



089250



**SENTRUM VIR BIBLIOTEEK- EN  
INLIGTINGSDIENSTE  
CENTRE FOR LIBRARY AND  
INFORMATION SERVICES**

**VERVALDATUM/DATE DUE**

**30 OCT 1992**

**IBL/ ILE**

001.3072068 HSRC ASS 27



294179

## **Die tradisionele heler in Suid-Afrikaanse ges**

**Engela Pretorius  
GW de Klerk  
HCJ van Rensburg**

**Algemene redakteur: Ina Snyman**

**RGN Koöperatiewe Program: Bekostigbare Bestaansekerheid**

**Subprogram: Bekostigbare Maatskaplike Voorsiening**

**RGN  
Pretoriusstraat 134  
Pretoria  
1991**

Die RGN Koöperatiewe Program: Bekostigbare Bestaansekerheid is binne die Groep: Samelewingsdinamika gesetel en word bestuur deur middel van drie subprogramme waarvan die Subprogram: Bekostigbare Maatskaplike Voorsiening een is.

Die klem in sowel die oorkoepelende program as die subprogramme is op die bekostigbaarheid, doeltreffendheid en algemene toeganklikheid van maatskaplike dienste en voorsiening. In hierdie verslag is die fokus op tradisionele medisyne as 'n aspek van gesondheidsorg.

Die RGN, en spesifiek die komitee van die Subprogram: Bekostigbare Maatskaplike Voorsiening, stem nie noodwendig saam met menings wat in dié verslag uitgespreek word nie.

**Komiteeëde**

Dr. R. Ramphal (voorsitter), mev. C. Dawson, prof. E.A.K. Hugo, mej. S. Hurford, mev. E. Sithole, dr. S.A. Snyman (programbestuurder), dr. H.G. Strijdom, prof. M.A. van Zyl

**Spesialiskonsultante**

Dr. D.B.T. Hackland, dr. M. McLachlan, dr. J. Op't Hof

**Programsekretaris**

Mev. M. Doorewaard

RGN BIBLIOTEK	
1992 1. 147	
HSRC LIBRARY	
STANDKODE	AANWINSNUMMER
001-3072068	089250
HSRC	
ASS 27	

Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, 1991  
Verslag gedruk deur die RGN-drukkery,  
versprei deur die RGN-uitgewers,  
Privaatsak X41,  
Pretoria

## **ABSTRACT**

The study on which this report is based was undertaken in Mangaung, a large township for blacks near Bloemfontein. The focus was on respondents' opinions and use of different categories of traditional healers, and on their views about the existing or potential links between traditional and modern medicine.

It was found that a sizable proportion of the respondents maintained traditional convictions with regard to illness and health care. Many consulted traditional healers regardless of the fact that they were young, westernized and well-educated, and that the traditional healers charged relatively high fees.

The conclusion was that in spite of many obstacles, traditional medicine can, under certain conditions and circumstances help fill the considerable gaps in the formal modern health-care system.

## **EKSERP**

Die studie waarop hierdie verslag gebaseer is, is in Mangaung, 'n groot woongebied vir swartes naby Bloemfontein, onderneem. Die fokus was op respondente se menings oor en gebruik van verskillende kategorieë van tradisionele genesers, en op hulle sieninge van bestaande of potensiële skakeling met moderne medisyne.

Daar is bevind dat 'n aansienlike proporsie van die respondente tradisionele oortuigings ten opsigte van siekte en gesondheidsorg huldig. Baie van hulle raadpleeg tradisionele genesers ten spyte van relatiewe jeugdigheid, verwestersing en 'n hoë vlak van onderwys, en ten spyte van die betreklik hoë gelde van tradisionele genesers.

Die gevolgtrekking was dat ten spyte van vele struikelblokke, tradisionele medisyne onder sekere voorwaardes en sekere omstandighede kan meehelp om die aansienlike leemtes te vul wat daar in die formele, moderne gesondheidsorgstelsel bestaan.

# INHOUDSOPGAWE

Bladsy

## HOOFSTUK 1

### KONSEPTUELE EN METODOLOGIESE VERANTWOORDING

1.	Rasionaal van die ondersoek	1
2.	Die ondersoekprobleem	2
3.	Doel met die ondersoek	4
4.	Konseptuele opheldering	5
4.1	Medisyne, mediese sisteem of gesondheidsisteem	5
4.2	Moderne en tradisionele medisyne	5
4.3	Tradisionele heler	6
5.	Metodes van ondersoek	7
5.1	Die opname	8
5.2	Diepte-onderhoude	13

## HOOFSTUK 2

### MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE IN AFRIKA: 'N JUKSTAPOSISIE

1.	Inleiding	16
2.	Die stand van moderne medisyne in Afrika	17
2.1	Die beskikbaarheid en toeganklikheid van moderne medisyne	17
2.2	Die aanvaarbaarheid van moderne medisyne	18
2.3	Die aanspreeklikheid van moderne medisyne	18
3.	Die stand van tradisionele medisyne in Afrika	19
3.1	Die beskikbaarheid en toeganklikheid van tradisionele helers	20
3.2	Die aanvaarbaarheid van tradisionele medisyne	22
3.3	Die aanspreeklikheid van tradisionele medisyne	23
4.	Skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne	23
4.1	Komplementariteit/samewerking	26
4.2	Integrasie	26
5.	Slotgedagtes	27

### **HOOFSTUK 3**

#### **TRADISIONELE MEDISYNE IN MANGAUNG**

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>28</b>
<b>2.</b>	<b>Wyse van hulpsoeke in Mangaung</b>	<b>29</b>
<b>2.1</b>	<b>Raadpleging van moderne gesondheidsorginstellings/ praktisyns</b>	<b>31</b>
<b>2.2</b>	<b>Raadpleging van tradisionele helers</b>	<b>33</b>
<b>3.</b>	<b>Die aanvaarbaarheid van tradisionele medisyne</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Die belangrikheid van tradisionele helers</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>Houding jeens tradisionele helers</b>	<b>40</b>
<b>3.3</b>	<b>Redes vir nie-gebruik van tradisionele medisyne</b>	<b>41</b>
<b>4.</b>	<b>Die houding van die inwoners ten opsigte van skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne</b>	<b>43</b>
<b>5.</b>	<b>Slotgedagtes</b>	<b>49</b>

