekenisgewing gerespekteer word. Dit het

tot gevolg dat die kliënt nie nodig het om sy eie sienings te bevorder, te beskerm of die terapeut daarvan te oortuig nie. Hierdie houding is meer ontspanne as wanneer die maatskaplike werker as veranderingsagent optree en terselfdertyd word die kliënt se vrymoedigheid, om sy eie idees te vorm, bevorder. Müller (2000:17) sê die terapeut is nie die meer- of beterveter nie, maar wel die nie-weter. Die terapeut het die posisie van 'n deskundige wat die kuns bemeester het om vanuit 'n eerlike en nie-wetende posisie die gespreksgenoot tot die eintlike deskundige te bemagtig. Die nie-kundige posisie van die terapeut nooi die gespreksvennote uit om 'n eie verhaal en toekoms te struktureer rondom dit wat vir hulle belangrik is. Die terapeut se opinies en bydraes speel wel 'n rol in die gesprekvoering, maar is nie die norm waarvolgens doelwitte bepaal word of die hulpverleningsproses verloop nie.

Die terapeut het 'n interpreterende benadering wat berus op die volgehoue analise van ondervindinge, eerder as om vooraf opgestelde opinies en verwagtinge oor die kliënt, die probleem of dit wat moet verander, oor te dra. "To not-known means that the accumulated experience and understanding of the specific therapist is always undergoing interpretive change. It is in this local and continuing process of question and answer that a particular understanding of a particular narrative becomes a starting point for the new and 'not-yet-said' ..." (Anderson en Goolishian 1992:37). Terapeute se kennisraamwerke word met ander woorde nie ontken nie, maar die kliënt se vertellings word nie aan die hand hiervan geanaliseer nie. Die maatskaplike werker se openheid om die kliënt se interpretasies te verstaan, wysig sy eie vooropgestelde idees en laat ruimte om dit wat uitgelaat of nog nie bekend is nie, te eksploreer.

Gesprekvoering is in die lig van bogenoemde op gelyke en eerlike kommunikasie ingestel, waar al die deelnemers se stories ernstig opgeneem word. Dit kan meebring dat die deelnemers aan die gesprek nie noodwendig sal saamstem oor wat wenslik is nie. Die nie-kundige posisie beteken nie dat die terapeut geen mening of oordeel het nie, maar bevorder sensitiwiteit vir die invloed van die terapeut se voorveronderstellings, waardes en kennissisteme op die hulpverleningsproses. Die doel van die terapeut is om die uniekheid van elke kliënt se narratief te leer ken en die samehangende waarhede wat bestaan, te verstaan en te benut om verandering te fasiliteer. Terapeute het altyd vooroordele, maar moet so na kliënte luister dat hul vorige ondervindinge hulle nie verhinder om die volle betekenis van die kliënte se beskrywings van hul ervarings te begryp nie (Anderson en Goolishian 1992:31). Die nie-kundige posisie ontken nie die maatskaplike werker se persoonlike en professionele waardesisteme, perspektiewe en kennisraamwerke nie, maar

vereis die doen van verantwoording daarvoor en bevorder daarom 'n reflekerende ingesteldheid en praktyk. Die teendeel van hierdie posisie is om na algemene waarhede oor verhoudinge en gedragspatrone te soek, wat tot etikettering lei en die maatskaplike werker in die posisie as kundige van die kliëntsisteem se ondervindinge plaas.

Die narratiewe terapeut soek nie na dieperliggende waarhede om die kliënt se storie mee te vergelyk nie. Die terapeut luister na al die verskillende stories van die kliënt en aanvaar dat dit vir hom geldige weergawes is, maar besef dat dit nie noodwendig die enigste weergawes is wat bestaan nie. Om onbevange te luister beteken volgens Müller (2000:35) om uit 'n eie kulturele dop te beweeg en toe te laat dat die ander jou oor die drumpel van hul wêreld trek. Dit vereis 'n gewilligheid om by die ander se verhaal betrokke te raak en die doelbewuste inbeweeg in andere se ervaringswêreld. Die maatskaplike werker skep nie die indruk dat gespreksvennote se betekenisgewing volledig verstaan word nie, want so 'n veronderstelling plaas die maatskaplike werker in 'n kundige posisie wat objektiewe gevolgtrekkings kan maak.

#### **4.1.3.6 Deursigtigheid**

Deursigtige werkswyses is inherent deel van die narratiewe strategie, wat respek vir die kliëntsisteem se menswees demonstreer. Deursigtigheid impliseer dat die maatskaplike werker nie inligting of 'n deskundige mening van die kliëntsisteem weerhou nie. Deursigtigheid is op verskillende uitgangspunte van maatskaplike werk en die narratiewe paradigma gebaseer, naamlik dat die kliënt se aktiewe deelname aan alle fasette van proses van deurslaggewende belang is (vgl. 3.2.2.8), dat die kliënt as 'n gelyke vennoot aan gesprekke deelneem en verantwoordelikheid aanvaar om sy maatskaplike funksionering te verbeter. Volgens White (1995:47) kan deursigtigheid op die volgende wyses prakties gedemonstreer word:

- Wanneer ander persone, soos byvoorbeeld familielede, in verband met die kliënt se funksionering of verhoudinge geraadpleeg word, vind dit in die kliënt se teenwoordigheid plaas.
- Rekordhouding en dokumentering van inligting aangaande die kliënte en die beplanning van die hulpverleningsproses geskied met hul medewerking. Soms hou 'n kliënt verslae en ander dokumentasie of afskrifte daarvan by hom aan huis.
- Wanneer 'n kliënt na 'n ander professionele persoon verwys word, geskied dit verkieslik by wyse van 'n persoonlike bekendstelling. Indien dit nie moontlik is

nie, kan die verwysing telefonies in die teenwoordigheid van die kliënt gedoen word. Die kliënt behoort nooit te ervaar dat hy die hulpelose hulpsoeker is wat deur professionele kundiges bespreek en beoordeel word nie. Hy moet beleef dat hy medeverantwoordelik is vir die verwysing.

- Die terapeut toon deursigtigheid oor die emosies wat hy saam met die kliënt beleef. So sal hy byvoorbeeld saam met die kliënt huil en lag. Dit mag die indruk skep dat die terapeut onbeheersd uiting gee aan sy ervarings, maar in werklikheid word daar net eerlik en openlik met die kliënt gekommunikeer.

In die lig van bogenoemde is dit duidelik dat deursigtige werkswyses die kliënt as vennoot aanvaar. Deursigtigheid in die verhoudinge van 'n maatskaplike werker sonder fisiese gestremdheid met persone wat amputasies ondergaan het, impliseer dat die maatskaplike werker sy sienings oor siekte, lyding, en gestremdheid tydens gesprekke sal deel sonder om sy sienings op gespreksvennote af te druk.

#### **4.1.3.7 Reflektering**

Kritiese refleksie tydens hulpverlening hou verband met die siening dat kennis in 'n sekere konteks gevorm word en dat dit subjektief is, want dit word onderhandel vanuit die kenner se perspektief. Fook (2000:40) sê reflekterende praktyke in maatskaplike werk het te make met die term “reflectivity” wat na 'n proses verwys waarop die maatskaplike werker terugkyk op sy praktyk of dienste gelewer en die term “reflexivity” wat na 'n posisie verwys waar die maatskaplike werker homself in die prentjie plaas en sy invloed op die prentjie bepaal. Die twee terme word as sinoniem beskou, want deur refleksie (of reflektering) word 'n reflekterende werkswyse bevorder, wat beteken die maatskaplike werker oordink sy rol en optrede tydens die hulpverleningsproses en doen verantwoording daarvoor.

Terapeute wat hulself as die veranderingsagent of as die alleen-kundiges in die onderhoudsituasie beskou, is geneig om hoë verantwoordelikheid vir die presiese uitvoering van terapeutiese aktiwiteite te aanvaar (White 1997:200). Die terapeut voel dan meer verantwoordelik om 'n bepaalde terapeutiese model, korrek en volledig toe te pas, as om die effek van sy werk op die kliënt se belewenisse te bepaal. Reflektering daarenteen verg dat die maatskaplike werker nadink oor die invloed wat sy hulpverlening of betrokkenheid op die lewe en verhoudinge van die kliënt het. Die maatskaplike werker doen verantwoording van sy bydraes, as medeskrywer van die nuwe narratiewe wat

gevorm word of nie gevorm word nie. Reflektering is nodig om die gevolge van die hulpverlening op die kliënt se menswees en maatskaplike funksionering te bepaal.

Bewustelike aandag word aan die invloed van die maatskaplike werker se etiese riglyne, morele beginsels en waardes gegee. Die maatskaplike werker se menswees, soos wat dit met hulpverlening geïntegreer word, word met ander woorde verreken. Müller (2000:35) wys daarop dat die terapeut bewus moet wees van sy eie vooroordele, ten einde dit so openlik en eerlik as moontlik te kommunikeer. Hierby kan gevoeg word dat indien die deelnemers se mens- en wêreldbeskouings van mekaar verskil, die invloed daarvan op hulpverlening hanteer moet word.

#### **4.1.3.8 Eksternalisering**

Eksternalisering gee gestalte aan die postmoderne kritiek teen totaliserende standpunte en wil die individu in 'n posisie plaas met mag oor sy probleme. Eksternalisering vorm die fondament van narratiewe gesprekke (Morgan 2000:17) en is op die veronderstelling gebaseer dat die probleem die probleem is en die persoon is nie die probleem nie. Eksternalisering word deur White en Epston (1990:38) beskryf as: "... an approach to therapy that encourages persons to objectify and, at time, to personify the problem that they experience as oppressive. In this process, the problem becomes a separate entity and is external to the person or relationship that was ascribed as the problem. Those problems that are considered to be inherent, as well as those relatively fixed qualities that are attributed to persons and to relationships, are rendered less fixed and less restricting." Narratiewe terapie wil mense help om geïnternaliseerde, onderdrukkende diskoerse en maatskaplike probleme buite die persoon se identiteit te plaas, deur dit as 'n objek buite die persoon te behandel. Die persoon word van beperkende kulturele of godsdienstige sienings en wetenskaplike klassifikasies geskei, aangesien die bestaan van 'n probleem nie die wese van die persoon se menswees beskryf nie.

Deur middel van eksternaliseringsgesprekke word gepoog om die gelykstelling van die persoon aan die probleem te beëindig. Die probleem kry as't ware 'n eie karakter, waarmee gekommunikeer kan word. Carey en Russel (2003b:67) sê: "Externalising conversations involve naming the problem (as separate from the person), mapping the effects of the problem through various domains of a person's life, and also tracing the history of the problem in the person's life. This enables the problem to be placed into a story-line. This process makes it clearer that the problem is not something that exists within the person. It

is instead something that has developed over time, a development that has been influenced by a range of factors.” Die plasing van geïnternaliseerde probleme buite die persoon, hou rekening met die invloed van die verhoudinge en narratiewe waarbinne die persoon funksioneer. Die persoon se maatskaplike funksionering word met ander woorde in ‘n storielyn geplaas en die persoon word nie aan die bestaande maatskaplike wanfunksionering gelykgestel nie.

Eksternalisering vereis sekere taalgebruik en is meer as net ‘n tegniek of vaardigheid, want dit sluit ‘n sekere gesindheid en oriëntasie in (Morgan 2000:18). Die persoon se beskrywing van “ek is ongemotiveerd en kan niks doen nie” word byvoorbeeld vervang met woorde soos “met ander woorde die probleem het jou energie vlakke geaffekteer”. In plaas daarvan om die persoon se siening van “ek is ‘n depressiewe soort persoon” te aanvaar, sal die terapeut sê “wanneer die probleem sterk is, laat dit jou dink jy het geen motivering nie”. ‘n Strategie om hierdie doel te bereik is die voorstelling van die probleem as iets wat op die persoon se skouer of op ‘n ander stoel as die persoon sit.

Eksternaliserende gesprekke het die volgende voordele vir hulpverlening:

- ‘n Konteks word daargestel waarin die persoon ervaar hy is nie die “probleem” nie. Volgens White en Epston (1990:40) word die kliënt se belewenis van mislukking hierdeur verminder. Gespreksvennote beleef verligting en dit stel hulle in staat om teen die probleem op te tree en hul verhouding met die probleem te wysig.
- Probleme lyk minder rigied en beperkend. Mense se vaardighede, vermoëns, belangstellings, bevoegdhede en toewyding word meer sigbaar en binne die persoon se bereik geplaas (Morgan 2000:24). Met behulp van eksternalisering word dit moontlik om op die kragte en hulpbronne in die persoon en sy konteks te fokus.
- Skuld en blamering word verminder en ruimte word vir die persoon geskep om verantwoordelikheid te aanvaar. Meer opsies vir die voer van 'n dialoog, in plaas van 'n monoloog, oor die probleem tree na vore (White en Epston 1990:40). Die negatiewe gevolge van probleme op die persoon se funksionering word met ander woorde verminder.
- Die verlammeende gevolge van etikettering, diagnosering en die fokus op die patologiese word verminder (Morgan 2000:24). Eksternalisering het tot gevolg dat die kliënt ervaar dat hy oor 'n identiteit beskik wat losstaan van die probleem.
- Nuwe moontlikhede kom na vore vir mense om hulself, andere en hul verhoudinge te beskryf vanuit ‘n nie-probleemversadigde posisie. Aangesien die kliënt nie die

probleem is nie, kan hy en ander betekenisvolle persone saamwerk om die probleem teen te staan. Volgens White en Epston (1990:40) word dispute oor wie vir die probleem verantwoordelik is, sodoende verminder.

- Die herbenoeming van 'n probleemversadigde storie, wat hul lewe gedomineer het, word gefasiliteer. Die persoon se verhouding met die probleem word beklemtoon, eerder as dat die persoon 'n probleem is of het.
- Sodra die persoon begin om te praat oor hoe die probleem hom affekteer, kom opsies na vore om op 'n nuwe manier te dink en te praat (Morgan 2000:24). Dit kan unieke uitkomstes word wat geleenthede voorsien om ander stories te vertel wat gespreksvennote se lewe ryker beskryf.
- Onproduktiewe konflik tussen mense word verminder en blamering in verhoudinge word minder relevant. White (1995:23) sê: "Through externalizing conversations, the problem is to an extent disempowered, as it no longer speaks to persons of the truth about who they are as people, or about the very nature of their relationships." Die betrokkenes se fokus verskuif en hulle verenig in die stryd om die probleem te verwyder en om die invloed daarvan op hulle te ontsnap.
- Nuwe moontlikhede word vir die kliënt geskep om aksies te begin, om die invloed van die probleme te verbreek en om beheer oor sy lewe en verhoudinge terug te win (White en Epston 1990:40). Eksternalisering bemagtig die mens om met meer selfvertroue op te tree en die kliënt slaag daarin om toenemend met minder spanning, ernstige probleme op 'n doeltreffender manier te benader.

In die lig van bogenoemde word eksternalisering gebruik om die funksionering van die probleem ondersoek, byvoorbeeld die metode of taktiek van die probleem om die persoon te oortuig van sy onvermoë of hulpeloosheid, asook die gevolge van die probleem op die persoon se lewe. Eksternalisering stel die kliënt in staat om sy siening van en verhouding met die probleem te heroorweeg, wat hoop bied om sy problematiese maatskaplike funksionering te verbeter (vgl. 4.2.2.2).

Persone wat vir hulp by 'n maatskaplike werker aanklop, ervaar gewoonlik een of ander verhoudingsprobleem, soos armoede of verwerping as gevolg van fisiese gestremdheid, wat deur hom of ander betekenisvolle persone in sy lewe as problematies gedefinieer word. White (1995:22) wys daarop dat 'n gedefinieerde probleem, problematiese sienings oor die kliënt se karakter, gedrag en motiewe impliseer. Hierdie waarhede word dikwels deur die kliënt se betrokke kultuurmilieu en selfs deur die professionele kennis van die maatskaplike werker bevestig. Op grond hiervan word eienskappe aan die kliënt toegeken, wat algaande deel van sy selfsiening word. Met behulp van eksternalisering begin die mens



om sogenaamde waarhede, naamlik dat hy 'n probleem is, bevraagteken. Die probleem word ekstern tot die kliënt geposisioneer, gevolglik word die mens se identiteit nie langer deur die probleme in sy lewe bepaal nie.

Uit bogenoemde kom unieke en positiewe sienings van die kliënt, sy probleme en die potensiaal van narratiewe in hulpverlening na vore. Vervolgens word die implementering van die narratiewe werkswyse om hulp te verleen, bespreek.

## **4.2 DIE PRAKTIESE IMPLEMENTERING VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE**

Die term narratiewe werkswyse dui volgens Du Plessis en Ferreira (2002b:2) op 'n breër begrip as narratiewe terapie. In die praktyk word gepoog om mense tot bemagtiging te laat beweeg, wat inhou dat hulle hul ware self kan word deur die ontwikkeling van nuwe alternatiewe stories waaraan hulle vrylik uitdrukking kan gee. White en Epston (Payne 2000:3) posisioneer die narratiewe werkswyse binne die narratiewe metafoor en sien hul werk as "... evolving practices, not as 'methods to be learned'". Die openheid van die werkswyse om te ontwikkel en die buigsame wyse waarop dit geïmplementeer word, wys op die veelsydigheid daarvan en kan die praktyk van maatskaplike werk verryk om op 'n kreatiewe wyse verandering te bewerkstellig. Vervolgens word die verloop van die hulpverlening (tradisioneel is na stappe verwys) en praktiese werkswyses (tradisioneel is na metodologie verwys) van die narratiewe werkswyse beskryf.

### **4.2.1 Die hulpverleningsproses**

Die narratiewe werkswyse volg nie spesifieke stappe of fases om hulp te verleen nie. Müller (2000:72) vergelyk die hulpverleningsproses met bewegings (soos in 'n dans), eerder as stappe wat gevolg word. Elke terapeutiese gebeurtenis word aanvanklik ingelui deur die bestaan van 'n probleem, ongemak of bekommernis, wat die betrokkenheid van 'n terapeut regverdig en dit word dan opgevolg met 'n vertelling en hervertelling van die kliëntstelsel se storie(s), die opbou van verhoudinge tussen die rolspelers en deelnemende werkswyses om probleme aan te spreek. Die terapeutiese proses is soos om steen vir steen 'n muur te bou en O'Hanlon (1994:25) is van mening dat elke stap geduldig gevolg moet word en nie oorgeslaan behoort te word nie, ten einde suksesvol te wees.

Die gevolgtrekking word gemaak dat narratiewe hulpverlening volgens unieke bewegingsverloop. Etikettering word vermy en die kliënt en maatskaplike werker word deurgaans bemaagtig om gesamentlik aan die probleemverhaal te werk. Daar word gefokus op die mens se waardigheid, vermoë om te skep en te herskep en verantwoordelikheid om keuses te maak. Die besef dat die mens nie die probleem is nie, maar dat maatskaplike wanfunksionering buite die mens bestaan en nie te alle tye die kliënt se lewe kenmerk nie, bevorder die gespreksvennote se motivering om vrylik nuwe konstruksies te ontwikkel.

Die praktiese inkleding van die hulpverleningsproses volgens die narratiewe werkswyse word hoofsaaklik aan die hand van Michael White en David Epston se werk beskryf.

#### **4.2.2 Mikro karterings volgens Michael White**

White het die sienings van Foucault en Bateson met terapeutiese aksie geïntegreer (White 1995:11; Madigan 1998a:22) met die doel om geïnternaliseerde diskoerse wat mense marginaliseer en onderdruk, te eksternaliseer. White het veral twee idees van Bateson uitgebou, naamlik die metafoer van kaarte, om te verduidelik hoe die mens kennis oor sy eksterne realiteit verkry en tweedens die belangrikheid van gebeure binne 'n sekere tydverloop. Verskillende kaarte oor ervarings lei tot verskillende interpretasies van die realiteit. Geen kaart sluit al die detail van gebeure in nie en die detail wat nie ingesluit word nie, bestaan dan nie in die kaart se wêreld van betekenis nie. Volgens hierdie siening is 'n storie dan 'n kaart wat handel oor gebeure in 'n sekere tydperk. White benut die volgende vyf mikro karterings (“micro maps”) om die hoofmomente van die narratiewe strategie te verduidelik:

- Dekonstruksie van die storie of die uitspel van omstandighede (“statement of position”).
- Herskryf van die storie (“re-authoring conversations”).
- Bevestigtingseremonies (“definitional ceremony”).
- Herinneringsgesprekke (“re-membering conversations”).
- Terugneem-aksie (“taking-it-back practices”).

Tydens die hulpverleningsproses volg die kaarte nie noodwendig kronologies op mekaar nie, maar word aangepas volgens die kliënt se unieke behoeftes, kontekstuele faktore en die beweging wat tydens die terapie ontvou. Voorts realiseer nie al die kaarte noodwendig

tydens die hulpverlening nie, aangesien die betrokke rolspelers se bydraes en voorkeure die verloop daarvan bepaal.

Volgens White (2003:17) het daar binne professionele dissiplines verskeie kaarte ontwikkel, wat mense gebruik om trauma te hanteer of wat leiding oor helende ervarings verskaf. Hierdie populêre kaarte voorsien leidrade oor die wenslike ontwikkelingstadiums of die lewensiklusse van individue, groepe of gemeenskappe. White se siening van kaarte verskil van hierdie raamwerke om hulp te verleen, want hy gaan van die veronderstelling uit dat leidrade nie universele waarhede voorsien wat op alle mense, plekke, kulture en hulpverlening toegepas kan word nie. Kaarte of raamwerke vir hulpverlening is eerder die produkte van 'n sekere kultuur se geskiedenis, tradisies en voorkeur wyse van leef. 'n Mikro kartering handel oor 'n sekere fase met kenmerkende aktiwiteite tydens die hulpverlening. Die unieke kenmerke van die aanvangsfase en die mikro karterings eie aan die narratiewe strategie word verder verken.

#### **4.2.2.1 Die aanvang van die gesprek**

Met die aanvang van die gesprek word probeer om 'n atmosfeer daar te stel wat aan die kliënt die vrymoedigheid gee om sy storie aan die terapeut te vertel. Dit verg onder andere dat die terapeut met onverdeelde aandag sal luister om te bepaal watter betekenis die kliënt aan gebeure in sy storie toeken. Die terapeut probeer nie om te bepaal watter patologie aanwesig is nie en daar word nie na inligting gesoek waarop 'n diagnose gebaseer kan word nie. "This sort of understanding requires that we listen with focused attention, patience, and curiosity while building a relationship of mutual respect and trust" (Freedman en Combs 1996:44). Die wyse waarop die maatskaplike werker luister, kan 'n bydrae lewer om die kliënt se vertroue te wen en daar word gepoog om vanuit die perspektief van die kliënt te verstaan waarom hulp gesoek word. 'n Verhouding ontwikkel wanneer daar met respek en aandag na die kliënt geluister word.

Die vertelling van die persoon se narratief in die beginfase handel gewoonlik oor die maatskaplike probleme wat ervaar word. Die bestaan van probleme word deur White (Payne 2000:57) gesien as "... constructions created through the stories persons tell themselves and other, and these stories are seen as shot through with ideas, assumptions and 'given truths' which have cultural and social origins. ... The proposition is that the representations of experience we make to ourselves and others, through self-narratives which define and influence our lives, are maps, not accurate and exact accounts of every

nuance of every experience and relationship.” Die kliëntsisteem se beskrywings word nie ontken nie, maar die maatskaplike werker besef dat narratiewe subjektiewe konstruksies is en dat onvolledige vertellings deel is van die kliënt se verhaal in die aanvangsfase. Die invloed van die konstruksionisme blyk uit die beklemtoning van die rol wat sosiale faktore in die mens se konteks speel en reeds in die begin van die hulpverlening moet die invloed van onderdrukkende diskoerse as deel van die probleem geïdentifiseer word.

In die aanvangsfase kry gespreksvennote die geleentheid om sy narratiewe te vertel soos deur homself beleef. Narratiewe terapeute luister na beskrywinge van gevoelens, interpersoonlike verhoudinge, kulturele of sosiale diskoerse en metafore en vind saam met die persoon ‘n woord of frase om die probleem, wat ervaar word, te beskryf. Payne (2000:50) is van mening dat sistematiese en volgehoue uitnodigings aan die kliënt om ‘n naam aan die probleem te gee, die kliënt lei om inisiatief te neem en dui daarom reeds op kontrole oor die probleem.

In die aanvangsfase fokus die narratiewe benadering nie op die ontdekking van waarhede of die bevestiging van hipoteses nie, maar ondersoek bestaande konstruksies. Interaksies behoort kliënte uit te nooi om nie hul lewenstories passief as feite te aanvaar nie, maar as aktief geskepte stories (Freedman en Combs 1996:46). Tydens die vertelling behoort die kliënt algaande te besef dat die storie wat hy vertel nie die finale vertelling is nie, maar dat die hulpverleningsproses nuwe moontlikhede tot gevolg kan hê. Volgens Yuen (2009:7) is die narratiewe werkswyse daarin geïnteresseerd om deelnemers se reaksie op trauma of ‘n probleem te ondersoek, want hieruit kan dade van weerstand teen die negatiewe gevolge van die trauma of probleem spruit. Die skepping van hoop by die kliënt om sy maatskaplike funksionering te verbeter is daarom baie belangrik in die aanvangsfase.

Die ingesteldheid van die narratiewe terapeut in die aanvangsfase is van besondere belang, ten einde omvattende beskrywinge te bevorder. White (2004:48) sê die narratiewe terapeut doen “double listening”, want behalwe om na die stories oor traumatiese insidente te luister, word uitdrukkings gesoek oor wat vir die persoon belangrik in sy lewe is, ten spyte van die negatiewe ervarings wat hulle gehad het. Hiermee saam word na leidrade gesoek oor hoe die persoon op die trauma of probleme in sy lewe gereageer het. Narratiewe terapeute poog om ‘n konteks daar te stel om die veelvuldige aspekte van die persoon se probleme en response daarop volledig te vertel en te waardeer. White (2004:49) wys daarop dat die persone wat hulpverlening gebruik die geleentheid behoort te kry om daardie aspekte te vertel wat hul nog nie voorheen vertel het nie en daar moet rekening

gehou word dat onvolledige verhale vertel word oor die persoon se hantering of respons op die trauma. Daarom behoort gespreksvennote ondersteun te word om die geringste aanduiding van hoe hulle op die probleme gereageer het, vollediger te omskryf en om die dinge waaraan hulle waarde heg, te identifiseer.

Ten einde begrip te ontwikkel in die kliënt se betekenisgewing van die maatskaplike probleme in sy lewe, vra die maatskaplike werker vrae oor dit wat hy nie weet nie en is daarom nie 'n passiewe luisteraar in die gesprek nie. Aangesien die narratiewe terapeut vanuit 'n nie-kundige posisie beweeg en nie sy begrip op vooraf verkreeë kennis baseer nie, word vrae gevra en spesifieke antwoorde word nie verwag nie. Die kliënt beleef op grond van die wyse waarop die maatskaplike werker luister, vrae vrae en antwoorde klarifiseer, dat daar werklik in sy vertellings belang gestel word. Daar word van die veronderstelling uitgegaan dat dit nie vir die maatskaplike werker moontlik is om andere ten volle te begryp nie, hoewel 'n gesindheid en begeerte om begrip te ontwikkel, deurgaans gekommunikeer word.

#### **4.2.2.2 Dekonstruksie van die storie**

Die terapeutiese praktyke wat met die dekonstruksie van stories verband hou (vgl. 4.1.4.4), ondersteun gespreksvennote om hul menswees los te maak van daardie lewenswyses en denkepatrone wat hul lewens en die van andere verarm, beperk of onvolledig beskryf. White (1992:145-145) sê: “Those therapeutic practices that I refer to as ‘deconstructive’ assist in establishing, for persons, a sense of ‘agency’. This sense is derived from the experience of escaping ‘passengerhood’ in life, and from the sense of being able to play an active role in the shaping of one’s own life – of possessing the capacity to influence developments in one’s own life according to one’s purposes and to the extent of bring about preferred outcomes.” Dekonstruksie van onderdrukkende sienings en strukture bied die geleentheid aan die terapeut om gespreksvennote aan te moedig om ondersoek in te stel na gebeure en sienings wat buite die grense van die bestaande praktyke van probleme val. Die mens se belewenis dat hy 'n keuse kan uitoefen oor die samestelling van sy narratiewe, bemagtig hom om verantwoordelikheid te aanvaar en om nie die passiewe slagoffer van sy omstandighede en probleme te wees nie.

Die bestaan van gapings, dubbelsinnighede en teenstrydighede in stories, bring mee dat dit nodeloos is om die werklike of ware betekenis van 'n storie te probeer bepaal (Freedman en Combs 1996:46). Wanneer die terapeut na die vertellings van die kliënt luister, weet hy

dus dat daar veel meer oor die aangeleentheid gesê kan word en dat ander moontlike perspektiewe daarvoor nagehou kan word. Die terapeut fasiliteer daarom 'n dekonstruksieproses, om die dominante storie en die invloed daarvan te ondersoek, met die oog daarop om vanuit 'n nuwe gesigshoek daarna te kyk.

'n Storie snoer 'n seleksie van gebeure en 'n persoon se interpretasies daarvan in 'n eenheid saam, hoewel 'n onbeperkte moontlikheid van vertellings of formulerings moontlik is. Die mens is geneig om gebeure te selekteer wat erkende sienings ondersteun en dit word die dominante storie wat hy oor homself en sy verhoudinge vertel (Gergen 1994:193). Die invloed van 'n dominante storie is geleë in die mate wat 'n persoon dit in sy eie storie intrek en oortuig word dat dié storie sy realiteit is. Maatskaplike werkers moet daarop bedag wees om nie deel van die dominante storie te word, deur dit op die een of ander wyse te versterk, nie. Die maatskaplike werker se taak is eerder om die gespreksvennote aan te moedig om verwaarloosde of weggelate gebeure of perspektiewe in storienvorm te vertel.

Diskoerse word gebruik om die persoon uit te daag om te besluit of hy wil toelaat dat oorheersende stories oor sy beskadigde identiteit of probleem verhoudinge moet voortduur en of hy sou belangstel om ander perspektiewe daarvoor te ondersoek. "Hence problem-saturated dominant stories about oneself or others create a 'perceptual lens' that influences the meaning that people ascribe to subsequent life events. Information that is classified by the person as consistent with the dominant story is restrained, selected out and expressed in behaviour" (Madigan 1998a:25). Die mens is geneig om inligting wat nie met oorhoofse sienings ooreenkom nie te ignoreer, daarom word gespreksvennote bewus gemaak van oorhoofse kulturele kennissisteme en gebruike wat hul persoonlike storie verdruk en meebring dat hulle 'n ongewenste storie uitleef. Op die wyse word die stem van die probleem ontbloot, asook hoe die persoon gewerf word om sekere idees as die waarheid te aanvaar en die invloed daarvan op die persoon se lewe.

Gespreksvennote word aangemoedig om verskillende perspektiewe oor die dominante stories en strukture wat tot die probleem se voortbestaan bydra, te vorm. Op die wyse word die idees wat die probleem in stand hou uitgedaag en bevraagteken (Morgan 2000:45). Hierdie benadering tot probleme verskuif die klem van die ontoereikendheid van die individu na die invloed van faktore in sy konteks. Die narratiewe terapeut is

volgens Morgan (2000:42) daarin geïnteresseerd om te verstaan of die probleem se gevolge vir die persoon aanvaarbaar is of nie. Vrae wat gevra kan word is:

- Is dit 'n goeie of slegte ding?
- Is jy tevrede daarmee?
- Is jou ervaringe positief of negatief?

Die waarde van dekonstruksie in hulpverlening hou met ander woorde verband met die potensiaal om die persoon se posisie en verhouding met die probleme in sy lewe te verander. Die persoon word uitgenooi om vanuit sy eie perspektiewe standpunt in te neem faktore en invloede uit sy konteks wat hom verhinder om sy waardes en begeertes uit te leef. Yuen (2009:11) sluit hierby aan en wys daarop dat dit belangrik is om uit te vind wat vir die persoon belangrik is en om dit uit te druk.

Eksternalisering is 'n strategie van die narratiewe werkswyse om gespreksvennote se stories te dekonstrueer, want gesprekke word gevoer oor die probleem se identiteit en werkswyses ten einde die probleem en die verteller van mekaar te skei. Soms word die probleem verpersoonlik deur 'n bepaalde identiteit en naam daarvoor te gee. 'n Werkwoord of byvoeglike naamwoord kan na 'n selfstandige naamwoord verander word, byvoorbeeld "depressief" kan "Depressie" word. Carey en Russel (2003b:67) is van mening dat eksternalisering 'n bydrae lewer om die probleem in 'n storielyn te plaas, wat weer aantoon dat die probleem nie deel van die mens self is nie.

Terapeutiese dialoog en interaksie volgens die narratiewe strategie vereis dat die terapeut die vaardigheid van vraagstelling tot 'n kuns sal verfyn. Vrae word gebruik om verskillende doelwitte te bereik. Morgan (2000:35) noem dat vrae wat begin met "wat", "waar", "wanneer" en "wie" gebruik kan word om gesprekke te fasiliteer wat detail verskaf oor gebeure binne 'n sekere tydperk. Vrae kan met ander tegnieke gekombineer word om die invloed van die probleem op mense se lewens in nommers, persentasies of met prente uit te druk.

Binne die narratiewe benadering word relatiewe beïnvloedingsvrae gebruik om geleidelik struktuur aan die eksternaliseringsproses te gee en behoort daarom deel te wees van die eerste onderhoude wat met gespreksvennote gevoer word (Du Plessis en Ferreira 2002b:7). Relatiewe beïnvloedingsvrae berus volgens White en Epston (1990:42) op twee groepe vrae, om aan die een kant te bepaal wat die invloed van die probleem op die persoon is en aan die ander kant wat die invloed van die persoon op die probleem is:

- Vroeg in terapeutiese gesprekke is dit nodig om in detail te bepaal watter invloed die probleem op die persoon se lewe gehad het. White (1993:40) verwys hierna as "... the statement of position map". Die terapeut kan byvoorbeeld vrae vra oor die effek van die probleem op die persoon se selfsiening, hoop, drome, verhoudinge, werk, sosiale lewe, gesondheid, gevoelens, andere se sienings van hom, en alledaagse lewe. Die persoon se belewenis van isolasie word verminder en hy word bemagtig wanneer die probleem se taktiek, om wanfunksionering in stand te hou, ontbloot word.
- Die wyse waarop die probleem die kliënt en sy lewe domineer en ontmoedig, word ondersoek en beskryf. Vrae soos "hoe is jy deur die probleem geworf om dit van jouself te dink?" of "wat het jou oortuig om dit van jouself te glo?" kan 'n bydrae lewer (Freedman en Combs 1996:70). Dit is belangrik om nie fatalistiese taal te gebruik nie, want die probleem veroorsaak of dwing nie die persoon om iets te doen nie – die probleem beïnvloed, nooi uit, vertel, verlei, probeer oortuig en werf om iets te doen – so word die keusemoontlikheid en verantwoordelikheid van persoon steeds beklemtoon.
- Eksternaliseringsgesprekke hou rekening daarmee dat probleme deur 'n verskeidenheid van faktore bepaal word. Probleme word deur mense aanvaar en uitgeleef, maar in werklikheid is dit histories gekonstrueerde diskoerse wat gewysig kan word (Carey en Russel 2003b:67). So word daar byvoorbeeld van die veronderstelling uitgegaan dat persone met fisiese gestremdheid se belewenisse verband hou met diskoerse oor wat as normaal in 'n gemeenskap beskou word, want daardeur word die betrokkenes in 'n posisie geplaas waar andere se sienings hul gedrag omskryf. Die plasing van maatskaplike probleme in die breër konteks en verhoudingsnetwerke het 'n bevrydende effek op die kliënt se siening van homself as die probleem.
- Daarna verskuif die fokus na die invloed van die kliënt en sy sosiale netwerke op die probleem (White en Epston 1990:42). Vraagstelling lei die kliënt se gedagtes en gee gewoonlik aan die kliënt 'n duideliker visie van sy vermoëns wat gemobiliseer kan word om die dominansie van die probleem te verwerp en groter beheer daarvoor uit te oefen. Vrae kan byvoorbeeld gevra word oor hoe die probleem dink, die faktore wat die probleem voed en watter gedagtes en optrede die probleem laat krimp of dit saboteer. Sodoende word die betrokkenes bemagtig om insig in hul eie gedrag te verkry, wat kan bydra om die probleem instand te hou.
- Met behulp van vrae word wyer beweeg om ander persone of hulpbronne te identifiseer wat die probleem en sy bedoelings sal teenstaan (Freedman en Combs



1996:68). Betekenisvolle verhoudinge in die verlede en hede word geïdentifiseer en herroep, met die doel om die persoon se pogings om te verander te versterk. Die persoon beleef hy is nie alleen in 'n sekere situasie vasgeval nie en ondersteuningnetwerke kan gemobiliseer word om hom te help in sy pogings om 'n gewenste verhaal te skep en uit te leef.

Relatiewe beïnvloedingsvrae bring die probleem en die negatiewe uitwerking daarvan op al die betrokkenes aan die lig en die kliëntsisteem word bemagtig om 'n nuwe perspektief oor hulself en hul moontlikhede raak te sien.

Die waarde van relatiewe beïnvloedingsvrae is dat meer moontlikhede om gebeure te interpreteer geleidelik na vore kom. White (1995:23) verwys hierna as unieke geleenthede ("unique outcomes") en dit word deur die terapeut benut om die kliënt te begelei om 'n nuwe storie te ontwikkel. Die persoon kry dus die geleentheid om van die probleem en die toegesegde identiteit wat daarmee gepaard gaan, te ontsnap. Al die betrokkenes word in die proses gemobiliseer om saam te span en die invloed van die probleem op hul lewe teen te werk.

#### **4.2.2.3 Herskryf van stories**

Probleemversadigde stories word deur die kliënt in samewerking met al die betekenisvolle persone in die terapeutiese konteks, waarvan die terapeut een is, herskryf. White (1995:75) verwys na hierdie gedeelte van die terapeutiese proses as "re-authoring conversations". Elke gesprek oor die herskryf van stories is uniek, tog kan dié kaart 'n aanduiding gee oor die rigting van die gesprek en waarom dit op 'n sekere wyse verloop. Na die bepaling van unieke uitkomstes in die probleemverhaal, kan die gesprek in verskillende rigtings ontwikkel, wat geleenthede skep vir die gesamentlike herskryf van die persoon se gewenste storie oor sy identiteit en maatskaplike funksionering. Die stories wat tydens terapeutiese gesprekvoering ontwikkel, moet by die kliënt se persoonlike situasie pas en hy moet bereid wees om daarmee te identifiseer (Freedman en Combs 1996:88). Die terapeut begelei die kliëntsisteem om 'n nuwe storie te ontwikkel, maar tree nie as die outeur daarvan op nie. Die kliënt is self die outeur en die terapeut kan hoogstens die mede-outeur wees.

Die herskryf van verhale is op die veronderstelling gebaseer dat 'n persoon se lewe uit verskeie stories bestaan, terwyl mense geneig is om slegs een storie te vertel. Sodoende word hulle in een dimensie van hul lewe vasgeval, wat oorheers word deur temas soos

hulpeloosheid, futiliteit, leegheid, skaamte, wanhoop en depressie. Om die herskryf van verhale te verduidelik, gebruik White (2004:60) die metafoor van 'n gebou waar die persoon op die eerste vloer vasgeval sit, terwyl geen trappe, hysbakke of deure na die ander vloere bestaan nie, terwyl die ander vloere kennis kan verskaf oor ander wyses van leef wat die bestaande probleme kan aanspreek en inligting bevat oor die waardes en verhoudinge wat vir die persoon belangrik is. Gesprekke volgens die narratiewe werkswyse bou dan 'n stellasië om die gebou, soos wat konstruksiewerkers doen, wat toegang aan die kliënte verleen tot ander fasette van hul lewe. Ander stories oor die lewe of verwaarloosde lewensareas word dan eilande van veiligheid wat stelselmatig tot kontinente met sekuriteit uitgebrei word, waar stories van hul voorkeur uitgeleef kan word. Gespreksvennote se stories of pynlike ervarings word nie as onbelangrik beskou nie, maar mense kry die geleentheid om belewenisse uit te druk, sonder om te beleef hul lewe word hierdeur beskryf.

Die volgende praktiese riglyn word deur Freedman en Combs (1996:101-103) voorgestel om die kliënt te begelei in die ontwikkeling van 'n nuwe storie. Die doel van die raamwerk is om alternatiewe stories te stimuleer en nege stappe word beskryf om hierdie doel te bereik:

- Eerstens, die bepaling van 'n voorkeur of unieke uitkoms. 'n Unieke uitkoms is volgens Freedman en Combs (1996:89) "... anything that wouldn't have been predicted in the light of a problem-saturated story". Die unieke uitkomstevorm nie deel van die hoofelemente van vertellings nie, maar word soms terloops geïmpliseer. Aangesien dit opmerkings is wat nie ooreenkom met die bedoeling van die probleem-versadigde storie nie, bied dit gewoonlik 'n vertrekpunt of 'n deur na moontlike alternatiewe narratiewe. White en Epston (1990:56) verwys na unieke uitkomstevorm as kontrasterende temas en is van mening dat dit die openinge verskaf om alternatiewe gedeeltes van die kliënt se lewe te oorweeg. Die terapeut beweeg dus geleidelik saam met die kliënt na die areas in sy lewe wat nie primêr in die dominante storie figureer nie en lig gebeure of gedrag uit wat as die basis vir 'n nuwe storie kan dien. Carey en Russel (2003b:61) wys daarop dat die terapeut ondersoekend ingestel moet wees om die kleinste aanduiding van aksie of voorneme te identifiseer wat van die dominante storie verskil. Unieke uitkomstevorm word soms sprankelende momente genoem.

Eksplorering van die invloed wat die kliënt op die "lewe" van die probleem mag hê, skep die geleentheid om unieke uitkomstevorm te identifiseer. Freedman en Combs

(1996:91) gee die volgende voorbeelde van vrae wat benut kan word om unieke uitkomst te bepaal:

- Was jy al ooit in staat om die probleem vir 'n paar minute te ontvlug?
- Was daar ooit 'n tyd wat die probleem die oorhand oor jou probeer kry het en wat jy daarin kon slaag om dit af te weer?
- Is die probleem altyd met jou?

'n Unieke uitkoms kan uit 'n plan, aksie, gevoel, stelling, karaktertrek, begeerte, droom, gedagte, geloof, vermoë of toewyding aan iets na vore tree.

Unieke uitkomst in die kliënt se ondervindinge kom volgens White en Epston (1990:57) oor drie tydsdimensies na vore. Die kliënt word gevra om oor gebeure in die verlede en hede uit te brei en veral dan gebeure wat 'n kontras met die dominante storie vorm. Toekomsgebeure sou met behulp van antisipering moontlikhede kan voorsien wat teenstrydig met die dominante storie is. 'n Kliënt kan byvoorbeeld tydens die terapeutiese gesprek duidelik te kenne gee dat hy gedetermineerd is om iets aan die probleem te doen.

- Tweedens, word 'n unieke uitkoms slegs aanvaar as dit deur die kliënt aanvaar word en sodanige betekenis vir die kliënt inhou (White en Epston 1990:40). Die aanvaarbaarheid van 'n betrokke uitweg hou verband met die waardes wat vir die kliënt belangrik is. Indien 'n unieke uitkoms in botsing met 'n persoon se waardesisteem is, kan verwag word dat die spesifieke geleentheid om sy storie te verander vir hom onaanvaarbaar sal wees. Daarom kan die terapeut nie sonder meer 'n moontlike perspektief aan die kliënt voorhou of hom oortuig of forseer om 'n bepaalde interpretasie van 'n gebeurlikheid as 'n unieke uitkoms te sien nie (Freedman en Combs 1996:92). Tydens die gesprekke behoort die kliënt self meer oorweging aan bepaalde gebeure te gee en bereid wees om daarmee te identifiseer.
- Dertens, volg 'n uiteensetting van die feitelike gebeure van 'n storie, wat die kliënt gebruik om die storie te vorm. White (1993:36) verwys na die feitelike gebeure as “the landscape of action”. Die feite van 'n storie kan by wyse van vraagstelling meer uitgebrei word. Sodoende word gebeure en aksies na vore gebring wat deel van die storie is, maar nie as sodanig erken word nie. Die landskap van aksie bestaan uit gebeure wat in 'n sekere volgorde, oor 'n sekere tydperk, volgens 'n sekere tema saamgestel word (White 2004:62). Die vrae wat die terapeut vra

behoort die nuwe storie algaande meer breedvoerig te beskryf. Carey en Russel (2003b:63) gee voorbeelde van vrae wat gevra kan word:

- Kan jy my meer vertel oor wat gebeur het?
- Waar was jy in die gebeure?
- Wie was deel van die gebeure?
- Watter stappe het jou gereed gemaak om te doen wat jy gedoen het?
- Wat dink hy was die draaipunt wat jou gelei het en in staat gestel het om te doen wat jy gedoen het?
- Was dit 'n ongewone gebeurtenis of het jy dit al voorheen ook gedoen?
- Was daar geleenthede wat jy geslaag het om die gebeure te bestuur?
- Hoe het jy die gebeure hanteer?

Gespreksvennote word ondersteun om gebeure met mekaar te verbind en om die storielyn omvattender te omskryf. Vrae met betrekking tot die feitelike gebeure en die betekenis wat daaraan geheg word, word gekombineerd gevra om 'n soort sigsagproses te vorm. Daar word heen en weer beweeg tussen die feite en die rolspelers se beskouinge daaroor. In die proses ontwikkel die kliënt 'n groeiende storie waarin sy waardes, strewes en kwaliteite vollediger na vore tree.

- Vierdens, volg 'n uiteensetting van die betekenis wat aan die stories geheg word. 'n Volgende faset in die vorming van 'n nuwe storie is dus om vrae te vra oor die kliënt se interpretasies van gebeure. White (1993:37) verwys hierna as die “landscape of consciousness”. Die kliënt word aangemoedig om sy voorkeure, strewes, verhoudinge, waardes, dit waarin hy glo en dit waartoe hy in die lewe verbind is, te bespreek. Payne (2000:112) gee voorbeelde van vrae wat gevra kan word:

- Wat vertel hierdie ontdekkings vir jou oor dit wat jy graag in jou lewe wil hê?
- Hoe lig hierdie ontwikkelings jou in oor dit wat by jou as persoon pas?
- Wat suggereer hierdie geskiedenis vir jou oor dit wat in jou lewe belangrik is?

Daar word dus besin oor die interpretasies van gebeure en die gevolge daarvan op die mens se lewe en verhoudinge.

In White se latere werk, verkies hy om na hierdie faset van die hulpverlening as die “landskap van identiteit” te verwys en vergelyk dit met liaseerkabinette in die mens se denke. “These categories of identity are culture specific, and might include

motives, attributes, personality traits, strengths, resources, needs, drives, intentions, purposes, values, beliefs, hopes, dreams commitments, etc.” (White 2004:62). Die mens stoor gevolgtrekkings oor sy identiteit en dit word gewoonlik gevorm deur refleksies op lewensgebeure en die gevolgtrekkings wat die persoon hieroor vorm. Vrae binne die landskap van identiteit nooi mense uit om op ‘n nuwe wyse oor hul identiteit en die van andere te dink. Carey en Russel (2003b:63) gee voorbeelde van vrae (soos aangepas) wat in die verband benut kan word:

- Wanneer jy die tye beskryf wat jy daarin geslaag het om die invloed van die probleem te ontvlug of effektief hanteer het, wat dink jy sê dit oor jou as ‘n persoon?
- Waarop het jy gehoop op die tye wat jy volgehou het om dinge te doen wat in ooreenstemming met jou eie sienings is?
- Hoekom was dit vir jou belangrik om sekere dinge te doen, alhoewel dit eise aan jou stel het?
- Hoekom is sekere dinge vir jou belangrik om te doen? Wat sê hierdie optrede vir jou oor jou waardes?
- Hoekom is sekere gedrag vir jou belangrik? Wat dink jy sê hierdie optrede oor jou as persoon?
- Wat dink jy sal ander oor jou as persoon sê wanneer hulle oor jou optrede nadink?

Uit bogenoemde is dit duidelik dat mense se betekenisgewing verband hou met hul identiteit, want dit omsluit die waardes, hoop en drome wat hul gedrag bepaal. White (Carey en Russel 2003b:65) is van mening dat vraagstelling ‘n sekere hiërargie behoort te volg:

- Wat is die bedoeling of doelwitte wat sekere gedrag meebring?
- Watter waardes en gelowe ondersteun dit?
- Watter hoop en drome word met hierdie waardes geassosieer?
- Watter beginsels vir die lewe word deur die persoon se hoop en drome verteenwoordig?
- Waaraan is die persoon toegewy of wat is in die persoon se lewe belangrik?

Indien ‘n persoon die beginsels waarvolgens hy leef in woorde uitdruk, is dit meer waarskynlik dat hy sal weet watter stappe nodig is om volgens sy oortuigings op te tree.

- Vyfdens, word insidente uit die verlede in verband gebring met unieke uitkomst. Soortgelyke gebeure en die kliënt se optredes in die verlede bied dus die

geleentheid om voorkeur insidente en optredes te versterk en uit te brei. Gaandeweg begryp die kliënt dat hy alreeds insidente beleef het wat hom vir sy huidige optrede toegerus het. Kennis en vaardighede wat voorheen verwerf is, bevestig dat die persoon oor die nodige kwaliteite beskik om op 'n nuwe wyse op te tree (Freedman en Combs 1996:103). Die kliënt word verder in staat gestel om lewenslesse uit gebeure van die verlede te leer en om op grond daarvan andersoortige betekenis aan huidige ontwikkelinge te heg.

- Sedens, word die storie van die verlede in die konteks van feitelike gebeure geplaas (Freedman en Combs 1996:103). Narratiewe oor die verlede werp lig op die nood wat die mens in die hede ervaar. Feitelike aspekte van die verledeverhaal verwys na die geskiedkundige of rou materiaal van die persoon se ervarings in die verlede, wat meebring dat die persoon beleef sy bestaan is besig om te disintegreer. (Vgl. Müller 2000:75.) Gesprekvoering fokus op hoe die een gebeurtenis by die ander aanpas. Voorbeelde van vrae wat gevra kan word is:
  - Wat het gebeur?
  - In watter volgorde?
  - Watter interaksie het plaasgevind?
  - Hoe het mense op mekaar gereageer?
  - Watter konflikte het ontstaan?

Die “wat” van gebeure in die verlede word met ander woorde ondersoek. Die doel van hierdie gesprekke is om voldoende tyd aan storievertelling te bestee. Dit bied die geleentheid aan gespreksvennote om na te dink oor wat in die verlede gebeur het, sonder om op stereotipe interpretasies terug te val.

- In die sewende plek word die storie van die verlede in die konteks van die interpretasies van die gebeure geplaas (Freedman en Combs 1996:103). Die klem val op die betekenisgewing van dit wat in die verlede plaasgevind het. Deel van die mens se nood in die hede is dat vorige interpretasies van gebeure geen oplossings vir bestaande probleemversadigde narratiewe bied nie. Mense se vertelling van die storie van die verlede gaan volgens Müller (2000:75) gepaard met waarom-vrae. Die mens se vertellings van wat gebeur het, word opgevolg met waarom-vrae om die gebeure te verstaan of te verklaar. Die betekenis oor die sin en doel van die lewe en lewensgebeure kan nie ontvlug word nie. Die mens kom vir hulpverlening, omdat hul perspektief op die hede en toekoms so versteur is dat hulle net oor hul pyn en nood wil praat (Müller 2000:92). Daarom is dit sinvol dat gespreksvennote

die geleentheid kry om hul interpretasies van gebeure in die verlede te verbaliseer en te oordink. Hieruit vloei die moontlikheid om van neerdrukkende en uitsiglose interpretasies weg te beweeg.

- Agstens, word vrae gevra om die verlede aan die hede te koppel. Freedman en Combs (1996:103) gee voorbeelde van vrae wat gevra kan word:
  - Kan jy insien dat die huidige ontwikkelinge in jou verhoudinge meer sin maak, wanneer gebeure in die verlede in ag geneem word?
  - As jy oor die verlede nadink, plaas dit die gebeure van verlede week vir jou in 'n ander lig?

Ten einde die storie en dus die lewe van die kliënt nog meer omvattend te beskryf, word die gebeure van die verlede aan sy huidige ervaringe gekoppelp. In die narratiewe werkswyse gaan dit met ander woorde nie net oor die terugroep van die verlede en die herbelewenis van die gebeure in die verlede nie, maar om die ervaringe van die verlede te benut om 'n toekomsstorie te konstrueer.

- Laastens word die kliënt se storie na die toekoms uitgebrei. In die lig van gebeure in die verlede en hede kan die kliënt oor toekomstige insidente besin, om sodoende sy nuwe storie verder te bevestig. Daar sou byvoorbeeld aan die kliënt gevra kon word om in die lig van die nuwe wending wat hy ingeslaan het, aan te dui wat hy meen die volgende stap sal wees wat hy in die toekoms gaan neem, of om aan te dui watter aktiwiteite hy by voorkeur gedurende die komende jaar sou neem (Freedman en Combs 1996:103). Die gee van 'n naam aan die alternatiewe storie kan volgens Morgan (2000:72) 'n raamwerk vir toekomstige gebeure en aksies voorsien. Die naam en ontwerp van 'n nuwe storie kan in die toekoms vir die persoon as verwysingspunte dien, om sy lewe daarvolgens in te rig.

Tydens die herskryf van 'n persoon se storie en sy lewe word daar met ander woorde hoofsaaklik van vraagstelling gebruik gemaak om die proses te fasiliteer. Vraagstelling is veral daarop ingestel om nuwe moontlikhede, wat kontrasterend tot die aanvanklike dominante storie staan, te bepaal. Dit word geleidelik verder uitgebou en nuwe betekenis word gekonstrueer, sodat die kliënt in 'n voortgaande proses beweeg waaruit die nuwe storie groei en versterk word.

#### 4.2.2.4 Seremonies ter bevestiging van 'n nuwe identiteit

As deel van die narratiewe werkswyse word geleentheid geskep waartydens die betrokkenes, by wyse van 'n seremonie, toeskouers of toehoorders toelaat om deel van die nuwe storie te word. White (1995:178) verwys hierna as “definitional ceremonies”, met die doel om bevestiging vir die kliëntsisteem se nuwe storie te verkry. Die nuwe betekenis wat aan lewensgebeure geheg word, asook die nuwe identiteit wat geskep is, word bekend gemaak en in die proses van vertelling en hervertelling versterk. Die voordele om ander as getuies van die nuwe narratief toe te laat, is dat 'n andersoortige identiteit aan die individu of gemeenskap toegeken word, die omstandighede wat die probleem teenwerk word meer omvattend beskryf en 'n hervertelling van die storie vind plaas (White 1997:94). Die definiëring en herdefiniëring van identiteit kan op verskillende wyses plaasvind, tog is die mees algemene konteks waarbinne die seremonies plaasvind in die teenwoordigheid van 'n groep persone wat as getuies optree, want hul deelname aan die gesprek bevorder die verdere ontwikkeling van narratiewe.

- Definiëringseremonies

Die terapeut skep 'n konteks waarbinne die kliënt die geleentheid kry om uitdrukking te gee aan die kennis en vaardighede wat ontwikkel het en wat geassosieer word met die nuwe stories wat vertel word. Geselekteerde buitestaanders kan as getuies van die persoon of groep se nuwe identiteit en narratief optree en White (1997:101) verwys na hulle as 'n “outsider-witness group”. Dit is persone wat belang by die kliëntsisteem het, maar wat nie direk by die probleemversadigde verhaal en die herskryf daarvan betrokke is nie. Die getuies word 'n gehoor wat spesifiek vir die doel byeengekom het om in gelig te word oor die nuwe kennis en vaardighede wat die kliënt bekom het en nou in sy lewe toepas en om dit met hul terugvoer vollediger te omskryf. “If our preferred story of who we are remains only a conversation in our own head, it will not have the sense of being ‘real’. This sense of ‘realness’ or ‘authenticity’ only comes when our preferred stories are witnessed and responded to by a significant audience” (Carey en Russel 2003a:4). Die nuwe konstruksies verkry eers waarde wanneer die kliëntsisteem daarin slaag om in sy eie terme uitdrukking te gee aan sy nuwe narratief en gesprekvoering hieroor kan 'n belangrike bydrae lewer om sy sienings te versterk, vollediger te omskryf en in aksiestappe in sy daaglikse lewe te omskep.



Die gehoor of getuies se reaksies op die kliënt(e) se vertellings maak hulle deel van en bevestig die alternatiewe stories wat deur die kliëntsisteem uitgeleef word. Getuies word geselekteer uit die persoon se ondersteuningsnetwerke, soos byvoorbeeld familieledede of vriende of dit kan buitestaanders insluit, byvoorbeeld ander professionele persone. Laasgenoemde staan ook bekend as reflekerende spanne, aangesien die spanlede mekaar help om na te dink oor die gesprekke en gebeure wat hulle waargeneem het (Carey en Russel 2003a:4). Persone wat voorheen soortgelyke probleme as die kliënt ervaar het en hulself bereid verklaar het om by terapie betrokke te raak, kan betrek word om relevante bydraes te lewer. Hierdie gebruik berus op die veronderstelling dat persone, byvoorbeeld met fisiese gestremdheid, unieke kennis, ervaring en vaardighede het wat nie toeganklik is vir persone wat nie fisies gestremd is nie. Boyle *et al.* (2003:8) verwys hierna as “insider knowledge”, aangesien persone met fisiese gestremdhede kennis besit wat op hul praktiese ervaringe gebaseer is. Persone met gestremdhede het daarom besondere insigte in die belewenisse en behoeftes van ander gestremdes en hierdie ervaringe en kennis kan in gesprekke met mekaar gedeel word.

Definiëringseremonies het gestruktureerde vlakke van vertellings en hervertellings en ‘n spesifieke tradisie om erkenning te verleen aan die verteller se storie. Volgens White (2004:53-54) bestaan die definiëringseremonies uit minstens drie vlakke:

- Die vertelling: die terapeut fasiliteer ‘n “dubbel-storie” vertelling, wat die persoon se storie en ervarings insluit, asook sy reaksies op wat gebeur het. Op hierdie stadium neem die getuies nie aktief deel aan die gesprek nie, maar neem dit net van buite waar.
- Die hervertelling van die vertelling: ‘n eksterne respons word by die persoon se vertelling bygevoeg, wat op ‘n kragtige wyse in lyn is met dit wat vir die verteller belangrik is. White (2004:53) sê die verteller luister dan hoe die terapeut ‘n onderhoud met die getuies voer oor “... what they had been drawn to (the expression), about the metaphors and mental pictures that this had evoked (the image), about what this had resonated with in terms of their own personal experience (embodiment), and about the ways in which this had moved them (catharsis)”. Die verteller luister met ander woorde en die getuies se terugvoer bied dan die geleentheid vir refleksie oor sy eie standpunte, belewenisse en nuwe konstruksies.
- Die hervertelling van die hervertelling: ‘n volgende onderhoud word met die verteller gevoer en wel oor sy reaksies op dit wat die getuies gesê het, terwyl die

getuies terugkeer na die gehoor posisie. Die gesprek word deur vroeë gevorm oor die detail van die vertellings, sienings oor die verteller se identiteit, die getuies se belangstelling in die gesprek en die belewenis van katarsis. In 'n laaste reflekerende stap vind 'n bespreking tussen die terapeut, die kliënt en die getuies plaas oor die gebeure tydens die terapeutiese gesprek, draaipunte wat bestaan het, onduidelikhede word opgeklaar en daar word gespekuleer oor moontlikhede vir opvolg gesprekke.

Bogenoemde is gestruktureerde vertellings wat meer as gewone dialoog insluit en verloop relatief formeel. Die doelwit bly deurgaans om die verteller se siening van homself te herstel, wat hom in staat sal stel om die eise te hanteer wat aan hom gestel word en om die gevolge van maatskaplike probleme op sy lewe te wysig. Die terugvoer wat tydens die gesprekke ontvang word, kan die verteller se gevoelens van isolasie, leegheid, onbevoegdheid en waardeloosheid aanspreek en die persoon weer aan sy eie waardes, geloof en beskouinge verbind.

Buitestaander getuiegroepe kan volgens Carey en Russel (2003a:13) ook in die werksituasie gebruik word, waar kollegas die geleentheid verkry om na mekaar se vertellings te luister oor hul drome vir die organisasie, probleme wat ervaar word, asook hoe hulle mekaar kan ondersteun om volhoubare dienste te lewer. Hierdie werkswyse kan daarom sinvol aangewend word in die hospitaalbehandeling van persone met amputasies, aangesien verskeie dissiplines saamwerk en by die persoon se behandeling betrokke is.

- Terapeutiese dokumente

Dokumente word gebruik om alternatiewe stories te vestig en word gewoonlik geskryf om toewyding aan 'n saak of sekere gedrag op skrif te stel, of om belangrike oorrinnings te vier. "Therapeutic documents produced by the therapist, or by the person with appropriate precautions against imposition of therapist ideas or re-traumatization, can provide permanent expressions and reminders of progress, discoveries and new perspectives. They can celebrate and affirm change and achievement, and assist the person's escape from the imposed 'expertise' of others" (Payne 2000:155). Die doel van die dokumente is dat dit te alle tye vir die persoon beskikbaar moet wees, ten einde sy nuwe storie te versterk. Dit kan privaat gelees of publiek gemaak word.

Terapeutiese dokumente in die narratiewe werkswyse verskil van ander dokumentasie in maatskaplike werk, soos byvoorbeeld gevallewerk prosesnotas, wat hoofsaaklik vir die gebruik van maatskaplike werkers geskryf word. Dokumente word geskryf met die doel om die kliëntsisteem te bevoordeel en het terapeutiese waarde indien die persoon help om sy lewe terug te win van die invloed wat die probleme daarop gehad het (Epston 1998:96). Die persoon wat terapie gebruik se aktiewe deelname aan die opstel van terapeutiese dokumente is noodsaaklik, om te verseker dat hy waarde daaraan heg en dat dit 'n sinvolle bydrae binne sy verwysingsraamwerk lewer. Deeglike onderhandelings oor die vorm en gebruik van briewe, sertifikate en verklarings is daarom nodig.

- Hulpmiddels en simbole

Hulpmiddels soos die gebruik van musiek, kunswerke en speletjies, dagboeke, ornamente of juweliersware kan benut word om die persoon se alternatiewe lewenswyse te versterk. Die doel van die hulpmiddels is om die persoon te herinner aan sy besluite om die nuwe storie in sy lewe te laat realiseer. Formele en informele rituele en feesvieringe kan belangrike stappe of mylpale gedenk (Morgan 2000:111). Die tyd, omvang en inhoud van die hulpmiddels en feesgeleenthede word gesamentlik deur die rolspelers onderhandel. Die vertelling en uitlewing van die alternatiewe stories transformeer die betrokkenes se sienings van hulself en hul probleme, brei die bestaande stories uit, bevestig veranderde sienings of gedrag en nuwe konstruksies word daardeur gevorm.

- Klubs, ondersteuningsgroepe en belangegroepe

Persone wat hulpverlening gebruik se ondervindinge en kundigheid kan gebruik word deur hulle te laat deelneem aan navorsingsprojekte, die stigting van ondersteuningsnetwerke of komitees om kollektief te groei en weerstand te bied teen terugslae. Belangegroepe of ondersteuningsgroepe word gevorm rondom dit wat mense in gemeen het, byvoorbeeld die homogene probleme wat ervaar word, waaruit kollektiewe optrede en maatskaplike aksie kan voortspruit. Die waarde van kommunikasie tussen persone in dieselfde omstandighede as gevolg van fisiese gestremdheid, word deur Boyle, *et al.* (2003:8) uitgelig: "Some of us know what is involved in re-shaping, re-storying your identity, developing a new story for your life when you can't go back to the old one. Others of us know what it takes to claim a pride in stories of your life when you have always lived so very different from others." Persone wat amputasies ondergaan het, kan byvoorbeeld hul kennis en begrip van die probleme verbonde aan amputasies en hoe om dit te hanteer, met andere deel.

#### 4.2.2.5 Herinneringsbesprekings

In elke mens se lewe speel verskillende betekenisvolle persone, soos byvoorbeeld ouers, ander familielede en vriende, 'n belangrike rol ten opsigte van aspekte soos versorging, opvoeding, die vorming van 'n identiteit en vestiging van 'n waardesisteem. Gesprekke oor die rol wat verhoudinge in die kliënt se lewe speel, word deur White (1997:22) as “remembering conversations” beskryf. Die verhoudinge waarin mense funksioneer word vergelyk met 'n versameling van mense, wat ook as 'n lewensklub beskryf kan word. Volgens White (1997:22) is dit belangrik om vas te stel “... how this club of life is constituted through its membership, and of how the membership of this club is arranged in terms of rank or status”. Besinning vind plaas oor die bydrae en die betekenisvolheid van elke persoon se lidmaatskap, met ander woorde wat die aard en betekenis van elke persoon se rol in die individu se lewe was en steeds is. Met herinneringsgesprekke word die persoon aangemoedig om verskillende mense of lede van sy lewensklub se lidmaatskap te heroorweeg en om in die lig hiervan aan sommiges 'n belangriker rol toe te ken en aan andere weer 'n minder prominente posisie toe te staan.

Daar word veral moeite gedoen om die kliënt te herinner en te laat terugdink aan mense wat 'n positiewe rol in sy lewe gespeel het en wat 'n bydrae kan lewer om sy gewenste narratiewe te versterk. Payne (2000:214) sê: “By recalling people who have had a supportive or positive role in his life in the past, and imagining what comments they might make, what advice they might give or what their reactions might be to his efforts and achievements, the person can gain a sense of assistance and companionship in adversity even if these people are not literally available to him, perhaps because he has lost touch with them or if they are no longer alive.” Die versterking van sinvolle of positiewe herinneringe het die potensiaal om die betekenisvolle mense se invloed in die persoon se huidige situasie in te dra, selfs na hul afsterwe. Die persoon dink terug oor die bydrae wat hulle in sy lewe gemaak het en hulle word uitgenooi om weer 'n ondersteunende rol in sy lewe te speel.

Die opbou en uitbouing van die persoon se ondersteuningsisteme is nodig om die persoon se alternatiewe storie te bevestig. Dit is gewoonlik nie voldoende om net 'n naam aan die alternatiewe storie te gee nie, want alhoewel dit op unieke uitkomst gebaseer is, moet dit

op kreatiewe wyses versterk word. Carey en Russel (2003b:67) gee voorbeelde van vrae wat gebruik kan word om gespreksvennote se ondersteuningsisteme uit te brei:

- Is daar iemand wat verras sal wees oor jou vertelling van hoe jy aan sekere gedrag toegewyd bly?
- Is daar iemand wat jou nuwe storie sal herken en waardeer?
- Was daar iemand wat jou aan die idee van 'n nuwe storie voorgestel het, met die oog op 'n andersoortige toekoms?
- Indien wel, waarom dink jy het hulle jou gekies om die idee mee te deel?
- Wat dink jy het hulle in jou raakgesien wat hulle laat dink het jy het die vermoë om jou lewensverhaal te wysig?
- Was daar moontlik iets wat hulle jou sien doen het in die verlede wat hulle laat dink het die nuwe storie was vir jou belangrik?
- Wat dink jy sal dit vir hulle beteken as hulle die verandering met jou kan deel?
- Wat sal dit vir hulle beteken as hulle jou in aksie sien wanneer jy jou voornemens uitleef, ten spyte van die gevolge wat die probleemverhale in jou lewe meebring?
- Wat dink jy sou hulle gesê het indien hulle nou hier saam met ons was?
- Hoe sou hulle dit gesê het?
- Is daar 'n manier hoe die persone, in die komende dae, in jou lewe teenwoordig kan bly?

Vrae soos hierdie herroep herinneringe aan mense wat 'n bydrae kan lewer om die alternatiewe storie verder te laat ontwikkel. Maatskaplike probleme word gekenmerk deur die isolasie van die mens en die verbreking of beskadiging van verhoudinge, daarom is dit nodig om die persone wat hulpverlening gebruik weer met ander betekenisvolle persone in sy lewe te verbind of te herverbind.

Die waarde van herinneringsgesprekke is dat die klënt die geleentheid kry om self te besluit oor die lidmaatskap van mense in sy lewe, asook die invloed wat hulle op sy lewe uitoefen. White (1997:23) sê: "It is in this way, through re-membling practices, that persons can have more to say about whose voices are to be recognised on matters of their identity, and about who might be authorised to speak on such matters." Deur middel van herinneringsgesprekke besluit die kliënt self om sekere stemme in sy lewe oor bepaalde aspekte stil te maak en ander stemme weer duideliker hoorbaar te maak. Dit is asof die volume van sommige stemme afgedraai word en die van andere weer harder gestel word.

Die maatskaplike werker benut herinneringsvrae om te bepaal watter persone se stemme 'n sinvolle bydrae in die huidige situasie kan lewer. Betekenisvolle stemme uit die persoon se verlede, met 'n opbouende bydrae word deel van die besprekinge gemaak, selfs al sou die persone nie meer lewe nie. Dit is asof sommige stemme weer met die kliënt begin praat. Hierdie persone uit die verlede word in herinnering geroep en 'n bepaalde posisie van lidmaatskap in die kliënt se lewe toegeken. Die doel daarvan is dat die kliënt opnuut weer ondersteuning put uit die persoon se rol en invloed in sy lewe, terwyl 'n mindere posisie toegeken word aan diegene wat 'n probleemstorie in stand hou.

#### **4.2.2.6 Die terugneem-aksie**

Op grond van die uitgangspunt dat daar 'n tweerigting verkeer van terapeutiese aksie tussen die terapeut en kliënt bestaan, met ander woorde dat beide 'n invloed op mekaar se lewens uitoefen, het White (1997:132) die terugneem-aksie as 'n kaart in die hulpverleningsproses ontwikkel. Hierdie praktyk is teenstrydig met die tradisionele posisie van terapeute, wat poog om die terapeut se lewe buite rekening te laat en van die veronderstelling uitgaan dat die terapeut nie deur die terapie aangeraak word nie. Dit impliseer nie dat gesprekke oor die terapeut se probleme gevoer word nie, maar wel dat terapie al die betrokkenes beïnvloed.

Die volgende redes word deur (White 1997:143) aangevoer waarom tweerigting interaksie 'n belangrike rol in terapeutiese gesprekvoering speel:

- Die siening dat die kliënt net so 'n belangrike rol as die terapeut in die terapeutiese gesprek speel, is 'n etiese onderneming, wat aantoon dat die maatskaplike werker as mens by die hulpverlening betrokke is.
- Die moontlikheid om mekaar wedersyds te beïnvloed dra by tot die omvangryker beskrywing van die kliënt se lewe. Die kliënt se menswaardigheid word met ander woorde bevorder wanneer hy luister en kennis neem van die invloed wat hy op die terapeut se lewe uitgeoefen het.
- Wanneer die terapeut die kliënt se bydrae om sy lewe te verryk en te verander erken, word die terapeut se lewe en werk breër en ryker omskryf. Die terapeut gee met ander woorde terugvoer aan die kliënt oor die wyses waarop die kliënt en die hulpverleningsproses sy menswees en professionele ontwikkeling positief beïnvloed het.

Terugneem-aksies vereis dat die terapeut en kliënt sensitief is vir die invloed wat hulle op mekaar se lewens het en dit eerlik met mekaar bespreek. Dit bevorder veral die praktyk dat die maatskaplike werker verantwoording sal doen oor die effek van die hulpverlening op die kliënt se lewe. 'n Verdere implikasie is dat deursigtigheid en openheid in die terapeutiese verhouding bevorder word.

Met die terugneem-aksie neem die terapeut die kliënt se bydrae tot sy lewe simbolies terug na hom toe deur die wedersydse vorming en veranderinge wat ingetree het, te erken en te waardeer. Die terapeut verduidelik aan die kliënt hoe hy persoonlik deur die vertellings aangeraak is en hoe sy lewe daardeur verryk is (White 2004:52). Die doel is nie om dank of gelukwensing teenoor die kliënt uit te spreek nie, want dit sou vertolk kan word dat die terapeut hom in 'n hoër posisie as die kliënt bevind, want op grond van sy meerdere kennis kan hy oordeel dat die kliënt gelukgewens of bedank behoort te word. Die terapeut word op gelyke vlak deur die terapeutiese gesprekke beïnvloed en toon sy waardering teenoor die kliënt, deur aan te toon op watter wyses sy lewe deur die kliënt se deelname geraak is.

Die mikro karterings verteenwoordig breë temas wat op 'n geïntegreerde wyse aandag geniet tydens narratiewe hulpverlening. Elke kaart vervul 'n belangrike rol om die doelwitte van die narratiewe werkswyse te bereik, tog verloop elke hulpverleningsproses op 'n unieke wyse, wat nie vooraf aan die deelnemers bekend is nie en nie deur die maatskaplike werker se ingryping gerig word nie.

### **4.3 BETEKENISSE VAN DIE NARRATIEWE WERKSWYSE VIR MAATSKAPLIKEWERKHULPVERLENING**

Die toepassing van die narratiewe werkswyse binne die konteks van maatskaplike werk word verdien verdere toeligting.

#### **4.3.1 Bevraagtekening van bestaande kennisraamwerke**

Hulpverleningsvorme in maatskaplike werk wat op die veronderstelling gebaseer is dat dit moontlik is om die kliëntsisteem se maatskaplike funksionering objektief te ken of te diagnoseer, word deur die postmodernisme bevraagteken. Kennis van gespreksvennote se maatskaplike funksionering en die verbetering daarvan is op die kliënt se vertellings en hervertellings gebaseer en nie op vooraf geformuleerde teoretiese raamwerke nie.

Maatskaplikewerkhulpverlening volgens die narratiewe werkswyse posisioneer die maatskaplike werker as 'n nie-kundige, wat die kliënt se konstruksies eksploreer en in samewerking met die kliëntsisteem nuwe perspektiewe en narratiewe ontwikkel.

Volgens Müller (2000:18) kan die terapeut hom nie losmaak van sy eie verhaal nie, maar sy storie is nie meer outentiek, korrek of gesaghebbend is as die van ander deelnemers nie. Die maatskaplike werker moet daarom bewus wees van sy eie narratief, asook dat hy in die gespreksituasie 'n medeskrywer van die nuwe storie is, wat tydens hulpverlening tot stand kom. So word die maatskaplike werker se kennissisteme en bydraes een van die bronne om storievertelling en storieskepping te bevorder, terwyl geen poging aangewend word om kliënte se funksionering in ooreenstemming met sy eie te bring nie.

#### **4.3.2 Die klem op verhoudinge**

Die fokus op die mens se verhoudinge en die maatskaplike probleme wat daarmee verband hou, is 'n raakpunt tussen maatskaplike werk en die narratiewe werkswyse. Die invloed van die konstruksionisme op die narratiewe werkswyse blyk uit die beskrywing van die mens as 'n sosiale wese en die prosesse hoe menswees in verhoudinge realiseer (Gergen 1994:253). Maatskaplike werk hanteer persone met amputasies nie in isolasie nie, maar betekenisvolle persone word betrek en die invloed van kulturele en kontekstuele faktore op die persoon se maatskaplike funksionering word in ag geneem.

Maatskaplikewerkhulpverlening word op die fondament van 'n vertrouensverhouding tussen die maatskaplike werker en die kliëntsisteem gebou, met die doelstelling dat die kommunikasie en aksie wat hieruit voortvloei, die kliëntsisteem se doeltreffende maatskaplike funksionering sal bevorder. In ooreenstemming hiermee benut die narratiewe werkswyse die terapeutiese verhouding en gesprekvoering as die ruimte om deur dialoog en deelnemende werkswyse verandering te bewerkstellig (Anderson en Goolishian 1992:30). Die siening dat die sosiale aksie wat in die mens se verhoudinge plaasvind, die boustene vir narratiewe oor maatskaplike probleme en moontlike oplossings vorm, word deur maatskaplike werk en die narratiewe werkswyse gedeel.

#### **4.3.3 Terapeutiese gesprekvoering**

Beide maatskaplike werk en die narratiewe werkswyse benut terapeutiese gesprekvoering as strategie om hulp te verleen. Die narratiewe werkswyse plaas egter unieke aksente op



die wyse waarop met gespreksvennote gekommunikeer word (vgl. 4.2). Gesprekvoering volgens die narratiewe strategie fokus op die doelstellings wat vir die kliëntsisteem belangrik is. Morgan (2000:3) wys op die kliënt se rol om die rigting van die gesprekke en hulpverlening te bepaal. Daar word deurgaans gepoog om vas te stel wat vir die gespreksvennote van belang is en of die gesprekke volgens hul voorkeur verloop. Voorbeelde van vrae wat gevra kan word is: “is jy tevrede met hoe die gesprek verloop?”; “moet ons voortgaan om oor die onderwerp te praat?”; of “wil jy oor iets anders praat?”. Die maatskaplike werker se respek vir die kliënt se menings, bydraes en voorkeure kom dus na vore (vgl. 2.4.3.5). Volgens Anderson en Goolishian (1992:29) word die terapeut deurgaans deur die kliënt ingelig. So ‘n houding toon dat die maatskaplike werker meer wil weet van wat gesê is en bied die geleentheid aan gespreksvennote om keuses uit te oefen oor die verloop van die hulpverleningsproses. Die gespreksvennote se deelname om die rigting van die gesprekke te bepaal, bemagtig hulle om op ander vlakke van die hulpverleningsproses verantwoordelikheid te aanvaar.

Die maatskaplike werker se gesprekke met persone wat amputasies ondergaan het, sluit die uitruil van inligting, diskoerse, interpretasies en die vorming van konstruksies in. Hierna kan verwys word as die totstandkoming van ‘n terapeutiese narratief, met die potensiaal om al die deelnemers se betekenisgewing en gedrag te wysig. Die doel van terapeutiese gesprekke is nie dat die maatskaplike werker die persoon van sekere sienings oor homself, sy gestremdheid of omstandighede probeer oortuig nie, maar dat nuwe perspektiewe en konstruksies oor sy menswees, potensiaal en geleentheid tot stand kom. Die siening dat mense karakters in mekaar se stories is en dat dit moontlik is om deur gesprekvoering alternatiewe sienings en stories te onderhandel, skep die ruimte vir die maatskaplike werker om as gelyke deelnemer 'n betekenisvolle bydrae in die lewe van die kliënt te maak.

#### **4.3.4 Maatskaplike probleme**

Die narratiewe strategie verleen in ooreenstemming met maatskaplike werk baie aandag aan die invloed van kontekstuele faktore op gespreksvennote se probleemversadigde stories (vgl. 3.2.2.3). Maatskaplikewerkhulpverlening word gekenmerk deur die oplossing van die probleme en wat binne verhoudinge bestaan. Compton en Galaway (1994:11) sê: “Our function as social workers is not to reform or change people; rather we engage people in a problem-solving process by which they resolve their own problems.” Probleemoplossende benaderings het die risiko om persone met amputasies aan stigmatiserende

etikette te verbind, wat 'n amputasie as 'n probleem beskou en die persoon kan byvoorbeeld as 'n "diabeet met 'n bo-been amputasie" beskryf word.

Volgens die narratiewe werkswyse bestaan maatskaplike probleme in die kliëntsisteem en sy sosiale netwerke se narratiewe en gebruik daarom die persoon wat 'n amputasie ondergaan het se vertellings en unieke interpretasies as die vertrekpunt vir hulpverlening. Die narratiewe werkswyse se strategie om die kliënt en maatskaplike probleme van mekaar te skei kan 'n besondere bydrae lewer om die betrokkenes te bemagtig om protes aan te teken teen die dominerende van problematiese beskrywinge (Madigan 1998a:26). So 'n benadering trek die aandag van die probleme af en plaas die fokus op strategieë om die bestaande probleme op te los. Die maatskaplike werker het gevolglik die taak om in samewerking met die betrokkenes weerstand teen die bestaande probleme te bied.

Die narratiewe werkswyse fokus op die bevoegdhede en vermoëns van die kliëntsisteem en is daarom nie op die oplossing van probleme gerig nie, maar wel in die vorming van interpretasies, wat nuwe vorm en rigting aan verhoudinge verleen. Die maatskaplike werker is gevolglik nie die veranderingsagent wat gespreksvennote help om hul maatskaplike probleme op te los nie, maar tree vanuit 'n nie-kundige posisie op, met die doel om narratiewe te dekonstrueer en die skepping van gewenste narratiewe te fasiliteer.

#### **4.3.5 Respek vir en aanvaarding van die mens**

Eerbied, agting en respek vir die mens se waarde en die menswaardige hantering van die kliëntsisteem is kenmerkend van maatskaplike werk (vgl. 2.3.5) en rig die maatskaplike werker se hantering van kliënte. Die narratiewe werkswyse toon ooreenkomste met van hierdie uitgangspunte. Respek vir gespreksvennote blyk uit die gesindheid van die maatskaplike werker se nie-kundige posisie en die wyse waarop strategieë prakties toegepas word (vgl. 4.2.2.2; 4.2.2.3). Maatskaplike werk volgens die narratiewe benadering toon eerbied vir die kliënt as 'n persoon met positiewe moontlikhede wat ontgin kan word en is toewyd aan praktyke wat die oorheersende benaderings in die hulpverleningskultuur uitdaag.

#### **4.3.6 Verantwoording**

Maatskaplikewerkhulpverlening is nie 'n neutrale gebeurtenis nie, aangesien ongelykhede in die deelnemers se kennis, magposisies en vaardighede bestaan. Magsverskille beperk

mense se belewenis dat hulle keuses oor die verloop van hul lewe kan uitoefen. Magsongelykhede tussen die kliënt en maatskaplike werker kan op verskille soos klas, ras, geslag of gesondheid gebaseer wees. Die narratiewe werkswyse se dekonstruksie van magsongelykhede kan die praktyk van maatskaplike werk verryk, aangesien die kliënt as die kundige en outeur van sy eie lewe en verhoudinge hanteer word.

Maatskaplike werkers se verbondenheid aan 'n sekere beroepsklas kan opsigself die indruk van magsongelykheid skep. Elliott (1998:52) wys daarop dat die terapeutiese diskoerse, taal en posisies wat ingeneem word, deur kulturele tradisies beïnvloed word. Diskoerse word bepaal deur faktore soos wat kan wanneer gesê word, wie kan wat sê en met watter gesag. Hulpverlening vervul 'n sekere funksie in gemeenskappe en diskoerse, verwagtinge en kultuurgebruike beïnvloed die maatskaplike werker en die persoon wat die hulp gebruik se perspektiewe oor hulpverlening. Die opleiding, kennissisteme en vaardighede wat professionele hulpverlening kenmerk, vorm die maatskaplike werker se sienings oor die rol en verantwoordelikhede van die maatskaplike werker en die kliëntsisteam in die hulpverleningsproses en die taal wat gebruik word om gebeure en konsepte te beskryf. Die maatskaplike werker moet in die lig hiervan bewus wees van die voorregte en potensiële blokkasies wat met die posisie van hulpverlener gepaard gaan, asook die invloed van sy perspektiewe op die hulpverleningsproses en die praktiese inkleding van strategieë.

Die doen van verantwoording behels volgens die narratiewe werkswyse meer as om net in belang van die kliënt op te tree. Verantwoording binne die narratiewe werkswyse is volgens White (2000:150) "... a version of responsibility which supports a commitment to identifying and addressing the real effects or the consequences of one's actions in the lives of others. ... This is a specific notion of accountability, a bottom-up version, rather than a top-down version, and it is a version of accountability that is available in partnership with other people, or groups of people." 'n Werkswyse waar indrukke nie van bo af op mense afgedwing word nie, bevorder kliënte se deelname en samewerking. Om verantwoording te doen beteken dat die maatskaplike werker op 'n deursigtige wyse homself sal posisioneer wat sy uitgangspunte en werkswyses betref, terwyl die invloed van die hulpverlening op die kliëntsisteam deurlopend ondersoek word.

Maatskaplike werk plaas 'n hoë premie op die doen van verantwoording oor die dienste wat gelewer word. Formele instellings soos die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplike Diensberoepe en verwante wetgewing is in werking gestel om dienslewering van 'n hoë standaard te verseker. Die narratiewe werkswyse trek die gee van rekenskap deur na die

plaaslike en persoonlike vlak toe. White (2000:148) wys daarop dat alhoewel reëls en kodes ‘n belangrike plek het, so ‘n “van bo-af sisteem” om verantwoording te doen, teelaarde vir ongeregtighede en uitbuiting is. Die maatskaplike werker en kliënt se wedersydse beïnvloeding van mekaar en die gee van rekenskap hieroor word deur die narratiewe werkswyse beklemtoon en spreek veral die moontlikheid van magsmisbruik deur die maatskaplike werker aan.

#### **4.3.7 Deelnemende werkswyses**

Maatskaplike werk erken die kliënt se selfbeslissingsverantwoordelikheid en dit word uitgebou deur die narratiewe werkswyse se klem op gespreksvennote se deelname aan die hulpverleningsprosesse. Compton en Galaway (1994:11) sê: “Social work is a partnership arrangement. ... This means the client is fully involved and participating in all of the decisions and that the social worker is working with the client rather than doing things to the client.” Die daarstelling van vennootskappe en die belangrikheid van onderlinge samewerking blyk duidelik. Die insluiting van rolspelers uit verskillende kulturele kontekste by maatskaplikewerkhulpverlening beteken dat teenstrydighede, spanning en konflik tussen mense kan ontstaan en vereis volgens Fook (2002:29) dat maatskaplike werkers se kundigheid in die sinvolle fasilitering hiervan moet ontwikkel.

Volgens Hoffman (1992:22) is ‘n etiek van deelname, eerder as ‘n soeke na die oorsaak van probleme of die waarheid van ‘n situasie, tans sentraal in sosiale denke en aksie. Die narratiewe werkswyse bevorder dialoog, inklusiwiteit en gedeelde verantwoordelikheid in alle fasette van die hulpverleningsproses (vgl. 3.2.2.8). Die narratiewe werkswyse se hantering van kliënte as gelyke vennote van die maatskaplike werker, poog om die invloed van mag in hulpverleningsverhoudinge te verminder.

Die konstruksionisme se klem op die belangrikheid van interaksie en die waarde van onderhandelinge in die skep van nuwe realiteite (Hoffman 1992:18), bevorder deelnemende werkswyses. Deelnemende werkswyses moedig die kliënsisteem aan om skeppende toe te tree en om sy eie konstruksie te ondersoek en te wysig. Dit gee volgens Epting (1984:6) aanleiding tot ‘n gevoel van “coming alive” en maak die kliënsisteem bewus van kreatiewe en spontane kwaliteite wat lank nie deel van hul daaglikse ondervindinge was nie. ‘n Ondersoekende en eksperimentele houding en die gewilligheid om waaghalsig met idees te werk, skep die verwagting en moontlikheid om saam konstruksies te skep wat nie voorheen bekend was nie of bestaan het nie. Die

formulering van gewenste narratiewe is daarom die gesamentlike produk van die maatskaplike werker en kliëntsisteem.

Die deelname van rolspelers aan navorsingsprojekte word toenemend beklemtoon. Deelnemende werkswyses is 'n raakpunt tussen maatskaplike werk, die narratiewe werkswyse en deelnemende-aksienavorsing. Die potensiaal van die narratiewe werkswyse om byvoorbeeld 'n storie van armoede en verwaarlosing te vervang met een van finansiële sekuriteit en goeie versorging, sluit aan by deelnemende-aksienavorsing se gerigtheid om deur navorsing aksies in werking te stel waarby die deelnemers kan baat vind, asook by maatskaplike werk se doelstelling om in samewerking met gespreksvennote sekere doelwitte te bereik.

#### **4.3.8 Betrokkenheid by weerlose minderheidsgroepe en die bevordering van sosiale geregtigheid**

Maatskaplike werk het vanaf die ontstaansjare verantwoordelikheid aanvaar om die belange van onderdrukte en uitgeslote persone in die samelewing te verteenwoordig (vgl. 2.3.2). White (2000:151-152) verwys terug na sy opleiding in maatskaplike werk in 1967 en moedig terapeute aan om bewustelik oor hul doel en toewyding aan onderdrukte groepe te besin en om aandag te gee aan projekte wat sosiale geregtigheid en maatskaplike aksie bevorder. Volgens Reamer (1999:198) behoort maatskaplike werk se betrokkenheid by individue, groepe en gemeenskappe wat aan onderdrukking, mishandeling of uitbuiting blootgestel word, steeds die professie se hoogste strewe te bly. Dit impliseer dat die basiese menseregte van alle lede van die gemeenskap beskerm moet word, met addisionele voorsiening vir die besondere behoeftes van weerlose persone en groepe, byvoorbeeld persone met fisiese gestremdheid.

Die gevolgtrekking word gemaak dat die narratiewe benadering sinvolle bydraes lewer om die praktyk van maatskaplike werk te verryk. Die benutting van narratiewe sluit byvoorbeeld gemaklik by die metodes van maatskaplike werk aan, want geen maatskaplikewerkingryping kan sonder storievertelling plaasvind nie. Die fokus op die positiewe moontlikhede in die kliënt se narratiewe en sy milieu, plaas hernude klem op maatskaplike werk se doelstellings om die mens se maatskaplike funksionering te verbeter, asook die daarstelling van 'n ondersteunende omgewing. Die siening van die maatskaplike werker as fasiliteerder en medeskepper van nuwe realiteite, eerder as hulpverlener,

verteenwoordig 'n nuwe benadering en kan 'n bydrae lewer om die doelstellings van die professie te bevorder.

#### 4.4 SAMEVATTING

Die narratiewe werkswyse gaan van die veronderstelling uit dat gespreksvennote se selfsienings en maatskaplike probleme binne 'n bepaalde kultuurkonteks en verhoudingsnetwerk in storienvorm geskep en instand gehou word. Michael White en David Epston word as die grondleggers van die narratiewe werkswyse beskou en volgens hulle bied hulpverlening die geleentheid aan kliënte om hul lewensverhale te herskryf. Die narratiewe strategie tot hulpverlening fokus veral op die faktore wat tot oorheersende, probleemversadigde lewensverhale en verhoudinge aanleiding gee, die konstruksie van nuwe perspektiewe, die hervertelling en uitleef van gewenste narratiewe. Verandering berus op die gesamentlike konstruksies, binne die verhoudinge en interaksie tussen die maatskaplike werker en gespreksvennote. Die betrokke rolspelers beïnvloed en bepaal die verloop van die hulpverleningsproses. Die maatskaplike werker tree vanuit 'n nie-kundige posisie op, ten einde die kliëntsisteem te bemagtig om as die kenners van hul eie lewe te funksioneer.

Met die beskrywing en analisering van die narratiewe werkswyse is verskeie bruikbare teoretiese konsepte vir maatskaplikewerkhulpverlening uitgelig. Narratiewe verskaf verstaanbare raamwerke met inligting en interpretasies van die mens se gesprekke met homself, die wedersydse beïnvloeding tussen mense en die invloed van kontekstuele faktore op die konstruksie, vertelling, uitleef en wysiging van narratiewe. Die klem op die belangrike rol wat verhoudinge in die mens se belewenisse en konstruksies speel, is 'n raakpunt met maatskaplikewerkhulpverlening en die potensiaal wat met die herskryf van stories gepaard gaan, maak dit besonder geskik vir maatskaplikewerkhulpverlening. Die uitdaging is om die konsepte eie aan die narratiewe werkswyse in die praktyk van maatskaplike werk toe te pas.

In hoofstuk 5 geniet die sosiale konstruksies oor fisiese gestremdheid en die verskynsel van amputasies aandag.

## HOOFSTUK 5

### AMPUTASIE EN FISIESE GESTREMDHEID AS SOSIALE KONSTRUKSIE

Verskillende kulturele en hulpverleningsdiskoerse en konstruksies bestaan internasionaal, nasionaal, in gemeenskappe en gesondheidsdienste oor wat 'n amputasie en fisiese gestremdheid vir 'n persoon in sy betekenisvolle verhoudinge beteken. Diskoerse word gevoer oor wat is die ideale liggaamsbeeld, die wenslikheid van gesondheid en die stigmatisering van persone met fisiese gestremdheid. Diskoerse vorm die gemeenskap, die persone wat 'n amputasie ondergaan het en gesondheidswerkers se sienings oor fisiese gestremdheid, verwagtinge en gedrag teenoor mekaar. Dominante diskoerse moet ondersoek word, want dit vind neerslag in die bestaande modelle vir hulpverlening aan persone met amputasies.

Na 'n uitgebreide soektog na navorsing in Suid-Afrika oor die amputasie van ledemate en die fisiese gestremdheid, het dit geblyk dat hoofsaaklik sielkunde, mediese en medies aanvullende beroepe inligting oor die onderwerp gepubliseer het. 'n Soortgelyke leemte in ontwikkelde lande word deur Oliver (1990:x) beskryf: "The issue of disability and the experiences of disabled people have been given scant consideration in academic circles. Both the issue and the experience have been marginalised and only in the disciplines of medicine and psychology has disability been afforded an important place." Dit het tot gevolg dat fisiese gestremdheid as 'n fisiese probleem beskou word wat deur gesondheidswerkers behandel word en die ervarings van persone met fisiese gestremdheid word in terme van psigologiese aanpassingsprosesse verklaar. Perspektiewe oor die behoeftes en maatskaplike probleme wat persone met amputasies en fisiese gestremdheid ervaar, het die afgelope paar dekades ingrypende ontwikkelinge ondergaan.

Maatskaplikewerkhulpverlening, as 'n respons op die werklikheid van fisiese gestremdheid, behoort op die ervarings en perspektiewe van persone met amputasies gebaseer te wees. Finkelstein (1993a:15) sê in die verband: "... disability movements which bring together groups of disabled people and encourage a common identity not only reflect the growth of a united front against medical and administrative dominance but also represent an historical leap in redefining disability in positive terms. Those who enact helping interventions need to recognise that the changing meaning of disability provides a new context for the construction of services with disabled people on a quite different,

dynamic understanding of disability.” Dit is belangrik vir die maatskaplike werker om kennis te neem van die wyse waarop die persoon met ‘n amputasie sy wêreld ervaar en die betrokkenes behoort die geleentheid gebied te word om inspraak te hê in die prosesse wat tot die ontwikkeling van toepaslike maatskaplikewerkingryping lei. Hoofstuk vyf ondersoek die oorsake en implikasies van die fisiese inkorting en gestremdheid waarmee persone met amputasies saamleef, asook die sosiale blokkasies wat persone met amputasies se deelname as lede van ‘n gesin of gemeenskap strem.

## **5.1 VERKENNING VAN BEGRIPPE EN HULPVERLENINGSMODELLE OOR FISIESE GESTREMDHEID**

Die verskynsel van amputasies en die fisiese gestremdheid wat dit meebring kan op verskillende wyses geïnterpreteer word, daarom is die verkenning van tersaaklike konsepte en hulpverleningsmodelle noodsaaklik.

### **5.1.1 Omskrywings**

Soos deur die konstruktivisme en die sosiale konstrakte teorie uitgewys word (vgl. 3.1), heg mense verskillende interpretasies aan konsepte, vir die skepping van werklikheidskonstruksies. Oliver (1990:2) sluit hierby aan: “... human beings give meaning to objects in the social world and subsequently orientate their behaviour towards these objects in terms of the meanings given to them”. Sekere kenmerkende betekenis word aan die verskynsel van fisiese gestremdheid geheg, wat gemeenskappe se houding en gedrag teenoor mense met amputasies bepaal. Indien ‘n amputasie byvoorbeeld as ‘n persoonlike tragedie beskou word, word die betrokkenes as slagoffers van ‘n siekte of omstandighede hanteer en hierdie sienings vind weer neerslag in die beleid oor en behandeling van persone met fisiese gestremdheid.

Die indruk word verkry dat die begrippe fisiese inkorting en fisiese gestremdheid in wetenskaplike publikasies hoofsaaklik aan die hand van mediese terme omskryf word, wat op die simptome of gevolge van siekte en fisiese beperkinge fokus. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie se omskrywings is van besondere belang, aangesien dit plaaslik en internasionaal as konseptuele raamwerk vir die omskrywing van gestremdheid aanvaar word. In 1980 is ‘n internasionale klassifikasie vir inkortings (“impairments”), gestremhede (“disabilities”) en beperkinge (“handicaps”) geformuleer en in 2001 is die



titel van die publikasie verander na die “International Classification of Functioning Disability and Health” (Ross en Deverell 2004:14). Die drie dimensies is uitgebrei om die konsepte gesondheidstoestand, inkorting, beperking van aktiwiteite en die verhinderende van deelname deur omgewingsfaktore in te sluit. Die doel was om ‘n gestandaardiseerde raamwerk te voorsien vir die beskrywing van die mens se gesondheid en gestremdheid. Gesondheidstoestand en gestremdheid is twee sambreelbegrippe vir drie dimensies, naamlik (1) liggaamsfunksies en liggaamstruktuur; (2) die aktiwiteite van die individu; en (3) deelname in die gemeenskap. Hierdie drie dimensies word deur kontekstuele faktore beïnvloed, wat in individuele en omgewingsfaktore verdeel word (Wêreld Gesondheidsorganisasie 2001:16). Omgewingsfaktore sluit die persoon se onmiddellike situasie, geleentheid en blokkasies in die breër samelewing in. Persoonlike faktore verwys onder andere na ouderdom, geslag, opvoedingspeil, ervaring, persoonlikheid, maatskaplike agtergrond en aanpassingstyle.

Die omskrywing van die “International Classification of Functioning Disability and Health” word ondersteun deur gesondheidswerkers, organisasies van persone met gestremdheid en voorstanders van die sosiale model (McIntyre en Tempest 2007:1475). Die betekenis wat aan die begrippe persone met fisiese gestremdheid, fisiese inkorting (fisiese tekortkominge), fisiese gestremdheid (onvermoë om lewensake te vervul) en die beperking van deelname geheg word, word vervolgens bespreek. Die konsepte wat gebruik word om sekere werklikhede te beskryf, verteenwoordig bepaalde beskouinge en is daarom sosiale konstrakte.

#### **5.1.1.1 Liggaamlike inkorting**

Die Americans with Disabilities Act (1990:section 1630.2) soos aangehaal deur Olkin (1999:11) verwys na fisiese inkorting as: “Any physiological disorder, or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological, musculoskeletal, special sense organs, respiratory (including speech organs), cardiovascular, reproductive, digestive, genitourinary, hemic and lymphatic, skin, and endocrine.” Liggaamlike inkortings impliseer ‘n onderliggende siektetoestand, wat op ‘n tekortkoming in die persoon se liggaamstruktuur of belemmerde liggaamsfunksies dui. Die omskrywing van die Wêreld Gesondheidsorganisasie (2001:8) stem grootliks hiermee ooreen: “Impairments are problems in body function or structure such as a significant deviation or loss.” Binne die kontinuum van gesondheidstoestande ervaar die persoon dan ‘n inkorting (afwyking of verlies) van liggaamsfunksies, wat die

fisiologiese en psigologiese funksies van liggaamsisteme insluit, of in die liggaamstruktuur, wat die anatomiese dele van die liggaam (soos organe of ledemate) insluit. Met 'n amputasie verloor die persoon 'n sekere liggaamsdeel of -dele, wat die liggaamstruktuur en –funksies verander en daarom 'n fisiese inkorting meebring.

