

**'N MAATSKAPLIKEWERK-ONDERSOEK NA DIE
SOSIO-EKONOMIESE POSISIE VAN VERSTANDELIK
GESTREMDE PERSONE**

BEULAH RUTH LE GRANGE

B.A.(HONNEURS)

Verhandeling voorgelê vir die graad

MAGISTER ARTIUM (MAATSKAPLIKE WERK)

aan die

**POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT
VIR CHRISTELIKE HOËR ONDERWYS**

Leier: Prof. G.J. Kotze
Potchefstroom
1998

OPSOMMING

OPSOMMING

'N MAATSKAPLIKEWERK-ONDERSOEK NA DIE SOSIO-EKONOMIESE POSISIE VAN VERSTANDELIK GESTREMDE PERSONE

SLEUTELWOORDE: *verstandelik gestremdes, oorsake, sosio-ekonomies, pasiënt, maatskaplike werk.*

Die primêre doel van hierdie ondersoek was om ondersoek in te stel na die sosio-ekonomiese posisie van verstandelik gestremde persone. Teen hierdie agtergrond is die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingverband vasgestel. Om hierdie doel te bereik, is die sosio-ekonomiese posisie van die gesinne van pasiënte in Witrandhospitaal, bestudeer.

Omdat maatskaplike werkers in hul opleiding nie oor genoegsame kennis van verstandelike gestremdheid toegerus word nie, is die vernaamste oorsake van verstandelike gestremdheid ondersoek. 'n Profiel is saamgestel van die pasiënte wat in Witrandhospitaal opgeneem word, asook die struktuur en opset wat Witrandhospitaal vir sulke persone bied.

Die maatskaplike werker speel 'n belangrike rol in die behandeling en versorging van verstandelik gestremdes in 'n inrigtingopset. Die maatskaplike werker tree ook op as skakelpersoon tussen die verstandelik gestremde, sy naasbestaandes en die gemeenskap. Die spesifieke probleme wat die naasbestaandes van verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal ervaar, is aspekte wat die maatskaplike werker in ag moet neem tydens die opstel van 'n behandelingsprogram vir die verstandelik gestremde. Teen die voorafgaande agtergrond is die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingsverband vasgestel asook die metodes in maatskaplike werk wat binne 'n inrigting benut kan word. Om 'n effektiewe maatskaplikewerkdiens te lewer, is duidelike omlýning van die maatskaplike werker se rol en funksionering in die multi-dissiplinêre span van belang. Om die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingsverband te verlig, is vasgestel dat vrywilligers en hulpwerkers behulpsaam kan wees met maatskaplikesorgdienste op 'n nie-professionele vlak.

SUMMARY

SUMMARY

A SOCIAL WORK INVESTIGATION INTO THE SOCIO-ECONOMIC POSITION OF MENTALLY RETARDED PERSONS

KEYWORDS: *mentally retarded persons, causes, socio-economic, patient, social work.*

The primary purpose of this project has been to investigate the socio-economic position of mentally retarded persons. The task of the social worker has been established against this background. To achieve this objective, a study was made of the socio-economic position of the families of the patients at Witrand Hospital.

As a result of insufficient knowledge about mental retardation that social workers are equipped with during their training, the main causes of mental retardation has been investigated. The researcher developed a profile of the patients admitted to Witrand Hospital, and also described the structure and setting offered by the hospital to its patients.

The social worker plays an important role in the treatment and care of mentally retarded persons in an institution. The social worker also acts as liaison between the mentally retarded person, his/her relatives and the community. The particular problems experienced by the relatives of mentally retarded patients of Witrand Hospital, are aspects to be considered by the social worker when designing an intervention programme for the mentally retarded patient. The task of the social worker within the institution, as well as the social work methods that can be utilised, has been established against the above-mentioned background. In order to render an effective social work service, it is necessary to outline clearly the role of the social worker in the multi-disciplinary team. It has been established that the use of volunteers and auxiliary workers can lighten the load of the social worker in the institution on non-professional level.

The background of the page is a classic marbled paper pattern, often referred to as a 'stone' or 'shell' pattern. It consists of intricate, swirling, and mottled shapes in various shades of beige, cream, and light brown, creating a complex and organic texture. The overall appearance is that of an antique or vintage book cover or endpaper.

BEDANKINGS

BEDANKINGS

“Probeer liever wysheid bekom as goud, liever insig as silwer. So smaak die kennis, die wysheid ook: as jy dié gekry het, het jy 'n toekomst, en jou hoop sal jou nie ontnem word nie” Spreuke 16:16 en 24:14.

Met alle eer aan God wil ek opreg die volgende persone bedank wat by die navorsing betrokke was:

- Prof. G.J. Kotze, my studieleier vir sy vakkundige leiding en geduld.
- Mnr. H.F. Malan vir die noukeurige taalkundige versorging van hierdie verhandeling.
- Mnr. E.P. van Staden vir die Engelse vertaling van die opsomming.
- Me. D. de Jongh vir haar hulp asook die netjiese en akkurate tikwerk.
- Me. I.E. Fourie, my kollega vir haar aanmoediging en ondersteuning.
- Mee. A.A. Roux, C.C. Wessels, prof. H. Strydom en dr. P. Rankin vir hul belangstelling en hulp.
- Me. E. Rood van die Ferdinand Postma-biblioteek vir haar hulpvaardigheid.
- Die verstandelik gestremde persone van Witrandhospitaal en hul gesinne wat deel gevorm het van die onderzoekgroep.
- My man en seun vir hul opoffering en ondersteuning om die voltooiing van hierdie ondersoek moontlik te maak.
- Bo alles steeds die grootste lof, dank en erkenning aan ons Hemelse Vader vir Sy liefde en genade.

**Met erkentlikheid aan
my seun, Johan**

INHOUDSOPGAWE

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1	1
INLEIDING	1
1.1 PROBLEEMSTELLING.....	1
1.2 DOEL VAN DIE ONDERSOEK	2
1.3 HIPOTESE.....	2
1.4 METODES VAN ONDERSOEK	3
1.4.1 LITERATUURSTUDIE	3
1.4.2 EMPIRIESE ONDERSOEK	4
1.5 AFBAKENING VAN DIE TERREIN.....	4
1.6 BEGRIPSOMSKRYWING	4
1.6.1 VERSTANDELIKE GESTREMDHEID	5
1.7 PROBLEME ONDERVIND MET DIE ONDERSOEK	6
1.8 AANBIEDING	7
HOOFSTUK 2	8
‘N HISTORIESE OORSIG VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID	8
2.1 INLEIDING.....	8
2.2 VROEË GESKIEDENIS: DIE ERA VAN BYGELOOF	8
2.3 NEGENTIENDE EEU: DIE ERA VAN INRIGTINGS	9
2.4 TWINTIGSTE EEU: DIE ERA VAN OPENBARE SKOOLKLASSE..	12
2.5 SESTIGERJARE: DIE ERA VAN WETGEWING EN NASIONALE ONDERSTEUNING	13
2.6 DIE SEWENTIGERJARE: DIE ERA VAN NORMALISERING, VOORSpraak VIR KINDERS EN REGSGEDINGE	15
2.7 SAMEVATTING.....	16
HOOFSTUK 3	17
OORSAKE EN KLASSIFIKASIE VAN VERSTANDELIKE GESTREMD- HEID	17
3.1 INLEIDING.....	17
3.2 DIE ALGEMENE OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID.....	17
3.2.1 VOORGEBOORTELIKE FAKTORE	20
3.2.1.1 Genetiese afwykings	20
3.2.1.2 Metaboliese afwykings.....	23

3.2.1.3	<i>Infeksies tydens swangerskap</i>	25
3.2.2	PERINATALE FAKTORE.....	26
3.2.3	NAGEBOORTELIKE FAKTORE	27
3.2.4	SOSIO-KULTURELE FAKTORE.....	27
3.2.5	ONBEKENDE OORSAKE.....	32
3.3	'N KLASSIFIKASIE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID	33
3.3.1	HUIDIGE KLASSIFIKASIE	33
3.4	SAMEVATTING.....	37
HOOFSTUK 4		38
WITRANDHOSPITAAL, POTCHEFSTROOM		38
4.1	INLEIDING.....	38
4.2	ONTSTAAN VAN WITRANDHOSPITAAL.....	38
4.3	STRUKTUUR VAN WITRANDHOSPITAAL	39
4.4	PASIËNTE VAN WITRANDHOSPITAAL.....	41
4.4.1	GESLAG.....	41
4.4.2	OUERDOMSVERSPREIDING	42
4.4.3	OPNAMETYDPERK.....	44
4.4.4	HUISTAAL.....	46
4.4.5	GESINNE MET AFHANKLIKE EN ONAFHANKLIKE KINDERS.....	47
4.4.6	OUER(S) VAN PASIËNTE	49
4.4.7	ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS IN DIE GESIN.....	52
4.5	SAMEVATTING.....	55
HOOFSTUK 5		57
GESINSOMSTANDIGHEDE VAN PASIËNTE SE OUERS		
5.1	INLEIDING.....	57
5.2	OMGEWINGSFAKTORE	57
5.2.1	WOONOMSTANDIGHEDE	57
5.2.2	WOONBUURT	59
5.3	BEROEP, INKOMSTE EN UITGAWES	60
5.3.1	BEROEP VAN DIE VADER.....	62
5.3.2	BEROEP VAN MOEDER.....	63
5.3.3	INKOMSTE EN UITGAWES	65
5.4	GODSDIENS	69
5.5	GESINSVERHOUDINGE.....	71

5.5.1	HUWELIK.....	71
5.5.2	VERHOUDINGE IN DIE GESIN.....	75
5.5.3	BETROKKENHEID VAN STIEFOUERS.....	81
5.6	SAMEVATTING.....	82
	HOOFSTUK 6	84
	DIE TAAK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER BINNE 'N STAATS- HOSPITAAL.....	84
6.1	INLEIDING.....	84
6.2	DIE TAAK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER	84
6.2.1	MAATSKAPLIKEWERKDIENSLEWERING AAN INDIWIDUE	84
6.2.1.1	<i>Die doel van maatskaplike werk met die verstandelik gestremde as individu</i>	85
6.2.1.2	<i>Soorte onderhoude.....</i>	85
6.2.1.3	<i>Aspekte waarop die maatskaplike werker fokus.....</i>	87
6.2.2	MAATSKAPLIKEWERKDIENSLEWERING AAN GROEPE	89
6.2.2.1	<i>Die doel van maatskaplike werk met verstandelik gestremdes in groepe</i>	89
6.2.2.2	<i>Soorte groepe.....</i>	91
6.2.2.3	<i>Aspekte waarop die maatskaplike werker fokus.....</i>	95
6.2.3	MAATSKAPLIKEWERKDIENSLEWERING AAN DIE GEMEENSAP.....	95
6.2.3.1	<i>Die doel van maatskaplike werk met verstandelik gestremdes as 'n gemeenskap.....</i>	96
6.2.3.2	<i>Aspekte waarop die maatskaplike werker fokus.....</i>	97
6.2.4	MAATSKAPLIKEWERKNAVORSING	100
6.2.4.1	<i>Die doel van maatskaplikewerknavorsing aan die verstandelik gestremde.....</i>	100
6.2.4.2	<i>Aspekte waarop die maatskaplike werker fokus.....</i>	101
6.3	SPESIFIEKE BEHOEFTE EN PROBLEME VAN DIE VERSTAN- DELIC GESTREMDE EN SY GESIN	102
6.4	DIE MAATSKAPLIKE WERKER SE TAAK BINNE MULTI- DISSIPLINÊRE SPANVERBAND	106
6.5	DIE WET OP GEESTESGESONDHEID, 18 VAN 1973 AS HULPMIDDEL VIR DIE MAATSKAPLIKE WERKER	110
6.5.1	ARTIKELS 3 EN 5: OPNAME EN ONTSLAG VAN VRYWILLIGE PASIËNTE	110
6.5.2	ARTIKEL 4: OPNAME VAN PASIËNTE MET TOESTEMMING	111
6.5.3	ARTIKEL 9: OPNAME VAN GESERTIFISEERDE PASIËNTE	112

6.5.4	ARTIKEL 12: OPNAME VAN PASIËNTE IN DRINGENDE GEVALLE.....	113
6.5.5	ARTIKEL 28: OPNAME VAN STAATSPRESIDENTSPASIËNTE.....	114
6.6	SAMEVATTING.....	114
	HOOFSTUK 7	115
	SAMEVATTENDE BEVINDINGS, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	115
7.1	SAMEVATTENDE BEVINDINGS EN GEVOLGTREKKINGS.....	115
7.1.1	DOEL VAN DIE ONDERSOEK EN HIPOTESE	115
7.1.2	HISTORIESE OORSIG	116
7.1.3	OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID	116
7.1.4	PORTUURGROEP	116
7.1.5	OUERS	117
7.1.6	ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS	117
7.1.7	GESINSOMSTANDIGHEDE.....	118
7.1.8	METODES IN MAATSKAPLIKE WERK	118
7.2	AANBEVELINGS	120
7.2.1	OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID	120
7.2.2	OUERS	120
7.2.3	ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS	121
7.2.4	MAATSKAPLIKEWERKDIENSLEWERING.....	121
7.2.5	VERDERE NAVORSING	122
	BIBLIOGRAFIE.....	123
	BYLAE 1: DIE VRAELYS	132
	BYLAE 2: DOMINANTE EN RESESSIEWE OORERWING	143
	BYLAE 3: X-GEKOPPELDE OORERWING	144
	BYLAE 4: GEOGRAFIESE OPSET	145
	BYLAE 5: ORGANISATORIESE STRUKTUUR VAN WITRANDHOSPITAAL..	147
	BYLAE 6: STAMBOOM.....	152
TABEL 1:	OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID BY TWEEDE KINDERS UIT DIESELFDE GESIN IN WITRAND- HOSPITAAL.....	29
TABEL 2:	GRAAD VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID BY TWEEDE KINDERS UIT DIESELFDE GESIN IN WITRANDHOSPITAAL.....	30
TABEL 3:	DIE AANTAL VERSTANDELIK GESTREMDES WAT IN DIE FAMILIES VOORKOM.....	32

TABEL 4:	DIE HUIDIGE GRAAD EN INTELLIGENSIEVLAK (IK-TELLING) VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID	34
TABEL 5:	DIE VOORKOMS VAN DIE VERSTANDELIK GESTREMDE POPULASIE IN DIE GEMEENSKAP	35
TABEL 6:	OUDERDOM VAN DIE MONSTERGROEP	43
TABEL 7:	TYDPERK VAN OPNAME VAN DIE MONSTERGROEP	45
TABEL 8:	AANTAL GESINNE VAN DIE MONSTERGROEP MET AFHANK- LIKE EN ONAFHANKLIKE KINDERS IN DIE GESIN	48
TABEL 9:	NETTO INKOMSTE VAN DIE OUERS VAN PASIËNTE PER JAAR	67
TABEL 10:	UITGAWES VAN GESINNE VAN PASIËNTE PER MAAND	68
TABEL 11:	KERKVERBAND VAN PASIËNTE EN HUL GESINNE	70
TABEL 12:	STAND VAN DIE HUWELIKSVERHOUDING VAN BIOLOGIESE OUERS	74
TABEL 13:	PERSOON/PERSONE MET WIE DIE VERSTANDELIK GESTREMDE IN WITRANDHOSPITAAL DIE MEESTE KONTAK HET	76
TABEL 14:	AARD VAN KONTAKTE VAN PASIËNTE MET HUL NAASBE- STAANDES OF VRIENDE	79
TABEL 15:	FREKWENSIE VAN PERSOONLIKE KONTAK VAN DIE NAAS- BESTAANDES EN VRIENDE MET PASIËNT	80
TABEL 16:	STIEFOUERS IN PASIËNTE SE GESINNE	81
TABEL 17:	GESINNE VAN DIE MONSTERGROEP WAT MAATSKAPLIKE PROBLEME ERVAAR/NIE ERVAAR NIE	104
TABEL 18:	PERSOON/INSTANSIE WAT DIE VERSTANDELIK GE- STREMDE VIR OPNAME NA WITRANDHOSPITAAL VERWYS HET	105
SIRKELDIAGRAM 1:	OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID VAN DIE MONSTERGROEP IN WITRAND- HOSPITAAL	19
SIRKELDIAGRAM 2:	GESLAG VAN DIE MONSTERGROEP	41
SIRKELDIAGRAM 3:	HUISTAAL VAN GESIN	47
SIRKELDIAGRAM 4:	OUER(S) VAN DIE MONSTERGROEP WAT LEEF OF OORLEDE IS	50
SIRKELDIAGRAM 5:	ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS IN DIE GESIN	53
SIRKELDIAGRAM 6:	WOONPLEK VAN DIE GESINNE VAN PASIËNTE IN WITRANDHOSPITAAL	60

SIRKELDIAGRAM 7:	BROODWINNER VAN DIE GESIN	61
SIRKELDIAGRAM 8:	MOEDERS VAN PASIËNTE WAT BUITENSHUISE LOONARBEID VERRIG.....	64
SIRKELDIAGRAM 9:	HUWELIKSTAAT VAN BIOLOGIESE OUIERS	72
STAAFDIAGRAM 1:	ANDER VERSTANDELIK GESTREMDES IN DIE FAMILIE.....	31
STAAFDIAGRAM 2:	GRAAD VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID VAN DIE MONSTERGROEP IN WITRAND- HOSPITAAL	36
STAAFDIAGRAM 3:	OUIER(S) WAT LEEF OF OORLEDE IS MET OP- NAME VAN HUL KIND	51
STAAFDIAGRAM 4:	VERSORGINGSPOSISIE VAN ANDER VERSTANDE- LIK GESTREMDE KINDERS	54
STAAFDIAGRAM 5:	WOONOMSTANDIGHEDE VAN GESINNE WAT IN DIE ONDERSOEK BETREK IS	58
STAAFDIAGRAM 6:	BIOLOGIESE VADERS SE WERKSOMSTANDIG- HEDE.....	62
STAAFDIAGRAM 7:	BIOLOGIESE MOEDERS SE WERKSOMSTANDIG- HEDE.....	65

HOOFSTUK 1

INLEIDING

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 PROBLEEMSTELLING

Volgens Op't Hof (1984a:18) en Ntombela (1991:91) is sowat drie tot vier persone per 1 000 eenhede van die Suid-Afrikaanse bevolking ernstig verstandelik gestrem. Dit verwys na persone met 'n IK-telling wat laer as 50 is. Dit is dus duidelik dat ernstige verstandelike gestremdheid 'n wye omvang aanneem, en groot eise stel aan die versorging van sulke persone. Normaalweg word verstandelik gestremdes deur hul ouers, familie of vriende versorg. Waar hierdie versorging nie meer moontlik is nie, is die opname in inrigtings onafwendbaar, aangesien hierdie persone nie self in al hul behoeftes kan voorsien nie.

Die opname van verstandelik gestremde persone in Witrandhospitaal, Potchefstroom gebeur tans slegs in krisissituasies as gevolg van beperkte versorgingsmoontlikhede waar versorging binne gesinsverband nie moontlik is nie. Voorts word pasiënte ook slegs toegelaat waar ongunstige gesinsomstandighede, siektetoestande, gedragsprobleme of afwykings by die verstandelik gestremde persoon voorkom.

As praktiserende maatskaplike werker in diens van Witrandhospitaal is gevind dat deprivasie dikwels plaasvind, omdat die meeste verstandelik gestremdes se ouers nie oor die materiële, intellektuele en psigiese vermoëns beskik om in die verstandelik gestremde pasiënt se behoeftes te voorsien nie. Terugplasing van die verstandelik gestremde pasiënt in die gemeenskap is nie altyd moontlik nie, vanweë die genoemde ongunstige gesinsomstandighede en onvermoë van die ouers.

Teen die voorafgaande probleemstelling ontstaan die volgende probleemvrae:

- 1.1.1 Wat is die sosio-ekonomiese posisie van die verstandelik gestremde se gesin wat onder andere opname in 'n inrigting regverdig.

- 1.1.2 Watter kennis oor die gestremde en sy gesin word deur die multi-dissiplinêre span benodig.
- 1.1.3 Watter riglyne benodig maatskaplike werkers met betrekking tot dienslewering.

1.2 DOEL VAN DIE ONDERSOEK

Teen die agtergrond van die voorafgaande probleemstelling word daar met hierdie ondersoek gepoog om vas te stel, wat die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingverband is ten opsigte van verstandelik gestremde pasiënte in staatshospitale in Suid-Afrika. Om hierin te slaag, word die volgende doelwitte nagestreef:

- 1.2.1 Om deur middel van empiriese navorsing, ondersoek in te stel na die omstandighede van die verstandelik gestremde pasiënte in Witrandhospitaal en hulle gesinne om te bepaal watter sosio-ekonomiese faktore 'n pertinente rol speel.
- 1.2.2 Om vas te stel watter inligting die multi-dissiplinêre spanlede benodig oor die sosio-ekonomiese omstandighede van verstandelik gestremde pasiënte en hul gesinne. Dit is onder andere nodig ten einde geneeshere, sielkundiges, verpleegkundiges, arbeidsterapeute, fisioterapeute, en onderwysers bewus te maak van die werklikheid van pasiënte se moontlike terugplasing in die gemeenskap al dan nie.
- 1.2.3 Om op grond van die voorafgaande, riglyne daar te stel vir maatskaplike werkers wat werkzaam binne staatshospitale in Suid-Afrika is, wat prakties benut kan word.

1.3 HIPOTESE

Daar word in hierdie verhandeling uitgegaan van die volgende hipotetiese standpunte:

- 1.3.1 Die meeste verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal se sosio-ekonomiese omstandighede is onbevredigend in soverre pasiënte nie na behore deur hulle gesinne/families versorg kan word nie.

- 1.3.2 Multi-dissiplinêre spanlede in staatshospitale in Suid-Afrika beskik nie oor genoegsame inligting oor die verstandelik gestremde en hul gesinne se sosio-ekonomiese posisie nie. Dit beïnvloed dienslewering nadelig.
- 1.3.3 Gebrekkige riglyne bestaan ten opsigte van die taak van maatskaplike werkers binne staatshospitale in Suid-Afrika.

1.4 METODES VAN ONDERSOEK

Daar word in hierdie ondersoek hoofsaaklik van die volgende metodes gebruik gemaak:

1.4.1 LITERATUURSTUDIE

Binne- en buitelandse bronne soos boeke, proefskrifte, ander navorsingswerkstukke en tydskrifartikels is geraadpleeg. Die doel hiervan was om inligting te versamel oor die betrokke onderwerp. Bronne van die Opvoedkunde, Psigologie, Sosiologie, Ekonomie, Verpleegkunde en Kriminologie is ook geraadpleeg. Verskeie deskundiges soos medici, psigiatriese en genetiese verpleegkundiges, kliniese sielkundiges en arbeidsterapeute is geraadpleeg deur middel van formele en informele gesprekke. Die doel hiervan was om die ondersoek meer doeltreffend te omlin. Die genoemde gesprekke het veral op die volgende gefokus:

- Oorsake van verstandelike gestremdheid.
- Die korrekte indeling van IK-tellings by verstandelik gestremde persone.
- Probleme wat die verstandelik gestremde binne inrigtingverband ervaar.
- Die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, die Wet op Gesondheid, 63 van 1977 en die Wet op Geestelik Vertraagde Kinders, 63 van 1974 as hulpmiddels vir die maatskaplike werker.

1.4.2 EMPIRIESE ONDERSOEK

Vir die doel van hierdie navorsing is die inligting van bestaande maatskaplikewerk- en ander tersaaklike verslae in Witrandhospitaal gebruik. Hierdie inligting sentreer rondom die sosio-ekonomiese posisie van die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal en sy gesin.

'n Totaal van 128 pasiënte se leggers is benut deur middel van 'n ewekansige steekproef. Die universum waaruit die steekproef getrek is, bestaan uit 384 leggers van verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal, Potchefstroom. Slegs pasiënte wat vanaf 1980 opgeneem is, is betrek omdat die inligting op dié leggers meer reserant van aard is. Om 'n omvattende beeld van elke pasiënt te verkry, is drie leggers van elkeen bestudeer, naamlik die kliniese, genetiese en administratiewe legger. Deur middel van die kliniese legger is inligting verkry van al die multi-dissiplinêre spanlede se verslae. In die genetiese legger is die oorsake van die pasiënt se verstandelike gestremdheid vervat. Die administratiewe legger maak voorsiening vir alle opnamedokumente, die finansiële posisie van die gesin of pasiënt en bewegings van die pasiënt soos verloopplasinge. Daar is dus in totaal 384 leggers vir die empiriese ondersoek benut. Die vraelys wat vir hierdie doel benut is, word as Bylae 1 aangeheg.

1.5 AFBAKENING VAN DIE TERREIN

Daar word in hierdie ondersoek gekonsentreer op verstandelik gestremdes wat in Witrandhospitaal opgeneem is. Hoewel daar slegs gebruik gemaak word van inligting van Witrandpasiënte, sluit dit opnames in uit ander dele van die Republiek van Suid-Afrika en nie slegs uit die Noordwes-provinsie nie. Hierdie pasiënte is verteenwoordigend van die res van Suid-Afrika. Dié ondersoek handel oor die sosio-ekonomiese omstandighede van die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal en sy gesin ten einde die maatskaplike werker van riglyne te voorsien om sy taak, binne inrigtingverband te vergemaklik.

1.6 BEGRIPSOMSKRYWING

Vir die doel van hierdie studie benodig die volgende begrip verdere omligting:

1.6.1 VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

Die Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk (1995:86) omskryf dié begrip soos volg:

“Toestand wat gekenmerk word deur algemene intellektuele funksionering wat betekenisvol ondergemiddeld is, geassosieer word met gebrekkige AANPASSING en die persoon se MAATSKAPLIKE FUNKSIONERING affekteer.”

Zigler et al. (1984:215) verwys na dieselfde begrip soos volg:

“... individuals labelled ‘mentally retarded’ might be assigned (with considerable agreement) to two distinct groups: those suffering known organic defects and the much larger mildly retarded group who evidence no organic pathology. This distinction leads immediately to insights concerning etiology, behavioral consequences, and prognosis for labelled individuals”.

Volgens Plug et al. (1986:383) is verstandelike gestremdheid die volgende:

“ ‘n Toestand wat hoofsaaklik gekenmerk word deur algemene intellektuele funksionering wat betekenisvol ondergemiddeld is en wat resulteer in of geassosieer is met gebrekkige aanpassingsgedrag. Die spesifieke diagnostiese kriteria is ‘n IK van 70 en laer op ‘n individueel-toegepaste intelligensieskaal of ‘n kliniese oordeel van beduidend ondergemiddelde intellektuele funksionering (soos in die geval van babas), ‘n gebrekkige ontwikkeling van persoonlike onafhanklikheid en sosiale verantwoordelikheid, asook ‘n aanvang voor die ouderdom van 18 jaar. Vier subtypes word onderskei, naamlik ligte verstandelike vertraging, matige verstandelike vertraging, ernstige verstandelike vertraging en uiterste verstandelike vertraging.”

Uit die voorafgaande begripsomskrywings is dit duidelik dat verstandelike gestremdheid op ‘n onvolwaardige en ondergemiddelde intellektuele ontwikkeling van die mens dui wat as gevolg hiervan, ontoereikend funksioneer op maatskaplike, fisieke en psigiese gebied. Die Wet op Geestesgesondheid,

18 van 1973 en die Wet op Geestelik Vertraagde Kinders, 63 van 1974 verwys na die term, geestelike vertraagtheid. Vir die doel van hierdie ondersoek word die term verstandelike gestremdheid verkies omdat dit verwys na 'n persoon se verstandelike vermoë. Die term geestelik kan ook 'n godsdienstige of psigiese betekenis hê. Vir die doel van dié ondersoek sal daar verwys word na verstandelik gestremde, verstandelik gestremde persoon, gestremde of pasiënt en die verskynsel op sigself, as verstandelike gestremdheid.

1.7 PROBLEME ONDERVIND MET DIE ONDERSOEK

Die volgende probleme is tydens dié ondersoek ondervind:

- 1.7.1 Ten spyte van die feit dat daar ten opsigte van elke pasiënt drie leggers deurgewerk moes word, was dit in sommige gevalle nodig om addisionele inligting per telefoon in te win. Om die gemiddelde persoonlike kontakte van die ouers/familie met die pasiënt te bepaal, moes die ondersoeker die persoonlike kontakte van elke pasiënt bymekaar tel om 'n gemiddelde te bereken. Hierdie persoonlike kontakte word aangeteken op die kliniese en administratiewe leggers van pasiënte. Dié inligting van die twee genoemde leggers is gekontroleer om foute uit te skakel. Die kliniese legger van 'n pasiënt mag nie uit die saal verwyder word nie, wat meegebring het dat die ondersoeker na elke saal moes beweeg om hierdie legger in die betrokke saal te bestudeer. Die voorafgaande insette het baie tyd in beslag geneem.
- 1.7.2 Die multi-professionele spanlede verskil dikwels in hul evaluasie van inligting. In sulke gevalle moes die evaluasiebevindings gebruik word van die betrokke spesialis op sy/haar bepaalde terrein. So byvoorbeeld het die graad van verstandelike gestremdheid soos vasgestel deur medici en kliniese sielkundiges van mekaar verskil. Om hierdie probleem uit te skakel is die kliniese sielkundiges se inligting gebruik omdat hulle van IK-toetse gebruikmaak vir die bepaling van 'n IK-telling.
- 1.7.3 Die lêernommers van die kliniese en genetiese leggers verskil van mekaar vanweë twee verskillende lêerstelsels. Dit het meegebring dat die inhoud van elke legger eers bestudeer moes word om te verseker dat inligting wat verkry is, nie van mekaar verskil nie.

1.7.4 Weinig resente literatuur met betrekking tot die sosio-ekonomiese posisie van die verstandelik gestremde kon gevind word. Daar moes dus noodgedwonge van minder resente literatuur gebruik gemaak word.

1.8 AANBIEDING

Die verhandeling word aangebied in sewe hoofstukke. Om 'n duideliker beeld te verkry van verstandelike gestremdheid, word die historiese agtergrond van verstandelik gestremdheid in Hoofstuk 2 uiteengesit. Dit word in Hoofstuk 3 opgevolg met die oorsake en klassifikasie daarvan. In Hoofstuk 4 word die struktuur van Witrandhospitaal en identifiserende besonderhede van sy pasiënte bespreek. Dit stem soos voorheen vermeld, ooreen met die omstandighede van pasiënte in ander soortgelyke staatshospitale in Suid-Afrika. Hoofstuk 5 dui die gesinsomstandighede van die pasiënt en sy gesin aan met die doel om perspektief te verkry oor hul maatskaplike omstandighede. Daarna volg Hoofstuk 6 oor die taak van die maatskaplike werker binne 'n staatshospitaal. Die laasgenoemde hoofstuk is hoofsaaklik gebaseer op 'n literatuurstudie en 'n gedeeltelike verwysing na die navorsingsresultate wat verkry is. Hoofstuk 7 dien as samevatting waarin die bevindings, gevolgtrekkings en aanbevelings aangebied word.

HOOFSTUK 2

***‘N HISTORIESE OORSIG
VAN VERSTANDELIKE
GESTREMDHEID***

HOOFSTUK 2

'N HISTORIESE OORSIG VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

2.1 INLEIDING

Hoofstuk 2 handel oor 'n historiese oorsig van verstandelike gestremdheid. Om verstandelike gestremdheid as verskynsel beter te begryp, is dit noodsaaklik om die verskillende eras te bespreek. Die verskillende tydperke van die hantering en behandeling van verstandelik gestremde persone word uiteengesit. In totaal word vyf eras bespreek van ongeveer die sewentiende tot die twintigste eeu. Dit sluit eras in van bygeloof, inrigtings, openbare skoolklasse, wetgewing en normalisering.

2.2 VROEË GESKIEDENIS: DIE ERA VAN BYGELOOF

Die Romeine in 449 n.C. en die Grieke in 1552 was van die eerste mense om te verwys na die toestand van verstandelike gestremdheid. Hulle het gepraat van "narre" of "monsters". Mense in die primitiewe tyd se basiese behoefte was dié van oorlewing. Daar is van elke lid in die gemeenskap verwag om volwaardig in die gemeenskap te funksioneer. Indien daar nie aan die eise voldoen is nie, is hulle beskou as 'n las vir die samelewing en is uitgewerp. Die Romeine, Grieke en Spartane het fisiek gestremde kinders uit hul gemeenskappe verban en agtergelaat om te sterf (Gearheart & Litton, 1975:1 en Payne & Mercer, 1975:7). Om by genoemde skrywers aan te sluit, word die geskiedenis van verstandelike gestremdheid deur Kaplan en Sadock (1989:1731) soos volg saamgevat:

"The foundations of the scientific view of mental retardation as a condition linked to brain disfunction were laid by Hippocrates. Yet for centuries, mental illness and mental retardation (which were lumped together) were attributed to supernatural causes and considered in the province of priests and philosophers. Although a few retarded persons did have a career as 'court fools', others were exploited, persecuted, and exorcised. Martin Luther, in one of his

writings, considered a retarded child to be merely a mass of flesh, without a soul, who should be drowned in a river."

Dunn (1961:14) meld dat daar in 1800 dieselfde standpunt soos hierbo genoem, gehuldig is. Die verstandelik gestremde is gebruik om hooggeplaastes te vermaak. Daar is na hulle verwys as "fools" en "jesters". Gedurende die Protestantse tydperk is geglo dat die gestremde van die duivel besete was. Die behandeling daarvoor was "... to beat the Devil out of them ...".

Dit is dus duidelik dat die verstandelik gestremde persoon tydens die agtiende eeu nie menswaardig behandel is nie. Hulle is beleef as superwesens of as mense wat van die duivel besete was. Begrip vir hierdie persone in hul onderskeie gemeenskappe het nie bestaan nie, wat dus negatief was vir hul versorging en behandeling.

2.3 NEGENTIENDE EEU: DIE ERA VAN INRIGTINGS

Voor die negentiende eeu was daar oënskynlik nie veel melding gemaak van verstandelike gestremdheid nie. Belangstelling in verstandelike gestremdheid is eers getoon aan die begin van die negentiende eeu. Die klem en aandag het hoofsaaklik op die psigologiese benadering van die gestremde geval. Dit het gebeur nadat 'n verstandelik gestremde seun van ± 12 jaar oud in 1801 in 'n bos in Frankryk deur jagters gevind is. Hierdie seun het bekend gestaan as die Wilde Seun van Aveyron. Uit dié gevallestudie was dit duidelik dat die seun vir jare geen kontak met mense gehad het nie. 'n Bekende Franse geneesheer ltrad, het hom oor hierdie seun ontferm en onder sy behandeling geneem. Hierdie behandeling het vyf jaar geduur en dié seun kon slegs 'n paar woorde aanleer. Alhoewel die seun nie aan ltrad se verwagtings voldoen het nie, het die eersgenoemde bewys dat selfs 'n ernstig verstandelik gestremde persoon wel sekere basiese vaardighede kan aanleer (Geldenhuys & Du Toit, 1977:268 en Louw, 1990:286).

Coleman (1976:511) verwys ook na die Seun van Aveyron deur 'n paar kenmerke van sy gedrag uit te wys, soos dat die seun vermoedelik op tweejarige ouderdom verlaat is. Hy kon nie praat nie en het slegs geluide gemaak, geëet soos 'n dier, het gereageer op geluide soos die kraak van 'n neut en bosgeluide. Om die Wilde Seun van Aveyron op te som laat Coleman (1976:511) hom soos volg uit:

“... the question of whether Victor was a congenital mental retardate, a braindamaged child, a psychotic, or simply a child who had been so deprived of human contact during early critical periods of development that the damage he sustained could never be completely remedied.”

Kaplan en Sadock (1989:1731) sluit by die voorafgaande aan en meld dat Itrad die eerste wetenskaplike verslag oor 'n verstandelik gestremde persoon opgestel het. Dié verslag het sekere belangrike aspekte aangeraak soos opvoeding, stimulasie en psigoterapie. Itrad het die res van sy loopbaan gewy aan die studie en behandeling van verstandelik gestremde persone (Adams, 1971:19).

In 1840 het 'n Sweedse geneesheer Guggenbuhl, 'n skool met inwonende fasiliteite vir verstandelik gestremde kinders gestig, maar is later vanweë 'n mislukte poging aangekla van swendelary. 'n Meer suksesvolle inrigting is in 1837 in Parys geopen deur 'n psigiater met die naam Seguin ('n student van Itrad). Seguin het ook 'n boek gepubliseer met sy standpunte oor opvoeding en die behandeling van verstandelik gestremdes. In 1876 word hy verkies as die eerste president van die “Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotic and Feeble-Minded Persons”, wat later die “American Association on Mental Retardation” geword het. Tydens hierdie tydperk het Seguin 'n soortgelyke studie as Itrad onderneem met 'n verstandelik gestremde seun. Ná 'n jaar van behandeling was sy poging 'n sukses en het hy dit uitgebrei na ander verstandelik gestremdes (Adams, 1971:19).

Dit was ook Seguin se idee om verstandelik gestremdes in inrigtings op te neem. Hy was van mening dat verstandelik gestremde persone in sulke inrigtings opgelei kan word om suksesvolle en bydraende lede van die gemeenskap te word. Die opname van verstandelik gestremdes in inrigtings sou dan slegs vir 'n tydperk wees, waarna hulle weer terug in die gemeenskap geplaas is. Slegs 'n klein persentasie van hierdie verstandelik gestremde persone het die inrigtings waarin hulle opgeneem is, verlaat. Teen ongeveer 1890 was langtermynopnames van verstandelik gestremdes 'n primêre funksie van staatsinrigtings (Bootzin & Arcocella, 1984:475).

Seguin se werk is opgevolg deur Howe, ook 'n geneesheer, in Amerika. Laasgenoemde persoon het in 1948 begin met 'n skool met residensiële fasiliteite. Die doel van hierdie skool was om verstandelik gestremde kinders op te voed en terug te plaas in die gemeenskap. Howe het geglo in skoolopleiding

vir alle kinders, insluitende verstandelik gestremdes (Kaplan & Sadock, 1989:1731). Tydens hierdie tydperk is daar ook residensiële skole in Engeland, Noord-Amerika en Kanada geopen. Die eerste dagskool vir verstandelik gestremde leerlinge is in die jaar 1896 opgerig in Rhode Island (Dunn, 1961:16).

Teen die einde van die negentiende eeu was Howe se werk vergete nadat die Franse neuroloë patologie gesien het as die basis vir breindisfunksionering. Verstandelike gestremdheid is nie beskou as 'n siektetoestand nie, maar as 'n toestand wat deur breinpatologie veroorsaak word. Dit was dus onomkeerbaar. 'n Ander belangrike faktor was die ontwikkeling van psigometriese toetse deur Alfred Binet en Theodore Simon in 1905. Alhoewel Binet en Simon se toetse ontwerp is vir kinders wat spesiale opleiding benodig, was hierdie toetse ook 'n instrument om verstandelike gestremdheid te diagnoseer. 'n Verdere betekenisvolle ontwikkeling was die ontstaan van die psigo-analitiese skool waar psigiateres in verstandelike gestremdheid begin belangstel het. Hulle het verstandelike gestremdheid onder die terrein van kinderpsigiatrie geplaas omdat verstandelike gestremdheid in die vroeë kinderjare ontstaan.

In Suid-Afrika is daar in 1824 baanbrekerswerk gedoen deur ene James Barry wat gevangenis besoek het. Nadat hy opdrag van die Kaapse goewerneur ontvang het, het hy gevind dat verstandelik gestremdes onder uiters swak omstandighede aangehou word. Sy werk onder die verstandelik gestremdes het aanleiding gegee tot die oprigting van die Somersethospitaal (Searle, 1965:110). Toe akkommodasie by laasgenoemde hospitaal onvoldoende geraak het, is daar in 1846 'n inrigting opgerig op Robbeneiland. Hierdie inrigting het ook voorsiening gemaak vir die opname van kroniese en melaatse pasiënte. Die gestremdes en pasiënte is toegelaat om vrylik rond te beweeg. As gevolg van die fisiese afstand van Robbeneiland, kon die families van die gestremdes hul moeilik besoek. Dit het gelei tot die opname van gestremdes in die algemene hospitaal in Grahamstad. Daar is egter verdere druk uitgeoefen vir die voorsiening van dienste aan gestremdes. Dit het gelei tot inrigtingversorging in Natal en die Zuid-Afrikaanse Republiek (Searle, 1965:112-123).

Uit die voorafgaande inligting blyk dit dat verstandelike gestremdheid eers tydens die negentiende eeu belangstelling gewek het. Die Seun van Aveyron se gedrag is deur 'n geneesheer bestudeer. Tydens hierdie tydperk is daar begin met die oprigting van inrigtings vir verstandelik gestremde persone. Psigometriese toetse is ontwerp vir kinders wat spesiale opleiding verg. In Suid-Afrika het James Barry die voortou geneem ten opsigte van dienslewering aan

die verstandelik gestremde. Sy werk het aanleiding gegee tot die oprigting van verskeie inrigtings wat verstandelik gestremdes versorg het.

2.4 TWINTIGSTE EEU: DIE ERA VAN OPENBARE SKOOL- KLASSE

Aan die begin van die twintigste eeu het verskeie ontwikkelings gelei tot die sogenaamde renaissance van verstandelike gestremdheid. Tydens hierdie tydperk is daar spesiale klasse en skole ingestel vir verstandelik gestremdes (Gearheart & Litton, 1975:9). Ontslane verstandelik gestremdes uit inrigtings is teruggeplaas in die gemeenskap. Mediese sorg het daartoe gelei dat die verstandelik gestremde kind se lewensverwagting toeneem, as gevolg van verbeterde pogings ten opsigte van voorkoming, diagnosering en behandeling van verstandelike gestremdheid. Só het Foling in 1934 bevind dat sekere vorme van verstandelike gestremdheid veroorsaak word deur 'n metaboliese versteuring, en dat daar in dié gevalle voorkomend opgetree kan word deur 'n spesiale dieet te volg.