### **HOOFSTUK 4**

#### **GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN AKSIES**

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>51</b>
<b>2.</b>	<b>Gevolgtrekkings met betrekking tot die ondersoek</b>	<b>55</b>
<b>2.1</b>	<b>Die noodsaaklikheid van data met betrekking tot skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne</b>	<b>55</b>
<b>2.2</b>	<b>Die toekomstige rol van tradisionele helers</b>	<b>56</b>
<b>3.</b>	<b>Aanbevelings</b>	<b>58</b>
<b>3.1</b>	<b>Probleemareas ten opsigte van skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne</b>	<b>58</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Aanvaarding van tradisionele medisyne deur regerings</b>	<b>59</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Wedersydse aanvaarding van tradisionele en moderne mediese praktisyns</b>	<b>59</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Die legitimering van die nie-rasionele aspekte van tradisionele medisyne</b>	<b>60</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Die demistifikasie van die tradisionele heler</b>	<b>61</b>
<b>4.</b>	<b>Riglyne en aksies vir skakeling tussen tradisionele en moderne medisyne</b>	<b>62</b>
<b>4.1</b>	<b>Voorvereistes vir suksesvolle skakeling</b>	<b>62</b>
<b>4.2</b>	<b>Spesifieke aksies met die oog op suksesvolle skakeling</b>	<b>64</b>

4.2.1	Aksies ten opsigte van tradisionele gesondheidsorg	66
4.2.2	Aksies ten opsigte van die moderne gesondheidsorgsektor	68
5.	Slotgedagtes	70
	Notas	71
	Bronnelys	71

## LYS VAN FIGURE

Figuur 1:	Analogiese model van die verhouding tradisioneel-medies:biomedies	25
Figuur 2:	Behandeling ontvang by Pelonomi-hospitaal en klinieke	31
Figuur 3:	Gebruiksfrekwensie van die dienste van moderne mediese praktisyne	32
Figuur 4:	Persentasie van die ondersoekgroep wat tradisionele helers raadpleeg	34
Figuur 5:	Konsultasiefooie van mediese praktisyne	42
Figuur 6:	Die verband tussen mate van verwestersing en die stelling dat tradisionele helers toegelaat moet word om in hospitale te werk	47

## LYS VAN TABELLE

Tabel 1:	Die sorginstellings/praktisyne wat die grootste bydrae lewer in die nastreef van gesondheid en die genesing van siekte in Mangaung	29
Tabel 2:	Keuse van sorginstelling vir bepaalde siektes/toestande	30
Tabel 3:	Mate van tevredenheid met behandeling by Pelonomi-hospitaal en klinieke en van swart en blanke geneeshere	33
Tabel 4:	Raadpleging van tradisionele helers volgens verskeie veranderlikes	35
Tabel 5:	Frekwensie van besoeke aan tradisionele helers in die voorafgaande 12 maande	37
Tabel 6:	Redes vir raadpleging van tradisionele helers	38
Tabel 7:	Die belangrikheid van tradisionele helers, voorouers, God en die kerk vir respondente	40

<b>Tabel 8:</b>	<b>Response op die stellings "Tradisionele helers moet verban word" en "Mediese dokters moet meer te wete kom van tradisionele helers"</b>	<b>41</b>
<b>Tabel 9:</b>	<b>Redes waarom tradisionele helers nie geraadpleeg word nie</b>	<b>42</b>
<b>Tabel 10:</b>	<b>Response op stellings aangaande skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne</b>	<b>44</b>
<b>Tabel 11:</b>	<b>Die verband tussen etnisiteit en die stelling dat medici pasiënte na tradisionele helers behoort te verwys in geval van fisieke siekte</b>	<b>45</b>
<b>Tabel 12:</b>	<b>Die verband tussen mate van verwestersing en die stelling dat medici pasiënte na tradisionele helers behoort te verwys in die geval van fisieke siekte</b>	<b>46</b>
<b>Tabel 13:</b>	<b>Die verband tussen mate van verwestersing en die stelling dat tradisionele en moderne mediese praktisyns nooit moet saamwerk nie</b>	<b>48</b>



# HOOFSTUK 1

## KONSEPTUELE EN METODOLOGIESE VERANTWOORDING

### 1. RASIONAAL VAN DIE ONDERSOEK

Enkele jare gelede is die behoefte aan 'n nasionale navorsingsprogram ten opsigte van *Bekostigbare Bestaansekerheid* deur die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (RGN) en die Parlement as prioriteit gestel. Een van die subprogramme, *Bekostigbare Maatskaplike Voorsiening*, is gedurende April 1986 van stapel gestuur, en van die onderwerpe wat hier vir navorsing aangedui is, is onder meer:

- informele steunstelsels
- de-institusionalisering
- selfhelpgroepe
- paraprofessionele en vrywillige werkers
- gemeenskapsontwikkeling.

Na oorlegpleging met die programkoördineerder by die eertydse Instituut vir Sosiologiese en Demografiese Navorsing (ISODEM) is die projek Gemeenskapsgebaseerde gesondheidsorg: Sosiologiese studies in Bloemfontein as subprojek van die program *Bekostigbare Maatskaplike Voorsiening* in September 1987 deur die Departement Sosiologie aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat geïnisieer. Die uitgangspunt van hierdie projek is dat gemeenskapsgesondheidsorg - as gesondheidsorg deur die gemeenskap vir die gemeenskap - meermale 'n goedkoper, bereikbaarder, toegankliker en dikwels 'n toepasliker en effektiewer vorm van gesondheidsorg impliseer. Sodanige gemeenskapspotensiaal/bronne van gesondheidsorg geniet in Suid-Afrika (soos elders aan die internasionale front) te dikwels terloopse of hoegenaamd geen aandag nie, terwyl dit in werklikheid belangrike waarde vir die bekostigbaarheid van sorg kan inhou. Verskeie redes kan hiervoor aangevoer word: In die eerste plek bestaan daar nie genoegsame kennis oor die aard, omvang en patrone van aanbod en verbruik van hierdie tipe dienste nie; tweedens word dit teengestaan; derdens val die klem alte dikwels te swaar op

professionele dienste, wat aanbod- eerder as behoefte-georiënteerd is, en met 'n gepaardgaande onbetrokkenheid van die gemeenskap self.