Fisiese inkortings kan gekategoriseer word in terme van die diagnose van 'n siekte, die liggaamsdeel of sisteem wat geaffekteer is, die aanvangstydperk van die gestremdheid, die ouderdom van die persoon, die verloop van die siekte (kronies of progressief), of die funksieverlies wat ervaar word. Inligting oor al hierdie faktore is nodig om 'n sekere individu se gestremdheid te begryp. In een geval kan 'n bejaarde persoon byvoorbeeld 'n chroniese siekte hê, wat die amputasie van 'n ledemaat noodsaak, met risiko faktore gepaard gaan soos die stadige genesing van wonde, intensiewe behandeling en lang periodes van hospitalisasie benodig, waarna die persoon steeds bedlêend kan wees en voltyds deur familieledede versorg moet word. 'n Ander voorbeeld is die van 'n gesonde persoon wat 'n ledemaat as gevolg van 'n traumatiese insident verloor en na akute korttermyn hospitalisasie, buite-pasiënt behandeling ontvang en met behulp van 'n ortopediese hulpmiddel, soos 'n kunsbeen, onafhanklik funksioneer en loonarbeid verrig. Hieruit blyk dit duidelik dat 'n fisiese inkorting nie vanuit een gesigspunt begryp kan word nie en dat alle relevante faktore in ag geneem moet word om die omvang van die beperkinge, die prognose vir herstel en die gevolge vir sy funksionering te kan bepaal.

Die konsepte gesondheid en fisiese inkorting oorvleuel, maar kan nie aan mekaar gelyk gestel word nie. 'n Persoon kan byvoorbeeld 'n fisiese inkorting hê en steeds goeie gesondheid geniet. Of die persoon kan na 'n amputasie steeds met 'n siekte, soos hoë bloeddruk, saamleef. Die afname in mobiliteit kan nuwe gesondheidsprobleme veroorsaak, byvoorbeeld die ontwikkeling van bedsere, terwyl gesondheidsprobleme, soos ontoereikende bloedsirkulasie, weer tot die ontwikkeling van fisiese inkortings bydra en die persoon se vermoë om belangrike lewenstake uit te voer, belemmer. Olkin (1999:10) kom tot die gevolgtrekking dat "... the overlap between disability and illness becomes increasingly important as the conditions on either or both increase in severity". Dit is nie wenslik om 'n persoon met fisiese gestremdheid in terme van die gesondheidsprobleme wat ervaar word te hanteer nie, tog is dit moeilik om 'n persoon se fisiese inkorting (of liggaamlike gebrek) van sy gesondheid en siekte simptome te skei.

### 5.1.1.2 Fisiese gestremdheid as die beperking van aktiwiteite

Fisiese gestremdheid (“physical disability”) word as ‘n werklikheid ervaar wanneer ‘n persoon met ‘n fisiese inkorting saamleef. Fisiese gestremdheid word deur Olkin (1999:10) omskryf as “... a condition that limits functioning”. Gestremdheid word ervaar in die mate wat die fisiese inkorting, byvoorbeeld die afwesigheid van ‘n ledemaat, die persoon beperk om alledaagse aktiwiteite en take effektief uit te voer. Take verwys na die instrumentele, roetine en selfversorgings aktiwiteite wat ‘n persoon daagliks verrig, byvoorbeeld eet, bad, aantrek, stap, verplasing en die verrigting van loonarbeid. Die mate waarin die persoon se fisiese funksionering en werksverrigting versteur word, reflekteer die aard en omvang van die gestremdheid wat ervaar word of die gevolge van die fisiese inkorting. Die persoon sal byvoorbeeld na ‘n hoë bo-been amputasie sy vermoë om te stap verloor en daarom fisiese gestremdheid ervaar.

‘n Meer omvattende omskrywing sluit die verhouding tussen gestremdheid (of onvermoë om alledaagse aktiwiteite te verrig) en die persoon se rolvervulling en interaksie met ander faktore in. Romeis (1990:48) sê: “Disability refers to role-relevant performance outcomes which are dependent on the interaction between the impairment, social and economic forces. Conceptually an impairment does not necessarily result in being disabled but disability requires being impaired.” Dit is belangrik om daarop te let dat ‘n fisiese inkorting nie in alle gevalle gestremdheid meebring of as sulks geïnterpreteer word nie. Verder blyk die rol van faktore in die persoon se konteks duidelik, asook die verskeidenheid van invloede, wat die persoon se belewing van gestremdheid bepaal. Twee persone met dieselfde fisiese inkorting kan daarom verskillende vorme van gestremdheid beleef, omdat hulle persoonlike innerlike verwerkingprosesse, die kwaliteit van hul verhoudinge en die verwagtinge wat in die gemeenskap aan hulle gestel word, verskil. Die persoon se kognitiewe konstruksies van verlies, fisiese onvermoë en wat as suksesvolle funksionering beskou word, bepaal grootliks die belewenis van gestremdheid. Die interaksie tussen die persoon se fisiese inkorting en invloede, soos die beskouinge van betekenisvolle andere in sy lewe en die rolverwagtinge in ‘n sekere gemeenskap, is verder van deurslaggewende belang. Die wysiging van negatiewe houdings teenoor fisiese gestremdheid en die ontwikkeling van die persoon se vermoëns om doeltreffend te funksioneer, kan daarom die belewenis van gestremdheid verander en die persoon se selfverwesenliking bevorder.

Naas die persoon se vermoë om sekere aktiwiteite te verrig, verwys die Wêreld Gesondheidsorganisasie (2001:12) ook na die persoon se vermoë tot deelname

("participation"). 'n Persoon se deelname word volgens persoonlike en sosiale kriteria geassesseer, byvoorbeeld die vermoë om te leer en kennis toe te pas, algemene take en eise te hanteer, kommunikasie, mobiliteit, selfversorging, huishoudelike take, interpersoonlike interaksie en verhoudinge, take in belangrike lewensareas en deelname aan gemeenskap, sosiale en burgerlike sake. Die persoon se aktiwiteite en deelname word gekwalifiseer deur die persoon se unieke werkswerrigting ("performance") en kapasiteit ("capacity") te beskryf. Eersgenoemde dui op dit wat die persoon werklik kan doen en laasgenoemde dui op die persoon se hoogs moontlike vlak van funksionering in 'n gestandaardiseerde situasie. Die term gestremdheid is met ander woorde 'n sambreelbegrip om die beperkinge van die persoon se aktiwiteite (werkswerrigting en rolvervulling) en deelname (in die persoonlike en sosiale konteks) op te som.

Kritiek op die Wêreld Gesondheidsorganisasie se omskrywing van gestremdheid is dat alhoewel die persoon se fisiese en sosiale beperkinge in ag geneem word, daar steeds van die veronderstelling uitgegaan word dat sekere aanvaarde sosiale rolle en take bestaan en dat die individu se onvermoë om daaraan te voldoen, 'n persoonlike beperking en daarom 'n nadelige posisie impliseer. Die mate waarin 'n sekere fisiese inkorting gestremdheid meebring word bepaal deur faktore soos die sosiale verwagtinge wat gestel word, die gevorderdheid van tegnologie, die beskikbaarheid daarvan vir persone met fisiese inkortings, die opvoedkundige sisteem, argitektoniese faktore, houdings teenoor fisiese voorkoms en die spoed waarmee mense leef (Wendell 1997:264). Die omskrywing van 'n individu se moontlikhede om sekere aktiwiteite te verrig en aan gemeenskapsaktiwiteite deel te neem, impliseer 'n individualistiese benadering teen die agtergrond van sekere omgewingsfaktore, sonder om die faktore in die persoon se sosiale konteks as primêre determinante, wat gestremdheid meebring, te hanteer.

Pogings om in konkrete terme uit te spel wat die persoon nie het nie of nie kan doen nie, stel volgens Oliver (1990:5) 'n statiese toestand voor, sonder om die persoon se konteks en ervaringe te beskryf. Die omskrywing van fisiese onvermoëns hou met ander woorde verband met die individu se fisiese inkorting, sonder om die sosiale faktore wat tot die beperkinge bydra in ag te neem. Wendell (1997:263) waarsku daarteen om fisiese gestremdheid in terme van die afwykings van die mens se liggaam te beskryf, wat dan 'n afwyking van die "normale" vermoë om sekere aktiwiteite te verrig, impliseer. Die veronderstelling is dat daar sekere standaarde vir normaliteit bestaan, terwyl sienings oor wat gesondheid en wenslike vlakke van werkswerrigting, deur kulturele en sosiale konstruksies bepaal word. Die moontlikheid om gesondheid of 'n wenslike biologiese

toestand te beskryf word bevraagteken, aangesien geen mens te alle tye fisiese gesondheid geniet of tot alle wenslike aktiwiteite in staat is nie. Die vraag kan verder gevra word op watter punt word variasies tussen mense se uitvoering van aktiwiteite as gestremdheid omskryf? Die aktiwiteite en werksverrigting wat in 'n sekere gemeenskap as belangrik geag word, word dan bepalende faktore om gesondheid en fisiese gestremdheid te omskryf.

In die lig van bogenoemde kritiek word voorgestel dat omskrywings van fisiese gestremdheid nie slegs op die individu se onvermoëns of funksionele beperkinge sal fokus nie, maar ook die rol van die fisiese en sosiale omgewing sal verreken. Fisiese gestremdheid moet eerder as 'n sosiale konstruksie, wat op 'n sekere biologiese werklikheid gebaseer is, geïnterpreteer word. Sodoende word fisiese gestremdheid een van 'n wye verskeidenheid van fisiese toestande word erken en aanvaar, sonder om teen enige individu of groep met sekere fisiese kenmerke te diskrimineer.

### **5.1.1.3 Die beperking van deelname**

Hindernisse (“handicaps”) of beperkinge wat die persoon met 'n amputasie se maatskaplike funksionering mag strem, verwys na die nadele of blokkasies wat 'n persoon ervaar as gevolg van die fisiese inkorting en –gestremdheid waarmee hy saamleef. Die omskrywing van die Verenigde Nasies (Wendell 1997:262) gee die volgende perspektief: “*Handicap*: A disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal, depending on age, sex, social and cultural factors, for that individual.” Elke individu ervaar unieke hindernisse, wat in sy interaksie met sy omgewing bestaan. Hindernisse dui op kulturele, fisiese en sosiale faktore wat die persoon se toegang tot sisteme in 'n gemeenskap blokkeer, wat vir alle lede van 'n gemeenskap toeganklik behoort te wees. 'n Hindernis verteenwoordig met ander woorde die verlies of beperking van geleenthede om op gelyke vlak aan die gemeenskapslewe deel te neem. 'n Voorbeeld is dat indien daar nie in die persoon se behoefte aan hulpmiddels, soos 'n rolstoel voorsien word nie, dit sy mobiliteit beperk en sosiale omgang met andere verhinder. Hierdie faktore wissel met die verloop van tyd en daarom verander die persoon se hindernisse voortdurend.

Blokkasies in die persoon se sosiale omgewing ontwikkel as gevolg van die sosiale konstruksies wat op grond van die individu se interaksie met sy wêreld gevorm word. Faktore soos persone sonder gestremdheid se houdings, taal, kultuur, organisasies, magsverhoudinge en –strukture speel 'n rol in die verband. Besondere eise word aan die

persoon en sy ondersteuningsnetwerke gestel om bestaande blokkasies te oorkom ten einde maatskaplik doeltreffend te funksioneer. 'n Persoon se gestremdheid kan staties bly, maar die beperkinge wat hanteer moet word, kan wissel. 'n Persoon met 'n geamputeerde been kan byvoorbeeld weer loonarbeid verrig indien hy die nodige opleiding vir die korrekte gebruik van 'n kunsbeen ontvang. Belangrike konsepte in persone met gestremdheid se stryd vir die daarstelling van 'n gemeenskap sonder hindernisse is die nastreef van geregtigheid, gelykwaardigheid, deelname, vryheid en die aanvaarding van verantwoordelikheid (Barton 1996:6). Deelname en die werklike integrasie van persone met fisiese gestremdheid sluit aanvaarding, gelyke behandeling en geleenthede vir selfverwesenliking op sosiale vlak in.

Om die hindernisse te verstaan waarmee 'n persoon met 'n amputasie gekonfronteer word, is dit nodig om wyer te kyk as die blokkasies wat met innerlike psigologiese prosesse of interpersoonlike verhoudinge verband hou. Materiële faktore soos behuising, voldoende finansies, werksverskaffing, 'n toeganklike omgewing, hulpbronne en die fisiese omstandighede van die familie en ondersteuningsnetwerke is bepalend vir die persoon se vermoë om selfstandig te funksioneer. Vir persone met amputasies wat rolstoele gebruik is hindernisse byvoorbeeld ontoeganklike geboue, sypaadjies sonder opritte, toilette sonder reëlins, of ontoeganklike vervoer. Die verwydering van hindernisse is byvoorbeeld deure wat wyd genoeg is vir die gebruik van rolstoele of figuurlike hindernisse, soos 'n gebrek aan aanvaarding, ongelyke behandeling en die gebrek aan geleenthede. Hindernisse kan bestaan in die hulp wat 'n persoon met 'n amputasie benodig, want die afwesigheid van behandeling, hulpmiddels en ondersteuning kan die persoon verhinder om effektief te funksioneer. Die teendeel kan ook waar wees, naamlik dat die persoon se fisiese gestremdheid nie sy funksionering nadelig beïnvloed nie, omdat die persoon toegang het tot die middele wat nodig is om in sy besondere behoeftes te voorsien. Enige beperking wat die persoon verhinder om sy menswees te realiseer, is daarom 'n hindernis of leemte.

Die beperking van 'n persoon se deelname aan hoofstroom-aktiwiteite is samevattend die stremminge wat die persoon ervaar as gevolg van sy fisiese gebreke en faktore in sy omgewing, wat die uitvoering van alledaagse aktiwiteite en aktiewe deelname in die gemeenskap verhinder. Om die blokkasies wat 'n persoon met fisiese gestremdheid ervaar, te verstaan vereis inligting oor die persoon se fisiese beperkinge, innerlike psigiese prosesse, interpersoonlike verhoudinge en materiële faktore in sy omgewing.

#### 5.1.1.4 Persone met fisiese gestremdheid

Die verwysing na ‘gestremde persone’ word soms in vakliteratuur en gemeenskappe se spreektaal aangetref, wat deur persone met gestremdheid as etikettering beleef kan word. Die afgelope aantal jare word die term ‘persone met fisiese gestremdheid’ verkies, wat die klem op die mens plaas, terwyl fisiese gestremdheid slegs ‘n sekere kenmerk van die mens is. Oliver (1990:xiii) wys op die gevaar om te dink dat ‘n term die persoon van die ervaring van gestremdheid skei, want “... disability is an essential part of the self. In this view it is nonsensical to talk about the person and the disability separately and disabled people are demanding acceptance as they are, as disabled people”. Dit is met ander woorde belangrik dat die persoon homself as ‘n persoon met gestremdheid sal aanvaar en om terselfdertyd die gestremdheid as net een komponent of aspek van sy bestaan te hanteer, want die mens is meer as net sy gestremdheid. Die verwysing na ‘n “persoon met fisiese gestremdheid” wil erkenning aan die mens in sy totaliteit verleen, sonder om die ervaring van fisiese gestremdheid wat deel van sy menswees is en waarmee die persoon saamleef te ontken (Olkin 1999:1). Die term “persoon met fisiese gestremdheid” of “persoon met ‘n amputasie” word in hierdie ondersoek verkies, ten einde respek vir die betrokkenes se menswees te kommunikeer. Daar word van die veronderstelling uitgegaan dat die persoon se identiteit nie gelyk gestel word aan ‘n fisiese inkorting of –gestremdheid nie en taalgebruik behoort geen vorm van veroordeling of diskriminasie te impliseer nie.

Dit is belangrik om te bepaal wanneer iemand homself as ‘n persoon met ‘n fisiese gestremdheid beskou en of persone sonder gestremdheid besluit wanneer ‘n persoon met ‘n amputasie ‘n persoon met fisiese gestremdheid is. ‘n Bepaalde identiteit word deur die persoon aanvaar of deur andere aan die persoon toegeken. Die mate waarvolgens ‘n persoon met fisiese gestremdheid dit as deel van sy identiteit aanvaar kan op ‘n kontinuum geplaas word wat strek van die ontkennig van gestremdheid tot die van ‘n aktivis, wat vir die regte van persone met fisiese gestremdhede beding (Olkin 1999:12). Verskille bestaan in die mate wat fisiese gestremdheid as deel van die persoon se identiteit beskou word en dit het unieke gevolge vir hul selfaanvaarding en die wyse waarop betekenisvolle verhoudinge opgebou word.

Die taal wat gebruik word om na persone met fisiese gestremdheid te verwys sluit emosionele betekenis in. Daar word byvoorbeeld gesê die persoon ly aan ‘n sekere siekte of toestand, of is die slagoffer daarvan. Sodoende word ‘n negatiewe perspektief, naamlik dat lyding noodwendig ervaar word, saam met die inligting oor die persoon se

gestremdheid oorgedra. Verwysings soos hierdie hou nie rekening met die persoon se beskouing van homself en sy situasie nie. 'n Voorbeeld hiervan is dat 'n rolstoel vir persone sonder gestremdheid, die simbool van 'n persoon se hulpeloosheid en funksieverlies is, terwyl die gebruiker van die rolstoel dit beskou as 'n voertuig wat mobiliteit herstel (Olkin 1999:42). Verder behoort terme soos 'n "rolstoelgebonde persoon" vermy te word, want dit plaas die klem op 'n apparaat en nie op die persoon nie. Switzer (2003:11) wys op die leemtes van euphenismes soos "physically challenged", want dit beskryf die persoon steeds in terme van sy gestremdheid en poog om die werklikheid daarvan te versag. Die gebruik van stereotipe terme soos 'n "kreupele" is op uitgediende sienings gebaseer, want die persoon word daardeur gekategoriseer. Oliver (1990:69) stel voor dat persone met fisiese gestremdheid nie meer of minder as menslik voorgestel moet word nie, maar "...as 'ordinary people coping with extraordinary circumstances'". 'n Amputasie is daarom nie die persoon se oorheersende kenmerk nie en taalgebruik moet nie die indruk skep dat fisiese gestremdheid die persoon beskryf of die totaliteit van die persoon se menswees bedreig nie.

Samevattend kan gesê word dat bogenoemde begrippe nie omskryf word met die doel om mense te klassifiseer of te kategoriseer nie, maar om konsepte te verhelder en die praktiese implikasies daarvan vir hulpverlening aan persone met amputasies uit te lig. Die omskrywing van die Wêreld Gesondheidsorganisasie (2001:16) lewer 'n bydrae om inligting oor gestremdheid en rehabilitasiedienste te versamel, tog bestaan die gevaar dat daar terug beweeg word na 'n benadering wat siektes of toestande diagnoseer. Die persoon met 'n fisiese inkorting of gestremdheid word met die genoemde terme in 'n posisie geplaas, wat afwykend van die algemeen-aanvaarde norme of verwagtinge in 'n gemeenskap is. Die geneigdheid bestaan om enige blokkasies om doeltreffend te funksioneer aan die individu se beperkinge en onvermoëns toe te skryf. Die probleme wat die persoon ervaar word met ander woorde gereduseer tot die persoon se ontoereikendheid of funksionele beperkinge.

Om fisies gestremd te wees het verskillende betekenis vir die betrokkenes en in gemeenskappe. Verskillende dissiplines en belangegroepes het oor die jare kenmerkend perspektiewe oor fisiese gestremdheid geformuleer en hieruit het sekere benaderings of hulpverleningsmodelle gespruit.



### 5.1.2 Modelle oor fisiese gestremdheid

Daar kan na amputasies en fisiese gestremdheid verwys word as ‘n sosiale konstruksie, want gestremdheid kan die beste verstaan word deur vas te stel watter beskouing in ‘n gemeenskap daarvoor bestaan (Olkin 1999:24). Teoretiese modelle oor fisiese gestremdheid bestaan in die taal wat gebruik word om sekere filosofiese perspektiewe uit te druk en die dialoog wat gevoer word om dit te verklaar en te behandel. Oliver (1990:1) sê: “... almost all studies of disability have a grand theory underpinning them”. Hierdie denkraamwerke, wat teorieë en wêreldsienings insluit, rig die daarstelling van hulpverleningsprogramme vir persone met amputasies.

Verskillende modelle oor gestremdheid het op verskillende tye van die mens se geskiedenis ontstaan. Oliver (1990:27) verwys na die siening van Finkelstein wat van mening is dat die benaderings tot gestremdheid in drie fases verloop het en ‘n paradoks impliseer. Tydens die eerste fase het persone met gestremdheid deel gevorm van ‘n groot groep laer klas mense. In fase twee word persone met gestremdheid ‘n spesifieke onderskeibare groep met individuele en sosiale beperkinge. Fase drie plaas gestremdheid binne die raamwerk van sosiale onderdrukking. Sosiale konstruksies oor gestremdheid weerspieël die wyse waarop mense dink, die wyse waarop hulle leef en werk en die verhouding tussen die twee faktore. Die verskillende sosiale konstruksies het elkeen ‘n sekere bydrae gelewer om die verskynsel van fisiese gestremdheid en die persoon se ervaringe te verstaan, tog moet in ag geneem word dat enige teorie of model sekere leemtes het en geneig is om die persoon met fisiese gestremdheid se werklikheid te oorvereenvoudig. Die invloed van die verskillende konstruksies of modelle oor die verskynsel van fisiese gestremdheid word uitgelig.

#### 5.1.2.1 Morele model

Die oudste model om oor gestremdheid te dink was volgens Olkin (1999:25) om gestremdheid te sien as ‘n defek, wat deur morele verval of sonde veroorsaak is. Dit het skaamte vir die betrokkenes gebring, want die persoon is geblameer vir die oorsake van die gestremdheid. In kulture wat baie klem op die gesin plaas, het die skaamte na die groep uitgebrei. Gestremdheid is gesien as straf vir sondige dade, om berou te bewerkstellig, om die persoon vir die ewige lewe voor te berei, as ‘n waarskuwing vir die wat van die geestelike pad afdwaal of as ‘n toets vir die persoon se geloof. Godsdienstige of magiese denke oor gestremdheid in vorige eeue het gesentreer rondom die staf van gode of die

individu was gesien as die slagoffer van toordery. Verklarings soos hierdie dui op die mens se behoefte om orde in die situasie te verkry en om gebeure of verskynsels (soos fisiese gestremdheid) te verklaar. Die probleem met magiese sienings is volgens Oliver (1990:20) dat dit die bepalende faktor is om gestremdheid en die hantering van persone met gestremdheid te verduidelik. Morele en magiese verklarings vir gestremdheid kan steeds in die taal, kultuur en ideologieë van sekere gemeenskappe gevind word, maar word in moderne geïndustrialiseerde gemeenskappe, wat rasonale verklarings vir verskynsels verkies, verwerp.

Tradisies van die Christelike godsdiens is volgens Barnes (1996:53) een van die belangrikste invloede op die ontwikkeling van Westerse moraliteit en waardes, ook ten opsigte van gestremdheid. Die Joodse kultuur in die antieke tyd het fisiese inkortings as die gevolg van verkeerde dade gesien. In Lv 21:16-20 word byvoorbeeld voorskrifte gegee vir die uitsluiting van persone met sekere onvolmaakte van deelname aan godsdienstige rituele. Tog het die Joodse godsdiens, in stryd met ander godsdienste van die tyd, kindermoorde veroordeel en die gebruik gevestig om siekes en minderbevoorregtes te versorg, met die gee van aalmoese of deur middel van direkte hulpverlening. Die vestiging van die Christendom word gekenmerk deur die insluiting en beskerming van weerlose groepe soos vroue, slawe en gestremdes. Liefdadigheid, die onderlinge versorging van mekaar en die saambind van mense in mekaar se lewensomstandighede was fundamentele kenmerke van die vroeë Christelike kerk en strydig met onpersoonlike moralisme. Tot in die sewentiende eeu is persone met gestremdheid saam met ander siekes hoofsaaklik deur familie of die Christelike kerk versorg (Barnes 1996:54). Hierdie versorging was in groepsverband in inrigtings en het persone met gestremdheid dikwels van hoofstroomaktiwiteite geïsoleer, maar die Christendom het met die verloop van die geskiedenis nooit opgehou om verantwoordelikheid te aanvaar vir die versorging van weerlose mense wat hulself nie in 'n vyandige omgewing kon handhaaf nie.

Die vertolking van Christelike waardes en riglyne vir die versorging van persone met gestremdheid het met die moraliteit van Westerse samelewings verstrengel geraak. Dit blyk byvoorbeeld uit die siening dat persone met spesiale behoeftes op 'n liefdevolle wyse versorg moet word. Die vertolking en praktiese implimentering van Bybelse riglyne toon egter verskeie gebreke en het bygedra tot persone met gestremdheid se isolasie en belewenisse van verwerping. Peters (1996:229) beskryf hoe godsdienstige rituele (gebed en hande oplegging) na die ongeluk wat haar verlam het, haar selfbeeld en menswees benadeel het. Die feit dat haar fisiese inkorting nie tydens die rituele genees het nie, is

toegeskryf aan 'n "bad heart" wat sy as 'n "bad attitude" vertolk het. Dit toon dat godsdiens en die moralisering van Christelike waardes tot gevoelens van skuld, 'n gebrek aan beheer en mag kan aanleiding gee. Die siening dat persone met gestremdheid "siek" is en genees kan word indien hul geloof sterk genoeg is, hou mense verantwoordelik vir faktore wat nie deur hulle beheer kan word nie. Tekortkominge in godsdienstige praktyke verander egter nie die werklikheid dat godsdiens 'n belangrike rol speel in 'n persoon se verhouding met God of 'n mag groter as hyself nie en dit is 'n bron van krag en inspirasie, wat die kwaliteit van persone met gestremdheid se lewenskwaliteit verbeter.

Die morele model sluit volgens Olkin (1999:25) die mite in dat gestremdheid met die mistieke verband hou, byvoorbeeld dat 'n lewensbedreigende siekte die soeke na lewenswaarhede bevorder en die persoon geestelik en psigies versterk. 'n Ander aspek wat beklemtoon word is dat gestremdheid 'n groei-ervaring kan wees of die geleentheid aan mense bied om bo hul omstandighede uit te styg. Die mite sluit ook in dat indien een sintuig gestrem is, andere weer tot mistieke hoogtes verbeter. Voorbeelde van spesiale vermoëns is byvoorbeeld om beter te kan begryp, te reflekteer, die hede te oorbrug en spirituele ervarings. Die gevaar van 'n mite is dat dit ongekwalifiseerd op alle persone met fisiese gestremdheid van toepassing gemaak word. Aan die ander kant kan individue se geestelike betekenisgewing nie ontken word nie en volgens Walsch (1999:12-13) kom daar aan die einde van die twintigste eeu 'n toenemende behoefte aan die uitdrukking van godsdienstige ervarings na vore. Alle benaderings tot fisiese gestremdheid behoort daarom rekening te hou met die mens as 'n morele en geestelike wese.

Samevattend blyk dit dat gestremdheid volgens die morele siening die gevolge van sonde, mislukking in geloof, morele verval of die werking van die bose beklemtoon. Die verwydering van persone met fisiese gestremdheid na inrigtings kan teruggelei word na die ontwikkeling van Westerse samelewings en die wyses waarop Christelike waardes tot die ontwikkeling van moraliteit aanleiding gegee het. Die Christelike beskouing vertoon 'n versorgings-motief, alhoewel die betrokkenes dikwels as 'n groep hanteer is en nie noodwendig hul individualiteit gerespekteer het nie.

### **5.1.2.2 Die mediese model**

Die mediese model is in die middel 1800's gevestig toe die morele model met 'n humanistiese en paternalistiese siening van gestremdheid vervang is (Olkin 1999:26). Die mediese professie het toegetree om probleme te behandel wat vroeër as moreel of sosiaal

van aard beskou is. Fisiese gestremdheid word beskryf as 'n mediese probleem wat in die persoon gesetel is. Dit is 'n defek of mislukking van die liggaamlike sisteem, wat inherent abnormaal en patologies is. Die individu se verlies of onvermoë dui op biologiese of fisiologiese minderwaardigheid, wat met woorde soos "kreupelheid" geëtiketeer word (Barton 1996:8). Hierdie model vervang die siening dat gestremdheid 'n tekortkoming van die mens se siel is en het mediese en tegnologiese ontwikkelinge bevorder, wat die lewe van persone met gestremdhede verbeter het.

Die voordele van mediese behandeling is dat mense infektiewe siektes oorleef, lewensverwagting word verleng en sekere faktore wat verdere gestremdheid kan veroorsaak, word verwyder. Hierdie faktore het bygedra tot die dominansie van die mediese professie in die behandeling van fisiese gestremdheid en die vestiging van 'n magposisie. Volgens Oliver (1990:51) het die volgende faktore 'n rol gespeel om hierdie dominansie te vestig, naamlik die superieure rol van mediese kennis wat op wetenskaplike feite gebaseer is, die mediese beroep was goed georganiseerd en het dominante posisies in die burokrasie bekom en daar was onderlinge samewerking tussen die mediese professie en die regerende kapitalisme. Hierby kan gevoeg word die behoefte wat bestaan het aan die effektiewe behandeling van fisiese inkortings en die magstryd tussen kompeterende groepe om die doelwitte van die groter gemeenskap en die belange van persone met fisiese gestremdheid te bevorder. Die bydraes van welsynsdienste en ondersteunende netwerke in gemeenskappe het toenemend belangrik geword vir die behandeling van fisiese gestremdheid, maar het nie die dominansie van die mediese benadering tot hulpverlening verander nie.

Die doel van mediese behandeling is die genesing, of die maksimale verwydering van die fisiese probleem en rehabilitasie, die aanpassing van die persoon by die fisiese gestremdheid en sy omgewing. Peters (1996:217) wys op die militêre metafore wat aan behandeling volgens die mediese model gekoppel word, naamlik om siekte "te beveg", die "oorlog" teen siektes, gestremdheid as die "vyand" van die mens en genesing vereis "aggressiewe intervensie". Behandeling hou daarom intense, akute en korttermyn intervensie in om die siekte uit te wis (VanderZee 1993:35). Die mediese behandeling van amputasies sluit in die diagnose van siektetoestande, die stabilisering van die gevolge van mediese toestande of trauma en om chroniese siektetoestande te behandel. Mediese behandeling sal altyd 'n belangrike rol speel in die hulpverlening aan persone met amputasies, veral ten opsigte van die chirurgiese ingrepe en behandeling van komplikasies. Dit beteken egter nie dat die verskynsel van fisiese gestremdheid as gevolg van 'n

amputasie binne die raamwerk van die mediese model die beste verstaan en behandel kan word nie. Die mediese model se klem op die maak van kliniese diagnoses word nie altyd as positief ervaar nie, aangesien mediese kategorieë mense kan stigmatiseer. Verdere nadele is dat behandeling voorgeskryf word en daar word van die persoon verwag om professionele persone se leiding te aanvaar oor watter behandeling gevolg moet word. Lane (1997:167) wys daarop dat persone met fisiese gestremdheid hierdie benadering tot gestremdheid en die rol van 'n "gestremde" deur 'n proses van sosialisering kan aanvaar. Die gevare van die mediese benadering is dat die persoon van professionele hulp afhanklik is om by die gestremdheid aan te pas, wat afhanklikheid van kundiges bevorder. Die fokus op die mens se fisiese leemtes en gebreke, trek die aandag van die persoon se bestaande moontlikhede en potensiaal af. Voorts is hulpverlening ingestel op die persoon se selfstandige funksionering en nie om selfbeslissing te bewerkstellig nie.

Probleme met die mediese model se benadering tot amputasies is die pogings om die langtermyn gevolge van fisiese gestremdheid op dieselfde wyse as 'n akute siektetoestand te behandel. Siekte lei gewoonlik tot genesing of die dood en plaas die persoon in 'n sekere sosiale posisie, naamlik om hulp te ontvang totdat hy beter is. Persone met fisiese gestremdheid word in 'n soortgelyke posisie geplaas indien die sosiale konstruksie van gestremdheid nie van die konsep van siekte geskei word nie (VanderZee 1993:34). Persone met chroniese siektetoestande en fisiese gestremdheid se behoeftes aan behandeling verskil van die tydperke wat akute mediese behandeling verskaf word. "The medical model with its acute-care bias leaves little room within its framework for the psychological, social, emotional, and spiritual dimensions for illness and suffering. What is needed is a total revision of the medical model, which will place a greater emphasis on *care* than on *cure*" (VanderZee 1993:37). Mediese behandeling het met ander woorde 'n beperkte rol in die behandeling van persone met amputasies, terwyl die behoefte aan ander vorme van hulpverlening en langtermyn versorging toenemend erken word.

Die kognitiewe outoriteit van mediese professies hou nie rekening met die persoon wat behandeling ontvang se ervarings van fisiese gestremdheid nie. Oliver (1990:48) sê: "... the medical model, ignores the experience of illness and disease and neglects issues of prevention. In addition many of the major disorders in modern society have no known biochemical cause or are unresponsive to medical treatments. Finally, this approach ignores the influence that cultural, or even sub-cultural factors have upon the disease process." Professionele persone het die mag gekry om met outoriteit pasiënte se sienings wat nie met mediese beskrywings ooreenstem nie, as ongeldig af te maak of om dit te

beskryf in terme wat nie met die persoon se belewenisse ooreenstem nie. Hierdie werkswyse het meegebring dat persone met gestremdheid hul ervarings verberg en so word hul stemme oor hul werklikheidskepping en narratiewe stil gemaak. Verdere gevolge is volgens Wendell (1997:275) isolasie, die afbreek van selfvertroue en die betrokkenes se verhouding met hul werklikheid word benadeel. Persone met gestremdheid stem nie noodwendig saam met die veronderstellings van die mediese model nie, want die terminologie wat gebruik word dui op die een of ander biologiese of fisiologiese minderwaardigheid en afwyking van die normale (vgl. 5.3.1.2). Persone met gestremdheid kritiseer byvoorbeeld dit was as normaal voorgelê word en dring daarop aan dat dit normaal is dat mense verskillend lyk. Die verlies van 'n ledemaat is dus nie die probleem nie, maar wel die konstruksies oor wat as normaal gesien word.

### 5.1.2.3 Feminisme en fisiese gestremdheid

Die feminisme het ontwikkel om die belange van vroue, as 'n minderheidsgroep waarteen gediskrimineer word, te bevorder. Volgens Wendell (1997:261) kan persone met fisiese gestremdheid belangrike lesse by die feminisme leer en sy verwys selfs na die wenslikheid van 'n feministiese teorie oor fisiese gestremdheid. Die feminisme het die mees radikale sienings en kulturele houdings oor die vrou se liggaam, as afwykend en minderwaardig, beredeneer en tradisionele konstruksies wat die manlike liggaam as die norm verhef, gekritiseer. Diskoerse oor die menslike liggaam wat vroue se status onderdruk het, kan benut word om die sosiale en psigologiese betekenis wat aan fisiese gestremdheid geheg word, te wysig. Wendell (1997:261) is van mening dat die volgende vrae ook op persone met fisiese gestremdheid van toepassing gemaak kan word:

- Is dit wenslik om “andersheid” of “eendersheid” met die dominante groep te beklemtoon? Die feminisme het die soeklig laat val op die hantering van verskille tussen mense in gemeenskappe, asook dat verskeidenheid as anders, afwykend, minderwaardig en onvoldoende gesien word (Thomson 1997:279). Mense toon die geneigdheid om hulself met andere vergelyk en dit lei tot 'n verdere vraag, naamlik aan wie meet 'n persoon met gestremdheid homself en waarom is dit nodig om verskeidenheid tussen mense te bevraagteken?
- Moet baie waarde geheg word aan onafhanklikheid van andere? Hierdie vraag kan 'n korrektief bring op Westerse sienings dat mense so onafhanklik en individualisties as moontlik moet funksioneer. In teenstelling hiermee beklemtoon die Christelike werkswyse mense se interafhanklikheid en verantwoordelikheid vir mekaar (Oostenbrink en Lotter 1999:377). Die belangrikheid van

interafhanklikheid in die versorging van persone met gestremdheid (vgl. Christensen 2009:117) sluit hierby aan.

- Moet die dominante groep in die gemeenskap se sienings nagevolg word? Veral die konstruktiewisme lig die individu se taak tot eie werklikheidskepping uit (vgl. 3.1.1). Die uniekheid van elke mens se samestelling en vermoëns moet erken word en daar moet nie van die individu verwag word om met die meerderheid se sienings en lewenswyse te konformeer nie. Dominante diskoerse in gemeenskappe wat die mens se uniekheid onderdruk, word gekritiseer.
- Moet die onderliggende waardesistiem van die dominante groep aanvaar word? Elke mens het die verantwoordelikheid om in die lig van 'n verkose mens- en wêreldbeskouing die algemeen-aanvaarde waardes te toets, om te bepaal of dit rigtinggewend vir sy lewe is of nie. Die persoon met 'n amputasie het daarom die verantwoordelikheid om 'n eie waardesistiem te konstrueer wat van andere se sienings mag verskil.
- Moet volle integrasie in 'n gemeenskap van persone sonder gestremdheid 'n belangrike doelwit wees? Die wenslikheid om by 'n samelewing wat fisiese gestremdheid as onwenslik beskou te probeer aanpas, word bevestig. Persone met gestremdheid se kollektiewe identiteit bemagtig individue om eie doelwitte te stel, as 'n sub-kultuur te funksioneer en om weg te beweeg van doelwitte wat vir persone sonder gestremdheid belangrik is. Alle persone met fisiese gestremdheid stem nie noodwendig hiermee saam nie en verkies om te beding vir persone met gestremdheid se regte tot volle integrasie in die gemeenskapslewe.
- Moet gelyke mag met persone sonder gestremdheid nagestreef word of moet 'n eie kultuur behou word wat die vermoëns, kennis en waardes van persone met gestremdheid bevorder en ontwikkel? Die noodsaaklikheid om aan die standaarde van persone sonder gestremdheid te voldoen, word weggedeneer deur die klem te plaas op persone met fisiese gestremdheid se reg op uniekheid en gelykwaardige behandeling.

Die plasing van fisiese gestremdheid binne die konteks van die feminisme is naas ander benaderings 'n sosiale konstruksie oor fisiese gestremdheid. 'n Parallel kan getrek word tussen die sosiale betekenis en konstruksies oor die vroulike liggaam en die wat van persone met fisiese gestremdheid geheg word. Ooreenstemmende diskoerse word gevoer oor die twee groepe se minderwaardige posisie in gemeenskappe en diskursiewe praktyke soos ongelyke magsverhoudinge en diskriminasie, word gekritiseer.

Feminisme het 'n belangrike rol gespeel om vroue as 'n gemarginaliseerde groep te identifiseer, vir vroueregte te beding en onderdrukking in 'n mans gedomineerde samelewing te bevraagteken. Feminisme se aansluiting by die postmodernisme se kritiek op die positiewe sienings oor kennis, die waarheid, identiteit en politiese bydrae om menseregte te bevorder het teoretiese diskoerse en strategieë verskaf om die negatiewe betekenis wat aan persone met fisiese gestremdheid geheg word, te bevraagteken.

#### **5.1.2.4 Die sosiale of minderheidsgroep model**

Persone met gestremdhede vorm in sommige lande of gemeenskappe 'n unieke groep, met 'n eie geskiedenis, taal, perspektiewe, prioriteite, humor, norme en trots op 'n gemeenskaplike identiteit. Die organiserings van persone met gestremdheid as 'n groep verteenwoordig volgens Olkin (1999:13) 'n sekere model oor gestremdheid, naamlik die minderheidsgroep model, wat 'n verskuiwing in perspektiewe oor gestremdheid aandui. Persone met gestremdheid het 'n kollektiewe identiteit begin ontwikkel en 'n onderskeibare groep in moderne samelewings geword. Hierdie model staan ook bekend as die sosiale model oor gestremdheid en het in die 1970's op die voorgrond begin tree (Olkin 1999:27). Die sosiale of minderheidsgroep model het uit persone met gestremdheid se ondervindinge van ongeregtheid in gemeenskappe en verhoudinge gegroei.

Persone met gestremdheid ervaar sosiale, fisiese, psigologiese en ekonomiese blokkasies in hul pogings om hul potensiaal te maksimaliseer en kan daarom as 'n minderbevoorregte groep in gemeenskappe beskou word. In teenstelling met die morele en mediese model, wat op afwykings van konsepte oor normale ontwikkeling fokus en verskille hiervan dan as patologies beskryf, identifiseer die minderheidsgroep model veranderlikes wat aantoon dat persone met gestremdheid goed aangepas is en die vermoë het om hul lewens toereikend bestuur. Daar word wegbeweeg van die omskrywings van die individu se biologiese patologie, deur die oorsake vir die belewenisse van gestremdheid binne die gemeenskap en sosiale organisasie te lokaliseer. Die kollektiewe ervaring van gestremdheid word beklemtoon, eerder as die skeiding van mense op grond van 'n diagnose of siekte. Die minderheidsgroep model is 'n nie-patologiese model en is volgens Oliver (1990:22) 'n raamwerk wat impliseer dat gestremdheid kultureel geskep en sosiaal gestruktureer word, volgens die sentrale waardes en beskouinge van 'n gemeenskap. 'n Sosiale teorie oor gestremdheid ondersoek die verhouding wat bestaan tussen sosiale strukture, die waardes en sienings grondliggend aan sosiale praktyke (soos mediese



dienste, werksverskaffing of welsynsdienste) en die wyse waarop persone met afwykings hanteer word.

Die sosiale model se benadering van fisiese gestremdheid weerspieël aspekte van die wêreldsiening van die konstruksionisme. Die bydrae van die konstruksionisme is geleë in die wegbeweeg van die fokus op die individu se siekte, patologie en gebreke na die kulturele en sosiale produksie van kennis en plaas die bestaan van probleme buite die individu. Oliver (1990:83) sê: “The social constructionist view sees the problem as being located within the minds of able-bodied people, whether individually (prejudice) or collectively, through the manifestation of hostile social attitudes and the enactment of social policies based upon a tragic view of disability.” Die verskuiwing van die klem op die probleme van die individu na die invloed van breër sosiale, kulturele en strukturele faktore het ‘n belangrike korrektief gebring op die eensydige beklemtoning van die individu se gebreke en verantwoordelikheid om daarmee saam te leef.

Die sosiale model verskuif die aandag van die individu se rehabilitasie na sosiale aksie, met die klem op die regte van persone met gestremdheid en die skepping van onafhanklike lewensomstandighede. Hierdie siening plaas die probleme wat met fisiese gestremdheid geassosieer word, in ‘n raamwerk van menseregte. “Disability is not an attribute of an individual, but rather a complex collection of conditions, many of which are created by the social environment. Hence the management of the problem requires social action, and it is the collective responsibility of society at large to make the environment modifications necessary for the full participation of people with disabilities in all areas of social life. The issue is therefore an attitudinal or ideological one requiring social change, which at the political level becomes a question of human rights. For this model disability is a political issue” (World Health Organisation 2001:18). Fisiese gestremdheid is met ander woorde nie ‘n fisiese probleem met sosiale en ander gevolge nie, maar die dinamiese interaksie van ‘n verskeidenheid van faktore in die persoon se omgewing wat tot die konstruksie van gestremdheid bydra en sosiale aksie en die beskerming van menseregte word beklemtoon.

Die eensydige fokus op die verwydering van hindernisse in die gemeenskap en die opvoeding van diegene wat nie gestrem is nie as oplossing vir die probleme wat persone met gestremdheid ervaar, het sekere beperkinge. French (1993:19) redeneer op grond van haar persoonlike ervaringe van fisiese gestremdheid, dat sosiale manipulasie nie alle probleme vir persone met gestremdheid aanspreek nie, want “[w]e can insist that society disables us by its prejudice and by its failure to meet the needs created by disability, but to

deny the personal experience of disability is, in the end, to collude in our oppression". Sy is van mening dat die werklikheid van die gevolge wat 'n fisiese inkoring meebring, nie ontken moet word nie, aangesien dit selfs meer gestremdheid kan veroorsaak as breër samelewingsfaktore. 'n Voorbeeld hiervan is dat alhoewel alle fisiese en sosiale blokkasies uit 'n persoon met 'n amputasie se werksomgewing verwyder word, die persoon steeds met onaangename simptome soos pyn en ongemak sal beweeg. Die sosiale model fokus dus net op 'n gedeelte van die persoon met 'n amputasie se belewenisse en probleme, terwyl beide individuele en sosiale hindernisse bestaan.

Die minderheidsmodel se fokus op maatskaplike aksie om hindernisse in persone met gestremdheid se omgewing te verwyder, kan die indruk skep dat dit die belangrikste prioriteit van hulpverleningsprogramme moet wees, terwyl daar geen verwysing gemaak word na die rol van mediese behandeling of rehabilitasiedienste nie. Daarom is 'n benadering nodig wat nie een prioriteit bo die ander verhef nie. Die siening dat die modifikasie van sosiale konstrakte en die verwydering van sosiale en fisiese blokkasies alle probleme vir persone met gestremdheid sal oplos, hou nie rekening met die blokkasies verbonde aan die werklikheid van 'n fisiese inkorting nie.

## **5.2 DIE MAATSKAPLIKE WERKLIKHEID VAN AMPUTASIES EN FISIESE GESTREMDHEID**

Om 'n ledemaat te verloor word dikwels as een van die mees traumatiese gebeurtenisse beskryf wat 'n persoon kan beleef (Kubheka 1992:1) en die maatskaplike werklikheid van die verskynsel, verdien verdere aandag.

### **5.2.1 Oorsake van amputasies**

Die oorsaak van 'n amputasie het 'n groot invloed op die persoon se emosionele reaksie daarop. Die oorsake van amputasies hou dikwels verband met die lewenstyl, werksomstandighede, ouderdom en gesondheid van die betrokke persone.

#### **5.2.1.1 Aangebore liggaamsgebreke**

Sommige babas word met liggaamsgebreke soos die afwesigheid van 'n ledemaat gebore. Fisiese gestremdheid by geboorte is gewoonlik 'n krisiservaring vir families en vereis van

familielede om vinnig emosionele en praktiese aanpassings te maak. Vrae oor die rol van 'n genetiese predisposisie en die invloed van sosiale of omgewingsfaktore kan volgens Rolland (1994:38) blamering, selfverwyt en viktimisasie by familielede veroorsaak. Liggaamsgebreke mag in sommige gevalle 'n amputasie vereis om die kind se mobiliteit of die uitvoering van sekere aktiwiteite te vergemaklik. 'n Amputasie word uitgevoer om die bestaande fisiese probleme te verbeter of om die verdere deteriorasie van die kind se gesondheid of funksionering te voorkom.

### **5.2.1.2 Trauma, ongelukke en geweld**

Volgens Kubheka (1992:3) is trauma in Suid-Afrika die grootste oorsaak vir amputasies, veral by mans jonger as vyftig jaar. Die redes hiervoor word toegeskryf aan die toename in hoë spoed vervoer, motorongelukke, aanrandings, landboukundige en industriële aktiwiteite. Traumatiese amputasies word gewoonlik deur 'n ongeluk, soos motor-, sport- of werksongelukke veroorsaak. Oorloë, geweldsmisdade en arbeidsonrus kan bygevoeg word as potensiële oorsake vir trauma en die amputasie van ledemate. Geweld tussen mense is die een van die oorsake van fisiese gestremdheid (Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:9). Gesinsgeweld, politieke geweld of geweld in die gemeenskap, byvoorbeeld in die vorm van aanrandings veroorsaak beserings met onomkeerbare gevolge en psigologiese trauma.

Die persoon met 'n besering na 'n traumatiese insident bevind hom in 'n situasie wat vir hom onbekend is, wat onsekerheid oor die gevolge van die amputasie veroorsaak (Joubert 1990:169). Die persoon het veral behoefte aan inligting oor die komplikasies van die trauma en die noodlottigheid van die beserings, indien 'n amputasie nie gedoen word nie. Die voordele, nadele en risikos van die amputasie behoort oorweeg en bespreek te word, ten einde die persoon en sy familie in 'n posisie te plaas om ingeligte besluite te neem voor toestemming vir die amputasie gegee word. In hierdie situasies word die persoon soms gekonfronteer met die dood.

### **5.2.1.3 Chroniese siektetoestande**

Chroniese siektetoestande is 'n belangrike oorsaak van amputasies. Vir 'n persoon wat met langtermyn pyn leef, kan 'n amputasie die verligting van onaangename simptome beteken. Die volgende chroniese siektetoestande word vanweë die hoë voorkoms daarvan as hoofoorsake vir amputasies aangedui: perifere vasculêre siekte, diabetes miëlitis,

Buerger se siekte, kwaadaardige gewasse, arteriële embolisme, ulserasie of misvorming van 'n ledemaat (Joubert 1990:10). Die geleidelike aanvang en progressiewe ontwikkeling van die simptome van chroniese siektes bied die geleentheid aan die persoon en sy familie om hul voor te berei op 'n moontlike amputasie en die herorganisering van hul lewe om die eise te hanteer wat dit meebring. Die mate waarmee die persoon met die dood gekonfronteer word, indien 'n amputasie nie gedoen word nie, speel 'n belangrike rol om die persoon se gereedheid vir 'n amputasie te ontwikkel.

#### **5.2.1.4 Bejaardheid**

Die voorkoms van fisiese gestremdheid neem toe by bejaardes, hoofsaaklik as gevolg van die siektes wat met bejaardheid geassosieer word en Olkin (1999:18) wys daarop dat die erns van die gestremdheid gewoonlik met hoë ouderdom toeneem. Veral bejaarde vroue leef met fisiese gestremdheid saam, wat waarskynlik verband hou met vroue se hoër lewensverwachting.

#### **5.2.1.5 Sosio-ekonomiese en omgewingsfaktore**

Siekte en fisiese gestremdheid word gewoonlik deur 'n verskeidenheid of 'n kombinasie van faktore veroorsaak en die invloed van sosio-ekonomiese faktore op gestremdheid word toenemend beklemtoon (Ross en Deverell 2004:4). 'n Persoon se sosio-ekonomiese omstandighede kan nadelig wees en faktore soos werkloosheid, gebrekkige inkomste, wanvoeding, gebrekkige dieët, ontoeganklike gesondheidsdienste, gevaarlike werksomstandighede, onkunde of swak versorging insluit (Olkin 1999:21). Armoede is een van die grootste oorsake vir fisiese gestremdheid in Suid-Afrika. "This means not only that there is a higher proportion of disabled people amongst the very poor, but also that there is an increase in families living at the poverty level as a result of disability" (White paper on an Integrated National disability strategy 1997:5). Armoede het verskeie potensiële nadele, soos gebrekkige toegang tot hulpmiddels, inligting en gesondheidsdienste en in landelike gebiede is dienste en hulpbronne dikwels beperk. Persone met gesondheidsprobleme se risiko om nie betyds die nodige mediese behandeling te ontvang nie, word deur hierdie faktore verhoog en kan in sekere gevalle 'n amputasie noodsaak. Lae opvoedkundige kwalifikasies is 'n bydraende faktor en vererger armoede (Burger en Marinč 2007:1323), omdat dit met 'n laer inkomste en hoër werkloosheid gepaard gaan.

Fisiese gestremdheid word veroorsaak deur epidemies, natuurlike rampe, die besoedeling van die omgewing, vergifting deur toksiese afval en ander gevaarlike stowwe (Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:10). Die negatiewe invloed van besoedeling, die misbruik en onverantwoordelike hantering van gevaarlike stowwe kan voorkom word. Sekere epidemies hou verband met mense se lewenstyle en blootstelling aan persone of omstandighede wat tot infektering kan lei. Aan die ander kant het die mens weinig beheer oor natuurlike rampe, soos byvoorbeeld oorstromings of aardbewings.

#### **5.2.1.6 Ogesonde lewenstyle**

Swak sosio-ekonomiese omstandighede verswak 'n persoon se potensiaal om 'n gesonde lewenstyl te volg, wat weer 'n nadelige effek op die ontwikkeling van fisiese gestremdheid en lewensverwagting het. Ongesonde lewenstyle, soos die verkeerde gebruik en misbruik van medisyne, ander dwelmmiddels of stowwe veroorsaak gestremdheid. Gestremdheid word verder veroorsaak deur gebreke in 'n persoon se dieët en vitamien inname (Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:10). Die invloed van stres en die psigo-sosiale probleme van 'n veranderende gemeenskap kan ook gestremdheid veroorsaak, want mense raak vasgevang in destruktiewe lewenspatrone en siektes soos depressie.

#### **5.2.1.7 Ontoereikende mediese dienste**

Die voorkoms van gestremdheid word verhoog deur ontoereikende primêre gesondheidsorg, gebrekkige berading vir genetiese siektes, swak organisatoriese skakeling tussen maatskaplike dienste, die foutiewe behandeling van beseerdes en die verkeerde gebruik van medikasie (Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:10). Mediese dienste aan persone met amputasies berus hoofsaaklik op die maak van diagnoses, assessering en terapeutiese programme wat nie noodwendig by die betrokkenes se behoeftes aansluit nie.

#### **5.2.1.8 Gebrek aan inligting**

Mense het nie akkurate inligting oor die oorsake, voorkoming en behandeling van gestremdheid nie (Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:10). Suid-Afrika het 'n hoë voorkoms van ongeletterdheid en mense is oningelig oor die bestaan van basiese maatskaplike, opvoedkundige en gesondheidsdienste.

Samevattend kan gesê word dat die oorsake van amputasies nie in terme van geïsoleerde faktore verstaan kan word nie, aangesien 'n verskeidenheid van faktore mekaar wedersyds beïnvloed. Die persoon se komplekse netwerk van verhoudinge en die dinamika van faktore in die persoon se konteks moet bepaal word, alvorens aanleidende faktore vir amputasies bepaal kan word. Daar bestaan 'n verband tussen armoede, gesondheidsprobleme en gestremdheid (Lustig en Strauser 2007:194), want die gebrek aan kos, gesondheidsorg en toereikende behuising kan gestremdheid veroorsaak, vererger en dit moeiliker maak om die gevolge van gestremdheid te hanteer.

## **5.2.2 Gevolge van amputasies**

Die amputasie van 'n ledemaat het verreikende implikasies vir elke faset van die mens se lewe en die betrokkenes word met potensiële probleme soos gesondheidsprobleme, fisiese pyn, onsekerheid oor die toekoms, moontlike afhanklikheid van andere se sorg, gevoelens van weerloosheid en magteloosheid gekonfronteer, wat ernstige vrae oor die sin van die lewe en dood meebring. Alle persone met amputasies ervaar nie dieselfde gevolge nie, want "... disability interacts with a number of variables (notably age, gender, ethnicity, income, education, family structure and social and occupational environment) such that impairments that lead to functional limitations in one set of circumstances or environmental conditions might not in another set of circumstances" (Olkin 1999:16). 'n Amputasie is 'n unieke ervaring en die gevolge wat ervaar word hou verband met die individu se uniekheid en omstandighede, soos die beskikbaarheid van betekenisvolle verhoudinge en hulpbronne.

Die aard en erns van die gevolge verskil van persoon tot persoon en word grootliks bepaal deur die mate waarin daar in die betrokkenes se besondere behoeftes voorsien word.

### **5.2.2.1 Fisiese aspekte**

Die mens se liggaam kan nie van ander aspekte van sy menswees geskei word nie. Indien die mens 'n ledemaat verloor, beleef die mens dat sy liggaam vir hom vreemd is (Joubert 1990:55). Die mens tree deur middel van sy liggaam in verhouding met sy wêreld en sy siening van en bestaan in die wêreld word grootliks hierdeur bepaal.

- Gesondheidsprobleme

Na die amputasie en akute mediese behandeling bestaan die moontlikheid dat die persoon steeds met een of meer chroniese siektes moet saamleef. Gesondheidsprobleme na 'n amputasie herinner aan die broosheid van die mens se liggaam, aardse bestaan en die werklikheid van pyn en onsekerheid as deel van die lewe. “[M]any patient’s conditions cannot be reversed and health care professionals then merely assist the person in ‘managing’ the disease so as to live as ‘normal’ a life as possible for as long as is medically possible. They do not cure the disease but take care of the patient” (Ross en Deverell 2004:4). Die behandeling van gesondheidsprobleme plaas addisionele druk op die betrokkenes se finansies en vaardighede om by veranderinge aan te pas. Chroniese gesondheidsprobleme kan verdere hospitalisasie, sjiirurgie of amputasies veroorsaak.

- Lokalisasie van die amputasie

Verskillende vorme van amputasies het verskillende gevolge vir die individu wat 'n ledemaat verloor. Die lokalisasie van die amputasie het gevolge vir die individu se mobiliteit as 'n voet, been of gedeelte daarvan geamputeer word en die amputasie van 'n hand, arm of gedeelte daarvan het weer gevolge vir die persoon se vaardighede om alledaagse aktiwiteite, soos skryf, eet en aantrek, te verrig. Verskillende tipes amputasies kan beskryf word in terme van die lokaliteit van die amputasie. Joubert (1990:10) verwys word na boonste ledemaat, onderste ledemaat, unilaterale (een arm of been is geaffekteer), bilaterale (twee arms of bene is geaffekteer), dubbele (een arm en een been is geaffekteer) of meervoudige amputasies (meer as twee ledemate is geaffekteer).

Die verskillende vorme van amputasies het 'n invloed op die persoon se verlies aan fisiese funksies en die gebruik van 'n protese, wat primêr saamhang met die aantal gewigte wat geamputeer is. Hoe meer gewigte en ledemate geamputeer is, hoe meer word die persoon se normale fisiese funksies versteur. Die mens se persoonlike interpretasie van die gevolge van 'n sekere amputasie speel net so 'n belangrike rol in die persoon se reaksie op die verlies. Een persoon kan byvoorbeeld positief op bilaterale amputasies reageer, terwyl 'n ander verpletter voel oor die amputasie van 'n vinger. Geen direkte verband bestaan met ander woorde tussen die aard van die fisiese verlies en die gevolge wat dit vir die persoon meebring nie.

- Pyn

Die bewustheid van pyn, ongeag die stimulus, kleur veral die persoon se aanvanklike reaksie op 'n amputasie (Visagie 1988:27). Die emosionele impak van die amputasie en die fisiese misvorming wat daarmee gepaard gaan, word veral direk na die operasie deur die bewustheid van pyn uitgedoof. Tog speel fisiese pyn altyd 'n rol in 'n persoon met 'n amputasie se gevoelens en gedrag. Sensasies van pyn hou meestal verband met stomppyn, fantoompyne en die dra van 'n protese:

- Die herstel van wonde na 'n amputasie geniet baie aandag in mediese literatuur, want onbevredigende genesing of ander komplikasies kan die persoon se dood veroorsaak. Die ervaring van pyn is dikwels 'n aanduiding van 'n gesondheidsprobleem en kan die genesingsproses ernstig vertraag. Stomppyn word gewoonlik deur infeksie van die stomp, neurologiese veranderinge of ander siektes veroorsaak (Joubert 1990:12).
- Fantoompyne is die persoon se fisieke ervaring van die verlore ledemaat asof dit steeds 'n bestaande deel van die liggaam is. Hierdie sensasie is in die meeste gevalle pynlik en kom relatief algemeen voor binne die eerste drie weke na die amputasie, terwyl die intensiteit van die pyn met die verloop van tyd afneem. Hierdie pyn kan wissel van uiters steurend tot feitlik pynloos.
- Die dra van 'n protese gaan gewoonlik met ongemak gepaard en Visagie (1988:34) wys daarop dat 'n gemaklike protese beskryf word in die mate wat dit die minimum pyn en 'n tolereerbare mate van ongemak behels. 'n Protese is ongemaklik, omdat die betrokke spiere en weefsel waar die amputasie gedoen is, atipiese funksies moet verrig, byvoorbeeld 'n gewigdraende funksie. Totdat hierdie weefsel gedesensiteer en by hierdie atipiese funksies aangepas is, ervaar die persoon baie pyn en ongemak. Direk na 'n amputasie ervaar die persoon dikwels die behoefte om vry van pyn en psigiese spanning te wees en kan verwagtinge koester dat 'n protese dit kan bewerkstellig. Die ervaring van pyn en ongemak bring dan mee dat die persoon sy verwagtinge en veronderstellings in heroorweging moet neem en met ontugtering saamleef. Die passing, aanvaarding en oefening met die protese speel 'n belangrike rol in die persoon se aanpassing en moraal.

Veranderlikes soos ouderdom, lateraliteit, sjiirurgie voor die amputasie, 'n geskiedenis van depressie en die persoon se omstandighede speel 'n belangrike rol in die ervaring van



fisiese pyn (Visagie 1988:30). Klagtes van pyn kan gebruik word vir sekondêre gewin, want daardeur kan die persoon aandag op homself vestig of dit as 'n metode gebruik om te kompenseer vir negatiewe gevoelens soos bitterheid of misnoë.

- Sigbaarheid van die amputasie

'n Amputasie verander 'n persoon se fisiese funksionering en voorkoms. Die sigbaarheid van 'n amputasie weeg relatief swaar binne die interpersoonlike konteks. Kosmetiese aspekte is veral van toepassing op vroue met amputasies, aangesien daar soveel klem op skoonheid en 'n volmaakte liggaam gelê word (Visagie 1988:36). Die persoon se ouderdom en ontwikkelingsfase speel 'n rol in die aanvaarding van die fisiese letsels wat 'n amputasie meebring. Tydens adolessensie is voorkoms en drastiese veranderinge belangrike faktore in 'n persoon se verhoudingslewe. Pogings word dikwels aangewend om die sigbaarheid van 'n amputasie te verbloem, ten einde 'n persoon se aanvaarbaarheid deur andere te verhoog. Olkin (1999:57) wys daarop dat mense op grond van hul aantreklikheid beoordeel word, dat sekere vorme van gestremdheid meer aanvaarbaar is as andere en dat gestremdheid nie inligting oor 'n persoon se karakter verskaf nie. Die sigbaarheid van 'n amputasie kan met ander woorde vir die betrokke persoon of sy familie verleentheid en diskriminasie meebring. Persone sonder gestremdheid kan ook verleentheid in die geselskap van persone met amputasies ervaar, omdat hulle onkundig en onvoorbereid voel en onseker is oor hoe om teenoor die persoon met 'n amputasie op te tree.

- Ouderdom en geslag

Fisiese faktore soos 'n persoon met 'n amputasie se ouderdom en geslag het 'n invloed op die gevolge wat ervaar word. 'n Persoon se emosionele en gedragsreaksies kan nie van faktore soos ouderdom en geslag losgemaak word nie.

- Die ouderdom ten tye van die amputasie: verskillende ouderdomsgroepe is geneig om verskillend op 'n amputasie te reageer. Die aanvanklik reaksie op amputasies by kleuters, kinders en adolessente is gewoonlik skok (Joubert 1990:26), waarskynlik omdat daar gedink word dat die gestremdheid die kind se ontwikkeling en selfstandigheid sal benadeel. Kinders met afwesige of misvormde ledemate stel addisionele eise aan die ouers om die nodige leiding en ondersteuning te bied. Jong volwassenes

ervaar dikwels na 'n amputasie 'n akute affektiewe versteuring, soos depressie (Visagie 1988:39). Jonger mense met amputasies wat presenteer as 'n angstige mens, ondervind meer probleme om die amputasie sinvol met sy lewensomstandighede te integreer as ouer persone wat minder angstig is en veranderinge meer gemaklik aanvaar. Persone in hul middeljare en bejaardes ervaar liggaamsveranderinge as deel van hul lewe en kan daarom minder stres ervaar as 'n ledemaat geamputeer word, aangesien hulle dit as deel van die verouderingsproses beskou. Bejaardes met chroniese siektes het 'n meer gelate aanvaarding van 'n amputasie en beleef selfs verligting, omdat onaangename simptome daarmee verlig kan word. Bejaardes se negatiewe ervarings sentreer meer om die kwaliteit versorging wat hulle ontvang en die fisiese en sosiale integrasie wat hulle beleef.

- Die geslag van die persoon met 'n amputasie. Die verskillende geslagte se reaksies op 'n amputasie is nie meer of minder intens nie, maar mag verskil as gevolg van die verskillende rolle wat hulle vertolk en die rolverwagtinge wat gestel word. Visagie (1988:42) wys daarop dat daar meer sosiale aanvaarding bestaan vir vroue om 'n passief-afhanklike lewenstyl te volg, wat ooreenstem met die rol van 'n persoon wat hospitaalbehandeling kry na 'n amputasie. Vroue heg oor die algemeen baie aandag aan liggaamskoonheid, omdat gemeenskappe estetiese waardes hoog ag, terwyl mans se reaksies verband hou met die fisiese vereistes wat in gemeenskappe gestel word, byvoorbeeld krag en deursettingsvermoë as bewyse van manlikheid (Joubert 1990:27). Die verskillende geslagte mag ook ooreenstemmende ervarings van 'n amputasie hê.

Die genoemde faktore beïnvloed die aard van die take wat bemeester moet word, die eise wat aan die persoon en betekenisvolle mense in sy lewe gestel word, asook die gevolge, naamlik of dit 'n krisis meebring, chroniese eise stel en of die persoon terminaal siek is.

### **5.2.2.2 Psigologiese reaksies**

Die persoon met 'n amputasie se psigiese reaksies word bepaal deur sy basiese persoonlikheidsstruktuur en die aanpassings- en verdedigingsmeganismes wat tot die persoon se beskikking is (Visagie 1988:21). Geen direkte verband bestaan tussen die mate van fisiese verlies en die sielkundige problematiek van persone met amputasies nie (Visagie 1988:24). Mense se psigiese reaksies op 'n amputasie verskil van mekaar, tog kan met sekerheid verklaar word dat die verlies van 'n ledemaat, ongeag of die besluit

skielik of oor 'n tydperk geneem is, psigiese reaksies by die individu en die betekenisvolle ander in sy lewe ontlok (Atherton en Robertson 2006:1201). 'n Amputasie word daarom geassosieer met die ervaring van stres en aanpassingsprobleme, byvoorbeeld om aan te pas by fisiese beperkinge en negatiewe gevolge, byvoorbeeld om 'n werk te verloor.

Naas die fisiese inkorting word die persoon met 'n amputasie met blokkasies in sy omgewing gekonfronteer, waarop met psigiese reaksies soos byvoorbeeld vyandigheid, opstandigheid of aanvaarding gereageer word. Pogings om die psigiese reaksies van persone met amputasies te beskryf en te behandel toon die geneigdheid om 'n problematiese perspektief te volg, naamlik om 'n direkte verband tussen die fisiese inkorting en gestremdheid en negatiewe psigologiese reaksies te trek. Die fokus word op die individu se psigiese reaksies geplaas, sonder om betekenisvolle faktore in die konteks van die persoon se totale leefwêreld te ondersoek.

- Verliese en roureaksies

'n Amputasie bring die verlies van 'n ledemaat mee en het sekondêre verliese soos byvoorbeeld die moontlikheid om 'n werk of status in 'n gemeenskap te verloor, beperkinge ten opsigte van funksionele vermoë, uitdrukking van seksualiteit, ekonomiese en sosiale rolle. Lenny (1993:235) waarsku teen die siening dat verliese 'n universele ervaring van alle persone met gestremdheid is. Die rigiede toepassing van teorieë oor rouprosesse wat volgens sekere fases verloop het tot gevolg dat hulpverleners van die persoon met 'n amputasie kan verwag om sekere emosies uit te druk, ten einde psigies gesond te kan word. Indien 'n persoon nie reageer soos terapeute of gesinslede van hom verwag nie, kan die indruk geskep word dat die persoon die werklikheid van die verliese ontken of nie daarin slaag om suksesvol daarby aan te pas nie. Hulpverlening fokus dan op die persoon se aanpassing by verliese, poog om rouprosesse te fasiliteer en kan die persoon se werklike ervarings en narratiewe onderdruk.

Daar is besef dat 'n persoon op verskillende wyses op 'n sekere negatiewe lewensgebeurtenis of krisis reageer. In die literatuur word twee voorstellings beskryf oor die wyse waarop mense die verliese van fisiese gestremdheid hanteer. Die persoon is of die slagoffer wat deur die verliese oorweldig word of die superhero wat verliese op besondere wyses oorkom het (Wendell 1999:271). Beide hierdie konstruksies benadeel persone met amputasies, want die persoon word of as psigies wanaangepas beskou of die verwagting word aan die persoon gestel om bo omstandighede uit te styg, waaroor hy geen

beheer het nie of waarvoor hy nie die nodige materiële middele het nie. Persone wat verliese ervaar het, vertel eerder 'n verhaal van volgehoue aanpassing, wat vereis dat dieselfde probleme herhaaldelik gehanteer moet word, deur dit te herevalueer en herhaaldelik daarby aan te pas (Oliver 1990:64). Die hantering van verliese en aanpassing by 'n amputasie is eerder 'n volgehoue proses, soos 'n voortgaande storie wat vertel word.

- Identiteitsvorming

Die identiteitsvorming van persone met fisiese gestremdheid kan nie beperk word tot innerlike psigiese prosesse en interaksie met andere nie, maar moet die invloed van historiese en kulturele prosesse in die breër gemeenskap insluit (Oliver 1990:76). Sodoende word voorkom dat die probleme wat ervaar word, as deel van die individu se identiteit gesien word. Dominante kulturele konstruksies kan meebring dat onrealistiese eise aan persone met amputasies gestel word om selfstandig sekere eksterne blokkasies te oorkom of hulle word as patetiese of verbitterde mense beskryf. Peters (1996:216) stem hiermee saam: “Predominant among these tarnished images are characterizations of disabled people as helpless, useless, pitiable, undesirable. They are dependent, incomplete in body and basic expressions of personhood. Disabled women are submissive, asexual, bitter, and full of self-loathing. In short, disabled men and women are victims of societal misperceptions and of their own inability to reject and transcend the prejudice of others.” Persone met fisiese gestremdheid aanvaar soms passief die rol van 'n sieke of bejammeringswaardige persoon wat 'n las vir die gemeenskap is. Drake (1996:154) waarsku teen die siening dat gestremdheid 'n persoonlike tragedie is, asook die wyse waarop welsynsorganisasies 'n beeld van afhanklikheid van liefdadigheid skep om fondse in te samel vir dienslewering aan persone met gestremdheid. Die potensiële gevaar is dat persone met amputasies die passiewe ontvangers van geskenke en donasies word wat nie werklik rekening hou met hul behoeftes, soos onvoorwaardelike aanvaarding en selfrespek, nie. Die gebruik van vervoermiddelle, wat die donateur op die deure van die voertuig bekend stel, is 'n voorbeeld hiervan en bevorder eerder die belange van die donateur as om die persoon met fisiese gestremdheid se menswees te respekteer. Hierdie werkswyses is veronderstel om die betrokkenes se belange te bevorder, maar het 'n negatiewe uitwerking op hulle identiteitsvorming.

Elke persoon met 'n amputasie se identiteitsvorming verloop op 'n unieke wyse en is 'n komplekse proses. Die invloed van die postmodernisme en die feminisme het bygedra tot die herformulering van identiteit as “... a dynamic matrix of interrelated, often

contradictory, experiences, strategies, styles, and attributions mediated by culture and one's specific history, forming a network that cannot be separated meaningfully into discrete entities or ordered into a hierarchy" (Thomson 1997:284). Hierdie standpunt laat ruimte om die kompleksiteit en uniekheid van persone met amputasies se identiteitsvorming te beredeneer, want dit hou rekening met die verskillende konstruksies wat mense oor hulself vorm, sonder om die komplekse werklikheid of gevolge van liggaamlike gestremdheid te ontken.

Persone met amputasies wat saam met ander persone met fisiese gestremdheid of belangegroep aan groepsaktiwiteite deelneem, ontwikkel naas 'n persoonlike identiteit ook 'n groeidentiteit, wat Peters (1996:215) 'n politieke identiteit noem. Sy waarsku dat oorientifikasie met die werksaamhede van 'n minderheidsgroep die individu se psigologiese selfsiening kan oorskadu. 'n Persoon met 'n amputasie het daarom die take om 'n persoonlike selfsiening te konstrueer en terselfdertyd deel te neem aan die definiëring van persone met gestremdheid se identiteit as 'n minderheidsgroep. Die individu se positiewe selfbewustheid kan deelname aan groepaktiwiteite positief verryk, terwyl die insigte van en ervarings in groepverband weer die individu kan help met selfaanvaarding. Die een proses moet nie ten koste van die ander geskied nie, want beide 'n individuele en groeidentiteit is belangrik.

Die proses van identiteitsvorming is nie staties nie en negatiewe identiteite kan verander, deur dominante kulturele sienings en praktyke, wat skadelik vir die persoon se selfsiening is, teen te staan. In 'n postmoderne tydperk gaan daar stemme op wat gevestigde sienings oor die identiteite van persone met fisiese gestremdheid uitdaag, maar dit het nog nie alle gevestigde idees vervang nie. Daarom ontstaan die behoefte om sekere kenmerke wat negatief in gemeenskappe beoordeel word, te herdefinieer en die betekenis daarvan te wysig om deel uit te maak van 'n positiewe selfsiening (Barton 1996:7). Dit blyk wenslik te wees om die fisiese inkorting met die persoon se selfsiening en menswees te integreer, sonder dat dit negatiewe gevolge vir die persoon se identiteit hoef in te hou.

- Liggaamsbeeld en aantreklikheid

'n Amputasie verander 'n persoon se liggaam en sy beeld oor homself, wat die persoon se selfwaarde, sekuriteit, gedrag en lewenstyl mag aantass. Die vraag kan gevra word in watter mate verander 'n amputasie 'n persoon se liggaamsbeeld en watter waarde word in gemeenskappe aan 'n volmaakte liggaam geheg ten einde aantreklik of aanvaarbaar te

wees? Wanopvatting oor wat 'n aantreklike liggaam is, het die nadeel dat die mens op grond van sekere voorwaardes vir aantreklikheid beoordeel word en nie op die wete dat elke mens 'n Godgeskape wese met intrinsieke waarde is nie. Olkin (1999:57) wys op die gevaar dat die aantreklikheid van 'n persoon se liggaam nie inligting oor ander fasette van die persoon, soos byvoorbeeld swak karaktertrekke, verskaf nie. Dieselfde argument kan van toepassing gemaak word op 'n persoon met 'n amputasie, want die gebrek aan 'n ledemaat verskaf nie inligting oor die persoon se vermoëns nie. 'n Verandere liggaamsbeeld gee volgens Joubert (1990:3) aanleiding tot 'n gevoel van verlies aan beheer en daarom is dit nodig dat die persoon met 'n amputasie ondersteun word om 'n nuwe en positiewe liggaamsbeeld te konstrueer.

Die liggaamlike “andersheid” wat deur 'n amputasie veroorsaak word, konfronteer nie slegs die persoon wat met 'n amputasie saamleef nie, maar vereis ook 'n reaksie van persone sonder gestremdheid. Die geneigdheid bestaan om te dink dat persone met fisiese gestremdheid nie aantreklik is nie. 'n Voorbeeld is die van 'n aantreklike vrou wat 'n rolstoel gebruik en dan vertel dat mense met verbasing reageer oor haar voorkoms, asof aantreklikheid nie met fisiese gestremdheid gepaard kan gaan nie. Olkin (1999:31) is 'n sielkundige wat met fisiese gestremdheid saamleef en sê die grootste kompliment wat 'n persoon met gestremdheid kan ontvang is woorde soos “Ek het nooit aan jou as 'n gestremde persoon gedink nie”. Persone met amputasies se liggaamsbeeld is dan afhanklik van die goedkeuring van persone sonder gestremdheid. 'n Verdere nadeel is dat druk op die persoon geplaas word om met die standaard van persone sonder gestremdheid te konformeer, wat tot gevoelens van minderwaardigheid kan aanleiding gee.

Liggaamlike aantreklikheid het in moderne samelewings 'n invloed op 'n persoon se status en waarde. So kan 'n beheptheid met slankheid byvoorbeeld aanleiding gee dat persone sonder gestremdheid ingrypende sjirurgie ondergaan om aan die vereistes vir 'n ideale liggaamsbeeld te voldoen (Thomson 1997:286). 'n “Ideale liggaam” verhoog 'n persoon se waarde in 'n sekere kultuur, terwyl dit terselfdertyd persone met amputasies benadeel, aangesien hulle nie aan die aanvaarde standaard vir aantreklikheid kan voldoen nie. Die siening dat 'n persoon met 'n sigbare fisiese kenmerk “afwykend” is, beteken sy liggaamsbeeld en aantreklikheid word negatief beoordeel, wat die betrokke se status in die gemeenskap degradeer. Kulturele druk bring mee dat persone met amputasies pogings sal aanwend om hul gestremdheid byvoorbeeld met kleredrag te verbloem. 'n Voortvloei is hiervan is dat sekere vorme van amputasies meer aanvaarbaar is as andere, deurdat dit beter verbloem kan word. Sekere persone met 'n amputasie probeer egter nie

om fisiese inkortings ter wille van kosmetiese redes te verbloem nie, want hulle sien dit as ‘n poging om “normaliteit” na te streef (Murray 2009:574). Daarom word strategieë aanbeveel wat eerder fokus op selfaanvaarding en aanpassingsgedrag, wat die persoon met ‘n amputasie bemagtig om met fisiese gestremdheid saam te leef, sonder om dit te probeer verbloem.

Benaderings wat net die gevolge van die individu se fisiese verliese beskryf, gee nie voldoende aandag aan problematiese strukture en magismisbruik in die persoon se konteks nie. Behandeling om die persoon te help om by fisiese inkortings aan te pas, word tans as onvolledig beskou en poog om die fokus te plaas op konsepte soos die individu se regte, persoonlike bemagtiging en integrasie. Dit is belangrik om die invloed van hindernisse in die persoon se konteks te verstaan, eerder as om die persoon se psigiese reaksies aan die amputasie self toe te skryf. Hulpverlening ten opsigte van persone se psigiese reaksies op die werklikheid van fisiese gestremdheid moet volgens Lenny (1993:238) eerder op die konsepte van sosiale aanpassing en sosiale onderdrukking gebaseer word. Sodoende geniet die komplekse verhouding tussen die persoon se fisiese inkorting en faktore in sy sosiale konteks aandag.

### **5.2.2.3 Geestelik-religieuse aspekte**

Die nood van siekte en fisiese gestremdheid verskerp meestal die mens se geestelike behoeftes. Walsh (1999:x) sê: “Spiritual belief systems influence how people define problems, view causes and solutions, and make meaning of adversity and suffering. ... We need to understand how trauma or persistent hardship has wounded the soul; how constraining beliefs, negative religious experiences, or a spiritual void may contribute to distress and block healing.” Die amputasie van ‘n ledemaat bring sekere verliese en uitdagings mee, wat as lyding ervaar kan word en die verwaarlosing van persone met amputasies se geloofslewe en geestelike behoeftes kan hulpverlening en die helingsprosesse strem.

Om die gevolge van ‘n amputasie vir die persoon se geestelike funksionering te ondersoek is dit nodig om te vra watter religieuse betekenis aan liggaamlike inkortings en die lyding wat dit meebring, geheg word. Wat beteken dit vir ‘n persoon se geestelike lewe indien chroniese siekte, pyn, ongemak, liggaamlike beperkinge en die naderende dood deel van die alledaagse werklikheid is?

- Die ervaring van lyding

Die ervaring van lyding kan een van die gevolge van 'n amputasie wees, wat veral geestelike vrae vir die mens meebring, alhoewel dit deur fisiese, emosionele, of sosiale faktore veroorsaak kan word. Lyding hou dikwels verband met die mens se vrese en die ervaring van verwerping, wat die teenpool vorm van die mens se behoefte aan sinvolle verhoudinge. Wendell (1997:267) sê: “Suffering caused by the body, and the inability to control the body, are despised, pitied, and above all, feared.” Persone met amputasies kan nie die liggaamsveranderinge wat plaasgevind het, beheer nie en voel magteloos teenoor die gevolge wat dit meebring. Persone met amputasies kan met ander woorde lyding ervaar, alhoewel hulle nie noodwendig fisiese pyn het nie. Finkelstein (1993a:11) wys daarop dat persone met gestremdheid onder die negatiewe houdings van persone sonder gestremdheid ly. Persone sonder gestremdheid se negatiewe houdings spruit uit die negatiewe status en ongunstige posisie van persone met gestremdheid in gemeenskappe. Persone met amputasies is met ander woorde blootgestel aan lyding as gevolg van verwerping en onderdrukking.

Die ervaring van lyding as gevolg van 'n amputasie en die geestelike vrae wat dit meebring, staan sentraal in hulpverlening vanuit die Christelike beskouing. Die Bybel poog nie om lyding te verklaar nie, maar hanteer dit as deel van die mens se aardse bestaan. “Christianity starts, rather, with the assertion that suffering exists, and exists as proof of our fallen state. ... [T]he concept of a great-but-fallen world matches what we know of reality. It fits the dual nature of this world, and of us” (Yancy 1990:70). Die mens se lewe word met ander woorde deur seën en lyding gekenmerk. God se betrokkenheid by die mens in sy lyding bied troos en hoop vir mense wat die een of ander vorm van fisiese of emosionele pyn ervaar. “The Word of God is not viewed as essentially Scripture of Law but as ‘God with us’. Hard-and-fast rules and facile answers are discouraged. Rather, the central ethical activity is reflection upon human experience; God meets us and calls us to respond with integrity in specific situations within the context of interpersonal relationship” (VanderZee 1993:53). Die belewenis van God Drie-enig se betrokkenheid by die mens in nood, Sy verlossing en versorgende liefde is noodsaaklik vir geestelike heling. In Esg 34:16 beloof God: “Ek sal die seek wat weggeraak het, die terugbring wat weggedwaal het, die wonde versorg van die wat seergekry het, die swakkes help.” Die mens met 'n amputasie se behoefte aan troos en die soeke na die sin van gebeure vestig die betrokkenes se aandag op 'n verhouding met God of 'n mag groter as hyself.



- Geestelike heling

Die behoefte aan geestelike heling is 'n gevolg van die persoon met 'n amputasie se ervaring van gebrokenheid, die onvermoë om sin te maak van gebeure en onsekerheid oor sy toekoms en selfwaarde. Die persoon met 'n amputasie verloor die gevoel om fisies 'n heel mens te wees, wat die behoefte aan heling kan versterk. Chroniese siekte bring moeilike geestelik vrae mee, wat verandering en transformasie in die persoon se lewe bevorder (Yancy 1990:53). Die krisis wat 'n amputasie meebring kan 'n persoon se geloof in 'n lewende God negatief raak, tog hoef liggaamlike swakheid of die verlies van 'n ledemaat nie 'n persoon se geestelike groei te belemmer nie.

Heling op geestelike gebied is 'n voortgaande proses in die mens se lewe, namate sy verhouding met God groei en versterk word. Die mens met 'n amputasie moet saamleef met die ambivalensie van liggaamlike gebreke en die heling wat op geestelike vlak moontlik is. Lyding maak die mens bewus van sy fisiese weerloosheid en terselfdertyd die almag van 'n liefdevolle God wat in mense se lewens ingryp en wil red (Yancy 1993:84). Die mens word gekonfronteer met die keuse van geestelike onwikkeling, stagnasie of om die bestaan van en geloof in God of 'n ander mag hoër as die mens te ontken. Opstand en rebellie teen God se verlossingsplan ontstaan soms omdat die mens met 'n amputasie God verantwoordelik hou of verwyf vir 'n traumatiese besering of swak gesondheid.

Geestelike heling volgens die Christelike perspektief vereis die gesindheid van openheid om God se verlossing en genade te leer ken, om daardeur verander te word en daaruit te leef. Die mens begin om die ervaring van saamleef met 'n amputasie met kennis oor en die belewenis van God se liefde en betrokkenheid in sy lewe te integreer. Die persoon beseft dat hy, as verlore mens, volmaak in God se oë is, met die vermoë om tot eer van God te leef en andere te bedien. Heling hou met ander woorde verband met die persoon met 'n amputasie se aanvaarding van verantwoordelikheid vir sy reaksies op die gebeure in sy lewe en vertrou op God se verlossing, vir sy aardse en ewige bestaan, ten spyte van die probleme wat ervaar word.

#### **5.2.2.4 Armoede en finansiële probleme**

Persone met fisiese gestremdheid is dikwels werkloos, ontvang 'n siviele of staatspensioen en is slagoffers van armoede. Persone met gestremdheid het dikwels nie die fondse om

basiese dienste aan te koop nie of woon in landelike gebiede met 'n gebrek aan sanitasie, water, elektrisiteit, gesondheidsdienste, werksgeleenthede, opvoedkundige en ontspanningsfasiliteite. (Vgl. Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:2.) Armoede gaan dikwels gepaard met oorbewoonde en ongesonde lewensomstandighede, wat mense se risikos vir fisiese gestremdheid verhoog. Die behoeftes van 'n fisies gestremde persoon in 'n gesin plaas addisionele druk op die moraal en finansiële bronne van arm gesinne. Hieruit kan afgelei word dat 'n groter gedeelte van persone met fisiese gestremdheid deel uitmaak van mense wat met armoede leef en terselfdertyd is daar 'n toename van gesinne wat in armoede leef as gevolg van gesinslede met fisiese gestremdheid.

'n Persoon met fisiese gestremdheid se vermoë om finansiëel onafhanklik te funksioneer hang hoofsaaklik saam met die vermoë om loonarbeid te verrig. Werk stel die mens in staat om 'n inkomste te bekom en om 'n verskeidenheid van sosiale verhoudinge op te bou. Die onvermoë om loonarbeid te verrig aan die ander kant lei tot ekonomiese en sosiale afhanklikheid. Persone met fisiese gestremdheid word dikwels van die geleentheid om te werk ontnem, omdat persepsies oor hul onvermoëns bestaan, wat weer afhanklikheid kweek. Die tendens het ontstaan om persone wat nie ekonomies produktief is nie, in groepe te huisves of by beskermde arbeid te betrek. Persone met fisiese gestremdheid het daarom toenemend afhanklik geraak van spesiale behuising en werksomgewings, wat steeds ekonomiese afhanklikheid vir individue en fisies gestremdes as 'n groep beteken het. Pogings om hierdie situasie te verbeter, byvoorbeeld deur firmas te verplig om 'n sekere persentasie werknemers met gestremdhede in diens te neem, het volgens Oliver (1990:86) nie die gewenste effek nie, want daar word steeds van die persoon verwag om by die werksituasie aan te pas, wat nie in alle gevalle moontlik is nie. Verpligte indiensneming versterk die siening dat persone met fisiese gestremdheid "anders" of spesiaal is, wat eerder uitsluiting as insluiting bevorder. Wetgewing in Suid-Afrika wend tans 'n poging aan om die diskriminasie aan te spreek, deur te bepaal dat 3% van maatskappye se werknemers persone met gestremdheid moet wees. Hierdie voorskrifte verander nie werklik die ongelykhede in die samelewingstruktuur nie, want slegs enkele individue vind hierby baat. Die alternatief om onafhanklikheid te kweek, is om die sosiale organisasie van die werksplek te wysig deur onder andere die verwydering van argitektoniese blokkasies en 'n nie-diskriminerende indiensnemingsbeleid.

Persone met amputasies se ekonomiese situasie kan nie verstaan word sonder om die breër prosesse in gemeenskappe in ag te neem nie. So dra industrialisasie byvoorbeeld by dat

persone met gestremdheid gebruik word om sekere roetine take te verrig wat nie maklik met masjinerie vervang kan word nie en 'n materialistiese ingesteldheid by werkgewers en maatskappye veroorsaak dat produksie belangriker geag word as die akkommodering van persone met gestremdheid. Werknemers word volgens Finkelstein (1993a:12) beoordeel volgens hul vermoë om welvaart te genereer en die klem het toenemend begin val op die gebruik van masjinerie, geboue en vervoerstelsels om werknemers sonder gestremdheid in diens te neem. Die kenmerkende funksionering van industriële gemeenskappe moedig daarom die uitsluiting van persone met amputasies uit die werksplek aan en blokkeer gevolglik hul potensiaal om 'n produktiewe bydrae te lewer en om finansieël selfstandig te funksioneer.

'n Ander tendens is om werkloosheid aan die persoon se fisiese gebreke en die beperkte werksmoontlikhede, wat vir persone met fisiese inkortings bestaan, toe te skryf. Die fokus op die mens se tekortkominge of gebrek aan motivering om te werk, het tot gevolg dat blokkasies in die betrokkenes se eksterne omgewing nie voldoende aandag geniet nie. Volgens Hahn (1997:173) het 'n land of gemeenskap se ekonomie 'n groter invloed op persone met fisiese gestremdheid se werkloosheid as die persoon se fisiese inkorting as sulks. Beperkte werksgeleenthede as gevolg van die swak ekonomie is 'n belangrike faktor wat diskriminasie teen persone met fisiese gestremdheid in stand hou. Ingrypende verandering in werkgewers se sienings en die fisiese werksomgewing is nodig om die finansiële posisie van persone met amputasies te verbeter.

Die evaluering van persone vir staatstoelaes het die behoefte laat ontstaan aan die klassifisering en professionele diagnosering van grade van gestremdheid. Volgens Finkelstein (1993a:13) is skale en meetinstrumente, om 'n persoon se ongeschiktheid vir werk te bepaal, ontwikkel terwyl persone met gestremdheid weinig of geen rol in die prosesse gespeel het nie. 'n Verdere gevolg is dat persone met gestremdheid wat nie finansieël selfstandig is nie, se toegang tot welsynsdienste, voordele soos die ontvang van rolstoel, gratis behandeling en staatstoelaes deur professionele persone se menings en etikettering bepaal word. 'n Persoon is daarom genoodsaak om die etiket van "gestrem" te aanvaar ter wille van finansiële oorlewing. Persone met amputasies wat ekonomies selfstandig wil wees, wend daarom pogings aan om hul gestremdheid te ontken, deur hul te distansieër van andere met gestremdheid of professionele persone se menings.

Daar bestaan nie kitsoplossings om die armoede en die finansiële probleme wat ervaar word aan te spreek nie. Hahn (1997:174) merk tereg op: "Undoubtedly, the task of

unraveling the effects of bodily limitations and prejudice or discrimination in an environment that has not been adapted to the needs or interest of disabled people is a complex undertaking.” Samevattend kan gesê word dat gesondheid en die afwesigheid van gestremdheid nie kriteria behoort te wees om ‘n persoon met ‘n amputasie se waarde as mens en as potensiële werknemer te bepaal nie. Persone met amputasies het soos ander lede van ‘n gemeenskap die verantwoordelikheid om ‘n bydrae te lewer en geleenthede behoort hiervoor geskep word, indien dit nie bestaan nie.

### **5.2.2.5 Politieke aspekte**

Persone met fisiese gestremdheid se stemreg en deelname aan partypolitiek word deur wetgewing beskerm. Een van die uitstaande kenmerke van integrasie in ‘n demokratiese samelewing is die vermoë om vir regeringsvertegenwoordigers te stem (Switzer 2003:181). Persone wat fisies gestrem is, mag as gevolg van hul fisiese inkorting, probleme ondervind om aktief deel te neem aan partypolitiek, as gevolg van ‘n gebrek aan praktiese ondersteuning, ‘n gebrek aan inligting oor hul regte en verantwoordelikhede, ‘n gebrek aan vervoer of ontoeganklike geboue. Selfs al word die praktiese blokkasies verwyder, beteken dit nie vanselfsprekend dat persone met fisiese gestremdheid se belange noodwendig as belangrik deur politieke partye beskou word nie.

Politieke mag strek verder as party politiek en drukgroepe speel ‘n belangrike rol om erkenning vir persone met amputasies se basiese menseregte te bewerkstellig. Gestremdheid as veskynsel is volgens Barnes (1996:43) deur die “international disabled people movement” verpolitiseer. Die belangrikste bydrae van die beweging as politieke drukgroep is die voer van diskoerse om die konsep gestremdheid as ‘n komplekse en gesofistikeerde vorm van sosiale onderdrukking en geïnstusionaliseerde diskriminasie te omskryf. Switzer (2003:70) verwys na hierdie sosiale beweging en sê dit het ‘n politieke agenda en die groeplede het ‘n sekere groeidentiteit. Internasionaal het die beweging vir die beskerming van gestremdes se regte duidelik politieke doelwitte, naamlik om persone met gestremdhede te bemagtig, die verwydering van diskriminasie en die opeis van menseregte. Druk-groepe se werkswyses kan verskil, maar sluit kollektiewe optrede en soms aktivisme in, om sekere veranderinge in ‘n gemeenskap te bevorder of teen te staan. Fisiese gestremdheid word tans vanuit ‘n politieke perspektief beredeneer met die klem op konsepte soos geregtigheid, gelykwaardigheid, deelname, keuse, outonomieit, vryheid en verantwoordelikheid (Barton 1996:6). Politieke prosesse in ‘n gemeenskap skep die atmosfeer en platform vir persone met fisiese amputasies om aktief deel te neem aan

politieke besluitnemingsprosesse of om vanuit 'n afhanklike posisie die bestaande gesagstrukture se leiding te aanvaar.

### 5.2.2.6 Maatskaplike funksionering

'n Amputasie het 'n invloed op die individu se verhoudingslewe, wat die ervaring van fisiese gestremdheid in 'n sosiale konteks plaas en is daarom van besondere belang vir maatskaplike werk.

- Persoon met 'n amputasie se verhouding met homself

Positiewe selfaanvaarding vereis van die persoon om weg te beweeg van die negatiewe assosiasies wat aan 'n amputasie kleef, wat sy menswees degradeer, sonder om pogings aan te wend om die gestremdheid te ontken (Olkin 1999:91). Die persoon met 'n amputasie se verhouding met homself is nie staties nie en kan verander in die mate wat die persoon insig verwerf in wie hy is en wat sy doel op aarde is. Die maatskaplike werker hanteer die individu se verhouding met homself binne die breër sosiale konteks waarbinne dit gevorm word.

- Huweliksverhouding

'n Persoon kan met 'n amputasie saamleef voordat 'n huwelik gesluit word of 'n persoon kan op 'n latere stadium van die egpaar se huwelikslewe 'n amputasie ondergaan. Druk word op die huweliksmaat sonder 'n amputasie geplaas om die huweliksmaat met 'n amputasie te ondersteun en lief te hê. Die stabiliteit en potensiaal van 'n huweliksverhouding word benadeel indien die egpaar geïsoleerd is en voortdurend by nuwe rolle en verwagtinge moet aanpas. (Vgl. Rolland 1994:66.) Albei die huweliksmaats het unieke ervaringe direk na 'n amputasie, soos gevoelens van skok en angstigheid en dikwels word die huweliksmaat nie genoeg by rehabilitasieprogramme betrek nie. Die huweliksmaat moet na die persoon se ontslag uit die hospitaal ondersteuning verskaf, maar beskik dan nie oor die nodige inligting of vaardighede om dit te doen nie. Die huweliksmaat, wat dikwels ook die versorger tuis is, kan onder te veel druk geplaas word, wat uitbranding tot gevolg kan hê. Die persoon met 'n amputasie kan sensitief wees vir die huweliksmaat se verwerping, skuldig voel oor die druk wat op die huweliksmaat geplaas word, afhanklik raak of weerstand ervaar.

Die vestiging van 'n vennootskapsverhouding is volgens Olkin (1999:114) een van die mees belangrike faktore om 'n stabiele huweliksverhouding te verseker indien een of albei van die huweliksmaats met gestremdheid saamleef. 'n Persoon se huwelikstatus en die ondersteuning van 'n stabiele huweliksverhouding bly van die belangrikste faktore om 'n persoon se suksesvolle rehabilitasie en 'n onafhanklike lewenstyl in die gemeenskap te verseker. Soos ander uitdagings kan siekte en fisiese gestremdheid bydra om die egpaar se verhouding te verswak en afstand meebring, of kan ontwikkeling en groei bewerkstellig (Rolland 1994:235). 'n Amputasie hoef nie 'n persoon se moontlikhede om hegte sosiale verhoudinge op te bou en intimiteit in die huweliksverhouding te beleef, te belemmer nie. Hulpverlening hou daarom rekening met die negatiewe gevolge van fisiese gestremdheid op 'n huweliksverhouding en beklemtoon terselfdertyd aspekte wat positiewe ervarings en lewensbevrediging bevorder.

- Ouer-kind verhouding

Kinders met 'n genetiese of aangebore liggaamsdefek kan reaksies van teleurstelling, hartseer, ontmoediging of rou by die ouers meebring, wat verband hou met konstruksies dat 'n fisies gestremde kind 'n verlies of las meebring (Olkin 1999:92). Ouers mag skuldiging voel en hulself blameer en geneig wees om die kind met fisiese gestremdheid te oorbeskerm. Negatiewe sienings en houdings laat min ruimte vir die ontwikkeling van positiewe, liefdevolle en intieme ouer-kind verhoudinge. Die stigmatisering van 'n amputasie kan vanuit die gesin of buite die gesin ontstaan. Disorganisasie van die gesin bring dikwels mee dat die nodige basiese gesondheidsorg nie voorsien word nie en ouerlike deprivasie kan tot ander probleme soos selfmoord of ongelukke lei (Shapiro 1990:262). Moontlike risikos en negatiewe ervarings wat kinders met gestremdheid beleef, kan skeiding van hul ouers, verminderde gesinsbetrokkenheid, verwaarlosing, mishandeling, swak sosialisering, ingrypende mediese behandeling, pyn en kategorisering insluit. Ouers se positiewe perspektiewe lei weer tot positiewe gedrag teenoor die kind met gestremdheid. Gesinne met kinders met fisiese gestremdheid hanteer die eise wat gestel word beter indien hulle oor die nodige lewensvaardighede, persoonlike bevoegdhede, die ondersteuning van familie en 'n in staatstellende omgewing beskik.

Ouers met gestremdhede het die behoefte om hul kinders self op te voed en om hul ouerlike pligte en verantwoordelikhede na te kom. Selfstandigheid beteken volgens Olkin (1999:134) die beheer oor keuses en besluite en nie dat die persoon met fisiese gestremdheid geen hulp van andere benodig nie. Dit impliseer dat alhoewel 'n ouer met

fisiese gestremdheid nie in staat is om in al die kind se praktiese behoeftes te voorsien nie, dit nie die ouer onbevoeg verklaar om verantwoordelikheid vir die kind se opvoeding te aanvaar nie. Die moontlikheid kan bestaan dat kinders van persone met fisiese gestremdheid verantwoordelikheid vir versorgingstake aanvaar of emosionele druk moet hanteer wat ontoepaslik vir hul ouderdom mag wees (Olkin 1999:132). Die ondersteuning van die uitgebreide familie en vanuit die omgewing is noodsaaklik om die ouer-kind verhouding te versterk en versteurde rolverantwoordelikhede te voorkom.

- Verhoudinge met gesinslede, uitgebreide familie en betekenisvolle ander

‘n Amputasie affekteer nie net die persoon nie, maar ook sy familie en vriendekring, want die verhoudinge is persoonlik en strek oor ‘n lang tydperk. Die persoon met ‘n amputasie is dikwels die enigste in ‘n familie of vriendekring wat ‘n ledemaat verloor het en familielede beskik nie vanselfsprekend oor die nodige kennis en vaardighede om effektiewe ondersteuning te verskaf nie. Die belangrikheid van die familie se aanvaarding van die persoon met gestremdheid en die aanvaarding van die gestremdheid self word deur Olkin (1999:68) beklemtoon. Familie en betekenisvolle andere is nie noodwendig ondersteunend of liefdevol in hul optrede nie en hul negatiewe persepsies en gedrag kan die persoon met ‘n amputasie se ontwikkeling van ‘n positiewe identiteit belemmer. Die persoon met ‘n amputasie se verhouding met betekenisvolle ander in sy lewe word grootliks bepaal deur die betrokkenes se interpretasie van siekte en fisiese gestremdheid. Shapiro (1990:263) wys daarop dat indien siekte as ‘n bedreiging geïnterpreteer word, dit tot angstigheid lei, indien dit as ‘n verlies gesien word kan dit tot depressie lei en indien dit as ‘n uitdaging gesien word, sal dit probleem-oplossende energie, motivering en groei in die familie bevorder. ‘n Amputasie se gevolge vir die gesinslede word grootliks deur die siekteverloop, die betrokkenes se persoonlikhede, werklikheidskonstruksies en bestaande hulpbronne bepaal.

Fisiese inkortings met ‘n geleidelike verloop stel anderssoortige eise as die skielike amputasie van ‘n ledemaat. Die heraanpassing by nuwe rolle, eise ten opsigte van probleemoplossing en gevoelshantering is in beide gevalle dieselfde, maar ‘n skielike amputasie vereis vinniger emosionele en praktiese reaksies en vaardighede vir krisishantering. Rolland (1994:24) sê: “Some families are better equipped than others to cope with rapid change. Families able to tolerate highly charged affective states, exchange clearly defined roles flexible, solve problems efficiently, and utilize outside resources

effectively have an advantage in managing acute-onset illnesses.” Elke gesin se potensieële probleemareas en behoefte aan ondersteuning behoort individueel bepaal te word.