In die 1920's en 1930's het Howard Potter 'n psigiater, geestesgesondheidsdienste bepleit vir die behoeftes van verstandelik gestremde kinders. Die National Association for Retarded Children het vanuit ouergeledere in 1950 in Amerika tot stand gekom. Dié ouers was verantwoordelik vir die ontwikkeling van verbeterde sorg van die verstandelik gestremde kind.

In Suid-Afrika was die eerste georganiseerde beweging van hierdie aard "The Committee for Mental Hygiene and the Care of the Feeble-minded". Hierdie komitee is op 24 Junie 1913 in Kaapstad gestig en het ontwikkel tot die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Geestesgesondheid (tans die Suid-Afrikaanse Federasie vir Geestesgesondheid).

Tydens hierdie eeu is daar dus begin met die instelling van spesiale klasse en skole vir verstandelik gestremde kinders. Dit het ouers gemotiveer om betrokke te raak by hul kinders se ontwikkeling en versorging. In Suid-Afrika is daar ook begin met 'n komitee wat die belange van die verstandelik gestremde vooropgestel het.

2.5 SESTIGERJARE: DIE ERA VAN WETGEWING EN NASIONALE ONDERSTEUNING

In die sestigerjare is daar gelyke regte vir verstandelik gestremdes geïnisieer deur minderheidsgroepe met die klem op opvoeding en opleiding van die gestremde. Dit het ook 'n invloed gehad op die regte van verstandelik gestremdes. In 1961 het president J.F. Kennedy van die VSA 'n paneel aangestel onder die voorsitterskap van Leonard Mayo. Die doel van hierdie paneel was om 'n nasionale plan voor te berei om verstandelike gestremdheid in dié land te voorkom. Dit het onder andere die volgende ingesluit: navorsing oor die oorsake van verstandelike gestremdheid, voorkomende gesondheidsmaatreëls, verbeterde opvoedkundige programme, 'n wetlike en sosiale konsep met die klem op menseregte, uitgebreide en verbeterde kliniese en sosiale dienste, nuwerwetse metodes en fasiliteite vir die versorging van verstandelik gestremdes, opvoedingsprogramme vir die gemeenskap en die werwing van gegradueerde persone om verstandelike gestremdheid te ondersoek (Payne & Mercer, 1975:11).

Teen 1962 het president Kennedy op 'n kongres in die VSA die volgende gesê: "We as a Nation have long neglected the mentally ill and the mentally retarded. This must end ..." (Kaplan & Sadock, 1989:1733). Tydens hierdie tydperk het twee faktore 'n rol begin speel, naamlik wetgewing en hofbeslissings ten opsigte van die regte vir verstandelik gestremde persone.

In Suid-Afrika is daar in 1960 die Nasionale Afdeling vir Verstandelik Vertraagde Kinders begin onder die beskerming van die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Geestesgesondheid. In 1965 het die destydse Minister van Gesondheid 'n komitee aangestel onder die voorsitterskap van die superintendent van Weskoppieshospitaal, dr. A.J. van Wyk om ondersoek in te stel na die versorging van blanke verstandelik gestremde persone. Die bevindings van dié ondersoek is in 1969 in verslagvorm gepubliseer. Die volgende aanbevelings is gemaak:

1. Die daarstelling van klinieke vir ondersoeke en advies.
2. Kleuterskoolvoorsiening vir jong verstandelik gestremdes by gewone kleuterskole.

3. Die daarstelling van dagsentrums waar verstandelik gestremde kinders skolasties opgelei kan word
4. Die voorsiening van koshuisfasiliteite vir verstandelik gestremde kinders wat dagsentrums bywoon.
5. Die oprigting van ander tehuse vir erg verstandelik gestremde kinders.
6. Die opname van verstandelik gestremdes in staatsinrigtings.
7. Die benutting van beskermde werksplekke vir verstandelik gestremdes.
8. Die verkryging van spesiale vakansiehuise deur welsynsorganisasies vir die verstandelik gestremdes.
9. Die stig en bestuur van sosiale klubs vir verstandelik gestremdes deur welsynsorganisasies.
10. Die aanstelling van onderwyseresse, instrukteurs en verpleegpersoneel as deskundiges wat oor spesiale opleiding beskik.
11. Die beskikbaarstelling van staatsubsidies en staatslenings aan welsynsorganisasies en dagsentrums.
12. Algemene aanbevelings soos die volgende:
 - 12.1 Die instelling van klinieke vir genetiese ondersoeke en raadgewing.
 - 12.2 Die sluiting van sale vir verstandelik gestremdes in psigiatriese hospitale.
 - 12.3 Die uitbreiding van fasiliteite vir inwonende verstandelik gestremdes.
 - 12.4 Die versterking van 'n nasionale raad vir verstandelike gestremdeheid wat dienste kan rig, koördineer en stimuleer.

Dit wil dus voorkom dat daar in die sestigerjare begin is met die erkening van regte wat verstandelik gestremde persone moet geniet. Hierdie ontwikkeling is

sterk ondersteun deur president Kennedy van die VSA. Ook in Suid-Afrika is die behandeling en dienste aan verstandelik gestremdes verbeter deur middel van die Van Wykondersoek.

2.6 DIE SEWENTIGERJARE: DIE ERA VAN NORMALISERING, VOORSpraak VIR KINDERS EN REGSGEDINGE

In die sewentigerjare is die dienste aan verstandelik gestremdes daarop gemik om hulle 'n meer normale leefwyse te bied. Dit het fisieke sowel as sosiale integrasie in die gemeenskap geïmpliseer. Regsgedinge in belang van gestremdes was 'n belangrike faktor in die ontwikkeling van programme vir dié persone in die vroeë sewentigerjare. In 1972 tydens 'n hofspraak tussen Wyatt en Stickeny, is daar byvoorbeeld beslis dat verstandelik gestremdes in inrigtings die reg het op rehabilitasie, goeie mediese sorg, behandeling deur opgeleide personeel en privaatheid (Gearheart & Litton, 1975:12-15).

In Suid-Afrika het die verslag van die Van Wyk-komitee aanleiding gegee tot die Wet op Opleiding van Geestelik Vertraagde Kinders, 63 van 1974. Ander wette wat ook die lig gesien het, is die Wet op Indiëronderwys, 61 van 1965 en die Wet op Onderwys en Opleiding, 90 van 1979. Die gevolg van hierdie wette was dat opleidingsentrums verbeter het, asook die ontwikkeling van die genetica-afdeling by die eertydse Departement van Gesondheid in 1975. Die laasgenoemde afdeling het hom beywer vir die primêre voorkoming van verstandelike gestremdheid (Uys, 1981:9-12).

Uit voorafgaande gegewens is dit duidelik dat daar sedert 449 n.C. tot en met die sewentigerjare 'n aansienlike verbetering was met betrekking tot die hantering en behandeling van die verstandelik gestremde. Die literatuur toon aan dat die sewentigerjare die era was van voorspraak vir die verstandelik gestremde persoon. Ook in Suid-Afrika het die verslag van die Van Wyk-komitee aanleiding gegee tot wetgewing soos onder andere die Wet op Opleiding van Geestelik Vertraagde Kinders, 63 van 1974. Verbeterde opleidingsentrums het ook ontstaan asook 'n vooruitgang op die gebied van genetica.

2.7 SAMEVATTING

Ter aanvang is daar in hierdie hoofstuk gelet op die vroeë tendense van die ontwikkeling van verstandelike gestremdheid. Belangstelling in verstandelike gestremdheid as 'n spesialiteitsveld, is eers met die aanvang van die negentiende eeu getoon. Tydens die voorafgaande tydperk het die Wilde Seun van Aveyron 'n bekende Franse geneesheer se belangstelling gewek. Met hierdie gevallestudie is bevind dat 'n ernstig verstandelik gestremde persoon sekere basiese vaardighede, soos om 'n paar woorde te sê, kan aanleer. Openbare skoolklasse en wetgewing het gevolg en is nasionaal ondersteun.

In Suid-Afrika is daar begin met 'n Nasionale Afdeling vir Verstandelik Vertraagde Kinders onder die destydse Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Geestesgesondheid. Daar is onder andere ook gewys op die veranderinge wat tydens die verskillende eras ingetree het ten opsigte van die ontwikkeling van dienste en versorging aan verstandelik gestremdes. Teen voorafgaande historiese oorsig, word daar in die volgende hoofstuk klem gelê op die oorsake en klassifikasie van verstandelike gestremdheid.

HOOFSTUK 3

***OORSAKE EN
KLASSIFIKASIE VAN
VERSTANDELIKE
GESTREMDHEID***

HOOFSTUK 3

OORSAKE EN KLASSIFIKASIE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

3.1 INLEIDING

Om verstandelike gestremdheid te begryp, is dit noodsaaklik vir die maatskaplike werker om kennis te neem van die verskillende oorsake en klassifikasie van verstandelike gestremdheid. Omdat die maatskaplike werker wat binne inrigtingverband met verstandelik gestremde persone en hul gesinne werk, is kennis van hierdie terrein onontbeerlik.

In hierdie hoofstuk word die verskillende oorsake van verstandelike gestremdheid bespreek. Die aandag word gefokus op voorgeboortelike, perinatale, nageboortelike, sosio-kulturele en onbekende oorsake, gevolg deur die huidige klassifikasie van verstandelike gestremdheid.

3.2 DIE ALGEMENE OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

Verstandelike gestremdheid is so oud soos die mensdom self. Hierdie gestremdheid is nie beperk tot 'n sekere groep persone of gemeenskappe nie, maar kom onder alle volke voor ongeag ras, kleur, geloof of stand. Gunzburg (1973:28) wat beweer dat die oorsake van verstandelike gestremdheid al meer as 100 jaar ondersoek word, laat hom voorts hieroor soos volg uit:

"Despite their many varying viewpoints, investigators have generally ascribed the causes of mental defect to either pathological or subcultural factors."

Berkow (1992:2109) is van mening dat verstandelike vermoëns beïnvloed word deur poligenetiese en omgewingsfaktore. Poligenetiese faktore is faktore wat oorerflik is en wat in sekere families voorkom. Hy meld voorts dat die oorsake van verstandelike gestremdheid reeds in die prenatale, perinatale en postnatale

fases van swangerskap by die moeder kan ontstaan en dat 80% van alle gevalle, die oorsaak van verstandelike gestremdheid onbekend is.

Gearheart en Litton (1975:29) se siening van die oorsake van verstandelike gestremdheid is die volgende:

"The causes of mental retardation are numerous and could be the result of single or multiple factors. Although some causes of retardation are not known, the list of possible known, and suspected causes is almost endless."

Uit voorafgaande inligting blyk dit dat die meeste gevalle van verstandelike gestremdheid se oorsake van gestremdheid nie vasgestel kan word nie. Dit is moontlik toe te skryf aan gebrekkige navorsing.

Die verskillende oorsaaklike faktore wat vervolgens bespreek word, is streng gesproke nie deel van die maatskaplike werker se kennisgebied nie. Dit word egter van die maatskaplike werker verwag wat met verstandelik gestremdes werk om oor spesiale kennis te beskik. Die rede hiervoor is dat eersgenoemde saam met kollegas soos geneeshere, kliniese sielkundiges, verpleegkundiges, arbeidsterapeute en fisioterapeute deel vorm van 'n multi-dissiplinêre span, wat besluite moet neem oor die gestremde se versorging en behandeling. Die feit dat die maatskaplike werker se voorgraadse opleiding nie altyd hiervoor voorsiening maak nie, onderskryf die belangrikheid van indiensopleiding op die gebied van verstandelike gestremdheid. Vir die doeleindes van hierdie ondersoek, gebruik die ondersoeker die indeling van oorsake tot verstandelike gestremdheid wat deur Witrandhospitaal gevolg word. Die indeling is soos volg:

- * Vorgeboortelike faktore

- * Perinatale faktore

- * Nageboortelike faktore

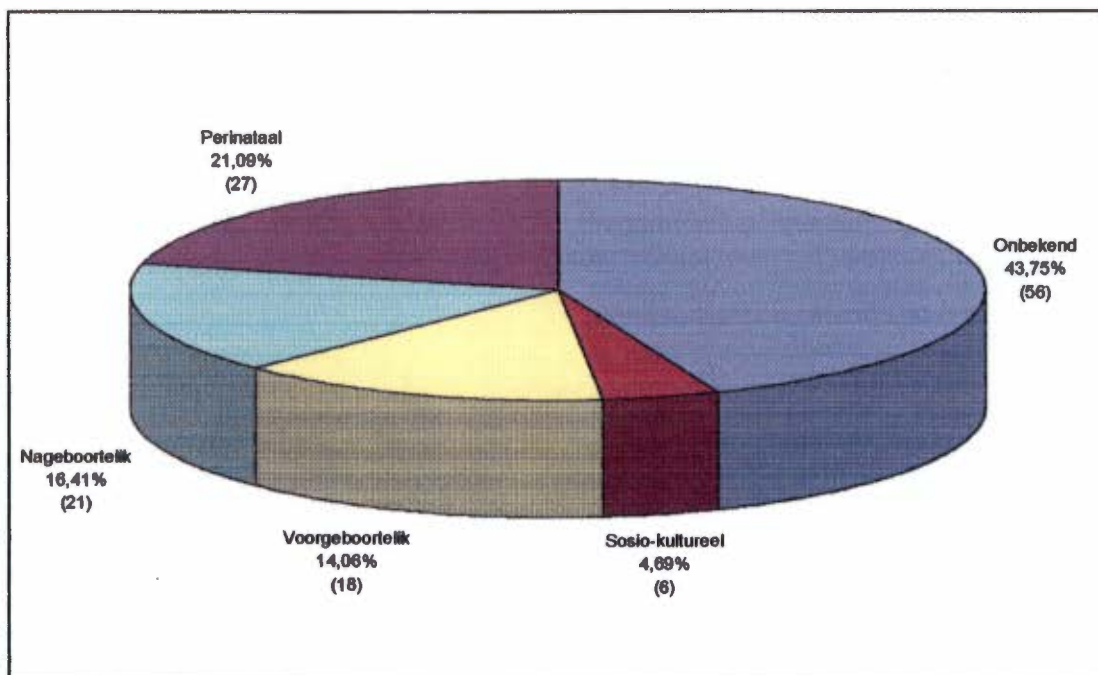
- * Sosio-kulturele faktore

- * Onbekende faktore

Die oorsake van verstandelike gestremdheid word hier slegs kortliks bespreek, omdat dit 'n omvattende spesialiteitsterrein is. Die oorsake soos dit in Witrandhospitaal voorkom, word vervolgens in Sirkeldiagram 1 uiteengesit. Vir die doel van hierdie ondersoek word die oorsaaklike faktore van 128 pasiënte in Witrandhospitaal se verstandelike gestremdheid, aangedui.

SIRKELDIAGRAM 1

OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID VAN DIE MONSTERGROEP IN WITRANDHOSPITAAL (N = 128)



Volgens Sirkeldiagram 1 is dit duidelik dat 43,75% (56 pasiënte) van die monstergroep se oorsake van verstandelike gestremdheid onbekend is, gevolg deur perinatale faktore met 21,09% (27 pasiënte). Ongeveer 16,41% (21 pasiënte) van die gestremdes kom voor in die nageboortelike kategorie en 14,06% (18 pasiënte) in die voorgeboortelike kategorie. Slegs 4,69%, (6 pasiënte) se verstandelike gestremdheid word veroorsaak deur sosio-kulturele faktore. Gevolgtrekkings wat gegrond word op genoemde bevindings word later in die teks (pp. 26 – 33) aangebied.

Aan die hand van voorafgaande uiteensetting word die oorsake vervolgens kortliks bespreek.

3.2.1 VOORGEBOORTELIKE FAKTORE

Die voorgeboortelike faktore soos bevind in Witrandhospitaal word in drie kategorieë verdeel, naamlik genetiese afwykings, moederlike infeksies gedurende die swangerskap en komplikasies tydens die swangerskap. Daarbenewens word genetiese oorsake in twee kategorieë verdeel, naamlik chromosomale en metaboliese afwykings. Die chromosomale afwykings sal in meer besonderhede bespreek word, omdat min pasiënte in Witrandhospitaal metaboliese afwykings het.

3.2.1.1 GENETIESE AFWYKINGS

Die genetiese samestelling van elke persoon is in die chromosome geleë. Dit is mikroskopies klein strukture in die kern van elke sel in die liggaam. Normale selle bevat in totaal 23 paar chromosome, dit wil sê 46 chromosome. Een van die pare chromosome is die geslagschromosoom wat die geslag van 'n persoon bepaal. 'n Dogter/vrou het twee X-chromosome en 'n seun/man een X- en een Y-chromosoom. Die res, naamlik 22 pare chromosome is dieselfde by die man en vrou (Departement van Gesondheid, 1982:1-2). In 1956 is daar vasgestel dat die mens 46 chromosome in elke liggaamssel het, en in 1959 is vasgestel dat daar 'n verband bestaan tussen defekte chromosome en verstandelike gestremdheid.

Volgens die Departement van Gesondheid en Welsyn (1984:5) is daar drie faktore wat 'n rol speel by oorerwing, naamlik dominante, resessiewe en X-gekoppelde oorerwing. Sien Bylae 2 en 3 ter illustrasie van die genoemde oorerwings.

Die volgende chromosoomabnormaliteite kom na vore:

* **Down-sindroom**

By chromosomale afwykings verteenwoordig hierdie sindroom die grootste persentasie. Op't Hof (1984b:6) meld dat ongeveer 17% van verstandelik gestremde persone met Down-sindroom gebore word. Om Down-sindroom korrek te diagnoseer is 'n chromosoomstudie noodsaaklik. Volgens Louw (1990:275-276) is die belangrikste uiterlik waarneembare kenmerke van 'n Down-sindroom die volgende: epikantiese voue van die ooglede, skuins

amandelvormige oë, 'n kort breë nek, plat en breë neus, 'n plat agterkop en breë gesig, oorskulpgebreke, skurwe tong, misvormde tande, kort breë vingers (pinkies na binne gebuig) en tone, groot kort gestalte, hiperbuigbare gewigte, handpalmlyne wat horisontaal strek, onderontwikkelde geslagsorgane, yl dun hare en 'n skurwe vel ná die babajare. Hartdefekte kom ongeveer in 50% van alle gevalle voor.

Die manlike Down-sindroompersoon is dikwels steriel, terwyl die vroulike Down-sindroompersoon vrugbaar kan wees. Van hierdie persone het ongeveer 50% katarakte op hulle oë. Hulle het ook meer spraakgebreke en hul weerstand teen infeksies van respiratoriese aard, is laag. Verlaagde spierspanning kom ook voor (Louw, 1990:275-276).

* **Martin Bell-sindroom**

Die Martin Bell-sindroom is geslagsgekoppel en word by mans aangetref, waarvan die vrou net 'n draer van hierdie abnormale geen is. Die belangrikste kenmerke van dié sindroom is verstandelike gestremtheid, spraak- en taalgebreke, gedragsprobleme soos hiperaktiwiteit, psigose, outistiese neigings soos sosiale onttrekking, selfpyniging en 'n onvermoë om te konsentreer, asook oormatige ontwikkeling van die borste, makrotestes, endokriene-afwykings en gesigskenmerke soos middelgesig-hipolasie, groot prominente ore en 'n lang onderkaak (Louw, 1990:282).

* **Klinefelter-sindroom**

Persone wat met hierdie sindroom gebore word toon onderontwikkeling van die geslagseienskappe en het dikwels vergrote borste. Steriliteit kom algemeen voor en die persoon hoef nie noodwendig verstandelik gestrem te wees nie (Op't Hof, 1984b:6). Marshall (1984:73) verwys na die Klinefelter-sindroom soos volg:

"... one of the more common chromosomal disorders and is associated with several types of mental disorder. Various types of malignant diseases have also been described in the syndrome."

* **Turner-sindroom**

Hierdie toestand kom net by die vroulike geslag voor. Die aanwesigheid van die X-chromosoom en die afwesigheid van die Y-chromosoom (ook genoem die XO-

sindroom) word gevind. Die belangrikste fisieke kenmerke is 'n ondergemiddelde liggaamslengte, 'n gewebte nek en die afwesigheid van sekondêre geslagseienskappe (Louw, 1990:284 en Op't Hof, 1984b:6).

* **Cri du chat-sindroom**

Die Cri du chat-sindroom, ook bekend as die katskreeusindroom is in 1963 deur die Fransman Lejeune en sy medewerkers beskryf. Plug *et al.* (1987:55) verwys na die Cri du chat-sindroom as 'n genetiese afwyking wat veroorsaak word deur die afwesigheid van 'n vyfde chromosoom. Lae gewig by geboorte en verstandelike gestremdheid is prominente eienskappe. Ander eienskappe wat voorkom, is 'n klein skedel en wydgespasieerde, anti-monogloïede oë. By geboorte en daarna sal die aangetaste persoon 'n kenmerkende geluid maak soos die skreeu van 'n kat.

* **Patau-sindroom (Trisomie 13)**

Die Patau-sindroom is in 1960 die eerste keer deur Patau en sy medewerkers ontdek. Hierdie persone is gewoonlik ernstig verstandelik gestrem en ly aan epilepsie. Hul belangrikste fisieke kenmerke is mikrosefalie ('n klein kopomtrek), ekstra vingers, defekte van die neus, lip, verhemelte, oë en ore asook ondergemiddelde gewig en lengte (Louw, 1990:285).

* **Edward-sindroom (Trisomie 18)**

Die Edward-sindroom is in 1960 deur Edward beskryf. Die voorkoms is ongeveer een uit elke 3 500 geboortes. Met optimale versorging oorleef slegs 10% van dié babas hul eerste lewensjaar. Die belangrikste kenmerke van hierdie sindroom is lae geboortemassa, smal kakebeen, kort nek, hipertolorisme, hartdefekte, swak ontwikkeling van die skeletspiere, 'n langwerpige skedel en laaggeplaaste ore. Die graad van verstandelike gestremdheid is gewoonlik ernstig of uifers verstandelik gestrem (Louw, 1990:285).

Soos blyk uit voorafgaande bespreking is genetiese afwykings oorerflik, en is dit die taak van die maatskaplike werker om 'n voorkomingsdiens op hierdie gebied te lewer aan families waarin oorerflikheid voorkom.

3.2.1.2 METABOLIESE AFWYKINGS

Volgens Uys (1981:4) kan 4% - 5% van verstandelik gestremdes geklassifiseer word as metaboliese afwykings. Metaboliese afwykings word onderverdeel in die volgende kategorieë:

* **Aminosuurmetabolisme**

Hieronder word die volgende afwykings ingesluit:

- ***Fenielketonurie***

Hierdie afwyking is volgens Louw (1990:286) die bekendste sindroom wat veroorsaak word deur 'n versteuring van die aminosuurmetabolisme. Dié toestand is vir die eerste keer deur Folling in 1934 beskryf. Die voorkomssyfer van hierdie sindroom is ongeveer een uit elke 20 000 eenhede van 'n bevolking. Die meeste van hierdie persone ly aan 'n ernstige graad van verstandelike gestremdheid, alhoewel gevalle van lig verstandelike gestremdheid en normale intelligensie ook voorkom. Benewens bogenoemde meld Gearheart en Litton (1975:34) dat 90% van hierdie geaffekteerde kinders blonde hare en blou oë het, asook lig van vel is. Volgens De Winnaar (1998) kom gevalle van fenielketonurie selde voor as gevolg van verbeterde mediese dienste.

- ***Menke-siekte***

Hierdie sindroom is in 1954 deur Menke en sy medewerkers ontdek. Net soos by fenielketonurie, is die Menke-siekte ook toe te skryf aan die akkumulاسie van sekere aminosure. Indien hierdie toestand nie behandel word nie, sterf die baba binne die eerste paar maande, terwyl die oorlewendes 'n ernstige graad van verstandelike gestremdheid kan opdoen. Dié toestand is egter behandelbaar en bestaan uit 'n dieet wat min aminosure bevat. Indien daar betyds met die behandeling begin word, is die prognose goed vir normale psigiese en fisieke ontwikkeling (Louw, 1990:287).

- ***Hartnup-siekte***

Hierdie sindroom is volgens Louw (1990:287) baie seldsaam en kom in een uit 20 000 gevalle voor. Dié toestand gaan gepaard met fisieke simptome soos 'n veluitslag en gebrekkige spierkoördinasie. Indien daar wel verstandelike

gestremdheid voorkom, is dit in 'n ligte of matige graad. Behandeling met nikotiensuur en antibiotika kan dié toestand verbeter.

- ***Histidinemie***

Histidinemie kom voor in een uit 16 000 gevalle. Hierdie persone is slegs lig verstandelik gestrem. Die simptome wat voorkom is 'n spraakdefek soos trae spraakontwikkeling. Om die toestand te behandel, word 'n lae histidiendiëet voorgeskryf (Louw, 1990:287).

- ***Homosistinurie***

Dié sindroom bestaan uit 'n groep aangebore metaboliese versteurings wat kan lei tot die akkumulاسie van homositeïene. Die voorkoms daarvan dui op ongeveer een uit 45 000 persone. By hierdie aangetaste persone is verstandelike gestremdheid dikwels teenwoordig en wissel van lig tot ernstige verstandelike gestremdheid. Die kliniese beeld van hierdie persone dui op lang ledemate, dislokasie van die ooglene en stywe gewigte. Die behandeling van dié persone is geleë in die volg van 'n spesiale dieet en die toediening van vitamien B6 in sekere gevalle (Louw, 1990:287).

* ***Vetmetabolisme***

Afwykings van die vetmetabolisme is geneties bepaalbaar en is 'n abnormaliteit van die ensiemsisteem wat vette moet afbreek. Die volgende is die belangrikste vetmetaboliese afwykings:

- ***Tay-Sachs-sindroom***

Hierdie toestand is reeds in die vorige eeu deur Tay en Sachs beskryf. Die voorkomssyfer is dat een uit elke 30 Suid-Afrikaanse Jode hierdie defekte geen dra. Een uit elke 3 600 kinders wat in 'n Joodse gemeenskap van die Noord-Oostelike Europese lande gebore word, word deur dié defekte geen geaffekteer. Die simptome van dié toestand word vir die eerste keer bespeur by babas wat vier tot agt maande oud is. Voor hierdie tydperk kom sodanige babas se ontwikkeling normaal voor. Die kliniese beeld van dié toestand word gekenmerk deur lusteloosheid, hipotenie en 'n hipersensitiwiteit vir lig en klank. Die baba word fisiek swakker, is apaties en sukkel om vaardighede aan te leer. Dikwels verskyn 'n rooi kol op die geel kol van elke retina. Op 12-18 maande word die

aangetaste kind blind. Teen ongeveer tweejarige ouderdom is die kind nie in staat om met motoriese aktiwiteite te begin en dit uit te voer nie. Spastisiteit en konvulsies kom ook voor. Fisieke agteruitgang en intellektuele deteriorasie tree in, en die kleuter sterf op twee- tot vierjarige ouderdom. Hierdie toestand kan egter reeds voor geboorte deur middel van 'n aminosintese-toets (die trek van vrugwater by die swanger vrou) bepaal word (Louw, 1990:288 en Departement van Gesondheid en Welsyn, 1982:1).

Omdat metaboliese afwykings slegs 'n klein persentasie behels van die oorsake van verstandelike gestremdheid, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker kennis moet neem dat dit in sekere gevalle 'n rol speel.

3.2.1.3 INFEKSIES TYDENS SWANGERSKAP

Infeksietoestande by moeders tydens swangerskap is ook 'n oorsaak van verstandelike gestremdheid. Van die bekendste infeksietoestande by die vrou is rubella (Duitse masels), sifilis, toksoplasmose en vigs. Gearheart en Litton (1975:2) en Gillis (1986:187) verwys ook na rubella, sifilis, toksoplasmose en vergiftiging as oorsaaklike faktore vir verstandelike gestremdheid. Ander faktore wat ook 'n invloed uitoefen, is die moeder se dieet tydens swangerskap, die neem van skadelike medisyne en dwelmmiddels asook alkohol. Volgens Berkow (1992:2011) en Grobler (1987:28) is die gebruik van alkohol een van die middels wat tot ernstige verstandelike vertraging van die ongebore baba kan lei.

Lipman (1982:29) sluit by bogenoemde skrywers aan, en laat haar soos volg uit:

“... smoking, alcohol intake, tranquilisers, analgesics, sedatives, anaesthetics should be avoided by pregnant women. Drugs such as cocaine, morphine, L.S.D., hashhish are known to be harmful to the foetus.”

Die maatskaplike werker het 'n voorkomingstaak teenoor die swanger vrou ten opsigte van die misbruik van middels soos aangedui in Lipman se uiteensetting. 'n Ander oorsaak van verstandelike gestremdheid, is bestraling. Die effek wat bestraling op die fetus kan hê, word veral geïllustreer deur die Japannese babas wat tydens die Tweede Wêreldoorlog weens 'n atoombomontploffing geaffekteer is. Naas die abnormaliteite soos fisieke misvorming, leukemie, hartsiektes, miskrame en doodgebore babas, het verstandelike gestremdheid ook voorgekom (Louw, 1990:298 en Suinn, 1975:472).

Uit Sirkeldiagram 1 (kyk p. 19) blyk dit dat die voorgeboortelike faktore die vierde grootste groep van oorsaaklike faktore ten opsigte van verstandelike gestremdheid in Witrandhospitaal verteenwoordig. Ongeveer 14% van die monstergroep wat by hierdie ondersoek betrek is, is die oorsaak voorgeboortelik van aard. Sindrome wat in Witrandhospitaal by die verstandelik gestremde persone die meeste voorkom, is onder andere Down-sindroom, Turner-sindroom, Cri du Chat-sindroom, Prader Willi-sindroom, Lennox-Gestout-sindroom en Tourette-sindroom.

3.2.2 PERINATALE FAKTORE

Perinatale oorsake vir verstandelike gestremdheid is prematuriteit, breinbeserings, kretinisme (dwergisme) en die RH-faktor (Uys, 1981:5). Berkow (1992:2109) meld dat die volgende oorsake die meeste voorkom:

"Perinatal complications related to prematurity, CNS bleeding, periventricular leukomalacia, breech or forceps delivery, multiple births, placenta previa, preeclamosia, and asphyxia neonatorum may increase the risk of MR."

Prematuriteit by pasgeborenes kan intellektuele defekte, sensoriese en motoriese gebreke, konvulsiewe versteurings, asook leer- en emosionele probleme tot gevolg hê. Verstandelike gestremdheid kom meer voor by premature babas as by babas wat die volle termyn van nege maande voltooi het. Die premature baba het 'n lae geboortegewig en is meer vatbaar vir beserings en infeksies (Lipman, 1982:29 en Gillis, 1986:187).

Louw (1990:297) wys daarop dat enige fisieke besering wat breinletsels veroorsaak, tot verstandelike gestremdheid kan lei. In hierdie verband is veral geboortebeserings die bekendste oorsaak. Geboortebeserings vind gewoonlik op een van twee maniere plaas, naamlik 'n té lang geboorteproses en suurstofnood. Volgens Lipman (1982:27) kan die verkeerde ligging van die plasenta in die baarmoeder ook breinskade veroorsaak, omdat suurstof en voeding die baba nie kan bereik nie.

Soos blyk uit Sirkeldiagram 1 (kyk p.19), is die perinatale faktore die tweede grootste oorsaak vir verstandelike gestremdheid van die monstergroep. Dit toon 'n persentasie van 21,09% (27 pasiënte). Oorsaaklike faktore wat 'n rol gespeel

het, is suurstofnood, prematuriteit en geboortebeserings by die pasiënte wat in die monstergroep betrek is.

3.2.3 NAGEBOORTELIKE FAKTORE

Soos bogenoemde opskrif aandui, tree die oorsaak van verstandelike gestremdheid in gevalle soos hierdie, ná die geboorte van die kind in. Koch en Koch (1974:81) verwys na die nageboortelike periode as die tydperk vanaf ses weke ná die geboorte van 'n baba tot en met puberteit. By die verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal dui nageboortelike faktore op infeksies van die sentrale senuweestelsel soos meningitis, enkefalitis, verhoogde temperatuur en serebrale verlamming. Volgens Sirkeldiagram 1 (op p.19), verteenwoordig hierdie kategorie die derde grootste groep van oorsake by die verstandelik gestremdes wat in die monstergroep betrek is, naamlik 16,41% (21 pasiënte). Uys (1981:5), Louw (1990:297) asook Koch en Koch (1974:81) verwys na die volgende as oorsaaklike faktore, naamlik deprivasie, infeksietoestande soos meningitis en enkefalitis, trauma soos verdrinking en verhoogde temperatuur en vergiftiging. Ten opsigte van vergiftiging is dit veral loodvergiftiging wat 'n bepaalde rol speel (Berkow, 1997:2110). Oor vergiftiging laat Lipman (1982:29) haar soos volg uit:

"The causes inflammation of the brain accompanied by haemorrhages and lesions which invariably lead to mental retardation."

Nageboortelike faktore is vir die maatskaplike werker 'n belangrike kategorie van oorsaaklikheid. Dit is gewoonlik ook die maatskaplike werker wat aan die ouers ondersteuning bied ná 'n traumatiese ervaring soos vergiftiging en verdrinking van 'n kind, waartydens breinskade opgedoen word.

3.2.4 SOSIO-KULTURELE FAKTORE

Sosio-kulturele faktore is faktore wat die volgende kan insluit, naamlik oorerwing in die familie, kinderverwaarlosing en -mishandeling, omgewingsdeprivasie en swak mediese sorg. Dit is ten opsigte van hierdie faktore wat die maatskaplike werker noodsaak om 'n diens te lewer. Die rol wat sosio-kulturele faktore as oorsake tot verstandelike gestremdheid speel, word in die jongste tyd al hoe meer besef. Louw (1990:299), Mears en Gatchel (1979:383) asook Bootzin en

Arcocella (1984:469) bevestig dat daar 'n verband bestaan tussen intelligensie en sosiale klas. Om die belangrikheid van sosio-kulturele oorsake te beklemtoon, verwys Bootzin en Arcocella (1984:469) na die volgende aspekte:

“Physical conditions - bad housing, inadequate food, lack of medical care - can also, in this view, affect intellectual and adaptive functioning. A child who has an undetected or untreated hearing problem will probably learn far more slowly than his or her classmates and thus is more likely to end up among the retarded population.”

Volgens Du Plooy (1997) speel kinderverwaarloosing, kindermishandeling, onvoldoende middele om 'n kind te versorg, oorerwing in die familie en omgewingsdeprivasie, 'n pertinente rol in oorsaaklikheid. Soos in Sirkeldiagram 1 (kyk p.19) aangedui word, is 4,69% van die pasiënte wat in die monstergroep betrek is, deur sosio-kulturele faktore veroorsaak. Die sosio-kulturele faktore is vir die maatskaplike werker van belang omdat maatskaplike omstandighede van die gesin, die aard en intensiteit van die maatskaplikewerkdienste, sal bepaal. Omdat die maatskaplike werker in die gemeenskap dikwels met kinders werk wat fisiek deur hul ouers verwaarloos word en waar mediese behandeling noodsaaklik is, is dit die taak van die maatskaplike werker om toe te sien dat voorafgenoemde kinders mediese behandeling ondergaan.

Om vas te stel of daar 'n tweede verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal van die monstergroep voorkom, is die verslae van elke pasiënt van die monstergroep, bestudeer. Van die 128 gesinne wat in die ondersoek betrek is, is daar ses (4,69%) gesinne wat wel 'n broer of suster in Witrandhospitaal het. Die oorsake van verstandelike gestremdheid van die tweede kind in Witrandhospitaal, is ondersoek. Die aanduiding van 'n tweede verstandelik gestremde kind in 'n gesin kan daarop dui dat oorerwing in die familie, 'n rol speel. Die bevindings word in Tabel 1 vervat:

TABEL 1**OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID BY TWEEDE KINDERS
UIT DIESELFDE GESIN IN WITRANDHOSPITAAL**

OORSAAK	N	%
Vorgeboortelik	2	33,33
Onbekend	4	66,67
TOTAAL	6	100

Tabel 1 dui die gegewens van oorsake van die tweede kind in Witrandhospitaal aan. Sowat 67% van dié ses gesinne se tweede kind in Witrandhospitaal se oorsake vir verstandelike gestremdheid, is onbekend terwyl 33,33% onder die vorgeboortelike kategorie van gestremdheid ressorteer. Van die 128 gesinne is daar 122 gesinne wat nie 'n tweede verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal het nie.

Uit voorafgaande gegewens blyk dat ongeveer 4,69% van die 128 gesinne wat in hierdie ondersoek betrek is, wel 'n tweede kind in Witrandhospitaal het. Die ouers wat meer as een verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal het, se verantwoordelikheid ten opsigte van hul ouerlike pligte is dus meer as dié ouers wat net een verstandelik gestremde kind het. Dit impliseer dat hierdie ouers meer as een maal deur 'n soortgelyke krisis moes gaan, soos later aangetoon sal word.

Die graad van verstandelike gestremdheid van die tweede kind in Witrandhospitaal is ook bepaal en word in Tabel 2 uiteengesit:

TABEL 2

**GRAAD VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID BY TWEEDE KINDERS UIT
DIESELFDE GESIN IN WITRANDHOSPITAAL**

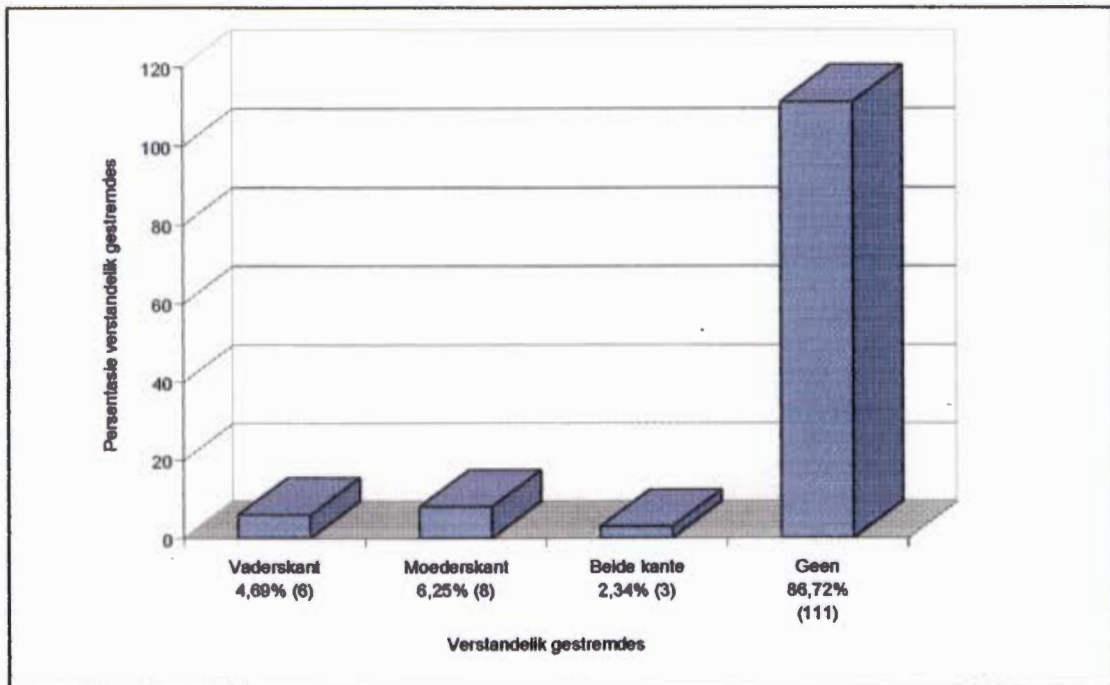
GRAAD	N	%
Matig gestrem	4	66,66
Swaar gestrem	1	16,67
Uiters gestrem	1	16,67
TOTAAL	6	100

Volgens Tabel 2 is 66,66% van die ses gesinne se tweede kind matig verstandelik gestrem. By die swaar en uiters verstandelik gestremde kategorieë is een gestremde kind gevind wat op 16,67% dui.

Deur middel van die ondersoek, is daar ook vasgestel of daar ander verstandelik gestremdes in die familie van die monstergroep voorkom. Die stamboom (Bylae 6) van elke proefpersoon is deur die ondersoeker nagegaan. Die volgende is bevind:

STAAFDIAGRAM 1

ANDER VERSTANDELIK GESTREMDES IN DIE FAMILIE (N = 128)



Soos blyk uit bogenoemde Staafdiagram 1, is daar aan vaderskant 4,69% (6) verstandelik gestremdes gevind en 6,25% (8) aan moederskant. Aan beide kante is 2,34% (3) familielede verstandelik gestrem. By die meeste gesinne (86,72%) wat in die ondersoek betrek is, is daar nie verstandelik gestremdes in hul onderskeie families aangetref nie.

Uit voorafgaande inligting is dit duidelik dat sekere gesinne wat in die ondersoek betrek is, ook geraak word deur ander verstandelik gestremde familielede. In sodanige gevalle is dit die taak van die maatskaplike werker om genetiese voorligting aan sulke families te verskaf.

