

THE PASTORAL CARE OF THE HYSTERECTOMY PATIENT:
THE PROSPECTS OF A
MULTI-DISCIPLINARY APPROACH

by

WILLEM ADRIAAN JOHANNES VAN SCHOOR

A dissertation submitted in fulfilment of the requirements
for the degree of

DOCTOR OF THEOLOGY

Department of Practical Theology
in the Faculty of Theology
at the University of Durban-Westville

Promoter: PROF N.A.C HEUER

JANUARY 1999



ABSTRACT

One purpose of teamwork is to pool the skills of individuals in order to produce a better result than that which could be achieved by each individual working on their own. The total effect should therefore be greater.

Such sharing of knowledge permits the development of multi-disciplinary teamwork. However, the mere existence of a number of different professionals does not guarantee teamwork. Traditional professional boundaries may be threatened and such interchange will only take place in an atmosphere of mutual trust and respect.

Multiple individual consultations may lead to confusion about who is responsible for what. It may also lead to the possibility of repetition and overlap. Teamwork therefore is seldom easy but can be satisfying despite some personal loss of professional autonomy. The multi-disciplinary approach is an opportunity for supporting a patient within the framework of realistic expectations for the outcome of any intervention for a patient or family.

The biopsychopastoral approach to patient care is intimately associated with psychology, medicine and theology. This approach differentiates the following separate aspects: emotional care, informational care and counselling. Although the final goal



of therapy the ultimate well-being of the patient is, each of the discipliners in the team should have separate clear objectives. Problems are however always complex and changing and no person in the team is likely to have all the answers all the time.

The biopsychopastoral model provides an approach to the understanding of the physical disease, psychological problems and theological questions, and of their assessment and management. It outlines the way that all the systems function, whether they are biological, psychological or theological and views health care problems in a holistic way.



ABSTRAK

Een van die doelwitte van samewerking binne spanverband is om die verskillende sterkpunte van spanlede saam te voeg om sodoende 'n beter resultaat te verkry as wat spanlede op hulle eie optree. Die totale uitwerking van samewerking binne spanverband moet dus groter wees as die individuele poging.

Hierdie uitruil van kennis bied geleentheid tot die ontwikkeling van multi-dissiplinêre samewerking. Ten spyte daarvan sal die blote bestaan van individuele professionele persone nie noodwendig reeds samewerking nie. Tradisionele grense mag bedreig word en daarom sal samewerking alleen geskied waar wedersydse vertrouwe en respek teenwoordig is.

Meervoudige individuele gesprekke met pasiënte kan daartoe lei dat daar onkunde is oor wie vir wat verantwoordelik is. Samewerking binne spanverband is daarom selde maklik, maar kan tog verrykend wees ten spyte van die moontlike verlies aan eie professionele outonomieit. Die multi-dissiplinêre benadering is egter 'n geleentheid om die pasiënt binne die raamwerk van realistiese verwagtinge vir beide pasiënt en gesin te ondersteun.

Die biopsigopastorale model het te doen met die psigologie, mediese wetenskap en die teologie. So 'n benadering maak onderskeid tussen inligting oor die siekte, emotiewe reaksie en geloofsvrae wat mag opduik. Die uiteindelijke doel van die multi-



dissiplinêre terapie is die herstel van die pasiënt op alle vlakke.
Tog het elke lid van die span eie bepaalde doelwitte.

Die biopsigopastorale model voorsien in die behoefte om die fisiese siekte, psigologiese probleme en teologiese vrae te verstaan . Dit dui die weg aan waarop die spanlede moet funksioneer, sou dit medies, psigologies of teologies wees en tree in met die totale mens in die oog.



VOORWOORD

Die predikant is 'n geroepe herder in die wingerd van die Meester. Hierdie roeping omvat verskeie aspekte waarvan pastoraat 'n enkele rat in 'n groot ratwerk is. Binne pastorale konteks het die pastor dikwels te doen met unieke situasies. So 'n situasie is die pastoraat aan die histerektomie pasiënt. Die vrou beleef 'n ernstige krisis indien sy 'n histerektomie moet ondergaan. Die pastor, as lid van die manlike geslag, vind dit na alle waarskynlikheid moeilik om homself in so 'n situasie in te dink. Pastoraat aan die histerektomie pasiënt is ewe-eens nie 'n maklike taak nie.

Hierdie studie is gebore uit verskeie oorwegings:

- * Die student het reeds 'n vorige skripsie oor die pastoraat aan die mastektomie pasiënt voltooi en wil hierdie studie graag sien as 'n opvolg van genoemde skripsie.
- * Tydens my studiejare het ek 'n deeltydse beroep as assistent-verpleegkundige beklee en het dikwels met histerektomie pasiënte in aanraking gekom en toe reeds die nood en behoefte van die pasiënte ervaar.
- * As tot onlangs 'n ongetroude pastor vind die student dit uiters moeilik om die emosie en vrees van die histerektomie pasiënt te verstaan en mee te leef.

Wanneer oor siekte gedink word, word na my mening te maklik 'n fout begaan deur siekte as 'n fisiologiese ewilibrum versteuring te beskou. 'n Korrekte diagnose word gemaak en 'n behandelingsprogram geïnisieer. Siekte word beskou as 'n eksterne faktor wat geëlimineer moet word. Daar word dan vergeet dat die pasiënt ook 'n persoon is terwyl daar in terme van simptome, behandeling en laboratoriumuitslae gedink word.

Die kritieke vraag is: Wie is die persoon wat om hulp vra. Deur klinies na 'n persoon te kyk, word sy bloot 'n "geval" wat bepaalde simptome manifesteer. Sy word dan gereduseer tot iets wat simptome onder lede het en nie 'n persoon wat 'n psigosomatiese eenheid is nie.

'n Pasiënt wat met siekte gekonfronteer word, ly aan meer as simptome. Sy wil weet dat iemand haar pyn, angst en onsekerheid verstaan. Haar histerektomie is die eerste en enigste wat sy sal ondergaan. Sy het waarskynlik 'n klein bietjie kennis wat sy by haar moeder of vriendinne opgedoen het. Dit is egter sy wat deur die histerektomie gekonfronteer word.

In die lig van bogenoemde is die doel van die studie om 'n model te skep waar die pasiënt as persoon multi-dissiplinêr benader word. Aanvanklik word gekyk na wie die vrou as persoon is. Spesifieke probleme wat die vrou mag ondervind word ook onder die vergrootglas geplaas. Laastens word 'n beskeie poging aangewend om gesprek te stimuleer oor die moontlikheid van 'n

multi-dissiplinêre benadering tot 'n vrou wat 'n histerektomie ondergaan.

Hierdie studie word, waar moontlik, in 'n gangbare spreektaal geskryf aangesien die beoogde lesers nie net akademici insluit nie. Die gewone histerektomiepatiënt wat toegang tot die studie het, moet ook die gang van die argumente kan volg.

Waar daar vir die doel van die studie na 'n pastor as manlik verwys word, word die manlike vorm gebruik om omslagtigheid te voorkom. Baie kerkgenootskappe het reeds vroulike pastors in diens en derhalwe geld die verwysing na pastor vir beide manlike en vroulike pastor.

Die student verklaar hiermee ook dat hierdie studie " DIE PASTORAAT AAN DIE HISTEREKTOMIEPATIËNT: DIE MOONTLIKHEID VAN 'N MULTI-DISSIPLINÊRE BENADERING" die resultaat is van sy eie ondersoek en navorsing en dat hierdie studie nie gedeeltelik of ten volle ingedien is ten opsigte van 'n ander graad by enige Universiteit nie.

INHOUDSOPGAWE

ABSTRACT	i
ABSTRAK	iii
VOORWOORD	v

HOOFSTUK 1

Histerektomie: 'n persoonlike ervaring	1
--	---

HOOFSTUK 2

Wie is die histerektomiepatiënt?	12
2.1 Faktore wat die selfbelevens en selfbeeld van die vrou beïnvloed	13
2.2 Die rol van die uterus	17

HOOFSTUK 3

Die sielkundige invloed van siekte op die histerektomiepatiënt as psigosomatiese eenheid	24
3.1 Definisies	25
3.1.1 Siekte	25
3.1.2 Siekwees	25
3.1.3 Gesondheid	29
3.2 Om 'n pasiënt te wees	31
3.2.1 Gemoedstoestand veranderinge	32
3.2.2 Seksuele funksionering	33
3.2.2 Selfbeeld en vrouwees	33
3.3 Ondersteuningstelsels van die histerektomiepatiënt	35
3.3.1 Die dokter-pasiënt verhouding	35
3.3.1.1 Algemene praktisyn	36
3.3.1.2 Die ginekoloog	38
3.3.2 Die pastor, pastoraat en die histerektomiepatiënt	39

3.3.2.1	Fundering van pastoraat	39
3.3.2.3	Siekepastoraat	42
3.3.2.4	Die verhouding van siekepastoraat tot sielkunde en geneeskunde	44
3.3.2.5	Die Heilige Gees as Pastor	45
3.3.2.6	Die rol van die pastor	47
3.3.2.6	Die rol van die vroulike pastor	50
3.4	Inligting oor die histerektomie	52
3.5	Hospitalisasie en chirurgie	56

HOOFSTUK 4

Spesifieke probleme wat die histerektomiepatiënt mag ondervind		60
4.1	Die invloed van 'n histerektomie op die seksualiteit van die pasiënt	60
4.1.1	Inleiding	60
4.1.2	Probleme wat pre-operatief kan voorkom	60
4.1.3	Probleme wat post-operatief mag voorkom	61
4.1.4	Seksualiteit binne die huwelik	70
4.1.5	Seksualiteit - 'n Bybelse perspektief	70
4.2	Die invloed van vrees op die histerektomiepatiënt	73
4.2.1	Definisie	73
4.2.2	Vrese in die alledaagse lewe	74
4.2.3	Manifestasie van vrees	75
4.2.3.1	Vrees vir siekte	75
4.2.3.2	Vrees vir chirurgiese ingrepe	76
4.2.3.3	Vrees vir dood	77
4.2.3.4	Vrees vir verlies aan beheer	78
4.2.3.5	Vrees vir onbekendes	78
4.2.3.6	Vrees vir die skeiding van geliefdes	78

4.2.3.7	Vrees vir die verlies aan goedkeuring deur geliefdes	78
4.3	Die invloed van pyn by die histerektomiepatiënt	79
4.4	Die histerektomiepatiënt met kanker	81
4.4.1	Ondersteuning en verwerping van pasiënte	81
4.4.2	Verwantskappe in die familie van die pasiënt	83
4.4.2.1	Die eggenoot	83
4.4.2.2	Verhoudinge tussen kinders en moeders wat ginekologiese kanker het	85
4.4.3	Seksualiteit by die pasiënt met ginekologiese kanker	88
4.4.4	Reaksie van die histerektomiepatiënt op kanker	90
4.5	Die vraag na sin in lyding	92
4.5.1	Die verklaring van lyding: waaromvraag	95
4.5.1.1	Inskakelingsteodiseë	96
4.5.1.2	Uitskakelingsteodiseë	97
4.5.2	God se betrokkenheid by lyding: hoevraag	100
4.5.3	Teësprak tussen God en lyding: waarvraag	105
4.5.3.1	Onderhouding van die skepping	106
4.5.3.2	God se regering	106
4.5.3.3	Die medewerking van God	107
4.5.3.4	J Calvyn - God se vaderlike sorg	109
4.5.4	Oorwinning in lyding: wanneervraag	111
4.5.4.1	Opstandingsteologie	112
4.5.5	Verwerking van lyding: waartoevraag	116
4.6	Samevatting	118

HOOFSTUK 5

Strategieë vir berading van die histerektomiepatiënt

5.1	Hulp ten opsigte van emosionele verstoringe	122
-----	---	-----

5.2	Hulp aan pasiënte ten opsigte van seksuele probleme	124
5.3	Hulp aan pasiënte en gesinne met die krisis van kanker	125
5.4	Voorkomende ondersoek na die maatskaplike agtergrond van die pasiënt	126
5.5	Toetrede om die negatiewe persepsies van 'n histerektomie te ondervang	128
5.6	Krisisberading	129
5.7	Die pastoraat aan die moderne vrou as histerektomiepasiënt	132
5.7.1	Pastoraat as bondgenootskap	141
5.7.2	Nuwe pastorale paradigmas	144
5.8	Waarom 'n multi-dissiplinêre benadering?	148
5.8.1	Samewerking: psigologie en mediese wetenskap	150
5.8.2	Samewerking tussen teologie, psigologie en die mediese wetenskap	151
5.9	Die multi-dissiplinêre berading aan die histerektomiepasiënt	152
5.9.1	Die biopsigopastorale model	154
5.9.1.1	Faktore wat deur die medici in aanmerking geneem moet word	158
5.9.1.2	Faktore wat deur die sielkunde in aanmerking geneem moet word	159
5.9.1.3	Faktore wat deur die pastor in aanmerking geneem moet word	159

HOOFSTUK 1

HISTEREKTOMIE: 'n PERSOONLIKE ERVARING *

Alhoewel die meeste literatuur oor histerektomie klinies aangebied word, is daar enkele vroue wat op 'n baie persoonlike vlak hulle belewenis van die histerektomie weergee. Die student het ook 'n paar persone wat reeds 'n histerektomie ondergaan het, versoek om hulle persoonlike belewenis deur te gee.

Hierdie intieme openbaring van die vrou spreek waarskynlik meer as wat literatuur ooit kan. Dit lê die persoon en haar beleving agter die histerektomie ten diepste bloot.

Caroline de Costa (1992:707) is self 'n ginekoloog in Australië wat 'n histerektomie moes ondergaan. In haar dokument beskryf sy uitvoerig wat met haar as persoon voor, gedurende en na afloop van die operasie gebeur het.

Haar laaste menstruele siklus voor die chirurgiese ingreep het haar laat wonder hoe dit sou voel om direk in 'n post-menopouse fase in te gaan. Sy was bang dat sy spyt sou wees oor die verlies aan haar uterus en gevolglike moederskap. Hierdie vrees was rasioneel gesproke ongegrond. Tydens die histerektomie was sy reeds 45 jaar oud en het sewe kinders gehad. Tog gee sy toe dat die irrasionele vrees haar genoep het om die operasie etlike jare uit te stel. De Costa vra tereg die vraag hoeveel groter moet die vrees wees by 'n vrou wat nog nie kinders het nie of wat nog nie

al haar beplande kinders het nie.

Sy meld verder dat sy onseker was oor wat sy abdominaal sal voel wanneer haar uterus verwyder is aangesien sy gewoonde aan die pynlike menstruasie en ongemak was. Miskien was dit iets wat haar pasiënte haar nie vertel het nie. Miskien sal sy 'n "kind of black hole between bladder and bowel" voel (De Costa 1992:707). Die onsekerheid het bly knaag ten spyte van haar gespesialiseerde, wetenskaplike kennis van die anatomie van die vroulike geslagsdele.

Alhoewel die vrees op intellektuele wyse deur haar persoonlike ginekoloog (ook 'n vrou) bespreek kon word, sê sy uitdruklik dat die vrees aan haar geknaag het tot haar aankoms in die operasietheater. Dit was vir haar verstommend dat sy as professionele persoon met al die nodige mediese kennis, nog steeds aan die vrees onderwerp was. Weer vra sy tereg die vraag: as sy die vrees beleef het, hoeveel meer iemand wat bloot lekekennis op die gebied het.

Die chirurgiese ingreep self was ook 'n traumatiese ervaring. In die pre-operatiewe fase het sy toenemend angs ervaar; angs wat aangehelp is deur prosedures soos 'n maagspoeling en skeer van die skaamdele. Om die nag pre-operatief te slaap was moeilik ten spyte van die toediening van pre-operatiewe medikasie.

Post-operatief het sy die eerste 24 uur baie moeilik beleef. Faktore soos naarheid, disoriëntasie, pyn, ongemak en afhanklikheid van verpleegpersoneel het sy oorweldigend ervaar. Sy maak 'n stelling in die verband dat dit voordelig sou wees as elke ginekoloog 'n getroue nabootsing van die prosedure behoort te ondergaan, alvorens hy tot die beroep toegelaat word.

Na afloop van die eerste 24 uur het dit met haar baie beter gegaan. Die naarheid het verminder, binne-aarse inspuiting is gestaak, sy was bewus van tyd en plek en haar blaasfunksie was weer normaal.

Volgens De Costa was die blywendste post-operatiewe indruk dié van geweldige verligting dat die chirurgie verby was en dat dit bepaalde implikasie vir haar inhou. Sy is bevry van menstruele probleme en het geen spanning oor onbeplande swangerskappe gehad nie. Indien plaasvervangende hormoonterapie nodig was, sou sy dit kon gebruik sonder vrees vir bloeding. Al haar vrese het verdwyn en nog nooit weer voorgekom nie.

Karien skryf dat die ginekoloog wat haar histerektomie gedoen het, geen verduideliking gegee het oor wat met haar fout is nie. Al waarvan sy bewus was, was dat hy aan haar gesê het dat sy reeds die volgende dag geopereer moes word. Terugskouend sou sy verkies het om in fyn detail alles te weet wat met haar gaan gebeur.

Hoe nader die tyd vir die chirurgie aanbreek, hoe meer vreesbevange het sy geword. Haar vrees was veral dat sy nie post-operatief van narkose sou wakker word nie. Hierdie vrees het ook later gemanifesteer toe sy in die hospitaal was en haar gesin reeds huis toe gegaan het. Op daardie stadium het sy selfs gevoel dat die Here haar verlaat het. Karien is van mening dat enige pre-operatiewe berading vir haar baie sou beteken.

Sy kon nie met haar eggenoot oor haar vrees praat nie want die kinders was by. Ook die hospitaalpersoneel het nie regtig tyd om by 'n pasiënt te spandeer om oor gevoelens en vrese te praat nie.

Met die besoek van die narkotiseur het sy weer haar vrees oor dood uitgespreek. In die krisis was daar geloofstwyfel en 'n sterk vrees vir die dood.

Kommunikasie met die ginekoloog het egter veel te wense oorgelaat. Hy het haar aangeraai om te stap nadat sy ontslaan is. Sy het dit oordoen as gevolg van die gebrek in kommunikasie. Die gevolg daarvan was dat daar post-operatiewe komplikasies ingetree het.

Karien se seksuele verhouding het na afloop van die operasie tot niet gegaan. Sy het dit aan die ginekoloog gemeld, wat vir haar gesê het alles sal regkom. Dit het nie reggekom nie en tot vandag beskik sy en haar eggenoot oor geen seksuele verhouding nie.

Karien is van mening dat as die ginekoloog bereid was om haar te help, die probleem nou nie so groot gewees het nie.

Daleen glo ook dat die ginekoloog 'n prominente rol moet speel om die pasiënt vooraf oor al die vrae in te lig: Hoe moet ek as vrou die verlies verwerk as ek as't ware my vroulikheid inboet? Sal ek en my maat op dieselfde intieme vlak as voorheen beweeg.

Sy is verder oortuig dat die eggenoot ook deur die ginekoloog berading moet ontvang. Mans moet gewoonlik die vrou se weergawe van gebeure hoor wat sy gehoor het toe sy onseker en bang was. Gesamentlike berading kan baie van die probleme pre-operatief aanspreek en hanteer.

Marlene was in 'n ginekologiesaal van 'n plaaslike hospitaal na 'n miskraam. Die pasiënt wat in die bed langs haar gelê het, het 'n histerektomie ondergaan na komplikasies na 'n miskraam. Sy vertel dat dit haar aan haar eie situasie laat dink het.

Sy sou wou weet of alles moontlik gedoen is om die histerektomie te verhoed. Die ginekoloog sou aan haar moes verduidelik wat presies alles met haar gaan gebeur. Sy sou wou weet of sy post-operatief 'n "halwe vrou" sal wees of nie. Is sy nie dalk nou nutteloos as vrou, eggenote en minnares nie.

Aangesien daar so baie vrae kan ontstaan, voel Marlene dat die vrae in 'n paar pre-operatiewe beradingsessies aangespreek

moet word. Sy maak 'n pertinente onderskeid tussen die fisiologiese en psigologiese berading. Volgens haar behoort 'n sielkundige se hulp ingeroep word om rondom die psigologiese aspekte hulp aan te bied.

Die pastor moet ook 'n belangrike rol speel in die berading van die pasiënt. Marlene meld dat die eerste vraag wat in haar gedagtes opkom die van die teodisee vraag is. Is dit God se straf? Is ek nie meer goed genoeg in God se oë om kinders te kan hê nie. Verdien ek dit? Hier sal die vrae deur die pastor beantwoord moet word.

Laastens glo sy dat die huweliksmaat hierdie berading saam met haar moet deurmaak. Hulle is ten nouste en intiem by mekaar betrokke en moet die krisis van 'n histerektomie as geleentheid omskep.

Susanna is die enigste pasiënt wat vermeld dat haar ginekoloog ook met haar eggenoot gepraat het. Op die wyse was hy goed voorbereid en het hulle saam besluit dat 'n histerektomie die aangewese behandeling sou wees.

Klara het nie 'n histerektomie ondergaan nie, maar is bekommerd oor wat dit is, wat dit aan haar as persoon (liggaamlik en geestelik) sal doen. Haar bekommernis spruit voort uit eie belewing met verskillende ginekoloë. Volgens haar was die normale vraag aan haar: waarom ondergaan jy nie 'n

histerektomie nie? Dan is al jou probleme met menstruasie en stres verby. Jy het mos nie meer 'n "bababed" nodig nie. Kom ons gooi hom uit.

Vir haar gevoel het die ginekoloog by haar verby gepraat asof sy nie 'n persoon is nie en of haar liggaam 'n stuk "iets" is wat vir die wolwe gegooi kan word.

Klara is verder van mening dat die pastor 'n intensiewe rol kan speel by die berading van die gesin. 'n Histerektomie het bepaalde invloed op die res van die gesin. Insgelyks kan die pastor by die geloofstryd van die pasiënt betrokke raak.

'n Sielkundige is ook noodsaaklik in die berading van die histerektomiepatiënt. Daar is sekere aspekte wat so persoonlik is dat Klara nie kans sien om dit met die pastor te bespreek nie.

Sy is skrikkerig vir post-operatiewe simptome soos persoonlikheidsveranderinge, spanning en selfmoord wat sy al by pasiënte waargeneem het. Haar voorstel is ook dat die histerektomiepatiënt deur ginekoloog, pastor en sielkundige berading moet ontvang.

Estelle is oortuig dat die histerektomie die beste ding is wat nog ooit met haar gebeur het. Alhoewel sy gesond was en geen probleme gehad het nie, het sy verkies om 'n histerektomie te ondergaan omdat haar kanse op 'n Down-sindroom baba 99,9%

was. Hulle het reeds drie kinders gehad waarvan een 'n Down-sindroombaba was. Estelle het 'n sterilisasie ondergaan maar toe 'n ektopiese swangerskap gehad. Dit het byna haar lewe gekos, waarna sy besluit het om 'n histerektomie te ondergaan.

Vandag is sy 'n baie gelukkige vrou wat geen ginekologiese probleme ondervind nie. Aangesien sy nie kan swanger raak nie, het sy en haar man 'n gesonde seksuele verhouding sonder enige vrees vir swangerskap.

Elsie meld ook dat haar histerektomie een van die maklikste besluite van haar lewe was. Sy het geen berading van enige persoon behalwe die ginekoloog ontvang nie. Haar ginekoloog is buiten 'n mediese praktisyn, ook 'n predikant en hy kon haar baie bystaan. In haar tweede huwelik het sy geen seksuele verhouding nie, hoewel daar fisies met haar niks skort nie.

Lisa het 'n histerektomie ondergaan nadat sy elf kinders in die wêreld gebring het en 'n miskraam gehad het. Haar verblyf in die hospitaal was baie traumaties omdat sy ontsteking opgedoen het.

Die interessante was dat sy nadat sy ontslaan is, eers agtergekom het dat sy nooit weer sou kinders hê nie. Dit kan alleen aan gebrekkige inligting en kommunikasie toegeskryf word.

Ook Lisa se eggenoot was totaal oningelig rondom die operasie. Hy was aanvanklik ongeneë dat sy die operasie ondergaan omdat sy vriende gesê het dat nie meer 'n "vrou" sal wees nie. Sy sou glo hol van binne wees en hy sou geen seksuele bevrediging ervaar nie.

Die menings wat die pasiënte uitspreek is baie verskillend. Dit sê egter baie van die diepste belewenis en vrese van die histerektomie. As De Costa wat self 'n ginekoloog is, soveel trauma ervaar het, hoeveel te meer nie die gewone vrou wat oor min of geen mediese kennis beskik nie.

Hierdie belewenisse wat hier geboekstaaf is, is maar enkele van wat die pasiënt kan beleef. Daar kan in elke individuele geval nog sake na vore kom wat nie in die studie aangeraak word nie. Die feit is dat daar 'n bepaalde versugting uitgespreek word wat deur een of ander ondersteuningstelsel aangespreek moet word.

Die pasiënte wat aangehaal is, spreek deurgaans die versugting om berading uit. 'n Gemeentelike pastor kan nie altyd al die vrae en versugtinge hanteer nie. Dikwels is die versugting juis om uitreiking deur die gemeente pastor. Daarby moet die pastor ook nou met ander dissiplines kan saamwerk om uiteindelik die persoon te begelei na genesing.

Versugtinge om hulp kan egter nie ongemerk verbygegaan word nie. Daar moet deur pastor en andere aandag gegee word aan

die spesifieke probleme wat die vrou ervaar. Die mees algemene probleme wat hanteer kan word is onder andere die volgende:

- * die verbasende gebrek aan kennis rondom die anatomie van die vroulike geslagsdele en veral die rol van die uterus
- * moederskap en die verlies daarvan waar soms irrasionele vrees ontstaan
- * gebrek aan kennis en inligting oor die chirurgie en herstel na afloop van die chirurgie
- * kommunikasie met die eggenoot deur die ginekoloog
- * moontlike gesinsterapie veral waar daar tienerdogters in die gesin is
- * oningeligtheid van die eggenoot rondom die seksuele en die "vrouwees" van sy eggenote
- * geloofskrisisse indien dit opduik met verwysing na die teodiseevraagstuk
- * pre-operatiewe gesprekke of berading sodat daar reeds voorkomend opgetree kan word rondom probleme wat post-operatief kan voorkom

- * Bybelse perspektiewe op seksualiteit, moederskap, kinderloosheid en die huwelik

Daar is dus 'n legio van sake soos dit blyk uit hierdie gesprekke met die pasiënte wat die aandag van beraders vra. Die aantal en breë spektrum van sake dui reeds daarop dat hier nie sprake kan wees van berading deur slegs een van die professionele dissiplines nie. Bloot verkennende gesprekke dui alreeds op 'n diversiteit van sake wat vra na berading deur meer as een dissipline.

(*) Met die uitsondering van Da Costa is name verander om die betrokkenes se identiteit te beskerm.

HOOFSTUK 2

WIE IS DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT ?

Die uniekheid van die histerektomiepasiënt lê daarin dat dit alleen 'n vrou is wat 'n histerektomie kan ondergaan. Wie die vrou is en hoe sy oor haarself dink, sal 'n invloed op die uiteindelijke belewenis van die gevolge van die histerektomie hê.

Daar is 'n legio van faktore wat 'n invloed op die selfbelewenis van die vrou het na afloop van die chirurgiese ingreep. Hiervan is die beïnvloeding deur die vrou se lewensomgewing en situasies waarin sy haarself bevind, 'n belangrike faktor. Voortvloeiend uit die konteks, situasie en omgewing, is daar ook faktore wat deel van die omgewing of konteks is wat 'n rol sal speel. Fransella en Frost (1977:106) is van mening dat die volgende 'n invloed op die vrou mag hê:

- * huweliksverhouding of die gebrek daaraan
- * ouerskap of die gebrek aan ouerskap
- * is die vrou tuisteskepper of beroepsvrou
- * haar beroep en die aard daarvan
- * die vrou se eie interpretasie van tradisionele vrouerolle

Vrae oor die invloede van die faktore op die vrou, het geen duidelike en op die man af antwoorde nie. Elke vrou interpreteer elk van die faktore op 'n ander wyse. Al die faktore sal nie noodwendig 'n rol speel in die selfbelewenis van die vrou nie. 'n Vrou sal ook nie noodwendig al die betrokke faktore beoordeel

in die eie selfondersoek nie.

Die gevolg hiervan is dat daar geen bloudruk bestaan oor wie die vrou as wese is nie. Insgelyks kan geen eksakte beradingsplan ontwerp word wat vir alle tye en alle situasies geldig is nie. Juis dit maak die berading van die histerektomiepatiënt 'n komplekse dog uitdagende onderneming.

In die breë gesien, is daar wel sake wat aandag behoort te kry in die beoordeling van wie die histerektomiepatiënt as wese is. Hierdie hoofstuk het ten doel om kortliks en in breë trekke op 'n paar van die sake die aandag te fokus. Hierdie bly slegs breë riglyne omdat die volle omvang van die ondersoek na die faktore buite die bestek van die studie val.

2.1 FAKTORE WAT DIE SELFBELEWENIS EN SELFBEELD VAN DIE VROU BEÏNVLOED

J A Jansen het vanuit die dieptepsigologie 'n paar denkskole geïdentifiseer wat volgens hom "tot meer kennis van en beter insig aangaande die psigiese samestelling van die vrou" kan lei (Jansen 1981:3). Die basisteorieë van Freud, Horney en Thompson word bespreek.

Sigmund Freud verbind die vroulikheid van die vrou aan infantiele seksualiteit. Seksualiteit is 'n proses wat oor die loop

van lewensjare ontwikkel met klem op die kinderjare. Alhoewel Freud min onderskeid maak tussen die manlike en vroulike geslag, word die verskille veral in die falliese fase omskryf.

In die falliese fase (3-6 jaar) speel geslagsorgane 'n prominente rol. Klem word dan veral gelê op die sogenaamde penis-jaloesie en 'n gevoel van minderwaardigheid omdat die vrou aanneem dat sy gekastreer is (kastrasie vind of deur die natuur of deur die ouers plaas). Die dogter reageer dan met haatgevoelens omdat sy die moeder verantwoordelik hou vir haar gebrek aan 'n penis; gevolglik word die behoefte aan 'n penis vervang met die behoefte aan 'n baba.

Die anatomiese verskille (verlies aan 'n penis) veroorsaak dan vroulike optrede, belangstellings, houdings, emosies en selfs wense. As voorbeeld: die feit dat die vrou haar fisies aantreklik maak deur grimering en kleredrag, is kompensasies vir haar seksuele inferioriteit.

Karen Horney maak 'n klemverskuiwing weg van die anatomie na omgewingsfaktore in haar beskouing van die ontwikkeling van die vrou. Vroulike psigologie "het nie veel te doen met die anatomie van haar seksorgane nie, maar (is) eerder gebaseer op 'n gebrek aan selfvertroue en 'n oorbeklemtoning van die verhouding met die teenoorgestelde geslag" (Jansen 1981:6).

Penis-jaloesie is derhalwe kultureel gebonde. 'n Behoeftte aan 'n penis of om 'n man te wees is ten diepste 'n behoefte om sekere kwaliteite te besit wat as manlik beskryf kan word.

Ook Clara Thompson lê klem op die kulturele faktore en omgewing in die ontwikkeling van die vrou. 'n Verskil tussen manlike en vroulike ontwikkeling is enersyds geleë in die verskil in die biologiese funksie van die vrou en andersyds in die verskil in kulturele houding teenoor die vrou. Kulturele reaksie op grond van biologiese verskille bepaal dan die verskil in manlike en vroulike ontwikkeling.

Die waarde van beide Horney en Thompson se basisteorieë kom na vore in die klem wat die omgewing en kultuur op die persoonlikheid van die vrou speel. Geen vrou kan as 'n geïsoleerde entiteit gesien word nie, aangesien sy in 'n konkrete wêreld, situasie en omgewing leef en werk. Soos reeds aangevoer, sal hierdie konteks waarin sy leef 'n invloed op haar selfbelevens hê.

Nog 'n perspektief wat op die selfbelevens van die vrou 'n invloed kan hê, is die selfbeeld wat sy oor haarself het. Selfbeeld is ook 'n komplekse veranderlike wat deur baie faktore bepaal word. Een vrou kan op grond van sekere faktore 'n lae selfbeeld hê, terwyl 'n ander vrou op grond van presies dieselfde faktore 'n hoë premie op haarself plaas. Dit maak die verstaan van hoe die vrou oor haarself dink, redelik ingewikkeld.

