

DIE MEDIKALISERING VAN DIE SAMELEWING 'N EKSURSIE IN MEDIESE IMPERIALISME

E. PRETORIUS

Departement Sosiologie, Universiteit van die Oranje-Vrystaat

INLEIDING

In die afgelope dekade of wat is die groeiende invloed van die mediese professie aangeval. Die stemme van protes en kritiek is nie net dié van sosiaal-wetenskaplikes, juriste, politici, sosiale kritici, ensovoorts nie (Illich, Zola, Carlson, Navarro, Mechanic, Nuyens), dog ook van mediese wetenskaplikes en geneesherse (McKeown, Taylor, Inglis, Dubos, Maxmen) wat hul sterk teen die geneesheer se outonomie en outoriteit uitspreek. Na hierdie sentraliteit en groeiende invloed van die medisyne in die samelewing, word as die *medikalisering van die samelewing* verwys, (Branckaerts, 1982 : 36). Dit is 'n proses waardeur die medisyne steeds meer by die sosiale lewe betrokke raak, waardeur dus al hoe meer aspekte van die lewe onder mediese jurisdiksie kom.

Van die belangrikste redes waarom die medikalisering van die samelewing as problematies beskou en aldus gekritiseer word, is die volgende:

- Deurdat die medisyne toenemend by die sosiale lewe betrokke raak, beweeg dit buite die sfeer van sy bewese tegniese bevoegdheid. Omdat soveel ander faktore 'n rol speel, kan gesondheid nooit slegs die eksklusiewe produk van mediese sorg wees nie. Beskikbare bewyse en onderliggende teorie dui ook daarop dat mediese sorg 'n aansienlik geringer uitwerking op gesondheid het as wat algemeen aanvaar word: die grootste vooruitgang wat die beheer van siekte betref, het dikwels as gevolg van nie-mediese maatreëls plaasgevind.

SUMMARY

Until a decade or two ago there existed a widely held belief that mankind had slowly but surely been rid of its diseases by medical science. According to this view advances in medicine coincided with the transformation in human health. After an initial period of wonder about the marvels of medical science, certain doubts came into being: the honeymoon period with the marvels of medical technology showed signs of disillusionment. Criticism was voiced which ranged from mere statements that the successes of medical technology were less spectacular than was widely held, to very sharp criticism of the institution of medicine. Criticism came not only from outside the medical profession — social scientists, jurists, politicians, social critics, etc. — but also from inside — from medical scientists and doctors — who denounced both the autonomy and authority of the medical professional, and what was termed the *medicalisation* of society. The most pugnacious of these critics, Ivan Illich, said of the medical establishment that it had become *a major threat to health*.

In medical sociological circles there is a growing awareness of the phenomenon of the medicalisation of society. Some authors consider it to be the most central sociological problem in this field. In broad outline this phenomenon denotes the centrality and growing influence of the institution of medicine in society — a process whereby medicine becomes more involved in social life, whereby an ever increasing number of aspects of life lie within the province of medical jurisdiction.

- Ten spyte van die toenemende betrokkenheid van die medisyne in die samelewing, het die pasiënt se gesondheid nie dienooreenkomstig verbeter nie — in teendeel, volgens Illich (1975 : 11) *The medical establishment has become a major threat to health*. Diegene soos Illich wat begaan is oor iatrogenese voer aan dat lewenstyl en omgewing eerder as die medisyne die belangrikste determinante van gesondheidstatus is.
- Namate die medisyne inspraak het op al hoe meer aspekte van die alledaagse lewe, asook toenemend op die geneesheer gesteun word om 'n wye verskeidenheid van probleme en klagtes te hanteer, word die pasiënt onbevoeg gemaak om verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid te aanvaar. Daarbenewens veroorsaak hierdie tendens feitlik 'n oorstroming

van die mediese sorgsisteem, sodat te min tyd beskikbaar is vir diegene wat werklik ernstig siek is.