Die betrokke projek oor *gemeenskapsgebaseerde gesondheidsorg* betrek die belangrikste fasette van gesondheidsorgdienslewering in Bloemfontein en bestaan uit vyf verwante subprojekte. *Tradisionele medisyne* is een daarvan en vorm die onderwerp van hierdie navorsingsverslag.

## 2. DIE ONDERSOEKPROBLEEM

Goeie gesondheid en gesondheidsorg word hedendaags in vele kringe as basiese menseregte aanvaar. Desnieteenstaande word miljoene mense steeds deur siektes soos cholera, tering, malaria en selfs voedinggebreksiektes getref. Aan die ander kant van die skaal bestaan daar die hoogs gesofistikeerde mediese tegnologie wat die totale omvang van siekte behandel tot op daardie punt waar die onderskeid tussen lewe en dood vervaag. Hierdie anomalie strek verder en word só deur Mahler, destydse direkteur-generaal van die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO), verwoord (Elling 1981a:90-91): "In one sophisticated city more than 70 % of all so-called health expenditure is used on people who are going to die within the next twelve months ... Countries further down the developmental scale are busy imitating this kind of perversion. In a developing country, which constitutionally declares health a universal human right, you find in one province 80 % of the health budget being used to support one teaching hospital, whereas in outlying parts complete coverage is supposed to be achieved by one general purpose dispensary for half a million people." Benewens die wanverspreiding ten opsigte van moderne gesondheidsorgvoorsiening, styg die koste van hierdie tipe sorg baie vinnig en word ernstige aantygings meermale gehoor in verband met die iatrogenisiteit en ondoeltreffendheid daarvan.

Wat brontoewysing betref, geniet sake soos verdediging en beskermingsdienste meestal voorkeur bo gesondheidsorgdienste, terwyl die proporsie van lande se Bruto Nasionale Produk (BNP) wat aan laasgenoemde toegewys word, selde vergroot word. Met die bronne tot hulle beskikking is dit veral Derdewêreldlande - dit omvat ongeveer twee derdes van die wêreldbevolking - wat nie hul gesondheidsorgvoorsiening op die duur, Westerse lees kan skoei nie. 'n Deel van hierdie lande is in Afrika waar daar allengs 'n gees van ontnugtering met betrekking tot moderne gesondheidsorgmodelle vanweë 'n verskeidenheid van redes ontstaan het.

Gesondheidsorghulpbronne word meestal in die stedelike gebiede aangetref, waar slegs ongeveer een derde van die totale bevolking woon. Hierdie fasiliteite is só duur dat slegs die welvarende inwoners van die stad daarvan gebruik kan maak. Slegs 'n baie klein gedeelte van die totale bevolking het dus toegang tot fasiliteite waaraan die grootste gedeelte van die totale gesondheidsbegroting toegesê word. Inmiddels is die ortodokse en konvensionele gesondheidsorgdienste wat vir Derdewêreldbevolkings daargestel is, dikwels ook kultureel onaanvaarbaar. Die dispariteit tussen die hoë koste van gesondheidsorg en die lae opbrengs in terme van verbeterde gesondheid is 'n probleem in sowel ontwikkelde as ontwikkelende lande, sodat die ekonomie van gesondheidsorgsisteme in talle lande 'n belangrike politieke kwessie geword het.

Mettertyd het 'n situasie ontstaan waar druk op politieke leiers, regerings- en gesondheidsamptenare uitgeoefen word om goedkoop, dog doeltreffende wyses van gesondheidsorgvoorsiening aan alle lede van 'n samelewing te voorsien. Dit is teen hierdie agtergrond dat daar ook vanuit amptelike kringe 'n groeiende belangstelling in alternatiewe benaderings - waaronder ook manifestasies van tradisionele medisyne - gekom het.

Na dekades gekenmerk deur 'n ongemaklike, selfs antagonistiese verhouding tussen die moderne en tradisionele sorgsisteme in Afrika, het daar sedert die laat 1970s sekere veranderinge plaasgevind. Op hierdie tydstip geniet die moontlike gebruik van tradisionele helers in Westers-georiënteerde gesondheidsorgsisteme die amptelike goedkeuring van die WGO, gewoon omdat die verbetering van die posisie van al die ondervoorsiene bevolkings geleë is in die volle benutting van die beskikbare hulpbronne - menslik en materieel - op gemeenskapsvlak.

Suid-Afrika kom voor dieselfde probleme met betrekking tot gesondheidsorgdienslewering te staan. Met stygende inflasie en toenemende terugsnyn van staatsbesteding aan gesondheidsdienste, word dit onmoontlik om amptelike gesondheidsorgvoorsiening uit te brei, indien dit op duur toegeruste hospitale en gesondheidsentra gebaseer word. Alternatiewe laekostestelsels verg in dié omstandighede dringende ondersoek. Een sodanige navorsbare alternatief is tradisionele medisyne. Die benutting daarvan verdien oorweging, nie net vanweë die goedkeuring van die WGO nie, maar ook vanweë die hoë mate van aanvaarding van hierdie tipe medisyne deur 'n groot deel van die swart bevolking in Suid-Afrika en as gevolg van geslaagde eksperimentering daarmee elders.

Slegs in terme van die aantal mense wat wêreldwyd deur tradisionele gesondheidsorgsisteme bedien word, en sonder inagneming van die tekortkominge van sodanige sisteme, kan nie tot 'n ander gevolgtrekking gekom word as dat tradisionele medisyne 'n belangrike rol in primêre gesondheidsorg te speel het nie. Desnieteenstaande het die Suid-Afrikaanse Mediese en Tandheelkundige Raad in 1974 by herhaling sy verwerping van tradisionele medisyne amptelik in gesondheids-wetgewing laat vervat. Dit wil egter voorkom of die *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, amptelike mondstuk van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika, die summiere verwerping van tradisionele helers teenstaan. In 'n hoofartikel in dié blad (Editorial 1982:1) is gesuggereer dat mediese praktisyns moet poog om die tradisionele heler se werkwyse te begryp, hulle werkzaamheid in sekere gesondheidsorg-areas moet aanvaar, maar hulle ook behulpsaam moet wees met die herkenning van siektes wat ten beste deur moderne medisyne behandel kan word.