Selfbelewenis en selfbeeld van die vrou kan deur 'n huweliksverhouding of die afwesigheid van 'n huweliksverhouding bepaal word (Fransella en Frost 1977:108). Selfs die huweliksverhouding of gebrek daaraan is 'n faktor wat deur baie veranderlikes bepaal kan word. Verskil in agtergrond en persoonlikheid beïnvloed die keuse van 'n huweliksmaat; die keuse van 'n bepaalde huweliksmaat beïnvloed die vrou se selfbeeld en selfverstaan. Om sake verder te kompliseer speel die mate van bevrediging in die huweliksverhouding ook 'n rol in selfbeeld en selfbelewenis. Selfbeeld en selfbelewenis binne die huweliksverhouding is op hulle beurt ook nie konstant nie. Dit kan ook met die verloop van tyd binne 'n huwelik ingrypend verander. Kinders of kinderloosheid binne of buite die huwelik speel 'n rol in die selfbelewenis van die vrou - tegelyk hiermee ook die sogenaamde leë-nessindroom wanneer kinders die huis verlaat.

Dit is duidelik dat die invloed van die huwelik op die vrou ook nie presies beskryf kan word nie. Daar is eenvoudig te veel veranderlikes wat die selfbelewenis kan bepaal.

Rolverwagtinge wat die vrou koester, is 'n ander faktor wat haar selfbelewenis kan bepaal. Die tradisionele rol van moeder, eggenote en huisvrou wanneer sy aan 'n gesin aandag moet gee, bestaan ook uit 'n slagveld van veranderlikes wat invloed op die vrou se selfbelewenis kan uitoefen. Sekere vroue se prioriteite in hulle rolverwagting verskil van ander. Een vrou kan haar kinders

bo haar eggenoot stel, terwyl die belangrikste vir 'n ander juis haar eggenoot is. Fransella en Frost (1977:39) vermeld dat die resultate van hulle ondersoek dui dat 38% van die respondente kinders voorop stel, terwyl slegs 9% die eggenoot as die belangrikste in haar verhouding ag.

Die rol as huisvrou word verder beïnvloed deur die hoeveelheid werk wat daar aan die daaglikse take verbonde is. 'n Vrou met 'n huishulp is baie minder afgesloof en afgerem as die sonder 'n huishulp.

So kan die voorbeelde van faktore wat 'n rol in die vrou se selfbeeld en selfbelewenis speel, tienvoudig vermeerder word. Dit is weer belangrik om te beseef dat daar eenvoudig te veel permutasies van faktore bestaan om duidelik gedefinieerde selfbelewenis en -beeldreaksies te kan beskryf. Die uniekheid van die kombinasie van faktore, maak van die berading van die pasiënte 'n geweldige uitdaging.

2.2 DIE ROL VAN DIE UTERUS

Die volgende twee anonieme aanhalings is kenmerkend van hoe uiteenlopend die vrou se siening oor haar uterus kan wees.

- a. *"As far as I'm concerned it had done a good job. Like an old coat really, I'd worn it and enjoyed it and I'd got my children, so it was of no use to me any more."*

- b. *"My womb did have some symbolic feeling for me. I thought I might lose the ability to have children and my femininity at the same time."*

Die uterus is 'n simbool van krag, gesondheid en effektiwiteit. Verlies aan die uterus beteken die verlies aan verdere moederskap. Beide lede van die manlike en vroulike geslag fantaseer oor die verlies aan die uterus as sou dit vetsug, vermanliking, voortydige veroudering, verlies aan libido en afname aan seksuele plesier tot gevolg hê (Lippman 1980:193).

Per implikasie beteken die stelling van Lippman dat die fantasie verreikende gevolge vir die selfbelewenis van die vrou kan hê. Daar bestaan selfs gevalle waar 'n vrou die histerektomie as straf op haar sonde ervaar.

Bogenoemde twee aanhalings en die stelling van Lippman dui, soos in alle ander faktore, daarop dat verskillende aspekte die selfbelewenis van die vrou beïnvloed. Daarom moet die rol wat die uterus speel, in die berading verreken word.

Die rol van die uterus het 'n fisiologiese en psigologiese invloed op die selfbelewenis van die vrou (Jansen 1981:18). In die geskiedenis van die mensdom en mediese wetenskap, is hierdie twee aspekte nie altyd as 'n onderskeid uitgespel nie. In die gevolglike mediese ontwikkeling het meer duidelikheid gekom oor die onderskeiding van die twee aspekte. Alhoewel daar op

anatomiese en fisiologiese vlak meer duidelikheid oor die uterus bestaan, is navorsing oor die psigologiese impak van die uterus nog baie onvoldoende.

Jansen (1981:19) bespreek interessante vroeë sieninge oor die fisiologie en psigologie van die uterus wat aanleiding tot wanidees gegee het. Aristoteles beskryf die uterus as 'n orgaan wat uit twee horings bestaan. Rufus van Ephesus en Herophilus van Chacedon maak die belangrike ontdekking van buise (later bekend as die fallopiese buise). Op sy beurt het Herophilus die ovaria ontdek, hoewel hy nog nie die werking of funksionering daarvan kon vasstel nie. Rufus noem die uterus 'n soort bloedvat wat soms bloed uitlaat en soms nie.

Dit was eers in die tweede eeu na Christus dat Galen van Pergamon kon vasstel dat die fallopiese buise nie in die blaas nie, maar in die uterus open. Die teorie bestaan toe steeds dat die uterus uit 7 kamers bestaan. Uit die drie linker kamers word seuns gebore; uit die drie regter kamers word dogters gebore en uit die middelste kamer word hermafroditiese babas gebore.

Mondino dei Luzzi glo in 1715 steeds dat die uterus uit 7 kamers bestaan. Bloedvate lei vanaf die uterus na die melkkliere wat menstruele bloed tydens swangerskap van die uterus na die melkkliere vervoer. Hierdie menstruele bloed word in die melkkliere omgeskakel tot melk.

Die funksie van die ovaria word eers duidelik, toe William Harvey na 1827 sy teorie van "omne ex ovo" bekend maak. Hy stel die verband vas tussen die ovum en die embrio wat daaruit ontwikkel.

Uit die oogpunt van die psigologie is vir eeue 'n verbintenis tussen die uterus en histerie gemaak.

"The womb is an animal which longs to generate children. When it remains barren too long after puberty, it is distressed, and sorely disturbed, and straging about in the body and cutting off the passages of the breath, it impedes respiration and brings the sufferer into extremist anguish and provokes all manner of diseases besides." (Uit: Plato Timaeus)

Hippokrates gebruik die Griekse woord "hysteria" die eerste keer vir die sogenaamde verplasing van die uterus wat volg op die gebrek aan seksuele omgang. Die uterus verdroog en swerf in die liggaam rond. So 'n rondswerwende uterus veroorsaak allerhande skrikwekkende komplikasies vir die vrou:

- * wanneer die uterus in die omgewing van die hart is, word die vrou angstig en sy vomeer
- * as die uterus aan die lewer heg, word die vrou bleek en verloor haar stem
- * wanneer die uterus in haar kop in beweeg, voel sy duiselig en pyn ontstaan rondom die oë (Jansen 1981:22)

Behandeling vir die verskriklike toestande is om te trou en seksuele omgang te hê. So 'n stap sal tot gevolg hê dat die vrou nie histerie beleef nie.

Dit was eers in die negentiende en twintigste eeu dat die voortplantings- en seksuele rol van die uterus bekend geword het.

Jansen (1981:24) verbind die psigologiese impak van die uterus tereg aan die bepaalde funksie van die uterus.

- * Voortplanting beteken dat die vrou in staat is om kinders te hê. Selfs diegene wat verkies om kinderloos te bly, vind steeds geborgenheid in die wete dat hulle kinders kan baar; verlies aan die uterus word gesien as negatief selfs by beplande kinderloosheid. Die vermoë om kinders te hê, bevredig 'n verskeidenheid behoeftes en funksies wat individueel verskil.
- * Menstruasie simboliseer die vermoë om te kan voortplant en die vervulling van 'n geslagrol. Dit simboliseer ook jeugdigheid wat afneem indien menstruasie tydens die einde van biologiese vrugbaarheid ophou. Menstruasie as gereelde fenomeen, verseker en bied ook geborgenheid en sekuriteit as 'n fisiologiese metronoom wat die vrou se lewensaktiwiteit reguleer.
- * Die uterus het biologies geen seksuele funksie nie, maar die uterus word dikwels deur vroue as deel van die seksuele beskou.

By die beoordeling van al die voorafgaande faktore, is dit weereens duidelik dat daar 'n diversiteit van faktore is wat 'n rol speel in die belewing van die histerektomiepasiënt. Alhoewel sommige van die faktore soos selfbelewenis en selfbeeld goedsikks deur beide 'n predikant of sielkundige aangespreek kan word, is daar wel ander wat na 'n spesifieke professionele persoon vra.

Die wanbegrippe en emosionele belewenis van die uterus kan selfs by 'n vroulike ginekoloog 'n rol speel. De Costa, soos aangetoon in hoofstuk 1, spreek die gedagte uit dat die verlies aan haar uterus 'n leë abdominale holte tot gevolg sal hê. Eggenotes is veral skuldig aan die idee dat die vrou se vroulikheid deur die histerektomie vernietig sal word of dat haar seksualiteit ook vernietig sal word. Die herstel van so 'n wanbegrip kan die beste deur die ginekoloog gedoen word omdat hy die spesialis op die gebied van menslike anatomie is.

Die invloed van wanbegrippe oor die rol van die uterus in die seksuele verhouding moet ook hanteer word. Gebrekkige kennis oor die rol van die uterus in die seksuele verhouding kan onomkeerbare skade aan die egpaar se seksuele verhouding veroorsaak indien dit nie ondervang word nie. Daar word later betoog dat die pastor nie noodwendig 'n spesialis op seksuele gebied is nie. Om die rede kan die saak deur 'n ander professionele persoon hanteer word.

Die voortplantings- en menstruele waarde wat die pasiënt aan die uterus heg asook die funksie van die menstruele siklus wat op vrugbaarheid en die vermoë om voort te kan plant dui, moet in aanmerking geneem word in die berading aan die pasiënt. Hier het die ginekoloog 'n besondere rol te vervul. Net so behoort die pastor insette te lewer oor onder andere moederskap, kinderloosheid en onvrugbaarheid vanuit sy pastorale perspektief.

Die beleving van die histerektomie deur die pasiënt, het bepaalde invloed op haar huwelik. 'n Pastor is by uitnemendheid geskik om die aspek van die pasiënt se belewenis te kan hanteer.

Sonder dat aandag gegee word aan faktore wat nie op die vlak van die selfbeleving van die pasiënt lê nie (vergelyk hoofstuk 4), dui dit ook reeds op die wenslikheid van 'n multi-dissiplinêre benadering tot die histerektomiepasiënt.

HOOFSTUK 3

DIE SIELKUNDIGE INVLOED VAN SIEKTE OP DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT AS PSIGOSOMATIESE EENHEID

Die hooftema van die studie is om ondersoek te doen na die pastoraat aan die histerektomiepasiënt as psigosomatiese eenheid. Om 'n pasiënt te wees impliseer 'n bepaalde vorm van siekte of om siek te wees. Dit dui verder ook op 'n bepaalde proses wat verloop aangesien die invloed van die histerektomie op die vrou nie net 'n eenmalige gebeurte is nie.

Hierdie gebeurte in die histerektomiepasiënt se lewe, vanaf diagnose tot chirurgie tot die afloop van die gebeurte, het reaktiewe gedrag tot gevolg. Die moontlikheid bestaan dat die reaktiewe gedrag soms in afwykende gedrag kan manifesteer. Enige berader moet die werklike oorsaak van die afwykende gedrag en die gebeurte wat dit voorafgaan, by die berading aan die bepaalde pasiënt in berekening bring.

Reaktiewe gedrag en ook die hantering van hierdie gedrag kan nie alleen deur die medici gedoen word nie. Sekere gedrag soos die vrae oor die sin en betekenis van die chirurgie kan op die vlak van die teologie lê. Ander gedrag soos probleme rondom irrasionele vrees en selfbelewing kan op die vlak van die psigologie hanteer word.

3.1. DEFINISIES

3.1.1 SIEKTE

Siekte is 'n toestand wat hoofsaaklik gekenmerk word deur bio-chemiese veranderinge wat deur 'n fisiologiese proses die liggaam en spesifiek die organe van 'n pasiënt aantast.

In wese het siekte 'n fisiese of organiese oorsaak en word veral gekenmerk deur strukturele, funksionele en bio-chemiese veranderinge wat die liggaam van die pasiënt beïnvloed. Dit manifesteer in bepaalde simptome wat die siekte karakteriseer ongeag in watter omstandighede dit voorkom.

3.1.2 SIEKWEES

Siekwees kan gedefinieer word as die reaksie wat op siekte volg en behels 'n bepaalde gedrag. Dit is 'n subjektiewe, sielkundige en sosiale ervaring wat deur 'n pasiënt op 'n bepaalde manier beleef en geïnterpreteer word. Hierdie gedrag kan ook voorkom selfs al het die pasiënt geen siektesimptome nie. Aangesien siekwees 'n gedrag is wat waarneembaar is, behoort die gedrag en die hantering van die gedrag volgens die belewenis van die pasiënt hanteer word.

Per definisie is die gedrag bepaalde aktiwiteite wat 'n pasiënt onderneem wanneer 'n siekte ondervind word. Dit is 'n dinamiese proses wat te doen het met die pasiënt se besluit om aksie te

neem deur byvoorbeeld professionele hulp te soek. Dit is die eerste stap in 'n proses waar die pasiënt 'n bepaalde hulp-soek proses inisieer op grond van die ervaring en belewing van die simptome.

Hierdie gedrag bestaan volgens Jospe (1980:XXII) uit aksies wat die pasiënt onderneem om die toestand waarin die pasiënt verkeer te omskryf. Klagtes en navraag by ander persone is onder andere tipiese gedrag wat voorkom.

Benewens klagtes en navraag kan bepaalde psigologiese manifestasie ook na vore kom. Vrees, depressie, lae selfbeeld, skuldgevoelens is van die algemeenste vorme van psigologiese manifestasie. Aangesien sommige simptome van siekte ook ongemak veroorsaak, kan ook dit aanleiding gee tot bepaalde gedragspatrone.

Jospe (1980: XXII) meld ook duidelik dat daar in die proses wat van gesondheid tot siekte verloop, veranderinge in die pasiënt se gedrag mag plaasvind. Dieselfde veranderinge kan ook plaasvind in die omgekeerde proses vanaf siekte tot gesondheid. Hy is ook van mening dat siekte soms 'n bese kringloop veroorsaak wat emosies en gedrag veroorsaak en dit ook vererger.

'n Verdere faktor wat volgens Schlebusch (1990:44) 'n rol speel by die gedrag as reaksie op siekte is die houding wat die pasiënt

openbaar ten opsigte van die siekte. Dit beteken dat die pasiënt op grond van faktore soos geslag, ouderdom en lewensfase 'n sekere houding teenoor die siekte openbaar.

Ook Taylor en Aspinwall deel genoemde mening. In *Psychological Sequelae of Chronic Illness* (1989:45) kom hulle tot die slotsom dat indien die psigologiese manifestasie nie hanteer word nie, dit tot 'n afname in die kwaliteit van die pasiënt se lewe kan lei. Die kan verder lei tot probleme in die herinskakeling van die pasiënt in die normale leefwyse.

Siekwees wat manifesteer in bepaalde gedrag kan ook buite die aanvaarbare norme wees. Dit word dan beskryf as abnormale of afwykende gedrag. Abnormale gedrag kan voorkom indien 'n pasiënt nie die aanvaarbare gedrag openbaar nie of wanneer die pasiënt haarself assosieer met 'n bepaalde siekte sonder dat enige simptome voorkom.

De Klerk en Van Vuuren (1986:35) maak 'n baie interessante uitspraak oor siekte en gedrag. Siekte word as afwykende of abnormale gedrag beskou omdat dit as gedrag wat geïntitutionaliseerde norme oortree, gekonseptualiseer word. Afwykende gedrag word hoofsaaklik in twee groepe verdeel naamlik oortreding van norme en die resultaat van samelewingsdefinisies (etikettering).

Afwykende gedrag word in die eerste geval as 'n norm oortreding gedefinieer wat beteken dat die kriteria vir die bepaling vir afwykende gedrag die oortreding van die gevestigde norm is. Wanneer normatiewe patrone oortree word, is daar onder andere die volgende verskille tussen siekte en afwykende gedrag:

- * die samelewing se verwagting ten opsigte van afwykende gedrag en siekte verskil - daar word nie verwag dat individue van vooropgestelde gedrag sal afwyk nie terwyl daar verwag word dat individue kan siek word
- * afwykende gedrag is die oortreding van algemene geïntitutionaliseerde norme terwyl siekte 'n oortreding op 'n meer spesifieke vlak soos rolverwagtinge is
- * afwykende gedrag oortree morele samelewings waardes en is derhalwe immoreel terwyl siekte nie 'n oortreding van morele waarde is nie
- * afwykende gedrag is gewoonlik gemotiveerd terwyl siekte in die algemeen ongemotiveerd is

In die tweede geval word siekte beskou as die resultaat van 'n etiketteringsproses. Die etiket is die oorsaak van die afwykende gedrag aangesien norme bloot 'n verwysingspunt is waarvandaan gedrag as afwykend of nie-afwykend beoordeel word. Klem word gelê op die verdere proses van afwykend-word wat die toekenning van 'n afwykende identiteit aan die pasiënt impliseer. Die reaksie van die sosiale gehoor moet egter negatief wees sodat die afwykende status van die pasiënt sy meesterstatus word.

Siekte is daarom 'n reaktiewe gedrag wat psigologies, sosiaal en subjektief deur die pasiënt en die samelewing geïnterpreteer word. Siekwees dui op strukturele, funksionele en bio-chemiese veranderinge wat in die liggaam plaasvind.

Indien genoemde definisies in ag geneem word, blyk dit dat daar 'n duidelike skeidslyn tussen die begrippe getrek kan word. Die groot onderskeid tussen siekte en siekwees is dat siekte 'n toestand en siekwees 'n bepaalde gedrag (en soms ook afwykende gedrag) is.

Uit die hele beredenering blyk dit tog dat nie alleen die siekte nie, maar ook die gedrag wat op die siekte volg, behandel moet word. Pasiënte is nie bloot kliniese "gevalle" nie, maar ook persone met gedragspatrone. Al die sake moet in die totale behandeling en berading van die pasiënte aandag kry.

'n Vraag wat nou ontstaan is of die pastor oor die nodige kundigheid beskik om die afwykende of abnormale gedrag te kan hanteer. Beide siekte- en siekweesgedrag lê buite die veld van die gemeentelike pastor. In die geval behoort hy die pasiënt na 'n professionele persoon te verwys.

3.1.3 GESONDHEID

Gesondheid is nie bloot die afwesigheid van siekte nie, maar behels ook 'n gesonde gees in 'n gesonde liggaam binne 'n

gesonde omgewing.

Die definisie en konsep van gesondheid is 'n redelik moeilik definieerbare term aangesien die interpretasie daarvan 'n groot rol in die verstaan van die term speel. Sommige persone sien gesondheid bloot as die afwesigheid van bepaalde siektesimptome. Gesondheid kan ook meer as dit wees. 'n Persoon kan gesond verklaar word indien daar ook geen abnormale laboratoriumresultate voorkom nie. Waar bloot op dié sake gefokus word, kan 'n negatiewe definisie van gesondheid ontstaan. Positief gesien speel baie ander faktore ook 'n rol in die definisie van gesondheid. Die faktore sluit onder andere die volgende veranderlikes in: opvoeding, dieet, inkomstegroep, sosiale- en werksomgewing, interpersoonlike verhoudinge en lewenstyl.

Die tradisionele gesondheidsmodel fokus eensydig op die diagnosering en behandeling van siekte. Schlebusch (1990:46) is van mening dat medici juis op die interaksie tussen die psigosomatiese eenheid moet fokus sodat die definisies van siekte, siekwees en gesondheid begryp kan word.

As Schlebusch korrek in sy aanname is, steun dit weer die voorveronderstelling dat 'n multi-dissiplinêre benadering nodig is.

3.2 OM 'n PASIËNT TE WEES

Jospe (1980:XXI) vra dat die realiteit behou word dat siekte beide 'n kragtige psigologiese en fisiologiese komponent bevat. Die moontlikheid bestaan dat die geweldige vooruitgang wat op mediese gebied gemaak word, tot gevolg het dat die klem op die fisiologiese aspek van siekte alleen fokus. So 'n eensydige klem is kortsigtig en minder suksesvol as wanneer alle veranderlikes in aanmerking geneem word.

Kincey en Mc Farlane (1984:142) beweer dat die fokus op histerektomie hoofsaaklik by die fisiologiese sy van die pasiënt lê. Genoemde navorsers beweer verder dat die psigologiese aspek van die pasiënt dikwels slegs sydelingse aandag kry.

In die lig van die beweringe het die twee navorsers 'n studie oor spesifiek die psigologiese aspekte van 'n histerektomie gedoen. Uit die aard van die saak word met pasiënte uit 'n breë samelewing gewerk en kan elke aspek van die gedrag nie noodwendig op elke pasiënt van toepassing wees nie. Insgelyks bestaan die moontlikheid dat gedrag wat byvoorbeeld met die chirurgie verband hou, ook op ander chirurgiese ingrepe van toepassing kan wees.

'n Verdere faktor wat in aanmerking geneem moet word, is dat sekere gedrag nagevolg van die fisiese gevolg van die chirurgie is, terwyl ander wel 'n psigologiese oorsaak kan hê. Die

sogenaamde "warmgloede" wat sommige pasiënte ervaar kan 'n invloed op die psigologiese gedrag van die pasiënt hê (soos skaamte en lae selfbeeld) terwyl dit 'n fisiologiese oorsaak het. Verhoogde urienfrekwensie het 'n fisiologiese oorsaak, maar versteur die slaappatroon van die pasiënt wat weer bepaalde gedrag laat manifesteer.

Hierdie navorsers verdeel die psigologiese probleme wat by die histerektomiepasiënt kan voorkom in drie dele te wete gemoedstoestandsveranderinge soos vrees en angs, seksuele funksionering met verwysing na afname in libido of die voorkoms van ongemak en pyn en laastens die probleme rondom selfbeeld en vrou-wees.

3.2.1 Gemoedstoestand veranderinge

Kincey en Mc Farlane (1984:150) haal verskeie navorsers aan wat studie oor die onderwerp gedoen het. Inligting wat na vore gekom het is die volgende:

- * 7% meer pasiënte wat 'n histerektomie ondergaan het is vir sielkundige behandeling post-operatief verwys as die kontrolegroep
- * die insidensie van depressie was betekenisvol hoër by die pasiënte wat 'n histerektomie ondergaan het as by die kontrolegroep - 75% van die pasiënte het depressief voorgekom teenoor 29% van die kontrolegroep

3.2.2 Seksuele funksionering

Op hierdie vlak word verskeie navorsingsresultate weer aangehaal:

- * 33% van die pasiënte het verwag dat seksuele probleme post-operatief kan voorkom en ongeveer 33% het dit ervaar
- * sommige pasiënte het die chirurgie ervaar as 'n verbetering ten opsigte van seksualiteit terwyl ander dit weer as negatief ervaar het

3.2.3 Selfbeeld en vrouwees

Navorsingsresultate in die verband spreek vanself:

- * histerektomie kan die selfbeeld en vrouwees van die pasiënt beïnvloed aangesien baie pasiënte dit nie net as 'n verlies aan 'n fisiologiese orgaan maar ook as 'n verlies aan 'n psigologiese orgaan beskou
- * die verlies aan voortplantingsvermoë kan ook 'n betekenisvolle invloed op die ervaring van vrou-wees vir die pasiënt wees
- * histerektomie kan selfs die verhouding tussen die pasiënt en haar seksuele maat beïnvloed

Daar is reeds aangevoer dat siekte nie bloot fisiologiese of bio-chemiese wanbalans is nie. Indien die pasiënt as 'n psigosomatiese eenheid beskou word, geld die beginsel van *cum*

multis aliis. Faktore wat die impak van die siekte dan moontlik kan bepaal kan as volg omskryf word (Schlebusch 1990:71):

- * die betekenis wat aan die bepaalde siekte deur die pasiënt en sy omgewing geplaas word
- * negatiewe selfbeeldbelewenis wat die pasiënt ervaar
- * die moontlikheid van dood
- * ontwikkeling van psigopatologiese simptome soos vrees, depressie, weersin, skuldgevoelens en hartseer
- * onttrekking van familie en vriende
- * ongemak wat die pasiënt as gevolg van die siekte ervaar
- * direkte stressore soos 'n chirurgiese ingreep
- * die bedreiging wat die siekte vir die pasiënt inhou
- * vrees wat ontstaan deur die belewenis van die hospitaal omgewing as sosio-eenheid

Pasiënte heg gewoonlik 'n bepaalde betekenis aan 'n siekte. Hierdie betekenis word gevorm deur herinnering aan byvoorbeeld 'n geliefde wat dieselfde siekte onder lede het of gehad het. So kry 'n pasiënt 'n bepaalde vooropgestelde idee oor die siekte. Daar is egter ook ander faktore wat die betekenis van die siekte vir die pasiënt kan beïnvloed:

- * ouderdom, intelligensievermoë en godsdiensoortuiging
- * beleving van die simptome wat met die siekte gepaard gaan (ongemak van pynlike menstruasie word anders ervaar deur 'n meisie van 15 jaar as 'n vrou van 60 jaar)
- * siekte-verwante faktore soos klinieke en hospitale wat vrees kan veroorsaak

Die beginsel van *cum multis aliis* veronderstel eintlik alreeds multi-dissiplinêre betrokkenheid. Sake soos die impak wat fisiologiese simptome op die gedrag van die pasiënt het, kan weer nie deur die pastor of sielkundige hanteer word nie. Grondige kennis van anatomie en fisiologie is noodsaaklik om dit te kan doen.

Gemoedstoestandsveranderinge kan deur pastor of sielkundige wat 'n spesialis op die gebied is, hanteer word. Insgelyks kan sekere gedrag wat op fisiologiese veranderinge in die liggaam volg, deur 'n span hanteer word. Die gedrag wat volg op hormoonwanbalans kan beide medies en psigologies deur die span aan die pasiënt verduidelik word.

3.3 ONDERSTEUNINGSTELSELS VAN DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

3.3.1 DIE DOKTER-PASIËNT VERHOUDING

Dit spreek vanself dat die verhouding wat daar tussen die dokter en pasiënt bestaan uiteindelik 'n groot rol in die gedrag wat die pasiënt sal openbaar, speel. Daar bestaan immers tussen die dokter en pasiënt 'n gemeenskaplike doel wat volle herstel in die oog het.

Daar moet in ag geneem word dat die pasiënt iemand is met 'n naam, wat in 'n bepaalde omgewing woon, wat verwagtinge koester. Sy verwag dat die medikus opgelei en toegerus moet

wees vir die behandeling wat volg. Haar dokter moet behulpsaam wees en verstaan wat haar emosionele belewenis is.

Henriques en Dickson (1986:50) is ook van mening dat die pasiënt se persepsie van die chirurgiese ingreep bepaal sal word deur haar kontak met die medici met wie sy in aanraking sal kom. Hulle glo dat die uiteindelijke óf positiewe óf negatiewe beleving van die histerektomie af hang van die benadering wat die medici ten opsigte van haar as persoon sal volg. Faktore wat hierin 'n rol sal speel is die volgende:

- * is die benadering wat die ginekoloog volg simpatiek of nie
- * word genoegsame inligting deurgegee
- * is die ginekoloog voldoende opgelei
- * is die hospitaal- of kliniekomgewing op aanvaarbare standarde

3.3.1.1 ALGEMENE PRAKTISYN

In die volgende beredenering van die verhouding tussen dokter en pasiënt, word veral gesteun op literatuur met direkte aanhalings deur pasiënte. Daardeur word die spesifieke belewenis van die pasiënt as psigosomatiese eenheid beter weergegee.

Aangesien die huisarts waarskynlik die eerste persoon met mediese kennis is wat die pasiënt besoek, is die arts se houding baie bepalend. Die volgende twee belewenisse van vroue

ondersteun die standpunt:

Carole: *"I would really have liked to sit down and have a good conversation about what would happen before and after. My GP tried to pacify me by saying that thousands of women have it done every year. 'You're worrying yourself about nothing.' That was it"*

Jean was ongelukkig met haar huisarts se reaksie op haar simptoom beskrywing. Hy het haar egter vir 'n tweede mening verwys. Sy het op haar beurt die brief geles wat hy geskryf het. Alhoewel hy haar jare reeds as pasiënt het, was die trant van sy skrywe baie skepties: *"This patient has asked to be referred to you. I think she is worried about having a D and C."* Haar reaksie was die volgende: *"I felt furious. Nobody was taking me, as a person, seriously."*

Alhoewel die maar twee aanhalings van baie is, bevestig dit die belangrike rol wat die algemene praktisyn in die aanloop tot die histerektomie speel.

Die algemene praktisyn kan reeds in die aanvangstadium meewerk dat die sielkundige trauma van die pasiënt verminder word. Sy rol kan die volgende omvat:

- * verwys die pasiënt na 'n ginekoloog wat ten volle bevoeg is om die pasiënt as psigosomatiese eenheid te kan hanteer sodat die pasiënt oor alle beskikbare inligting kan

beskik

- * indien moontlik moet die algemene praktisyn tydens die operasie in die teater teenwoordig wees omdat daar 'n groter vertrouensverhouding tussen die pasiënt en die huisarts bestaan
- * hy moet die verantwoordelikheid vir die nasorg van die pasiënt aanvaar aangesien die verantwoordelikheid nie beëindig word met die verwysing na 'n ginekoloog nie

Hendriques en Dickson (1986:51) haal ook 'n ginekoloog aan wat oor die verhouding tussen dokter en pasiënt uitsprake maak. Volgens die ginekoloog behoort die huisarts die pasiënt toe te laat om haar gevoel en emosies oor die histerektomie uit te spreek en haar reeds pre-operatief bystaan.

3.3.1.2 DIE GINEKOLOOG

Die keuse van ginekologie as spesialiteitsgebied deur mediese studente hang waarskynlik van 'n bepaalde belangstellingsveld af. Tog haal Hendriques en Dickson (1986:54) skrikwekkende uitsprake oor die saak aan.

Daar bestaan 'n siening dat ginekologie as spesialisveld gekies word omdat die student van vroue hou of dalk nie hou nie en hulle behandeling daarvolgens plaasvind! Die effek op 'n vrou wat deur 'n ginekoloog wat nie van vroue hou nie, behandel word, kan katastrofies wees.

Aan die ander kant is dit ook moontlik dat die abrupte houding van die ginekoloog die gevolg van 'n hulpeloosheid is omdat die histerektomie 'n voldonge feit is. Die ginekoloog kan niks anders doen as 'n histerektomie terwyl hy ten volle bewus is van die gevolge daarvan.

Die grootste verantwoordelikheid van die ginekoloog is die van pasiëntesorg. In welke mate dit na vore kom, sal afhang van die ginekoloog se houding teenoor sy beroep. Wanneer die pasiënt in sy spreekkamer is, is die bekendheid van die huisarts se spreekkamer afwesig. 'n Pasiënt word geïntimideer deur in 'n baie onvroulike posisie op 'n bed te lê. Hier word die hantering van die pasiënt as persoon alreeds bepaal.

3.3.2 DIE PASTOR, PASTORAAT EN DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

Elke persoon is uniek en elke persoon verwerk siekte op sy eie manier binne sy eie uniekheid. Sonder die nodige toerusting en begeleiding, kan siekte en siekwees ervaar word as 'n ondraaglike las. Siekte en siekwees kan egter 'n geleentheid word indien die sieke pastoraal met die Woord van God begelei word.

3.3.2.1 FUNDERING VAN PASTORAAT

God betuig Homself in die Skrif as die groot Pastor wat sy volk uit hulle nood en ellende verlos. Hy het self herders (byvoorbeeld

priesters) aangestel om die volk te lei in die onderhouding van sy bevele. Binne Nuwe Testamentiese konteks word God se sorg sigbaar in die inkarnasie van Jesus Christus. Dit toon hoe groot God se besorgdheid in werklikheid is. Christus word die goeie Herder genoem (Joh 10:11) want dit is juis Hy wat die werk van die Vader op aarde doen (Dreyer 1981:17). Christus stel self ook herders aan met die doel om gelowiges toe te rus tot opbouing van die liggaam van Christus, die eenheid van die geloof en tot kennis van die Seun van God. Die bewoënheid van die Herder oor die kudde van God sal ook in die pastoraat weerklank moet vind. Liefde vir God en naaste is die dryfveer tot die opdrag en verantwoordelikheid van die pastor. Liefde vir God waarborg dat die pastoraat met die regte gesindheid teenoor die gemeentelike kudde vervul word.

Dreyer (1981:17) is tereg van mening dat die herders weiding moet verskaf en dat hierdie weiding niks anders is as die verkondiging van die goddelike Woord nie.