Kritiek op 'n bestaande sisteem is egter nie voldoende nie. Diegene wat belangstel in die verandering van sosiale instellings, moet ook 'n positiewe program kan aanbied, moet dus alternatiewe kan voorstel. Sommige radikale kritici soos Carlson (1975) stel 'n algehele nuwe gesondheidsorgsisteem in die vooruit-sig waarin siekte-georiënteerde geneesherse vervang word deur die publiek se selfstandige gesondheidshandhawende sisteem. Dit sal *the end of medicine* inlui. Maxmen (1973) voorspel 'n sogenaamde *post-physician era*: die geneesheer sal binne 50 jaar in onbruik raak omdat sy take deur mediese tegnologie (komper) en verwante gesondheidswerkers toegeëien sal word. Die ontstaan van 'n ge-outomatiseerde mediese orde mag egter

nie tot die ondergang van die medisyne se humanitiese oriëntasie lei nie. Daar sal dus, aldus Maxmen, 'n heroriëntasie van mediese opleiding in die nuwe orde moet plaasvind ten einde filosofiese en sosiale faktore te beklemtoon.

ENKELE VAN DIE BELANGRIKSTE INDIKATORE VAN DIE MEDIKALISERING VAN DIE SAMELEWING

Medikalisering blyk die eindproduk van 'n komplekse stel interverwante faktore en prosesse te wees wat in die uitbreiding van mediese jurisdiksie kulmineer. Dit is dus 'n veel-fasetproses: mags- en invloedsuitbreiding vind aan talle fronte plaas. Elk van hierdie sferes is tegelyk 'n indikator van dié verskynsel. Vervolgens sal enkele van die belangrikste indikatore van die medikaliseringproses in besonderhede bespreek word.

Die uitbreiding van die invloedssfeer van die medisyne na nie-siekte kategorieë

Een van die mees betekenisvolle veranderinge wat besig is om in kontemporêre medisyne in te tree, is dat die invloed van sosiale en psigiese faktore in die veroorsaking, verloop en behandeling van siekte verreken word. Deur middel van die implementering van die WGO-definisie word die gesondheidsbegrip van die eng medies-somatiese denkkader ontkoppel. Naas die voordele, hou die sodanige omvattende benadering tot gesondheid, siekte en sorg ook sekere negatiewe implikasies in. Hoe meer omvattend die konsepsie van gesondheid, hoe groter die gevaar dat aan die geneesheer 'n onbeperkte mandaat gegee sal word — dat *alle* lewe, die totale menslike heelal, onder sy jurisdiksie kan kom.

Siektevoorkoming

In die jongste jare het die belangrikheid van die voorkoming van siekte groot aanhang by sowel die publiek as lede van die mediese professie begin kry. Die idee van

primêre voorkoming veronderstel dat ingegryp moet word voordat die siekteproses gemanifesteer het. Hiermee brei die medisyne sy invloedssfeer uit na aspekte van die sosiale lewe waarvoor hy nie vantevore 'n mandaat besit het nie: mense word *pasiënte* sonder dat hulle siek is (Miles, 1978 : 28). Namate meer aspekte van die daaglikse lewe relevant word vir die voorkoming van siekte — die hoeveelheid oefening wat 'n mens doen, die keuse van ontspanningsaktiwiteite, die lug wat 'n mens inasem, die eetgewoontes, die drinkgewoontes, die rookgewoontes, en die rygewoontes — kan die indruk geskep word dat onder sekere omstandighede feitlik enige menslike aktiwiteit tot mediese probleme aanleiding kan gee. Sou die medisyne toenemend in hierdie rigting ontwikkel, kan 'n situasie uiteindelik bereik word waar, in plaas van 'n gesonder mensdom, tallose individue een of meer geïdiagnoseerde toestande sal hê en (moontlike) kandidate vir behandeling kan wees.

Mediese ingryping vir nie-siekte toestande

Die voorkoming van siekte is nie die enigste mediese aktiwiteit wat 'n uitwerking op die lewens van gesonde mense het nie. Ook die ontwikkeling van nuwe tegnieke het aanleiding gegee tot talle prosedures wat die medisyne verder laat reik as sy oorspronklike besorgdheid oor siekte. Dit is dus vir gesonde mense moontlik om voordeel te trek uit mediese vaardighede vir doeleindes wat geensins met siekte verband hou nie.