Daar is vervolgens ook ondersoek ingestel oor die aantal verstandelik gestremdes wat in die familie voorkom. Hierdie gegewens word in Tabel 3 uiteengesit:

TABEL 3

DIE AANTAL VERSTANDELIK GESTREMDES WAT IN DIE FAMILIES
VOORKOM

	N	%
Moederskant	12	44,44
Vaderskant	8	29,63
Vader- en moederskant	7	25,93
TOTAAL	27	100

Sewe en twintig van die 128 gesinne wat in die ondersoek betrek is, is daar 12 (44,44%) verstandelik gestremde persone aan moederskant gevind en agt (29,63%) aan vaderskant. Aan beide kante is sewe (25,93%) verstandelik gestremde persone geïdentifiseer. Dit beteken dat oorerflikheid in dié families moontlik 'n rol mag speel, en dus vir die verskillende lede van die multi-dissiplinêre spanlede soos die geneesheer, sielkundige, verpleegkundige en maatskaplike werker beduidend mag wees.

3.2.5 ONBEKENDE OORSAKE

Louw (1990:299) wys daarop dat wanneer verstandelik gestremde persone nie onder enige sindroom of oorsaaklike faktor ressorteer of geklassifiseer word nie, sulke gevalle kongenitaal van aard of onbekend is. Die kategorie onbekende oorsake verwys na oorsaaklike faktore wat nie bepaal kan word nie. Kaplan en Sadock (1989:1746-1747) som die onbekende oorsake soos volg op:

"It has always been true that for a significant number of cases, the cause of mental retardation has been unknown. In most of these instances, several influences and events were apparent, and it was not possible to rate their importance or degree of influence. A child for example, may have had mild birth asphyxia, gone to live in a

deprived home, and later had a mild head injury. Or a child may have had a few mild congenital anomalies, low birth weight, and repeated serious infections in the first year. In these and similar cases, malnutrition, child abuse, and exposure to lead can further complicate discovering cause of the mental retardation. Since for these children, it is difficult or impossible to find a single causative factor for their mental retardation, the cause is classified unknown."

Uit bogenoemde inligting is dit duidelik dat dit moeilik is om oorsake van verstandelike gestremdheid vas te stel veral as 'n kind aan verskeie moontlike oorsake blootgestel is.

Die inligting soos in Sirkeldiagram 1 (sien p.19) aangedui, dui daarop dat die onbekende oorsake die grootste oorsaaklike faktor van verstandelike gestremdheid in Witrandhospitaal is. Dit verteenwoordig 43,75% van die gestremdes wat in die ondersoek betrek is.

3.3 'N KLASSIFIKASIE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

Die klassifikasie van verstandelike gestremdheid dui die kognitiewe funksioneringsvlak van die verstandelik gestremde persoon aan. Die vroeë klassifikasie van verstandelike gestremdheid, naamlik idiot, moroon en imbesiel is tydens die eerste helfte van hierdie eeu gebruik om die verskillende grade van verstandelike gestremdheid, te omskryf (Louw, 1990:272).

Vir die doeleindes van hierdie studie, word die huidige klassifikasie wat deur Witrandhospitaal gevolg word, bespreek.

3.3.1 HUIDIGE KLASSIFIKASIE

Die American Psychiatric Association (1994:40) en Louw (1990:272-273) verwys na vier grade van verstandelike gestremdheid. Hierdie klassifikasie word soos volg uiteengesit:

TABEL 4**DIE HUIDIGE GRAAD EN INTELLIGENSIEVLAK (IK-TELLING) VAN
VERSTANDELIKE GESTREMDHEID**

GRAAD VAN GESTREMDHEID	INTELLIGENSIEVLAK VOLGENS DIE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION	INTELLIGENSIEVLAK VOLGENS LOUW
Lig verstandelik gestrem	50 - 55 tot en met 70	50 - 70
Matig verstandelik gestrem	35 - 40 tot 50 - 55	35 - 49
Swaar verstandelik gestrem	20 - 25 tot 35 - 40	20 - 34
Uiters verstandelik gestrem	Laer as 20 of 25	Laer as 20

Bogenoemde tabel bied 'n uiteensetting van die verskillende grade van verstandelike gestremdheid, naamlik lig, matig, swaar en uiters verstandelik gestrem. Dit is duidelik dat die American Psychiatric Association se indeling verskil van Louw se kategorie. In Suid-Afrika, en spesifiek in Witrandhospitaal, word gebruik gemaak van Louw se indeling. 'n Persoon bo die intelligensievlak van 70 word volgens genoemde tabel as verstandelik normaal beskou. Diegene met 'n IK-telling van 70 en laer word as verstandelik gestrem beskou.

Die voorkoms van die verstandelik gestremde populasie in die gemeenskap word deur Louw (1990:270) en die American Psychiatric Association (1994:41) soos volg aangedui:

TABEL 5**DIE VOORKOMS VAN DIE VERSTANDELIK GESTREMDE POPULASIE IN
DIE GEMEENSKAP**

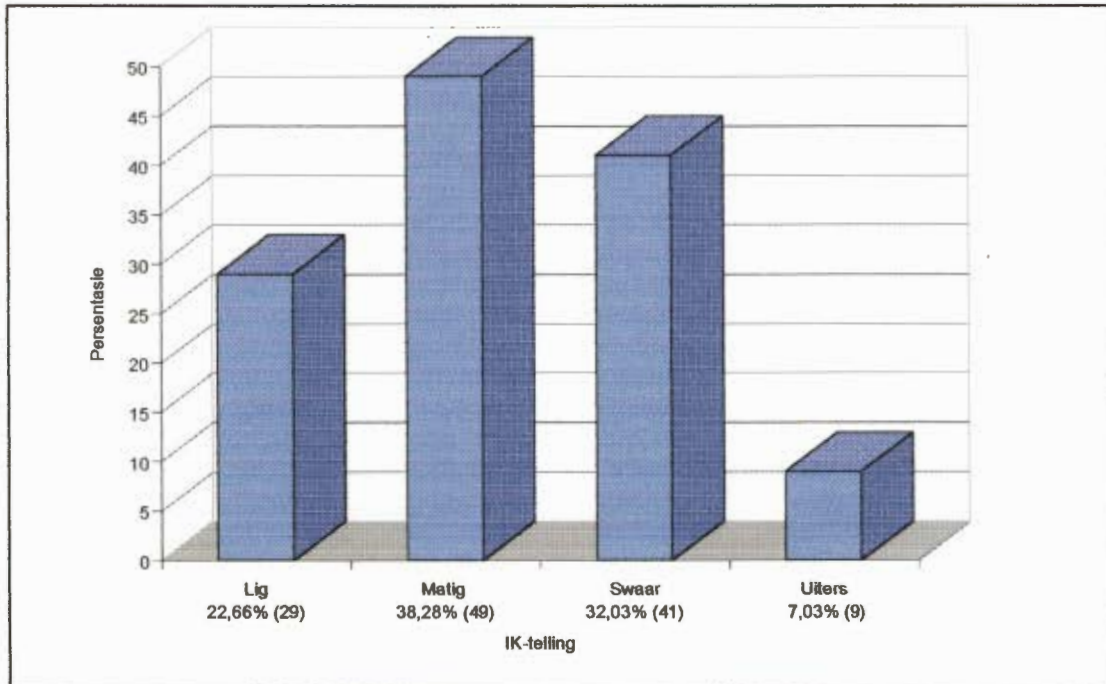
GRAAD VAN GESTREMDHEID	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION	LOUW
Lig verstandelik gestrem	85%	80%
Matig verstandelik gestrem	10%	12%
Swaar verstandelik gestrem	3 - 4%	7%
Uiters verstandelik gestrem	1 - 2%	1%

Uit bognoemde Tabel blyk dit dat daar weinig verskil is tussen die American Psychiatric Association en Louw se indeling van die voorkoms van verstandelike gestremdheid. Dit is duidelik dat die lig verstandelik gestremde populasie die meeste in die gemeenskap verteenwoordig word, teenoor die uiters verstandelik gestremde persone wat slegs 'n klein persentasie verteenwoordig. Sowat 13% - 19% van die verstandelik gestremde populasie is matig en swaar verstandelik gestrem.

In hierdie ondersoek is daar gepoog om vas te stel wat die graad van verstandelike gestremdheid van die pasiënte in Witrandhospitaal is. Die resultate van die bevindings van die pasiënte wat in die ondersoek betrek is, word in Staafdiagram 2 voorgestel.

STAAFDIAGRAM 2

GRAAD VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID VAN DIE MONSTERGROEP IN WITRANDHOSPITAAL (N = 128)



Daar is bevind dat die meeste pasiënte (49) wat in die monstergroep opgeneem is, dit wil sê 38,28% in die matig verstandelik gestremde groep val met 'n IK-telling van tussen 35 - 49. Die tweede grootste groep (41) is die swaar verstandelik gestremde persone met 'n IK-telling van 20 - 34. Die laasgenoemde groep verteenwoordig 32,03% van die monstergroep wat in die ondersoek betrek is. Die derde grootste groep is die lig verstandelik gestremdes met 22,66% (29). Hierdie groep ressorteer in die intelligensievlak van 50 - 70. Die uiters verstandelik gestremde groep (9) toon 'n persentasie van 7,03%. Hulle IK-telling is laer as 20. Volgens voorafgaande is dit duidelik dat Witrandhospitaal meer matig en swaar verstandelik gestremdes huisves en versorg as lig en uiters verstandelik gestremdes.

Soos bevind in Witrandhospitaal, kom die lig verstandelik gestremdes nie die meeste voor soos Louw en die American Psychiatric Association se uiteensetting (kyk Tabel 5 op p.35) nie. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat Witrandhospitaal se vereistes vir die opname van verstandelik gestremdes veral

voorsiening maak vir diegene wat nie in private of staatsgesubsidieerde nasorgsentrums opgeneem kan word nie. Genoemde nasorgsentrums neem gewoonlik verstandelik gestremdes in wat opieibaar is om beskermde arbeid te verrig, en wat ook kan inskakel by hul programme en aktiwiteite. Dus word die swaar en uifers verstandelik gestremdes eerder opgeneem in staatsinrigtings vanweë hul beperkte beweeglikheid en verstandsvermoëns. Dit beteken egter dat swaar en uifers verstandelik gestremdes groter eise stel aan personeel verbonde aan staatshospitale as diegene wat lig en matig verstandelik gestrem is.

3.4 SAMEVATTING

In Hoofstuk 3 is die oorsake en klassifikasie van verstandelike gestremdheid bespreek. Daar is gekonsentreer op die voorgeboortelike, perinatale, nageboortelike, sosio-kulturele en onbekende oorsake, asook die verskillende grade van verstandelike gestremdheid. Die oorsaaklike faktore en graad van verstandelike gestremdheid in Witrandhospitaal en in die gesinne/families, is ook ondersoek.

Daar is bevind dat onbekende oorsake die grootste groep verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal verteenwoordig, en dat daar meer matig verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal opgeneem word. 'n Tweede verstandelik gestremde kind het in sommige van die gesinne voorgekom wat daarop dui dat hierdie gesinne 'n dubbele verantwoordelikheid moet dra ten opsigte van die versorging van só 'n verstandelik gestremde kind. Voorts het daar ook ander gestremdes in die families voorgekom, wat 'n beduidende rol kan speel by oorerwing.

Teen voorafgaande bevindings, word daar vervolgens in Hoofstuk 4 stilgestaan by Witrandhospitaal as staatshospitaal met 'n profiel van sy pasiënte.

HOOFSUK 4

***WITRANDHOSPITAAL,
POTCHEFSTROOM***

HOOFSTUK 4

WITRANDHOSPITAAL, POTCHEFSTROOM

4.1 INLEIDING

Die doel van hierdie navorsing is om die verstandelik gestremde en sy gesin se sosio-ekonomiese posisie vas te stel, en te bepaal wat die taak van die maatskaplike werker is. Dit word moontlik gemaak deur 'n kliëntprofiel van die verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal saam te stel. Die doel van hierdie hoofstuk is om gegewens oor die kliëntsisteem beskikbaar te stel wat noodsaaklik is om die taak van die maatskaplike werker te omskryf wat met sulke kliënte werk.

Teen voorafgaande agtergrond word daar in hierdie hoofstuk gefokus op die ontstaan en struktuur van Witrandhospitaal asook die identifiserende besonderhede van die gestremde soos geslag, ouderdom, huistaal, kinders in die gesin en die ouers ten einde 'n geheelbeeld te verkry van die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal en sy gesin.

4.2 ONTSTAAN VAN WITRANDHOSPITAAL

Omdat die pasiënte van Witrandhospitaal die ondersoekgroep verteenwoordig, word vervolgens 'n kort oorsig gebied van dié hospitaal se ontstaan.

Tydens die Anglo-Boereoorlog wat van 1899 tot 1902 geduur het, het die Engelse Regering beslag gelê op 'n gedeelte van die plaas Witrand. Daar is geboue van hout en sink opgerig om voorsiening te maak vir tussen drie- en vierduisend imperiale troepe. Ná afloop van die Eerste Wêreldoorlog het die Potchefstroomse Munisipaliteit die grond van ongeveer 754 morges teruggekoop van die Engelse Regering teen 'n bedrag van £650-00 (R1 300-00). Daarna is die geboue beskikbaar gestel aan die Potchefstroomse Onderwyskollege vir die opleiding van onderwysers tot en met 1922. Vir 'n kort tydperk van onbruik, het die Potchefstroomse Munisipaliteit besluit om die grond te skenk aan die destydse Departement van Binnelandse Sake vir die gebruik as 'n inrigting vir swaksinniges.

Op 5 November 1923 word Witrandhospitaal amptelik geopen onder die naam "Potchefstroom Trainingskool". Die doel van hierdie opleidingskool was om swaksinniges (verstandelik gestremdes) op te lei vir een of ander vorm van werk. Omdat genoemde naam die verkeerde indruk by die publiek geskep het, naamlik dat dit 'n opleidingskool vir normale kinders is, is dié naam in 1924 verander na Witrandinrigting en daarna na Witrand Sorg- en Rehabilitasiesentrum. In 1991, op aanbeveling van die Dagbestuur van hierdie hospitaal, is die naam verander na Witrandhospitaal (Anon, 1993).

4.3 STRUKTUUR VAN WITRANDHOSPITAAL

Witrandhospitaal is 'n staatsinrigting wat voorsiening maak vir ongeveer 1 220 verstandelik gestremde persone. Dit is geografies geleë te Potchefstroom in die Noordwes-provinsie. Hierdie hospitaal is een van vyf staatshospitale in Suid-Afrika. Die ander hospitale is Cullinanhospitaal, Cullinan; Oranjehospitaal, Bloemfontein; Umgeni-hospitaal, Howick en Alexandrahospitaal, Maitland. Om die omvang van Witrandhospitaal te verduidelik, is dit nodig om die verskillende afdelings visueel voor te stel. Die geografiese opset van dié hospitaal word in Bylae 4 vervat.

Uit die kaart (Bylae 4) wat van Witrandhospitaal saamgestel is, kom dit na vore dat daar in totaal 15 afdelings is wat vir verstandelik gestremdes voorsiening maak. Die indeling van dié verskillende afdelings is soos volg:

- Villa 1: matige graad mans
- Villa 4: lig en matige graad mans
- Afdeling 2: noodeenheid en opnames
- Afdeling 3: laagfunksionerende vrouens
- Afdeling 4: geriatriese en matige graad mans
- Afdeling 5: spastiese laagfunksionerende mans
- Afdeling 6: spastiese laagfunksionerende vrouens
- Afdeling 7: vrouens en mans met epilepsie
- Afdeling 8: lig en matige graad vrouens
- Afdeling 9: seuns en skoolgaande seuns
- Afdeling 10: lig en matige graad mans

- Afdeling 11: mans- en vroue-uitwerkers
- Afdeling 12: geriatryse vrouens
- Afdeling 14: spastiese laagfunksionerende mans en vrouens

Bogenoemde indeling is gedoen deur die verpleegdiensbestuurders van Witrandhospitaal. Daar is gepoog om homogene groepe van verstandelik gestremdes in die verskillende afdelings saam te plaas. Die doel hiervan is om die verpleegsorgtaak te vergemaklik. Afdeling 1 is die psigiatryse eenheid wat voorsiening maak vir die behandeling van geestesongestelde persone.

Genoemde kaart bied ook 'n aanduiding van die ander afdelings/departemente in Witrandhospitaal waar pasiënte nie gehuisves word nie, soos die vervoer- en werkedpartemente, washuis, kombuis, naaldwerkkamer, store, apteek, psigiatryse gemeenskapsdiens, arbeidsterapie, fisioterapie, verpleegkollege, verpleegsterstehuis en administratiewe kantore.

Witrandhospitaal se diensstaat maak voorsiening vir ongeveer 1 279 personeellede wat in drie kategorieë verdeel word, naamlik die administratiewe dienste, pasiëntesorg, kliniese en aanvullende hulpdienste. Om dié diensstaat beter toe te lig, word dit in Bylae 5 skematies voorgestel.

Volgens Witrandhospitaal se diensstaat het die administratiewe komponent en die pasiëntesorgafdelings die meeste personeel in diens, in vergelyking met die kliniese en aanvullende hulpdienste. Die aantal personeel werksaam in die verskillende afdelings, word ook in Bylae 5 uiteengesit. Sowat 886 personeellede is betrokke by die pasiëntesorg en 348 by administratiewe dienste. Die kliniese en aanvullende hulpdienste maak voorsiening vir 44 personeellede op Witrandhospitaal se diensstaat. Die professionele werknemers werksaam in Witrandhospitaal wat onder die kliniese en aanvullende hulpdienste ressorteer is die geneeshere, kliniese sielkundiges, maatskaplike werkers, fisioterapeute, arbeidsterapeute en aptekers.

Witrandhospitaal is dus 'n staatsinrigting wat 'n groot aantal verstandelik gestremde pasiënte versorg, behandel en huisves. Daarbenewens is hierdie hospitaal ook 'n werkverskaffer wat diens lewer aan die gemeenskap van Potchefstroom asook die res van die Noordwes-provinsie.

4.4 PASIËNTE VAN WITRANDHOSPITAAL

Om 'n geheelbeeld te verkry van die pasiënte van Witrandhospitaal word aspekte bespreek soos hul geslag, ouderdomsverspreiding, opnametydperk, huistaal, ander kinders in die gesin, hul ouers en of daar ander verstandelik gestremdes in die familie voorkom.

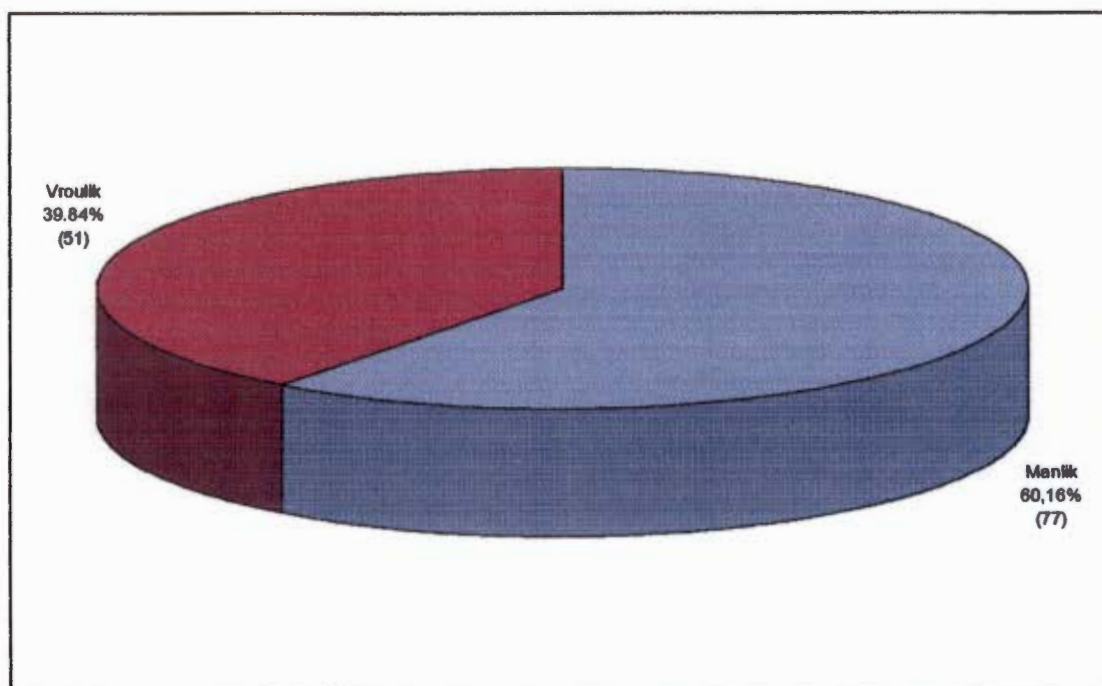
4.4.1 GESLAG

Die geslag van die pasiënte in Witrandhospitaal is van groot belang omdat dit bepalend is in watter afdeling van die inrigting die pasiënte gehuisves word en of daar plek in die verskillende afdelings, beskikbaar is. Sekere afdelings maak byvoorbeeld voorsiening vir seuns/mans of dogters/dames. Soos blyk uit die uiteensetting en ligging van die verskillende afdelings (sien Bylae 4), is daar ook gemengde sale waar pasiënte van albei geslagte huisves, omdat dié pasiënte homogene defekte ervaar en dit behandeling vergemaklik.

Die geslag van die monstergroep wat by hierdie ondersoek betrek is, word in Sirkeldiagram 2 voorgestel.

SIRKELDIAGRAM 2

GESLAG VAN DIE MONSTERGROEP (N = 128)



Uit genoemde diagram is dit duidelik dat meer manlike as vroulike pasiënte vir die tydperk 1980 - 1994 in Witrandhospitaal opgeneem is. Van die totale steekproef is 60,16% (77) mans en 39,84% (51) vroue. Hieruit kan afgelei word dat daar vir die genoemde tydperk meer opnamemoontlikhede vir manlike pasiënte as vir vroulike pasiënte in Witrandhospitaal beskikbaar was. Ferreira (1997:70) het bevind dat vir die tydperk 1992 tot 1994 meer mans as vrouens in Witrandhospitaal opgeneem is. Hierdie bevindings stem ooreen met Fotheringham *et al.* (1971:57) se bevindings in Toronto, naamlik dat meer seuns as dogters in inrigtings opgeneem word. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die groter persentasie gedragsprobleme wat meer by verstandelik gestremde mans as by verstandelik gestremde vrouens voorkom (Duker *et al.*, 1986:54, Eyman en Call, 1977:139). Die taak van die maatskaplike werker sal wees om hom te vergewis van die verskille tussen die twee geslagte, en hoe elke manlike of vroulike pasiënt in die maatskaplikewerk-proses behandel moet word.

4.4.2 OUDERDOMSPREIDING

Met hierdie navorsing het die vraag ontstaan in watter ouderdomsgroep verstandelik gestremdes val tydens opname. Die ouderdom van die gestremde is van belang, omdat dit bepalend is of daar 'n opnamemoontlikheid in die inrigting vir so 'n persoon is. Dit is ook belangrik om te weet in watter afdeling die gestremde geplaas moet word omdat Witrandhospitaal die minimum-ouderdom van ses jaar en ouer as 'n vereiste vir opname, stel. Pasiënte in Witrandhospitaal word in afdelings geplaas op grond van hul ouderdom en vlak van funksionering. Vir die maatskaplike werker is hierdie inligting noodsaaklik om saam met die multi-dissiplinêre spanlede, 'n aanbeveling te maak vir die korrekte plasing van 'n pasiënt in 'n geskikte afdeling. 'n Ontleding is gemaak van alle pasiënte se ouderdomme wat die afgelope tien jaar in Witrandhospitaal opgeneem is, en bied 'n aanduiding van die ouderdomsgroep wat die meeste in Witrandhospitaal verteenwoordig word. Die bevindings word in Tabel 6 uiteengesit.

TABEL 6

OUDERDOM VAN DIE MONSTERGROEP

OUDERDOM	N	%
0 – 10 jaar	21	16,40
11 – 20 jaar	38	29,69
21 – 30 jaar	28	21,88
31 – 40 jaar	19	14,84
41 – 50 jaar	12	9,38
51 – 60 jaar	7	5,47
61 – 70 jaar	3	2,34
TOTAAL	128	100

Uit Tabel 6 is dit duidelik dat oor die verloop van tien jaar pasiënte opgeneem is, waarvan die ouderdomme wissel vanaf tienjarige ouderdom tot 70 jaar oud. Die grootste groep, naamlik 38 pasiënte (bykans 30%) het in die ouderdomsgroep 11 - 20 jaar geval. Dit word gevolg deur pasiënte in die ouderdomskategorie van 21 - 30 jaar (28 pasiënte), asook 21 pasiënte tot en met 10 jaar (16,40%). Gesamentlik verteenwoordig hierdie genoemde kategorieë meer as twee derdes (67,97%) van alle opnames in Witrandhospitaal die afgelope tien jaar.

Ferreira (1997:73) se bevindings stem ooreen met bevindings uit hierdie ondersoek, naamlik dat 'n groot persentasie verstandelik gestremdes met opname in die ouderdomsgroep 10 - 29 jaar val. Dié ouderdomsgroepe verteenwoordig die begin van die tiener- tot adolessensiejare. Die oorblywende 31 (24,22%) pasiënte is tussen 31 en 50 jaar oud. Ongeveer 10 pasiënte (7,81%) was ouer as 51 jaar.

Uit voorafgaande besonderhede is dit duidelik dat ouers van verstandelik gestremde kinders wat van Witrandhospitaal gebruik maak, hoofsaaklik hulle

kinders op 'n jong leeftyd laat opneem. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat verstandelik gestremde kinders hoër eise stel wat hulle versorging betref. Die ouderdomme 11 - 30 jaar verteenwoordig die tiener- en vroeë volwassetydperk van 'n persoon en dié fases bring ook bepaalde probleme mee soos sosiale aanpassings en gedragsprobleme.

4.4.3 OPNAMETYDPERK

Die opnametydperk van pasiënte bied 'n aanduiding in watter jaar die meeste/minste pasiënte opgeneem is. Sedert 1980 vereis Witrandhospitaal breedvoerige verslae van professionele persone in die praktyk soos medici, sielkundiges, onderwysers en maatskaplike werkers om 'n omvattende evaluering van die kandidate en hulle gesinne se funksionering te maak. Hierdie evaluering word deur die multi-dissiplinêre spanlede by Witrandhospitaal gedoen. Die ouers/familielede/vriende wat aansoek doen om opname van 'n kind, word versoek om die maatskaplike werker in hul tuisdorp of omgewing te nader vir professionele hulp met die aansoek om opname in Witrandhospitaal.

'n Maatskaplikewerkondersoek na die omstandighede van die gesin word deur die maatskaplike werker buite inrigtingverband gedoen. Daarna word 'n maatskaplikewerkverslag en ander tersaaklike mediese, sielkundige en skoolverslae na Witrandhospitaal gestuur. Die opnametydperk van pasiënte in Witrandhospitaal word in Tabel 7 aangebied soos dit gedurende die tydperk 1980 - 1994 voorgekom het.

TABEL 7

TYDPERK VAN OPNAME VAN DIE MONSTERGROEP

OPNAMETYDPERK	N	%
1980	5	3,91
1981	10	7,81
1982	5	3,91
1983	6	4,68
1984	4	3,13
1985	3	2,34
1986	6	4,68
1987	10	7,81
1988	12	9,38
1989	9	7,03
1990	12	9,38
1991	15	11,72
1992	15	11,72
1993	11	8,59
1994	5	3,91
TOTAAL	128	100

Tabel 7 toon aan dat die grootste aantal pasiënte in 1991 en 1992 opgeneem (15 pasiënte vir elke jaar) is. Die opnames vir dié twee jare bied 'n totale persentasie van 23,44%. In 1988 en 1990 is die tweede grootste aantal pasiënte opgeneem, naamlik 12 (9,38%) pasiënte in elk van die twee jare. Dit blyk dus dat daar ongeveer een pasiënt per maand in Witrandhospitaal opgeneem is.

Uit die ondersoek is dit duidelik dat die kleinste persentasie (2,34) pasiënte in 1985 opgeneem is. Slegs drie pasiënte is in dié jaar opgeneem. Dit wil dus voorkom of die aantal opnames in Witrandhospitaal jaarliks van mekaar verskil na gelang van die behoeftes wat in die gemeenskap voorkom, en die beskikbaarheid van plek in Witrandhospitaal.

Omdat die maatskaplike werker van Witrandhospitaal nou gemoeid is met die opnames van die verstandelik gestremde, is dit van belang om die aansoeke te keur om te bepaal of daar aan die vereistes vir opname, voldoen word. Indien die aansoeker nie 'n geskikte kandidaat vir Witrandhospitaal is nie, word sodanige persoon deur die maatskaplike werker verwys na ander inrigtings of bestaande hulpbronne.

Uit bogenoemde gegewens blyk dit dat Witrandhospitaal jaarliks nie 'n groot aantal verstandelik gestremdes opneem nie, wat moontlik toegeskryf kan word aan beperkte akkommodasie of dat die aansoekers nie altyd aan die vereistes vir opname voldoen nie.

4.4.4 HUISTAAL

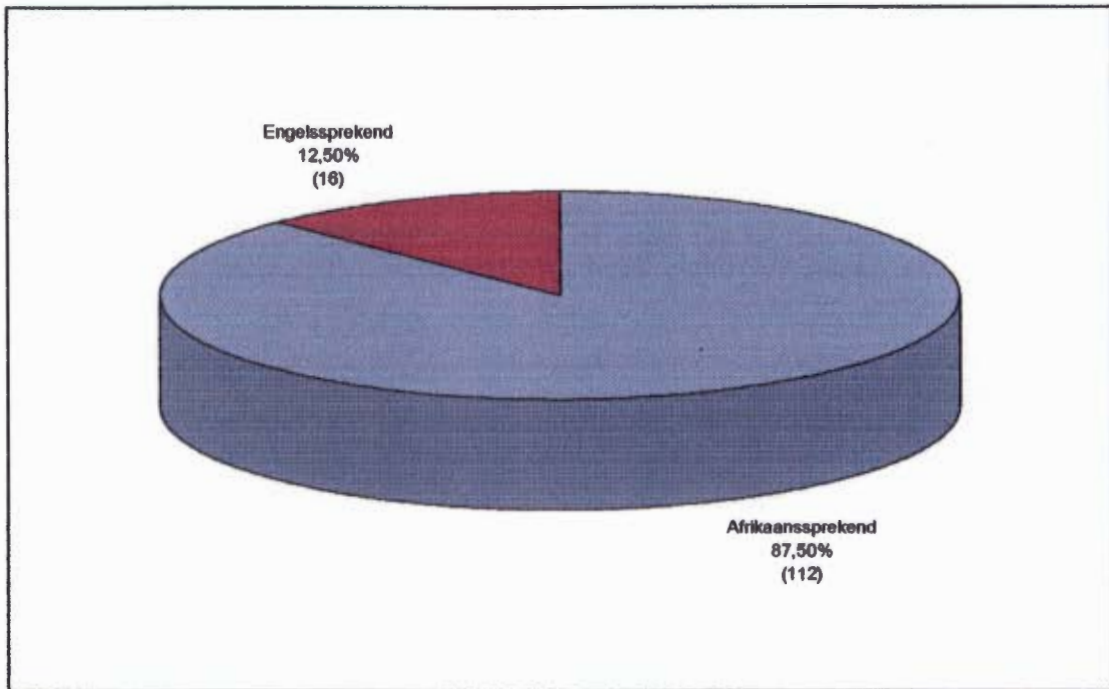
Taal hou verband met die mens se kultuur waarin hy hom bevind. Kinch (1973:56) verwys na die gebruik van 'n taal soos volg:

“Our study of communication assumed the existance of what we call language - the system of verbal or written symbols that are shared with some degree of consistency by the members of a community. The anthropologists tell us that all human societies have languages. At the same time, evidence indicates that they are not found in any subhuman species.”

Ten spyte daarvan dat die pasiënte in Witrandhospitaal al die bevolkingsgroepe verteenwoordig, het die ondersoeker bevind dat die oorgrote meerderheid van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, Afrikaanssprekend is. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat Witrandhospitaal in die vorige politieke bedeling slegs 'n beperkte aantal verstandelik gestremdes van ander bevolkingsgroepe opgeneem het. Sirkeldiagram 3 bied 'n uiteensetting van die gesinne se huistaal.

SIRKELDIAGRAM 3

HUISTAAL VAN GESIN (N = 128)



Uit genoemde bevindings is dit duidelik dat die meeste pasiënte (112) in die monstergroep, naamlik 87,50% Afrikaanssprekend is en die oorblywende 12,50% (16 pasiënte), Engelssprekend. Alhoewel taal 'n belangrike medium tot kommunikasie is, kan die meeste pasiënte en personeel in Witrandhospitaal Afrikaans verstaan en praat. Sover moontlik word die verstandelik gestremdes en hul gesinne in hul eie taal bedien.

4.4.5 GESINNE MET AFHANKLIKE EN ONAFHANKLIKE KINDERS

Gesinne met afhanklike en onafhanklike kinders is belangrik vir die multi-dissiplinêre spanlede, omdat dit 'n aanduiding bied van die gestremde se gesin se vlak van funksionering. Gewoonlik kies ouers self hoeveel kinders hulle wil hê. Alpaslan (1994:104) is van mening dat die aantal kinders wat 'n egpaar begeer, nie deur die norm van die gemeenskap bepaal word nie. Die afhanklike kinders in 'n gesin van die verstandelik gestremde plaas groter druk op die ouers, as dié gesinne met onafhanklike kinders. Die rede hiervoor is omdat al die afhanklike kinders in die gesin eise aan die ouers stel. Tabel 8 bied 'n uiteensetting van die posisie van gesinne van pasiënte sover dit kinders betref.

TABEL 8**AANTAL GESINNE VAN DIE MONSTERGROEP MET AFHANKLIKE EN ONAFHANKLIKE KINDERS IN DIE GESIN**

AFHANKLIKE EN ONAFHANKLIKE KINDERS	N	%
Afhanklike kinders	30	23,43
Onafhanklike kinders	73	57,03
Beide kom voor	13	10,16
Geen afhanklike of onafhanklike kinders	12	9,38
TOTAAL	128	100

Uit Tabel 8 is dit duidelik dat 30 (23,43%) van die pasiënte wat by hierdie ondersoek betrek is se gesinne nog afhanklike kinders tuis versorg. In 57,03% (73) van die gesinne kom daar onafhanklike kinders voor, terwyl in 10,16% (13) van die gesinne afhanklike sowel as onafhanklike kinders voorkom. In 12 (9,38%) gesinne is kinders nie ter sprake nie aangesien die pasiënt die enigste kind is, of die pasiënt self getroud was en geen kinders het nie.

Dit is dus uit Tabel 8 duidelik dat die meeste gesinne van die pasiënte wat in die ondersoek betrek is, oor afhanklike kinders beskik. Dit hou verband met die bevindings in Tabel 6 (kyk p.43) dat die grootste groep pasiënte met opname in die ouderdomskategorie 11 - 20 jaar oud val, gevolg deur die groep van 21 - 30 jaar. Hieruit word afgelei dat die meeste verstandelik gestremde pasiënte in Witrandhospitaal reeds met opname in hulle tiener/vroeë-volwasseleefydperk verkeer, en dat hulle broer(s) en/of suster(s) ook min of meer in dié bepaalde lewensfase is.

Benewens voorafgaande wil dit voorkom of die tydperk waartydens ouers hulle verstandelik gestremde kind in 'n inrigting laat opneem, ooreenkom met die

tydperk wanneer die ander kinders in die gesin die huis verlaat. Probleme uit hierdie tydperk spruit dikwels uit die wisselwerking tussen die kind en sy gesin, sy ouderdomsgroep en sy standaard, wat beleef word as die sogenaamde storm-en-drang-tydperk (Blodgett, 1971:95-98). In die gevalle waar die pasiënt die enigste kind is, kan dit toegeskryf word aan die feit dat die ouers besluit het om nie meer as een kind te hê nie, moontlik as gevolg van skok, familiële oorerwing, genetiese oorsake, moeilike swangerskappe of die eise wat die versorging en opvoeding van 'n verstandelik gestremde kind stel.

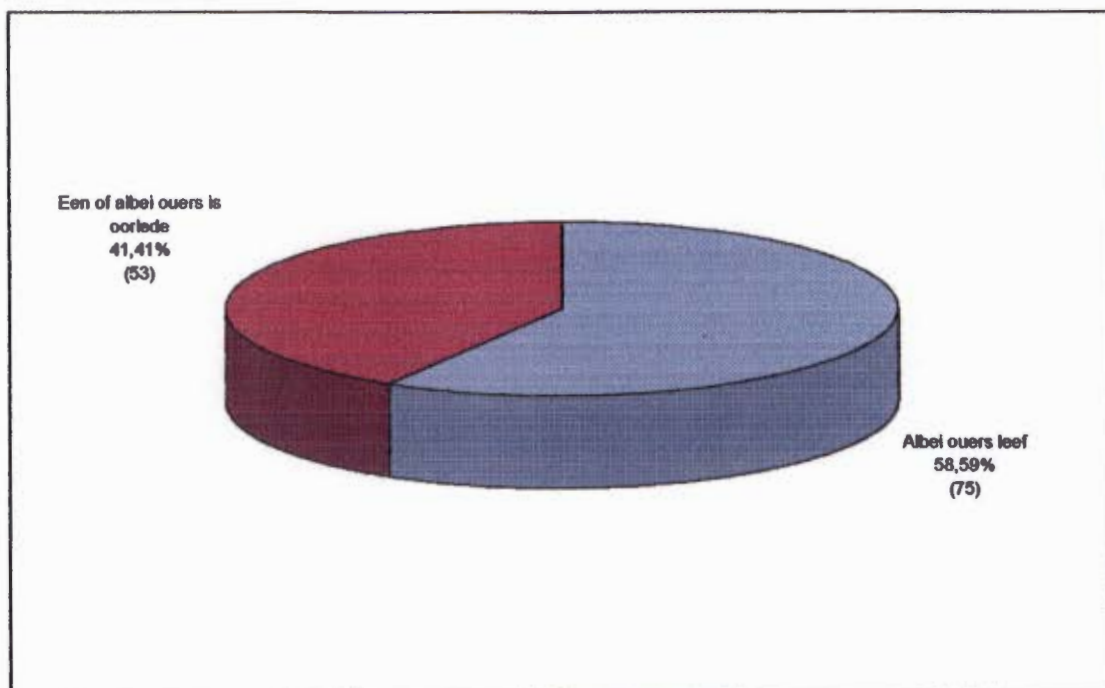
Volgens bogenoemde bevindings kom daar afhanklike sowel as onafhanklike kinders in die gesinne met 'n verstandelik gestremde kind, voor. Waar daar ook afhanklike kinders in die gesin voorkom, is dit moontlik dat die ouer(s) se aandag en versorging verdeeld kan wees tussen die genoemde kinders en die verstandelik gestremde kind. Hierdie probleem sal nie noodwendig voorkom by die gesin met onafhanklike kinders nie. Die taak van die maatskaplike werker is om die ouers van die gestremde kind by te staan met hulp en bystand.

4.4.6 OUER(S) VAN PASIËNTE

In hierdie ondersoek is die persentasie ouers van die pasiënte wat leef, vasgestel. Hierdie aspek is vir die maatskaplike werker en multi-dissiplinêre spanlede van belang, omdat dit inligting bied insake die aantal enkelouergesinne, en ook die gesinne waar 'n stiefouer betrokke is. Dit kan verwag word dat enkelouers asook stiefouers meer geneë sal wees om hul gestremde kinders in 'n inrigting te laat opneem, moontlik vanweë die feit dat hulle nie die voltydse versorging van só 'n kind en die eise wat dit stel, langer kan behartig nie. Die bevindings van die monstergroep wat ouers het/nie het nie, word in Sirkeldiagram 4 weergegee.

SIRKELDIAGRAM 4

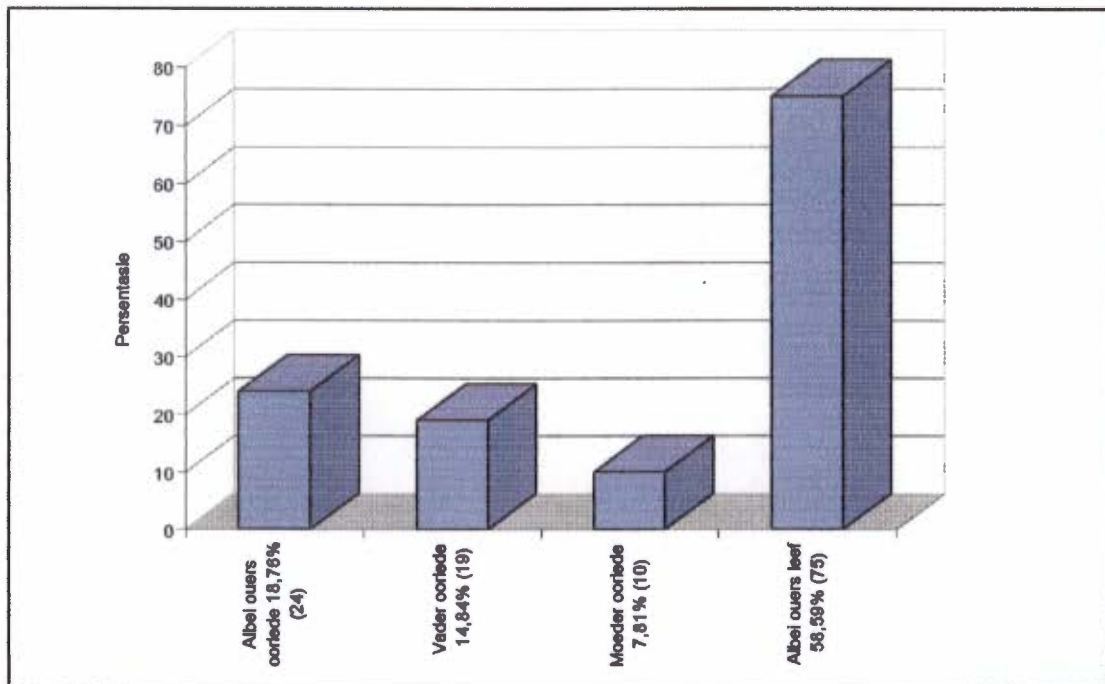
OUER(S) VAN DIE MONSTERGROEP WAT LEEF OF OORLEDE IS (N = 128)



Uit bogenoemde Sirkeldiagram is dit duidelik dat die meeste pasiënte se biologiese ouers (58,59% of 75 gesinne) nog leef, terwyl 41,41% (53) van die gesinne 'n ouer of ouers verloor het. Soos blyk uit die bevindings, is daar heelwat verstandelik gestremde kinders in Witrandhospitaal wat nie 'n ouer of ouers het nie. Voorts is daar ook vasgestel watter ouer oorlede is. Dit is die taak van die maatskaplike werker om as lid van die multi-dissiplinêre span ondersteuning te bied, aan die gestremde met opname in 'n inrigting waar albei ouers oorlede is. Die aanpassing van die verstandelik gestremde word dikwels bepaal deur die ondersteuningssisteme binne inrigtingverband. Hierdie bevindings word soos volg in Staafdiagram 3 voorgestel.