In Suid-Afrika, soos in talle ander lande, woed die debat rondom die integrering van/samewerking tussen tradisionele en moderne medisyne steeds voort. Dit is veral mediese praktisyns op die gebied van geestesiekte en diegene wat gemeenskapsgebaseerde gesondheidsorg voorstaan, wat die dringendste beroepe in hierdie verband doen. Dit bly egter steeds 'n kontensieuse kwessie binne die totale Suid-Afrikaanse politieke, ekonomiese, administratiewe, regs- en gesondheidsituasie met die verskillende groepe wat varieer in terme van kultuur, ontwikkeling en staatsaangewese gesondheidsbronne.

### **3. DOEL MET DIE ONDERSOEK**

Die doelstellings van hierdie ondersoek is drieërlei:

- i) die vasstelling en omskrywing van die rol en benutting van tradisionele helers in Mangaung, die stadsgebied naby Bloemfontein;
- ii) beredenering van die moontlikheid/wenslikheid van skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne na aanleiding van die literatuur en empiriese bevindinge, en
- iii) oorweging of tradisionele mediese sisteme - alleen of in samewerking met moderne gesondheidsorgsisteme - 'n lewensvatbare en ontginbare alternatiewe gesondheidsorgopsie in Suid-Afrika daarstel.

Met betrekking tot die feitelike situasie van tradisionele medisyne het die volgende aspekte in die loop van die ondersoek besondere aandag geniet:

- die vasstelling van die mannekragssituasie in die tradisionele mediese sektor in Mangaung (die aantal en tipes tradisionele helers);
- die wyse van hulpsoeke in 'n pluralistiese mediese milieu, en
- houdings ten opsigte van skakeling tussen moderne en tradisionele mediese sisteme.

#### 4. KONSEPTUELE OPHELDERING

Ten einde onduidelikheid en dubbelsinnigheid te voorkom, word enkele sentrale konsepte wat boustene van hierdie ondersoek vorm vervolgens in groter detail omskryf.

##### 4.1 MEDISYNE, MEDIESE SISTEEM OF GESONDHEIDSISTEEM

Dit sou 'n vereenvoudiging wees om te stel dat daar terminologiese verwarring met betrekking tot die konsep *gesondheidsstelsel* bestaan. Menigerlei ekwivalente of wisselsterme word in die literatuur aangetref: Field (1976:568) gebruik die term *mediese stelsel* en beskryf dit as 'n onderdeel van die kultuurstelsel van die samelewing, bestaande uit gelowe/oortuigings, houdings, roldefinisies en -spesifikasies, praktyke en tegnieke wat met gesondheid, siekte, onvermoë en voortydige dood te doen het. Young (1983:1206) gebruik die konsep *mediese tradisie*: "... 'n eiesoortige kombinasie van idees, praktyke, vaardighede, apparaat en *materia medica*". 'n Ander wisselterm vir mediese stelsel is die konsep *medisyne*, soos in Westerse, allopatiese of tradisionele medisyne. Hierdie term kan ook 'n spesifieke verwysing na geneesmiddels of medikamente hê, alhoewel verwarring selde voorkom, aangesien die betekenis merendeels uit die konteks blyk. In hierdie verslag word medisyne, mediese stelsel en gesondheidsstelsel as wisselsterme gebruik met verwysing na oortuigings, praktyke en sosiale strukture wat met gesondheid, siekte, onvermoë en voortydige afsterwe in verband staan.

##### 4.2 MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE

Daar bestaan verskeie wisselsterme vir moderne medisyne: *allopatiese, Westerse, wetenskaplike, kosmopolitiese of biomedisyne*. Al die terme word algemeen gebruik, alhoewel daar besware bestaan teen die gebruik van die term "Westerse", omdat hierdie tipe medisyne ook wortels in ander wêrelddele - onder meer China, die Midde-Ooste en Noord-Afrika - het.

Ook vir tradisionele medisyne bestaan daar sinonieme wat dikwels gebruik word, soos *nie-wetenskaplike, alternatiewe, onortodokse, inheemse, volks-, rand-*

("fringe") of *etnomedisyn*e. Sommige skrywers verwys na *nie-offisiële* genesing, wat impliseer dat die normatiewe en legitieme tipe medisyne die Westerse of moderne model is (Maclean & Bannerman 1982:1815). Die gebruik van die term *primitiewe medisyne* is etnosentries en openbaar eweneens 'n eng Westerse fokus (Press 1980:46). Selfs die gebruik van die term *tradisioneel* is vir Maclean en Bannerman (1982:1815) problematies, omdat dit suggereer dat die betrokke behandeling en praktisyns oud-modies, ontoepaslik en ontoereikend is.

Geeneen van die terme of frases wat algemeen gebruik word, bevredig volkome nie, want elk impliseer 'n sentrale kennis-, beginsel- en vaardigheidsliggaam wat deur die groot verskeidenheid inheemse of tradisionele medisynevorme gedeel word. In werklikheid wissel die kenmerke van tradisionele medisyne tussen samelewings, kulture, omgewings en landboukundige sisteme.

In hierdie verslag beteken *Afrika-tradisionele medisyne* "... the totality of all knowledge and practices, whether explicable or not, used in diagnosing, preventing or eliminating a physical, mental or social disequilibrium and which rely exclusively on past experience and observation handed down verbally from generation to generation" (WGO<sup>1</sup> in Good *et al.* 1979:142-143).

#### 4.3 TRADISIONELE HELER

Wat vandag algemeen as die *tradisionele heler* bekend staan, is tot relatief onlangs nog as 'n *toordokter* beskryf. Hierdie benaming verval egter in onbruik as gevolg van die negatiewe konnotasie wat daaraan geheg word deurdat 'n semantiese verskuiwing plaasgevind het. Na regte dui "toordokter" op 'n dokter wat toordery moet "genees", na analogie van 'n oogdokter wat oë behandel. Geleidelik het die term die betekenis aangeneem van 'n dokter wat ook 'n heks is - dus 'n toordokter (Engels "witchdoctor") (Last 1986:15). 'n Term wat ook toenemend gebruik word, is dié van *kragdokter*.