Een so geval is plastiese snykunde (Zola, 1973 : 59). Op 'n vroeër stadium was hierdie dissipline net gemoeid met die herstel van skade veroorsaak deur ongelukke en siekte, asook die herstel of verbetering van aangebore afwykings. Vandag word hierdie tipe snykunde ook toenemend vir kosmetiese doeleindes aangewend: veranderinge aan die vorm van die gesig, die neus of borste, en die herskep van 'n jeugdige voorkoms deur die tekens van die ouderdom chirurgies te verberg.

Gesinsbeplanning en swangerskap

Gesinsbeplanning en swangerskap is areas van die tradisioneel gesonde lewe wat op snelle wyse besig is om van toenemende mediese belang te word. Voordat moderne geboortebepelingsbeheer ontstaan het, was die vermyding van ongewenste swangerskappe 'n kwessie van lekebespreking en -advies. Vandag word mediese advies ingewin: die inplaas van kontraseptiewe toestelle word deur mediese personeel behartig, sterilisasie van beide man en vrou geskied deur middel van chirurgie, terwyl die populêre kontraseptiewe pil meestal deur die geneesheer voorgeskryf word. Die algemene praktisyen moet ook toenemend tyd afstaan aan gesinsbeplanningsadvies ten koste van die behandeling van siekte (Miles, 1978 : 30).

Slegs enkele geslagte gelede is swangerskap as 'n natuurlike proses beskou: geboortes het tuis plaasgevind met behulp van 'n *vroedvrou* wat meestal geen professionele opleiding gehad het nie. In sekere sektore van ons bevolking vind dit steeds op dié wyse plaas. Vandag word dit toenemend deur gesondheidswerkers hanteer: die ondersoek en voorligting van swanger vroue geskied in 'n kliniese opset, terwyl geboortes in hospitale plaasvind en deur medici behartig word. Alhoewel hierdie situasie vir die Blanke in Suid-Afrika geld, blyk dit tog dat hierdie neiging ook by die ander bevolkingsgroepe begin posvat.

Persoonlike probleme

'n Laaste aspek van die uitbreiding van die invloedssfeer van die medisyne na nie-siekte kategorieë, is die groeiende neiging om talle persoonlike en emosionele probleme (wat vantevore as buite die sfeer van die medisyne beskou is) as gesondheidsprobleme te herklassifiseer — die neiging dus om na mediese antwoorde vir sosiale en persoonlike probleme te soek. Van die probleme sluit in huweliksprobleme, probleme met kinders, finansiële probleme, werkontevredenheid, seksuele probleme, eensaamheid en afwykende gedrag soos geweld en alkoholisme.

Redes vir dié neiging

Miles (1978, 33 - 34) voer die volgende aan ter verklarings van hierdie neiging:

- Die strukturele isolasie van die kerngesin waardeur mense nie meer in tye van krisis en nood op die ondersteuning van familie kan reken nie. Ook bure is in baie gevalle vreemdelinge, sodat die nodige vrymoedigheid om 'n probleem te bespreek, ontbreek. In 'n toenemend gesekulariseerde samelewing wend die individu hom ook al hoe minder tot die predikant om hulp in dié situasies. In hierdie omstandighede val dit nie vreemd op dat mense hulle na die geneesheer wend vir die vertroosting en raadgewing wat hulle eens van die gemeenskap of bepaalde sub-groeperinge daarvan ontvang het nie.
- Daarbenewens is die geneesheer altyd beskikbaar. Talle mense weet nie hoe of waar om 'n maatskaplike werker te kontak nie, weet nie van 'n huweliksberader nie, terwyl die ligging en spreekure van die geneesheer aan die meeste mense bekend is.
- Nog 'n faktor wat 'n rol kan speel, is die groter sosiale aanvaarding van gesondheidsprobleme bo emosionele of persoonlike probleme. Eerder as om mislukking wat betref die beroep, of die huwelik of skoolprestasies, ensovoorts te erken, word 'n mediese uitweg gesoek. Deur na die geneesheer te gaan, word 'n sosiaal-aanvaarbare verduideliking vir mislukking en ontoereikendhede verkry. Hiermee saam hang ook die feit dat mediese voorsorgfondse net fondse beskikbaar stel indien 'n probleem as siekte gedefinieer word.
- 'n Laaste moontlike rede vir hierdie neiging wat Miles aanvoer, is geleë in die vermoë van die geneesheer om kalmeer- en slaappille te voorsien. Sou hy dan nie die probleem kan oplos nie, kan hy tog verligting in die vorm van verdowingsmiddels verskaf.