Pastoraat is daarom die verkondiging van God se woord aan diegene wie die pastor hulp verleen. Die sieke wat die pastor se pad kruis is een van die objekte van sy besondere pastoraat. In die berading van die histerektomiepatiënt behoort die pastor die volgende konstitutiewe elemente van pastoraat in gedagte hou: (Van Schoor 1987:21)

- * Christus staan in diens van mense. Hy het geen outoritêre houding nie, maar kom om tot diens te wees. Hy het nie

gehuier om van mense te verskil nie en ontmasker skynheiligheid sonder kompromieë (Mark 10:12; 12:1). Elke pastor is primêr geroep tot diens en diensbaarheid en nie om te heers nie.

- * Christus neem elke individu in ag en vind die konkrete lewenssituasie as aanknopingspunt vir sy gesprek. Die klem lê op die individu en nie die massa nie. Hy neem ook persoonlikheid en lewensomstandighede in ag.
- * Die mens se eintlike nood is sy sondeverlorenheid. Christus se handelinge sentreer om die verlossing van die mens uit sy sondenood.
- * Met die gelykenis van die verlore skaap, penning en seun wil Christus aandui dat die afgedwaalde weer na die kudde teruggebring moet word. Sy pastoraat het 'n baie sterk versamelingskarakter gerig op die byeenbring van die afgedwaaldes.
- * Die Heilige Gees bevestig dit wat Christus gesê het en lei en begelei die kudde in die waarheid van God se Woord. Pastoraat het daarom ook 'n pneumatologiese aspek.
- * Christus verkondig die heil aan die mens met behulp van 'n gesprek. Dit is opmerklik dat Hy telkens met die individu praat en deur dialoog hulle konfronteer met hulle lewensnood. Deur gesprek rig Hy die appèl van die geloof aan die mens (Mark 10:17-24)
- * Die klimaks van die pastoraat is bekering en 'n oproep tot geloof. Die mens word opgeroep tot geloof as enigste ware verlossing en bevryding (Joh 3:5)

3.3.2.3 SIEKEPASTORAAT

Siekepastoraat kan afgegrens word as binne gemeentelike verkondiging tot versterking en opbou van die geloof van die lidmaat. Alhoewel siekepastoraat para-liturgies is, vloei dit uit die liturgie voort aangesien die pastoraat gestalte gee aan die verkondigde woord in die pasiënt se lewe.

Volgens Louw (1983:47) is siekepastoraat 'n totale lewensoriëntasie vanuit 'n bepaalde geloofsvisie. Siekepastoraat gaan dus nie net om die pasiënt se emosionele en persoonlike ingesteldheid teenoor siekte nie. Die siek mens is méér as 'n pasiënt. Sy is volwaardig mens ten spyte van die siekte. Pastoraat beoog 'n perspektief op die totale mens.

Indien aanvaar word dat siekepastoraat verkondiging is, kan die vraag gevra word wat die doel van die verkondiging is. Een moontlikheid is om die doel van siekepastoraat te sien as 'n genesingsveldtog. Verkondiging is dan gerig op genesingswonders. Per implikasie is daar dan 'n kousale verband tussen siekte en sonde. Die oorwinning van Christus oor sonde moet dan manifesteer in genesing van siekte by die gelowige. Hierdie siening kan katastrofiese gevolge hê waar die pasiënt gelowig én terminaal siek is.

Siekepastoraat is nie primêr gerig op die biologies-fisiese genesing nie (Dreyer 1985:5). In die genesingswonders van

Christus blyk dit ook dat die saak vir Hom nie primêr rondom genesing draai nie. Die genesing van die verlamde man (Luk 6:17-26) is 'n geleentheid wat Christus gebruik om die volmag van God om sondes te vergewe, duidelik te maak. Geloof en vergewing van sonde funksioneer prominent.

Aangesien verkondiging aan die pasiënt nie primêr gerig is op die fisiologiese gesondheidskrisis nie, maar die totale krisis van die geloof wat die siekte dikwels veroorsaak, beoog siekepastoraat begeleiding van die pasiënt tot die volgende: (Van Schoor 1987:52)

- * verwerking van siekte en lyding vanuit die geloof in Jesus Christus (teodiseevraagstuk)
- * herwaardering van die pasiënt se verhouding tot God, die kerk en die gemeenskap waarin sy leef
- * herwaardering van die pasiënt se verhouding tot diegene wat na aan haar leef en die steunstelsels wat tot haar beskikking is
- * integrasie van haar siekte situasie via die geloof in God se liefde
- * 'n uitreiking van liefde en Christelike getuienis na ander rondom haar siekbed
- * 'n lewe vanuit die eskatologiese verwagting om nuwe hoop en lewenssin te bring
- * geloofshulp deur die Woord om begelei te word tot genesing en versoening
- * lewenshulp deur die versoeningswerk van Christus en die

trooswerk van die heilige Gees

- * oorwinningsorg deur die gerigtheid vanuit die oorwinning van die opstanding op die toekoms

3.3.2.4 DIE VERHOUDING VAN SIEKEPASTORAAT TOT SIELKUNDE EN GENEESKUNDE

'n Pastor as deel van die multi-dissiplinêre span moet sorg dra dat hy nie sy grense oorskry nie. Hy kan nie op die eiesoortige vlak van die medikus beweeg nie en ook nie op die unieke vlak van die sielkunde nie. Daar is reeds aangevoer dat die skeiding in berading tussen die teologie, psigologie en mediese wetenskap nie altyd duidelik definieerbaar is nie. Ten spyte hiervan is sekere sake wel duidelik skeibaar.

Dit bly steeds 'n vraag watter rol die pastoraat aan die histerektomiepatiënt behoort te speel in die vlak van die ginekoloog en verpleegpersoneel. Hoewel daar 'n skeiding is tussen teologie en mediese wetenskap, is daar nie van 'n dualisme sprake nie.

Met die opkoms van hospitale en veral akademiese hospitale, bestaan die gevaar dat die kliniese bo die teologie oorbeklemtoon word. Aan die ander kant is dit ook vir die Kerk gevaarlik om self in die mediese konteks inheems te raak.

Kramer (1978:42) is van mening dat die Kerk nie die tegniese raamwerk van die mediese wetenskap nodig het om suksesvol pastoraal met die pasiënt om te gaan nie. Daar is wel 'n sekere verwysingsraamwerk van die siekte en siektegedrag nodig wat die pastor van die medikus en verpleegpersoneel kan kry.

Wat die verhouding tussen teologie en psigologie betref, geld dieselfde beginsel. Dit is nie die taak van die pastor om neuroses en psigosies te diagnoseer nie. Hy kan wel saam met die sielkundige instrumenteel tot die berading van neuroses en psigosies wees.

Pastoraat het die verkondiging van die heil in Christus in die oog. Sielkunde beoog die genesing van gedragstoornisse. Weereens is hier nie van 'n dualisme ter sprake nie maar teologie en psigologie kan met mekaar meewerk sonder om mekaar se terreine te oortree.

3.3.2.5 DIE HEILIGE GEES AS PASTOR

Pastoraat en pneumatologie is onlosmaaklik aan mekaar verbonde. Trouens: Adams (1970:20) stel dat die pastoraat nie van die Heilige Gees geskei kan word nie. "Counselling is the work of the Holy Spirit. Effective counselling cannot be done apart from him". Die Heilige Gees is die Parakleet wat in die plek van Christus na die aarde toe gekom het. Pastoraat binne Christelike konteks moet binne die kader van die werk van die Heilige Gees

plaasvind. Negasie van die rol van die Heilige Gees impliseer 'n onderwaarding van die Middelaarswerk van Christus. "By-passing the Spirit amounts to the denial of human depravity and the affirmation of man's innate goodness" (Adams 1970:20)

Die Heilige Gees gebruik die verskillende verkondigingsgestaltes om veranderinge in die mens teweeg te bring en werk deur die prediking, sakramentsbediening, pastoraat en gebed in die hart van die gelowiges. Pastoraat wat los van die Gees van God staan, kan geen permanente verandering in die mens voortbring nie. Die Heilige Gees as Persoon is God met ons en kies sy eie tyd, plek en wyse om sy taak te verrig. Hy is dus soewerein in alle dimensies.

Hierdie soewereiniteit van die Gees het bepaalde implikasies vir die pastoraat. Die pastor moet beseft dat sy werk nie uit eie krag gedoen word nie. Alles wat hy doen is 'n gawe van die Gees en vind plaas deur die Heilige Gees. Hy moet dus daarmee erns maak. Die Gees werk mee waar die gawe wat Hy aan die pastor gegee het, ten volle gebruik word. 'n Pastor kan nie sy pastorale werk halfhartig doen met die verwagting dat die Heilige Gees dit sal doen waar hy tekortskiet nie.

Die Skrif bly vir beide pastor en lidmaat duister as dit nie deur die Heilige Gees as instrument gebruik word nie. Wanneer geloof in Christus tot stand kom, is die mens nie as subjek of objek daarby betrokke nie. Geloof is alleen moontlik deur die werking van die

Heilige Gees. Die betrokkenes word slegs op grond van die Gees dissipels van Christus. Net so is die dankbare lewe van gehoorsaamheid alleen moontlik deur die Heilige Gees. Hy verlig die hart van die pastor en lydende en daarom is die gebed om leiding van die Gees in die pastoraat baie belangrik.

3.3.2.6 DIE ROL VAN DIE PASTOR

Dit is wel moontlik dat beide die ginekoloog en sielkundige ook gelowig kan wees, maar dit verminder nie die funksie en rol van die pastor nie. Sy spesialiteitsgebied is die verkondiging van God se Woord in die situasie van die pasiënt. Sy kan verwag dat die pastor sover moontlik aan al haar vrae vanuit die Woord van God antwoorde bied. Op hierdie manier kan hy by die vertikale dimensie wat die pasiënt se verhouding met God raak, aansluit.

In kort kan die rol wat die pastor in die berading van die histerektomiepasiënt speel, as volg saamgevat word:

- * Die pasiënt as volwaardige mens is die fokuspunt van die multi-dissiplinêre span om die siekbed. Wanneer die pastor binne spanverband optree, moet hy bewus wees van die terreine van pastor, sielkundige en medici. Sy opdrag is om God se diagnose van die lewe vir die siek mens te konkretiseer anders as die medikus se diagnose en medisyne. Die pastor is langs die siekbed ter wille van die sieke om haar by te staan om haar lewensopdrag te midde van pyn en lyding sinvol uit te voer. Sy eie identiteit

setel in sy roeping, teologie en geloofsbelydenis en hy moet daarvan deeglik bewus wees.

- * Die kerugmatiese pastorale gesprek gaan nie om 'n gedistansieerde diagnose nie, maar 'n gesprek waar die pastor saam met die lidmaat haar vrae verhelder vanuit God se Woord.
- * Kommunikasie tussen pastor en pasiënt is toegespitste gesprekmatige verkondiging van die heilsopenbaring van God binne die konteks van die worsteling van die pasiënt.
- * Die pastor as verteenwoordiger van God en die Kerk is die aanvanklike kontak van die sieke met die gemeenskap van die gelowiges wat ook na die sieke moet omsien.
- * Hy moet probeer om die gemeente by die sieke betrokke te maak.
- * Die pastor moet bereid wees om onbevange na die sieke as gelowige te luister en mee te gaan met die pasiënt in haar belewingswêreld.
- * Verder behoort die pastor konfronterend stimulerend en vermanend maar met troos die genade en sorg van God oor elke mens verkondig.
- * Egtheid, begrip, warmte, deernis en 'n diepe vreugde in Christus is deel van die mondering van die pastor.
- * Behalwe 'n voorkomingsfunksie (om te keer dat die sieke terug gly uit die geborgenheid van God), het die pastor ook 'n dinamiese funksie omdat hy die pasiënt moet bystaan in 'n groeiproses wat vorentoe gerig is.
- * Kennis is by die pastor onontbeerlik. Volgens Louw

(1983:59) moet die pastor kennis hê van:

- ** die algemene aard van siektes en die emosionele klimaat wat elke siekte tot gevolg het
 - ** verskillende verdedigingsmeganismes wat die pasiënt moontlik gebruik
 - ** die tegniek van gesprekvoering en die eie aard van die pastorale gesprek verstaan
 - ** die teodiseevraagstuk, voorsienigheid, sonde, skuld, uitverkiesing, dood, ewige lewe en die verband tussen God en lyding
 - ** die verwerking van lewenskrisisse
- * 'n Pastor moet ook van die volgende gevare bewus wees:
- ** 'n Pasiënt is nie 'n blote objek of geval nie. Sy is nie iemand wat "behandel" of "toegesprek" moet word nie. Die pastor is nie 'n weldoener nie, maar 'n bedienaar.
 - ** Die siekbed mag nie gebruik word om 'n sieke tot oorgawe te dwing nie. Hy kan slegs van geloofswaarhede getuig.
 - ** Die evangelie is nie een of ander tonikum of stimulant nie. Dit is die toesegging van "Ek wil vir jou 'n God wees."
 - ** Daar moet gewaak word teen foutiewe gebruik van die Skrif. Die opstand, spanning en vrees van die pasiënt kan maklik afgemaak word met 'n wettiese hantering van die Skrif.

3.3.2.7 DIE ROL VAN DIE VROULIKE PASTOR

Die Kerk bestaan nie net uit lede van die manlike geslag nie. Deur die loop van die geskiedenis van die Kerk het vroue 'n inspirerende bydrae tot die getuienis van die Kerk in die wêreld gemaak. Reeds in die beskrywings van die vroeë Kerk word melding gemaak van die rol wat vroue gespeel het.

'n Bekende voorbeeld daarvan is die van Priscilla. Sy het saam met haar man Akwila vir Apollos die evangelie van God duidelik gemaak (Handelinge 18:26). Paulus noem haar ook 'n *medewerker* in Christus en gebruik daarmee dieselfde term as wat hy byvoorbeeld vir Timoteus gebruik.

Ander vroue wat ook 'n rol gespeel het is Febe wat dienswerk in die gemeente gedoen het (Romeine 16:1); Maria en Persis was harde werkers in diens van die Here (Romeine 16:6,12) en ook Euodia en Sintige wat ook die stryd gevoer het in diens van die evangelie (Filippense 4:2,3).

Alhoewel vroulike arbeiders in die minderheid was, blyk dit dat veral in die Pauliniese gemeentes vroue dienswerk verrig het. Daar is geen aanduiding dat daar enige belemmering op hulle geplaas is nie.

'n Vroulike pastor kan 'n baie groot rol speel as ondersteuning vir die histerektomiepatiënt. Langs herderlike weg kan sy op unieke

wyse die pasiënt vertrous en begelei vanuit die selfverstaan van vrouwees.

Tog bly die vraag: Is daar enige teologiese verskille tussen die vrou as pastor en die man as pastor? Daar word tog in 'n mindere mate deur enkele persone in die Kerk veronderstel dat daar wel so 'n verskil bestaan. Hierdie siening word gewoonlik gekoppel aan die onderdanigheid van die vrou aan die man en daarom is sy onbevoeg om met outoriteit die Woord van God te verkondig.

Die karakter van pastoraat is egter die verkondiging van God se Woord waar die klem op die heil in Jesus Christus lê. 'n Klemverskuiwing met die fokus op die *persoon* wat die Woord verkondig, verskuif die fokus na 'n ander saak wat dan die heil in Christus op die periferie plaas.

In gesprekke met 'n paar pasiënte wat reeds 'n histerektomie ondergaan het, het nie een van die respondente 'n voorkeur vir 'n manlike of vroulike pastor uitgespreek nie. Opsommend was die reaksie op die vraag of hulle 'n manlike of vroulike pastor sou verkies die volgende:

- * beide kan empatie en deernis vir die pasiënt hê
- * albei is geroepe in die amp as pastor en sal die pasiënt met die Woord van God bemoedig en vertrous
- * die leiding van die Gees van God is nie beperk tot 'n bepaalde geslag nie

Die waarde van 'n vroulike pastor by die berading van 'n pasiënt met enige ginekologiese probleem kan beslis nie onderskat word nie. Sy kan bepaald die emosionele rol wat die vrouedele by die vrou speel, beter verstaan. Ten spyte daarvan blyk dit dat die pasiënte steeds die heil in Christus wil hoor en daarom nie voorkeure oor die geslag van die pastor het nie.

3.4 INLIGTING OOR DIE HISTEREKTOMIE

'n Gebrek aan voldoende inligting oor die aanloop, verloop en afloop van die chirurgie is van deurslaggewende belang. Die mate van inligting wat die pasiënt ontvang kan 'n bepalende rol speel in die ervaring van die ingreep. Deur inligting te ontvang kan die pasiënt beleef dat daar in haar as persoon belang gestel word en dat sy nie bloot nog 'n "geval" vir die ginekoloog is nie.

Verskeie navorsers beklemtoon ook die saak, maar kom tot die slotsom dat inligting gewoonlik gebrekkig van aard is.

Mwaba en Letloenyane het 'n studie onder 30 vroue in Mmabatho gedoen en die resultaat daarvan is dat 60% van die respondente baie min kennis oor histerektomieë gehad het. Die gebrek het voorgekom oor alle opvoedkundige grense heen (Mwaba en Letloenyane 1994:3)

'n Verdere interessante feit wat uit die navorsing na vore gekom het, is dat bykans 'n derde van die respondente oortuig was dat

'n histerektomie teen hulle bepaalde kultuur ingedruis het. Redes wat hiervoor aangevoer is, is onder andere die volgende: Dit is taboe vir 'n vrou om nie meer kinders te kan hê voordat haar oorgangsjare aangebreek het nie. Sommige respondente het geglo dat 'n vrou in 'n man sal verander wanneer sy 'n histerektomie ondergaan. Die respondente is ook bevrees dat hulle hulle fisiese aantrekkingskrag sal verloor.

Elke vrou se belewing van die histerektomie verskil van die ander hoewel die gebrek aan inligting by elkeen 'n toename in vrees en angs veroorsaak het (Hendriques en Dickson 1986:13). Dit is moontlik dat die pasiënt glad nie weet hoe haar liggaam funksioneer nie en daarom glad nie verstaan wat tydens 'n histerektomie gebeur nie. 'n Pasiënt Louise skryf die volgende: "*I wasn't told whether they would just take the uterus or ovaries as well, tubes or what they were taking. I didn't know. I must admit I thought there was a great big hole because no one told me any different. I thought they had taken half my insides away and that I was left with a gap. I couldn't understand how I did have a gap, or where or what the remaining bits were.*"

Al die pasiënte wat deur Hendriques en Dickson ondervra is, wou graag meer inligting oor die chirurgie, hospitalisasie en herstel bekom. Carole skryf dat sy geen inligting gehad het oor wat die operasie behels nie. Daar was niemand om haar vrae, angs en vrese met haar te bespreek nie. Jean sou graag wou weet of die chirurgie haar aanvanklik sal verswak; of dit pynlik sal wees; hoe

ander persone teenoor haar sal reageer.

Die huweliksmaat van die pasiënt beskik gewoonlik oor geen inligting rakende die histerektomie nie. Nadat 25 mans ondervra is, het dit duidelik geblyk dat die eggenotes negatiewe psigologiese, sosiale en seksuele ervarings by hulle huweliksmatts ondervind het (Bernhard 1992:180). In 'n persoonlike gesprek met myself het die eggenoot van 'n gemeentelid wat 'n histerektomie ondergaan het, die volgende aan my gesê: "Die ouens by die werk sê sy sal hol van binne wees" - dit nadat die egpaar reeds 11 jaar getroud was.

Effektiewe kommunikasie is volgens navorsers waarskynlik die belangrikste aspek wat in die dokter-pasiënt verhouding tot sy reg moet kom. Kommunikasie kan in baie gevalle die sleutel tot die verstaan van die siekte en siekwees vir die pasiënt wees. Insgelyks kan kommunikasie of die gebrek daaraan juis die herstelproses van die pasiënt beïnvloed of selfs vertraag.

Baie pasiënte vermeld dat hulle die gebrek aan kommunikasie tussen hulle en die medici as 'n ernstige probleem ondervind. Alhoewel die pasiënt nie noodwendig die kundigheid van die medici bevraagteken nie, spreek hulle dikwels hulle misnoeë uit met die gebrek aan kommunikasie tussen hulleself en die medici.

Schlebusch (1990:57) verdeel die kommunikasie probleem tussen dokter en pasiënt in twee. Enersyds is daar die perspektief van die pasiënt en andersyds die perspektief van die medikus.

Probleme wat die pasiënt kan ondervind is onder andere die volgende:

- * pasiënte beskik nie oor genoegsame inligting oor die aard van die diagnose, behandeling en prognose nie
- * kommunikasiegapings ontstaan as die pasiënt nie verstaan wat die dokter bedoel met die inligting wat hy aan die pasiënt deurgee nie
- * inligting word nie op 'n wyse aan die pasiënt gekodeer sodat sy dit in haar leefwêreld kan enkodeer en dit later kan herroep nie
- * pasiënte beleef soms min empatie by die medikus asof die medikus nie die pasiënt se probleem ten volle verstaan nie
- * sommige pasiënte kom passief voor en ervaar die aktiewe rol wat die medikus in die diagnosering en behandeling speel as 'n bedreiging

Medici moet derhalwe sensitief ten opsigte van die moontlike kommunikasieprobleme in die verhouding wees. Dit kan nie afgemaak word as opsioneel in die behandeling van die pasiënt nie. Probleme kan juis oorkom word deur die aanleer van bepaalde kommunikasietegnieke wat in die gesprek toegepas word. Dit veronderstel weer dat die pasiënt se sosio-ekonomiese agtergrond en opvoedingspeil in die toepassing van

kommunikasietegnieke in aanmerking geneem sal word.

Amanda Kok (1990:172) vermeld dat vanuit die feministiese beweging sterk aandrang kom dat die rol tussen die pasiënt en medikus in die huidige gesondheidsbestel verander moet word. Ondersteuners van die beweging het die volgende beswaar teen die huidige stelsel:

- * vroue word deur die paternalistiese medici as naïewe minderhede hanteer; besluite word eensydig geneem en inligting word weerhou
- * normale vroulike voortplantingsproses word patologies hanteer
- * klagtes en simptome word as neuroties afgemaak
- * behandeling word voorgeskryf wat nie behoorlik nagevors is nie en dikwels oneffektief is

Die paternalistiese mediese praktyk veroorsaak geslagrol stereotipes, afhanklikheid en 'n onvermoë by die vrou om self verantwoordelikheid vir haar eie gesondheid te neem. Alhoewel sommige van die menings van die feminisme kontroversieel is, kan sekere van die sake wel met vrug aandag kry.

3.5. HOSPITALISASIE EN CHIRURGIE

Hospitalisasie en chirurgie op sigself het die moontlikheid om 'n pasiënt geweldig te beïnvloed. Dit skep by die pasiënt 'n klomp vrees en kan nie alleen 'n angsvolle ervaring wees nie, maar ook

met bepaalde psigologiese gedrag geassosieer word.

Sekere tipes van chirurgie wek meer vrees en emosie as ander. Chirurgiese ingrepe wat gerig is op lewensnoodsaaklike organe soos hart en brein veroorsaak in die besonder angs en vrees. Netso veroorsaak ingrepe soos histerektomie en mastektomie vrees oor vroulikheid, seksualiteit en verlies aan moederskap. Trouens, die insidensie van erge psigologiese post-operatiewe reaksie kan tot soveel as twee en 'n half keer meer by pasiënte voorkom wat 'n histerektomie ondergaan het, as by pasiënte wat 'n galblaasoperasie ondergaan het.

Narkose verteenwoordig die verlies aan beheer en bewussyn. Pasiënte is ook bevrees dat die narkose nie effektief toegedien word nie en dat sy onder narkose pyn of bewussyn kan ervaar.

Bosch (1990:238) identifiseer 'n aantal vrese wat by die pasiënt mag voorkom:

- * angs wat vererger word deur 'n vreemde omgewing en onbekendheid met hospitaal prosedures
- * vrees vir die verlies aan beheer tydens narkose
- * vrees vir die verwagte pyn en ongemak
- * onsekerheid oor die toekoms en herstelproses
- * 'n gevoel van hulpeloosheid en isolasie
- * vrees vir afhanklikheid van andere
- * vrees vir die dood veral waar die pasiënt moontlik in lewensgevaar verkeer

- * angs oor die skending van privaatheid
- * vrees vir verminking of die verlies aan liggaamsfunksie

Genoemde navorser wys verder daarop dat die gedrag van die chirurgiese pasiënt ook nog deur ander faktore bepaal en beïnvloed word. Die ernstigheidsgraad en omvang van die organiese patologie speel 'n rol in die reaksie op die chirurgie. Verder heg die pasiënt 'n bepaalde betekenis aan die siekte, hospitalisasie en chirurgie op grond van haar eie interpretasie van haar toestand. Daarom is dit nodig dat die ondersteuningspan die pasiënt se belewing en gevoel oor die siekte in aanmerking sal neem.

Die tipe persoonlikheid van die pasiënt verleen ook dimensie aan die gedrag wat die pasiënt openbaar. Vorige chirurgiese ingrepe op die pasiënt, vriende of familie sal ook die gedrag van die pasiënt bepaal. Pasiënte glo dikwels dat hulle dieselfde belewenis as die familie of vriende sal ervaar. Indien so 'n ervaring vir die lid traumaties was, verhoog dit die vrees by die pasiënt. Laastens speel die reaksie van die mediese personeel ook 'n rol in die gedrag van pasiënte. Pasiënte wat baie kla en vrae vra, word gebrandmerk as 'n laspos en interpersoonlike kontak tussen pasiënt en personeel gaan verlore.

Die medici is daaglik binne die hospitaalomgewing besig met siek pasiënte. Dit word 'n tweede natuur waaroor hulle nie eers nadink nie. 'n Pasiënt op haar beurt bevind haar in 'n vreemde en

onbekende situasie en omgewing. Sy word aangesê wat om te doen en nie te doen nie. Haar huislike sekuriteit word haar ontnem en sy beleef 'n mate van isolasie. Hiervoor moet die medici sensitief wees en die pasiënt as persoon agter die gedrag raaksien.

HOOFSTUK 4

SPESIFIEKE PROBLEME WAT DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT MAG ONDERVIND

4.1 DIE INVLOED VAN 'n HISTEREKTOMIE OP DIE SEKSUALITEIT VAN DIE PASIËNT

4.1.1 INLEIDING

Studie oor die effek of invloed van 'n histerektomie op die seksuele verhouding van 'n pasiënt kan nie gelaat word nie. Alhoewel dit bepaald nie die belangrikste saak rondom die histerektomie is nie, is dit wel van wesenlike belang. Die seksuele verhouding raak nie alleen die vrou nie, maar ook in 'n baie groot mate die eggenoot. Dit het verder sekere implikasies vir die huweliksverhouding waarin die egpaar hulle bevind.

Dit is 'n onweerlegbare feit dat elke egpaar op 'n stadium binne die huwelik probleme ten opsigte van seksualiteit sal ondervind. Wanneer die probleme met siekte of siekwees gedrag saamval, is die probleme soveel groter. Handhawing van die seksuele verhouding by 'n egpaar waarvan een van die lede afwykende gedrag toon, is baie moeilik.

4.1.2 PROBLEME WAT PRE-OPERATIEF KAN VOORKOM

Helström et al (1993:358) vermeld dat daar pre- en post operatiewe faktore is wat 'n rol in die seksualiteit kan speel.

Ongelukkig word dit soms per se aan die histerektomie toegeskryf. Aan die ander kant is dit moontlik dat die histerektomie sekere gevolge kan hê wat sekondêr die seksuele verhouding kan beïnvloed. Die faktore sluit onder andere die volgende in:

- * die gemoedstoestand van die pasiënt
- * pyn in die pelvis area
- * erge menstruele bloeding
- * depressie

Hierdie simptome sal reeds pre-operatief 'n negatiewe invloed op die seksuele verhouding hê. Van kritieke belang is die hantering van hierdie probleme post-operatief, aangesien daar 'n besliste verband bestaan tussen die invloed van die pre-operatiewe simptome en post-operatiewe seksualiteit.

4.1.3 PROBLEME WAT POST-OPERATIEF MAG VOORKOM

Verskeie navorsers het intensiewe ondersoek gedoen na die moontlikheid dat seksuele probleme post-operatief kan voorkom. 'n Groot meerderheid is van mening dat daar wel post-operatiewe seksuele probleme kan voorkom.

Dit blyk volgens Derogatis (1980:8) dat soveel as 37% van alle pasiënte wel seksuele probleme post-operatief ervaar. Die probleme is nie slegs waarneembaar by pasiënte wat chirurgie vir kwaadaardige toestande ondergaan het nie, maar selfs ook by

pasiënte wat slegs klein chirurgiese ingrepe ondergaan.

Hellström et al (1993:572) meld dat die doel van hulle studie was om die effek van 'n subtotale histerektomie op 'n vrou se seksuele verhouding te ondersoek. Daar is 104 vroue 1 maand pre-operatief en weer 12 maande post-operatief ondervra. Daarna is die data van hulle pre- en post-operatiewe seksuele verhouding met mekaar vergelyk.

Die resultate van hierdie ondersoek is as volg :

Pre-operatief het 63% van die respondente ten minste een keer per week 'n behoefte aan seksuele verkeer. 19% van dié respondente het gerapporteer dat hulle minder behoefte aan seks het as gevolg van die simptome wat hulle ondervind. 'n Verdere 42% van die vroue het gesê dat hulle wel een keer per week intiem verkeer, terwyl 28% gesê het dat daar 'n drastiese afname in hulle seksuele verhouding is. Die meeste van die respondente (87%) het gerapporteer dat hulle wel orgasme tydens die seksdaad ervaar, terwyl 30% meervoudige orgasmes beleef het.

In die post-operatiewe onderhoud het 52% van die dames gesê dat hulle seksuele verhouding na die operasie verbeter het. Ten spyte daarvan dui 22% aan dat hulle seksuele verhouding swakker daaraan toe was. Dit is interessant om daarop te let dat die frekwensie van seks in die verhouding vir die hele studiegroep toeneem het.

'n Interessante slotsom waartoe die skrywers kom is dat die moontlikheid bestaan dat dames wat pre-operatief 'n bepaalde psigologiese probleem ondervind, wel post-operatief trauma en probleme kan manifesteer. Daarom is dit moontlik dat hierdie respondente seksuele probleme post-operatief kan ondervind.

Die redakteur van die tydskrif *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994.34:4:471 het dit nodig geag om redaksionele kommentaar by 'n artikel van Poad en Arnold (1994:471) te plaas. Die redakteur vermeld dat die studie vir plasing in die tydskrif oorweeg is juis omdat dit die lesers daarvan sal herinner dat die moontlikheid van post-operatiewe seksuele disfunksie kan bestaan.

Seksuele probleme post-operatief is 'n realiteit wat aanvaar moet word. Alhoewel dit uit studies blyk dat 'n kleiner persentasie pasiënte probleme ondervind, moet sodanige probleme wel deur 'n professionele persoon hanteer word.

Opsommend kan enkele van die post-operatiewe probleme wat kan voorkom en 'n rol in die seksuele verhouding speel, as volg omskryf word:

* Seksuele verwerping

Seksuele verwerping kan deur die pasiënt beleef word, terwyl dit nie noodwendig aan die eggenoot gekommunikeer word nie.

* Verlies aan moederskap

Histerektomie word soms beskou as 'n amputasie van vroulikheid. Die vrou beskou die inwendige seksuele organe as die bron en doel van moederskap. Indien dit verwyder word, lei dit soms tot 'n gevoel van mislukking ten opsigte van moederskap. In 'n persoonlike gesprek het 'n pasiënt aan my gesê dat sy mos nou 'n "droë koei" is.

* Ouderdom

Ouderdom speel ook 'n rol in belewing van probleme wat kan ontstaan. Wanneer 'n vrou in haar pre-klimakteriese fase is, is die trauma van 'n histerektomie soveel groter aangesien sy moontlik nog nie haar moederskap ten volle uitgeleef het nie. Daarteenoor blyk dit dat ouer pasiënte wat reeds in die klimakteriese fase is, probleme beter hanteer. Vir hulle is die ingrepe dikwels nie so traumaties nie, aangesien die pasiënte nie meer hulle inwendige organe aan moederskap koppel nie.

Indien 'n histerektomie by 'n 11-jarige meisie wat nie menstrueer of seksueel aktief is nie, vergelyk word met 'n 58-jarige vrou met 4 kinders en 'n huwelik van 36 jaar, is dit duidelik dat die benadering van die trauma by elk sal verskil.

* Geslagrolverwagting

Geslagrolverwagting kan ook 'n rol by die trauma van 'n

histerektomie speel. Dit blyk dat pasiënte wat meer vroulik ingestel is, die ingreep meer traumaties ervaar.

* Lewensingesteldheid en verwagtinge

Nog 'n faktor wat 'n rol speel is die pasiënt se lewensingesteldheid en verwagtinge. Indien die pasiënt reeds vooraf negatief en bevrees is, sal dit 'n uitwerking op haar post-operatiewe persepsies hê.