STAAFDIAGRAM 3

OUER(S) WAT LEEF OF OORLEDE IS MET OPNAME VAN HUL KIND (N = 128)



Uit voorafgaande Staafdiagram blyk dit dat byna 19% (24) ouers, dit wil sê albei ouers van die monstergroep, oorlede is. In sowat 15% (19) van die gesinne is die vader en in 7,81% (10) die moeder oorlede. In 58,59% van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, leef albei ouers nog. Uit Staafdiagram 3 is dit duidelik dat 53 (41,41%) van die 128 gesinne wat in die ondersoek betrek is, 'n ouer of albei ouers verloor het. Die afsterwe van albei ouers impliseer dat die ondersteuningstelsels van hierdie pasiënte in die gemeenskap, slegs bestaan uit familielede, vriende, sommige instansies soos welsynsorganisasies, kerke en landdroshowe.

Volgens Bayley (1973:57) is die dood of siekte van 'n ouer die tweede grootste rede naas gedragsprobleme by die verstandelik gestremde vir opname in 'n inrigting. Uit die genoemde bevindings is dit duidelik dat die afsterwe van 'n vader bykans die helfte meer is as die afsterwe van 'n moeder. Hierdie omstandighede hou finansiële implikasies vir die gesin in omdat die vader as die broodwinner van 'n gesin beskou word. Dit kan die moeder noop om

buitenshuisse loonarbeid te verrig ten einde in die gesin se finansiële behoeftes te voorsien. Navorsing dui daarop dat die ouer of ouers van 'n verstandelik gestremde kind só 'n kind laat institutionaliseer omdat dit onder andere spanning op die ouers plaas om op finansiële gebied in hierdie kinders se behoeftes te voorsien (Cole, 1986:228). In die meeste gevalle vereis verstandelik gestremde kinders spesiale versorging, onderrig en opleiding.

Die afsterwe van 'n ouer of ouers beïnvloed die persoonlike kontak van gesinslede met 'n verstandelik gestremde kind in inrigtingverband. Dit mag meebring dat die oorblywende ouer en ander gesinslede minder of meer kontak met die verstandelik gestremde kind bewerkstellig. Indien albei ouers tot sterwe kom, is daar nie meer dié persoonlike kontak nie en is die verstandelik gestremde aangewese om kontak te behou met slegs broers/susters, ander familielede, vriende of belangstellendes. Die taak van die maatskaplike werker in gevalle waar een of albei ouers van 'n verstandelik gestremde tot sterwe kom, is om die verstandelik gestremde en die oorblywende gesinslede ondersteuning en begeleiding te bied ten opsigte van die rouproses waardeur hulle gaan.

4.4.7 Ander verstandelik gestremde kinders in die gesin

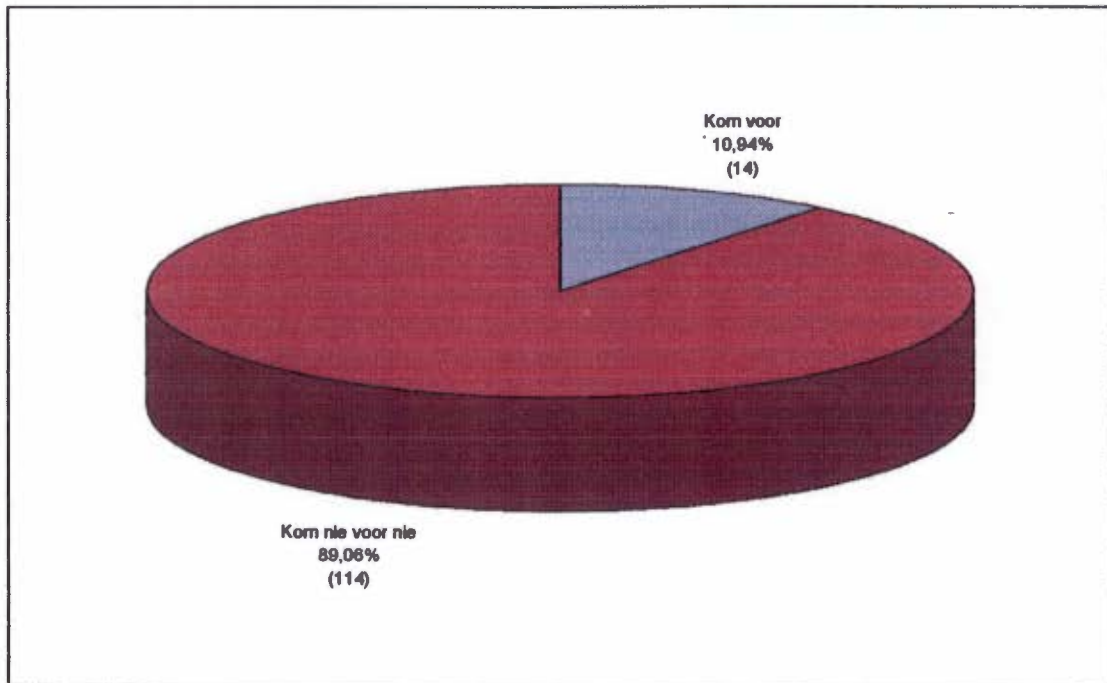
Vir die maatskaplike werker en ander lede van die multi-dissiplinêre span, is dit van belang om te weet of daar meer as een verstandelik gestremde kind in die gesin is, omdat dit 'n aanduiding bied van die verantwoordelikheid wat só 'n gesin moet dra.

Die leggers van pasiënte wat inligting bevat oor genetiese besonderhede word gebruik om vas te stel of daar nog broers of susters in die gesin verstandelik gestrem is, asook besonderhede van ander geaffekteerde familielede. Soos in Tabel 1 en Tabel 2 (pp.29 en 30) bevind, is daar ook 'n tweede verstandelik gestremde kind in sommige van die gesinne wat in die ondersoek betrek is. Die genetiese verpleegkundige is 'n lid van die multi-dissiplinêre span. Laasgenoemde se taak is om onderhoude te voer met die ouers/naasbestaendes van die verstandelik gestremde om 'n stamboom (kyk Bylae 6) saam te stel.

Tydens hierdie ondersoek is daar vasgestel dat benewens die betrokke pasiënt, daar ook ander verstandelik gestremde kinders in dieselfde gesin voorkom, soos in Sirkeldiagram 5, aangedui word.

SIRKELDIAGRAM 5

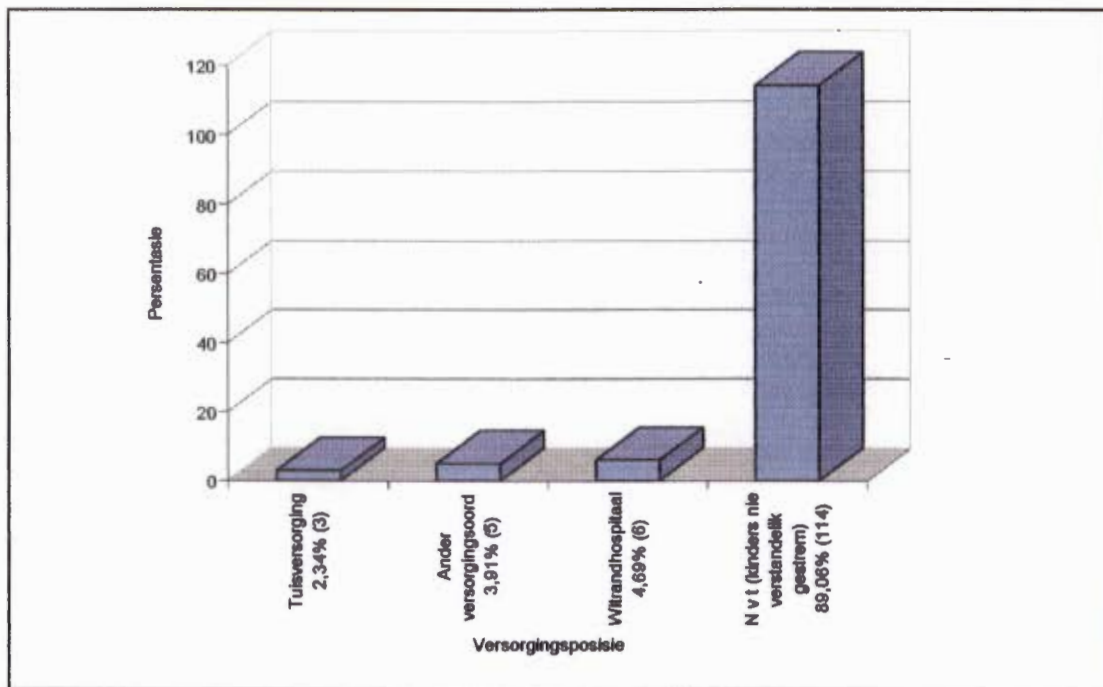
ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS IN DIE GESIN (N = 128)



Uit Sirkeldiagram 5 is dit duidelik dat in 10,94% (14) van die gesinne van die pasiënte wat by die ondersoek betrek is, ook ander verstandelik gestremde kinders voorkom. Dit kom daarop neer dat daar meer as een verstandelik gestremde kind in die gesin is wat op moontlike familiële oorerflikheid kan dui. In 89,06% (114) van die monstergroep is daar net een verstandelik gestremde kind in die gesin. Daar is deur middel van die vraelys wat in hierdie ondersoek gebruik is, vasgestel wat die versorgingsposisie van die ander verstandelik gestremde kind(ers) in die gesin is. Die resultate hiervan word in Staafdiagram 4 saamgevat.

STAAFDIAGRAM 4

VERSORGINGSPOSISIE VAN ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS (N = 128)



Volgens Staafdiagram 4 se gegewens word daar 2,34% (3) van die 128 gesinne wat in die ondersoek betrek is, se ander verstandelik gestremde kinders, tuis versorg. Altesaam 3,91% (5) word in ander versorgingsoorde elders in Suid-Afrika versorg en die res, naamlik 4,69% (6) in Witrandhospitaal. In 89,06% (114) van die gesinne is daar nie meer as een verstandelik gestremde kind nie.

Die normale verwagting van ouers is om hul kinders tot onafhanklikheid op te voed en te versorg. Met 'n verstandelik gestremde kind kan die ouers nie altyd hieraan voldoen nie, en namate die kind ouer word, stel sy/haar gestremdheid hoër eise. Alternatiewe versorging word gevolglik gesoek, en in die proses word die plasing in 'n inrigting as 'n moontlikheid oorweeg. Die redes hiervoor kan toegeskryf word aan die tradisionele rol van die moeder as versorger en kinderopvoeder en omdat die moeder meer as enigiemand anders betrokke is by die versorging van haar gestremde kind (Ferreira, 1997:43-44). Volgens Uys (1981:20) is dit moeilik om swaar en uiters verstandelik gestremdes tuis te versorg. Om hierdie rede word hulle in terme van die Wet op Geestesgesond-

heid, 18 van 1973 gewoonlik in 'n staatshospitaal opgeneem. Matig en lig verstandelik gestremdes se opname in 'n hospitaal is nie so noodsaaklik nie, vanweë hul beter funksioneringsvlak.

4.5 SAMEVATTING

Gedurende 1980 - 1994 is daar meer seuns/mans as dogters/dames in Witrandhospitaal opgeneem. Dit word toegeskryf aan die feit dat daar meer opnamemoontlikhede vir die manlike geslag vir hierdie tydperk in die hospitaal beskikbaar was. Wat die verstandelik gestremde se ouderdom betref, is dit veral tieners en jong volwassenes wat in Witrandhospitaal opgeneem word, dit wil sê vanaf die ouderdomme 11 tot 30 jaar. Slegs 'n klein persentasie bejaardes word opgeneem, wat moontlik daarop dui dat ouers van verstandelik gestremde kinders hulle in 'n vroeë lewensfase laat opneem in 'n inrigting. Opnames in Witrandhospitaal word ook beïnvloed deur die beskikbaarheid van vakatures. Dit is dus duidelik dat dit veral seuns/mans is wat in Witrandhospitaal opgeneem word en wel vanaf die ouderdomme 11 tot 30 jaar.

Afrikaans is die taal wat die meeste deur pasiënte in Witrandhospitaal gebesig word. Dit blyk dat die verstandelik gestremde wat in Witrandhospitaal opgeneem word, hoofsaaklik Afrikaanssprekend is. 'n Groot persentasie van die gesinne het reeds onafhanklike kinders, wat impliseer dat die meeste gestremdes in Witrandhospitaal opgeneem word wanneer die ander kinders in die gesin reeds die huis verlaat het. Dit is ook betekenisvol dat daar heelwat gesinne is waar die verstandelik gestremde die enigste kind is. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die werklikheid dat die ouers nie kans sien vir 'n tweede kind nie omdat die gestremde kind heelwat eise met betrekking tot versorging en opvoeding stel, of dat familiële oorerflikheid en genetiese oorsake 'n rol speel of moontlik as gevolg van skok en moeilike swangerskappe.

Waar ouers reeds oorlede is, is bevind dat albei ouers by die meeste verstandelik gestremdes met opname oorlede is. Meer vaders as moeders is oorlede met die opname van hul verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal. Bykans die helfte van die pasiënte wat in die monstergroep betrek is, het reeds 'n ouer of albei ouers verloor. Soos die bevindings aandui, het heelwat verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal nie meer ouers nie. In gesinne waar daar ander verstandelik gestremde kinders betrokke is, word hulle óf versorg in Witrandhospitaal, ander versorgingsoorde óf tuis. Hierdie gegewens

dui daarop dat daar meer as een verstandelik gestremde kind in 'n gesin kan voorkom.

In die volgende hoofstuk word die gesinsomstandighede van pasiënte se ouers bespreek.

HOOFSTUK 5

GESINSOMSTANDIG- HEDE VAN PASIËNTE SE OUERS

HOOFSTUK 5

GESINSOMSTANDIGHHEDE VAN PASIËNTE SE OUERS

5.1 INLEIDING

Die sosio-ekonomiese status van 'n gesin behels onder andere aspekte soos inkomste, opvoedkundige kwalifikasies en die status wat met 'n bepaalde beroep gepaardgaan.

Binne die raamwerk van die dienste wat Witrandhospitaal lewer, word daar deur die maatskaplike werker bepaal of die aansoek vir opname van die verstandelik gestremde, noodsaaklik is. Die sosio-ekonomiese posisie van die verstandelik gestremde se gesin dui gewoonlik aan of die opname noodsaaklik is. In hierdie hoofstuk word die gesinsomstandighede van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, bespreek. Dit sluit in omgewingsfaktore, ouers se beroep, die gesin se inkomste en uitgawes, hul godsdienstebeleving, gesinsverhoudinge en betrokkenheid van stiefouers. Teen dié agtergrond is dit die maatskaplike werker van Witrandhospitaal wat in hierdie opsig 'n onontbeerlike diens lewer om noodsaaklike en waardevolle inligting beskikbaar te stel aan ander professionele lede wat lid is van die multi-dissiplinêre span.

5.2 OMGEWINGSFAKTORE

Omgewingsfaktore bied 'n aanduiding van 'n gesin se woonomstandighede en omgewing. Vir die doel van hierdie ondersoek is dit vir die personeel van Witrandhospitaal noodsaaklik om te weet waar die gesin van die gestremde hul bevind. Die redes hiervoor is enersyds om kontak tussen die gesin en die gestremde te behou en aan te moedig, en andersyds om kennis te neem van die finansiële impak op die gesin, vanweë die afstand en geografiese ligging waarbinne die gesin hul bevind. Die faktore van belang is die volgende:

5.2.1 WOONOMSTANDIGHHEDE

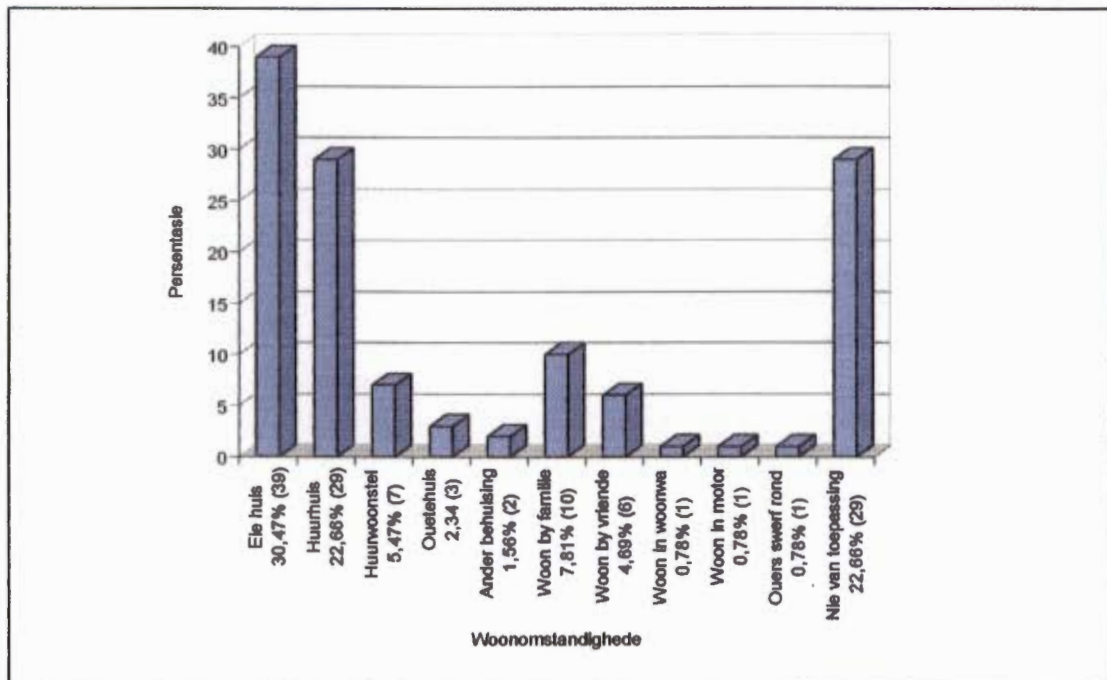
Om vas te stel onder watter omstandighede die gesinne woon wat by hierdie navorsing betrek is, is navrae gedoen oor die aard van hulle behuising.

Behuising word beskou as 'n basiese menslike behoefte. Die doel van behuising is om skuiling en beskerming te bied teen elemente van die natuur en ook teen menslike elemente soos misdaad. Behuising voorsien in behoeftes van die mens soos behoorlike versorging, sekuriteit, skuiling, privaatheid, rus, ontspanning en 'n onafhanklike lewe (Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling, 1987:4).

In hierdie ondersoek is die aard van die woonomstandighede van die gesinne van die monstergroep, bepaal. Die bevindings word in Staafdiagram 5 aangebied.

STAAFDIAGRAM 5

WOONOMSTANDIGHEDE VAN GESINNE WAT IN DIE ONDERSOEK BETREK IS (N = 128)



Twee (1,56%) gesinne maak van ander behuising gebruik soos die Heilsleër en Christian Kubutz. Agtien (14,06%) gesinne beskik nie oor eie behuising nie en woon by familie, vriende, in 'n motor of swerf rond. Een van die gesinne woon in 'n woonwa. Dit blyk dat 75 (58,59%) gesinne oor behuising beskik. Die res, naamlik 24 (18,74%) gesinne beskik nie oor behuising met die nodige fasiliteite

nie. Ongeveer 29 (22,66%) verstandelik gestremdes het nie meer 'n ouerhuis nie as gevolg van die ouers se afsterwe of onopspoorbaarheid.

Uit die bevindings is dit duidelik dat die maatskaplike werker binne en buite inrigtingverband bewus moet wees van die gesinne van verstandelik gestremdes se woonomstandighede. Dit noop die maatskaplike werker buite inrigtingverband wat met sulke gesinne werk om hul behulpsaam te wees in die verkryging van bevredigende behuising of woonomstandighede. Daarbenewens kan die maatskaplike werker wat binne inrigtingverband werk, nie aanbeveel dat 'n verstandelik gestremde kind na sy ouers gaan waar die woonomstandighede onbevredigend is nie. Dit is daarom essensieel dat die genoemde maatskaplike werkers met mekaar sal skakel oor die ouers se woonomstandighede voordat 'n pasiënt van Witrandhospitaal met naweek- en/of vakansieverlof na sy ouers gaan.

5.2.2 WOONBUURT

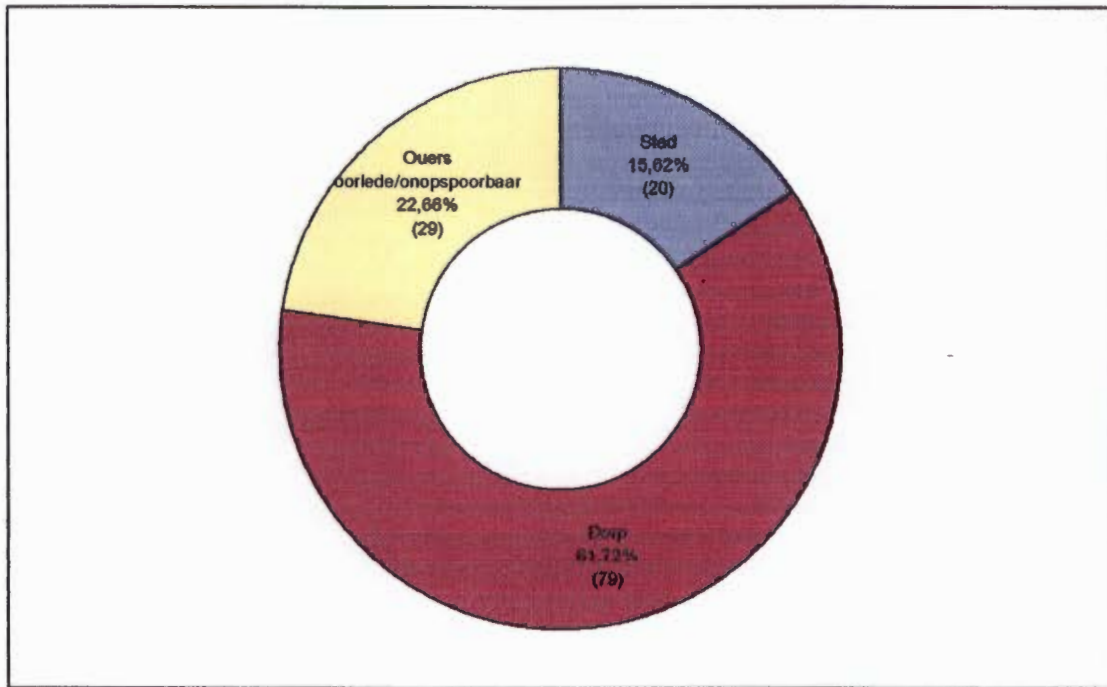
Die sosio-ekonomiese status van 'n gesin hou nou verband met die omgewing waarin die gesin hul bevind. Die stigma van 'n gestremde kind is meer aanvaarbaar in 'n lae sosio-ekonomiese omgewing as in 'n welgestelde gebied (Levitz, 1993:50). Brigham (1991:522) sluit hierby aan deur die volgende stelling te maak:

*"The design of the physical environment affects the **person-environment fit**, the match between the individual's goals and the types of interactions permitted or encouraged by the design of the environment."*

Daar is tydens hierdie ondersoek vasgestel of die gesinne van pasiënte in Witrandhospitaal in 'n dorp of stad woon. Dié gegewens word in Sirkeldiagram 6 voorgestel.

SIRKELDIAGRAM 6

WOONPLEK VAN DIE GESINNE VAN PASIËNTE IN WITRANDHOSPITAAL (N = 128)



Sirkeldiagram 6 toon aan dat 79 (61,72%) gesinne wat in die ondersoek betrek is, op 'n dorp woon. Slegs 20 (15,62%) van die gesinne woon in 'n stad. Hierdie tendens kan moontlik toegeskryf word aan die geografiese gebied wat deur Witrandhospitaal bedien word en wat meestal plattelandse dorpe insluit. Ongeveer 22,66% (29 gesinne) se woonplek is nie ter sprake nie omdat die ouers oorlede of onopspoorbaar is.

Uit voorafgaande gegewens is dit duidelik dat die meerderheid pasiënte in Witrandhospitaal se ouers op die platteland woon.

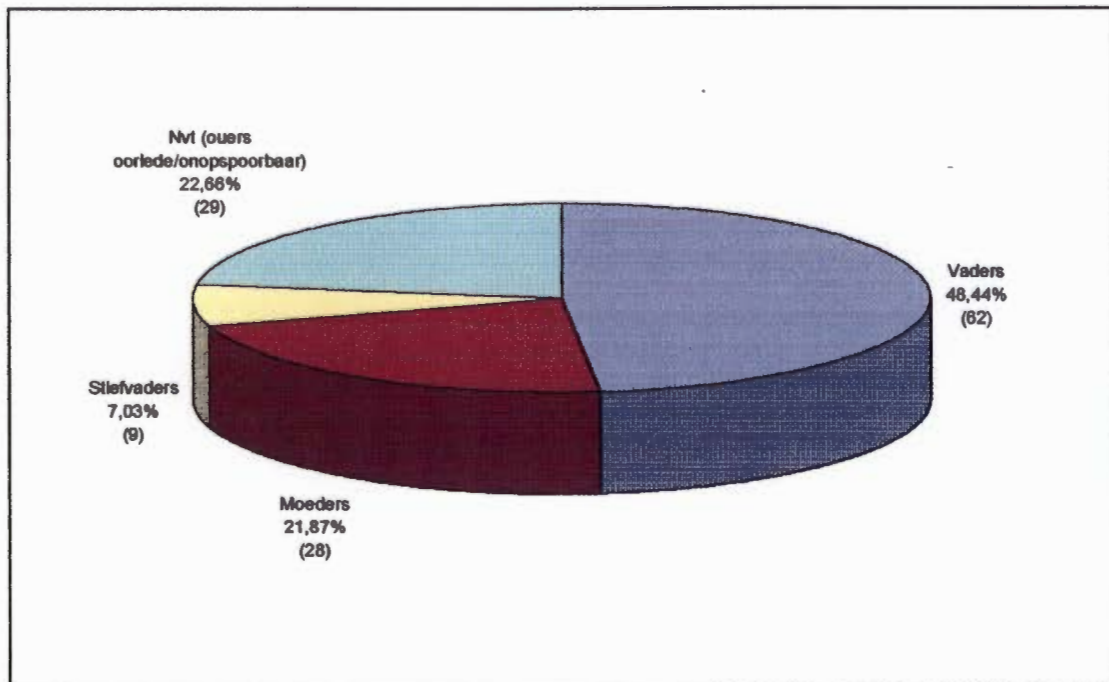
5.3 BEROEP, INKOMSTE EN UITGAWES

Daar is in hierdie ondersoek ook gepoog om die beroep, inkomste en uitgawes van die ouers van pasiënte in Witrandhospitaal vas te stel ten einde 'n oorsig te verkry oor hul lewenstandaard. Ferreira (1997:55) verwys na sosio-ekonomiese status as die gesin se materiële bronne wat dikwels verband hou met

opvoedkundige peil en gesinsinkomte. Cole (1986:228) het bevind dat ouers wat oor laer opvoedkundige kwalifikasies beskik, ook 'n laer inkomstepeil handhaaf. Daar is eerstens vasgestel wie die broodwinner van die gesin is. Sirkeldiagram 7 dui die broodwinner aan.

SIRKELDIAGRAM 7

BROODWINNER VAN DIE GESIN (N = 128)



Uit voorafgaande gegewens blyk dit dat 62 (48,44%) vaders van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, die broodwinner is gevolg deur 28 (21,87%) moeders. Nege (7,03%) stiefvaders is die broodwinner. In 29 (22,66%) gesinne is die broodwinner nie ter sprake nie, omdat die ouers met die opname van hul kind in Witrandhospitaal, reeds oorlede is of onopspoorbaar was.

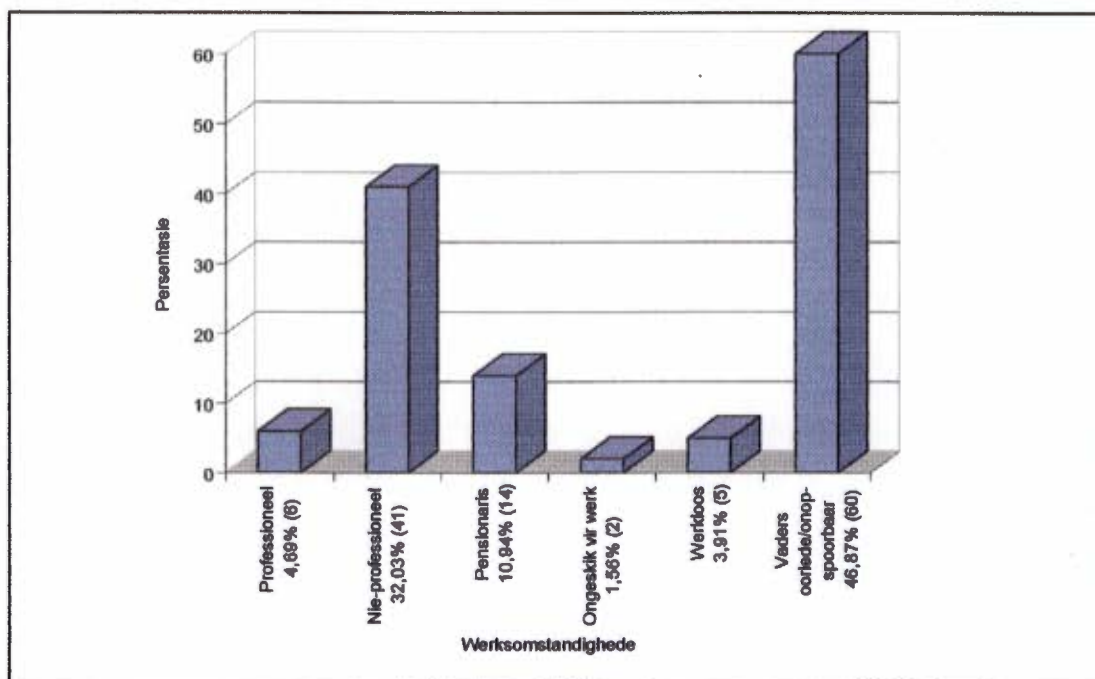
Dit blyk dus dat die meerderheid gesinne se biologiese vader wel die broodwinner van die gesin is, teenoor die tweede meeste wat die moeder is.

5.3.1 BEROEP VAN DIE VADER

Die biologiese vaders (68) van die pasiënte wat betrek is, se werksomstandighede word in Staafdiagram 6 voorgestel.

STAAFDIAGRAM 6

BIOLOGIESE VADERS SE WERKSOMSTANDIGHEDE (N = 128)



Uit voorafgaande Staafdiagram is dit duidelik dat slegs 4,69% (6) van die biologiese vaders van pasiënte in Witrandhospitaal 'n professionele beroep beoefen. Al hierdie vaders het oor 'n universiteitsgraad beskik. Die beroepe wat deur hulle beoefen word, is dosent, fisikus, vertaler, rekenmeester, hoofbeampte en senior data-analiseerder. Ongeveer 32% (41) se beroep is nie-professioneel van aard. Hierdie kategorie sluit beroepe in soos sakeman, direkteur, boer, polisieman, klerk, treinmeester, businspekteur, boukontraakteur, konstruksie-werker, operateur, skofkoördineerder, lokomotiefdrywer, myner, motorwerktuig-kundige, stafsersant in die Suid-Afrikaanse weermag, tegnikus, voorman en ambagsman.

Veertien (10,94%) vaders was met die opname van hul gestremde kind in Witrandhospitaal reeds pensionarisse, terwyl 5 (3,91%) werkloos was en twee (1,56%) fisiek/psigies ongeskik vir werk was. 'n Groot aantal, naamlik 60 (46,87%) vaders was met die opname van hul verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal, oorlede of onopspoorbaar. Uit dié bevindings is dit duidelik dat slegs 47 (36,72%) vaders nog loonarbeid verrig het. Een en twintig (16,41%) vaders was met pensioen, ongeskik vir werk of werkloos.

Van die 128 gesinne wat in die ondersoek betrek is, is daar nege gesinne met 'n stiefvader. Twee van dié stiefvaders was met die opname van die gestremde kind in Witrandhospitaal, reeds met pensioen en een werkloos. In totaal het ses stiefvaders steeds 'n beroep van nie-professionele aard beoefen, naamlik as sekuriteitsbeampte, vervoerbestuurder, elektriesien, sakeman, ambagsman en treindrywer.

Dit word dus afgelei dat pasiënte van Witrandhospitaal se ouers oor die algemeen nie oor naskoolse kwalifikasies beskik nie. Dit impliseer dat hierdie ouers beroepe beoefen wat hulle in 'n laer sosio-ekonomiese groep plaas. Dit bring mee dat verreweg die meeste ouers nie die finansiële uitgawes met betrekking tot die versorging van hul verstandelik gestremde kind, kan bybring nie.

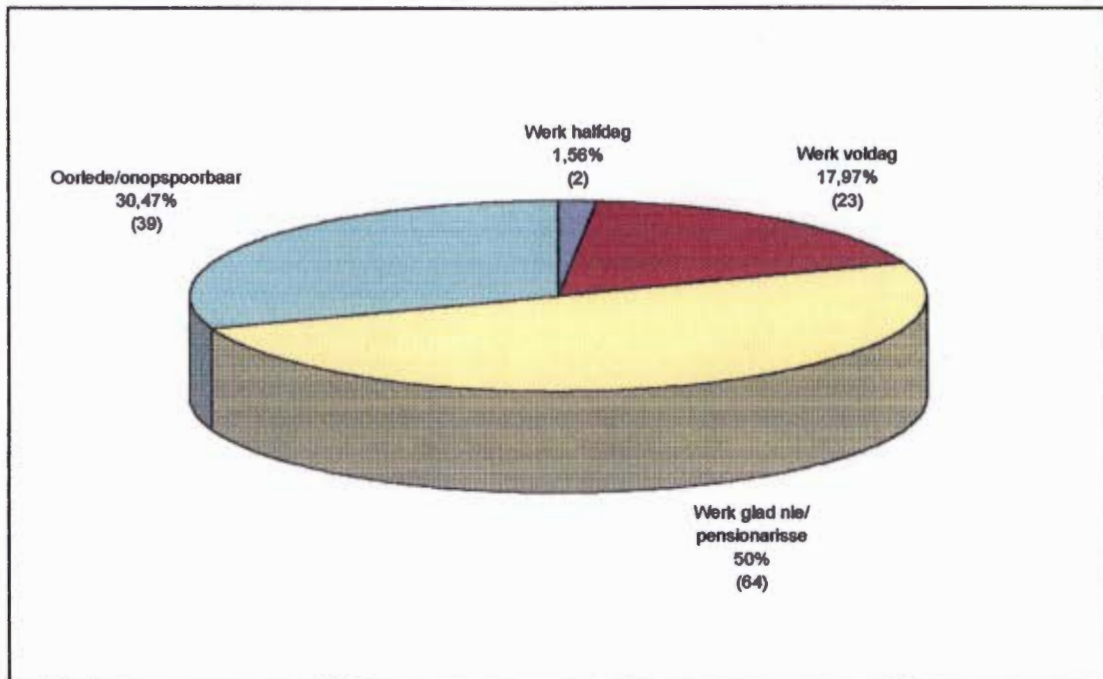
5.3.2 BEROEP VAN MOEDER

Volgens Joubert (1986:61) kan die geboorte van 'n gestremde kind 'n tweeledige invloed op die beroep van die moeder hê. Dit kan enersyds die moeder dwing om haar beroep te laat vaar vanweë die versorgingseise wat 'n gestremde kind stel, of andersyds om te gaan werk om die finansiële uitgawes wat dié kind meebring, te dek. In gevalle waar daar ernstige finansiële uitgawes is, kan dit die moeder noodsaak om beide te doen, dit wil sê die gestremde kind bedags te versorg en saans 'n beroep te beoefen wanneer die vader tuis is om die gestremde kind te versorg.

Die moeders van die gesinne wat in die ondersoek betrek is se posisie met betrekking tot buitenshuise loonarbeid, is ook deur die ondersoeker vasgestel. 'n Vraag is in hierdie verband geformuleer en die antwoorde word in Sirkeldiagram 8 voorgestel.

SIRKELDIAGRAM 8

MOEDERS VAN PASIËNTE WAT BUITENSHUISE LOONARBEID VERRIG (N = 128)

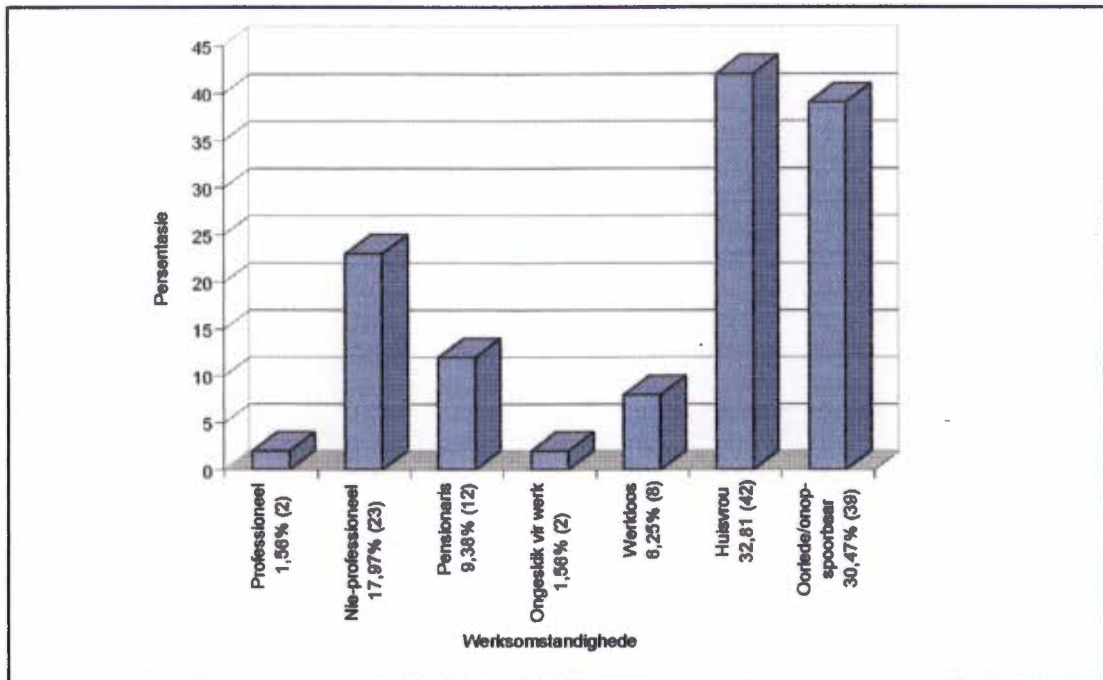


Uit voorafgaande Sirkeldiagram blyk dit dat die meerderheid van die biologiese moeders, dit wil sê 64 (50%) van verstandelik gestremde kinders in Witrandhospitaal wat by hierdie ondersoek betrek is, nie buitenshuise loonarbeid verrig nie. Dit is moontlik vanweë die feit dat dié moeders nou betrokke is met die verstandelik gestremde kind se versorging tot en met opname in 'n inrigting. Drie en twintig (17,97%) het wel voldag 'n beroep beoefen en 2 (1,56%) 'n halfdag werk. 'n Groot groep, naamlik 39 (30,47%) van die moeders was met opname van hul kind oorlede, of onopspoorbaar.

Verdere gegewens is ingewin met betrekking tot die aard van die moeder se beroep of werksomstandighede. Dit word in Staafdiagram 7 weergegee.

STAAFDIAGRAM 7

BIOLOGIESE MOEDERS SE WERKSOMSTANDIGHED (N = 128)



Uit Staafdiagram 7 is dit duidelik dat 19,53% (25) biologiese moeders wat in die ondersoekgroep betrek is, 'n beroep beoefen teenoor 40,62% (52) wat nie werk nie. Ongeveer 9% (12) van die moeders is pensionarisse. 'n Groot aantal moeders 30,47% (39) was reeds oorlede tydens die ondersoek of onopspoorbaar. Hierdie bevindings bevestig Joubert se standpunt (kyk paragraaf 5.3.2) dat sommige moeders tuis bly om na hul verstandelik gestremde kind om te sien.