Die uitbreiding van die magsposisie van die mediese profesie

Een van die belangrikste indikatore van die medikaliseringproses is die mag wat die mediese profesie blyk te besit en wat ywerig en doeltreffend bewaar word. Daar word kritiek in literatuur verwys na die outonomie of dominansie van die profesie (Freidson, 1970; Mechanic, 1978), of dat dit 'n monopolie konstitueer (Illich, 1975).

Die dominansie van die mediese profesie ten opsigte van verwante beroepe

Gesondheidsorg is weliswaar 'n aangeleentheid van verskeie dissiplines, dog die mediese dissipline blyk 'n bevoorregte, dominante en kontrolerende posisie in te neem. Die prestige van geneesheer in vergelyking met ander beroepe is in alle geïndustrialiseerde samelewings baie hoog (Freidson, 1970 : 15). Ten spyte daarvan dat geneesheer slegs 'n klein gedeelte van alle gesondheidspersoneel konstitueer, beskik hulle oor sosiale en politieke invloed ver bokant dit wat deur hul getalle en dikwels opleiding gesuggerer word. Hulle oefen eksklusiewe beheer uit, nie alleen wat betref die gesondheidsbeleid nie, dog ook wat toenemende aspekte van die welsynsbeleid betref (Nuyens, 1976 : 8). Die profesie oefen ook toesighoudende mag uit oor 'n toenemende aantal ondersteunende beroepe. Deur sodanige arbeid te subordineer, word menig een uitgesluit van deelname aan aktiwiteite wat as mediese praktyk bekend staan. C.S. Lewis (in Zola 1973 : 260) het reeds amper 'n eeu gelede gewaarsku dat "*man's power over Nature is really the power of some men over other men with Nature as their instrument*". Dieselfde kan geld vir die mens se mag oor gesondheid en siekte: deur die bron van behandeling van die mens se probleme te lokaliseer, word ander vlakke van ingryping effektief gesluit. Duur geneesheertyd word dus gebruik vir sekere take waarvoor slegs 'n geringe gedeelte

van sy opleiding nodig word en wat deur ander, minder opgeleide en dus goedkoper persone, verrig kon word. Hierdie situasie geld veral in Suid-Afrika (Van Rensburg en Mans, 1980 : 209).

Die mag van die mediese profesie is by uitstek toe te skryf aan sy biotegniese vermoëns: die oorplanting van kadawer, lewende of meganiese organe, genetiese en mikro-sellulêre vorme van manipulasie, sowel as verskeie chirurgiese, chemiese en psigofisiologiese metodes van denk- en gedragskontrole. Die potensiaal van die medisyne om nie alleen te voorkom en te genees nie, dog ook om te onderwerp, wysig en skaad, word hierdeur geïmpliseer (Fox, 1979 : 476).

Die medisyne as instelling van sosiale beheer

'n Verdere baie belangrike aspek van die medikaliseringproses is die toename in die aantal en soorte van denk-, gevoels- en gedragswyses — vantevore as sosiale afwyking beskou — wat vandag as siektes gedefinieer word. Sodanige herdefiniëring bepaal grootliks aan wie die verantwoordelikheid van diegene wat as afwykend geëtiketteer word toegesê moet word. Wanneer konsepsies van afwykende gedrag verander, tree daar dienoooreenkomstig 'n verandering in wat betref die agense wat die mandaat het om afwyking te beheer. Ten opsigte van siekte is die medisyne die toepaslike sosiale beheerinstelling, daar die mediese profesie die eerste aanspraak het op enigiets wat as siekte geëtiketteer word, ongeag die vermoë om dit effektief te hanteer (Freidson, 1970 : 251).