* Selfbeeld en seksualiteit

Selfbeeld en seksualiteit kan ten nouste aan mekaar verbind word. Chirurgie van die pelvis area word beskryf as 'n wrede aanranding op die liggaam. Dit gaan soms gepaard met ernstige verminking van die pasiënt se genitalieë. Uit die aard van die saak het dit 'n invloed op die pasiënt se selfbeeld. Sy kan byvoorbeeld bang wees om voor haar eggenoot te ontklee, juis omdat sy die prosedure as verminkend ervaar. So 'n pasiënt behoort evalueer te word oor haar eie selfbeeld pre-operatief om sodoende 'n post-operatiewe selfbeeldprobleem op te kan los.

* Verlies aan beheer van liggaamsfunksies

Nog 'n probleem wat die pasiënt rondom die seksuele verhouding kan ondervind, is die verlies aan beheer van haar liggaamsfunksies. Inkontinensie veroorsaak ongemak en verleentheid tydens koïtus; dit het weer negatiewe

gevolge vir haar selfbeeld en seksuele verhouding.

Poad en Arnold (1994:471) het met 'n studie van 66 pasiënte die volgende post-operatiewe probleme geïdentifiseer:

- * Afname in libido
8 pasiënte het vermeld dat hulle 'n toename in libido ondervind het, terwyl 16% 'n afname in libido ervaar het.

- * Vaginale smering
24 pasiënte het aangetoon dat vaginale smering verminder het, terwyl 7% aangedui het dat dit verbeter het.

- * Afname in orgasme
50 van die respondente het bevestig dat hulle wel orgasme ervaar, alhoewel 12 respondente 'n afname in orgasme gerapporteer het.

Uit al die inligting is dit duidelik dat probleme in die seksuele verhouding van egpare na afloop van 'n histerektomie kan voorkom. Seksuele berading lê waarskynlik nie in die ervaringsveld van elke gemeentepastor nie. Hierdie uiters intieme en sensitiewe saak word nie dikwels in studeerkamers bespreek nie.

Die vraag wat ter tafel lê is wie die verantwoordelikheid vir die berading sal neem.

In die reeds bespreekte artikel van Poad en Arnold word ook melding gemaak van die rol wat berading in die herstelproses van die pasiënt speel. Nadat 66 pasiënte ondervra is, het 46 van die pasiënte vermeld dat geen inligting oor die moontlike effek van die operasie op hulle seksuele funksie aan hulle gegee is nie.

'n Groot gedeelte (35) van die dames het aangedui dat hulle baie graag meer inligting oor en ook bespreking van die invloed van die histerektomie op hul seksuele verhouding sou wou hê. Slegs 20 van die 66 pasiënte het gemeld dat hulle post-operatief seksuele berading ontvang het. Dê berading het tydens die post-operatiewe opvolgbesoek plaasgevind. 35 pasiënte het aangedui dat hulle beslis meer inligting oor die saak sou wou ontvang.

Op 'n vraag wie verantwoordelikheid vir die berading moet neem, was sommige van die pasiënte van mening dat dit deur die spesialis aangebied moet word. Ander was van mening dat die algemene praktisyn die verantwoordelikheid moet aanvaar terwyl nog respondente van oortuiging was dat die verpleegpersoneel die berading moet doen.

Die studie dui verder aan dat 'n beduidende aantal dames aangedui het dat 'n berader wat spesialiseer op seksuele gebied van meer waarde sou wees. Hulle sou graag geskrewe materiaal, videomateriaal en persoon-tot-persoon berading wou ontvang.

'n Gebrek aan inligting oor die moontlike of potensiele effek van chirurgie op die seksuele verhouding was by 35 pasiënte 'n baie groot probleem.

Aangesien pasiënte dikwels ook ongemaklik en skaam voel om met iemand oor seksualiteit te praat, gaan die impak van die probleem ongemerk verby. Dit spreek vanself dat die belangrike bousteen van die huweliksverhouding daadwerklik aandag van 'n professionele persoon moet geniet.

Cohen en Jospe (1980:283) beveel aan dat die professionele persoon inisiatief in kommunikasie oor seksuele probleme moet neem. Hierdeur kan die seksuele verhouding deur die trauma gehandhaaf word.

Die navorsers is verder van mening dat medici soms die probleem van seksualiteit vermy al was dit duidelik dat die onderwerp bespreek moes word. Hierdeur word nie net die pasiënt se seksualiteit ontken nie, maar ook die feit dat die pasiënt 'n seksuele wese is.

Wanneer die onderwerp van seksualiteit pertinent in die spreekkamer bespreek word, word twee keer meer probleme rondom seksualiteit gekommunikeer (Dodd en Parsons 1984:189). So 'n geleentheid behoort aangegryp te word en die seksuele praktyk van die pasiënt moet bespreek word. Alhoewel dit 'n baie sensitiewe onderwerp is, kan die gesprek gefasiliteer

word deur die volgende:

- * erkenning van die onderliggende en integrale deel van seksualiteit in ginekologie
- * aanleer van beradingstegnieke
- * deurgronde kennis van menslike seksualiteit
- * kennis van psigo-seksuele probleme
- * 'n bewuswording dat psigo-seksuele probleme met pelvis chirurgie verband kan hou

Die behoefte wat die pasiënte uitspreek om seksuele berading deur 'n kenner op die gebied, kan nie sonder meer geïgnoreer word nie. 'n Belangrike vraag in die verband is of die gemeentelike pastor 'n kenner op seksuele gebied is.

'n Gemeentelike pastor het egter steeds 'n rol te speel in die berading van seksualiteit. Indien hy die opdrag van siekepastoraat reg verstaan en hanteer, kan 'n vertrouensverhouding tussen homself en die pasiënt ontstaan. Binne die verhouding mag die vrou dalk net die vrymoedigheid neem om die saak rondom seksualiteit met die pastor te bespreek. As die pastor in die geringste mate twyfel of onseker is hoe om die kwessie te hanteer, moet hy die pasiënt onmiddellik na 'n kenner verwys.

Enkele perspektiewe rondom seksualiteit word ingesluit om die pastor bedag te maak indien die pasiënt die saak dalk met hom wil bespreek.

4.1.4 SEKSUALITEIT BINNE DIE HUWELIK

Seksualiteit is 'n meer omvattende begrip as seks wat fokus op 'n genitale aktiwiteit wat opwerk na koïtus en orgasme. Seks as sodanig konsentreer op die erotiese en genitale areas van die liggaam. Louw (1983a:124) gee die volgende definisie vir seksualiteit: "Seksualiteit is 'n erotiese soeke na afronding en volledigheid wat in 'n duursame psigofisiese eenheid kulmineer en op liefdevolle persoonskommunikasie gerig is". Seksualiteit het dus te doen met seks as 'n verantwoordelikheid en 'n wyse van selfverstaan binne die spesifieke man-vrou verhouding. Die klem lê op heteroseksualiteit. Erotiek en seksualiteit mag nie geskei word nie, aangesien dit deel is van die mens as verantwoordelike wese voor God.

4.1.5 SEKSUALITEIT - 'n BYBELSE PERSPEKTIEF

Menslike seksualiteit lê binne die sfeer van die skepping. God het die mens as man en vrou geskape - heteroseksueel en nie biseksueel nie. Die mens het 'n bepaalde verantwoordelikheid voor God en teenoor sy medemens as man en vrou. Seksualiteit is deel van die mens as psigofisiese eenheid. Die Bybel sien die mens as psigosomatiese eenheid: liggaam en siel kan nie van mekaar geskei word nie. Louw (1984:145) meen dat die Ou Testament 'n besondere funksie aan seksualiteit toeken. God gee die opdrag tot vermeerdering aan die mens en die Bybelskrywer verbind prokreasie aan die seën van die Here.

Seën beteken in die Ou Testament vrugbaarheid en dit impliseer dat seksualiteit aan 'n kreatiewe beginsel gekoppel word. Die Bybel beskou seks nie as sondig nie. Seksuele vergrype is een van baie sondes in die Ou Testament. Seks word sonde wanneer dit van heteroseksualiteit en die huwelik geskei word. Seksualiteit word in die Ou Testament begrens deur die huwelik en voorhuwelikse gemeenskap en owerspel kon met die dood gestraf word (Deut 22:22-30)

Die Nuwe Testament lê in lyn met die Ou Testament klem op die monogame huwelik en heteroseksuele verband. Christus aksentueer die verantwoordelikebeginsel in kontras met die tradisionele Joodse opvatting oor die huwelik. Man en vrou is volkome gelykwaardig (Gal 3:28) en die versoenende Middelaarswerk van Christus geld vir alle mense. Die liggaamlike en fisiese aspekte is nie te skei van Christus se heilswerk nie.

Die Nuwe Testament skets die huwelik as 'n skeppingswerklikheid en 'n versoeningsmoontlikheid. Paulus oordeel versigtig oor die huwelik. Diegene wat reeds getroud is, wil hy help deur aan te toon hoe 'n Christen binne huweliksverband moet leef. Die huwelik is nie 'n romantiese alfa en omega vir die menslike bestaan nie, maar 'n staat wat verantwoordelik hanteer moet word. Hy beklemtoon wel 'n askese met die oog op die wederkoms van Christus. "Sowel askese as huwelik word in 1 Korintiërs 7 begrens deur die heerskappy van die Gees (pneumatologie) en die wederkoms van Christus (eskatologie) op

grond van die duur-gekoop-wees-deur-Christus (soteriologie)
(Louw 1984:149-150)

Paulus sien die skepping vanuit die herskepping met 'n eskatologiese visie. Die gelowige is deur Christus in 'n nuwe verhouding tot God gestel. Seksualiteit word as gawe van God ontvang; 'n gawe wat dankbaar geniet mag word.

Die Skrif is nie teen seksualiteit as 'n verantwoordelike daad nie; seksuele misbruik word afgekeur. Seksualiteit verloor sy skriftuurlike funksiebestemming los van die monogame huwelik en heteroseksuele verhouding.

Die bedoeling van seksualiteit in terme van die Woord van God kan as volg saamgevat word: (Van Schoor 1987:34)

- * Seksualiteit is 'n kreatiewe gebeure waar 'n seksuele verhouding 'n eksistensiële aangeleentheid is wat die volledige menswees laat realiseer.
- * Dit is ontmoetingsgebeure binne die unieke aard van die huwelik en bring liefdevolle kommunikasie mee; dit lei verder tot identifikasie met die huweliksmat asook identifikasie van 'n eiesoortige geslagidentiteit.
- * Seksualiteit is 'n rekreatiewe gebeure wat vreugde en ekstase bring as wesenlike deel van die Skriftuurlike siening oor seksualiteit. Geslagsdrif is 'n skeppingsgegewene wat dankbaar ervaar word terwyl orgasme 'n klimakservaring is wat 'n verdiepte ervaring van

menswees meebring.

- * Seksualiteit is prokreatiewe gebeure wat 'n dimensie van vader- en moederskap meebring wat die mens besondere sin gee. Man en vrou is geroepe om aan hulle kinders te bou tot geloofsvolwassenes in Christus. Die voortplanting van die mens dien die samelewing asook die gemeente van die Here.

4.2 DIE INVLOED VAN VREES OP DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

4.2.1 DEFINISIE

Vrees is 'n abstrakte begrip wat moeilik definieerbaar is. 'n Liggaam kan ondersoek en dissekteer word, om sodoende duidelike definisies te verkry. Emosies kan egter nie eksak beskryf word nie. Wanneer gepoog word om die emotiewe of menslike persoonlikheid te definieer, kan daar verskeie definisies aangebied word. Die probleem by die definiëring van vrees, is dat wetenskaplike definisies objektief en verifieerbaar moet wees. Vrees kan nie so gedefinieer word nie, bloot omdat dit 'n persoonlike en subjektiewe ervaring is.

Vrees kan egter in 'n sekere mate waargeneem word. Dit bestaan derhalwe nie bloot uit 'n bepaalde emosie nie, maar is ook waarneembaar in die gedrag van 'n persoon. Indien iemand deur 'n eksterne stimulus gestimuleer word, lei dit tot objektief waarneembare gedrag. 'n Voorbeeld hiervan is wanneer 'n persoon in die veld op 'n slang afkom. So 'n persoon verbaliseer

vrees, maar het ook objektief waarneembare gevolge van die emosie soos tagikardie en oormatige perspirasie.

Hierdie saak kan nog verder gekompliseer word. 'n Persoon wat vrees ervaar kan óf op die oomblik bevrees wees óf 'n vreesbevange persoonlikheid hê. Onderskeid tussen die twee moontlikhede word getref deur woorde soos "akuut" en "chronies". 'n Akute aanval van vrees, kan makliker hanteer word as 'n chroniese vreesbevange persoon.

Vrees kan volgens Freedman (soos aangehaal deur Levitt 1980:12) in ten minste 4 modaliteite manifesteer:

- * 'n geskrewe of gesproke uitspraak van vrees
- * kleiner fisiese reaksies soos bewing en perspirasie
- * inwendige fisiologiese veranderinge soos hipertensie, tagikardie en hormonale veranderinge
- * motoriese stilstand waar die persoon nie kan beweeg nie

4.2.2 VRESE IN DIE ALLEDAAGSE LEWE

Menslike lewe bestaan nie bloot uit 'n lewe wat soos 'n rustige waterstroom voortvloei nie. Lewe is 'n voortdurende proses van tred hou met omstandighede wat die menslike persoonlikheid toets. Baie van die omstandighede is van minder belang en kan maklik hanteer word. Enkele situasies wat voorkom, kan nie onmiddellik deur 'n persoon hanteer word nie en lei gevolglik tot verhoogde vreesvlakke. Dit spreek vanself dat daar soms

onverwagte situasies op die lewenspad kom. Situasies soos noodgevalle, dood, ongelukke, ernstige siekte en chirurgie kom gereeld voor. Hierdie situasies veroorsaak dat 'n persoon se veiligheid en gemaksones bedreig word.

Indien situasies wat die persoon kan bedreig op 'n skaal aangetoon word, is Levitt (1980:136) van mening dat dood, siekte en verhoudingsprobleme die hoogste op die skaal is. Levitt vermeld verder dat die bedreigings oor die hele spektrum van menswees feitlik dieselfde is. Hy is van mening dat ras, geslag, opvoeding, geloof bykans geen rol speel in die ervaring van die bedreigings nie.

4.2.3 MANIFESTASIE VAN VREES

4.2.3.1 Vrees vir siekte

Indien daar oor vrees vir siekte geredeneer word, moet daar onderskeid getref word tussen normale vrees vir siekwees en persone wat as hipochondrie geïdentifiseer kan word. Laasgenoemde is gewoonlik persone wat oormatig bekommerd is oor hulle fisiese gesondheid en nie oortuig kan word dat die kwaal slegs lig van aard is nie.

Normale vrees vir siektetoestande kan vele manifestasie hê. Persone kan vrees ondervind dat hulle een of ander siekte sal opdoen; vrees vir liggaamlike ongeskiktheid, finansiële verlies, dood en versteurings in gesinsverbande kan voorkom. Dit blyk

verder dat onder normale persone 'n redelike groot vrees vir ernstige kwale soos hartsiektes, polio en kanker kan voorkom.

Ten spyte hiervan is daar wel sekere faktore wat vrees vir siekte beïnvloed (Levitt 1980:138):

- * Opvoedingspeil speel 'n rol - diegene met 'n hoër akademiese kwalifikasie manifesteer minder vrees as diegene met laer kwalifikasie. Dit kan daaraan toegeskryf word dat eersgenoemde beter ingelig oor die siektetoestand is.
- * Vroue het meer vrees as mans; getroude vroue meer as ongetroude vroue; ouers meer as egpare sonder kinders. Die afleiding kan gemaak word dat persone nie net op hulleself fokus nie, maar ook op die wat naby aan hulle leef.
- * Siektes wat persone nie onmiddellik bedreig nie, het 'n kleiner invloed op die persone. 'n Bejaarde persoon sal minder vrees oor polio verbaliseer as iemand wat nog jonk is. Insgelyks sal 'n jong persoon min vrees oor artritis hê.

4.2.3.2 Vrees vir chirurgiese ingrepe

Vanuit 'n emotiewe hoek kan gesê word dat chirurgie tot 'n redelike mate vrees by persone laat voorkom. Sulke ingrepe het drie groot moontlike bedreiginge naamlik: akute pyn, verminking en dood. Elke pasiënt wat chirurgie ondergaan, word hiermee gekonfronteer. Die gevolg hiervan is dat soveel as 75% van alle

chirurgiepasiënte vrees verbaliseer. Sulke vrees word meer hoe nader die oomblik van chirurgie kom en bereik 'n hoogtepunt in die operasietheater.

Vrees vir chirurgie kan deur die volgende faktore bepaal word:

- * die tipe en aantal inligting wat pre-operatief tot beskikking van die pasiënt was
- * die vlak van pre-operatiewe vrees het 'n direkte verband met die post-operatiewe herstel
- * die verwagte invloed wat die ingreep op die pasiënt sal hê. Ingrepe soos histerektomie, mastektomie en kanker ingrepe het verhoogde vrees tot gevolg
- * afwagting vir die uitslag van die ingreep en gepaardgaande toetse wat gedoen word

4.2.3.3 Vrees vir dood

Die mens is waarskynlik die enigste lewende wese wat in 'n sekere mate sy eie dood kan voorsien en indink. 'n Dier kan vrees vir dood hê in geval van onmiddellike gevaar, terwyl die mens vrees vir die dood kan hê al dreig daar geen gevaar nie.

Dood is verder ook 'n persoonlike ervaring wat nie deur 'n ander persoon beleef kan word nie. Geen persoon kan ook homself indink hoe dit is om verlies aan lewe te hê nie. Dood beperk die lewensmoontlikhede en self verwagtinge wat die persoon self geskep het. Die grootste vrees is waarskynlik die vrees vir die onbekende wat voorlê.

4.2.3.4 Vrees vir die verlies aan beheer

Die mens wil graag glo dat hyself in beheer van sy lewe is en bly. Die mens glo ten diepste dat hyself argitek van sy eindbestemming is. Siekte en hospitalisasie kan hierdie siening plotseling omkeer en die persoon in 'n totale krisis dompel.

4.2.3.5 Vrees vir onbekendes

Die pasiënt kan vrees ervaar as sy skielik van vreemdes afhanklik is. Haar lewe word in die hande van 'n relatief onbekende sjirurg en narkotiseur geplaas. Pasiënte is soms nie eers oortuig dat die sjirurg bevoeg genoeg is om haar siekte te hanteer nie. Ook dit kan die vreesvlakke vir die pasiënt opjaag.

4.2.3.6 Vrees vir die skeiding van geliefdes.

Hospitalisasie impliseer om weg van die bekende te wees. Pasiënte word uit die bekende omgewing waar hulle naby geliefdes is, geruk om in 'n kliniese omgewing siek te wees. Dit bring vrees mee.

4.2.3.7 Vrees vir die verlies aan goedkeuring deur geliefdes

Chirurgiese ingrepe wat liggaamlike verminking tot gevolg het, bring vrees mee dat die geliefde die pasiënt moontlik kan verwerp. Die histerektomiepatiënt kan baie moontlik die bepaalde vrees ervaar as sy haarself as "vermink" beleef.

Henriques en Dickson (1986:11) het tydens hulle ondersoek aanhalings van pasiënte te boek gestel wat boekdele spreek.

" Most women are frightened of the operation itself, and the anaesthetic. Very frightened because they think they will not wake up."

" My experience of operations and anaesthetics has never been a happy one. I thought, one of these days I'll go under...."

4.3 DIE INVLOED VAN PYN BY DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

Pyn en die gepaardgaande simptome van pyn, is die mees algemene klagtes waaroor pasiënte 'n dokter gaan spreek. Thompson en Steele (1981:57) meld dat 18 miljoen pasiënte in een jaar dokters in die VSA besoek met lae rugpyn as klagte. 12 miljoen pasiënte kla oor hoofpyn terwyl ten minste 40% van alle Amerikaners jaarliks een of ander pyn beleef. Dit gee 'n aanduiding van die geweldige omvang van pyn by die pasiënt.

Die funksie van pyn is om 'n teken te wees om 'n persoon te waarsku dat 'n bepaalde aksie geneem moet word om verdere besering te voorkom. Pyn word gedefinieer as 'n bewuste interpretasie dat bepaalde stimuli die serebrale korteks bereik om aan te dui dat 'n liggaamsdeel beseer is.

Genoemde navorsers onderskei drie soorte pyn:

- * pynsimptome wat direk verband hou met 'n fisieke besering

- * pyn wat die resultaat is van psigologiese konflik wat in fisieke simptomologie manifesteer
- * pyn wat ontstaan wanneer die aanvanklike fisiese besering vergesel word van psigologiese reaksies

Laasgenoemde pyn het bepaalde implikasie vir die berading van die pasiënt aangesien daar ook moontlike veranderlikes is wat die invloed van pyn op die pasiënt het. Brockway (1980:170) is van mening dat pyn verskillende betekenis vir pasiënte kan hê. In 'n vergelykende studie tussen beseerde soldate en chirurgie pasiënte is bevind dat slegs 25% van die soldate pynstillers gevra het, terwyl 80% van die chirurgie pasiënte daarom gevra het. Die afleiding wat gemaak word, is dat pyn vir die soldate veiligheid (weg van die gevaarsone) beteken het. Vir die chirurgiepasiënte het pyn 'n lewensbedreiging beteken.

Emosionele vlakke van die pasiënt sal ook 'n invloed op die belewing van pyn hê. Pynvlakke verhoog veral wanneer die angsvlakke van die pasiënt styg. Insgelyks speel die verwagting van die pasiënt ook 'n rol in die pyn wat ervaar word. Pasiënte wat vooraf inligting oor die ingreep ontvang het, het oor die algemeen minder pynstillers versoek. In 35% van die gevalle waar pasiënte 'n plasebo ontvang het met die verwagting dat dit 'n pynstillende middel is, was die effek van die plasebo pynverliggend van aard.

Brockway kom tot die slotsom dat pyn ook 'n sielkundige fenomeen kan wees. Hierdie pyn het 'n bepaalde gedrag en optrede tot gevolg. Daarom kan pyn ook vanuit 'n sielkundige hoek benader word deur spanningtegnieke, tegnieke om angs te verlaag en selfs hipnose.

Onderskeid word getref tussen reaktiewe pyngedrag en operante pyngedrag. Reaktiewe pyngedrag vind plaas wanneer 'n reaksie op 'n pynlike stimulus plaasvind. Operante pyngedrag word ook deur 'n stimulus gestimuleer, maar die gedrag word beïnvloed deur die effek wat die behandeling op die pyn het. As voorbeeld: wanneer operante pyngedrag gevolg word deur 'n positiewe erkenning, sal die gedrag in frekwensie toeneem. Wanneer operante pyngedrag deur negatiewe of neutrale erkenning gevolg word, sal die frekwensie daarvan afneem.

4.4 DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT MET KANKER

4.4.1 ONDERSTEUNING EN VERWERPING VAN PASIËNTE

Geen persoon leef in 'n eilandsituasie nie. Elke persoon het in 'n minder of meerdere mate steunstelsels waarop teruggeval kan word. Navorsing dui daarop dat hierdie steunstelsels vir die histerektomiepatiënt van groot belang is.

Lichtman en Taylor (1986:51) meen dat daar beslis 'n verwant bestaan tussen reaksies van die pasiënt en die ondersteuning wat sy ontvang. Die vraag is of pasiënte altyd genoegsaam

ondersteun word. In hulle navorsing is vasgestel dat 25% van die pasiënte nie altyd 'n intieme verhouding met naasbestaandes het nie. Uit die aard van die saak is so 'n intieme verband tydens 'n krisis noodsaaklik.

Daar is baie redes waarom pasiënte in hulle verhoudinge verworpe kan voel. Die kankerpatiënt leef met vrees en onsekerhede saam wat 'n invloed op inter- en intrapersoonlike verhoudinge het. Dit gebeur dikwels dat die pasiënte 'n front voorhou, wat ook die inter-persoonlike verhoudinge strem. Persone na aan die pasiënt is nie seker hoe hulle die verskil in verbale en nie-verbale gedrag moet verklaar of hanteer nie. Gevolglik gebeur dit dat die naasbestaandes die pasiënt kan blameer vir haar siekte - as sou dit haar eie skuld wees. Pasiënte word selfs verwerp en geïgnoreer omdat geliefdes onseker is oor hoe hulle die saak moet hanteer.

Pasiënte se antwoord op die vraag of hulle gebrek aan ondersteuning gehad het, dui daarop dat 42% wel in verskillende stadia verwerping ondervind het. Dít verwerping sny oor alle vlakke van die steunstelsels heen:

"I have one friend who wouldn't talk to me. Couldn't face me. That had an effect on how I look at people.

I had one girlfriend who had just had a baby. After I finished radiation therapy, we had gotten together. We went over to their new house, and she kept the baby away

from me; it was real strange. When we left, I said to my husband, "You know, Sue thinks I'm contagious." And that was the last we ever heard from them.

That person looked at me like a freak and I really got mad. Cause I feel like I look fine and I act fine and I look normal and I act normal. Why was she looking at me like I'm going to die any second? I resent that."

4.4.2 VERWANTSKAPPE IN DIE FAMILIE VAN DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

Wellisch, soos aangehaal deur bogenoemde navorsers, maak 'n interessante stelling deur te sê dat gesinne kanker kry en nie bloot die pasiënt nie. Aangesien die gesin ten nouste by die pasiënt betrokke is, is hulle reaksie op die siekte van belang.

Wittenberg (1993:33) is ook van mening dat die invloed van kanker op die hele gesin van toepassing is. Gesinsverhoudinge draai om die noue intra-persoonlike verhoudinge wat tussen gesinslede bestaan. Indien 'n lid van die gesin siek word, skep dit 'n krisis in die intra-persoonlike verhoudinge. Elke gesinslid reageer op sy eie besondere manier op dit wat die verhoudinge bedreig.

4.4.2.1 Die eggenoot

Verskeie navorsers dui daarop dat die reaksie van die eggenoot

dikwels bepalend vir die gedrag van die vrou is. Indien die eggenoot negatief reageer, sukkel die pasiënt dikwels om haar eie situasie te hanteer. Diegene wat in 'n swakker verhouding met hulle eggenoot staan, het geen intieme gespreksgeleentheid nie.

Die pre-operatiewe huweliksverhouding het ook 'n rol te speel in die post-operatiewe gedrag van die pasiënt. Pasiënte met pre-operatiewe huweliksprobleme is gewoonlik die wat post-operatief swak aanpas. Hulle verbaliseer ook dat hulle min of geen ondersteuning van hulle eggenoot kan verwag nie.

Daar moet egter ook in gedagte gehou word dat die siekte van die eggenote ook 'n bepalende invloed op die eggenoot kan hê. Die moontlikheid bestaan dat ook die eggenoot sekere fisiese simptome soos moegheid, vrees en angs kan ondervind. Beide man en vrou is soms onseker oor hul eie rol binne 'n verhouding waar die eggenote siek is. Daar word van die man verwag om sekere rolle oor te neem waarin hy ongemaklik voel, of selfs nie kan hanteer nie. Die gevolg hiervan is groter spanning en onsekerheid by die eggenoot.

Eggenotes kan ook sekere vrae en onsekerhede ondervind wat hulle nie met hulle vrou wil bespreek nie. Dit gebeur omdat hulle oortuig is dat hulle dit van die vrou wil weerhou. Hy word onseker oor die situasie waarin hy hom bevind en kan moontlik later self 'n krisis beleef omdat sy onsekerheid onhanteerbaar word.

Kommunikasie of die gebrek daaraan, is ook 'n belangrike faktor binne die huweliksverband. 31% van die respondente dui aan dat hulle kommunikasie probleme ondervind. Diegene dui verder aan dat dit lei tot meer konflik, rolle konflik en minder kohesie in die verhouding.

Verskeie redes kan aangevoer word vir hierdie verskynsel:

- * sekere inligting is slegs aan die vrou beskikbaar- sy weet hoe sy voel en watter ongemak sy ervaar
- * die eggenoot besef dalk nie dat sy vrou haar toekoms sien en beplan deur in gedagte te hou dat die kanker weer kan posvat nie
- * eggenotes is soms oortuig dat die vrou haar negatiewe ervarings self kan hanteer, terwyl sy nie daartoe in staat is nie
- * sommige mans glo dat wanneer hulle oor kanker praat, dit moontlik daartoe kan lei dat die siekte weer posvat
- * mans kan gesprekke oor die siekte ignoreer om hulle eie vrees weg te steek

4.4.2.2 Verhoudinge tussen kinders en moeders wat ginekologiese kanker onder lede het.

Dit blyk dat die reaksie wat kinders op die moeder met kanker het, baie min aandag geniet. Daar kan hoofsaaklik twee redes vir die verskynsel aangevoer word (Anderson 1986:243):

- * kanker kom proporsioneel meer by ouer pasiënte voor en kinders het dan reeds die huis verlaat wanneer die ouer

kanker opdoen

- * navorsers vind dit baie moeilik om kinders van ouers met kanker op te spoor om onderhoude met hulle te voer

Die enkele resultate wat beskikbaar is, dui op die noodsaak van berading vir die hele gesin waar die moeder kanker onder lede het. Verskeie probleme kan voorkom wat destruktiewe gevolge vir die gesin kan inhou.

Rolverwagtinge in die gesin verander veral waar kleiner kinders betrokke is. Kinders moet take uitvoer en verantwoordelikhede neem waarvoor hulle nog nie opgewasse is nie. Ook die rolverwagting ten opsigte van kinderopvoeding verander as die moeder 'n rol daarin gespeel het.

Buckley soos aangehaal deur Anderson (1986:244) meld dat tot 33% van die gesinne waar 'n ouer kanker onder lede het, kinders gedragversteurings openbaar. Die versteurings wat voorkom is onder andere skoolprobleme, verhoogde aggressie, nagmerries, verminderde eetlus en selfs dieremishandeling. By die adolessente kind kan nog meer ernstige probleme voorkom. Adolessente probleme soos onttrekking, dwelmmisbruik, promiskuiteit en huisverlaat kan opduik.

Dit is verder interessant om daarop te let dat dogters oor die algemeen meer probleme ondervind as seuns. Pre-adolessente dogters ondervind soms verhoogde vrees vir die dood van die

moeder en adolessente reageer met verwerping.

Die volgende emosionele beskrywing van die reaksie van kinders deur 'n moeder, dui op die geweldige verskil wat tussen die gedrag van haar seun en dogter voorgekom het:

"My daughter went out of her way to make it harder for me. She would come in and she would make a mess in the kitchen, knowing that I couldn't clean it up. One night, she simply took off and left a note saying that she had to get out of the house. We didn't know where she was and I was completely hysterical. Her attitude seem to be "Why did you have to go and get sick?", whereas I perceived my son's attitude to be "I am going to do anything and everything I can to help my Mom get well sooner."

Daar kan moontlik twee redes wees waarom die moeder-dogter verhouding meer neig om skeef te loop as die moeder-seun verhouding. Eerstens dra die moeder soms haar verantwoordelikheid aan die dogter oor. Sy verwag meer ondersteuning van haar dogter. Indien die dogter nie gereed is om die verantwoordelikheid oor te neem nie of nie die nodige ondersteuning kan bied nie, ontstaan daar 'n gespanne verhouding wat die moeder-dogterverhouding negatief beïnvloed. Tweedens verbaliseer dogters soms vrees dat die kanker wat die moeder onder lede het, geneties oordraagbaar is. Dit lei tot veragting en verwerping van die moeder deur die

dogter.

4.4.3 SEKSUALITEIT BY DIE PASIËNT MET GINEKOLOGIESE KANKER

In die geval van 'n vrou wat kanker het, is daar ook die moontlikheid van probleme met die seksuele verhouding. Dit is natuurlik in die geval van ginekologiese kanker meer van toepassing.

By die pasiënt met ginekologiese kanker, kan die klem van haar probleme en vrese anders lê. Derogatis (1980:1) suggereer dat by talle pasiënte die vrees en onsekerheid oor hulle seksuele verhouding juis die kern van hulle probleme is. Die gemeenskap waarin die pasiënt vandag leef, praat en dink baie meer vryelik oor seksualiteit en gevolglik kan dit groter probleme vir die pasiënt skep.

Chirurgiese ingrepe by pasiënte met ginekologiese kanker is in vele opsigte uniek. Dít chirurgie het 'n destruktiewe impak op die pasiënt se liggaam, selfbeeld en seksualiteit. Alhoewel ouer en meer lewens ervaar pasiënte in 'n mindere mate deur die chirurgie geraak word, kan die effek van die chirurgie katastrofies wees. Hierdie ingrepe het 'n direkte impak op die pasiënt se identiteit as vrou. As voorbeeld die volgende: waar 'n pasiënt 'n vulvektomie ondergaan, het dit verminking van die genitalieë tot gevolg. Die pasiënt voel dan onaantreklik en is

bang om seksuele omgang te hê.