5.3.3 INKOMSTE EN UITGAWES

Die inkomste van 'n gesin bepaal die ekonomiese status wat die gesin in die samelewing geniet. Oor die finansiële posisie van die gesin en die invloed wat die gestremde daarop het, laat Mdaka (1991:10) haar soos volg uit:

"Having a profoundly mentally retarded child means that the mother or guardian of the child may not be able to work away from home. It is difficult to find someone to look after the child because of the demand of being nursed and given attention. Even if the mother finds someone to take care of the child such a person cannot cope

for long or give the child the best care. Financially this affects the family."

Ntombela (1991:15) ondersteun Mdaka se standpunt deur daarop te wys dat 'n ernstig gestremde of uiters verstandelik gestremde kind vir die gesin finansiële probleme inhou vanweë die spesiale sorg wat só 'n kind benodig. Wanneer die verstandelik gestremde kind tuis versorg word, word dikwels gevind dat die moeder nie buitenshuise loonarbeid verrig nie en dat die gesin afhanklik is van die vader se inkomste. Volgens Van Staden (1987:180) ondervind baie vroue in enkelouergesinne aanpassingsprobleme ten opsigte van die finansiële aspek. Dit kan ook meebring dat die ander kinders in so 'n gesin finansiëel gedepriveer word omdat die gestremde kind se fisieke en psigiese versorging finansiële eise stel.

Die inkomste en uitgawes van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, is nagevors. Die vader en moeder van die monstergroep se gesamentlike netto inkomste word in Tabel 9 voorgestel:

TABEL 9

NETTO INKOMSTE VAN OUERS VAN PASIËNTE PER JAAR

NETTO INKOMSTE	N	%
Geen inkomste	10	7,81
Minder as R5 000,00 per jaar	24	18,75
R 5 000,00 - R 9 999,00 per jaar	6	4,69
R 10 000,00 - R 14 999,00 per jaar	17	13,28
R 15 000,00 - R 19 999,00 per jaar	7	5,47
R 20 000,00 - R 24 999,00 per jaar	13	10,16
R 25 000,00 - R 29 999,00 per jaar	4	3,13
R 30 000,00 - R 34 999,00 per jaar	6	4,69
R 35 000,00 - R 39 999,00 per jaar	3	2,34
R 40 000,00 - R 44 999,00 per jaar	1	0,78
R 45 000,00 - R 49 999,00 per jaar	1	0,78
R 50 000,00 - R 54 999,00 per jaar	3	2,34
R 55 000,00 - R 59 999,00 per jaar	-	-
R 60 000,00 - R 64 999,00 per jaar	-	-
R 65 000,00 - R 69 999,00 per jaar	1	0,78
R 70 000,00 - R 74 999,00 per jaar	1	0,78
R 75 000,00 + per jaar	2	1,56
Nie van toepassing (ouers oorlede/onopspoorbaar)	29	22,66
TOTAAL	128	100

Uit genoemde gegewens blyk dit dat 24 (18,75%) gesinne minder as R5 000,00 per jaar ontvang. Hierdie kategorie verteenwoordig die ouers wat pensionarisse asook die ouers wat nie 'n groot salaris verdien nie. Die tweede grootste groep 17 (13,28%) ouers dui op 'n inkomste van R10 000,00 tot R14 999,00 per jaar, gevolg deur 13 (10,16%) ouers wat R20 000,00 tot R24 999,00 per jaar in. Sewe gesinne (5,47%) se vaders en moeders verdien gesamentlik R15 000,00 tot R19 000,00 per jaar, gevolg deur die vyfde grootste groep, naamlik ses gesinne (4,69%) wat R5 000,00 tot R9 999,00 per jaar aan inkomste ontvang en nog ses gesinne wat R30 000,00 tot R34 999,00 verdien. Vier van die gesinne (3,13%) se ouers ontvang R25 000,00 tot R29 999,00 aan 'n inkomste gevolg deur slegs 12 (9,38%) gesinne wat 'n inkomste bo R35 000,00 ontvang. Net twee (1,56%) van laasgenoemde gesinne se netto inkomste is bo R75 000,00 per jaar. Van die 128 gesinne is daar tien gesinne (7,81%) wat nie oor 'n inkomste beskik nie. Hulle is dus uit die aard van hul omstandighede hulpbehoewend en word moontlik deur familie, welsynsorganisasies of ander persone/instansies finansiële ondersteun.

Die gesinne wat in die ondersoek betrek is, se uitgawes is ook gekontroleer. Dit word in Tabel 10 soos volg voorgestel.

TABEL 10

UITGAWES VAN GESINNE VAN PASIËNTE PER MAAND

UITGAWES	N	%
Onder R 1 999,00 per maand	74	57,81
R 2 000,00 – R 3 999,00 per maand	18	14,06
R 4 000,00 - R 5 999,00 per maand	4	3,13
R 6 000,00 - R 7 999,00 per maand	1	0,78
R 8 000,00 + per maand	2	1,56
Nie van toepassing (ouers oorlede/onopspoorbaar)	29	22,66
TOTAAL	128	100

Tabel 10 bied 'n uiteensetting van die totale uitgawes per maand van die gesinne wat by die ondersoek betrek is. Die grootste groep, naamlik 74 (57,81%) gesinne se uitgawes beloop of kom te staan op onder R1 999,00 per maand, terwyl die tweede grootste groep, naamlik 18 (14,06%) gesinne se uitgawes tussen R2 000,00 tot R3 999,00 per maand beloop. Slegs 7 (5,47%) gesinne se uitgawes is hoër as R 4 000,00 per maand. Die ouers se klein inkomste word toegeskryf aan die feit dat sowat 21 (16,41%) (vergelyk Staafdiagram 6 op p.62) van die vaders 'n pensioen ontvang, ongeskik vir werk is of werkloos is en dat 64 (50%) (vergelyk Sirkeldiagram 8 op p.64) van die moeders nie 'n beroep beoefen nie of pensionarise is.

Om hierdie gesinne behulpsaam te wees, behoort die maatskaplike werker hulle bekend stel aan die hulpbronne vir finansiële hulp in die gemeenskap. Hill en Laing (1979:11) ondersteun die feit dat die maatskaplike werker hulp in hierdie verband moet lewer, en laat hulle soos volg uit:

“Many people come to social service departments for assistance with financial difficulties, or for help with other problems which are nevertheless compounded by poverty and debts. Social workers have a range of options open to them for dealing with client's financial problems.”

Uit die gegewens bevind van die gesinne se inkomste en uitgawes, is dit duidelik dat heelwat gesinne van verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal in 'n lae inkomstegroep val. Dit impliseer dat sulke ouers moontlik nie in die finansiële eise wat 'n verstandelik gestremde kind stel, kan voorsien nie.

5.4 GODSDIENS

Die meeste mense behoort aan 'n kerk of een of ander denominasie. Om godsdienste te beoefen, beteken dat dit is om die een of ander soort geloof te hê in 'n godheid of wese wat magtiger is as die mens self. Geen volk of mens is in geheel sonder 'n religie nie. Schaffer en Lamm (1992:414) beweer dat godsdienste regoor die wêreld beoefen word omdat dit antwoorde bied vir die mens se voortbestaan, waarom die mens suksesvol of onsuksesvol is en hoekom die mens doodgaan. Hulle het bevind dat ongeveer vier biljoen mense vanoor die wêreld heen godsdienste van een of ander aard beoefen. Die persentasie mense wat verskillende gelowe beoefen, is volgens laasgenoemde skrywers soos volg:

33% van die wêreldbevolking is Christene, 18% Moslems, 16% is nie godsdienstig nie, 14% beoefen ander godsdiensovorme en 13% is Hindoes.

Om vas te stel aan watter kerk of godsdien die pasiënte van Witrandhospitaal en hul gesinne behoort, is die volgende gegewens met die ondersoek verkry. Dit word in Tabel 11 uiteengesit.

TABEL 11

KERKVERBAND VAN PASIËNTE EN HUL GESINNE

KERKVERBAND	N	%
Nederduits Gereformeerde Kerk	58	45,31
Hervormde Kerk	14	10,94
Apostoliese Geloofsending	9	7,03
Kerkloos	9	7,03
Gereformeerde Kerk	6	4,69
Ou Apostelkerk	6	4,69
Rooms-Katolieke Kerk	5	3,91
Metodiste Kerk	5	3,91
Volle Evangeliekerk	4	3,12
Ander kerke	12	9,37
TOTAAL	128	100

Uit Tabel 11 blyk dit dat die grootste aantal pasiënte (45,31%) en hul gesinne aan die Nederduits Gereformeerde Kerk behoort, gevolg deur die Hervormde Kerk (10,94%). Daarna volg die Apostoliese Geloofsending (7,03%) en diegene en hul gesinne wat kerkloos is (7,03%). Die vierde grootste twee groepe is die Gereformeerde Kerk en Ou Apostelkerk, elk met 4,69%. Die Rooms-Katolieke en Metodiste Kerke is vyfde met 3,91% elk, gevolg deur die Volle Evangeliekerk

met 'n persentasie van 3,12%. Die ander kerke waarna verwys word, verteenwoordig 12 gesinne wat lidmate van sulke kerke is. Hierdie kerke is die D.R.C., Pinkster Protestante Kerk, Baptiste Kerk, Afrikaanse Protestante kerk, Rhema Kerk, Griekse Ortodokse Kerk, Assembly of God en die Anglikaanse Kerk.

Uit voorafgaande gegewens is dit duidelik dat die meeste gesinne wat verstandelik gestremde kinders het, lidmate is van die Nederduits Gereformeerde Kerk. Die leiers van hierdie kerk kan veral geestelike ondersteuning bied aan die ouers en familie van die gestremde. Levitz (1993:52) beweer dat die ouers van 'n gestremde kind wat aan 'n kerk of ander denominasie behoort, dit makliker vind om só 'n kind te aanvaar as diegene wat kerkloos is. In haar navorsing het Joubert (1986:35-43) ook verwys na die reaksies van sulke ouers soos woede, skuldgevoelens, oorbeskerming, die versoeke om hulp, verdriet en hartseer asook ontkenning. Die geestelike leiers kan die ouers behulpzaam wees deur die verskillende fases wat genoemde reaksies insluit, stap vir stap te verwerk of om sulke gesinne te verwys na 'n maatskaplike werker.

5.5 GESINSVERHOUDINGE

Vir die doeleindes van hierdie ondersoek sal daar onder die bogenoemde opskrif verwys word na die huwelik van die ouers, verhoudinge in die gesin en die betrokkenheid van stiefouers.

5.5.1 HUWELIK

Die huwelik word deur Van Rensburg (1982:117) beskou as die intiemste verhouding waarin een mens tot 'n ander mens staan. Sy beklemtoon die huwelik as die grootste enkele faktor wat 'n persoon se beroep, menseverhoudings, sy kinders en hulle toekomstige huweliks- en menseverhoudings, beïnvloed. Benokraitis (1996:3) som die huwelik tussen twee mense soos volg op:

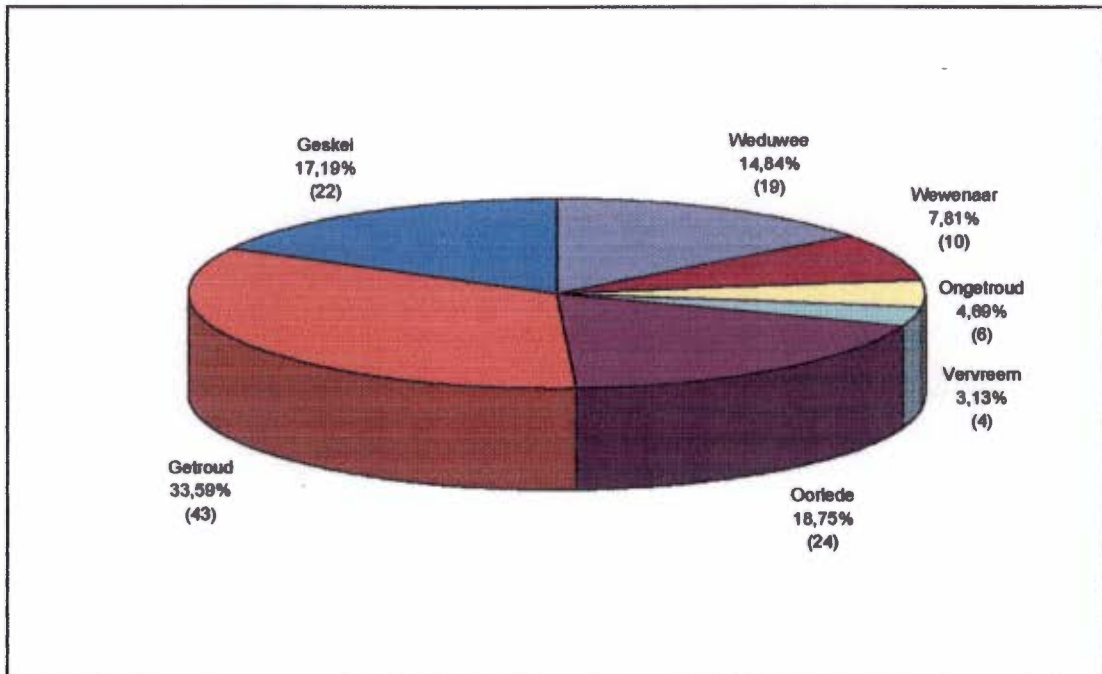
“Despite such societal and cultural variations, however, marriages in most Western industrialized countries have some common characteristics. In general, married couples are expected to share

economic responsibilities, to engage in sexual activity only with their spouses, and to bear and raise children”.

Die huwelikstaat van ouers wat in die ondersoek betrek is, is bestudeer met die doel om vas te stel hoe hierdie aspek die gesinne se sosio-ekonomiese posisie beïnvloed. Die besonderhede word in Sirkeldiagram 9 uiteengesit.

SIRKELDIAGRAM 9

HUWELIKSTAAT VAN BIOLOGIESE OUERS (N = 128)



Sirkeldiagram 9 dui daarop dat 36,72% (47) ouers nog getroud was met die opname van hul verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal. Sowat 17% (22) is geskei, 14,84% (19) is weduwees en 7,81% (10) is wewenaars. Die vyfde grootste groep is dié wat ongetroud is met 'n persentasie van 4,69% (6). In 18,75% (24) van die gesinne was albei ouers met die opname van hul kind reeds oorlede. Die totale aantal enkelouers kom dus te staan op 44,53% (57). Ferreira (1997:46) het in haar ondersoek oor die huwelikstaat van ouers/versorgers van pasiënte in staatshospitale bevind dat ongeveer 53% van die versorgers getroud was, 5% nooit getroud, 2% vervreem, 17% geskei en 13% wewenaars of weduwees was. Hierdie ondersoek stem dus ooreen met dié

van Ferreira ten opsigte van die ouers se huwelikstaat van verstandelik gestremdes. Die persentasies van ouers wat ongetroud, vervreem, geskei, weduwees of wewenaars was, het weinig van mekaar verskil. Daar is egter 'n verskil van 20% gevind by die ouers wat getroud is, wat moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat hierdie ondersoek se monstergroep groter was as dié van Ferreira.

Uit voorafgaande bevindings is dit duidelik dat die grootste persentasie ouers van verstandelik gestremde kinders nog met mekaar getroud is, gevolg deur enkelouers soos ongetroudes, geskeides, weduwees of wewenaars. Slegs 'n klein persentasie toon dat die ouers van mekaar vervreem is.

Die maatskaplike werker het veral ten opsigte van die enkelouers en ouers wat van mekaar vervreem is, 'n taak om ondersteuning en hulp te bied. Hierdie ouers moet as enkelouers alleen die eise hanteer, wat die versorging van die verstandelik gestremde kind betref. Oor die enkelouer wys Beckman (1983:155) op die volgende:

"... single parents are likely to have less help with caregiving activities ... since relief in the form of another patient is unavailable."

'n Verstandelik gestremde kind in 'n gesin stel eise met sy versorging wat stremmend op die huwelik van die ouers kan inwerk. Dit mag meebring dat die ouers só betrokke raak by die verstandelik gestremde kind, dat die egliede minder tyd en energie vir mekaar oor het (Levy-Shiff, 1986:147). Landsdown (1980:16) beskryf die gesin met 'n verstandelik gestremde kind as "... a handicapped child means a handicapped family".

Teen voorafgaande bevindings van die ouers se huwelikstaat wys Floyd en Zmich (1991:1435) daarop dat 'n verstandelik gestremde kind nie die enigste faktor vir huweliksonenigheid is nie. Die afwesigheid van huwelikstevredenheid, goeie kommunikasie en hegte gesinsverhoudinge kan tot huwelikskonflik lei, en nie soseer die aanwesigheid van 'n verstandelik gestremde kind nie.

Die huweliksverhouding van die ouers van pasiënte in Witrandhospitaal is ondersoek om vas te stel of daar huwelikstevredenheid of huweliksonenigheid voorkom. Soos reeds in Sirkeldiagram 9 vasgestel, was 47 (36,72%) ouers wat in die ondersoek betrek is getroud tydens opname van hul gestremde kind. Die

stand van die ouers se huweliksverhouding is deur die maatskaplike werker buite inrigtingverband saam met die egpaar geëvalueer. Hierdie inligting is verkry vanuit die evaluasiegegevens van die maatskaplikewerkverslae wat deur die ondersoeker bestudeer is. Die volgende ontleding in Tabel 12 dui die stand van die ouers se huweliksverhouding in daardie stadium aan.

TABEL 12

STAND VAN DIE HUWELIKSVERHOUDING VAN BIOLOGIESE OUERS

STAND VAN HUWELIKSVERHOUDING	N	%
Uitstekend	5	10,64
Goed	21	44,68
Bevredigend	8	17,02
Swak	6	12,77
Uiters swak	7	14,89
TOTAAL	47	100

Bogenoemde indeling van die stand van die huweliksverhouding van biologiese ouers wat in die ondersoek betrek is, se huweliksverhouding is die mening en evaluasie van maatskaplike werkers buite Witrandhospitaal. Uit voorafgaande tabel is 34 (72,34%) van dié huwelike se verhouding as bevredigend tot uitstekend beskryf. Dit beteken dat die ouers van verstandelik gestremde kinders in Witrandhospitaal nie noemenswaardige huweliksprobleme ervaar nie. Hierdie bevindings sluit aan by laasgenoemde skrywer se standpunt, naamlik dat gesinne waarin daar verstandelik gestremde kinders voorkom, nie noodwendig huweliksprobleme ervaar nie. Die ouers se huweliksverhouding voor die geboorte van 'n gestremde kind is bepalend vir huwelikstevredenheid of -ontevredenheid ná die opwagting van só 'n kind. Dertien (27,66%) van die 47 gesinne se ouers ervaar wel huweliksprobleme.

Die ondersoeker het voorts ook vasgestel wat die aard van die huweliksprobleme is wat deur die getroude ouers van die monstergroep, ervaar

word. Die volgende probleme het in die maatskaplikewerkverslae na vore gekom: kommunikasieprobleme, aanpassingsprobleme, finansiële probleme, alkoholmisbruik, kriminaliteit, huweliksontrou en psigiatriese probleme soos spanning, depressie, stres en 'n ontoereikende persoonlikheid. Ten opsigte van die ouers wat huweliksprobleme ervaar, is dit die taak van die maatskaplike werker buite inrigtingverband om hierdie ouers te betrek by huweliks- en gesinsberaad ten einde die probleme wat aanleiding gee tot huweliksonenigheid, die hoof te bied.

5.5.2 VERHOUDINGE IN DIE GESIN

Die gesin word beskou as die kleinste maatskaplike eenheid in die gemeenskap. Die gesin word deur die Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk (1995:20) beskryf as 'n eenheid in die gemeenskap "...bestaande uit 'n man en sy vrou, 'n man en sy vrou en KIND, 'n vrou en kind of 'n man en kind, gewoonlik onder een dak". Volgens Urbani (1980:92) is die gesin die primêre opvoedingsmilieu van die kind. Die ouers is die opvoeders en ervaar opvoeding as 'n handeling tussen twee of meer persone, enersyds as die opvoeder en andersyds die opvoedeling. Die gesin bestaan dus uit 'n vader, moeder en kind of vader en kind of moeder en kind wat saamleef. Die vader en moeder word as die opvoeders en versorgers van hul kind(ers) beskou.

Om vas te stel of die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal persoonlike kontak met sy ouers, familie en vriende het, is daar drie vrae met die ondersoek rondom hierdie aspek (kyk Tabela 13, 14 en 15 op pp. 76, 79 en 80) geformuleer. Die persoon met wie die verstandelik gestremde die meeste kontak buite die hospitaal het, word in Tabel 13 weergegee.

TABEL 13

**PERSOON/PERSONE MET WIE DIE VERSTANDELIK GESTREMDE IN
WITRANDHOSPITAAL DIE MEESTE KONTAK HET**

PERSOON/PERSONE	N	%
Albei ouers	39	30,48
Vader	8	6,25
Moeder	26	20,31
Broer(s)	7	5,47
Suster(s)	10	7,81
Vader en stiefmoeder	2	1,56
Moeder en stiefvader	1	0,78
Moeder en broer	1	0,78
Moeder en suster	2	1,56
Moeder en tante	1	0,78
Broer(s) en suster(s)	2	1,56
Materne oupa en ouma	2	1,56
Ander familie	4	3,13
Vriende	4	3,13
Geen persoon	19	14,84
TOTAAL	128	100

Volgens Tabel 13 blyk dit dat die meerderheid gestremdes 30,48% (39) in Witrandhospitaal kontak het met albei ouers, gevolg deur kontak met die moeder 20,31% (26). Die derde grootste groep 14,84% (19) het geen persoonlike kontak nie. Sowat 8% (10) susters en 5,47% (7) broers behou kontak met hul gestremde broer of suster. Slegs 6,25% (8) van die vaders as individue het kontak met hul verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal. In totaal het

3,13% (4) gestremdes kontak met 'n ander familielid soos 'n neef, niggie, kleinneef en skoonsuster. Ook 3,13% (4) verstandelik gestremdes het persoonlike kontak met vriende van die oorspronklike gesin, of vriende wat ná opname deur die gestremde gemaak is. Dit is betekenisvol in gevalle waar die gestremde 'n kleinkind is, is dit die materne grootouers wat kontak behou. In hierdié ondersoek dui die bevindings van die materne grootouers se kontak met die verstandelik gestremde op 1,56% (2). By twee (1,56%) gesinne het die moeder en suster ewe veel kontak met die gestremde. In gevalle waar die ouers nie meer leef nie, was daar twee (1,56%) families waar die broers en susters in 'n mate kontak met hul gestremde broer of suster in Witrandhospitaal voortgesit het.

Die ouers se verhouding met hul gestremde kind word ook in 'n mate bepaal deur persoonlike kontak. Ouers wat gereeld met hul geïnstitutionaliseerde gestremde kind kontak het, is dikwels ook dié ouers wat met die maatskaplike werker van die inrigting skakel om te verneem na hul kind se welstand. In hierdie verband laat Lea (1989:260) haar soos volg uit:

“Thus, prior to the institutionalisation of the child, parents with good personal resources appeared to cope competently with the various crises which surround caring for a mentally handicapped individual. By contrast, parents with inadequate personal resources failed to cope with even the daily routine associated with raising a mentally handicapped child. All of the latter parents were identified as having a ‘poor’ relationship with the child once he or she had been institutionalised.”

Levitz (1993:51) en Grimbeek (1977:26) is van mening dat die moeders meer as vaders geneig is om ondersteuning te bied aan 'n gestremde kind. Die impak van 'n gestremde dogter word ook minder intens beleef as dié van 'n gestremde seun. Volgens Kapp (1991:46) is die verhouding tussen 'n ouer en 'n gestremde kind nie vanselfsprekend nie. Dit verg bereidwilligheid en kundigheid van die ouers om 'n gestremde kind die regte verhoudingsituasies aan te leer. De Chovannes (1987:18) voorsien ook probleme met betrekking tot die ouers se rolle met die gestremde kind. Hy stel dit soos volg:

“... the presence of a handicapped child creates problems with the role-fulfilment of both parents inside and outside the family, often resulting in role conflict.”

Binne gesinsverband word alles moontlik vir die verstandelik gestremde kind gedoen. Dit mag meebring dat die gestremde kind se fisieke versorging heelwat eise aan die ouers stel en dat dié ouers geneig is om hulle op sosiale gebied te onttrek. Baie van die ouers se tyd en energie word op hierdie manier gebruik ten koste van die ander gesinslede en hul eie huwelik.

Volgens bevindings uit hierdie ondersoek wil dit voorkom of pasiënte in Witrandhospitaal se ouers wel met hul kind ná institutionalisering kontak behou. Hierdie tendens moet deur die maatskaplike werker benut word, deur erkenning te gee aan diegene wat kontak met die verstandelik gestremde behou. In gevalle waar pasiënte van Witrandhospitaal nie kontak met hul naasbestaandes het nie, moet die maatskaplike werker poog om hul families op te spoor of om alternatiewe te vind. Dit kan ook gedoen word deur middel van die reël van besoeke aan pasiënte deur vrywilligers.

Om vas te stel wat die aard van bogenoemde kontakte behels, is die kliniese en administratiewe leggers van die pasiënte deur die ondersoeker nagegaan en gekontroleer. Op die administratiewe legger word die bewegings uit die hospitaal van 'n pasiënt op rekord geplaas. Wanneer 'n pasiënt uit Witrandhospitaal beweeg, word 'n verlofvorm voltooi om aan te dui na wie die pasiënt met verlof gaan. 'n Volledige adres van sy verblyfplek asook die tydperk van afwesigheid word verlang. Tydens saalvergaderings word verlofplasinge van pasiënte deur die lede van die multi-dissiplinêre span bespreek. Nadat die maatskaplike werker hom vergewis het van die maatskaplike omstandighede van die aansoeker by wie die pasiënt met verlof afwesig is, beveel die werker sodanige verlofplasing aan, of keur dit af. Indien die maatskaplike omstandighede van die aansoeker bevredigend is, verleen die geneesheer van die betrokke saal, die nodige toestemming.

Die aard van die kontakte word in kombinasies in Tabel 14 weergegee. Sommige pasiënte se persoonlike kontak met hul naasbestaandes bestaan byvoorbeeld net uit naweek- en/of vakansieverlof terwyl andere weer besoeke van hul naasbestaandes ontvang. Die volgende bevindings het na vore gekom:

TABEL 14

**AARD VAN KONTAKTE VAN PASIËNTE MET HUL
NAASBESTAANDES OF VRIENDE**

AARD VAN KONTAKTE	N	%
Briefwisseling	1	0,78
Telefonies	1	0,78
Dagbesoeke	2	1,56
Vakansieverlof	5	3,91
Telefonies/vakansieverlof	6	4,69
Telefonies/dagbesoeke	9	7,03
Dagbesoeke/vakansieverlof	4	3,13
Naweekverlof/vakansieverlof	4	3,13
Briefwisseling/telefonies	2	1,56
Briefwisseling/dagbesoeke	1	0,78
Telefonies/naweekverlof/vakansieverlof	11	8,59
Telefonies/dagbesoeke/vakansieverlof	12	9,38
Telefonies/dagbesoeke/naweekverlof	3	2,34
Dagbesoeke/naweekverlof/vakansieverlof	6	4,69
Briefwisseling/dagbesoeke/vakansieverlof	3	2,34
Briefwisseling/dagbesoeke/naweekverlof	1	0,78
Briefwisseling/telefonies/dagbesoeke	4	3,13
Briefwisseling/telefonies/vakansieverlof	1	0,78
Briefwisseling/telefonies/dagbesoeke/vakansieverlof	7	5,47
Briefwisseling/dagbesoeke/naweekverlof/vakansieverlof	1	0,78
Briefwisseling/telefonies/dagbesoeke/naweekverlof	1	0,78
Telefonies/dagbesoeke/naweekverlof/vakansieverlof	17	13,28
Telefonies/dagbesoeke/naweekverlof/vakansieverlof/ naweekbesoek by Witrandhospitaal	2	1,56
Briefwisseling/telefonies/dagbesoeke/naweekverlof/ vakansieverlof	4	3,13
Briefwisseling/telefonies/dagbesoeke/naweekverlof/ vakansieverlof/naweekbesoek by Witrandhospitaal	1	0,78
Geen kontak	19	14,84
TOTAAL	128	100

Dit blyk dat daar minstens 25 maniere van persoonlike kontak bestaan tussen die pasiënte van Witrandhospitaal en hul naasbestaandes. Uit voorafgaande bevindings blyk dit dat 85,16% (109) van die pasiënte in Witrandhospitaal wel met 'n ouer(s), familielid of 'n vriend kontak het. Soos in Tabel 13 (op p.76) uiteengesit, maak albei ouers en die moeders (as individue) die meeste kontak met die verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal. Slegs 14,84% (19) pasiënte het nie kontak met 'n persoon nie. Sewentien (13,28%) van die 109 pasiënte wat skakeling het, se kontakte was onder meer telefoongesprekke, dagbesoeke, naweekbesoeke en vakansieverlof, gevolg deur die tweede grootste groep pasiënte 9,38% (12) met telefoongesprekke, dagbesoeke en vakansieverlof. Die derde grootste aantal pasiënte 11 (8,59%) het telefoongesprekke, naweekverlof en vakansieverlof met hul naasbestaandes gehad, gevolg deur diegene 7,03% (9) wat telefoongesprekke en dagbesoeke ontvang. Alle groepe is in Tabel 14 uiteengesit.

Die frekwensie van persoonlike kontak van die ouers, familie en vriende met die verstandelik gestremde is ook in dié ondersoek bepaal. Dit word soos volg in Tabel 15 aangedui.

TABEL 15

FREKWENSIE VAN PERSOONLIKE KONTAK VAN DIE NAASBESTAANDES EN VRIENDE MET DIE PASIËNT

FREKWENSIE PERSOONLIKE KONTAK	N	%
1 - 2 kontakte per maand	18	14,06
3 - 4 kontakte per maand	1	0,78
1 - 2 kontakte per jaar	32	25,00
3 - 4 kontakte per jaar	25	19,53
5+ kontakte per jaar	33	25,79
Geen kontak	19	14,84
TOTAAL	128	100

Tabel 15 bied 'n aanduiding van die frekwensie van kontak van die pasiënte in Witrandhospitaal met hul ouers, naasbestaandes en vriende. Die meeste pasiënte 25,79% (33) in Witrandhospitaal het meer as vyf persoonlike kontakte per jaar. Dit sluit vorme van kontak in soos: briefwisseling, telefoongesprekke, dagbesoeke, naweekbesoeke, naweek- en/of vakansieverlof soos in Tabel 14 uiteengesit. Die tweede grootste groep pasiënte, naamlik 25% (32) is diegene wat een tot twee kontakte per jaar het, gevolg deur die derde grootste groep, 19,53% (25) met drie tot vier kontakte per jaar. Sowat 14% (18) pasiënte wat in die ondersoek betrek is, het gereelde maandelikse kontakte. Die laasgenoemde bevinding is moontlik as gevolg van die feit dat die ouers, familie of vriende naby Potchefstroom woon sodat afstand dus nie 'n probleem is nie.

Omdat die verstandelik gestremde 'n behoefte het aan kontak met ander mense buite die inrigting, is dit belangrik om in hierdie behoefte van hulle te voorsien. Dit is die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingverband om toe te sien dat hierdie behoefte van die verstandelik gestremde vervul word. In gevalle waar dit nie moontlik is om kontak met bloedverwante of gesinslede te bewerkstellig nie, moet alternatiewe oorweeg word soos vroeër daarop gewys.

5.5.3 BETROKKENHEID VAN STIEFOUERS

Die betrokkenheid van stiefouers in die gesinne van pasiënte in Witrandhospitaal, is ook ondersoek. Die bevindings word in Tabel 16 weergegee.

TABEL 16

STIEFOUERS IN PASIËNTE SE GESINNE

STIEFOUERS	N	%
Stiefvaders	8	61,54
Stiefmoeders	4	30,77
Stiefvader en -moeder	1	7,69
TOTAAL	13	100

In 61,54% (8) van die 13 gesinne wat in die ondersoek betrek is, was daar 'n stiefvader teenwoordig, en in 30,77% (4) 'n stiefmoeder. Slegs in een (7,69%) gesin is 'n stiefvader en -moeder gevind, wat beteken dat die verstandelik gestremde se biologiese ouers reeds oorlede was met die gestremde kind se opname en dat laasgenoemde deur stiefouers versorg is. Soos in Tabel 13 aangedui, is daar gesinne met 'n stiefouer wat kontak behou het met die verstandelik gestremde ná sy/haar se opname in Witrandhospitaal. Van die agt gesinne waar 'n stiefvader aanwesig is, het slegs een gesin met die gestremde kind in Witrandhospitaal kontak behou terwyl twee gesinne met 'n stiefmoeder persoonlike kontak met die gestremde voortgesit het (vergelyk Tabel 13 op p.76). In die gesin waar daar net stiefouers voorgekom het, is nie kontak met die gestremde stiefkind ná opname in Witrandhospitaal behou nie.

Die maatskaplike werker binne inrigtingverband blyk ook 'n taak te hê om gesinne waar daar stiefouers is, aan te moedig om persoonlike kontak met die verstandelik gestremde kind in Witrandhospitaal voort te sit.

5.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is gekonsentreer op die gesinsomstandighede van die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal se gesinne. Die behuisingsomstandighede van die gesinne is ondersoek en daar is bevind dat die meeste gesinne wel oor behuising beskik. Die meerderheid gesinne is woonagtig in 'n plattelandse omgewing.

Oor die algemeen is ouers van verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal se beroepe nie-professioneel van aard. Dit blyk ook dat die meeste moeders nie 'n beroep beoefen het nie, moontlik vanweë die versorgingseise wat die verstandelik gestremde kind tuis gestel het. Heelwat gesinne wat by die ondersoek betrek is, val in 'n lae inkomstegroep wat beteken dat hierdie gesinne 'n gemiddelde tot ondergemiddelde lewenstandaard handhaaf. Die meeste gesinne van die pasiënte wat betrek is, is lidmate van die Nederduits Gereformeerde Kerk. Slegs 'n klein persentasie gesinne is kerkloos. Dit is dus duidelik dat die meeste gesinne wat in die ondersoek betrek is, aan 'n kerk behoort.

Die biologiese ouers wat nog steeds met mekaar getroud is, ervaar nie noemenswaardige huweliksprobleme nie. Meer as die helfte van die monstergroep is enkelouers as gevolg van egskeiding, vervreemding, nie getroud nie en

enkellopend omdat die ander ouer oorlede is. Dit blyk dus dat die meeste verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal blootgestel is aan enkelouerskap.

Die meeste verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal het bevredigende kontak met hul naasbestaandes. Dit is veral telefoongesprekke wat die meeste gebruik word tussen die naasbestaandes en die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal. Verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal het dus steeds noue kontak met hul ouers en familielede ná opname.

HOOFSTUK 6

***DIE TAAK VAN DIE
MAATSKAPLIKE
WERKER BINNE 'N
STAATSHOSPITAAL***

HOOFSTUK 6

DIE TAAK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER BINNE 'N STAATSHOSPITAAL

6.1 INLEIDING

Maatskaplikewerkdienste in staatsinrigtings vir verstandelik gestremdes in Suid-Afrika is hoofsaaklik hospitaalgesentreerd met die klem op die fisieke, maatskaplike en psigiese behandeling. Maatskaplike werk is primêr gemoeid met dienslewering aan mense wie se behoeftes nie deur bestaande sosiale strukture en dienste bevredig kan word nie (Anderson, 1982:14).

Die doel van Hoofstuk 6 is om die taak van die maatskaplike werker aan die hand van die drie primêre metodes en een sekondêre metode in maatskaplike werk in 'n staatshospitaal of soortgelyke inrigting vir verstandelik gestremdes te bespreek, asook die toepaslikheid van die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973 as hulpmiddel vir die maatskaplike werker. Die spesifieke behoeftes en probleme wat die verstandelik gestremde en sy gesin ervaar word kortliks toegelig.

6.2 DIE TAAK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER

Soos reeds in die inleiding aangedui word die volgende metodes naamlik maatskaplikewerkdienlewering aan individue, maatskaplikewerkdienlewering aan groepe, maatskaplikewerkdienlewering aan die gemeenskap as primêre metodes in maatskaplike werk bespreek en maatskaplikewerknavorsing as sekondêre metode.

6.2.1 MAATSKAPLIKWERKDIENSLEWERING AAN INDIWIDUE

Gevallewerk is 'n metode in die maatskaplike werk wat gerig is op die bevordering van maatskaplike funksionering van die kliënt deur middel van die gevallewerkproses (Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk, 1995:23). Hierdie metode word aangewend om individue en gesinne se algemene maatskaplike funksionering te bevorder deur hulle in staat te stel tot potensiaalontwikkeling

besluitneming, probleemoplossing en benutting van bestaande hulpbronne. Maatskaplike werk aan die individu is toegespits op die beweging van individue en hul gesinne tot groei en verandering (Departement Gesondheid en Welsyn, 1990:19).

Om met die individu en gesin te werk, is gevallewerk dus gerig op die verbetering van die fisieke, maatskaplike, intellektuele en emosionele potensiaal van 'n persoon.

6.2.1.1 DIE DOEL VAN MAATSKAPLIKE WERK MET DIE VERSTANDELIK GESTREMDE AS INDIWIDU

Die algemene doel met gevallewerk is om inligting van die gestremde en sy gesin te versamel, daaruit 'n diagnostiese geheelbeeld te verkry en dienooreenkomstig hulp te verleen (Van Rooyen & Combrink, 1990:245). Hierdie metode is gerig op die verbetering van die fisieke, maatskaplike, intellektuele en emosionele kapasiteite van die verstandelik gestremde persoon. Vosloo (1991:220) sluit by Van Rooyen en Combrink aan deur daarop te wys dat die onderhoud tydens hierdie metode 'n hulpmiddel is in die behandelingsprogram met die individu. In die onderhoud word waardevolle inligting verkry. Tydens die onderhoud moet daar ondersteuning aan die gestremde verleen word asook die opbou van 'n vertrouensverhouding. Die maatskaplike werker moet 'n atmosfeer van warmte en empatie opbou. Aan die verstandelik gestremde moet getoon word dat hy belangstelling geniet.

6.2.1.2 SOORTE ONDERHOUDE

In die inrigtingopset moet onderhoude met die verstandelik gestremde so eenvoudig moontlik gevoer word. Dit is egter nie net die verstandelik gestremde wat in die proses betrek word nie, maar ook sy gesin of familie. Om dit moontlik te maak, word daar in geheel van drie tipes onderhoude gebruik gemaak soos voorgestel deur Van Rooyen en Combrink (1990:246-247). Hulle onderskei tussen gevallestudie-onderhoude, diagnostiese beplanningsonderhoude en terapeutiese onderhoude. Hierdie tipe onderhoude kan effektief toegepas word met die verstandelik gestremde en sy gesin of familie. Genoemde onderhoude word kortliks soos volg bespreek:

* **Gevallestudie-onderhoude**

Die doel van sommige onderhoude is om inligting te versamel oor die persoon, sy omstandighede en die gemeenskap waarin hy hom bevind. Dit word gedoen om 'n geheelbeeld te verkry van die verstandelik gestremde en sy gesin se funksionering. Inligting wat versamel word is onder meer oor aspekte soos die gestremde se beeld van homself en sy gesin, sy vermoëns en onvermoëns, die invloed van die verlede op hom, die betekenis van belangrike persone in sy lewe, interaksie met sy medemens, die aard van gesinspatrone, interpersoonlike verhoudinge en behoeftes, omgewing en behuising van die gesin, waardes en norme van die gesin, ekonomiese posisie, religieus-kulturele aspekte, fisieke en psigiese funksionering.

Met 'n aanvangsonderhoud word daar gegewens ingewin van die verstandelik gestremde se verskillende lewensfases en ontwikkeling asook gegewens van die ouers se sosio-ekonomiese posisie. Hierdie onderhoud kan ook gebruik word om 'n diepgaande gevallestudie te doen. Binne 'n inrigtingsopset is dit vir die multi-dissiplinêre spanlede belangrik om kennis in te win oor die verstandelik gestremde se gesinsagtergrond en psigososiale funksionering ten einde genoemde span in staat te stel om 'n effektiewe plan van behandeling vir die gestremde uit te werk. So 'n studie vind dikwels plaas oor die verloop van 'n paar onderhoude.

* **Diagnostiese beplanningsonderhoude**

Diagnostiese beplanningsonderhoude word gevoer om vas te stel of 'n bepaalde vorm van hulpverlening of dienslewering toepaslik is, of nie. Hierdie onderhoude word gewoonlik opgevolg met terapeutiese onderhoude. Die inligting wat tydens dié onderhoude verkry word, is belangrik vir die neem van besluite. In 'n inrigtingopset kan sodanige onderhoude gevoer word met die verstandelik gestremde, een of meer van sy gesinslede of met lede van die multi-dissiplinêre span. Laasgenoemde lede kan waardevolle inligting verskaf rondom die gestremde se gedrag. Kruisverwysings tussen die multi-dissiplinêre spanlede is noodsaaklik binne inrigtingverband. Elke lid het insae in die behandelingsproses, wie ook al met die gestremde werk.

* **Terapeutiese onderhoude**

Die doel van terapeutiese onderhoude is om verandering by die kliënt en in hierdie geval die verstandelik gestremde en sy gesin, te bewerkstellig. Dit bevorder maatskaplike funksionering asook om sekere hulpverleningsvorme soos omgewingsverandering, gevoelshantering, direkte beïnvloeding en gedragsverandering toe te pas. Voorafgaande hulpverleningsvorme kan met vrug by die verstandelik gestremde gebruik word.

Deur middel van hierdie onderhoude word 'n terapeutiese verhouding opgebou tussen die maatskaplike werker, die verstandelik gestremde en sy gesin. Die maatskaplike werker kan tydens sodanige onderhoude die tussenganger wees van die gestremde, sy gesin, medepasiënte en personeel verbonde aan die inrigting.