Omdat die grense van die medisyne elasties en toenemend ekspan-sief is, word dit toenemend as 'n sosiale beheeragens gekonseptualiseer: *medicine is becoming a major institution of social control, nudging aside, if not incorporating the more traditional institutions of religion and law . . . by making medicine and the labels healthy and ill relevant to an ever increasing part of human existence* aldus Zola (1978 : 254).

ALTERNATIEWE VIR DIE MEDIKALISERING VAN DIE SAMELEWING: STAPPE IN DIE RIGTING VAN DEMEDIKALISERING

Implisiet in die voorgaande kritiek op die probleem van medikalisering is sekere alternatiewe reeds af te lees. Daar die kritiek op die verskynsel tot op die huidige fragmentaries en geïsoleerd voorkom, bestaan daar ook geen gesistematiseerde literatuur wat alternatiewe vir die probleem eksplisiet en in besonderheid beskryf nie. Wat hier volg is dus enkele tentatiewe gedagtes:

- Daar moet 'n einde gemaak word aan die uitbreiding van die kategorie van siekte. Demedikalisering van sekere toestande het reeds plaasgevind. Die mees betekenisvolle hiervan is die Amerikaanse Psigiatryse Vereniging se besluit om homoseksualisme van hul amptelike katalogus van geestesiekte te verwyder. Boonop is ernstige pogings aangewend om geneeshere bewus te maak van die feit dat hulle, weens sekere, dikwels onbewuste, bevoordeelde aannames omtrent vroue, geneig is om psigiese probleme meer dikwels aan vroue toe te dig. Om hierdie rede het vooraanstaande mediese publikasies soos die *New England Journal of Medicine* artikels en hoofartikels gepubliseer met betrekking tot die bereidwilligheid van mediese spesialiste en teksboekouteurs om die ongeverifieerde opvatting te aanvaar, naamlik dat dismenoree, naardheid tydens swangerskap, pyn gedurende verlossing en koliek by babas psigogeniese ongesteldhede is, wat deur vroue se emosionele probleme veroorsaak of vererger word. 'n Verwante ontwikkeling is die feministiese protes teen die definiëring van swangerskap as 'n siekte, asook teen kindergeboorte as 'n *vertegenwoordigde* medies-chirurgiese gebeurlikheid (Fox, 1979 : 477 - 479).
- Die toenemende neiging om sommige van die verantwoordelikheid vir mediese sorg van die geneesheer, die mediese span en

die hospitaal, na die pasiënt, gesin en hul tuiste te verskuif, hou verband met die bogenoemde. As alternatief vir medikalisering moet mense gehelp word om meer verantwoordelikheid vir hul eie gesondheid te aanvaar. In plaas daarvan om passiewe ontvangers van behandeling te wees (die tradisionele pasiëntrol) word individue aangemoedig tot bewuswording van hul eie biotiese en psigiese prosesse, om hul lewenswyses te wysig vir beter gesondheid en selfs om deel te hê aan hul eie terapie deur middel van selfhelpgroepe (Ahmed et al., 1979 : 21). *Selfhelp* moet nie met selfmedikasie, reeds 'n algemene praktyk, verwar word nie. Laasgenoemde beteken bloot die aankoop van medikamente, soortgelyk aan wat die geneesheer sou voorskryf. Selfhelpgroepe, oorspronklik gemodelleer volgens Alkoholiste Anonim omvat tans 'n breë spektrum van probleme — van diabetes tot infertiliteit. Soos wat die naam aandui, bestaan selfhelpgroepe uit mense wat byeenkom om hul gemeenskaplike probleme op te los. Daar word allerweë geglo dat sodanige groepe suksesvol is ter vervulling van individue se onvervulde behoeftes — leemtes gelaat deur professionele mediese sorg.