In hierdie ondersoek word die terme *tradisionele mediese praktisyn* of *tradisionele heler* gebruik wat soos volg gedefinieer word (WGO in Oyebola 1986:224): "(S)omeone who is recognised by the community in which he lives as competent to provide health care by using vegetable, animal and mineral substances and certain other methods based on the social, cultural and religious background as well as the prevailing knowledge, attitudes and beliefs regarding physical, mental and social well-being and the causation of disease and disability in the community".

Swartmense in Suid-Afrika het 'n keuse uit twee hoofkategorieë van inheemse helers, naamlik die *divinasieheler* en die *kruiedokter* (Farrand 1984:779). Die onderskeiding tussen hierdie twee tipes helers is egter vandag nie meer so duidelik nie, meestal vanweë oorvleueling van die rolle: een en dieselfde persoon vervul verskillende funksies soos divinasie, genesing, onsovoorts. Ook word die onderskeid gebaseer op die doel waarvoor die heler geraadpleeg is, naamlik *ngaka* in geval van 'n goedwillige doel en *baloi* in geval van 'n kwaadwillige doel. Die onderskeid word derhalwe om analitiese redes getref en omdat dit wil voorkom of 'n tradisionele heler, hoewel hy/sy oor meerdere vaardighede beskik, tog 'n dominante rol (byvoorbeeld kruiedokter) beklee en derhalwe as die een of die ander getipeer kan word.

'n Derde tipe heler-kategorie is van meer resente oorsprong, naamlik die *profeet/geloofsgeneser* wat binne die raamwerk van die Afrika Onafhanklike Kerke (AOK) divineer en genees. Hier het ons te doen met 'n sinkretisme, 'n herinterpretasie van ortodokse Christenskap, op so 'n wyse dat dit met tradisionele kultuur versoenbaar is. Streng gesproke is die profeet (*moprofeta*) dus nie 'n tradisionele heler nie, maar het nietemin die volgende in gemeen met die tradisionele heler (Green & Makhubu 1984:1072):

- 'n gemeenskaplike teorie omtrent siekte en gezondheid;
- 'n soortgelyke wyse van divinasie (alhoewel God of die Heilige Gees eerder as die voorouergeeste hulle behulpsaam is), en
- die behandeling van verskeie siektes, insluitende die sogenaamde kultuurgebonde sindrome.

## 5. METODES VAN ONDERSOEK

Benaderingsgewys is die ondersoek binne die terrein van die mediese sosiologie geplaas wat te make het met 'n tweeledige verband, naamlik dié tussen samelewing en die fenomene siekte en gezondheid, en andersom. Hierdie ondersoek staan deels in die tradisie van "the sociology of medicine" en deels in die tradisie van "the sociology in medicine" deurdat die navorser met hierdie ondersoek kennis wil genereer wat tegelyk 'n bydrae sal lewer tot die uitbouing van die kennisvoorraad van die sosiologie as sodanig, én kan meehelp om probleme ten aansien van gesondheidsorgdienslewering op te klaar.

In hierdie ondersoek gaan dit om die volgende:

- 'n *Mikro-/makro-analise* van die tradisionele mediese sisteem. Die mikro-analise vind plaas ten opsigte van die gesondheidsgedrag van individue/groepe, asook die status-rolle en verhoudingspatrone wat dié sisteem kenmerk. In die makro-analise van die sisteem word dit naas ander mediese sisteme (moderne medisyne in dié geval) in konteks geplaas. In albei gevalle word verkennend-beskrywend te werk gegaan.
- 'n *Krities-analitiese en krities-vergelykende benadering* waarin die aard, asook die sterk en swak punte van die moderne en tradisionele medisyne en van die moontlike skakeling tussen die twee belig word.
- *Ex post facto-navorsing* omdat die respondente enersyds reeds voor die ondersoek tot die verskillende vlakke van die verklarende veranderlikes behoort en die navorser nie daarvoor beheer kon uitoefen nie. Daarby kon alle steuringsveranderlikes nie verreken word nie. As gevolg van die *ex post facto*-ontwerp kan kousale verbande nie aangetoon word nie, maar slegs 'n interafhanklikheid tussen veranderlikes.

## 5.1 DIE OPNAME

Na aanleiding van 'n uitgebreide studie van relevante literatuur is bestaande kennis met betrekking tot die onderhawige onderwerp ontleed en gesistematiseer. Op grond daarvan is die nodige meetinstrumente vir 'n empiriese ondersoek ontwikkel. Allereers is 'n opname met behulp van 'n *onderhoudskedule* gedurende Mei 1989 in Mangaung uitgevoer.

In die vraagkonstruksie is gebruik gemaak van digotome vrae, meervoudige keusevrae, rangordevrae, opvolgvrae en stellings met spesifieke responskategorieë. 'n Aantal ongestruktureerde (oop) vrae is ook by die onderhoudskedule ingesluit. Na voorlegging aan verskeie kundiges, waaronder sosioloë, metodoloë en 'n antropoloog, is die onderhoudskedule gefinaliseer en deur 'n Sotho-sprekende uit Engels in Sotho vertaal. Alvorens die onderhoudskedule in die opname gebruik is, is dit aan 'n vooronderzoek onderwerp. Ongeag die feit dat die Sotho- en Tswana-groepe in Mangaung ewe groot is, is besluit om met Engelse en Sotho-vraelyste te volstaan, omdat dit uit navrae geblyk het dat enige respondent een van die twee tale magtig is. Benewens biografiese besonderhede van die respondente, is gewens oor die volgende sake met die onderhoudskedule verkry:



- opvattinge oor siekteveroorsoeking
- mate van godsdienstigheid
- mate van verwestering
- die benutting van die dienste van verskillende tipes mediese fasiliteite en praktisyne
- redes waarom tradisionele helers nie geraadpleeg word nie
- keuse van fasiliteite en/of mediese praktisyne vir bepaalde siektes/toestande
- houding jeens samewerking tussen tradisionele en moderne mediese praktisyne.