Schain (1980:12) maak 'n stelling dat die seksuele behoeftes en/of disfunksie van die kanker pasiënt ernstig negeer word. Alhoewel die medici aandag gee aan die pasiënt se kwaliteit van lewe, word min aandag aan die seksuele sy van die pasiënt verleen.

Kwaliteit van lewe is nie bloot 'n langer lewe nie, maar ook geborgenheid binne die kwaliteit lewe. Betrokkenes by die pasiënt moet daadwerklik aandag gee aan die seksuele sy van die pasiënt. Indien die persone wat na aan die pasiënt beweeg en leef, haar seksuele probleme verstaan, sal dit makliker hanteer en opgelos word.

Probleme wat kenmerkend by die pasiënt met ginekologiese kanker kan voorkom is:

- * verhoogde depressie na chirurgie
- * vrees vir seksuele omgang
- * die sogenaamde post-histerektomie sindroom (reaktiwe depressie)
- * verlies aan libido
- * verlies aan vroulikheid
- * pynlike omgang weens 'n verkorte vagina
- * vaginale stenose as gevolg van radioterapie

Schlebusch (1993:59) is van mening dat die seksuele reaksie van 'n persoon nou verbind is aan die persoon se biopsigologiese belewing. Dit het noodwendig tot gevolg dat die impak van kanker op die seksuele verhouding dié verhouding nadelig kan beïnvloed. Buiten dié is dit ook moontlik dat die behandeling van kanker sekere gedrag tot gevolg kan hê. Behandeling soos chemoterapie kan tot verlaagde selfbeeld lei, wat weer 'n invloed op die seksuele verhouding kan hê.

Seksuele probleme by pasiënte wat aan servikale kanker lei, kom redelik algemeen voor. Die voorkoms daarvan word egter ook bepaal deur die tipe behandeling wat gevolg word en die pasiënt se belewenis van newe-effekte van die behandeling. Volgens Schlebusch moet die oorsaak van seksuele disfunksie nie per se voor die deur van die histerektomie gelê word nie, maar eerder voor die deur van die gedrag wat volg op die interpretasie dat die ingreep die vrou se vroulikheid en moederskap verminder.

4.4.4 REAKSIE VAN DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT OP KANKER

Dit spreek vanself dat die diagnose en behandeling van die kankerpatiënt, sekere reaksie by haar sal uitlok. Die woord "kanker" word geassosieer met 'n onsekere toekoms, dood, pyn, verlies van beheer en 'n stigma wat aan die siekte kleef.

Wanneer die diagnose gemaak word, ontstaan daar onmiddellik 'n krisis vir die pasiënt. Die diagnose kan 'n velerlei emotiewe reaksies tot gevolg hê. Vir baie pasiënte is die diagnose emosioneel vernietigend en kan vererger word deur 'n gebrek aan kennis oor die siekte. Navorsers is ook van mening dat pre-operatiewe vrees kousaal verbind kan word aan post-operatiewe vrees. Diegene wat die pasiënt deur berading ondersteun, moet kennis neem van die verskillende reaksies wat by haar mag voorkom en dit in die behandeling verdiskonteer.

Reaksies wat by die kankerpatiënt mag voorkom, is die volgende:

- * Die aanvanklike reaksie is soms dié van ontkenning. Alhoewel aanvanklike ontkenning deel van 'n proses van aanvaarding is, kan ontkenning irrasioneel voortduur.
- * Vrees en angs oor die bedreiging wat kanker inhou, kom dikwels voor. Vrese sluit vrees oor fisiese ongemak, pyn, werksverlies, finansies, verhoudinge, nowe-effekte van die siekte en rolverwagting in.
- * Pasiënte voel selfs skuldig oor kanker as sou hulle dit oor hulleself gebring het.
- * Anderson (1986:117) meld dat tot 25% van kankerpatiënte matig tot ernstig depressief raak. Depressie word aangebring deur die siekte self en ook die erge pyn wat ondervind word.
- * Pasiënte ervaar intra- en interpersoonlike verhoudingsprobleme as die persone wat naby haar leef onseker is oor hoe sy benader en hanteer moet word.

- * Lewensverwagting en toekomsverwagting van die pasiënt word soms onder ernstige druk geplaas. Planne wat vir die toekoms gemaak word, moet rekening hou met die uitkoms van die siekte.
- * Pasiënte het uit onkunde kommer oor die effek van bestraling en chemoterapie. Hulle is bang dat die bestraling sal brand, kanker kan veroorsaak of hulle selfs steriel kan maak. Chemoterapie word verbind aan 'n lae selfbeeld as gevolg van haarverlies, verlaagde energievlakke, vomering en verlies aan beheer. Sommige pasiënte is van mening dat die nuwe-effekte so erg is dat hulle verkies om nie chemoterapeutiese middele te ontvang nie.

4.5 DIE VRAAG NA SIN IN LYDING

By die siekbed van die histerektomiepatiënt het die pastor 'n besondere taak. Hy moet God se Woord van oorwinning en redding verkondig. Dit is waarskynlik die mees oortuigende modaliteit van die verligting van lewenspyn. Soms word die pyn nie verlig nie; soms is die pasiënt terminaal siek; soms skemer wanhoop deur; soms word die innerlike belewing 'n "skreeu na God". In dié omstandighede moet sy begelei word tot oorwinning. Teenoor die skade van lyding verwerklik die pastor God se heilsopenbaring aan die pasiënt wat met haar totale menswees as gelowige en gestuurde van die lewende God hiersonder nie kan bestaan nie.

Daarmee kan die psigologie en mediese wetenskap nie altyd help nie maar daarvoor is die pastor daar.

Die vraag na lyding en die doel daarvan, kan ook deur die histerektomiepatiënt gevra word. Hierdie vraag is in baie opsigte aktueel want dit is nie net eksterne faktore soos die chirurgie of kanker wat haar bestaan bedreig nie. Ook interne faktore soos reaktiewe gedrag kan die histerektomiepatiënt se bestaan bedreig.

Louw (1982: 1) is van mening dat lyding nie bloot meer 'n growwe biologies-fisiologiese vernietiging is nie, maar verfyn is tot 'n hoogs gespesialiseerde psigologie van lyding wat 'n algehele bestaanskrisis skep. So 'n bestaanskrisis kan veroorsaak dat die pasiënt soek na die sin van elke dag se lewe. Die bestaanskrisis intensiveer die identiteitskrisis waarin die pasiënt beland met haar liggaam en haarself. Die onsekerheid skep 'n verwarde gevoel van self waarde en 'n onsekere toekoms in terme van die planne wat sy koester. Enersyds skep dit 'n konatiewe krisis omdat die pasiënt se wilslewe beïnvloed word deur dit wat sy normaalweg kan doen en nou nie kan nie. Andersyds kan 'n kognitiewe krisis ontstaan vanweë die rasionele wyse waarop die sieke haarself in die versteurde situasie oriënteer.

Lyding het dus baie fasette en verskillende dimensies het. Vir die doel van hierdie studie is die eksistensiële en religieuse dimensie

van lyding van belang. Hiervolgens beïnvloed lyding die mens in sy verhouding met God, homself, en sy medemens en die skepping. Dit kan vrae laat ontstaan oor die bestaan en regverdigheid van God. Lyding kan selfs tot angs, wanhoop en ongeloof verword. God word gesien as 'n tiran en iemand wat die kwaad wil. Die vraag na God se liefde duik op en dit mag selfs vir die lydende lyk of God magteloos teen die kwaad is. Die mens in sy lyding vra na God en worstel met God. Die lydingsvraagstuk is ten diepste ook 'n troosvraagstuk. 'Die mens soek na ondersteuning met die oog op heroriëntasie wat hom in staat stel om die krisis te bowe te kom en die lyding as opgawe te sien' (Louw 1985: 12). Die teodiseevraag wil nie net die solidariteit van God met lyding beklemtoon nie, maar ook die feit dat God teenoor lyding staan, onderstreep. Die mens word opgeroep om teen lyding te stry en daarmee te worstel.

Die moeilikste vraag binne die teodiseevraagstuk is 'Waartoe?' Wat is die doel en sin in lyding? Juis die vraag stel die teodiseeprobleem binne pastoraal-teologiese konteks, waar veral die volgende vyf aspekte aandag verlang: (Van Schoor 1987:45)

- * Die verklaring van lyding: Waaromvraag
- * God se betrokkenheid by lyding: Hoevraag
- * Teësprak tussen God en lyding: Waarvraag
- * Oorwinning in lyding: Wanneervraag
- * Verwerking van lyding: Waartoevraag

Hierdie vyf aspekte is in die pastorale begeleiding van die histerektomiepatiënt van kritieke belang. Siekte kan by die pasiënt bepaalde nood laat ontstaan. Funksionele nood volg op funksieverlies. Verlies van byvoorbeeld die uterus het verlies aan prokreasie tot gevolg. Rasionele nood veroorsaak probleme in bestaande verhoudinge. Liggaamlike nood beteken 'n ontwrigting in liggaamsfunksies wat psigologiese gevolge kan hê. Siekte kan ook religieuse nood word as die pasiënt isolasie en verwerping van God ervaar. Binne die nood word die vraag na sin in lyding en die lewe 'n noodkreet wat pastoraal nie onbeantwoord gelaat kan word nie.

4.5.1 DIE VERKLARING VAN LYDING: WAAROMVRAAG

Die lydingsvraag van die gelowige word ten diepste ervaar in die waaromvraag. "Waarom" is waarskynlik een van die eerste vra wat die histerektomiepatiënt vra. Dit is 'n noodkreet van 'n gelowige wat sy nood aan God bekend wil maak. 'n Vrou wie se moederskap nog nie voltooi is nie, kan dit moeilik vind om haar lyding met die goedheid en liefde van God te versoen. So 'n waaromvraag word 'n aanklag wat teen die situasie protesteer met die verwagting dat die situasie sal verander. Die aanklag word 'n uitdrukkingsvorm van die hoop op 'n toekoms van verlossing. Dit is vir die pastoraat belangrik omdat die pastor dikwels te doen het met worstelende gelowiges wat 'n aanklag tot God rig. Die kern van die probleem is egter of God die kwaad wil (inskakelingsteodiseë) en of God die kwaad nie wil nie

(uitskakelingsteodiseë).

4.5.1.1 Inskakelingsteodiseë

Onder hierdie benadering val diegene wat lyding sien as straf op die sonde. Volgens Augustinus is sonde nie buite die wil van God nie. Sonde is in God se raadsplan opgeneem en lyding moet gesien word as dit wat God toelaat. God is soewerein, maar die mens se misbruik van die vrye wil lei tot kwaad. Tog laat God die kwaad indirek toe hoewel dit aan die kruis oorwin word. Onder die inskakelingsteodiseë is daar ook standpunte wat kwaad as 'n moontlikheid wat met die kreatuurlikheid van die werklikheid saamval, sien. Leibniz, soos bespreek deur Louw, stel dat kwaad nie 'n absolute noodwendigheid is nie. Kwaad is 'n hipotetiese noodwendigheid. Dit is dus nie binne die wil van God nie. God laat die sonde toe, maar is nie die outeur van die sonde nie. God wil die wêreld as optimale moontlikheid voortbring, wat alleen deur die onvolmaaktheid leer ken kan word.

Barth sien die skepping vanuit Christus en daarom staan kwaad en goed nie dialekties teenoor mekaar nie. 'Teodisee by Barth kom daarop neer dat God die kwaad nie gewil het nie. Dat daar kwaad is word onthul vanuit die regverdiging in Christus' (Louw 1982: 3). Die bestaande wêreld is die beste moontlikheid wat God kon skep. Hierdie teodisee word deur Louw die Christologiese teodisee genoem.

4.5.1.2 Uitskakelingsteodiseë

Die mees algemene ideerigtings onder hierdie teodiseë staan as teopastigisme bekend. Per definisie impliseer dit dat God lyding nie wil nie, maar Hy ly self uit medelye met die skepping. God is betrokke by lyding en distansieer Homself nie daarvan nie. God se betrokkenheid by lyding dui daarop dat lyding lynreg teen Sy wil indruis.

Dorothee Sölle, aldus Durand, meld dat God in Christus bewys dat Hy saam met die mens ly. God ly ook op die sosiale en politieke vlak en is en bly onmagtig teen verandering. Die onus van verandering lê by die mens. Durand (1978: 97) stel dat Sölle bepaalde gesigspunte na vore laat kom. Rasionalisasie vind plaas en die mens se swakheid word positief waardeur om daardeur die krag van God te illustreer. Die mens is altyd gewillig om te ly. Lyding beklemtoon sy onmag en afhanklikheid van God. Dit dui daarop dat lyding en beproewing straf van God is. God word dan 'n sadis: dit kan uit die volgende stellings van Sölle afgelei word:

- * God is die almagtige bestuurder van die wêreld en Hy beskik oor alle leed.
- * God handel nie willekeurig nie, maar regverdig.
- * Alle lyding is gevolglik straf op sonde (Durand 1978:98).

Christus is die voorlopige verteenwoordiger van God en die inkarnasie beteken dat Christus die rol van God vervul tot aan die kruis. Hierdeur leer die mens God ken as 'n God wat saam met

die mens ly. As die mens lyding en pyn ervaar, ervaar God dit insgelyks. God ly saam om daardeur die mens te gebruik om mee te werk aan die voleinding van die skepping. Die mens moet die lyding aanvaar en bereid wees om deur lyding onderrig te word.

Lydingaanvaarding is egter gerig op die afskaffing van lyding. Sölle lê verder daarop klem dat die grootste oorsaak van lyding sosiaal van aard is. Sosiale strukture en omstandighede wat deur die mens vir die mens geskep is, bepaal lyding. Lyding as sosiale lyding kan oorkom word en kan nie vanuit die noodlot verklaar word nie. Sosiale lyding spoor die mens juis aan tot veranderende handeling. Lyding kan nie apories na die wil van die Almagtige God teruggevoer word nie. Durand (1978: 100) meld tereg dat God as Almagtige en Koning vir Sölle gesterf het. Hy word die lydende en onmagtige God wat op die mens aangewese is om Homself te regverdig.

Die teopastigistiese benadering wil God en lyding direk met mekaar in verband bring. God is dan die lyding (Louw 1985: 25). Die gevaar van die teopastigistiese benadering is dat die fokuspunt op die lyding van God val en die Middelaarslyding word dan sekondêr gestel. Die soewereiniteit van God word ook geminimaliseer. God moet teen wil en dank ly. Die gevaar bestaan dat lyding God absorbeer en definieer.

Die verband tussen lyding en sonde het niks met simpliïsme te doen nie, alhoewel sekere vorme van lyding 'n definitiewe verband met menslike verantwoordelikheid het. Die Woord van God stel bepaalde rampe en sonde nie *per se* verbonde aan bepaalde sonde nie. Christus wys so 'n simplistiese verband juis af. In Luk 13:1-5 stel Christus dat die sonde van die Galileërs en vervolging deur Pilatus nie direk verbind kan word nie. Christus ontken egter nie die meer algemene verband tussen sonde en lyding nie. Die klem lê (so ook in Joh 9) op God as die Verlosser van die mens.

Louw (1985: 32) verklaar dat die openbaring van God so veelsydig is dat dit onnodig is om 'n keuse te maak tussen die in- en uitskakelingsteodiseë. Beide teodiseë omvat 'n moment van waarheid. God wil nie die lyding nie, en dit word duidelik uit Sy medelye met die mens. Dit word ook duidelik uit God se toorn wat konkreet gedemonstreer word in die verbondsooreenkoms tussen God en Sy volk. Lyding kan nie rasioneel verklaar word nie - slegs as skuld bely word. God se goedertierenheid is groter as die onbegryplikheid van lyding. Binne die pastoraat moet die pastor erns maak met die feit dat God betrokke en aanwesig is in lyding. Die pastoraat moet die lydende begelei deur die trou van God, die boodskap van hoop en God se empatieke meelewing. Lydingspastoraat sluit aan by die pneumatologie want pneumaties gesproke sentreer dit om verlossing uit lyding aangesien die Heilige Gees Christus se Middelaarslyding vir die mens ontsluit. Hierdie ontsluiting is nie 'n rasionele antwoord nie

maar 'n gesindheidsverandering. 'Wat vir 'n pastoraat in lyding belangrik is, is die verandering wat in die hart van die gelowige mens in die teenwoordigheid van God kan plaasvind' (Louw 1985: 33).

4.5.2 GOD SE BETROKKENHEID BY LYDING: HOEVRAAG

Lyding impliseer nie net die waaromvraag nie - ook die vraag hoe God in verband met lyding staan, kom ter sprake. Die vraag na die aard van God se betrokkenheid by lyding duik ook op. Die gelowige worstel met die vraag of God sy lyding verstaan en met hom solidêr is. Verstaan God die eksistensiële krisis van iemand wie se wêreld ineen stort as verhoudinge post-operatief verkeerd loop. Is God immuun teen lyding? Hoe ly God?

Hierdie vraag kan ook by die histerektomiepatiënt opduik. Vir baie van die pasiënte beteken die chirurgiese ingreep intense lyding op baie vlakke. Die pasiënt beleef haar lefwêreld en omstandighede as verwarrend. Sy kan voel dat sy beroof is van baie van haarself, haar vroulikheid en selfs moederskap. Dan duik die vraag by die gelowige in haar worsteling op: Is God betrokke by my eie lyding? Is daar in die verwarrende omstandighede 'n God wat verstaan en meeleeft? So 'n noodkreet kan vir die pasiënt 'n enkele fokuspunt in haar krisis word. Hierdeur moet die pasiënt pastoraal versorg word.

Indien hierdie vrae onder die loep geneem word, kom die Godsbegrip en kruisteologie onvermydelik ter sprake. 'Dit is juis 'n kruisteologie wat protesteer teen 'n metafisiese Godsleer wat God so hoog en ver voorstel, dat 'n mens in sy nood voel God het hom in die steek gelaat' (Louw 1985: 37). Hierdie kruisteologie en God se lyding via die kruis is nie 'n nuwe teologiese onderwerp nie. Luther is veral 'n belangrike eksponent binne die kruisteologie debat. Luther verkondig die pastorale dimensie van die kruis en sê dat God in relasie tot menslike lyding staan. Die kruis is die middelpunt van alle teologiese uitsprake en hierin word die verhouding tussen God en mens geopenbaar. Kruisteologie is openbaringsteologie en is in skerp kontras met natuurteologie. God openbaar Homself op indirekte en verborge wyse en word nie in werke nie, maar in lyding kenbaar. Luther lê dus klem op 'n pastorale motief (God in relasie met die lydende mens).

Karl Barth, soos aangehaal deur Louw (195:39) lê weer klem op Christus as ware Knecht en daardeur is Christus ook waaragtig God. Christus is in Sy vernedering ware God en demonstreer die kondesendensie van God. God is vir die mens want Hy neem die mens se nood op Hom. Dit is 'n bewustelike daad van God en geskied eenmalig in tyd en ruimte van die geskiedenis deur Jesus Christus. In dié sin kan lyding as lyding van God verstaan word. God swig nie as gevolg van lyding voor die bose mag nie en doen ook daardeur nie afstand van sy Godheid nie.

Theologia crucis word vir Barth 'n daad van God vir ons en 'n woord van God tot ons; dit is 'n bewaring en openbaring van God se identifikasie met ons lyding.

Jürgen Moltmann word deur Louw as die belangrikste verteenwoordiger van die ontologiese Christologieë gesien. Jonker klassifiseer Moltmann ook onder die ontologiese Christologieë. Christus word beskryf as die bevestiger van God se beloftes aan Israel. Die opwekking uit die dood sou dan die bevestiging van hierdie beloftes wees. Die kruisgebeure op Golgota word gebeure tussen God en mens genoem. God staan nie apaties teenoor hierdie gebeure nie. Op die oog af lyk dit of Moltmann se opvatting strook met die van Luther. Tog is dit duidelik volgens Jonker (1983: 110) dat Moltmann Christus nie op dieselfde wyse as Luther met God vereenselwig nie. Moltmann wys trouens die leer oor die twee nature van Christus as ontoereikend van die hand. Die oplossing van die probleem, aldus Moltmann, lê daarin dat die kruisgebeure as trinitariese gebeure gesien moet word. Hy verstaan egter onder die Drie-eenheid nie één Wese wat in drie Persone geopenbaar word nie. Die triniteit realiseer in die kruisgebeure want die Vader gee die Seun oor, die Seun gee Homself en hieruit vloei die Gees voort. Moltmann sien triniteit as 'n proses van die selfonderskeiding van God wat in die geskiedenis realiseer. Deur Christus se lyding aan die kruis word die mens se lyding in die geskiedenis van God opgeneem. Die kruis het vir Moltmann 'n tweeledige betekenis (Runia 1984: 39). Die eerste betekenis is histories van aard:

Christus het gesterf as die Een wat deur die Vader verwerp is. Tweedens dra dit eskatologiese betekenis: Christus is deur die Een wat Hom gekruisig het, opgewek. Dit word ook duidelik dat Moltmann die God-is-dood teologie ondersteun. 'To be sure, Moltmann more than once uses such expressions as the death of God and the crucified God' (Runia 1984: 41).

Runia verklaar myns insiens tereg dat die kruisteologie van Moltmann sekere vrae laat ontstaan. Die belangrikste besware teen die kruisteologie van Moltmann word as volg opgesom. (Runia 1984: 43-46):

- * Is die konsep van 'n 'gekruisigde God' werklik skriftuurlik? Met so 'n opvatting opponeer Moltmann die metafisiese God wat in die Christelike tradisie voorkom. Alhoewel Luther sê dat God in Christus ly, bly dit 'n onverklaarbare geheim. Binne skrifkonteks word rondom die kruisgebeure na Christus verwys as Seun van God in sy menslike eksistensie. Die kruiswoord lui immers: 'My God, my God, waarom het U my verlaat?' en nie My Vader waarom het U my verlaat?' nie.
- * Moltmann se eksklusiewe klem op die kruis laat 'n vraag oor die opstanding ontstaan. Kan die opstanding van Christus en die kruisdood, teologies gesien, van mekaar geskei word? Paulus verkondig telkens dat God Christus uit die dood opgewek het.
- * Alle menslike lyding en dood word deur Moltmann binne die geskiedenis van God geplaas. Die vraag is of hierdie

siening nie eerder Hegeliaans as skriftuurlik is nie. Dit laat die indruk dat lyding en dood 'n noodsaaklike deel van die geskiedenis is en dat profane- en heilsgeskiedenis per se gelyk gestel word.

- * Dit blyk ook dat Moltmann die uitsprake van Chalcedon negeer. Hy waarsku juis teen die interpretasie van Jesus se kruisdood in terme van die verwantskap tussen die twee nature van Christus:

For the fathers of Chalcedon it was just as necessary to maintain the vere homo as the vere Deus. Hence they stressed the homoousion (of the same substance) equally with regard to the humanity as to the deity. in the conception of Moltmann the former seems to recede into the background in favour of the latter (1984: 46).

Die identifikasie tussen God en lyding val nie buite die kader van verbondsopenbaring en die Middelaarsgebeure nie. Lyding is by God en God is in lyding deur die heilswerk van Christus, die Middelaar (Louw 1985: 54). Die versoening- en heilsbetekenis van die kruis is beide, objektief en subjektief gesien, nooit te skei van die Middelaarswerk van Christus nie. Dit mag nie afgewater word tot bloot funksioneel in die versoening nie.

4.5.3 TEËSPRAAK TUSSEN GOD EN LYDING: WAARVRAAG

Die waarvraag vra na die plek en leiding van God in die geskiedenis. Dit vra ook na die voorsiening van God. Die voorsienigheid impliseer die onderhouding van die werklikheid deur God en die regering van God in die geskiedenis. Die waarvraag vra na die doel en bestemming van die mens, sowel as na die plek van God in die geskiedenis.

Wanneer na die doel en bestemming van die mens gevra word, kan ook dit 'n worsteling met God word deur die histerektomiepatiënt. Vrae wat opduik is die volgende:

- * Waar pas God se voorsienigheid in my lewenskrisis in? Kon Hy nie dalk ANDERS voorsien het nie?
- * Wat van 'n geslote baarmoeder as ek nog nie my moederskap voltooi het nie? Werk God se doel en voorsienigheid dan so?

Hierdie vraag na die doel, voorsienigheid en onderhouding van die skepping sal, indien nodig, deur die pastor beantwoord moet word.

Die voorsienigheid van God is die één daad wat God se diepte en rykdom openbaar wanneer dit uit bepaalde gesigspunte toegelig word. Heyns (1981: 148) onderskei drie aspekte in die voorsienigheidsvraagstuk: Die onderhouding van die skepping (*reservatio*), die regering van God met 'n bepaalde

funksiebestemming (*gubernatio*) en medewerking (*concursus*).

4.5.3.1 Onderhouding van die skepping (*reservatio*)

Heyns tref 'n onderskeid tussen onderhouding en skepping. God spreek in die skepping en dit wat nie was nie, het ontstaan. God spreek in onderhouding en dit wat eenmaal geword het, bly wat dit was. 'Die syn word voortgesette syn, en die voortgesette syn word voleindigende syn' (Heyns 1981: 148). In die skepping gaan dit om God se protologiese arbeid en in die onderhouding oor God se eskatologiese handeling. Die onderhouding is nie bloot 'n verlenging van die skepping nie, maar is gerig op die eskaton sodat dit ook 'n historiese daad van God word. Adam sterf nie onmiddellik as gevolg van sy sonde nie. God gaan met die skepping voort na sy einddoel. Onderhouding is genade en as genade ook redding van die vernietigende sonde. 'Wie die onderhouding as kontinuering van die skepping aanvaar, is egter nog nie self gered nie, dié wonder vind plaas eers as die God van die onderhouding aanvaar is' (Heyns 1981: 149).

4.5.3.2 God se regering (*gubernatio*)

Deur die skepping het God se regering steeds tot openbaring gekom, maar deur God se regering gaan Hy voort met die resultaat van die skepping. Regering wil die doel van die skepping laat realiseer. Die Skrif getuig dat God alleen regeer - geen ander magte of die noodlot regeer nie. God alleen is Regeerder van die kosmos (vergelyk Jes 45:5-7, Ps 99:1. Ps 97:1). God se regering kan trinitaries voorgestel word: Die

Vader regeer deur die Seun en deur die Heilige Gees. Hierdie regering is ondeurgrondelik - die menslike verstand kan dit nie verstaan nie; dit is onoorwinlik - alle teenstand word oorwin; dit is totaal insluitend - geen aspek in die kosmos is daarvan uitgesluit nie; dit is ruimteskeppend - God maak van 'n onbepaalde aantal middele gebruik.

Die wyse waarop God regeer staan in 'n noue verband met die wonder. Volgens die populêre siening verloop alles wetmatig volgens 'n bepaalde orde. Soms gebeur iets op 'n geheimsinnige manier wat alles vreemd en anders laat verloop. Die wonder is dan 'n insidentele ingryping in die natuurorde. Hierdie siening, wat veral in Rooms-Katolieke kringe gehuldig word, impliseer dat die gewone en wonderwerklikheid mekaar prinsipieel uitsluit. God regeer egter deur meer as een orde. Hy regeer deur 'n wetsorde en wonderorde (Heyns 1981: 150). Die wêreld wat aan sonde gewoond geraak het, skep die indruk dat die wetsorde die enigste moontlike orde is. Die wonderorde weerspreek nie die natuurlike gang van sake nie, maar wys as teken heen na die werklikheid as deel van God se koninkryk. Die wonder het ook 'n onlosmaaklike band met die universele handeling van God. Dit is 'n instrument in die hand van God wat dui op sy ongewone wyse van regering.

4.5.3.3 Die medewerking van God (*concursus*)

Skepping en medewerking staan in 'n bepaalde relasie tot mekaar. Die skepping gaan medewerking vooraf, aangesien die

skepping 'n moontlikheid tot medewerking tot gevolg het. God gebruik die geskape werklikheid en skepsels na hulle eie aard. Die organiese van plante, die dierlike instinkte en die rasonale van die mens. Die kosmos is nie 'n passiewe werklikheid wat enige vorm van kosmiese werksaamheid onmoontlik maak nie. Die kontinuering van skepping en onderhouding vind plaas langs die weg van selfstandige funksionering van die kragte in die kosmos. God gebruik alles wat Hy geskep het om sy Raadsplan op aarde te verwerklik.

God se krag en wysheid laat alle beweging en prosesse voortvloei sonder dat dit op monistiese identifisering dui. Die skepsel binne die skepping bly God se skepsel en funksioneer volgens sy eie aard. Hy word deur God gebruik om sy wil en doel te volbring. Enige vorm van deïsme moet afgewys word want God is nie 'n passiewe toeskouer van 'n kosmiese drama nie. God is vir die mens die ewige en getroue Verbondsgod wat juis aan sy skepsel die status van medewerker gee.

Heyns (1981: 163) som die hele perspektief korrek op:

Vanuit 'n analise van die ervaringsfeite kan nooit tot die regverdigheid van Gods regering en handeling gekonkludeer word nie. Dan word die regverdige regering van God die aposterioriese van die analiserende denke, in plaas daarvan dat dit die aprioriese uitgangspunt van die geloofsoortuiging vorm.

Slegs deur die openbaring van God kan die werklikheid na sy wese geken word. Die kwaad is radikaal vreemd aan God se goeie skepping, maar Hy sal ten spyte daarvan die einddoel van die skepping bereik.

4.5.3.4 J Calvyn - God se Vaderlike sorg

Calvyn verbind God en die mens deur te vra na die inhoud van ware wysheid. Wysheid sentreer rondom kennis van God en kennis van die mens wat in 'n noue verband tot mekaar staan. God se Vaderlike sorg is vir Calvyn die kern van die ontmoeting tussen God en mens (Louw 1985: 67). Verskillende aspekte soos soewereiniteit, voorsienigheid, Christologie en predestinasie vorm 'n teologiese geheel in samehang met 'n pastorale motief. Die motief van die pastoraat is doksologie en kennis van God se Vaderlike sorg. Kennis van God en geloof ontmoet binne God se barmhartigheid. Calvyn laat die mens ontdek dat hy daaglik onder God se Vaderlike sorg staan en kennis hiervan kom nie net uit die skepping nie. Hierdie kennis is ook nou aan die kruisteologie gekoppel. Die kruisgebeure bied hoop wat die mens in alle beproewinge kan troos.

God regeer en onderhou die kosmos op so 'n wyse dat sy Vaderlike sorg aan die lig tree. Op eksistensiële vlak beteken dit geloof in die voorsienigheid van God. Daar moet 'n onderskeid getref word tussen die regverdigheid van God en die boosheid van die mens. God beskik nie die kwaad op so 'n wyse dat die mens van alle blaam onthef word nie. Die kwaad bly dus tot

diens van God se regverdige beskikking. Lyding kan 'n werktuig in die hand van God wees om die goeie te laat realiseer. Die oorsprong van die kwaad moet by die mens en nie by God gesoek word nie.

Die doel van voorsienigheidsgeloof is om die gelowige te vertroos. Elke gelowige verkry die sekerheid dat lyding nie sonder die beskikking van God is nie. Die gelowige is onder alle omstandighede in God se hand wat deur die lyding op oorwinnende wyse regeer. Voorsienigheidsgeloof word 'n pastorale aangeleentheid wanneer Goddelike bepaaldheid en menslike verantwoordelikheid realiseer.

Calvyn wys daarop dat lyding buite die kruisgebeure en Middelaarswerk van Christus, sinloos word. Die gelowige ontdek God se Vaderlike sorg in Christus. Lyding mond vir die gelowige uit in 'n doksologie van God se soewereiniteit.

Die lydende gelowige praat binne die raamwerk van God se barmhartigheid nie meer oor God nie. Die gelowige praat met God oor sy eie skuld. Die vraag 'Waar is God?' word omgekeer na 'Waar is jy in jou verhouding met God?'. God se wil word geken wanneer die gelowige hoor 'So lief het God die wêreld gehad'. Die styl van God in lyding word dan ontdek: God is barmhartig.

4.5.4 OORWINNING IN LYDING: WANNEERVRAAG

Gedurende lyding roep die gelowige en die kerk: '*Maranatha?*' en hierdeur duik die wanneervraag op. Wanneer breek die finale oorwinning van die koninkryk van God aan?

Deur intense lyding heen brand die "Wanneer" vraag op die lippe van elke gelowige. Die Kerk verkondig die oorwinning van die opstanding aan die gelowige. Die pastor behoort aan die histerektomiepatiënt oorwinningshulp te verkondig in haar unieke situasie. Sy moet hoor hoe om deur geloof God se verbondsgenade in die siekbed te integreer. Sy moet leer om ten spyte van 'n eie siekbed in liefde na ander uit te reik en haar ganse toekomsbestaan rig op 'n nuwe toekoms.

Louw (1983:51) is van mening dat oorwinningsorg nie pyn geringskat nie. Dit negeer nie die angs, twyfel, kwellings, neerslagtigheid, wanhoop, skuldgevoelens en lyding nie. Inteendeel: die rol van die pastor is juis om Christus se opstandingsoorwinning wat die destruktiewe magte prinsipiële oorwin het, aan die pasiënt te verkondig.