In die geval van ‘n amputasie stabiliseer die persoon se gesondheid en die gesin se funksionering gewoonlik na ‘n aanvanklike stresvolle tydperk en ‘n herstelperiode. Dikwels het die familieleden min inligting oor die gevolge van die fisiese gestremdheid en weet gewoonlik nie wat kan van die persoon met die amputasie verwag word nie, of hoe om hom te hanteer nie. Die verwagting dat die persoon met ‘n amputasie kan voortgaan om belangrike rolle te vervul en outonoom te funksioneer, word met beter rehabilitasie en integrasie in die gesin oor die langtermyn geassosieer (Rolland 1994:32). Fisiese gestremdheid skep voordelige groeiegeleenthede vir gesinslede om hul verhoudinge te verbeter (Peters 1996:230). Haar fisiese gestremdheid het byvoorbeeld meegebring dat die gesinslede meer ekspressief teenoor mekaar opgetree het, deur hul gevoelens en behoeftes beter uit te druk. Die liefde en ondersteuning van haar familie, het haar laat beleef sy is ‘n waardevolle persoon en dit het daartoe bydra dat sy betekenisvolle mylpale bereik het.

- Verhoudinge met versorgers

Sommige persone met amputasies benodig gedeeltelike of voltydse versorging en kan na ‘n amputasie bedlêend wees. In ontwikkelende lande soos Suid-Afrika is min inrigtings beskikbaar wat voltydse versorging verskaf, vanweë die hoë kostes daaraan verbonde. Gesins- en familieleden is gewoonlik die belangrikste rolspelers in die persoon met ‘n amputasie se versorging (Shapiro 1990:262). In gevalle waar ‘n familie nie alleen die verantwoordelikheid kan nakom nie, mag die hulp van versorgers van buite die gesin of familie nodig wees. Dit kan informeel wees, soos vriende of bure wat sekere versorgingstake verrig, of formeel in die vorm van opgeleide vrywilligers of gesondheidswerkers wat tuisversorgingstake verrig.

- Die persoon met ‘n amputasie se verhouding met omgewingsfaktore

Die gemeenskap en omgewing waarbinne mense leef het ‘n bepalende invloed op hul gesondheid, siekte en dood, asook die wyse waarop fisiese inkortings behandel en gestremdheid beleef word. So word fisiese gestremdheid in sekere gemeenskappe deur infektiewe siektes, armoede, onkunde en ‘n gebrek aan mediese behandeling veroorsaak (Ross en Deverell 2004:8). In meer geïndustrialiseerde wêrelddele speel faktore soos hoë ouderdom en motorongelukke weer ‘n rol om fisiese inkorting te veroorsaak (Oliver



1990:13). 'n Persoon met 'n amputasie benodig die ondersteuning van andere en strukture in sy omgewing om sy menswees te verwesenlik, wat dui op die mens se behoefte aan en vermoë om mekaar aan te vul en tot hulp te wees. In ontwikkelende lande en veral in landelike gebiede kan 'n gebrek aan ondersteuningswerke bestaan, wat die persoon met 'n amputasie se optimale funksionering en doeltreffende integrasie in gemeenskappe ernstig beperk. 'n In staatstellende omgewing sluit ondersteuningsnetwerke, soos byvoorbeeld selfhelpgroepe en welsynsprogramme, in. Deelname aan die aktiwiteite van 'n minderheidsgroep bemagtig die individu, beding vir die regte van persone met gestremdheid en kan tot maatskaplike verandering aanleiding gee. Persone met amputasies is nie altyd ingelig oor die bestaan van hulpbronne in die gemeenskap nie en hospitaal maatskaplike werkers kan 'n belangrike bydrae lewer om die nodige inligting oor te dra.

### **5.3 SOSIALE INTEGRASIE EN DEELNAME AAN HOOFSTROOM-AKTIWITEITE**

Kulturele perspektiewe in persone met amputasies se konteks speel 'n deurslaggewende rol in hul sosiale inskakeling, sosiale isolasie en die daarstelling van 'n in staatstellende omgewing wat hul deelname bevorder of blokkeer.

#### **5.3.1 Die invloed van kulturele perspektiewe**

Perspektiewe oor gesondheidsorg is kulturele konstruksies, wat deur 'n sekere omgewing se werklikheidskonstruksies en wêreldsienings bepaal word. Die bestaan van kieme, gene en trauma verkry daarom eers betekenis wanneer dit in 'n bepaalde sosiale en historiese konteks geplaas word. Die onderskeid wat tussen fisiese inkorting en gestremdheid getref word, is 'n voorbeeld van terme wat deur professionele hulpverleners gekonstrueer is. Op dieselfde wyse bepaal sienings oor amputasies in 'n sekere gemeenskap die persepsies, gedrag van die betrokkenes, reaksies van familieledes en die behandeling daarvan. Gemeenskappe se interpretasies van amputasies verskil, wat op die relatiewiteit van kulturele perspektiewe dui.

Persone met amputasies was deel van alle samelewings en historiese tydperke. Die sosiale beperkings wat dit meebring het en die ervarings van die betrokkenes, individueel en kollektief, verskil egter van gemeenskap tot gemeenskap, want verskille bestaan in die

wyses waarop gemeenskappe dit interpreteer. Die vraag verskuif van wat veroorsaak fisiese gestremdheid na waarom word persone met amputasies in sekere gemeenskappe aanvaar, in andere getolereer en in andere weer verwerp? (Vgl. Oliver 1990:18.) Een gemeenskap se siening van amputasies is daarom nie universeel geldend nie en die omskrywings en ervarings van fisiese gestremdheid is relatief. 'n Gemeenskap se unieke kulturele voorveronderstellings en konstruksies speel daarom 'n belangrike rol in die werklikheidskonstruksies wat oor amputasies gevorm word.

### **5.3.1.1 Fisiese gestremdheid as afwykend of anders as die normale**

Deelnemers aan sosiale bewegings soos die “Disability Movement” (vgl. 5.3.6) het begin om die definisies en konstruksies van woorde soos “normaal” en “afwykend” na te speur en te debateer, ten einde ontoereikende response te ontbloot. Die siening dat persone met gestremdheid van persone sonder gestremdheid verskil en daarom nie normaal is nie, is problematies, want dit impliseer dat aanvaarde norme in gemeenskappe gebruik word om mense te beoordeel. Peters (1996:231) sê: “... difference is always perceived in relation to some implicit norm. It perpetuates the illusion that individuals are measured from some universal standard of objective authority.” Die meting van persone met amputasies teen hierdie aanvaarde norme impliseer dat 'n persoon se voorkoms of sekere fisiese kenmerke beoordeel word, om te bepaal of hy normaal is.

Die waardes van dominante groepe in 'n gemeenskap word dikwels afgedruk as die gewenste konstruksie of normatief aanvaarbare. Die belange van ander groepe word in die proses onderdruk, want die vorming van norme gaan met die gebruik van mag gepaard. Drake (1996:147) sê: “Powerful social groups seek to impose their own values, expectations and beliefs upon society as a whole. Their interests are codified in norms which they aspire to promote to a more general, and ultimately, universal social acceptance. Accordingly, the concept of ‘normality’, far from describing some natural or preordained state of affairs, instead represents an acknowledgement of the values which have come to dominate in a particular community at a given time. The formation of ‘normality’ thus results from – and represents – an exercise of power.” Dominante sosiale norme bepaal met ander woorde die wyse waarop mense optree en afwykings van die gemeenskap se verwagtinge word gestraf, gewoonlik met stigmatisering. Die aanvaarding van norme as algemeen geldend in 'n gemeenskap skep die indruk dat dit natuurlik, onveranderbaar en voordelig is. Swak gesondheid of fisiese minderwaardigheid simboliseer die andersheid van persone met fisiese gestremdheid in vergelyking met

persone sonder gestremdheid. Wendell (1997:271) wys daarop dat "... because one group of people may have more power to call itself the paradigm of humanity and to make the world suit its own needs and validate its own experiences". Dit impliseer dat een groep mense met 'n bepaalde verwysingsraamwerk andere as "anders" beoordeel, omdat hulle nie aan die verkose vereistes voldoen nie. Persone met amputasies kan die algemeen-aanvaarde beskouing dat hulle nie normaal is nie aanvaar of kan die beperkende beskouinge verwerp en vanuit hul eie werklikheidskepping leef, naamlik dat 'n amputasie nie die persoon se menswees degradeer nie.

Sienings oor wat normale liggaamstrukture en funksies is en watter normale vermoëns wenslik is, is afhanklik van die standaard vir normaliteit. Die omskrywings van normaal word geassosieer met idees oor wat is reg, wenslik en wie kwalifiseer om aanvaar te word. Die teendeel van normaal is dan abnormaal, wat iets of iemand veronderstel wat nie "reg" is nie en daarom verskil van persone wat aan die normale groep behoort nie. Wendell (1997:263) vra: "... at what point does this variation become disability? The answer depends on such factors as what activities a society values and how it distributes labour and resources. The idea that there is some universal, perhaps biologically or medically describable paradigm of human physical ability is an illusion." Die moontlikheid dat dit moontlik is om algemene kriteria daar te stel om normaal te beskryf, word gekritiseer. Paradigmas oor gesondheid en watter vlakke van werksverrigting wenslik is, word sosiaal bepaal en groot verskille kan tussen kultuurgroepe of selfs individue se sienings van normaliteit bestaan. Die dilemma van die beklemtoning van verskille tussen mense is dat nie twee mense dieselfde is nie en 'n verskeidendheid van verskille bestaan, byvoorbeeld in liggaamsvorm, grootte, velkleur, geslag, ouderdom, kulturele agtergrond, opleiding en inkomste. Daarom is dit onmoontlik om te bepaal wat is normaal en gemeenskappe se sienings van wenslik verander voortdurend. Mense is egter geneig om hulself met andere te vergelyk en kan 'n gevoel van meerderwaardigheid ontwikkel indien sekere gewenste eienskappe besit word.

Die term "differently-abled" word soms gebruik om die negatiewe assosiasies van fisiese gestremdheid te versag. 'n Positiewe implikasie hiervan is dat dit aantoon dat 'n persoon met fisiese gestremdheid nie op alle gebiede gestremd is nie. Dit impliseer verder dat daar niks mee verkeerd is om anders te wees nie. Tog het die term beperkinge, want dit beklemtoon steeds dat persone met gestremdheid nie aan die gewenste norm vir menswees voldoen nie. Barton (1996:10) wys daarop dat pogings om die betekenis van andersheid te wysig, 'n politieke stryd is. Minderheidsgroepe poog om 'n kollektiewe identiteit (van

andersheid) as aanvaarbaar te bemark en bied weerstand teen enige interpretasie van fisiese gestremdheid as nadelig of ongewens.

Werklikheidskonstruksies oor die normale menslike liggaam bring mee dat persone met gestremdheid verwerping beleef. Morris (1993:101) wat met fisiese gestremdheid saamleef sê: “We receive so many messages from the not-disabled world that we are not wanted, that we are considered less than human.” Persone met gestremdheid se menswaardigheid word met ander woorde aangetas en hulle word in ‘n ongunstige posisie geplaas, wat persone sonder gestremdheid te alle koste wil vermy. “One of the most oppressive features of the prejudice which disabled people experience is the assumption that we want to be other than we are; that is, we want to be normal” (Morris 1993:105). Hoewel persone met gestremdheid se ideale mag ooreenkom met die van persone sonder gestremdheid en beter gesondheid of ‘n liggaam sonder inkortings insluit, plaas hierdie dikwels onuitgesproke verwagting druk op persone met gestremdheid om hulself nie te aanvaar soos hulle is nie. Selfaanvaarding vereis dan die ontkenning van die werklikheid van fisiese inkortings. Die wenslikheid om persone met amputasies se andersheid te ontken of te minimaliseer word daarom bevestig, teenoor die ontwikkeling van ‘n gemeenskap waarin verskille tussen mense nie beklemtoon word nie, maar die ruimte word vir mense geskep om gelykwaardig en met wedersydse respek vir mekaar te leef.

Persone met fisiese gestremdheid het dikwels nie onmiddellike rolmodelle wat hulle kan ondersteun of aan hulle die voorbeeld kan stel dat gestremdheid as normaal aanvaar word nie. Familie sien en hanteer nie in alle gevalle die persoon se gestremdheid as positief of normaal nie en vererger daarom die persoon se belewenis van andersheid. Dit veroorsaak dat die persoon met gestremdheid dit moeilik vind om trots te wees op sy gestremdheid. Olkin (1999:32) sê in die verband: “No one is really saying it’s *better* to be disabled than not.” Die meeste mense wil nie graag anders of abnormaal wees nie en normaliteit word die belangrikste doelwit om na te streef. Daarom poog drukgroepe om die verskille tussen mense as ‘n normale deel van die werklikheid te vestig, sonder om van een groep te verwag om soos ‘n ander groep te wees. Om persone met fisiese gestremdheid as anders te klassifiseer kan eerder vervang word met die siening dat mense se fisiese vermoëns van mekaar verskil en dat ‘n in staatstellende omgewing daarvoor voorsiening moet maak, sonder om sekere mense te bevoordeel en andere te benadeel.

### **5.3.1.2 Die individualisering van fisiese gestremdheid as ‘n persoonlike tragedie**

Wanneer fisiese gestremdheid beskou word as ‘n tragedie wat ‘n persoon getref het, word die probleme wat met fisiese gestremdheid gepaard gaan tot die individu beperk en daar word van die individu verwag om by sy beperkinge aan te pas en om so min as moontlik inbreuk te maak op die lewens van mense wat nie fisies gestremd is nie. Die persoonlike tragedie teorie het volgens Oliver (1990:10), soos ander “victim blaming” teorieë, ‘n ideologiese funksie vervul, naamlik om die probleme van gestremdheid te individualiseer. Mense toon die geneigdheid om ongewenste voorvalle te verklaar en hulle verkies verklaringe wat die moontlikheid uitsluit dat die ongewenste met hulle kan gebeur. Pogings word dan aangewend om te bepaal wie of wat geblameer kan word vir die persoon se fisiese gestremdheid. Faktore soos ‘n ongeluk, ‘n siektetoestand of die individu se onverantwoordelike lewenswyse verklaar die gestremdheid en word vir die bestaan daarvan geblameer.

Negatiewe houdings teenoor ‘n persoon met ‘n amputasie hou moontlik meer verband met die fisiese inkorting as met die persoon self, tog bestaan die gevaar dat die negatiewe vooroordele na die persoon se persoonlikheid of nie-geaffekteerde eienskappe uitgebrei kan word (Visagie 1988:13). Meer aandag moet daarom geplaas word op die persoon se vermoëns en moontlikhede en minder aandag aan die individuele kenmerke wat van persone sonder gestremdheid verskil.

Die individualisering van gestremdheid bring mee dat die rol wat kulturele konstruksies speel, om ‘n persoon se maatskaplike funksionering te beperk, onderbeklemtoon word. Die siening dat die persoon met fisiese gestremdheid ‘n probleem het of ‘n probleem is, laat die invloed van ander sosiale faktore buite rekening. Die individualisering van gestremdheid bied volgens Olkin (1999:60) die moontlikheid aan persone sonder gestremdheid om deur middel van kognitiewe stappe afstand van die persoon met gestremdheid en die probleme wat bestaan, te verkry. Die sosiale teorie oor gestremdheid vervang die klem op individualisme met die siening van sosiale onderdrukking.

### **5.3.2 Sosiale blokkasies wat sosiale integrasie en deelname blokkeer**

Persone met fisiese gestremdheid ondervind, ongeag die vorm van gestremdheid, ooreenstemmende maatskaplike probleme. Die volgende sosiale blokkasies word deur persone met fisiese gestremdheid beskryf.

### 5.3.2.1 Stigmatisering

In moderne gemeenskappe word persone gestigmatiseer en uitgesluit deur middel van sosiale prosesse, omdat hulle iets onaanvaarbaars het of omdat iets negatief oor hulle bekend was (Oliver 1990:65). Die stigma word aan 'n sekere kenmerk gekoppel wat die persoon minder wenslik maak en staan daarom as 'n tekortkoming bekend. Die persoon word gediskrediteer, aangesien daar nie aan stereotipe verwagtinge voldoen word nie. Goffman (1997:205) sê: "... we believe the person with a stigma is not quite human. On this assumption we exercise varieties of discrimination, through which we effectively, if often unthinkingly, reduce his life chances. We construct a stigma-theory, an ideology to explain his inferiority and account for the danger he represents, sometimes rationalizing an animosity based on other differences." Die gevaar is met ander woorde dat 'n faktor, soos die afwesigheid van 'n ledemaat, as negatief beskryf word en op die totaliteit van die persoon van toepassing gemaak word, sonder om die negatiewe gevolge wat dit vir die persoon inhou, te bereken.

Die stigmatisering van sekere individue of groepe weerspieël gemeenskappe se kulturele konstruksies en mens- en wêreldbeskouings. Coleman (1997:216) sê: "Stigma represents a view of life; a set of personal and social constructs; a set of social relations and social relationships; a form of social reality. Stigma has been a difficult concept to conceptualize because it reflects a property, a process, a form of social categorization, and an affective state." Die stigmatisering van persone met amputasies kan daarom van gemeenskap tot gemeenskap verskil en verander in die mate wat sekere beskouinge daaroor ontwikkel. 'n Stigma impliseer 'n afwaartse beweging of proses wat minderwaardigheid vir sommiges en meerderwaardigheid vir andere meebring. (Vgl. Coleman 1997:216.) 'n Stigma verteenwoordig 'n ongewenste verskil en is afhanklik van diegene met die mag in die sosiale konteks om 'n sekere kenmerk as onwenslik te omskryf. Die invloed van dominante groepe se beskouinge en waardes is daarom bepalend vir die skepping en instandhouding van stigmas. In die proses om persone met 'n amputasie te stigmatiseer, is konsensus nodig dat die afwesigheid van ledemate inherent onwenslik is.

'n Persoon het die keuse hoe om op stigma te reageer, tog is mense geneig om die beskouinge in gemeenskappe te internaliseer en daarvolgens te leef. Coleman (1997:224) wys daarop dat dit moeilik is om weerstand te bied teen stigmatisering, aangesien faktore soos sosiale verwerping, isolasie en verminderde verwagtinge die persoon se

minderwaardige status in verhouding versterk. Die betrokke persoon dink hy skiet te kort op 'n sekere gebied, ontwikkel skaamte daarvoor en is dan vatbaar vir viktimisering. Die persoon kan passief aanvaar dat hy op grond van 'n sekere eienskap gedegradeer word en nie deur andere gerespekteer word nie. Dit kan daartoe aanleiding gee dat 'n persoon baie moeite sal doen om die fisiese inkorting te verbloem of die effek daarvan te minimaliseer, om sodoende die werklikheid van 'n sekere sosiale identiteit te vermy. Aan die ander kant wys Goffman (1997:208) daarop dat die individu sekondêre voordeel uit die stigma kan trek, deur die fisiese inkorting as 'n verskoning vir mislukkings op ander gebiede te gebruik. Ander wyses om op die stigma te reageer is om op die groei en lewenslesse wat uit die situasie spruit te fokus, of om die leemtes in persone sonder gestremdheid se beskouinge uit te wys. Die individu aan wie 'n stigma kleef moet daarom aangemoedig moet word om die waardes van 'n gemeenskap te beoordeel en om 'n unieke werklikheid oor 'n sogenaamde tekortkoming te konstrueer.

### 5.3.2.2 Diskriminasie

Diskriminasie teen persone met fisiese gestremdheid dui op optredes wat onderskeid maak tussen mense, waardeur persone sonder gestremdheid bevoordeel word en persone met gestremdheid benadeel word. Diskriminasie teen persone met fisiese gestremdheid blyk veral uit die betrokkenes se posisie in gemeenskappe en sekere praktykte. Diskriminasie blyk verder uit die prosesse wat sekere persone in gesagsposisies hou om namens persone met gestremdheid besluite te neem. Die sosiale model se analise van gestremdheid het grootliks ontwikkel uit persone met gestremdheid se kritiek teen die diskriminasie wat in gemeenskappe ervaar word. Die artikulasie van kollektiewe ervarings het 'n belangrike rol gespeel om besprekings oor diskriminasie binne 'n raamwerk van menseregte, sosiale geregtigheid en gelyke deelname te plaas.

- Minderwaardige posisie

Persone met fisiese gestremdheid is nie in alle gemeenskappe of historiese tydperke as minderwaardig behandel nie, wat aantoon dat fisiese gestremdheid nie 'n persoon outomaties in 'n minderwaardige posisie plaas nie. 'n Groep se minderwaardige status blyk volgens Oliver (1990:70) uit die mate waarin daar vir hulle besondere behoeftes voorsiening gemaak word. Coleman (1997:226) stem hiermee saam en sê diskriminasie teen persone met fisiese gestremdheid blyk uit die gebrek aan behuising, werksgeleenthede, vervoer en opleidingsfasiliteite wat vir hulle beskikbaar is. Persone

sonder fisiese gestremdheid kan bedreig voel indien beperkte hulpbronne met mense met fisiese gestremdheid gedeel moet word, wat as nie-produktief gestigmatiseer is. Diskriminasie word deur die persepsie dat persone met fisiese gestremdheid min of geen ekonomiese of politieke waarde het, in stand gehou.

- Geïnstusionaliseerde praktyke

Diskriminasie in gemeenskappe manifesteer in die praktyke wat ongelyke uitkomste vir mense meebring. Volgens Oliver (1990:83) kom geïnstusionaliseerde diskriminasie na vore indien maatskaplike beleid op die verwydering van negatiewe individuele en sosiale houdings in 'n gemeenskap fokus, terwyl die strukture en funksionering van organisasies en instellings met die mag om besluite te neem, wat die lewens van persone met gestremdheid beïnvloed, nie daardeur verander word nie. Die verwydering van diskriminasie op alle vlakke vereis daarom 'n sosio-politiese benadering, wat die gevestigde magspraktyke in 'n gemeenskap verander.

Organisasies wat beheer word deur persone met gestremdheid het die leemtes in dienslewering, ook van welsynsdienste, aan persone met gestremdheid begin uitwys as 'n vorm van diskriminasie. Oliver en Barnes (1993:274) sê: "... professionalised service provision within a needs-based system of welfare has added to existing forms of discrimination and, in addition, has created new forms of its own, including the provision of stigmatized segregated services, such as day care, and the development of professional assessments and practices based upon invasions of privacy as well as creating a language of paternalism which can only enhance discriminatory attitudes". Die bestaan van diskriminasie strek met ander woorde verder as negatiewe houdings teenoor persone met gestremdheid en sluit die geïnstusionaliseerde praktyke van gemeenskapstrukture in. Davis (1993:285) wys daarop dat persone met gestremdheid tans druk op strukture en hulpverleningsprogramme plaas om konsepte soos deelnemende demokrasie, sosiale gelykwaardigheid en geregtigheid in te sluit. Die ontwikkeling van nie-diskriminerende wetgewing (vgl. 6.1.1) kan 'n bydrae gelewer om diskriminasie teen persone met fisiese gestremdheid aan te spreek.

### **5.3.2.3 Onderdrukking**

Onderdrukking ontstaan wanneer persone of groepe in 'n toestand van ondergeskiktheid gehou word. Persone met amputasies se fisiese probleme verskil grootliks van mekaar,



maar almal deel die ervaring van sosiale onderdrukking. Persone sonder gestremdheid se gedrag van vermyding, bejammering, die vorming van stereotipes en uitbuiting is vorme van onderdrukking wat persone met fisiese gestremdheid ervaar. Sosiale onderdrukking blyk uit faktore soos dat baie persone met fisiese gestremdheid werkloos, verarm, eensaam, geïsoleerd en slagoffers van geweld of diskriminasie is. Die onderdrukking van persone met fisiese gestremdheid spruit hoofsaaklik uit die betrokkenes se verhoudinge met instellings in gemeenskappe, wat hoofsaaklik deur die afwesigheid van keuses gekenmerk word. Dit is daarom nodig om vas te stel op watter wyses persone met gestremdheid onderdruk word deur die beskouinge en funksionering van gemeenskapsinstellings en dominante groepe, soos persone sonder gestremdheid.

- Dominering deur magstrukture

Die nadele wat die persoon met 'n amputasie ervaar word grootliks bepaal deur die magsprosesse van die gemeenskap waarbinne gefunksioneer word. Die persoon wat met fisiese gestremdheid leef se vermoë om by die eise van die omgewing aan te pas word verswak indien die persoon se mag om besluite te neem en sy lewensverloop te bepaal, deur faktore in sy omgewing verminder word. Barnes (1996:45) wys daarop dat sekere Westerse waardes, soos individualisme, kompetisie en 'n verbruikersmentaliteit 'n rol speel om persone met gestremdheid te onderdruk. So kan werknemers met fisiese gestremdheid in 'n ondergeskikte posisie geplaas word wanneer werkgewers besluit hulle is nie geskik vir bevorderings nie. Die teendeel van onderdrukking is dan die mate wat 'n gemeenskap die nadele van gestremdheid minimaliseer en dit selfs in voordele verander. Onderdrukking sal beter aangespreek word indien gestremdheid nie as die probleem van die individu of familie beskou word nie, maar as die maatskaplike verantwoordelikheid van 'n gemeenskap, want dan word die verwagting nie aan die individu gestel om met sy eie vermoëns sekere blokkasies te oorkom nie.

- Multi-dimensionele onderdrukking

Die onderdrukking wat persone met amputasies ervaar kan multi-dimensioneel wees indien die persoon deel vorm van meer as een minderheidsgroep, in terme van ras, ouderdom of geslag. Multi-dimensionele onderdrukking bestaan wanneer die nadele van onderdrukking op meer as vlak van die mens se lewe ervaar word (Wendell 1997:264). 'n Voorbeeld hiervan is om persone met amputasies in 'n afhanklike posisie te plaas deur hulle as kandidate vir welsynsdienste en staatsubsidies te beskou en te versuim om hulle met die

nodige opleiding, hulpmiddels en hulpbronne te bemagtig om loonarbeid te verrig. ‘n Gebrekkige inkomste as gevolg van werkloosheid gee aanleiding tot gebrekkige toegang tot bestaande hulpmiddels en hulpbronne, waarsonder dit nie moontlik is om produktief en onafhanklik te leef en ‘n bydrae tot die gemeenskap te maak nie. Hieruit blyk dit dat een vorm van onderdrukking tot die volgende aanleiding gee, sonder dat gemeenskappe verantwoordelikheid aanvaar vir die daarstelling van voldoende hulpbronne om in die behoeftes van die verskillende minderheidsgroepe te voorsien.

- Selfonderdrukking

Persone met amputasies kan tot hul eie isolasie en onderdrukking bydra, indien hulle die ondermynende boodskappe uit hul omgewing internaliseer en daarvolgens begin leef. Morris (1993:103) wys op die gevaar wat bestaan wanneer persone met gestremdheid andere se waardes en sienings onvoorwaardelik as hul eie aanvaar en deel van hul eie denke maak. Selfonderdrukking ontstaan wanneer persone met amputasies ‘n ondergeskikte posisie gelate aanvaar en geen weerstand teen vorme van onderdrukking bied nie. Morris (1993:103) waarsku dat persone met gestremdheid nie altyd openlik verstoot word nie, maar op subtiele wyses word boodskappe van verwerping en ‘n gebrek aan aanvaarding oorgedra. Vrees vir isolasie en ‘n gebrek aan sekuriteit word sodoende deel van persone met amputasies se interaksie met andere.

#### **5.3.2.4 Isolasie en marginalisering**

Die sosiale isolasie van persone met amputasies is van besondere belang vir maatskaplike werk, aangesien dit die teenpool van doeltreffende verhoudinge is. Die marginalisering van persone met fisiese gestremdheid blyk uit hul gebrekkige deelname aan hoofstroom-aktiwiteite, wat beteken hulle word as randfigure in ‘n samelewing hanteer. Groepe wat op die rand van ‘n samelewing funksioneer, is gewoonlik ‘n klein groep wat nie as belangrik geag word nie of wat nie ooreenkom met die groter gedeelte van die gemeenskap nie. Die afwesigheid van mentors uit die gestremde gemeenskap oor hoe om aktiewe lede van ‘n gemeenskap te bly, plaas die betrokkenes in die posisie van afwykend-wees en op die rand van ‘n nie-gestremde wêreld. As gevolg van die stigmatisering en diskriminasie wat met fisiese gestremdheid geassosieer word, verwag familieledes van persone met amputasies in sekere gevalle van hulle om soveel as moontlik soos persone wat nie gestrem is nie, te lyk en op te tree. Volgens Olkin (1999:13) bring hierdie isolasie mee dat persone met gestremdheid “... are loved *in spite of*, not *with* their disabilities”. Daar word van die

persoon verwag om so goed as moontlik by persone anders as hyself aan te pas, wat meebring dat die werklikheid van gestremdheid nie as 'n aanvaarbare deel van sy menswees geïntegreer word nie. Die persoon poog dan om homself te distansieer van 'n identiteit van gestremdheid of deelname aan die aktiwiteite van 'n groep van gestremdes.

Persone sonder gestremdheid se gebrekkige kennis oor hoe om persone met gestremdheid te verstaan en te ondersteun kan daartoe aanleiding gee dat hulle persone met gestremdheid as buitestaanders behandel. Daarom is Olkin (1999:63) van mening dat die beskikbaarheid van inligting oor gestremdheid 'n belangrike rol kan speel om mense sonder gestremdheid se kennisraamwerke te beïnvloed. Persone met min kontak met persone met 'n amputasie het beperkte inligting oor die persoon en is geneig om mites te glo, want geleenthede bestaan nie om meer inligting oor die persoon se totale menswees te bekom nie. Inligting oor die oorsake van die amputasie kan positiwiteit teenoor die persoon bevorder, veral indien eksterne faktore soos 'n ongeluk of oorlog die amputasie veroorsaak het. Kennis van persone met gestremdheid se ervarings kan die gevolge van stereotipes verminder en persoonlike kontak kan verhoudings verbeter, veral waar samewerking en interafhanklikheid tussen mense bestaan en indien inligting oor die persoon bekend is wat nie met die fisiese gestremdheid verband hou nie.

### **5.3.2.5 Afhanklikheid**

Afhanklikheid is die onvermoë om dinge vir jouself te doen en 'n persoon is dan van andere afhanklik om alledaagse take te verrig. Die teenstelling is onafhanklikheid, wanneer 'n individu geen bystand van andere nodig het nie. In werklikheid is mense interafhanklik, want geen mens kan totaal selfversorgend wees nie. In sekere gemeenskappe word onafhanklikheid as 'n belangrike waarde bevorder en dan is afhanklikheid van andere vir jou daaglikse versorging 'n vernederende ervaring. Wanneer onafhanklikheid 'n voorvereiste vir respek en 'n gesonde selfsiening is, word persone wat fisiese bystand benodig om lewenstake te verrig, se waarde as mens negatief aangetas. Daarom kan dit gebeur dat baie energie gebruik word om so selfstandig en selfversorgend as moontlik te wees. Die teendeel hiervan is dat die interafhanklikheid van mense erken word (vgl. Christensen 2009: 117) en dat die siening dat mense mekaar wedersyds nodig het, bevorder word. Wendell (1997:273) sê: "If all the disabled are to be fully integrated into society without symbolizing failure, then we have to change social values to recognize the value of depending on other and being depended upon." Die ontwikkeling van wederkerigheid en interafhanklikheid vereis die gewilligheid om van mekaar te leer,

mekaar se behoeftes te verstaan, mekaar te vertrou, hulp te gee en te ontvang, verantwoordelikheid te deleger, empatie te gee en te ontvang en om mekaar se grense te respekteer. 'n Kultuur van interafhanklikheid sal persone met amputasies se vrees en skaamte vir hul afhanklikheid van andere se ondersteuning verminder en wedersydse afhanklikheid word dan as 'n wesenlike kenmerk van 'n gemeenskap se kultuur gevestig.

Persone met fisiese gestremdheid word in 'n afhanklike posisie geplaas wanneer samelewingstrukture op hulpverlening in plaas van bemagtiging fokus. Die siening dat daar beter in persone met fisiese gestremdheid se behoeftes voorsien kan word deur gespesialiseerde instellings, soos spesiale skole, beskermde werksinkels en inrigtingversorging, het tot die uitsluiting van persone met fisiese gestremdheid uit byvoorbeeld openbare skole en die ope arbeidsmark gelei. Hierdie uitsluiting van die hoofstroom van sosiale en ekonomiese lewe het daartoe gelei dat druk op beleidmakers geplaas word om persone met fisiese gestremdheid se integrasie in die gemeenskap te bevorder. Oliver (1990:81) waarsku teen die moontlikheid dat beleid mag verander, maar dat besluite steeds vir en namens persone met fisiese gestremdheid geneem word. So 'n situasie bevorder afhanklikheid en strem selfstandige funksionering. Finkelstein (1993b:34) wys daarop dat 'n persoon se gebrek aan kontrole oor die dag-tot-dag gebeure in sy lewe, sy reg om sy lewe te bestuur aantas en bepleit daarom 'n allesomvattende hulpverleningsentrum in gemeenskappe wat onder die beheer van persone met gestremdheid bestaan. Daarom is dit wenslik dat persone met amputasies betrokke sal wees by besluite om die blokkasies wat hulle ervaar, te konfronteer.

'n Belangrike verskil bestaan in persone met fisiese gestremdheid en professionele hulpverleners se sienings van die konsep afhanklikheid. Oliver (1990:91) wys daarop dat professionele persone die term gebruik om te bepaal in watter mate 'n persoon met fisiese gestremdheid daarin slaag om selfversorgingsaktiwiteite soos was, aantrek, kook en eet kan bemeester. Persone met fisiese gestremdheid aan die ander kant beskou onafhanklikheid as die vermoë om kontrole oor hul eie lewe uit te oefen en om self besluite oor hul lewe te neem, eerder as om dinge vir hulself te doen. Professionele persone fokus met ander woorde meer op die hantering van mense se fisiese inkortings, terwyl persone met amputasies meer belangstel om onafhanklike besluite te neem oor die praktiese inrigting van hul lewe. 'n Persoon se begeerte om onafhanklik te funksioneer word gekoppel aan faktore soos outonomieit en die aanvaarding van verantwoordelikheid. Persone met amputasies se stryd om onafhanklikheid is daarom nie om alles vir hulself te doen of om sonder die hulp of versorging van andere te leef nie, maar is eerder gesetel in

hul begeerte om keuses uit te oefen, self besluite te neem en om beheer uit te oefen oor prosesse wat hulle lewens beïnvloed.

### **5.3.3 Faktore wat ‘n in staatstellende omgewing bevorder**

Die integrasie van persone met gestremdheid is die teenpool van isolasie. Die houdings van mense teenoor persone met fisiese gestremdheid is in ‘n evolusie proses. “The rejection, isolation, and alienation in traditional patterns of treatment have given way to a mainstream orientation. According to the mainstream philosophy, the disabled are to be integrated as much as possible in order to maximize their habilitative potential, thereby ensuring that these individuals will enjoy the highest quality of life achievable for them” (Nagler 1990:2). Integrasie fokus op persone met gestremdheid se potensiaal tot selfverwesenliking en vermoë om ‘n bydrae in gemeenskappe te lewer. Lewenskwaliteit is vir persone met fisiese gestremdheid net so belangrik as vir ander lede van ‘n gemeenskap, tog is dit grootliks afhanklik van ‘n in staatstellende omgewing. Sosiale integrasie sluit toegang tot toepaslike opleiding, werk, behuising, versorging en vervoer in, asook deelname om religieuse, ontspannings en sosiale behoeftes te bevredig.

#### **5.3.3.1 Die menseregte van persone met gestremdheid**

Die erkenning van basiese menseregte op internasionale en nasionale gebied, het ‘n besondere bydrae gelewer om persone met fisiese gestremdheid se reg aan selfbeslissing en volle integrasie in gemeenskappe te bewerkstellig. Lane (1997:168) sê hieroor: “The civil rights movement has given great impetus to the belief that minorities should define themselves and that minority leaders should have a significant say in the conduct of minority affairs.” Persone met fisiese gestremdheid geniet dieselfde menseregte as persone sonder gestremdheid en die bevordering van die regte van persone met fisiese gestremdheid staan in teenstelling met sosiale ongeregtigheid in gemeenskappe. Ellis (2005:691) wys daarop dat die regte van persone met gestremdheid benut moet word om die betrokkenes se stryd om sosiale geregtigheid te bevorder.

‘n Raamwerk van basiese menseregte in Suid-Afrika (vgl. 6.1.1.) het ‘n bewustheid laat ontstaan van die regte van persone met gestremdheid. Die regte van persone met gestremdheid bly egter abstrakte begrippe, totdat daar bewys kan word dat die betrokkenes se lewenskwaliteit daardeur verbeter het, byvoorbeeld dat nie-diskriminasie in die werksplek die individu se inkomste en die gemeenskap se produktiwiteit verbeter het.

Suarez de Balcazar *et al.* (1990:5) beveel aan dat aktiwiteite geloods word om vir die betrokkenes se regte te beding, kennis van hul regte te vermeerder en die gee van opleiding om in hul eie belang te onderhandel. Die beskerming van persone met gestremdheid se basiese menseregte is die verantwoordelikheid van alle lede van 'n gemeenskap.

### **5.3.3.2 Geleenthede vir selfbeslissing**

Wêreldwyd word die posisie van persone met gestremdheid in gemeenskappe beredeneer. Die noodsaaklikheid om invloed en mag aan persone met gestremdheid te gee word toenemend uitgespreek, tog word besluite oor hulpverleningsdienste steeds deur politieke doelwitte en professionele hulpverleners se insette bepaal (Lane 1997:168). Die potensiele gevaar bestaan om die regte van persone met amputasies in beginsel te erken, sonder om praktiese geleenthede vir selfbeslissing te skep. Lane (1997:168) is van mening dat selfbeslissing bevorder sal word deur die skep van forums wat besprekings op nasionale vlak verseker en "... such associations need an explicit political agenda and a plan for implementing it". Samesprekings soos hierdie behoort persone met gestremdheid in te sluit, sonder om die insette van ander rolspelers, soos diensverskaffers, hulpverleningsprosessies en politieke leiers te verloor. Die behoefte bestaan daarom aan formele aksies wat persone met fisiese gestremdheid in staat stel om hul doelwitte te bereik.

Baanbrekerswerk is in Suid-Afrika nodig om persone met fisiese gestremdheid sosiaal meer sigbaar te maak en te bemagtig om geleenthede vir selfbeslissing tot hul eie voordeel te gebruik. Persone met fisiese gestremdheid moet op alle vlakke 'n aktiewe bydrae lewer om hul eie belange te bevorder en die selfvertroue te ontwikkel om die uitdagings te aanvaar om veranderinge in die breër sosiale konteks te bewerkstellig.

### **5.3.3.3 Maatskaplike aksie en die vorming van drukgroepe**

As 'n ongedefinieerde groep is persone met gestremdheid sosiaal geïsoleerd en daarom in 'n onsigbare en magtelose posisie. Meyerson (1990:18) sê: "In the past, most people with disabilities constituted a group only by abstract, statistical classification. They were not members of a sociological or psychological group deriving from their disability status. They were simply relatively isolated, stigmatized individuals. They were treated socially in much the same ways as members of other devalued underprivileged groups, but they functioned without group support." Persone met verskillende vorme van fisiese

gestremdheid deel sekere basiese behoeftes en ambisies, wat meebring het dat die soeklig op die individue se kollektiewe ervarings en behoeftes begin val het. Persone met fisiese gestremdheid het begin om 'n unieke kulturele spasie en gemeenskap vir hulself te skep. Binne die kulturele spasie van 'n minderheidsgroep is dit moontlik om die taal te gebruik wat vir hulle aanvaarbaar is en wat hul eie perspektiewe weergee.

Persone met fisiese gestremdheid en hul ondersteuners vorm organisasies wat die afbrekende perspektiewe oor persone met gestremdheid weerstaan en poog om vir alternatiewe sienings oor hul menswees en regte binne gemeenskappe te beding. "These new voluntary groups (*of* rather than *for*) disabled people subscribe to the social model of disability and thus clearly define disablement as a product both of contemporary politics and of the design and maintenance of prevailing social institutions, norms, values and beliefs. The locus of change must therefore be social rather than individual" (Drake 1996:159). Druk-groepe kritiseer vorme van sosiale onderdrukking en beweeg weg van pogings om die individue se fisiese gestremdheid te herstel.

In Suid-Afrika bestaan die "disability rights movement" onder leiding van die nie-regerings organisasie Disabled People South Africa (Department of Health 2000:9). Sedert 1994 het 'n nuwe oorhoofse struktuur tot stand gekom wat die belange van persone met gestremdheid in Suid-Afrika bevorder, naamlik die National Federal Council on Disability. Organisasies wat hul beywer om 'n stem te gee aan persone met gestremdheid se behoeftes en om deel te word van die politieke prosesse op nasionale, provinsiale en plaaslike vlak is by hierdie oorhoofse struktuur geaffilieer. Hierdie organisasies poog om 'n aktiewe rol te speel in die daarstelling en vorming van maatskaplike beleid en wetgewing om die belange en deelname van persone met gestremdheid te bevorder. Druk word veral geplaas om besluitneming oor persone met gestremdhede te vervang met besluitneming deur persone met gestremdheid. Hierdie verskuiwing word byvoorbeeld uitgebeeld in die organisasie Disabled People South Africa (2001:i) se leuse: "Nothing about us without us." Uitsprake soos hierdie dui op persone met gestremdheid se aandrang om verantwoordelikheid vir hul eie belange te aanvaar. Die veronderstelling is dat indien minderheids-groepe nie in die professionele of politieke arenas verteenwoordig word nie, hul belange nie deur die gemeenskap se strukturele sisteme beskerm sal word nie.

Die meeste belange- of druk-groepe in Suid-Afrika funksioneer as welsynsorganisasies, aangesien hulle van staatsubsidies afhanklik is vir hul voortbestaan. Dit plaas die organisasies in 'n swak bedingingsposisie teenoor die staat, aangesien projekte en

programme gefinansier word wat met die regerende party se doelstellings ooreenstem. Sonder uitvoerende gesag of hulpbronne, soos geld, personeel en infrastruktuur om 'n verskil te maak aan die omstandighede van persone met fisiese gestremtheid, bly welsynsorganisasies, as drukgroepe, in 'n magtelose posisie. Die eis word dus aan welsynsorganisasies gestel om aan die een kant hul status as diensverskaffers te behou en aan die ander kant om voort te gaan met maatskaplike aksie, om politieke integrasie te bewerkstellig. Hierdie tweeledige funksie stel besondere eise aan organisasies, om hulp aan die individu te verleen en terselfdertyd sosiale strukture te verander. Belangegroepe moet 'n verhouding met die staat ontwikkel om te verseker dat voldoende hulpbronne beskikbaar is en om aktief mee te werk aan die wysiging van maatskaplike beleid. Aan die ander kant moet belangegroepe onafhanklik van die staat funksioneer om paternalistiese praktyke wat afhanklikheid kweek, aan te spreek.

Persone se inskakeling by drukgroepe word belemmer deurdat die inherente gevoel van trots, om deel van 'n minderheidsgroep van persone met fisiese gestremtheid te wees, ontbreek (Olkin 1999:32). Daarom bestaan die moontlikheid dat persone met fisiese gestremtheid swakker georganiseer is as ander minderheidsgroepe en kan daarom minder druk op die wysiging van bestaande beleid of dienste uitoefen. 'n Voorwaarde vir die funksionering van persone met fisiese gestremtheid as 'n minderheidsgroep vereis dat die persoonlike en kollektiewe identiteit van "gestremd-wees" deur die betrokke individue aanvaar moet word. Hierdie dilemmas bring mee dat daar geen eenstemmigheid onder persone met gestremtheid bestaan oor watter benadering die gewenste keuse is nie.

Praktiese faktore soos ontoeganklike geboue, vervoer en armoede kan persone blokkeer in hul pogings om drukgroep te vorm en om byvoorbeeld vergaderings by te woon. Eenheid tussen persone met gestremtheid is volgens Wendell (1997:263) problematies, vanweë hul geografiese verspreidheid en sosiale en kulture verskille. Gestremtheid is 'n kategorie wat 'n wye verskeidenheid persone insluit met uiteenlopende gestemdhede, denke, taal, persepsies en doelwitte. Persone met gestremtheid verteenwoordig so 'n heterogene groep dat die uitsluiting, wat hulle ervaar as gevolg van die persepsie van "abnormaliteit", dikwels die enigste samebindende faktor is. Terme soos "the splintered universe" (Switzer 2003:76) word gebruik om persone met gestremtheid as 'n minderheidsgroep te beskryf. Die gebrek aan samehorigheid en eenheid het 'n negatiewe invloed op die groep se bedingingsmag om hul belange te beskerm. Koalisies tussen die verskillende sub-groepe is nodig, wat maatskaplike aksies kan loods om weerstand te bied teen diskriminasie en om die implementering van maatskaplike beleid te monitor.



## 5.4 SAMEVATTING

In hoofstuk 5 word van die mees dominante diskoerse en sosiale konstruksies oor die verskynsel van amputasies en fisiese gestremdheid uitgelig. Konstruksies soos dat 'n amputasie 'n persoonlike tragedie is, wat deur die individu aanvaar moet word en waarby aangepas moet word, of dat fisiese gestremdheid 'n afwyking van die normale of gewenste siening van die menslike liggaam is, word bevraagteken. Die verhoudinge waarbinne die persoon met 'n amputasie leef bepaal wat as wenslik en aanvaarbaar beskou word en die status wat die persoon geniet. Die beskouinge, waardes en norme in 'n sekere gemeenskap en groep is verweef met die omskrywings van persone met amputasies as fisies gestremd en die blokkasies, soos stigmatisering, diskriminasie, isolasie en afhanklikheid, wat as gevolg daarvan ontstaan.

Anderssoortige sienings word toenemend deur persone met fisiese gestremdheid gekonstrueer en opponeer hulpverlening wat persone met fisiese gestremdheid in 'n afhanklike posisie plaas. Benaderings wat op die funksionele inkortings van 'n persoon fokus en 'n ekonomiese oriëntasie wat hoofsaaklik belangstel in persone se vermoë om loonarbeid te verrig, is vervang met 'n sosio-politiese perspektief, wat fisiese gestremdheid binne die interaksie tussen die individu en sy omgewing interpreteer. Toenemende erkenning bestaan vir persone met gestremdheid se basiese menseregte, die skep van gelyke geleenthede en integrasie in gemeenskappe.

Hoofstuk 6 skets die konteks van 'n Provinsiale Streekshospitaal, multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste en hospitaal maatskaplikewerkhulpverlening aan persone met amputasies.

## HOOFSTUK 6

### HOSPITAALBEHANDELING EN DIE REHABILITASIE VAN PERSONE MET AMPUTASIES IN 'N VRYSTAATSE PROVINSIALE STREEKSHOSPITAAL

Maatskaplikewerkhulpverlening vir persone met amputasies, word binne die komplekse dienstestruktuur van 'n Vrystaatse Provinsiale Streekshospitaal ondersoek. Die meeste siektetoestande waaraan persone vandag ly is kronies en degeneratief van aard (Ross en Deverell 2004:4), wat langtermyn behandeling en periodiek hospitalisasie vereis. Die amputasie van 'n ledemaat kan nie omgekeer word nie en gesondheidswerkers speel 'n belangrike rol om die betrokkenes te ondersteun om hul siektetoestande te verstaan en fisiese gestremdheid so te bestuur dat hulle 'n kwaliteit lewe kan voer.

Omvattende gesondheidsorg vir persone met amputasies, naamlik programme om gesondheid te bevorder, voorkoming, hospitaalbehandeling en rehabilitasiedienste, vereis dat gesondheidswerkers as 'n span saamwerk om hulpverleningsprogramme daar te stel en te implementeer. Multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in 'n Provinsiale Streekshospitaal word binne die konteks van relevante wetgewing, beleid en die strategiese doelwitte van die Departement van Gesondheid gelewer. In Suid-Afrika word rehabilitasiedienste as 'n belangrike komponent van gesondheidsorg beskou, tog is die bestaande dienste onvoldoende, onvolledig, gerig op akute behandeling en vind hoofsaaklik in hospitale plaas (Departement van Gesondheid 2000:1). Naas die vind van oplossings vir die probleme wat rehabilitasiedienste strem, soos 'n gebrek aan toeganklike dienste en beperkte hulpbronne is daar 'n gebrek aan aksie-georiënteerde hulpverleningsprogramme wat persone met amputasies bemagtig om hul potensiaal te ontwikkel en sosiale integrasie te bevorder.

In Hoofstuk ses word gesondheidsdienste binne die konteks en beleidsdokumente van die Departement van Gesondheid geposisioneer. Maatskaplikewerkhulpverlening vir persone met amputasies as deel van multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in 'n Provinsiale Streekshospitaal word ondersoek, met die doel om 'n beeld te verkry van die dienste wat beskikbaar is en bestaande leemtes te identifiseer.

## 6.1 DIE KONTEKS VAN ‘N STREEKSHOSPITAAL

Dit is belangrik vir die hospitaal maatskaplike werker om die konteks waarbinne hulp verleen word, te verstaan. “Context is a set of circumstances or facts that surround and constrain a particular event or situation. Three elements of context that influence and often limit the nature and conditions of the helping relationship are policy, technology and organization” (Kerson 1997:1). Beleid word veral in wetgewing en beleidsdokumente uiteengesit, die term tegnologie dui op wyses waarvolgens diagnoses en behandeling gedoen word en organisering verwys na die sisteme waarvolgens hulp verleen word. ‘n Provinsiale hospitaal funksioneer binne die groter struktuur van Nasionale en Provinsiale gesondheidsorg, met kenmerkende programme en bestuursprosesse. Gesondheidsstrukture en die prioriteite vir dienslewering kan verwarrend wees, daarom is dit nodig om die invloed van huidige wetgewing en beleidsdokumente op gesondheidsorg en rehabilitasiedienste vir persone met fisiese gestremdheid te ondersoek.

### 6.1.1 Wetgewing

Wetgewing ontwikkel gewoonlik as ‘n respons om in ‘n behoefte te voorsien, ‘n probleem te beheer of om weerlose groepe te beskerm. Die ekonomiese deprivasie en sosiaal ongunstige posisie van persone met gestremdheid word wyd erken (Witskrif vir ‘n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid 1997:5), tog bestaan daar in Suid-Afrika ‘n leemte aan wetgewing om die belange van persone met fisiese gestremdheid te bevorder. Barton (1996:14) sê: “Part of the struggle must be concerned with establishing a public confirmation that discrimination against disabled people is not acceptable. This will require anti-discrimination legislation and political action.” Rolspelers het daarom die verantwoordelikheid om te beding vir die daarstelling van anti-diskriminerende wetgewing, wat spesifiek op die belange van persone met gestremdheid fokus.

- Die Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika, nr. 108 van 1996

Die Grondwet het die hoogste wetlike gesag in die Republiek van Suid-Afrika, om ‘n samelewing daar te stel wat op demokratiese waardes, sosiale geregtigheid en fundamentele menseregte gebaseer is. Ander doelwitte is om die lewenskwaliteit van elke landsburger te verbeter, asook die vryheid om hul potensiaal te bereik. Hierdie doelstellings word veral verwesenlik deur die beskrywing van basiese menseregte, soos

beskryf in Hoofstuk Twee van die wet. Die volgende menseregte word uitgelig, vanweë die waarde daarvan vir persone met fisiese gestremdhede:

- Gelykwaardigheid (Grondwet 1996:7): alle mense het gelyke regte tot die voordele en beskerming van die reg, ten einde gelykheid te bewerkstellig vir persone of kategorieë persone wat deur onregverdigde diskriminasie benadeel word. Hierdie reg beskerm persone met gestremdheid, want daar mag nie teen mense op grond van hul ras, geslag, swangerskap, huwelikstatus, etniese of sosiale oorsprong, kleur, seksuele oriëntasie, ouderdom, gestremdheid, godsdiens, gewete, geloof, kultuur, taal of geboorte diskrimineer nie.
- Menslike waardigheid: elke burger se inherente waardigheid word erken, gerespekteer en beskerm. Persone met 'n amputasie se waardigheid word daarom nie deur fisiese gestremdheid aangetas of verminder nie.
- Vryheid en sekuriteit van die mens: die mens kan nie sonder geldige redes van sy vryheid ontnem word nie, nie gevange gehou word sonder 'n verhoor nie en moet vry wees van enige vorm van geweld of marteling. Besondere maatreëls mag nodig wees om persone met gestremdheid teen enige vorm van besering te beskerm.
- Die mens het 'n reg tot liggaamlike en psigologiese integriteit: om besluite te neem oor reproduksie, kontrole oor jou liggaam en om nie aan eksperimente blootgestel te word sonder om ingeligte toestemming daarvoor te gee nie.
- Vryheid van geloof, godsdiens en opinie: persone met gestremdheid se menings en reg om hul godsdiens uit te leef, word hiermee erken.
- Vryheid van uitdrukking: beskerm die vryheid van die media, om inligting of idees te ontvang, uitlewing van kreatiwiteit en navorsing.
- Reg tot vredevolle en ongewapende demonstrasies en die gee van petisies. Minderheidsgroepe en persone waarteen gediskrimineer word se reg tot protes word hiermee beskerm.
- Vryheid van assosiasie: gestremdheid behoort nie persone met amputasies se verhoudinge en deelname aan gemeenskapsaktiwiteite te belemmer nie.
- Politiese regte: die vryheid om keuses uit te oefen en deelname aan party politiek. Persone met gestremdheid het die reg om uitdrukking te gee aan hul voorkeure en sienings.
- Vryheid van beweging, die beoefening van 'n beroep, billike arbeidspraktyke en die vervreemding van besittings. Die ontwikkeling van

wetgewing is nodig om billike arbeidspraktyke vir persone met fisiese gestremdheid te verseker (vgl. 5.2.3.4).

- Reg op 'n omgewing wat nie skadelik vir die gesondheid en welsyn is nie. Persone met amputasies se reg op 'n in staatstellende omgewing (vgl. 5.3.3) is hierop gebaseer.
- Reg op toegang tot toereikende behuising, binne die raamwerk van beskikbare hulpbronne. Die besondere behuisingsbehoefte van persone met fisiese gestremdheid behoort daarom in ag geneem word.
- Reg van toegang tot gesondheidsorg: mediese hulp, voldoende kos, water en 'n maatskaplike toelae mag nie geweier word, indien 'n persoon nie in die posisie is om homself te onderhou nie.
- Toegang tot basiese opvoeding, asook basiese volwasse opvoeding.
- Die reg om 'n eie taal te gebruik en deelname aan 'n kultuur, taal en godsdienstige gemeenskap van eie keuse.

In die Grondwet word persone met gestremdheid se basiese menseregte beskerm, om praktyke wat diskriminasie of onderdrukking meebring, te voorkom. Op grond van die beginsels van die Grondwet het die Departement van Gesondheid verskeie wette daargestel, om omvattende gesondheidsorg te verseker en om persone wat gesondheidsorg ontvang se regte teen verwaarlosing of uitbuiting te beskerm.

- Nasionale Gesondheidswet, Wet nr. 61 van 2003

Die Nasionale Gesondheidswet (2004:1) verskaf 'n raamwerk vir 'n gestruktureerde en eenvormige gesondheidsorgsisteem, met die inagneming van bestaande sosio-ekonomiese ongelykhede en wanbalanse in gesondheidsorg; die daarstelling van demokratiese waardes, sosiale geregtigheid en fundamentele menseregte en om die lewenskwaliteit van alle burgers te verbeter. Die verbetering van die Nasionale gesondheidsisteem met beskikbare hulpbronne; die daarstelling van gedentraliseerde bestuur volgens die beginsels van gelykheid, doeltreffendheid volgens internasionaal erkende navorsingsstandaarde; die samewerking en deel van verantwoordelikhede tussen private en publieke sektore word as doelwitte gestel. Volgens die Nasionale Gesondheidswet (2004:30) sluit gesondheidsorg sosiale, fisiese, voedings en geestesgesondheidsdienste in. Hierdie wet het 'n direkte invloed op die prioriteite, die organisatoriese struktuur en voorskrifte vir praktiese prosedures.

- Wet op die Vrystaatse hospitale, Wet nr. 13 van 1996

Die Wet op die Vrystaatse hospitale (1996:13) gee riglyne vir die bestuur van hospitale in die Provinsie. Van belang is die daarstelling van hospitaalrade, aangesien dit 'n platform skep vir gemeenskapsbetrokkenheid by die bestuur van hospitale. Die volgende funksies van 'n hospitaalraad kan 'n bydrae lewer om die deelname van verbruikers te bevorder:

- Om die Provinsiale regering, die hoof van die Departement van Gesondheid en die Hoof uitvoerende beampte van die hospitaal te adviseer en aanbevelings te maak met betrekking tot die beheer van die hospitaal.
- Om die gemeenskap se behoeftes en prioriteite aan die hospitaalbestuur bekend te stel, klagtes te kanaliseer, die gemeenskap in te lig oor ontwikkelinge by die hospitaal en die Provinsiale regering in te lig oor die bestuur van die hospitaal.
- Om die hospitaal se werksverrigting te monitor, deur inspeksies van die fasiliteite, gronde, die maandelikse finansiële state, pasiënt statistieke en om die hoof van die Departement in te lig oor sake wat die hospitaalbestuur nie verklaar nie.
- Om jaarliks operasionele planne te monitor, te verseker dat hospitaal beleid en strategieë binne die raamwerk van Nasionale en Provinsiale gesondheidsbeleid plaasvind en om personeelprobleme te hanteer wat nie volgens normale prosedures hanteer kan word nie.

Hospitaalrade moet verteenwoordigend wees van die gemeenskappe wat bedien word en is 'n belangrike kommunikasiekanaal na en vanaf die betrokke gemeenskappe. Die doen van verantwoording, kan 'n bydrae lewer om effektiewe en gehalte sorg te bevorder.

- Vrystaat Provinsiale Gesondheidswet, Wet nr. 8 van 1999

Die Vrystaat Provinsiale Gesondheidswet (1999:41) beskryf die volgende:

- Provinsiale en Distrikgesondheidstrukture met die verantwoordelikheid om toe te sien dat 'n sekere pakket van gesondheidsdienste gelewer word.
- 'n Hoë premie word geplaas op intersektorale samewerking en die aanmoediging van gemeenskappe om deel te neem aan die bestuur van gesondheidsdienste. Gemeenskapsgebaseerde organisasies word betrek by die ontwikkeling van programme om die sosiale en fisiese welsyn van gemeenskappe te bevorder. Persone met gestremdheid moet daarom gekonsulteer word om gesondheidsprobleme te identifiseer en toepaslike oplossings daarvoor te kry.

- Primêre rehabilitasiedienste in die gemeenskap vir persone met gestremdheid word deur die wet (1999:49) bevorder en is ‘n positiewe ontwikkeling, aangesien persone met amputasies se rehabilitasie dan nie eindig wanneer die persoon uit die hospitaal ontslaan word nie, maar in die gemeenskap voortgesit word.

In lyn met bogenoemde wette het beleidsdokumente ontwikkel wat op persone met fisiese gestremdheid betrekking het.

### **6.1.2 Beleidsvoorskrifte ten opsigte van persone met fisiese gestremdheid**

Beleidsdokumente gee gestalte aan die mens- en wêreldbeskouing van ‘n land of Provinsie op ‘n sekere tydstip en is volgens Kerson (1997:19) “... a definite course of action that a government, an organization, or a group has decided to take in order to function in a certain situation”. Relevante aspekte van beleidsdokumente word bespreek om die invloed daarvan op die lewenskwaliteit van persone met fisiese gestremdheid en die ontwikkeling van strategieë vir dienslewering te bepaal.

- Witskrif vir ‘n Geïntegreerde Nasionale strategie ten opsigte van gestremdheid

In Suid-Afrika is die mees resente en invloedrykste beleidsdokument oor gestremdheid die Witskrif vir ‘n Geïntegreerde Nasionale strategie ten opsigte van gestremdheid. Die belangrikste bydrae van dié witskrif (1997:20-46) is om persone met gestremdheid se posisie in die samelewing uit te lig en onderstaande doelwitte vir hulpverlening te stel.

- Voorkoming: die meerderheid van gestremdhede kan voorkom word, gevolglik is maatreëls nodig om siektes en ongelukke te voorkom wat tot gestremdheid kan lei. Sekondêr word genesing, die voorkoming van komplikasies of die vertraging van die progressiewe verloop van die inkorting nagestreef, met die bevordering van gesonde lewenswyses en beskermingsmaatreëls, soos immunisering.
- Opvoeding van die publiek en die verhoging van bewustheid: gestremdheid word as ‘n probleem voorgestel en die negatiewe houdings van persone sonder gestremdheid blokkeer persone met gestremdheid se integrasie in gemeenskappe. Bewustheid van persone met gestremdheid se menseregte moet bevorder word, asook geleenthede vir hul ontwikkeling. ‘n Afname in diskriminasie moet nagestreef word en die waarde van verskeidenheid moet gerespekteer word.

- **Gesondheidsorg:** sluit mediese behandeling, verpleegsorg, tuisversorging en rehabilitasiedienste op 'n binne- en buite-pasiënt basis in. Sensitieweit vir die behoeftes van persone met gestremdheid moet ontwikkel.
- **Rehabilitasie:** toegang tot rehabilitasiedienste kan die verskil maak tussen 'n geïsoleerde en ekonomies afhanklike bestaan en die speel van 'n aktiewe rol in die samelewing. Die doel is om persone met gestremdheid in staat te stel om optimaal te funksioneer, hulpmiddels te voorsien wat tot groter onafhanklikheid lei, die omvang van die gestremdheid te beperk en om die besondere behoeftes van die verskillende groepe van persone met gestremdheid in ag te neem.
- **Blokkasie van vrye toegang:** die wyse waarop persone met gestremdheid se omgewing georganiseer is, dra grootliks by tot die vlak van onafhanklikheid en gelykwaardigheid wat geniet word. Probleemareas sluit strukturele blokkasies, ontoeganklike toegange, swak dorpsbeplanning en swak binnenshuise versiering in.
- **Vervoer:** die spoedige ontwikkeling van 'n publieke vervoersisteem wat buigsaam en toeganklik is, want gebrekkige vervoer verhinder die integrasie van persone met gestremdheid in die samelewing.
- **Data, inligting en navorsing:** gebrekkige inligting bestaan oor die omvang en dinamika van die probleme wat met gestremdheid gepaard gaan. Die versameling van data en navorsing oor die lewensomstandighede van persone met gestremdheid is nodig en persone met gestremdheid moet volle toegang hê tot inligting wat hul lewens raak.
- **Opvoeding:** die beperkte kapasiteit van spesiale skole en ontoeganklike skoolsisteme bring mee dat persone met gestremdheid, veral in landelike gebiede, nie geleentheid tot opvoeding en opleiding het nie. Skole moet verkieslik kinders met 'n verskeidenheid van behoeftes kan hanteer.
- **Indiensneming:** werkloosheid is 'n fundamentele probleem vir die meerderheid van persone met gestremdheid. Doelwitte is om gelyke geleenthede vir indiensneming te skep, werksmoontlikhede te vermeerder en werksintegrasie te fasiliteer.
- **Menslike hulpbronne ontwikkeling:** die ontwikkeling van kapasiteit is nodig om die sirkel van armoede en onderontwikkeling te verbreek.
- **Maatskaplike welsyn en gemeenskapsontwikkeling:** welsynsdienste moet gerig wees op die integrasie van persone met gestremdheid in die aktiwiteite van gemeenskappe. Die heroriëntering van maatskaplike werkers moet



gefasiliteer word om voorsiening te maak vir meer sensitiewe en geïntegreerde gemeenskapontwikkelingsprosesse.

- Sosiale sekuriteit: die ontwikkeling van 'n sosiale sekuriteitsstelsel wat 'n veiligheidsnetwerk vorm in plaas van ongekoördineerde, onvoldoende en administratiewe sisteme wat deur bedrog gekenmerk word. Inligting moet voorsien word oor die voordele, die kriteria om te kwalifiseer en om ondersteuning te verleen waar probleme ondervind word.
- Behuising: as gevolg van beperkte fondse het min persone met gestremdheid toegang tot onafhanklike behuising en beskikbare behuising is dikwels oorbevolk en ontoereikend. Ander woon in inrigtings met geen of weinig inspraak in hul omstandighede.
- Sport en ontspanning: deelname is belangrik en spesiale fasiliteite is nodig om sportdeelname vir ontspanning en kompetisie moontlik te maak.

Die Witskrif is 'n belangrike ontwikkeling, om die basiese regte en waardigheid van persone met fisiese gestremdheid te beskerm en slaag daarin om persone met gestremdheid se praktiese behoeftes te omskryf. Ander behoeftes wat persone met gestremdheid mag ervaar, soos tuisversorgingsdienste en geestelike sorg sou by bogenoemde fokusareas gevoeg kan word. Persone met fisiese gestremdheid se deelname aan hoofstroom-aktiwiteite en die inkleding van dienste is alleenlik verseker indien hulle aktief aan politieke besluitneming en die uitoefening van gesag en kontrole kan deelneem (Finkelstein 1993a:15). Daarom behoort beleidsvoorskrifte persone met fisiese gestremdheid nie in terme van die probleme wat hulle ervaar, te hanteer nie, maar as aktiewe deelnemers wat beheer uitoefen oor die dienste wat ontwikkel word.

Die beleidskrif kan die indruk skep dat persone met gestremdheid spesiale behoeftes het, wat die betrokkenes se siening van hulself as waardevolle individue met 'n betekenisvolle bydrae, kan benadeel. “[T]his image of disabled people as victims who need special care; special being synonymous with separate. This victim status undermines development of a positive personal identity which is ultimately necessary to overcome the political oppression it fights against” (Peters 1996:217). Persone met gestremdheid se besondere behoeftes, wat per implikasie nie ooreenstem met mense sonder gestremdheid nie, plaas hulle in die rol van 'n slagoffer, met die risiko om nie as 'n volledige en selfstandige persoon behandel te word nie.

Die Witskrif identifiseer slegs aspekte wat deur hulpverleningsdienste aangespreek behoort te word, sonder om riglyne vir die praktiese implementering te verskaf. Dit is nie bekend

tot watter mate hierdie beleidsdokument die lewenskwaliteit van persone met fisiese gestremdheid prakties verbeter het nie. Die afdwingbaarheid van die riglyne en die wyse waarop persone met fisiese gestremdheid by diskoerse betrek word, sal die waarde van die dokument bepaal. Die monitering van menseregte word deur die Menseregte kommissie van die Republiek van Suid-Afrika gedoen en die behoefte bestaan dat die Suid-Afrikaanse Federale Raad vir Gestremdheid hiermee sal saamwerk om gelyke gleenthede vir persone met gestremdheid te monitor.

- “National Rehabilitation Policy”

Dié dokument verskaf ‘n strategiese raamwerk vir rehabilitasiedienste. Dit dien as ‘n voertuig om gelyke geleenthede te skep, die regte van persone met gestremdheid te bevorder en om sake soos armoede en ongelyke sosio-ekonomiese omstandighede aan te spreek. Nasionale doelwitte vir rehabilitasiedienste (Department of Health 2000:2-3) is:

- Om die toeganklikheid van rehabilitasiedienste, vir persone met toestande wat tot gestremdheid kan lei en diegene wat met gestremdheid saamleef, te verbeter. ‘n Voorbeeld is om in die mees afgeleë dorpe strukture daar te stel om persone met gestremdheid te ondersteun.
- Bevorder meganismes vir intersektorale samewerking, ten einde ‘n omvattende rehabilitasieprogram te implementeer. Dit impliseer dat staatsdepartemente met ander sektore sal saamwerk, in belang van persone met gestremdheid. In die kantoor van die Staatspresident is die “Office on the status of Disabled People” daargestel om die koördinasie en monitering van dienste te bevorder.
- Om die toekenning van toepaslike hulpbronne te fasiliteer en die optimale gebruik daarvan aan te moedig. Hulpbronne verwys na menslike hulpbronne, finansiële steun, hulpverleningsprogramme en dienste.
- Fasiliteer menslike hulpbronne, wat diensverskaffers en verbruikers insluit. Gesondheidswerkers moet binne die raamwerk van Nasionale beleidsdokumente opgelei word. Kennis en vaardighede moet optimaal gebruik word om koste effektiewe dienste met die maksimum dekking te verseker. Die gelyke verspreiding van gesondheidswerkers deur die land en vennootskappe met persone met gestremdheid is uitdagings wat hieruit voortspruit.
- Moedig die ontwikkeling en implementering van strategieë vir die monitering en evaluering van rehabilitasieprogramme aan. Monitering impliseer die verskaffing van standaard inligting, probleemoplossing en aanpassings om gestelde doelwitte te

bereik. Evaluering is nodig om die effektiwiteit van programme te bepaal en om op grond daarvan nuwe beleid, programme en projekte te beplan.

- Verseker die deelname van persone met gestremdheid in die beplanning, implementering en monitering van rehabilitasieprogramme aan. Vennootskappe tussen rolspelers is nodig, wat op die beginsels van respek en waardigheid berus.
- Moedig navorsingsinisiatiewe oor rehabilitasie en verwante sake aan, aangesien dit voorheen afgeskeep was.

Riglyne vir die praktiese implementering van bogenoemde is die verantwoordelikheid van die verskillende hulpverskaffers. Die uitdaging is om in die lig van die doelwitte realistiese aksieplanne te beplan. Die verbetering van bestaande dienste en hulpbronne, in terme van toeganklikheid en effektiwiteit, sal veral op die gebrekkige dienste in landelike gebiede moet fokus. Die ontwikkeling van samewerking en strategieë om rehabilitasiedienste op alle vlakke van gesondheidsorg te lewer, is 'n belangrike prioriteit.

Die toeganklikheid van rehabilitasiedienste word bepaal deur die lokalisasie van die dienste, blokkasies wat persone met amputasies verhinder om die dienste te gebruik en leemtes in die verwysingsstelsel tussen die bestaande gesondheidsorgstrukture. Brechin en Liddiard (1981:25) wys tereg daarop dat toeganklike dienste nie voldoende is nie, maar dat toegang tot toepaslike dienste nodig is. Die moontlikheid bestaan dat die beskikbare dienste, nie toepaslik vir die behoeftes van persone met amputasies is nie. Die spesifieke verwysing na persone met gestremdheid se aktiewe deelname aan die implementering van hulpverleningsprogramme word as 'n belangrike ontwikkeling beskou, met die uitdaging om dit deel van die praktyk van rehabilitasiedienste te maak.

- “Free State Rehabilitation Policy”

Die Vrystaatse Departement van Gesondheid, Subdirektoraat Gestremdheid en Rehabilitasie se doel is om primêre gesondheidsorgprogramme te voorsien wat toeganklike en bekostigbare rehabilitasie in gemeenskappe bevorder. “This policy should also serve as a vehicle to bring about equalization of opportunities and enhance human rights for persons with disabilities” (Free State Provincial Department of Health 2006a:3). ‘n Verdere doelwit is om ‘n gesonde balans tussen inrigtings- en gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie te verseker. Die rolle van die Provinsiale Subdirektoraat en die bestuurders van distrikgesondheid se rehabilitasiedienste word omskryf, maar geen riglyne word verskaf vir die bestuur van rehabilitasieprogramme in hospitale nie. Rehabilitasiedienste in hospitale is die verantwoordelikheid van die hospitaalbestuur en professionele terapeute,

wat verskille meebring in die organisering van die dienste wat gelewer word. Hierdie leemte is onder die aandag van die Subdirektoraat Gestremdheid en Rehabilitasie gebring en rehabilitasie-terapeute van streekshospitale word sedert 2008 by Provinsiale vergaderings oor rehabilitasiedienste betrek.

Die beleidsdokument lig die volgende beginsels vir rehabilitasiedienste uit (Free State Provincial Department of Health 2006a:4-5):

- Gelykwaardigheid: alle mense het inherente waarde, is geregtig op gelyke regte en het dieselfde verantwoordelikheid. Die uniekheid van elke mens se vermoëns word erken. Gelyke behandeling wat mense se verskille aanvaar, is daarom belangrik.
- Sosiale geregtigheid en gelykheid: dienste moet voorsiening maak vir geïndividualiseerde versorging, opleiding en werksgeleenthede, aangesien dit bydra tot integrasie, onafhanklikheid en selfverwesenliking. Gelyke toegang tot dienste moet op alle vlakke van gesondheidsorg plaasvind. Die positiewe houdings van professionele persone, werkgewers en gemeenskappe moet bevorder word om die optimale gebruikmaking van rehabilitasiedienste en hulpbronne te verseker.
- Solidariteit: die bevordering van menslike lewe en gelyke geleenthede vir persone met spesiale behoeftes moet as 'n voorreg beskou word en nie as liefdadigheid nie. Verbruikers van rehabilitasiedienste, moet die versorgingsetos en toewyding van gesondheidswerkers beleef.
- Integrasie en deelname: deelname aan hoofstroomaktiwiteite sal persone met gestremdheid help om die vriendskap en erkenning van andere te beleef, wat hul ervaring van menswaardigheid sal bevorder.
- Waardigheid: om mense met gestremdheid met respek te behandel blyk uit die gelykheid van mense, met gelyke regte, geleenthede vir selfvervulling en volledige deelname in die gemeenskapslewe.

Bogenoemde beginsels het ten doel om samewerking op gelyke vlak tussen persone met en sonder fisiese gestremdheid te bewerkstellig. Dit vereis begrip en respek vir mekaar se ervaringe, potensiaal en beperkinge, asook die bereidheid om van mekaar te leer.

- “Assistive devices provisioning policy”

Die doel van die beleidstuk is om die voorsiening van mediese hulpmiddels op alle vlakke van gesondheidsorg te bestuur. Die voorsiening van 'n mediese hulpmiddel in die vroeë

stadium van die ontwikkeling van 'n matige inkorting, kan voorkom dat dit ernstig word of dat komplikasies ontwikkel. Die gebruik van hulpmiddels is een wyse om vir die verlies of beperking van 'n liggaamsfunksie te kompenseer. Op Provinsiale vlak word fondse bewillig vir die aankoop van mediese hulpmiddels (Free State Provincial Department of Health 2006a:3). Streekshospitale versprei mediese hulpmiddels aan persone met gestremdheid wat vir gratis gesondheidsdienste kwalifiseer, of wat nie oor voldoende fondse of 'n mediese fonds beskik om vir die hulpmiddels te betaal nie. 'n Lys van beskikbare hulpmiddels maak voorsiening vir mobiliteits inkortings, prosteses en kunsmatige ledemate. Riglyne word verskaf oor watter mediese hulpmiddels (byvoorbeeld krukke, kieries, looprame, rolstoele en prosteses) op watter vlak van gesondheidsorg beskikbaar sal wees, vir assessering en behandelingsdoeleindes. Die vereiste word gestel dat slegs personeel wat toepaslik opgelei is (byvoorbeeld fisioterapeute, arbeidsterapeute en mediese dokters), dit mag bestel en uitreik. Kliënte moet opleiding ontvang in die korrekte gebruik van die hulpmiddel en is verantwoordelik vir die instandhouding van die hulpmiddel. Die gesondheidsinstelling wat die hulpmiddels uitgereik het, is verantwoordelik vir die vervanging daarvan wanneer nodig.

Die belangrikheid van mediese hulpmiddels, om persone met gestremdheid te bemagtig en hul funksionering in hul omgewing te bevorder, word met hierdie beleidsdokument onderstreep. Verbeterde mediese behandeling, soos tydige sjirurgie en die beheer van infeksies, het persone met amputasies se lewensverwagting verleng en die behoefte aan hoogs tegnologiese hulpmiddels gestimuleer.

- “Policy on Free health services for people with disabilities”

Gratis gesondheidsorg vir persone met gestremdheid is beskikbaar vir diegene wat nie private gesondheidsorg kan bekostig nie of nie die dekking van 'n mediese fonds het nie. Die regte van persone met gestremdheid om toegang tot gesondheidsorg te hê word beskerm en die beleid moet verstaan word in die lig van maatreëls om armoede te verlig. Die verskynsel van dubbele onderdrukking, naamlik dat gestremdheid armoede veroorsaak en dat armoede weer gestremdheid veroorsaak, word sodoende aangespreek. Gratis gesondheidsorg aan persone met gestremdheid het die volgende doelwitte (Vrystaatse Provinsiale Department van Gesondheid 2004:3):

- Verbeter die gesondheidstatus en lewenskwaliteit van persone met gestremdheid.

- Verkry groter gelykheid, in terme van gezondheidstatus, onafhanklikheid, sosiale en werksdeelname, in vergelyking met die algemene publiek.
- Die verbetering van kliënte se tevredenheid met dienste.
- Verminder die kostes, wat sou bestaan indien die diens nie gelewer word nie.

Die verskaffing van gratis mediese behandeling het met ander woorde die doel om persone met gestremdheid, wat nie mediese sorg kan bekostig nie, se lewenskwaliteit en gezondheid te verbeter en om dienste meer toeganklik te maak.

Persone wat 'n matige tot ernstige verlies van 'n liggaamsfunksie of vermoë tot deelname aan lewensaktiwiteite ervaar, nadat die verlies of probleem tot die maksimum herstel of gekontroleer is, kwalifiseer vir gratis gesondheidsorg by 'n streekshospitaal. Die volgende kriteria word gebruik om te bepaal watter persone met gestremdheid vir gratis dienste kwalifiseer (Vrystaatse Provinsiale Department van Gesondheid 2004:12):

- Permanente gestremdheid, wat langer as een jaar duur.
- Matige tot ernstige probleme met beweging, rondbeweeg, selfversorging, leer, kommunikasie, gesprekvoering, sig en gehoor.
- Probleme met deelname in psigo-sosiale lewensomstandighede, soos byvoorbeeld interpersoonlike interaksie.
- Enige persoon wat gediagnoseer is met chroniese, onomkeerbare psigiatriese gestremdheid of demensie, ongeag fluktuasies wat in die toestand mag bestaan.
- Verswakte bejaardes, wat meer as agtien uur per dag versorging benodig.
- Langtermyn geïnstitutionaliseerde persone, ouetehuis inwoners uitgesluit, tensy hulle aan bogenoemde kriteria voldoen.

Professionele rehabilitasie-terapeute (vgl. 6.2.4), wat die hospitaal maatskaplike werker insluit, is verantwoordelik om persone met gestremdheid te assesseer en volgens bogenoemde kriteria as permanent gestremd te klassifiseer.

Gratis gesondheidsorg gee praktiese uitdrukking aan die huidige regering se doelwit om toeganklike en bekostigbare gesondheidsorg vir persone met gestremdheid beskikbaar te stel. Die praktiese implementering van die beleidsdokument het landswyd gefragmenteerd verloop, hoofsaaklik as gevolg van onvoldoende professionele terapeute om die assessering op die voorgeskrewe wyse te doen.

- “Draft policy: Accessibility – A design guide for a barrier free environment”

Die doel van die beleidsdokument is om riglyne te gee vir die verwydering van hindernisse wat werksgeleenthede vir persone met gestremdheid in die staatsdiens blokkeer (Free State Department of Social Development 2005:1). Die doel is om werknemers in staat te stel om hul take en funksies te verrig, sonder betekenisvolle moeite of risikos. Dit mag aanpassings van die persoon met gestremdheid se pligte, take of die werksomgewing insluit (Free State Department of Social Development, 2005:3). Die fokus is op alle staatsgeboue (wat Provinsiale hospitale insluit), maar kan later na geboue van die privaat sektor en werksplekke in die gemeenskap uitgebrei word.

Die toeganklikheid van geboue geniet besondere verwysing en wil die effektiewe gebruik van ‘n perseel, gebou of fasiliteit deur ‘n persoon met gestremdheid bevorder. Die toeganklikheid van ‘n fasiliteit berus op die evaluasie van die persoon met gestremdheid, om te bepaal of dit veilig, gemaklik en gerieflik is om te gebruik. In die lig hiervan sal ‘n persoon met fisiese gestremdheid byvoorbeeld nie sê: “ek kan nie trappe klim nie”, meer eerder die vraag vra: “waarom het hierdie gebou nie ‘n oprit nie?”. Die toeganklikheid van streekshospitale word periodiek deur arbeidsterapeute geassesseer, met die doel om die bestuur bewus te maak van leemtes in die verband.

Die effektiwiteit van die beleidsdokumente lê opgesluit in die mate waarin dit slaag om gelyke toegang tot geleenthede vir persone met fisiese gestremdheid te skep, om hul menswees te verweselik en hulp te ontvang wat ‘n geïntegreerde lewe bevorder. Maatskaplike beleid ten opsigte van gestremdheid poog om die betrokkenes se potensiaal maksimaal te ontwikkel, onafhanklikheid en produktiwiteit te bevorder, in ‘n omgewing met so min as moontlik beperkinge.

Gesondheidsorg in Suid-Afrika word op verskillende vlakke van ingryping gelewer, gevolglik is dit nodig om die sekondêre diens wat streekshospitale lewer, te eksploreer.

### **6.1.3 Die vlakke van Nasionale gesondheidsdienste**

Volgens die Nasionale Gesondheidswet (2004:42) word gesondheidsorg in kategorieë van dienslewering geklassifiseer. Die volgende bepaal die dienstepakket van ‘n gesondheidsinstelling:

- Die rol en funksie van die diens binne die Nasionale gesondheidsstelsel.

- Die grootte en lokalisasie van die gemeenskappe wat bedien word.
- Die aard en vlak van dienslewering wat voorsien kan word.
- Geografiese en demografiese faktore.

Die doel van die wet is om gesondheidsdienste in ooreenstemming met Nasionale norme en standaarde te struktureer en om geïntegreerde en gekoördineerde raamwerk van dienste daar te stel.

Gesondheidsorg in Suid-Afrika word op drie vlakke, naamlik primêre, sekondêre en tersiêre behandeling, gelewer. Primêre gesondheidsorg (daar word ook verwys na vlak een dienste) is 'n voorkomende program wat basiese gesondheidsorg voorsien en het toeganklike en gratis gesondheidsdienste ten doel. Sekondêre gesondheidsorg (ook vlak twee dienste genoem) voorsien terapeutiese behandeling en sekere gespesialiseerde programme. 'n Streekshospitaal val in hierdie kategorie en sluit komplekse sjirurgie (soos 'n amputasie), rehabilitasiedienste en die verskaffing van ortopediese hulpmiddels in. Tersiêre gesondheidsdienste (ook vlak drie genoem) is super-gespesialiseerd en word deur die kundigheid van mediese spesialiste en gevorderde tegnologiese toerusting gekenmerk.

Volgens die Vrystaat Provinsiale Gesondheidswet, Wet nr. 8 van 1999 (1999:35), vereis omvattende gesondheidsorg dat elke vlak van dienslewering toeganklik, bekostigbaar, effektief en geïntegreerd sal wees en voorsiening maak vir die bevordering van gesondheid, voorkomende, kuratiewe en rehabilitasiedienste. Gesondheidsdienste moet die duplisering en fragmentering van dienste vermy, die kwaliteit van dienste verseker en die effektiwiteit van dienste monitor. 'n Kontinuum van gesondheidsorg is met ander woorde nodig om omvattende gesondheidsdienste te verskaf.

#### **6.1.4 Die strategiese doelwitte van 'n streekshospitaal**

Binne die bestuursraamwerk van die Vrystaatse Departement van Gesondheid vorm 'n streekshospitaal deel van program vier (Free State Provincial Department of Health 2006c:67). Die visie en missie van gesondheidsorg in die Vrystaat gee uitdrukking aan die waardes van gesondheidsorg in die Provinsie. Die Vrystaatse Departement van Gesondheid (2004:8) se visie is: "A healthy and self-reliant Free State community." Die missie van die Vrystaatse Provinsiale Departement van Gesondheid (2006b:6) wat hieruit voortvloei is, om:

- Kwaliteit, toeganklike en omvattende gesondheidsorg vir Vrystaatse gemeenskappe te voorsien.



- Die hulpbronne optimaal te gebruik, ten einde 'n diens te lewer wat deur omgee en meelewing gekenmerk word.
- Poog om personeel en ander rolspelers te bemagtig en hul potensiaal te ontwikkel.

Gesondheidsdienste is daarom op die bevordering van 'n onafhanklike lewenswyse, goeie gesondheid en die beperking van die gevolge van siektetoestande gerig. Gewenste uitkomst word beperk deur die beskikbare hulpbronne, verbruikers se samewerking en faktore in die omgewing wat verbruikers se gesondheid negatief beïnvloed.

Boitumelo hospitaal onderskryf die visie van die Vrystaatse Departement van Gesondheid en het die volgende missie (Boitumelo hospitaal 2006:1): “In order to establish a healthy and self-reliant Northern Free State community, Boitumelo Regional Hospital endeavors to provide a Health Care Service which is predominantly of a level 2 variety, is of a high quality, is cost-effective and is offered with compassion to the people of the Northern Free State region. We aim to achieve this through empowered staff who implement and maintain appropriate standards, adhere to Batho Pele principles, the Patient’s Right charter and performance management frameworks. In addition we will strive for sustainability through continuous monitoring, service quality improvements and optimizing the use of our resources.” Die missie veronderstel dat die hospitaal oor die nodige fasiliteite, bestuur, kundige personeel, dienste en fondse sal beskik om algemene en spesialis mediese dienste te lewer. Die missie verskaf 'n raamwerk vir hulpverlening aan persone met amputasies binne die etos van 'n mensgesentreerde diens en strewe na kwaliteit hulpverlening, met die hulpbronne beskikbaar.

'n Streekshospitaal kan vergelyk word met 'n komplekse hulpverleningsorganisasie en hospitaalsorg word deur spesialisasie en 'n burokratiese stelsel gekenmerk, wat op meetbare uitkomst ingestel is. VanderZee (1993:36) waarsku tereg: “While presuming to accept and be sensitive to a patient’s feelings and opinions, the implicit goal is to manage, direct, or even change those feelings and attitudes, presumably in the patient’s best interest.” Meetbare doelwitte en die effektiewe bestuur van hospitaaldienste het die risiko om nie noodwendig tot die pasiënte, se voordeel te strek nie, daarom behoort rekening gehou te word met die betekenis wat persone met amputasies aan behandeling heg.

### **6.1.5 Die dienstepakket van Boitumelo Streekshospitaal**

Boitumelo hospitaal verskaf 'n omvattende reeks van dienste, wat bestaan uit vlak een dienste, vir die Moqhaka munisipale area wat nie 'n gemeenskapshospitaal het nie, vlak

twee dienste vir die Fezile Dabi gesondheidsdistrik (vgl. tabel 2) en 'n beperkte aantal vlak drie dienste, met behulp van die uitreikingsdienste van twee tersiêre hospitale in Bloemfontein (Universitas hospitaal en Free State Psychiatric Complex). Die dienstepakket van Boitumelo Streekshospitaal sluit die voorsiening van narkose, diagnostiese radiografie, interne medisyne, algemene sjiurgie, ortopedie, pediatrie en nageboortesorg, obstetrie en ginekologie, geestesgesondheid en rehabilitasiedienste in (Boitumelo Hospitaal 2006:6). Boitumelo Streekshospitaal beskik met ander woorde oor die dienste om persone met amputasies te behandel, naamlik voor- en na-operatiewe behandeling, sjiurgie, rehabilitasie en ortopediese nasorg.

Primêre gesondheidsdienste vir die dorpe Kroonstad, Viljoenskroon en Steynsrus sluit voorkoming en opvoedkundige dienste in, asook die behandeling van nie-gekompliseerde gevalle. Sekondêre dienste sluit die doen van amputasies in en gekompliseerde gevalle, word na tersiêre hospitale verwys. Die ortetika en prostetika werkswinkel, wat op die terrein van Lejweleputswa distrikgesondheidsdienste in Welkom gehuisves word, besoek Boitumelo Hospitaal se ortopediese kliniek weekliks om kunsledemate en prosteses te verskaf. Uitreikingsdienste, om rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal te versterk, word nie deur 'n tersiêre hospitaal gelewer nie. Provinsiale hospitale in die Vrystaat beskik nie oor 'n afsonderlike saal/eenheid vir rehabilitasiedienste nie.

## **6.2 DIE KLINIESE BEHANDELING VAN PERSONE MET AMPUTASIES IN 'N STREEKSHOSPITAAL**

Die behandeling van fisiese gestremdheid word in die hospitaal gedomineer deur die mediese behandeling daarvan, tog het 'n verskeidenheid van professies gevestig geraak as deel van die rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal.

### **6.2.1 Multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in 'n Streekshospital**

Die kompleksiteit van faktore wat 'n rol speel in die fisiese gestremdheid van persone met amputasies het die behoefte aan holistiese hulpverlening en 'n multi-dissiplinêre benadering tot gevolg gehad het. Die integrasie van dienste deur verskillende professionele gesondheidsorgwerkers en effektiewe spanwerk vorm die teenpool van gefragmenteerde hulpverlening.

### 6.2.1.1 Holistiese hulpverlening

Die holistiese benadering vir die behandeling van persone met amputasies kan as ‘n uitbreiding van die tradisionele biomediese benadering beskou word, aangesien die mens se behoeftes in totaliteit aandag geniet. Verskillende professies fokus op ‘n sekere faset van menswees, met die doel om omvattende dienste vir persone met amputasies te verskaf. Voordele is volgens Ross en Deverell (2004:6) dat die spanlede meer werksbevrediging ervaar, die standaard van dienste word verbeter, professionele persone se kennis en vaardighede word verbreed en bewustheid van die biopsigososiale aard van gesondheid en hulpverlening word bevorder.

Die holistiese benadering vir die behandeling van persone met amputasies is gebaseer op die werklikheid dat ‘n amputasie nie net die verlies van ‘n ledemaat beteken nie, maar die totale mens in al sy verhoudinge raak. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing sluit hierby aan en streef na die mens se heling op alle gebiede van sy menswees. Allen (1995:10) sê: “Health, therefore, ought to mean wholeness, or an integration or harmony between body, mind and spirit, between the individual and others, and between the individual, nature and God.” Heelheid vir die mens beteken met ander woorde dat alle fasette van menswees tot ‘n sinvolle geheel geïntegreer word en die herstel van verhoudinge op alle vlakke. Hulpverlening vanuit die Christelike beskouing beskou heling op geestelike gebied, naamlik die mens se verhouding met God Drie-enig as ‘n belangrike komponent van hulpverlening aan persone met amputasies. Noue samewerking met geestelike leiers en die Christelike kerk word daarom aanbeveel in die assessering van behoeftes en hulpverlening. Die praktyk van gesondheidsorg gee weinig, indien enige, aandag aan die mens as geestelike wese en die positiewe rol wat geestelike heling in persone met amputasies se hulpverlening speel. Die maatskaplike werker wat hulp volgens die Christelike beskouing lewer, het ‘n fasiliterende rol en dialoog oor persone met amputasies se behoefte aan geestelike begeleiding, kan ‘n bydrae lewer om holistiese hulpverlening te verseker.

Holistiese hulpverlening is ‘n komplekse proses wat die sinvolle integrasie van die mens se behoeftes, verskillende vorme en vlakke van gesondheidsorg en die samewerking van verskeie professies en rolspelers insluit. Ontwikkelende lande soos Suid-Afrika het volgens Ross en Deverell (2004:6-7) verskeie uitdagings om te oorbrug, soos onvoldoende hulpbronne, die fragmentasie van die gesondheidsorgsisteem en ontoereikende verwysingsisteme. Om blokkasies te oorkom vereis dat gesondheidswerkers ‘n basiese

begrip moet hê van wat ander professies tot die hulpverleningsproses kan bydra en moet bereid wees om meer te doen as wat van 'n sekere professie verwag word. So kan daar byvoorbeeld van 'n mediese dokter verwag word om na pasiënte te luister en berading te doen, terwyl 'n hospitaal maatskaplike werker byvoorbeeld advies oor 'n gesonde lewenstyl kan verskaf.

### **6.2.1.2 Multi-dissiplinêre spanbenadering**

Sedert die begin van die twintigste eeu het die getal professies en organisasies wat dienste aan persone met fisiese gestremtheid lewer, drasties toegeneem (Brechtin en Liddiard 1981:4). Elke professie en organisasie het 'n unieke werksterrein en vervul verskillende funksies, wat baie verwarrend kan wees vir diegene wat die dienste gebruik. Daar bestaan nie voorskrifte oor die samestelling van 'n multi-dissiplinêre span nie dit word hoofsaaklik bepaal deur die strategiese doelwitte van gesondheidsdienste en die beskikbaarheid van professionele gesondheidswerkers by 'n gesondheidsinstelling.

Rehabilitasiedienste word deur 'n multi-dissiplinêre span gelewer, wat in die praktyk beteken dat die spanlede gemeenskaplike en afsonderlike doelstellings het. Die assessering van pasiënte en die beplanning van 'n behandelingsprogram word afsonderlik gedoen en tydens spanbesprekings met die ander spanlede bespreek. Gesamentlike doelwitte spruit gewoonlik uit die spanbesprekings voort, wat die beplanning van behandeling, herassessering, evaluering van vordering en besluite oor die afsluiting van behandeling kan insluit. Ross en Deverell (2004:6) waarsku "... the team cannot operate in a hap-hazard, problem-based way. Instead, objectives need to be clearly defined, strategies should be jointly constructed, and effective leadership must be implemented and respected." Effektiewe spanwerk is met ander woorde afhanklik van samewerking en leierskap om behandelingsdoelwitte en -programme te bespreek, met die doel om die verskillende dienste te koördineer. Volgens Van Zyl *et al.* (1997:10) is fragmentasie die grootste nadeel van multi-dissiplinêre spanwerk. 'n Interdissiplinêre benadering is meer wenslik, want alhoewel assesserings afsonderlik gedoen word, vind die beplanning van behandeling, die stel van doelwitte en besluitneming gesamentlik plaas.

Die koördinasie van die verskillende professies se hulpverleningsprogramme stel besondere eise aan die betrokke terapeute se kundigheid en vermoë tot samewerking. Die volgende vrae kan gebruik word om samewerking te bevorder:

- Hoe kan samewerking bewerkstellig en instand gehou word?
- Watter dienstestruktuur sal samewerking en effektiewe dienslewering bevorder?
- Hoe kan oorvleueling vermy word?
- Hoe kan kommunikasie tussen die spanlede bevorder word?
- Hoe kan die insette van al die rolspelers op 'n sinvolle wyse geïntegreer word?

Die uitdaging is om die verskillende professies as 'n span te laat saamwerk, en om die verskillende spanlede se hulpverleningsprogramme tot 'n eenheid te integreer.

Die erkenning van elke terapeut se bydrae in die hulpverleningsproses en hoe dit van ander s'n verskil het belangrike implikasies vir die multi-dissiplinêre span se effektiewe funksionering. Die fokus op die verdeling van take volgens professionele grense, kan die duplisering van take vermy. Dit hou egter nie rekening met die interaksie tussen invloede nie, want verandering in een aspek van die mens se lewe raak die totaliteit van die persoon se funksionering. Nieuwe samewerking is dus nodig om die fragmentering van die persoon se menswees te vermy. Volgens Brechin en Liddiard (1981:55) is samewerking die ineenvloeiing van rolle, eerder as 'n formele ooreenkoms en professionele etiket om nie op mekaar se tone te trap nie. 'n Hulpverleningsprogram behoort nie in isolasie geïmplementeer word nie, maar ander professionele dienste aan te vul. Professionele persone se insig in en respek vir die bydraes van ander spanlede is daarom nodig om die persoon met 'n amputasie as 'n eenheidswese te hanteer. Coyle (1997:338) stel voor dat elke dissipline se evaluasie van die pasiënt op spanvergaderings bespreek word, vir die formulering van hulpverleningsprogramme. Hammer en Kerson (1997:231) stem hiermee saam en stel die daaglikse bespreking van gevalle tussen die maatskaplike werker en ander spanlede voor. Daaglikse spanbesprekings is tydrowend en daarom nie prakties uitvoerbaar in streekshospitale, met 'n beperkte aantal rehabilitasie-terapeute, nie.

Kommunikasie tussen die verskillende lede van die multi-dissiplinêre span is 'n tweerigting proses. Die kwaliteit en kwantiteit van kommunikasie oor die dienste wat gelewer moet word, is bepalend vir die effektiwiteit en toepaslikheid van dienslewering. Gebrekkige kommunikasie is gewoonlik die resultaat van die onvermoë of onwilligheid om perspektiewe en kennis met mekaar te deel. Gebrekkige kommunikasie bring mee dat die spanlede nie van mekaar leer nie, dienslewering swak gekoördineer is, die interpretasie van inligting gebrekkig is en die uitkoms van die hulpverlening word beperk tot die bydrae van individue. Praktiese besluite behoort geneem te word om kommunikasiekanale te skep vir besprekings oor die persoon met 'n amputasie se behoeftes en vordering. Wedersydse respek en die toewyding van al die spanlede is nodig om sinvolle samewerking te verseker.

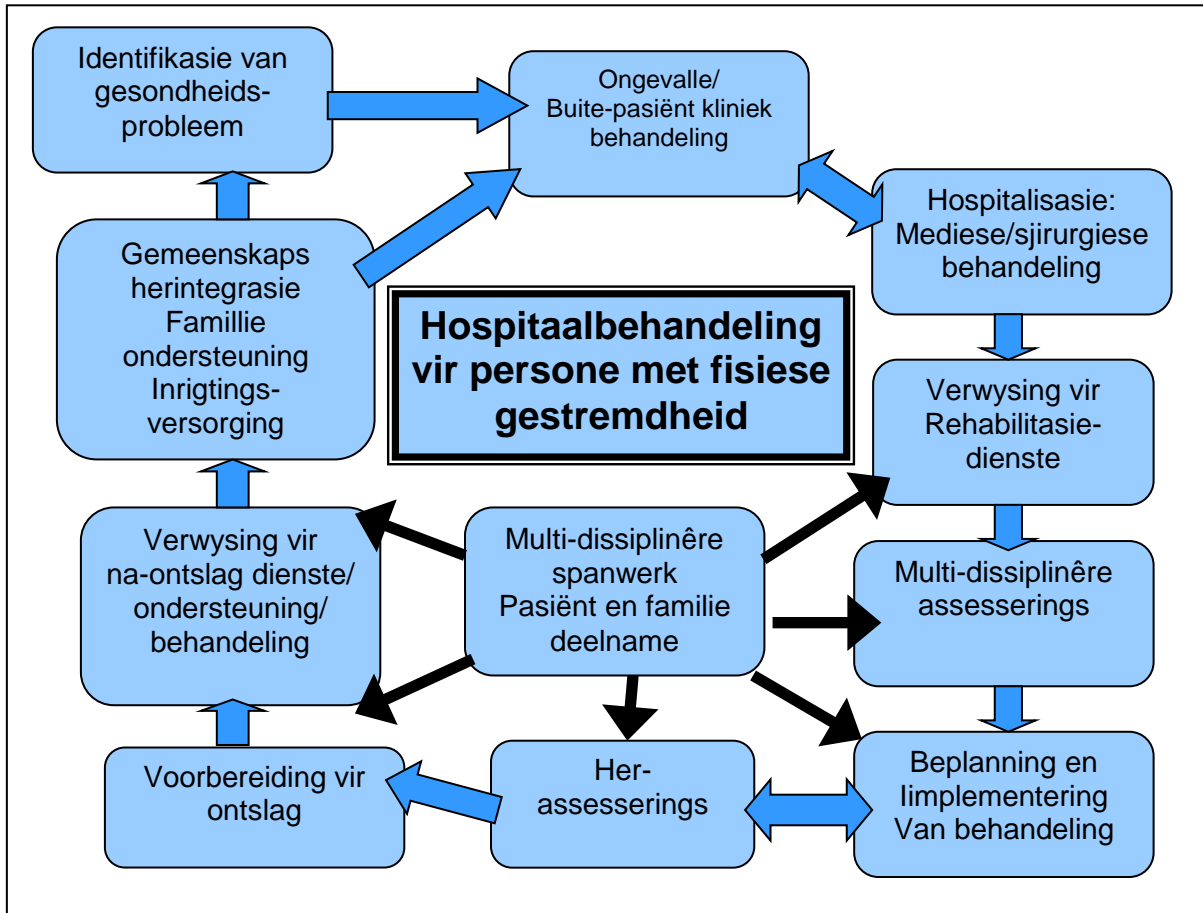
Dokumentasie oor die verloop van die hulpverleningsproses speel 'n belangrike rol om kommunikasie te fasiliteer en die effektiwiteit van dienslewering te evalueer.