6.2.1.3 ASPEKTE WAAROP DIE MAATSKAPLIKE WERKER FOKUS

Binne inrigtingverband is dit sinvol dat die maatskaplike werker weet watter aspekte vir die verstandelik gestremde relevant is. Grimbeek (1977:26) spreek die mening uit dat die verstandelik gestremde persoon se verstandsvermoëns, sosiale, fisieke en emosionele peil, bepaal moet word. Die houding van die gestremde teenoor die behandeling en maatskaplike werker is belangrike komponente. Alhoewel Stear (1997:66) bevind het dat individuele maatskaplike-werkdienste aan die verstandelik gestremde binne staatshospitale nie hoë prioriteit geniet nie as gevolg van 'n tekort aan maatskaplike werkers, is daar wel sekere aspekte wat op individuele vlak aandag kan geniet. Die volgende behoeftes word deur die ondersoeker as noodsaaklik geag:

- Ondersteuning aan die verstandelik gestremde ná sy opname in die inrigting.
- Aandag aan gedragsprobleme soos onder andere onbevredigende verhoudinge, aggressiwiteit, emosionele labiliteit, drostery, diefstal en leuens.
- Aanmoediging van volgehoue kontak met sy gesin en familie deur middel van telefoongesprekke, korrespondensie, dag- en naweekbesoeke en vakansieplasings.

- Die bepaling van sy emosionele behoeftes om aanpassing binne inrigtingverband te bevorder.
- Om vas te stel wat die verstandelik gestremde se vermoëns en onvermoëns is sodat hy kan inskakel by die aktiwiteite wat binne inrigtingverband aangebied word, soos die plasing van matig en lig verstandelik gestremdes in 'n beskermde werkplek.

De Villiers (1987:65) is van mening dat die volgende aspekte by verstandelik gestremde persone aandag moet geniet:

- Die verstandelik gestremde moet gehelp word om sy lewe sinvol te ervaar.
- Die verstandelik gestremde moet gehelp asook gelei word om hom/haar te identifiseer met die aanvaarbare waardes en norme van die gemeenskap.
- Die verstandelik gestremde kan gehelp word om 'n menswaardige leefwyse te voer en respek te toon vir andere.
- Die verstandelik gestremde moet geleer word om verantwoordelikhede te aanvaar, al sou dit vir heel eenvoudige take wees.
- Die verstandelik gestremde moet voorberei word vir sy latere lewensfases.
- Die verstandelik gestremde moet opgelei word vir beskermde en terapeutiese arbeidsaktiwiteite wat binne sy vermoëns val.

Ondersoeker stem saam met laasgenoemde skrywer dat die verstandelik gestremde persoon verantwoordelikhede moet neern vir take om hom/haar menswaardig te laat voel.

Om dus 'n effektiewe maatskaplikewerkdiens aan die verstandelik gestremde en sy gesin/familie te lewer, kan waardevolle inligting verkry word deur onderhoudvoering. Hierdie inligting help die verskillende multi-dissiplinêre spanlede om te evalueer en te bepaal watter aspekte tydens die behandelingsprogram aandag moet geniet. Sekere aspekte waarop gefokus kan

word, is die aanpassing van die verstandelik gestremde in die inrigting, aandag aan moontlike gedragsprobleme wat mag voorkom, aanmoediging van persoonlike kontak tussen die verstandelik gestremde en sy gesin/familie asook bepaling van die behoeftes wat die gestremde ervaar.

6.2.2 MAATSKAPLIKEWERKDIENSLEWERING AAN GROEPE

Groepwerk is 'n metode in maatskaplike werk waartydens individuele en groepdoelstellings binne groepsverband verwesenlik word, dit geskied deur middel van die doelgerigte toepassing van die groepwerkproses (Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk, 1995:25). Skidmore *et al.* (1997:79) is van mening dat die mens 'n groepsweese is en laat hulle soos volg daaroor uit:

"People are gregarious, and the more they discover themselves, the more they discover the group and society. They do not live by themselves; they are not islands. Their welfare, in fact, their existence, is tied to the success or failure of other humans, and to an ever-growing number of group associations."

Wanneer groepwerk met verstandelik gestremdes gedoen word, moet daar seker gemaak word dat die maatskaplike werker sulke gestremdes op hul vlak benader (Corey & Corey, 1992:285). Hierdie benadering sluit aan by die beginsel in maatskaplike werk, naamlik ontmoeting op eie vlak.

6.2.2.1 DIE DOEL VAN MAATSKAPLIKE WERK MET VERSTANDELIK GESTREMDES IN GROEPE

Volgens Germishuys en Du Preez (1993:40) asook Vosloo (1991:231) is maatskaplike groepwerk 'n uiters geskikte metode om met die gestremde te werk, omdat daar 'n groot behoefte bestaan om met ander gestremdes te skakel wat soortgelyke omstandighede beleef. 'n Groot aantal gestremdes kan gelyktydig by terapeutiese dienste betrek word. Binne groepsverband word daar aan die gestremde se behoeftes aan stimulering voldoen. Die verstandelik gestremdes leer by mekaar en 'n gevoel van geborgenheid word geskep. Dié persone voel vry om uiting te gee aan hulle gevoelens omdat die res van die groeplede hulle optrede sal aanvaar. Joubert (1990:25) wys daarop dat medegestremde persone vir mekaar van onskatbare waarde kan wees. In sekere hospitale word groepbesprekings op 'n georganiseerde vlak gedoen. Inligting en

ervaring word deur die groeplede oorgedra en uitgeruil en vrae word beantwoord.

Roux (1997:9-10) verwys ook na die besondere doelstellings van groepwerk, naamlik die groei van die groep as geheel en die bevrediging van basiese behoeftes. Die volgende behoeftes word deur laasgenoemde skrywer beklemtoon:

1. Mense het vriendskap en kameraadskap nodig en wil aanvaar word en nuttig wees.
2. Mense het geleenthede tot deelname nodig waarin hulle verantwoordelikheid kan aanvaar.
3. Mense het behoefte aan situasies waardeur hulle hulself kan uitleef en sosiaal skeppend kan wees.
4. Die ontwikkeling van 'n gevoel om te behoort deur die veiligheid, openheid en aanvaarding wat die groep kan bied.
5. Spontane deelname help die lede om na buite te leef en aanpassings te maak.
6. Geleenthede moet geskep word vir die verbetering van persoonlike potensiaal deur die neem van besluite en die toepassing daarvan.
7. Lede leer om mekaar te respekteer en te aanvaar.

Groepwerk is dus 'n geskikte metode om verstandelik gestremdes in groepe te betrek omdat hul probleme en behoeftes soos sosialisering, aanvaarding, gevoelens en potensiaal in sommige gevalle dieselfde is.

Hofmeyr (1996:364) is van mening dat die maatskaplike werker wat met minderbevoorregtes werk, 'n opregte belangstelling en liefde vir hulle moet toon. Die maatskaplike werker se positiewe houding is van terapeutiese waarde vir die groep. Dit is noodsaaklike dat die maatskaplike werker onaanvaarbare gedrag van die groeplede sal hanteer en die ondersteuning bied sodat dit kan verander. Om minderbevoorregtes, en dus in hierdie geval die verstandelik gestremde persoon te hanteer, word dit van belang geag dat die maatskaplike werker sy

vaardighede positief tot voordeel van die groep aanwend. Dit beteken dat die maatskaplike werker die groep se gevoelens verstaan en in staat sal wees om dit te hanteer. Die opbou van sinvolle verhoudings tussen die maatskaplike werker en die groeplede is noodsaaklik vir lede om gemotiveerd die groepwerksessies by te woon. Groeplede moet toegelaat word om deel te hê aan die programmering en implementering daarvan. Speelaktiwiteite is veral by die verstandelik gestremdes 'n belangrike komponent omdat dit hulle toelaat om op 'n ontspanne en gemaklike wyse deel te hê aan die groepwerkproses.

Alle groepe het 'n doel hetsy dit formeel of informeel van aard is. Zastrow (1992:171) stel dit soos volg:

"All groups have goals, and every person who joins a group has personal goals. Groups generally have both short-range and long-range goals. The short-range goals should be stepping stones to reaching the long-range goals."

Die doel van groepwerk met die verstandelik gestremde kan gesien word as die proses van hulpverlening om die tekortkominge te bowe te kom deur die benutting en mobilisering van die gestremde se vermoëns ten einde bevredigend as individu en as lid van 'n groep, te funksioneer.

6.2.2.2 SOORTE GROEPE

Verskeie soorte groepe kan saamgestel word met dien verstande dat dit 'n oop of geslote groep is. 'n Geslote groep is 'n groep wat met 'n sekere aantal lede begin en waar geen nuwe lede opgeneem word nie. Ná 'n sekere aantal byeenkomste word die groep ontbind. Die oop groep word gekenmerk deur die voortdurende wisseling van groeplede omdat nuwe lede bykom en ander lede van die byeenkomste onttrek (Du Preez, 1972:154). Toseland en Rivas (1998:235-362) verwys na behandelings- en taakgeoriënteerde groepe.

Ná bestudering van Vosloo (1991:233-336), Skidmore *et al.* (1997:94-97) en Pentz (1995:116-119) volstaan die ondersoeker by Vosloo se indeling van die soort groep waarby die verstandelik gestremdes betrek kan word. In 'n inrigtingopset kan verskillende soorte groepe aangewend word om terapeutiese dienste aan die verstandelik gestremde te lewer. Verstandelik gestremdes kan by die volgende groepe inskakel.

* **Groepe met nuwe pasiënte**

Die maatskaplike werker kan verstandelik gestremdes ná opname in 'n inrigting binne groepsverband inskakel, met die doel om dié gestremdes te help om aan te pas in hul nuwe omgewing. Vosloo (1991:233) verwys ook na die waarde van groepwerk as 'n geleentheid waartydens die gestremdes gehelp word om aan te pas in hul nuwe woonopset. Die saal/afdeling waarin hul opgeneem word, word aan hulle bekend gestel en bied 'n geleentheid om medegestremdes beter te leer ken. Die maatskaplike werker kan tydens hierdie groepwerksessies die gestremde se behoeftes en vrese vasstel.

* **Besprekingsgroepe**

Besprekingsgroepe kan gehou word met verstandelik gestremdes wat in 'n inrigting opgeneem is. Indien die naasbestaandes van die verstandelik gestremdes probleme ervaar wat verband hou met die versorging en behandeling van die gestremde, kan die betrokkenes ook tydens hierdie besprekings betrek word. In hierdie groepwerksessies word aandag gegee aan probleme wat deur die gestremde ervaar word soos die gebeure wat aanleiding gegee het tot opname in 'n inrigting, probleme wat verband hou met die gestremde se aanpassing asook die gestremde se emosionele toestand en gevoelens van afhanklikheid (Brody, 1977:212).

Volgens George en Cristiani (1981:201) is die rol wat die groepwerker vervul die volgende:

"The counselor's role is to create a safe and secure environment where group members feel comfortable sharing personal concerns related to their families, interpersonal relationships, selfconcepts or other personal, social or educational difficulties."

Die groepwerker se rol tydens groepwerksessies is om 'n veilige omgewing vir die groeplede te skep waarbinne laasgenoemde hul gevoelens en behoeftes met mekaar deel. Besprekingsgroepe is dus sinvol waar verstandelik gestremdes of hul naasbestaandes probleme ervaar wat binne groepsverband hanteer kan word.

* **Opvoedkundige groepe**

Opvoedkundige groepe kan formeel of informeel wees. Inligting word aan die verstandelik gestremde en sy naasbestaendes beskikbaar gestel wat ook geleentheid vir die verstandelik gestremde bied om te ontwikkel (Vosloo, 1991:234). Die lede wat bymekaar kom het gemeenskaplike behoeftes en gemeenskaplike eienskappe (Strydom, 1990:52).

Volgens Thackeray *et al.* (1994:76) bied opvoedkundige groepe die geleentheid aan groeplede om aspekte te bespreek oor aangeleenthede soos die inrigting se interne en eksterne beleid, reëls en regulasies wat vir die verstandelik gestremdes geld, die inrigting se doelwitte, die besoek van ouers aan hul gestremde kinders binne die inrigting en alternatiewe sake wat vir die inrigting en sy inwoners van belang is. Opvoedkundige groepe se programme word gewoonlik deur die maatskaplike werker bepaal. Leiding word aan groeplede gegee om probleme wat mag ontstaan, te voorkom (George & Cristiani, 1981:203).

Dit is duidelik dat opvoedkundige groepe handel oor spesifieke sake wat van belang is vir die verstandelik gestremde in 'n inrigtingopset. Belangrike inligting word deurgegee aan die persone wat betrokke is. Dit bring mee dat onduidelikhede uit die weg geruim word wat aanleiding gee tot beter kommunikasie en samewerking tussen die verstandelik gestremde, personeel verbonde aan die inrigting en die gestremde se naasbestaendes.

* **Terapiegroepe**

Terapeutiese groepe bied aan die groeplede die geleentheid om hul persoonlike probleme te hanteer (Roux, 1997:34). Daar kan veral aan die gestremde ondersteuning gebied word om sy gestremdheid te hanteer. Die verstandelik gestremde en sy naasbestaendes kan gehelp word om hulle probleme op te los en aan te pas by hul omstandighede en die verskillende rolverwagtings van mekaar (Northern, 1983:114-115). Thackeray *et al.* (1994:76) sluit aan by die gebruik van terapeutiese groepe deur die volgende inligting te vermeld:

"The group is used as an agent of change. The group worker facilitates the interaction among members of the group to achieve change for the individual. Intervention is reality focused and

addresses the problem of disfunction in the groups and within the full range of the individual's relationships."

George en Cristiani (1981:201) sluit by voorafgaande skrywer aan en bevestig dat terapeutiese groepe se behoefte aan hulp psigologies van aard is. Probleme wat ervaar word, gaan gewoonlik gepaard met persoonlikheidsfaktore.

Terapeutiese groepe word dus aangebied met die doel om die groeplede wat op 'n persoonlikheidsvlak probleme ervaar, te help om hulle probleme te verlig of op te los.

* **Selfhelpgroepe**

Tydens groepwerksessies vir selfhelpgroepe word probleemgedrag en onaanvaarbare optrede deur die lede bespreek. Ondersteuning en leiding word gegee om die stres as gevolg van verstandelike gestremdheid, te hanteer. Aandag word aan die gestremdes se selfbeeld en selfhandhawing gegee omdat hulle kan voel dat daar teen hulle gediskrimineer word. Die verstandelik gestremde word aangemoedig om weer betekenisvolle interpersoonlike verhoudings op te bou (Gartner & Riessman, 1997:31-37). George en Cristiani (1981:201) sluit hierby aan deur te meld dat die groeplede gehelp word om gebalanseerd en goed te funksioneer met die doel om hul potensiaal aan selfverwesenliking en goeie interpersoonlike verhoudings, te eksploreer.

Selfhelpgroepe is dus daarop ingestel om groeplede te help om hul gestremdheid beter te hanteer deur middel van volle potensiaalontwikkeling. Beter interpersoonlike verhoudinge help die groeplede om hul gevoel van aanvaarding en erkenning, te bevorder.

* **Sosiale veranderingsgroepe**

Sosiale veranderingsgroepe is taakgeoriënteerd om die maatskaplike omstandighede soos omgewing buite die groep te verbeter. Verstandelik gestremdes kan byvoorbeeld in samewerking met die personeel en moontlik ook die naasbestaendes help om die saal waarin hul woon, in 'n terapeutiese milieu te omskep (Hartford, 1971:29-62).

Vir die verstandelik gestremde is die saal waarin hy woon sy ouerhuis of tuiste. Dit spreek vanself dat waar die verstandelik gestremdes se gevoel van "ek

behoort" sal versterk indien hul onmiddellike omgewing hulle aan hul ouerhuis of 'n tuiste herinner. In Witrandhospitaal is dit veral die personeel verbonde aan hierdie inrigting, wat 'n huislike atmosfeer vir die verstandelik gestremde skep.

Sosiale veranderingsgroepe is dus daarop ingestel om 'n beter omgewing vir die verstandelik gestremdes te skep wat hul aanpassing en verblyf in 'n inrigtingopset sal bevorder.

6.2.2.3 ASPEKTE WAAROP DIE MAATSKAPLIKE WERKER FOKUS

Soos onder paragraaf 6.2.2.1 (p.89) uiteengesit, is hierdie metode baie effektief omdat meer verstandelik gestremdes in 'n groepwerksessie betrek kan word. Stear (1997:68) het bevind dat maatskaplike werkers wat werksaam is by die verskillende staatshospitale in Suid-Afrika, veral die hoog funksionerende verstandelik gestremdes by hierdie metode betrek. Groepwerkaktiwiteite waarop die maatskaplike werker kan fokus, is die volgende:

- Vryetydsbestedingsaktiwiteite met die verstandelik gestremde.
- Godsdienstbeewing en -beoefening deur die verstandelik gestremde.
- Die opbou van sinvolle verhoudinge tussen verstandelik gestremdes asook met personeellede, familieledes en lede van die publiek.
- Die verstandelik gestremde se beewing van homself en andere in vergelyking met die aanvaarbare waardes en norme van die onmiddellike omgewing en die gemeenskap.

Soos in Hoofstuk 5 vermeld is interpersoonlike verhoudinge vir die verstandelik gestremde 'n baie belangrike behoefte en is daar vasgestel met wie die verstandelik gestremde persoonlike kontak het. Ander behoeftes van belang is vryetydsbestedingsaktiwiteite, religieuse ingesteldheid van die gestremde en sy gesin, sy selfbeeld en selfhandhawing.

6.2.3 MAATSKAPLIKWERKDIENSLEWERING AAN DIE GEMEENS- SKAP

Gemeenskapswerk is 'n metode in maatskaplike werk wat gerig is op 'n gesamentlike en beplande aksie van die lede van 'n gemeenskap en 'n

maatskaplike werker om die maatskaplike funksionering van die totale gemeenskap te bevorder deur die volgende toe te pas:

- op mikrovlak kennis en die hanteringsvermoë te verhoog om sodoende die gemeenskap te bemagtig om maatskaplike probleme en behoeftes te hanteer,
- op mesovlak te verseker dat daar bevredigende hulpbronne is om in die gemeenskap se behoeftes te voorsien en
- op makrovlak die gemeenskap op 'n demografiese wyse inspraak te gee in die formulering van welsynsbeleid (Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk, 1995:19).

Gemeenskapswerk is dus 'n metode in maatskaplike werk wat maatskaplike probleme en behoeftes deur middel van hulpbronne oplos en om sodoende die gemeenskap behulpsaam te wees om welsynsbeleid te formuleer.

6.2.3.1 DIE DOEL VAN MAATSKAPLIKE WERK MET VERSTANDELIK GESTREMDES AS 'N GEMEENSKAP

Germishuys en Du Preez (1993:39) verdeel gemeenskapswerk met die verstandelik gestremde in twee kategorieë, naamlik gemeenskapswerk met die breë gemeenskap as teikengroep en gemeenskapswerk met die verstandelik gestremde en sy gesin as teikengroep. Zastrow (1992:227-229) is van mening dat die maatskaplike werker wat betrokke is by gemeenskapswerk, kennis moet neem van die volgende:

“The social worker who is getting involved in macro-practice will need information on how organizations function in general, and specific knowledge on the social worker’s employing organizations.”

Zastrow (1992:229) wys voorts op inligting wat vir die maatskaplike werker wat binne 'n inrigtingopset werk, van belang is. Dit word kortliks uiteengesit:

- Wat is die aard van die inrigting en maak dit voorsiening vir fisiek of psigies gestremde persone?

- Hoe word die inrigting geadministreer? Wat is die prosedure en vereistes vir die opname van 'n gestremde?
- Wat is die aard van die dienste wat gelewer word? Is dit opvoedkundig, ontspannend of versorgend van aard?
- Wat is die koste verbonde aan die versorging van die gestremdes van die inrigting per dag?
- Wat is die standarde van die inrigting? Wie doen inspeksies, verleen supervisiedienste en hou toesig?
- Hoeveel persone van die gemeenskap word in die inrigting versorg?
- Is enige plaaslike instansies of organisasies betrokke by 'n buitepasiënte-diens? Watter tipe dienste word gelewer?

Dit is noodsaaklik dat die maatskaplike werker in inrigtingverband hom sal vergewis van die voorafgaande inligting ten einde effektiewe maatskaplikewerkdienste te lewer aan die gestremdes, hul naasbestaendes en die publiek. Die doel van gemeenskapswerk is om in die behoeftes van die gestremde en die gemeenskap te voorsien en om hulpbronne daar te stel.

6.2.3.2 ASPEKTE WAAROP DIE MAATSKAPLIKE WERKER FOKUS

In die breë gemeenskap is die volgende aspekte volgens Germishuys en Du Preez (1993:39-40) van belang:

- Die evaluering van bestaande dienste in die gemeenskap vir gestremde persone.
- Die skep van nuwe dienste vir verstandelik gestremde persone.
- Die oordra van inligting aan die gemeenskap oor die gestremde persoon en sy behoeftes.
- Die betrokkenheid van die gemeenskap by projekte wat vir die verstandelik gestremde aangebied word.

- Die skep van beskermde werksgeleenthede vir die gestremde binne en buite inrigtingverband.
- Die onderneming van fondsinsamelingsprojekte om in die behoeftes en probleme van die verstandelik gestremde te voorsien (Germishuys & Du Preez, 1993:39-40).

Veral by lig en matig verstandelik gestremdes is daar 'n behoefte om werk te verrig omdat dit bydrae tot 'n positiewe selfbeeld, konstruktiewe tydsbesteding en erkenning.

Stear (1997:71) het 'n ondersoek gedoen by staatshospitale in Suid-Afrika en het bevind dat vrywilligers veral betrek kan word by die verstandelik gestremdes binne inrigtingverband. Vrywilligers kan gebruik word om sosiale aktiwiteite aan verstandelik gestremdes te bied asook om op gereelde tye gestremdes te besoek wat nie familie of vriende het nie. Die doel van besoeke deur lede van die gemeenskap aan staatsinrigtings maak die gemeenskap ook bewus van die gestremde se behoeftes asook die dienste wat deur die personeel van so 'n inrigting gelewer word. Dit sluit nou aan by voorligtings- en opvoedkundige programme aan die gesin en breë gemeenskap.

Ten opsigte van die voorafgaande inligting stel Stear (1997:72) dit soos volg:

“Gemeenskapswerkdienste by staatshospitale is grootliks afgestem op die bewusmaking van die gemeenskap, omtrent hulle betrokkenheid en verantwoordelikheid ten opsigte van die verstandelik gestremde.”

Die ondersoeker is van mening dat opvoedings- en voorligtingsprogramme effektief deur die maatskaplik werker aangewend kan word. Soos blyk uit bostaande aanhaling, is maatskaplike werk met die gemeenskap daarop ingestel om die bestaande bronne in die gemeenskap te gebruik en waar sulke bronne nie bestaan nie, te skep of te ontwikkel. Dit is veral in hierdie opsig dat die maatskaplike werker binne en buite inrigtingopset asook professionele persone, leiers en belangstellendes behulpsaam kan wees met die bepaling van die behoeftes van verstandelik gestremdes wat hulle nog in die gemeenskap bevind asook diegene wat reeds in 'n inrigting opgeneem is.

Op't Hof (1982:48) is van mening dat die oorsake van verstandelike gestremdheid deur middel van opvoedings- en voorligtingsprogramme beheer en behandel kan word en stel die volgende voor:

- Die vroeë opsporing van aangetaste en hoë risikopersonne en gesinne.
- Genetiese raadgewing aan families waar verstandelike gestremdheid te wyte is aan oorerwing.
- Voorgeboortelike diagnose aan moeders wat in die hoë risikogroep ten opsigte van die oorsake van verstandelike gestremdheid val.
- Siftingsprogramme om die oorsake van verstandelike gestremdheid te bepaal.
- Genetiese voorligting aan voornemende ouers en aan die gemeenskap.

Maforah (1993:251) stem met Op't Hof saam en stel dit duidelik dat genetika 'n veld is wat geleenthede vir die maatskaplike werker inhou. Hy stel sy standpunt soos volg:

“... that on every level in social work education, in the development and administration of programmes, and in practice, social workers need to become actively involved in the area of genetics. Social workers, particularly those in the health fields, where they are obliged to work interrelatedly with many other professional disciplines, ought to make their contributions highly visible.”

Bogenoemde programme kan deur lede van die multi-dissiplinêre span waarvan die maatskaplike werker deel is, toegepas word. Kennis en ervaring van die verskeie lede van die genoemde span kan daartoe bydra dat sekere oorsake van verstandelike gestremdheid voorkom, bepaal en behandel kan word.

Weyers (1997:32) verwys na programme en projekte wat deur die maatskaplike werker wat met gestremdes werk, geïnisieer kan word. Dit kan aktiwiteite insluit soos beraaddienste, oriëntering/aanpassing van die gestremde, werksplasing, materiële bystand, klubs, beskermingswerkplekke, tuishulp, dagsorg en rehabilitasie-eenhede.

Soos voorafgaande inligting aandui, is daar wel sekere aspekte waarop die maatskaplike werker binne inrigtingverband kan fokus om maatskaplikewerkdienste aan die gestremde en gemeenskap tot sy reg te laat kom. Dié dienste gaan hoofsaaklik om in samewerking met die maatskaplike werker buite inrigtingverband te evalueer of te skep, projekte aan te bied vir die verstandelik gestremdes, werksgeleenthede te skep vir matig en lig verstandelik gestremdes asook die implementering van voorligtings- en opvoedkundige programme vir personeel in 'n inrigtingopset asook vir die gemeenskap buite die inrigting.

6.2.4 MAATSKAPLIKWERKNAVORSING

Navorsing impliseer verbeterde en uitgebreide kennis oor aspekte van verstandelike gestremdheid. Dit lei tot die evaluasie van bestaande dienste asook die skep van nuwe dienste. Maatskaplikewerknavorsing is 'n proses waartydens ondersoek ingestel word na die teorie en praktyk van maatskaplike werk (Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk, 1995:41). Royse (1992:8), Monette *et al.* (1994:3) en Zastrow (1992:11) verwys na navorsing as 'n sistematiese proses waardeur sosiale probleme, verskynsels of vrae (empiriese data) op 'n ordelike en logiese wyse ondersoek word. Die sosiale wetenskappe bestudeer sosiale en psigologiese faktore wat menslike funksionering beïnvloed.

Uit voorafgaande omskrywings is dit duidelik dat navorsing op 'n wetenskaplike wyse inligting sistematies versamel deur middel van die teorie en praktyk wat sosiale en psigologiese aspekte of probleme behels.

6.2.4.1 DIE DOEL VAN MAATSKAPLIKWERKNAVORSING AAN DIE VERSTANDELIK GESTREMDE

Die maatskaplike werker poog deurgaans om die wyse van sy dienslewering te evalueer en bestaande metodes, beginsels en tegnieke aan te pas. Die wyse waarop dit geskied, is deur middel van wetenskaplik gefundeerde navorsing (Strydom, 1994:3). Deur maatskaplikewerknavorsing word daar dus gepoog om op 'n wetenskaplike wyse dienslewering aan die verstandelik gestremde te lewer. Vosloo (1991:197) sluit by die voorafgaande skrywer aan en is van mening dat die maatskaplike werker binne inrigtingopset soos 'n hospitaal, oor kennis moet beskik van die spesialiteitsterrein waarbinne gefunksioneer word. Nuwe ontwikkeling kan daartoe lei dat die maatskaplike werker op die hoogte sal bly van nuwe metodes en tegnieke van hulpverlening.

Volgens Strydom (1994:22-23) is daar drie gebiede van maatskaplike werk waarop maatskaplikewerknavorsing konkrete gebruikswaarde het. Die drie gebiede is die volgende:

* **Beleidsformulering**

Die formulering en beplanning van beleid as 'n belangrike komponent om verandering in die samelewing wat plaasvind te evalueer ten einde 'n beleid aan te pas en met die doel om kliënte (in hierdie geval verstandelik gestremdes) die beste te dien.

* **Welsynsbeplanning**

Welsynsbeplanning is nou verwant aan beleidsformulering. Welsynsbeplanning is die praktiese beplanning van welsynsdienste in 'n bepaalde gemeenskap na aanleiding van 'n bestaande beleid. So byvoorbeeld kan die lig en matig verstandelik gestremdes in diens geplaas word by beskermde werksplekke in die gemeenskap volgens die besondere behoeftes van die verstandelik gestremde.

* **Evaluering van bestaande welsynsdienste**

Alle gemeenskappe en bestaande welsynsdienste is onderhewig aan voortdurende veranderinge. Dit is van belang dat dienste periodiek geëvalueer word met die doel om vas te stel of daar tred gehou word met veranderinge en/of aanpassings gemaak moet word. Navorsing moet deur die maatskaplike werker onderneem word om metodes te vind om die mees effektiewe diens te lewer aan die gestremde binne die kortste tydperk.

Die doel van maatskaplikewerknavorsing is dus om beleid rakende aspekte van welsyn te formuleer, effektief welsynsbeplanning toe te pas en om bestaande welsynsdienste te evalueer.

6.2.4.2 ASPEKTE WAAROP DIE MAATSKAPLIKE WERKER FOKUS

Stear (1997:73-74) het bevind dat die meeste maatskaplike werkers in staatshospitale in Suid-Afrika vir verstandelik gestremdes, maatskaplikewerknavorsing op 'n informele vlak doen. Hierdie navorsing hou hoofsaaklik verband

met die maatskaplike werker se take en pligte deur middel van probleme wat ervaar en geïdentifiseer word. Marsh (1984:1) wys daarop dat die sosiale en emosionele behoeftes van die gestremde kind dieselfde is as dié van 'n normale kind. Kinders benodig sekuriteit en 'n stabiele omgewing. Laasgenoemde skrywer het bevind dat ouers graag hul gestremde kind wil help en het 'n behoefte uitgespreek aan inligting. 'n Program is deur haar geformuleer met praktiese inligting vir die dag-tot-dag-versorging van die verstandelik gestremde kind. Nadat die ouers die gestremde kind se vlak van funksionering bepaal het, word dié program vanaf daardie punt toegepas.

In die toepassing van maatskaplikewerknavorsing binne inrigtingverband, word die dienste wat deur die maatskaplike werker gelewer word, geëvalueer en aangepas tot voordeel van die verstandelik gestremde en sy naasbestandes. Omdat ouers 'n behoefte het aan hulp om hul gestremde kind tuis te versorg wanneer laasgenoemde met vakansietye daar geplaas word, kan programme aan hulle verskaf word om hul gestremde kind effektief te versorg en te stimuleer.

6.3 SPESIFIEKE BEHOEFTE EN PROBLEME VAN DIE VERSTANDELIK GESTREMDE EN SY GESIN

Die ouers van 'n gestremde kind is oor die algemeen onvoorbereid op die koms van so 'n kind. 'n Gestremde kind beïnvloed die algemene funksionering van die hele gesin. Joubert (1986:35) wys op die verskillende reaksies wat ervaar word deur die ouers en gesinslede soos onder meer woede, skuldgevoelens, oorbeskerming, die rondsoek na menings en hulp, verdriet, hartseer en ontkenning. Vaughan (1984:5) verwys ook na die volgende reaksies van ouers waaraan die maatskaplike werker tydens die hulpverleningsproses aandag moet verleen:

- Die aanvaarding van die verstandelik gestremde kind deur albei sy ouers.
- Die oorbeskerming van so 'n kind deur veral sy moeder kan ontwrigtend wees vir die gestremde kind se opvoeding.
- Die verwerping van die verstandelik gestremde kind deur een of albei ouers wat kan lei tot die gebrekkige ontwikkeling van só 'n kind.

- Die bedekte verwerping waar die ouers die verstandelik gestremde kind aanvaar maar sy plek in die gesinsopset misken.
- In gevalle waar die ouers wel die kind se gestremdheid aanvaar, maar te veel verwag van die kind deur onredelike en onrealistiese eise te stel. Sodanige eise word gewoonlik deur die vader gestel.

Dit spreek vanself dat ouers reeds heelwat beproewing ondervind teen die tyd wat hul besluit om die verstandelik gestremde kind te laat institutionaliseer.

Germishuys en Du Preez (1993:32-33) bevestig dat daar tydens 'n ondersoek gelet is op die invloed van 'n gestremde kind op sy gesin en die belangrikheid van die vroegtydige inskakeling van die gesin by maatskaplikewerkhulpverlening. Die gestremde kind stel bykomende eise aan sy gesin veral ten opsigte van die fisieke versorging, opvoeding, onderrig, sosialisering, vryetydsbesteding, die gesin se godsdienstige uitlewing, die ouers se huweliksverhouding en finansiële uitleg. Lea en Foster (1990:217) meld dat navorsers vasgestel het wat die faktore is wat die gesin van die verstandelik gestremde persoon die meeste beïnvloed. Sy som dit soos volg op:

“These factors include socio-economic status, religious conviction, the personal characteristics of the handicapped child, the social support available to parents and the coping resources that parents employ.”

Gaffley (1996:350) daarenteen wys op die feit dat kinders, en in hierdie geval die verstandelik gestremdes, uit hul ouers/naasbestaandes se sorg verwyder word omdat die volgende faktore aanwesig is in sekere gevalle wanneer so 'n kind in 'n inrigting opgeneem word. Genoemde faktore is onder andere enkelouergesinne waar werkloosheid, alkohol en dwelmmisbruik voorkom, dat die betrokke blootgestel word aan seksuele molesting, fisieke en psigiese mishandeling of waar die ouerlike toesig nie voldoende is nie en lei tot emosionele of fisieke deprivasie.

Om te bevestig dat bogenoemde faktore ook by die verstandelik gestremdes se gesinne voorkom, is daar in hierdie ondersoek vasgestel watter gesinne probleme ervaar. Die resultate word in Tabel 17 uiteengesit:

TABEL 17

GESINNE VAN DIE MONSTERGROEP WAT MAATSKAPLIKE PROBLEME ERVAAR/NIE ERVAAR NIE

GESINNE SE MAATSKAPLIKE OMSTANDIGHEDE	N	%
Ervaar maatskaplike probleme	61	47,66
Ervaar nie maatskaplike probleme nie	43	33,59
Ouers oorlede	24	18,75
TOTAAL	128	100

Uit die ontleding van Tabel 17 blyk dit dat die meeste gesinne (47,66%) wat in die ondersoek betrek is, maatskaplike probleme ervaar en dat sowat 33,59% (43) gesinne nie maatskaplike probleme ervaar nie. By ongeveer 19% (24) gesinne is albei ouers oorlede en is dié gesinne se maatskaplike omstandighede vir die doeleindes van hierdie ondersoek nie ter sprake nie. Maatskaplike probleme wat deur genoemde gesinne ervaar word, is finansiële probleme, werkloosheid van 'n ouer(s), onbevredigende behuising, swak gesinsverhoudinge, psigiatriese probleme by een of albei ouers, huweliksprobleme, egskeiding, alkoholmisbruik, ouer(s) wat hul kinders (wat die gestremde kind insluit) fisiek sowel as psigies mishandel, 'n ouer(s) wat in die gevangenis is as gevolg van 'n kriminele oortreding, prostitusie wat deur die moeder beoefen word, buite-egtelike swangerskappe by moeder en selfs by die groter dogters in die gesin, bloedsbande, swak gesondheid by een of albei ouers en emosionele asook gedragsprobleme by ander kinders in die gesin.

Soos in Hoofstuk 5 bevind, was daar 50% van die moeders in die ondersoek wat nie werksaam was nie, of reeds met pensioen afgetree het. Dit het meegebring dat heelwat gesinne (90) se totale netto inkomste minders as R40 000,00 per jaar was, dit wil sê minder as R3 333,33 per maand wat die bevinding staaf dat daar gesinne is wat finansiële probleme ervaar. Daar is ook in hierdie hoofstuk vasgestel dat daar ouers is wat huweliksprobleme en werkloosheid ervaar, en dat sommige gesinne oor onbevredigende behuisingsomstandighede beskik wat bogenoemde maatskaplike probleme van gesinne bevestig.

Die opname van 'n verstandelik gestremde kind gaan dus dikwels gepaard met negatiewe faktore wat 'n rol binne gesinsverband speel. Na aanleiding van die problematiek wat in gesinne voorkom en wat gewoonlik aanleiding gee tot die verstandelik gestremde persoon se opname in 'n inrigting, is daar in hierdie navorsing vasgestel watter persone gestremdes verwys vir opname in 'n inrigting. Die bevindings word in Tabel 18 voorgestel.

TABEL 18

**PERSOON/INSTANSIE WAT DIE VERSTANDELIK GESTREMDE VIR
OPNAME NA WITRANDHOSPITAAL VERWYS HET**

DEUR WIE VERWYS	N	%
Maatskaplike werker	53	41,41
Ander privaat inrigtings/nasorgsentrum en versorgings-oorde	32	25,00
Staatsinrigtings	17	13,28
Ouers	14	10,94
Ander	12	9,37
TOTAAL	128	100

Uit Tabel 18 is dit duidelik dat die meeste lede wat in die monstergroep betrek is en wat vir opname na Witrandhospitaal verwys is, 41,14% (53) maatskaplike werkers was gevolg deur 25% (32) personeel van ander privaat inrigtings, nasorgsentrum en versorgingsoorde. Die derde grootste groep 13,28% (17) se verwysings was deur die personeel van ander staatsinrigtings soortgelyk aan Witrandhospitaal. In 10,94% (14) gevalle het die ouers van die verstandelik gestremde self die opname in Witrandhospitaal versoek. Die laaste groep was 9,37% (12) persone of instansies soos ander familieledes, sielkundiges, die hof, munisipaliteit, spesiale skole en psigiatrisse gemeenskapsdienste.

Dit blyk uit voorafgaande resultate dat dit hoofsaaklik maatskaplike werkers is wat die verstandelik gestremde se ouers of familieledes verwys vir sy/haar opname in 'n inrigting gevolg deur die personeellede van ander inrigtings hetsy privaat of staatsgebonde. Die maatskaplike werker as gemeenskapswerker is

juis die persoon wat bekend is met die hulpbronne in die gemeenskap en ook die aangewese persoon om die gesinne en families in hierdie opsig bystand te verleen.

6.4 DIE MAATSKAPLIKE WERKER SE TAAK BINNE MULTI-DISSIPLINÊRE SPANVERBAND

In inrigtingverband is daar verskeie dissiplines wat elk op 'n professionele en nie-professionele terrein vakkundige en nie-vakkundige dienste aan die verstandelik gestremde en sy gesin/familie lewer. Die geneesheer, maatskaplike werker, kliniese sielkundige en verpleegkundige lewer vakkundige dienste, terwyl die assistent-verpleegkundige, klerk, vakman en arbeider op 'n semi- en nie-vakkundige vlak dienste lewer. Saam vorm die voorafgaande persone 'n multi-dissiplinêre span om 'n effektiewe diens te lewer aan die gestremde en sy naasbestaandes. Hierdie diens is slegs moontlik indien elke spanlid saamwerk aan 'n vooropgestelde doel, naamlik om diensbaar te wees aan die verstandelik gestremde. Met 'n professionele multi-dissiplinêre span word bedoel professionele persone wat met hulle spesialiteitskennis en opleiding 'n bydrae lewer tot diagnose en terapie aan die gestremde. Die gemeenskaplike doel is die behandeling van die gestremde as persoon in sy totaliteit (Departement van Gesondheid en Welsyn, 1990:26-27). Dit beteken dat elke spanlid bereid moet wees om sy spesialiteitskennis en kundigheid met die ander spanlede te deel.

Die verskillende lewensterreine van verstandelik gestremde persone word deur die verskillende lede van die multi-dissiplinêre spanlede gedek. Die professionele multi-dissiplinêre span in 'n staatsinrigting bestaan gewoonlik uit die volgende persone: die psigiater, geneesheer, kliniese sielkundige, maatskaplike werker, onderwyser, arbeidsterapeut, fisioterapeut en verpleegkundige. Indien moontlik, kan die volgende persone ook in die span ingesluit word, naamlik die predikant en EEG-tegnikus.

Volgens die Departement van Gesondheid en Welsyn (1989:2) is die taak van die multi-dissiplinêre span die volgende:

- Indien 'n professionele persoon van buite die inrigting met die multi-dissiplinêre span skakel, skakel hy/sy met sy/haar eweknie in die span. Die maatskaplike werker buite inrigtingverband skakel dus met die

maatskaplike werker aan die span verbonde. Hierdie wyse van skakeling geld ook vir kommunikasie met die gestremde.

- Die eerste onderhoudvoering kan deur enige lid van die span gedoen word, afhange van die behoefte van die gestremde en die beskikbaarheid van elke spanlid.
- Die multi-dissiplinêre span formuleer 'n behandelingsprogram vir die gestremde.
- Indien 'n verstandelik gestremde persoon vanuit die inrigting ontslaan word, word die gestremde na 'n welsynsorganisasie verwys vir die nodige nasorgdiens. Die maatskaplike werker buite inrigtingverband voorsien ten eerste 'n maatskaplikewerkverslag vir aanbeveling van ontslag wat deur die maatskaplike werker binne inrigtingverband aan die span voorgelê word.

Alhoewel elke spanlid gelyk professionele erkenning geniet, tree die geneesheer gewoonlik as die spanleier op. Kommunikasie tussen die verskillende spanlede is noodsaaklik. Tydens saalvergaderings word probleemsituasies wat ten opsigte van die verstandelik gestremde ontstaan het, bespreek.

Uit voorafgaande bespreking is dit duidelik dat elke spanlid verantwoordelik is om sy of haar eie behandelingsprogram op te stel, wat aansluiting vind by die verstandelik gestremde se behoeftes.