'n Antwoord op die brandende "Wanneervraag" bring die opstanding van Christus uit die dood na vore. 'Die opstanding as verbreking van die angel verwys ons *terugwaarts* na die *perfektum* van die kruis en *voorwaarts* na die *promissio* van die *paroesie*' (Louw 1985: 82). Deur die dood van Christus word

die oorwinning 'n hoëpriesterlike werklikheid wat sy finale beslag in die opstanding van Christus vind. Die opstanding is 'n triomf oor die wanhoop van die dood.

4.5.4.1 Opstandingsteologie

Heyns (1981: 408) fundeer die opstanding tereg in die opstanding van Christus. Hy het immers die opstanding uit die dood self as boodskap van die Skrif verkondig (Joh 5:25). Christus word die Eersteling uit die dood genoem en die gelowige se opstanding word aan sy opstanding verbind. Alhoewel die woord 'opstanding' dui op 'n aktiwiteit van die wat opstaan, moet dit passief verstaan word. Die mens staan nie self op nie, hy word deur die almag van God opgewek. Die natuurlike liggaam verskil volgens 1 Korintiërs 15 van die opstandingsliggaam, aangesien dit 'n aardse liggaam (*psuchikos soma*) is wat sterf en 'n geestelike liggaam (*pneumatikos soma*) is wat opstaan (Heyns 1981: 409). Die liggaam gaan oor vanaf 'n bepaalde dimensionele bestaanswyse na 'n ander dimensionele bestaanswyse. Die geestelike liggaam is deur God herskep met die oog op die verheerlikte bestaan na die dood. Sodanige liggaam is dus nie onderworpe aan swakhede, verminking, pyn en ouderdom nie. Die mens se vernederde liggaam word gelykvormig aan Christus se verheerlikte liggaam.

Die konsep van die gelowige en sy verheerlikte liggaam is nie bloot eskatologies van aard nie. Elke gelowige is reeds op weg

na die toekoms en moet God dus nou in sy eie liggaam verheerlik. Telkens wanneer sonde oorwin word, word tekens van die nuwe liggaam opgerig. Heyns (1981: 410) noem dit die '...antisiperende bevryding en verheerliking van die menslike liggaam'. Diegene wat leef vanuit die opstanding van die Middelaar, sal sy liggaam ook daarin laat deel. Die nuwe mens wat opstaan is nie 'n halwe mens nie, maar 'n totale mens.

H Berkhof meen dat die opstanding van Christus die eintlike beslissende heilsgebeure is (Berkhof 1985: 305). Sonder die opstanding is Jesus van Nasaret slegs een van talle martelare. Die opstanding is die bepalende in die Christelike geloof en het as sulks bepaalde betekenis vir die gelowige. Die opstanding het eerstens terugwerkende betekenis, omdat dit die lewe en sterwe van Christus legitimeer. Deur die opstanding weet die gelowige dat God in Christus was. Die mens worstel om sy eie lewe te behou en sy eie reg te handhaaf. Dit geskied dikwels ten eie aansien of ook ten koste van ander. Christus het sy lewe afgelê, sonder om aan Homself te dink. Sy kruisdood was primêr op ander gerig. Die opstanding dui verder ook op Christus se verheerliking. Jesus is deur gehoorsaamheid opgeneem binne die sfeer van God. Hy ontvang as mens die verbintenis met God wat die bekroning van sy voorafgaande weg is. Die laaste betekenis van die opstanding, volgens Berkhof, is dat die verheerliking van Christus ook die gronde van die verheerliking van die gelowige is. Die verskil lê daarin dat die gelowige onder die belofte leef. Die werklikheid van sonde, lyding en dood is

voorlopig en deur die opstanding van die Eersteling van verbygaande aard. 'Wij leven nog onder het kruis, maar met het uitzicht op de opwekking. Dat betekent ook, dat wij al uit de versoening mogen leven, maar de verlossing nog voor ons hebben' (Berkhof 1985: 311).

Vir Barth is die opstanding van Christus van uiterste belang. Die opstanding is 'n daad van God sonder enige menslike komponent. Dit is 'n heilsdaad waaruit alles verstaan moet word - 'n soewereine, eksklusiewe daad van God (Louw 1985: 85). Binne die skepping geskied die opstanding as werklikheid van die herskepping. Die dood behoort tot die verlede en die hemel en aarde sal nuut gemaak word. Opstanding as herskeppingswerklikheid het bepaalde konsekwensies vir die hoop.

Hoop as opstandingswerklikheid is egter nie 'n *psigologiese projeksie* nie, maar 'n *openbaring van God* in die skepping waardeur die dood in sy kern geraak word. God se openbaring in die opstanding beteken herskepping as skepping - nie uit niks nie, maar uit die dood (Louw 1985: 87).

Barth lê ook daarop klem dat die opstanding die feit van die versoening onthul. Die opstanding kry dan in sy terugverwysende karakter groter gewig as die opstanding in sy prospektiewe dimensie. Albei momente moet gehandhaaf word, want daardeur kom die *alreeds* van die Middelaarswerk en die *nog nie*

van die nuwe skepping tot volle reg. Binne die teologie moet die opstanding as herskeppingswerklikheid in die geskiedenis beklemtoon word. Die opstanding het nie net eksistensiële betekenis nie, dit is 'n herskeppingswerklikheid. Opstandingshoop het bepaalde pastorale implikasies wat soos volg uitgedruk kan word:

Die enigste grond vir hoop is die nuwe verbond van God in die Middelaarswerk van Christus (versoeningshoop), die ryk van God wat as nuwe skepping in die opstanding van Christus aanbreek, die herskepping wat in Christus se opstandingsliggaam die stoflike sinswerklikheid kwalitatief bepaal, en die toekoms van God as die voleinding van hierdie geskape werklikheid (Louw 1985: 88).

God oorwin angs en dood wat die enigste grond tot hoop is omdat die oorwinning van God oor die niks, angs en dood ten diepste die enigste ware grond tot hoop is.

'n *Theologia resurrectionis* in verhouding met die kruis is 'n multi-dimensionele begrip wat verskeie komponente omvat. Die opstanding as aanknopingspunt vir die oorwinningspastoraat impliseer nie dat die kruisgebeure gedegradeer word nie. Opstandingsoorwinning verleen profiel aan die heilsbetekenis van die versoening en verskeie aspekte moet 'n rol speel om die gelowige in lyding te vertroos.

4.5.5 VERWERKING VAN LYDING: WAARTOEVRAAG

Die uiteindelijke vraag waartoe die pastor die pasiënt moet begelei, is die vraag waarheen die krisis haar neem. Indien die ander sake in perspektief beantwoord is, kan die pasiënt se totale bestaan na vore gerig word. Sy moet begin om vanuit die oorwinning van Christus na die toekoms te leef. Dan kan sy met toekomsverwagting leef en in 'n uitsiglose situasie deur die geloof in God perspektief op die situasie kry.

Lyding kan vanuit die perspektief van die Ou Testament nie kousaal verklaar word nie. Alhoewel in die Ou Testament 'n kousale verband tussen sonde en straf bestaan, moet persoonlike sonde nie simplisties deur die waaromvraag aan bepaalde lyding verbind word nie. Dit beteken nie dat die gelowige homself nie moet ondersoek nie. Verwerking van lyding kan nie los van belydenis en berou gesien word nie.

Louw (1985: 100) dui aan dat die Ou Testament ambivalent oor lyding spreek. God bewerk lyding enersyds en die mens word andersyds vir sy lyding verantwoordelik gehou. Hierdie ambivalensie moet teen die agtergrond van die Ou Testamentiese Godsbeeld gesien word. Die verbond met die Godsvolk bied 'n geborgenheid vir die volk en dra die karakter van seën sowel as vervloeking. Die gelowige kan altyd op die trou van God reken. Jesaja verklaar wel dat God onheil skep (Jes 45), maar dit word voorafgegaan deur die verkondiging van

die heilsfeit. 'Die onheil staan binne die konteks van heil, die straf binne genade en die toorn binne liefde' (Louw 1985: 101). As die volk die verbond verbreek, impliseer dit lyding vir die volk. God is betrokke by lyding tot behoud van die sondaar, die bese poog om die verbondsverhouding te versteur.

Die Skrif bied aan die lydende gelowige geen oplossing tot die lydingsvraagstuk nie. 'God gee nie oplossings vir ons logiese waaromvraag nie, maar midde-in ons vrae plant hy die *daarom* van die kruis en die *uitroep*teken van die opstanding. God gee ons nie 'n oplossing nie, maar 'n verlossing: sy Seun Jesus Christus (Louw 1985: 102). Die Middelaarslyding bring 'n nuwe vraag na vore.

Die vraag is nie meer 'Waarom?' nie, maar 'Waartoe?'. Lying vra na die begeleiding van die God in lying. Die taak van die pastoraat is om die lydende te help hoe om te ly, dit dui die doel en rigting waarheen die mens beweeg aan.

Louw bepleit die gebruik van 'n dialogiese model in die teologie van die pastoraat. God is 'n handelende God wat barmhartigheid, vergewing en trou skenk en roep die mens deur sy Woord op tot weerwoord. So 'n dialogiese model bied, ten spyte van lying, ook ruimte vir doksologie. Hierdie paradoks skep ruimte vir lof en aanbidding aan God. Lying is as sodanig sinloos - daar moet eerder van sin *in* lying gepraat word. Lying word sinvol as dit gelowig verwerk word. Die pastoraat se

taak is om die gelowige in 'n geloofsworsteling by te staan.

4.6 SAMEVATTING

Alhoewel hoofstuk 4 slegs enkele probleme beskryf wat die pasiënt mag ondervind, bied dit stof tot nadenke oor die berading aan die histerektomiepasiënt. Elke pasiënt se situasie is uniek. Alle pasiënte sal nie al die probleme ervaar nie. Insgelyks is dit moontlik dat 'n pasiënt genoemde probleme en nog meer kan ervaar.

Op die keper beskou kan daar by die pasiënt sekere vrese manifesteer. Dit is ook moontlik dat vrese wat uniek aan die bepaalde ingreep is, kan voorkom. Die vrese van die pasiënt moet ook hanteer word en kan nie bloot gelaat word nie.

Ook hier geld die vraag wie die berading moet onderneem. Sekere vrese soos die vrees vir dood en die effek van destruktiewe chirurgie en selfbeeld kan deur die pastor hanteer word. Vrese rondom chirurgie, hospitalisasie en vrees vir uitslae van die ondersoek, behoort deur die sjirurg hanteer te word. Irrasionele vrese, fobies en gedragsversteuring kan deur die sielkundige hanteer word.

Wat pyn betref is dit nie noodwendig dat elke pasiënt operante pyngedrag sal manifesteer nie. Tog moet dit hanteer word indien dit wel sou voorkom, Die vraag is net of die pastor alleen in staat

is om die pyn te kan hanteer. Dit is duidelik dat die pyn na afloop van die chirurgie op die vlak van die sjirurg lê. Afwykende gedrag as gevolg van pyn behoort deur die sielkundige hanteer te word.

Berading van die reaksies van 'n kankerpatiënt is nie 'n maklike saak nie. Geen persoon kan homself indink in die emosies en gewaarwordinge van die pasiënt nie. Ten spyte van die probleem is die berading aan die pasiënt 'n uitdaging vir die multi-dissiplinêre span.

Daar is nie 'n definitiewe skeidslyn tussen wat normale en abnormale reaksie by die pasiënte is nie. Elke pasiënt het ook haar eie unieke reaksie op kanker binne haar persoonlike ervaringsveld. Twee hoofstroom reaksies kan onderskei word: reaksie op dit wat haar oorlewing bedreig en dit wat haar persoonlik bedreig. Indien die histerektomie as voorbeeld geneem word, reageer die vrou op dit wat te doen het met haar bestaan en oorlewing en dit wat te doen het met haar lewenskwaliteit en vroulikheid.

Dit sou waarskynlik vir die manlike gemeentepastor moeilik wees om die gespanne moeder-dogter verhouding aan te spreek. Die herstel van die verhouding kan goedsikks in die hande van 'n vroulike sielkundige gelaat word. Skuldgevoelens oor kanker is te wyte aan 'n gebrek aan inligting en moet deur die sjirurg uitgeklaar word. Net so moet die onkunde oor bestraling en chemoterapie deur opgeleide personeel reggestel word.

Ontkenning as deel van die normale proses van aanvaarding, kan deur die pastor hanteer word. Indien ontkenning tot irrasionele ontkenning verword, behoort die hulp van die sielkundige ingeroep word.

Die vraag na die teodisee lê op die bedieningsvlak van die pastor. Dit is die pastor wat die vertikale dimensie (mens-God) naas die horisontale en intra-persoonlike dimensie in die gesprek betrek. Hierdie twee dimensies vorm die pole van die pastorale gesprek - aan die een kant die pasiënt se verwerking en hantering van lyding in terme van haar verhouding met God en aan die ander kant het die gedrag wat op die geloofsworsteling volg ook 'n horisontale en intra-persoonlike dimensie met haar meelewing in die gesin.

Daar moet toegegee word dat beide die ginekoloog en sielkundige moontlik gelowig kan wees. Hulle insette op grond van ervaring van pasiënte se lydingsvraagstukke kan dalk meer wees as die van die pastor.

Ten spyte daarvan is die verwagting van die lidmaat dat haar pastor die inisiatief in die geloofsvrae sal neem.

Na alles kan die nood vir die multi-dissiplinêre benadering tot histerektomiepasiënte nie weg geredeneer word nie.

HOOFSTUK 5

STRATEGIEË VIR BERADING VAN DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

Elke navorser wat oor die effek van die chirurgiese ingreep op die histerektomiepatiënt studie gedoen het, het 'n eie strategie van berading en hulp aan die pasiënt voorgestel. Hierdie strategieë ontstaan vanuit die invalshoek waarmee die navorser die studie aanpak. Dit is billik om toe te gee dat die strategieë vanuit daardie bepaalde perspektief 'n doel dien.

Indien 'n studie vanuit meer as een invalshoek gedoen word, sal die eensydige strategie in gebreke bly om doeltreffende berading by die pasiënt te doen.

In hierdie hoofstuk word enkele van die strategieë ter tafel gelê. Die doel is nie om elke strategie summier negatief te beoordeel nie, maar om vas te stel of die strategie of dele daarvan bruikbaar sou wees om omvattende berading by die pasiënt te doen.

Aangesien hierdie hoofstuk slegs enkele van die strategieë meld, word dit uit die aard van die saak nie volledig bespreek nie. Soos reeds gesê word die modelle vanuit die verskillende navorsers se gesigspunt gedoen en hierdie verskillende gesigspunte word toegelig om die waarde daarvan te beoordeel.

5.1 HULP TEN OPSIGTE VAN EMOTIEWE VERSTEURINGS (MOOS EN TSU)

Moos en Tsu, soos aangehaal deur Jospe (1980:xxvii), is van mening dat aanpassing tot en verwerking van die krisis van die pasiënt in verskillende kategorieë verdeel moet word.

Die eerste kategorie het met die siektetoestand self te doen. 'n Pasiënt moet gehelp word om die volgende te kan verwerk:

- * hantering van pyn
- * die vreemdheid en invloed van die hospitaalomgewing
- * ondersoek- en behandelingsprosedures
- * verhoudinge met professionele personeel

'n Tweede kategorie verwys na die emotiewe balans wat deur die siekte versteur mag word. Hier moet die pasiënt gehelp word om:

- * haar selfbeeld te behou
- * menswaardigheid en beheer te behou
- * verwantskappe met geliefdes te versterk
- * voorbereiding van die toekoms waarin moontlike bedreiginge van verlies kan voorkom
- * tegnieke aan te leer om beheer oor haar situasie te behou

In die tweede kategorie is die aard van die siekte die veranderlike wat die emotiewe balans sal bepaal. Dit is derhalwe vir berader van belang om die bepaalde emotiewe versteuring te kan identifiseer ten einde die pasiënt by te staan.

Die pasiënt moet geleer word om haar eie situasie te kan hanteer. Hantering van 'n krisis is 'n positiewe psigologiese proses wat aangeleer kan word en wat kontekstueel aangepas kan word. Tegnieke wat nodig is om die pasiënt by te staan om beheer te behou is onder andere die volgende:

- * Ontkenning of verkleining van die ernstigheidsgraad van die siekte om sodoende die pasiënt in staat te stel om met haar daaglikse lewe aan te gaan. Dit is soms nodig om trauma te minimaliseer ten einde die pasiënt van oorreaksie te beskerm.
- * Effektiewe gebruik van inligting asook die versamel van alle moontlike inligting oor die siekte kan help dat die pasiënt minder gespanne is as diegene wat geen inligting ontvang nie.
- * Emotiewe reaksies moet geverbaliseer word aangesien pasiënte beter beheer uitoefen indien hulle oor vrese en dies meer kan gesels.
- * Pasiënte moet geleer word om haalbare en konkrete doelwitte vir die toekoms te stel wat 'n alternatiewe fokuspunt vir die toekoms bied.

Die waarde van die strategie lê daarin dat hierdie aanbevelings maklik in gedragspatrone weerklank kan vind. Dit is meer as 'n teoreties-filosofiese konsep van hoe pasiënte op siekte reageer. Hierdie strategie hou ook rekening daarmee dat pasiënte 'n "persoon" en nie net 'n "liggaam" is nie.

5.2 HULP AAN PASIËNTE TEN OPSIGTE VAN SEKSUELE PROBLEME (COHEN EN JOSPE)

Die fokuspunt van die strategie word reeds deur die naam van die artikel aangedui. Onderskeid moet deur die berader gemaak word presies wanneer 'n pasiënt na 'n kundige verwys moet word (Cohen en Jospe 1980). Verder is dit volgens Cohen en Jospe van kritieke belang dat die berader die pasiënt verwys na 'n kundige in haar eie omgewing.

Sterk klem word gelê op die feit dat die seksuele probleem tydens siekte, beide die man en vrou raak. Dit word 'n gesamentlike probleem van die egpaar. Beide egliede moet berading ontvang oor die presiese seksuele toenadering wat kan plaasvind. Die eggenoot is nie altyd seker wat 'n uitdrukking soos "wees versigtig" beteken nie. Indien dit nie duidelik vir hom uitgespel word nie, kan sy interpretasie daarvan en die van die berader verskil. Dit kan tot onherstelbare skade in die seksuele verhouding lei.

Cohen en Jospe toon aan dat seksuele berading verkieslik deur manlike en vroulike kundiges hanteer moet word. Dit hou die voordeel in dat die egpaar gemakliker met die berader oor die intieme aangeleentheid kan kommunikeer.

In hoofstuk 4 word duidelik aangetoon dat seksuele berading noodsaaklik is as dit nodig sou wees. Dit sou voordelig wees as

die ginekoloog eerste die saak van seksualiteit op die tafel plaas. Sy pasiënt is immers nie 'n a-seksuele wese nie; sy mag dalk nie weet hoe om die saak aan te roer nie. Deur die saak te bespreek kan die ginekoloog erkenning gee aan die feit dat elke persoon seksueel funksioneel is en selfs post-operatief seksueel funksioneel kan wees.

5.3 HULP AAN PASIËNTE EN GESINNE MET DIE KRISIS VAN KANKER (RM WITTENBERG)

Wittenberg (1993:34) bied die volgende riglyne in berading van die pasiënt en haar gesin indien die pasiënt kanker onder lede het:

- * Om te kan luister is van wesenlike belang. Wittenberg gee toe dat daar geweldige druk op die medici as gevolg van werksdrukte is. Tog behoort die medikus wat aktief luister beleef dat die luister soms meer van hulp is as 'n blote voorskrif.
- * Die pasiënt moet gehelp word om haar gevoel oor die behandeling, toekoms en moontlike liggaamsverlies te kan uitspreek.
- * 'n Pasiënt moet verder gehelp word om tussen feit en fiksie te onderskei. Pasiënte is nie altyd ingelig oor die feite rondom kanker nie. Kennis van die werklike situasie kan fiksie rondom kanker uitskakel.
- * Vermy valse gerusstellings en valse hoop.
- * Hulp moet aan die gesin gebied word om die beide die

pasiënt en hul eie reaksie te verstaan.

- * Die gesin en pasiënt moet gehelp word om so normaal as moontlik voort te leef. Hulle moet kontak met die buitewêreld behou, voortgaan met besoeke en vakansies indien die behandeling dit toelaat.
- * Spoor die pasiënt aan om uit te reik na ander pasiënte in dieselfde situasie deur byvoorbeeld by ondersteuningsgroepe aan te sluit.
- * Leer die pasiënt om van dag tot dag te leef en om nie te veel kosbare liggaamskrag te vermors deur kommer oor die toekoms nie.

Die diagnose van kanker dompel die gesin in waarskynlik die ergste krisis van die gesinsgeskiedenis. Hierdie strategie bied baie nuttige riglyne vir die berading van die pasiënt en gesin. Selfs die pastor kan met vrug daarvan gebruik maak.

5.4 VOORKOMENDE ONDERSOEK NA DIE MAATSKAPLIKE AGTERGROND VAN DIE PASIËNT (NELSON EN BOTHA)

Na 'n studie oor die vrou se belewing van 'n histerektomie en die effek daarvan op die gesinslewe, bied Nelson en Botha riglyne aan om pre-operatief reeds probleemareas te identifiseer (1990:349).

Aspekte wat pre-operatief aandag moet kry is:

- * die simboliese betekenis wat die pasiënt aan haar uterus

en menstruasie heg

- * die skolastiese opvoedingsvlak van die pasiënt
- * die vlak van kommunikasie tussen die pasiënt en haar man
- * die bestaan van moontlike huweliksprobleme asook die rede daarvoor
- * die geneigdheid van die pasiënt om in krisissituasies met depressie te reageer
- * die pasiënt se seksuele aanpassing voor die operasie
- * die bestaan van enige pre-operatiewe seksuele probleme soos dispareunie of kilheid

Spesiale aandag moet aan die volgende pasiënte geskenk word:

- * alleenlopende pasiënte of pasiënte wat huweliksprobleme ervaar
- * pasiënte met 'n opvoedingsvlak van St 8 en laer
- * pasiënte in die ouderdomsgroep 20-39

Die kategorie pasiënte is meer geneig tot pre-operatiewe angstigheid en laat die operasie met huiwering doen.

So 'n benadering van voldoende vooraf ondersoek het beslis geweldige voordele. Dit skep 'n geheelbeeld van die pasiënt voordat sy die chirurgiese ingreep ondergaan. Pre-operatiewe probleme kan geïdentifiseer word sodat post-operatief reeds voorkomend opgetree kan word.

5.5 TOETREDING MET INLIGTING OM DIE NEGATIEWE PERSEPSIES VAN 'n HISTEREKTOMIE TE ONDERVANG (KINCEY EN McFARLANE)

Hierdie navorsers (1984:153) beklemtoon die beskikbaarheid van voldoende pre-operatiewe en post-operatiewe inligting aan die pasiënt wat 'n histerektomie moet ondergaan.

Kincey en McFarlane haal resultate van Denney et al aan wat 'n geskrewe inligtingstuk aan pasiënte beskikbaar gestel het. Die inligtingstuk is 2 weke pre-operatief aan die pasiënte gegee. Uit die respondente het 93% verklaar dat dit vir hulle van betekenis was. Verdere navorsing deur Kincey en McFarlane dui dieselfde tendens aan.

Inligting wat beskikbaar gestel behoort te word, handel onder andere oor die volgende:

- * chirurgiese prosedures
- * hanteringstegnieke
- * advies oor die herstelproses
- * vooraf waarskuwings oor moontlike simptome wat post-operatief mag voorkom
- * die duur van die herstelproses
- * wat gedoen mag word en wat nie gedoen mag word nie

Die voordeel van die beskikbaarstelling van inligting is reeds in hoofstuk 3 beredeneer. Die teorie van *inligting verskaf* vloei voort

uit 'n hipotese dat die psigologiese gevolg van die ingreep deur inligting oor die aard en effek van die chirurgie ondersteun en verbeter kan word.

Resultate van die studie dui daarop dat geen pasiënt sonder voldoende vooraf inligting die chirurgie behoort te ondergaan nie.

5.6 KRISISBERADING (STONE)

Howard Stone (1983:32) stel die sogenaamde ABC metode van krisisberading voor. Die bepaalde strategie is gerig op enige krisis wat 'n persoon kan tref. 'n Histerektomie kan, soos reeds gesien, 'n totale lewenskrisis vir 'n pasiënt veroorsaak. In die lig daarvan word die strategie van Stone hier ingevoeg.

Krisisse kan onderskei word in 'n krisis wat ontwikkel (*developmental*) of 'n akute krisis (*situational/accidental*) wat gewoonlik skielik op 'n persoon se lewenspad kom.

Die effek van 'n krisis op 'n persoon, het soms bepaalde krisisedrag tot gevolg. Hierdie gedrag is reaktiewe gedrag op grond van die eksterne prikkeling wat die persoon bedreig. Krisisedrag kan as die volgende manifesteer:

- * moegheid en uitputting
- * hulpeloosheid
- * verwarring

- * fisiese simptome
- * angs
- * versteurde werks- en gesinsverhoudinge
- * onbeholpenheid

Krisisgedrag wat voorkom, impliseer nie dat die pasiënt 'n psigologiese afwyking het nie. Die gedrag is normale reaksie op 'n eksterne prikkeling.

Die eerste stap in die krisisberading is om kontak met die persoon te maak (Stone 1983:32). Dit word "*A. Achieving contact with the person in crisis*" genoem.

Met hierdie eerste stap word bedoel dat daar 'n terapeutiese vertrouensverhouding tussen berader en pasiënt tot stand moet kom. Indien 'n pastor die krisisberaad onderneem, bestaan daar die voordeel dat daar reeds 'n mate van vertroue tussen die pastor en gemeentelid bestaan. Waar daar geen terapeutiese verhouding bestaan nie, kan so 'n verhouding gebou word deur:

- * intense aandag aan die persoon te gee en die persoon met eie nie-verbale kommunikasie gemaklik en rustig te hou
- * aktiewe luister

Die tweede fase in die krisisberading is om deur te dring tot die probleem (Stone 1983:38). Stone noem dit "*B. Boiling down the problem.*" Hierdie fase beklemtoon die terugvoer wat die berader

aan die persoon gee. Terugvoer aan die persoon lê veral op drie vlakke te wete nie-verbale gedrag, gevoelens en bedoelings van die persoon. In wese beteken dit dat die berader die persoon in krisis se belewenis aan hom moet terug reflekteer.

Derdens is dit nodig dat die persoon met 'n krisis leer om weer beheer te neem en die krisis te bestuur. Stone noem dit "*Coping actively with the problem*" (1983:42)

Op hierdie stadium moet die volgende gebeur:

- * doelwitte moet gestel word
- * daar moet vasgestel word oor watter interne en eksterne steunstelsels die persoon beskik
- * alternatiewe moet geformuleer word
- * aksie word geneem
- * en terugvoer word verkry

Die waarde van die strategie van Stone, lê daarin dat hy groot klem lê op die hantering van die krisisedrag wat manifesteer. Berading van die krisisedrag kan deur beide pastor en psigoloog onderneem word.

Dit is nodig om weereens daarop te wys dat die strategieë wat voorgestel word, eenduidig vanuit die invalshoek van die navorser se studie is. Hierdie bepaalde klem is nodig as resultaat van die onderskeie ondersoek. Ten spyte daarvan is die gemeenskaplike tekortkoming van die strategieë dat dit slegs 'n

enkel aspek aanraak. Berading van die histerektomiepatiënt vra na 'n strategie wat meerduidelik is en soveel as moontlik aspekte rondom die belewenis van die histerektomie insluit.

5.7 DIE PASTORAAT AAN DIE MODERNE VROU AS HISTEREKTOMIE PASIËNT

Pastoraat is, soos reeds gesê, die verkondiging van God se Woord aan diegene wie die pastor hulp verleen. As aanknoping tot die gesprek deur die pastor, neem die pastor die konkrete lewenssituasie van die pasiënt in ag. Aangesien die klem in die pastoraat op die individu lê, word behoort haar persoonlikheid en lewensomstandighede ook in ag geneem word.

Dit lei tot 'n ander kritiese vraag wat in die pastoraat gevra moet word: *Verstaan die pastor, ginekoloog of sielkundige werklik die pasiënt van die 1990's? Verder ook: Wat moet hulle reeds van die vrou weet voordat sy enige berading in aanvang kan neem?*

Ten diepste draai die vraag daarom of die pasiënt wat in die negentigerjare 'n histerektomie ondergaan, steeds dieselfde daaroor voel en dink as twintig jaar gelede. Terselfdertyd ontstaan die vraag of die multi-dissiplinêre span (dan in die besonder die pastor) rekening hou met die veranderende denke van die vrou oor haarself, die samelewing, kultuur en die opkoms van feminisme.

Dit is duidelik dat hierdie moontlike verandering in die denke van die pasiënt binne die raamwerk van behandeling en pastorale begeleiding, in aanmerking geneem moet word. Tog bestaan die moontlikheid ook dat daar steeds pasiënte sal wees wat nie anders en modern oor die histerektomie en haar belewenis daarvan sal voel nie. Beide die groepe moet hanteer kan word.

Verskeie navorsers het op teologiese en psigologiese vlak oor die veranderende denke van die vrou geskryf. Vanuit die psigologie is Mednick (1979:192) van mening dat die vrou in die in sekere tydperke van die geskiedenis deur die psigologie beskryf as 'n wese wat nie abstrak kan dink nie, van 'n laer klas is en 'n passiewe slagoffer van haar situasie is. Die navorser gebruik 'n aantal ander navorsers om as bewys van die vrou se geagte minderwaardigheid te dien:

- * In navorsing oor die kreatiwiteit van mense word die vrou beskryf as 'n *immutable biological imperative*. Daarvan word afgelei dat die vrou nie werklik kreatief kan wees nie en word kreatiwiteitstudies alleen op mans toegespits.
- * Op die arbeidsveld word veronderstel dat vroue nie in die arbeidsmark verbonde is nie en ook nie vir werk gemotiveerd is nie. Hieruit word afgelei dat mans meer loopbaan gerig as vroue is.
- * Vroue wat buitenshuis werk, word nie as suksesvolle loopbaangerigte vroue beskou nie aangesien die tradisionele rol van die vrou steeds tuis is. Daar word egter onvoorwaardelik aanvaar dat mans wel suksesvolle

beroepe moet hê.

Robbins as terapeut het in 'n selfondersoek tot dieselfde slotsom gekom (1983:159). Sy het besef dat sy in haar terapisessies met persone meer aandag verleen het aan wat die man sê. Die vrou het in die geselskap 'n subtiële boodskap van minder belangrik ontvang. Sy is van mening dat die huis waarin sy grootgeword het, 'n rol in haar gedrag gespeel het. Wanneer haar vader gepraat het, het almal geluister en geen terug praat is ooit geduld nie. Haar kondisionering is dus om te luister as 'n man praat en gevolglik luister sy met 'n halwe oor wanneer 'n vrou praat.

Robbins gaan nog verder. Sy erken dat in die eerste fase van haar praktyk, was sy besig om ou stereotipes te versterk. Die stereotipes is in direkte verband met hoe daar oor die vrou gedink is. Stereotipes wat sy identifiseer is ander andere die volgende:

- * vroue is daar om vir ander mense om te gee
- * vroue is daar om hulle eie behoeftes opsy te skuif ter wille van die behoeftes van ander mense
- * vroue lug nie hulle gevoelens in die teenwoordigheid van mans nie
- * vroue is gewoond om stil te bly wanneer mans praat

So 'n wanbalans in die denke oor die vrou, lei daartoe dat die vrou nie in terapie of berading korrek deur die terapeut benader

word nie.

Hoe het hierdie sienings oor die vrou en haar rol in die kultuur en samelewing oor die jare die berading aan die pasiënt beïnvloed? Binne die patriargale kultuur is dit nodig dat die man praat en die vrou luister. Vroue is deur die jare gekondisioneer om stil te bly. Tog is dit nodig dat vroue binne hulle leefwêreld, gevoelens en ervarings die nodige aandag ontvang.

In die gevalle waar hierdie wanbalans bestaan, moet dit reggestel word alvorens effektiewe hulp aan die histerektomiepatiënt gebied kan word. Die berading moet met die verlede en die pasiënt se interpretasie van haar opvoeding rekening hou en ook dit met die vrou se huidige situasie laat aaneenskakel.

Ook in die Kerk van Jesus Christus is deur die loop van eeue die rol van die vrou grootliks geminimaliseer. Elizabeth Stanton, soos aangehaal deur Andersen (1988:222) het reeds in 1895 geskryf dat die Woord van God gebruik is om 'n bepaalde orde daar te stel. Die reg, kerk en staat en selfs geloofsgemeenskappe het aan die mens geleer dat die vrou na die man geskape is, uit die man geskape is en vir die man geskape is. Die vrou is 'n wese wat aan die man onderworpe is. Gevolglik het beide Kerk en wêreld hierdie veronderstelling gebruik en tradisies en gebruike daarvolgens vas gestel.