Die wysiging van persone met amputasies se passiewe posisie na een van aktiewe deelname, vereis die kritiese ondersoek van die wyse waarop die multi-dissiplinêre span funksioneer en die bemagtiging van gespreksvennote. “Disabled people are increasingly involved in challenging such stereotypes and developing an alternative dignified perspective, one which recognizes disability as a human rights issue. This involves the struggle for choice, social justice and participation issues” (Barton 1996:13). Die potensiële gevaar bestaan dat persone met fisiese gestremdheid as belangrike rolspelers erken word, maar nie die gesag het om te verseker dat hul sienings in beleidsdokumente of dienslewering vervat word nie. Dit het tot gevolg dat persone met fisiese gestremdheid die passiewe ontvangers van 'n wye reeks van professionele ingryping bly. 'n Transdissiplinêre spanbenadering (Van Zyl *et al.* 1997:10) kan die individu, groep of gemeenskap se deelname verbeter, want persone met fisiese gestremdheid en hul familieledede word by sleutelaspekte van dienslewering betrek en wedersydse leerervaringe vind tussen die rolspelers plaas. Hierdie benadering het duidelike voordele, maar is afhanklik van voldoende terapeute en die fisiese beskikbaarheid van familieledede, wat huidiglik nie prakties moontlik is in die hospitaal waar die navorsing gedoen word nie.

Verskille bestaan op Provinsiale en plaaslike vlak oor die groepering van beroepe wat deel vorm van rehabilitasiedienste. Op Provinsiale vlak sluit die Sub-direktoraat Gestremdheid en Rehabilitasie die beroepe fisioterapie, arbeidsterapie, audiologie en spraakterapie, ortotika en prostetika en hospitaal maatskaplike werk in, terwyl in Boitumelo hospitaal vorm dieëtkunde en kliniese sielkunde ook deel van die rehabilitasiespan.

### **6.2.2 Pasiëntsorgproses**

Die kliniese behandeling wat persone met amputasies in 'n Provinsiale Streekshospitaal ontvang verloop nie volgens 'n linieêre proses nie, maar eerder 'n sirkulêre proses. Die behandeling van persone met fisiese gestremdheid kan heen-en-weer beweeg tussen die verskillende fases van die pasiëntsorgproses. Die pasiëntsorgproses in 'n streekshospitaal in die Noord-Vrystaat word in Figuur 1 uitgebeeld, asook die interaksie tussen die verskillende behandelingsfases.



**Figuur 1: PasiëntSORGPROSES in 'n Provinsiale Streekshospitaal**

Vervolgens word die behandelingsfases kortliks bespreek.

### 6.2.2.1 Hospitalisasie, aanmelding en vroeë identifikasie

Persone met amputasies in 'n streekshospitaal word meestal deur mediese dokters, verpleegpersoneel of tydens weeklikse multi-dissiplinêre saalrondes by die reabilitasiespan aangemeld. Dokters het die verantwoordelikheid om die pasiënt in te lig oor sy siektetoestand en die alternatiewe vir behandeling te verduidelik (Frayling 2010:79), daarom is dit noodsaaklik dat dokters ingelig sal wees oor die rol van die reabilitasiespan. Goeie samewerking tussen gesondheidswerkers en die korrekte implementering van die verwysingssisteem, is 'n voorvereiste om te verseker dat reabilitasiedienste in al die fases van die pasiëntSORGPROSES beskikbaar is. Die opleiding van gesondheidswerkers om persone met 'n hoë risiko vir maatskaplike probleme so spoedig as moontlik aan te meld, is belangrik om lang tydperke van hospitalisasie te vermy.

### **6.2.2.2 Krisishantering en hulpverlening voor die amputasie**

In gevalle van traumatiese insidente word die amputasie op dieselfde dag of so spoedig moontlik daarna gedoen. Die persoon en familie ervaar 'n krisis en skokreaksies mag voorkom, wat die behoefte aan berading en ondersteuning na vore bring. As gevolg van die beperkte tyd voor die operasie word pasiënte slegs in uitsonderlike gevalle na die rehabilitasiespan verwys. Terapeute werk gewoonlik volgens afspraak en het weinig tyd vir krisishantering. Voldoende personeelvoorsiening behoort die probleem te verbeter.

Persone met chroniese gesondheidsprobleme ontvang mediese behandeling in die hospitaal voordat daar op 'n amputasie besluit word. Hierdie persone word deur mediese en verpleegpersoneel op die operasie voorberei. Inligting oor die siekteverloop, vorme van behandeling, die voordele en nadele daaraan verbonde en die risiko's word bespreek, alvorens die nodige toestemming vir die amputasie verkry word. Familielede word sover as moontlik by die gesprekke betrek en in gevalle waar die pasiënt nie in staat is om toestemming vir die operasie te gee nie, kan familielede toestemming verleen. Die gebrek aan krisishantering en maatskaplikewerkdienste voor 'n operasie word as 'n leemte in die hulpverleningsproses beskou.

### **6.2.2.3 Hulpverlening na die amputasie**

Maatskaplikewerkhulpverlening sluit hoofsaaklik individuele onderhoude met pasiënte, familielede, versorgers of ander hulpverleners in (vgl. 6.4.2.3). In die lig van die narratiewe werkswyse is die doel van die gesprekke om die medewerking van die gespreksvennote bestaande en potensiële maatskaplike probleme te identifiseer, die volledige omskrywing van probleme, storievertelling, hervertelling van narratiewe, ontwikkeling van 'n gewenste toekomsverhaal en die skepping of aktivering van ondersteuningsisteme.

### **6.2.2.4 Rehabilitasiedienste en multi-dissiplinêre spanwerk**

Tydens weeklikse saalrondes en/of pasiënt besprekings word inligting oor die pasiënt se maatskaplike omstandighede, mediese behandeling, behoefte aan rehabilitasiedienste en maatskaplike probleme versamel. Die spanlede stel hulself aan die pasiënt voor en verduidelik dat die verskillende terapeute rehabilitasiedienste sal verleen.



Die assessering en herassessering van persone met amputasies (vgl. 6.4.2.2) word met die betrokkenes se toestemming met ander rehabilitasie-terapeute bespreek, hoofsaaklik tydens weeklikse pasiënt besprekings of tussen terapeute onderling. Gevallebesprekings vind nie in alle gevalle plaas nie en gebrekkige kommunikasie tussen die spanlede veroorsaak ongekoördineerde dienste, die nastrewing van uiteenlopende doelwitte en die lewering van dienste wat nie met die pasiënt se behoeftes en begeertes ooreenkom nie. 'n Komplekse netwerk van verhoudinge is nodig om sinvolle rehabilitasiedienste te verseker. 'n Span van gesondheidswerkers wat gemotiveerd en toegewys is om kwaliteit dienste te lewer, het die potensiaal om in belang van die pasiënt saam te werk.

#### **6.2.2.5 Voorbereiding vir ontslag en die herintegrasië in die gemeenskap**

Die bemagtiging van pasiënte, betekenisvolle ander en hulpbronne in die gemeenskap is nodig om persone met amputasies se herintegrasië in gemeenskapsaktiwiteite te bevorder (vgl. 6.4.2.4). Die gee van inligting en opvoedkundige gesprekke met die familie en/of betekenisvolle persone is 'n besondere fokuspunt, om bestaande en potensiële probleme te identifiseer en aan te spreek en om hulle te bemagtig om die nodige ondersteuning te bied, om die persoon met 'n amputasie se integrasië in die gemeenskap te bevorder.

Die kostes van mediese behandeling in 'n streekshospitaal word verhoog deurdat gespesialiseerde gesondheidswerkers en duur tegnologiese aparate gebruik word. Om die kostes te beheer word op Nasionale en Provinsiale vlak 'n hoë premie op die beperking van die dae wat pasiënte in die hospitaal deurbring, geplaas. So is die norm vir die gemiddelde aantal dae wat 'n pasiënt in 'n streekshospitaal deurbring byvoorbeeld op 4.9 dae vasgestel (Free State Provincial Department of Health 2006c:69). Druk word veral op dokters geplaas om toe te sien dat pasiënte so spoedig as moontlik uit hospitale ontslaan word. Die beskikbaarheid van personeel en beddens speel 'n rol in die besluitneming, terwyl die persoon se gereedheid vir ontslag die oorwegende faktor behoort te wees. Die huidige benadering om persone met amputasies in akute sale te behandel en so spoedig as moontlik te ontslaan, kan meebring dat 'n persoon met 'n amputasie ontslaan word voordat rehabilitasiedienste afgehandel is of terwyl die persoon se omstandighede tuis nie wenslik is nie. Die gevaar bestaan dat die persoon se rehabilitasie ondergeskik gestel word aan die bereiking van oorhoofse doelwitte.

### **6.2.2.6 Verwysing vir na-ontslag hulpverlening en terminasie**

Persone met amputasies word met hul toestemming na hulpverleningsdienste of programme in die gemeenskap verwys, wat byvoorbeeld deur welsynsorganisasies of kerke aangebied word. Beskikbare dienste word bespreek, die voordele en gevolge wat dit vir die betrokkenes mag inhou en die risiko's indien die persoon nie daarvan gebruik maak nie. Die familie van persone met amputasies word by soortgelyke gesprekke deur die maatskaplike werker of maatskaplike hulpwerker betrek. Toestemming word van persone met amputasies verkry voordat enige inligting met ander rolspelers of instansies buite die hospitaal gekommunikeer of bekend gemaak word.

Persone met amputasies word na ontslag uit die hospitaal vir opvolgdienste na die hospitaal se buite-pasiënt klinieke, hoofsaaklik die ortopediese of chirurgiese kliniek, verwys of word deur distrikgesondheidsdienste hanteer. Maatskaplikewerkhulpverlening word gewoonlik met ontslag uit die hospitaal getermineer, want hoë werkladings laat weinig ruimte vir hulpverlening aan persone wat reeds ontslaan is. Die pasiënt word wel ingelig oor die moontlikheid om opvolgonderhoude met die maatskaplike werker op 'n buite-pasiënt basis te reël. Ter wille van kontinuïteit sou dit egter wenslik gewees het om terugvoer van persone met amputasies te verkry oor hul aanpassing in die gemeenskap na hul ontslag uit die hospitaal.

Samevattend blyk dit dat 'n streekshospitaal die nodige infrastruktuur en personeel het om persone met amputasies te behandel. Hospitaalbehandeling is duur, want dit is arbeidsintensief en vereis die dienste van opgeleide en professionele personeel, tog is dit 'n noodsaaklike deel in die behandeling van persone met amputasies. Vervolgens word 'n oorsig gegee van die rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal en gemeenskappe van die Fezile Dabi gesondheidsdistrik in die Noord-Vrystaat.

## **6.3 DIE REHABILITASIE VAN PERSONE MET AMPUTASIES TYDENS HOSPITALISASIE**

Gedagtes in verband met die konsep van rehabilitasie is vir die eerste keer gestimuleer toe ene dokter Ambrois Paré 'n pasiënt met die naam "little Lorraine" behandel het deur vir haar kunsledemate te ontwerp (Visagie 1988:17). Die besef dat psigiese en sosiale faktore 'n groter impak op die persoon se kwesbaarheid en wanaanpassing mag hê as die fisiese

inkorting self, het tot 'n meer geïntegreerde en holistiese siening van behandeling aanleiding gegee. Veral na die Tweede Wêreld en Viëtnamese oorloë is die multi-dissiplinêre benadering gevestig om die oorlog slagoffers tot maksimale fisieke, sielkundige en maatskaplike aanpassing te help. (Vgl. Visagie 1988:18.) Verskillende temas oor die doel van rehabilitasiedienste het met die verloop van tyd ontwikkel. So het die emosionele aanpassing na 'n amputasie byvoorbeeld klem gelê op die aanvaarding van die gestremdheid. Later is die benadering geleidelik vervang met terme soos aanpassing by gestremdheid of die hantering van gestremdheid. Die probleem met kulturele sienings en professionele doelwitte, dat die persoon sy amputasie moet aanvaar of daarby aanpas, gee nie voldoende aandag aan die invloed van sosiale vooroordele en diskriminasie wat in gemeenskappe en hulpverleningsprogramme bestaan nie. Ontwikkelinge na die 1990's het die aandag gevestig op die invloed wat 'n beperkende omgewing of samelewing op die persoon met fisiese gestremdheid se funksionering het.

Tydens die twintigste eeu het daar fundamentele veranderinge in siektepatrone en die voorkoms van fisiese gestremdheid plaasgevind. Chroniese en degeneratiewe siektes, wat fisiese gestremdheid veroorsaak of instand hou, het toegeneem en is tans een van die belangrikste oorsake van die dood. Baie van die toestande kan nie genees word nie en die bestuur van gesondheid en die beperking van fisiese gestremdheid het 'n belangrike deel van mediese ingryping geword. Die mediese professie se aktiwiteite het uitgebrei en rehabilitasiedienste is tans 'n belangrike komponent van gesondheidsorg op alle vlakke.

In Suid-Afrika het bekommernis ontstaan oor die gebrek aan beleidsriglyne vir rehabilitasiedienste en dit word as rede aangevoer vir die bestaan van onderontwikkelde dienste, die ongelyke verspreiding van hulpbronne, ontoeganklikheid en veral die gebrekkige voorsiening van rehabilitasiedienste in landelike gebiede. In 1996 het die Nasionale Departement van Gesondheid 'n Direkoraat vir Chroniese siektes, Gestremdheid en Geriatrie geskep, wat die aandag op hierdie probleme gevestig het. Na verdere ontwikkelinge het die Sub-direkoraat van Gestremdheid en Rehabilitasie aan die einde van 1996 begin funksioneer (Department of Health 2000:1). Een van die uitvloeisels hiervan is dat rehabilitasiedienste as deel van distrikgesondheidsdienste op gemeenskapvlak gevestig is. 'n Toename in die aantal professies en professionele persone wat as deel van die primêre gesondheidsorgspan aangestel is, is 'n bewys hiervan. Die Vrystaatse Departement van Gesondheid het die Sub-direkoraat Gestremdheid en Rehabilitasie, as deel van program twee, wat bekend staan as die Direkoraat Gesondheidsprogramme, gestruktureer om rehabilitasiedienste te versterk (Free State

Provincial Department of Health 2006b:3). Hierdie Direkoraat is verantwoordelik vir die ondersteuning van primêre gesondheidsorgprogramme, gevolglik het primêre rehabilitasiedienste aanvanklik meer aandag geniet as rehabilitasiedienste in streekshospitale. Die behoefte om mediese maatskaplike werk op Provinsiale vlak te struktureer, het daartoe gelei dat mediese maatskaplike werk sedert 2005 deel vorm van hierdie Sub-direkoraat (Free State Provincial Department of Health 2005a:1), wat hospitaal maatskaplike werkers se rol in rehabilitasiedienste bevestig.

### **6.3.1 Omskrywing van rehabilitasiedienste**

Met rehabilitasie word in die algemeen bedoel om die individu se fisiese, psigiese, sosiale, werk en ekonomiese kapasiteit tot sy volle potensiaal te herstel. Die mediese interpretasie van gestremdheid het neerslag gevind in rehabilitasiedienste en fokus volgens Finkelstein (1993b:37) op die herstel van persone se fisiese inkortings. Die Witskrif vir ‘n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid (1997:79-80) verwys na die UN Standard Rules se omskrywing van rehabilitasie as “... a process aimed at enabling persons with disabilities to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychiatric and/or social functional levels, thus providing them with the tools to change their lives towards a higher level of independence. Rehabilitation may include measures to provide and/or restore functions, or compensate for the loss or absence of a function or for a functional limitation. The rehabilitation process does not involve initial medical care. It includes a wide range of measures and activities from more basic and general rehabilitation to goal-orientated activities, for instance vocational rehabilitation.” Die invloed van die mediese model (vgl. 5.1.2.2) op hierdie omskrywing blyk duidelik en geen verwysing word gemaak na die invloed van die wyer konteks waarin die persoon leef nie. ‘n Verdere nadeel is dat die biologiese of fisiologiese minderwaardigheid van persone met gestremdheid geïmpliseer word (Barton 1996:8), met die klem op die persoon se onvermoëns en funksionele verliese. Perspektiewe wat persone met gestremdheid se sterkpunte en bevoegdheid beklemtoon, word in die omskrywing verwaarloos. Omskrywings wat rekening hou met persone met fisiese gestremdheid se behoefte aan deelname en die uitoefening van keuses, benodig ‘n alternatiewe raamwerk van veronderstellings, wat die mens met siekte of gestremdheid as ‘n geïntegreerde wese, met die vermoë tot heling in al sy onderskeie verhoudinge beklemtoon.

Die volgende omskrywing van rehabilitasie deur die Vrystaatse Provinsiale Departement van Gesondheid (2006a:14) word as vertrekpunt aanvaar: “Rehabilitation means a goal-oriented and time-limited process aimed at enabling an impaired person to reach an optimum mental, physical and/or social functional level, thus providing her or him with the tools to change her or his own life. It can involve measures intended to compensate for a loss of function or a functional limitation (for example by technical aids) and other measures intended to facilitate social adjustment or readjustment.” Die fasilitering van sosiale aanpassing, eerder as genesing of pogings om so normaal as moontlik te funksioneer, is positiewe ontwikkelinge op die gebied van rehabilitasiedienste. ‘n Leemte is die uitsluiting van die mens se religieuse behoeftes wat volgens Allen (1995:10) nie ontken kan word nie, wat dit is noodsaaklik om die mens as ‘n eenheidswese by hulpverlening te betrek.

Rehabilitasie is volgens die Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk (1995:56): “Proses wat deur middel van die een of ander vorm van terapie, behandeling of heropleiding van en/of maatskaplikewerkhulpverlening aan ‘n persoon, gerig is op die verbetering an die belemmerde fisiese, psigiese en intellektuele vermoëns en maatskaplike funksionering wat die gevolg is van ‘n siekte, besering of maatskaplike probleem.” Rehabilitasiedienste het duidelik terapeutiese doelstellings om die persoon se belemmerde funksies te behandel. Die insluiting van hospitaal maatskaplike werk as deel van rehabilitasiedienste is sinvol, aangesien dit omvattende gesondheidsorg bevorder.

### **6.3.2 Rehabilitasiedienste as komponent van gesondheidsorg**

Die rehabilitasie van pasiënte in die streekshospitaal waar die navorsing gedoen word, word as ‘n bepaalde diens gestruktureer. Die prioriteit wat rehabilitasiedienste in ‘n streekshospitaal geniet, berus grootliks op die strategiese doelwitte van die Nasionale en Provinsiale Departement van Gesondheid, wat kriteria stel vir die toekenning van die hospitaal se begroting en personeelsamestelling. Die bestuur van ‘n streekshospitaal is verantwoordelik om die multi-dissiplinêre span in staat te stel om rehabilitasiedienste te lewer. Besluitneming oor die praktiese inkleding van rehabilitasieprogramme berus grootliks by die lede van die multi-dissiplinêre span. Barton (1996:10) waarsku: “... consideration needs to be given to identify the ways in which oppression is structured and legitimated in the taken-for-granted norms, habits and rules of institutions”. Die onderliggende veronderstellings oor rehabilitasiedienste het ‘n invloed op die wyse waarop die diens gestruktureer word, gevolglik behoort die effek daarvan op die verbruikers

deurlopend ondersoek te word. Die volgende beginsels speel 'n belangrike rol om onderdrukkende dienste te voorkom.

### 6.3.3 Beginsels van rehabilitasiedienste

Die invloed van die mediese model op die ontstaan en ontwikkeling van rehabilitasie programme in hospitale kan nie ontken word nie. Finkelstein (1993a:14) sê: “The growth of specialist professions and their publicly visible role as gate-keepers to medical, social and welfare services provides an effective reinforcement to the view that disability is a medical problem. The fact that being ‘normal’ is still very important for employment, promotion, and gaining an independent livelihood, means that the role of medicine in the lives of disabled people remains extremely significant.” Volgens hom is dit nie wenslik om gestremdheid as 'n mediese probleem te hanteer nie, want die kategorisering van persone met gestremdheid en die mediese beroep se beheer oor die toeganklikheid van die dienste en voordele, dra by tot persone met fisiese gestremdheid se onderdrukte posisie in die gemeenskap. Die benadering van die mediese model speel 'n belangrike rol om persone sonder gestremdheid se persepsies oor persone met gestremdheid te vorm en kleur die interaksie van die persone wat hulp verleen en die persone wat die hulp ontvang (Drake 1996:149). Die gevolge van die mediese model op rehabilitasiedienste kan aangespreek word indien beginsels soos gespreksvennote se gelykwaardigheid en verantwoordelikheid tot deelname in die praktyk van hulpverlening neerslag vind.

Die praktiese inkleding van rehabilitasiedienste binne die struktuur van die Departement van Gesondheid (2000:4-6) word deur die volgende filosofiese beginsels ingekleur:

- Gelykwaardigheid (“equality”), want alle mense het inherent gelyke waarde, is geregtig op gelyke regte en het dieselfde verantwoordelikhede. Mense is 'n uniek, met verskillende moontlikhede. Verskille maak mense nie ongelyk nie, daarom moet 'n omgewing ontwikkel wat verskille tussen mense aanvaar. Rehabilitasiedienste respekteer persone met fisiese gestremdheid se uniekheid en poog om ruimte vir hulle te skep om hul uniekheid uit te leef.
- Maatskaplike geregtigheid en gelykheid, wat beteken dat alle mense dieselfde dienste en geleenthede behoort te kry. Geïndividualiseerde sorg dra by tot die integrasie, onafhanklikheid en selfrealisering van persone met gestremdheid. Gelyke toegang tot rehabilitasiedienste moet daarom in die hospitaal beskikbaar wees. Daar moet gestreef word om noodsaaklike dienste aan persone met

gestremdheid te verskaf wat toeganklik, bekostigbaar en vir die betrokkenes aanvaarbaar is.

- Solidariteit in die nastrewing van dieselfde doelwitte, naamlik dat die voorsiening in persone se spesiale behoeftes 'n voorreg en nie liefdadigheid is nie. Hulpverlening moet 'n omgee-etos hê, om passiewolle versorging te verseker. Terapeute se gesindheid vir dienslewering behoort daarom deur toegewyding, omgee en nederigheid gekenmerk te wees.
- Integrasie en deelname in hoofstroomaktiwiteite om persone met gestremdheid in staat te stel om vriendskapsverhoudinge aan te knoop en om selfrespek en menswaardigheid te beleef. Daarby sou gevoeg kan word dat integrasie die opbou van betekenisvolle verhoudinge insluit en op alle vlakke van menswees behoort te realiseer.
- Persone met gestremdheid moet 'n lewe met waardigheid hê. Persone met gestremdheid se unieke waardesisteen en prioriteite moet gerespekteer word, dat die persoon sal beleef dat hy waardevol is en die ruimte kry om sy menswees tot uitdrukking te laat kom.

Bogenoemde beginsels is op die veronderstelling gebaseer dat "... rehabilitation includes not only the training of disabled people, but also interventions in the general systems of society, adaptations of the environment and protection of human rights" (Department of Health 2000:6). Bogenoemde beginsels kom met ander woorde tot hul reg wanneer rehabilitasiedienste rekening hou met werklike en potensiële blokkasies in die gemeenskap en die beskerming van persone met gestremdheid se basiese menseregte.

### **6.3.4 Riglyne vir rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal**

Die koördinerende en moniterende van bogenoemde dienste is die verantwoordelikheid van die Provinsiale Sub-direktoraat vir Gestremdheid en Rehabilitasie. Daar word van streekshospitale verwag om rehabilitasiedienste te struktureer wat aan die volgende kriteria voldoen (Free State Provincial Department of Health 2006a:6-7):

- Die voorsiening van rehabilitasiedienste wat gelykheid, bekostigbaarheid en toeganklikheid verseker, in 'n poging om 'n balans te verkry tussen inrigtingsgebaseerde en gemeenskapsgebaseerde dienste, veral vir voorheen benadeelde en weerlose groepe. Die wenslikheid van dienste in die gemeenskap word beklemtoon in 'n poging om dienste vanaf hospitale te desentraliseer. Sodoende word die afstand tussen die diens en persone met fisiese gestremdheid verminder en toeganklikheid bevorder.

- Gesondheidswerkers is aanspreeklik om dienste volgens hoë standaarde te verskaf, waarvan die kwaliteit gekontroleer word en in konsultasie met die verbruikers van die dienste gelewer word. Die verkryging van persone met fisiese gestremdheid se opinie oor die kwaliteit van rehabilitasiedienste is 'n nuwe ontwikkeling, wat sporadies met georganiseerde opnames in die hospitaal verkry word.
- Die sosiale herintegrasie en deelname van persone met gestremdheid in hul gemeenskappe en die groter samelewing is 'n prioriteit.
- Die voorsiening van alle komponente van die rehabilitasieproses. Mediese behandeling kenmerk die begin van die proses en sluit 'n volle siklus van rehabilitasie op psigososiale, opvoedkundige en werksgebied in. Hierdie doelwit kan alleen bereik word indien gesondheidsdienste oor voldoende personeel beskik om 'n omvattende diens te lewer.
- Personeel moet opgelei word om gemeenskapslede te bemagtig om 'n direkte en betekenisvolle rol in die rehabilitasieproses te speel. Hospitaaldienste is hoofsaaklik gerig op die bemagtiging van die betrokke individue en betekenisvolle rolspelers.
- Die deelname van persone met gestremdheid in die beplanning, implementering en monitering van rehabilitasiedienste. Persone met gestremdheid moet die geleentheid kry om beleid te beïnvloed en om deel te neem aan die bestuur van die dienste wat gelewer word.
- Die optimale gebruik van hulpbronne. Dienste moet gekoördineer word tussen die verskillende vlakke van dienslewering en die verskillende sektore, wat nie-regerings en privaat organisasies insluit.
- Die voorsiening van die nodige hulpbronne om persone met gestremdheid se fisiese, sosiale en ekonomiese onafhanklikheid en herintegrasie in die gemeenskap te bevorder. Die fokus op meer as net die individu se funksionering verbreed die doelwitte van rehabilitasiedienste.
- Intersektorale samewerking om strategieë te beplan en te implementeer om persone met gestremdheid se kwaliteit van lewe te bevorder. Vennootskappe met ander staatsdepartemente en ander sektore soos die besigheidswêreld moet opgebou word, aangesien die Departement van Gesondheid nie in al die behoeftes van persone met fisiese gestremdheid kan voorsien nie.
- Norme, standaarde en indikatore moet die basis vorm vir die evaluering en monitering van die dienste.



Rehabilitasiedienste in die hospitaal moet in die lig van bogenoemde kriteria ingerig word, om die gewenste uitkomst te bereik. Die transformasie van bestaande dienste en die daarstelling van nuwe programme sal veral op 'n kontinuum van dienste en effektiewe koördinasie moet konsentreer. Dit blyk verder wenslik te wees om persone met fisiese gestremdheid se deelname uit te brei, om die deurlopende evaluering van die kwaliteit van rehabilitasiedienste in te sluit. Rehabilitasiedienste in hospitale word gekritiseer in die mate wat terapeute die besluite neem oor die terapie wat verskaf word, terwyl daar slegs van die kliënt verwag word om met die terapeut saam te werk. Brechin and Liddiard (1981:3) kom in die lig hiervan tot die gevolgtrekking dat "... the role a disabled person is expected to play in determining his own well-being seems to be an inherently dependent one". Persone met amputasies se outonomie om besluite te neem oor hul eie behoeftes en die dienste wat benodig word, moet daarom aangemoedig word.

### **6.3.5 Die doel van rehabilitasiedienste**

Die algemene doel van 'n rehabilitasieprogram is om die persoon met 'n amputasie se maksimale funksionering te bereik (Department van Gesondheid 2000:22). Pogings word aangewend om die persoon so onafhanklik as moontlik te laat funksioneer, deur veral die persoon se vermoë om alledaagse aktiwiteite te verrig, te verbeter. Besondere klem word met ander woorde op die herstel van fisiese onvermoëns en tekortkominge geplaas, wat volgens Barton (1996:9) tot die ervaring van magteloosheid, uitsluiting en afhanklikheid lei. Daarom word 'n betekenisvolle lewenswyse op alle vlakke van die persoon met 'n amputasie se menswees en in ooreenstemming met die persoon se waardesisteem, as 'n meer wenslike doelwit vir rehabilitasiedienste voorgestel.

Rehabilitasie se doelwitte toon ooreenkomste met sekondêre voorkoming, aangesien 'n probleem (fisiese gestremdheid) reeds bestaan. Rehabilitasiedienste se aanvanklike doel was om die persoon in staat te stel om terug te keer na die arbeidsmark en alle moontlike pogings word aangewend om die persoon se gesondheid maksimaal te herstel en om die impak en gevolge van die fisiese inkorting te kontroleer en te beperk. Hierdie doelwitte herinner aan diskoerse oor hulpverlening wat op die veronderstellings van normaliteit gebaseer is (vgl. 5.3.2.1). Die klem op normaliteit, verwag van die persoon om die nodige vaardighede te bekom, ten einde sover as moontlik soos 'n persoon sonder gestremdheid te funksioneer. 'n Voorbeeld hiervan is behandeling om die persoon te leer loop, terwyl dit meer wenslik mag wees om die persoon met 'n rolstoel te mobiliseer. Die veronderstelling

dat fisiese gestremdheid onwenslik is, behoort daarom nie die doelwitte vir rehabilitasiedienste te beïnvloed nie.

Rehabilitasiedienste se aanvanklike fokus op die persoon se fisiese funksies is mettertyd uitgebrei om die persoon se interaksie met faktore in sy omgewing te verbeter (Brechtin en Liddiard 1981:36). Die verwagting bly egter dat die persoon met 'n amputasie se funksionering aan die rolverwagtinge van sy omgewing sal voldoen, wat die verantwoordelikheid vir sy aanpassing in die gemeenskap steeds op die persoon plaas. Oliver (1990:58) waarsku: "... we load responsibility for the restrictions that disabled people experience on to disabled people themselves, who are restricted because of the functional or psychological limitations imposed by their individual impairments rather than by the social restrictions imposed by society". Die gevaar bestaan met ander woorde dat daar nie voldoende aandag gegee word aan die wysiging van negatiewe faktore in die gemeenskap nie. Rehabilitasiedienste poog in die lig hiervan om die individu se vaardighede te ontwikkel om die eise in sy omgewing te hanteer, om wyses te ontwikkel wat die persoon se interaksie met sy omgewing sal verbeter en om 'n in staatstellende omgewing daar te stel.

Literatuur oor die rehabilitasie van fisiese gestremdheid verwys dikwels na die betrokke persoon se verantwoordelikheid om by die gestremdheid aan te pas. Olkin (1999:44) verskil hiervan: "I do not believe there is such a thing as 'adjustment to disability'. That is, the response curve, while steeper at first, does not ever level off at some mythical stage of adjustment and acceptance. Rather, it continues to wend its way, often up, sometimes downward, throughout the life-span in a continuous process. I could call this process the 'response' to disability, not the adjustment. Within this framework, 'responses' are not normal or pathological per se but are to be understood in the context of an individual's overall development". Aanpassing by gestremdheid impliseer 'n reeks van fases waarvolgens die betrokkenes hul gestremdheid verwerk, al word daar van die veronderstelling uitgegaan dat die aanpassingsproses nie ordelik verloop nie. Elke aanpassingsfase word geassosieer met die persoon se psigologiese status of die vervulling van sekere take (Olkin 1999:45). Die begeleiding van 'n persoon met amputasies deur 'n reeks van stappe wat tot aanpassing lei, beperk die persoon om unieke betekenis aan sy ervarings te heg en toepaslik daarop te reageer. Dit is daarom nie wenslik om van die persoon te verwag om by fisiese gestremdheid aan te pas nie, want 'n amputasie vereis 'n lewenslange respons. Met tye sal fisiese gestremdheid op die agtergrond wees met min invloed op die persoon se funksionering en soms het dit 'n stremmende effek.

Die rolspelers by rehabilitasiedienste het 'n invloed op die verskillende doelwitte wat gestel word (O'Neill 1997:213). Programdoelwitte word deur die verskillende professionele terapeute in samewerking met persone met amputasies geformuleer en fokus gewoonlik op 'n sekere aspek van die persoon se behoeftes. Die arbeidsterapeut sal byvoorbeeld aandag gee aan die uitvoering van daaglikse aktiwiteite en die hospitaal maatskaplike werker aan die opbou van verhoudinge om sosiale isolasie te verminder. Dit is egter wenslik dat die multi-dissiplinêre span gesamentlik, na die bespreking van die spanlede se afsonderlike assesserings, doelwitte vir die behandeling stel.

Die hospitaal maatskaplike werker is die lid van die multi-dissiplinêre span wat waarskynlik die meeste aandag gee aan die persoon met 'n amputasie se herintegrasie in die gemeenskap (vgl. 2.3.3.2), aangesien dit ooreenstem met die professie se doelstellings. Die hospitaal maatskaplike werker se doelstellings met rehabilitasiedienste is: "Social work services forms an integral part of the current health care programme and always been rehabilitation orientated, will aim to ensure the delivery of a quality service at all levels of health care in restoring optimal physical, functional and social independence of patients/clients involving the full participation of the patient and/or family reintegrated into his/her community" (Free State Provincial Department of Health 2005b:10). Die sukses van 'n persoon met 'n amputasie se herintegrasie in die gemeenskap kan gemeet word aan die mate waarin sy omgewing voorsiening maak vir sy behoeftes en die persoon se aktiewe deelname aan hoofstroom-aktiwiteite in die gemeenskap. Deelname kan op 'n kontinuum geplaas word wat wissel van die verwerping van persone met gestremdheid as 'n bedreiging vir die gemeenskap tot gelyke deelname aan betekenisvolle aktiwiteite. Tog wys Finkelstein (1993a:11) daarop dat "... nearly every indicator of participation in mainstream life disabled people come out extremely badly; for example on employment statistics, income levels, suitable housing and access to public transport, buildings, information (newspapers, radio and television) and leisure facilities. Being disabled, then, has clear negative implications." Die hantering van die negatiewe gevolge van fisiese gestremdheid en die wysiging van die betrokkenes se ongunstige posisie in gemeenskappe is daarom 'n wesentlike deel van die hospitaal maatskaplike werker en die rehabilitasie span se doelwitte.

### **6.3.6 Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasiedienste**

Bydraes van die Wêreldgesondheidsorganisasie het gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie as benadering bevorder. Die gemeenskapsgebaseerde benadering is 'n strategie van

gemeenskaps ontwikkeling of werkswyse wat op alle vlakke van dienslewering (vgl. 6.1.2) van toepassing is en is nie 'n diens opsigself nie. Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie dui nie op wat gedoen word nie, maar hoe rehabilitasie gedoen word (Free State Provincial Department of Health 2006a:7), met die doel om persone met gestremdheid en hul versorgers te bemagtig om effektief met gestremdheid in die gemeenskap te leef. Die beskikbaarheid van rehabilitasiedienste, gelyke geleenthede en sosiale integrasie word nagestreef, ongeag of die diens in die gemeenskap of in die hospitaal verskaf word.

Inrigtingsgebaseerde rehabilitasiedienste bring volgens die Departement van Gesondheid (2000:3) mee dat die verbruikers van dienste se behoeftes nie volledig aangespreek word nie, gevolglik word 'n hoë prioriteit op rehabilitasiedienste in gemeenskappe geplaas (Departement van Gesondheid 2000:7). Die heroriëntering van hulpverleners is nodig om te verseker dat dienste binne die groter perspektief van gemeenskapsbetrokkenheid plaasvind en dat die nodige vennootskappe tussen rolspelers gesluit word.

### **6.3.7 Rehabilitasiedienste in die gemeenskappe van die Noord-Vrystaat**

Die suksesvolle herintegrasie van persone met amputasies, word beïnvloed deur die beskikbaarheid en kwaliteit van rehabilitasiedienste in die gemeenskap (Free State Provincial Department of Health 2006a:12-13). Primêre rehabilitasiedienste fokus hoofsaaklik op voorkoming, die bevordering van gesondheid, die opleiding van versorgers, vroeë ingryping en verwysings na hospitale. Die verwysing van persone met amputasies tussen klinieke, hospitale en ander gemeenskapshulpbronne is noodsaaklik om 'n omvattende diens te verseker en om die diens so na as moontlik aan die persoon se tuiste te verskaf.

Samewerking tussen die hospitaal maatskaplike werker en die rehabilitasie-terapeute werksaam in die gemeenskappe van die Noord-Vrystaat moet opgebou word voordat die persoon met 'n amputasie uit die hospitaal ontslaan word, om die fisiese en maatskaplike omstandighede tuis te assesser en die nodige veranderinge aan te bring wat nodig is om die persoon se optimale selfstandigheid te verseker. Die hospitaalpersoneel kan inligting oor die persoon se behoeftes na 'n amputasie verskaf en rolspelers uit die gemeenskap kan inligting verskaf oor watter dienste beskikbaar is. Gesamentelike beplanning is nodig vir die skepping van ondersteuningsnetwerke, indien dit nie bestaan nie.

Rehabilitasiedienste in die gemeenskap kan die volgende insluit:

- Volgehoue rehabilitasieprogramme kan probleme, soos verswakte gesondheid of onvoldoende mobiliteit vroegtydig identifiseer en hanteer.
- Versorgingsprobleme, veroorsaak deur faktore soos siekte of uitbranding van tuisversorgers, die ontwikkeling van nuwe behoeftes, onvoldoende lewensmiddelle en hulpmiddels (byvoorbeeld volwasse doeke) kan aandag geniet.
- Emosionele en verhoudingsprobleme, soos huweliksprobleme of die afsterwe van 'n geliefde wat die persoon ondersteun of help versorg het, vereis berading.

Die effektiewe organisering en koördineringsdienste in die gemeenskap kan persone met amputasies se lewenskwaliteit verbeter en die ontwikkeling van komplikasies, wat hospitalisasie vereis, voorkom.

Verskeie faktore bring mee dat daar 'n tekort aan opgeleide rehabilitasie-terapeute in die plattelandse gebiede in die Noord-Vrystaat is, naamlik Distrikgesondheidsdienste het 'n vasgestelde aantal goedgekeurde poste om rehabilitasiepersoneel aan te stel, gebrek aan fondse om vakatures te vul en 'n tekort aan opgeleide persone. Verskille bestaan ten opsigte van die personeelvoorsiening en dienste beskikbaar in die verskillende dorpe en daar bestaan nie eenvormigheid in die standaard van dienslewering nie, wat 'n indirekte vorm van diskriminasie is teen diegene wat die dienste benodig.

### **6.3.7.1 Diensverskaffers en betekenisvolle rolspelers**

Rehabilitasiedienste in die hospitaal kan slegs 'n beperkte bydrae lewer om die persoon met 'n amputasie se herintegrasie in die gemeenskap te bewerkstellig. Persone met amputasies benodig 'n verskeidenheid van nie-mediese dienste en 'n raamwerk van dienste is nodig om te verseker dat 'n persoon die ondersteuning ontvang wat 'n onafhanklike leefwyse vereis. Persone met fisiese gestremdheid se grootste uitdagings lê volgens Brechin en Liddiard (1981:2) in die aanpassing by die sosiale konteks en die hantering van verhoudings, finansiële, behuisings en omgewings probleme. Die komplekse interaksie van faktore soos 'n persoon met 'n amputasie se fisiese beperkinge, ontoeganklike geboue, ontoepaslike behuising, ontoereikende dienste en inkomste moet aandag geniet, daarom is die opbou van ondersteuningsnetwerke en vennootskappe met diensverskaffers in die gemeenskap van kardinale belang.

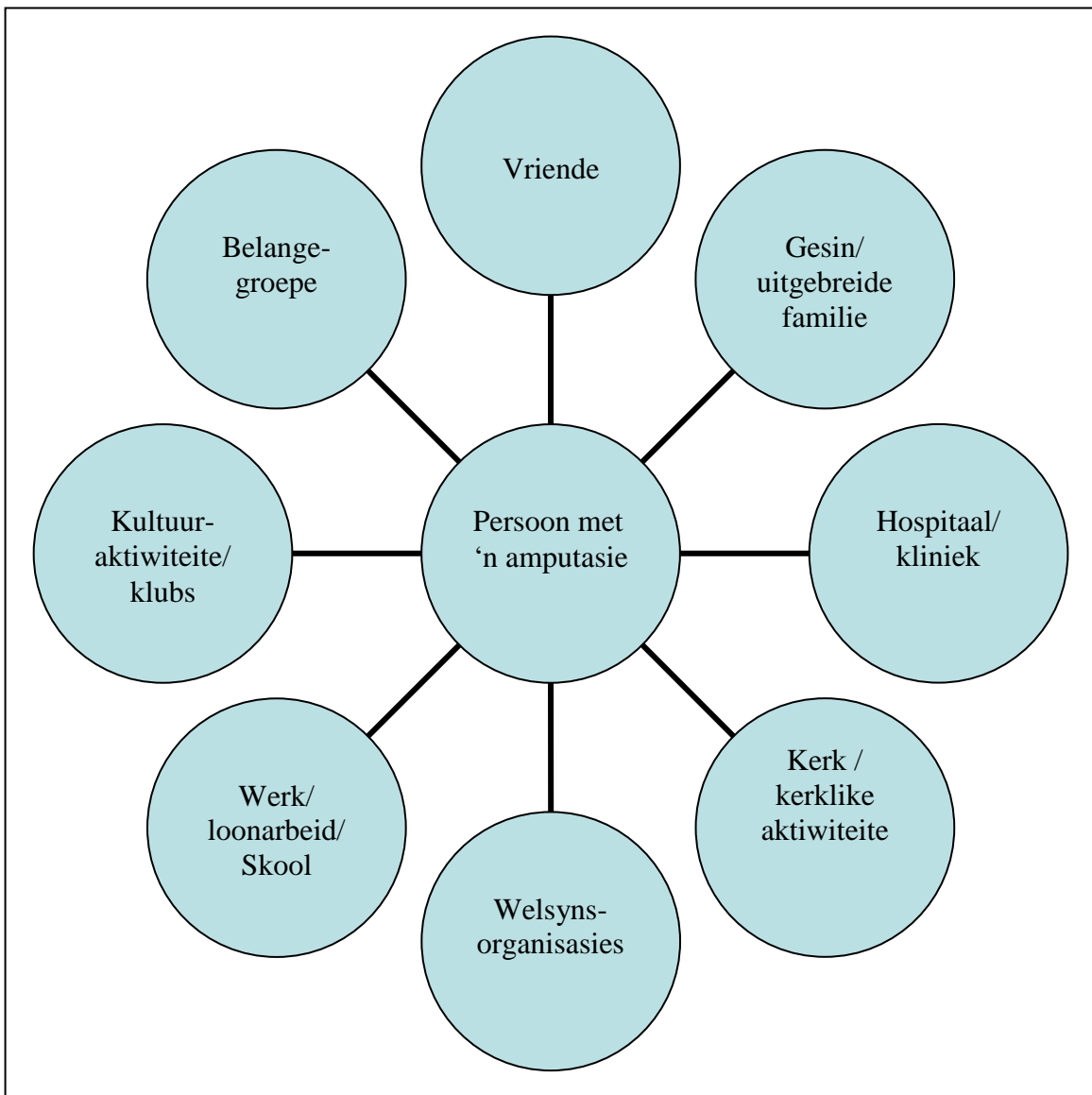
Welsynsdienste in gemeenskappe bereik nie noodwendig alle persone met amputasies nie. Potensiële probleme is onkunde oor die dienste wat die verskillende organisasies lewer,

verbruikers word van die een organisasie na die ander verwys en van die organisasies het nie die kapasiteit om die hulp te verleen wat benodig word nie. 'n Verdere struikelblok is dat persone met fisiese gestremdheid die passiewe ontvangers van 'n wye reeks van professionele en ander vorme van ingryping bly (Drake 1996:160). Belangrike vrae vir welsynsdienste en ander diensverskaffers is daarom: "hoe kan ongelyke magsverhoudinge gewysig word?" en "hoe kan persone met gestremdheid se demokratiese deelname bevorder word?". Persone met amputasies kan ook huiwerig wees om gebruik te maak van die dienste van welsynsorganisasies om die stigma te vermy wat soms daaraan geheg word, naamlik dienste vir minderbevoorregtes.

Die verspreiding van inligting na die verbruikers oor die beskikbare dienste, bly 'n uitdaging vir diensverskaffers en sluit gewoonlik plaaslike koerante, pamflette, radio en televisie in. Nuwe inisiatiewe moet ontwikkel word om inligting te versprei, byvoorbeeld met die daarstelling van 'n telefoon inligtingslyn vir gestremdes. Die waarde van inligtingsbronne word bepaal deur die mate wat die diens bekend is en die verbruikers se belewenisse oor die bydrae wat die diens lewer. Brechin en Liddiart (1981:20) wys op die effektiwiteit van informele kommunikasie kanale, soos informele gesprekke tussen familieledes en bure of deelname aan ondersteuningsgroepe om inligting te versprei.

Ondersteuningsnetwerke soos vrywillige nie-winsgewende organisasies speel 'n belangrike rol om persone met gestremdheid in gemeenskappe te ondersteun. Dienste moet deur die verbruikers self beoordeel word om te bepaal of dit hul doelwitte, soos deur hulself gedefinieer, bevorder of beperk. In die Noord-Vrystaat bestaan organisasies, soos DPSA, SANEL, KMD en Dagsorgsentrums, vir persone met gestremdheid en die doel is om in die behoeftes van persone met gestremdheid te voorsien. Hierdie organisasies kan fondse in die vorm van subsidies bekom, indien die dienste wat gelewer word binne die prioriteite van die regerende party val (Department of Health 2000:17). Sonder die nodige hulpbronne kan die organisasies nie hul doelwitte bereik nie en die voorskrifte van staatsdepartemente kan beperkend wees. Probleme met befondsing is waarskynlik die belangrikste rede vir die gebrek aan sigbaarheid van die organisasies in die meeste Noord-Vrystaatse gemeenskappe. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing betrek kerke, met gevestigde ondersteuningsgroepe en vrywilligers wat siekes besoek en in hul huise prakties ondersteun, by die ondersteuning van persone met amputasies. Figuur 2 gee 'n skematiese voorstelling van ondersteuningsisteme vir persone met amputasies in gemeenskappe.

**Figuur 2: Diensverskaffers en ondersteuningsisteme vir persone met amputasies in gemeenskappe**



Nie alle persone met amputasies benodig noodwendig al die dienste soos in Figuur 2 uiteengesit nie. 'n Groot probleem bestaan vir persone wat in klein plattelandse gemeenskappe woon en vir wie die nodige dienste nie beskikbaar is nie.

### 6.3.7.2 Verwysingsisteme

Verwysings deur die rehabilitasiespan van die streekshospitaal word bepaal deur die persoon se behoeftes en probleme. Die verwysing van 'n persoon tussen hulpverleners kan problematies wees of misluk indien onvolledige inligting oorgedra word of indien die

organisasie nie oor die hulpbronne beskik om die nodige diens te lewer nie. Verwysings geskied met deursigtigheid en gespreksvennote se medewerking, want dit kan stresvol wees om by 'n verskeidenheid van terapeute en organisasies betrokke te raak (vgl. 4.1.4.6). Persone met amputasies behoort voor ontslag ingelig te word oor die bestaande hulpbronne, indien sy behoeftes sou verander of indien nuwe probleme ervaar word.

Die aanmelding van persone met amputasies vereis 'n effektiewe verwysingsstelsel tussen die verskillende vlakke van gesondheidsorg en diensverskaffers in die gemeenskap. Die volgende word as riglyne voorgestel om die verwysing van persone met amputasies tussen die verskillende vlakke van gesondheidsorg te bevorder:

- 'n Duidelik omskryfde verwysingsstelsel in die streekshospitaal is nodig om 'n persoon met 'n amputasie tussen die verskillende departemente of dissiplines aan te meld vir behandeling.
- Gesondheidsdienste se beskikbare dienste behoort duidelik omskryf te wees en met verbruikers gekommunikeer word.
- Gesondheidsorgwerkers moet op hoogte wees met die voorgeskrewe beleid en prosedure om verbruikers korrek heen en weer tussen distrikgesondheidsdienste, die streekshospitaal en tersiêre hospitaal te verwys. Leemtes in die verwysingsstelsel is as een van die probleme met huidige rehabilitasiedienste in Suid-Afrika uitgewys (Departement van Gesondheid 2000:3). Die verwysingsstelsel se funksionering kan geblokkeer word deur gebrekkige kapasiteit op een of meer vlakke van dienslewering, gebrekkige samewerking tussen dienste of 'n gebrek aan kennis by die persone wat die dienste benodig.
- Pasiëntvervoer en ambulans, moet beskikbaar wees om die ordelike vloei van pasiënte te verseker en om dienste toeganklik te maak vir persone wat nie oor vervoer beskik nie.
- Hulpmiddels soos standaard verwysingsbriewe vir elke diens en dissipline moet op alle vlakke van gesondheidsorg beskikbaar wees.
- Die terugverwysing van pasiënte vanaf die tersiêre of streekshospitaal, na distrikgesondheidsdienste moet toepaslik en goed gekoördineerd wees.

Persone met amputasies kan self organisasies kontak vir die nodige ondersteuning. Dit word beïnvloed deur die betrokkenes se persepsies van die dienste wat gelewer word en 'n gebrek aan inligting oor die funksie van organisasies kan baie frustrasies veroorsaak. Die verwagtinge van kliënte stem nie noodwendig ooreen met die beskikbare dienste of



doelwitte van die bestaande organisasies nie, wat tot misverstande en negatiwiteit by beide partye kan lei. Die behoefte om 'n passing te verkry tussen die persone met amputasies se behoeftes soos deur hulself omskryf en die aanpassing van hulpverlening daarby blyk duidelik.

Samevattend blyk dit dat rehabilitasiedienste 'n belangrike rol kan speel in persone met amputasies se selfverwesenliking, indien hulpverlening binne die raamwerk van basiese menseregte plaasvind en die betrokkenes aktief aan die besluitnemingsprosesse deelneem. Leemtes in die bestaande dienste, soos byvoorbeeld 'n tekort aan opgeleide personeel, die fokus op akute versorging en die wegbeweeg van outoritêre besluitneming, behoort daarom aandag te geniet. Die ontwikkeling van rehabilitasiedienste in plattelandse gemeenskappe bly steeds 'n prioriteit om die dienste meer toeganklik te maak. Die uitdaging is om kwaliteit dienste te lewer, wat bekostigbaar is in terme van die hulpbronne beskikbaar.

#### **6.4 HOSPITAAL MAATSKAPLIKEWERKDIENTE VIR PERSONE MET 'N AMPUTASIE IN 'N STREEKSHOSPITAAL**

Maatskaplikewerkhulpverlening in 'n streekshospitaal is kenmerkend van die gevallewerk metode.

##### **6.4.1 Die ontwikkeling en doel van hospitaal maatskaplike werk**

Hospitaal maatskaplike werk in Suid-Afrika kan teruggevoer word na 1940 toe die destydse Departement van Volkswelsyn 'n maatskaplike werker na die vorige H.F. Verwoerd hospitaal in Pretoria geseondeer het, om die behoefte aan mediese maatskaplike werk te bepaal. Die eerste mediese maatskaplike werker is in 1941 in dieselfde hospitaal aangestel. Die eerste mediese of hospitaal maatskaplike werker in die Vrystaat is op 1/12/1968 by die Nasionale hospitaal in Bloemfontein aangestel (Free State Provincial Department of Health 2005b:8). In 1969 het die Universiteit van Stellenbosch begin om na-graadse opleiding in mediese maatskaplike werk aan te bied en is deur die Universiteite van Pretoria en Kaapstad gevolg.

In die Vrystaat is daar tans hospitaal maatskaplike werkers by twee tersiêre, vier streekshospitale en een distrikshospitaal werksaam. "Most districts and institutions were found to have no or limited budget allocations for Social work services. Social work

services are often treated as low priority or alternatively as a luxury which is unaffordable” (Free State Provincial Department of Health 2005b:9). Die besture van gesondheidsinstellings plaas verskillende prioriteite op die aanstelling van hospitaal maatskaplike werkers en die beskikbaarheid van fondse en goedgekeurde poste is van die vernaamste redes waarom ‘n tekort aan maatskaplike werkers ‘n leemte by gesondheidsinstellings is.

Algemene doelstellings waarna hospitaal maatskaplike werk streef is volgens Kerson (1997:6) om persone se onafhanklikheid te bevorder, hul verantwoordelikhede na te kom en sosiale isolasie te vermy. Die gesamentlike omskrywing van maatskaplike probleme, verwagtinge oor die oplossing van probleme en die bepaling van strategieë om oplossings te verkry, is deel van die hospitaal maatskaplike werker se hulpverlening. Ingryping vereis die fyn interpretasie van die werkswyses wat in ‘n hospitaal gevolg word, die behoeftes van die persone met amputasies en die fleksiteit van die maatskaplike werker om soms teenstrydige eise en verwagtinge te hanteer.

Die belangrike bydrae van die hospitaal maatskaplike werker in die hulpverlening van persone met amputasies word toenemend besef en vereis kennis van die volgende:

- Die verloop en gevolge van siektes en gestremheid, asook die geestelike, emosionele en maatskaplike betekenis wat die individu aan die siekte en fisiese gestremdheid heg.
- Maatskaplike wanfunksionering, omgewings stressore en die impak wat die siekte en gestremdheid op die betrokke persone, gesinne en die breër gemeenskap se rolvervulling en verhoudinge het.
- Programme wat gesondheid bevorder, asook ingryping wat op die voorkoming van siektes en gestremdheid gemik is.
- Die ontwikkeling van sosiale ondersteuningsisteme.

Die hospitaal maatskaplike werker se betrokkenheid strek vanaf die persoon se opname tot ontslag uit die hospitaal en selfs daarna wanneer die persoon die hospitaal as ‘n kliniekpasiënt besoek.

#### **6.4.2 Verhouding met die kliëntsisteem**

Die opbou van ‘n vertrouensverhouding met persone met amputasies en die betekenisvolle persone in hul lewe word uitgelig, aangesien die medemenslike verhouding as die voertuig vir hulpverlening beskou word en deurlopend ‘n betekenisvolle rol speel (Van Rooyen en

Combrink 1980:286). Belangrike komponente van die narratiewe werkswyse in die begin van die hulpverleningsproses is dat die persoon as die outeur van sy konstruksies respek sal ervaar en as gelyke vennoot aan die proses begin deelneem, daarom word 'n medewerkende verhouding nagestreef.

Die hospitaal maatskaplike werker se mensbeskouing van persone met amputasies is bepalend vir die opbou van 'n verhouding. Gesondheidsorgwerkers verkies oor die algemeen pasiënte wat saamwerk, reageer op behandeling, gemotiveerd is vir samewerking en 'n gunstige prognose het. Volgens Olkin (1999:70) het persone met gestremdheid die siening dat gesondheidswerkers 'n negatiewe houding teenoor pasiënte het, geneig is om op mense se negatiewe karaktertrekke en simptome te fokus en beskou hulself as superieur teenoor diegene wat behandel word. Gesondheidsorgwerkers is aan die ander kant geneig om die sienings van die gemeenskap oor persone met amputasies te reflekteer (Coyle 1997:338), met die potensiële gevaar dat die betrokkenes as gestremdes tydens hospitalisasie gestigmatiseer word.

Persone met amputasies se verhoudinge met rehabilitasiepersoneel word deur magsongelykhede gekenmerk en een van die redes daarvoor is dat daar na hulle as pasiënte verwys word. Die term kliënt word soms gebruik om weg te beweeg van die passiewe rol wat met die term pasiënt geassosieer word. Die verwysing na kliënt veronderstel 'n vrywillige keuse om van dienste gebruik te maak. Dit is verder belangrik om die kliënt as gelykwaardig en menswaardig te hanteer en te laat deelneem aan die omskrywing van die rolspelers se verantwoordelikhede. Sodoende beleef die persoon met 'n amputasie hy het 'n invloed op die verloop en uitkomst van die hulpverlening.

### **6.4.3 Direkte hulpverlening aan persone met amputasies**

Die hospitaal maatskaplike werker bestee die meeste tyd aan direkte hulpverlening aan persone met amputasies en die betekenisvolle mense in hul lewe. Binne die raamwerk van mediese dienste bestaan die persepsie dat mense na 'n professionele persoon gaan vir kundige advies, soos 'n diagnose en voorstelle hoe die gesondheid en maatskaplike probleme behandel moet word. "But the social worker is not an expert in what's best for the applicant and is not primarily a giver of advice. Rather we manage a process that involves applicants of clients in the solution of their own problems, including modifying their values if these contributes to the problem" (Compton en Galaway 1994:233). Aangesien 'n amputasie 'n onomkeerbare werklikheid meebring, verskuif die fokus van 'n

terugkeer na 'n vorige situasie (of herstel) na die konstruksie van 'n nuwe werklikheid, identiteit, die bestuur van chroniese siektes en probleemoplossing. Die volgende fases van die hulpverleningsproses, met take kenmerkend van die narratiewe werkswyse, kan uitgelig word, hoewel dit gewoonlik geïntegreerd in die praktyk verloop.

#### **6.4.3.1 Die vroeë identifikasie van die kliëntsisteem**

Die vroeë identifikasie van persone met 'n amputasie is wenslik. Coyle (1997:342) wys daarop dat vrees, woede, ongelof, skaamte en weerstand algemene emosionele reaksies in die aanvangsfase van hospitalisasie is. Die persoon word deur mediese personeel op die ingrypende sjiurgie voorberei, tog word die persoon se emosionele en sosiale funksionering verwaarloos indien die rehabilitasie span nie voor die operasie by die behandeling betrek word nie. Die maatskaplike werker het volgens Hammer en Kerson (1997:231) die taak om daaglik nuwe opnames te identifiseer. In die hospitaal waar die navorsing uitgevoer word, word een maal per week 'n multi-dissiplinêre saalronde gedoen, waartydens die meerderheid van persone met amputasies, voor- en na-operatief, geïdentifiseer word. Die meeste pasiënte word vir die eerste keer met fisiese gestremdheid gekonfronteer of persone met degenererende gesondheid word hospitaliseer vir die heramputasie van 'n ledemaat ('n onderbeen amputasie word byvoorbeeld met 'n bobeen amputasie opgevolg) of vir die amputasie van 'n tweede ledemaat, wat nuwe probleme na vore laat tree.

In die aanvangsfase van die hulpverleningsproses speel die aangaan van 'n werksooreenkoms 'n belangrike rol, om struktuur aan die vennootskapsverhouding met kliënte te gee. Die rol van die maatskaplike werker en kliëntsisteem, die werkswyse om gewenste doelwitte te bereik en praktiese reëlings, soos die plek en tyd vir hulpverlening, word bespreek.

#### **6.4.3.2 Assessering**

Die assessering van 'n persoon met 'n amputasie se maatskaplike funksionering vereis 'n volledige analise van die persoon se narratiewe van sy verhoudingslewe, binne die konteks van kultuur en omgewingsfaktore. Dit vereis die insameling en interpretasie van inligting (Breachin en Liddiard 1981:39) om begrip te ontwikkel in die persoon se denke, leefwyse, maatskaplike probleme, asook die sterktes en moontlikhede om maatskaplike

wanfunksionering te wysig. Volgens Muller (1976:188-190) is die mediese maatskaplike werker se interpretasie van die volgende aspekte belangrik:

- Die vasstelling van moontlike veroorsakende of bydraende faktore vir die siekte wat in die persoon se lewenswyse of omstandighede geleë is. Ross en Deverell (2004:4) sluit hierby aan en wys daarop dat gestremdheid deur 'n verskeidenheid van faktore veroorsaak word. Somatiesse kenmerke, soos fisiese samestelling en metabolisme, psigososiale faktore, soos risiko gedrag en persoonlikheid, gesinstruktuur, werksomstandighede en sosio-ekonomiese status, want faktore soos inkomste, opleidingspeil, dieët en gejaagde lewenstyl het 'n bepalende invloed op 'n persoon se potensiaal om siekte of gestremdheid te ontwikkel.
- Die bepaling van die psigo-maatskaplike implikasies wat uit die siektetoestand of fisiese gestremdheid voortspruit. Emosionele reaksies kan vrees, bedruktheid en bekommernis insluit. Ander gevolge kan byvoorbeeld wees dat die persoon of gesin moet verhuis of van werk verander, omdat die omstandighede nie meer toeganklik of gunstig is nie. Die invloed van 'n veranderde lewenswyse, soos 'n verminderde inkomste, addisionele mediese uitgawes of afhanklikheid van andere vir versorging moet bepaal word.
- Die vasstelling van psigo-maatskaplike probleme wat benewens die siekte of gestremdheid bestaan. Hier word verwys na maatskaplike probleme soos huwelikskonflik, traumatiese belewenisse of verslawing wat bestaan het voordat die persoon 'n amputasie gekry het.

Die doel van assessering is met ander woorde om begrip te ontwikkel in die faktore wat op die persoon se maatskaplike funksionering inspeel. Die doel van assessering behoort nie gerig te wees op die kategorisering van die mens en sy probleme nie, maar eerder om 'n basis te ontwikkel vir die maak van keuses oor die ingryping wat nodig is om die persoon in staat te stel om 'n gewenste narratief in sy verhoudinge uit te leef (vgl. 4.2.2.1 en 4.2.2.2). Hammer en Kerson (1997:230) beskou assessering as 'n interdisiplinêre proses, want afsonderlike assesserings kan tot die fragmentering van die persoon se menswees lei. Die integrasie van die verskillende dissiplines se insette blyk noodsaaklik te wees en word gestrem deur praktiese faktore soos die verspreidheid van die afdelings in die hospitaal en die beperkte aantal terapeute wat hulp kan verleen.

Die bydrae van die persoon met 'n amputasie en betekenisvolle mense in sy lewe in die assesseringsproses kan nie oorbeklemtoon word nie. "As therapists we must learn all we can on our own about a client's *impairment*, learn from the client, who is the expert, about his or her *disability*, and focus the treatment more on the *handicap*" (Olkin 1999:43). Die

maatskaplike werker leer van die kliënt, wat die invloed van die fisiese inkorting op sy lewe is, die ervarings van gestremdheid en veral watter sosiale blokkasies bestaan. Persone met amputasies se narratiewe en persoonlike ervarings vorm met ander woorde die basis van assessering.

Die narratiewe werkswyse verwys na die verloop van gebeure van die persoon se vertelling (White 1993:36) en die betekenisgewing van die belewenisse vir hul menswees (Carey en Russel 2003b:63). Die betrokkenes se beskrywing van hul ervarings en werklikheid is nodig om te verstaan watter sake vir hulle van betekenis is, watter probleme en sterkpunte bestaan en watter doelstellings tydens hulpverlening nagestreef moet word. Die maatskaplike werker hou deurgaans daarmee rekening dat die inligting onvolledige beskrywinge gee en grootliks sosiale en kulturele beskouinge weergee (Payne 2000:33), terwyl die maatskaplike werker in vollediger omskrywings belangstel wat ooreenkom met die kompleksiteit van die persoon se lewe soos deur homself ervaar.

Daar word soms na persone met fisiese gestremdheid verwys as persone met spesiale behoeftes, want daar word van die veronderstelling uitgegaan dat fisiese gestremdheid maatskaplike probleme inhou. Die kritiek van die konstruktiewisme op dominante gemeenskaps professionele diskoerse, verskaf die sensitiwiteit wat nodig is om negatiewe diskoerse uit te daag wanneer probleme omskryf word (Madigan 1998b:91). Assessering moet daarom wegbeweeg van die beskrywing van die persoon se funksionering in probleemterme, rekening hou met die persoon en sy omgewing se positiewe kwaliteite en die invloed van die konteks op die mens se funksionering.

In die lig van die sosiale model hou die spesiale behoeftes van persone met gestremdheid verband met faktore soos vooroordeel, diskriminasie, sosiale isolasie, ongelyke behandeling, ekonomiese afhanklikheid, hoë werkloosheid, minderwaardige behuising en 'n hoë mate van inrigtingsorg. Die invloed hiervan op die persoon se probleme word ondersoek, want “[w]ithout a consideration of the cultural and sociopolitical context of the problem, the externalizing and internalized problem stories could become reproductive of culture and its institutions, and as such uncritical” (Madigan 1998b:91). Die assessering van onderdrukkende praktyke sal die persoon van selfblaam te onthef en die behoefte aan sosiale aksie, om ongewenste praktyke aan te spreek, uitlig.

Assessering is samevattend 'n gesamentlike poging tussen gespreksvennote om 'n beeld te verkry van probleme (problematiese verlede- en hede-narratiewe), om te bepaal watter

verandering nodig is, die hulpbronne beskikbaar en riglyne vir die daarstelling van 'n gewenste toekomsverhaal. Die insameling en interpretasie van inligting is deurlopend belangrik, aangesien die beplanning en implementering van hulpverlening hieruit voortspuit. Her-assesserings vind periodiek plaas indien die persoon vir 'n lang periode gehospitaliseer word of wanneer die persoon weer in die hospitaal opgeneem word.

#### **6.4.3.3 Terapeutiese ingryping**

Hospitaal maatskaplikewerkhulpverlening vir persone met amputasies is tradisioneel 'n probleemoplossende proses, wat sentreer rondom die soeke na oplossings vir probleme wat as deel van hul daaglikse werklikheid ervaar word. Terapeutiese ingryping begin gewoonlik wanneer gespreksvennote se siektesimptome begin stabiliseer en hulle die kognitiewe vermoë het om aan die hulpverleningsprogram deel te neem. Aangesien persone met amputasies se behoeftes, geloof en waardes verskil, is dit nodig dat hulpverlening by die individu se behoeftes, probleme en moontlikhede aansluit.

Die probleemoplossende benadering het die potensiële gevaar dat die maatskaplike werker en ander deelnemers nie dieselfde interpretasie aan die oorsake en moontlike oplossings vir probleme heg nie. Brechin en Liddiard (1981:27) verwys na die volgende voorbeeld om die invloed van verskillende sienings oor terapeutiese ingryping te demonstreer. Na lewensingrypende mediese behandeling, rehabilitasiedienste en die passing van 'n kunsbeen was lede van die multi-dissiplinêre span van mening dat die persoon nie na 'n vorige tuiste kon terugkeer nie en dat inrigtingsversorging die beste in haar behoeftes sou voorsien. Die persoon het egter aangedring om met behulp van 'n rolstoel tuis versorg te word, met die ondersteuning van 'n vrywilliger wat tuisbesoeke doen, 'n huishulp en 'n buurvrou. Verdere aanpassings in haar woonstel was nodig en het wyer deure, 'n verhoogde toiletsitplek en die installering van relings ingesluit. Hierdie faktore het haar in staat gestel om haar doelwitte te bereik en in die gemeenskap aan te bly. Die keuses aan die persoon oor die vorm van ingryping en die persoon se sienings van wat gewenste uitkomst is, vorm 'n integrale deel van die hulpverleningsplan.

Professionele persone beoordeel soms persone se aktiewe deelname aan die hulpverleningsproses deur aandag te gee aan hul motivering vir die behandeling, volharding en positiewe gesindheid teenoor die ingryping. Pogings van persone met amputasies om hul probleme in hul eie terme te omskryf en te hanteer, kan verkeerdelik as aggressie of die ontkenning van die realiteit geïnterpreteer word, terwyl dit inligting

deurgee oor hul interpretasies en pogings om dit wat met hulle gebeur het, in 'n rasonale raamwerk te plaas. Die maatskaplike werker fasiliteer 'n dekonstruksieproses, deur die invloed van die dominante storie te ondersoek en maak gespreksvennote bewus daarvan dat 'n onbeperkte hoeveelheid van vertellings en perspektiewe, oor die gestremdheid en hindernisse wat ervaar word, vertel kan word. Die persoon met 'n amputasie mag die probleem beskryf deur te sê “ek is nie meer 'n normale mens nie” en beleef as gevolg daarvan vrees of 'n gevoel van minderwaardigheid. 'n Meer omvattende beskrywing kan byvoorbeeld wees “ek het 'n been verloor en het 'n betekenisvolle lewe om te leef”. Die persoon met 'n amputasie word gevra of hy wil toelaat dat oorheersende narratiewe oor sy “beskadigde identiteit” moet voortduur en hy word bewus gemaak van die moontlikheid om ander gewenste perspektiewe daarvoor te ontwikkel.

Eksternalisering (vgl. 4.1.4.8) kan gebruik word om die persoon se fisiese inkorting te objektiveer, in plaas daarvan om 'n amputasie as 'n leemte van die persoon self te sien. Die gee van 'n naam aan die probleem, byvoorbeeld “amputasie” is op hierdie stadium van die proses belangrik (O'Hanlon 1994:25), want deur die verpersoonliking van die probleem word die mens van die probleem met sy taktiek en motiewe geskei. Die persoon met 'n amputasie word met ander woorde ondersteun om 'n fisiese inkorting as deel van sy identiteit te erken, sonder om dit as 'n gebrek in sy menswees te ervaar. Strategieë word voorts ontwikkel om die negatiewe impak van 'n fisiese inkorting en gestremdheid op die persoon en sy lewe te herken en teen te werk. Op hierdie wyse slaag persone met 'n amputasie daarin om sinvol met fisiese gestremdheid te leef, in plaas daarvan om ten spyte van gestremdheid 'n sinvolle lewe te leef.

Terapeutiese ingryping sentreer grootliks om die vertel en hervtel van narratiewe wat die waardesistiem en vorige suksesse, ook unieke uitkomste genoem, van die persoon reflekteer. Coyle (1997:347) sê: “... patients focus on their pain and medical care and exclude other stressfull or successful life events. The conceptual framework of narrative therapy helps to enlarge the patient's focus, which in turn frequently helps the patient explore untapped resources and new solutions. Narrative therapy emphasizes the patient as the authority over his or her life and respects the stories that families value about themselves.” Die maatskaplike werker begelei gespreksvennote om unieke uitkomste te identifiseer, wat probleem-versadigde verhale weerspreek en die persoon bemagtig om beheer uit te oefen oor sy keuses en die praktiese inkleding van sy lewe.



Die narratiewe werkswyse volgens die Christelike beskouing gee aandag aan elke faset van die persoon se ervaringe en verklarings van siekte, die amputasie en fisiese gestremdheid. Die kliënt se betekenisgewing van lyding en eksistensiële vrae word geëksploreer, in teenstelling met pogings om lyding en dood uit die bewussyn te verdring of te ontken. “In die narratiewe benadering gaan dit ook en veral oor God se verhaal en daardie verhaal word eers deur die Gees vir ons werklik ontvou. En wat uit die ontvouing blyk, is dat God inderdaad nie ‘n God van afstand is nie, maar van betrokkenheid” (Müller 2000:51). Die persoon word bewus van God se liefde en die vermoë om met ‘n amputasie God se beeld te vertoon. Die maatskaplike werker se aansluiting by en soeke na God se voorsiening en hoop, help die persoon met ‘n amputasie om gebeure vanuit ‘n Christelike perspektief te beoordeel (Yancy 1990:204). Die narratiewe werkswyse skep ruimte vir die inweef van God se alternatiewe Verhaal van genade in die probleemverhaal van die persoon met ‘n amputasie. Van Heerden en Kotzé (1997:95) sê: “Mense word sodoende nie net bevry van die mag en effekte van probleme en omstandighede nie, maar ook bevry tot ‘n geleentheid om verantwoordelikheid te aanvaar om iets aan sy bestaansnood te doen.” God se liefde vir die mens met ‘n amputasie, Jesus se verlossing van ‘n sondige bestaan en uitsiglose toekoms en die inwerking van die Heilige Gees om elkedagse situasies as God se verteenwoordiger te hanteer, bevry die mens van pogings om homself te help en om die grense van sy menslike potensiaal te transendeer.

Die deelname van gesinslede, die uitgebreide familie en betekenisvolle rolspelers, soos vriende, bure en werkgewers, aan die hulpverleningsprogram is kenmerkend van hospitaal maatskaplikewerkhulpverlening. Familie of vriende aanvaar soms spontaan verantwoordelikheid om persone met ‘n amputasie te ondersteun met die neem van belangrike besluite en in ander gevalle het die maatskaplike werker volgens O’Neill (1997:216) ‘n fasiliterings en/of bemiddelings (advokaat) rol om die belange van die betrokke persoon te beskerm of om gesprekvoering tussen die betrokkenes te bewerkstellig. Gesinslede en lede van die uitgebreide familie vorm meestal die belangrikste ondersteuningsstelsel vir persone met amputasies. Familielede is dikwels die hospitaal maatskaplike werker se belangrikste bron van inligting, aangesien die persoon met ‘n amputasie soms te siek of te swak is om aktief aan die hulpverleningsproses deel te neem. Familie speel ‘n belangrike rol in die vind van oplossings vir praktiese probleme soos die verskaffing van vervoer, die verkryging van opleiding, toegang tot dienste, en die benutting van tegnologiese hulpmiddels. Indien geen familie opgespoor kan word nie, wanneer familie onbevoeg is om die persoon te ondersteun, of weier om

verantwoordelikheid te aanvaar, word die persoon met 'n amputasie se risiko vir isolasie en verwaarlosing verhoog.

Herinneringsgesprekke (vgl. 4.2.2.5) kan 'n bydrae lewer om persone wat in die verlede 'n betekenisvolle rol in die persoon met 'n amputasie se lewe gespeel het, deel te maak van die persoon se rehabilitasie en ondersteuning na ontslag. Ondersteuning en opvoedingsprogramme om die familieledede en primêre versorgers te bemagtig vir hul taak is nodig om 'n oorlading van emosies, eise en uitbranding te voorkom. Die toerusting van betekenisvolle persone is die gesamentlike verantwoordelikheid van die multi-dissiplinêre spanlede.

#### **6.4.3.4 Voorbereiding vir ontslag uit die hospitaal**

Die ontwikkeling van wetenskaplik gebaseerde behandelingsprotokolle of programme vir mediese en professionele dienste word toenemend beklemtoon, om kostes te beheer en minimum standaarde vir behandeling daar te stel. "An important tool in facilitating the discharge planning process is the creation and development of clinical pathways (also called caremaps or critical pathways) – efforts to coordinate and standardize clinical care by making hospital stays more predictable. Clinical pathways are a guide to the expected care to be delivered to a patient during and after hospitalization" (Hammer en Kerson 1997:229). Vasgestelde prosedures of versorgingskaarte kan 'n bydrae lewer om 'n persoon met 'n amputasie se hospitaalbehandeling te koördineer en sy gereedheid vir ontslag te bepaal, indien dit rekening hou met die individu se unieke behoeftes en sosiale omstandighede. Die betrokkenes moet besluite neem oor wat vir hulle belangrik is, watter opsies en alternatiewe bestaan om die gestelde doelwitte te bereik en watter aksies moet geneem word om hul planne te implementeer. Die betrokkenes neem verantwoordelikheid vir hul funksionering en die hospitaal maatskaplike werker het die taak om die ontwikkeling van nuwe narratiewe aan te moedig en geleenthede vir die persoon te skep om sy lewe met bevoegdheid te bestuur.

'n Besondere prioriteit vir die hospitaal maatskaplike werker is om te verseker dat persone met amputasies wat voltydse tuisversorging benodig, in geskikte sorg uitgeplaas word. In die meeste gevalle word een of meer primêre versorgers, soos lede van 'n gesin of uitgebreide familie, geïdentifiseer om in die persoon se behoeftes aan veiligheid, begeleiding en goeie versorging te voorsien (Hammer en Kerson 1997:229). In gevalle waar persone met amputasies nie na 'n vorige blyplek kan terugkeer nie, as gevolg van die

ontoeganklikheid daarvan of omdat die familie nie in die posisie is om langer hul versorging waar te neem nie, het die hospitaal maatskaplike werker die taak om die persoon en sy familie by te staan om alternatiewe behuising of inrigtingsversorging te bekom, byvoorbeeld in 'n ouetehuis of toevlugsoord wat siekes en gestremdes huisves. Behandeling fokus veral op die verwydering van hindernisse wat in die persoon se omgewing bestaan, wat praktiese en sosiale deelname in die gemeenskap verhinder en geleenthede word geskep wat die persoon se insluiting verseker.

Die voorbereiding vir ontslag sluit samevattend die volgende in:

- Die gee van inligting om opvoedkundige doelwitte te bereik, byvoorbeeld inligting oor beskikbare hulpbronne en die aankweek van 'n gesonde lewenstyl.
- Die bespreking van risiko faktore wat die betrokkenes se gesondheid en betekenisvolle maatskaplike funksionering kan strem.
- Identifiseer en bespreek leemtes in die gemeenskap. Struikelblokke kan byvoorbeeld 'n gebrek aan vervoer, onbegaanbare paaie vir rolstoelverbruikers, toeganklike geboue of 'n gebrek aan ontspanningsfasiliteite insluit.
- Ontwikkel ondersteuningsisteme, byvoorbeeld die stigting van 'n ondersteuningsgroep, of versterk die aktiwiteite van organisasies vir persone met fisiese gestremdheid.
- Fasiliteer en verbeter gemeenskapsbetrokkendheid by persone met amputasies en die ontwikkeling van hulpbronne in die gemeenskap, deur byvoorbeeld die besigheidsektor te betrek vir die gee van donasies, die reël van funksies en inspraak in besluitnemingsprosesse.

#### **6.4.3.5 Ontwikkeling en mobilisering van ondersteuningsnetwerke**

Die opbou en mobilisering van ondersteuningsnetwerke is 'n belangrike taak van die hospitaal maatskaplike werker. "Within such a complex system of services, a social worker needs to know which agency to contact when, and exactly how to approach individuals within that agency to secure necessary services and resources" (O'Neill 1997:211). Die oordra van inligting is veral belangrik wanneer die betrokkenes oningelig is of so oorweldig voel dat hulle probleme met besluitneming ondervind. Ross en Deverell (2004:233) wys daarop dat die terapeut nie die verantwoordelikheid het om hulpbronne vir die kliëntsisteem te ontwikkel nie, maar skep eerder geleenthede vir gespreksvennote om self die hulpbronne en ondersteuning wat benodig word, te identifiseer en te mobiliseer.

Die identifisering van rolmodelle en mentors vir persone met fisiese gestremdheid word deur Olkin (1999:23) aanbeveel, asook deelname aan die aktiwiteite van een of meer minderheidsgroepe. 'n Bejaarde swart vrou met 'n amputasie kan byvoorbeeld by 'n ondersteuningsgroep vir bejaardes inskakel, betrokke raak by 'n organisasie vir persone met gestremdheid wat hulle beywer vir die uitwissing van diskriminasie en deel neem aan die kultuur aktiwiteite van 'n sekere etniese groep. Die narratiewe werkswyse se kreatiewe gebruikmaking van seremonies ter bevestiging van 'n nuwe identiteit, is 'n verdere bron van ondersteuning (vgl. 4.2.2.4), waarvan die moontlikhede in die hospitaal verder ontgin kan word. White (1997:94) wys op die waarde wat 'n reflekerende span of buitestaander getuiegroep kan hê om 'n nuwe verhaal te bevestig deur dit met andere te deel. Die persoon met 'n amputasie kry 'n geleentheid om sy gewenste verhaal aan belangstellende getuies te vertel, wat die storie meer omvattend beskryf.

#### **6.4.4 Indirekte dienslewering**

Die hospitaal maatskaplike werker het die verantwoordelikheid om deel te neem aan bestuursprosesse om die kwaliteit van programme en hospitaaldienste te verbeter. Muller (1976:187) verwys na indirekte dienslewering wanneer die maatskaplike werker in samewerking met ander gesondheidswerkers die hospitaalstelsel in oënskou neem, om die beste diens te verseker. Indirekte dienste sluit in konsultasie met rolspelers binne en buite die hospitaal; opvoedkundige programme om gesondheid te bevorder; die evaluasie van maatskaplikewerkhulpverlening; die bestuur van administratiewe take; die verskaffing van supervisie en die gee en ontvang van opleiding.

### **6.5 SAMEVATTING**

In hoofstuk 6 is relevante wetgewing en beleid oor die praktyk van hospitaalbehandeling en rehabilitasiedienste beskryf, wat 'n bydrae lewer om persone met fisiese gestremdheid se welsyn te bevorder. Nasionale, Provinsiale en hospitaalbeleid plaas die klem op demokrasie, basiese menseregte en gemeenskapsgebaseerde rehabilitasiedienste. Die belangrikheid van persone met amputasies se aktiewe deelname in die daarstelling en implementering van maatskaplike beleid en intervensieprogramme word uitgelig.

Rehabilitasiedienste het die afgelope twee dekades dramaties uitgebrei en is 'n belangrike komponent van gesondheidsdienste. 'n Streekshospitaal lewer hoofsaaklik sekondêre

rehabilitasiedienste. Primêre gesondheidsorg word gelewer, indien 'n distrikhospitaal nie in 'n sekere gemeenskap bestaan nie. Gebrekkige finansiële en menslike hulpbronne strem die effektiwiteit van rehabilitasiedienste op alle vlakke van gesondheidsorg.

Die fokus op gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie het bygedra tot pogings om 'n kontinuum van rehabilitasiedienste daar te stel. Effektiewe rehabilitasiedienste vereis die sluit van vennootskappe tussen die verskillende rolspelers. Die waarde van holistiese hulpverlening word uitgelig en die verskillende lede van die steekshospitaal se multi-dissiplinêre span se funksies en bydraes word uiteengesit. Rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal is daarop gemik om persone met amputasies te begelei om die impak van 'n veranderde liggaam te hanteer. Hospitaal maatskaplikewerkhulpverlening fokus op persone met amputasies se ontwikkeling van gewenste narratiewe, die bevordering van potensiaal, aktiewe deelname aan besluitnemingsprosesse en die betrokkenes se herintegrasië in die gemeenskap.

Hoofstuk 7 gee 'n beskrywing van die praktiese implementering van deelnemende-aksienavorsing. Empiriese data oor rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal en die konstruksies van persone met amputasies word ingesamel, uiteengesit en geanaliseer, ten einde riglyne vir 'n maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies, te formuleer.

## HOOFSTUK 7

### EMPIRIESE NAVORSING MET DIE OOG OP DIE ONTWIKKELING VAN ‘N HOSPITAAL MAATSKAPLIKWERKPROGRAM VIR PERSONE MET AMPUTASIES

Die unieke beskouinge en narratiewe van persone met amputasies, betekenisvolle persone in hul lewe en lede van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan van Boitumelo Streekshospitaal vorm die basis vir empiriese navorsing, wat die ontwikkeling van ‘n hospitaal maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies ten doel het. “The equalization of opportunities to persons with disabilities cannot be achieved without action-orientated programmes that are designed and implemented with the involvement, either individually or as a group, of such persons. The time has come for service providers to acknowledge the role that clients can play in their own rehabilitation. It is also important that service providers pay particular attention to external factors such as environmental barriers and societal attitudes because of the potential of such factors to limit the success of rehabilitation processes” (Department of Health 2000:1). Die empiriese navorsing geskied daarom met die aktiewe samewerking van die deelnemers en is kultuur- en konteksgebonde.

Die empiriese navorsing is hoofsaaklik kwalitatief van aard en vir data versameling word ‘n verskeidenheid van kwalitatiewe metodes gebruik, naamlik die voer van onderhoude en reflekerende besprekings met fokusgroepe en sosiale netwerke (Bradbury en Reason 2003:157). Kwantitatiewe data oor persone met amputasies, wat gedurende 2008 in Boitumelo Streekshospitaal behandeling ontvang het, is as agtergrondinliging vir die kwalitatiewe ondersoek ingesamel.

Die navorsingsaksie bestaan uit deelnemende-aksienavorsing, wat besonder geskik is om navorsing te doen met persone uit ‘n hoofsaaklik landelike gebied, met swak sosio-ekonomiese omstandighede en wat werklike of potensiële onderdrukking beleef. Deelnemende-aksienavorsing se mees kenmerkende eienskap, naamlik die deelname en bemagtiging van persone en groepe wat diskriminasie beleef, in ‘n posisie sonder mag is, of geïsoleerd van die dominante kultuur leef (Babbie en Mouton 2001:315), word benut word om persone met amputasies by ‘n navorsingsproses te betrek wat poog om verandering teweeg te bring, wat tot hul voordeel strek. Daar is nie streng volgens een

navorsingsmetode te werk gegaan nie, want tydens individuele en groeps gesprekke was aspekte van intervensienavorsing te sprake. Die narratiewe werkswyse word gebruik om deelnemende-aksienavorsing te implementeer. Die deelnemers kry die geleentheid om uitdrukking te gee aan hul lewenservaringe en die interaksie tussen die deelnemers dra by tot die skepping van nuwe betekenis en narratiewe. Die ontwikkeling van besprekingspunte vir 'n maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies, op grond van die deelnemers se bydraes, met Boitumelo hospitaal se multi-dissiplinêre rehabilitasiediens as hulpverleningskonteks, word in hoofstuk sewe beskryf.

## **7.1 DEELNEMENDE-AKSIENAVORSING AS METODE**

Deelnemende-aksienavorsing word as metode benut, aangesien dit as kwalitatiewe navorsingsmetode wortels in die konstruktiewe en konstruksionisme het (Bradbury en Reason 2003:157-158). Die navorsingsproses het ten doel om deelnemers te bemagtig om deel te neem aan 'n proses wat op die bereiking van die deelnemers se eie doelwitte ingestel is en wat sosiale geregtigheid bevorder. Begrip in die verloop van die navorsingsproses vereis dat hoofmomente van deelnemende-aksienavorsing belig word.

### **7.1.1 Die kwalitatiewe aard van die navorsing**

Die keuse om hoofsaaklik kwalitatiewe navorsing en deelnemende-aksienavorsing te doen, hou verband met die doel van die ondersoek, naamlik die ontwikkeling van kennis op grondvlak en die toepassing van kennis in die praktyk. Kwalitatiewe navorsingstegnieke word gebruik om 'n sekere praktyksituasie te verken, te beskryf en om insig te ontwikkel in die deelnemers se werklikheidskonstruksies en behoeftes, ten einde bestaande hulpverlening te verbeter. Deelnemers se belange en doelwitte word volgens 'n proses bekend as demokratiese dialoog (Bradbury en Reason 2003:158) bespreek, met die doel om produktief saam te werk en konstruktiewe veranderinge te bewerkstellig. Deelnemende-aksienavorsing toon betekenisvolle ooreenkomste met die uitgangspunte en strategie van die narratiewe werkswyse.

### **7.1.2 Deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werkswyse**

Die navorsingsproses skep die geleentheid aan deelnemers om hul stemme hoorbaar te maak, deel te neem aan die soeke na oplossings vir probleme, persoonlike ontwikkeling en

bemagtiging (Schurink 1998:415). Persone met amputasies word uitgenooi om gedeeltes van hul lewenstories te vertel, wat betrekking het op hul gesondheid, maatskaplike funksionering, ervaring van amputasies en die saamleef met fisiese gestremdheid. Die doel van die vertellings is om begrip te ontwikkel in die betekenis wat die deelnemers se stories vir hulle inhou en om vanuit die deelnemers se bydraes sekere aksies te fasiliteer. Daar word dus nie na diagnostiese inligting in die vertellings gesoek nie en die doel is nie om te probeer bepaal watter patologie ter sprake is nie (vgl. 3.2.2.3).

Narratiewe data moet volgens Josselson (1995:30) op so 'n wyse benader word dat dit tot die ontdekking van hipoteses lei, in plaas van om dit te probeer bevestig. Deur goed te luister, word dit ontdek wat nie verwag word nie. Die narratiewe werkswyse voeg waarde by die proses van deelnemende-aksienavorsing, aangesien die deelnemers met behulp van vrae bewus gemaak word dat die storie nie die finale vertelling van hul lewe of situasie verteenwoordig nie, maar dat 'n groeiproses in aanvang geneem het, wat die deelnemers se lewe breër gaan omskryf (Freedman en Combs 1996:46). Hierdie benadering stel die navorser met ander woorde in staat om tot die kern van subjektief beleefde ondervindinge deur te dring. Die narratiewe werkswyse skep hoop by die deelnemers op 'n gewysigde werklikheid wat in die hede begin en verder in die toekoms gaan ontwikkel. In lyn met die narratiewe werkswyse beweeg die navorser vanuit 'n nie-kundige posisie en respekteer deelnemers as die kundiges van hul konstruksies, wat net so 'n belangrike rol speel in die daarstelling van 'n hulpverleningsprogram, as die bydraes van professionele gesondheidswerkers.

### **7.1.3 Die doel van deelnemende-aksienavorsing**

Die eksplisiete doelwit van deelnemende-aksienavorsing is om verandering in 'n sekere gemeenskap/hulpverleningsprogram/beleid te bewerkstellig. Die uitkomst van dié navorsing hou volgens Laws (2003:50) verband met bemagtiging en veral die deelnemers se toename in kennis en groei in selfvertroue, ten einde meer effektief in hul eie belang op te tree. Die doelwitte van die narratiewe werkswyse sluit hierby aan, want deur middel van die vertellings en refleksie word deelnemers se ervarings getransformeer met die doel om hul selfverwesenliking te bevorder en bestaande praktyke te verbeter. Op grond van die deelnemers se storievertelling word aksiestappe beplan en geïmplementeer om doelwitte te bereik wat tydens die navorsingsproses geïdentifiseer is.



Deelnemende-aksienavorsing is op die ontwikkeling van kennis en begrip (navorsing), sowel as praktiese probleemoplossing of dienslewering (aksie) gerig. Daar ontstaan gevolglik 'n nouer verband tussen die generering van kennis en die praktiese toepassing daarvan. Die primêre doel van die navorsing is om die kennis wat volgens 'n deelnemende proses opgedoen word, te benut om fokuspeunte vir 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram te ontwikkel vir persone met amputasies. Sekondêre doelstellings is die ontwikkeling van beleidsriglyne, die hersiening van die diensleweringprosesse van rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal en die versterking van belangegroepe se funksionering.

#### **7.1.4 Werwing van deelnemers**

Die vraag is nie slegs wie word by die ondersoek betrek nie, maar veral vir wie is die navorsing en wie kan by die proses baatvind? Deelnemende-aksienavorsing wil 'n korrekatief bring op navorsingsmetodes wat mense of dienste ondersoek, deur eerder navorsing saam met mense te doen. "Participatory research takes a facilitative approach to respondents, rather than aiming to extract information from them" (Laws 2003:50). Dit impliseer dat kontak met deelnemers op voetsoolvlak plaasvind, ten einde die gewenste doelwitte te bereik.

'n Verskeidenheid van deelnemers is tydens individuele gesprekke gewerf om aan die navorsing deel te neem, naamlik persone met amputasies (tydens en na akute hospitaalbehandeling), familieledede, versorgers, organisasies wat die belange van persone met gestremdheid bevorder, verskaffers van rehabilitasiedienste (binne en buite die hospitaal), diensverskaffers en leiersfigure in die gemeenskappe waar die deelnemers woon. Groot verskille bestaan tussen die deelnemers se kulture, opleiding, waardesisteme, beskouinge, vaardighede, die rolle wat hulle in die lewe van persone met amputasies vertolk en die gesagsposisies wat hulle beklee om besluite te neem.

#### **7.1.5 Medewerkende verhoudinge**

Van die belangrikste kenmerke van deelnemende-aksienavorsing is dat dit in lewende ervarings gegrond is en in vennootskap met die deelnemers onderneem word (Bradbury en Reason 2003:156). Die sentrale rol van medewerkende verhoudinge tussen die deelnemers, wat die navorser insluit, het die potensiaal om kennis op 'n nuwe wyse te bekom en om dit tot die praktiese voordeel van die deelnemers te gebruik.

Persone met fisiese gestremdheid en hul naasbestaandes is dikwels van die mees magtelose lede van 'n gemeenskap en mag probleme ondervind om in gelyke vennootskapsverhoudinge toe te tree. In die lig hiervan word die ontwikkeling van kapasiteit as 'n prioriteit gestel. Die opbou van vennootskapsverhoudinge, wat deur wedersydse ondersteuning, vertroue, toewyding en eenstemmigheid gekenmerk word, was 'n belangrike doelwit van die ondersoek. Deelnemers is mede-navorsers en word nie slegs in die verskillende fases van die ondersoek gekonsulteer nie. Nieuwe samewerking tussen die navorser en ander deelnemers het tot gevolg dat verskillende vervaag en dat verhoudinge ontwikkel wat sal voortgaan na die afhandeling van die navorsing.

### **7.1.6 Die persoon en rol van die navorser**

In die lig van die veronderstellings van die konstruktiewisme en konstruksionisme, naamlik dat deelnemers by 'n proses van werklikheidskepping betrokke is, is dit nodig om die invloed van die navorser se verwysingsraamwerke op die navorsingsproses te verreken. Die navorser is 'n Afrikaanssprekende, middeljarige, blanke vrou en het opgegroeï met sterk gereformeerde Christelike waardes. Dit het die implikasie gehad dat my etniese groepering, moedertaal en godsdienstige oriëntasie met sommige deelnemers ooreengestem het en van ander deelnemers s'n verskil het. Sensitiwiteit en respek het bestaan vir die uniekheid van elke deelnemer en die rol wat deelnemers se geestelike belewenisse in hul konstruksies gespeel het. Ek is 'n geregistreerde maatskaplike werker, met negentien jaar ondervinding as hospitaal maatskaplike werker en vul sedert Maart 2006 die pos van bestuurder van kliniese ondersteuningsdienste, wat die koördinasie van rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal insluit. Ek het vanaf 1990 tot 1998 as hospitaal maatskaplike werker onder andere in die Sorg en Rehabilitasie afdeling van Voortrekker Streekshospitaal in Kroonstad gewerk en is sedert die amalgamasie van die vorige twee streekshospitale in Kroonstad 'n lid van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan in Boitumelo Streekshospitaal. 'n Besondere belangstelling in hulpverlening aan persone met amputasies het uit hierdie werksondervinding gespruit.

Die navorser is deel van die praktiese gebeure wat ondersoek word en het 'n ondersteunende en fasiliterende rol om 'n nuwe realiteit te konstrueer. Babbie en Mouton (2001:316) sê: "... as well as doing what researchers in more orthodox research usually do, change agents are required to also be subjects of the research". Die implikasie is dat ek, naas data insameling en data-analise, 'n aktiewe deelnemer is aan die werklikheidskepping en aksies om leemtes in bestaande dienste aan te spreek. Volgens

Strydom (2001:382) is dit noodsaaklik dat 'n professionele navorser die inisiatief en leiding neem om die projek op 'n wetenskaplike grondslag van stapel te stuur, terwyl die navorser terselfdertyd ook as hulpbron dien. Ek het die rol van deelnemer, waarnemer en fasiliteerder van die navorsingsproses vertolk.

Dit was nie moontlik om na die betekenisvolle stories van persone met amputasies te luister, sonder om op 'n persoonlike wyse daardeur aangeraak te word nie. Die navorser se bydraes, ervaringe van die navorsing en die interpretasie van die temas wat uit die storievertellings na vore getree het, word as sulks aangedui en daarom word daar van terme soos "ek" en "my" gebruik gemaak. Die interpretasie van die storievertelling wat plaasgevind het, was vir my 'n uitdagende en sinvolle ervaring, wat die mens se broosheid vir sonde en lyding aan die een kant en potensiaal vir 'n lewe van oorwinning aan die ander kant onderstreep het.

### **7.1.7 Die proses van deelnemende-aksienavorsing**

Kenmerkend van deelnemende-aksienavorsing is dat die proses in 'n sekere mate altyd uniek verloop, na gelang van die situasie waarbinne die navorsing afspeel en die eiesoortige bydraes van die deelnemers. Volgens Laws (2003:53) is daar nie een suksesvolle resep vir deelnemende-aksienavorsing nie, want die doel van projekte, die hulpbronne en vaardighede beskikbaar en die aard van ondersoek verskil. Aan die hand van Schurink (1998:416-417) se verduideliking van die breë fases van deelnemende-aksienavorsing word die verloop van hierdie navorsing verduidelik:

- Toetred tot die gemeenskap, naamlik die Boitumelo Streekshospitaal as hulpverleningskonteks en persone met fisiese gestremdheid as gevolg van 'n amputasie.
- Die werwing van deelnemers, in hierdie geval die lede van die hospitaal se rehabilitasiespan, persone met amputasies, asook persone en organisasies wat 'n betekenisvolle rol in hul lewe speel.
- Die begin van 'n voortgesette interaksieproses tussen die navorser en deelnemers en die deelnemers onderling, ten einde relevante inligting te versamel. In hierdie navorsing word die kartering van storievertelling kenmerkend van die narratiewe werkswyse gebruik vir data versameling. Die vind van ontwikkelende temas, beteken volgens Schenck (2002:77) die sake waarvoor persone sterk genoeg voel, om tot aksie oor te gaan ten einde verandering mee te bring. Kennis is nodig van die gemeenskap, die wyse hoe mense praat, hul lewenstyl, gedrag by die werk en

kerk, die gebruik van idioome, uitdrukkings, taal, woordeskat en die wyse hoe gedagtes gekonstrueer word. Die interpretasie van die temas wat tydens storievertelling na vore getree het, word deurlopend aangebied en integreer die data versamel met die analise daarvan. Dit vereis volgens De Vos (2002:344) "... a heightened awareness of the data, a focussed attention to those data and an openness to the subtle, tacit undercurrents of social life". Interpretasie het die identifisering en besprekings van temas, herhalende en kontrasterende idees, die unieke taalgebruik, ervarings en beskouinge van deelnemers ingesluit.

- Identifisering van belangegroepe ten einde aandag te gee aan die navorsingsbevindinge en om verdere aksies te beplan. Deelnemers aan hierdie navorsing het 'n belangrike bydrae gelewer om nuwe deelnemers by die data insameling, interpretasie en voortvloeiende aksies te betrek.
- Implementering van aksieplanne, die evaluering daarvan en opvolggesprekke met deelnemers, met die doel om hulle te bemagtig om in 'n toenemende mate selfstandig verdere aksies te loods. Hierdie fase van die navorsingsproses is nie voltooi nie en word na die afhandeling van die navorsingsverslag voortgesit.

Bogenoemde fases het geleidelik oor die tydperk Januarie 2004 tot Desember 2009 verloop. Van die fases het soms gelyktydig plaasgevind en met tye is daar heen en weer tussen die stappe beweeg. So het die toetrede tot en werwing van deelnemers aan die begin van die navorsingsproses plaasgevind, maar het voortgeduur namate nuwe rolspelers geïdentifiseer en by die navorsingsproses betrek is.

### **7.1.8 Etiese aspekte**

Deelnemende-aksienavorsing is op die bevordering van sosiale geregtigheid ingestel (vgl. Strydom 2001:379). Dit plaas die etiese verantwoordelikheid op die navorser om te verseker dat die aktiwiteite die deelnemers sal bemagtig en mobiliseer om in 'n toenemende mate hul eie probleme te identifiseer en op te los (vgl. De Vos 1998:18; 7.3.5; 7.3.6; 7.3.7). Deelnemers word byvoorbeeld aangemoedig om kontrole oor hul besluite en daaglikse aktiwiteite uit te oefen. Deelname aan die daarstelling van hulpverlening sal verseker dat hulle die hulp kry wat hulle benodig en nie onderdruk word deur die menings van professionele persone nie.