- 'n Verdere stap in die rigting van demedikalisering kan bestempel word as die deprofessionalisering van die mediese profesie. In die eerste instansie sou dit 'n verandering in die geneesheer-pasiëntverhouding behels van aktief/passief na 'n meer egalitariese verhouding waarin die pasiënt groter seggenskap het en die klem op sy regte val. Andersyds sou dit ook 'n verandering in die verhouding tot ander gesondheidswerkers behels — 'n afname in die mag en outoriteit van die geneesheer ten opsigte van hierdie persone.

Namate dit besef word dat die determinante van gesondheid grootliks buite die mediese sisteem geleë

is, word die opvatting dat die geneesheer die natuurlike leier van die gesondheidsplan is, onhoudbaar. In Brittanje het dit gelei tot die segregasie van die mediese dienste van maatskaplike werkers wat met siekes gemoeid is. Dog, in verhouding met geneeshere is die belangrikste ander beroep ongetwyfeld dié van die verpleegkundige. In die meeste lande het verpleegkundiges tot dusver hul tradisionele rol feitlik sonder meer aanvaar, dog in die VSA het verpleegkundiges tot 'n groot mate onafhanklikheid van die mediese profesie verkry (McKeown, 1979 : 140). As gevolg van die mannekragtekort, veral wat betref algemene praktisyne, het daar in die VSA sedert die 1960s 'n nuwe tipe paramedikus ontstaan, naamlik die verpleegkundige praktisyne — die welvarende samelewing se antwoord op die Chinese kaalvoet dokter. Ook op die kantlyn is daar baie ander gesondheidspraktisyne met talryke terapieë — van homopatiese tot psigiese genesing — wat in die jongste tyd deur middel van wetenskaplike tegnieke ondersoek word, soms met betekenisvolle resultate. Dit blyk dus dat die deprofessionaliseringsproses reeds 'n aanvang geneem het, veral as daar gelet word op die tendens waardeur die publiek hulle in toenemende getalle na alternatiewe medisyne wend — 'n oplewing dus van die belangstelling in natuurgenesing, kruidkennis, homopatiese, osteopatiese en chiropraktyk.

Die volgende is enkele idees wat nog deur Inglis (1981 : 313) voorgestel is en wat uiteindelik tot die demedikalisering van die samelewing kan lei:

- 'n omvattende uitbreiding van openbare gesondheidsopvoeding en -voorligting;
- 'n groter hoeveelheid navorsing in verband met gesondheid (in teenstelling met siekte);
- toename in primêre sorg en voorkomende medisyne;
- die daarstelling van 'n harmoniese sosio-omgewing: beter behuising, verbeterde voeding, veilige verkeersweë, onbesoedelde lug.

ENKELE SLOTGEDAGTES

Medikalisering, 'n proses wat dui op mediese imperialisme, is een van die doeltreffendste wyses van sosiale beheer en volgens Pitts (1968 : 391) . . . *is destined increasingly to become the main mode of formal social control*. Om hierdie en ander reeds genoemde redes, kan die medikalisering van die samelewing nie ongehinderd voortgaan nie. 'n Toenemende aantal geneeshere openbaar 'n bewuswording van die noodsaaklikheid om te verander en dit lyk onafwendbaar dat hul invloed sal uitbrei. Dit is egter uiters onwaarskynlik dat die professie sy weë vinnig genoeg sal verander om in die gemeenskap se werklike behoeftes te voorsien en op hierdie stadium is dit die publiek eerder as die mediese professie wat gerig en

aangespoor moet word om sigself te *demedikaliseer*. Die probleme in hierdie verband is formidabel: hoe om mense te oorrede om byvoorbeeld die rookgewoonte prys te gee of om alkohol- en suikerinnames te verminder sonder om onwelkome of onaanvaarbare beperkinge op die individu se vryheid te plaas; hoe om te verseker dat tegnologiese vooruitgang nie ten koste van die gemeenskap se welstand geskied nie, ensovoorts. Die grootste probleem waarmee die publiek egter te kampe sal hê, word só deur Inglis (1981 : 309) verwoord . . . *what to do and where to go when just what the doctor ordered ceases to appeal*.