Die maatskaplike werker as lid van die multi-dissiplinêre span hou die volgende doelstellings voor oë:

- Ondersteuning aan die gesin ná die opname van die verstandelik gestremde in die inrigting.
- Die maatskaplike werker moet kennis hê van die hulpbronne in die gemeenskap en die kennis hoe om dit te gebruik.
- Die maatskaplike werker moet begrip toon vir die emosionele behoeftes van die verstandelik gestremde en oor die vaardigheid beskik om deur middel van interpersoonlike verhoudinge in hierdie emosionele behoeftes te voorsien.

- Die maatskaplike werker moet in staat wees om as lid van die multi-dissiplinêre span te werk, kennis uit te ruil en moet kennis en begrip hê van die werksterreine van die ander spanlede.
- Die maatskaplike werker moet in staat wees om aan die verstandelik gestremde binne die inrigting hulp te verleen asook aan die gesin en familie.

Die taak van die maatskaplike werker binne multi-dissiplinêre spanverband is volgens Herholdt (1981:76) die volgende:

- Om 'n maatskaplikewerkdiens te lewer aan die verstandelik gestremde en sy gesin op 'n individuele, groeps-, gesins- en gemeenskapsbasis.
- Die interpretering van die maatskaplike omstandighede van die gestremde en sy gesin aan die multi-dissiplinêre spanlede.
- Om gegewens van die gestremde en sy naasbestaendes te evalueer met of sonder die spanlede. Daar word veral gefokus op die geheelsituasie met verwysing na die spesifieke behoeftes van die verstandelik gestremde en sy gesin.
- Hulp aan die gesin om insig te bewerkstellig oor die verstandelik gestremde se toestand om sodoende samewerking te verkry vir die behandeling van die gestremde.
- Die opstel van maatskaplikewerkverslae om aan die span voor te lê.
- Om so effektief as moontlik te funksioneer as deel van die multi-dissiplinêre span en die nodige samewerking te bied.
- Die skenking van aandag aan die omgewing en die verwydering van faktore wat skadelik kan wees om die aanpassing van die verstandelik gestremde in die inrigting te bevorder.
- Om empatie te toon teenoor die verstandelik gestremde se bekwaamhede, inisiatief, begrip, regte en moontlikhede.

- Motivering van die verstandelik gestremde om aan aktiwiteite deel te neem ter bevordering van sosialisering.
- Skakeling met werkgewers met die oog op indiensneming van lig en matig verstandelik gestremdes in 'n beskermde werksomgewing.
- Om te beplan of te koördineer met of sonder die spanlede ten opsigte van bestaande gemeenskapsbronne.
- Om te poog om die gemeenskap te betrek met betrekking tot die daarstelling van fasiliteite soos deurgangshuise, beskermde werkplekke en nasorgsentrums.

Dit is dus duidelik dat die maatskaplike werker as lid van die multi-dissiplinêre professionele span 'n omvattende het soos aangedui deur die voorafgaande skrywers.

Maatskaplike werkers is vanweë hulle opleiding en ondervinding, kundiges in die fasilitering van kommunikasie en begrip tussen die verskillende spanlede, die spanlede onderling en die gestremde persoon (Pretorius, 1994:322). Die maatskaplike werker is juis die spanlid wat nou gemoeid is met die gesin van die verstandelik gestremde. Hierdie bemoeienis stel die maatskaplike werker in staat om bekend te raak met die maatskaplike omstandighede waaruit die verstandelik gestremde kom, die posisie van die gesinslede, asook om begrip en insig te hê in die opset van die tuiste van die verstandelik gestremde. Die maatskaplike werker dien as 'n belangrike en essensiële skakel tussen die gesinslede van die verstandelik gestremde en ander lede van die multi-dissiplinêre span wat direk met die gestremde werk. Vosloo (1991:173) het bevind dat die naasbestaandes van persone wat inrigtinggebonde is, meer kontak met die volgende spanlede wil hê, naamlik die geestelike werker, maatskaplike werker en geneesheer.

Om 'n effektiewe maatskaplikewerkdiens aan die verstandelik gestremde en sy naasbestaandes te lewer, kan waardevolle inligting verkry word deur onderhoudvoering. Hierdie inligting help die verskillende multi-dissiplinêre spanlede om te evalueer en te bepaal watter aspekte tydens die behandelingsprogram aandag moet geniet. Sekere aspekte waarop gefokus kan word, is die aanpassing van die verstandelik gestremde in die inrigting, aandag aan gedragsprobleme wat kan ontstaan, aanmoediging om persoonlike kontak

tussen die verstandelik gestremde en sy naasbestaandes, asook die behoeftes wat die gestremde ervaar.

6.5 DIE WET OP GEESTESGESONDHEID, 18 VAN 1973 AS HULPMIDDEL VIR DIE MAATSKAPLIKE WERKER

Die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, maak voorsiening vir die versorging, aanhouding en behandeling van geestesongestelde persone in 'n staats-, psigiatryse of provinsiale hospitaal of afwagingsrigting. Die verstandelik gestremde persoon word ook soos die psigiatryse pasiënt (geestesongestelde) ingevolge genoemde wet versorg, aangehou of behandel. Die verstandelik gestremde persoon kan op verskillende wyses toegelaat word tot 'n staatsinrigting, naamlik as 'n vrywillige pasiënt, 'n pasiënt met toestemming deur sy naasbestaandes of belanghebbende persoon, 'n gesertifiseerde pasiënt, 'n dringende opname en as 'n staatspresidentspasiënt. Alhoewel die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, nie spesifiek die term verstandelik gestremde persoon gebruik nie, is Burger (1998) van mening dat dit 'n leemte in genoemde wet is. Verstandelik gestremde word as 'n onderafdeling van die psigiatry beskou en val dus onder die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973. Dit is noodsaaklik dat die maatskaplike werker hom vergewis van die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, omdat verstandelik gestremdes wat in 'n staatshospitaal opgeneem word, ingevolge 'n sekere artikel van dié wet toegelaat word vir opname. Die maatskaplike werker as lid van die multi-dissiplinêre span, is saam met die verpleegkundige betrokke met die fisieke opname van 'n verstandelik gestremde persoon in 'n staatshospitaal.

Die volgende artikels van genoemde wet is van toepassing by die opname, versorging en behandeling van verstandelik gestremde persone:

6.5.1 ARTIKELS 3 EN 5: OPNAME EN ONTSLAG VAN VRYWILLIGE PASIËNTE

Ingevolge artikel 3 van die Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973), kan 'n verstandelik gestremde persoon bo die ouderdom van 18 jaar, en indien hy minderjarig is, met behulp van sy ouer/voog hom vrywillig vir opname, versorging en behandeling in 'n staatsinrigting aanmeld indien die superintendent van so 'n inrigting oortuig is dat die betrokke gestremde of sy ouer/voog:

- die betekenis en die uitwerking van die aansoek begryp; en
- dat hy behandel sal word.

Die verstandelik gestremde kan ingevolge artikel 5 van genoemde wet ontslaan word onder die volgende omstandighede:

- Indien die verstandelik gestremde nie 'n minderjarige is nie, kan hy binne vier dae ná sy opname om ontslag vra.
- Indien die verstandelik gestremde minderjarig en oor die ouderdom van 18 jaar is, kan ontslag binne vier dae verkry word op versoek van sy ouer/voog.
- Indien die verstandelik gestremde minderjarig en onder die ouderdom van 18 jaar is, kan hy/sy binne vier dae ontslaan word op sy ouer/voog se versoek.

In die praktyk kom dit selde voor dat 'n verstandelik gestremde of sy ouer/voog die gestremde aanmeld vir vrywillige opname in 'n staatsinrigting. Artikel drie van die Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973) maak dus slegs voorsiening vir die vrywillige opname van 'n verstandelik gestremde vir die nodige versorging, behandeling of aanhouding.

6.5.2 ARTIKEL 4: OPNAME VAN PASIËNTE MET TOESTEMMING

Artikel 4 van die Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973) maak voorsiening vir die opname van 'n verstandelik gestremde wanneer die superintendent van die inrigting oortuig is dat die gestremde nie die betekenis en uitwerking van so 'n aansoek namens hom gemaak, begryp nie, maar nie daarteen gekant is nie. Indien die verstandelik gestremde minderjarig is, kan hy bygestaan word deur sy ouers of 'n naasbestaande wat minstens 18 jaar oud is. Indien genoemde persone nie beskikbaar is nie, kan die aansoek gedoen word deur 'n geneesheer, geregistreerde kliniese sielkundige, geregistreerde maatskaplike werker, geregistreerde verpleegkundige of 'n ander lid in die kategorie soos deur die Minister van Gesondheid aangewys.

Die superintendent van die inrigting stuur binne sewe dae van toelating van die verstandelik gestremde 'n afskrif van die betrokke aansoek aan die landdros met 'n verslag oor die gestremde, nou die pasiënt, se toestand. Die ontslag van so 'n pasiënt kan binne vier dae verkry word deur die voorafgenoemde persone. Die maklike wyse waarop 'n verstandelik gestremde ontslaan kan word, hou gevolge in vir wetsbestede verstandelik gestremde kinders wat geïnstitusioneel word. Opname ingevolge die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, behels dat 'n wetsbestede kind eers onthef moet word van die bepalings van die Wet op Kindersorg, 74 van 1983. Indien 'n verstandelik gestremde kind onder swak maatskaplike omstandighede verkeer het voor opname in 'n inrigting, kon so 'n kind die beskerming van die Wet op Kindersorg, 74 van 1983, geniet. Ná opname in 'n inrigting geniet sodanige kind geen wetlike beskerming indien hy ingevolge artikel vier van die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, opgeneem word nie. Dit beteken dat die verstandelik gestremde kind deur sy ouer/voog uit die inrigting geneem kan word en dat hy weer dus onder swak maatskaplike omstandighede kan verkeer. Die meeste verstandelik gestremdes word onder hierdie artikel in 'n inrigting toegelaat.

6.5.3 ARTIKEL 9: OPNAME VAN GESERTIFISEERDE PASIËNTE

Die voorskrifte vir die sertifisering van 'n verstandelik gestremde word in artikels 8 en 9 van die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, uiteengesit. Artikel nege maak voorsiening vir die opname van 'n verstandelik gestremde op bevel van 'n landdros. Die aansoek om opname word gedoen deur 'n persoon bo die ouderdom van 18 jaar, gewoonlik 'n naasbestaende wat eerstehandse kennis van die verstandelik gestremde beskik en nie langer as sewe dae voor die aansoek laas gesien het nie. Hierdie aansoek om opname van die verstandelik gestremde word by die landdros ingedien. By die ondersoek word die hulp van twee geneeshere ingeroep en die uitslag van hul ondersoek word in die vorm van 'n mediese sertifikaat ingedien.

Indien die landdros met oorweging van al die getuienis met betrekking tot die geestestoestand van die verstandelik gestremde, ook inaggenome sy eie waarneming, oortuig is dat die gestremde geestesongesteld is, kan hy 'n bevel uitreik dat die gestremde as 'n pasiënt opgeneem, aangehou en behandel word. Hierdie bevel is geldig vir 42 dae. Die verrigtinge met betrekking tot die uitreiking van die bevel geskied privaat. Indien 'n langer aanhouding noodsaaklik is, stuur die superintendent sy verslag aan die Hooggeregshof. Die regter oorweeg die

betrokke verslae en indien hy oortuig is dat dié aanhouding geregverdig is, reik hy die nodige aanhoudingsorders uit.

Die sertifisering van 'n verstandelik gestremde geskied vandag net in uiterste gevalle waar die verstandelik gestremde 'n gevaar vir homself of andere is. Die sertifisering van 'n verstandelik gestremde persoon behoort nie sonder deeglike oorweging te geskied nie, omdat die regstatus van so 'n persoon negatief beïnvloed word. Bray (1987:240) bevestig hierdie stelling deur te meld dat sertifisering 'n nadelige effek op die verstandelik gestremde se regsstatus het. Dit beteken dat die gestremde se regte, voorregte en vryhede aangetas word.

Uit bogenoemde inligting is dit duidelik dat opname van die verstandelik gestremde in 'n inrigting ingevolge artikel nege van die Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973), nie altyd in belang van die gestremde is nie. Die sertifisering van 'n verstandelik gestremde behoort nie te geskied voordat alle ander alternatiewe optredes oorweeg is nie. Die opname van 'n verstandelik gestremde kind wat onder swak maatskaplike omstandighede verkeer, kan egter wel beskerming onder hierdie artikel geniet.

6.5.4 ARTIKEL 12: OPNAME VAN PASIËNTE IN DRINGENDE GEVALLE

Artikel 12 van die Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973), maak voorsiening vir die opname van verstandelik gestremdes in dringende gevalle. Waar die welsyn van die gestremde of die openbare welsyn dit noodsaak, kan 'n persoon bo die ouderdom van 18 jaar by die superintendent van 'n staatsinrigting aansoek doen vir die opname van die verstandelik gestremde. Dié dringende aansoek op die voorgeskrewe vorm word vergesel van 'n mediese sertifikaat en 'n verklaring dat die aangeleentheid dringend is. Indien die aansoek nie deur 'n eggenoot of naasbestaande gedoen word nie, moet die rede daarvoor vermeld word. Die applikant moes die betrokke so onlangs as twee dae tevore gesien het. Die superintendent verwys die dringende aansoek na die landdros vir verdere hantering.

Ferreira (1997:164) wys daarop dat opname ingevolge artikel 12 net soos artikel 9, dieselfde gevolge inhou. Omdat 'n spoedeisende opname geskied, is daar nie 'n tydperk van voorbereiding aan die verstandelik gestremde op verwydering uit die gesin en gemeenskap nie.

6.5.5 ARTIKEL 28: OPNAME VAN STAATSPRESIDENTS-PASIËNTE

'n Verstandelik gestremde kan ingevolge artikel 28 van die Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973), tot 'n staatspresidentspasiënt verklaar word indien hy skuldig bevind word op 'n klag van moord, strafbare manslag of 'n aanklag waarby ernstige geweld betrokke is. Indien só 'n persoon gevonniss word, word hy na maksimumveiligheidshospitaal soos Weskoppieshospitaal te Pretoria verwys. 'n Staatspresidentspasiënt moet deur twee geneeshere van wie die een 'n psigiater moet wees, gesertifiseer. Artikels 27, 28 en 29 word saam as riglyn gebruik by die verstandelik gestremde wat tot staatspresidentspasiënt verklaar word.

Uit die verskillende artikels van die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, wat bespreek is, is dit duidelik dat die toepassing van genoemde wet nie altyd op die verstandelik gestremde van toepassing gemaak kan word nie. Hierdie wet het beperkings wat dit nodig maak dat afsonderlike wetgewing vir verstandelik gestremdes en hul toelating tot inrigtings, in ag geneem word.

6.6 SAMEVATTING

In voorafgaande hoofstuk is die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingverband bespreek. Die maatskaplike werker se taak is gekoppel aan die drie primêre metodes van maatskaplike werk, naamlik maatskaplike werk met die individu, groep en gemeenskap. Omdat maatskaplikewerknavorsing ook binne Witrandhospitaal aandag geniet, is hierdie sekondêre metode in maatskaplike werk saam met genoemde primêre metodes, bespreek. Belangrike behoeftes en probleme wat verstandelik gestremde en sy naasbestaendes ervaar is kortliks bespreek. Die maatskaplike werker as lid van die multi-dissiplinêre span, het 'n omvattende taak in die inrigting veral teenoor die verstandelik gestremde, sy naasbestaendes en die gemeenskap. Die waarde van die Wet op Geestesgesondheid, 18 van 1973, as hulpmiddel vir die maatskaplike werker in die behandelingsproses van die verstandelik gestremde, het aandag geniet.

Die samevattende bevindings, gevolgtrekkings en aanbevelings word in Hoofstuk 7 bespreek.

HOOFSTUK 7

***SAMEVATTENDE
BEVINDINGS,
GEVOLGTREKKINGS EN
AANBEVELINGS***

HOOFSTUK 7

SAMEVATTENDE BEVINDINGS, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 SAMEVATTENDE BEVINDINGS EN GEVOLGTREKKINGS

In hierdie slothoofstuk word eerstens 'n aantal samevattende bevindings in verband met die empiriese navorsing en literatuurstudie gegee. Slegs die belangrikste bevindings word in hierdie hoofstuk vervat. Vanuit die bevindings sal bepaalde gevolgtrekkings weergegee word.

7.1.1 DOEL VAN DIE ONDERSOEK EN HIPOTESE

Uit dié ondersoek is die primêre doel bereik, naamlik om die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingverband vas te stel. Die verskillende doelwitte soos onder andere om die sosio-ekonomiese posisie van gesinne van verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal is bepaal. Inligting is versamel rondom die voorafgenoemde sosio-ekonomiese posisie ten einde die multi-dissiplinêre spanlede bewus te maak van die pasiënte in Witrandhospitaal se gesinsomstandighede. Duideliker riglyne met betrekking tot maatskaplikewerkdienslewering is uiteengesit.

Die hipotese wat aan die begin van dié ondersoek gestel is, naamlik dat die meerderheid verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal se gesinne se sosio-ekonomiese posisie onbevredigend is, is bevestig. Hierdie navorsing het ook bewys dat die meeste verstandelik gestremdes van Witrandhospitaal nie deur hul gesinne na behore versorg word nie.

Daar is bevind soos die voorafgaande inligting aandui, dat die maatskaplike werker wel 'n taak binne inrigtingverband het. Dit word onder paragrawe 7.1.8 en 7.2.4 uiteengesit.

Die gevolgtrekking waartoe gekom word bevestig dat riglyne met betrekking tot maatskaplikewerkdienslewering vir die maatskaplike werker binne inrigtingverband noodsaaklik is. Dit bevestig ook dat die meerderheid

verstandelik gestremdes van Witrandhospitaal uit onbevredigende sosio-
ekonomiese omstandighede kom.

7.1.2 HISTORIESE OORSIG

Uit die literatuur is dit duidelik dat daar voor die negentiende eeu nie veel belangstelling getoon is in die versorging en behandeling van verstandelik gestremde persone nie. Ná genoemde tydperk het openbare skole en wetgewing vir verstandelik gestremde persone gevolg.

Uit voorafgaande bespreking kan afgelei word dat verstandelik gestremde persone voor die negentiende eeu nie as individue met spesifieke behoeftes, erken is nie.

7.1.3 OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

Die oorsake van verstandelike gestremdheid word deur 'n verskeidenheid faktore bepaal en word in vyf kategorieë geplaas, naamlik voorgeboortelike, perinatale, nageboortelike, sosio-kulturele faktore en onbekende oorsake. Die grootste kategorie van die oorsake van verstandelike gestremdheid, is die onbekende oorsake, dit wil sê oorsake wat nie vasgestel kan word nie en ook nie in die eersgenoemde vier kategorieë val nie. By Witrandhospitaal is bevind dat onbekende oorsake die grootste faktor is wat verstandelike gestremdheid by die pasiënte veroorsaak het, gevolg deur perinatale, voorgeboortelike en sosio-kulturele faktore.

Die gevolgtrekking oor die oorsake van verstandelike gestremdheid, is dat die onbekende kategorie die grootste oorsaak vir verstandelike gestremdheid is. Hierdie aspek is vir die medici en die spesialiste op die gebied van genetika van belang, omdat dit aandui dat hierdie kategorie 'n terrein is wat verdere ondersoeke en navorsing verg.

7.1.4 PORTUURGROEP

Uit hierdie navorsing is bevind dat dit veral tieners en jong volwassenes is wat die grootste groep verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal verteenwoordig. Die opname van 'n verstandelik gestremde in Witrandhospitaal vind dus op 'n

vroeë ouderdom plaas. Slegs 'n klein persentasie verstandelik gestremde bejaardes word opgeneem wat voorafgaande bevinding bevestig dat ouers van verstandelik gestremdes hul gestremde kind op 'n vroeë ouderdom laat opneem.

Dit is dus duidelik dat die verstandelik gestremde op 'n vroeë ouderdom in Witrandhospitaal toegelaat word en dat dit nie ooreenstem met die staat se beleid dat die verstandelik gestremde persoon so lank as moontlik in die gemeenskap moet bly voor institusionalisering plaasvind nie.

7.1.5 OUERS

By heelwat gesinne wat in die ondersoek betrek is, is daar bevind dat die verstandelik gestremde met opname in Witrandhospitaal 'n ouer of albei ouers aan die dood afgestaan het. In sommige gevalle is een of albei ouers onopspoorbaar. Dit het tot gevolg dat baie van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, enkelouergesinne is. Persoonlike kontak met 'n persoon is een van die mees basiese behoeftes van die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal. In gevalle waar albei ouers oorlede is, is dit die oorblywende lede van die gesin of familie wat in sommige gevalle persoonlike kontak met die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal behou. 'n Beduidende persentasie van die verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal het nie kontak met enige persoon buite die inrigting nie.

In die meeste gevalle waar daar 'n stiefouer teenwoordig is, is bevind dat die oorlewende biologiese ouer en die betrokke stiefouer ná die opname van die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal, nie volhou met persoonlike kontak nie. Dit beteken dat die verstandelik gestremde in sulke gevalle ook aangewese is op ander familieledede of vriende se kontak en belangstelling.

Uit voorafgaande bespreking is dit duidelik dat heelwat verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal uit enkelouergesinne kom. Wanneer een ouer oorlede is, is bevind dat die oorblywende ouer wat hertrou het, nie kontak behou met die verstandelik gestremde kind na sy/haar opname in Witrandhospitaal nie.

7.1.6 ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS

In die ondersoek is daar ook ander verstandelik gestremde kinders in dieselfde gesin gevind. Dit het die implikasie dat sulke gesinne wat meer as een

verstandelik gestremde kind het, 'n dubbele verantwoordelikheid teenoor sulke kinders dra ten opsigte van die fisieke versorging, opvoeding, behandeling en finansiële sekuriteit. Die teenwoordigheid van meer as een kind in die gesin wat verstandelik gestrem is, dui daarop dat moontlike oorerwing in die familie 'n rol speel.

Die gevolgtrekking vanuit die genoemde bevinding, is dat familiële oorerflikheid 'n rol speel in sommige families. Dit is veral hierdie gesinne en families wat deur 'n maatskaplike werker bygestaan moet word ten opsigte van ondersteuning en wat moontlik baat sal vind by genetiese voorligting.

7.1.7 GESINSOMSTANDIGHEDE

Die omstandighede van die gesinne wat in die ondersoek betrek is, wissel van bevredigend tot onbevredigend. Daar is gesinne wat 'n ondergemiddelde lewenstandaard handhaaf as gevolg van 'n klein finansiële inkomste. Die meeste moeders beoefen nie 'n beroep nie vanweë die versorgingseise wat die verstandelik gestremde kind stel voor opname in 'n inrigting. Dit lei daartoe dat heelwat gesinne se finansiële posisie onbevredigend is. Die ouers wat wel 'n beroep beoefen se beroepe is hoofsaaklik nie-professioneel van aard.

Vanuit bogenoemde word die gevolgtrekking gemaak dat heelwat gesinne finansiële probleme ervaar wat 'n ondergemiddelde lewenstandaard tot gevolg het. Hierdie omstandighede kan een van die gevolge wees waarom ouers hul verstandelik gestremde kind laat institusionaliseer, omdat die versorging van 'n gestremde kind finansiële eise aan die ouers stel. In sulke gevalle is dit belangrik dat die maatskaplike werker die ouers wat hul verstandelik gestremde kind tuis versorg, sal bekend stel met bestaande hulpbronne soos genetiese raadgewing, sielkundige, arbeidsterapeutiese, fisioterapeutiese en psigiatriese dienste asook finansiële hulpmiddels soos enkelouersorg- en ongeskiktheids-toelaes en ouderdomspensioen.

7.1.8 METODES IN MAATSKAPLIKE WERK

Die verskillende metodes in maatskaplike werk kan met groot vrug deur maatskaplike werkers in inrigtingverband benut word. Die effektiewe implementering van hierdie metodes maak dit vir die maatskaplike werker

moontlik om 'n diens te lewer aan die verstandelik gestremde en sy naasbestaandes. Die volgende inligting is van belang:

Maatskaplikewerkdienste aan die individu word in baie gevalle aan die matig en lig verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal, gelewer. Daar kan veral deur middel van gevallestudie-, diagnostiese beplannings- en terapeutiese onderhoude inligting verkry word oor die probleme wat die verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal en hul naasbestaandes, ervaar.

Maatskaplikewerkdienste aan groepe kan op 'n gereelde basis deur die maatskaplike werker aangebied word. Dit het die voordeel dat heelwat verstandelik gestremdes in Witrandhospitaal maatskaplikewerkaandag kan geniet. Omdat verstandelik gestremdes homogene probleme ervaar en 'n behoefte het om "te behoort", is hierdie metode ideaal waar daar 'n tekort aan maatskaplikewerkpersoneel bestaan.

Maatskaplikewerkdienste aan die gemeenskap kan deur die maatskaplike werker binne inrigtingverband gelewer word deur middel van voorligtings- en opvoedkundige programme asook projekte wat in spesifieke behoeftes voorsien. Die doel van voorafgaande programme is veral daarop gemik om lede van die publiek en personeel betrokke by verstandelik gestremdes, bewus te maak van die oorsake van verstandelike gestremdheid en die rol wat genetika in die proses speel. Vrywilligers vanuit die gemeenskap kan aangewend word om projekte te loods wat in die behoeftes van verstandelik gestremdes voorsien. Dié projekte handel hoofsaaklik oor sosiale aktiwiteite en fondsinsameling vir verstandelik gestremdes.

Maatskaplikewerknavorsing word wel in Witrandhospitaal benut. Die drie komponente wat die nodige aandag geniet, is beleidsformulering, welsynsbeplanning en die evaluering van bestaande dienste wat deur die maatskaplikewerkpersoneel gelewer word.

Die gevolgtrekking waartoe gekom word, is dat maatskaplike werk as professioneel wel 'n taak het om verstandelik gestremdes, hul gesinne en die gemeenskap behulpsaam te wees deur middel van die verskillende metodes in maatskaplike werk. Die maatskaplike werker as lid van die multi-dissiplinêre professionele span speel 'n essensiële rol en is die skakelpersoon tussen die verstandelik gestremde en sy gesin. Die maatskaplike werker is die enigste vakkundige in die multi-dissiplinêre professionele span wat behoeftes en probleme identifiseer

by verstandelik gestremdes, hul naasbestaandes en die gemeenskap op mikro-, meso- en makrovlak.

7.2 AANBEVELINGS

Op grond van voorafgaande bevindings en gevolgtrekkings, word die volgende aanbevelings gemaak.

7.2.1 OORSAKE VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

Omdat die oorsake van verstandelike gestremdheid op die terrein van die genetika val, beskik min maatskaplike werkers wat in 'n inrigting vir verstandelik gestremdes werk, oor die nodige kennis op dié gebied. Om met die verstandelik gestremde persoon te werk, is dit belangrik dat die maatskaplike werker kennis sal neem van die kliniese beeld van 'n verstandelik gestremde persoon asook die oorsake van genoemde gestremdheid. Opleiding en indiensopleiding deur middel van kursusse, seminare en werksinkels vir maatskaplike werkers oor hierdie vakgebied, is van kardinale belang om effektief 'n maatskaplikewerksdiens aan die verstandelik gestremde te lewer. Indien maatskaplike werkers op hierdie gebied die nodige kennis en ervaring het, kan hulle saam met die res van die multi-dissiplinêre professionele spanlede 'n bevredigende diagnose en behandelingsprogram vir die verstandelik gestremde opstel. Die maatskaplike werker as lid van die span, kan deelneem aan samesprekings oor verstandelike gestremdheid en spesialiteitskennis opdoen wat bevorderlik is vir maatskaplike werk.

7.2.2 OUIERS

Omdat verstandelik gestremdes van Witrandhospitaal deel vorm van heelwat enkelouergesinne, word dit aanbeveel dat die maatskaplike werker binne en buite inrigtingverband betrokke raak om hierdie gesinne te ondersteun ten opsigte van probleme wat hul ervaar. In gevalle waar albei die biologiese ouers oorlede is, moet ander naasbestaandes aangemoedig word om kontak met die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal te behou. Indien naasbestaandes nie kontak met die gestremde behou nie, of in gevalle waar daar nie meer naasbestaandes is nie, moet vrywilligers vanuit die gemeenskap deur die maatskaplike werker betrek word om bande met die verstandelik gestremde op

te bou en te voorsien in die behoefte van persoonlike kontak. Hierdie belangstelling deur naasbestaendes en vrywilligers sal daartoe bydra dat die verstandelik gestremde in Witrandhospitaal se sosiale aanpassing en voortgesette inrigtingversorging, bevredigend verloop.

7.2.3 ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS

Waar daar ook ander verstandelik gestremde kinders in een gesin voorkom, word dit aanbeveel dat sulke gesinne inskakel vir hulp by genetiese voorligtingsdienste. Hoë risikogesinne en families waar verstandelike gestremdheid as gevolg van oorerwing 'n rol speel, kan deur genoemde dienste van raad en leiding bedien word. Dit sal sekere oorsake van verstandelike gestremdheid en die implikasies wat dit mag meebring, in 'n mate voorkom en beheer.

7.2.4 MAATSKAPLIKEWERKDIENSLEWERING

Die primêre metodes in maatskaplike werk tesame met maatskaplikewerknavorsing kan deur maatskaplike werkers in inrigtingverband suksesvol aangewend word. Die maatskaplike werkers wat met verstandelik gestremde persone op individuele vlak binne en buite inrigtingverband werk, kan deur middel van hul kennis, vaardighede en tegnieke die verstandelik gestremdes en hul naasbestaendes behulpsaam wees.

Groepwerk word beskou as 'n ideale metode om verstandelik gestremdes binne inrigtingverband wat homogene probleme ervaar, tot diens te wees. Indien die maatskaplike werker weens 'n té groot gevallelading nie self groepwerk kan behartig nie, kan vrywilligers of hulpwerkers vir dié doel aangewend word. Laasgenoemde persone kan studente in die Maatskaplike Werk wees of lede van godsdienstige vroueaksies, byvoorbeeld die Nederduits Gereformeerde Kerk, ouers van verstandelik gestremdes of belangstellende persone vanuit die gemeenskap.

Met betrekking tot gemeenskapswerk, word dit aanbeveel dat vrywilligers vanuit die gemeenskap die maatskaplike werker behulpsaam sal wees met nie-professionele dienste soos fondsinsameling en projekte wat in die behoeftes van die verstandelik gestremdes en hul naasbestaendes kan voorsien. Vrywilligers behoort gekeur te word asook opleiding te ondergaan onder die toesig van 'n maatskaplike werker om te verhoed dat eersgenoemde hulle op die

professionele terrein van die maatskaplike werker begeef, en om die vrywilliger toe te rus om nie-professionele dienste effektief aan die gestremde te lewer. Die maatskaplike werker behoort as koördineerder van genoemde aktiwiteite op te tree ten einde dienslewering aan die gestremde suksesvol te laat verloop.

Maatskaplikewerknavorsing word wel deur maatskaplike werkers binne inrigtingverband gedoen. Dit word egter aanbeveel dat maatskaplike werkers nuwe kennis insamel oor aspekte wat vervolgens bespreek word en wat effektiewe maatskaplikewerkdienslewering tot gevolg het.

7.2.5 VERDERE NAVORSING

Navorsing word aanbeveel in soortgelyke staatshospitale soos Witrandhospitaal met die doel om vas te stel of sulke hospitale dieselfde behoeftes en probleme binne inrigtingverband ervaar. Eenvormige diensstate en werksverpligtinge vir maatskaplike werkers werkzaam in staatshospitale vir gestremdes is 'n aangeleentheid wat ook verdere aandag verg.

Maatskaplikewerkdienste word aan alle bevolkingsgroepe gelever. Dit is nodig dat maatskaplike werkers kennis moet dra van dienslewering aan 'n verstandelik gestremde en sy naasbestaendes van 'n ander bevolkingsgroep, asook die invloed wat kultuur op die sukses van dienslewering het.

Vrywilligers kan betrek word in maatskaplikewerkdienslewering aan verstandelik gestremdes sodat dit die taak van die maatskaplike werker binne inrigtingverband kan verlig. Dit word voorgestel dat 'n program geformuleer word om vrywilligers te keur en op te lei om spesifiek met verstandelik gestremdes in die inrigting te werk. Keuringsvereistes behoort onder andere die volgende in te sluit: die persoonlikheidseienskappe waarvoor die vrywilliger moet beskik en motief van die vrywilliger. Die opleiding moet gemik wees om kennis van verstandelike gestremdheid te bekom asook die korrekte benadering en hantering van die verstandelik gestremde.

BIBLIOGRAFIE

BIBLIOGRAFIE

ADAMS, M. 1971. Mental retardation and its social dimensions. New York: Columbia University Press. 315 p.

ALPASLAN, N. 1994. Hoop en hulp vir die huwelik. 'n Werkboek vir huweliksvoorbereiding en huweliksbegeleiding. Pretoria: Kagiso Uitgewery. 313 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition. Washington. 886 p.

ANDERSON, D. 1982. Social work and mental handicap. London: MacMillan. 163 p.

ANON. 1993. Witrandhospitaal 1923 - 1993 ope-dag. Potchefstroom: Wesprint. 21 p.

BAYLEY, H.E. 1973. Mental handicap and community care. London: Routledge & Kegan Paul. 404 p.

BECKMAN, P.J. 1983. Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. *American journal of mental deficiency*, 88(2):150-156.

BENOKRAITIS, N.V. 1996. Marriages and families. Changes, choices, and constraints. New Jersey: Simon & Schuster/A Viacom Company. 666 p.

BERKOW, R. ed. 1992. The merck manual. Rahway, N.J.: Merck Research Laboratories. 2844 p.

BLODGETT, H.E. 1971. Verstandelik gestremde kinders. Kaapstad: Tafelberg-uitgewers. 124 p.

BOOTZIN, R.R. & ACOCELLA, J.J. 1984. Abnormal psychology current perspectives. New York: Random House. 628 p.

BRAY, E. 1987. 'n Administratiefregtelike ondersoek na die behandeling van geestesongestelde kinders (ingevolge die Wet op Geestesgesondheid 18 van 1973). *Maatskaplike Werk/Social Work*, 23(4):238-246, Oktober.

BRIGHAM, J.C. 1991. *Social psychology*. New York: Harper Collins. 791 p.

BRODY, E.M. 1977. *Long-term care for older people: a practical guide*. New York: Human Sciences Press. 402 p.

BURGER, A.P.J. 1998. Mondelinge mededeling deur die internis, Witrandhospitaal: Potchefstroom.

COLE, D.A. 1986. Out-of-home child placement and family adaptation: a theoretical framework. *American journal of mental deficiency*, 91(3):226-236, November.

COLEMAN, J.C. 1976. *Abnormal psychology and modern life*. Glenview, Ill.: Scott Foresman. 816 p.

COREY, M.S. & COREY, G. 1992. *Groups: process and practice*. 4th ed. Pacific Grove: Brooks & Cole. 429 p.

DE CHOANNES, V.M. 1987. Social work and mental handicap: relating to the parents. *Social Work Practice/Maatskaplikewerk-praktyk*, 1:17-21, March.

DEPARTEMENT

kyk

SUID-AFRIKA. DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WELSYN.

DE VILLIERS, E. 1987. Die hersiene gespesialiseerde onderwysprogrm vir verstandelik erg gestremde kinders - klem op beroepsgereedheid/werks-gereedheid. *Rehabilitasie in S.A./Rehabilitation in S.A.*, 31(3):64-68, September.

DE WINNAAR, D.A. 1998. Mondelinge mededeling deur die assistent-direkteur: verpleegdienste, Witrandhospitaal: Potchefstroom.

DUKER, P.C., VAN DREUNEN, C., JOL, K. & OUD, H. 1986. Determinants of maladaptive behaviour of institutionalised mentally retarded individuals. *American journal on mental deficiency*, 91 (1): 51-56.

DUNN, L.M. 1961. A historical review of the treatment of the retarded. (In ROTHSTEIN, J.H., ed. *Mental retardation: readings and resources*. New York: Holt, Rinehart and Winston. p. 13-17.)

DU PLOOY, S. 1997. Mondelinge mededeling deur die hoofverpleegkundige van Witrandhospitaal, Potchefstroom.

DU PREEZ, M.S.E. 1972. Maatskaplike groepwerk: 'n teoretiese uiteensetting. Pretoria: McGraw-Hill. 170 p.

EYMAN, R.K. & CALL, T. 1977. Maladaptive behavior and community placement of mentally retarded persons. *American journal of mental deficiency*, 82(2): 137-144.

FERREIRA, I.E. 1997. Institusionalisering van verstandelik gestremdes: 'n maatskaplikewerkondersoek. Potchefstroom: PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.) 284 p.

FLOYD, F. & ZMICH, D.E. 1991. Marriage and the parenting partnership: perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Children development*, 62(4):1434-1448.

FOTHERINGHAM, J.B., SKELTON, M. & HODDINOTT, B.A. 1971. The retarded child and his family: the effects of home and institution. Toronto: Ontario Institute for Studies in Education. 115 p.

GAFFLEY, M. 1996. Family-centred residential child and youth care: towards a new model. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 32(4):350-359, October.

GARTNER, A. & RIESSMAN, F. 1977. Self help in the human services. San Francisco, Calif.: Jossey Bass.

GEARHEART, B.R. & LITTON, F.W. 1975. The trainable retarded: a foundations approach. St. Louis, M.O.: Mosby. 269 p.

- GELDENHUYS, B.P. & DU TOIT, S.I. 1977. *Psigopatologie*. Pretoria: Academica. 407 p.
- GEORGE, R.L. & CRISTIANI, T.S. 1981. *Theory, methods and processes of counselling and psychotherapy*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. 336 p.
- GERMISHUYS, J.M. & DU PREEZ, M.S.E. 1993. Riglyne vir maatskaplikewerk-hulpverlening aan die gesin met 'n serebraal gestremde kind - 'n maatskaplike perspektief. *Maatskaplike Werk/Social Work*, 29(1):32-43, Maart.
- GILLIS, L.S. 1986. *Guidelines in psychiatry*. Cape Town: Juta. 299 p.
- GRIMBEEK, D. 1977. Ouerlike verhouding ten opsigte van hulle gestremde kinders. *Rehabilitasie in S.A./Rehabilitation in S.A.*, 21(1):25-28, Junie.
- GROBLER, S.A. 1987. Die fetale alkoholsindroom (DAS). *Social Work Practice/Maatskaplikewerk-praktyk*, 3:28-29, November.
- GUNZBURG, H.C. 1973. *Social competence and mental handicap: an introduction to social education*. London: Baillière Tindall. 236 p.
- HARTFORD, M.E. 1971. *Groups in social work*. New York: Columbia University Press. 297 p.
- HERHOLDT, M. 1981. Die rol van maatskaplike werk ten opsigte van nasorg by 'n geestesgesondheidsvereniging. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika. (Verhandeling - M.A.) 251 p.
- HILL, M. & LAING, P. 1979. *Social work and money*. London: George Allen & Unwin. 120 p.
- HÖFMEYR, L. 1996. Groupwork with the disadvantaged. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 32(4):36-37, October.
- JOUBERT, I. 1990. Die aanpassing van die gestremde persoon in die gemeenskap. *Welsynfokus/Welfare Focus*, 25(1):19-26, Junie.

JOUBERT, Z.H.D. 1986. Die ouer van die verstandelik gestremde kind: 'n ondersoek na subjektiewe belewenis, gesinsfunksionering en realiteitseise. Port Elizabeth: UPE. (Verhandeling - M.A.) 340 p.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B. *ed.* 1989. Comprehensive textbook of psychiatry IV. Vol. 2. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 2157 p.

KAPP, J.A. 1991. Die vroeë opvoeding van die gestremde kind: 'n ortopedagogiese perspektief. *Educare*, 20(1) & 20(2): 42-50, Maart.

KINCH, J.W. 1973. Social psychology. New York: McGraw-Hill Book Company. 240 p.

KOCH, M.D. & KOCH, K.J. 1974. Understanding the mentally retarded child: a new approach. New York: Random House. 301 p.

LANSDOWN, R. 1980. More than sympathy: the everyday needs of sick and handicapped children and their families. London: Tavistock. 226 p.

LEA, S.J. 1989. The relationship between parents and their institutionalised mentally handicapped child. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 25(4):256-261, October.

LEA, S. & FOSTER, D. 1990. Perspectives on mental handicap in South Africa. Durban: Butterworths. 304 p.

LEVITZ, A. 1993. Some factors determining parental reactions to the birth of a handicapped child. *Rehabilitation in S.A./Rehabilitasie in S.A.*, 37(1):50-53, June.

LEVY-SHIFF, R. 1986. Mother-father-child interactions in families with a mentally retarded child. *American Journal of Mental Deficiency*, 91(2):141-149.

LIPMAN, L. 1982. Mental retardation. *Rehabilitation in S.A./Rehabilitasie in S.A.*, 26(2):27-34, June.

LOUW, D.A. 1990. Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg: Southern Boekuitgewers. 736 p.