Hierdie navorsing stel die gelykheid en waardigheid van alle mense voorop, veral groepe mense wat hulself in 'n magtelose en/of benadeelde posisie bevind (vgl. Babbie en Mouton

2001:314). Die integriteit van deelnemers word erken en kom in respekvolle daade na vore. Die Christelike mensbeskouing verleen 'n besondere dimensie deur te erken dat die mens na God Drie-enig se beeld geskape is en Sy verteenwoordiger op aarde is (vgl. 2.2.1; 2.2.2). Daarom is die navorser en hulpverleners ook verantwoordig aan God Drie-enig verskuldig, oor hoe deelnemers hanteer word.

Die rol van die navorser vereis dat gebeure so volledig en noukeurig as moontlik beskryf word (Babbie en Mouton 2001:339) en om my eie opinie as deelnemer duidelik aan te toon. Inligting word deurgaans vertroulik hanteer en op so 'n wyse beskikbaar gestel dat deelnemers se identiteit nie bekend gemaak word nie. Deelnemers het vrywillig aan die proses deelgeneem en was bewus daarvan dat die inligting in 'n navorsingsverslag en hulpverleningsprogram verwerk word.

Etiese gedrag in deelnemende werkswyse realiseer veral deur reflektoring oor die observasies, inligting, beplanning en aksies wat plaasvind. Die navorser is 'n deelnemer aan die navorsing wat meebring dat my konstruksies, persepsies en waardes inspeel op die navorsingsproses, want my persoonlike lewe is geïntegreer met my professionele dienslewering. Refleksie vereis nadenke oor my persepsies, motivering en professionele gedrag, ten einde verantwoording te doen daarvoor in die navorsingsverslag.

Agtergrondinligting oor die geografiese ligging, infrastruktuur en mandaat vir rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal is nodig om begrip te ontwikkel in die konteks waarbinne die empiriese navorsing ontplooi het en word vervolgens uiteengesit.

## **7.2 DIE GEOGRAFIESE LIGGING EN INFRASTRUKTUUR VAN BOITUMELO STREEKSHOSPITAAL**

Boitumelo Streekshospitaal is in die dorp Kroonstad, in die Noord-Vrystaat, geleë en is die verwysingshospitaal vir primêre gesondheidsinstellings in die Fezile Dabi gesondheidsdistrik. Kroonstad kan beskryf word as 'n groot plattelandse dorp met 'n sentrale besigheidsgebied, industriële gebied, woonbuurtes en word omring deur plote en groot plase. Die ander groot dorp in die streek is Sasolburg, wat die kantore van primêre gesondheidsdienste huisves. Kleiner dorpe soos Parys, Heilbron en Frankfort het distrikshospitale, daar is gemeenskapgesondheidsentrums in Kroonstad, Koppies en

Viljoenskroon, terwyl klein dorpe soos Steynsrus, Villiers en Vredefort slegs klinieke het, wat nie 'n 24-uur diens lewer nie.

### 7.2.1 Die bedieningsarea van die Fezile Dabi gesondheidsstreek

Die Noord-Vrystaatse Fezile Dabi gesondheidsstreek bestaan uit vier munisipale areas en vyftien dorpe (vgl. tabel 2). Boitumelo Hospitaal is die enigste streekshospitaal in die gesondheidsstreek, wat volgens die laaste Nasionale sensus van 2001 'n populasie van 460 316 bedien. Die data van die sensus opname gee nie 'n akkurate beeld van die populasie in die streek nie, daarom word die huidige beraamde getalle in Tabel 1 weergegee.

**Tabel 1: Dorpe en populasie van die Fezile Dabi gesondheidsstreek (Free State Department of Health 2008:3)**

MUNISIPALE AREA	Moqhaka	Ngwathe	Metsimaholo	Mafube
Dorpe	Kroonstad Steynsrus Viljoenskroon	Heilbron Koppies Parys Vredefort Edenville	Sasolburg Deneysville Oranjeville	Frankfort Tweeling Villiers Cornelia
Beraamde populasie	358,339	229,239	181,238	99,359
% verwysings na Boitumelo hospital	46%	23%	20%	11%

Die bedieningsarea het 'n hoofsaaklik plattelandse populasie, wat in die meeste gevalle 'n bestaan maak uit boerdery aktiwiteite en aanverwante dienste. Sasolburg is die enigste dorp in die streek met ontwikkelde fabriek en industrieë. Die verbruikers van Provinsiale gesondheidsdienste is van verskillende etniese, sosiale en inkomste groepe.

### 7.2.2 Die infrastruktuur van Boitumelo Streekshospitaal

Die huidige gebouekompleks is ontoereikend, met te min werkspasie vir die verskillende dienste en van die afdelings se toerusting is verouderd en moet so spoedig as moontlik

vervang word. Boitumelo hospitaal beskik oor 340 beddens en verskaf 'n komplekse en geïntegreerde netwerk van hospitaaldienste en buite-pasiënt klinieke. (Vgl. Boitumelo Hospitaal 2006:2.) Die hospitaal is sedert 2002 onder konstruksie as deel van 'n Nasionale heropbou- en ontwikkelingsprogram en sal na afloop van bouprojek oor 453 beddens beskik. As gevolg van die bouprojekte is slegs 312 beddens sedert Januarie 2007 beskikbaar (Free State Department of Health 2008:4).

Die fisiese uitleg van die hospitaal maak nie voorsiening vir 'n rehabilitasie-eenheid nie en die departemente wat rehabilitasiedienste lewer is deur die hospitaal versprei. Die huidige fisiese infrastruktuur fragmenteer dienslewering en isoleer terapeute, wat multi-dissiplinêre spanwerk benadeel. Die beplanning vir die opgegradeerde hospitaal maak voorsiening dat kliniese ondersteuningsdienste, in 'n dubbelverdieping gebou saamgegroepeer sal wees, wat die onderlinge samewerking tussen die afdelings wat rehabilitasiedienste lewer, sal verbeter. In opdrag van die bestuur het die hoofde van kliniese ondersteuningsdienste verskeie gesprekke met die argitekte gevoer om die funksionele inrigting van die departemente te verseker.

Die hospitaal word bestuur deur die Hoof uitvoerende beampte, 'n uitvoerende bestuurspan (wat uit die Hoofde van verpleging, mediese dienste, kliniese ondersteuningsdienste en administrasie bestaan) en 'n uitgebreide bestuurspan wat die hoofde van afdelings (byvoorbeeld die engineersafdeling en sale) en programleiers (byvoorbeeld kwaliteitsdienslewering en opleiding) insluit. Die navorser verteenwoordig kliniese ondersteuningsdienste sedert Maart 2006 op die uitvoerende bestuur van die hospitaal. Bestuursvergaderinge poog om probleme te identifiseer, strategieë te ontwikkel om dienslewering in stand te hou en te verbeter, asook om inligting te versprei.

Die lewering van rehabilitasiedienste is onderhewig aan die fondse beskikbaar om personeel aan te stel en toerusting aan te vul of te vervang. Hoofde van afdelings gee jaarliks insette oor die afdelings se finansiële behoeftes en kry terugvoer oor die besteding van fondse op maandelikse vergaderings, maar het in werklikheid weinig beheer oor Nasionale en Provinsiale besluitnemingsprosesse oor die beskikbare begroting. Rehabilitasiedienste het nie 'n afsonderlike begroting nie en terapeute benut die beskikbare personeel, werkspasie en hulpbronne van die betrokke afdelings om rehabilitasiedienste te lewer.

### **7.2.3 ‘n Mandaat vir die lewering van rehabilitasiedienste**

Op Nasionale vlak word erkenning verleen aan die rol wat gesondheidsdienste speel om fisiese gestremdheid te voorkom, te behandel en om die negatiewe gevolge daarvan te beperk. “Appropriate, accessible and affordable health services at primary, secondary and tertiary level are essential to the equalization of opportunities for people with disabilities” (White paper on an Integrated National Disability Strategy 1997:24). Rehabilitasiedienste is ‘n belangrike komponent van gesondheidsorg aan persone met fisiese gestremdheid. In die Fezile Dabi gesondheidstreek, word rehabilitasiedienste op primêre vlak in gemeenskapshospitale, gemeenskapgesondheidsentrums en klinieke gelewer. Rehabilitasiedienste is deel van die pakket van dienste wat ‘n streekshospitaal behoort te lewer (Boitumelo Hospital 2006:6). Boitumelo Hospitaal lewer sekondêre rehabilitasiedienste, wat naas mediese, chirurgiese behandeling en verpleging terapeutiese hulpverlening, soos hospitaal maatskaplike werk, insluit.

Die Nasionale Departement van Gesondheid (Department of Health 2001:9) het die leiding geneem vir die ontwikkeling van minimum standaarde en norme vir die rehabilitasiedienste van distrikgesondheidsdienste. Riglyne word gegee vir die bestuur van rehabilitasiedienste, die aard van dienste wat deur die verskillende primêre gesondheidsinstellings verskaf word en die toerusting wat benodig word. Soortgelyke riglyne is nie vir rehabilitasiedienste in streekshospitale beskikbaar nie en word deur die betrokke terapeute beplan en bestuur. Eenvormige norme en standaarde vir rehabilitasiedienste in streekshospitale kan ‘n bydrae lewer om die kwaliteit van bestaande dienste te verbeter.

### **7.2.4 Personeel voorsiening van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan**

Tekorte aan opgeleide professionele gesondheidswerkers, probleme om vakatures te vul en die verwisseling van personeel is probleme wat rehabilitasiedienste landswyd benadeel. In Boitumelo hospitaal is die bestaande poste gevul en die maatskaplike werk en kliniese sielkunde afdelings was die enigstes wat vir ‘n tydperk van meer as twee jaar ‘n vakature gehad het. As deel van die heropbouprogram word beplan om die hospitaal se huidige personeel van ongeveer 670 werknemers na ongeveer 850 uit te brei (Free State Department of Health 2008:11). Die opgradering van die dienstestaat behoort die probleem van personeeltekorte aan te spreek, dit is egter onbekend wanneer die aanbevelings geïmplementeer sal word.



Die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan in Boitumelo hospitaal bestaan uit 'n mediese dokter (wat op 'n sessie basis werk en twee ure per dag beskikbaar is), 'n hospitaal maatskaplike werker, 'n fisioterapeut, 'n arbeidsterapeut, audioloog en spraakterapeut, sielkundige en 'n dieëtkundige, wat deur 'n maatskaplike hulpwerker, 'n fisioterapeut assistent en 'n arbeidsterapeut assistent ondersteun word. Vakatures veroorsaak die onderbreking van hulpverleningsprogramme en die kwaliteit van hulpverlening word daardeur gestrem.

### **7.2.5 Die ontwikkeling van rehabilitasiedienste vir persone met amputasies in die Fezile Dabi gesondheidsdistrik**

Persone met amputasies het tradisioneel in die chirurgiese saal van Voortrekker en Boitumelo hospitale in Kroonstad mediese behandeling en verpleegsorg ontvang. In Voortrekker hospitaal was 'n saal bekend as die Chroniese Afdeling wat persone met die behoefte aan langtermyn fisiese versorging en rehabilitasie behandel het. Die funksionering van die Chroniese Afdeling is in 1989 geherstruktureer en die saal se naam is na die Sorg en Rehabilitasie afdeling verander. Die afdeling het mediese en verpleegsorg verskaf aan persone wat as gevolg van 'n fisiese inkorting of siekte voltydse versorging benodig het, of as gevolg van maatskaplike probleme nie in die gemeenskap hanteer kon word nie, asook pasiënte wat vir 'n beperkte periode rehabilitasiedienste benodig het. Persone met amputasies is in akute sale behandel en slegs in die Sorg en rehabilitasieafdeling opgeneem wanneer 'n individu aan bogenoemde kriteria voldoen het. Persone met amputasies, in Voortrekker en Boitumelo hospitale, is deur mediese en verpleegpersoneel na die maatskaplike werker of ander rehabilitasie-terapeute verwys, wanneer maatskaplike probleme of probleme met mobilisasie of fisiese werksverrigting geïdentifiseer is. Multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste aan persone met amputasies wat in akute sale behandel is, het gevolglik ongekoördineerd en gefragmenteerd verloop.

Na 1994 met die verkiesing van 'n demokratiese regering in Suid-Afrika, is besondere klem gelê op die lewering van primêre gesondheidsorg en primêre rehabilitasiedienste as deel van Distrikgesondheidsdienste. 'n Koördineerder vir rehabilitasiedienste is in 1996 by Fezile Dabi Distrikgesondheidsdienste aangestel, tesame met 'n verskeidenheid van rehabilitasie-terapeute in die verskillende dorpe. Die verwysing van persone met amputasies vir rehabilitasiedienste na hul ontslag uit die hospitaal word sedert Januarie 2008 ernstig ondermyn deur die gebrek aan fondse om vakatures te vul.

Gedurende 1998 het Voortrekker en Boitumelo hospitaal in die gebouekompleks van Boitumelo hospitaal saamgesmelt en in Januarie 1999 het die Sorg en Rehabilitasie afdeling na die terrein van Boitumelo hospitaal oorgeskuif. Die afdeling het uit 'n saal met twaalf beddens bestaan en 'n beperkte aantal persone is vir rehabilitasie opgeneem, met die doel om so spoedig as moontlik weer uit die hospitaal ontslaan te word. Die bestuur van Boitumelo hospitaal het in 2001 'n besluit geneem om persone met die behoefte aan rehabilitasiedienste in akute sale te hospitaliseer, in plaas van 'n rehabilitasie eenheid. Die besluit is grootliks beïnvloed deur die gebrek aan vloerspasie en 'n tekort aan verpleegpersoneel om 'n afsonderlike saal te bedien. Die nadeel hieraan verbonde is dat verpleegpersoneel aandag gee aan die pasiënte se akute mediese behandeling, terwyl rehabilitasiedienste as die verantwoordelikheid van rehabilitasie-terapeute beskou word.

### **7.3 EMPIRIESE GEGEWENS OOR DIE VERLOOP VAN DEELNEMENDE-AKSIENAVORSING**

'n Verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is gekies om die leefwêreld van die deelnemers te verken en die interpretasies wat hulle aan alledaagse aktiwiteite en ervarings heg, te beskryf. Daar word gefokus op deelnemers se konstruksies van die werklikheid om met 'n amputasie saam te leef en rehabilitasiedienste in 'n streekshospitaal met die doel "... to empower research participants to understand and solve their own situation and problems, become aware of their own potential and regain their own sense of dignity to take collective action for their self-development" (De Vos 1998:18). Deelnemers se vertellings, betekenisgewing en reflektering (analise) word benut om 'n ontwikkelingsproses en aksies te inisieër, waarvoor die deelnemers verantwoordelikheid aanvaar. In-diepte onderhoude, fokusgroepe en deelnemende waarneming (Strydom 2001:382), word as prosedures vir die empiriese navorsing benut.

#### **7.3.1 Toetrede tot die gemeenskap**

Die proses van deelnemende-aksienavorsing verwys gewoonlik na inskakeling by 'n gemeenskap (Strydom 2001:384), eerder as by 'n teikengroep. Persone met amputasies en belangrike rolspelers in hul lewe was die deelnemers waarby ek in die beginfase van die navorsing betrokke geraak het. Hierdie fase van die navorsing sluit volgens Babbie en Mouton (2001:315) die eksplorering van die behoefte aan die studie, probleem formulering

en die doel van die navorsing in. Die motivering vir die navorsing het aanvanklik uit my persoonlike observasie en ondervinding van die probleme wat persone met amputasies tydens hul hospitalisasie en herintegrasie in die gemeenskap ervaar, voortgespruit. Die behoefte om hulpverlening aan persone met amputasies te verbeter, het hieruit voortgevloei. Gesprekke met lede van die multi-dissiplinêre span van die hospitaal en distrikgesondheidsdienste het die behoefte aan die navorsing versterk en bygedra om die bestaande leemtes en probleme te omskryf.

Die voorsitter en twee bestuurslede van 'n nie-regeringsorganisasie Disabled Children Action Group (DICAG) Lengau tak, 'n affiliasie van Disabled People South Africa (DPSA), het die navorser in Januarie 2004 genader om nouer samewerking tussen die hospitaal en dié organisasie te bewerkstellig. Uit die besprekings het die behoefte aan meer inligting oor persone met gestremdheid en hul behoeftes duidelik geblyk. Die bemagtiging van persone met gestremdheid en toepaslike dienslewering is ook as prioriteite geïdentifiseer. Deelnemende-aksienavorsing is deel van 'n tradisie wat 'n hoë premie plaas op die deelnemers se behoefte aan en gereedheid vir die doen van die navorsing, gevolglik is die doel en deelnemende werkswyse van die navorsing verduidelik, asook die potensiële voordele wat die proses vir persone met fisiese gestremdheid en die organisasie mag inhou, naamlik die verbetering van bestaande rehabilitasiedienste volgens die prioriteite van die deelnemers. Die betrokke deelnemers het dadelik belang gestel in die navorsingsproses en het die name en kontaknommers van potensiële deelnemers verskaf.

Gesprekvoering is na ander rolspelers in Moqhaka uitgebrei. Verteenwoordigers van welsynsorganisasies, gemeenskapsleiers en politici is gedurende Januarie en Februarie 2005 besoek, met die doel om die behoeftes van persone met fisiese gestremdheid in die betrokke gemeenskappe te bespreek, asook wyses waarop dit gesamentlik aangespreek kan word. Individuele gesprekke is gevoer met maatskaplike werkers van die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling en Kerklike Maatskaplike Dienste, rehabilitasie-terapeute van distrikgesondheidsdienste, die persoon wat aangestel is by die "Disability desk" van Moqhaka munisipaliteit, die bestuurders van Kroon Dagsorgsentrum, ouetehuse en twee dagsorgsentrums vir gestremde kinders. Gemeenskaps en politieke leiers wat as deelnemers gewerf is, het lede van die hospitaalraad, stadsraadslede van Moqhaka en verteenwoordigers van die Fezile Dabi streeksmunisipaliteit ingesluit. Die betrokkenes se kennis van persone met fisiese gestremdheid in die gemeenskap se probleme en sterkpunte is geëksploreer. Gebrekkige samewerking tussen die verskillende diensverskaffers en

belangegroep is as 'n leemte geïdentifiseer, asook dat daar weinig aktiwiteite en programme vir persone met gestremdheid in die gemeenskap aangebied word. Hierdie gesprekke het bygedra om vertrouensverhoudinge met die genoemde rolspelers op te bou, leemtes in dienslewering uit te lig en om die betrokkenes te motiveer om aan verdere projekte saam te werk. 'n Uitvloeisel van hierdie gesprekke was dat die deelnemers besluit het om gesamentlik programme en byeenkomste, soos hieronder bespreek, vir persone met fisiese gestremdheid aan te bied.

Die navorser het die geïdentifiseerde leemtes en behoefte aan samewerking met die hospitaal se rehabilitasiespan tydens individuele gesprekke bespreek. Die rehabilitasiespan het onder my leiding besluit om die inisiatief te neem en het 'n vergadering met die lede van al die genoemde organisasies belê. Verskeie van die deelnemers, naamlik een stadsraadslid, die persoon by die munisipaliteit se kantoor vir gestremdes, die voorsitter en bestuurslede van DPSA Serame Mafesa tak, was persone wat met fisiese gestremdheid saamleef of was ouers van kinders met gestremdheid. Die groep het besluit om toerustings- en ontspanningsgeleenthede te organiseer, om persone met fisiese gestremdheid te bemagtig en hul sosiale isolasie te verbreek. In die onderstaande gevalle het die hospitaal se rehabilitasiespan weeklikse vergaderings of beplanningsessies met terapeute van distrikgesondheidsdienste, welsynsorganisasies, nie-regeringsorganisasies en gemeenskapsleiers gereël, wat oor periodes van drie tot ses maande gestrek het, om multi-kulturele byeenkomste met aktiwiteite vir persone met fisiese gestremdheid te organiseer.

- Program: “Love and protect our disabled children” op 17/6/2004

Onder my voorsitterskap het die hospitaal se maatskaplike hulpwerker, area bestuurder van die pediatrie saal en die bestuur van DICAG Lengau tak op 17/6/2004 'n oggendprogram in Boitumelo hospitaal gereël, as deel van die vieringe van Nasionale Kinderdag. 'n Paneel van kundiges het inligting verskaf oor die stimulasie, versorging en beskerming van 'n kind met fisiese gestremdheid, met die doel om die versorgers van gestremde kinders vir hul taak toe te rus. 'n Onderwyser het gepraat oor die kommunikasie en stimulasie van die kind met gestremdheid, die hospitaal sielkundige oor die aanvaarding van die kind met gestremdheid en 'n beampte van die pensioenkantoor oor hoe om aansoek te doen vir toelaes. Ander aktiwiteite was 'n geestelike boodskap deur 'n pastoor van 'n plaaslike Christelike kerk, die getuienis van 'n vader van 'n kind met fisiese gestremdheid, kulturele danse deur 'n groep van tien kinders met gestremdheid en 'n demonstrasie deur 'n arbeidsterapeut hoe om goedkoop speelgoed te maak wat die kinders nie sal beseer nie.

Geskenke en verversings is deur die Vrystaatse Departement van Gesondheid en 'n plaaslike kafee geborg en aan die kinders, hul ouers en versorgers uitgedeel om hulle spesiaal te laat voel. Na afloop van die program het die organiseerders saamgestem dat die program 'n positiewe bydrae gelewer het om die ouers en versorgers te ondersteun om die eise wat aan hulle gestel word, te hanteer en volgens my het die onderlinge samewerking tussen die organiseerders van die program verbeter.

- “Fun Day” op 27/10/2004

'n Program, bekend as “Fun Day” met spelaktiwiteite, is op 27/10/2004 vir kinders met gestremdheid en hul versorgers aangebied. Die arbeidsterapeut van die hospitaal het die behoefte aan veilige en sinvolle spel by kinders met gestremdheid geïdentifiseer en die hospitaal rehabilitasiespan het die inisiatief geneem om 'n “Fun Day” saam met ander deelnemers, naamlik lede van DICAG Lengau tak, politieke leiers, rehabilitasieterapeute van distrikgesondheidsdienste, skoolhoofde, 'n plaaslike Christelike kerk en besighede in Kroonstad te beplan. Die program is onder leiding van die hospitaal se rehabilitasieterapeute in 'n gemeenskapsaal, Constantia Hall, in Maokeng aangebied en die lede van DICAG Lengau tak het gehelp met die bemarking en die identifisering van die deelnemers. 'n Kerkleier het met 'n geestelike boodskap geopen en gemeenskapsleiers het toesprake gelewer, om die deelnemers se belangrikheid as lede van die gemeenskap uit te lig. Die besigheidsektor het eetgoed verskaf en 'n plaaslike koerant het die program bekendgestel en agterna berig gelewer oor die gebeure van die dag.

Die doel van die byeenkoms was om die deelnemers se fisiese vaardighede deur middel van speletjies te verbeter en om veilige spelaktiwiteite te demonstreer. Die speletjies het bal gooi, skiet ballonne met 'n watergeweer, gesigverf en teken met skeerskuim ingesluit om mobiliteit, handvaardigheid en persepsie te verbeter. Die deelnemers se entoesiasme het hul behoefte aan genotvolle aktiwiteite en stimulasie bevestig. Die deelnemers se dankbare opmerkings oor die program het die organiseerders opnuut bewus gemaak van die isolasie wat persone met gestremdheid ervaar. Die aantal en verskeidenheid van deelnemers is met hierdie program uitgebrei. Die “Fun Day” het volgens die organiseerders die gestelde doelwitte bereik en het hulle gemotiveer om soortgelyke programme te beplan wat volwassenes met fisiese gestremdheid sou insluit.

- “Fun Day” op 6/10/2005

Op 6/10/2005 het die hospitaal se rehabilitasiespan, rehabilitasie-terapeute van distrikgesondheidsdienste, Provinsiale voorsitter van DPSA, bestuurslede en vrywilligers van DICAG Lengau tak en DPSA Serame Mafesa tak, maatskaplike werker van die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, Moqhaka munisipaliteit en Kroon Dagsorgsentrum, onder my voorsitterskap, ‘n program op die gronde van Loubser Park stadion in Kroonstad aangebied. Die doel van die program was om persone met fisiese gestremdheid se mobilisasie en fisiese funksies te verbeter, deur middel van ‘n verskeidenheid van speletjies, wat in afsonderlike tente op die terrein aangebied is. ‘n Versoek is van die Provinsiale bestuurder van DPSA ontvang om die geleentheid oop te stel vir persone met fisiese gestremdheid in die Vrystaat. Persone met fisiese gestremdheid van dertien dorpe in die Vrystaat het die geleentheid, bekend as “Fun Day” bygewoon. Die plaaslike munisipaliteit het die spyseniering betaal en fondse is vanaf die plaaslike besigheidsektor en Fezile Dabi streekmunisipaliteit ontvang om uitgawes, soos T-hemde en vervoerkostes, te betaal. ‘n Plaaslike koerant en twee radiostasies het oor die byeenkoms berig en sodoende die algemene publiek se bewustheid van persone met gestremdheid se behoeftes verhoog.

Tydens die byeenkoms het rehabilitasieterapeute leiding aan die versorgers van persone met fisiese gestremdheid gegee om hulle deur middel van pretaktiwiteite te stimuleer. Die Vrystaatse Lid van die Uitvoerende Raad vir Gesondheid, verteenwoordigers van die Vrystaatse Departement van Kuns, Sport en Kultuur, die Provinsiale “Disability Desk”, hospitaalraad en stadsraad het toesprake gelewer en sodoende politieke steun getoon vir sake van belang vir persone met gestremdheid. Ongeveer driehonderd-en-vyftig persone het aan die program deelgeneem en die sprekers het die verwagting uitgespreek dat die ander dorpe wat die dag bygewoon het, soortgelyke inisiatiewe mag onderneem.

- “Fun Walk” op 22/5/2007

Op 22 Mei 2007 het die rehabilitasiespan van die hospitaal in samewerking met verteenwoordigers van bogenoemde organisasies ‘n opvoedkundige program en pretstap, bekend as “Fun Walk”, vir persone met gestremdheid in Moqhaka aangebied. Die gronde van Seeisoville stadion is gebruik en deelnemers het vooraf geregistreer vir deelname. Verteenwoordigers van Moqhaka stadsraad en die hospitaalraad, het toesprake gelewer en ‘n lewensgrootte popspelspel oor die voorkoming van vigs was van die aktiwiteite wat voor

die pretstap aangebied is. Deelnemers kon kies om met of sonder hulpmiddels verskillende afstande te stap. Donasies is verkry vir verversings, pette, T-hemde, fotos, medaljes en Christelike lektuur, wat tydens die pretstap aan die deelnemers uitgedeel is. Met hul aankoms en vertrek het deelnemers verversings ontvang en na afloop van die pretstap is medaljes en fotos uitgedeel.

Bogenoemde aktiwiteite het die onderlinge samewerking tussen rolspelers en organisasies in die gesondheidsdistrik bevorder. Die projekte het getoon dat mense uit verskillende bevolkingsgroepe, tale, organisasies en professies suksesvol kan saamwerk om oënskynlik moeilike projekte aan te bied. Die deelnemers het hul kragte saamgesnoer om gesamentlike doelwitte te bereik. 'n Verdere voordeel was dat kommunikasie tussen die deelnemers verbeter het, om bestaande leemtes in die ondersteuning van persone met gestremdheid te bespreek. Die behoefte aan die navorsing is tydens informele gesprekke met die rolspelers bespreek en hulle het 'n belangrike rol gespeel om meer deelnemers te identifiseer, asook om voortvloeiende aksies te beplan en te implementeer.

Formele goedkeuring om die empiriese navorsing in die hospitaal uit te voer is van die hospitaal se Hoof uitvoerende beampte en die Algemene bestuurder vir hospitaaldienste van die Vrystaatse Departement van Gesondheid verkry. Die empiriese navorsing het gedurende Januarie 2008 in aanvang geneem. Individuele gesprekke is met die lede van die hospitaal se Uitvoerende bestuur gevoer, om die doel van die navorsing te verduidelik en hul medewerking te verkry. Die deelnemende aard van die navorsing is verduidelik en die belangrikheid van voortvloeiende aksies is beklemtoon. Die Hoof van kliniese dienste en die Hoof van verpleging het hul steun van die navorsing en rehabilitasiedienste in die hospitaal uitgespreek.

### **7.3.2 Werwing van deelnemers**

Deelnemers word as gespreksvennote, eerder as respondente, met mede-eienaarskap in die navorsingsproses, betrek. Die empiriese studie het drie groepe deelnemers ingesluit, naamlik (1) gesondheidswerkers (hospitaalbestuur, multi-dissiplinêre rehabilitasiespan, gesondheidswerkers binne en buite die streekshospitaal); (2) persone met amputasies in die hospitaal en van hul naasbestandes en (3) persone met amputasies na hul ontslag uit die hospitaal en verteenwoordigers van 'n belangegroep in die betrokke gemeenskappe.

Lede van die multi-dissiplinêre span wat vanaf Januarie tot Desember 2008 rehabilitasiedienste in die hospitaal verskaf het, was deelnemers aan die verkenning en beskrywing van rehabilitasiedienste aan persone met amputasies in die geselekteerde hospitaal. Die spanlede het uit die hoof kliniese ondersteuningsdienste (wat rehabilitasiedienste koördineer en met tye waargeneem het in die vakante pos van die hospitaal maatskaplike werker), arbeidsterapeut, dieëtkundige, fisioterapeut, mediese dokter, en audioloog en spraakterapeut bestaan. Namate die navorsing gevorder het, is meer gesondheidswerkers geïdentifiseer, naamlik die koördineerder en terapeute van distriksgesondheid se rehabilitasieprogram en verpleegkundiges in bevel van die hospitaalsale waarin persone met amputasies behandel word.

Persone wat na 'n amputasie, gedurende November 2008, in Boitumelo hospitaal behandeling ontvang het, asook van die familielede vir wie dit prakties moontlik was om die onderhoude by te woon, is by die navorsing betrek. Die aantal deelnemers word tot hospitaalopnames gedurende een kalendermaand beperk, vanweë die intensiteit en tyd wat kwalitatiewe onderhoudvoering in beslag neem. Een tot drie individuele onderhoude is, in 'n hospitaalsaal of die kantoor van die hospitaal maatskaplike werker, met 'n totaal van tien persone met amputasies gevoer. Die gesprekke het in Afrikaans of Engels plaasgevind en in een geval het 'n familielid as tolk opgetree en die gesprek in Sotho aan die pasiënt vertaal. In vier van die gevalle was dit prakties moontlik om van hul onmiddellike naasbestaandes, soos kinders, ouers en susters, by die onderhoude te betrek. Die pasiënte en familielede was geïntereseerd in die navorsingsproses en was bereid om hul ervarings te bespreek, ten einde 'n bydrae te lewer met die ontwikkeling van 'n hulpverleningsprogram.

Sewe persone wat met 'n amputasie in die gemeenskap leef is deur die voorsitter van die DPSA Serame Mafesa tak gewerf om deel te neem aan 'n fokusgroep (vgl. 7.3.7). Die groepbyeenkoms het in 'n lokaal van Boitumelo hospitaal, rondom 'n ronde tafel plaasgevind. Ek het die doel van die navorsing en die waarde van hul deelname aan die begin van die gesprek verduidelik. Almal het te kenne gegee dat hulle betrokke wil raak en het die toestemmingsvorme voltooi (vgl. Bylae 1). Die groeplede het aktief aan die gesprek deelgeneem, sake geïdentifiseer wat vir hulle belangrik is en uit die nie-verbale kommunikasie kon afgelei word dat selfs die stiller groeplede deurgaans meelewend was.



### 7.3.3 Data-insameling

Kenmerkend van deelnemende-aksienavorsing het die insameling en dokumentering van data deurlopend geskied. Data oor die verloop van die navorsing is aangeteken en met deelnemers bespreek en data-insameling was deel van elke fase van die navorsingsproses. Storievertelling was kenmerkend van die interaksies tussen die deelnemers en kwalitatiewe data is ingesamel deur gedeeltelik gestruktureerde onderhoude en gesprekke met individue en kleingroepe. Data word ingesamel deur met gefokusde aandag, geduld en simpatieke nuuskierigheid te luister (Freedman & Combs 1996:44). Die doel van data-insameling is nie om waarhede te ontdek nie, maar deelnemers word bewus gemaak daarvan dat vertellings en besprekings tot die vorming van nuwe betekenis lei. Daar is deurgaans van oop einde vrae en reflektering gebruik gemaak om data te versamel. Alle narratiewe en besprekings is op 'n blaai bord of skryfblok aangeteken. Daar is gepoog om sover as moontlik persone se direkte woorde en uitdrukkings neer te skryf. 'n Deursigtige werkswyse is gevolg, met ander woorde deelnemers is bewus van wat gebeur en waarom. Deelnemers het met skriftelike toestemming hul bereidheid tot deelname aan die navorsingsproses bevestig (vgl. Bylae 1). Daar word gepoog om gebeure so ver as moontlik kronologies aan te bied, wat die verloop van die navorsingsproses reflekteer.

Agtergrondinligting oor die ouderdom, geslag, die ledemaat geamputeer en die bevolkingsgroep van persone wat gedurende die tydperk 1/1/2008 tot 31/12/2008 in Boitumelo Streekshospitaal amputasies ontvang het, is ingesamel. Die hospitaalteaters se pasiënt registers is gebruik om kwantitatiewe data te versamel, ten einde 'n breër prentjie te verkry van die amputasies wat in Boitumelo hospitaal gedoen word en die pasiënte wat behandel word. 'n Vergelyking van die agtergrondinligting van persone met amputasies vanaf Januarie tot Desember 2008 en gedurende die maand November 2008 word in 7.3.6.1 uiteengesit.

### 7.3.4 Data-analise

Data word geanaliseer deur die aantekening en interpretasie van alle relevante inligting en aktiwiteite wat deel van die navorsingsproses gevorm het. Die data wat tydens groepbesprekings en individuele gesprekke versamel is, is in temas gesistematiseer (Strydom 2001:386) en deur my op skrif gestel. My unieke interpretasies en betekenisgewing het 'n invloed op die navorsingsproses en word daarom so eksplisiet as

moontlik, met opskrifte soos “Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het”, in die navorsingsverslag aangedui.

Die opgetekende inligting is tydens opvolggesprekke aan die deelnemers voorgehou om te verseker dat hul narratiewe korrek verstaan en weergegee is, asook om onduidelikhede te klarifiseer en dubbelsinnige inligting as unieke uitkomst te reflekteer (Babbie en Mouton 2001:316). Reflekerende gesprekvoering het die deelnemers by die analisering van data betrek en het die vennootskapsverhoudinge versterk. Gesprekke het tot hervertellings en die ontwikkeling van nuwe konstruksies gelei.

### **7.3.5 Die storievertelling en interaksieprosesse van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan**

Lede van die multi-dissiplinêre span wat gedurende 2008 rehabilitasiedienste in die hospitaal gelewer het, is as ‘n groep, by ‘n reeks van gesprekke volgens die narratiewe werkswyse betrek. Die spanlede het uit die koördineerder van rehabilitasiedienste, arbeidsterapeut, dieëtkundige, fisioterapeut, dokter en audioloog en spraakterapeut bestaan. Spanlede se identiteit word ter wille van etiese oorwegings nie bekend gemaak nie, gevolglik word terapeute se bydraes slegs met nommers aangedui. Ek het die behoefte aan gespreksgeleentheid oor rehabilitasiedienste met die spanlede bespreek en die spanlede het besluit om op Woensdae vir een tot twee-uur lange sessies bymekaar te kom in ‘n lokaal van die hospitaal se opleidingseenheid. ‘n Totaal van sewe byeenkomste het oor ‘n tydperk van drie maande, September tot November 2008, gestrek. Die proses is gedurende Januarie 2009 voortgesit, om voortgaande aksies te beplan en te implementeer. Sensitiwiteit vir die spanlede se werksomstandighede was nodig en die verloop van sessies het daarby aangepas. So was dit byvoorbeeld nodig om sekere besprekings tot ‘n volgende week uit te stel, want praktiese probleme soos verlof of werksdruk het soms van die spanlede verhinder om aan die gesprekke deel te neem.

Die navorsingsproses het ‘n geleentheid vir die deelnemers geskep om hul persoonlike en professionele sienings en narratiewe oor rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal te vertel. Die gesprekke het spontaan sonder ‘n voorafbepaalde agenda verloop en vertellings het rondom die organisering en funksionering van rehabilitasiedienste en voorstelle vir wysiginge gewentel. Die deelnemers se bydraes word vervolgens in die verlede, hede en toekomsnarratiewe wat na vore getree het, uiteengesit.

### 7.3.5.1 Verlede-narratiewe

Narratiewe oor rehabilitasiedienste wat oor die tydperk 1989 tot 2008 ontwikkel het, is aangeteken. Feitelike inligting (White 1993:36) oor die funksionering van rehabilitasiedienste en vertellers se interpretasies van die gebeure (White 2004:61) is geverbaliseer. Gebeure, die vertellers se interpretasies en moontlike oplossings vir bestaande leemtes het vervlegd na vore gekom en is as sulks aangeteken. Ek was 'n deelnemer aan die proses van storievertelling, met die addisionele verantwoordelikheid om data aan te teken, te sistematiseer en beskikbaar te stel vir reflektoring en analisering.

Die verledeverhale van rehabilitasiedienste in die streekshospitale in Kroonstad het ontvou in vertellings oor (1) hulpverlening in 'n afsonderlike rehabilitasie-eenheid vanaf 1989 tot 2001 en (2) die behandeling van pasiënte wat rehabilitasiedienste benodig in akute sale, vir die tydperk 2002 tot 2008.

Storievertelling oor die hulpverlening in 'n afsonderlike rehabilitasie-eenheid is deur die volgende temas en betekenisgewing gekenmerk:

- Die Sorg en Rehabilitasie afdeling van Voortrekker hospitaal was die enigste rehabilitasie-eenheid in die Vrystaat, gevolglik is persone met die behoefte aan 'n omvattende rehabilitasieprogram van dwarsoor die Vrystaat na die eenheid verwys. Aandag is aan individue se unieke fisiese, versorgings, maatskaplike en geestelike behoeftes gegee. Volgens die spanlede wat in die afdeling gewerk het, het 'n afsonderlike saal vir rehabilitasiepasiënte dit moontlik gemaak om 'n gefokusde diens te lewer, wat by die individu se behoeftes aansluit en het samewerking tussen die gesondheidswerkers vergemaklik.
- Die spanlede het opleiding in hul studiegebied ontvang, maar het vanweë die gefokusde aard van die hulpverlening sekere vaardighede en kennis verwerf wat spesifiek op persone met fisiese gestremdheid van toepassing is. Terapeute 1, 2 en 6 het die blootstelling as verrykend vir hul professionele ontwikkeling beleef.
- Die multi-dissiplinêre span was nie volledig nie, aangesien die hospitaal se goedgekeurde postestruktuur onvoldoende was. Die span het uit 'n mediese dokter, verpleegpersoneel, saalsekretaresse, hospitaal maatskaplike werker en 'n arbeidsterapeut bestaan. 'n Fisioterapeut het individue behandel, maar het vanweë 'n hoë werkslading nie aan die spanwerk deelgeneem nie. Die Hoof van die hospitaal (destyds 'n mediese dokter) was deel van die assesseringspan wat aansoeke vir opname hanteer het. Die dokter, wat op 'n sessie basis elke dag 'n

aantal ure beskikbaar was, was verantwoordelik vir die pasiënte se mediese behandeling. Toegewyste verpleegpersoneel het pasiënte verpleeg en die verpleegkundige in bevel van die eenheid het verantwoordelikheid vir die werksverrigting, dissipline en algemene saal administrasie aanvaar. Die hospitaal maatskaplike werker was die koördineerder van die multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste en het verantwoordelikheid vir die organisering van saalrondes en pasiënt-besprekings aanvaar. Die rehabilitasie-terapeute was verantwoordelik vir individuele intervensie en groepwerk. Terapeute 1 en 2 is van mening dat 'n toegewyste span van hulpverleners kontinuïteit in die versorging en rehabilitasieprogramme van pasiënte meebring het. Terapeut 6 beskou dit as 'n leemte dat die fisioterapeut nie deel van die spanwerk was nie, aangesien fisioterapie 'n integrale deel van rehabilitasiedienste is.

- 'n Weeklikse multi-dissiplinêre saalronde is deur die bespreking van elke pasiënt se behoeftes, vordering, gereedheid vir ontslag, moontlike probleme soos gedragsprobleme, maatskaplike funksionering en prognose opgevolg. Persone wat in die eenheid opgeneem is, se unieke behoeftes, persoonlike sienings en begeertes was by die behandelingsdoelwitte ingesluit en is deurlopend met hulle bespreek. Die deel van inligting het 'n holistiese benadering tot die hulpverlening, besluitneming oor opname, hulpverleningsdoelwitte en persone se ontslag verseker. Terapeut 1 beskou die integrasie en koördinasie van hulpverlening as 'n sterkpunt van hierdie werkswyse.
- Persone wat aansoek gedoen het vir opname in die rehabilitasie-eenheid se familie of mediese dokter het meestal die nodige agtergrondinligting verskaf om te bepaal of hulle aan die opname kriteria voldoen en of hulle by die beskikbare dienste kan baatvind. Na opname in die rehabilitasie-eenheid het sekere familieledes se betrokkenheid afgeneem, as volg van die fisiese afstand tussen dorpe. In sekere gevalle het familie daaglik of oor naweke besoek en in sekere gevalle is kontak slegs met sporadiese briewewisseling of telefoongesprekke behou. Die hospitaal maatskaplike werker se taak het die opbou en versterking van verhoudinge met familieledes ingesluit. Familieledes en ander belangrike rolspelers, byvoorbeeld regsverteenvoerders, geestelike werkers en werkgewers is by die behandeling betrek en die daarstelling van 'n toereikende ondersteuningsnetwerk, voordat 'n persoon uit die hospitaal ontslaan is, was belangrike doelwitte.
- Die terapeute van die rehabilitasiespan het in al die hospitaalsale gewerk, wat daaglikse terapeutiese ingryping verhinder het. Volgens terapeute 1, 2, 4 en 6 kan 'n tekort aan voldoende personeel as 'n leemte beskou word, aangesien die

terapeute se aandag tussen sale en persone met 'n verskeidenheid van siektes en behandelingsbehoefte verdeel was.

- Terapeut 3 het in die lig van voorafgaande gesê dat 'n afsonderlike saal vir rehabilitasiepasiënte verkieslik is bo behandeling in verskillende akute sale en dat dit jammer is dat effektiewe werksywyses op grond van praktiese en politieke besluite getermineer word.

Tydens die gesprekke en vertellings van die multi-dissiplinêre span oor die behandeling van persone met die behoefte aan rehabilitasiedienste in verskillende akute hospitaalsale, het die volgende temas en betekenisgewing na vore gekom:

- 'n Weeklikse saalronde word in die verskillende hospitaalsale deur die beskikbare personeel gedoen, wat aanvanklik 'n toegewyste sessie dokter, hospitaal maatskaplike werker, arbeidsterapeut en fisioterapeut was. Sedert 2002 is 'n dieëtkundige deel van die span. 'n Audioloog en spraakterapeut en sielkundiges wat hul gemeenskapsdiens in die hospitaal verrig het, het rehabilitasiedienste gelewer wanneer hulle dienste beskikbaar was. 'n Volledige rehabilitasiespan was nie deurgaans beskikbaar nie, as gevolg van 'n tekort aan goedgekeurde poste. Terapeut 1 is van mening dat die gekompliseerde proses om nuwe poste te skep en vakante poste te vul, hulpverlening blokkeer. Terapeute 2, 4 en 5 voel negatief oor die aantal goedgekeurde poste vir rehabilitasiepersoneel in die hospitaal, want dit stel onrealistiese werkseise aan die beskikbare personeel.
- Tydens weeklikse saalrondes het die terapeute gesprekke met die dokters en verpleegpersoneel in die sale gevoer om hulle aan te moedig om persone met die behoefte aan rehabilitasiedienste so spoedig as moontlik na opname by die rehabilitasiespan aan te meld. Rehabilitasiedienste is deur middel van individuele gesprekke en besprekingspunte op vergaderings bekend gestel. Verwysingsvorme om pasiënte vir rehabilitasiedienste aan te meld is opgestel en in al die sale versprei. Die hoë omset van dokters en verpleegpersoneel in die sale het die taak om die betrokkenes op te lei en aktief te betrek, bemoeilik. Rehabilitasie-terapeute se pogings om self persone met die behoefte aan rehabilitasie te identifiseer is deur hoë werkkladinge en gebrekkige tyd, om in die verskillende sale te bestee, gekortwiek. Terapeute 2, 4, en 6 het hul frustrasies oor die laat ontvangs van verwysings en die swak samewerking van saalpersoneel uitgespreek. In die lig hiervan blyk dit nodig te wees om ander werksywyses, om pasiënte so spoedig as moontlik te identifiseer, te ondersoek.

- Saalrondtes word hoofsaaklik gebruik om nuwe persone met die behoefte aan rehabilitasie te identifiseer en om inligting oor hul behoeftes en probleme te versamel. Inligting word hoofsaaklik uit die pasiëntleër en van mediese dokters en verpleegpersoneel in die saal verkry. Volgens terapeut 5 is die fokus op die identifisering van nuwe pasiënte, terwyl die bespreking van hulpverleningsprogramme te min aandag kry.
- Pasiëntbesprekings tydens saalrondtes is beperk tot gevalle wat meer as een week in die hospitaal is en die persoon se vordering, prognose, probleme en rehabilitasiedoelwitte word bespreek. Pasiëntbesprekings vind hoofsaaklik plaas wanneer terapeute individue onderling met mekaar bespreek. Dit het tot gevolg dat die hele span nie aan die besprekings deelneem nie, wat volgens die spanlede 'n leemte is.
- Elke terapeut bepaal op 'n individuele wyse, met of sonder die pasiënt se samewerking, behandelingsdoelwitte en lewer verslag hieroor in die pasiëntleër. Samewerking tussen terapeute vind gevolglik plaas in gevalle met maatskaplike probleme of siektekomplikasies wat die persoon se vordering of ontslag vertraag of verhinder.

Tydens die groepgesprekke is sekere leemtes in die werkswyse geïdentifiseer en die spanlede het hul frustrasies daarvoor uitgedruk. Dit was insiggewend dat die spanlede se sienings en betekenisgewing grootliks met mekaar ooreengestem het, wat 'n samebindende faktor tussen die groepslede was.

### **7.3.5.2 Hede-narratiewe**

Die hooftemas en betekenisgewing van die rehabilitasiespan se hede verhale oor multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal word as volg saamgevat:

- Die aanmelding van persone met amputasies vir rehabilitasiedienste vind hoofsaaklik tydens saalrondtes en identifikasie deur individuele terapeute plaas. Die terapeute is van mening dat dit tot gefragmenteerde hulpverlening aanleiding gee, asook dat die hersiening van die huidige verwysingsstelsel nodig is om vroeë identifikasie te verseker.
- Pasiëntbesprekings tydens saalrondtes is onvoldoende, want nie al die pasiënte word bespreek nie en dit gebeur dat die hele span nie aan die besprekings deelneem nie. Dit is volgens die spanlede wenslik nie en in die lig hiervan het terapeute 1, 3 en 5 voorgestel dat weeklikse pasiëntbesprekings ingestel word.

- As gevolg van die hoë verwisseling van pasiënte en die hospitalisasie tydperk wat tot die minimum aantal dae beperk word, gebeur dit dat persone uit die hospitaal ontslaan word voordat die persoon se rehabilitasieprogram afgehandel is. Terapeut 4 is bekommerd dat pasiënte nie voldoende aandag kry nie. Die voorstel is gemaak dat die sessie dokter 'n groter rol moet speel by besluite oor pasiënte se ontslag, deur in gesprek te tree met die behandelende dokters in die sale.
- Hoë werkladings verhinder terapeute om persone na ontslag as buite-pasiënte te behandel. Terapeute 2, 4 en 6 wys verder daarop dat die gebrek aan terapeute in gemeenskappe meebring dat weinig pasiënte vir rehabilitasiedienste op primêre vlak verwys kan word. As gevolg van vakatures by distrikgesondheidsdienste werk slegs gemeenskapsterapeute in baie gemeenskappe. Voorts word daar gefokus op primêre gesondheid en nie terapie nie. Die gevolgtrekking word gemaak dat weinig geleenthede vir terapeutiese ingryping bestaan nadat pasiënte uit die hospitaal ontslaan is. Die terapeute voel moedeloos hieroor, want volgens hulle het van die pasiënte steeds terapie nodig na hul ontslag uit die hospitaal.
- Probleme word ondervind om al die pasiënte wat rehabilitasiedienste benodig by hulpverleningsprogramme te betrek, as gevolg van die terapeute se hoë werkladings. Terapeute 1, 2, 4 en 7 is bekommerd dat die kwaliteit van hulpverlening hierdeur benadeel word. Terapeute 2 en 4 kla dat dit tot uitbranding en 'n gebrek aan werksbevrediging aanleiding gee. Na hul mening sal die aanstelling van meer rehabilitasie-terapeute die probleem verlig.
- Hulpverlening sluit nie geestelike sorg in nie, tensy die betrokke persoon direk daarvoor vra of indien familie dit self reël.

### 7.3.5.3 Toekomsnarratiewe

Die volgende temas en praktiese voorstelle vir die bevordering van multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste het uit die deelnemers se narratiewe en interaksie na vore getree:

- Die herstrukturering van die spraakterapeut se diens, ten einde meer aandag te gee aan persone wat rehabilitasiedienste gebruik. Dit impliseer die identifisering van gehoors- en spraakprobleme en terapeutiese intervensie.
- Die werwing en aanstelling van rehabilitasiepersoneel om vakante poste (hospitaal maatskaplike werker, sielkundige, fisioterapeut en spraakterapeut) te vul en holistiese hulpverlening te verseker.

- In die lig van die maatskaplike werker se fokus op die mens se verhoudinge, wat die persoon se verhouding met God Drie-enig of 'n groter mag insluit, het eenstemmigheid onder die terapeute bestaan dat maatskaplikewerkhulpverlening aan hierdie verhouding aandag sal gee. Die persoon se geestelike behoeftes word geeksploreer en indien nodig sal die hulp van geestelike leiers van die betrokke kerke verkry word. Dit impliseer nie dat ander terapeute se gesprekke met pasiënte nie ook hieraan aandag gee nie.
- Voorgestelde aksieplanne (vgl. 7.3.5.4) moet die hospitaalbestuur, gemeenskapsleiers, persone met amputasies en gesondheidswerkers insluit.
- Kwaliteit en omvattende rehabilitasiedienste verloop volgens 'n duidelik omskryfde pasiëntsorg proses.
- Verslagskrywing weerspieël die pasiëntsorgproses en die deelname van rolspelers, byvoorbeeld die stel van doelwitte en prioriteite vir dienslewering, word onder aparte opskrifte aangedui.
- Die herstrukturering van die multi-dissiplinêre rehabilitasiediens, ten einde meer toeganklike en omvattende dienslewering te verseker.

Die deelnemers het eerlik en entoesiasies aan die storievertelling deelgeneem, wat 'n positiewe uitwerking op die span se onderlinge samewerking gehad het. Spanlede het die geleentheid gehad om hul frustrasies te verwoord en het ondersteuning beleef wanneer ander spanlede soortgelyke ervarings gehad het. Die span het die identifisering van die leemtes en sterktes van die bestaande rehabilitasiedienste as 'n belangrike stap beskou vir die ontwikkeling van hulpverleningsprogramme. Die terapeute se toewyding om by pasiënte se lewens betrokke te raak en 'n diens te lewer, was opvallend en het my motivering versterk om rehabilitasiedienste te bevorder. Tydens die storievertelling en reflektoring is nuwe werkswyses en potensiële oplossings geïdentifiseer. Tydens die voorafgaande besprekings het die rehabilitasiespan die besluit geneem om voortvloeiende aksies as 'n projek te beplan en te implementeer.

#### **7.3.5.4 Voortvloeiende aksies: Projek vir die hersiening en herstrukturering van rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal**

Voortvloeiende aksies word so ver as moontlik weergegee soos wat dit verloop het, alhoewel van die aksies mekaar oorvleuel het.



- Die formulering van strategiese doelwitte

Die besluit is deur die rehabilitasiespan geneem om eerstens aandag te gee aan strategiese beplanning, om oorhoofse doelwitte vir rehabilitasiedienste te bepaal. Ek het drie groepbesprekings, gedurende September 2008, gefasiliteer en die spanlede se insette word in 'n dokument "Rehabilitation services strategic planning 2008/9" (vgl. Bylae 2) saamgevat. Besprekings het aandag gegee aan die identifisering van rehabilitasiedienste se sterkpunte, swakpunte, uitdagings en blokkasies. Tydens opvolgssessies het spanlede die geleentheid gehad om hul insette te bespreek en veranderinge aan te bring. Tweedens is doelwitte vir die tydperk 2008/9 geformuleer en gedokumenteer. Nasionale en Provinsiale rehabilitasiedoelwitte is by die beplanningsproses ingesluit.

Die oorkoepelende strategiese doelwit is om rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal te hersien, te herstruktureer en te verbeter. Die kommunikasie van strategiese doelwitte met die hospitaalbestuur, ander gesondheidswerkers en die verbruikers van die dienste is 'n groot uitdaging. Die dokument "Rehabilitation services strategic planning 2008/9" is gedurende November 2008 aan die hospitaal se Uitvoerende bestuur en die bestuurder van die Provinsiale Sub-direktoraat vir Gestremdheid en Rehabilitasie oorhandig en geniet die steun van die betrokke bestuurders.

- Die hersiening van dienslewingsprosesse

Die hersiening van dienslewingsprosesse was 'n projek wat oor 'n tydperk van ses maande verloop het en is op die insette van die multi-dissiplinêre span gebaseer. Die bestuurder van kliniese ondersteuningsdienste het verantwoordelikheid aanvaar vir die fasilitering van die proses. Die doel van die program was om die operasionele effektiwiteit van rehabilitasiedienste te verhoog en weeklikse besprekings, tydens die tydperk Oktober tot November 2008, het gevolg om die projek te beplan. Interaksie en besprekings het ongestruktureerd verloop, alhoewel die temas van die strategiese beplanning in breë trekke gevolg is. Ek was verantwoordelik vir die dokumentering van die gesprekke en aan die begin van elke bespreking is tyd bestee aan reflektoring oor vorige insette om die betroubaarheid van data te kontroleer, nuwe betekenisgewing in te sluit en te verseker dat die spanlede met die verloop van die proses saamstem. Die inhoud van die besprekingsessies word in Tabel 2 uiteengesit.

**Tabel 2: Die hersiening en herstrukturering van rehabilitasiedienste in Boitumelo Streeks hospitaal**

STORIEVERTELLING EN DIE BESPREKING VAN TEMAS	AKSIESTAPPE BEPLAN OM HULPVERLENING TE VERBETER
<p>1. DIE SAMESTELLING VAN 'N MULTI-DISSIPLINÊRE SPAN OM HOLISTIESE HULPVERLENING TE VERSEKER</p> <p>1.1 Bereik konsensus oor die samestelling van die span.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkieslik moet die span bestaan uit 'n mediese dokter, koördineerder van rehabilitasiedienste, dieëtkundige, arbeidsterapeut, fisioterapeut, maatskaplike werker, sielkundige, spraakterapeut en verpleegpersoneel.</li> </ul>
<p>1.2 Betrek die relevante professionele persone by die hulpverleningsproses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voeg die dienste van 'n sielkundige en verpleegpersoneel by.</li> <li>• Gesprekke met die relevante area bestuurders en saalpersoneel, om bewustheid van hul rol in rehabilitasiedienste te bevorder.</li> </ul>
<p>1.3 Spanlede werk toegewyd om kwaliteit rehabilitasiedienste te verseker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuele en groeps gesprekke om die rolspelers se sensitiviteit vir kwaliteit rehabilitasiedienste te verhoog.</li> </ul>
<p>1.4 Vul vakante poste om voldoende personeelvoorsiening te verseker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die werwing en aanstelling van 'n maatskaplike werker, sielkundige, spraakterapeut en fisioterapeut.</li> </ul>
<p>1.5 Volgehoue besprekings en indiensopleiding om spanlede se kennis en vaardighede te verbeter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weeklikse spanbesprekings en kwartaallikse indiensopleiding.</li> <li>• Die opleiding van dokters en verpleegpersoneel om tydigte verwysings en die koördinasie van rehabilitasieprogramme te verseker.</li> </ul>
<p>2. HERSIEN DIE REHABILITASIE HULPVERLENINGSPROSES</p> <p>2.1 Die aanmelding van persone vir rehabilitasiedienste. Die huidige situasie:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereik konsensus oor die mees effektiewe wyse om pasiënte met rehabilitasiebehoeftes te identifiseer. Nomineer spanlede wat verantwoordelikheid aanvaar</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spanlede identifiseer persone gedurende weeklikse saalrondtes.</li> <li>• Terapeute ontvang sporadies geskrewe verwysings vir rehabilitasiedienste van dokters en verpleegpersoneel en stel dan die ander spanlede in kennis.</li> <li>• Die behoefte bestaan om die bestaande verwysingsvorm te hersien.</li> <li>• Versprei die vorm “Rehabilitation referral” (Bylae 4) in sale en verminder die persone wat nie vir rehabilitasiedienste aangemeld word nie.</li> <li>• Geen klerk om die verspreiding van verwysingsvorms te koördineer nie.</li> </ul>	<p>vir die ontvangs en verspreiding van verwysingsvorms.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hersien die aanmeldingsvorm (vgl. Bylae 4).</li> <li>• Versprei die aanmeldingsvorm met ‘n Interne Kennisgewing naldie relevante sale en departemente.</li> <li>• Aanmeldingsvorms is beskikbaar in al die sale en departemente.</li> <li>• Voorsien indiensopleiding aan dokters en verpleegpersoneel in die mediese, chirurgiese, ortopediese en pediatriese sale.</li> <li>• Oriënteer nuwe personeel om die aanmeldingsvorm vir verwysings korrek te implementeer.</li> </ul>
<p>2.2 Vroeë rehabilitasie – voor-operatiewe sorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die span ontvang slegs in uitsonderlike gevalle verwysings gedurende hierdie fase.</li> <li>• Pasiënte toon in uitsonderlike gevalle die behoefte aan rehabilitasiedienste.</li> <li>• Spanlede is van mening dat veral die sielkundige en maatskaplike werker op hierdie stadium ‘n bydrae kan lewer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die bemarking van rehabilitasiedienste (gerig op dokters en verpleegpersoneel) om hul bewus te maak van die voordele van rehabilitasiedienste, tydens die vroeë fase van hospitalisasie.</li> <li>• Opleiding van rehabilitasie-terapeute om hul rol in die vroeë fase van behandeling te verstaan en uit te brei.</li> </ul>
<p>2.3 Beplanning en implementering van terapeutiese intervensie:</p> <p>2.3.1 Assessering en ICF kodering(vgl. 5.1.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die verskillende terapeute doen afsonderlike assesserings.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inisieer weeklikse rehabilitasie spanbesprekings, om assesserings, hulpverleningsprogramme, uitkomst en verwysing vir na-ontslag behandeling te bespreek.</li> <li>• Opleiding in ICF kodering, nadat</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen spanbesprekings oor individuele assesserings word gevoer nie. Uitdaging om werkspasie te vind vir groepbesprekings.</li> <li>• Beperkte rehabilitasiepersoneel bied 'n uitdaging in terme van effektiewe tydsbestuur en die prioritisering van werkseise.</li> <li>• 'n Behoefte bestaan aan opleiding vir die implementering van ICF kodes.</li> <li>• Die pasiënt inligtingsstelsel maak nie voorsiening vir die invoer van ICF kodes nie.</li> <li>• Wysig die Provinsiale data basis om duplisering van registers te verminder.</li> </ul>	<p>riglyne vanaf die Nasionale en Provinsiale Department van Gesondheid ontvang is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderhandel doelwitte vir die implementering van ICF kodes.</li> <li>• Standardiseer pasiënt dokumentasie om ICF kodes in te sluit.</li> <li>• Integreer ICF vraelys in daaglikse kliniese werk.</li> <li>• Opgradering van die elektroniese Provinsiale Register van Gestremdheid.</li> <li>• Ondersoek die insluiting van ICF kodes op die pasiënt inligtingsstelsel. Analiseer statistieke vir die beplanning van dienste.</li> </ul>
<p>2.3.2 Deelname van pasiënte, familieledes en betekenisvolle rolspelers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verskuif die fokus na die sosiale model en holistiese dienslewering.</li> <li>• Verbeter pasiënte se deelname aan die stel van behandelingsdoelwitte en -prioriteite.</li> <li>• Verbeter die deelname van betekenisvolle rolspelers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verleen prioriteit aan pasiënte se doelwitte vir behandeling.</li> <li>• Dokumenteer pasiënte se bydraes tydens hulpverlening.</li> <li>• Dokumenteer die deelname van betekenisvolle rolspelers.</li> </ul>
<p>2.3.3 Evaluering van uitkomst en her-assesserings:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Word deur individuele terapeute gedoen.</li> <li>• Inligting in pasiëntlêers weerspieël nie die verloop van die hulpverleningsproses nie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weeklikse spanbesprekings om uitkomst te evalueer.</li> <li>• Hiersien die dokument "Rehabilitation progress report" (Bylae 3) en voltooi elektronies.</li> <li>• Voltooi en liaseer die voltooië vorderingsverslae in pasiëntlêers.</li> </ul>
<p>2.3.4 Voorbereiding vir ontslag en</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die mediese dokter aanvaar</li> </ul>

<p>herintegrasië in die gemeenskap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuele terapeute doen voorbereiding vir ontslag, wat tot gefragmenteerde hulpverlening aanleiding gee.</li> <li>• Pasiënte word ontslaan voordat die rehabilitasieprogram voltooi is.</li> </ul>	<p>verantwoordelikheid om die beplanning van ontslag met die behandelende dokters in die sale te onderhandel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die span bespreek weekliks die persoon se vordering en gereedheid vir ontslag.</li> </ul>
<p>2.3.5 Verwysing vir na-ontslag hulpverlening/rehabilitasie/dienste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behoefte aan inligting oor die omgewing en huislike omstandighede van pasiënt – verkry van familie of hulpbronne in die gemeenskap.</li> <li>• Terapeute doen skriftelike of telefoniese verwysings en dokumenteer die inligting.</li> <li>• Onvoldoende hulpbronne is in gemeenskappe beskikbaar om pasiënte na ontslag te ondersteun.</li> <li>• Behoefte bestaan aan periodieke vergaderings/forum om verwysings na en vanaf Distrikgesondheidsdienste te bespreek.</li> <li>• Gee insette om 'n Provinsiale riglyn op te stel vir verwysings tussen die verskillende vlakke van gesondheidsorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hersien die hulpbronne register jaarliks.</li> <li>• Hersien die prosedure waarop verwysings gedoen en opgevolg word.</li> <li>• Identifiseer leemtes in die bestaande hulpbronne en gee terugvoer aan distrikgesondheidsdienste, welsynsorganisasies, belangegroepes en beleidmakers.</li> <li>• Hou vergadering(s) met die koördineerder van rehabilitasiedienste van distrikgesondheidsdienste en stel 'n skriftelike werksooreenkoms op oor die werksverdeling en verwysing van pasiënte, in die lig van beskikbare dienste en personeel.</li> <li>• Woon vergaderings/forums by om terugvoer oor die verwysde pasiënte te verkry en her-assessering te verseker.</li> </ul>
<p>2.4 Buite-pasiënt behandeling na pasiënte se ontslag uit die hospitaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die dienste word beperk tot individuele gevalle, as gevolg van personeeltekorte en hoë werkladings.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumenteer die dienste gelewer.</li> <li>• Prioritiseer om slegs persone te betrek wat nie in die gemeenskap hulp kan verkry nie.</li> </ul>

<p>3. VERBETER DIE TOEGANKLIKHEID VAN HOSPITAAL REHABILITASIEDIENSTE:</p> <p>3.1 Die bemerking van rehabilitasiedienste in die hospitaal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versprei pamflette na die kliniese afdelings in die hospitaal met inligting oor die beskikbare dienste.</li> <li>• Voltooi jaarliks die beskikbare Provinsiale assesseringsvraelys.</li> </ul>
<p>3.2 Assessering van die hospitaal se toeganklikheid vir persone met gestremdheid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bring leemtes onder die aandag van die hospitaalbestuur.</li> </ul>
<p>3.3 Her-implementeer die beleid van gratis gesondheidsdienste vir persone met gestremdheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleidsdokumente is versprei en met rolspelers bespreek, maar is nie volledig geïmplementeer nie.</li> <li>• Sekere kategorieë persone kwalifiseer reeds vir gratis gesondheidsdienste, byvoorbeeld bejaardes en persone wat ongeskiktheidspensioen ontvang.</li> <li>• Siftingsdokumente word nie vir alle nuut gediagnoseerde persone met fisiese gestremdheid voltooi nie, gevolglik kwalifiseer hulle nie vir gratis behandeling nie.</li> <li>• Personeeltekorte het die sifting van persone met gestremdheid benadeel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel doelwitte vir die implementering van die beleidsdokument.</li> <li>• Opleiding van terapeute om die siftingsdokumente te voltooi.</li> <li>• Betrek rolspelers, byvoorbeeld bestuur, toelatingsklerke en rekeningsklerke by die projek.</li> <li>• Verkry konsensus oor die prosedure wat gevolg gaan word: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toelatings verwys die persoon na die betrokke terapeut vir sifting of terapeute identifiseer persone wat kwalifiseer.</li> </ul> </li> </ul> <p>Voltooi die beskikbare siftings/assesseringsvorm (“Summary of Free Health Care Assessment”) in duplikaat.</p>

Tydens die storievertelling is reeds ‘n begin gemaak met die implementering van sekere van die beplande aksiestappe, wat vervolgens weergegee word.

- Werwing en aanstelling van rehabilitasiepersoneel

Die beperkte aantal professionele persone wat rehabilitasiedienste lewer het tot gevolg dat dienslewing negatief geraak word deur personeelverwisseling of die afwesigheid van personeel. 'n Verdere gevolg is dat daar nie voldoende tyd en aandag gegee kan word aan persone met amputasies se rehabilitasie nie. Die Hoof van kliniese ondersteuningsdienste was verantwoordelik vir onderhandelinge met die hospitaalbestuur om te motiveer vir die aanstelling van 'n hospitaal maatskaplike werker, 'n sielkundige, oudioloog en spraakterapeut en 'n fisioterapeut. Die genoemde poste is vanaf Mei 2008 geadverteer, onderhoude is met potensiele kandidate gevoer en aanbevelings vir aanstellings is gemaak. Die Hoof van kliniese ondersteuningsdienste was deel van die paneel wat die onderhoude gevoer het. 'n Fisioterapeut het op 1/10/2008 diens aanvaar, terwyl die hospitaal maatskaplike werker en die oudioloog en spraakterapeut op 1/1/2009 diens aanvaar het. Die aangestelde sielkundige het nie meer in die pos belang gestel nie, gevolglik is die pos gedurende Februarie 2009 weer geadverteer, onderhoude is in Maart 2009 gevoer en 'n kliniese sielkundige het op 19/10/2009 begin werk. Die span was opgewonde oor die aanstellings, want die personeel se werkladings is verlig en dit sal na alle verwagting die kwaliteit van rehabilitasiedienste positief beïnvloed.

- Herstrukturering van kommunikasiegeleenthede

Uit die terapeute se hede-narratiewe het die leemte aan pasiëntbesprekings duidelik geblyk, terwyl die verlede verhale die waarde daarvan uitgelig het (vgl. 4.2.2.5 oor herinneringsbesprekings). Die integrasie van hulpverleningsprosesse bied besondere uitdagings aan die multi-dissiplinêre span en vereis volgehoue pogings om samewerking tussen die terapeute te verseker. Die rehabilitasiespan se idees is geëksploreer en die groep het besluit om die weeklikse multi-dissiplinêre saalrondes met pasiëntbesprekings aan te vul. Die eerste uitdaging was om 'n geskikte lokaal te kry en as gevolg van die konstruksiewerk aan die hospitaal was dit gereeld nodig om van lokaal te verander. Die groepsgesprekke was aanvanklik om konsensus te verkry oor die prosedures en doelwitte van rehabilitasiedienste. Die holistiese werkswyse en die benadering van die sosiale model (vgl. 5.1.2.4) is deur die span in beginsel aanvaar.

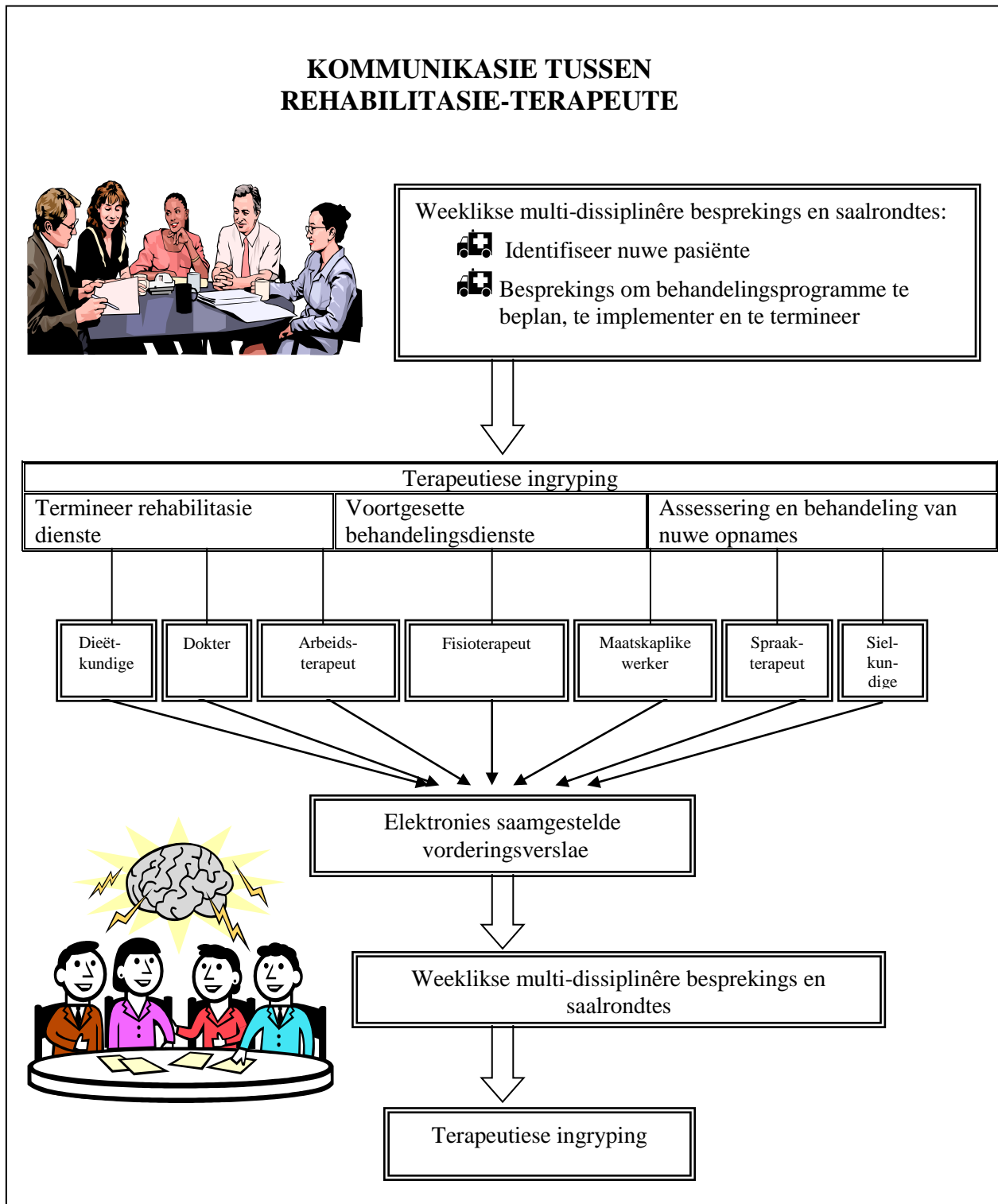
Weeklikse spanbesprekings het vanaf Januarie 2009 op Dinsdae plaasgevind. Die doel van die kommunikasiegeleenthede is om probleme te bespreek, strategieë te ontwikkel om probleme op te los en individuele hulpverleningsprogramme vir pasiënte te bespreek. Elke

spanlid se bydraes oor die assessering, behandeling, her-assessering, voorbereiding vir ontslag en die beplanning van verwysings of opvolgdienste word bespreek (vgl. Figuur 4). 'n Rehabilitasiedienste Vorderings/Afsluitingsverslag (vgl. Bylae 3) word weekliks vir elke pasiënt voltooi, wat die individuele terapeute se intervensie en die persoon se vordering saamvat. Die verslag sirkuleer elektronies tussen die terapeute. 'n Uitgedrukte kopie word in die pasiëntlêer geliaseer vir die aandag van die dokters en verpleegpersoneel, asook vir gebruik met heropnames in die hospitaal.

Die vloeï van kommunikasie om die vorderingsverslae saam te stel het aanvanklik probleme opgelewer, wat tydens die weeklikse byeenkomste gedurende Februarie tot Maart 2009 bespreek is. Kommunikasie is onderbreek wanneer een van die terapeute afwesig was en dit was nodig om die knelpunte met die elektroniese samestelling van die verslae verskeie kere te onderhandel en te gewysig. Die dieëtkundige het aangebied om die proses te koördineer en 'n tweede spanlid, die audioloog en spraakterapeut, het aangebied om haar af te los wanneer sy nie beskikbaar is nie. Na afloop van elke spanbyeenkoms word inligting oor nuwe aanmeldings en bespreekte gevalle elektronies versprei en op die daaropvolgende Maandae het die spanlede die taak om vorderingsverslae te voltooi en na die koördineer terug te stuur vir bespreking die volgende dag. Die verloop van die span se kommunikasie oor pasiëntsorg word in Figuur 3 voorgestel.



**Figuur 3: Kommunikasie tussen rehabilitasie-terapeute**

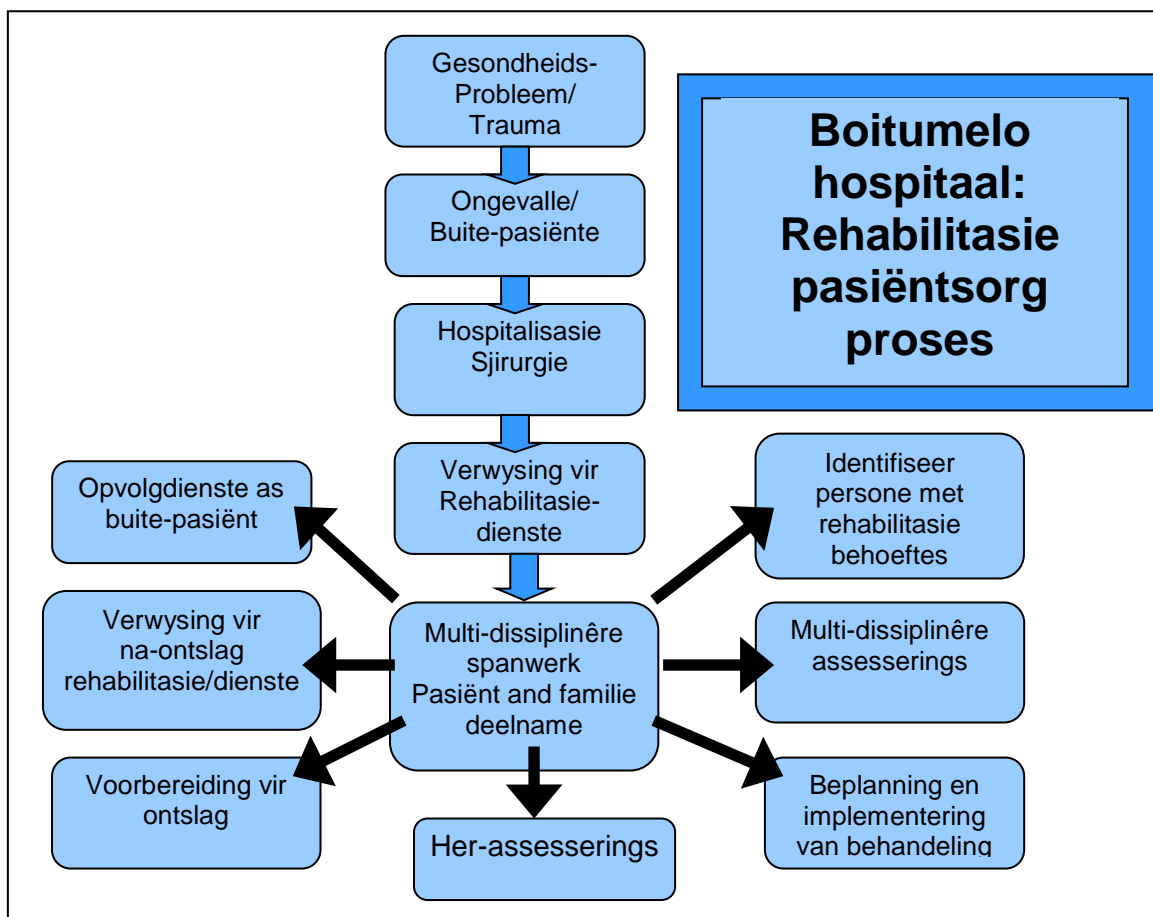


Die spanbesprekings het die koördinasie van hulpverleningsprogramme bevorder die spanlede het die byeenkomste en besprekings as ondersteunend beleef, want afdelings se isolasie van andere is verbreek en daar is gesamentlik na oplossings vir probleme gesoek.

- Konsensus oor die verloop van die pasiëntsorgproses

Tydens die gesprekke het die behoefte aan konsensus oor die verloop van die rehabilitasieproses na vore gekom, aangesien terapeute van verskillende professies as ‘n eenheid moet saamwerk. ‘n Visuele voorstelling van die proses is gebruik om die gesprek te stimuleer en duidelikheid te verky oor die take van die rehabilitasie-terapeute in elke stap van die proses, asook die rol van spanwerk. Die pasiëntsorgproses word in Figuur 4 visueel voorgestel.

**Figuur 4: Pasiëntsorgproses van rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal**



- Die tydige aanmelding van persone met amputasies vir rehabilitasiedienste

Persone met amputasies word meestal tydens weeklikse saalrondes aangemeld, wat meebring dat sommiges ontslaan word alvorens hulle rehabilitasiedienste ontvang het of hulle word aangemeld enkele dae voor hul ontslag. Aanmeldings is sporadies en gewoonlik net na een van die terapeute van die rehabilitasiespan. Die span het

alternatiewe werkswyses bespreek om tydige aanmeldings te bevorder en die volgende maatreëls is in werking gestel:

- Die bestaande aanmeldingsvorm is hersien (vgl. Bylae 4) en word sedert Januarie 2009 tydens die weeklikse byeenkomste vir pasiëntbesprekings gebruik.
- Die sessie dokter vir rehabilitasiedienste doen daaglikse rondtes in al die sale en stel die rehabilitasiespan in kennis van nuwe opnames of verwysings.
- Die dieëtkundige ontvang daaglik 'n lys van alle opnames en het aangebied om nuwe pasiënte, met diagnoses wat gewoonlik rehabilitasiedienste benodig, onder die aandag van die span te bring.
- Die lede van die rehabilitasiespan aanvaar verantwoordelikheid om inligting oor nuwe verwysings wat ontvang is, elektronies te sirkuleer.

Hierdie maatreëls het die voordeel dat die terapeute tydens pasiëntbesprekings kennis dra van nuwe opnames en kan so spoedig as moontlik hulpverlening implementeer.

- Effektiewe verwysingsisteme tussen die verskillende vlakke van gesondheidsorg

Persone met amputasies word na ontslag vir rehabilitasiedienste in die gemeenskap verwys, indien dit beskikbaar is. Die verwysings word gedokumenteer om dienste te koördineer en om kommunikasie met diensverskaffers buite die hospitaal te monitor. Die rehabilitasiespan het die gebrek aan terugvoer oor die persoon se herintegrasie in die gemeenskap en gesprekke om die oorskakeling na 'n terapeut in die gemeenskap te bevorder, as leemtes in die verwysingsstelsel geïdentifiseer. Ek het die genoemde leemtes met Distrikgesondheidsdienste se bestuurder van rehabilitasiedienste tydens informele gesprekke bespreek. Sy het ingestem om aan die einde van elke kalenderjaar vergaderings met die hospitaalspan by te woon. Die bestuurder van kliniese ondersteuningsdienste, arbeidsterapeut, oudioloog en spraakterapeut en fisioterapeut het die vergaderings bygewoon. Die moontlikheid om 'n forum te struktureer om verwysings te bespreek, is deur Distrikgesondheidsdienste voorgestel, maar het vanweë die personeeltekorte in distrikgesondheidsdienste, nie gedurende 2009 gerealiseer nie.

- Uitreikingsdienste na Fezile Dabi Distrikgesondheidsdienste

Die Vrystaatse Departement van Gesondheid het sedert 2007 begin om uitreikingsdienste tussen die verskillende vlakke van gesondheidsorg in te stel, om die kundigheid van professionele gesondheidswerkers na plattelandse areas uit te brei.

Op hierdie stadium ontvang streekshospitale geen uitreikingsdienste in terme van rehabilitasiedienste vanaf tersiêre hospitale nie. Ek het die hoof van kliniese dienste in Universitas hospitaal gekonsulteer en volgens hom is Universitas hospitaal besig om rehabilitasiedienste, in die vorm van 'n toegewyste saal op die terrein van Nasionale hospitaal in Bloemfontein, te beplan. Sodra hierdie diens beskikbaar is, kan uitreikingsdienste, byvoorbeeld die gee van indiensopleiding, na streekshospitale onderhandel word.

Uitreikingsdienste deur streekshospitale na Distrikgesondheidsdienste is 'n strategiese doelwit van die Vrystaatse Departement van Gesondheid, met die doel om distrikgesondheidsdienste te versterk. Onderhandelinge tussen die Hoof Uitvoerende Beampte van die hospitaal, die Fezile Dabi Distriksbestuurder en die bestuurders van rehabilitasiedienste van beide instansies het gedurende Oktober 2008 plaasgevind. Die onderhandelinge is in November 2008 uitgebrei om die hospitaal se arbeidsterapeut en fisioterapeut in te sluit. Vakante poste by Distrikgesondheidsdienste en 'n gebrek aan werkspasie belemmer rehabilitasiedienste in die Moqhaka gebied. Tydens die onderhandelinge is besluit om die toerusting van primêre rehabilitasiedienste voorlopig na Boitumelo hospitaal oor te plaas en die enigste rehabilitasie terapeut ('n arbeidsterapeut assistent) in die gebied by die arbeidsterapie afdeling van Boitumelo hospitaal in te skakel. Daar is ooreengekom dat uitreikingsdienste aan drie geselekteerde klinieke, twee ouetehuse en twee werksinkels vir gestremdes in Moqhaka, deur die hospitaal se gemeenskapsterapeute gelewer sal word.

In Januarie 2009 het die gemeenskapsterapeute wat vir 'n jaar by die streekshospitaal geplaas is, wat arbeidsterapie, fisioterapie en dieëtkunde insluit, begin om die instansies volgens 'n vasgestelde program te besoek. Die terapeute doen individuele assesserings van pasiënte wat deur die verpleegpersoneel van klinieke verwys is en skryf behandelingsprogramme voor, maar het nie die werksruimte of tyd vir individuele terapie nie. Ander aktiwiteite is groepwerk om die betrokkenes se gesondheid te bevorder en die ontwikkeling van tuisprogramme. Ander lede van die rehabilitasiespan, byvoorbeeld die spraakterapeut en hospitaal maatskaplike werker, is op 'n afspraak basis beskikbaar vir pasiënte wat nie op hul dorpe toegang tot die nodige dienste het nie. Die aard en omvang van uitreikingsprogramme word tans bepaal deur die beskikbaarheid van rehabilitasiepersoneel in die streekshospitaal en sal jaarliks onderhandel word om toeganklike rehabilitasiedienste so ver as moontlik te verseker. Na my mening het die uitreikingsdienste die samewerking met Distrikgesondheidsdienste verder uitgebrei en

rehabilitasiedienste in Moqhaka meer toeganklik gemaak. Die wenslikheid om die hele gesondheidstreek se primêre gesondheidsinstellings met uitreikingsdienste te bedien, word huidiglik deur 'n tekort aan terapeute en vervoer gekortwiek, maar verdien verdere aandag in die bepaling van strategiese doelwitte.

- Die doen van verantwoording

Die gee en verkryging van terugvoer is nodig om die bereiking van doelwitte en kwaliteit dienslewering, volgens die verbruikers se perspektiewe, te verseker (vgl. 4.3.6). Die multi-dissiplinêre span is verantwoordelik om verantwoording te doen aan die hospitaalbestuur, Provinsiale koördineërders en diegene wat die diens ontvang. Die doen van verantwoording oor die terapeute se werksverrigting (kwantitatief) en die kwaliteit van dienste (volgens aanvaarde standaarde), vereis die bestuur van statistiek en relevante data. Die hospitaal gebruik 'n elektroniese statistiekstelsel om pasiënt inligting in te samel, maar die implementering deur rehabilitasie-terapeute is belemmer deur die tekort aan personeel om die inligting in te voer en die program maak nie voorsiening vir al die inligting wat volgens Provinsiale en hospitaalbeleid ingesamel moet word nie. Die rehabilitasiespan het die probleme wat hulle ondervind, bespreek en hul frustrasies hieroor geventileer. Die spanlede het begin om hul kennis van die stelsel met mekaar te deel en elke terapeut het die leemtes van die program vir sy/haar department op skrif gestel. Samesprekings met die firma wat die sagteware verskaf het in April 2009 begin, waarna sekere nuwe funksies tot die program bygevoeg is. In Desember 2009 was dit moontlik vir die dieëtkundige, fisioterapeut, arbeidsterapeut en spraakterapeut om op die gewysigde elektroniese program te werk. Die maatskaplike werker en sielkundige het gedurende November 2009 opleiding ontvang om die program te gebruik en het vanaf Januarie 2010 begin om pasiënt inligting elektronies te versamel. Die spanlede besef die belangrikheid van inligting oor pasiënte en die dienste wat gelewer word, maar beskou dit as 'n administratiewe funksie, wat verkieslik deur 'n klerk hanteer kan word. Die behoefte aan klerklike ondersteuning vereis die uitbreiding van goedgekeurde poste en verdere onderhandelinge met die hospitaalbestuur.

Die gee van terugvoer oor die dienste wat gelewer word, is beperk tot individuele gesprekke met pasiënte en die publikasie van inligting in die hospitaal se maandverslag, wat met die Hospitaalraad en Provinsiale koördineërders gekommunikeer word. Die waarde van persone met amputasies se deelname aan die beplanning en evaluering van rehabilitasiedienste is by verskeie geleenthede deur die spanlede bespreek. In die lig

hiervan het die span besluit dat die afdelings se dokumente oor pasiëntsorg (byvoorbeeld prosesnotas) 'n opskrif sal insluit om pasiënte en ander betekenisvolle persone se deelname aan behandelingsprogramme skriftelik weer te gee.

- Gratis hospitaaldienste vir persone met gestremdheid

Die beleidsdokument “Policy on Free health services for people with disabilities” (vgl. 6.1.2) is gedurende 2004 in die hospitaal geïmplementeer. Vele probleme is ondervind as gevolg van gebrekkige riglyne oor die verdeling van take tussen rehabilitasie-terapeute en administratiewe personeel in die Toelatings afdeling. Gratis gesondheidsorg het in geeneen van die deelnemers se storievertelling na vore getree nie, wat daarop kan dui dat hulle swak ingelig is oor die moontlikheid om gratis behandeling te ontvang. Gedurende Junie 2008 is 'n versoek van die Sub-direktoraat Gestremdheid en Rehabilitasie ontvang om die beleidsdokument te implementeer. Die hoof van kliniese ondersteuningsdienste het die beleidsdokument op twee vergaderings, op 28/8/2008 en 24/3/2009, met die terapeute bespreek. Beskikbare riglyne, vir die voltooiing van siftingsdokumente, is weer beskikbaar gestel en terapeute is versoek om 'n register by te hou van voltooide dokumente, ten einde die implementering te monitor. Die toesighouers van die Toelatings en Rekening afdelings is gedurende April 2009 tydens vergaderings oor Hospitaal inligting by gesprekke oor die praktiese implikasies van die beleidsdokument ingesluit. Ek het verantwoordelikheid aanvaar om 'n interne beleidsdokument, oor die prosedure wat in die hospitaal gevolg moet word, op skrif te stel wat die rolspelers se rolle en verantwoordelikhede uitspel.

Ek is geraak deur die toewyding waarmee die lede van die rehabilitasiespan aksies van stapel gestuur het om die lewensstandaard en lewenskwaliteit van persone met amputasies te verbeter. Die indruk is verkry dat die terapeute gemotiveerd is om 'n betekenisvolle bydrae in die funksionering van persone met fisiese gestremdheid te maak. Die gevolgtrekking word gemaak dat die hospitaal se rehabilitasiespan 'n belangrike hulpbron in die Fezile Dabi gesondheidsdistrik is om persone met fisiese gestremdheid te behandel en toe te rus vir hul lewe in die gemeenskap.

### **7.3.6 Die Storievertelling van gehospitaliseerde persone met amputasies**

Storievertelling was 'n hoofmoment van die navorsingsproses. Agtergrondinligting, oor persone met amputasies wat gedurende die tydperk 1 Januarie tot 31 Desember 2008 in

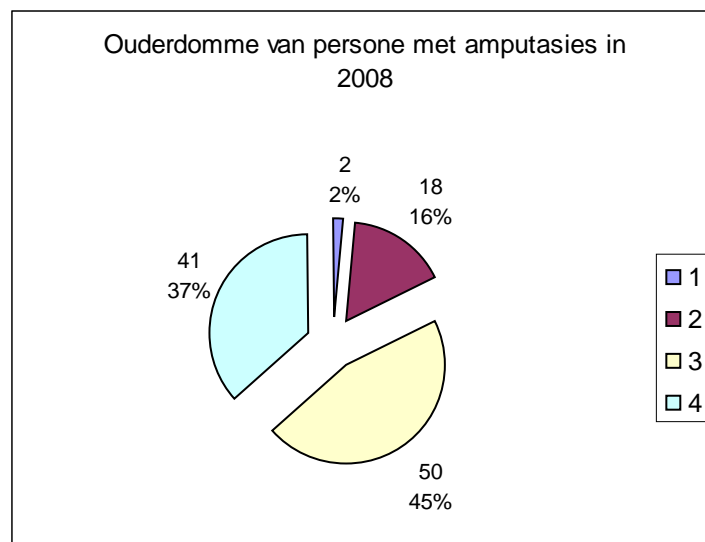
Boitumelo Streekshospitaal behandel is, is versamel om die inligting van die deelnemers aan individuele gesprekke in 'n breër konteks te plaas en te analiseer.

### 7.3.6.1 Demografiese inligting en die sosio-ekonomiese profiel van gehospitaliseerde persone met amputasies

'n Totaal van eenhonderd-en-sewentien persone het gedurende 2008 'n amputasie in Boitumelo hospitaal ondergaan. Die tien persone wat by individuele gesprekke betrek is, bestaan uit persone met amputasies wat gedurende die kalendermaand November 2008 in die hospitaal behandel is. Inligting oor die twee groepe se ouderdom, geslag, etniese groepering en die aard van die amputasie word vervolgens beskryf.

- Die ouderdomsverspreiding

Die ouderdomsverspreiding van persone met amputasies vir die periode Januarie tot Desember 2008 word in Figuur 5 aangedui.

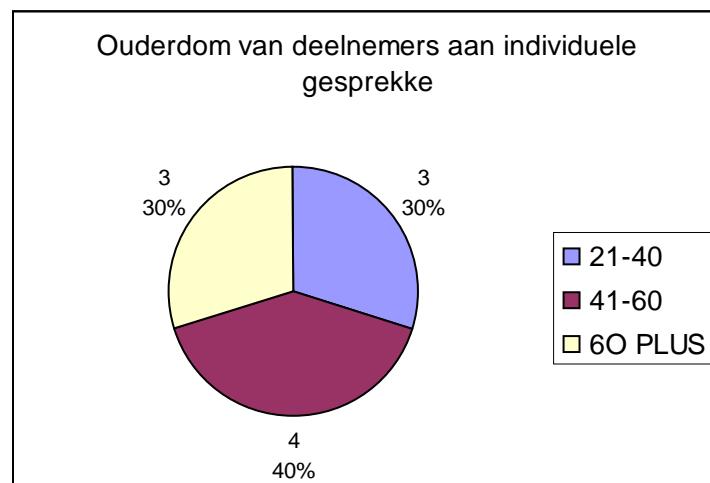


**Figuur 5: Ouderdomsverspreiding van persone met amputasies in 2008 (N =117)**

In slegs twee gevalle het persone onder die ouderdom van 20 jaar amputasies ontvang. 'n Rede vir die lae voorkoms van amputasies in hierdie ouderdomsgroep is dat kinders met erge trauma of fisiese gestremdheid in die meeste gevalle na 'n tersiêre hospitaal verwys word, aangesien Boitumelo hospitaal tans nie oor die dienste van 'n pediater beskik nie. Sestien persent (16%) was jong volwassenes, tussen die ouderdom van 21 tot 40 jaar oud. Motorongelukke en werksbeserings was in die meeste gevalle die oorsaak van amputasies

in hierdie ouderdomsgroep. In sekere gevalle was die sjirurgie nie baie ingrypend van aard nie, soos byvoorbeeld die amputasie van 'n gedeelte van die hand of voet of net een of meer vingers of tone. Amputasies het die hoogste voorkoms (45%) gehad by middeljarige volwassenes, tussen die ouderdomsgroep 41 tot 60 jaar oud. Die meeste gevalle was mans en met beserings of trauma as gevolg van aanrandings, motorongelukke en werksbeserings, terwyl chroniese en lewenstylsiektes soos hoë bloeddruk en vaskulêre inkortings in sommige gevalle 'n veroorsakende rol gespeel het. Persone ouer as sestig jaar was die tweede grootste ouderdomsgroep (37%) met amputasies. Chroniese en lewenstylsiektes, veral hoë bloeddruk, diabetes, oorgewig en vaskulêre inkortings was veroorsakende faktore. In die meeste gevalle het bejaardes bo-been amputasies ontvang, wat mobilisasie en hul prognose om by rehabilitasiedienste baat te vind, negatief beïnvloed het, want baie was daarna bedlêend.

Die ouderdomsverspreiding van die deelnemers aan individuele gesprekke word in figuur 6 aangedui.



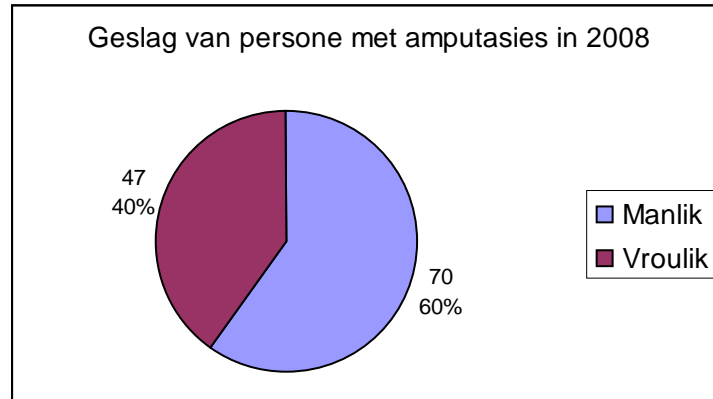
**Figuur 6: Ouderdomsverspreiding van deelnemers aan individuele gesprekke (N = 10)**

Geen kinders en jongmense onder die ouderdom van 20 jaar het gedurende November 2008 amputasies in Boitumelo hospitaal ondergaan nie. Dit bevestig dat persone in hierdie ouderdomsgroep slegs in uitsonderlike gevalle amputasies in die betrokke hospitaal ontvang. Die deelnemers sluit 'n min of meer gelyke verspreiding van jong volwassenes (30%), middeljariges (40%) en bejaardes (30%) in. Die deelnemers se ouderdomsverspreiding stem ooreen met die van die groter groep (vgl. figuur 5), naamlik dat middeljarige volwassenes die grootste groep is wat amputasies ondergaan.



- Die geslagsverspreiding

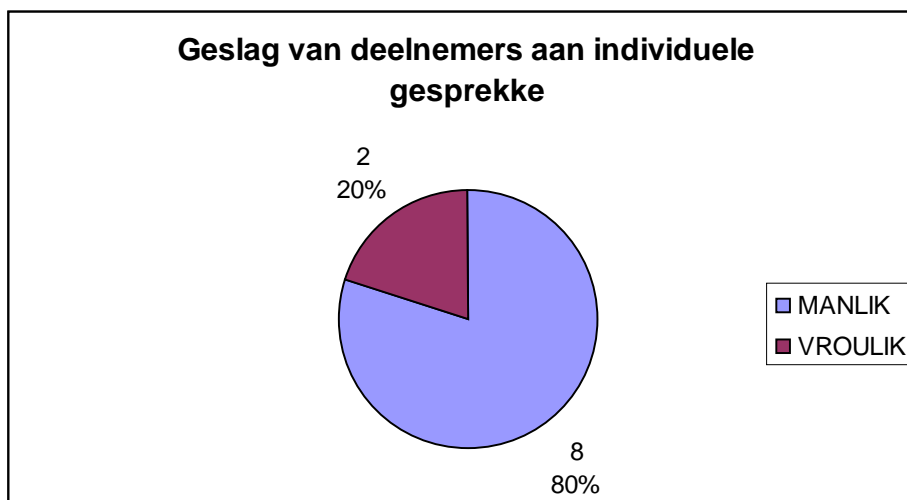
Figuur 7 gee 'n aanduiding van die geslagsverspreiding van persone met amputasies in 2008.



**Figuur 7: Geslagsverspreiding van persone met amputasies in 2008 (N = 117)**

Die meerderheid (60%) van persone met amputasies in 2008 was manlik, terwyl 40% vroulik was. Die verspreiding van die geslagte van persone wat amputasies ondergaan verskil van maand tot maand.

In figuur 8 word die deelnemers aan individuele gesprekke se geslagsverspreiding aangetoon.



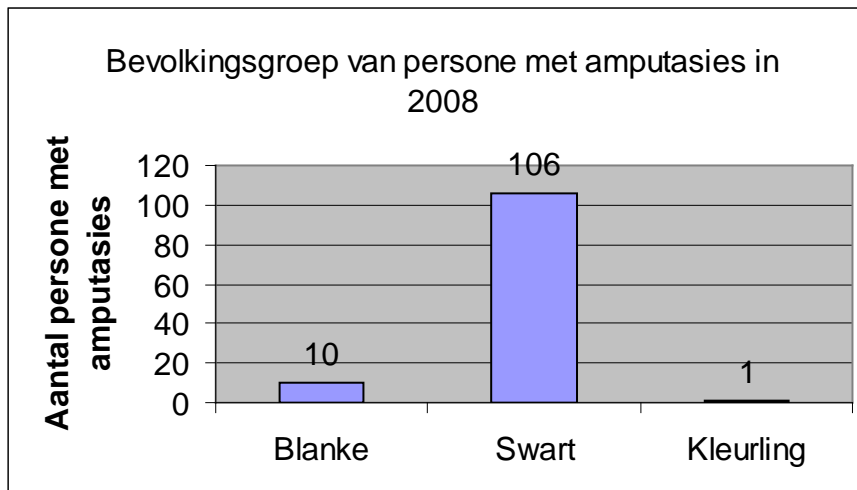
**Figuur 8: Geslagsverspreiding van deelnemers aan individuele gesprekke (N = 10)**

Die meerderheid (80%) van die deelnemers aan individuele gesprekke was mans en slegs twee (20%) was vroue. Beide die vroue was bejaardes, terwyl die mans oor alle ouderdomsgroepe versprei was. Beide die vroue leef met chroniese siektes, soos hoë

bloeddruk en diabetes en ongesonde faktore soos oorgewig. Die mans se amputasies was die gevolg van chroniese siektes, infektiewe siektes soos vigs en ander bydraende faktore soos 'n ongesonde lewenstyl, motorvoertuigongelukke en werksbeserings.