Die onderhoude was besonder lank, veral in geval van persone wat tradisionele helers raadpleeg. Dit kon bepaald die response negatief beïnvloed het. Hierbenewens is daar alle rede om te glo dat 'n onderrespons in die studie voorgekom het. Moontlike redes wat hiervoor aangevoer kan word, is die vrees van respondente, eensydige vir toordery as hulle enige uitsprake oor die onderwerp maak, en andersyds vir kerkensensuur as hulle hul betrokkenheid by tradisionele medisyne erken.

As *onderhoudvoerders* is 17 studente van die Vista Universiteit (Bloemfontein) gebruik. Die meeste van hulle was óf Sosiologie- óf Sielkundestudente wat reeds oor teoretiese kennis van navorsing beskik het. Ongeveer die helfte was Sotho-sprekend en die ander Tswana-sprekend. Hierdie onderhoudvoerders het vooraf deeglike opleiding ten opsigte van die doel en belangrikheid van die studie, die onderhoudskedule en onderhoudvoeringstegnieke ontvang. Die doel van die opleidingsessie was ook daarop toegespits om die onderhoudvoerders sodanig toe te rus dat hulle aanvaarbaar vir die respondente sou wees, dat hulle respondente se vrae sou kon hanteer sonder om hulle te lei, om dieptepeiling ("probing") te doen, en om response akkuraat weer te gee.

Aan die einde van elke onderhoudskedule is 'n vorm ingesluit wat deur die onderhoudvoerder ingevul moes word. Hier moes aangedui word hoedanig die samewerking van die respondent was, asook enige ander opmerkings van belang. Die data-insamelingsproses het oor twee weke gestrek en is op 'n dag-tot-dag-basis deur die navorser gekontroleer.

'n *Steekproef* is ewekansig volgens die multifase-trossteekproefmetode uit die totale bevolking van Mangaung getrek. In 1985 het Bloemfontein se swart bevolking (Bloemfontein-munisipale gebied en Mangaung) op 109 050 te staan gekom. Deur die gemiddelde jaarlikse groei in ag te neem, is die bevolkingsyfer vir 1989

na 120 462 geëkstrapoleer (Van der Merwe 1990). Vir die steekproeftrekking is van nuut opgestelde perseel-vir-perseel-opnamekaarte van die Departement Geografie aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat gebruik gemaak. Hiervolgens is Mangaung, na aanleiding van geografiese grootte en nie volgens woonbuurt nie, in 17 sones verdeel. Alhoewel die sones geografies vergelykbaar is, is die bevolking van die verskillende sones nie ewe groot nie.

Gedurende die eerste fase van die steekproeftrekking is ses sones uit die 17 proporsioneel ewekansig geselekteer. Tydens die tweede fase is 215 wooneenhede volgens dieselfde beginsel uit die ses sones geselekteer. Daar is geen spesifieke respondent vir onderhoudvoering per wooneenheid geselekteer nie. Enige beskikbare volwassene bo 25 jaar wat bereid was om mee te doen, is as respondent gebruik. Vanweë die tydwendigheid van die onderhoude is aan elke respondent na afloop van die onderhoude 'n geskenk oorhandig. Uit die steekproefpopulasie van 215 was 207 skedules uiteindelik geskik vir rekenaarverwerking en -analise. Weens die sensitiewe aard van die ondersoek was dit te wagte dat respondente in sommige gevalle nie bereid sou wees om te respondeer nie. Geeneen van die onderhoudskedules was om hierdie rede totaal onbruikbaar nie. Die agt skedules wat nie gebruik is nie, is weggelaat omdat gevind is dat die betrokke onderhoudvoerder oneerlik was.

Vanweë die beperkte steekproefgrootte kon nie vir die meerveranderlikheid van die data voorsiening gemaak word nie, is die geldigheid van die chi-kwadraattoets beperk en is die veralgemeenbaarheid van die bevindinge beïnvloed. Die feit dat die respondente in die geselekteerde huishoudings nie ewekansig geselekteer is nie, kon 'n sydigheid teweeggebring het deurdat onderhoudvoerders respondente met die hoogste onderwyspeil en uit die hoogste beroepskategorie kon selekteer. Vir die-sulkes is tradisionele medisyne minder aanvaarbaar as vir persone met 'n laer onderwyspeil en 'n laer beroepskategorie.

Die data wat tydens die opname ingesamel is, is aan die hand van die SPSSX-rekenaarprogram verwerk.

Die *ondersoekgroep* het bestaan uit betreklik jong, getroude persone met 'n redelike hoë onderwyspeil en wat betreklik hoëstatusberoepe beklee het. Die meeste was van Sotho- of Tswana-afkoms, vir die grootste deel van hul lewens in Mangaung woonagtig, Christene, en in 'n redelike mate verwesters.

Vir die nadere beskrywing van die ondersoekgroep is van die 1985-sensusgegewens

gebruik gemaak. Hieruit het dit geblyk dat die man:vrou-verhouding van die ondersoekgroep ongeveer dieselfde as dié van die swart bevolkingsgroep in Bloemfontein as geheel is: 46,9:53,1 % teenoor 46,4:53,6 %. Ook die ouderdom-samestelling van die ondersoekgroep en die totale swart bevolking toon 'n redelike mate van ooreenkoms: Die verhouding jonger:ouer van die ondersoekgroep is 54,1:45,9 % en dié van die totale bevolking 62,5:37,5 %. Hier moet in gedagte gehou word dat die ondersoekgroep net persone bo die ouderdom van 25 jaar ingesluit het.

Daar is veral twee redes waarom die ouderdomskategorieë tot slegs twee gereduseer is: diegene 45 jaar en jonger, as die *jonger groep* (54,1 %) en diegene bo 45 jaar, as die *ouer groep* (45,9 %). Omdat die mediaan tussen 36 en 45 jaar geleë is, is 45 jaar as die afsnypunt geneem. Die eerste rede vir die samevoeging is daarin geleë dat die 207 respondente 'n relatief klein steekproef uitmaak. Ten einde van sekere statistiese toetse gebruik te kon maak, moes die kategorieë verminder word weens die probleem van lae selfrekwensies. Hierbenewens was die onderskeiding tussen 'n jonger en 'n ouer groepering vir die ondersoek belangrik omdat daar betekenisvolle verskille tussen dié groepe ten opsigte van vele aspekte van die ondersoek te wagte was.