- MAFORAH, N.F. 1993. Social work and genetics. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 29(3):247-252, August.
- MARSH, J. 1984. Help u verstandelik gestremde kind. Pretoria: Departement van Gesondheid en Welsyn. 50 p.
- MARSHALL, P.D. 1984. Klinefelter's syndrome, ectodermal malignancy and mental disorder. *Journal of mental deficiency research*, 28(1):73-75, March.
- MDAKA, B. 1991. Self-help in caring for the mentally handicapped. *Social work practice/Maatskaplikewerk-praktyk*, 1:10-11, March.
- MEARS, F. & GATCHEL, R.J. 1979. Fundamentals of abnormal psychology. Chicago: Rand McNally College Publishing Company. 545 p.
- MONETTE, D.R., SULLIVAN, T.J. & DE JONG, C.R. 1994. Applied social research: tool for human services. 3rd ed. Chicago: Harcourt Brace College Publishers. 492 p.
- NORTHERN, H. 1983. Social work groups in health settings: promises and problems. (In ROSENBERG, G. & REHR, H. eds. *Advancing social work practice in the health care field: emerging issues and new perspectives*. New York: Haworth. p. 107-129.)
- NTOMBELA, T. 1991. The family of a mentally retarded child. *Social Work Practice/Maatskaplikewerk-praktyk*, 1:14-19, March.
- OP'T HOF, J. 1982. Gestremdhede: voorkoming en rehabilitasie deur genetiese dienste. *Rehabilitasie in S.A./Rehabilitation in S.A.*, 26(3), September. Vol. 1.
- OP'T HOF, J. 1984a. Genetiese dienste vir aangebore en erflike afwykings. Pretoria: ENG Enterprises.
- OP'T HOF, J. 1984b. Mensgenetika: vandag en môre. Pretoria: Departement van Gesondheid en Welsyn (Genetiese Dienste). 14 p.

PAYNE, J.S. & MERCER, D.D. 1975. A sketch of the past, present and future. (In KAUFFMAN, J.M. & PAYNE, J.S. eds. Mental retardation introduction and personal perspectives. Ohio: Merrill, p 2-25.)

PENTZ, A.E. 1995. Die toepassing van maatskaplike groepwerk ter verbetering van die maatskaplike funksionering van die vrou in sub-ekonomiese omstandighede. Potchefstroom: PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.) 177 p.

PLUG, C., MEYER, W.F., LOUW, D.A. & GOUWS, L.A. 1986. Psigologie-woordeboek. Johannesburg: McGraw-Hill. 484 p.

PRETORIUS, J.C. 1994. Tuisversorgingsdienste vir bejaardes: enkele probleme rondom 'n spanbenadering. *Maatskaplike Werk/Social Work*, 30(4):319-326, October.

ROUX, A.A. 1997. Maatskaplike groepwerk. Potchefstroom: PU vir CHO. (Diktaat D168/97.) 42 p.

ROYSE, D. 1992. Research methods in social work. Chicago: Nelson-Hall. 287 p.

SA

kyk

SUID-AFRIKA

SCHAFFER, R.T. & LAMM, R.P. 1992. Sociology. 4th ed. New York: McGraw-Hill. 712 p.

SEARLE, C. 1965. History of the development of nursing in South Africa 1652-1960: a socio-historical survey. Cape Town: Struik. 418 p.

SKIDMORE, R.A., THACKERAY, MG. & FARLEY, O.W. 1997. Introduction to social work. Boston: Allyn & Bacon. 407 p.

STEAR, J. 1997. Die taak van die maatskaplike werker ten opsigte van die affektiewe behoeftes van die verstandelik gestremde kind. Potchefstroom: PU vir CHO. (Skripsie - M.A.) 107 p.

- STRYDOM, C. 1990. Die gebruikmaking van maatskaplike groepwerk in die uitbouing van die adolessente dogter se selfbeeld. Potchefstroom: PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.) 325 p.
- STRYDOM, H. 1994. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom: PU vir CHO. (Diktaat D172/94.) 190 p.
- SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). Wet op Geestesgesondheid, Wet 18 van 1973. Pretoria: Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). Wet op Geestelik Vertraagde Kinders, Wet 63 van 1974. Pretoria: Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). Wet op Kindersorg, Wet 74 van 1983. Pretoria: Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKA. DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WELSYN. 1982. Tay-Sachs-siekte: 'n gids vir genetiese afwykings. Pretoria. 6 p.
- SUID-AFRIKA. DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WELSYN. 1984. Gids vir genetiese afwykings. Pretoria: Direkteur-Generaal: Gesondheid en Welsyn. 14 p.
- SUID-AFRIKA. DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGSONTWIKKELING. 1987. Verslag van die koördineringskomitee: jaar van gestremde persone 1986, Gestremdheid in die Republiek van Suid-Afrika: behuising. Vol. 25. 46 p.
- SUID-AFRIKA. DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WELSYN. 1989. Organisasie van psigiatriese dienste in die R.S.A. Pretoria. 11 p.
- SUID-AFRIKA. DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WELSYN. 1990. Opleidingskursus vir maatskaplike werkers. Witrandhospitaal. 174 p.
- SUINN, R.M. 1975. Fundamentals of behavior pathology. New York: Wiley & Sons. 595 p.
- THACKERAY, M.G., FARLEY, O.W. & SKIDMORE, R.A. 1994. Introduction to social work. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. 388 p.
- TOSELAND, R.W. & RIVAS, R.F. 1998. Group work practice. Boston: Allyn & Bacon. 506 p.

- URBANI, G. 1980. Die ouer se beleving van 'n kind met geboortegebreke. *Maatskaplike Werk/Social Work*, 16(4):90-96, Oktober.
- UYS, L.R. 1981. Psigiatriese verpleging van die geestesvertraagde. Bloemfontein: P.J. de Villiers Uitgewery. 118 p.
- VAKTAALKOMITEE VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. Nuwe woordeboek vir maatskaplike werk. Kaapstad: Staatsdrukker. 72 p.
- VAN RENSBURG, F. 1982. Ongeluk of huwelik - gebrekkige huweliksverhouding en die Skriftuurlike huweliksverhouding. (*In Venster op die huwelik. Reeks F3, nr. 16. Potchefstroom: PU vir CHO.*) (Wetenskaplike bydraes van die PU vir CHO.) 13 p.
- VAN ROOYEN, I.J.J. & COMBRINK, M. 1990. Gevallewerk: 'n integrerende benadering. Pretoria: Academica. 317 p.
- VAN STADEN, S. 1987. My huwelik het misluk: riglyne om die situasie vóór, tydens en ná die egskeiding beter te hanteer. Kaapstad: Owen Burgess-uitgewers. 226 p.
- VAUGHAN, V.H. 1984. Parent involvement in the training of the severely mentally handicapped child. *Rehabilitation in S.A./Rehabilitasie in S.A.*, 28(1):3-7, March.
- VOSLOO, S.C. 1991. Die taak van die geneeskundige maatskaplike werker met die chronies siek pasiënt in 'n provinsiale hospitaal. Potchefstroom: PU vir CHO. (Verhandeling - M.A.) 290 p.
- WEYERS, M.L. 1997. Nuwe lig op gemeenskapswerk en ontwikkeling: 'n werkboek. 2de uitg. Potchefstroom: Dept. Sentrale Publikasies, PU vir CHO. 216 p.
- ZASTROW, C. 1992. The practice of social work. 4th ed. California: Wadsworth Publishing Company. 599p.
- ZIGLER, E., BALLA, D. & HODAPP, R. 1984. On the definition and classification of mental retardation. *American journal of mental deficiency*, 89(3):215-230, November.

BYLAES

BYLAE 1: VRAELYS

DIE POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT VIR CHRISTELIKE HOËR ONDERWYS

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK

'N MAATSKAPLIKEWERK-ONDERSOEK NA DIE SOSIO- EKONOMIESE POSISIE VAN VERSTANDELIK GESTREMDE PERSONE

INSTRUKSIES

- Die vraelys word deur die ondersoeker self voltooi.

AFDELING A: DEMOGRAFIESE GEGEWENS

1. VAN VAN DIE GESIN
2. VAN EN NAAM VAN PASIËNT
3. GEBOORTEDATUM
4. AFDELING VAN HOSPITAAL
5. LÊERNOMMER
6. OPNAMEDATUM
7. HUISTAAL

AFRIKAANS	
ENGELS	
ANDER	

8. LEEF BEIDE OUERS NOG?

JA	NEE

9. INDIEN NIE, WIE IS OORLEDE?

VADER	
MOEDER	
ALBEI	
NIE VAN TOEPASSING	

10. INDIEN EEN VAN DIE OUERS OF ALBEI OORLEDE/GESKEI IS, WATTER EEN VAN DIE VOLGENDE IS BETROKKE?

STIEFVADER	
STIEFMOEDER	
ALBEI	
NIE VAN TOEPASSING	

11. AFHANKLIKE KINDERS

GETAL	
GEEN	
NIE VAN TOEPASSING	

12. ONAFHANKLIKE KINDERS

GETAL	
GEEN	
NIE VAN TOEPASSING	

13. IS DAAR ANDER VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS IN DIE GESIN?

JA	NEE

14. INDIEN JA, WAT IS DIE VERSORGINGSPOSISIE?

TUISVERSORGING	
ANDER VERSORGINGSOORD	
WITRANDHOSPITAAL	
OORLEDE	
NIE VAN TOEPASSING	

15. HOEVEEL VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS WORD TUIS VERSORG?

BROERS	
SUSTERS	
GEEN	
NIE VAN TOEPASSING	

16. HOEVEEL VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS WORD IN 'N ANDER VERSORGINGSOORD VERSORG?

BROERS	
SUSTERS	
NIE VAN TOEPASSING	

17. HOEVEEL VERSTANDELIK GESTREMDE KINDERS WORD IN WITRANDHOSPITAAL VERSORG?

BROERS	
SUSTERS	
NIE VAN TOEPASSING	

18. DIE OORSAAK VAN DIE BETROKKE SE GESTREMDHEID

VOORGEBOORTELIKE FAKTORE	
PERINATALE FAKTORE	
NAGEBOORTELIKE FAKTORE	
SOSIO-KULTURELE FAKTORE	
ANDER (SPESIFISEER).....	
ONBEKEND (OMSKRYF)	

19. DIE BETROKKE KIND SE GRAAD VAN VERSTANDELIK GESTREMDHEID

LIG VERTRAAG	
MATIG VERTRAAG	
ERNSTIG VERTRAAG	
UITERS VERTRAAG	

20. INDIEN DAAR MEER AS EEN KIND IN WITRANDHOSPITAAL OPGENEEM IS, SPESIFISEER DIE GRAAD EN OORSAAK VAN VERSTANDELIKE GESTREMDHEID

20.1 TWEEDE KIND: GRAAD

OORSAAK

20.2 DERDE KIND: GRAAD

OORSAAK

20.3 VIERDE KIND: GRAAD

OORSAAK

20.4 NIE VAN TOEPASSING

21. DEUR WIE IS DIE KIND VERWYS NA WITRANDHOSPITAAL VIR OPNAME?

PREDIKANT	
MAATSKAPLIKE WERKER	
MEDIKUS	
SELKUNDIGE	
OPVOEDKUNDIGE	
OUERS	
ANDER FAMILIE	
VRIENDE	
ANDER INRIGTING/NASORGSENTRUM/VER-SORGINGSOORD	
STAATSINRIGTING	
ANDER (SPESIFISEER)	

22. IS DAAR ANDER VERSTANDELIK GESTREMDES IN DIE FAMILIE?

AAN VADERSKANT

JA	NEE
JA	NEE

AAN MOEDERSKANT

23. INDIEN JA, SPESIFISEER DIE AANTAL VERSTANDELIK GESTREMDES

VADERSKANT	
MOEDERSKANT	
NIE VAN TOEPASSING	

AFDELING B: BEHUISING EN OMGEWING

24. WOONPLEK VAN GESIN

DORP	
STAD	
NIE VAN TOEPASSING	

25. TIPE BEHUISING WAT DIE GESIN BEWOON (MERK SLEGS EEN)

EIE HUIS	
HUURHUIS	
EIE WOONSTEL	
HUURWOONSTEL	
WOON BY FAMILIE	
WOON BY VRIENDE	
ANDER (SPESIFISEER)	
NIE VAN TOEPASSING	

AFDELING C: INKOMSTE EN BEROEP**26. GESAMENTLIKE MAANDELIKSE INKOMSTE (NETTO) VAN OUERS**

MINDER AS R 5 000,00 PER JAAR	
R 5 000,00 – R 9 999,00 PER JAAR	
R 10 000,00 – R 14 999,00 PER JAAR	
R 15 000,00 – R 19 999,00 PER JAAR	
R 20 000,00 – R 24 999,00 PER JAAR	
R 25 000,00 – R 29 999,00 PER JAAR	
R 30 000,00 – R 34 999,00 PER JAAR	
R 35 000,00 – R 39 999,00 PER JAAR	
R 40 000,00 – R 44 999,00 PER JAAR	
R 45 000,00 – R 49 999,00 PER JAAR	
R 50 000,00 – R 54 999,00 PER JAAR	
R 55 000,00 – R 59 999,00 PER JAAR	
R 60 000,00 – R 64 999,00 PER JAAR	
R 65 000,00 – R 69 999,00 PER JAAR	
R 70 000,00 – R 74 999,00 PER JAAR	
R 75 000,00 - + PER JAAR	
GEEN INKOMSTE	
NIE VAN TOEPASSING	

27. WERKLIKE UITGAWES PER MAAND

MINDER AS R 500,00 PER MAAND	
R 500,00 – R 1 999,00 PER MAAND	
R 2 000,00 – R 3 999,00 PER MAAND	
R 4 000,00 – R 5 999,00 PER MAAND	
R 6 000,00 – R 7 999,00 PER MAAND	
R 8 000,00 - + PER MAAND	
NIE VAN TOEPASSING	

28. BROODWINNER VAN GESIN

VADER	
MOEDER	
ANDER (SPESIFISEER)	
.....	
OUERS OORLEDE	

29. WERK DIE MOEDER BUITENSHUIS?

HALFDAG	
VOLDAG	
GLAD NIE	
MOEDER OORLEDE	

30. BEROEP VAN DIE OUERS

30.1 VADER

30.2 MOEDER

30.3 NIE VAN TOEPASSING

31. INDIEN DIE BIOLOGIESE OUER(S) OORLEDE IS, BEROEP VAN STIEFOUER/PLEEGOUER

31.1 STIEFVADER

31.2 STIEFMOEDER

31.3 PLEEGVADER

31.4 PLEEGMOEDER

31.5 NIE VAN TOEPASSING

AFDELING D: SOSIO-KULTURELE FAKTORE EN GESINSVERHOUDINGS

32. KERKVERBAND VAN GESIN

N.G. KERK	
GEREFORMEERD	
HERVORMD	
A.G.S.	
A.P.K.	
ROOMS KATOLIEK	
METHODISTE KERK	
VOLLE EVANGELIE	
OU APOSTEL	
ANDER (SPESIFISEER)	
.....	
KERKLOOS	

33. PERSOONLIKE KONTAK VAN DIE VERSTANDELIK GESTREMDE MET SY GESIN OF FAMILIE

1 - 2 KONTAKTE PER MAAND	
3 - 4 KONTAKTE PER MAAND	
1 - 2 KONTAKTE PER JAAR	
3 - 4 KONTAKTE PER JAAR	
5 + KONTAKTE PER JAAR	
ANDER	
GEEN KONTAK	
NIE VAN TOEPASSING	

34. AARD VAN KONTAKTE

BRIEFWISSELING	
TELEFONIES	
DAGBESOEKE BY WITRANDHOSPITAAL	
NAWEEKVERLOF	
VAKANSIEVERLOF	
SIEKTEVERLOF	
NAWEEKBESOEKE BY WITRANDHOSPITAAL	
GEEN KONTAK	
NIE VAN TOEPASSING	

35. PERSOON/PERSONE MET WIE DIE VERSTANDELIK GESTREMDE DIE MEESTE KONTAK HET

VADER	
MOEDER	
ALBEI OUERS	
BROER(S)	
SUSTER(S)	
ANDER (SPESIFISEER)	
GEEN PERSOON	
NIE VAN TOEPASSING	

36. HUWELIKSTAAT VAN BIOLOGIESE OUERS

ONGETROUD	
GETROUD	
VERVREEM	
GESKEI	
WEWENAAR	
WEDUWEE	

37. WORD HUWELIKSPROBLEME ONDERVIND?

JA	
NEE	
NIE VAN TOEPASSING	

38. INDIEN WEL, WATTER FAKTORE SPEEL DIE GROOTSTE ROL?

	VADER	MOEDER
ONTROUHEID		
DRANKMISBRUIK		
ONTOEREIKENDE PERSOONLIKHEID		
AANPASSINGSPROBLEME		
KRIMINALITEIT		
FINANSIËLE PROBLEME		
KOMMUNIKASIEPROBLEME		
ANDER (SPESIFISEER)		
.....		
.....		
NIE VAN TOEPASSING		

39. NOEM DIE BELANGRIKSTE DRIE OORSAKE WAT DIE MAATSKAP-
LIKE OMSTANDIGHEDE VAN DIE GESIN NEGATIEF BEÏNVLOED

39.1

39.2

39.3

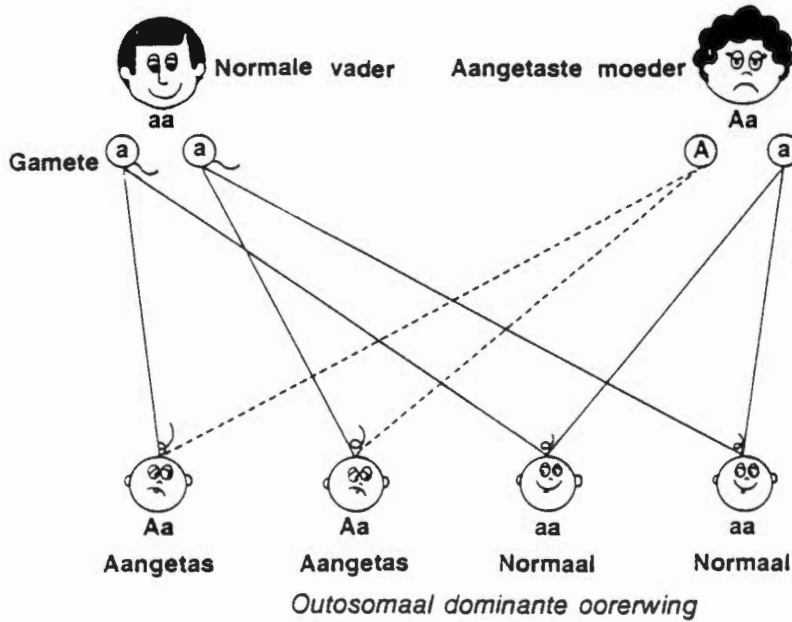
39.4 NIE VAN TOEPASSING

DATUM VOLTOOI

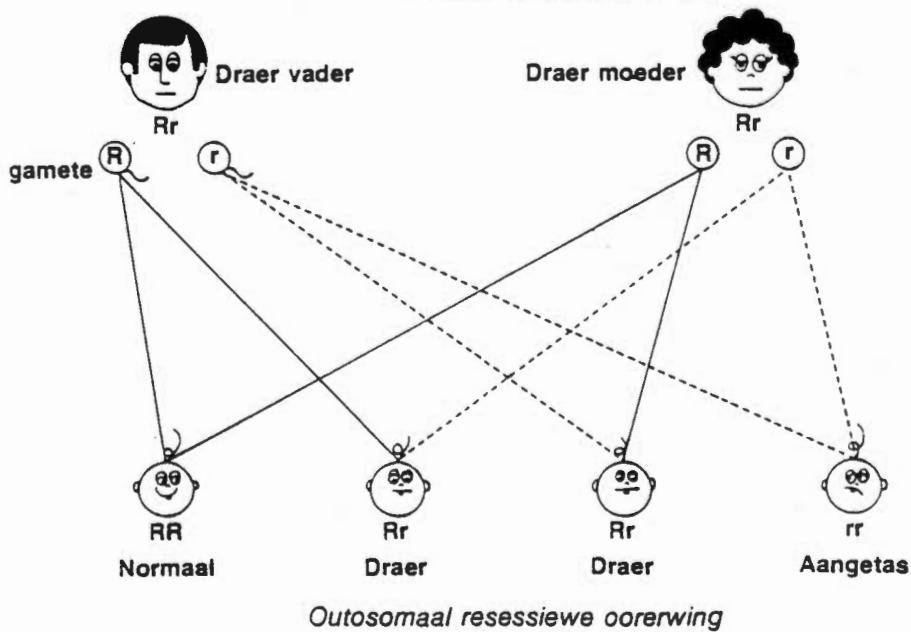
HANDTEKENING

BYLAE 2: DOMINANTE EN RESESSIEWE OORERWING

HOE DOMINANTE OORERWING WERK AS SLEGS EEM OUER, BV. DIE MOEDER, AANGETAS IS
 ELKE KIND, ONGEAG SY/HAAR GESLAG, HET 'N 50% KANS OM AANGETAS TE WEES



HOE RESESSIEWE OORERWING WERK AS BEIDE OUERS DRAERS IS
 ELKE KIND HET 'N 25% KANS OM AANGETAS TE WEES

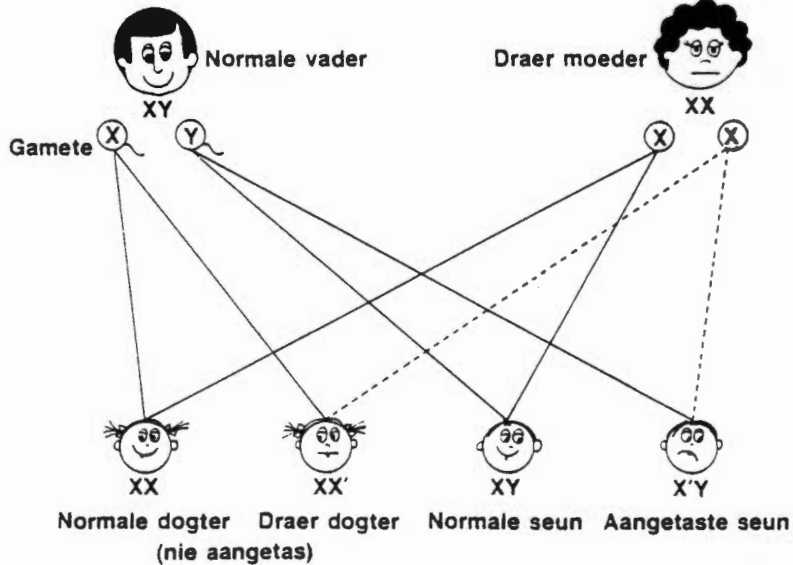


(Departement van Gesondheid en Welsyn, 1984:5-6)

BYLAE 3: X-GEKOPPELDE OORERWING

HOE X-GEKOPPELDE RESESSIEWE OORERWING WERK AS DIE MOEDER 'N DRAER IS

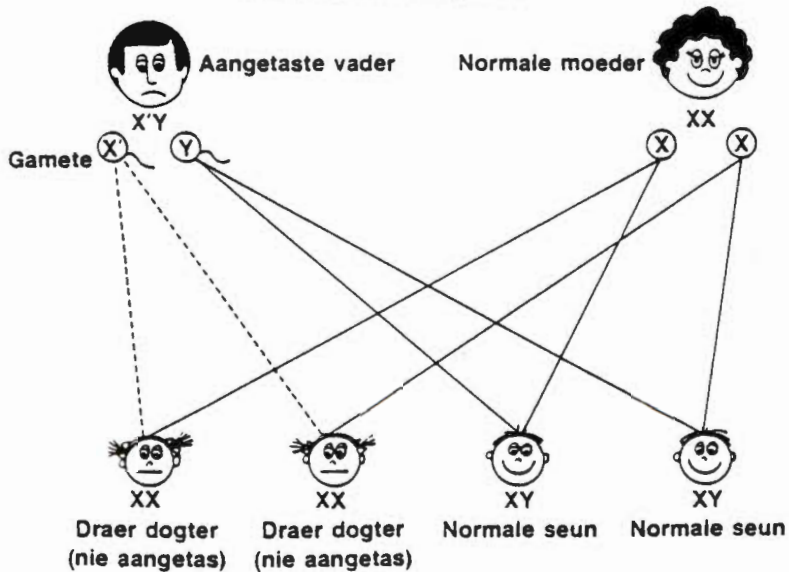
ELKE SEUN HET 'N 50% KANS OM AANGETAS TE WEES
ELKE DOGTER HET 'N 50% KANS OM 'N DRAER TE WEES



X-gekoppelde resessiewe oorerwing (as die moeder 'n draer is)

HOE X-GEKOPPELDE RESESSIEWE OORERWING WERK AS DIE VADER AANGETAS IS

ALLE SEUNS SAL NORMAAL WEES
ALLE DOGTERS SAL DRAERS WEES

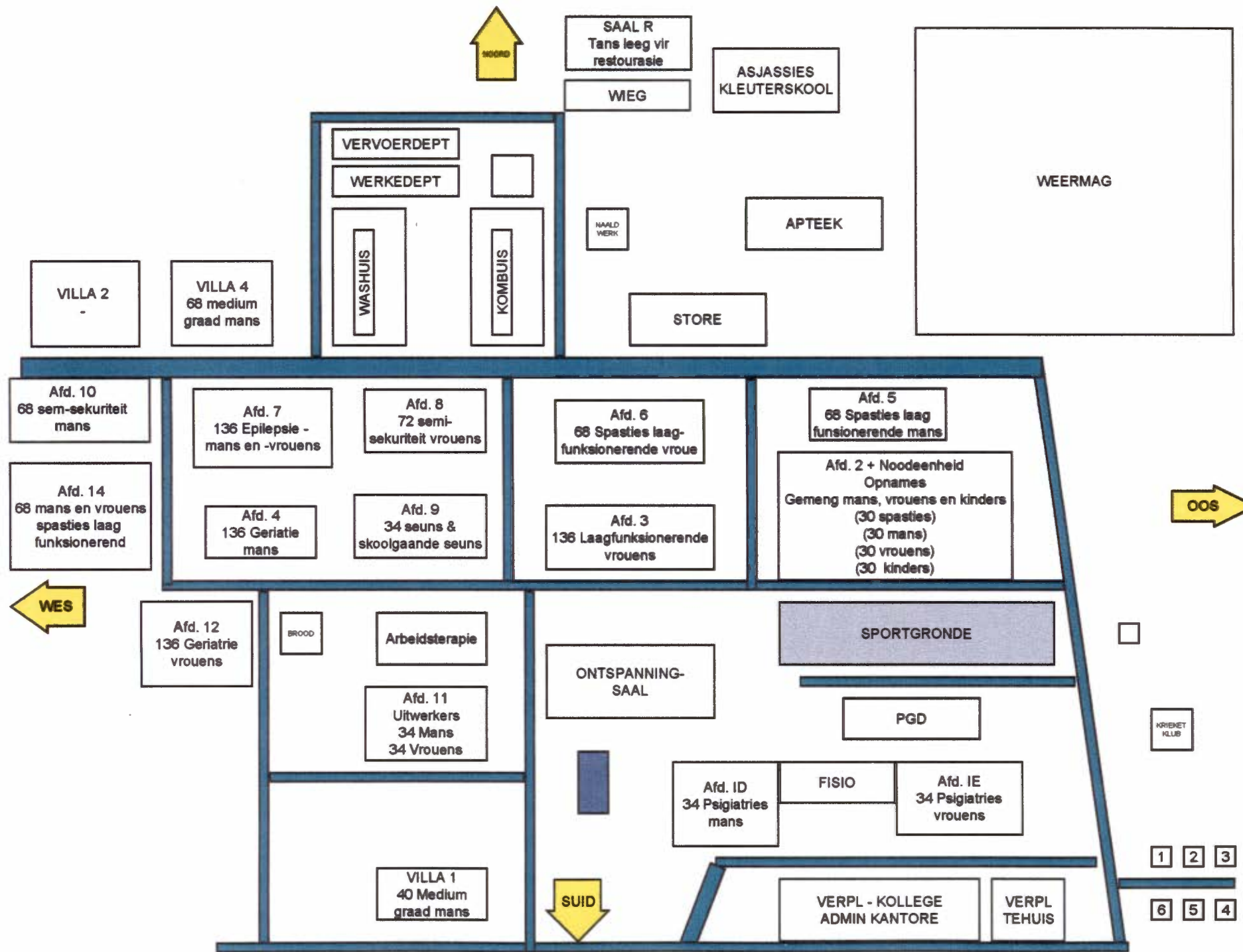


X-gekoppelde resessiewe oorerwing (as die vader aangetas is)

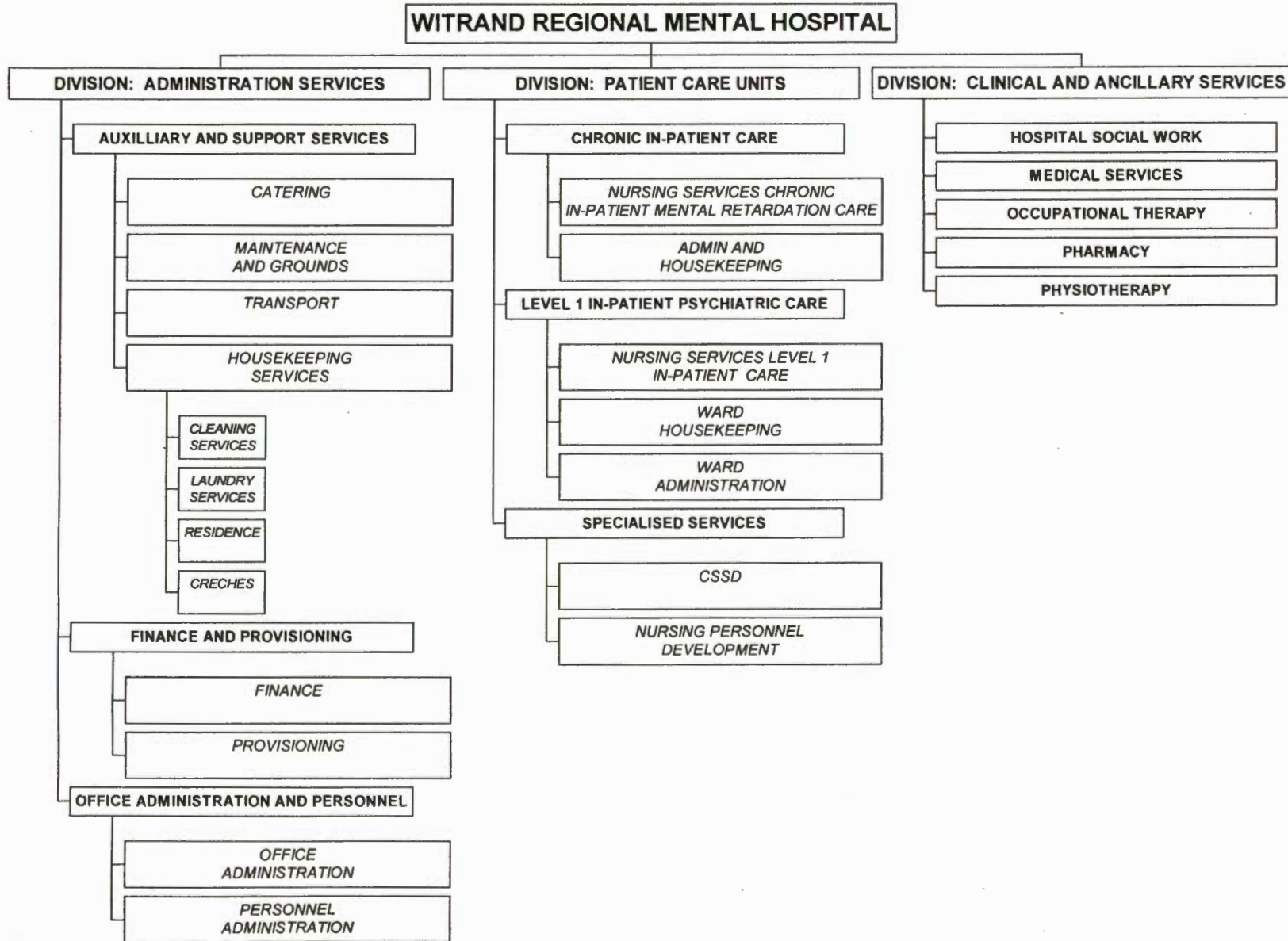
**'N MAATSKAPLIKEWERK-ONDERSOEK NA
DIE SOSIO-EKONOMIESE POSISIE VAN
VERSTANDELIK GESTREMDE PERSONE**



(Botha, A.S., 1998)



ORGANISATIONAL STRUCTURE FOR WITRAND HOSPITAL



BYLAE 5 (VERVOLG)

ORGANISATIONAL STRUCTURE FOR WITRAND HOSPITAL

WITRAND REGIONAL MENTAL HOSPITAL

1 x Medical/Dental Superintendent, Senior

DIVISION: ADMINISTRATION SERVICES

1 x Deputy-Director

SUB-DIVISION: AUXILIARY AND SUPPORT SERVICES

1 x Senior Admin Officer

SECTION: CATERING

1 x Senior Services Manager

4 x Principal Food Services Supervisor

16 x Food Services Supervisor/Snr

2 x Food Services Manager

38 x Food Services Aid II

24 x Food Services Aid I

SECTION: MAINTENANCE AND GROUNDS

4 x Artisan (A-group)/Snr

3 x General foreman/Snr

3 x Artisan Forman Tractor Driver

1 x Horticulturist

48 x Groundsman I

21 x Groundsman II

2 x Tradesman Aid II

5 x General Worker I

3 x General Worker II

SECTION: TRANSPORT

10 x Driver

SECTION: HOUSEKEEPING SERVICES

2 x Senior Housekeeping Supervisor

SUB-SECTION: CLEANING SERVICES

5 x General Foreman/Snr

13 x Cleaner I

7 x Cleaner II

SUB-SECTION: LAUNDRY SERVICES

4 x Laundry Supervisor

11 x Seamstress

1 x Laundry Manager/Snr

1 x Senior Seamstress

32 x Laundry Aid I

12 x Laundry Aid II

3 x Senior Linen Supervisor

6 x Linen Supervisor

SUB-SECTION: RESIDENCE

1 x Housekeeping Supervisor
3 x Household Aid I
1 x Household Aid II

SUB-DIVISION: FINANCE AND PROVISIONING

1 x Assistant Director

SECTION: FINANCE

4 x Admin Clerk/Snr
3 x Chief Admin Clerk
1 x State Accountant/Snr

SECTION: PROVISIONING

8 x Admin Clerk/Snr
1 x Chief Admin Clerk Supervisor
8 x Store Assistant
5 x Storekeeper/Snr

SUB-DIVISION: OFFICE ADMINISTRATION AND PERSONNEL

1 x Senior Admin Officer

SECTION: OFFICE ADMINISTRATION

1 x Admin Clerk/Snr
1 x Chief Admin Clerk
1 x Admin Officer
1 x Data Typist/Snr/Principal
7 x Telcom Operator/Snr
3 x Typist/Snr/Principal
3 x Messenger

SECTION: PERSONNEL ADMINISTRATION

6 x Personnel Officer/Snr
3 x Principal Personnel Officer
1 x Chief Personnel Officer

DIVISION: PATIENT CARE UNITS

1 x Deputy-director, Nursing Services (CNSM)
2 x Assistant Director/ Nursing Services Manager

SUB-DIVISION: CHRONIC IN-PATIENT CARE

1 x Chief Professional Nurse

SECTION: NURSING SERVICES CHRONIC INPATIENT CARE

23 x Senior Professional Nurse
46 x Professional Nurse
10 x Senior Staff Nurse
40 x Staff Nurse
100 x Principal Nursing Assistant
400 x Nursing Assistant/Snr

SUB-SECTION: CRECHES

6 x Household Aid II
7 x Housekeeping Supervisor

SECTION: ADMIN AND HOUSEKEEPING

206 x Cleaner II
10 x Housekeeping Supervisor
7 x Administration Clerk/Snr

SUB-DIVISION: LEVEL I IN-PATIENT CARE

1 x Chief Professional Nurse

SECTION: NURSING SERVICES LEVEL I IN-PATIENT CARE

2 x Senior Professional Nurse
3 x Professional Nurse
1 x Senior Staff Nurse
4 x Staff Nurse
1 x Principal Nursing Assistant
6 x Nursing Assistant/Snr

SECTION: WARD HOUSEKEEPING

5 x Cleaner II

SECTION: WARD ADMINISTRATION

3 x Admin Clerk/Snr
1 x Typist/Snr/Principal
2 x Messenger

SUB-DIVISION: OUT-PATIENT SERVICES

1 x Admin Cler/Snr

SUB-DIVISION: SPECIALISED SERVICES

1 x Chief Professional Nurse

SECTION: CSSD

1 x Cleaner II
10 x Nursing Assistant/Snr
1 x Professional Nurse
2 x Specialized Auxiliary Services Officer/Snr/Principal

SECTION: NURSING PERSONNEL DEVELOPMENT

5 x Senior Professional Nurse

DIVISION: CLINICAL AND AUXILLIARY SERVICES

1 x Chief Medical Officer

SUB-DIVISION: HOSPITAL SOCIAL WORK

2 x Chief Social Worker

2 x Social Worker

1 x Admin Clerk/Snr

1 x Cleaner

SUB-DIVISION: MEDICAL SERVICES

1 x Senior Clinical Psychologist

3 x Clinical Psychologist

3 x Intern (Psychology) (RVQ 14)

3 x Medical Officer/Snr/Principal

SUB-DIVISION: OCCUPATIONAL THERAPY

1 x Chief Health Therapist (Occupational Therapist)

3 x Health Therapist/Snr (Occupational Therapist)

12 x SASO/Snr/Principal (Occupational Therapy)

SUB-DIVISION: PHARMACY

3 x Pharmacist/Snr/Principal

2 x Specialized Auxilliary Services/Officer/Snr/Principal

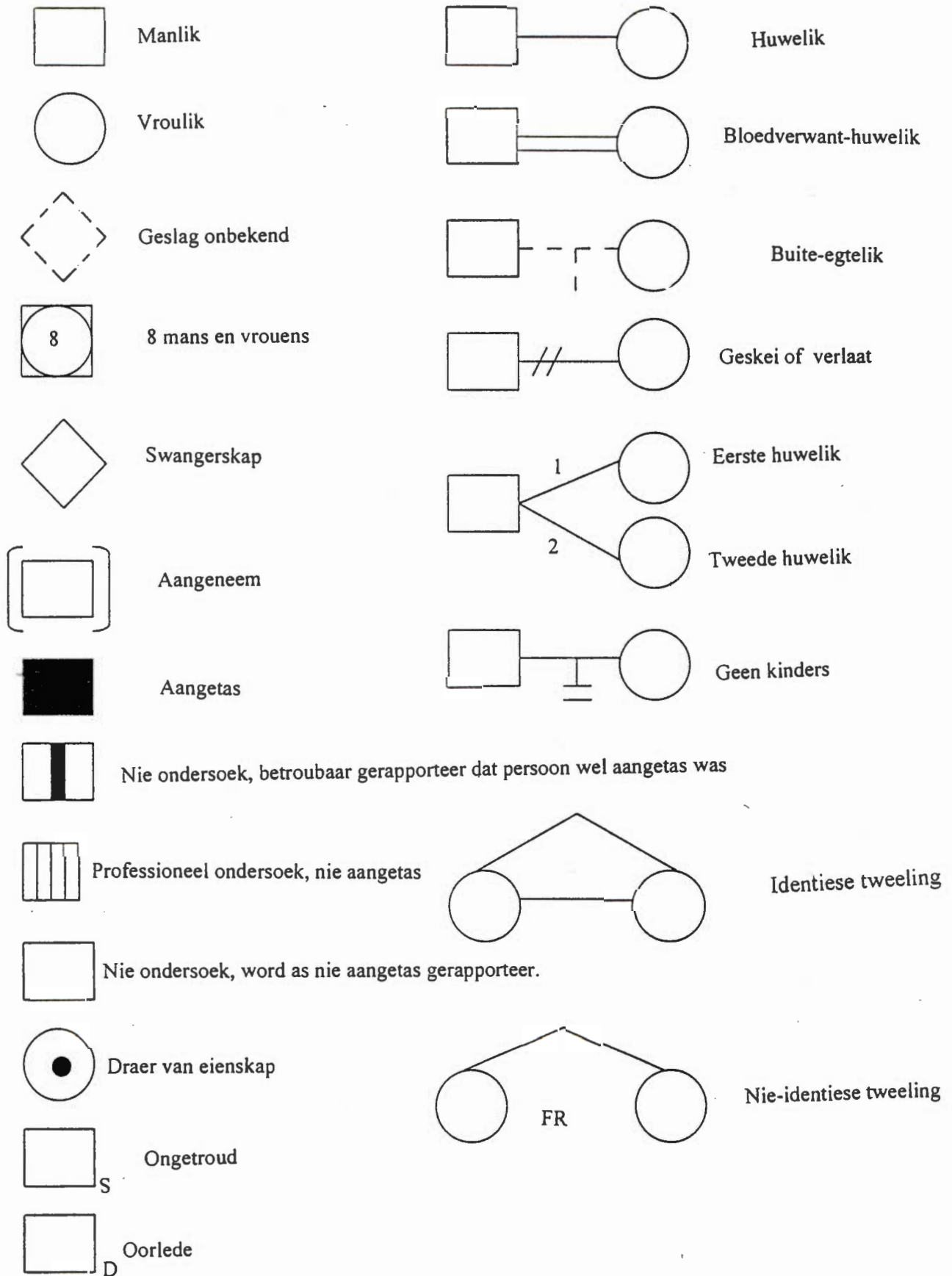
SUB-DIVISION: PHYSIOTHERAPY

1 x Health Therapist/Snr (Physiotherapist)

5 x SASO/Snr/Principal (Occupational Therapy)

(Bestuur van Witrandhospitaal, 1997)

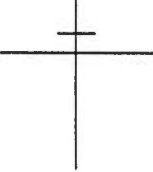
BYLAE 6: STAMBOOM

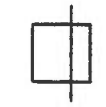
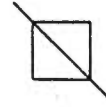
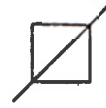


   (Klein simbole) Minder as een dag geleef

   Doodgeboorte (7+ maande swangerskap)

   Aborsie (7 maande swangerskap)

 Professionele Rekord beskikbaar



Ander
eienskappe