- Die bevolkingsgroep

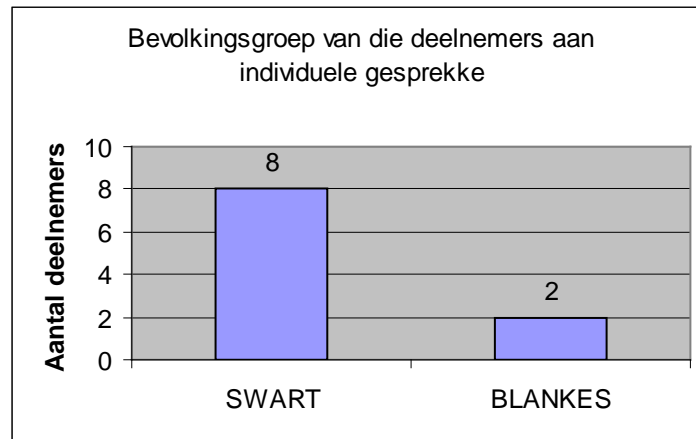
Die bevolkingsgroep van persone met amputasies in die hospitaal gedurende 2008 word in figuur 9 uiteengesit.



**Figuur 9: Bevolkingsgroepe van persone met amputasies in 2008 (N = 117)**

Die oorgrote meederheid (90.5%) van persone met amputasies in 2008 was swartmense, terwyl 9.5% uit blankes en een kleurling (0.5%) bestaan het. Die verspreiding van persone met amputasies se etniese groepering tydens 2008 toon ooreenkomste met die bevolkingsverspreiding in die Noord-Vrystaat en swart mense vorm huidiglik die grootste groep wat die streekshospitaal se dienste gebruik.

Die bevolkingsgroep van die deelnemers aan individuele gesprekke word in figuur 10 aangedui.

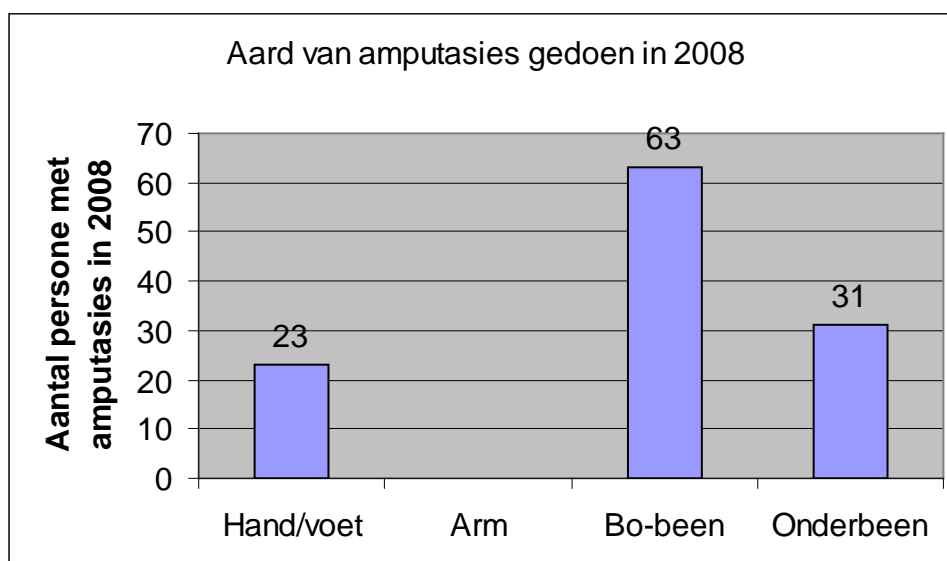


**Figuur 10: Bevolkingsgroepe van deelnemers aan individuele gesprekke (N = 10)**

Agt (80%) van die deelnemers aan individuele gesprekke was swartmense en Sotho-sprekend en twee (20%) was blankes, waarvan een Afrikaanssprekend en een Engelssprekend gewees het. In die lig van bogenoemde blyk dit duidelik dat die amputasies wat in die hospitaal uitgevoer word, persone van alle geslagte, ouderdomme, tale en etniese groeperinge insluit.

- Die aard en voorkoms van amputasies

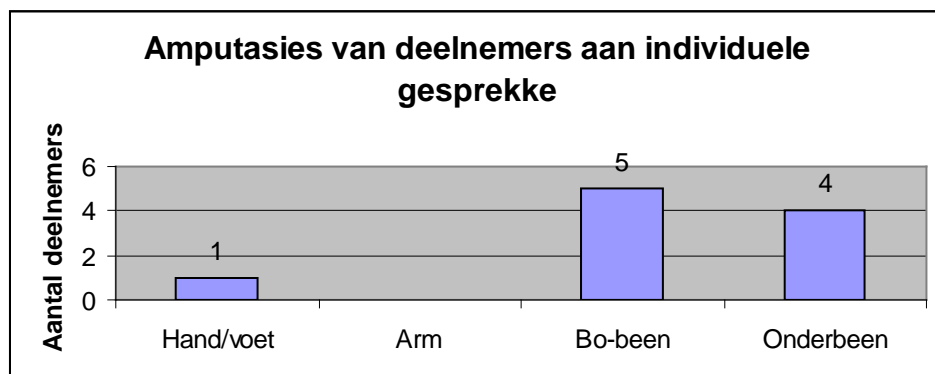
Die amputasie van 'n ledemaat is in alle gevalle ingrypende sjiirurgie en in figuur 11 word die aard en voorkoms van amputasies in die hospitaal gedurende 2008 uiteengesit.



**Figuur 11: Die aard en voorkoms van amputasies gedoen in 2008 (N = 117)**

Gedurende die jaar 2008 is bo-been amputasies in die meeste gevalle (54%) gedoen. Hoë bo-been amputasies verswak die betrokke persone se prognose om sonder hulp te mobiliseer en veral in die geval van bejaardes, is die betrokkenes dikwels bedlêend na die operasie of mobiliseer slegs met 'n rolstoel. Onderbeen amputasies het die tweede hoogste voorkoms gehad (24%). Indien die stomp goed genees en die persoon se fisiese krag dit toelaat, slaag persone met onderbeen amputasies gewoonlik daarin om met behulp van 'n hulpmiddel soos 'n kruk, 'n loopraam of prostese te mobiliseer. Die amputasies van 'n hand of voet of gedeeltes daarvan, byvoorbeeld een of meer tone of vingers het by 22% van die gevalle voorgekom. Geen voorarm of bo-arm amputasies is gedurende 2008 uitgevoer nie, wat daarop dui dat dit in minder gevalle nodig is.

Figuur 12 dui die aard en voorkoms van amputasies van die deelnemers aan die individuele onderhoude aan.



**Figuur 12: Die aard en voorkoms van amputasies van deelnemers aan individuele gesprekke (N = 10)**

Die meerderheid van die deelnemers aan individuele gesprekke het bo-been amputasies (50%) en onderbeen amputasies (40%) gehad. Sewe van die deelnemers het vir 'n geruime tyd voor die amputasies onaangename simptome gehad, byvoorbeeld septiese sere of erge pyn ervaar (vgl. 5.2.1.3). Ses van die sewe sê hulle was voorbereid op die moontlikheid van 'n amputasie voordat hulle in die hospitaal opgeneem was. Een persoon (10%) was die slagoffer van 'n motorvoertuigongeluk en een (10%) het 'n besering aan diens gehad. Slegs een deelnemer (10%) se hand is geamputeer na 'n aanranding (vgl. 5.2.1.2).

- Deelnemers se sosio-ekonomiese profiel

Inligting oor deelnemers aan individuele onderhoude se sosio-ekonomiese profiel word in tabel 3 en tabel 4 uiteengesit.

**Tabel 3: Behuising, werksituasie, inkomste en huwelikstatus van die deelnemers aan individuele gesprekke**

		Aantal deelnemers
BEHUISING	Eie woning	4 (40%) (deelnemers: 3, 6, 7, 8)
	Huur 'n huis/kamer	3 (30%) (deelnemers: 1, 2, 9)
	Woon by familie	(30%) (deelnemers: 3, 5, 10)
WERKSITUASIE	Werkloos	3 (30%) (deelnemers: 1, 3, 7)
	Afgetree of ongeskik verklaar vir werk	6 (60%) (deelnemers: 4, 5, 6, 8, 9, 10)
	Verrig loonarbeid	1 (10%) (deelnemer 2)
INKOMSTE	Ontvang 'n pensioen	5 (50%) (deelnemers: 5, 6, 8, 9, 10)
	Kry 'n salaries	1 (10%) (deelnemer 2)
	Geen inkomste/afhanklik van familie	4 (40%) (deelnemers: 1, 3, 4, 7)
HUWELIKSTATUS	Getroud	3 (30%) (deelnemers: 1, 2, 6,)
	Geskei	1 (10%) (deelnemer 4)
	Weduwee/wewenaar	3 (30%) (deelnemers: 7, 8, 9)
	Ongetroud	3 (30%) (deelnemers: 3, 5, 10)

Interpretasie van die inligting wat in tabel 3 vervat is:

- Al die deelnemers het huisvesting gehad, alhoewel vier (40%) aangedui het dat die behuising ontoereikend is, as gevolg van beperkte ruimte of trappe. Een deelnemer was werkloos, kon nie sy huurgeld betaal nie en was onseker of hy en sy gesin onbepaald in die huurhuis sou kon aanbly. Huisvesting is 'n basiese behoefte en was 'n prioriteit vir deelnemers om te bespreek tydens onderhoude. Lustig en Strauser (2007:194) wys daarop dat ontoereikende behuising persone met gestremdheid se gesondheid benadeel en dit moeiliker maak om die gevolge van fisiese gestremdheid te hanteer. Deelnemers se vermoë om ekonomies aktief te wees, beïnvloed die behuising wat hulle kan bekostig en die moontlikheid om hul leefomstandighede te verander om by hul behoeftes aan te pas. Rehabilitasiedienste moet rekening hou met die beperkinge van die persoon se fisiese omgewing en voorbereiding om optimaal daarbinne te funksioneer.
- In ses (60%) van die gevalle was die deelnemers, voor hul opname in die hospitaal, ongeskik verklaar vir werk of afgetree. Die deelnemers was tevrede om 'n pensioen te ontvang en het geen begeerte getoon om loonarbeid te verrig nie. Drie (30%) van die deelnemers was werkloos voordat hulle in die hospitaal opgeneem is en geeneen skryf die werkloosheid aan siekte toe nie. Slegs een deelnemer (10%) het loonarbeid verrig en het beplan om na ontslag uit die hospitaal sy werk te bedank, omdat hy nie sy vorige werk sou kon verrig nie en sy werk het hom van sy gesin geskei. Werkloosheid in die gemeenskap veroorsaak dat persone met amputasies sukkel om werk te bekom (vgl. Burger en Marinč 2007:1323) en deelnemers aanvaar dit gelate.
- Die deelnemers se inkomste hou direk verband met hul werksituasie. Slegs een persoon het 'n siviele pensioen ontvang, wat daarop dui dat die meerderheid van die deelnemers van staatspensioene afhanklik is (vgl. 5.2.2.4). Een persoon het tydens die ondersoek 'n salaris ontvang en beplan om aansoek te doen vir 'n ongeskiktheidspensioen, omdat dit 'n groter inkomste as sy salaris sou wees.
- Drie (30%) van die deelnemers was getroud en almal is baie goed deur hul huweliksmaats ondersteun. Sewe (70%) van die deelnemers was enkellopend, maar het die ondersteuning van hul kinders en/of lede van hul uitgebreide familie of vriende geniet. 'n Stabiele huwelik het 'n positiewe effek op 'n persoon se kwaliteit van lewe en die heraanpassing by nuwe rolle (Rolland 1994:66.) Die meerderheid van deelnemers aan hierdie ondersoek was nie getroud nie en het tydens die gesprekke geen belangstelling hierin getoon nie. Dit kan waarskynlik

daaraan toegeskryf word dat hulle stabiele en ondersteunende verhoudinge met ander informele ondersteuningsisteme het.

**Tabel 4: Die informele sosiale ondersteuningsisteme, deelname aan formele en/of professionele dienste/ondersteuningsisteme, probleme met mobilisasie en sosiale isolasie van deelnemers aan individuele gesprekke**

INFORMELE SOSIALE ONDERSTEUNINGSISTEME (betekenisvolle verhoudinge)	Huweliksmaats	3 (30%) (deelnemers: 1, 2, 6)
	Kinders en/of ouers	8 (80%) (deelnemers: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9)
	Lede van die uitgebreide familie	6 (60%) (deelnemers: 2, 3, 4, 5, 7, 10)
	Vriende	4 (40%) (deelnemers 1, 3, 9, 10)
(Gemeenskapsbetrokkenheid en deelname aan informele aktiwiteite)	Politieke deelname	4 (40%) (deelnemers: 1, 2, 7, 9)
	Sportdeelname	0 (0%)
	Bywoning van klubs werkwinkels, of die beoefening van 'n stokperdjie	2 (20%) (deelnemers: 6, 10)
	Kultuuraktiwiteite (bv. lid van 'n koor)	1 (10%) (deelnemer 9)
DEELNAME AAN FORMELE EN/OF PROFESSIONELE DIENSTE/ONDERSTEUNINGSISTEME	Kerklike inskakeling:	
	Kerkloos	0 (0%)
	Kerklos	3 (30%) (deelnemers: 1, 2, 6)
	Kerklik aktief ingeskakel	7 (70%) (deelnemers 3, 4, 5, 7,

		8, 9, 10)
	Inskakeling by ondersteuningsgroepe of belangegroep	0 (0%)
	Gebrek aan publieke vervoer	1 (10%) (deelnemer 4)
	Gebrek aan opleiding of ontwikkelingsgeleent-hede	7 (70%) (deelnemers: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8)
	Ontoeganklike gesondheidsorg	3 (30%) (deelnemers: 4, 6, 8)
	Afwesigheid van welsynsorganisasies	4 (40%) (deelnemers: 2, 4, 5, 6,)
	Gebrek aan inligting oor bestaande hulpbronne	6 (60%) (deelnemers: 1, 2, 3, 4, 6, 5)
<b>PROBLEME MET MOBILISASIE</b>	Geen of ontoereikende hulpmiddels (bv. rolstoel, kunsledemate)	1 (10%) (deelnemer 9)
	Ontoeganklike behuising (bv. trappe, geen opritte)	4 (40%) (deelnemers: 1, 2, 5, 10)
	Persoon is verswak en bedlënd	3 (30%) (deelnemers: 1, 3, 8)
<b>SOSIALE ISOLASIE</b>	Diskriminasie (benadeelde posisie)	4 (40%) (deelnemers: 1, 2, 4, 10)
	Onderdrukking (gebrek aan mag of ontkenning van menseregte)	5 (50%) (deelnemers: 1, 2, 5, 9, 10)

Interpretasie van die inligting in tabel 4:

- Geeneen van die deelnemers was onseker of bekommerd oor die ondersteuning wat hulle van naasbestandes en vriende geniet nie. Sosiale ondersteuning sluit 'n netwerk van verhoudinge in "... that provides nurturance and reinforcement for coping with life on a daily basis" (Van Zyl *et al.* 1997:57). Verhoudinge met familie, vriende en bure het gewoonlik diepte en is emosioneel bevredigend. Die



deelnemers ervaar sekuriteit in hul verhoudinge met naasbestaendes, want hulle twyfel nie daaraan dat hulle aanvaar word nie. Veral familieledede het 'n groot invloed op persone met amputasies se welsyn en gesondheid en is gewoonlik die primêre voorsieners van ondersteuning en versorging, want hulle is die meeste van die tyd fisies teenwoordig en die meeste blootgestel aan die probleme wat ervaar word (Van Zyl *et al.* 1997:58). Dit dien vermeld te word dat persone met amputasies nie altyd deur familie aanvaar word nie, aangesien familieledede soms prakties nie die vermoë het om persone met amputasies tuis te versorg nie of weier om dit te doen as gevolg van verhoudingsprobleme wat bestaan. In vier (40%) van die gevalle het vriende ook 'n betekenisvolle rol gespeel en het in al die gevalle 'n belangrike bydrae gelewer om isolasie te verbreek. Die meeste van die deelnemers het meer as een vorm van ondersteuning gehad, byvoorbeeld 'n huweliksmaat en kinders of vriende en lede van die uitgebreide familie. Informele ondersteuningsisteme speel 'n belangrike rol in die versorging van persone met amputasies, verskaf emosionele ondersteuning en die hantering van praktiese probleme.

- Die deelnemers se betrokkenheid by gemeenskapsaktiwiteite, voor hul opname in die hospitaal, was oor die algemeen baie beperk. Vier (40%) van die betrokkenes was betrokke by die aktiwiteite van party politiek en dit blyk die gewildste vorm van gemeenskapsdeelname te wees. Die risiko bestaan dat die amputasie van 'n ledemaat die deelnemers se gemeenskapsbetrokkenheid negatief mag beïnvloed (vgl. Atherton en Robertson 2006:1201).
- Professionele en/of formele ondersteuningsisteme dra volgens (Van Zyl *et al.* 1997:57) by tot die bevordering, herstel, aanpassing en toepaslike gedrag van persone met fisiese gestremdheid in die gemeenskap en behoort daarom aandag te geniet in veral landelike gebiede met beperkte hulpbronne. Deelnemers spreek die behoefte uit aan die konkrete ondersteuning van formele ondersteuningsisteme, tog het hulle voor die amputasie net gesondheidsdienste gebruik en geen poging aangewend om ander vorme van ondersteuning te bekom nie. Deelname aan die ontwikkeling van nuwe dienste mag hierdie tendens verander, want Ellis (2005:695) wys daarop dat persone met gestremdheid beheer wil hê oor besluite wat geneem word, aangesien hulle dan ervaar dat hulle kontrole oor hul lewe het.
- Die inskakeling by ondersteuningsgroepe kan persone met amputasies se sosialisering en ontspanning buite die gesin bevorder, maar geneen van die deelnemers dra kennis van ondersteuningsgroepe in die plaaslike gemeenskap nie. Dit skep die indruk dat weinig ondersteuningsgroepe bestaan, of dat die bestaan

daarvan onbekend is in die gemeenskap. Die moontlikheid bestaan ook dat inskakeling by 'n ondersteuningsgroep nie as 'n gewilde aktiwiteit beskou word nie. Die bemerking van die voordele van 'n ondersteuningsgroep mag persone met amputasies se sienings verander. Van Zyl *et al.* (1997:57) wys daarop dat deelnemers in sommige gevalle die keuse uitoefen om nie by gemeenskapsgebaseerde ondersteuningsisteme in te skakel nie, omdat hulle hoë vlakke van ondersteuning in hul eie ondersteuningsnetwerke geniet.

- Deelnemers se mobilisasie na die amputasie was goed (70%), terwyl drie (30%) bedlêend was. Probleme met ontoeganklike behuising word deur tydens die rehabilitasieproses aangespreek word en veral die arbeidsterapeut speel 'n belangrike rol in die verband. Al die deelnemers het hulpmiddels ontvang om hul mobilisasie en selfstandigheid te bevorder, wat 'n belangrike doelwit van rehabilitasie is (vgl. 6.3.5). Die uitreiking van mediese hulpmiddels deur rehabilitasie-terapeute blyk besonder effektief te wees, want slegs een deelnemer het 'n probleem met die hulpmiddel wat uitgereik is, ondervind.
- In die meeste gevalle het die deelnemers aanvanklik sosiale isolasie ontken, maar by verdere ondersoek het dit geblyk dat beperkte hulpbronne, veral opleidingsgeleenthede, wel isolasie in die hand werk. Die diskriminasie wat ervaar word hou verband met 'n gebrek aan werksgeleenthede vir persone met amputasies. Hierdie bevinding kom ooreen met ondersoeke wat deur Burger en Marinčik (2007:1323) en Lustig en Strauser (2007:194) gedoen is. Vyf (50%) van die deelnemers het bekommernis oor moontlike onderdrukking of die ontkenning van hul menseregte in die gemeenskap uitgespreek, maar ontken dat hulle onderdrukking in die hospitaal beleef het.

Vervolgens word die kwalitatiewe inligting, wat tydens individuele gesprekke met deelnemers ingesamel is, uiteengesit.

### **7.3.6.2 Individuele gespreksgeleenthede en storievertelling**

Die narratiewe werkswyse is tydens individuele gespreksgeleenthede gevolg en geïndividualiseerde en konteksgebonde data is versamel, want die navorsing is verwyderd van pogings om 'n universele en ordelike sosiale wêreld te beskryf. "Through narrative, we come in contact with our participants as people engaged in the process of interpreting themselves. We work then with what is said and what is not said, within the context in which life is lived and the context of the interview in which words are spoken to represent

that life. We then must decode, recognize, recontextualise, or abstract that life in the interest of reaching a new interpretation of the raw data of experience before us" (Josselson and Lieblich 1995:ix). Storievertelling was vir my 'n instrument om op 'n kreatiewe en nadenkende wyse ondersoek in te stel na mense se ondervindinge van 'n amputasie direk na die operasie, voor hul ontslag uit die hospitaal.

Tydens die individuele gespreksgeleentede was dit vir my belangrik dat die deelnemers sal ervaar dat daar werklik in elkeen se storie en unieke weergawe van hul ervarings belanggestel word. Daar word nie gepoog om vanuit 'n kundige of magposisie bepaalde gevolgtrekkings te maak, ten einde die situasie te verklaar of om aanbevelings te maak oor hoe om hul lewe verder in te rig nie. Na aanleiding van die narratiewe werkswyse is daar nie gepoog om objektiewe inligting oor die deelnemers se stories te bepaal nie, maar eerder om die dominante storie te bepaal en verder te ondersoek (White 1993:40). Die dekonstruksie van die stories skep die moontlikheid vir deelnemers om beskadigde identiteite vollediger te omskryf en unieke uitkomst te bepaal wat tot die vorming van 'n nuwe identiteit en lewenssituasie kan lei.

'n Totaal van twaalf persone is gedurende November 2008 in die hospitaal behandel na die amputasie van 'n ledemaat. Dit was prakties moontlik om met tien van die pasiënte individuele gesprekke te voer. Twee van die pasiënte, een swart bejaarde vrou en een swart bejaarde man was te siek en te swak om by onderhoude betrek te word. Die een deelnemer was erg doof en het baie pyn gehad as gevolg van herhaalde chirurgiese prosedures wat uitgevoer moes word, om 'n septiese amputasiewond te behandel. Die een deelnemer was apaties en het nie met gesondheidswerkers gekommunikeer nie, aangesien hy erg verswak was. In een geval is gebruik gemaak van 'n tolk ('n familielid), terwyl die ander deelnemers Afrikaans of Engels magtig was. Daar moet in gedagte gehou word dat die twee tale nie die meerderheid van die deelnemers se moedertaal is nie, gevolglik is opvolg vrae gebruik om sekere uitdrukkings verder te ondersoek, ten einde begrip in die persoon se konstruksies te ontwikkel. Die deelnemers het in die navorsingsproses belanggestel en die indruk is deurgaans verkry dat hulle met erns en entoesiasme aan die gesprekke deelgeneem het.

Persone met amputasies en van hul familieledede is by gedeeltelik gestruktureerde onderhoude betrek, want alhoewel daar van die onderstaande lys van vrae gebruik gemaak is, het die gesprekke spontaan verloop en gefokus op dit wat vir die verteller belangrik was. Aan die begin van die onderhoude is die doel van die navorsing verduidelik, asook

die deelnemers se regte en die rol van hul bydraes. Vrae is aan die deelnemers gestel om hul gedagtes te stimuleer en hulle is deurgaans aangemoedig om hul ervarings, gevoelens en interpretasies so eerlik as moontlik te verwoord. Daar is heen en weer beweeg tussen die verskillende temas en daar is gepoog om deelnemers se direkte woorde of bedoelings neer te skryf. Die volgende aspekte het tydens die gesprekke aandag geniet en is as vrae aan die deelnemers gevra.

#### Verlede-narratiewe:

- Lewenstyl, gesondheid, siektesimptome en die behandeling ontvang.
- Voorbereiding op 'n amputasie (eie gedagtes, inligting ontvang van gesondheidswerkers).
- Maatskaplike probleme ervaar.
- Behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening in die hospitaal voor die amputasie.

#### Hede-narratiewe:

- Huidige gesondheid en siektesimptome.
- Gedagtes oor amputasie en fisiese gestremdheid.
- Verhouding met die self.
- Verhoudinge met betekenisvolle persone en ondersteuningsnetwerke.
- Verhouding met omgewings/kontekstuele faktore.
- Verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as die self.
- Behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening in die hospitaal na die amputasie.
- Aspekte wat die persoon graag met 'n maatskaplike werker wil bespreek.
- Maatskaplike probleme wat ervaar word.
- Maatskaplike faktore wat 'n in staatstellende rol in die persoon se lewe speel.
- Behoefte aan en ervaring van rehabilitasiedienste.

#### Toekoms-narratiewe:

- Verwagtinge en bekommernisse.
- Behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening na ontslag uit die hospitaal.
- Behoefte aan ondersteuning, rehabilitasiedienste en mediese behandeling.
- Kontak met ander persone met fisiese gestremdheid, ondersteuningsgroepe of belangegroepes.

### 7.3.6.3 Verlede-narratiewe

Vervolgens word die temas van die verlede-narratiewe van persone met amputasies in die hospitaal uiteengesit. Kwalitatiewe vertellings word kursief gedruk, met die doel om die deelnemers se betekenisgewing te beklemtoon.

- Lewenstyl, gesondheid, siektesimptome en die behandeling ontvang
  - *Deelnemer 1 het voor die aanranding, wat die amputasie van sy hand genoodsaak het, gereeld gerook en selfgebroude bier gedrink. Asma was voorheen sy enigste gesondheidsprobleem.*
  - *Deelnemer 2 het die afgelope twee jaar behandeling vir vigs ontvang en sy gesondheid was goed gestabiliseer, voordat hy 'n besering aan diens gehad het, wat 'n onderbeen amputasie genoodsaak het.*
  - *Deelnemer 3 sê: “Ek het baie gerook en gedrink, maar 'n paar maande gelede opgehou, toe my voete baie seer begin word het.”*
  - *Deelnemer 4 het gerook en alkohol matig gebruik, maar het kort voor sy opname in die hospitaal die gewoontes gestaak, want die bloedtoevoer na sy voete en bene het versleg, met gepaardgaande ongemak.*
  - *Deelnemer 5 rook vir baie jare en ly aan hoë bloeddruk, waarvoor hy vir die afgelope tien jaar behandeling kry.*
  - *Deelnemer 6 kry vir baie jare behandeling vir hoë bloeddruk en is vyf jaar gelede gediagnoseer met diabetes mellitidis. Hy gebruik medikasie vir die chroniese siektes, maar het geen leiding ontvang oor die volg van 'n spesiale dieët nie.*
  - *Drie jaar gelede is 'n gedeelte van deelnemer 7 se een voet geamputeer. Hy is 'n vrolike en positiewe persoon en het na die amputasie voortgegaan om te werk en het geen verdere mediese behandeling ontvang nie. Hy ontken dat hy enige leiding ontvang het om 'n meer gesonde lewenstyl na die eerste amputasie te volg.*
  - *Deelnemer 8 is bejaard, feitlik blind en word vir baie jare behandel vir diabetes mellitidis. Sy het 'n aantal jare gelede geval en na 'n heupoperasie is sy bedlêend en gebruik 'n rolstoel om te mobiliseer.*
  - *Deelnemer 9 is 'n diabeet sedert 2000 en ly aan hoë bloeddruk. Sy is met medikasie en inspuitings behandel en het 'n spesiale dieët gevolg.*

- *Deelnemer 10 was agt jaar gelede in 'n ernstige motorongeluk en het veelvuldige inwendige beserings opgedoen, sy een arm het staalplate in, sy een hand kan weinig funksies verrig en na vele operasies om die been te laat herstel was dit nodig om 'n onderbeen amputasie te doen. Sover hy weet het hy oor 'n periode van vyf jaar ongeveer dertig operasies ondergaan om die komplikasies van die beserings te verminder en om sy gesondheid te verbeter. Hy word steeds periodiek in die hospitaal opgeneem vir komplikasies, byvoorbeeld obstruksies van die maag.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Vier van die deelnemers het gerook en alkohol gereeld gebruik of misbruik. Lewensstyl, gewoontes en verslawings speel 'n beduidende rol in die ontwikkeling van swak bloedtoevoer na ledemate, vaskulêre skade en die ontwikkeling van chroniese siektes soos hoë bloeddruk en diabetes tipe II, wat die nadelige effek van 'n ongesonde lewensstyl uitwys (vgl. 5.2.1.6).
- Deelnemers het self besluit om op te hou rook en alkohol te gebruik toe hul gesondheid opsigtelik verswak het, wat daarop dui dat hulle kennis gedra het van die nadelige effek daarvan op hul gesondheid. Die gesondheidsprobleme was egter in al die gevalle so ver ontwikkel dat die amputasie van 'n ledemaat onvermydelik was.
- Van die deelnemers het meer as een amputasie gehad en hul kennis van 'n gesonde lewensstyl het nie noodwendig na die eerste amputasie verbeter nie. Deelnemers het op dokters se voorskrifte medikasie gebruik vir chroniese siektes, sonder om aandag te gee aan die volg van 'n gesonde dieët, of die verbreking van ongesonde gewoontes. Gesondheidsopvoeding, veral onder bevolkingsgroepe waar ongeletterdheid voorkom, is nodig om onkundigheid te verminder (vgl. 5.2.1.8). Die aankweek van 'n verantwoordelike lewenswyse blyk 'n belangrike prioriteit te wees, aangesien mense in sommige gevalle voortgaan met 'n selfvernietigende lewensstyl, ten spyte van die kennis wat hulle het.
- Voorbereiding op 'n amputasie
  - *Deelnemer 1 was na 'n aanranding in 'n geskokte toestand in die hospitaal opgeneem en die dokters het aan hom verduidelik dat die linker hand geamputeer moet word, "... want die hand sal nie weer kan werk nie".*

- *Deelnemer 2 ontvang na 'n besering aan diens waarin sy een voet beseer is, mediese behandeling in die streekshospitaal en drie weke later het die dokter aan hom verduidelik waarom 'n onderbeen amputasie nodig was.*
- *Deelnemer 3 sê: “My een voet was lelik en ek het geweet dit sal beter gaan wanneer dit afgesny word.”*
- *Drie weke voor sy opname in die hospitaal het deelnemer 4 se een voet baie geswel en hy is in die hospitaal opgeneem vir behandeling. Twee dae na opname het die dokter aan hom verduidelik waarom 'n amputasie van die onderbeen noodsaaklik is. Hy het die dokter se verduideliking aanvaar, “... want die voet was baie seer”.*
- *Tien jaar gelede het deelnemer 5 'n onderbeen amputasie gekry en toe die ander been se voet en onderbeen begin swel, bloei en pynlik word, het hy vermoed dat die been geamputeer moet word. Hy het egter nie gedink 'n hoë bo-been amputasie van die voorheen gesonde been sal nodig wees nie.*
- *Die laaste drie maande voor die onderbeen amputasie het die voet en onderbeen van deelnemer 6 swart geword, septiese sere ontwikkel, gestink en was baie pynlik. Direk na sy opname in die hospitaal het die dokter inligting aan hom gegee en verduidelik waarom 'n amputasie nodig is. Hy het weinig inligting van die verpleegpersoneel ontvang.*
- *Deelnemer 7 se voorheen gesonde been se voet het swart en baie pynlik geword. Hy het vir die dokter gesê: “... die seer moet weggeneem word”. Hy het die dokter se leiding dat 'n hoë bo-been amputasie nodig is, gelate aanvaar en sê: “... jy leef beter na 'n amputasie”.*
- *Drie van deelnemer 8 se een voet se tone het seer geword en begin bloei en niks kon dit gesond kry nie. Aanvanklik is slegs die drie tone geamputeer, maar na enkele dae het die dokter verduidelik waarom 'n bo-been amputasie nodig is. Sy het geskrik toe dokter verduidelik dat die been geamputeer moet word. Na gesprekke met haar dogter was sy beter voorbereid op die operasie, want die dogter het haar aangemoedig om met die operasie voort te gaan.*
- *Die een voet en been van deelnemer 9 het droë gangreen ontwikkel, wat sleg geruik het. Sy het verwag dat 'n amputasie nodig mag wees en is dadelik na opname deur die dokter op 'n bo-been amputasie voorberei. Sy het die diagnose aanvaar en het self vir haar kinders verduidelik waarom 'n amputasie nodig is.*
- *Deelnemer 10 het herhaaldelik ingrypende sjirurgie en mediese behandeling ontvang, voordat die besluit geneem is om die onderbeen te amputeer. “Ek het*

*vier jaar met krukke geloop en het gewet ek kan nie die been gebruik nie, daarom was die besluit om die onderbeen te amputeer nie vir my 'n verrassing nie.' Hy het meer las van ander beserings (maag en arm) as van die onderbeen wat geamputeer is.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die ervaring van pyn, ongemaklike simptome of trauma het die deelnemers gedwing om mediese behandeling te kry en dit het 'n belangrike rol gespeel om hulle op ingrypende chirurgiese prosedures voor te berei.
- Die mediese dokter is primêr verantwoordelik om siektesimptome, diagnoses, die siekteverloop, die persoon se prognose en alternatiewe vorme van behandeling aan pasiënte te verduidelik. Al die deelnemers was tevrede met die dokter se verduidelikings, maar het meer ondersteuning in die verband van die verpleegpersoneel verwag.
- Al die deelnemers het die dokters se aanbevelings dat 'n amputasie gedoen moet word, aanvaar. Dokters se professionele menings word duidelik gerespekteer en selfs gelate aanvaar. Geeneen van die deelnemers het die dokter se optrede as magismisbruik ervaar nie en het nie gevoel dat hulle in die proses onderdruk word nie, alhoewel daar in 'n postmoderne tydperk kritiek uitgespreek word teen die mag van kennis en die gevaar om mense daarmee te etiketeer (vgl. 3.2.8).
- Deelnemers het positief geantwoord op vrae of hulle meer gesprekvoering oor hul sienings en emosies oor 'n amputasie, voor die operasie, sou verkies. Dit stem ooreenstem met Frayling (2010:79) se mening dat pasiënte die behoefte aan kommunikasie oor hul siekte en behandeling het wanneer slegte nuus aan hulle oorgedra word. Hierdie behoefte aan kommunikasie kan deur die ingryping van die rehabilitasiespan voor die operasie aangespreek word.
- In sekere gevalle was die dokter se voorstel dat 'n amputasie gedoen moet word, die bevestiging van die pasiënt se vrese oor die erns van gesondheidsprobleme en bewustelike of onbewustelike gedagtes oor die moontlikheid van 'n amputasie.
- Persone wie se gesondheid geleidelik verswak het, byvoorbeeld septiese sere wat nie wil genees nie of erge pyn in ledemate, was voorbereid op die noodsaaklikheid van ingrypende mediese behandeling (vgl. 5.2.1.3). Hulle wou so graag verligting van die onaangename simptome hê, dat 'n amputasie gelate aanvaar is. Die meeste persone wat met chroniese siektesimptome saamgeleef



het, verbaliseer dat 'n amputasie vir hulle verligting van pyn gebring het en slegs een persoon het aanvanklik gevoelens van opstand teen die amputasie gehad.

- Maatskaplike probleme ervaar

- *Deelnemer 1 is werkloos en kan nie sy gesin onderhou nie. Pogings om werk te bekom het misluk en rusies met sy vriende veroorsaak, want volgens hom is hulle nie betroubaar nie en wil hom nie regtig help nie.*
- *Deelnemer 2 werk die afgelope agt jaar as 'n plaaswerker in die Vrystaat provinsie, terwyl sy gesin in Mpumalanga woon. Hy gebruik ongeveer een vyfde van sy salaris om een maal per maand na sy gesin te reis en die gesin ervaar finansiële probleme.*
- *Deelnemer 3 vertel dat drankmisbruik en buite-egtelike verhoudinge deel van sy lewenstyl was. Volgens hom het hy geen maatskaplike probleme gehad nie, want hy het gewerk en homself onderhou. Hy is kort voor sy opname in die hospitaal ongeskik vir werk verklaar en daarna het hy by sy suster gaan woon, wat 'n pensioen ontvang en hom finansiël onderhou.*
- *Deelnemer 4 ontken enige maatskaplike probleme. Hy is vervreem van sy vrou en veertien-jarige kind en aanvaar dit gelate. Volgens hom het hy alkohol matig gebruik en het die gewoonte gestaak.*
- *Deelnemer 5 ontken enige maatskaplike probleme, want hy ontvang 'n pensioen en woon by sy suster en haar drie kinders.*
- *Deelnemer 7 ontken enige maatskaplike probleme, want hy gaan na ontslag by sy volwasse kinders woon. Hy weet hulle sal hom finansiël onderhou en al die praktiese hulp verleen wat hy nodig mag hê.*
- *Deelnemer 8 ontken enige probleme, want sy geniet die liefde en ondersteuning van haar kinders. Sy word tuis goed versorg deur die dogter wat by haar inwoon.*
- *Deelnemer 10 kon na die motorvoertuigongeluk nie sy vorige beroep beoefen nie, want hy het nie meer die fisiese krag gehad om met staal en die masjiene te werk nie. Volgens hom is sy enigste probleem: "ek kan nie voluit leef nie".*
- *Deelnemer 10 was skaam oor sy beserings en fisiese gestremdheid en het gedink persone sonder gestremdheid "... is nuuskierig en het snaaks na my gekyk, omdat ek sonder 'n been is en met krukke loop".*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Deelnemers beoordeel die bestaan van maatskaplike probleme vanuit 'n eie konstruksie van waardes en beskouinge oor doeltreffende maatskaplike funksionering (vgl. Vorster 2003:73). So sal 'n persoon byvoorbeeld drankmisbruik of buite-egtelike verhoudinge nie as maatskaplike probleme beoordeel nie, alhoewel dit van ander sienings (byvoorbeeld die Christelike mens- en wêreldbeskouing) verskil.
  - In gemeenskappe met 'n hoë werkloosheidsyfer word doeltreffende maatskaplike funksionering dikwels gemeet aan die verdien van 'n salaris en selfonderhouding, ongeag of ander verhoudingsprobleme bestaan.
  - Deelnemers se ervaring van maatskaplike probleme fokus op die hede en vorige verhoudingsprobleme of verslawing word nie meer as deel van hul huidige lewensverhaal beskou nie. Geeneen van die deelnemers het byvoorbeeld die begeerte geverbaliseer om vorige gebroke verhoudinge te herstel nie.
- Behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening in die hospitaal voor die amputasie
    - *'n Noodoperasie is na Deelnemer 1 se opname uitgevoer en hy het die dokters se oordeel, om sy hand te amputeer, vertrou. Hy het net aan sy fisiese beserings gedink.*
    - *Deelnemer 2 het geweet 'n amputasie is nodig om die fisiese gevolge van die besering te stabiliseer en het nie gedink dit is nodig om met 'n maatskaplike werker daarvoor te praat nie. Hy het besluit om nie sy gesin in kennis te stel van die amputasie nie, want hy wil nie hê hulle moet bekommerd wees nie en verkies om hulle persoonlik in te lig na sy ontslag. Volgens hom is dit nie vir hulle prakties moontlik om hom in die hospitaal te besoek nie.*
    - *Deelnemer 3 ontken die behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening voor en na die amputasie, want hy woon by sy suster wat hom onderhou en sal help versorg na die amputasie.*
    - *Drie van die deelnemers sê hulle aanvaar die verloop van hul lewe en het geen besluite gehad wat hulle voor die operasie wou bespreek nie. Hulle erken wel dat hulle vrese en bekommernisse oor fisiese gestremdheid gehad het.*
    - *Twee deelnemers is enkele ure na hul opname in die hospitaal en die verduideliking van die diagnose geopereer. Een sê hy was geskok oor die besluit, alhoewel hy geweet het 'n amputasie is nodig. Gesprekvoering met die*

*maatskaplike werker was nie prakties moontlik nie as gevolg van die beperkte tydsverloop tussen hul opname in die hospitaal en die sjirurgie.*

- *Deelnemer 8 het die behoefte gehad om haar verswakkende gesondheid en die gevolge daarvan te bespreek, alhoewel sy gedink het 'n amputasie was onvermydelik.*
- *Deelnemer 10 het nie gedink gesprekke met die maatskaplike werker is nodig nie, maar sy ouers wou die ingrypende besluite wat geneem moes word, bespreek.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- 'n Amputasie word in die literatuur as 'n ingrypende insident beskryf, wat gewoonlik as 'n krisis deur die betrokkenes ervaar word (vgl. Kubheka 1992:1; Atherton en Robertson 2006:1201). 'n Veronderstelling wat hieruit voortvloei is dat die maatskaplike werker 'n belangrike rol kan speel met krisisingryping en daarom verkieslik deel van die behandelingspan behoort te wees, voordat die operasie gedoen word (vgl. 6.4.3.1).
- Dit was vir my 'n verrassing om vas te stel dat die meeste deelnemers nie bewus was van die dienste van die hospitaal maatskaplike werker nie en onkundig was oor die rol van die hospitaal maatskaplike werker in hul behandelingsprogram.
- Al die deelnemers was van mening dat die begeleiding van die dokter en/of familieledede voldoende was om die nodige besluite voor die operasie te neem.
- Deelnemers het emosionele reaksies (soos skok, vrees of verwardheid) voor die amputasie ervaar (vgl. 5.2.2.2), maar het nie daaraan gedink om dit met die maatskaplike werker te bespreek nie. Nie een van die deelnemers het vorige ondervinding van maatskaplikewerkhulpverlening gehad nie.
- Bejaardes met 'n hoë ouderdom weier in sommige gevalle 'n amputasie (vgl. 5.2.1.4), omdat hulle nie kans sien vir die fisiese impak van die operasie nie. Hul besluit om nie toestemming vir die operasie te gee nie, word gerespekteer. Sulke gevalle word gewoonlik by die maatskaplike werker aangemeld vir verdere gesprekvoering oor die implikasies van die persoon se besluit.
- Pasiënte wat 'n amputasie weier se siening verander soms nadat familieledede hulle oortuig het om met die operasie voort te gaan (vgl. 5.2.2.6 vir die belangrike rol wat familie speel). Indien die persoon nie toerekeningsvatbaar is nie, word die toestemming van regsbevoegde familieledede of die hoof van die

hospitaal verkry. Gevalle waar die saalpersoneel misluk om familie op te spoor word na die maatskaplike werker verwys vir verdere ingryping.

#### 7.3.6.4 Hede-narratiewe

Die hede-narratiewe van persone met amputasies in die hospitaal word onder die volgende temas saamgevat:

- Huidige gesondheid en siektesimptome
  - *Deelnemer 1 het veelvuldige beserings tydens 'n aanranding opgedoen, naamlik 'n gebreekte arm, gebreekte been, messteke op sy kop en 'n vergruisde hand. Sy een been en arm is in gips en sy een hand is geamputeer, gevolglik kan hy nie selfstandig mobiliseer nie en is van sorg afhanklik vir sy basiese behoeftes.*
  - *Deelnemer 2 sê hy het na die diagnose dat hy HIV+ is, besef dit help nie om bekommerd te wees oor die progressiewe en degenererende verloop van die siekte nie en "... het besluit om net aan te gaan met die lewe". Hy beplan om voort te gaan met die anti-retrovirale behandeling. Die operasiewond na die amputasie is pynlik en hy ervaar veral ongemak wanneer hy rondbeweeg.*
  - *Deelnemer 3 is na sy opname in die hospitaal, enkele dae voordat die amputasie gedoen is, met tuberkulose en vigs gediagnoseer. Hy was nie voorheen daarvan bewus nie en aanvaar dit gelate. Die voet van die been wat nie geamputeer is nie, het sellulitis en mag met die verloop van tyd ook pynlik word.*
  - *Deelnemer 4 is bewus daarvan dat die arteriële inkorting en amputasie onomkeerbaar is, maar omdat hy tans geen siektesimptome ervaar nie, vorm gesondheidsprobleme nie deel van sy hedeverhaal nie.*
  - *Deelnemer 5 is bejaard en verswak na die eerste onderbeen amputasie tien jaar gelede. Sy linkerarm is styf en baie swak, wat sy vermoë om homself te verplaas baie bemoeilik. Die hoë bo-been amputasie van die voorheen gesonde been, veroorsaak tans baie fisiese ongemak. Na die tweede amputasie ervaar hy rugpyn en het probleme om regop te sit. Hy ervaar minder pyn na die amputasie van die been.*
  - *Deelnemer 6 voel gesonder na die ampuasie, want hy het minder pyn. Hy ervaar ongemak en die wond is steeds pynlik. Chroniese siektesimptome soos*

*ongekontroleerde bloedsuiker geniet nou vir die eerste keer aandag en is tans gekontroleerd, wat sy gesondheid in die algemeen verbeter.*

- *Deelnemer 7 sê: “Ek hoor die dokter sê ek is ’n diabeet.” Volgens hom het hy geen kennis van die siekte en die behandeling daarvan nie. Hy het ’n ongeërgde houding oor bestaande siektesimptome.*
- *Deelnemer 8 is bejaard, oorgewig, swak en bedlêend. Die operasiewond is septies en genees stadig as gevolg van chroniese siektes, wat haar hospitalisasie baie verleng. Sy sien baie swak en wil hulp hiervoor kry, sodra sy gesond genoeg is.*
- *Deelnemer 9 is goed ingelig oor die twee chroniese siektes wat sy het en die mediese behandeling daarvan.*
- *Deelnemer 10 sê: “Ek kry tans minder spookpyne van die been wat geamputeer is en weet hoe om dit te hanteer. Ek het die gebruik van die kunsbeen so gewoon geraak, dat ek bang is ek sal begin stap voordat die kunsbeen aangesit is.”*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Sommige deelnemers het vir lang periodes met die simptome van chroniese of infektiewe siektes saamgeleef, sonder om die nodige inligting of behandeling daarvoor te verkry, wat die verband tussen gestremdheid en chroniese siektes bevestig (vgl. Lustig en Strauser 2007:194). Onkunde of ontkenning lei tot die verwaarloosing van gesondheid en komplikasies wat ’n amputasie mag noodsaak. Primêre gesondheidsorg kan ’n belangrike rol speel om die nodige opvoedkundige dienste te lewer (vgl. 6.3.1 oor die vlakke en prioriteite van gesondheidsdienste in Suid-Afrika). Gesprekvoering en die gee van inligting kan ’n positiewe rol speel om mense te bemagtig om besluite te neem wat hul welsyn sal bevorder.
- Met hospitalisasie kan dit gebeur dat pasiënte met meer as een diagnose gekonfronteer word, wat hoë eise stel aan hul vermoë om by die gevolge daarvan vir hul lewe en verhoudinge aan te pas. Gesondheidswerkers het die verantwoordelikheid om die betrokkenes voor te berei vir die gevolge van die siektes en die hantering daarvan, tog word die indruk uit die vertellings verkry dat dit nie voldoende aandag geniet nie (vgl. Frayling 2010:79).

- Gedagtes oor amputasie en fisiese gestremdheid
  - *Deelnemer 1 sê: “Die lewe gaan moeilik wees, want ek kan nie alles vir my kinders doen nie.”*
  - *Volgens deelnemer 2 was die amputasie noodsaaklik, want die voet het ten spyte van mediese behandeling septies begin word. Ten opsigte van die fisiese gestremdheid wat die amputasie meegebring het, sê hy: “... ek moet by ‘n nuwe ding aanpas”.*
  - *Deelnemer 3 sê: “Ek was bly oor die amputasie, want ek kon nie meer in die nag slaap nie as gevolg van die seer voet.”*
  - *Deelnemer 4 aanvaar die amputasie en sê: “... dit is nie ‘n slegte ding wat met my gebeur het nie”. Die wond na die amputasie is pynlik, maar hy verwag dat dit geleidelik sal verminder.*
  - *Deelnemer 5 voel hartseer oor die amputasie, want sy fisiese bewegings word ernstig daardeur beperk. “Ek praat met die hart, want die lewe is nie meer maklik nie.”*
  - *Deelnemer 6 sê: “Ek voel hartseer oor die been wat ek verloor het, maar ek weet dit was nodig. Ek het nie voete nie, maar kan snags slaap, want die pyn is weg.”*
  - *Deelnemer 7 sê: “Die been doen net wat hy wil.” Na die operasie het hy weinig beheer oor die gedeelte van die been wat nie geamputeer is nie en voel daarom dat hy minder beheer oor sy liggaam het, wat ‘n onaangename ervaring is. Hy is vol vertroue dat die probleem met die verloop van tyd sal verbeter.*
  - *Deelnemer 8 dink nie die twee amputasies of fisiese gestremdheid is ‘n probleem nie en sê: “... dit is beter om die droë voete en been af te sny”.*
  - *Deelnemer 8 aanvaar die amputasie en sê: “... ek wil net gesond wees”. Daarmee bedoel sy dat die septiese wond moet genees en dat sy geen pyn sal ervaar nie. Sy kla nie omdat sy bedlêend is nie, maar voel haar lewenskwaliteit word aangetas omdat sy feitlik blind is.*
  - *Deelnemer 9 sê: “Ek gaan nie meer onafhanklik wees nie.” Later in die gesprekke vertel sy egter dat sy selfs in die hospitaal sekere dinge vir haarself doen en die amputasie positief aanvaar.*
  - *Deelnemer 10 sê: “Ek het gedink ek gaan baie sukkel na die amputasie, maar het uitgevind dinge is nie so erg as wat ek gedink het nie. Ek het gedink alles is verby, maar het gewoon geraak aan die veranderinge.” Hy het gedink hy sal*

*nie kan loop nie en sou nie daarin slaag om dinge vir homself te doen nie, maar is tans baie selfstandig en dink sy lewe het gestabiliseer.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Enkele dae na die amputasie van 'n ledemaat is die betrokkenes geneig om te dink dat hul lewe drasties gaan verander en dat hulle baie probleme gaan ondervind om die basiese lewenstake te verrig. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die meeste deelnemers direk na die amputasie bekommernisse oor hul selfstandigheid en lewenskwaliteit het, daarom is dit belangrik dat die persoon die geleentheid kry om homself uit te druk en om uit te vind wat vir die persoon belangrik is (vgl. Yuen 2009:11).
- Na 'n amputasie twyfel die betrokkenes of hulle hul verantwoordelikhede sal kan nakom en veral om as broodwinner te funksioneer. 'n Amputasie bring met ander woorde onsekerheid mee, wat weer tot depressie kan lei (vgl. 5.2.2.2).
- 'n Amputasie bring in sommige gevalle verligting van pynlike simptome en word daarom deur die betrokkenes as 'n positiewe ingryping beskryf. Elke persoon se ervaring van 'n werklikheid is met ander woorde uniek, wat in lyn is met die siening van die konstruktiewisme (Simon 1985:43).
- Persone wat vir die eerste keer 'n amputasie kry, verbaliseer die dringendheid om by 'n nuwe realiteit (van fisiese gestremdheid) aan te pas. Dit hou verband met die persepsie dat hul lewe na die amputasie baie gaan verander. Dit stem ooreen met die bevindinge van Atherton en Robertson (2006:1202) wat van mening is dat persone met amputasies by 'n nuwe liggaam moet aanpas.
- In die eerste paar dae en weke na die operasie word gevoelens van opstandigheid oor die algemeen nie geverbaliseer nie, wat daarop dui dat dit of ontken word of nie as emosie ervaar word nie. In sommige gevalle het die deelnemers skok ervaar, wat potensiële emosies onderdruk het. Die moontlikheid bestaan dus dat dit later na vore mag tree.
- Van die deelnemers verbaliseer verligting en was verbaas om uit te vind dat hulle daarin slaag om die fisiese beperkinge van die amputasie te hanteer en steeds hoop het vir 'n sinvolle lewe. Hoop speel veral in die Christelike benadering tot hulpverlening 'n belangrike rol, deur te fokus op God se herskeppingsingrype (vgl. Op 21:4).

- Verhouding met die self (selfsiening, selfbeeld)
  - *Deelnemer 1 sê: “Ek kan nie meer doen wat ek voorheen gedoen het nie. Ek voel neerslagtig oor my lewe.”*
  - *Deelnemer 2 sê: “Ek aanvaar die amputasie en dit wat met my gebeur het.”*
  - *Deelnemer 3 sê: “Hoekom lewe ek? Ek wil nie doodgaan nie, ek wil aangaan met my lewe. Ek sal aangaan.” Ten spyte van die invloed van tuberkulose, vigs en ‘n amputasie op sy lewe, sê hy dat hy tevrede voel en homself aanvaar.*
  - *Deelnemer 4 sukkel om oor sy selfsiening te praat en sê net hy aanvaar dit wat gebeur het.*
  - *Deelnemer 6 dink nie minder van homself as mens nie, maar kla dat hy minder beheer het oor sy liggaam, wat sy selfsiening tog benadeel.*
  - *Deelnemer 7 sê: “Ek is ‘n gelukkige mens en het geen probleme nie.”*
  - *Deelnemer 8 sê: “Ek is reg.” Sy aanvaar haar bejaardheid en die fisiese verswakking wat dit meebring.*
  - *Deelnemer 9 ontken dat sy enige probleme het om haarself te aanvaar en beskou haarself nie as ‘onvolledig’ na die die amputasie nie.*
  - *Deelnemer 10 sê: “Die amputasie maak my nie ‘n swakker mens nie. Ek het ‘n beter mens geword, want ek is meer simpatiek teenoor ander siek mense en ander mense met amputasies. Ek is minder skaam as voor die beserings, ek was nog altyd ‘n skaam mens, maar praat nou makliker met ander mense.”*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Direk na ‘n amputasie meet die deelnemers hul selfwaarde aan hul vermoë of onvermoë om sekere praktiese funksies te verrig. Dit stem ooreen met Joubert (1990:3) se siening dat ‘n verandere liggaamsbeeld aanleiding gee tot ‘n gevoel van verlies aan beheer.
- Deelnemers heg baie waarde aan hul vermoë om hulself en hul gesin finansieël te onderhou, wat selfaanvaarding meebring of versteur (vgl. 5.2.2.4).
- Basiese behoeftebevrediging, byvoorbeeld huisvesting en kos om te eet, het ‘n positiewe invloed op die deelnemers se selfvertroue en ervaring van tevredenheid.
- Die term “aanvaarding” word dikwels deur deelnemers gebruik wanneer die effek van die amputasie op hul selfsiening ondersoek word. Olkin (1999:44) wys op die gevaar van die term “aanvaarding”, aangesien persone met gestremdheid wisselende emosies daarvoor ervaar. ‘n Veranderde liggaam stel



die eis aan die betrokkenes om vorige werklikheidskonstruksies oor hulself te heroorweeg. Die persoon met 'n amputasie se verhouding met homself is nie staties nie en kan verander in die mate wat die persoon insig verwerf in wie hy is en wat sy doel op aarde is (vgl. 2.2.5).

- Al die deelnemers se antwoorde op vrae oor hul selfsienings sluit verwysings na die werklikheid van fisiese gestremdheid in, wat daarop dui dat die amputasie 'n betekenisvolle invloed op hul verhouding met hulself het (vgl. Olkin 1999:91).
  - Die betrokkenes se aandag word hoofsaaklik in beslag geneem met die hantering van die onmiddellike gevolge van die amputasie en die begeerte vir die wond om te herstel of vir hul gesondheid om te stabiliseer. Dit is vir die deelnemers moeilik om direk na die operasie die invloed van die amputasie op hul selfsiening te verwoord.
- Verhoudinge met betekenisvolle persone (ondersteuningsnetwerke)
    - *Deelnemer 1 sê: “My verhouding met my vrou en familie is baie, baie goed. Maar die bure en vriende tree snaaks op teenoor my, hulle is seker bang ek vra vir hulle kos of geld. Ander mense het my die afgelope paar maande vermy.”*
    - *Die verhouding met sy vrou, wat geen gesondheidsprobleme het nie, is baie belangrik vir deelnemer 2. Hy is geheg aan sy vier minderjarige kinders en geniet die ondersteuning van broers en susters.*
    - *Deelnemer 3 is ongetroud, het geen kinders nie en geniet die ondersteuning van sy suster by wie hy bly. Sy ander suster woon naby hulle en besoek hom gereed. Volgens hom sal lede van sy uitgebreide familie ook praktiese hulp verleen indien nodig.*
    - *Deelnemer 4 se ouers is pensioentrekkers en hy beplan om by hulle te gaan woon na sy ontslag uit die hospitaal.*
    - *Deelnemer 5 het goeie verhoudinge met sy suster en haar kinders, by wie hy woon. Hy het twee vriende wat hom bedags besoek en hulp verleen wanneer sy suster werk en die kinders skool toe gaan.*
    - *Deelnemer 6 het 'n goeie verhouding met sy vrou, kinders en bure, wat hy as vriende beskou. Sy vrou besoek hom gereed ten spyte van die afstand tussen die streekshospitaal en hul tuisdorp. Die bure en vriende bied baie ondersteuning en praktiese bystand.*

- *Deelnemer 7 het goeie verhoudinge met sy volwasse kinders en lede van die uitgebreide familie. Hy weet uit ervaring dat die familielede mekaar ondersteun en het daarom geen bekommernisse oor sy toekoms nie.*
- *Deelnemer 8 het goeie verhoudinge met haar kinders. Die een dogter woon by haar versorg haar daaglik terwyl die ander kinders gereeld besoek en ondersteun waar nodig. Behalwe vir kontak met haar kinders is sy sosiaal geïsoleer, maar aanvaar dit gelate, omdat sy bedlêend is.*
- *Deelnemer 9 het goeie verhoudinge met haar kinders en het vriende wat haar ondersteun.*
- *Deelnemer 10 woon by sy ouers, wat baie praktiese hulp en emosionele ondersteuning bied. Hy het twee vriende wat gereeld besoek en gaan op uitstappies saam met hulle.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Gesonde verhoudinge met gesinslede en uitgebreide familie speel ‘n gerusstellende rol in persone met amputasies se lewe (vgl. Van Zyl *et al.* 1997:57). Persone wat sekuriteit in hul verhoudinge ervaar is geneig om minder neerslagtig te voel en het minder vrese en bekommernisse oor hul toekoms.
  - Enkele deelnemers geniet die ondersteuning van vriende, terwyl die meerderheid se sosiale kontakte tot familielede beperk is. Deelnemers het ‘n beperkte getal vriende (een of twee), maar dit blyk duidelik dat vriende ‘n verrykende en belangrike rol in hul lewens speel.
  - ‘n Netwerk van ondersteunende verhoudinge is noodsaaklik vir persone met amputasies se ervaringe van hoop en ‘n betekenisvolle lewe (vgl. 5.2.2.6). Die teenpool hiervan is vrees vir verwerping en/of verwaarlosing, wat ‘n groter moontlikheid word wanneer ‘n persoon met fisiese gestremdheid saamleef.
- Verhouding met omgewings/kontekstuele faktore
    - *Deelnemer 1 dink hy sal nie werk kry nie as gevolg van te min werkseleenthede. Hy het voor die amputasie reeds gesukkel om werk te kry.*
    - *Na die aanranding dink deelnemer 1 die lewe en die gemeenskap waarin hy woon, is gevaarlik. “Die lewe is nie meer soos dit voorheen was nie.”*

- *Deelnemer 2 sal nie na die onderbeen amputasie sy vorige werk op die plaas kan doen nie (byvoorbeeld die bestuur van 'n trekker), tensy die werksomgewing aangepas word of hy sal 'n ander soort werk moet doen.*
- *Deelnemer 2 sê: “Ek wil weer gaan werk, maar ek weet nie of ek by my huis (in die dorp waar my gesin woon) werk sal kry nie.”*
- *Twee deelnemers (3 en 8) ontken enige blokkasies in hul omgewing wat hul funksionering mag strem.*
- *Die woonbuurt waar deelnemer 4 gaan woon is ongelyk en die paaie is ongeteer, maar hy dink nie dit sal sy mobilisasie strem nie.*
- *Deelnemer 5 is grootliks bedlêend en huisgebonde en beweeg net na buite wanneer sy vriende hom bedags besoek. Hy sê: “... dan kuier ons lekker onder die bome”.*
- *Deelnemer 6 en sy vrou woon in 'n klein plattelandse dorpie, maar is selfversorgend en tevrede in hul omgewing. Die huis het trappe, maar hy dink nie dit sal hom verhinder om met krukke of 'n kunsbeen rond te beweeg nie.*
- *Deelnemer 7 gebruik 'n loopraam na sy eerste amputasie en is na die tweede amputasie steeds baie beweeglik. Hy hanteer 'n rolstoel selfstandig en volgens hom is daar nie fisiese of sosiale blokkasies in die familie se huis of die dorp waar hy gaan woon nie.*
- *Volgens deelnemer 10 leef hy 'n feitlik normale lewe in sy omgewing en daar is min dinge waarmee hy sukkel. 'n Blokkasie vir hom is dat hy slegs motor kan bestuur wanneer hy sy kunsbeen aan het.*
- *Dit is vir deelnemer 10 'n groot teleurstelling dat sy werksplek nie sodanig aangepas kan word om te kompenseer vir die beserings wat hy in die motorongeluk opgedoen het nie. Hy het te min krag om die swaar materiaal en gevaarlike masjiene te hanteer.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die deelnemers se ervaring van hul omgewing hou grootliks verband met die moontlikheid om werk te bekom of die moontlikheid om hul vorige werk te behou (vgl. Burger en Marinč 2007:1323). Werkloosheid kom in die deelnemers se omgewing voor en dit is 'n faktor wat spanning en belewenisse van wanhoop meebring.
- Die aanpassing van 'n vorige werksomgewing of die doen van andersoortige werk word soms as 'n moontlikheid genoem, maar word dadelik weer as onrealisties afgemaak. Die redes hiervoor is die hoë voorkoms van werkloosheid in die meeste

landelike dorpe (vgl. Hahn 1997:173) en onkunde of onwilligheid by werkgewers om persone met fisiese gestemdheid in die werksomgewing te akkomodeer (vgl. Burger en Marinč 2007:1323). In die betrokke gemeenskappe is weinig bekend oor gevalle waar werkgewers bereid was om 'n persoon met fisiese gestemdheid in diens te neem of om alternatiewe werksgeleenthede na 'n besering aan diens te skep.

- Direk na 'n amputasie het die betrokkenes nog nie die geleentheid gehad om planne te maak oor hoe om praktiese blokkasies in hul onmiddellike omgewing te voorkom nie. Gebrekkige blootstelling aan ander persone met fisiese gestemdheid en die vindingryke planne wat beraam word, is daarom aan hulle onbekend (vgl. Olkin 1999:23).
  - Deelnemers se persepsies van blokkasies in die konteks sentreer hoofsaaklik rondom hul huislike omgewing en hulle het moeite om wyer te dink, byvoorbeeld aan die toeganklikheid van geboue of die invloed van ongelyke terrein buite die huis indien hulle 'n rolstoel sou gebruik.
  - Deelnemers se ervaring van sekuriteit of 'n gebrek daaraan in hul omgewing hang saam met ervaringe van interpersoonlike verhoudinge. So kan 'n aanranding meebring dat die omgewing as 'n bedreiging beleef word, terwyl die opbouende geselskap van vriende weer die omgewing in 'n aangename ruimte omskep.
- Verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as die self
    - *Die aanranding en amputasie bedreig deelnemer 1 se ervaring dat die lewe betekenisvol is. Hy voel neerslagtig as hy oor die lewe en die sin van sy lewe dink, want hy voorsien net probleme en geen betekenisvolle ervarings nie. 'n Verhouding met God Drie-enig of 'n hoër mag is nie vir hom 'n realiteit nie.*
    - *Na die diagnose van vigs en die realiteit van 'n amputasie sê deelnemer 2: "... die Here het my gehelp om bietjie reg te kom". Hy erken die rol wat 'n verhouding met God speel om die realiteit van gesondheidsprobleme en fisiese gestemdheid as deel van sy lewe te verwerk.*
    - *Deelnemer 3 sê: "God het my gehelp om hulp te kry by die hospitaal en om my voet gesond te maak."*
    - *Deelnemer 3 voel onseker oor 'n verhouding met God en voel verward. Hy sê: "Ek wil nie doodgaan nie, maar wonder hoekom lewe ek."*
    - *Deelnemer 4 sê: "Die Here help my om te lewe en sal my vorentoe ook help om vorentoe te gaan."*

- *Deelnemer 5 dra kennis van God drie-enig, maar toon geen belangstelling in 'n verhouding met Hom nie.*
- *Sy vrou en kinders is kerklik ingeskakel, maar deelnemer 6 het geen verhouding met God Drie-enig nie en woon geen kerklike aktiwiteite by nie.*
- *Deelnemer 7 sê: “Die Here sorg goed vir my.” Hy is 'n aktiewe kerkganger, kry besoeke van ander kerkgangers en sy verhouding met God speel 'n belangrike rol in sy lewe.*
- *Deelnemer 8 sê: “Die Here sorg vir my en Hy sal my help.” Sy glo God sal haar help om weer te kan sien. Sy is tevrede met alles wat met haar gebeur, omdat sy glo God sorg vir haar.*
- *Deelnemer 9 sê: “Ek glo in God en is afhanklik van Hom. Hy kan my help met enigiets wat ek mag vra of mag nodig kry.” Om kerklik ingeskakel te wees is vir haar 'n belangrike prioriteit.*
- *Deelnemer 10 sê: “God het my gehelp om vrede te maak met alles.” Hy glo dit is met die Here se genade dat hy nie opstandig oor die motorongeluk en die gevolge daarvan geword het nie. Hy het al gesien hoe ander siekes opstandig raak oor dit wat met hulle gebeur het en dink hulle negatiewe benadeel hul herstel en moet vir die toekoms. Hy het die krag ontvang om die eise te hanteer wat na die ongeluk aan hom gestel is. Hy glo dat God aan hom die wysheid gegee het om die geleenthede te gebruik wat bestaan, byvoorbeeld om 'n kunsbeen te gebruik. Ten spyte van 'n reeks van operasies en verskeie terugslae glo hy dat God het hom wel van sekere komplikasies, byvoorbeeld gangreen, bewaar het.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- *Drie van die deelnemers het nie 'n verhouding met God Drie-enig nie en Hy is nie deel van hul lewe nie, hoewel hulle kennis dra van Sy bestaan. Die werklikheid van 'n amputasie het nie 'n invloed op hul geestelike lewe gehad nie.*
- *Van die betrokkenes se ervaring van die sin van die lewe word ernstig bedreig deur die amputasie van 'n ledemaat (vgl. Walsh 1999:x). 'n Gevoel van sinloosheid en probleme met neerslagtigheid word ervaar wanneer die persoon die amputasie as 'n negatiewe gebeurtenis interpreteer, wat 'n doelgerigte lewe verhinder.*
- *Die meerderheid van die deelnemers vertel van 'n lewende verhouding met God Drie-enig en beskou Sy bo-natuurlike teenwoordigheid en ingryping (vgl. Kysar 1991:34) as 'n belangrike faktor in hul lewe.*

- Die meerderheid van die deelnemers plaas hul vertroue in God Drie-enig vir die onderhouding van hul lewe en lewensbehoefte en het daarom hoop vir die toekoms hier op aarde. Deelnemers verwys spontaan na God se bystand en versorging in hul lewe. Lyding maak die mens bewus van sy fisiese weerloosheid en terselfdertyd die almag van 'n liefdevolle God wat in mense se lewens ingryp en wil red (Yancy 1993:84), maar maak geen opmerking oor redding uit 'n sondige bestaan of die ewige lewe nie. God Drie-enig se bystand en meeewing speel met ander woorde 'n belangrike rol in die konstruksie van hul huidige lewensverhale.
  - Geloof in God het deelnemers gehelp om die aanvanklike skok en vrese wat met chroniese en/of infektiewe siektes en fisiese gestremdheid gepaard gaan, te oorkom. Hiermee word erken dat die mens nie in alle omstandighede oor die vermoë of vaardighede beskik om negatiewe of traumatiese situasies te hanteer nie. Sonder geloof in God Drie-enig of 'n ander hoër mag se voorsiening is persone met amputasies op hul eie innerlike krag en insig aangewese om 'n aanvaarbare werklikheid te konstrueer (vgl. 3.2.12).
  - Verskeie gespreksvennote het ervaar dat 'n verhouding met God Drie-enig hulle die moed gegee het om met die lewe voort te gaan, in die seker wete dat God besig is om hulle te help om die eise te hanteer wat aan hulle gestel word en wat in die toekoms nog op hulle wag (vgl. Esg 34:16).
  - Die werklikheid van siekte en fisiese gestremdheid laat die meeste mense vrae vra oor die doel en betekenis van hul lewe, met noodwendige nadenke oor hul verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as hulself (vgl. Yancy 1990:53). Deelnemers erken dat hulle hieroor dink, maar het dit in die algemeen moeilik gevind om hul denke te beskryf en het slegs kort opmerkings hieroor gemaak. Dit kan dui op die onvermoë om hul geestelike lewe te verwoord, die vermyding van die onderwerp, of die verwaarlosing van hul geestelike behoeftes.
- Behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening in die hospitaal na die amputasie
    - *Deelnemer 1 sê: “Ek wil graag met iemand praat, want ek voel depressief.”*
    - *Deelnemer 2 sê: “Ek wil met iemand praat oor my bekommernisse en besluite oor die toekoms, want my gesin is ver en kan my nie besoek nie.” Hy weet nie hoe om vergoeding te kry na 'n besering aan diens nie en wil van die maatskaplike werker weet watter prosedure om te volg. Hy is bekommerd dat hy sy werk gaan verloor en weet nie watter behandeling om van my werkgever te verwag nie, want ander werkers het hul werk verloor toe hulle siek geword*

*het. Hy voel ambivalent of hy moet aanhou werk en of hy moet aansoek doen vir pensioen. Hy het ingrypende besluite om te neem in die lig van sy verswakkende gesondheid en die isolasie wat hy tans ervaar.*

- *Deelnemer 3 ontken die behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening, want “... my familie sal my help om aansoek te doen vir pensioen”.*
- *Deelnemer 4 het besluit om nie weer in Gauteng te gaan werk soos voor die operasie nie, maar wil aansoek doen vir pensioen en dan by sy ouers in Sasolburg gaan woon. Volgens hom het gesprekke met die maatskaplike werker hom gehelp om sy beplanning te verwoord en om die implikasies daarvan te oordink.*
- *Deelnemer 5 wil die verliese wat die twee amputasies meegebring het, bespreek.*
- *Deelnemer 6 ontken die bestaan van maatskaplike probleme, maar wil graag met die maatskaplike werker praat oor die impak van die amputasie op sy lewe, die emosies wat hy ervaar en sy belewenisse in die hospitaal. Hy wil by iemand kla oor die lawaai in die hospitaalsaal en die traagheid van verpleegpersoneel om pasiënte te ondersteun, byvoorbeeld wanneer hy vir water vra.*
- *Deelnemer 7 ontken die behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening, want “... ek het alles wat ek nodig het en my familie sal my help wanneer ek uit die hospitaal is”.*
- *Deelnemer 8 sê: “Ek is so bly jy het met my gepraat.” Gesprekvoering het die geleentheid aan haar gegee om die impak van die siektesimptome op haar funksionering te bespreek en sy beleef sosiale kontak met mense buite haar familiekring as verrykend. Gesprekvoering verlig die emosionele stres wat sy ervaar en dien as bevestiging van haar waarde as mens.*
- *Deelnemer 9 sê: “Dit is goed om te praat oor alles wat gebeur het.”*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- *Deelnemers se onsekerheid oor hul regte na ‘n besering aan diens en ’n aanranding, asook ‘n gebrek aan kennis oor die korrekte prosedures wat gevolg moet word, bring spanning en vrese mee (vgl. 5.1.2.8). Deelnemers beskou die maatskaplike werker as ‘n belangrike bron van inligting en maatskaplikewerkhulpverlening voorsien in die behoefte aan begeleiding om te beplan vir die onbekende pad wat voorlê.*
- *Tydens die hospitalisasie tydperk is deelnemers geneig om van die maatskaplike werker te verwag om namens hulle met ander rolspelers soos*

dokters, die polisie en werkgewers te onderhandel, eerder as om bemagtig te word om hul eie besluite te neem en uit te voer.

- Deelnemers is geneig om maatskaplikewerkhulpverlening met die aansoek vir 'n pensioen te assosieer. Gebrekkige inligting oor die rol van die maatskaplike werker in die behandelingsprogram blyk hieruit, asook dat die verkryging van 'n pensioen as 'n hoë prioriteit beskou word.
  - Sommige pasiënte beleef die hospitaal as 'n vreemde en ongemaklike omgewing en het die behoefte om hul ervarings te bespreek. Magsmisbruik of verwaarlosing deur gesondheidswerkers het 'n onderdrukkende effek (vgl. 3.2.8) en gesprekke hieroor bied die geleentheid om die betrokkenes bewus te maak van hul regte en verantwoordelikhede in die hospitaalkonteks.
  - Die helfte van die deelnemers het na die eerste gesprek met die maatskaplike werker spontaan gevra vir opvolggesprekke of boodskappe met verpleegpersoneel gestuur om verdere afsprake te reël. Volgens die deelnemers het onderhoude met die maatskaplike werker 'n positiewe bydrae in hul behandeling gelever.
- Aspekte wat die persoon graag met 'n maatskaplike werker wil bespreek
    - *Deelnemer 1 sê: “Die maatskaplike werker moet my raad gee oor hoe om aansoek te doen vir 'n pensioen.”*
    - *Deelnemer 2 sê: “Ek wil moontlik aansoek doen vir 'n pensioen en na my gesin en huis teruggaan, maar weet nie wat om te doen nie.” Hy wil weet hoe om werk te bekom, ten spyte van fisiese gestremdheid.*
    - *Deelnemer 3 het geen probleme wat hy met die maatskaplike werker wil bespreek nie, maar erken “... ek dink baie goed”. Sy denke sentreer om “... die goeie dinge in die lewe”, wat die bevrediging van basiese lewensbehoefte blyk te wees.*
    - *Deelnemer 4 het geen probleme wat hy wil bespreek nie en sê: “Ek doen na die amputasies alles wat ek wil.”*
    - *Deelnemer 5 voel moedeloos oor die verlies van twee bene en omdat hy nie beheer het oor wat met sy liggaam gebeur nie. Hy stel daarom belang in gesprekke om gewoontes aan te kweek wat sy gesondheid en lewenskwaliteit kan verbeter.*
    - *Deelnemer 10 sê: “Ek voel gesond na die amputasie en het geen bekommernisse nie.”*



Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Direk na 'n amputasie besef die betrokkenes dat 'n vorige lewenstyl gaan verander, wat angstigheid en onsekerheid meebring (vgl. Atherton en Robertson 2006:1201). Die uitspraak van hierdie emosies verlig die spanning en verbreek die isolasie wat ervaar word.
  - Die behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening tydens hospitalisasie hou grootliks verband met gesprekke oor werklike en potensiële verhoudingsprobleme en besluite wat geneem moet word om dit aan te spreek, wat in lyn is met die doelstellings van maatskaplike werk (vgl. 2.4.3.2).
  - Aspekte wat persone met amputasies graag met die maatskaplike werker wil bespreek gee inligting oor die deelnemers se eie sienings van hul maatskaplike probleme en die prioriteite wat hulle stel vir hulpverleningsgesprekke, wat belangrik is vir deelnemende werkswyses (vgl. 4.3.7).
  - Na afloop van die onderhoude was dit asof die deelnemers meer hoop gehad het om sinvolle verhoudinge op te bou. Die fokus op deelnemers se positiewe reaksies op die amputasie, in plaas van die negatiewe gevolge van die amputasie, skep 'n ruimte vir die ontwikkeling van 'n gewenste identiteit (vgl. Carey en Russel 2003b:60).
- Maatskaplike probleme wat ervaar word
    - *Werkloosheid: Deelnemer 1 en sy vrou is werkloos, wat finansiële probleme meebring. Hy dink sy kans om werk te kry na die amputasie van sy hand is baie swakker as voor die operasie. Deelnemer 4 is tans werkloos en sonder 'n inkomste, maar sien dit nie as 'n probleem nie, want hy beplan om aansoek te doen vir 'n pensioen en sy familie voorsien in al sy behoeftes.*
    - *Gebrek aan ondersteuningsisteme en wantroue in die mede-inwoners van die gemeenskap: Deelnemer 1 is negatief oor die mense in sy omgewing, as gevolg van die geweldsmisdade wat algemeen in die omringende woonbuurte by sjebiens (ongelisensieërde kroë) voorkom. Politieke onrus voor die algemene verkiesing, wanneer die een groep 'n ander groep wil keer om byeenkomste by te woon, veroorsaak onrus en wantroue in die gemeenskap. Hy is deur 'n groep by 'n sjebien aangerand en omdat dit donker was, het hy niemand herken nie. Die moontlike opening van 'n kriminele saak, bring verdere spanning mee.*

- *Alkoholmisbruik: Deelnemer 1 erken sy alkoholmisbruik het die afgelope paar maande voor die aanranding toegeneem. Hy het neerslagtig gevoel en begin om hom van aktiwiteite saam met sy vriende te onttrek.*
- *Finansiële probleme: Deelnemer 1 kan nie die huishuur betaal nie en het rusies met die eienaar van die huis. Finansiële probleme oorheers sy denke. Die afstand tussen die werksplek en huis (waar gesin woon) veroorsaak finansiële- en praktiese probleme vir deelnemer 2. Hy het die begeerte om by sy gesin en familie te woon, waar hy meer ondersteuning sal geniet en kerklik beter ingeskakel is.*
- *Sosiale isolasie: Deelnemer 1 het voor die aanranding sosiaal geïsoleerd gevoel en na die amputasie is hierdie belewenis nog sterker. Met die geleidelike verswakking van hul gesondheid het twee van die deelnemers (6 en 8) vertel dat hulle sosiaal meer geïsoleerd geraak het. Een het byvoorbeeld nie meer in die gemeenskap rond beweeg nie en die ander het nie meer sy stokperdjies, naamlik visvang en snoeker speel, beoefen nie. Deelnemer 10 sê: “Ek voel in ‘n mate eensaam, maar het dit gewoond geraak, want ek is ‘n stil mens en help ander mense graag.” Hy herstel familie en vriende se rekenaars vir ‘n stokperdjie, maar het nie die opleiding of werkseleentheid om dit as ‘n beroep te beoefen nie.*
- *Praktiese probleme met pensioenaansoek: Deelnemer 8 se pensioen het verval en moet hernu word, maar sy dink haar kinders sal haar help om dit te doen. Van die deelnemers is onkundig oor die prosedure om aansoek te doen vir ‘n pensioen en hoe om die vorms te voltooi.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die verhoudingsprobleme wat die meeste gespreksvennote tans ervaar hou verband met werkloosheid (vgl. Hahn 1997:173) en besluite in die verband.
- Geweldd misdade in gemeenskappe lei tot ‘n gevoel van onveiligheid en magteloosheid om homself en sy gesin te beskerm. Hierdie emosies word deur die verlies van ‘n ledemaat verhoog. Dit beklemtoon die verband tussen omgewingsfaktore en die oorsake en gevolge van gestremdheid (vgl. Ross en Deverell 2004:4).
- Die deelnemers is nie bekommerd oor ondersteuning of hul versorging tuis nie. Die bestaan en uitbreiding van sosiale ondersteuningsnetwerke was ‘n hoë prioriteit tydens gesprekke met die maatskaplike werker.

- Maatskaplike faktore wat 'n in staatstellende rol speel in die persoon se lewe
  - *Deelnemer 1 beskryf die verhouding wat hy met sy gesin en familie het, as baie goed en weet hulle sal hom na ontslag uit die hospitaal ondersteun. Hy beklemtoon die ondersteuning wat hy van sy vrou kry.*
  - *Deelnemer 3 se twee susters onderhou hom, deur blyplek en kos aan hom te gee en lede van sy uitgebreide familie sal praktiese hulp verleen wanneer nodig.*
  - *Deelnemer 4 se ouers is ondersteunend en hy beplan om na sy ontslag uit die hospitaal permanent by hulle te gaan woon.*
  - *Deelnemer 5 se verhouding met familie en twee vriende is baie belangrik, want hulle help hom om te mobiliseer en basiese lewenstake te verrig. Hy beleef hul geselskap as opbouend.*
  - *Deelnemer 6 se vrou en vriende in die dorp is baie behulpsaam. Die een buurman bestuur byvoorbeeld sy motor vir hom wanneer hulle na groter dorpe reis om aankope te doen en bring sy vrou elke tweede dag om vir hom in die hospitaal te kom kuier.*
  - *Drie deelnemers maak staat op hul goeie verhoudinge met hul volwasse kinders en ander familieledede.*
  - *Deelnemer 10 se ouers, familie en vriende speel 'n belangrike rol in sy lewe. Hulle voorsien praktiese en emosionele ondersteuning en verskaf afwisseling en vermaak in sy lewe.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Gesonde en stabiele verhoudinge voor die amputasie van 'n ledemaat, speel na die operasie 'n gerustellende rol en gee hoop aan die betrokkenes dat hulle die ondersteuning sal kry wat hulle nodig het. Dit bevestig die noodsaaklikheid van mense se interafhanklikheid (vgl. Christensen 2009:117) van mekaar.
- Direk na die operasie het die betrokkenes nie duidelikheid oor die aard van die ondersteuning wat hulle mag benodig nie, maar al die respondente was vol vertroue dat hul gesin en uitgebreide familie die nodige hulp sal verleen. Direk na die operasie was deelnemers geneig om eng te dink en het nie aandag gegee aan die waarde wat 'n in staatstellende omgewing speel nie (vgl. 5.3.3).

- **Behoeftte aan en ervaring van rehasilitasiedienste**
  - *Deelnemer 1 besef hy het rehasilitasiedienste nodig, veral om te leer hoe om alledaagse take te verrig, soos byvoorbeeld hoe om homself met een hand aan te trek. Hy verbaliseer sy motivering om met die verskillende terapeute saam te werk.*
  - *Twee deelnemers het gesukkel om te beweeg met die krukke wat aan hulle voorsien is en beide het die behoefte uitgespreek aan meer oefeninge om makliker rond te beweeg. Deelnemer 3 beweer hy het die eerste vyf dae na die amputasie geen rehasilitasiedienste ontvang nie, maar is bereid om met die terapeute saam te werk, want hy wil leer hoe om korrek met krukke te loop.*
  - *Deelnemer 2 het behoefte aan kennis oor hoe om daaglik met 'n onderbeen amputasie saam te leef en gee daarom sy samewerking.*
  - *Na die eerste amputasie het deelnemer 5 begin om 'n rolstoel te gebruik, maar is nou te swak om die rolstoel selfstandig te gebruik en is te swak om homself te verplaas. Hy wil aandag gee aan die versterking van sy fisiese vermoëns en die hantering van ongemak, byvoorbeeld wanneer hy sit.*
  - *Deelnemer 6 benodig hulp om met krukke te mobiliseer en om van die bed na 'n stoel te verplaas. Hy is slegs deur die arbeidsterapeut in die hospitaal behandel. Hy het geen inligting oor 'n spesiale dieët vir diabete van die kliniek in sy dorp ontvang nie en het weinig kennis hoe om chroniese siektesimptome te kontroleer. Hy besef hy het die hulp van 'n dieëtkundige nodig.*
  - *Deelnemer 7 wil sy mobilisasie en beweeglikheid verbeter.*
  - *Deelnemer 8 sê: "Goeie mense sorg vir my." Sy gee samewerking met die hoofsaaklik passiewe oefeninge wat op die bed gedoen word, want "... ek sal sien hoe ek loop". Sy het hulp nodig om van die bed te verplaas en is tevrede om met 'n rolstoel te mobiliseer.*
  - *Deelnemer 9 moet leer om haarself te verplaas en moet selfvertroue ontwikkel om met 'n hulpmiddel te mobiliseer. Sy is effe passief en oorgewig, maar sê sy is bereid om saam met die rehasilitasiespan te werk om haar potensiaal optimaal te ontwikkel. Die gebruik van krukke plaas te veel druk op haar verswakte maagspiere.*
  - *Deelnemer 10 het weinig rehasilitasie ontvang, waarskynlik omdat hy telkens met opname in die hospitaal akuit siek en swak was. Hy het baie goeie verhoudinge met die ortetika en prostetika werkswinkel en is aktief betrokke by die besluite hoe om die prostese wat hy gebruik, te verstel of te verander.*

*Kontak met gesondheidswerkers het hom laat beseef hy kan die amputasie oorleef en het sy motivering versterk om by fisiese gestremdheid aan te pas.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Pasiënte se motivering om selfstandig te funksioneer, speel 'n belangrike rol in hul motivering om deel te neem aan rehabilitasieprogramme. Die bevordering van 'n persoon se mobilisasie is een van die belangrikste doelwitte van rehabilitasiedienste in 'n hospitaal (vgl. 6.3.5).
- 'n Positiewe lewensingesteldheid help persone met amputasies om optimum voordeel uit rehabilitasiedienste te trek. Een deelnemer, met 'n gedeeltelike amputasie van die een voet en 'n hoë bo-been amputasie van die ander been, het byvoorbeeld elke geleentheid gebruik om sy mobilisasie te verbeter en was besonder selfstandig en beweeglik, alhoewel persone met 'n hoë bo-been amputasie oor die algemeen sukkel om te verplaas en te mobiliseer.
- Deelnemers het deurgaans positiewe verhoudinge met lede van die multi-dissiplinêre span gehad en het die terapeutiese sessies as sinvol ervaar (vgl. 2.4.3.3; 3.4.6; 4.3.2; 6.4.2 oor die belangrike rol van verhoudinge met hulpverleners).
- As gevolg van die beperkte aantal terapeute beskikbaar, was daaglikse rehabilitasiesessies nie moontlik nie. Deelnemers het die rehabilitasiespan se reëlins passief aanvaar, wat daarop dui dat hulle nie 'n aktiewe rol speel in besluite oor hul behandeling nie. Dit hou die potensiële gevaar van onderdrukking (vgl. 5.3.2.3) in.
- Persone met amputasies se kennis van rehabilitasiedienste is beperk, gevolglik het hulle net hul behoefte aan mobilisasie as 'n noodsaaklike deel van die rehabilitasieproses beskou. Persone met amputasies wat by rehabilitasiedienste ingeskakel was, het groei en ontwikkeling beleef. Rehabilitasiedienste het 'n positiewe rol gespeel om emosionele ondersteuning te verskaf, vaardighede en toerusting te verskaf om basiese lewenstake te verrig en probleme op te los. Dit bevestig die behoefte aan rehabilitasiedienste in 'n hospitaal (vgl. 6.3.2).

### **7.3.6.5 Toekomsnarratiewe**

Die toekomsnarratiewe van persone met amputasies in die hospitaal word vervolgens onder die volgende temas uiteengesit:

- Verwagtinge en bekommernisse
  - *Deelnemer 1 is bekommerd oor sy selfstandigheid, want betwyfel sy vermoë om algemene take vir homself te verrig. Hy het min vriende voor die amputasie gehad en verwag om na sy ontslag uit die hospitaal sosiaal meer geïsoleerd te wees.*
  - *Deelnemer 2 twyfel oor die wenslikheid om na sy vorige werk terug te keer en voel onseker hoe om met sy werkgever te onderhandel oor die uitbetaling van vergoeding en die instel van eise na 'n besering aan diens.*
  - *Deelnemer 3 is bewus van die simptome van chroniese en infektiewe siektes, maar ontken enige bekommernisse daarvoor. Hy is positief oor die toekoms en sê: "... ek wil nie doodgaan nie". Hy ontken enige vrese oor die verdere verswakking van sy gesondheid of die dood.*
  - *Deelnemer 4 sê: "Die lewe sal goed wees na ontslag uit die hospitaal." Hy aanvaar dat die toekoms positief sal wees.*
  - *Deelnemer 5 voorsien praktiese probleme na die tweede amputasie en verwag dat pyn, byvoorbeeld rugpyn en druksere moontlik deel van sy toekoms sal wees.*
  - *Deelnemer 6 fokus op vandag en skenk weinig aandag aan doelwitte vir die toekoms. Na gesprekvoering het hy meer belangstelling begin toon in sy lewe na ontslag uit die hospitaal.*
  - *Deelnemer 7 het min behoeftes en geen onvervulde doelwitte nie en is tevrede dat hy alles sal hê wat hy in die toekoms mag nodig kry.*
  - *Deelnemer 10 het gemoedsrus en hoop vir die toekoms, want sy geloof is in God geanker en hy is tevrede met wat hy na sy amputasie bereik het.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Maatskaplike probleme wat voor die amputasie bestaan het, word in die deelnemers se verwagtinge vir hul toekoms verswaar of vererger deur die feit dat die persoon nou met fisiese gestremdheid moet saamleef (vgl. 5.2.2).
- Persone wat met die onaangename simptome van chroniese en degeneratiewe siektes saamleef word met gedagtes oor die dood gekonfronteer. Van die deelnemers se antwoorde op vrae oor die dood is ontwykend, wat die indruk skep dat hulle die onderwerp probeer vermy. Vir persone wat nie 'n lewende

verhouding met God Drie-enig het nie, is die ewige lewe saam met God nie 'n realiteit nie en vorm nie 'n deel van hul toekomsverhaal nie.

- Persone wat 'n lewende verhouding met God Drie-enig het, beskou dit as 'n anker in hul toekoms (vgl. Albers 1989:141).
  - Deelnemers se verwagtinge van die toekoms word grootliks bepaal deur hul lewenswyse in die verlede. 'n Persoon wat gebeurde in die verlede gelate aanvaar het, is geneig om bekommernisse oor die toekoms te ontken.
  - Persone met ambisie en onvervulde aspirasies is meer gefrustreerd met die fisiese beperking van 'n amputasie as 'n persoon wat net op oorlewing ingestel is en gebeurde passief aanvaar.
- Behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening na ontslag uit die hospitaal
    - *Deelnemer 1 sê: “Ek wil oor my probleme praat, want ek voel depressief.” Hy voel onseker of hy sy verantwoordelikhede kan nakom en het daarom behoefte aan ondersteuning in die gemeenskap.*
    - *Deelnemer 2 het behoefte aan begeleiding om sy regte te beskerm, wanneer hy met sy werkgewer en ander rolspelers soos dokters en amptenare van staatsdepartemente moet onderhandel vir die uitbetaling van vergoedings waarop hy volgens wetgewing geregtig is.*
    - *Sewe deelnemers (3, 4, 5, 7, 8, 9 en 10), ontken die behoefte aan voortgesette behandeling, want hulle voorsien geen maatskaplike probleme in die toekoms nie.*
    - *Deelnemer 6 benodig inligting oor hulpbronne in naby geleë dorpe, wat hom kan help om effektief te funksioneer na 'n amputasie.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die tydperk wat persone met amputasies in die hospitaal deurbring is soms nie voldoende om aandag te gee aan al die maatskaplike probleme wat ervaar word nie. Die betrokkenes en hul familie het daarom behoefte aan maatskaplikewerkdienste na hul ontslag uit die hospitaal (vgl. 6.2.26; 6.3.7).
- Persone wat vir die eerste keer gekonfronteer word met die realiteit om met 'n amputasie saam te leef, voel dikwels onseker oor die maatskaplike probleme wat hulle in die toekoms mag ondervind. Die beskikbaarheid van maatskaplikewerkdienste in die gemeenskap, as hulpbron vir begeleiding en probleemoplossing, is daarom gerusstellend.

- Die bestaan van ondersteunende verhoudinge kan die behoefte aan maatskaplikewerkhulpverlening by persone met amputasies verminder.
- Behoefte aan ondersteuning, rehabilitasiedienste en mediese behandeling
  - *Volgens deelnemer 1 mag verdere behandeling nodig wees om 'n onafhanklike en selfversorgende lewenswyse moontlik te maak.*
  - *Deelnemers 2 en 3 wil voortgaan met die behandeling van chroniese siektes en alhoewel hul tuisdorpe in landelike gebiede geleë is, is hulle goed ingelig oor die beskikbare dienste en hoe om toegang daartoe te verkry.*
  - *Deelnemer 2 sê: “Ek wil 'n plastiese voet kry.”*
  - *Deelnemer 4 dink hy gaan verdere mediese behandeling benodig, maar kla dat die kliniek ver van sy ouers se huis af is. Hy stel nie belang in 'n kunsbeen nie en is tevrede om met krukke rond te beweeg.*
  - *Deelnemer 5 benodig volgens hom voltydse mediese hulp en behandeling vir hoë bloeddruk, sy verswakkende gesondheid en afname van fisiese krag.*
  - *Deelnemer 6 is gemotiveerd vir mediese behandeling by klinieke of die hospitaal, want hy het nuwe inligting oor sy gesondheidsprobleme ontvang en besef hy het voortgesette behandeling nodig.*
  - *Deelnemers 7 en 9 is van mening dat die kliniek, in die gemeenskap waar hy woon, 'n belangrike rol gaan speel in hul behandeling na ontslag uit die hospitaal.*
  - *Deelnemer 8 is tevrede om 'n rolstoel te gebruik en dink verdere behandeling sal bepaal word in die mate wat sy daarin slaag om suksesvol te mobiliseer.*
  - *Deelnemer 10 gebruik 'n kunsbeen, wat periodiek verstel moet word. Fisiese veranderinge aan die stomp, byvoorbeeld as gevolg van weefselkade, vereis gereelde opvolgbesoeke aan die ortotika en prostetika werkswinkel.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Siektes en fisiese gestremdheid veroorsaak onsekerheid by die deelnemers oor die hantering van simptome en komplikasies en dien as motivering waarom hulle gretig is om na ontslag by opvolg mediese dienste betrek te word.
- Persone met chroniese siektetoestande se lewenskwaliteit en lewensverwagting word direk bepaal deur die korrekte behandeling daarvan, gevolglik is volgehoue mediese behandeling 'n wesentlike deel van hul toekomsverhaal (vgl. 6.1.3).



- Deelnemers benodig inligting oor die verloop van behandeling in die gemeenskap. Die wenslikheid van 'n protese kan byvoorbeeld eers bepaal word nadat die stomp of operasieletsel genees het, wat buite-pasiënt kliniek behandeling en gereelde opvolgebeseek aan die ortekika en prostetika werkswinkel impliseer.
- Besikbaarheid en benutting van hulpbronne

Deelnemers het die behoefte aan die volgende hulpbronne in die gemeenskappe genoem:

- *Die pensioenkantoor om aansoek te doen vir 'n ongeskiktheidspensioen (deelnemers 1 en 2).*
- *Gesondheidsdienste (primêre gesondheidsdienste en hospitaalbehandeling) vir die behandeling van byvoorbeeld depressie of chroniese en infektiewe siektes (deelnemer 1, 3, 4, 5).*
- *Die Departement van Arbeid om potensiële arbeidsgeskille te onderhandel.*
- *Ortetika en prostetika werkswinkels vir die vervaardiging en gebruik van prosteses (deelnemer 2 en 10).*
- *In die dorp waar deelnemer 6 woon, is beperkte hulpbronne (byvoorbeeld klinieke) en dienste (byvoorbeeld winkels) beskikbaar, wat sal meebring dat hy ver moet reis om in sy basiese behoeftes te voorsien.*
- *Deelnemer 9 ontvang kliniekbehandeling en die moontlikheid bestaan dat 'n vrywilliger aangewys kan word om die gesin te help met tuisversorging, soos byvoorbeeld om wonde te verbind.*
- *Klein plattelandse dorpe voorsien net basiese dienste en gespesialiseerde dienste soos terapeute wat rehabilitasiedienste lewer, besoek die dorpe periodiek en is slegs op afspraak beskikbaar.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Ongeveer die helfte van die deelnemers woon op klein plattelandse dorpe met weinig hulpbronne (vgl. 6.4.3.5), wat die behoefte aan die ontwikkeling en mobilisering van ondersteuningsnetwerke uitwys. Dit word as 'n leemte beskou, maar die deelnemers is van mening dat dit met behulp van hul familie oorkom kan word.

- Deelnemers wat in groter dorpe woon dra kennis van hulpbronne soos klinieke, hospitale en welsynsorganisasies en is gemotiveerd om gebruik te maak daarvan. Deelnemers kla slegs oor 'n gebrek aan werksgeleenthede.
  - Werkswinkels vir die herstel en vervanging van mediese hulpmiddels en prosteses is 'n belangrike deel van 'n persoon met 'n amputasie se lewe. In die Fezile Dabi distrik is hierdie dienste gesentraliseer by die streekshospitaal (in Kroonstad) en een distrikshospitaal (in Sasolburg). Die behoefte om hierdie diens uit te brei en na klinieke te desentraliseer blyk duidelik.
- Kontak met ander persone met fisiese gestremdheid, ondersteuningsgroepe of belangegroepe
    - *Deelnemer 1 het nie voorheen kontak gehad met ander persone met fisiese gestremdheid of ondersteuningsgroepe nie, maar is bereid om hulp te soek, indien dit nodig is.*
    - *Deelnemers 2, 5 en 6 het geen vorige kontak met persone met fisiese gestremdheid gehad nie, maar het al mense wat met 'n amputasie saamleef in die gemeenskap gesien. Hulle stel nie belang om deel te word van 'n ondersteuningsgroep nie, maar is bereid om met ander persone met chroniese siektes of fisiese gestremdheid te praat, indien die geleentheid homself voordoet.*
    - *Deelnemer 3 ken persone met fisiese gestremdheid, maar stel nie daarin belang om kontak met hulle te hê nie en wil nie deelneem aan 'n ondersteuningsgroep nie, want hy dink nie dit is nodig nie. Hy wil egter nie sosiaal geïsoleerd wees nie, want "... as jy alleen sit, praat jy met die hart".*
    - *Deelnemer 4 het al persone met fisiese gestremdheid in die woonbuurt gesien en is bereid om na sy ontslag uit die hospitaal met hulle te gaan gesels.*
    - *Twee deelnemers (8 en 9) ken geen ander persone met fisiese gestremdheid nie en het geen belangstelling om enige kontak met hulle te hê nie, want hulle is oud en beweeg nie meer rond in die gemeenskap nie.*
    - *Deelnemer 6 dra kennis van mense met diabetes mellitidis in die gemeenskap, maar het voor sy opname in die hospitaal geen kontak met hulle gehad nie. Hy het ander pasiënte in die hospitaal ontmoet wat met diabetes mellitidis saamleef en sê hy het alreeds baie by hulle geleer oor hoe om 'n gesonde dieët te volg. Hy is bereid om na ontslag uit die hospitaal kontak te behou met persone met diabetes. Hy ken niemand met fisiese gestremdheid of 'n amputasie nie en is*

*daarom ook nie geïnteresseerd om deel van belangegroep vir persone met fisiese gestremdheid te word nie.*

- *Deelnemer 9 stel belang om in die toekoms by 'n ondersteuningsgroep vir diabetese in te skakel, wat weekliks by 'n nabygeleë kliniek bymekaar kom.*
- *Deelnemer 10 het dikwels kontak met ander persone met amputasies in die hospitaal en gesels graag met hulle. Hy wend pogings aan om persone met amputasies te bemoedig en praat met hulle oor hul negatiewe ervarings en denke. Hy moedig andere aan om bestaande geleenthede te gebruik, byvoorbeeld om te leer hoe om met 'n kunsbeen te loop. Hy voel gereed om sy kennis, ervarings en dit wat hy geleer het met andere te deel.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die deelnemers dra kennis van persone met fisiese gestremdheid in hul gemeenskappe, maar het nie voorheen die geleentheid gehad om hulle persoonlik te ontmoet nie. Die gebrek aan blootstelling bring mee dat hulle nie kennis het oor hoe om met fisiese gestremdheid saam te leef nie (vgl. Olkin (1999:19)).
- Deelnemers toon 'n openheid om individuele gesprekke te voer met ander persone wat met fisiese gestremdheid saamleef, veral om praktiese raad te bekom. Dit onderstreep die belangrikheid van mentors wat met gestremdheid leef uitwys.
- Een persoon stel geensins belang om kontak te hê met ander persone met fisiese gestremdheid nie, omdat hy hom nie as deel van 'n minderheidsgroep beskou nie en geen behoefte het om met ander persone met fisiese gestremdheid geassosieer te word nie. Vorige kontak met persone met fisiese gestremdheid was nie vir hom 'n sinvolle ervaring nie.
- Die meerderheid van die deelnemers ken niemand met 'n amputasie nie en daarom vind hulle dit moeilik om hulself met ander persone met amputasies te assosieer en hulle deel van hul toekomsverhaal te maak.
- Deelname aan 'n ondersteunings- of belangegroep is nie 'n bekende verskynsel in die gemeenskappe waarin die deelnemers woon nie en hulle toon weinig belangstelling om deel hiervan te word.
- Na besprekings oor die potensiële waarde van deelname aan ondersteunings- of belangegroep (vgl. Meyerson 1990:18), verbaliseer die deelnemers 'n gewilligheid om betrokke te raak, maar beskou dit nie as 'n belangrike prioriteit in hul toekomsbeplanning nie. Die motivering vir moontlike inskakeling is

selfbemaagtiging, terwyl die kollektiewe bevordering van die belange van persone met fisiese gestremdheid as minderheidsgroep nie as belangrik geag word nie. Persone met gestremdheid se gebrek aan belangstelling aan kollektiewe deelname het 'n nadelige uitwerking op die bestaan van organisasies wat die belange van persone met gestremdheid bevorder (vgl. 5.3.3.3).