Ten opsigte van *onderwyspeil* was daar geen ooreenkoms tussen die ondersoekgroep en die groter bevolking nie. Soos met ouderdomsamestelling is hierdie vraag eweneens na twee breë kategorieë gereduseer. In hierdie geval was die mediaan st. 8; laer is derhalwe as 'n lae onderwyspeil (63,2%) beskou en 'n kwalifikasie hoër as st. 8 as 'n hoë onderwyspeil (36,6 %). Die kategorie "Ander" is buite rekening gelaat. Die relatief hoë onderwyspeil van die ondersoekgroep het die verwagting gewek dat tradisionele opvattinge nie algemeen gehuldig sou word nie. Die skeefheid van die steekproef is moontlik daaraan toe te skryf dat nie gespesifiseer is met wie onderhoude gevoer moes word nie. Onder hierdie omstandighede sou die keuse uiteraard kon val op dié persoon met wie die onderhoudvoerder die beste of maklikste kon kommunikeer, heel waarskynlik jonger persone. Indien hulle in 'n groter mate bejaarde respondente sou uitsoek, kon daar 'n skeefheid met betrekking tot ouderdom voorgekom het - wat nie die geval is nie.

Daar is feitlik presiese ooreenstemming tussen die opname- en die sensusgegevens met betrekking tot *etniese samestelling*. Hierdie veranderlike was veral belangrik omdat verwag is dat etnisiteit ten opsigte van talle aspekte 'n betekenisvolle rol sou

speel. Hier is ook besluit om die bestaande kategorieë tot twee te reduseer, te wete 'n Sotho-/Tswana-groep (76,8 %, bevolking 73,7 %) en 'n Nguni-groep - Xhosa en Zoeloe - (20,7 %, bevolking 23,2 %). ("Ander" is weer eens buite rekening gelaat.) In die eerste plek is verwag dat die groepe betekenisvol sou verskil ten opsigte van aspekte soos houding jeens tradisionele medisyne, konsultasie van tradisionele helers en opvattinge rondom siekteverooraking. Tweedens was sodanige redusering van kategorieë noodsaaklik met die oog op die aanwending van sekere statistiese toetse.

Die feit dat 98 % van die ondersoekgroep aandui dat hulle *kerklidmate* is, laat die verwagting dat daar 'n onderrespons sal wees met betrekking tot die konsultasie van tradisionele helers. Christene is veral geneig om skuldig te voel as hulle hul na "paganistiese" praktyke wend en kan dus tot onderrapportering geneig wees (Watts 1980:589). Hierbenewens dui die response van die ondersoekgroep op 'n hoë mate van *godsdienstigheid*, soos gemeet in terme van frekwensie van kerkgang en gebed: 75,1 % van die respondente besoek die kerk ten minste op 'n tweeweeklikse grondslag, terwyl 70,2 % daaglik bid. Omdat die neo-tradisionele heler (geloofsge-neser) in hoofsaak met die AOK verbind word, is die houding ten opsigte van tradisionele medisyne van die respondente wat aan hierdie denominasies behoort, teenoor lidmate van ander denominasies, van besondere belang vir hierdie studie. Kerkverband is derhalwe 'n belangrike verklarende veranderlike.

'n Baie klein persentasie van die ondersoekgroep dui aan dat hulle volgens tradisie leef. Daaruit kan die afleiding gemaak word dat die ondersoekgroep in 'n hoë mate verwesters is. Ten einde die *mate van verwestersing* te meet, is gebruik gemaak van 'n tegniek op selfevaluering gebaseer en deur die RGN in terme van 'n driepuntskaal gestandaardiseer (Schmidt 1976). Onderwyspeil is 'n faset van hierdie proses deurdat dit die middele voorsien waarmee 'n persoon na verwestersing kan beweeg. Byna 40 % van die ondersoekgroep (36,6 %) beskik oor 'n hoër kwalifikasie as st. 8, wat die voorgenoemde stelling blyk te staaf. 'n Ander faktor wat dui op die mate van verwestersing is die verblyftydperk in Mangaung. Verreweg die meeste van die respondente woon langer as 20 jaar in Mangaung, terwyl 73,3 % meld dat hulle nog altyd daar woon. Vanweë instromingsbeheermaatreëls wat tot onlangs gegeld het, kan Mangaung as 'n redelik geslote gebied bestempel word. Die inwoners was dus nie oormatig blootgestel aan invloede van buite, soos van landelike immigrante nie. Hierteenoor is Mangaung geografies naby Bloemfontein geleë, waar die meerderheid inwoners werksaam is. Dit kan daarom aanvaar word dat die respondente in 'n hoë mate met Westerse gewoontes en gebruike in aanraking was.

## 5.2 DIEPTE-ONDERHOUDE

Vanweë die sensitiewe aard van die ondersoek, asook al die meegaande probleme van kruis-kulturele navorsing, was die oortuiging dat daar wel tot 'n grondiger begrip van die probleem gekom kon word deur van 'n verskeidenheid ondersoekmetodes gebruik te maak, met ander woorde deur verskillende benaderings tot dieselfde probleem saam toe te pas (Walker 1985:20). Aanvullend tot die kwantitatiewe opname sou kwalitatiewe navorsing kon bydra om die navorsingsprobleem te interpreteer, op te helder, te illustreer en te kwalifiseer. Kwalitatiewe data is bekom by wyse van ongestruktureerde onderhoud met tradisionele helers, asook deur middel van gesprekke met ingeligtes/branghebbendes op die terrein van tradisionele medisyne.

Gedurende die beplanningsfase van die navorsing is gemeen om een ongestruktureerde onderhoud elk met sowat tien tradisionele helers te voer. Tydens die voorstudie is egter beseft dat 'n enkele onderhoud nie genoeg sou wees om die nodige inligting te bekom of om in die algemeen sin te maak van die totaliteit van 'n persoon se houdings, gevoelens en beskouinge nie. Daar is derhalwe besluit om longitudinaal te werk te gaan en oor 'n tydperk van drie jaar verskeie onderhoude met slegs drie tradisionele helers - verteenwoordigend van drie geïdentifiseerde tipes - te voer. Bewus van die probleem dat "... the presence of a stranger, particularly an observer, in a natural human situation introduces some measure of disturbance in the scene" (Schatzman & Strauss 1973:58) - te meer nog in 'n kruis-kulturele kontaksituasie - is gehoop dat gereelder kontak die onderhoudvoerder se teenwoordigheid met verloop van tyd sou integreer en normaliseer.