Vroue word dikwels uitgesluit van gesagsposisies binne 'n geloofsgemeenskap wat daarop dui dat geloof 'n kragtige middel is vroue te onderdruk (Andersen 1988:223). Vanuit die vrou se perspektief is geloof ook 'n bevryder wat die vrou uit die onderdrukking van manlike dominansie kan bevry. Geloof het dus twee rolle: as onderdrukker en bevryder.

Andersen voer verder aan dat die vrou dikwels binne die Kerk tradisionele rolle verkry. Die vrou word uitgesluit van die bestuur en leierskap van die Kerk. Vroue word gereduseer tot sieketroosters, koekbakkers, sieketroosters, kategete en Bybelstudielede. Alhoewel dit dan op die oog af blyk dat vroue binne die Kerk 'n hoë profiel handhaaf, bly die streng manlike oorheersing in die Kerk steeds onwankelbaar. Vroue word in die Protestantse kerke selde toegelaat om te preek of besluite oor die Kerk en die Kerk se rol te neem.

Hierdie patriargale teologie het dwarsdeur die geskiedenis van die Christendom voortgeduur (Ruether 1993:194) In die meeste Christelike tradisies is die vrou rigied uit die leierskap van die kerk gekeer. Dieselfde patriargale antropologiese argument geld in beide die kerk en die samelewing. Alhoewel die Christendom nie die vrou se rol in die samelewing verklein het nie, is dit tog wel in die Kerk gedoen. Die rede is die ondergeskiktheid van die vrou aan die man. Ondergeskiktheid aan die man bevoordeel die vrou se rol in prokreasie, maar lei tog daartoe dat die vrou as die swakker geslag ten opsigte van liggaam en gees gesien word.

Vroue word gesien as iemand wat minder daartoe in staat is om te redeneer. Daarom het vroue slegs 'n passiewe geloofsrol te speel en moet hulle verder rondom geloofsake swyg.

Bons-Storm (1992:69) skryf dat dit nie maklik is om 'n magstruktuur te verander nie. Binne 'n patriargale stelsel is dit normaal volgens die norme van die allerhoogste/Allerhoogste om mense in 'n rangorde van mag te plaas. Binne die rangorde kan die ondergeskikte beloon of gestraf word. Strafvorme soos vernedering, ontkenning, inperking van vryheid en selfs die toediening van geestelike letsels. Hierdie straf het ten doel om die ondergeskikte nog meer ondergeskik te maak. So 'n persoon word nog meer onderdruk en verneder. Vir die ondergeskikte is die prys van teenstand soms net te hoog en gevolglik verkies hulle om in hulle plek in die rangorde te bly. Wanneer hulle dan op hul plek en nederig is, word hulle beloon.

Binne die Kerk word hierdie rangorde in die Christelike tradisie deur die teologie in stand gehou. Indien iemand die rangorde omvêr wil werp, word sake aangetas wat deur die Kerk as basis waarhede beskou word. Die dominante teologie het immers die rangorde ingeklee met God as Vader in die hoogste, wat heers deur sy Seun en op aarde heers deur manlike dienare. Teenstand teen hierdie rangorde is sonde aangesien die belydenis dat God die Vader is, juis die rangorde in stand hou. Tradisionele teoloë bely dat God uitsluitlik Homself as Vader openbaar. Sy meen dat die siening van die Kerk impliseer dat God dan self die rangorde

in stand hou.

Maxine Glass (1991:11) stel dit nog sterker. Sy is van mening dat die mens steeds rassisties, klas-en geslagsbewus is ten spyte van die eenheid in Christus. Selfs die moderne sielkundeteorie wat die verstaan van die gedrag ten doel het, het ook steeds 'n erfenis van geslagsbewustheid. Ook vroeëre sielkunde teorieë is vol skeefftrekkings oor die sienings oor die vrou. Die resultaat vandag is teleurstellend: 'n Kerk wat nie dit uitleef wat verkondig word nie en 'n psigologie wat vroue as minderwaardig ag.

Uit hierdie verskillende denke val die soeklig op die verskillende tradisies rondom feministiese teologie en feministiese pastoraat. Hierdie saak is egter meer kompleks as wat dit op die oog af wil voorkom. Dit is veral omdat nie almal wat hulle daarmee besig hou dieselfde siening oor die saak het nie. De Bruyn (1991:310) onderskei tussen die rewolusionêre feministe en die gematigde feministe.

Eersgenoemde is die wat die Bybel en Christendom beslis verwerp omdat dit so 'n sterk patriargale karakter het. Hierdie groep word onder andere verteenwoordig deur Mary Daly. Sy bejeën die Christendom met minagting vanweë die wyse waarop dit haar as vrou behandel het. Volgens haar het die Christelike Teologie nog altyd beweer dat vroue minderwaardig, swak, sleg en verdorwe was. In die lig daarvan kan geen vrou redding van 'n manlike figuur (al is dit 'n goddelike persoon) verwag nie.

Catharina Halkes verteenwoordig 'n meer gematigde standpunt. Sy is van mening dat daar wel vroue in die Bybel is wat geveg het vir hulle bevryding oor die manlike oorheersing. Vir die meer gematigdes staan die antroposentriese ideaal nie noodwendig sentraal nie. Dit gaan om die verwerkliking van vrouevryheid as 'n reformatoriese gevolg van geloofsuitgangspunte.

Ackermann (1990:22) is van mening dat selfs praktiese teoloë in beide teorie en praktyk onsensitief teenoor geslagsverskille is. Aangesien pastoraat verkondiging van die Woord is en kommunikasie binne die pastoraat noodsaaklik is, dui Ackermann daarop dat 'n teorie van kommunikatiewe aksie 'n inklusiewe siening oor kommunikasie moet hê. Dit moet gebaseer word op 'n etiek wat aan die volgende vereiste voldoen: *undermines any morality of blind command and replaces it with the process of moral reflection that comes from those who respectfully reason together* (1990:59)

Die Kerk benodig 'n nuwe en dinamiese gebruik van kritiese teorie wat nie stuit teen verreikende gevolge nie. Praktiese Teologie sal dan funksioneer as 'n wetenskap wat betrokke is by kommunikatiewe aksie.

Al hierdie navorsers bepleit 'n ander aanslag deur die pastor wanneer hy met die moderne pasiënt - die wat nuut oor die histerektomie dink - in aanraking kom. Die veranderende lewe en belewenis van die vrou in die moderne era, veroorsaak 'n

paradigmaskuif by die vrou en ook by die pastor wat met haar in aanraking kom.

Alhoewel nie alle vroue verlief neem met die moderne manier van dink oor feminisme nie, word selfs hulle lewe beïnvloed deur die moderne denke oor die vrou. In hierdie nuwe denke oor die vrou moet die pastor se eie paradigma op so 'n bepaalde wyses skuif sodat die horisonverskuiwing uiteindelik kulmineer in pastorale begeleiding.

Glaz en Moessner (1991:188) is van mening dat die modus en metode van die pastoraat bepaal word deur spesifieke pastorale nood. Eers wanneer die pastor werklik ten diepste die spesifieke nood besef, kan hy bepaalde pastorale insette lewer. Dit gebeur soms dat daar 'n goeie pastorale verhouding tussen die pastor en pasiënt bestaan. Indien die pastor egter nie die spesifieke nood (en nie noodwendig 'n algemene nood soos siekte) identifiseer nie, sal die pastoraat nie noodwendig geslaag wees nie.

Pastoraat wat nie slaag nie, volg soms op 'n poging deur die pastor wat nie weet wat om vir die pasiënt te sê nie. Goeie bedoelings en 'n fisiese teenwoordigheid by die pasiënt is nie altyd al waarna die pasiënt verlang nie. Omdat die vrou gewoonlik die persoon is wat in die gesin moet omgee, is sy juis sensitief vir die pastor se empatie en merk gou op indien die empatie nie eg is nie.

Die pastor behoort ook respek te hê teenoor die pasiënt - veral omdat sy anders ingestel as hy is. Die gevaar is dat die pastor dink dat die pasiënt so "anders" is dat die pasiënt 'n non entiteit word. Pastoraat is nie iets wat gedoen moet word nie - dit is empatieke sorg wat voortvloei uit die nood van die pasiënt.

5.7.1 PASTORAAT AS BONDGENOOTSKAP (BONS-STORM)

Riet Bons-storm bied vanuit die vroue pastoraat 'n model wat spesifiek gerig is op die pastoraat aan die moderne vrou. Sy verstaan pastoraat as ondersteuning en kommunikasie aan 'n medemens binne die perspektief van God se ondersteuning en kommunikasie met die mens. Die legitimiteit van hierdie uitreik na 'n medemens word bepaal deur die teologie oor God en geloof in God. Dit wat deur die pastor aan die vrou gebied word, kan presies dieselfde wees as wat die sekulêre wêreld aan die vrou bied. Die verskil is dat hierdie kommunikasie ingebed is in die geloof in God.

Wanneer die geloofsvisie op God toegespits word, ontstaan die moontlikheid dat God se naam bo alles verheerlik kan word. Vanuit hierdie visie volg die medemenslike liefde en omgang met mekaar voort. In die praktyk kan hierdie medemenslikheid verskillende vorme aanneem. Een van hierdie vorme is die pastoraat wat dui op 'n bondgenootskap tussen die pastor en die vrou. Die bondgenootskap tussen die betrokke persone bepaal hoe die mense met mekaar omgaan.

Medemenslikheid kan ook kulmineer in bepaalde vriendskappe wat gesluit word. In wese word die bondgenootskap tussen twee bepaalde persone in die pastorale verhouding toegespits in vriendskap. Op die basis van vriendskap kom mense in 'n bondgenootskap met mekaar om mekaar se belange te dien.

Bondgenootskap het ook 'n vertikale dimensie. Die pastor is die bondgenoot van God om die sieke te help in haar siekte. As pastor help hy die pasiënt in die stryd teen die siekte en selfs haar lewe oor te dra in die hande van God. Die bondgenootskap tussen pastor en pasiënt word dus 'n bereidheid om op vriendskapsbasis ondersteuning te bied en konkreet in te gryp in die situasie van die pasiënt.

Die onderskeiding tussen bondgenootskap en vriendskap is volgens Bons-Storm (1992:151) nie soseer prinsipieel nie maar eerder prakties van aard. Pastorale verantwoordelikheid en pastorale verhoudinge lê op 'n meer saaklike vlak, terwyl vriendskap by uitstek 'n persoonlike verhouding is. Funksionele doelwitte binne bepaalde verhoudinge bepaal die kwaliteit en omvang van die verhouding. Ten spyte van die onderskeid tussen pastorale- en persoonlike verhoudinge, is dit nie altyd maklik om 'n eksakte onderskeid tussen die verhoudinge te tref nie. Pastorale verhoudinge het gewoonlik ook 'n persoonlike karakter.

Bons-Storm pleit dus dat daar in die pastoraat in die besonder aandag gegee sal word aan vroue pastoraat. Vroue pastoraat is

dan die omsien van vroue na mekaar met die doel om 'n verandering ten opsigte van die denke van die vrou oor haarself teweeg te bring.

Alhoewel Bons-Storm toegee dat die pastoraat nie lei tot vriendskap in die ware sin van die woord nie, kan hierdie model waar pastoraat bepaalde vriendskappe vir die pastor impliseer, nie altyd korrek hanteer word nie. Die argument oor die begrensing van die pastoraat is hier van toepassing. Wanneer die motief vir die pastoraat vriendskap is, ontstaan die vraag of die pastorale verhouding ooit beëindig kan word. Moet die pastor, soos 'n vriendin, ten alle tye beskikbaar wees? Hoeveel inligting van 'n baie persoonlike aard word aan die pastor meegedeel sodat die verhouding meer persoonlik word?

Dit is ook nie vir die pasiënt altyd moontlik om oor intens persoonlike sake saaklik te wees nie. Sekere persoonlike kwessies moet aandag kry. By die histerektomiepatiënt kan die voorbeeld van die seksuele genoem word. Soos elders beredeneer is hierdie aspek van die berading aan die pasiënt nie noodwendig in die hande van die pastor nie. Die pasiënt kan juis die nodige bespreking en inligting wat baie persoonlik van aard is, met die ginekoloog bespreek

5.7.2 NUWE PASTORALE PARADIGMAS (MOESSNER)

Moessner (1992:211) meld dat 'n manlike kollega die vraag na die verskil tussen manlike en vroulike pastors gevra het. Daar bestaan nie 'n resepmatige antwoord op hierdie vraag nie. Pastoraat het te veel verskillende invalshoeke en aspekte om voorskrifte vas te pen wat altyd geldend is. Moessner se klemverskuiwing oor die pastoraat aan die vrou lê nie op wat die vroulike pastor verskillend doen nie, maar hoe hierdie pastor anders is.

'n Vroulike pastor wat dieselfde spiritualiteit deel met die pasiënt, beskik oor 'n beter verstaan van die belewenis van die pasiënt. In kort is Moessner van mening dat die volgende sake deur die pastor (hetsy manlik of vroulik) in aanmerking geneem moet word by die pastoraat aan die vrou:

- 'n Teologie van hoop en genade wat die pasiënt kan hoor en beleef. Pastorale ondersteuning of aanvaarding is nie noodwendig genoeg nie. Hoop is krities belangrik in die proses van heling. Hierdie hoop is die hoop wat geanker is in die hoop van Jesus Christus.
- Beleving van die gemeenskap van die gelowiges is ook nodig om by te dra tot die herstel van die pasiënt. Pastoraat bied aan die pasiënt 'n teologie van hoop, ondersteuning en simpatieke teenwoordigheid. Gemeenskap van die gelowiges met ander vroue lei tot die verstaan van die nood, behoefte en vrees van die

pasiënt - soms beter as wat die pastor kan verstaan.

- Versterking van die persoonlike verhouding met God in 'n krisistyd aangesien die pasiënt voortdurend daarvan bewus wil wees dat sy in die teenwoordigheid van God is.

Die grootste gemene deler as slotsom waartoe die navorsers kom, is dat wanneer die pastor die stem van die moderne vrou hoor, hulle daarvan sal kennis neem dat die vrou haar verhouding met God anders beleef as wat mans dit beleef. Deur navorsing van feministiese literatuur in die teologie en psigologie sal hy tot insig kom hoe verskillende geslagte hulle waardes interpreteer. Dan sal hulle leer om noukeurig na vroue te luister sonder enige vooropgestelde idees. Dit is nodig dat vroue nie meer na al die eeue met *die rib* en *die appel* gekonfronteer word nie. In Christus is die vrou nie meer 'n Eva nie, maar 'n bevryde net soos die man.

Uit al hierdie sienings, modelle en menings kom daar ongetwyfeld positiewe sake na vore. Die Kerk moet selfondersoek doen en besluit of dit 'n beweging is wat die Kerk maar bloot kan ignoreer. 'n Ander vraag wat die Kerk moet beantwoord is of die beweging van insigte spreek waar die Kerk in die verlede nie gespreek het nie. Of die Kerk met die insigte saamstem of nie, dwing dit die Kerk om aktueel in die prediking te bly. Verder moet die Kerk besef dat finale uitsprake oor die aard en wese van God glad nie bestaan nie.

Kerk en wêreld moet vandag ook met skaamte erken dat vroue vandag die vrugte pluk van insette van feministe in die historiese prosesse gemaak het. Een van die belangrikste bydraes van die feminisme vandag is die bevraagtekening van eie houding met betrekking tot die posisie van die vrou.

In 'n kerklike situasie waar sterk tradisioneel met die Woord omgegaan word, kan die feminisme daartoe bydrae dat mense nuwe moontlikhede raaksien. Beide mans en vroue kan soek na die betekenis van die Bybelse eis tot reformatie rondom die posisie van die vrou.

Die pastor kan ook nie kritiekloos met hierdie gedagtegang omgaan nie. God kan nooit vasgevang word in 'n enkele metafoor of beeld (manlik of vroulik) nie. Hierdie manlikheid of vroulikheid van God is nie wesenlik vir sy Goddelikheid nie. Manlike spreke oor God is hoofsaaklik kultureel bepaald en eienskappe van God soos liefde en trou kan goedsdiks ook in vroulike terme aangespreek word. Eienskappe kan nie eksklusief net aan 'n bepaalde geslag toegeken word nie.

Ideale soos vryheid en selfverwesenliking kan positief wees as dit nie 'n doel in sigself is nie - dan moet dit nagestreef word as iets wat die vrou in staat stel om 'n burger van God se koninkryk te wees. Sinervulling kan slegs ervaar word as die strewe na volwaardige bestaan binne die Christelike roeping geplaas word.

Bevryding vir die feminisme beteken dikwels die bevryding van vroue onderdrukking en deurbreek van vroue-onmondigheid. Hierdeur word 'n ander kringloop geskep: die van 'n humanistiese selfverwesenliking. Dit hanteer nie werklik die sleutels tot volle bevryding van die vrou nie. Bevryding deur Christus alleen kan die vryheid van die mens konkreet maak.

Die vraagstelling by 5.7 was of die pastor, sielkundige en ginekoloog werklik die pasiënt van die 1990's verstaan. Dit is 'n vraag of die moderne vrou steeds soveel emosionele waarde heg aan die uterus. In 'n persoonlike gesprek het 'n pasiënt aan my gesê dat die histerektomie vir so min beteken het as 'n gewone besoek aan die tandarts. Net so was 'n ander pasiënt van mening dat haar belewenis van die histerektomie bloot 'n heerlike blaaskans was van die alledaagse bedrywighede! Kennelik is hierdie pasiënte se emosionele belewenis rondom hierdie chirurgiese ingreep nie dieselfde as byvoorbeeld twintig jaar gelede nie.

Daar het ook reeds by baie pasiënte 'n paradigma skuif plaasgevind rondom moederskap, vroulikheid, emosie en 'n histerektomie. Hierdie skuif is aangebring deels vanweë die opkoms van moderne denke oor die vrou. Die vrou vandag kan dikwels eie besluite neem, is finansieel selfstandig en voel totaal bevry. In die pastoraat moet met hierdie moderne vrou rekening gehou word.

Die pastor, sielkundige of ginekoloog kan nie in dieselfde slagkat beland soos wat Robbins (1983:159) dit beskryf nie. Sy het as vroulike terapeut besef dat sy weens bepaalde huislike omstandighede uit kleintyd, meer aandag verleen aan wat mans sê. In haar terapisessies het sy self in die ou stereotipes verval soos dat vroue gewoonlik daaraan is om stil te bly wanneer mans praat.

Daarom is dit nodig om van stereotipering in die pastoraat ontslae te raak. Nie alle vroue is ten gronde na 'n histerektomie nie. Nie alle vroue wat reeds moederskap voltooi het, sien die histerektomie as bedreiging vir moederskap nie. Die lys van stereotipes kan nog langer uitgebrei word. Hierdie paar voorbeelde dui daarop dat stereotipe denke oor 'n histerektomie nie onkrities aanvaar kan word nie. Sulke stereotipe denke oor die histerektomie het immers bepaalde konsekwensies vir die pastoraat wat in aanmerking geneem moet word.

Wanneer die vrou se stem in die pastoraat gehoor word, sal die pastoraat daarvan die vrugte pluk. In alle pastoraat moet beide mans en vroue tot hulle reg kom.

5.8 WAAROM 'n MULTI-DISSIPLINÊRE BENADERING?

Uit alles wat reeds gesê is, behoort dit reeds duidelik te blyk dat 'n multi-dissiplinêre benadering tot die histerektomiepasiënt van groot waarde kan wees. Teologie, psigologie en mediese

wetenskap het raakvlakke met mekaar, maar moet ook in sekere aspekte van die berading geskei bly.

Die fisiese diagnosering, behandeling en chirurgie is in die hande van die ginekoloog. Beide pastor en sielkundige oortree as hulle op hierdie vlak sou beweeg. Insgelyks lê siekwees en die gedrag wat daarop volg eerder op die vlak van die sielkundige. Indien die ginekoloog of sielkundige dit op die vlak van die siekepastoraat waag, kan ook dit oorskryding van grense beteken.

Gemoedstoestande van die histerektomiepatiënt is 'n voorbeeld waar die drie dissiplines met mekaar kan saamwerk. Hormonale wanbalans wat gedrag soos neerslagtigheid tot gevolg het, word deur die ginekoloog behandel. Dieselfde gedrag kan ook deur die menswetenskappe hanteer word, terwyl die pastor die lig van God se Woord op die gedrag kan laat val.

Op seksuele gebied is dit die ginekoloog wat die gesprek moet inisieer en veral ten opsigte van die fisiese van die seksuele verhouding bystand kan verleen. Die rasionele agter seksualiteit kan weer deur die pastor aangeraak word.

Verdere voorbeelde van die vervloeiing en onderskeid van grense in die berading van die pasiënt is legio. In hoofstuk 4 waar die spesifieke probleme wat die pasiënt mag ondervind bespreek word, word reeds op die voorbeelde gewys.

5.8.1 SAMEWERKING PSIGOLOGIE EN MEDIESE WETENSKAP

Nichols (1984:48) is oortuig dat die psigologie 'n groot rol te speel het in die berading van pasiënte. Sy is egter van mening dat die primêre sielkundige ondersteuning van pasiënte die werkslas van sielkundiges buite verhouding sal belas. Sonder om enigsins die professionele integriteit van die sielkundige in twyfel te trek glo sy dat die basiese ondersteuning van die pasiënt deur iemand anders gedoen moet word.

Die aangewese personeel om die basiese ondersteuning aan die histerektomiepasiënt te bied, is die verpleegpersoneel. Verpleegpersoneel is ten volle in staat om basiese ondersteuning te bied (1984:51). Haar bedoeling is nie om die verpleegpersoneel alléén vir die taak in te span nie. Hulle taak is aanvullend tot die van die sielkundige.

Die voordeel van die gebruik van die personeel is die volgende:

- * in terme van getalle is verpleegpersoneel by verre in die meerderheid
- * verpleegpersoneel het ook verlengde kontak met die pasiënt - baie meer as selfs die ginekoloog
- * verpleegpersoneel het self al die begeerte uitgespreek om pasiënte by te staan en te ondersteun
- * die waarde van hospitums wat deur verpleeg personeel bedryf word, het reeds bewys dat hulle in staat is om die nodige ondersteuning te bied

Van groot belang is dat Nichols in haar teorie van basiese ondersteuning sterk klem daarop lê dat die ondersteuning bloot basies en voorlopig van aard is en dat pasiënte vir professionele berading verwys word as dit nodig sou wees.

Basiese berading is nie psigoterapie nie. So 'n personeellid moet in staat wees om probleme wat verdere aandag verg, te identifiseer en dan te verwys.

Schlebusch en Lasich (1990:328) is ook van mening dat samewerking tussen die sielkunde en mediese wetenskap moontlik is. Twee redes word hiervoor aangegee.

Eerstens toon epidemiologiese studie dat pasiënte met 'n fisiese probleem dikwels bepaalde gedragsprobleme ervaar. Tweedens bestaan daar hedendaags die tendens dat pasiënte hulle probleem in terme van 'n fisieke manifestasie uitdruk. Gevolglik soek hulle slegs by die medikus raad terwyl die probleem eerder deur die samewerking van mediese en psigologie opgelos kan word.

5.8.2 SAMEWERKING TUSSEN TEOLOGIE, PSIGOLOGIE EN DIE MEDIESE WETENSKAP

Die pastor as deel van die multi-dissiplinêre span, het saam met die sielkundige en ginekoloog 'n graad van verantwoordelikheid en funksionaliteit. Geeneen van die partye het 'n alleenreg status

op die pasiënt nie (Louw 1983:58). 'n Pastor kan dus nie 'n bepaalde funksie as 'n vanselfsprekende reg opeis nie, maar moet sensitief wees wanneer hy op ander se terrein beweeg.

'n Multi-dissiplinêre span bestaan uit kundiges op hulle eie terrein. 'n Persoon is deel van die span as sy deskundige bydrae die herstel van die pasiënt as totale mens in die oog het. Ongeag of sekere grense met mekaar vervloei of nie, is daar genoeg grense wat nie oorgesteek mag word nie. Daarom is die pastor na my mening deel van 'n multi-dissiplinêre span as gevolg van sy kennis van pastorale teologie.

5.9 DIE MULTI-DISSIPLINÊRE BERADING AAN DIE HISTEREKTOMIEPASIËNT

Daar is reeds aangetoon dat daar verskeie bruikbare strategieë is waarvolgens berading aan die histerektomiepasiënt gedoen kan word. Die slotsom waartoe gekom is, is dat 'n meerduidige strategie nodig is in die berading van die histerektomiepasiënt. So 'n strategie moet ten minste op teologiese, psigologies en mediese vlak kan intree indien dit nodig sou wees.

Geringe aanpassing van die reeds bestaande holistiese strategie, kan in die multi-dissiplinêre strategie van groot hulp wees. Hierdie model staan ook bekend as die *BIOPSIGOSOSIALE* model. Dit is waarskynlik die strategie wat die meeste vlakke rondom siekte en siekwees aansny.

Alhoewel die holistiese strategie as derde dissipline die maatskaplike insluit, kan die dissipline met teologie en siekepastoraat vervang word. In 'n groot mate bly die mediese en psigologiese raamwerk, voordele en nadele dan dieselfde as met die biopsigososiale model. Die verskil lê dan op die vlak van die teologie.

In die meewerking van die drie dissiplines moet sekere faktore in aanmerking geneem word. Eerstens impliseer die bestaan van die drie onafhanklike dissiplines nie alreeds samewerking nie. Sodanige samewerking moet met wedersydse vertroue en respek gesoek word. Samewerking wat in 'n gees van vertroue en respek plaasvind, is tot voordeel van al die verskillende dissiplines.

Tweedens is die doel van samewerking om die kennis van die multi-dissiplinêre span so aan te wend dat dit vir die pasiënt meer voordelig is as wanneer elke dissipline op eie stoom werk. Die totale effek van die berading moet groter wees as berading deur ginekoloog, sielkundige en pastor afsonderlik.

Ten derde moet die multi-dissiplinêre span effektief kan saamwerk. Hollins (1985:282) meen tereg dat effektiwiteit verhoog kan word deur:

- * duidelike doelwitte
- * openlikheid
- * ondersteuning en vertroue
- * gereelde terugvoer

- * goeie inter-spanverhoudinge

Multi-dissiplinêre spanwerk is nie altyd maklik nie, maar kan baie genoegdoening verskaf ten spyte van die verlies aan professionele outonomie. Binne die multi-dissiplinêre benadering is daar wonderlike geleenthede vir persoonlike groei; nie net vir die beraders nie, maar ook vir die pasiënt.

5.9.1 DIE BIOPSIGOPASTORALE MODEL (BPP)

Die praktiese werkbaarheid van die biopsigopastorale model kan aan die hand van 'n teoretiese gevallestudie gedemonstreer word.

'n 27-jarige ongetroude vrou besoek die ginekoloog na 'n verwysing deur die huisarts. Na afloop van 'n fisiese ondersoek en patologiëtoetse word kanker gediagnoseer wat 'n totale histerektomie noodsaak.

Vanuit kliniese hoek is die feite duidelik. 'n Totale histerektomie word aanbeveel op grond van die uitslae van patologiëtoetse. Indien hierdie vrou as bloot 'n liggaam hanteer word, word die chirurgie gedoen en die probleem word daarmee oënskynlik opgelos.

Die multi-dissiplinêre span werk egter nie net vanuit 'n kliniese hoek nie. In hierdie geval is daar baie meer as 'n totale histerektomie ter sprake wanneer die pasiënt as persoon hanteer

word:

- * sy is ongetroud
- * sy beleef onvervulde moederskap
- * sy is in 'n pre-klimakteriese fase van haar lewe

Wanneer bloot na die enkele drie aspekte gekyk word, is die geweldige impak van die diagnose op die lewenssituasie waarin sy verkeer net so belangrik as die diagnose van kanker van haar vrouedele.

Die totale implikasie van die histerektomie, haar ouderdom, ongehude staat en onvervulde moederskap kan tot ernstige krisisse lei. Dit is alleen wanneer die pasiënt as persoon multi-dissiplinêre berading ontvang, dat sy moontlik die impak van die histerektomie kan verwerk.

Die verteenwoordigers van elke dissipline het insette om te lewer in die behandeling van die pasiënt as persoon. Op mediese vlak is die volgende inligting onder andere nodig:

- * volledige inligting oor die aard van die chirurgie
- * die effek van die chirurgiese ingreep op haar liggaam
- * hormonale wanbalans en die regstelling daarvan
- * behandeling van fisiese pyn
- * post-operatiewe prosedures soos kateters, intra-veneuse inspuitings en wondhegtings
- * die moontlikheid van radio- en chemoterapie
- * newe-effekte van radio- en chemoterapie

- * aanduidings oor prognose
- * toekomstige seksuele verhoudinge

Op psigologiese vlak is berading ten opsigte van die siekwees en siekweesgedrag nodig. Dit kan onder andere berading oor die volgende insluit:

- * post-operatieve depressie
- * inter- en intra-persoonlijke verhoudinge
- * selfbeeldprobleme as gevolg van destruktiewe chirurgie
- * manifestasie van irrasionele vrees
- * krisisberading

Vanuit die siekepastoraat het die pastor die taak om God se Woord te laat val op onder andere die volgende sake:

- * onvervulde moederskap
- * die teodiseevraagstuk
- * eskatologie
- * verkondiging van hoop
- * verkondiging van oorwinningsorg
- * geloofshulp

Opsommend kan dit is volg voorgestel word:

MEDIES -> berading oor die diagnose, chirurgie, behandeling en prognose

PSIGOLOGIES -> Berading oor die gedrag wat kan manifesteer

TEOLOGIES -> Berading oor die hoop wat in die geloof in Jesus Christus bestaan

Soos reeds aangevoer is, is daar in die drie dissiplines wel aspekte wat mekaar kan oorvleuel soos seksuele berading, die effek van destruktiewe chirurgie en selfbeeldprobleme. Ander is uniek aan 'n bepaalde dissipline soos aanduiding oor prognose (medies) en die teodisee vraagstuk (pastoraal).

Voordele aan die multi-dissiplinêre benadering is die volgende:

- * die beginsel van *cum multis aliis* tree sterk na vore in die berading
- * 'n pasiënt word as persoon behandel en is nie net 'n kliniese geval nie
- * daar bestaan wedersydse interaksie tussen die dissiplines
- * 'n akkurate beoordeling van die kritieke faktore wat by die berading van toepassing moet wees, kan deur al die dissiplines verskaf word en ook aan die ander dissiplines gekommunikeer word
- * die doel van die BPP is om die grootste verandering, wat die langste tydperk aanhou, met die minste trauma deur berading in die pasiënt teweeg te bring

Alhoewel die student juis nie in die slagat wil trap deur op die ander dissiplines se veld te oortree nie, wys navorsing tog op enkele sake wat die verskillende dissiplines tydens berading in aanmerking moet neem.

5.9.1.1 FAKTORE WAT DEUR DIE MEDICI IN AANMERKING GENEEM MOET WORD

Tydens die bespreking van die verhouding tussen die pasiënt en die medici (hoofstuk 3), het dit geblyk dat 'n gebrek aan inligting aan die pasiënt 'n groot probleem skep. Schlebusch (1990:58) maak tereg die volgende voorstelle wat die gebrekkige verstaan aan die kant van die pasiënt kan ondervang:

- * kwalitatiewe tyd het meer waarde as kwantitatiewe tyd wat met die pasiënt spandeer word
- * effektiewe kommunikasie tussen ginekoloog en pasiënt kan misverstande uit die weg ruim en die pasiënt se verwagtinge, vrees en vrae beantwoord
- * die verband tussen die behandeling wat beplan word en die pasiënt se reaksie daarop moet verdiskonteer word
- * verdere probleme soos waninterpretasie van feite, verkeerde optrede weens 'n gebrek aan basiese kennis en die feit pasiënte soms nie op waarskuwings ag slaan nie moet betyds voor voorsiening gemaak word

5.9.1.2 FAKTORE WAT DEUR DIE SELKUNDIGE IN AANMERKING GENEEM MOET WORD.

Ook op die vlak van die psigologie stel Schlebusch (1990:62) voor dat die volgende in aanmerking geneem moet word:

- * benader die pasiënt as 'n persoon in die geheel
- * wees op die uitkyk vir gedrag wat daarop dui dat die pasiënt nie kan of wil saamwerk nie
- * kommunikeer empatie en respek aan die pasiënt
- * maak gebruik van die multi-dissiplinêre span indien nodig
- * propageer die gebruik van die pasiënt se eie steunstelsels

5.9.1.3 FAKTORE WAT DEUR DIE PASTOR IN AANMERKING GENEEM MOET WORD.

As die doel van die pastoraat aan die pasiënt is om die siekte en lyding vanuit die geloof in Jesus Christus te verwerk, moet die pastor enkele sake in gedagte hou en ook in die berading te berde bring.