- Van die deelnemers ontken dat hulle nie met ander persone met fisiese gestremdheid wil assosieer nie, maar stel nie belang om inisiatief te neem of om moeite te doen om by 'n ondersteunings- of belangegroep in te skakel nie.

Deelnemers het spontaan aan die gesprekke deelgeneem en oorwegend stories vertel wat deur probleme oorheers word. Onderhoude was kenmerkend van kwalitatiewe navorsing, terwyl die kenmerkende werkswyse (vgl. 4.1) en sekere karterings (vgl. 4.2.2) van die narratiewe werkswyse geïmplementeer is. Die onderhoude het hoë eise aan die navorser se terapeutiese vaardighede gestel, want deelnemers het intense emosies ervaar en het ondersteuning nodig gehad om hul ervarings en verliese te interpreteer. Hulle het aktief saamgewerk en die gesprekke gebruik om nuwe sienings te ontwikkel en het hul narratiewe meer omvattend beskryf, deur nuwe betekenis van hoop en effektiewe funksionering aan hul belewenisse te heg. Enkele deelnemers het die amputasie van 'n ledemaat as 'n vasgeloopte storie beleef en dit was verblydend om vas te stel dat ander daarin slaag om 'n positiewe toekomsnarratief te konstrueer. Die eerlike wyse waarop die deelnemers hul werklikheid uitgespel het en die effek van 'n amputasie op hul lewe geïnterpreteer het, was vir die my aangrypend en het my denke gestimuleer om te besin oor wat is belangrike waardes en doelwitte in die lewe.

### **7.3.7 Storievertelling van persone wat met amputasies in die gemeenskap saamleef en verteenwoordigers van belangegroep**

Opvolggesprekke met die bestuurslede van die belangegroep DPSA Serame Mafesa tak, oor die verloop van die navorsing, is in my kantoor gedurende Januarie 2009 voortgesit, tydens geleentheid wat die deelnemers die hospitaal besoek het of vooraf afsprake met my gereël het. Erkenning is verleen vir die deelnemers se bydraes tydens die verloop van die navorsing en die potensiele voordele wat die gesprekvoering uitgelig, naamlik die identifisering en verwydering van leemtes wat in hospitaal hulpverlening mag bestaan, die versterking van 'n groepsidentiteit en die uitbreiding van die organisasie se aktiwiteite in die gemeenskap.

Die verteenwoordigers van die belangegroep het deurgaans toegewyd aan die gesprek deelgeneem en daar is besluit om gebruik te maak van 'n fokusgroep om die werklikheidskonstruksies van persone wat in die gemeenskap met 'n amputasie saamleef, te ondersoek. Die motivering hiervoor is dat die narratiewe van die deelnemers nie in 'n vakuum ontwikkel nie, maar deur die sosiale- en kulturele konteks waarbinne hulle leef, asook hul deelname aan die aktiwiteite van belangegroepe, gevorm word. Die voorsitter van die DPSA Serame Mafesa het aangebied om persone met amputasies vir deelname aan 'n fokusgroep te werf. Die deelnemers woon in die plaaslike gemeenskap, is aktiewe lede van die organisasie en leef al vir etlike jare met 'n amputasie. Tydens gesprekke het ek deurgaans navraag gedoen om die deelnemers se persoonlike voorkeure vir 'n plek en tyd van samekoms te bepaal en daarna is die reëlins vir die byeenkoms van die fokusgroep gefinaliseer. Samewerking aan vorige projekte (vgl. 7.3.1) en die positiewe uitkomst daarvan het 'n belangrike rol gespeel in die opbou van 'n medewerkende verhouding tussen my en die deelnemers.

Die gesprekke tydens die byeenkoms van die fokusgroep, op 19/2/2009, het semi-gestruktureerd verloop, aangesien vooraf geïdentifiseerde temas as vrae aan die deelnemers gerig is en terselfdertyd is hulle aangemoedig om self relevante aspekte uit te lig en te bespreek. Kwalitatiewe data is aan die hand van die volgende vrae ingesamel.

- Persepsies oor fisiese inkorting, fisiese gestremdheid en gesondheid:
  - Wat is die fisiese gevolge om met 'n amputasie saam te leef?
  - Watter gesondheidsprobleme of siektes het jy?
  - Watter rol het rehabilitasiedienste na die amputasie gespeel?
  - Hoe word jou praktiese lewe/aktiwiteite gestrem?
  - Hoe voel jy oor die take/aktiwiteite wat jy nie meer kan doen nie of op 'n ander wyse moet doen?
  - Het jy toegang tot mediese hulpmiddels?
  - Wat is jou ervaring om met 'n amputasie saam te leef?
- Verhouding met die self:
  - Hoe voel jy oor die veranderinge aan jou liggaam (selfaanvaarding)?
  - Sien jy jouself as 'n persoon met fisiese gestremdheid?
  - Het jy ooit die ervaring gehad van 'anders wees' of 'ek is nie normaal nie'?
  - Wil jy anders wees as wat jy is of wil jy graag 'n ander soort lewe hê?

- Verhouding met betekenisvolle persone en/of ondersteuningsnetwerke:
  - Het jou posisie/rolle/status in die gesin, by die werk of in die woonbuurt verander?
  - Hoe sal jy jou ondersteuningsisteme beskryf?
  - Wil jy graag vriendskapsverhoudinge hê met persone met gestremdheid of verkies jy vriende sonder gestremdheid?
  - Stel jy belang om deel te neem aan 'n ondersteuningsgroep of aktiwiteite van persone met fisiese gestremdheid?
  - Wat is jou ervaring om deel te wees van 'n ondersteuningsgroep of organisasie wat die belange van persone met gestremdheid bevorder?
  
- Verhouding met God Drie-enig of 'n hoër mag:
  - Het jy 'n verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as jyself?
  - Het die amputasie jou siening oor die lewe, as betekenisvol en doelgerig, verander?
  
- Verhouding met omgewing:
  - Watter blokkasies bestaan in die omgewing wat jou lewe bemoeilik?
  - Watter hulpbronne word benodig vir ondersteuning in die gemeenskap?
  - Watter hulpbronne lewer 'n betekenisvolle bydrae in jou lewe?
  - Word daar teen jou gediskrimineer in die gemeenskap – hoe word jou basiese menseregte ontken?
  - Word jy onderdruk - bevind jy jou in 'n benadeelde posisie (gebrek aan mag)?
  
- Die funksionering van organisasies/belange-groepe wat die welsyn van persone met gestremdheid bevorder:
  - Wie is die rolspelers?
  - Watter dienste is beskikbaar/word gelewer?
  - Wat is die deelname van persone met gestremdheid aan die bestuur van die organisasie?

Die fokusgroep het bestaan uit sewe aktiewe lede van DPSA Serame Mafesa tak wat met amputasies saamleef en die voorsitter van die DPSA Serame Mafesa tak (wat nie 'n amputasie het nie, maar met fisiese gestremdheid saamleef). Twee van die groeplede was vroue en ses was mans. Een van die persone wat met amputasies saamleef was 'n vrou,

wat met 'n onderarm amputasie gebore is. Die ander persone met amputasies was mans, waarvan een 'n hoë bo-arm amputasie gehad het en die ander het of onderbeen- of bo-been amputasies ondergaan. Motorongelukke, 'n besering aan diens en siektes wat 'n amputasie genoodsaak het, was die oorsake van die amputasies. Die deelnemers was almal jong volwassenes of middeljarig, tussen die ouderdomme dertig tot vyftig jaar oud. Die deelnemers het almal meer as vyf jaar met 'n amputasie saamgeleef.

Die fokusgroep het besluit om die groeps gesprek in Engels te voer, aangesien almal Engels goed magtig is. Wanneer van die deelnemers spontaan Afrikaans gepraat het, is die bydraes ook in Engels vertaal vir ander groeplede wat moontlik nie die gesprek kon volg nie. Al die rolspelers se individuele- en kollektiewe narratiewe en doelwitte word as belangrik gerespekteer, met die doel om die deelnemers te bemagtig, om as volwaardige mense in die hede en met 'n ewigheidsbestemming te leef. Die ingesamelde data word vervolgens uiteengesit.

### 7.3.7.1 Persepsies oor fisiese inkorting, fisiese gestremdheid en gesondheid

- Wat is die fisiese gevolge om met 'n amputasie saam te leef (pyn, ongemak, mobiliteit, behoeftes na hospitalisasie)?
  - *Daar gebeur voortdurend iets wat jou herinner aan die amputasie, byvoorbeeld op 'n koue dag sal die wondletsel weer pynlik wees.*
  - *Spookpyne word algemeen ervaar, veral die eerste jaar na die operasie.*
  - *Die sensasie dat die geamputeerde ledemaat steeds bestaan kom baie jare na die operasie steeds voor. Jy sal byvoorbeeld uit die bed opstaan en begin loop, sonder om te dink jy het 'n kruk nodig.*
  - *Verskeie deelnemers het al gedroom dat hulle sonder 'n amputasie is en dinge doen wat persone sonder 'n amputasie doen, soos byvoorbeeld om te hardloop.*
  - *Een deelnemer met 'n geamputeerde arm vertel sy hart sê vir hom hy kan alles doen, byvoorbeeld om sy eie klere te was, net om te besef hy kan dit nie prakties doen nie. 'n Ander deelnemer sluit hierby aan en vertel dat hy sonder om te dink sal begin om saam met 'n kind te speel en probeer om 'n bal te skop.*
  - *Een deelnemer het die visie (behoefte) om alles te doen wat hy voor die amputasie gedoen het en slaag grootliks daarin.*

- *Geeneen van die deelnemers het komplikasies, soos septiese wonde, na die amputasie gehad nie.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Persone met amputasies ervaar lyding, omdat hulle nie kan doen wat hulle graag wil doen nie. Die begeerte om die fisiese vermoëns te hê wat hulle voor die amputasie gehad het, bly deel van hul belewenisse (vgl. Olkin 1999:32).
  - Die permanensie van fisiese onvermoëns na 'n amputasie blyk duidelik uit die vertellings, asook die herhaalde teleurstelling wat dit meebring wanneer die betrokke persoon aan die verlies van 'n ledemaat herinner word (vgl. 5.2.2.2).
  - Die deelnemers beskou hulself en die wyse waarop hulle daaglik funksioneer as “normaal” en baie goed, alhoewel die amputasie hulle deurgaans daaraan herinner dat hulle fisies gestremd is (vgl. 5.3.1.1 vir die tendens om “normaal” te wil wees).
  - Deelnemers het jare na die amputasie steeds die begeerte om sonder 'n amputasie te leef, wat daarop dui dat ten spyte van hul selfstandigheid, die fisiese gestremdheid steeds as 'n blokkasie ervaar word. Die amputasie word met ander woorde as 'n persoonlike blokkasie beleef (vgl. 5.3.1.2).
  - Geeneen kla van pyn nadat die aanvanklike wonde genees het nie. Dit mag verband hou met die feit dat die deelnemers jong volwassenes of middeljarig is, nie aan chroniese siektes ly nie en geen komplikasies na die operasie ondervind het nie.
- Watter gesondheidsprobleme of siektes het jy?
    - *Slegs een deelnemer het 'n chroniese siekte en ontvang gereeld kliniekbehandeling vir asma.*
    - *Die genesing van die wond na 'n amputasie is aanvanklik belangrik en die verwydering van die steke was vir almal 'n groot verligting. Dit bly belangrik om die wondletsel gesond te hou, aangesien die gebruik van 'n protese dit weer kan laat bloei.*
    - *Die deelnemers is uitgesproke oor die wenslikheid van 'n gesonde lewenstyl en eetgewoontes.*



Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die deelnemers was almal jong volwassenes toe 'n ledemaat geamputeer is en hul jeugdigheid was 'n positiewe faktor om fisiese genesing na die sjirurgie te bespoedig.
  - Die deelnemers ly nie aan chroniese siektes wat tot die amputasie aanleiding gegee het nie, wat verdere komplikasies beperk en voortgesette behandeling onnodig maak.
  - Die deelnemers beskou hulself as gesond en toon goeie insig in hul verantwoordelikheid in die verband. Dit verskil grootliks van die lewensstyl van die groep deelnemers aan individuele gesprekke, by wie risiko gedrag algemeen voorgekom het.
- Watter rol het rehabilitasiedienste na die amputasie gespeel?
    - *Al die deelnemers met bo- of onderbeen amputasies het fisioterapie tydens die hospitalisasie of as buite-pasiënte ontvang. Fisioterapie het hulle gehelp met probleme met balans, want almal moes leer om krukke te gebruik en om trappe te klim. Twee van die deelnemers gebruik steeds net krukke.*
    - *Een deelnemer was verwys vir rehabilitasiedienste na ontslag uit die hospitaal, maar hy sê hy was so getraumatiseer, dat hy nooit vir die behandeling gegaan het nie.*
    - *Die deelnemer met 'n bo-arm amputasie het fisioterapie en arbeidsterapie ontvang. Die arbeidsterapeut het hom geleer hoe om met een hand knope vas te maak.*
    - *Enkeles het gesprekke gevoer met 'n dieëtkundige, maar almal is van mening dat dit belangrik is om 'n gesonde dieët te volg, ten einde weerstand op te bou teen siektes en om hul gesondheid in die algemeen te bevorder.*
    - *Deelnemers stem saam dat 'n persoon wat 'n beenprostese gebruik nie oorgewig kan wees nie, want dit plaas te veel druk op die weefsel wat teen die prostese druk.*
    - *Drie van die deelnemers gebruik die meeste van die tyd 'n beenprostese en een persoon met 'n onderbeen amputasie gebruik nooit krukke nie.*
    - *Een deelnemer met 'n bo-been amputasie verkies krukke bo 'n prostese, want die aanpassing by 'n bo-been prostese is moeilik en die gebruik*

*daarvan gaan met pyn en ongemak gepaard. Die gebruik van krukke bring egter ruggyn mee, daarom beperk die persoon die gebruik daarvan.*

- *Die deelnemer met 'n bo-arm amputasie het verkies om nie gebruik te maak van 'n kunsarm nie, want dit het net estetiese waarde en geen funksionele waarde nie. Hy ondervind steeds probleme om wasgoed of skottelgoed te was.*
- *Die deelnemer wat met 'n onderarm amputasie gebore is, het van jongs af geleer om selfversorgend te wees en het geen behoefte gehad aan rehabilitasie nie. Sy help om 'n boerdery te bedryf en het onlangs 'n spysenieringskursus voltooi.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- *Rehabilitasiedienste in Suid-Afrika het aanvanklik net die bydraes van fisioterapie, arbeidsterapie, ortetika en prostetika ingesluit. Die rol van maatskaplike werk, spraakterapie, dieëtkunde en kliniese sielkunde is in die laaste paar dekades eers as deel van rehabilitasiedienste beklemtoon (vgl. 6.2.1.2).*
  - *Uit die deelnemers se vertellings blyk dit dat hospitaal maatskaplike werkers geen rol in hul rehabilitasiedienste gespeel het nie. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat Provinsiale hospitale baie min poste vir maatskaplike werkers het (vgl. 6.4.1). Asook die praktyk dat persone met amputasies vir maatskaplikewerkdienste verwys word, indien 'n maatskaplike probleem deur gesondheidswerkers geïdentifiseer is (vgl. 6.2.2.1), byvoorbeeld wanneer 'n persoon geen heenkome of versorging na ontslag het nie.*
  - *Die belangrike rol wat 'n dieëtkundige in rehabilitasiedienste speel word duidelik deur die deelnemers uitgelig, wat grootliks verskil van die wyse waarop rehabilitasiedienste op Provinsiale- en distriksvlak in die Vrystaat georganiseer is. Die aktiewe deelname van die dieëtkundige aan rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal hou daarom besondere voordele in.*
- *Hoe word jou praktiese lewe/aktiwiteite deur 'n amputasie gestrem?*
    - *Die persoon wat sonder een arm funksioneer beskryf dit as “'n Obstruksie, want hy kan nie doen wat hy voorheen gedoen het nie.”*

- *Persone met bene wat geamputeer is, se grootste gemis is die vermoë om aan sport deel te neem, byvoorbeeld om sokker te speel. Hulle kan net sport doen wat die hande of arms gebruik, byvoorbeeld tafeltennis.*
- *Volgens een deelnemer het 'n amputasie hom nie verhinder om te trou en kinders te hê nie. Hy beskou 'n gesinslewe as belangrik en omdat hy hierdie doelwit bereik het sê hy: "... ek kan alles doen wat ander mense kan doen".*
- *Deelnemers stem saam dat as jy in jouself glo, sal jy daarin slaag om die take te verrig wat jy wil en kan daarom selfstandig funksioneer.*
- *Die deelnemers is dit eens dat persone met een amputasie sonder chroniese siektes, minder praktiese probleme het as persone met ander vorme van fisiese gestremdheid saamleef.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die persoon met 'n bo-arm amputasie se praktiese aktiwiteite is meer gestrem as diegene wat met beenamputasies saamleef. Kunsbene het funksionele waarde en kompenseer grootliks vir die amputasie.
- Dit blyk dat 'n onderarm amputasie minder praktiese probleme meebring as 'n bo-arm amputasie, aangesien die betrokkenes leer om die beskikbare deel van die arm so te gebruik dat hulle selfstandig kan funksioneer. Die lokalisasie van die amputasie is bepalend vir die gevolge daarvan (vgl. 5.2.2.1).
- Elke deelnemer het 'n eie siening van watter take belangrik is en meet hul selfstandigheid aan die mate waarin hulle hierdie doelwitte bereik.
- Die deelnemers se onafhanklike en selfversorgende lewenswyses is merkwaardig, want hulle verrig die basiese lewenstake met weinig praktiese ondersteuning van andere.
- Die voorkoms van 'n kunsbeen en die gebruik van krukke het 'n groter effek op persone sonder gestremdheid se siening dat persone met amputasies 'anders' is, as die feit dat die betrokkenes grootliks selfstandig funksioneer (vgl. 5.3.1.1). Dit herinner aan die siening van Wendell (1997:263) dat persone sonder gestremdheid geneig is om die fisiese gestremdheid na ander fasette van die persoon uit te brei.

- Hoe voel jy oor die take/aktiwiteite wat jy nie meer kan doen nie of op 'n ander wyse moet doen?
  - *Al die deelnemers stem saam dat hulle dit die meeste mis om nie 'n motor te kan bestuur nie. Daar bestaan 'n behoefte aan aangepasde, outomatiese motors wat hulle kan bestuur sonder om albei arms of bene te gebruik.*
  - *Die deelnemers voel ongelukkig omdat hulle nie aan die sportsoort van hul voorkeur, naamlik sokker, kan deelneem nie. Hulle kla dat hulle nie toegang het tot sportsoorte waarvoor jy nie albei bene nodig het nie.*
  - *Die een deelnemer het na die amputasie gevoel "... iets is verlore, maar het die amputasie na ongeveer twee jaar aanvaar". Hy voel tans goed aangepas.*
  - *Al die deelnemers het kontak met persone met fisiese gestremdheid wat meer praktiese probleme as hulle ervaar en het besef "... ek het nie alles verloor nie".*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Dit blyk dat die deelnemers direk na die operasie ernstige gevoelens van verlies ervaar het, maar dit het met verloop van tyd verminder. Die mens se respons op gebeure of trauma is daarom belangriker as die werklikheid van 'n amputasie (vgl. Yuen 2009:7).
  - Blootstelling aan andere met fisiese gestremdheid het gevoelens van dankbaarheid en tevredenheid in die hand gewerk, asook die besef dat hul verliese hanteerbaar is en selfs oorkom kan word. Dit lig die rol uit wat ondersteuningsgroepe en drukgroepe kan speel (vgl. 5.3.3.3).
  - Om selfstandig te funksioneer en die basiese lewensake te verrig is 'n belangrike prioriteit, wat die noodsaaklike rol van rehabilitasiedienste bevestig.
- Het jy toegang tot mediese hulpmiddels?
    - *Al die deelnemers het na die amputasie toegang gehad tot mediese hulpmiddels en is tevrede met die dienste wat hulle ontvang het.*
    - *Krukke en kunsbene word daagliks deur deelnemers met beenamputasies gebruik.*
    - *Persone met onderbeen amputasies gebruik prosteses met groot sukses, terwyl persone met bo-been amputasies meer pyn en ongemak beleef.*

- *Die prosteses wat hulle gebruik, word ontwerp vir mobiliteit en is nie geskik om mee te hardloop nie.*
- *Die deelnemers is nie positief oor armprosteses nie, aangesien dit kosmeties is, met die uitsluitlike doel om die persoon se voorkoms te verbeter. Hulle sal egter belangstel in kunsarms, indien die tegnologie sodanig verbeter dat dit funksionele waarde het.*
- *Volgens die deelnemers is die tegnologie nie gevorderd genoeg om prosteses te vervaardig wat natuurlik lyk nie, want die bestaandes lyk vir hulle soos kunsledemate.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Goeie gesondheid en die betrokkenes se motivering om selfstandig te wees, speel 'n belangrike rol in die suksesvolle gebruik van hulpmiddels.
  - Besondere eise word aan prosteses se funksionele waarde en estetiese voorkoms gestel (Murray 2009:574), wat tot gevoelens van teleurstelling of ontevredenheid met die bestaande prosteses kan lei.
  - Die voorkoms van kunsledemate is vir die deelnemers belangrik, wat hulle begeerte om so 'normaal' as moontlik te lyk, uitlig (vgl. 5.3.1.1).
  - Mediese hulpmiddels en prosteses het 'n permanente deel van die deelnemers se lewe geword, waarby aangepas moet word. Deelnemers is ten spyte van die praktiese probleme wat dit soms meebring, positief oor die gebruik van hulpmiddels, want dit speel 'n in staatstellende rol in hul lewe. Deelnemers se ervaringe stem ooreen met die bevindinge van Murray (2009:580) dat persone met amputasies ambivalensie het oor die gebruik van 'n prosetes, want dit het voordele en nadele.
- Wat is jou ervaring om met 'n amputasie saam te leef?
    - *Deelnemers stem saam dat jou ervaringe voortdurend wissel en deur 'n verskeidenheid van faktore bepaal word. So sal 'n persoon met 'n amputasie soms verwerp voel deur andere se opmerkings, net om direk daarna weer aanvaarding te ervaar. "Sommige persone verstaan" en andere tree weer onsensitief op teenoor persone met amputasies.*
    - *Die persoon met 'n amputasie se hantering van gebeure, byvoorbeeld andere se verwysings na hom as 'n "krok man", speel 'n belangrike rol in*

*die persoon se ervaringe. Deelnemers is van mening dat jy jou nie aan andere se opmerkings moet steur nie, maar met jou lewe aangaan.*

- *Veral direk na die operasie word 'n amputasie as 'n pynlike ervaring beskryf. Een deelnemer sê: "Jy dink jou lewe is verby" en 'n ander deelnemer sê: "Jy dink alles gaan verander."*
- *Met die verloop van tyd het deelnemers die amputasie "beter aanvaar". Aanvaarding is vir hulle die teendeel van opstand en was nodig om die deelnemers se aanvanklike negatiewe sienings van fisiese gestremdheid te verander.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die deelnemers se gevoelens fluktueer tussen positief en negatief en dit speel 'n belangrike rol in hul belewenisse. Die ervaring om met 'n amputasie saam te leef is nie staties nie en stimuli en reaksies uit die sosiale konteks dra direk by tot die betrokkenes se werklikheidskepping. Die siening van die konstruksionisme, naamlik dat gebeure in verhoudinge geïnterpreteer word (vgl. 3.1.2), word hiermee bevestig.
- Persone met amputasies toon 'n sensitiwiteit vir verwerping (vgl. Coleman 1997:224). Verskillende vorme van verwerping bestaan, maar word deurgaans as negatief beleef.
- Die individu se vermoë om positief met 'n amputasie te leef, beteken nie noodwendig dat die persoon dit verkies of as wenslik ag nie. Dit beteken wel dat die persoon nie altyd in opstand daarteen is nie en beleef dat hy/sy 'n sinvolle lewe het (vgl. Murray 2009:580).

### **7.3.7.2 Verhouding met die self**

- Hoe voel jy oor die veranderinge aan jou liggaam (selfaanvaarding)?
  - *Deelnemers stem saam dat 'n amputasie ingrypende veranderinge meebring.*
  - *Deelnemers was veral direk na die amputasie teleurgesteld dat hul mobiliteit en/of fisiese funksies ingekort is.*
  - *Deelnemers het met hul ontslag uit die hospitaal gevoel hulle is "... nie meer deel van hul vriende nie" en het gewonder of hulle in die gemeenskap aanvaarsal word. Die aanvaarding van persone sonder amputasies is vir die deelnemers baie belangrik.*

- *Met die verloop van tyd het hulle gewoon geraak aan die liggaamsveranderinge. Deelnemers vertel laggend dat hulle “vergeet” van die amputasie en sal ingedagte uit die bed klim sonder om die kunsbeen of kruk te gebruik.*
- *’n Amputasie gaan vir sommige met ander onaangename simptome gepaard. Die een deelnemer het byvoorbeeld balansprobleme en vertel sy “val maklik”.*
- *Die ervaring dat die geamputeerde ledemaat steeds bestaan, is baie verwarrend en word dikwels ervaar.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Pyn word ervaar wanneer die betrokke persoon iets verloor wat hy as waardevol ag, gevolglik bring die verlies van ’n ledemaat intense emosionele pyn mee (vgl. Atherton en Robertson 2006:1202).
  - Sekere emosies oor fisiese gestremdheid, soos byvoorbeeld skaamte en die begeerte om liggaamsveranderinge so goed as moontlik weg te steek, word jare na die amputasie steeds ervaar. Skaamte oor liggaamsveranderinge het die potensiële gevaar dat die persoon homself kan isoleer van andere (vgl. 5.3.2.4).
  - Selfaanvaarding hang ten nouste saam met die erkenning en ondersteuning van betekenisvolle persone. Deelnemers slaag daarin om hul gestremdheid te erken, maar integreer nie as gevolg daarvan negatiewe selfsienings nie (vgl. Murray 2009:580).
  - Deelnemers het met die verloop van tyd so gewoon geraak aan die liggaamsveranderinge dat dit hulle na ’n paar jaar weinig strem in die uitvoering van hul lewenstake.
- Sien jy jouself as ’n persoon met fisiese gestremdheid?
    - *Deelnemers word gedwing om ’n keuse te maak oor hoe om hulself te posisioneer. So sal ’n persoon tydens ’n werksonderhoud byvoorbeeld wonder of hy inligting oor sy fisiese gestremdheid moet bekend maak of nie.*
    - *Deelnemers beskou die besluit om aan hulself as fisies gestremd te dink, al dan nie, as ’n baie moeilike besluit. Van die deelnemers sê hulle weet nie hoe om die vraag te beantwoord nie.*
    - *Deelnemers voel verdeeld in hul siening van hulself as fisies gestrem. Beide posisies (met of sonder fisiese gestremdheid) is in sekere situasies voordelig.*

*Persone met gestremdheid voel soms fisies gestremd en op ander tye voel hulle weer “... ek is OK”.*

- *Sommige deelnemers dink dit is nodig om ‘n besluit hieroor te neem en om jou besluit dan uit te leef.*
- *Die een deelnemer sien homself nie as fisies gestrem nie, want “... daar is min dinge wat ek nie kan doen nie”.*
- *Die een deelnemer beskou homself as “... ’n normale persoon sonder ‘n been”.*
- *Een deelnemer beskou homself as ‘normaal’ en vind dit pynlik as ander mense hom ‘gestremd’ noem.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- *Persone met amputasies beleef baie innerlike konflik en ambivalensie oor hul siening van hulself en dit vind neerslag in hul gedrag en selfaanvaarding (vgl. Olkin 1999:91). Daarom moet hulle voortdurend ‘n besluit neem oor die posisie wat hulle inneem.*
  - *Die eise van die situasie waarin persone met amputasies hulle bevind bepaal gewoonlik hoe hulle fisiese gestremdheid ervaar en daarmee saamleef.*
  - *Druk word op persone met amputasies geplaas om oor die kwessie van fisiese gestremdheid te dink en ‘n sekere standpunt daaroor in te neem (vgl. 5.3.3.2).*
- *Het jy ooit die ervaring gehad van ‘anders wees’ of ‘ek is nie normaal nie’?*
    - *Verskeie deelnemers funksioneer onafhanklik (“help homself”), wat meebring dat andere nie weet hulle het ‘n amputasie nie.*
    - *Die meeste deelnemers gebruik klere om hul amputasie (‘anders wees’) te verbloem, byvoorbeeld met ‘n langmou baadjie of langbroek.*
    - *Die persoon wat met ‘n amputasie gebore is, sê sy het “... as kind agtergekom sy het net een arm en lyk anders”. Sy het as kind ‘n selfbeeld probleem gehad, want sy het ‘anders’ en minderwaardig gevoel. Vandag is dit nie meer vir haar belangrik nie.*
    - *Een deelnemer is van mening dat alle mense ‘n vorm van gestremdheid het.*
    - *Een deelnemer verkies om te sê: “... ek is gestrem, want die fisiese gestremdheid bly ‘n deel van my”. Hiermee bedoel die persoon “... ek is normaal en het net ‘n probleem om byvoorbeeld trappe te klim”.*



- *Ander deelnemers vind dit meer aanvaarbaar om aan hulself te dink as 'n persoon met 'n amputasie, eerder as 'n persoon met fisiese gestremdheid, want persone met amputasies verskil van ander persone met gestremdheid.*
- *Die voorsitster van die DPSA tak is van mening dat die term " 'n persoon wat met fisiese gestremdheid saamleef", nie aanvaarbaar is nie, want die gestremdheid is deel van die persoon en dit is wenslik om dit te erken. Daarom is die term 'n 'persoon met gestremdheid' meer aanvaarbaar.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Deelnemers se siening van hulself as "gestrem" en per implikasie "nie normaal nie" verskil van mekaar. Individue interpreteer die werklikheid van 'n amputasie verskillend en reageer verskillend op die gevolge daarvan. Dit bevestig die siening van die konstruktivisme dat daar nie waarhede bestaan wat ontdek kan word nie, maar dat elke individu se werklikheidskepping uniek is (vgl. Gergen 1994:72).
  - 'n Hoë premie word deur die deelnemers geplaas op hul vermoë om onafhanklik te funksioneer (vgl. 5.3.2.5), wat die ervaring van "anders wees" verwyder (vgl. 5.3.1.1).
  - Die een deelnemer se siening dat alle mense met 'n vorm van gestremdheid saamleef, daag die konstruksies van "normaal" en "abnormaal" uit en bevorder die persoon se selfhandhawing. Hierdie persoon is met ander woorde bemagtig om magspraktyke te bevraagteken en uit te daag (vgl. 3.2.8; 3.4.7).
  - Elke individu behoort die ruimte gegun word om 'n persoonlike keuse uit te oefen oor sy siening, want een standpunt verteenwoordig nie die "waarheid" of 'n universeel wenslike konstruksie nie (vgl. 3.2.1).
- Wil jy anders wees as wat jy is of wil jy graag 'n ander soort lewe hê?
    - *Deelnemers sê hulle aanvaar hulself net soos hulle is, maar erken dat hulle 'n lewe wil hê waarin hul finansiële behoeftes beter ontmoet word.*
    - *Een deelnemer dink nie meer oor die vraag nie en sê jy moet met jou lewe aan gaan, want jy kan nie die verlede (of die amputasie) verander nie.*
    - *Een deelnemer sê dit was nie maklik om selfaanvaarding te verkry nie, maar dink dit is moontlik. Die enigste betekenis wat die amputasie vir hom het is "... a few things I cannot do anymore".*

- *Een deelnemer sê die amputasie het hom 'n beter mens gemaak, want hy het besef hy moet sy lewenstyl verander. Hy wou nie die foute van die verlede herhaal nie en moes aan homself en andere bewys dat hy na die amputasie 'n beter lewe leef. Dit het beteken hy moes 'n nuwe beeld van homself opbou en met sy gedrag wys hy het verander. Hy is tevrede dat hy sy doel bereik het.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die amputasie het nie die deelnemers se siening van hulself, as waardige mense, wesenlik verander nie, wat ooreenstem met die Christelike mensbeskouing dat die mens se waarde gesetel is in sy skepping na God se beeld (vgl. O'Collins 2007:13).
- Die praktiese probleme wat 'n amputasie meebring bly 'n hindernis, alhoewel almal saamstem dat dit grootliks oorbrug kan word.
- Die deelnemers verkies nie om met 'n amputasie te leef nie, maar verbaliseer geen gevoelens van opstand of onvergenoegdheid nie. Dit hou waarskynlik verband met die feit dat almal reeds vir etlike jare met 'n amputasie leef.
- 'n Amputasie kan 'n persoon se lewensbeskouing en/of lewenstyl positief of negatief verander. Die keuses wat die individu na die amputasie oor sy lewenstyl maak is bepalend vir die lewenskwaliteit wat die persoon in die toekoms sal ervaar.

### **7.3.7.3 Verhouding met betekenisvolle persone**

- Het jou posisie/rolle/status in die gesin, by die werk of in die woonbuurt verander?
  - *Die meerderheid van die deelnemers voel hul status in die gemeenskap het nie verander nie, want hulle word steeds as inwoners van die gemeenskap aanvaar.*
  - *Een deelnemer is van mening dat die persoon met 'n amputasie die verantwoordelikheid het om na andere uit te reik in die gemeenskap, ten einde aanvaarding te verkry.*
  - *Direk na die operasie was die deelnemers skaam wanneer vriende hulle besoek het, want hulle het nie meer deel van hulle gevoel nie.*
  - *Deelnemers was geneig om vriende en familie te vermy en het hulle selfs gewantrou. Dit het soms tot een jaar na die amputasie aangehou.*

- *Aanvanklik het deelnemers simpatie van vriende en familie gekry, maar later het hul houding verander. Drie van die deelnemers beskou hulself as gelukkig, want hulle word in die gemeenskap aanvaar en andere "... sien my nie as gestremd nie".*
- *Een deelnemer was aggressief en bakleierig voor die amputasie en wou na die amputasie aan andere toon hy het verander. Dit was 'n uitdaging om 'n nuwe beeld op te bou en sy familie en vriende het hom aanvanklik nie vertrou nie.*
- *Een deelnemer beskou homself as 'n rolmodel in sy omgewing, want hy word aanvaar soos hy is. Hy gee veral aandag aan die klein kindertjies in sy omgewing, deur handvaardige tegnieke vir hulle aan te leer, soos hoe om met 'n sweep te werk.*
- *Deelnemers se werksposisies het na die amputasie van 'n ledemaat verander. Almal wat voor die amputasie gewerk het, het hul werk verloor en geeneen kon daarna weer 'n werk bekom nie.*
- *Die meerderheid van die deelnemers is werkloos en ontvang 'n ongeschiktheidspensioen. Twee van die deelnemers is by boerdery aktiwiteite betrokke en genereer daarmee 'n inkomste. Die een lei jaghonde op en verkoop hulle. Slegs twee van die groeplede slaag tans daarin om hulself te onderhou sonder 'n pensioen.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- *Persone met amputasies word as lede van die betrokke gemeenskappe en as deel van hul families aanvaar, sonder die verlies van status of posisie. Positiewe belewenisse van aanvaarding word ook deur andere met fisiese gestremdheid beskryf (vgl. Peters 1996:230), wat daarop dui dat alle persone met gestremdheid nie in alle situasies verwerping ervaar nie.*
- *Die individu se hantering van fisiese gestremdheid as 'n "normale" deel van die lewe het 'n positiewe invloed op die persoon se aanpassing in die gemeenskap, want die individu se selfaanvaarding werk deur na die verskillende rolle wat vervul word.*
- *Die mate waarin 'n persoon met 'n amputasie verantwoordelikheid aanvaar vir sy inskakeling by sy familie, vriende en aktiwiteite in sy omgewing bepaal grootliks die rol wat hy gaan vervul en die status wat hy gaan geniet. Dit bevestig Wendell (1997:273) se siening van mense se interafhanklikheid en die belangrikheid dat alle partye in 'n verhouding verantwoordelikheid aanvaar.*

- Die grootste rolveranderinge vind plaas wanneer 'n persoon sy werk verloor as gevolg van die amputasie of nie daarin slaag om weer werk te bekom nie. Persone met amputasies sukkel om self 'n inkomste te genereer en het verskeie blokkasies om te oorbrug (vgl. Burger en Marinčik 2007:1323), byvoorbeeld gebrekkige geleenthede, probleme met finansiering of 'n gebrek aan vaardighede in.
- Hoe sal jy jou ondersteuningsisteme beskryf?
  - *Al die deelnemers geniet baie goeie emosionele- en praktiese hulp van hul familie en vriende.*
  - *Die deelnemers voel nie uitgestoot of verwerp in die plaaslike gemeenskap nie. Almal het ondervinding van negatiewe insidente waar lede van die gemeenskap onsensitief teenoor hulle opgetree het, maar sê dit is beperk tot individue.*
  - *Die deelnemers voel eenparig dat die huidige regering die belange van persone met gestremdheid ondersteun, deur te verwys na die beskikbaarstelling van fondse vir die DPSA tak en nuwe beleidsriglyne, byvoorbeeld oor inklusiewe onderwys.*
  - *Deelnemers is eenparig in hul standpunt dat daar nie voldoende werkseleenthede vir hulle bestaan nie. Twee organisasies in Kroonstad beywer hulle vir projekte om persone met gestremdheid se vaardighede uit te brei en die maak van artikels om 'n inkomste te genereer, maar slaag huidiglik nie daarin om persone met amputasies se lewenskwaliteit te verbeter nie, aangesien slegs individue daarby inskakel en hulle het nie die kapasiteit om ekonomies volhoubare projekte aan te pak nie. Parys is die enigste dorp in die Noord-Vrystaat streek met 'n werkwinkel vir persone met gestremdheid wat daarin slaag om winsgewende projekte te bestuur.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die deelnemers het goed ontwikkelde ondersteuningsisteme, wat duidelik 'n positiewe faktor in hul lewe is (vgl. Van Zyl *et al.* 1997:57).
- Die aanvaarding wat hulle geniet het die aanvanklike gedagtes van wanhoop, vrese vir verwerping en sinloosheid verander.
- Die daarstelling van Nasionale- en Provinsiale beleid om die belange van persone met gestremdheid te bevorder word as 'n positiewe ontwikkeling beskou, maar huidiglik het dit weinig praktiese waarde vir die deelnemers se

lewe. Deelnemers se basiese menseregte word in beleidsdokumente beskerm, maar veel moet gedoen word om die regte te laat realiseer en in die praktyk af te dwing (vgl. Ellis 2005:691). Hulpverleners kan 'n belangrike rol speel om persone met amputasies se stryd vir sosiale geregtigheid te bevorder.

- Persone met gestremdheid is 'n minderheidsgroep en hoewel sekere Nasionale- en plaaslike inisiatiewe bestaan om hul belange te bevorder (vgl. 4.3.8), geniet hulle nie die prioriteit en ondersteuning wat ander minderheidsgroepe, byvoorbeeld persone met vigs, ontvang nie.
- Wil jy graag vriendskapsverhoudinge hê met persone met gestremdheid of verkeis jy vriende sonder gestremdheid?
    - *Al die deelnemers het kontak met persone met fisiese gestremdheid en stem saam dat dit hulle baie bemoedig het.*
    - *Blootstelling aan persone met gestremdheid is goed, want "... jy sien ander met meer probleme as jyself".*
    - *Al die deelnemers het vriende met gestremdheid en sonder gestremdheid. Die deelnemers voel op hul gemak by beide van die groepe.*
    - *Die een deelnemer verkies om nie met iemand te trou wat met gestremdheid saamleef nie, maar die ander verskil van hom en is selfs verontwaardig dat hy so 'n standpunt kan hê.*
    - *Deelnemers meng oor die algemeen meer met persone sonder gestremdheid en skryf dit toe aan die feit dat persone sonder gestremdheid die meerderheid in die gemeenskap is. "It is the normal flow of life to meet more people without disabilities."*
    - *Die deelnemers ken baie mense met amputasies in die gemeenskap, maar sê hulle sien min van hulle in die gemeenskap rondbeweeg. Hulle vermoed persone met amputasies kruip weg in hulle huise, omdat hulle skaam is.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Vriendskapsverhoudinge met persone met gestremdheid het deelnemers gehelp om hul eie verliese in perspektief te plaas en hul ervaring van verlies te verminder. Dit bevestig die konstruksionisme se siening dat kennis en konstruksie deur middel van interaksie in verhoudinge gevorm word (vgl. 3.2.3).
- Vriendskapsverhoudinge met persone met en sonder gestremdheid het 'n verrykende invloed op die deelnemers se lewe en moet verkieslik so spontaan

as moontlik ontwikkel. Voorts blyk persone sonder gestremdheid se verantwoordelikheid teenoor persone met amputasies duidelik (vgl. 4.3.8).

- Die vermoede bestaan dat 'n onbekende persentasie van persone met amputasies hulself doelbewus isoleer van die gemeenskapslewe (vgl. 5.3.2.4).
- Stel jy belang om deel te neem aan 'n ondersteuningsgroep of aktiwiteite van persone met fisiese gestremdheid?
  - *Die deelnemers is lede van DPISA, woon die organisasie se vergaderings by en neem deel aan die aktiwiteite wat die afgelope jaar op die terrein van Mphohadi kollege georganiseer word.*
  - *Daar is nie ondersteuningsgroepe vir persone met amputasies in die plaaslike gemeenskappe nie. Die enigste ondersteuningsgroep waarvan hulle kennis dra is een vir diabetes by Lesedi kliniek en hulle skakel nie daarby in nie, want nie een van hulle is diabetes nie.*
  - *Die deelnemers is van mening dat 'n ondersteuningsgroep vir persone met amputasies sinvol kan wees om gemeenskaplike probleme te bespreek, rolmodelle te ontmoet en om mekaar te motiveer.*
  - *Die deelnemers is bereid om 'n ondersteuningsgroep by te woon indien een beskikbaar is. Volgens hulle kan 'n ondersteuningsgroep die volgende aktiwiteite aanbied: groepsbesprekings, doen van fisiese oefeninge en selfhelp projekte.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Deelnemers is positief om deel te neem aan 'n ondersteuningsgroep vir persone met amputasies, waarskynlik omdat hulle bekend is met die voordele wat dit inhou om in te skakel by 'n organisasie van persone met gestremdheid (vgl. 5.3.3.3).
- Die tendens dat baie persone wat met amputasies saamleef, geneig is om weg te skram van gemeenskapsdeelname (vgl. 5.3.2.4), kan die lewensvatbaarheid van 'n ondersteuningsgroep negatief beïnvloed.
- Organisasies wat die belange van persone met gestremdheid bevorder slaag daarin om net 'n gedeelte van persone met gestremdheid in die gemeenskap te betrek en het nie die hulpbronne om die bestaande aktiwiteite uit te brei nie.

- Wat is jou ervaring om deel te wees van 'n organisasie wat die belange van persone met gestremdheid bevorder?
  - *Op vergaderings word hulle ingelig oor nuwe ontwikkelinge en ontvang inligting oor hulpbronne.*
  - *Deelname aan die vergaderings het hul opinie oor hulself verander en hulle laat beseft dit is nodig om vir jou regte te baklei.*
  - *Hulle dink die bemerking van die organisasie se werksaamhede is nodig om meer persone met gestremdheid daarby te betrek. Die tak waaraan hulle behoort sluit mense met verskillende vorme van fisiese gestremdheid in, byvoorbeeld, blindes, dowes en verstandelik gestremdes.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Organisasies speel 'n belangrike rol om persone met gestremdheid se selfhandhawende gedrag te bevorder. Individue moet aangemoedig word om vir hul regte tot dienste en voordele te beding (vgl. Ellis 2005:699), tog is dit makliker om dit as deel van 'n groep te doen.
- Die organisasie waaraan die groeplede behoort het 'n beperkte ledetal en het daarom beperkte bedingingsmag in die gemeenskap.

#### **7.3.7.4 Verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as jouself**

- Het jy 'n verhouding met God Drie-enig of 'n mag hoër as jyself?
  - *Al die deelnemers dra kennis van God Drie-enig (“God Almighty”) en almal, behalwe een deelnemer, sê hulle glo in God en Sy verlossing.*
  - *Geloof in God Drie-enig en gebed is vir die groeplede belangrik.*
  - *Een deelnemer sê: “I believe in God, He is the only One who can help you to change your life.”*
  - *Deelnemers het na die amputasie die behoefte gehad om hul verhouding met God te herstel of om hul verhouding met God te verdiep. Een deelnemer sê: “I had a stronger need to believe in God.”*
  - *Deelnemers het na die amputasie vrae oor die ervaring van lyding gehad. Vrae soos die volgende is gevra: “Waarom ek?”, “Het ek iets verkeerd gedoen?” en “Is die amputasie 'n straf?” Een deelnemer sê hieroor: “Believing in God will help me to get answers.”*

- *Een deelnemer het eers in God geglo en het daarna begin om kerk toe te gaan.*
- *Die een persoon sê sy gaan kerk toe, maar weet nie of sy in God glo nie. Die ander is van mening dat sonder geloof in God, die kerk net 'n gebou is.*
- *Volgens die deelnemers is baie van die kerkgeboue in die woonbuurte nie toeganklik vir rolstoel nie.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die deelnemers se geloof in God Drie-enig was opvallend en hul vertellings getuig van 'n lewende verhouding met Hom as 'n liefdevolle en versorgende God (vgl. Kysar 1991:34).
- 'n Amputasie verdiep in sommige gevalle mense se behoefte aan 'n verhouding met God Drie-enig (vgl. Crafford 1996:219). Die ervaring van lyding het 'n bewustheid gebring van die mens se beperkinge en geestelike behoeftes.
- 'n Amputasie konfronteer mense met vrae oor die sin van hul lewe wat die stand van Culliford (2002:1435) bevestig dat hulpverlening rekening behoort te hou met die mens se geestelike dimensie en spiritualiteit.
- n Verhouding met God Drie-enig het troos aan die deelnemers gebied, want hulle het besef hulle is nie alleen verantwoordelik om antwoorde op hul vrae te kry nie.
- Geloof in God Drie-enig se transformerende krag en hulp aan gelowiges, het die betrokkenes gehelp om sekere veranderinge en aanpassings in hul lewe te maak wat vir hulle belangrik geword het (vgl. 2.2.4).
- God Drie-enig was 'n anker in die tye wat hulle verward en onseker was. Om kennis te neem van die deelnemers se geloof in God Drie-enig was vir my 'n geloofsversterkende ervaring gewees. Dit is belangrik om daarop te let dat 'n verhouding met God betekenis het vir diegene wat Jesus se verlossing in geloof aanvaar (vgl. Du Toit 2000:95).
- Gemeenskap met ander gelowiges, byvoorbeeld deur kerkbywoning, verbreek sosiale isolasie en bied geleenthede aan persone met amputasies om die kennis en vaardighede wat hulle verwerf het, met andere te deel. In navoring van Jesus se voorbeeld het Christene die verantwoordelikheid om mekaar en mense in nood te versorg (vgl. 2.2.6).



- Die belangrike rol wat die deelnemers se geestelike lewe speel in hul lewe wys op die noodsaaklikheid dat hulpverlening rekening moet hou met die betrokkenes se geestelike behoeftes en nood (vgl. 2.4.3.5).
  - Die luister na die deelnemers se narratiewe het die belangrikheid van ‘n verhouding met God Drie-enig vir my bevestig.
- Het die amputasie jou siening oor die lewe, as betekenisvol en doelgerig, verander?
    - *In die hospitaal, direk na die amputasie, het deelnemers gedink “... my life is over”. Deelnemers vertel hulle was geskok na die operasie, “... but see things different now and experience less pain”.*
    - *Volgens die deelnemers is daar baie verkeerde persepsies oor ‘n amputasie. Een deelnemer het byvoorbeeld gedink sy kinders kan ook gestrem wees. Hulle dink dit is belangrik om verkeerde persepsies te verander en hulle is bereid om andere met amputasies te begelei.*
    - *Deelnemers stem saam dat hulle ‘n lewe het om te leef. Hulle het doelwitte om te bereik, byvoorbeeld “... ek moet my gesin onderhou” en “... ek het kinders om op te voed”.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die belewenis van ‘n amputasie hang ten nouste saam met die persoon se geestelike lewe, want dit gee ‘n verwysingsraamwerk om onverstaanbare gebeure wat nie deur die mens beheer kan word nie, te hanteer.
- Deelnemers was gedwing om hul beskouinge te heroorweeg en te verander, want hulle moes die veranderinge in hul lewe interpreteer en nuwe doelwitte stel (vgl. 2.5.5; 2.2.7).
- Afbrekende persepsies oor amputasies bestaan in die gemeenskap en dit het ‘n negatiewe effek op die betrokkenes se ervaring van lewenssin na die operasie gehad.
- Deelnemers het op grond van hul eie worstelinge en die lyding wat ervaar is, ‘n gereedheid ontwikkel om ‘n bydrae te lewer in andere se lewe en om diensbaar te wees in die gemeenskap (vgl. 2.2.6).
- Die deelnemers se entoesiasme om ‘n sinvolle bestaan te voer, het my verras en aangemoedig om hulpverleningsprogramme te ontwikkel wat persone met amputasies bemagtig om ‘n eie waardestelsel en doelwitte te ontwikkel, wat uiteindelik ‘n gewenste lewensverhaal konstrueer.

### 7.3.7.5 Verhouding met die omgewing

- Watter blokkasies bestaan in die omgewing wat jou lewe bemoeilik?
  - *Die deelnemers het eenstemmigheid dat hulle nie 'normaal' kan leef nie as gevolg van probleme in die omgewing en nie omdat hulle as individue of groep 'n probleem het nie.*
  - *Een deelnemer sê: "Outside things complicates my life."*
  - *Toeganklike geboue is steeds 'n probleem en volgens deelnemers is selfs van die handelsbanke in die besigheidsgebied nie toeganklik vir rolstoelers nie.*
  - *Sub-ekonomiese behuisingskemas (RDP-huise) is te klein vir die gebruik van hulpmiddels en inwoners moet die huise self verander om dit meer toeganklik te maak.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Deelnemers is bemagtig om hul behoeftes te identifiseer en het die verwagting dat leiers en gesagstrukture daaraan aandag sal gee. Deelnemers het die verwagting dat mense se houdings teenoor hulle sal verander en dat geleenthede vir hulle geskep sal word om hul drome uit te leef.
- Persone met gestremdheid word in die betrokke gemeenskappe as 'n minderheidsgroep behandel en die indruk word nie verkry dat hul behoeftes 'n prioriteit vir die plaaslike regering of instellings, soos besighede, is nie. Dit bevestig die siening dat gestremdheid as die probleem van die individu en sy gesin gesien word en dat die gemeenskap nie kollektief verantwoordelikheid aanvaar om hulle te ondersteun nie (vgl. Coleman 1997:226). Voorts blyk dit belangrik te wees om bestaande strukture bewus te maak van persone met amputasies se menseregte en die ontkenning daarvan in die praktyk (vgl. Ellis 2005:691).
- Dit was vir my verblydend dat die deelnemers steeds 'n positiewe ingesteldheid het teenoor die gemeenskappe waarin hulle woon en glo dat die gemeenskap kan verander. Oliver (1990:83) se siening dat gemeenskapsinstellingsstrukturele veranderinge moet ondergaan om persone met gestremdheid se lewensomstandighede te verbeter, sluit hierby aan.

- Watter hulpbronne word benodig vir ondersteuning in die gemeenskap?
  - *Die ontwikkeling van werksgeleenthede vir persone met gestremdheid is 'n hoë prioriteit vir die deelnemers. Hulle is bereid om as entrepreneurs klein besighede te begin, maar het nie die vaardighede of fondse om 'n begin te maak nie.*
  - *Deelnemers het die behoefte om hul kwalifikasies te verbeter. Die meeste deelnemers het skool vroeg verlaat en sommige het nie st. 8 voltooi nie. Bestaande geleenthede om kwalifikasies te verbeter (“learnerships”) is beperk en slegs individue baat daarby.*
  - *Publieke vervoer is nie toeganklik vir persone wat rolstoel gebruik nie.*
  - *Sport fasiliteite vir persone met gestremdheid, byvoorbeeld rolstoel netbal of tafeltennis is 'n leemte in die plaaslike gemeenskap.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Bogenoemde faktore geniet erkenning in die Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie ten opsigte van gestremdheid (vgl. 6.1.2), maar huidiglik hou dit op grondvlak geen wesenlike voordele vir persone met gestremdheid in nie, aangesien die dienste wat aanbeveel word, nie in die plaaslike gemeenskap tot stand gekom het nie. Die indruk word verkry dat die implementering van beleidsdokumente nie gemonitor word nie.
  - Die ontwikkeling van hulpbronne in die plaaslike gemeenskap vir persone met gestremdheid blyk 'n groot leemte te wees.
- Watter hulpbronne lewer 'n betekenisvolle bydrae in jou lewe?
    - *Geleenthede en fondse vir self indiensneming. Een vrou het byvoorbeeld die geleentheid om saam met dertien ander 'n plaas van vier-en-sewentig hektaar te bewerk.*
    - *Opvoedkundige geleenthede word plaaslik aangebied deur die Jala Peo trust (kort kursusse in byvoorbeeld spyseniering, bouwerk, maak van meubels) en die kollege Flavius Mareka (byvoorbeeld rekenaarkursusse), maar dit is moeilik om keuring hiervoor te kry.*
    - *In Kroonstad is dit slegs die De Beer's myn en staatsdiens, wat poste vir persone met gestremdheid skep.*

- *Organisasies van persone met gestremdheid bied belangrike ondersteuning en het bedingingsmag om hulpbronne te bekom.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Deelnemers se verwagtinge sentreer hoofsaaklik op die bevrediging van basiese behoeftes, byvoorbeeld finansiële sekuriteit.
  - Groter besighede skeep slegs 'n beperkte aantal poste vir persone met gestremdheid en daarom baat slegs individue daarby, terwyl die groter groep van persone met amputasies aangewese is op die ontvangs van 'n ongeschiktheidspensioen.
- Word daar teen jou gediskrimineer in die gemeenskap – hoe word jou basiese menseregte ontken?

- *Deelnemers dink diskriminasie teen persone met gestremdheid het die afgelope aantal jare afgeneem, want die meeste van die fasiliteite in die besigheidsgebied, byvoorbeeld straathoeke, is meer toeganklik.*
- *Deelnemers voel daar word teen hulle as individue en groep gediskrimineer wanneer hulle op die een of ander wyse nie met respek behandel word nie.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die indruk word verkry dat bestaande wetgewing en beleidsdokumente (vgl. 6.1.1 en 6.1.2) 'n positiewe bydrae lewer om persone met gestremdheid bewus te maak van hul basiese menseregte asook die beskerming van hul regte as 'n minderheidsgroep.
  - Persone met amputasies se behoefte om met respek behandel te word, blyk duidelik. Hulpverlening vanuit die Christelike benadering (vgl. 2.4.3.4) en die narratiewe werkswyse (vgl. 4.3.5) plaas besondere klem die waardigheid van die mens en is daarom besonder geskik vir hulpverlening aan persone met amputasies.
- Word jy onderdruk - bevind jy jou in 'n benadeelde posisie of ervaar 'n gebrek aan mag?
- *Deelnemers kla dat hulle graag wil werk, maar nie werk kan bekom nie.*

- *Effektiewe kommunikasie met die plaaslike regering om hul behoeftes aan te spreek is 'n bron van frustrasie, want hulle beleef dat hul behoeftes nie aandag geniet nie. Die plaaslike munisipaliteit het 'n persoon met gestremdheid in diens geneem (Disability desk) om die belange van persone met gestremdheid in die gemeenskap te bevorder, maar dink nie dit maak enige verskil in hul situasie nie.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- *Persone met gestremdheid het tans geen inspraak in die plaaslike regering se besluitnemingsprosesse, vir die beplanning van projekte of die toekenning van fondse nie (vgl. Coleman 1997:226). Verteenwoordiging (in terme van 'n "Disability desk") blyk nie effektief te wees nie, terwyl die betrokkenes die begeerte het om deel te neem aan beplanning wat 'n bydrae kan lewer om hul lewenskwaliteit te verbeter.*
- *Persone met amputasies beleef frustrasies en voel hulle het nie 'n stem nie (vgl. 4.1.1), want hul opinies dra nie gesag in die gemeenskap nie. Die geleentheid om hul stories te vertel is daarom deur die deelnemers met gretigheid aangegryp.*
- *Instellings met mag om hulpbronne toe te ken of te verdeel (byvoorbeeld staatsdepartemente) fokus nie noodwendig op persone met gestremdheid se behoeftes nie (vgl. 5.3.2). Persone met gestremdheid ervaar daarom dat hulle in 'n magtelose posisie is, met geen mag om vir hul behoeftes te beding nie.*

### **7.3.7.6 Die funksionering van organisasies wat die welsyn van persone met gestremdheid bevorder**

- *Wie is die rolspelers in Moqhaka?*
  - *In Moqhaka is DPSA en die Kroon Dagsorgsentrum die enigste geregistreerde organisasies wat uitsluitlik op die behoeftes van persone met gestremdheid fokus.*
  - *In Moqhaka bestaan twee dagsorgsentrums vir kinders met gestremdheid en drie toevlugsoorde wat bereid is om persone met gestremdheid te huisves.*
  - *Plaaslike welsynsorganisasies soos Brentparkse Kindersorgvereniging, KMD, VVA en die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling verleen hulp aan individue met gestremdheid.*

- *Moqhaka munisipaliteit se “Disability desk”, is verbind aan die “Disability desk” in die kantoor van die Premier in die Vrystaat en beide doen verslag aan die “Disability desk” in die kantoor van die Staatspresident.*
- *Die Flavius Mareka kollege het op die gronde van Mpohadi kollege kantoorspasie, ‘n medium grote lesingsaal, grond vir ‘n groentetuin en sportgronde tot die beskikking van die DPSA Serame Mafesa tak gestel om hul aktiwiteite te koördineer en aan te bied. Die DPSA Serame Mafesa tak verkies egter om ‘n gebou te hê wat aan hulle behoort en is van mening dat die munisipaliteit hulle hiermee kan help.*
- *Die National Development Agency het fondse in 2008 aan die DPSA Serame Mafesa tak toegeken gestel om kantoormeubels en rekenaar toerusting aan te koop, asook fondse om vyf projekte te loods wat persone met gestremdheid se indiensneming kan verbeter of ‘n inkomste genereer.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die verskillende rolspelers in die gemeenskap funksioneer onafhanklik van mekaar, wat samewerking beperk en die bedingingsmag van persone met gestremdheid in die gemeenskap verswak (vgl. Wendell 1997:263), want elke organisasie of diens verteenwoordig slegs ‘n gedeelte van die minderheidsgroep.
  - Dienste word gefragmenteerd gelewer en die effektiewe koördinasie van dienste is ‘n leemte in die plaaslike gemeenskap (vgl. 6.3.7).
- Watter dienste is beskikbaar of word deur die belangegroep gelewer?
    - *Die DPSA Serame Mafesa tak het ‘n begin gemaak met die aanlê van ‘n groentetuin en die aanbieding van klasse vir kralewerk. Die groentetuin produseer reeds ‘n bietjie groente wat verkoop kan word.*
    - *Die Kroon Dagsorgsentrum maak artikels soos gevlegde mandjies en verkoop dit om fondse te genereer.*
    - *Die DPSA Serame Mafesa tak neem aktief deel aan konferensies en samesprekings op Nasionale- en Provinsiale vlak, wat ‘n bydrae lewer om diskriminasie teen persone met gestremdheid te verwyder en om hul behoeftes te bespreek.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die twee organisasies vir persone met gestremdheid funksioneer onafhanklik en bedien persone met gestremdheid uit die omliggende omgewing (vgl. 7.3.1.). Die DPSA Serame Mafesa tak funksioneer tans in Maokeng op die gronde van Mpohadi kollege, met net swartmense as lede. Die Kroon dagsorgsentrum is langs die Kroonstadse besigheidsentrum geleë en bedien mense van alle rassegroepe uit al die woonbuurte van Kroonstad en Maokeng. Die DPSA is die mees aktiewe belangegroep in Noord-Vrystaat en word deur persone met gestremdheid en hul familieledede bestuur. Die afwesigheid van vrywilligers en ander gemeenskapsleiers in die DPSA se aktiwiteite bring egter mee dat potensiële hulpbronne nie ontgin word nie. Die Kroon Dagsorgsentrum maak gebruik van vrywilligers en die hulp van kerke in die gemeenskap, maar ten tye van die navorsing het geen persone met amputasies daar ingeskakel nie.
  - Die bestaande dienste sluit beperkte opleiding- en werksgeleenthede vir persone met gestremdheid in en poog om die individuele lede se welsyn te bevorder, deur inligting oor hulpbronne te verskaf en praktiese hulp, byvoorbeeld vervoer te verskaf. Die onderstreep die vraag of hulpverleningsorganisasies se dienste werklik ooreenstem met die behoeftes van persone met amputasies soos deur hulself beskryf (vgl. Barton 1996:6)?
  - Beide belangegroepe is is soos welsynsorganisasies afhanklik van subsidies en donasies vir hul voortbestaan (vgl. Drake 1996:154) en beskik nie oor die fondse en kundigheid om 'n omvattende diens te lewer nie.
  - Dienste en projekte vir persone met gestremdheid moet uitgebrei word (vgl. Meyerson 1990:18), alvorens dit 'n verskil in die betrokkenes se lewe sal maak.
- Wat is die deelname van persone met gestremdheid aan die bestuur van die organisasies?
    - *Die DPSA tak het ongeveer 'n honderd lede, wat almal persone met gestremdheid is. Familielede van persone met gestremdheid is ook betrokke by die aktiwiteite, hoofsaaklik om familielede prakties te ondersteun. Die organisasie het een vrywilliger wat aan hul werksaamhede deelneem. Die bestuur van die DPSA Serame Mafesa tak bestaan uit persone met gestremdheid.*

- *Die komiteede gebruik elke geleentheid om die behoeftes van die organisasie se lede te bespreek en om bestaande hulpbronne te ontgin vir hul ontwikkeling.*
- *Die komiteede is van mening dat hulle nie oor die vaardighede en hulpbronne beskik om 'n konkrete verskil in die lede se lewens te maak nie.*

Interpretasie van temas wat in bogenoemde vertellings uitgestaan het:

- Die wenslikheid dat die bestuur van belangegroep hoofsaaklik uit persone met gestremdheid sal bestaan (vgl. 5.3.3.2), kan nie oorbeklemtoon word nie, want dit verseker die aanvaarding van verantwoordelikheid om vir hul belange in die gemeenskap te beding.
- Die komitee van die DPSA Serame Mafesa tak neem leiding om op verskeie wyses 'n ogie te hou oor die welsyn van persone met gestremdheid. Die komiteede toon die potensiaal en begeerte om hulpbronne te ontgin wat tot die lede se ontwikkeling kan bydra.
- Die komiteede se openheid om met ander rolspelers saam te werk (vgl. 5.3.3.3), om die belange van hul lede te bevorder, is prysenswaardig.

Die ervaringe wat 'n amputasie meebring, het 'n lewensveranderende effek op die betrokkenes gehad. Volgens my mening was storievertelling 'n geskikte werkswyse om begrip te ontwikkel in die menswees en beskouinge van persone wat met amputasies saamleef en die probleme en uitdagings in hul leefwêreld. Die indruk is verkry dat deelnemers aanvanklik gesukkel het om hul respons op die amputasie van 'n ledemaat te beskryf. Gevolglik is vae opmerkings verder geëksploreer en die deelnemers is aangemoedig om 'n mening oor sake te vorm. Namate die groeps gesprek gevorder het, het die deelnemers se vertellings en interpretasies meer spontaan geword. Die deelnemers het hul tevredenheid met die verloop van die gesprek uitgespreek, want hulle het dit as 'n geleentheid beleef waar hulle die vordering wat hulle gemaak het om sinvol met 'n amputasie saam te leef, kon verwoord. Die deelnemers se gevoel van waardigheid is versterk en hulle het beleef dat die vertellings 'n belangrike bydrae kan lewer om hulpverleningsprogramme vir persone met amputasies te verbeter.

Besondere agting en respek vir die vermoëns en waardevolle bydraes van persone met amputasies het ontwikkel, veral vir die stories van oorwinning oor die praktiese probleme en negatiewe denke wat met fisiese gestremdheid gepaard gaan. 'n Fokusgroep het die geleentheid aan persone met amputasies gegee om hulself as individue te herdefinieer en om terselfdertyd 'n kollektiewe narratief te vertel. Tydens die groepsgesprek het die



deelnemers mekaar se vertellings bevestig of versterk en in die proses is almal se stories vollediger omskryf. Die stories van die gespreksvennote en deelname aan die groeps gesprek het my op 'n persoonlike wyse geraak en my siening oor hulpverlening aan persone met amputasies verander. Gespreksvennote se blymoedige uitkyk op die lewe en saampraat oor hul werklikheidskepping het my insig verdiep oor die terapeutiese invloed van prosesse wat gespreksvennote se kennis en ervarings respekteer en versterk. Die entoesiasme van die groep was vir my 'n inspirasie om met die navorsing voort te gaan, aangesien hulle beperkte rehabilitasiedienste ontvang het en tog oortuig was van die waarde van rehabilitasiedienste in hul lewe. Dit kan sinvol wees om die navorsing uit te brei na meer persone wat met amputasies in die gemeenskap saamleef, ten einde die deelnemers se ervarings te bevestig en meer breedvoering te omskryf.

#### **7.3.7.7 Voortvloeiende aksies: Uitreikingsdienste na organisasies vir persone met fisiese gestremdheid in Moqhaka**

Op uitnodiging van die deelnemers van die fokusgroep het die bestuurder van kliniese ondersteuningsdienste en verteenwoordigers van die hospitaal se rehabilitasiedienste, 'n fisioterapeut en arbeidsterapeut op 6/3/2009 'n vergadering van die DPSA Serame Mafesa tak bygewoon. Die doel van die byeenkoms was vir die rehabilitasie-terapeute om insig te verkry in die behoeftes van die individuele lede en die belangegroep, asook om rehabilitasiedienste en uitreikingsdienste te bemark. 'n Oop en gemoedlike atmosfeer het geheers en daar is met vrymoedigheid aan die gesprekke deelgeneem.

Die volgende behoeftes van individue is tydens die vergadering uitgelig:

- Samewerking met besighede en werkskeppingsorganisasies moet opgebou word om persone met gestremdheid van potensiële werksgeleenthede in kennis te stel.
- Vervoer na die vergaderings en aktiwiteite van die belangegroep is duur en moeilik bekombaar.
- Van die lede benodig hulpmiddels, byvoorbeeld wit kieres vir blindes en van die lede se rolstoele moet herstel of vervang word. Opleiding om wit kieres te gebruik en om 'n blinde persoon te begelei, word benodig.
- Kommunikasie met die maatskaplike werker van die Moqhaka munisipaliteit wat verantwoordelik is vir die toekenning van huise. Toeganklikheid en ekstra hulpmiddels in huise om die persoon met gestremdheid se funksionering te verbeter, is as 'n algemene behoefte genoem.

- Fisiese gestremdheid bring psigiese probleme, byvoorbeeld depressie of angstigheids, mee en persone sonder mediese fondse kan nie die dienste van privaat sielkundiges bekostig nie.

Die volgende behoeftes van die belangegroep, DPSA Serame Mafesa tak, is geïdentifiseer:

- Die National Development Agency het fondse aan die tak verskaf om gedurende 2008 en 2009 vyf projekte in Mophaka te loods, maar daarna moet die tak fondse op 'n ander wyse genereer.
- Die bestuur wil graag 'n sentrum ("one-stop resource centre") vir persone met gestremdheid daarstel, wat 'n verskeidenheid van dienste onder een dak aanbied. Hulle verwag van die munisipaliteit om 'n gebou gratis beskikbaar te stel.
- 'n Werkswinkel om rolstoele te herstel, maar tans het hulle nie die fondse om byvoorbeeld onderdele aan te koop nie.
- Effektiewe kommunikasie met die plaaslike munisipaliteit moet verbeter, ten einde inspraak te verkry in besluitneming oor projekte om die welsyn van persone met gestremdheid te verbeter.
- Beperkte hulpbronne en voorrade om die bestaande projekte te bevorder, byvoorbeeld 'n tekort aan saad vir die groentetuin.

Die beskikbare rehabilitasiedienste van Boitumelo hospitaal is aan die vergadering verduidelik en daar is ooreengekom dat die hospitaal een keer per maand 'n uitreikingsdiens aan die tak (by Mphahlele kollege) sal lewer. Een fisioterapeut en een arbeidsterapeut, wat besig is met gemeenskapsdiens, sal die tak besoek en die volgende selfhelp aktiwiteite aanbied:

- Strek- en fiksheidsoefeninge en opleiding vir tuisoefeninge.
- Opleiding in gebaretaal vir dowes.
- Die kweek van groente.
- Opleiding om rolstoele te herstel en moontlik die verskaffing van onderdele.
- Opleiding aan blindes om die wit kiere te gebruik en die korrekte begeleiding van 'n blinde persoon.

Die vertellers het sake van individuele of groepsbelang uitgelik en uit die reaksies van die aanhoorders was dit duidelik dat daar eenstemmigheid bestaan oor die probleme en behoeftes wat verwoord is. Die byeenkoms het samewerking met die personeel van Boitumelo hospitaal versterk en korttermyn doelwitte vir uitreikingsdienste is bepaal.

Na onderhandelinge met die bestuurder van die Kroon dagsorgsentrum is ooreengekom dat Boitumelo hospitaal een maal per maand 'n uitreikingsdiens sal lewer. Huidiglik woon niemand met amputasies die sentrum se aktiwiteite by nie. Sedert Januarie 2009 besoek een fisioterapeut en een arbeidsterapeut, wat besig is met gemeenskapsdiens, die sentrum. Die volgende aktiwiteite word deur die terapeute aangebied:

- Individuele assessering van die lede se afhanklikheid en behoeftes vir mediese hulpmiddels.
- Terapeutiese ingryping om geïdentifiseerde individue se mobiliteit te verbeter.
- Groepwerk om die betrokkenes se persoonlike sorg te verbeter.
- Stimulasie van verstandelik gestremde kinders.

Die aanstelling van rehabilitasie-terapeute by distrikgesondheidsdienste in Fezile Dabi blyk 'n prioriteit te wees, aangesien die hospitaal se uitreikingsdienste nie voldoende is om in die bestaande behoeftes te voorsien nie. Nouer samewerking met ander organisasies en die rehabilitasiespan van Distrikgesondheidsdienste word na afloop van die navorsingsverslag beplan, om toepaslike ondersteuningsdienste en toeganklike hulpbronne vir persone met amputasies in die betrokke gemeenskappe te ontwikkel.

#### **7.4 Die waarde en leemtes van die navorsing**

Die waarde van die navorsing kan in die volgende aspekte na vore tree:

- Navorsing word gekombineer met direkte dienslewering, wat tot voordeel van die deelnemers en die betrokke hospitaal strek (vgl. Strydom 2001:379). Die hospitaal as hulpverleningskonteks is ondersoek en terselfdertyd is 'n begin gemaak om 'n projek (aksies) te loods (vgl. 7.3.5.4), wat die kwaliteit en omvang van rehabilitasiedienste in die hospitaal kan verbeter. Navorsing het dus 'n bydrae gelewer om dienslewering te verbeter, terwyl die praktyk-kennis van 'n hospitaal maatskaplike werker by die kennissistiem van die professie en veral vir hospitaal maatskaplike werk bygevoeg kan word. Dit bied die geleentheid aan my gebied om my praktyk te ondersoek en om die plaaslik verwerfde kennis in 'n voorgestelde hulpverleningsprogram saam te stel. Sodoende word die gaping tussen teorie en praktyk verminder.
- Die navorsingsproses het die geleentheid aan die hospitaal maatskaplike werker gegee om 'n fasiliterende rol in die multi-dissiplinêre span en die hospitaal se rehabilitasiedienste te speel. Klein maar betekenisvolle stappe het gerealiseer om die kommunikasiegeleenthede van die spanlede uit te brei, om ondersteunende

verhoudinge te versterk en het die ontwikkeling van 'n kollektiewe identiteit (as rehabilitasiespan) te stimuleer. Dit kan die ontwikkeling en implementering van strategieë om leemtes en probleme in hulpverlening aan te spreek, in die toekoms bevorder. Dit bevestig die siening van Laws (2003:49) wat van mening is dat deelnemende werkswyses 'n kragtige wyse is om verandering in 'n komplekse situasie aan te bring.

- Die eksplorاسie van dominante kulturele en terapeutiese sienings wat persone met amputasies onderdruk, klassifiseer of isoleer kan die hospitaal maatskaplike werker en ander spanlede bewus maak van hul eie konstruksies oor fisiese gestremdheid en die effek daarvan op persone met amputasies. Die uitdaging is om persone met amputasies as gelyke vennote te respekteer en om negatiewe konstruksies te dekonstrueer.

Die volgende word as leemtes in die navorsing uitgelig:

- Die navorsing is uitgevoer in 'n Provinsiale hospitaal, waar rekening gehou moet word met realiteite soos beperkte fondse en personeelvoorsiening, terwyl hoë eise ten opsigte van kwaliteit dienste gestel word. Dit het meegebring dat ek en ander lede van die multi-dissiplinêre span hoë werksladings binne 'n beperkte tydsbestek by die navorsingsaksie en hulpverleningsdienste betrek het. 'n Hoë en vinnige verwisseling van persone met amputasies in die hospitaal het daarom 'n beperkende invloed gehad op die aantal onderhoude wat met deelnemers gevoer is, asook die omvang van die hulpverleningsprogramme (vgl. 6.4.3; 7.3.6).
- Die omvang van die navorsing is beperk tot een streekshospitaal en is konteksgebonde. Dit het die implikasie dat bevindinge nie veralgemeen kan word nie en kan nie sonder verdere navorsing op ander hospitale van toepassing gemaak word nie.
- Slegs sekere karterings van die narratiewe werkswyse (vgl. 4.2.2) het tydens die navorsingsproses tot op datum gerealiseer. Tydens individuele onderhoude en die gesprekke van die fokusgroep het die dekonstruksie van narratiewe aandag geniet en 'n begin is gemaak om rigiede selfdenke of konstruksies oor fisiese gestremdheid te uit te daag. Magspraktyke wat isolasie en diskriminasie meebring, is geïdentifiseer en bevraagteken, tog het die eksternalisering van probleme nie gerealiseer nie. Aandag is verder slegs in 'n beperkte mate aan die vasstelling van unieke uitkomst, die herskryf van narratiewe en herinneringsbesprekings gegee. Opvolgdienste is nodig om bogenoemde leemtes aan te spreek en om aandag aan die bevestiging van 'n nuwe identiteit en die terugneem-aksie te gee.

## 7.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk word die verloop van die empiriese navorsing beskryf. Vanweë die kwalitatiewe aard van die navorsingsontwerp, is hoofsaaklik van onderhoudvoering en groepsgesprekke vir data-insameling en data-analise gebruik gemaak. Daar is nie gepoog om deelnemers se maatskaplike realiteit te meet of te verklaar nie, maar om insig te ontwikkel in die deelnemers se ervarings en beskouings, met die doel om 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies te ontwikkel. Deelnemende-aksienavorsing, volgens die narratiewe werkswyse, het die fokus geplaas op die storievertelling van die deelnemers, en die implementering van voortvloeiende aksies.

Die deelnemers sluit die hospitaal se multi-dissiplinêre rehabilitasiespan en persone met amputasies in, asook organisasies wat die belange van persone met gestremdheid bevorder. Uit die narratiewe van die hospitaal se multi-dissiplinêre rehabilitasiespan blyk dit dat veral infrastrukturele faktore en die organisering van rehabilitasiedienste bestaande hulpverleningsprogramme beïnvloed. Die storievertelling het tot die hersiening en herstrukturering van rehabilitasiedienste in die hospitaal aanleiding gegee.

Deelnemers aan individuele gesprekke se verlede-, hede- en toekomsnarratiewe bevat inligting oor die oorsake van die amputasies, maatskaplike probleme wat ervaar word, asook die gevolge wat 'n amputasie meebring het. Deur middel van storievertelling het die deelnemers die geleentheid gekry om die probleme en uitdagings van 'n amputasie te verwoord en betekenis aan hul ervarings te heg.

'n Fokusgroep het die geleentheid aan persone wat met 'n amputasie in die gemeenskap leef gebied om konstruksies oor hul menswees en funksionering uit te druk. Tydens die vertellings is wenslike narratiewe versterk en die ontwikkeling van 'n groepsnarratief gestimuleer. Die bemagtiging van organisasies wat die welsyn van persone met gestremdheid bevorder en uitreikingsdienste om persone met amputasies in die gemeenskap te ondersteun, was aksies wat uit die groepsgesprek gevloei het.

In Hoofstuk 8 word gevolgtrekkings en aanbevelings geformuleer, wat op die literatuurstudie en empiriese navorsing gebaseer is.

## HOOFSTUK 8

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Die ondersoek begin met 'n vraag na die ontwerp van 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram volgens die Christelike beskouing vir persone met amputasies, by wyse van die narratiewe werkswyse. Die literatuurstudie en die empiriese werk dien as die basis vir die maak van bepaalde gevolgtrekkings en aanbevelings. Die navorser se subjektiewe betekenisgewing het deel van die navorsingsproses gevorm en deelnemers het aktief meegewerk om die doelwitte van die navorsing te bereik.

Boitumelo Streekshospitaal in die Noord-Vrystaat het die konteks vir die navorsing verskaf. Die navorsing strek oor 'n beperkte periode, wat meebring dat die navorsingsproses en veral die voortvloeiende aksies nie volledig afgehandel was met die samestelling van die navorsingsverslag nie. Die verwagting is dat die navorsing 'n volgehoue proses van betekenisgewing en werklikheidskonstruering in die betrokke streekshospitaal tot gevolg sal hê. Onderstaande gevolgtrekkings en aanbevelings is gevolglik op die inligting wat tot op die huidige tydstip gedokumenteer is, gebaseer.

#### 8.1. GEVOLGTREKKINGS

Die navorsingsvrae (vgl. 1.2) het as riglyn gedien vir die versameling van data en vervolgens word sekere betekenis aan die navorsingsaktiwiteite geheg.

##### 8.1.1 Die betekenis van die Christelike mens- en wêreldbeskouing vir hospitaal maatskaplikewerkdienste vir persone met amputasies

Die keuse om maatskaplikewerkdienste vanuit die Christelike beskouing te begrond gee 'n spesifieke perspektief op die mens, sy wêreld, verhoudinge, die wyse waarop die beginsels van maatskaplike werk toegepas word en sluit gesprekvoering oor die mens se geestelike dimensie in. Dit het die implikasie dat kernwaarhede van die basisteorie van die Christelike teologie ontleen word, wat met die menswees van die Christen maatskaplike werker geïntegreer word en in hulpverlening na vore tree. Die interpretasie van die

Christelike beskouing in hierdie navorsing is 'n bepaalde konstruksie, wat verder kan ontwikkel, want geestelike groei en nuwe insigte is kenmerkend van 'n persoonlike verhouding met God Drie-enig en gesprekke met ander mense. Die waarde van die Christelike beskouing vir hulpverlening aan persone met amputasies berus op God Drie-enig se liefdevolle rol in die mens en wêreld se skepping, verlossing, versorging en ewigheidsbestemming.

Die Christelike beskouing tot hulpverlening wil met 'n gesindheid van nederigheid die uitdrukking wees van kinderlike gehoorsaamheid aan die Skepper en Herskepper van alles. Die mens en wêreld is deur die sonde aangetas en bestaan in 'n toestand van verminking. Alleen in die beligting vanuit God se Woord kom die mens en wêreld na vore soos deur God geskape en soos Hy dit bedoel het om te wees. Die gevolgtrekking word gemaak dat hulpverleningsdienste volgens die Christelike beskouing van God Drie-enig se ingryping afhanklik is, wat die mens in staat stel om Sy beeld te vertoon en om Sy verteenwoordiger op aarde te wees. Daar word van die besef uitgegaan dat die mens se begrip van die geopenbaarde Woord van God onvolledig is (1 Kor 13 : 12), wat beteken dat die riglyne om hulp volgens die Christelike beskouing te lewer, verder ondersoek moet word om in lyn met God Drie-enig se wil te wees.

Die gevolgtrekking word gemaak dat die volgende uitgangspunte fundamenteel is vir hulpverlening volgens die Christelike beskouing vir persone met amputasies:

- Die mens is 'n eenheidswese, daarom is sy fisiese, sosiale, psigiese en geestelike behoeftes ewe belangrik. Holistiese hulpverlening vereis daarom die verrekening van die persoon met 'n amputasie se geestelike dimensie as deel van sy menswees. Gesprekke met persone met amputasies het getoon dat in die meerderheid van die gevalle die persoon se verhouding met God Drie-enig 'n bepalende rol gespeel het in hul menswees en die wyse waarop 'n amputasie hanteer word (vgl. 7.3.6.4, 7.3.7.4). Daar kan met ander woorde eers op holistiese hulpverlening aanspraak gemaak word wanneer gespreksvennote se geestelike behoeftes tydens hulpverlening verreken word.
- Persone met amputasies, as geskapanes na die beeld van God (vgl. 2.1.1), word tydens die hulpverleningsproses met waardigheid en respek behandel. Deelnemers word tydens gesprekke gestimuleer om na te dink oor die opdrag en vermoë om as beeldraers van God besluite te neem en verantwoordelikheid vir die verloop van hul lewe en ewigheidsbestemming te aanvaar.

- Die mens se geestelike dimensie manifesteer veral in sy verhouding met God Drie-enig of 'n gesag hoër as hyself. Nuwe ervarings en probleme, wat die amputasie van 'n ledemaat meebring, word met kennis van God Drie-enig se liefde vir die mens geïntegreer (Louw 1998:23). Hulpverlening vanuit die Christelike beskouing is in die besonder daarop ingestel om hoop aan die mens in sy huidige omstandighede te verskaf. Die persoon met 'n amputasie word daarom bewus gemaak dat hy volkome deel aan God Drie-enig se verlossing en liefdevolle versorging kan hê en daarom as 'n "heel" mens kan leef, vir wie sy Skepper steeds 'n doel op aarde het.
- Chroniese siektes en fisiese gestremdheid kan met 'n intense geestelike stryd gepaard gaan. Deelnemers het direk na die operasie die ervaring van lyding uitgespreek. Hulle was oorweldig en angstig, omdat hulle nie beheer het oor dit wat met hul liggame gebeur nie en gevolglik hul hoop vir 'n sinvolle bestaan in gedrang gebring het. Hulpverlening kan gespreksvennote se aandag vestig op gebeure wat aantoon dat God Drie-enig met die mens in sy nood op weg is en in Sy troue liefde die mens deur sy krisis dra (Ps 73:23). Hulpverlening volgens die Christelike beskouing bied die geleentheid aan persone met amputasies om vrae te vra oor die nood of lyding wat ervaar word (Ps 13) en gee aandag aan geestelike heling. Die verliese en uitdagings wat 'n amputasie meebring, het deelnemers met geestelike vrae gekonfronteer en individue wat al vir etlike jare met 'n amputasie saamleef, het ervaar dat worsteling met God hulle gehelp het om antwoorde op hul vrae te kry (vgl. 7.3.7.4).
- Geloof in die verlossing deur Jesus se kruisdood bied die moontlikheid aan persone met amputasies om in heiligmaking te groei, wat beteken dat God se wil in 'n toenemende mate 'n werklikheid in die betrokke persoon se lewe word. Deelnemers se herbesinning oor hul lewe en God se betrokkenheid daarby kan tot nuwe toewyding en 'n herwaardering van hul geloof lei, of hulle kan teen 'n verhouding met God Drie-enig besluit. Die meerderheid van die deelnemers wat in die gemeenskap met 'n amputasie saamleef se verhouding met God is versterk na die amputasie en hulle het opnuut die werklikheid van God se liefde en versorging besef. Gesprekvoering oor die persoon met 'n amputasie se geestelike lewe en geestelike groei skep 'n proses en ruimte waarbinne die Heilige Gees se transformerende werk kan plaasvind (vgl. 7.3.7.4). Deelnemers moet daarom die geleentheid kry om temas te bespreek wat vir hulle belangrik is.
- Die Christelike geloof gee hoop vir 'n ewigheidsbestemming. Die meeste deelnemers was uitgesproke oor die rol wat God in hul huidige lewe speel, tog het



‘n ewigheidsbestemming nie deel van hul narratiewe gevorm nie. Gesprekvoering hieroor kan meer aandag tydens gesprekke geniet om aan persone met amputasies die verwagting te gee van ‘n lewe na ‘n fisiese dood, waar pyn, ongemak of fisiese gestremdheid geen rol meer speel nie.

Hulpverlening volgens die Christelike beskouing stel gespreksvennote bloot aan Bybelse waarhede oor God se ondersteuning van die mens in sy soeke na betekenis, deur saam met gespreksvennote te soek na wyses om met God Drie-enig se genade ‘n lewe van oorvloed te leef (Jh 10:10) en om probleme kreatief en oorwinnend te hanteer (Rm 8:37).

### **8.1.2 Die invloed van postmoderne epistemologieë op die implementering van die narratiewe werkswyse**

Elke werkswyse word deur ‘n bepaalde denkrigting onderlê. Die herkoms en onderbou van die narratiewe werkswyse is kompleks en hou verband met die kennisleer van die konstruktiewisme en konstruksionisme. Die waarde van hierdie epistemologieë is daarin geleë dat ‘n verskeidenheid van perspektiewe oor die mens en gebeure gevorm kan word en die stemme van persone of groepe wat voorheen onderdruk was, beklemtoon word. Bydraes van die postmoderne epistemologieë is ontgin om die narratiewe van persone met amputasies te ondersoek en te beskryf.

Die uitgangspunte van die konstruktiewisme en konstruksionisme het die volgende implikasies vir die toepassing van die narratiewe werkswyse gehad:

- Volgens dié epistemologieë is objektiwiteit nie moontlik nie, gevolglik was dit nie vir my moontlik om tydens die navorsingsproses objektiewe waarnemings te maak nie. ‘n Interaksieproses is aan die gang gesit waartydens deelnemers se werklikhede voortdurend vervorm is, om sodoende meer en meer in beheer van hul eie omstandighede te kom en om toenemend verantwoordelikheid vir hul eie situasie te aanvaar, wat dui op bemagtiging (vgl. 7.3.5.3).
- Elke persoon word as die kenner van sy eie lewe en die oplossings vir sy probleme beskou, wat die navorser en hulpverleners in ‘n nie-kundige posisie plaas. Dit beteken die hospitaal maatskaplike werker is nie die kundige van persone met amputasies se probleme nie en is daarom nie vir die oplossing van maatskaplike probleme verantwoordelik nie. Gespreksgeleenthede is benut om die betrokkenes se doelstellings, probleme en moontlike oplossings vir probleme te eksploreer, waaruit gesamentlike besluitneming en beplanning van aksies gespruit het. ‘n Voorbeeld hiervan is die beplanning van uitreikingsdienste na instellings in die

gemeenskap (vgl. 7.3.7.6), om rehabilitasiedienste toeganklik te maak vir persone met gestremdheid in die gemeenskap.

- Elke individu vorm eiesoortige werklikheidskonstruksies, gevolglik bestaan daar nie algemene waarhede oor persone met amputasies se belewenisse nie. Dit word bevestig deur die gespreksvennote se uiteenlopende sienings oor die gevolge van 'n amputasie vir hul lewe (vgl. 7.3.6 en 7.3.7). Die riglyne van 'n hulpverleningsprogram (vgl. 8.2.2) moet daarom by die betrokke kliënt se behoeftes en werklikheidskonstruksies aanpas en nie rigied toegepas word nie.
- In die lig van die veronderstellings van die postmodernisme word die mens se werklikheid tot sy huidige bestaan beperk en sy lewensdoel tot die hier en nou gereduseer (vgl. 3.1.1.1). Narratiewe werkswyses fokus op aspekte wat vir die mens tydens sy aardse bestaan belangrik is en sal na alle waarskynlikheid alleenlik vrae oor 'n ewigheidsbestemming hanteer, indien die persoon dit wil bespreek. Persone met amputasies word r met gedagtes oor die dood gekonfronteeren die uitdaging is daarom om 'n narratief te laat ontwikkel, waarin Christus se oorwinning oor die sonde en dood, deel van die nuwe narratief word. Die persoon met 'n amputasie is dan nie in 'n narratief van vrees en onsekerheid vasgevang nie, maar leef met sekerheid, rustigheid en hoop. Op die wyse word vrae oor die verganklikheid van die mens in 'n ewigheidsperspektief geplaas.

### **8.1.3 Die benutting van die narratiewe werkswyse vir die implementering van deelnemende-aksienavorsing**

Deelnemende-aksienavorsing deur middel van die narratiewe werkswyse het persone met amputasies, wat hulself as gemarginaliseerd in die samelewing beskryf, bemagtig om 'n stem aan hul ervarings en beskouings te gee. Gevolgtrekkings oor die proses van deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werkswyse en die uitkomstebereik, is die volgende:

- In lyn met deelnemende-aksienavorsing is persone met amputasies as aktiewe deelnemers betrek, sonder om hulle as die onderwerp van die navorsing te beskou. Gespreksvennote kan daarom as die medewerkers van die navorsingsproses bestempel word, want hul vertellings en insette is gebruik om riglyne vir 'n hulpverleningsprogram te ontwikkel (vgl. 8.2.2). Die navorsingsproses is tydens die afhandeling van die navorsingsverslag nog nie afgehandel nie en opvolggesprekke met deelnemers word beplan om die voorgestelde riglyne te

bespreek. Die implementering van die voorgestelde riglyne sal waarskynlik daartoe bydra dat die hulpverleningsprogram verder sal ontwikkel.

- Deelname aan die navorsingsproses het tot persoonlike ontwikkeling en bemagtiging bygedra. Individuele gesprekke het deelnemers wat hospitaalbehandeling ontvang, gestimuleer om sienings oor die amputasie te konstrueer, die gevolge en hantering van fisiese gestremdheid te oordink (vgl. 7.3.6.4) en vollediger omskrywings te formuleer. Alhoewel persone wat met amputasies in die gemeenskap leef nie as 'n minderheidsgroep funksioneer nie, blyk dit dat deelnemende-aksienavorsing 'n bydrae kan lewer om hulle in staat te stel om verantwoordelikheid vir hul inskakeling in die breër gemeenskap te neem (vgl. 7.3.7.6).
- Die deelname en storievertelling van die rehabilitasiespan was bepalend om rehabilitasiedienste in die hospitaal te herstruktureer (vgl. 7.3.5.4), waarvan die organisering van weeklikse pasiëntbesprekings 'n belangrike mylpaal is. Dit het ook die onderlinge samewerking en aanvulling tussen die verskillende dissiplines versterk, want elke spanlid het meer insig gekry in die bydraes van andere.
- Die navorsingsproses en veral die strategieë van die narratiewe werkswyse het die geleentheid aan my gegee om te “hoor” wat die verskillende deelnemers wil sê en om saam te soek na moontlikhede wat in hul narratiewe versteek was. Ek was daarop ingestel om die deelnemers se leefwêreld met 'n oop gemoed te benader, sonder om spesifieke uitkomst in die vooruitsig te stel. Deelnemers se unieke betekenisgewing het verrassings opgelewer en die interaksie het mekaar se werklikheidskepping laat ontwikkel. Die een deelnemer sien homself byvoorbeeld as “... 'n normale persoon sonder 'n been” (vgl. 7.3.7.2), wat verskil van die verskynsel dat persone met amputasies hulself nie as “normaal” beskou nie, wat my siening oor persone met amputasies se belewenisse verryk het. Die interaksieprosesse en meegaande konstrueringsproses het dus die potensiaal om probleem-versadigde narratiewe en diskoerse na meer aanvaarbare werklikhede te laat verander.
- Storievertelling het momentum aan die deelnemers se medewerking gegee en 'n ervaring van hoop oorgedra. Deelnemers is aangemoedig om 'n lewensverhaal te konstrueer, wat rekening hou met die gevolge van 'n amputasie, sonder dat dit die oorheersende tema van die persoon se narratief word. Dit het deelnemers na die eerste onderhoud gemotiveer om opvolgonderhoude aan te vra, alhoewel hulle die behoefte aan maatskaplikewerkdienste (vgl. 7.3.6.3) aanvanklik ontken het.

- Tydens die navorsingsproses is gepoog om deursigtigheid te bevorder, deurdat inliging oor die maatskaplike werker se beginsels, mens- en wêreldbeskouing, hospitaalbeleid en beskikbare dienste (vgl. 6.1.3; 6.2.1) met gespreksvennote gekommunikeer is en op grond hiervan kon hulle ingeligte besluite neem oor die benutting van rehabilitasiedienste. Deelnemers se gewillingheid om aan die navorsingsproses deel te neem, hou waarskynlik verband daarmee dat hulle deursigtigheid en agting ervaar het. Deelnemers het as gelykes, wie se menings gerespekteer word, aan gesprekke deelgeneem.
- Die narratiewe strategie se wegbeweeg van die behandeling van patologieë het bygedra om rehabilitasiedienste, met 'n hoofsaaklik mediese benadering, te verryk. Tydens die navorsingsproses is eng omskrywings van persone in terme van hul fisiese gestremtheid vervang met storievertelling wat rekening hou met die moontlikhede, waardes en ideale van die deelnemers (vgl. 7.3.7.5; 7.3.7.7). Ek was nie die ekspert nie, maar die persone met amputasies was mede-kundiges wat 'n bydrae in die rehabilitasieproses lewer, deur vrylik 'n stem aan hul ervarings en besluite te gee.
- Dit was moontlik om die narratiewe werkswyse suksesvol in 'n kultuurdiverse omgewing toe te pas. Die navorsingsproses het deelnemers van verskillende geslagte, etniese groepe, tale en ouderdomsgroepe ingesluit. Gesprekke het meestal nie in die deelnemers se moedertaal plaasgevind nie, tog het dit nie die deelnemers se entoesiastiese deelname aan gesprekke gedemp nie. Die gevolgtrekking word gemaak dat storievertelling daartoe bygedra het dat deelnemers nie bedreig gevoel het nie en gemaklik met mekaar gekommunikeer het, wat weer medewerking bevorder het.

Die narratiewe werkswyse het volgens my subjektiewe waarneming en betekenisgewing, die buigsamheid getoon om die navorsingsdoelwitte suksesvol te bevorder, naamlik om hulpverlening meer omvattend te omskryf en om 'n positiewe bydrae tot die lewensomstandighede van persone met amputasies te maak.

#### **8.1.4 Die benutting van die narratiewe werkswyse vir maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing**

Die vertel van stories kan 'n bydrae lewer om hulp volgens die Christelike beskouing te lewer, want die mens word in staat gestel om die lyding wat ervaar word in 'n nuwe storielyn te plaas, naamlik om as 'n waardevolle Godgeskape wese die uitdagings te hanteer wat 'n amputasie meebring. Uit die navorsing het dit geblyk dat dit moontlik is om

die Christelike beskouing tot hulpverlening te behou deur die narratiewe werkswyse se strategieë te gebruik, sonder om die filosofiese wortels daarvan te aanvaar. Wanneer die postmoderne kennisleer in die lig van Bybelse waarhede beredeneer word, word die siening dat objektiewe waarhede nie bestaan nie, nie aanvaar nie, want die gesag en waarheid van die Woord van God word daardeur bevraagteken.

Die gevolgtrekking word gemaak dat die narratiewe werkswyse die volgende implikasies vir maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing ingehou het:

- Etiese optrede is kenmerkend van hospitaal maatskaplike werk, tog het die narratiewe werkswyse die bewustheid van etiese handeling, wat die belange van die kliëntsisteem bevorder, verhoog. Dit toon ooreenkomste met die Christelike beskouing tot hulpverlening wat gesondheidswerkers se oënskynlik gunstige magposisie wysig, deur die nastrewing van nederige dienslewering en respek vir die medemens te beklemtoon.
- Deur stories te vertel is die geleentheid aan persone met amputasies gebied om hul ondervindinge van fisiese gestremdheid in die lig van Bybelse waarhede te interpreteer. Deelnemers se geneigdheid om direk na 'n amputasie eng omskrywings van hul ervarings te gee (vgl. 7.3.6), kan waarskynlik toegeskryf word aan die ervaring van skok wat direk na die operasie ervaar word en/of deelnemers se preokkupasie met die fisiese inkortings wat na 'n amputasie voorkom. Persone wat al 'n geruime tyd met 'n amputasie saamleef se gereedheid om 'n verskeidenheid van vertellings te eksplloreer, onder andere oor die rol wat God in hul lewe en hantering van gebeure speel (vgl. 7.3.7), hou waarskynlik verband daarmee dat hulle waarde geput het uit God se rol in hul lewens en hervertellings gee 'n verdere diepte aan hul verhouding met God.
- Die maatskaplike werker doen verantwoording van die invloed wat hulpverlening op die kliënt uitoefen. Die bestaan van verskille tussen deelnemers se agtergrond en rolle word as onvermydelik aanvaar, asook dat hierdie faktore die mens se betekenisgewing beïnvloed. So het my posisie as 'n Christen, opgeleide en blanke vrou die navorsingsproses ingekleur, daarom was dit belangrik om deelnemers te bemagtig om 'n eie konstruksie te vorm, eerder as om my beskouinge en kennissisteme aan hulle oor te dra. Die gevolgtrekking word gemaak dat sensitiwiteit vir die gevolge van bogenoemde faktore 'n bydrae gelewer het om praktyke van onderdrukking te vermy en om deurentyd bewus te bly van die invloed wat ek op die hulpverleningsproses uitoefen. Die besondere inkleding van

die beginsels van aanvaarding en nie-veroordeling vanuit die Christelike beskouing (vgl. 2.4.3.5) het verder bygedra tot die vermyding van magspraktyke.