BRONNELYS

1. Ahmed, P.I. en Coelho, G.V. (reds.) (1979) *Toward a new definition of health*. New York. Plenum Press.
2. Branckaerts, J (1982) Medicalisering in Nuyens, Y. (red.): *Sociologie en gezondheidszorg*, pp. 31 - 46. Antwerpen. Van Loghum.

3. CARLSON, R.J. (1975) *The end of medicine*. New York. John Wiley & Sons.
4. Fox, R.C. (1979) *Essays in medical sociology — journeys into the field*. New York. John Wiley & Sons.
5. Freidson, E. (1970) *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York. Atherton Press.
6. Illich, I. (1975) *Medical nemesis — the expropriation of health*. Londen. Marion Boyars.
7. Inglis, B. (1981) *The diseases of civilisation*. Londen. Hodder & Stoughton.
8. Maxmen, J.S. (1976) *the post-physician era — medicine in the 21st century*. New York. John Wiley & Sons.
9. McKeon, T. (1979) *The role of medicine — dream, mirage or nemesis?* Oxford. Basil Blackwell.
10. Mechanic, D. (1976) *The growth of bureaucratic medicine : an inquiry into the dynamics of patient behaviour and the organization of medical care*. New York. John Wiley & Sons.
11. Miles, A. (1978) The social content of health in Brearley, P. et al: *The social context of health care*, pp. 7 - 77. Londen. Martin Robertson.
12. Nuyens, Y. (1976) *Grenzen aan de Medische Macht*. Leuven. Davidsfonds.
13. Pitts, J. (1968) Social control : the concept in Sills, D. (red.): *International Encyclopedia of Social Sciences*. Vol. 14. pp. 381 - 396. New York. Macmillan Publishing.
14. Van Rensburg, H.C.J. en Mans, A. (1982) *Profile of disease and health care in South Africa*. Pretoria. Academica.
15. Zola, I.K. (1973) *De medische macht — de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*. Amsterdam. Boom Meppel.

Voltooide Navorsing Completed Research

THE REGISTERED NURSE AS PATIENT EDUCATOR AND COUNSELLOR WITH SPECIFIC REFERENCE TO THE SOUTH AFRICAN COLOURED POPULATION

LEIGH MULLER
Magister Curationis
University of Port Elizabeth

This survey was conducted between May and October 1980 on 100 South African Coloured patients and 150 South African Registered Coloured Nurses in the Cape Province.

The object of the survey was to determine whether patients received adequate education pertaining to their illnesses as well as on health matters in general, and also to determine the role and responsibility of the Registered Nurse in this respect.

The analysis of the data reflected that 58% of the total number of patients interviewed had not received any form of health education regarding their illnesses at time of being interviewed. It must be noted that 73% of the total respondents had spent an average of one week or more in hospital, thus having had enough time to have received some form of health education, be it related to their illness or on health in general. Also, only 52% of patients interviewed admitted to being satisfied with their knowledge with regard to their illness. It is thus apparent from the responses to the structured interviews held, that patients did not receive adequate education related to health care matters.

The fact that there is a lack with regard to patient education is clearly obvious. As so little information appears to be given to the patient, it undoubtedly has serious implications on quality health care of the population. It is felt that the health

status of the Coloured population and therefore the S.A. population at large could be improved and enhanced if more education and guidance were to be given to patients on various health care matters applicable to the patient.

The survey also reflected that, although 80% of patients interviewed admitted to having known what was wrong with them, on further questioning it became apparent that they lacked necessary insight into their health problem. It is therefore understandable why 93% of patients interviewed felt the need for more and better health education.

93,3% of Registered Coloured Nurses also admitted that more education should be given to patients. That the Registered Nurse respondents realized their duty, which reflects directly on their role and responsibility in this respect is clear, as a total 100% affirmative response were here received. The survey too reflected that the majority (60%) of respondents thought patients not to have a reasonable concept of their illnesses.

The researcher feels that if there were to be more and better dissemination of accurate specific health education as well as on aspects pertaining to general health care by the Registered Nurse, the health status of the population would be considerably enhanced and many of the health problems encountered in our present day society would be overcome.