Die waaromvraag hoef nie in die pastoraat direk beantwoord te word nie en die vraag kan selfs die vorm van 'n aanklag aanneem. So 'n aanklag is dialogiese gebeure waardeur lyding gekommunikeer en uitgedruk word. Hierdie dialogiese gebeure bring binne die pastoraat 'n uitlaatklep vir die lydende gelowige mee wat gestalte gee aan sy nood en lyding. (Louw 1985:35) verwys na Job wat geen antwoord op sy probleem van God af kry

nie. Dit gaan daarom of Job God se dienskneg is en bly sonder enige voorwaardes. Job moet God aanvaar deur al sy persoonlike lyding en ellende deur. Die vraag wat die pastoraat stel is: Bely die gelowige dat God steeds in beheer bly ten spyte van lyding?

Op die vraag "Hoe is God betrokke in lyding?" kan die pastor die volgende riglyne van nut vind: (Van Schoor 1987:76)

- * Lyding laat 'n mens geloof ontdek. Die verhouding tussen God en die mens word herstel deur die Middelaarswerk van Christus. Die oorwinning moet beklemtoon word - oorwinning oor die dood, vyandskap en sonde. Daar heers 'n herstelde orde tussen God en die mens wat as vrede beskryf kan word.
- * Die gelowige se lyding is verteenwoordig voor God deur die Hoëpriester Jesus Christus. Christus tree plaasvervangend op in die mens se plek.
- * Deur versoening word die mens bevry uit die dood en is die dood en angs oorwin. Die sondaar word uit die dood bevry en in die lewe oorgeplaas. Die lydende gelowige weet dat hy bevry is tot 'n lewende gemeenskap met God.
- * Die vergewing van sonde is absoluut in die sin dat die mens nie meer moet boet vir sy oortredinge nie. Hy leef as 'n veranderde sondaar. Met berou en bekering kan die sondaar anders leef: as bevryde en versoende met God.

Op die vraag na die plek van God in lyding kan die volgende perspektiewe toegelig word:

- * Voorsienigheid bied troos en geborgenheid. Dit is nie 'n intellektuele spel met abstrakte dekrete nie en moet trinitaries verstaan word. God is die handelende en persoonlike subjek van alle gebeure.
- * Voorsienigheid is 'n belydenis van geloof wat 'n proses van selfverloëning en gebedsworsteling impliseer. Dit word in terme van die Heilige Gees pneumatologies verstaan en eskatologies gedui.
- * Voorsienigheid is belofte en vervulling wat God se trou en liefde teken. God se liefde vernietig die sonde, verklaar die mens in liefde regverdig en roep die mens deur die Woord op tot wederliefde.
- * Voorsienigheidsgeloof is eskatologiese vernuwingsgeloof en nie net onderhoudingsgeloof nie. Die vervulling van God se beloftes skep hoop op vernuwing.

Die "wanneervraag" van die pasiënt kan met die volgende toegelig word:

- * Die opstandingsewangelie is gekoppel aan 'n leë graf, 'n skeppende unieke daad van God. Die leë graf is teken van die werklikheid van die opstanding. Dit is Jesus van Nasaret wat self opgestaan het - Jesus die Middelaar as *vere homo, vere Deus*. Die opstanding is 'n transformasie van die aardse liggaam om gelykvormig te word aan die verheerlikte liggaam.

- * Deur die opstanding word die versoening as daad vir die gelowige bekragtig. Die gelowige ken Christus nou na die geestelike dimensie, met ander woorde die nuwe skepping as versoening met God. Die opstanding is ook die synsmatige grond van die versoening want dit is 'n integrale deel van die versoening as daad van God. Die gelowige kan seker weet dat die nuwe lewe 'n gawe van God is.
- * Die opstanding is ook 'n belofte wat as opstandingshoop die gelowige rig op 'n nuwe toekoms. Die versoening aan die kruis fundeer die beloofde karakter van die opstanding. Die opstanding dui die eskatologiese dimensie van die hoop aan: in perfektiese gestalte (Christus het gesterf, is opgewek), presentiese gestalte (die gelowige leef deur die Heilige Gees in gemeenskap met die opgestane Christus) en futuristiese gestalte (die ewige saligheid).
- * Die feit dat Christus opgestaan het, maak van die kerk 'n sendende kerk. Christus gee die opdrag in Matteus 28:19 duidelik - die kerugma van die opstandingsgebeure is die opstandingsboodskap op grond van Christus se eie bevel. Die opstanding verkondig eskatologiese hoop aan die lydende gelowige.
- * Die opstanding raak die totale bestaan van die gelowige want die gelowige is nou 'n nuwe mens en word dit meer en meer. Hy is 'n nuwe toekomsmens as hy die opstanding in sy lewe in die geloof aanvaar. Geloof mond uit in sy

gestaltes van antwoord en gehoorsaamheid.

- * Die gemeente word gekonstitueer tot 'n gemeenskap van gelowiges wat uit die gemeenskap met die opgestane Heer leef. Deur die sakramente word die gelowige liturgies daaraan herinner. Die opstanding is 'n bron van troos binne die gemeenskap van gelowiges totdat Christus weer kom.
- * Christus se profetiese aankondiging van die einde is 'n oproep tot waaksaamheid van die gelowiges. Die gelowige moet in hoop volhard tot die einde toe. Opstandingshoop bring lydsaamheid waarsonder lyding 'n onverwerkbare saak is.
- * Die opstanding bewys dat Christus waarlik die Seun van God is. Hy word nie na sy kruisdood tot God verklaar nie. God het almag oor die dood en sy geregtigheid en liefde kry finale beslag met die opstanding. Die teologie van die pastoraat is gegrond in die waaragtigheid van 'n God wat die dood oorwin het. God se ryk is 'n ryk van lewendes en 'n triomfantlike koningsheerskappy.

In die uiteindelijke verwerking van die lyding of "waartoevraag" behoort die pastor die volgende vyf aspekte in die berading integreer:

- * Lydingspastoraat moet proklameer dat God die lyding wil in die sin dat Hy Hom daardeur met die mens bemoei. God het bemoeienis en simpatie met die mens, trouens Hy sorg soos 'n Vader vir sy kinders. Geloofstaal maak

ambivalente uitsprake. Binne die wil van God is daar ruimte vir skuldbelydenis, lof en aanbidding. Die toestand van lyding het verband met die sonde van die mens, daarom bring lyding die mens tot selfondersoek om vas te stel hoe sonde die weg tot God blokkeer. Dit word dan 'n skuldbelydenis sodat God se werke in die geloofshandeling van sy kinders geopenbaar word. Lying bepaal die kwaliteit van die geloof.

* Die gelowige ondervind troos na hy besef dat hy in gemeenskap met Christus ly. Dit beteken nie dat die mens soos Christus ly nie. Lying is nie 'n kopie van Christus se lying nie, gelowiges ly in navolging van Christus. Deur hierdie lying toon die gelowige dat hy deel het aan die Middelaarswerk van Christus. Lying is nooit finaal nie, maar bied hoop op die eskatologiese verlossing uit lying. Wanneer die gelowige ly, het dit geen heilswaarde nie. Dit het getuieniswaarde aangesien dit die oorwinning in lying demonstreer. Dit word 'n stuk verkondiging waar die saak van Christus verkondig word.

* Lying en die verwerking daarvan kan nie sonder die Heilige Gees plaasvind nie. Die Heilige Gees laat gelowiges deel in die eskatologiese heilswerklikheid en is die Garant dat die gelowiges sal ontvang wat God aan hulle belowe het. Dit waarborg die egtheid van die Christen se verlossing, 'n lewende werklikheid wat ewig is. Deur die aktiwiteit van die Gees verkry die lydende uithouvermoë teen die destruktiewe mag van lying. Die

verwerking van lyding word 'n roeping om lyding vanuit die oorwinning van Christus te bestry. Die Heilige Gees lei die mens ook tot oorgawe en berusting wat dui op 'n toestand van vrede en heil in Christus.

- * Pastoraat in lyding proklameer 'n eskatologiese hoop wat reeds gerealiseer het. God is die God van hoop en in lyding word die hoop sterker deur die werk van die Heilige Gees. 'Die funksie van die pastoraat in lyding is: gerigtheid op die toekoms vanuit die oorwinning van die opstanding. En hierdie aksie van intensionaliteit en teleologie behels hoop' (Louw 1985: 113). 'n Opstandingsteologie relativeer die werklikheid van lyding. Lyding word nie minder werklik nie, die dodelikheid van die pyn word uit lyding gehaal. Die gelowige is in Christus 'n nuwe en herskape mens wat hom rig op 'n nuwe toekoms met God. Hoop bring nuwe lewe ten spyte van dood, verminking en lyding tot die voleinding van alle dinge. Dit wil die mens teleologies rig op Christus van wie alles verwag word.
- * Die uitwerking van die oorwinningslewe bring eksistensiële lewensvreugde aan die mens. Vreugde is 'n ekklesiologiese aangeleentheid binne die gemeenskap van gelowiges. Vreugde is dankbaarheid vir die finale oorwinning van die paroësie. Oorwinningsvreugde is nie goedkoop optimisme of 'n *theologia gloriae* nie. Dit is blydskap oor sondes wat vergewe is. Die mens se vreugde is 'n reaksie van dankbaarheid vir die gawe van versoening

en die nuwe lewe van die opstanding. Lewensvreugde is 'n doksologie wat uitmond in lof en aanbidding. Dit sentreer nie om verheerliking van lyding nie, maar is vreugde tot eer van God. Eksistensiële vreugde is 'n lewe vanuit vryheid wat teen die bose mag stry.

Lyding is 'n geleentheid waarbinne die mens lyding as 'n opgawe kan beskou. Lyding maak 'n wesenlike deel van die menslike bestaan uit en alhoewel dit sinloos is, kan dit sinvol gedui word. Dit is 'n uitdaging om smart binne 'n krisis aktief te verwerk. Die verwerkingsproses het vier verwerkingstrategieë waarmee binne pastorale konteks rekening gehou moet word:

- * Binne Skrifkonteks is worsteling en verset nie 'n vreemde verskynsel nie. Job is 'n sprekende voorbeeld van hierdie stryd. Tog val Job se verset in 'n spesifieke relasie. Hy staan binne die verbondsverhouding van God. In hierdie verbondsverhouding is daar ruimte vir verset. Lyding is deel van die sondige lewensbestel van die mens en as sodanig 'n teken van die werk van die bose. Die gelowige kán hierteen in verset kom.
- * Die gelowige kan sy gesindheid teenoor siekte verander. Sekere faktore kan nie verander nie en moet aanvaar word. Aanvaarding beteken aktiewe geloofswerksaamheid. Lyding sny nie die gemeenskap met God af nie - die gelowige kan reken op die genade van God. Aanvaarding beteken die onderskeidingsvermoë tussen die volgende: lyding en die verband met algemene

sondigheid en eindigheid; lyding en persoonlike sondes; lyding en die oordeel van God en hoe Christus deur die versoening in ons plek die oordeel gedra het; lyding en betrokkenheid van God - Gods liefdevolle ontferming; lyding en die onderskraging van die Heilige Gees deur Skrif en gebed.

- * Lyding is 'n toets van die geloof wat aangewend word vir geloofsgroei, insig in eie sonde en gemeenskap met Christus wat opgestaan het. Lyding word aangewend as getuienis na die wêreld en na die gemeente. Dit beteken om elke dag in blydschap en dankbaarheid te leef.
- * Geloof rig die mens op 'n toekomswerklikheid in Christus. Deur lyding kan die gelowige in die toekoms vanuit die oorwinning van Christus leef. Lyding fokus op geloofsvolwassenheid binne die gemeenskap van gelowiges. Die 'Waartoe?' van lyding bring 'n gesindheid van lof en aanbidding wat ten diepste 'n verlossing van selfsug is. Die waartoe van lyding word liefdevolle uitreiking, gehoorsame navolging en diensbare getuienis.

5.10 SAMEVATTING EN SLOTSOM

Berading en die bediening van die heil in Christus lê op beide die horisontale en vertikale dimensie. Die horisontale dimensie het betrekking op die pasiënt en haar intra-persoonlike verhoudinge. 'n Vertikale dimensie het betrekking op die pasiënt en haar verhouding met God. Binne die raamwerk van berading moet

beide die dimensies aandag kry.

Indien slegs die horisontale dimensie aangeraak word, word die berading religieus en moreel neutraal van aard. Dan word bloot intra-persoonlike verhoudinge tot stand gebring en word die vertikale dimensie noodwendig of skeefgetrek of heeltemal buite rekening gelaat.

Die vertikale dimensie kan ook oorbeklemtoon word en die gevaar hieraan is dat slegs die geloofsaspek van die pasiënt aandag kry. Haar eksistensiële probleme word almal deur gesagvolle spreke op grond van die Woord van God hanteer. Dan kan die wesenlike van die persoon en haar diverse nood nie aangespreek word nie. Sy word dan gereduseer tot 'n geloofsobjek aan wie die evangelie verkondig word of sy hoor of nie.

'n Balans tussen die twee dimensies en die berading binne die sfeer van die dimensies moet verkry word. Dit kan gebeur indien elke lid van die multi-dissiplinêre span sy eie identiteit behou en op sy eie spesialisgebeid werksaam is.

Die persoonlike gesprekke waarna in hoofstuk 1 verwys is, dui op die versugting van die histerektomiepatiënt om behoorlik ingelig te word oor die aanloop, verloop en afloop van die chirurgiese ingreep. Die nood vir inligting op beide die horisontale en vertikale dimensie kom duidelik na vore.

Kennis van die anatomie en fisiologie van die vroulike voortplantingstelsel is ook onontbeerlik. Daar bestaan baie wanbegrippe oor die emosionele rol van die uterus, moederskap en seksuele invloed van die uterus. Sulke wanbegrippe moet op horisontale (soos anatomie) en vertikale (soos verlies aan moederskap) reggestel word.

Siekte en siekwees lei tot bepaalde gedragspatrone. Die multi-dissiplinêre span moet bedag wees op die gedrag wat kan manifesteer. Nie alle reaktiewe gedrag op siekte en siekwees is afwykende gedrag nie en derhalwe moet die span die nodige onderskeid kan tref. Nadat die gedragspatrone geïdentifiseer is, moet dit ook op vertikale en horisontale vlak hanteer word.

Histerektomie pasiënte wat ook kanker onder lede het, vra intense betrokkenheid deur die multi-dissiplinêre span. Bo en behalwe die krisis van die histerektomie, kom die krisis van kanker ook by. Die woord "kanker" bring bepaalde negatiewe assosiasie mee wat die pasiënt vernietigend kan beïnvloed. Berading op beide die horisontale en vertikale dimensie is van uiterste belang: op horisontale vlak omdat die gesin waarbinne die pasiënt leef ook soms vernietigend deur die diagnose beïnvloed word en vertikaal omdat die vraag na sin in lewe en lyding by die kanker pasiënt dikwels akuut is.

Die biopsigopastorale model wat voorgestel word wil die grootste permanente verandering met die minste trauma vir die pasiënt

teweeg bring. Om hierdie doel te bereik is dit noodsaaklik dat beide die horisontale en vertikale dimensie aandag moet kry. 'n Oorbeklemtoning van die een of die ander lei tot 'n onderwaardering van een van die dimensies. Die gevolg van 'n onderwaardering van een van die dimensies is 'n afname in die effektiwiteit van die berading en kom die doel van die BPP nie tot sy reg nie.

Vanuit 'n geloofsoogpunt is daar nie 'n ander keuse as berading op die vertikale dimensie nie. Net so moet daar op die horisontale dimensie aandag gegee word aan probleme wat op die vlak ontstaan.

Daar kan dus nie werklik 'n keuse gemaak word vir omvattende berading aan die histerektomiepatiënt anders as op 'n multi-dissiplinêre vlak nie.

BIBLIOGRAFIE

- Ackermann, DM 1988. Feminist liberation theology. *Journal of Theology for Southern Africa* 62: 14-17
- Ackermann, DM 1990. *Liberating praxis and the Black Sash: a feminist theological perspective*. Ongepubliseerde doktrale verhandelng, UNISA
- Ackermann, DM 1992. Defining our humanity: thoughts on a feminist anthropology. *Journal of Theology for Southern Africa* 79: 13-23
- Adams, JE 1970. *Competent to counsel*. Phillipsburg: Presbyterian and Reformed Publishing Company.
- Adams, JE 1973. *The Christian counsellor's manual*. Phillipsburg: Presbyterian and Reformed Publishing Company.
- Andersen, BL 1984. Psychological aspects of gynaecological cancer, in Broome, A & Wallace L, *Psychology and gynaecological problems*. London Tavistock Publications.
- Andersen, BL 1986. *Women with cancer. Psychological perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- Andersen, ML 1988. *Thinking about Women: Sociological Perspectives on Sex and Gender*. New York: Macmillan
- Baker Miller, J 1976. *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon.
- Bassa, FM & Pillay BJ 1990. Psychological rudiments applicable to health care, in Schlebusch, L (ed), *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.

- Berkhof, H 1985. *Christelijk geloof*. Nijkerk: GF Callenbach.
- Bernhard, LA 1992. Men's views about hysterectomies and women who have them. *Image - the Journal of Nursing Scholarship* 24(3): 177-181.
- Berntsen, A 1990. Vrouwen, theologie en bevrijdingstrijd. *Woord en Dienst* 3/3/90: 81-82
- Blei, K 1991. Veertig jaar denken over God. *Woord en Dienst* 40 (17): 325-326
- Bons-Storm, R 1989. *Hoe gaat het met jou? Pastoraat als komende verstaan*. Kampen: Kok.
- Bons-Storm, R 1986. De rib, de appel en de pastor. *Praktische Theologie* 13 (3): 346-356.
- Bons-Storm, R 1992. *Pastoraat als bondgenootschap*. Kampen: Kok
- Bosch, BA 1990. Application of clinical health psychology to surgery, in Schlebusch, L (ed), *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.
- Braidotti, R 1994. What's wrong with Gender? In Van Dijk-Hemmes, F & A Brenner (eds), *Reflections on Theology and Gender*, 49-67. Kampen: Kok
- Brockway, JA 1980. Pain and its management: a behavioural-medicine perspective, in Jospe, M Nieberding, J & Cohen, BD, *Psychological factors in Health Care*. Massachusetts: Lexington Books .
- Broome, A & Wallace L 1984. *Psychology and gynaecological problems*. London Tavistock Publications.
- Buning, H 1990. Vrouwenpastoraat. *Woord en Dienst* 39 (17), 325

- Cantor, RC 1980. Self-esteem, sexuality and cancer-related stress, in Vaeth, JM, Blomberg RC & Adler L (eds), *Body image, self-esteem and sexuality in cancer patients*. Basel: S Karger.
- Coetzee, J 1989a. Die gebou wat nooit slaap nie...die hospitaal. *Die Hervormer*, 81(3), 7
- Coetzee, J 1989b. Kommunikasie-krisisse in die werk van die hospitaalpredikant . *Die Hervormer*, 81(5), 6
- Cohen, BD & Jospe M 1980. Understanding and treating medically related sexual problems, in Jospe, M Nieberding, J & Cohen, BD (eds), *Psychological factors in Health Care*. Massachusetts: Lexington Books
- Collins, PH 1984. *Black feminist thought*. New York: Routledge
- Conn, J 1986. *Women's spirituality*. New York: Paulist.
- Craft, M, Bicknell J & Hollins S 1985. *Mental handicap: a multi-disciplinary approach*. London: Bailliere Tindall.
- De Bruyn, PJ 1991. Die Feministiese Teologie - 1. *Kerkblad* 94(2878), 31-32
- De Costa, C 1992. Hysterectomy. *The Medical Journal of Australia* Vol 157, 707-708
- De Klerk, GW & Van Vuuren SJEJ 1986. *Siekte en afwykende gedrag: 'n konsepsuele opheldering*. Bloemfontein: UOVS
- De Kock, P 1990. Hoe beleef ek my siekbed of beproewing? *Konteks*, 1(3), 35
- Denfield, R 1995. *The new Victorians: a young woman's challenge to the old feminist order*. London: Simon & Schuster.

- De Ru-Schouten, W 1991. Plaats van de vrouw ingrijpend gewijzigd. *Woord en Dienst* 40 (17) : 347-348
- Denmark, FL & Paludi MA (eds) 1993. *Psychology of women. A handbook of issues and theories*. Westport: Greenwood Press.
- Derogatis, LR 1980. Breasts and Gynaecological cancers - their unique impact on body image and sexual identity in women, in Vaeth, JM (ed), *Body image, self-esteem and sexuality in cancer patients*. San Fransisco: S Karger
- Dodd, BG & Parsons AD 1984. Psychosexual problems, in Broome, A & Wallace L , *Psychology and gynaecological problems*. London Tavistock Publications.
- Dreyer, TFJ 1981. *Poimeniek. 'n Pastorale oriëntasie*. Pretoria: HAUM.
- Edwards, RB 1987. What is the theology of women's ministry? *Scottish Journal of Theology*, 40(3), 421-436
- Engelbrecht, BJ 1991. Is God manlik of vroulik? *Die Hervormer*, 84 (10),3
- Engelbrecht, JJ 1980. Die vrou in die kerklike amp - vanuit die Nuwe Testamentiese perspektief. *HTS*, 36(1), 21-33
- Fiorenza, EB 1984. *Bread not stone: the challenge of feminist biblical intpretation*. Boston: Beacon Press.
- Fransella, F & Frost K 1977. *On being a woman*. Tavistock Publications.
- French, M 1992. *The war against women*. London: Penguin.
- Geense, A 1991. Als vrou en man over God praten. Voorlopig in *Hervormd Nederland* 47 (39): 9-10

- Glaz, M 1991. A new pastoral understanding of women, in Glaz, M & JS Moessner, *Women in Travail and Transition*. Minneapolis: Fortress Press
- Glaz, M & JS Moessner 1991. *Women in Travail and Transition*. Minneapolis: Fortress Press
- Graham, EL 1995. *Making the difference: Gender, personhood and theology*. London: Mowbray.
- Goldberg, RJ (ed) 1988. *Psychiatric aspects of cancer*. Basel: S Karger.
- Greenspan, M 1983. *A new approach to women in therapy*. New York:Mc Grawhill
- Haddon, GP 1988. *Body metaphors*. New York: Crossroad.
- Hayman, S 1994. *Hysterectomy: what it is and how to cope with it successfully*. London: Sheldon Press.
- Henriques, N & Dickson A 1986. *Women on hysterectomy or how long before I can hang-glide?* Wellingborough: Thorsons
- Helstrom, L, Lundberg PO, Sorbom D & Backstrom T 1993. Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81:357-368.
- Helstrom, L 1994. Sexuality after hysterectomy : a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 15(4): 219-229

- Helstrom, L, Backstrom T, Sorbom D & Lundberg PO 1994. Sacral nervous function, hormonal levels and sexuality in pre-menopausal women before and after hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 73: 570-574.
- Helstrom, L, Weiner E, Sorbom D & Backstrom T 1994. Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 73: 575-580.
- Helstrom, L, Sorbom D & Backstrom T 1995. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 74(2):142-146.
- Herek, GM, Levy SM, Maddi SR, Taylor SE & Wertlieb DL 1989. *Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases and clinical care*. Washington: The Masters Lectures.
- Heyns, JA 1981. *Dogmatiek*. Pretoria: NG Kerkboekhandel.
- Hollins, S 1985. The dynamics of teamwork, in Craft, M, Bicknell J & Hollins S, *Mental handicap: a multi-disciplinary approach*. London: Bailliere Tindall.
- Jansen, JA 1981. *Probleme in die selfbeeld van 'n histerektomie pasiënt: 'n psigodinamiese beskrywing*. MA verhandeling, Universiteit van Pretoria.
- Jansz, U 1991. De feministische uitdaging aan het liberalisme. *Wending* 46(5): 219-222
- Jones, JD 1993. Does counselling help hysterectomy patients? *Nursing Times* 89(16).

- Jonker, WD 1983. *Christus die Middelaar*. Pretoria: NG Kerkboekhandel.
- Johnson, ML 1984. *Die rol, van die pastorale helper in siekepastoraat binne hospitaalkonteks*. Verhandeling, Universiteit van Pretoria
- Johnson, PA & Kalven J (eds) 1988. *With both eyes open: seeing beyond gender*. New York: The Pilgrim Press.
- Jospe, M Nieberding, J & Cohen, BD 1980. *Psychological factors in Health Care*. Massachusetts: Lexington Books
- Kay, JF 1993. In whose name? Feminism and the Trinitarian baptismal formula. *Theology Today* 49 (4) : 524-533
- Kok, A 1990. Applications of clinical health psychology to obstetrics and gynaecology, in Schlebusch, L (ed), *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.
- Kincey, J & McFarlane 1984. Psychological aspects of hysterectomy, in Broom, A & Wallace, L (eds), *Psychology and gynaecological problems*, 142-159. London: Tavistock Publications.
- Labuschagne, GJJ 1981. *Langs die siekbed*. Pretoria: HAUM.
- Levitt, EE 1980. *The psychology of anxiety*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Lichtman, RR & Taylor SE 1986. Close relationships and the female cancer patient, in Andersen 1986.

- Lindegger, GC 1990. Applications of clinical health psychology to chronic pain, in Schlebusch, L (ed), *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.
- Linn, MW 1988. Psychotherapy with cancer patients, in Goldberg, RJ (ed), *Psychiatric aspects of cancer*. Basel: S Karger.
- Lippman, C 1980. Obstetrics and gynecology : the well-being of the total woman, in Jospe, Nieberding & Cohen, 1980: 194-202
- Loader, JA 1978. Ou-Testamentiese perspektiewe ten dienste van die besinning oor die vrou in die kerklike amp. *HTS*, 34(3), 24-35
- Lorion, RP 1984. Differential needs and treatment approaches for women in psychotherapy, in Rickel, AU, Gerrard M & Iscoe I, *Social and psychological problems of women*. Cambridge: Hemisphere Publishing Corporation.
- Louw, DJ 1983a. *Die volwasse huwelik*. Durban: Butterworth.
- Louw, DJ 1983b. *Siekepastoraat*. Pretoria: NG Kerkboekhandel.
- Louw, DJ 1984. *Versoening in die huwelik*. Durban: Butterworth.
- Louw, DJ 1985. *Sin in lyding*. Kaapstad:lux verbi.
- Mahoney, R 1993. Women in leadership and ministry. *Acts* 21 (2) : 3-5
- Malveaux, J 1986. You have struck a rock: a note on the status of black women in South Africa, in Simms, MC & Malveaux J (eds), *Slipping through the cracks: the status of black women*. New Brunswick: Transaction Books.

- Massie, MJ & Holland JC. Assessment and management of the cancer patient with depression, in Goldberg, RJ (ed), *Psychiatric aspects of cancer*. Basel: S Karger.
- Mednick, TS 1979. The new psychology of women: a feminist analysis, in Gullahorn, JE, *Psychology and women in transition*, 189-199. New York: John Wiley
- Moessner, JS 1991. A new pastoral paradigm and practice, in Glaz & Moessner, 1991:198-221.
- Moldawsky, S 1986. When men are therapists to women: beyond the oedipal pale, in Bernay, T & Cantor, DW (eds), *The psychology of today's woman*, 291-303. Analytic Press
- Mwaba, K & Letloenyane EB 1994. Attitudes and knowledge about hysterectomy; a study of women on Mabathu. *Curatuois* 17 (3).
- Nathorst-Boos, J, Fuchs T & Von Schoultz B 1992. Consumer's attitude to hysterectomy. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica* 71: 230-234.
- Nathorst-Boos, J, Von Schoultz B & Carlstrom K 1993. Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy - effects on sexual life, psychological well-being and androgen status. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 14(4):283-293.
- Nelson, P & Botha NJ 1990. Die vrou se belewing van 'n histerektomie en die effek daarvan op die gesinslewe. *Maatskaplike Werk/SocialWork* 26 (4): 342-350.
- Nichols, KA 1984. *Psychological care in physical illness*. London: Croom Helm.

- Pelser, GMM 1983a. Vroue het vroeg reeds dienswerk verrig.
Hervormer 75(1): 5
- Pelser, GMM 1983b. Vroue het vroeg reeds dienswerk verrig.
Hervormer 75(2): 5-6
- Pelser, GMM 1983c. Vroue het vroeg reeds dienswerk verrig.
Hervormer 75(3): 6
- Poad, D & Arnold EP 1994. Sexual function after pelvic surgery in women. *Aust and NZ Journal of Obstetrics and Gynaecology* 34 (4):471-474.
- Purtilo, R 1978. *Health professional/patient interaction*. Philadelphia: WB Saunders.
- Rickel, AU, Gerrard M & Iscoe I 1984. *Social and psychological problems of women*. Cambridge: Hemisphere Publishing Corporation.
- Robbins, JH & Siegel, RJ (eds) 1983. *Women changing therapy*. New York: Haworth
- Rossouw, PJ 1990. Bedieninge in verskillende kerklike tradisies met verwysing na spesifieke paradigmas. *Praktiese Teologie in Suid Afrika*, (5)1, 43-58.
- Ruether, RR 1988. Sexism as ideology and social system: can Christianity be liberated from patriarchy? in Johnson, PA & Kalven J (eds), *With both eyes open: Seeing beyond gender*. New York: The Pilgrim Press.
- Ruether, RR 1993. *Sexism and God-talk*. Boston: Beacon Press
- Runia, K 1984. *The present-day christological debate*. Leicester:Inter-Varsity Press.

- Sakenfeld, KD 1989. Feminist biblical interpretation. *Theology Today* 46(2): 154-167
- Sanford, LT & Donovan, ME 1985. *Women and self-esteem*. New York: Penguin.
- Schain, WS 1980. Sexual functioning, self-esteem and cancer care, in Vaeth, JM, Blomberg RC & Adler L (eds), *Body image, self-esteem and sexuality in cancer patients*. Basel: S Karger.
- Schlauch, CR 1996. Mapping the terrain of pastoral psychology, in *Pastoral Psychology*, Vol. 44, No 4, 237-247
- Schlebusch, L (ed) 1990. *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.
- Schlebusch, L (ed) 1993. *Cancer can be beaten. A biopsychosocial approach*. Durban: University of Durban.
- Schlebusch, L & lasich AJ 1990. Clinical health psychology, behavioural medicine and consultation-liaison psychiatry, in Schlebusch, L (ed), *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.
- Slevin, M 1989. *Understanding cancer of the cervix*. London: BACUP.
- Simms, MC & Malveaux J (eds) 1986. *Slipping through the cracks: the status of black women*. New Brunswick: Transaction Books.
- Stedeford, A 1981. *Facing death*. London: William Heinemann Medical books.
- Stewart, DE (ed) 1993. *Psychological aspects of women's health care*. Washington: American Psychiatric Press.

- Stone, HW 1983. *Crisis counselling*. Philadelphia: Fortress Press.
- Studd, J 1995. Shifting indications for hysterectomy. *Lancet* 345(8946): 388
- Tolbert, MA 1982. Defining the problem: The Bible and feminist hermeneutics. *Semeia* 28, 113-126
- Ussher, J & Nicolson P 1992. *Gender issues in clinical psychology*. London: Routledge.
- Vaeth, JM 1980. *Frontiers of radiation therapy and oncology* Vol 14. Basel: S Karger.
- Vaeth, JM, Blomberg RC & Adler L (eds) 1980. *Body image, self-esteem and sexuality in cancer patients*. Basel: S Karger.
- Van Biljon, JA 1984. Die siekepastoraat as kerklike bediening in hospitaal-konteks. *HTS*, 41(4), 617-622
- Van Dommele, M 1993. Vrouenbeweging stroopt mouwen op. *Centraal Weekblad* 41 (7):11
- Vanker, AS, Carlile JB & Du Plessis WF 1990. Diagnostic and treatment models in clinical health psychology, in Schiebusch, L (ed), *Clinical health psychology: a behavioural medicine perspective*. Pretoria: Sigma Press.
- Van Niekerk, M 1988. 'n Reformatoriese visie op die feminisme en die posisie van die vrou. *IRS* (248) 1-8.
- Van Schoor, WAJ 1987. *Die pastoraat aan die mastektomiepatiënt*. BD skripsie, Universiteit van Pretoria.
- Van Wijk, D 1987. Pastorale sorg aan post-histeretomie depressiewe pasiënte. *NGTT*, 28 (2), 105-111
- Van Wyk, WC 1994. Mannin of vrou? *Konteks*, 5(1), 40

- Wallace, L 1984. Psychological preparation for gynaecological surgery, in Broome, A & Wallace L, *Psychology and gynaecological problems*. London Tavistock Publications.
- Wittenberg, RM 1993. The impact of the diagnosis of cancer on the family, in Schlebusch, L (ed), *Cancer can be beaten. A biopsychosocial approach*. Durban: University of Natal.