- Diskoerse word gevoer oor dit wat vir die kliëntsisteem belangrik is, terwyl die impak van algemeen-aanvaarde konstruksies oor fisiese gestremdheid tydens gesprekke uitgedaag word. Dit het onder andere geblyk uit die wyse waarop deelnemers standpunt ingeneem het oor die wyse waarop daar na hulle as minderheidsgroep verwys moet word, naamlik as persone met gestremdheid, want geen ander aanspreekvorm is vir hulle aanvaarbaar nie (vgl. 7.3.7.2). Hulpverleners moet versigtig wees om nie deur bestaande diskoerse die deelnemers in 'n ondergeskikte posisie te plaas of beskadigde identiteite in stand te hou nie. Hulpverleners wil eerder bydra om 'n nuwe diskoers te skep wat deelnemers in staat stel om vry te kom van etikette wat hul menswees beperk.
- Die doel van die narratiewe werkswyse om beskadigde identiteite te wysig en stereotipiese sienings te ondermyn moet deurlopend aandag geniet. Ongewenste en sondige (liefdelose) praktyke, soos wanneer minagtende verwysings na persone met amputasie as byvoorbeeld “gebreeklikes” gemaak word, is afbrekend en moet tydens gesprekke uitgedaag word (vgl. 7.3.7.3). Interaksie oor die Christen se nuwe identiteit in Christus het persone met amputasies se versteurde selfsienings teengewerk, want bestaande sienings word aan God Drie-enig se herskeppende en vernuwende werk in sy kinders se lewe getoets. Die meerderheid van die deelnemers het die realiteit van 'n veranderde liggaam as 'n skok ervaar en het vertel dat 'n verhouding met God hulle gehelp het om 'n beskadigde selfsiening te heroorweeg en na selfaanvaarding te beweeg (vgl. 7.3.6.3).
- Die narratiewe werkswyse se soeke na unieke uitkomst, gebruik persone met amputasies se positiewe reaksies of suksesvolle hantering van gebeure om die persoon te bemagtig om die toekoms op 'n sinvolle wyse te hanteer. Persone met amputasies word aangemoedig om van stoïsynse aanvaarding na die effektiewe hantering van hul maatskaplike probleme te beweeg. Hulpverlening volgens die Christelike beskouing sluit hierby aan en wil die mens met 'n vasgeloopte amputasie-verhaal, waar die persoon die slagoffer van gebeure is, begelei om krag uit sy verhouding met God Drie-enig te put en 'n hoopvolle narratief te skep.

Die narratiewe werkswyse het sinvol bygedra tot die ontwikkeling van 'n maatskaplikewerkprogram volgens die Christelike beskouing vir persone met amputasies. Temas wat in die deelnemers se dominante probleem-versadigde en alternatiewe stories (White en Epston 1990:56) na vore getree het, het fokuspunkte vir 'n maatskaplikewerkprogram geword. Medewerking het die deelnemers mede-ontwerpers

van die hulpverleningsprogram gemaak en opvolggesprekke oor die aanbevole riglyne (vgl. 8.2.2) sal waarskynlik 'n ervaring van eienaarskap tot gevolg hê.

### **8.1.5 Die verrekening van sosiale konstruksies oor fisiese gestremdheid**

Die bestaan van fisiese verskille tussen mense en 'n amputasie het nie inherente betekenis nie, want die afwesigheid van 'n ledemaat word eers 'n sosiale probleem wanneer dit as sulks gekonstrueer word. Die morele, mediese en sosiale modelle oor fisiese gestremdheid (vgl. 5.1.2) het verreikende implikasies vir die betrokkenes se sienings van hulself en die wyse waarop hulp verleen word. In die hospitaal word die betrokkenes byvoorbeeld as pasiënte hanteer, wat die hulp van opgeleide persone benodig en dit plaas hulle in 'n passiewe posisie sonder mag.

Die volgende gevolgtrekkings word gemaak oor die sosiale konstruksies wat oor fisiese gestremdheid bestaan:

- Posisie van “afwykend” of “anders as die normale”. Die navorsing het die siening bevestig dat 'n persoon met 'n amputasie as “afwykend” van die algemeen-aanvaarde norme beskou word (vgl. 7.3.7.2). Deelnemers was direk na die operasie geneig om die fisiese gebrek as die grootste probleem te beskryf wat hulle ervaar, wat ooreenstem met algemene opvattinge oor amputasies. Stereotipes dat 'n onvolmaakte liggaam na 'n amputasie onwenslik of onaantreklik is, behoort uitgedaag te word deur die siening dat verskille tussen mense normaal is, want die probleme wat persone met amputasies ervaar, kan eerder toegeskryf word aan ontoepaslike konstruksies wat oor 'n amputasie nagehou word, as wat die individu faal om aan die vereistes van “normaliteit” te voldoen.
- Etiketterming en magsongelykhede. Konsepte soos ‘siekte’ kan gebruik word om persone te etiketteer en op grond daarvan te onderdruk (Freedman en Combs 2002:13). Mense se mag in 'n gemeenskap hou direk verband met hul vermoë om aan diskoerse deel te neem en deelnemers is van mening dat hul behoeftes nie prioriteit in die gemeenskap geniet nie, want strukture met die mag om besluite te neem, het nie hul versoeke ernstig opgeneem nie (vgl. 7.3.7.6), gevolglik het deelnemers die geleentheid en die deelnemende werkswyse van die navorsingproses aangegryp om 'n stem aan hul ervarings te gee.
- Stigmatisering veroorsaak dat die persoon vir die oorsake en gevolge van sy fisiese inkorting verantwoordelik gehou word. Dit is gevolglik belangrik om die sosiale faktore wat persone met amputasies se funksionering strem te bepaal, sonder om

die individu verantwoordelik te hou vir die verbetering van sy “andersheid”. Rehabilitasiedienste kan ‘n bydrae lewer om bestaande sienings te wysig en ‘n diskoers stimuleer wat ‘n lewe met ‘n amputasie as een van vele normale vorme van bestaan aanvaar (vgl. 7.3.7.2).

- Persone met fisiese gestremdheid voel ontevrede met die verskillende vorme van diskriminasie wat hulle onderdruk en in ‘n benadeelde posisie plaas (vgl. 7.3.7.6), soos byvoorbeeld dat dit nie wenslik is om persone met amputasies in diens te neem nie. Die identifisering van diskriminerende praktyke in gemeenskappe en die bemagtiging van persone met amputasies en belangegroep om vir hul regte te beding kan ‘n bydrae lewer om diskriminasie te verminder.
- Isolasië van hoofstroom-aktiwiteite kom voor wanneer persone met amputasies individueel of kollektief as randfigure van ‘n gemeenskap behandel word. Veral twee faktore kan geïdentifiseer word wat tot die isolasië van persone met amputasies lei, naamlik die rol van kapitalisme (vgl. 5.2.3.4), as dominante ekonomiese sisteem in plaaslike gemeenskappe en die gebrekkige vaardighede en kapasiteit van gesinne om deelnemers te ondersteun (vgl. 7.3.7.5). Kapitalisme het die klem op die individu se (on)vermoë tot produktiwiteit geplaas, gevolglik word persone met amputasies se vermoëns nie in ag geneem met indiensneming nie. Die integrasië van persone met amputasies in gemeenskappe en indiensneming sal grootliks bepaal word deur die houdings van persone sonder gestremdheid, wat van die ontwikkeling van respek en samewerking in gemeenskappe afhanklik is. Die rehabilitasiespan staan dus voor die uitdaging om te bepaal op watter wyse kan hulle bydra om nuwe diskoerse te ontwikkel.
- Die siening dat die gebrek aan ‘n ledemaat, ‘n persoon se onafhanklikheid aantast, belemmer die persoon se positiewe ervaring van sy werklikheid. Tydens hospitalisasië is persone met amputasies van versorging afhanklik en betwyfel hul aanvanklik hul vermoë om onafhanklik te funksioneer (vgl. 7.3.6.4), terwyl hulle later met trots vertel hoe selfstandig hulle is (vgl. 7.3.7.2). Deelnemers se betekenisgewing het met ander woorde verander en nuwe narratiewe het ontwikkel, waar die persoon nie meer in ‘n afhanklike posisie is nie. Dit is daarom belangrik dat hulpverlening die betrokkenes se selfvertroue sal ontwikkel en sal fokus op hul vermoëns om selfstandig te funksioneer.



### 8.1.6 Die invloed van wetgewing en beleid op rehabilitasiedienste

Gevolgtrekkings oor die invloed van bestaande wetgewing en beleidsdokumente op persone met amputasies is die volgende:

- Beleidsdokumente oor gestremdheid (vgl. 6.1.1; 6.1.2) weerspieël die uitgangspunte van die minderheids- of sosiale model. Die fokus verskuif van die persoon se patologie, na faktore soos die houdings van nie-gestremdes, blokkasies in die omgewing, diskriminasie en sosiale onderdrukking (Olkin 1999:28). Dit word as 'n belangrike ontwikkeling beskou, want dit sluit aan by maatskaplike werk se fokus op verhoudinge en interaksie tussen die persoon en sy konteks. Resente wetgewing en beleidsdokumente beskerm persone met gestremdheid se basiese menseregte en het daarom die potensiaal om persone met amputasies se lewenskwaliteit te verbeter. Die vraag is net of die beleidsriglyne in die praktyk geïmplementeer word, want alhoewel organisasies vir persone met gestremdheid (vgl. 6.3.7) uitgesproke is oor die regte van persone met gestremdheid, is dit nie bekend watter impak hul pogings het om vir die regte van persone met gestremdheid te beding nie. Die implementering van beleidsriglyne moet daarom doelbewus gemonitor word.
- Probleme om gestremdheid as 'n probleem van sosiale onderdrukking te definieer, onvolledige inligting oor persone met gestremdheid en hul behoeftes is waarskynlike redes vir die stadige ontwikkeling van hulpbronne vir persone met gestremdheid. Eenstemmigheid oor moontlike oplossings vir probleme moet nog bereik word, want belangegroep se behoeftes en doelwitte verskil van mekaar (vgl. 7.3.7.7). Hierdie faktore belemmer die voorsiening en koördinasie van dienslewering aan persone met gestremdheid.
- Beleidsdokumente lig die behoefte aan toeganklike rehabilitasiedienste uit, aangesien weinig rehabilitasiedienste in kleiner plattelandse dorpe voorsien word (vgl. 6.2.7). Die voorsiening van rehabilitasiedienste veral in landelike gebiede is daarom 'n groot uitdaging, wat die voorsiening van hulpbronne en strategiese beplanning vereis.
- Bestaande wetgewing is nie spesifiek op die behoeftes en probleme van persone met fisiese gestremdhede gerig nie (vgl. 6.1.1). Dit word as 'n leemte beskou, want alhoewel die betrokkenes se menseregte ten opsigte van aspekte soos opleiding, billike arbeidspraktyke, gesondheidsdienste en versorging in beleidsdokumente na vore tree, is dit nog nie in wetgewing vasgelê nie.

### 8.1.7 Uitdagings van die pasiëntsorgproses

Die volgtrekking word gemaak dat die pasiëntsorgproses vir die behandeling van persone met amputasies in Boitumelo hospitaal uitdagings het wat doelbewus hanteer moet word:

- Uit die navorsing het geblyk dat persone met amputasies voor die operasie weinig belangstelling in terapeutiese dienste toon (vgl. 7.3.6.3). Dit hou waarskynlik verband met die ervaring van skok oor die amputasie, die preokkupasie met die siektesimptome en die gevolge van 'n amputasie en dat die deelnemers nie oor voldoende kennis beskik oor die bydrae wat rehabilitasiedienste kan lewer nie. Die moontlikheid bestaan dat indien hulle terapeutiese dienste sou ontvang, hulle bewus sou word van die waarde daarvan. Daarom verdien die beskikbaarstelling en bemarking van rehabilitasiedienste voor en direk na die operasie verdere aandag.
- Die rehabilitasiespan het van die maak van diagnoses wegbeweeg na assessering, om 'n geheelbeeld van die persoon se funksionering te verkry, tog het dit steeds die potensiaal om persone met amputasies in sekere kategorieë te plaas. Die narratiewe werkswyse, wat die individu se storievertelling benut om data in te samel en behandelingsdoelwitte te formuleer, verskaf daarom 'n meer aanvaarbare werkswyse. Die kodering van gestremdhede (vgl. 5.1.1; 7.3.5.4) soos voorgeskryf deur die Nasionale Departement van Gesondheid samel inligting in oor die aard van gestremdheid en kan tot etikettering aanleiding gee, indien dit vir doeleindes anders as die versameling van statistieke en die oorhoofse beplanning van dienste gebruik word. Etikettering word die beste aangespreek wanneer persone met amputasies as die kundiges van hul eie lewe erken word, want dan word die mageseffek van professionele konstruksies verminder.
- Die belangrikheid van ondersteuningsisteme en die deelname en samewerking van familieledede aan die rehabilitasieproses is deur die navorsing uitgelig (vgl. 7.6.3.1) en moet gevolglik uitgebrei word. Kreatiewe oplossings vir praktiese probleme, soos familieledede se vervoerprobleme na die hospitaal, moet gevind word om die betrokkenes toe te rus om potensiële blokkasies soos verhoudingsprobleme, isolasie en diskriminasie te hanteer.
- Die persoon se gereedheid om ontslaan te word, word ondergeskik gestel aan die dokter se mening of die persoon fisies voldoende herstel het, asook die beskikbaarheid van rehabilitasie-terapeute om hulpverleningsprogramme te implementeer. Persone met amputasies se ontslag moet in die lig hiervan verkieslik deur die rehabilitasiespan bespreek word en met die betrokke medici onderhandel word, alvorens hulle ontslaan word.

- Verwysings na rehabilitasiedienste in die gemeenskap en welsynsorganisasies is nodig om 'n kontinuum van hulpverlening te verseker. Die beperkte aantal hulpbronne in die Noord-Vrystaat om persone met amputasies te ondersteun (vgl. 6.3.7), beperk die betrokkenes se keuses oor die dienste wat hulle benodig. Die ontwikkeling van programme, veral ten opsigte van werkskepping, is 'n groot behoefte. Die indruk word verkry dat die breër gemeenskap nog nie verantwoordelikheid aanvaar het om persone met amputasies te akkommodeer nie en gesprekvoering met onder andere die sakesektor kan 'n bydrae lewer om onkunde te verminder en kommunikasie tussen die rolspelers te bevorder.

### **8.1.8 Die funksionering van die multi-dissiplinêre rehabilitasiespan**

Rehabilitasiedienste word nie in alle streekshospitale in die Vrystaat op dieselfde wyse georganiseer nie. Die onderstaande gevolgtrekkings is daarom net op Boitumelo hospitaal se rehabilitasiespan van toepassing :

- Rehabilitasiedienste vervul 'n aanvullende of sekondêre funksie in 'n hospitaal. Voorheen het die behandelende dokter pasiënte vir behandeling verwys en daarom die toon aangegee om te besluit wie kry watter behandeling. Die leemtes van hierdie werkswyse is tydens die navorsingsproses aangespreek en het daartoe aanleiding gegee dat rehabilitasie-terapeute 'n groter rol in die aanmelding van persone met die behoefte aan rehabilitasiedienste speel (vgl. 7.3.5.4). Hierdie ontwikkeling het die spanlede aangemoedig om medeverantwoordelikheid vir die implementering van dienste te aanvaar, soos wat met deelnemende navorsing ten doel gestel word.
- Een van die grootste knelpunte vir die lewering van rehabilitasiedienste is dat sekere programme nie volhoubaar is nie, as gevolg van die beperkte aantal goedgekeurde poste, probleme om die bestaande dienstestaat uit te brei, die stadige proses om vakante poste te vul en die wisselvallige toekenning van gemeenskapsterapeute. Dit het tot gevolg dat 'n kompromie getref moet word tussen die aanvraag vir rehabilitasiedienste en die aantal terapeute, wat 'n negatiewe uitwerking op die beskikbaarheid van dienste het, want dit kan meebring dat die aantal behandelingsessies beperk word, sonder om rekening te hou met die persoon se behoeftes of vordering.
- Die multi-dissiplinêre spanbenadering het die leemte dat afsonderlike assesserings en behandelingsprogramme moeilik is om te koördineer en in die praktyk gefragmenteerd verloop (vgl. 6.2.1.2). 'n Inter-dissiplinêre benadering is daarom

wensliker, want afsonderlike assesserings word deur die spanlede bespreek, terwyl die beplanning van hulpverlening, doelwitstelling en besluitneming gesamentlik gedoen word. Die inter-dissiplinêre benadering kan oorweeg word, wanneer dit vir die spanlede moontlik sal wees om meer tyd aan pasiëntbesprekings te bestee.

### **8.1.9 Die daarstelling van toeganklike rehabilitasiedienste**

Die gebrek aan die koördinering van rehabilitasiedienste in die Vrystaatse streekshospitale en inligting oor suksesvolle werkswyses in ander hospitale word as 'n leemte beskou. Die volgende gevolgtrekkings oor rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal kan uitgelig word:

- Rehabilitasiedienste fokus hoofsaaklik op die probleme van die individu en die oorbeklemtoning van fisiese probleme gee nie voldoende aandag aan die sosiale blokkasies wat persone met amputasies ervaar nie. 'n Voorbeeld hiervan is die gebrek aan werkswinkels om rolstoele in die plaaslike gemeenskap te herstel (vgl. 7.3.7.7).
- Die siening van die konstruksionisme dat nuwe betekenis deur die interaksie tussen mense gevorm word, vestig die aandag op die moontlikheid dat die persoon met 'n amputasie en die maatskaplike werker se interaksie tot die daarstelling van unieke doelstellings aanleiding kan gee. Die wysiging van die rehabilitasiespan se dokumentasie van die pasiëntsorgproses, om voorsiening te maak vir kliënte se deelname aan die gesprek (vgl. 7.3.5.3), word as een van die positiewe uitkomstes van die navorsingsproses beskou.
- In Boitumelo hospitaal word persone met die behoefte aan rehabilitasiedienste in verskillende akute sale behandel, wat rehabilitasiedienste fragmenteer en hoë eise aan die terapeute stel om sinvol met mekaar te kommunikeer en dienste te koördineer (vgl. 7.3.5.3). 'n Gefokuste diens in 'n toegewyste saal of eenheid vir rehabilitasie sal die praktiese probleme, van pasiënte en terapeute wat heen en weer tussen afdelings beweeg, verbeter. Onderhandelinge met die bestuur van die hospitaal mag aanleiding gee tot strategiese beplanning op Provinsiale en plaaslike vlak om rehabilitasie-eenhede in streekshospitale te vestig.
- Die monitering van die effektiwiteit van rehabilitasiedienste geniet prioriteit in beleidsdokumente, maar in die praktyk is dit moeilik om vordering te meet. Reflektering oor die hulpverleningsproses word deur die verskillende terapeute individueel of tydens pasiëntbesprekings gedoen, daarom is betroubare inligting oor die effektiwiteit van hulpverlening nie beskikbaar nie. Objektiewe meting word

bevraagteken (vgl. 3.3.3), daarom kan pasiënte se interpretasie van dienste 'n bydrae lewer om dienste te evalueer. Pasiënte se terugvoer is sporadies en nie voldoende om die effektiwiteit van rehabilitasiedienste te bepaal nie. Doelbewuste interaksie en refleksie, deur die rehabilitasiespan onderling en met persone wat die dienste gebruik, oor die verloop van hulpverlening kan hierdie leemte in rehabilitasiedienste aanspreek.

- Aksiestappe wat tydens die navorsingsproses geïmplementeer is, het sekere kritiese uitkomstegedra:
  - Die storievertelling van die rehabilitasiespan het tot strategiese beplanning aanleiding gegee. Dit het as grondslag gedien vir die beplanning van doelwitte vir rehabilitasiedienste in Boitumelo hospitaal. Uit die projek om rehabilitasiedienste te herstruktureer en het sekere aksies gevloei (vgl. 7.3.5.4), maar is nog nie afgehandel nie en van die gestelde doelwitte is nog in 'n ontwikkelingsproses.
  - Die wekelijkse saalronde is uitgebrei om pasiëntbesprekings in te sluit (vgl. 7.3.5.4, figuur 3). Inligting oor nuwe aanmeldings, doelwitte vir hulpverlening en pasiënte se vordering word gevolglik meer effektief gekommunikeer. Pasiëntbesprekings het 'n sinvolle strategie vir die interaksieprosesse van die rehabilitasiespan geword en het die potensiaal om verder uitgebrei te word om gesamentlike beplanning, doelwitstelling en besluitneming in te sluit. Pasiëntbesprekings verbreek terapeute se isolasie en bevorder probleemoplossing, want nuwe aksies word geformuleer, wat die sinvolle funksionering van die span bevorder en die kwaliteit van hulpverlening verhoog.
  - In die kort tydsverloop nadat die aanmeldingsproses gewysig is, het die identifisering van die pasiënte wat rehabilitasiedienste benodig, verbeter. Die moontlikheid bestaan dat die rehabilitasiespan se werkladings mag verhoog, wat weer nuwe uitdagings, soos die stel van prioriteite, tot gevolg sal hê.
  - Die elektroniese samestelling van afsluitingsverslae (vgl. Bylae 3) het die dokumentering van rehabilitasiedienste baie verbeter, want dit bevat die terugvoer van al die terapeute in een verslag, wat veral kommunikasie met dokters en verpleegpersoneel verbeter het. Blootstelling aan ander spanlede se insette en kundigheid, het die spanlede se kennis van ander professies se bydraes verbeter en sal na verwagting medewerking bevorder.

Die behoefte aan maatskaplike werk en rehabilitasiedienste word deur hierdie navorsing bevestig, want persone met amputasies wat beperkte rehabilitasiedienste ontvang het, is uitgesproke oor die waarde daarvan en dink selfs dat dienste wat hulle nie ontvang het nie, ook van waarde vir hulle sou wees (vgl. 7.3.7.1).

### **8.1.10 Die implementering van deelnemende-aksienavorsing**

Deelnemende aksie-navorsing is geïmplementeer met die doel om begrip in persone met amputasies se ervaringe en maatskaplike behoeftes te ontwikkel en hulle te bemagtig om 'n aktiewe rol in hul eie lewe en die van gemeenskappe te speel. Gevolgtrekkings oor die proses van deelnemende-aksienavorsing en die betekenisgewing van persone met amputasies is die volgende:

- Die deelname van persone met amputasies en ander rolspelers was tydens die aanvangsfase en die verloop van die navorsing belangrike prioriteite. Die bestuur van 'n plaaslike organisasie vir persone met gestremdheid se behoefte om nouer samewerking met Boitumelo hospitaal se terapeute te bewerkstellig, het 'n belangrike bydrae gelewer om my toetrede tot die gemeenskap te bewerkstellig en het 'n gereedheid vir medewerking gedemonstreer (vgl. 7.3.1). Met die betreding van die gemeenskap was hoofsaaklik gesondheidswerkers en welsynsorganisasies by persone met gestremdheid betrokke, wat die siening bevestig dat fisiese gestremdheid as 'n gesondheids- en welsynsprobleem hanteer word (vgl. 5.3.1.3). Die individualisering van fisiese gestremdheid dra by tot die isolasie van persone met amputasies, want rolspelers soos politici en besighede, wat byvoorbeeld by werkskepping betrokke is, is nie by projekte vir persone met amputasies betrokke nie. Hierdie rolspelers is by eenmalige projekte betrek (vgl. 7.3.1; 7.3.2) en hul bydraes het 'n belangrike rol gespeel om hiervan 'n sukses te maak. Die behoefte bestaan aan volhoubare projekte, waarin die genoemde rolspelers groter verantwoordelikheid moet aanvaar om deel te neem aan gesprekke oor wyses om vir persone met amputasies se behoeftes voorsiening te maak. Dit impliseer dat die betrokkenheid van rolspelers in gemeenskappe uitgebrei behoort te word.
- Die bemagtiging van deelnemers om besluite te neem wat hul belange bevorder, het soos 'n goue draad deur gesprekke geloop. Besluitneming oor en die bestuur van projekte en maatskaplike aksie vanaf grondvlak moet op die voorkeure van persone met amputasies berus, aangesien dit die enigste wyse is waarop die betrokkenes keuses kan uitoefen oor die dienste wat gelewer word (Oliver 1990:110). Om beheer oor hul lewens te kry was vir die deelnemers belangrik, want hulle voel

hulle het nie kontrole oor hul omstandighede nie. Deelnemers se gereedheid en gewilligheid om verantwoordelikheid te aanvaar om byvoorbeeld saam te werk om 'n hulpverleningsprogram te ontwikkel (vgl. 7.3.6; 7.3.7), kan verder uitgebou word om besluite te neem en projekte te inisieer wat in hul behoeftes sal voorsien.

- 'n Fokusgroep het 'n sinvolle platform geskep om die werklikheidskepping van persone wat met 'n amputasie in die gemeenskap leef, te ondersoek en om positiewe narratiewe te versterk. Die groeps gesprek het die deelnemers se gemeenskaplike belange na vore laat tree (vgl. 7.3.7.6), wat 'n samebindende faktor was en wat waarskynlik hul onderlinge verhoudinge sal versterk. Vertellings het die boustene verskaf vir die ontwikkeling van 'n kollektiewe identiteit, wat nodig is om as minderheidsgroep in die gemeenskap te funksioneer. Opvolggesprekke is nodig om so 'n groepsidentiteit te versterk en die individue se isolasie teen te werk.

### **8.1.11 Persone met amputasies se ervaringe van fisiese inkorting en kontekstuele beperkinge**

Met die empiriese studie is die ervaringswêreld van persone met amputasies betree. Gevolgtrekkings oor die deelnemers se vertellings van hul ervaringe van fisiese inkortings en kontekstuele beperkinge is die volgende:

- Fisiese gestremdheid is gehul in 'n wolk van negatiewe diskoerse wat diegene wat met 'n amputasie saamleef in baie opsigte beperk en groot uitdagings aan die hulpverleners stel (vgl. 5.3.2). Vir die betrokkenes is 'n amputasie iets wat hulle liefis wou vermy (vgl. 7.3.7.2) en wat die lewenseise intensifereer en bemoeilik. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat 'n amputasie die betrokkenes se identiteit, verhoudinge, toekomsplanne, lewenspatrone en fisiese aktiwiteite negatief beïnvloed, daarom word 'n amputasie met die verlies van fisiese funksies en status in die gemeenskap geassosieer. In die lig hiervan kan die rol van rehabilitasiedienste en ondersteuningsisteme in die gemeenskap, om persone met amputasies te bemagtig om hul potensiaal te verwesenlik, nie onderskat word nie.
- Siektesimptome het die meeste van die deelnemers op die moontlikheid van 'n amputasie voorberei. Tog het die amputasie in alle gevalle 'n ontwrigtende effek gehad en die ervaring van lyding meegebring. Gesondheidsdienste word in die meeste gevalle deel van 'n persoon met 'n amputasie se leefwêreld. Deelnemers se tradisioneel-passiewe posisie moet verkieslik gewysig word na een waar hulle medeverantwoordelikheid aanvaar vir die behandeling van chroniese siektes, 'n gesonde lewenstyl en die neem van besluite oor wat wenslike behandeling is.

- Die belangrike rol wat familieledede in die lewens van persone met amputasies speel, is bevestig (vgl. 7.3.6.1). Familie se ondersteuning voor en na die operasie het sekuriteit aan die deelnemers oor 'n heenkome, versorging en hulp om pratiese probleme te hanteer, verskaf (vgl. Van Zyl *et al.* 1997:57). Dit was soos 'n anker in 'n onseker tydfase en daarom behoort familie se deelname aan rehabilitasiedienste uitgebrei te word. Dit kan hulle bemagtig om by veranderde rolle aan te pas en die geleentheid gee om hul vrese en probleme te bespreek.
- Die gebrek aan ekonomiese groei en werkskepping in die streek waar die ondersoek gedoen is, bevorder die afhanklikheid van staatspensioene. Die beskikbaarheid van staatspensioene het 'n daartoe gelei dat van die deelnemers na die amputasie nie meer belanggestel het om loonarbeid te verrig nie (vgl. 7.3.6.4). Sommige deelnemers wil graag loonarbeid verrig en selfversorgend wees, daarom moet stremmende faktore soos 'n gebrekkige opleiding en vaardighede aandag geniet (vgl. 7.3.7.5). Werkloosheid en praktyke wat teen persone met amputasies diskrimineer kan as die grootste blokkasie uitgewys word; dit lei tot gevoelens van magtelosheid en passiwiteit, wat die teenpool van bemagtiging vorm.
- Uit die navorsing het duidelik geblyk dat weinig samewerking tussen persone met amputasies bestaan. Veral direk na 'n amputasie vermy deelnemers die gedagte van deelname aan 'n minderheidsgroep. Uit die ondersoek (vgl. 7.3.7.6) het geblyk dat persone met amputasies uiteenlopende sienings oor ondersteuningsgroepe het, want die vrees bestaan dat deelname tot stigmatisering mag lei. Isolاسie plaas die betrokkenes weer in 'n magtelose posisie en bring mee dat hulle weinig, indien enige, ondersteuning geniet. Daarom sal dit wenslik wees indien persone met amputasies as 'n minderheidsgroep kan funksioneer, wat as gelykes, met ander lede van die gemeenskap, aan aktiwiteite deelneem.

#### **8.1.12 Die bereiking van doelstellings**

Na aanleiding van bostaande, word tot die gevolgtrekking gekom dat die doel van die navorsing bereik is, want daar is geslaag om deur middel van 'n verkennende en beskrywende ondersoek, met die toepassing van die narratiewe werkswyse, riglyne vir 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies, gegrond in die Christelike mens- en lewensbeskouing, te ontwikkel (vgl. 8.2.2).



Gevolgtrekkings oor die beantwoording van die navorsingsvrae is die volgende:

- Op grond van die Christelike teologie en voortvloeiende pastorale hulpverlening is 'n poging aangewend om die Christelike mens- en wêreldbeskouing te beskryf, as begroning vir maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing. Veral die motivering van die maatskaplike werker om hulp te verleen (vgl. 2.4.2), die inkleding van die beginsels van maatskaplike werk in die lig van die Christelike mens- en wêreldbeskouing (vgl. 2.4.3.5) en die rol wat gespreksvennote se verhouding met God of 'n hoër mag in hulpverlening speel, is beskryf en beredeneer.
- Na aanleiding van die bydraes van baanbrekers soos Maturana, Von Glasersfeld en Kelly is die konstruktiewisme verken (vgl. 3.1.1) en die bydraes van onder andere Anderson en Goolishian, McNee en Gergen ten opsigte van die konstruksionisme is uitgelig (vgl. 3.1.2). Die veronderstellings van die konstruktiewisme en konstruksionisme, byvoorbeeld dat realiteit sosiaal gekonstrueer word en deur middel van taal georganiseer en herskryf kan word, het in die toepassing van die narratiewe werkswyse neerslag gevind.
- Daar is bepaal hoe die narratiewe werkswyse binne die praktyk van maatskaplike werk toegepas kan word (vgl. 4.3), asook vir die implementering van deelnemende-aksienavorsing. Die bydraes van hoofsaaklik White en Epston is benut en deur die werk van Freedman en Combs, Payne en Morgan aangevul. Die basiese werkswyse van die narratiewe benadering is benut vir die empiriese navorsing, deur aandag te gee aan die aanvang van gesprekvoering (vgl. 4.2.2.1), storievertelling en 'n begin is gemaak met die dekonstruksie van stories (vgl. 4.2.2.2) en die herskryf van stories (vgl. 4.2.2.3). Opvolggesprekke is nodig om ander karterings van die proses tot hul reg te laat kom. Daar is deurentyd gewerk met die beginsels van die narratiewe werkswyse, soos onder andere die nie-kundige posisie van die navorser, deursigtigheid en medewerking. Daar kan tot die gevolgtrekking gekom word dat die narratiewe werkswyse 'n bruikbare strategie verskaf het om die doelwitte van hierdie navorsing te bereik.
- Die proses van deelnemende-aksienavorsing het 'n positiewe bydrae gelewer om die doelwitte van die navorsing te bereik, want die bemagtiging van die deelnemers, die verbetering van die kwaliteit van rehabilitasiedienste en die ontwikkeling van 'n hulpverleningsprogram vir persone met amputasies het aandag geniet. Kenmerkend aan deelnemende-aksienavorsing het die ontwikkeling van kennis (vgl. 2.4; 3.3; 3.4; 4.1; 5.1; 5.2; 5.3; 7.3) en aksiestappe (vgl. 7.3.1; 7.3.5; 7.3.6; 7.37) om leemtes of probleme aan te spreek, gerealiseer.

Ten slotte kan daar tot die gevolgtrekking gekom word dat daar geslaag is in die poging om riglyne vir 'n maatskaplikewerkprogram volgens die Christelike beskouing vir persone met amputasies daar te stel, wat na alle verwagting verder sal ontwikkel.

### **8.1.13 Die navorser en die navorsing**

Ten slotte word enkele gevolgtrekkings gemaak oor die invloed wat die navorsing op my menswees en hulpverlening aan persone met amputasies gehad het.

Die soeke na die implikasies van die Christelike perspektief vir maatskaplikewerkdienste het my verhouding met God Drie-enig en geestelike groei in die algemeen verryk. Die besef van die rol wat 'n liefdevolle en genadige God in my en medemense se skepping, versorging en verlossing speel, was bevrydend, want die gelowige maatskaplike werker hoef nie op sy eie beperkte insigte en vaardighede staat te maak wanneer hulp verleen word nie. Tydens onderhoude en gesprekke is ruimte aan gespreksvennote gegee om hul ervaring van God se betrokkenheid en en ingryping in hul lewe te verwoord (vgl. 7.3.6.4; 7.3.7.4), wat my geloof in God se voorsiening versterk het en die deelnemers se werklikheidskonstruksies oor 'n verhouding met God meer omvattend beskryf het.

Die toepassing van die narratiewe werkwyse het my gehelp om die waarde van narratiewe opnuut te ontdek. Die gemaklike toepassing van die narratiewe werkwyse in maatskaplikewerkhulpverlening was 'n aangename ervaring, waarskynlik omdat luister en die insameling van agtergrondinligting kenmerkend van die praktyk van maatskaplike werk is. Die veronderstellings van die narratiewe werkwyse, wat praktyke van magmisbruik teenstaan (vgl. 4.3.8), het my aangespoor om my eie sienings en werkswyses te heroorweeg en om te alle tye sensitief te wees vir enige woord of handeling wat tot die onderdrukking van gespreksvennote kan bydra en om 'n gesindheid van nederige dienslewering oor te dra. Deelnemers se bydraes het daarom 'n belangrike bydrae tot my ontwikkeling as mens en terapeut gemaak en terugvoer aan deelnemers het in die gees van die terugneem-aksies van die narratiewe werkswyse plaasgevind (vgl. 4.2.2.6). Die luister na die uniekheid van elke deelnemer se storie, het getoon dat hul lewe en verhoudinge belangrik is en in 'n gemeenskap wat die belange van minderheidsgroepe verwaarloos, saak maak. Die wete dat persone met amputasies se narratiewe my (en ander hulpverleners) se tyd en aandag verdien, het in my gegroei.

Deelnemende-aksienavorsing was 'n uitdaging, wat veral kreatiewe tydsbestuur vereis het. Samewerking met lede van die multi-dissiplinêre span was by meer as een geleentheid 'n ervaring wat my met nederigheid en nuwe entoesiasme gevul het. Die toewyding om hulp te verleen, ten spyte van beperkende faktore, soos personeeltekorte en hoë werkladings, het my aangespoor om self met groter toewyding te werk aan die lewering van kwaliteit dienste. Die eerlike bespreking van leemtes in die bestaande rehabilitasiedienste (vgl. 7.3.5), het 'n samebindende effek op die spanlede gehad, wat weer tot die generering van oplossings vir geïdentifiseerde leemtes bygedra het (vgl. 7.3.5.4). Hierdie navorsing het 'n aanvoeling by my gekweek vir die dringende behoefte aan toeganklike rehabilitasiedienste vir persone met amputasies.

Dit was vir my 'n voorreg om deel te word van gespreksvennote se narratiewe. Die emosionele aard van die deelnemers se werklikheidskepping en die vorming van nuwe werklikhede, het hoë eise aan my terapeutiese vaardighede as maatskaplike werker gestel. Vennootskapsverhoudinge is met die deelnemers opgebou en ek hoop om deel te bly van hul voortgaande verhale. Deelnemers se interpretasies en uitsprake soos “my lewe is nie verby nie” of “dit is nie so erg as wat ek aanvanklik gedink het nie”, was verrassings wat ek nie kon voorspel nie. Die kennis wat opgedoen is oor die wyses waarop deelnemers die eise van fisiese inkortings en gestremdheid bemeester het, is iets wat ek graag met ander persone met amputasies sal wil deel.

## **8.2 AANBEVELINGS**

Aanbevelings word in die lig van voorafgaande gevolgtrekkings en my eie betekenisgewing gemaak.

### **8.2.1 Teorie**

Die teoretiese waarde van hierdie navorsing is daarin geleë dat die kennis en praktykervaring van 'n hospitaal maatskaplike werker tot die kennissisteem van maatskaplike werk in die algemeen en spesifiek hospitaal maatskaplike werk gevoeg kan word. Die implementering en verdere ontwikkeling van die volgende bydraes word aanbeveel:

- Die integrasie van Christelike beginsels met die bestaande modelle vir hulpverlening kan 'n besondere gaping in maatskaplike werk se teoretiese onderbou aanspreek.
- Die toepassing van die strategieë van die narratiewe werkswyse in maatskaplikewerkhulpverlening kan byvoorbeeld benut word om eng omskrywings van die maatskaplike werker se rol in rehabilitasiedienste, naamlik om die persoon by 'n veranderde liggaam te laat aanpas, vervang met werkswyses wat die deelnemers aanmoedig om nuwe narratiewe te skep en uit te leef wat ooreenkom met die betekenis wat hulle aan fisiese gestremdheid heg.
- Tydens hospitalisasie kan veral die vertelling en dekonstruksie van stories, eksternalisering en die herskryf van stories aandag geniet. Daar kan 'n begin gemaak word met terugneem-aksies, seremonies om 'n nuwe identiteit te bevestig en herinneringsgesprekke. Die proses behoort na ontslag voortgesit te word (deur middel van 'n buite-pasiënt diens, uitreikingsdienste of verwysings na hulpbronne) om kragte in die persoon en sy konteks te ontwikkel, vir die konstruering van 'n nuwe werklikheid.
- Die waarde van deelnemende-aksienavorsing om sosiale strukture en dienste te ontwikkel vir die ondersteuning van persone met amputasies moet verder ontgin word.

### **8.2.2 Praktyk**

Die volgende word aanbeveel vir die praktyk van hospitaal maatskaplike werk vir persone met amputasies:

- Maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike beskouing moet kenmerkend van 'n lewe van gehoorsaamheid aan God Drie-enig se opdragte wees (Ps 82:3; 1 Ts 5:14). Betrokkenheid by persone met amputasies geskied binne die raamwerk van liefde vir God en mense en die nederige aanvaarding van verantwoordelikheid om gespreksvennote se verhoudinge in 'n gebroke wêreld te bevorder. Daarom word aanbeveel dat gespreksvoering die geleentheid aan kliënte moet gee om hoop te vind in hul verhouding met God, dat kliënte se sienings te alle tye gerespekteer word, asook dat geen druk op 'n kliënt uitgeoefen sal word, indien die kliënt die keuse sou uitoefen om nie sy verhouding met God of 'n hoër mag te bespreek nie.

- Die moontlikhede om selfhelpgroepe vir persone met amputasies in plaaslike gemeenskappe te stig, wat 'n ondersteunende rol tydens en na die hospitalisasie kan speel, moet in samewerking met distrikgesondheidsdienste ondersoek word. Elke minderheidsgroep het unieke kennis oor oplossings vir die probleme wat hulle ervaar, wat persone met amputasies met mekaar kan deel. Die hospitaal maatskaplike werker kan 'n fasiliterende rol speel om persone met amputasies te motiveer om by selfhelpgroepe in te skakel en hulle bekend te stel aan persone wat reeds met amputasies saamleef, om mekaar te ondersteun en die blokkasies wat hulle ervaar, aan te spreek.
- Die bemagtiging en ondersteuning van organisasies, wat die belange van persone met gestremdheid bevorder, is 'n besondere prioriteit. Die onderlinge samewerking tussen persone met gestremdheid moet uitgebou word, want onderlinge solidariteit is nodig om hul stem in gemeenskappe te bevorder. Die verhouding en netwerke tussen die hospitaal maatskaplike werker en hierdie organisasies kan verder versterk word, deur die fokus vanaf eenmalige projekte (vgl. 7.3.1) te verskuif na samewerking vir volhoubare projekte, byvoorbeeld die daarstelling van 'n een-stop-sentrum vir persone met gestremdheid in die gemeenskap van Mophaka. Voorbeelde van dienste wat by so 'n sentrum gelewer kan word, kan die skep van geleenthede om 'n inkomste te genereer, substansmisbruik-programme, die mobilisering van vrywilligers vir tuisversorging, opleiding, ontspanning en die herstel van hulpmiddels, insluit.

Die volgende word vir rehabilitasiedienste in Boitumelo Streekshospitaal aanbeveel:

- Boitumelo hospitaal se besigheidsplan maak nie vir 'n afsonderlike saal of rehabilitasie-eenheid voorsiening nie. In die lig hiervan bestaan die behoefte om rehabilitasiedienste met die roetine en behandeling in die sale te integreer. Dit beteken dat rehabilitasieprogramme uitgebrei word na die tye wat die pasiënte in die sale deurbring, wat die gaping tussen verpleging, mediese behandeling en rehabilitasiedienste sal verminder. Verpleegpersoneel kan opgelei en begelei word om die pasiënte se rehabilitasie behoeftes te verstaan en meewerk om rehabilitasie-doelwitte te bereik.
- Dit word aanbeveel dat persone wat rehabilitasiedienste benodig in een of meer kamers van 'n sekere saal saam gegropeer sal word, in plaas daarvan dat hulle in die verskillende kamers van die saal versprei is. Met die plasing in toegewyste kamers vir rehabilitasie is dit byvoorbeeld moontlik vir persone met amputasies om mekaar op 'n informele wyse te ontmoet en hul ondervindinge te bespreek; dit sal

die koördinasie van rehabilitasiedienste bevorder, want die terapeute sal minder tyd mors om na pasiënte in sale te soek en om vordering of probleme met mekaar te bespreek.

- Die implementering van rehabilitasiedienste verskil tussen provinsies en selfs tussen hospitale in een provinsie. Daar word voorgestel dat die koördinasie van rehabilitasiedienste op Provinsiale vlak aandag sal geniet, deur die samestelling van beleidsriglyne vir die organisering van rehabilitasiedienste in streekshospitale. Dit sal eenvormigheid en die standaardisering van minimum standarde vir kwaliteit dienste verbeter.
- Die Provinsiale Sub-direktoraat vir Gestremdheid en Rehabilitasie is verantwoordelik vir die koördinerings van die programme van distrikgesondheidsdienste. Daar word aanbeveel dat die rehabilitasiedienste van streekshospitale hierby ingesluit word. Dit mag beteken dat die Provinsiale Departement van Gesondheid se indeling van programme hersien moet word, want die betrokke Sub-direktoraat is deel van program twee en die dienste van streekshospitale is deel van program vier. Forums om skakeling tussen die Provinsiale programme te bewerkstellig, behoort die koördineerders van rehabilitasiedienste in te sluit.
- Alhoewel die bestaande poste meestal gevul is en daar nie 'n hoë personeelverwisseling van professionele terapeute is nie, moet aandag gegee word aan strategieë om bekwame en ervare personeel se dienste te behou. Die bestuur van struikelblokke, soos byvoorbeeld om die bestelling van hulpmiddels te bespoedig, kan frustrasies verminder en die kwaliteit van dienste verhoog.
- Uitreikingsdienste wat die rehabilitasiedienste van distrikgesondheidsinstellings (gemeenskapshospitale en klinieke) kan versterk, moet uitgebrei word, om kundigheid uit te ruil, kommunikasie tussen gesondheidswerkers te verbeter, leemtes in die verwysingsstelsel aan te spreek en terapeutiese ingryping te beplan.

Op grond van die literatuurstudie en empiriese studie, word die volgende besprekingspunte aanbeveel vir 'n maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies. Dit hou rekening met die probleme verbonde aan persone met amputasies se fisiese inkorting, gestremdheid, kontekstuele faktore en die persoon se integrasie in die gemeenskap. Die besprekingspunte sluit die betrokkenes se verskillende verhoudinge in en fokus spesifiek op die aspekte wat die deelnemers aan die navorsing as belangrik geïdentifiseer het. Onderhoudvoering sal nie noodwendig al die besprekingspunte insluit nie, maar aanpas by die unieke behoeftes en prioriteite van die gespreksvennote.

- Die persoon se verhouding met homself/haarself
  - Is daar voorsiening gemaak vir die persoon se basiese behoeftes, byvoorbeeld voedsel, klere, skoon water, behuising en medisyne, indien nodig?
  - Is die persoon se veiligheid verseker? Is daar beskerming teen uitbuiting, beserings, verwaarlosing en mishandeling?
  - Beleef die persoon sekuriteit? 'n Persoon benodig roetine in daaglikse aktiwiteite. Voorsiening is gemaak vir sy basiese behoeftes in die toekoms.
  - Bevestig die persoon se selfwaarde. Die persoon voel van waarde en belangrik. Positiewe terugvoer bou selfvertroue. Die fisiese gestremdheid verteenwoordig nie die persoon nie. 'n Persoon funksioneer as 'n totale wese met 'n liggaam, intellek, en gees.
  - Ontwikkeling van 'n nuwe/gesonde selfbeeld, wat nodig is vir selfaanvaarding. Beskadigde identiteite word gedekonstrueer.
  - Hantering van fisiese gebreke/chroniese siekte en die beperkinge (van funksies en rolvervulling) wat dit meebring. Hanteer 'n lewe wat deur oorwinnings en terugslae gekenmerk word. Die passiewe aanvaarding van fisiese gestremdheid word nie aangemoedig nie, maar wel die effektiewe saamleef met 'n amputasie, fisiese gestremdheid en/of chroniese siektesimptome.
  - Selfkennis van fisiese en emosionele vermoëns en beperkinge is noodsaaklik. Te veel verantwoordelikheid en die onvermoë om die eise wat gestel word te hanteer, laat die persoon oorweldig, hulpeloos en "anders" voel. Motiveer die persoon om sy/haar beperkinge eerlik te erken en om vermoëns uit te bou en optimaal te benut.
  - Verskaf inligting oor 'n gesonde lewenstyl, die bevordering van goeie gesondheid, die identifisering van siektesimptome en die behandeling daarvan. Die voorkoming van verdere gesondheidsprobleme en die beperking van die negatiewe invloed van siektesimptome is belangrik vir die persoon se lewenskwaliteit en lewensverwagting.
  - Aanvaar verantwoordelikheid en funksioneer so onafhanklik as moontlik. Bevorder selfstandigheid, deur byvoorbeeld voort te gaan om te werk of om die broodwinner te wees. Die persoon leer dat die lewe voortgaan na 'n amputasie.
  - Die persoon met 'n amputasie word bewus gemaak van sy keuses hoe om op fisiese gestremdheid te reageer. Betrek die persoon by gesprekke en besluite oor sy/haar lewe en toekoms. Die stel van doelwitte en prioriteite, volgens 'n

gewenste waardestelsel, is belangrik. Moedig gesamentlike besluitneming tussen die gesins- en familielede aan.

- Skep geleentheid om te groei en te ontwikkel. Die persoon het geleentheid nodig om nuwe dinge aan te leer en om selfverwesening te bevorder. Stimuleer gesprekvoering oor die persoon se verwagtinge vir die toekoms, drome, hoop en doelwitte.
  - Voorsien geleentheid om vrae te vra, roureaksies uit te druk, negatiewe gevoelens uit te spreek (byvoorbeeld angs, vrese, verwarring, bekommernisse, neerslagtigheid) en ervarings (byvoorbeeld verwerping).
  - Identifiseer bestaande probleme soos selfverwerping, opstand, selfblaming, woede, frustrasie, oormatige afhanklikheid, depressie en verwys vir terapeutiese ingryping.
  - Ontwikkel sosiale vaardighede, byvoorbeeld probleemoplossing en selfgeldende gedrag.
  - Maak die betrokkenes bewus van hul potensiaal en verantwoordelikheid om andere met amputasies emosioneel en prakties te ondersteun.
  - Bespreek aspekte wat vir die persoon belangrik is.
- Persoon se verhoudings met ander betekenisvolle persone
    - Die persoon wil beleef dat hy aan 'n gesin/familie/groep/vriendekring behoort. Die persoon het behoefte aan liefde, aanvaarding en versorging.
    - Bou verskeie vertrouensverhoudings met verskillende persone op om die verskillende sosiale behoeftes te bevredig (byvoorbeeld aan seksuele of vriendskapsverhoudings). Moenie die persoon behandel asof hy/sy "anders" is as mense wat nie gestremd is nie.
    - Bespreek rolveranderinge wat mag plaasvind, byvoorbeeld die onvermoë om loonarbeid te verrig of die persoon mag bedlêend wees na die amputasie en voltydse versorging benodig.
    - Hanteer misverstande of mites (byvoorbeeld dat die persoon met fisiese gestremdheid ook verstandelik gestrem is).
    - Belangrike persone in die persoon se lewe kan help met take en daaglikse aktiwiteite (byvoorbeeld om kos te kook, aan te trek, te was, inkopies te doen, huis skoon maak en na 'n hospitaal of kliniek vergesel). Hanteer die persoon met 'n amputasie met respek, deur vir die persoon te vra op watter wyses hy/sy bystand wil hê.



- Emosionele ondersteuning: luister met aandag as die persoon praat oor bekommernisse, probleme en wys dat daar omgee word oor wat hy/sy sê.
  - Assesseer die persoon se behoefte aan fisiese versorging en identifiseer versorgers, indien nodig.
  - Versterk bestaande sosiale ondersteuningstelsels en ontwikkel 'n ondersteuningsnetwerk, indien dit nie bestaan nie.
  - Ontwikkel die lewens- en versorgingsvaardighede van familieledede en versorgers om die persoon met 'n amputasie te ondersteun.
  - Versorgers moet hulself ook versorg: volg 'n gesonde lewenswyse en gewoontes (byvoorbeeld eet, rus, oefening), heg waarde aan jouself en wat jy vir die persoon met 'n amputasie doen, kry praktiese en emosionele ondersteuning en hanteer stres effektief.
  - Identifiseer risiko faktore wat met verhoudingsprobleme geassosieer word (byvoorbeeld verwaarlosing, mishandeling, diskriminasie, isolasie, verwerping, alkohol- en dwelmmisbruik) en verwys vir terapeutiese ingryping.
  - Ontwikkel die betrokkenes se lewensvaardighede, byvoorbeeld die hantering van konflik.
  - Bespreek aspekte wat vir die persoon belangrik is.
- Persoon se verhouding met strukture en organisasies in die gemeenskap
    - Bevorder die persoon se integrasie in die plaaslike gemeenskap. Skep van 'n omgewing waar die persoon beleef hy/sy is deel van 'n gemeenskap wat omgee en onvoorwaardelik aanvaar word.
    - Motiveer die betrokkenes om deel te neem en positief by te dra tot die gemeenskapslewe, deur byvoorbeeld deel te neem aan politieke, kulturele en sosiale bedrywighede.
    - Hanteer moontlike veranderinge ten opsigte van die persoon se posisie of status in 'n gemeenskap.
    - Verskaf inligting oor bestaande hulpbronne in die gemeenskap, byvoorbeeld klinieke of werkswinkels om mediese hulpmiddels te bekom.
    - Verkry die betrokkenes se toestemming om verwysings te doen na bestaande hulpbronne in die gemeenskap, byvoorbeeld organisasies (welsynsorganisasies) of dienste (tuisversorging, SAPD, klinieke) om spesiale behoeftes aan te spreek.
    - Verduidelik die rol van belangegroepes/organisasies om persone met gestremdheid in te lig oor nuwe ontwikkelinge, dienste en

beleidsdokumente. Motiveer deelname om die regte van persone met gestremdheid te beskerm en om diskriminasie en onderdrukking te voorkom, of te hanteer.

- Stig of verwys na ondersteuningsgroepe vir persone met fisiese gestremdheid vir praktiese, emosionele en sosiale ondersteuning. Groepe kan die persoon en familie lede ondersteun om die druk en eise van versorging, siekte en fisiese beperkinge te hanteer.
  - Skakel met plaaslike leiers om stigmatisering en diskriminasie te bekamp. Versprei inligting oor persone met gestremdheid se regte en behoeftes.
  - Bespreek aspekte wat vir die persoon belangrik is.
- Persoon se verhouding met God Drie-enig of 'n hoër mag
    - Skep en benut geleenthede vir die persoon om sy geloof en godsdienstige behoeftes uit te leef. Gee byvoorbeeld aandag aan 'n persoonlike verhouding met God drie-enig of 'n hoër mag, geleenthede vir geestelike groei, kerkbywoning en deelname aan godsdienstige aktiwiteite soos besoeke en dienslewering.
    - Respekteer en bevorder die persoon se spiritualiteit, byvoorbeeld die soeke na die sin en doel van die lewe.
    - Indien nodig, kan die betrokkenes na godsdienstige leiers verwys word om vrae en probleme, byvoorbeeld oor die lewe na die dood, te hanteer.
    - Bespreek aspekte wat vir die persoon belangrik is.

Deelnemers se bydraes, soos vervat in die navorsingsverslag, verdien verdere reflektoring en bespreking met hulle, wat kan bydra tot die verfyning en selfs wysiging van die voorgestelde riglyne vir hulpverlening. Wysies waarop die hospitaal maatskaplike werker 'n bydrae kan lewer om volhoubare programme in die gemeenskap te vestig, moet verder ondersoek word.

### **8.2.3 Opleiding**

Die volgende word aanbeveel vir die opleiding van maatskaplikewerkstudente en maatskaplike werkers in die veld van gesondheidsdienste:

- Daar word voorgestel dat opleiding rekening hou met die filosofiese wortels van benaderings en om nie slegs op die praktiese implementering van strategieë te fokus nie. Die veronderstellings, waarde en leemtes van benaderings moet

verantwoord word, deur byvoorbeeld die ooreenkomste en teenstrydighede tussen benaderings uit te lig.

- Opleiding in maatskaplike werk gee besondere aandag aan die bemagtiging van weerlose groepe in die samelewing, wat persone met fisiese gestremdheid insluit. Daar word aanbeveel dat opleiding die unieke werklikheidskepping van die verskillende minderheidsgroepe sal verreken.
- Kennis oor die hantering van die maatskaplike probleme verbonde aan akute siektes is onvoldoende om die probleme te verstaan wat met 'n permanente toestand soos 'n geamputeerde ledemaat gepaard gaan, want die toestand is onomkeerbaar en het 'n voortgaande invloed op die persoon se maatskaplike funksionering. Opleiding behoort aandag te gee aan die behandeling van chroniese siektes en die langtermyngevolge van fisiese gestremdheid.
- Voortgesette opleiding van maatskaplike werkers in die gesondheidsveld is nodig om op die hoogte te bly van die nuutste ontwikkelinge ten opsigte van strategieë vir hulpverlening in 'n postmoderne tydperk, soos byvoorbeeld die narratiewe werkswyse.
- Professions wat rehabilitasiedienste lewer se opleiding moet verkieslik voorsiening maak vir die ontwikkeling van vaardighede in gemeenskapsontwikkeling. Indiensopleiding om rehabilitasie-terapeute toe te rus om blokkasies in persone met amputasies se konteks te hanteer, is 'n besondere behoefte.
- Voortgesette indiensopleiding om rehabilitasie-terapeute se kennis en vaardighede uit te brei oor die praktiese hantering van fisiese gestremdheid, deur byvoorbeeld opleidingsgeleenthede by te woon wat deur hospitale met gespesialiseerde rehabilitasie-eenhede aangebied word, asook om as span meer doeltreffend te funksioneer.

#### **8.2.4 Navorsing**

Dit word aanbeveel dat die volgende aspekte deur middel van navorsing aangespreek word:

- Navorsing om te bepaal in watter mate beleidsdokumente oor persone met fisiese gestremdheid in die praktyk van gesondheidsdienste en ander instellings geïmplementeer word en om leemtes in die verband te identifiseer.
- Navorsing oor die plaaslike gemeenskap se kulturele perspektiewe en konstruksies oor amputasies en fisiese gestremdheid. Die dinamiese interaksie tussen faktore

soos onderdrukking, diskriminasie in die fisiese en sosiale konteks, bestaande waardesisteme en ongelyke magsverhoudinge verdien verdere aandag.

- Navorsing, hoofsaaklik vanuit die oogpunt van gemeenskapsontwikkeling, om die gevolge van breër sosiale en politieke faktore op die maatskaplike funksionering van persone met amputasies te omskryf en ingryping in die lig daarvan te beskryf.
- Persone met amputasies se stories oor hul unieke geestelike behoeftes en die stryd om met pyn en toenemende afhanklikheid saam te leef, kan verder ondersoek word. Navorsing oor die geestelike dimensie van persone met amputasies blyk 'n groot leemte te wees.

### 8.2.5 Beleid

Na aanleiding van die navorsing sou die volgende aanbevelings oorweeg kan word vir die ontwikkeling van beleid ten opsigte van hulpverlening vir persone met fisiese gestremdheid en amputasies:

- Maatskaplike beleid rig die dienste wat gelewer word, daarom is dit nodig dat persone met fisiese gestremdheid se behoeftes, soos deur hulself geïnterpreteer, benut sal word om gestalte te gee aan die riglyne van beleidsdokumente.
- Persone met gestremdheid kan 'n groter rol speel om die integrasie van hul menseregte in beleidsdokumente te bevorder. Persone met gestremdheid se vermoë om as 'n eenheid en 'n minderheidsgroep te funksioneer moet verder ontwikkel word, ten einde as groep beleidsvorming te beïnvloed.
- Hospitaal maatskaplike werkers behoort ingelig te wees oor die invloed wat beleid op hospitaalbehandeling uitoefen. Die implementering van beleid word dikwels deur die gebrek aan fondse of ander hulpbronne beperk. Strategieë om aan die een kant kwaliteit en toeganklike dienste te verskaf en aan die ander kant kostes te beperk, lei tot konflik wat doelbewus bestuur moet word.
- Beleid ten opsigte van persone met gestremdheid kan vanuit verskillende vertrekpunte geanaliseer word. Maatskaplike beleid ten opsigte van fisiese gestremdheid berus op die veronderstelling dat die betrokke persone in 'n nie-voordelige posisie verkeer, wat aktiewe toetrede en hulpverlening noodsaak. Veronderstellings word dikwels as vanselfsprekend aanvaar en nie openlik bespreek nie. Met beleidsformulering behoort verantwoording gedoen te word van die verskuilde veronderstellings waarop beleidsriglyne gebaseer is.

- Een van die grootste uitdagings vir gesondheidswerkers is om in die lig van die beleidsdokumente effektiewe hulpverleningsprogramme te ontwikkel. Die wysiging van beleidsdokumente en hulpverleningsdienste word as 'n deurlopende proses beskou, wat nooit 'n einde bereik nie.
- Die ontwikkeling van spesifieke wetgewing om persone met gestremdheid teen diskriminasie, uitbuiting of mishandeling te beskerm. Anti-diskriminerende wetgewing kan 'n belangrike rol speel om negatiewe sosiale konstruksies te dekonstrueer en te wysig. Wetgewing kan die riglyne vir strukturele verandering neerlê wat nodig is om geïnstitusioneerde onderdrukking te wysig. Die stryd teen diskriminasie teen persone met gestremdheid sluit meer in as om individue se negatiewe houdings te verander, aangesien verandering in die struktuur en werking van gevestigde instellings in die gemeenskap nodig is.

### 8.3 TEN SLOTTE

Deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werkswyse is gefasiliteer om persone met amputasies en belangegroep tot selfverwesenliking te bemagtig, bestaande rehabilitasiedienste te hersien en 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram vir persone met amputasies te ontwikkel.

Die posisionering van die maatskaplike werker ten opsigte van 'n leidinggewende mens- en wêreldbeskouing en epistemologiese uitgangspunte, is nodig om verantwoording te doen oor die impak van hulpverlening op die kliëntsisteem. Die besef dat die mens die beeld van God vertoon, dat God 'n liefdevolle verhouding met hom wil hê, die ervaring van lyding en die soeke na die sin van die lewe is van belang vir hulpverlening vanuit die Christelike beskouing.

Hulpverleningsprofessies soos maatskaplike werk wat die belange van weerlose persone bevorder, fundeer ingryping op 'n sekere omskrywing van probleme en die teorieë wat daarvoor ontwikkel het. So het multi-dissiplinêre rehabilitasiedienste ontwikkel as 'n respons op hulpverlening vir persone met fisiese gestremdheid. Volgens die geïndividualiseerde benadering tot die behandeling van amputasies, is die belangrikste vraag "wat kan gedoen word om die fisiese inkorting te oorkom?", terwyl die minderheidsgroep benadering die uitdaging aanvaar om persone met amputasies se menseregte te beskerm.

Die dienste van 'n streekshospitaal is gespesialiseerd, met 'n komplekse dienste- en verhoudingstruktuur tussen die verskillende departemente en personeelgroepe. Hospitaal maatskaplike werk is 'n integrale deel van omvattende gesondheidsorg vir persone met amputasies. Maatskaplike werk se fokus op die mens en gemeenskap se doeltreffende maatskaplike funksionering maak dit besonder geskik om as deel van 'n multi-dissiplinêre span 'n bydrae te lewer om persone met amputasies se maatskaplike herintegrasië in gemeenskappe te bevorder. Die bemagtiging van die persoon met 'n amputasie bly 'n belangrike prioriteit, terwyl die wysiging van kontekstuele faktore wat maatskaplike probleme veroorsaak ook aandag moet geniet. Die ontwikkeling van 'n hospitaal maatskaplikewerkprogram volgens die Christelike beskouing vir persone met amputasies wou 'n praktiese weg aandui waarlangs persone met amputasies hoop kan vind vir doeltreffende maatskaplike funksionering, deur hul eie narratiewe in die Woord van God te belig.

## BRONNELYS

Albers, G.R. 1989. *Counselling the sick and terminally ill*. Dallas: Word Publishing.

Allen, E.A. 1995. Wholeness, salvation and the Christian health professional. *Transforming health Christian approached to healing and wholeness*. Ram, E. (ed.) California: MARC.

Andersen, T. 1993. See and hear, and been seen and heard. *The new language of change. Constructive collaboration in psychotherapy*. Friedman, S. (ed.) New York: Guilford Press.

Anderson, H. 1993. On a roller coaster: a collaborative language systems approach to therapy. *The new language of change. Constructive collaboration in psychotherapy*. Friedman, S. (ed.) New York: Guilford Press.

Anderson, H. & Goolishian, H.A. 1988. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*. 27: 371-393, December.

Anderson, H. & Goolishian, H. 1992. The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. *Therapy as social construction*. McNamee, S. & Gergen, K.J. (eds.) London: SAGE.

Andrews, J. & Kotzé, E. 2000. New metaphors for old: healing spiritual talk. *A chorus of voices weaving life's narratives in therapy and training*. Kotzé, E. (ed.) Pretoria: Ethics Alive.

Aponte, H.J. 1999. The stresses of poverty and the comfort of spirituality. *Spiritual resources in family therapy*. Walsh, F. (ed.) New York: The Guilford press.

Atherton, R. & Robertson, N. 2006. Psychological adjustment to lower limb apudation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*. 28(19): 1201-1209, October.

Babbie, E. & Mouton, J. 2001. *The practice of social research*. Cape Town: Oxford University Press.

Banks, S. 1995. *Ethics and values in social work*. London: Macmillan.

Barnes, C. 1996. Theories of disability and the origins of the oppression of disabled people in western society. *Disability and society: emerging issues and insights*. Barton, L. (ed.) Essex: Longman.

Barton, L. 1996. Sociology and disability: some emerging issues. *Disability and society: emerging issues and insights*. Barton, L. (ed.) Essex: Longman.

Biestek, F. P. 1961. *The casework relationship*. London: Unwin University Books.

Boitumelo hospital. 2006. *Business Plan Boitumelo hospital 2006-7*. Kroonstad: Boitumelo hospital. (Kopie van die dokument is in besit van die ondersoeker).

Booth, T. 1996. Sounds of still voices: issues in the use of narrative methods with people who have learning difficulties. *Disability and society: emerging issues and insights*. Barton, L. (ed.) Essex: Longman.

Bowpitt, G. 1998. Evangelical Christianity, Secular Humanism, and the Genesis of British Social work. *British Journal of Social Work*. 28: 675-693.

Bowpitt, G. 2000. Working with creative creatures: towards a Christian paradigm for social work theory, with some practical implications. *British Journal of Social Work*. 30(3): 349-364, June.

Boyle, B., Clancy, A., Connolly, A., Daly, E., Heffernan, B., Howley, E., Keena, M., McSHARRY, M., Moloney, G., Morrell, S., Murphy, C., Murphy, N., Murphy, T., Murtagh, M., Murray, L., Murray, P., Oulton, K., Richards, A., O'Riordan, Roche, D., Smyth, R., Tormey, A. & Walsh, P. 2003. The same in difference: the work of the peer counsellors of the Irish Wheelchair Association and the National council of the Blind in Ireland. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. 2: 3-16.



Bradbury, H. & Reason, P. 2003. Action research an opportunity for revitalizing research purpose and practices. *Qualitative social work research and practice*. 2(2): 155-175, June.

Brechin, A. & Liddiard, P. 1981. *Look at it this way: new perspectives in rehabilitation*. Kent: The Open University Press.

Buitendag, J. 1991. Teologie en ekologie. *Mens en omgewing*. Vos, C.J.A. & Müller, J.C. (reds.) Halfway House: ORION.

Burger, H. & Marinčik, C. 2007. Return to work after lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*. 29(17): 1323- 1329, September.

Bybel, Die. 1983. *DIE BYBEL - Nuwe Vertaling*. Kaapstad: Bybelgenootskap van Suid-Afrika.

Camilleri, P. 1999. Social work and its search for meaning: theories, narratives and practices. *Transforming social work practice: Postmodern critical perspectives*. Pease, B. & Fook, J. (eds.) London: Routledge.

Carey, M. & Russel, S. 2003a. Outsider-witness practices: some answers to commonly asked questions. *International Journal of Narrative Therapy and Community work*. 1: 3-16.

Carey, M. & Russel, S. 2003b. Re-Authoring: some answers to commonly asked questions. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. 3: 60-70.

Cascio, T. 1999. Religion and spirituality: diversity issues for the future. *Journal of Multicultural Social work*. 7(3/4): 129-144.

Chase, S.E. 1995. Taking narrative seriously consequences for method and theory in interview studies. *Interpreting experience the narrative study of lives*. Josselson, R. & Lieblich, A. (eds.) Vol. III. London: SAGE.

Christensen, K. 2009. In(ter)dependent lives. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 11(2): 117-130.

Coleman, L.M. 1997. Stigma an enigma demystified. *The disability studies reader*. Davis, L.J. (ed.) New York: ROUTLEDGE.

Compton, B.R. & Galaway, B. 1994. *Social work processes*. 5<sup>th</sup> edition. California: Cole Publishing Company.

Coyle, G.S. 1997. Family therapy with a chronic pain patient: rehabilitation hospital. *Social work in health settings practice in context*. Kerson, T.S. and associates. 2<sup>nd</sup> edition. New York: The Haworth Press.

Crafford, D. 1996. Teologie van die godsdienste. *Suid-Afrika land van baie godsdienste*. Meiring, P. (red.) Pretoria: KAGISO.

Cronjé, G. 1968. *Mens tot medemens 'n algemene inleiding tot die maatskaplike sorg*. Kaapstad: HAUM.

Cronjé, G. 1970. Uitgangspunte by die maatskaplike werk. *Professionele maatskaplike werk*. Cronjé, G. (red.) Pretoria: Van Schaik.

Culliford, L. 2002. Spirituality and clinical care. *British Medical Journal*. 325(73780): 1434-1435.

Davis, K. 1993. On the movement. *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.

De Bruyn, P.J. 1993. *Tien Gebooie*. Midrand: Varia.

DEPARTMENT of Health

kyk

SOUTH AFRICA (Republic). Department of Health.

DEPARTEMENT van Gesondheid

kyk

SOUTH AFRICA (Republic). Department of Health.

De Vos, A.S. 1998. Intervention research. *Research at grass roots: a primer for the caring professions*. De Vos, A.S. (ed.) Pretoria: Van Schaik.

De Vos, A.S. 2002. Qualitative data analysis and interpretation. *Research at grass roots for the social sciences and human service professions*. De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. 2<sup>nd</sup> Edition. Pretoria: Van Schaik.

Disabled People South Africa. 2001. *DPSA pocket guide on disability equity an empowerment tool*. Kaapstad: Disabled people South Africa. parliament@dpasa.org.za

Doan, R.E. 1997. Narrative therapy, postmodernism, social construction, and constructivism: discussion and distinctions. *Transactional Analysis Journal*. 27(2): 128-132, April.

Doherty, W.J. 1991. Family therapy goes postmodern. *The Family Networker*. 15(5): 37-43, September/October.

Drake, R.F. 1996. A critique of the role of the traditional charities. *Disability and society: emerging issues and insights*. Barton, L. (ed.) Essex: Longman.

Drummond, T. & Mundy, K. 1986. The political imperative. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

Du Plessis, M.J.M. 2000. Die ontwerp van 'n gemeenskapsontwikkelingsmodel: 'n maatskaplikewerk-perspektief. Ongepubliseerde verhandeling vir die graad Philosophiae Doctor Fakulteit Geesteswetenskappe, Departement Maatskaplike werk, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.

Du Plessis, M.J.M. & Ferreira, S.B. 2002a. *Konstruktivisme, konstruksionisme en maatskaplike werk*. Bloemfontein: Departement van Maatskaplike werk, Universiteit van die Oranje-Vrystaat. Aantekeninge van Somerskool 2002: Die narratiewe werkswyse in maatskaplike werk.

Du Plessis, M.J.M. & Ferreira, S.B. 2002b. *Uitgangspunte ten grondslag van die narratiewe werkswyse in die konteks van maatskaplike werk*. Bloemfontein: Departement van Maatskaplike werk, Universiteit van die Oranje-Vrystaat. Aantekeninge van die Somerskool 2002: Die narratiewe werkswyse in maatskaplike werk.

Du Toit, B. 2000. *God? Geloof in 'n postmoderne tyd*. Bloemfontein: CLF-Uitgewers.

Du Toit, C. 1990. 'n Teologiese perspektief. *God in ons lyding*. Vos, C. & Müller, J. (reds.) Pretoria: ORION.

Dyson, J., Cobb, M. & Forman, D. 1997. The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 26: 1183-1188.

Efran, J.S., Lukens, R.J. & Lukens, M.D. 1988. Constructivism: what's in it for you? *The Networker*. 12(5): 27-35, September/October.

Elliott, H. 1998. En-Gendering distinctions: postmodernism, feminism, and narrative therapy. *Praxis situating discourse, feminist and politics in narrative therapies*. Madigan, S. & Law, I. Vancouver: Yaletown Family Therapy.

Ellis, K. 2005. Disability rights in practice: the relationship between human rights and social rights in contemporary social care. *Disability & Society*. 20(7): 691-704, December.

Eloff, D.J. 1976. Mensbeskouing in maatskaplike werk. *Maatskaplike werk – 'n algemene inleiding*. Pieterse, J.E. (red.) Pretoria: Academica.

Epston, D. 1998. *'Catching up' with David Epston: a collection of narrative practice-based papers published between 1991 & 1996*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Epting, F.R. 1984. *Personal construct counseling and psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.

Finkelstein, V. 1993a. The commonality of disability. *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.

Finkelstein, V. 1993b. Disability: a social challenge or an administrative responsibility? *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE Publications.

Fook, J. 2002. *Social work critical theory and practise*. London: SAGE.

Ford, L. 1994. *The power of story: Rediscovering the oldest, most natural way to reach people for Christ*. Colorado: NAVPRESS.

Foshaugen, E.K. 1999. Worship and spirituality as a praxis-orientated apologetic in a post-modern world (the new age) – an incarnational engaged approach. *Acta Theologica*. 12(2): 1-13, December.

Frayling, M. 2010. Spreading the news: therapeutic letters in the health care setting. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. (1): 78-86.

Freedman, J. & Combs, G. 1996. *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: Norton.

Freedman, J. & Combs, G. 2002. *Narrative therapy with couples ... and a whole lot more! A collection of papers, essays and exercises*. ADELAIDE: Dulwich Centre Publications.

FREE STATE DEPARTMENT of Health. 2008. *Boitumelo hospital revitalization: project implementation plan 2008/09*. (Oorspronklike dokument in besit van die ondersoeker).

FREE STATE DEPARTMENT of Social Development. 2005. *Draft policy: Accessibility – A design guide for a barrier free environment*. Bloemfontein: Free State Department of Social Development.

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health. 2004. *Policy on free health services for people with disabilities in Free State Province*. Bloemfontein: Department of Health.

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health. 2005a. *Social Work Norms and Standards*. Bloemfontein: Department of Health. Draft policy 2005. (Oorspronklike dokument in besit van die ondersoeker).

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health. 2005b. *Medical Social Work*. Bloemfontein: Department of Health. Draft policy 2005. (Oorspronklike dokument in besit van die ondersoeker).

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health. 2006a. *Rehabilitation Policy*. Bloemfontein: Department of Health.

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health. 2006b. *Health programs Directorate Business Plan 2006/2007*. Bloemfontein: Department of Health.

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health. 2006c. *Corporate Strategic plan 2006/2007 to 2015/2016*. Bloemfontein: Department of Health.

French, S. 1993. Disability, impairment of something in between? *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.

Furniss, G. 1995. *Sociology for pastoral care*. London: SPCK.

Gallagher, S.V. 1997. Faith, scholarship and postmodernism. *Koers Bulletin vir Christelike wetenskap*. 62(2): 149-162.

Gergen, K.J. 1994. *Realities and relationships soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.

Goffman, E. 1997. Selections from Stigma. *The disability studies reader*. Davis, L.J. (ed.) New York: ROUTLEDGE.

Gladwin, J. 1986. Good social organization: some hard questions. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

Grondwet

kyk

SUID-AFRIKA (Republiek). 1996.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. 1995. Biographical work and new ethnography. *Interpreting experience the narrative study of lives*. Josselson, R. & Lieblich, A. (eds.) Vol. III. London: SAGE.

Hahn, H. 1997. Advertising the acceptably employable image. *The disability studies reader*. Davis, L.J. (ed.) New York: ROUTLEDGE.

Hammer, D.L. & Kerson, T.S. 1997. Discharge planning in a community hospital: a patient whose symptoms the system could not manage. *Social work in health settings practice in context*. Kerson, T.S. and associates. 2<sup>nd</sup> edition. New York: The Haworth Press.

Henderson, A. 1986. Christianity and the psychodynamic approach. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

Heyns, J.A. 1974. *Die mens Bybelse en buite-bybelse mensbeskouinge*. Bloemfontein: Sacum.

Heyns, J.A. 1978. *Dogmatiek*. Pretoria: N.G. Kerkboekhandel.

Hoffman, L. 1992. A reflexive stance for family therapy. *Therapy as social construction*. McNamee, S. & Gergen, K.J. (eds.) London: SAGE.

Hogan, R. 1976. *Personality theory the personological tradition*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Hugo, E.A.K. 1976. Die aard, doel, taak en beginsels van maatskaplike werk. *Maatskaplike werk – 'n algemene inleiding*. Pieterse, J.E. (red.) Pretoria: Academica.

Hugo, E. 1990. 'n Maatskaplike perspektief. *God in ons lyding*. Vos, C. & Müller, J. (reds.) Pretoria: ORION.

Ife, J. 1999. Postmodernism, critical theory and social work. *Transforming social work practice: Postmodern critical perspectives.* Pease, B. & Fook, J. (eds.) London: Routledge.

Janse van Rensburg, J. 2000a. *The paradigm shift an introduction to postmodern thought and its implications for theology.* Pretoria: Van Schaik.

Janse van Rensburg, J. 2000b. The subject of pastoral care: an epistemological discourse. *Acta Theologica.* 2000 Supplementum 1: 1-25.

Janse van Rensburg, J. 2002. Die postmoderne mens aan wie die evangelie verkondig moet word. *Praktiese teologie in SA.* 17(2): 39-59.

Josselson, R. & Lieblich, A. (eds.) 1993. *The narrative study of lives.* Vol. I. London: SAGE.

Josselson, R. 1995. Imaging the real. Empathy, narrative and the dialogic self. *Interpreting experience the narrative study of lives.* Josselson, R. & Lieblich, A. (eds.) Vol. III. London: SAGE.

Josselson, R. & Lieblich, A. (eds.) 1995. *Interpreting experience the narrative study of lives.* Vol. III. London: SAGE.

Joubert, T.R. 1990. *Die belewenis van amputasie van onderledemate.* Ongepubliseerde verhandeling vir die graad Magister Artium (Kliniese Sielkunde), Fakulteit Lettere en Wysbegeerte, Universiteit van Pretoria, Pretoria.

Kerson, T.S. 1997. Practice in context: the framework. *Social work in health settings practice in context.* Kerson, T.S. and associates. 2<sup>nd</sup> edition. New York: The Haworth Press.

König, A. 2002. *God, waarom lyk die wêreld só? Kan ons sê: "God is in beheer"?* Wellington: Lux Verbi.

Kotzè, E. & Kotzè, D.J. 1997. Social construction as a postmodern discourse: an epistemology for conversational therapeutic practice. *Acta Theologica.* 17(1): 27-47.



- Kubheka, B.A. 1992. *Description of amputation history and rehabilitation of black men who have had traumatic amputations of the lower limb*. Unpublished dissertation for the degree of master of social science (Nursing), University of Natal, Durban.
- Kysar, R. 1991. *Called to care Biblical images for social ministry*. Minneapolis: Fortress.
- Lane, H. 1997. Construction of deafness. *The disability studies reader*. Davis, L.J. (ed.) New York: ROUTLEDGE.
- Laws, S. 2003. *Research for development a practical guide*. London: SAGE.
- Lax, W.D. 1992. Postmodern thinking in a clinical practice. *Therapy as social construction*. McNamee, S. & Gergen, K.J. (eds.) London: SAGE.
- Lenny, J. 1993. Do disabled people need counseling? *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.
- Lindeque, R.C. 1985. *Gaan maak jy ook so. Die maatskaplike werk van die Ned. Geref. Kerk*. Pretoria: NG Kerkboekhandel
- Louw, D.J. 1991. *Pastoraat as ontmoeting ontwerp vir 'n basisteorie, antropologie, metode en terapie*. Kaapstad: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- Louw, D.J. 1994. *Illness as crisis and challenge guidelines for pastoral care*. Halfway House: Orion.
- Louw, D.J. 1998. *Pastoraat as vertolking en ontmoeting teologiese ontwerp vir 'n basisteorie, antropologie, metode en terapie*. Kaapstad: Lux Verbi.
- Lustig, D.C. & Strauser, D.R. 2007. Causal relationships between poverty and disability. *Rehabilitation Counselling Bulletin*. 50(4): 194-202.
- Madigan, S. 1998a. Practice interpretations of Michel Foucault: situating problem externalising discourse. *Praxis situating discourse, feminism and politics in narrative therapies*. Madigan, S. & Law, I. Vancouver: Yaletown Family Therapy.

Madigan, S. 1998b. The politics of identity: locating community discourse in narrative practice. *Praxis situating discourse, feminism and politics in narrative therapies*.  
Madigan, S. & Law, I. Vancouver: Yaletown Family Therapy.

Martinez-Brawley, E.E. 1999. Social work, postmodernism and higher education. *International Social Work*. 42(3): 333-346, July.

Maykut, P. & Morehouse, R. 1994. *Beginning qualitative research a philosophic and practical guide*. London: The Falmer press.

McIntyre, A. & Tempest, S. 2007. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*. 29(18): 1475-1479, September.

McNamee, S. & Gergen, K.J. (eds.) 1992. *Therapy as social construction*. London: SAGE.

McRae, J.F.K. 1994. A woman's story. *Exploring identity and gender the narrative study of lives*. Lieblich, A. & Josselson, R. (eds.) Vol. II. London: SAGE.

Meyerson, L. 1990. A social psychology of physical disability: 1948 and 1988. *Perspectives on disability*. Nagler, M. Palo Alto: Health Markets Research.

Middleton, J.R. & Walsch, B.J. 1995. *Truth is stranger than it used to be Biblical faith in a postmodern age*. Illinois: InterVarsity.

Morgan, A. 2000. *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Morris, J. 1993. Prejudice. *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.

Mostert, B. 2000. *Teen die gety neem die evangelie na die uiterstes van die aarde*. Vereeniging: CUM.

Muller, A. 1976. Geneeskundige maatskaplike werk. *Maatskaplike werk – 'n algemene inleiding*. Pieterse, J.E. (red.) Pretoria: Academica.

Müller, J. 2000. *Reis-geselskap: die kuns van verhalende pastorale gesprekvoering*. Wellington: Lux Verbi. BM.

Murray, C.D. 2009. Being like everybody else: the personal meanings of being a prosthesis user. *Disability and Rehabilitation*. 31(7): 573-581.

Nagler, M. 1990. *Perspectives on disability*. Palo Alto: Health Markets Research.

Nasionale Gesondheidswet

kyk

Suid-Afrika (Republiek). 2004.

Neimeyer, R.A. 1993. An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(2): 221-234.

Neuman, W.L. 2000. *Social research methods qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon.

Ochberg, R.L. 1994. Life stories and storied lives. *Exploring identity and gender the narrative study of lives*. Lieblich, A. & Josselson, R. (eds.) Vol. II. London: SAGE.

O'Collins, S.J. 2007. *Jesus our redeemer a Christian approach to salvation*. Oxford: University Press.

O'Hanlon, B. 1994. The third wave. *The Family Therapy Networker*. 18(6): 19-29, November/December.

Oliver, M. 1990. *The politics of disablement a sociological approach*. New York: St. Martin's Press.

Oliver, M. 1993. Re-defining disability: a challenge to research. *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.

Oliver, M. & Barnes, C. 1993. Discrimination, disability and welfare: from needs to rights. *Disabling Barriers – enabling environments*. Swain, J., Finkelstein, V., French, S. & Oliver, M. (eds.) London: SAGE.

Olkin, R. 1999. *What psychotherapists should know about disability*. New York: The Guilford Press.

O'Neill, M. 1997. Residential care facility: treatment of a child with severe disabilities. *Social work in health settings practice in context*. Kerson, T.S. and associates. 2<sup>nd</sup> edition. New York: The Haworth Press.

Oostenbrink, J.W. & Lotter, G.A. 1999. Gereformeerde spiritualiteit as korporatiewe spiritualiteit. *In die Skriflig*. 33(3): 367-383, September.

Parry, A. 1991. A universe of stories. *Family Process, Inc.* 30: 37-54, March.

Patterson, W.J. 1986. The untenable dilemma. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

Payne, M. 2000. *Narrative therapy an introduction for counsellors*. London: SAGE.

Pease, B. & Fook, J. 1999. Postmodern critical theory and emancipatory social work practice. *Transforming social work practice: Postmodern critical perspectives*. Pease, B. & Fook, J. (eds.) London: Routledge.

Peters, S. 1996. The politics of disability identity. *Disability and society: emerging issues and insights*. Barton, L. (ed.) Essex: Longman.

Pieterse, J.E. 1976. Die ontwikkeling van maatskaplike sorg en maatskaplike werk in Suid-Afrika. *Maatskaplike werk – 'n algemene inleiding*. Pieterse, J.E. (red.) Pretoria: Academica.

Philpot, T. 1986a. Introduction. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

Philpot, T. 1986b. Values. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

Pincus, A. & Minahan, A. 1973. *Social work practice: Model and method*. Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.

PROVINSIE VRYSTAAT. 1996. *Wet op die Vrystaatse Hospitale*, no. 13 van 1996. Bloemfontein: Provinsiale koerant.

PROVINSIE VRYSTAAT. 1999. *Vrystaat Provinsiale Gesondheidswet*, Wet no. 8 van 1999. Bloemfontein: Provinsiale koerant.

Reamer, F.G. 1999. *Social work values and ethics*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Columbia University Press.

Roberts, J. 1994. *Tales and transformations stories in families and family therapy*. New York: W.W. Norton & Company.

Rolland, J.S. 1994. *Families, illness, and disability an integrative treatment model*. New York: BASIC BOOKS.

Romeis, J.C. 1990. Alienation as a consequence of disability: contradictory evidence and its interpretations. *Perspectives on disability*. Nagler, M. Palo Alto: Health Markerts Research.

Ross, E. & Deverell, A. 2004. *Psychosocial approaches to health, illness and disability a reader for health care professionals*. Pretoria: Van Schaik.

Saurez de Balcazar, Y., Bradford, B. & Fawcett, S.B. 1990. Common concerns of disabled Americans: issues and options. *Perspectives on disability*. Nagler, M. Palo Alto: Health Markerts Research.

Schenck, C.J. 1998. 'n Paradigma ontleding van en paradigma beskrywing vir deelnemende werkswyses. Ongepubliseerde verhandeling vir die graad Doctor Philosophiae (Maatskaplike Werk), Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria.

Schenck, R. 2002. Revisiting Paulo Freire as a theoretical base for participatory practices for social workers. *Social work/Maatskaplike Werk*. 38(1): 71-80.

Schurink, E.M. 1998. Participatory action research as a tool for sustainable social development and reconstruction. *Research at grass roots: a primer for the caring professions*. De Vos (ed.) Pretoria: Van Schaik.

Seidman, S. 1992. Postmodern social theory as narrative with a moral intend. *Postmodernism and social theory the debate over general theory*. Seidman, S. & Wagner, D.G. Massachusetts: BLACKWELL.

Seidman, S. & Wagner, D.G. 1992. Introduction. *Postmodernism and social theory the debate over general theory*. Seidman, S. & Wagner, D.G. Massachusetts: BLACKWELL.

Shapiro, J. 1990. Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: a review. *Perspectives on disability*. Nagler, M. Palo Alto: Health Markerts Research.

Simon, R. 1985. Structure is destiny. An interview with Humberto Maturana. *The Family Therapy Networker*. 9(3): 32-46.

Skidmore, R.A. & Thackery, M.G. 1982. *Introduction to social work*. New Jersey: Prentice-Hall.

SOUTH AFRICA (Republic). 1997. *Integrated National Disability Strategy White Paper*. Pretoria: Staatsdrukker.

SOUTH AFRICA (Republic). Department of Health. 2000. *National rehabilitation policy*. Kaapstad: Department of Health.

SOUTH AFRICA (Republic). Department of Health. 2001. *The primary health care package for South Africa – a set of norms and standards*. Pretoria: Department of Health.

SOUTH AFRICA (Republic). Department of Health. 2004. *Policy on free health services for people with disabilities*. Pretoria: Department of Health.

SOUTH AFRICA (Republic). Department of Health. 2005. *Assistive devices provisioning policy*. Pretoria: Department of Health.

SUID-AFRIKA (Republiek). 1996. *Die Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika, no. 108 van 1996*. Kaapstad: Government Gazette.

SUID-AFRIKA (Republiek). 2004. *Nasionale Gesondheidswet, Wet no. 61 van 2003*. Kaapstad: Government Gazette.

Strydom, H. 2001. Deelnemende aksie-navorsing as model vir benutting deur gesondheidswetenskaplikes. *Social work/Maatskaplike Werk*. 37(4): 379-392.

Strydom, H. 2002. Participatory action research. *Research at grass roots for the social sciences and human service professions*. De Vos, A.S., Strydom, H, Fouché & Delpont, C.S.L. 2<sup>nd</sup> edition. Pretoria: Van Schaik.

Swan, V. 1998. Narrative and Foucault. Implications for feminist therapeutic practice. *Praxis situating discourse, feminism and politics in narrative therapies*. Madigan, S. & Law, I. (eds.) Vancouver: Yaletown Family Therapy.

Switzer, J.V. 2003. *Disabled rights American disability policy and the fight for equality*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Thomson, R.G. 1997. Feminist theory, the body, and the disabled figure. *The disability studies reader*. Davis, L.J. (ed.) New York: ROUTLEDGE.

Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk. 1995. *New dictionary of social work/Nuwe woordeboek vir maatskaplike werk*. Kaapstad: CTP Book Printers.

Van Bochove, J.W. 1970. Die ontwikkeling van die individuele behandeling as metode in maatskaplike werk. *Professionele maatskaplike werk*. Cronjé, G. (red.) Pretoria: Van Schaik.

Van der Watt, J.G. 1991. Gelowige en omgewing (Openbaring 20:11-21:8). *Mens en omgewing*. Vos, C.J.A. & Müller, J.C. (red.) Halfway House: ORION.

VanderZee, J.T. 1993. *Ministry to persons with chronic illnesses a guide to empowerment through negotiation*. Minneapolis: Augsburg Fortress.

Van Heerden, P.R. & Kotzé, D.J. 1997. Die pastorale gesprek binne 'n narratiewe diakonale pastoraat. *Acta Theologica*. 17(1): 81-95.

Van Rooyen, I.J.J. & Combrink, M.J. 1980. *Gevallewerk 'n integrerende benadering*. Pretoria: Academica.

Van Wyk, J.H. 1993. Homo Dei 'n Prinsipiële besinning oor enkele mensbeskouinge, waaronder dié van Calvyn. *In die Skriflig*. Supplementum 1. 27: 1-112

Van Zyl, A.L., Uys, M.S., Truter, E.H., Lochner, R.Y., Le Roux, S.E., Kotzé, D.J., Green, S. & Fourie, E. 1997. Interdisciplinary assessment of clients with physical disabilities: an outreach strategy. Tygerberg: Centre for the Care and Rehabilitation of the Disabled, University of Stellenbosch.

Visagie, C. 1988. Aanpassing deur die amputasiepasiënt: enkele sielkundige faktore. Ongepubliseerde verhandeling vir die graag Magister Artium (Voorligtingsielkunde), Universiteit van Pretoria, Pretoria.

Von Glasersfeld, E. 1995. *Radical constructivism: a way of knowing and learning*. London: The Falmer Press.

Vorster, C. 2003. *General systems theory and psychotherapy: beyond post-modernism*. Pretoria: SATORI Publishers.

Vosloo, W. 1993. Die Ou Testament. *Die Bybel in praktyk (Nuwe Vertaling)*. Vosloo, W, & Janse van Rensburg, F. (reds.) Vereniging: Christelike Uitgewersmaatskappy.

Vrystaatse Provinsiale Department van Gesondheid

kyk

FREE STATE PROVINCIAL DEPARTMENT of Health



Vrystaat Provinsiale Gesondheidswet

kyk

PROVINSIE VRYSTAAT. 1999.

Walsh, F. 1999. Opening family therapy to spirituality. *Spiritual resources in family therapy*. Walsh, F. (ed.) New York: The Guilford press.

Wendell, S. 1997. Toward a feminist theory of disability. *The disability studies reader*. Davis, L.J. (ed.) New York: ROUTLEDGE.

Wêreld Gesondheidsorganisasie

kyk

World Health Organisation 2001

Wet op die Vrystaatse Hospitale

kyk

PROVINSIE VRYSTAAT. 1996.

White, K. 1986. Residential social work. *Social work a Christian perspective*. Philpot, T. (ed.) England: Lion publishing plc.

White, M. 1992. Deconstruction and therapy. *Experience, contradiction, narrative & imagination: selected papers of David Epston & Michael White 1989-1991*. Epston, D. & White, M. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. 1993. Deconstruction and therapy. *Therapeutic conversations*. Gillingan, S. & Price, R. (eds.) New York: Norton.

White, M. 1995. *Re-Authoring lives: interviews & essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. 1997. *Narratives of therapists' lives*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. 2000. *Reflections on narrative practice: essays and interviews*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. 2003. Narrative practice and community assignments. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. (2): 17-80.

White, M. 2004. Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: a narrative perspective. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. (1): 45-73.

White, M. & Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

White paper on an Integrated National disability strategy

kyk

SOUTH AFRICA (Republic). 1997.

Widdershoven, G.A.M. 1993. The story of life hermeneutic perspectives on the relationship between narrative and life history. *The narrative of lives*. Josselson, R. & Lieblich, A. (eds.) Vol. I. London: SAGE.

Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale strategie vir gestremdheid

kyk

SOUTH AFRICA (Republic). 1997.

World Health Organisation. 2001. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

Yancy, P. 1993. *Where is God when it hurts?* Michigan: ZONDERVAN.

Yuen, A. 2009. Less pain, more gain: explorations of responses versus effects when working with the consequences of trauma. *The International Journal of Narrative Therapy and Community work*. (1): 1-16.

**BYLAE 1**

**CONSENT FORM FOR PARTICIPATION  
RESEARCH PROJECT TO COMPILE A SOCIAL WORK INTERVENTION  
PROGRAMME FOR HOSPITALISED PERSONS WITH AMPUTATIONS**

I know that:

1. My participation in this research project is entirely voluntary.
2. I am free to withdraw from the project at any time without any disadvantage.
3. I am aware of what will happen to my personal information (including tape recordings) at the conclusion of the project, that the data will be summarized, published in a research report and retained for three years. Other uses may include professional articles and policy and procedure documents. You are welcome to request a copy of the results of the project should you wish.
4. I will receive no payment of compensation for participating in the project.
5. All personal information supplied by me will remain confidential throughout the project. Your name will never be used in any discussion or publication. The results may be discussed with members of the multi-disciplinary rehabilitation and study leaders of supervisor.

I am willing to participate in this research project.

-----  
Signature of participant

Date: .....

-----  
Name of participant in capital letters

-----  
Signature of witness

**BYLAE 2**

**BOITUMELO HOSPITAL  
RHABILITATION SERVICES**

**STRATEGIC PLANNING 2008/09**

<p><b>STRENGTHS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The willingness of rehabilitation staff members to serve clients.</li> <li>• The commitment of rehabilitation staff members to quality patient care.</li> <li>• High priority placed on the holistic approach to patient care – regular weekly multi-disciplinary ward rounds.</li> <li>• Good working relationships with the rehabilitation service team members of Fezile Dabi DHS.</li> <li>• Rehabilitation services enjoy the positive support from the hospital's management.</li> </ul>	<p><b>WEAKNESSES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of accurate information about patients admitted with the need for rehabilitation.</li> <li>• Receive late referrals (when the patient is physically nearly ready for discharge).</li> <li>• Difficult to identify patients for rehabilitation – limited staff with no time for screening.</li> <li>• Limited rehabilitation staff members – workload to high for available number of therapists.</li> <li>• Multi-disciplinary team incomplete – vacancies and a lack of approved posts on the staff establishment.</li> <li>• No designated ward/unit for rehabilitation.</li> <li>• Rehabilitation services are fragmented between different professional departments.</li> <li>• Limited patient discussions, due to time constraints.</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITIES (external)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• New facilities (expects the new building will be available in 2 years time).</li> <li>• New equipment will be procured – part of revitalization project.</li> <li>• The expansion of the current staff establishment will include more posts for rehabilitation therapists.</li> </ul>	<p><b>THREATS (external)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shortage of assistive devices at times, because of practical problems to receive orders placed in time.</li> <li>• The provisioning of assistive devices is based on a centralized approach – depend on Provincial office for funds and procurement.</li> <li>• Budget constraints to procure assistive devices – prioritization of needs hampered patient care.</li> <li>• Limited health workers in hospital wards – staff attend only to basic nursing/medical care.</li> <li>• Limited rehabilitation staff in communities (DHS), due to vacancies and budget constraints.</li> <li>• Limited physical space to treat patients.</li> <li>• Insufficient support systems at home.</li> <li>• Lack of support networks in communities (NGO's, DHS), especially in rural areas.</li> </ul>

BYLAE 3

**BOITUMELO HOSPITAL KROONSTAD**  
**REHABILITATION TEAM PROGRESS / SUMMARY REPORT**

Date :-----

<i>Patient:</i>
<i>Hospital No.:</i>
<i>Ward:</i>
<i>Diagnosis:</i>

**FEEDBACK RECEIVE FROM/GIVEN TO THE DOCTOR IN CHARGE OF THE PATIENT**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**FEEDBACK RECEIVED FROM/GIVEN TO NURSING STAFF**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**PHYSIOTHERAPY**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**OCCUPATIONAL THERAPY**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**SOCIAL WORK**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**DIETICIAN**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**PSYCHOLOGIST**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**AUDIOLOGIST AND SPEECH THERAPIST**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**BYLAE 4**

**BOITUMELO HOSPITAL KROONSTAD**  
**NEW REHABILITATION PATIENTS FOR**  
**MULTI-DISCIPLINARY INTERVENTION**

Date: \_\_\_\_\_

**1. NEW REFERRALS / WARD ROUND**

<i>Name of Patient</i>	<i>BM File No.</i>	<i>Ward &amp; Bed No.</i>	<i>Diagnosis</i>	<i>Treatment plan</i>

**ATTENDANCE REGISTER FOR PATIENT DISCUSSION MEETINGS**

*Dietitian:* \_\_\_\_\_

*Occupational Therapist:* \_\_\_\_\_

*Physiotherapist:* \_\_\_\_\_

*Psychologist:* \_\_\_\_\_

*Social Worker:* \_\_\_\_\_

*Speech Therapist:* \_\_\_\_\_

*CSS Manager:* \_\_\_\_\_

*Doctor:* \_\_\_\_\_

## OPSOMMING

'n Amputasie is 'n ingrypende gebeurtenis met verreikende gevolge en persone met fisiese gestremdhede is van die kwesbaarste persone in die samelewing. Fisiese gestremdheid word tydens die postmodernisme binne 'n nuwe diskoers beredeneer en die bemagtiging van persone met amputasies word beklemtoon.

Hierdie navorsing word begrond vanuit die Christelike mens- en wêreldbeskouing. Maatskaplike werk se ontwikkeling en beginsels toon ooreenkomste met die Christelike benadering tot hulpverlening, tog bestaan die behoefte aan die beskrywing van maatskaplike werk volgens die Christelike benadering. Die invloed van postmoderne epistemologieë, die konstruktivisme en konstruksionisme, het neerslag gevind in terapeutiese benaderings. Die narratiewe werkswyse het hieruit ontwikkel en is gebaseer op die veronderstelling dat die mens se werklikheidskonstruksies in narratiewe uitgedruk word. Die narratiewe werkswyse het die potensiaal om gewenste narratiewe te ontwikkel, wat op persone met amputasies se sienings en voorkeure gebaseer is.

Die hospitaal maatskaplike werker in 'n Provinsiale Streekshospitaal is deel van die multi-dissiplinêre span wat rehabilitasiedienste aan persone met amputasies lewer. Rehabilitasiedienste fokus op die behandeling van fisiese gestremdheid en om die betrokkenes te begelei om die hoogs moontlike vlak van fisiese, psigiese en sosiale funksionering te bereik.

Kwalitatiewe navorsing, naamlik deelnemende-aksienavorsing volgens die narratiewe werkswyse word uitgevoer, met die doel om die deelnemers se narratiewe te beskryf en op grond daarvan 'n program vir hospitaal maatskaplikewerkhulpverlening volgens die Christelike benadering vir persone met amputasies daar te stel. Deelnemers se storie vertelling het bygedra tot die ontwikkeling van kennis en aksies om dienslewering aan persone met amputasies te verbeter.



## SUMMARY

An amputation is a traumatic event which has far-reaching consequences. Persons with physical disabilities are of the most vulnerable in society. In the postmodern era discourse has evolved in which the empowerment of people with disabilities, has been emphasized. The influence of postmodern epistemology, constructivism and social constructionism, had contributed to the development of the narrative approach to therapeutic intervention. The narrative approach is based on the assumption that narratives are the constructions and frameworks of concepts and beliefs by which we interpret and understand our lives. The narrative approach provides possibilities to create new meanings and alternative stories and is therefore a preferred strategy for the treatment of amputees.

The research is founded in the Christian worldview and the main features of a Christian anthropology. That implies the description of the role of Christianity in the historical origins of social work, the influence on social work principles and some implications for a Christian approach to social work practice.

The social worker in a Provincial regional hospital is part of a multi-disciplinary team that offers rehabilitation to amputees. Rehabilitation services focus on the improvement of the mobility and independence of people with disabilities and aim to help the person to achieve the highest possible level of physical, psychological, spiritual and social functioning.

Qualitative research, namely participatory action research according to the narrative approach, is followed. The objective is the active involvement of participants to tell their problem-saturated stories and narrate their feelings and experiences, in order to develop a program for social work intervention according to the Christian approach, to amputees. Participants included amputees, significant role players in their lives and the multi-disciplinary team of a Provincial regional hospital and the story telling contributed to the development of knowledge and certain actions to improve service delivery to amputees.