Benewens die kontak met die kruiedokter, divinasieheler en geloofsgeneser wou die navorsers ook graag met 'n biskop van 'n geheime gebedsgroep in aanraking kom; trouens, tydens 'n telefoniese gesprek is 'n afspraak gemaak, maar dit is knap voor die ontmoeting gekanselleer. Daar was ook 'n ander groep tradisionele helers met wie die navorsers graag gesprek sou wou voer, omdat hulle tradisionalistes blyk te wees wat teen enige kontak met moderne medisyne gekant is en sodanige kontak as 'n bedreiging vir die kultuureie - wat hulle jaloers bewaak - beskou word. Oor 'n periode van drie jaar het elke poging tot skakeling met hierdie sogenaamde tradisionalistes skipbreuk gely.

Aanvanklik is besluit dat die onderhoudvoerder tydens die onderhoude nie direk met die respondente in interaksie sou tree nie, maar deur middel van 'n tolk te werk sou

gaan. Die rede vir hierdie werkwysse was om te verhoed dat enige inligting verlore sou gaan of dat sekere inligting verkeerd geïnterpreteer sou word. Die eerste onderhoude is op die wyse gevoer. Dit was egter van die begin af problematies, aangesien uitgerekte kommunikasie tussen die tolk en die respondent plaasgevind het, terwyl slegs die kern van wat gesê is, aan die onderhoudvoerder gerapporteer is. Omdat die onderhoudvoerder bevrees was dat inligting dus wel verlore kon raak, asook vanweë die feit dat al die respondente een van die amptelike landstale redelik magtig was, is besluit om van dié tegniek af te stap. Ook was die onderhoudvoerder daarop bedag dat met hierdie tegniek nie verder as 'n blote kenverhouding tussen die onderhoudvoerder en die respondente gevorder sou word nie, terwyl die mikpunt die daarstel van 'n vertrouensverhouding was (Schurink 1986:46-48). Die onderhoudvoerder is tevrede dat hierdie doelstelling uiteindelik verwesenlik is, deels vanweë die feit dat sy vir die respondente aanvaarbaar was deurdat sy van kindsbeen af ook 'n Sotho-naam gedra het, naamlik *Malerato* ("Baie mense is lief vir haar"). Laasgenoemde dien as illustrasie van die beginsel wat Vidich (1969:81) soos volg stel: "There seems to be no cases where field workers have not found a basis upon which subjects react toward them." Die daarstel van 'n vertrouensverhouding is ook dié wyse waarop geldigheid en betroubaarheid in kwalitatiewe navorsing verseker kan word (Schurink 1986:53).

Die eerste onderhoude is met behulp van 'n navorsingskedule gevoer. Vrae of temas wat in bestaande literatuur belangrik skyn te wees, is as riglyn in die onderhoudvoering gebruik (Schurink 1986:45). Hierna is gekonsentreer op bepaalde aspekte wat verdere toeligting benodig het. Die tipe inligting wat bekom is, is onder andere:

- die verskillende tipes helers
- die opleiding van tradisionele helers
- die werkwysse van tradisionele helers (diagnosering, behandeling, geneesmiddels, rituele)
- spesialisering
- samewerking/verwysing na ander tradisionele helers
- gebruikmaking van/verwysing na die moderne mediese sektor
- die veroorsaking van siekte

- pasiëntlading
- vergoedingspraktyke
- lidmaatskap van professionele verenigings
- mannekragssituasie.

Die onderhoude is op band geneem en so gou moontlik daarna getranskribeer. Notas in verband met die onderhoudssituasie is ook direk ná 'n onderhoud opgestel. Die notas het alle inligting omtrent die plek, tyd en die aard van die interaksie behels. Die transkripsies van die onderhoude is tematies gekategoriseer en gesistematiseer en waar toepaslik met die literatuurstudie in verband gebring.

## **HOOFSTUK 2**

### **MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE IN AFRIKA: 'N JUKSTAPOSISIE**

#### **1. INLEIDING**

In die ontwikkelende wêreld word hoofsaaklik twee gesondheidsorgtradisies aangetref - die moderne en die tradisionele. Alhoewel die modern/tradisioneel-digotomie die algemeen aanvaarde onderskeiding is, moet dit met omsigtigheid hanteer word, omdat dit 'n oorvereenvoudiging en 'n waninterpretasie van die empiriese werklikheid is (Morris 1986:368; Young 1983:1205). Nietemin is dit 'n bruikbare onderskeiding vir die analise van die twee sisteme: hulle word as ideëeltipes naas mekaar geplaas om langs dié weg die implikasies van sinkretisering, tweeledige gebruik en direkte kompetisie te identifiseer en te ontleed (Press 1980:46). Moderne medisyne sou dienooreenkomstig getipeer word as die histories-Westerse, hospitaal-gebaseerde, tegnologies-georiënteerde, struktureel-dominante sisteem, teenoor tradisionele medisyne as die kultureel-relativistiese, struktureel-ondergeskikte sisteem.

In 'n poging om hierdie twee mediese sisteme in Afrika as gesondheidsorgsisteme te evalueer, word gebruik gemaak van Coe (1978:413) se riglyne. Hy stel die volgende vyf vereistes waaraan 'n sorgsisteem moet voldoen:

- beskikbaarheid
- toeganklikheid
- bekostigbaarheid
- aanvaarbaarheid
- aanspreeklikheid.

In die bespreking van moderne en tradisionele medisyne word bekostigbaarheid as 'n aspek van toeganklikheid hanteer.



## 2. DIE STAND VAN MODERNE MEDISYNE IN AFRIKA

Die moderne gesondheidsorgsisteem, gebaseer op Westerse wetenskap en tegnologie, is van heel resente oorsprong in die grootste gedeelte van die Derde Wêreld. In Afrika dateer die gebruik daarvan uit die laat-negentiende eeu, die tydperk van koloniale indringing en kerstening, asook die opkoms van kapitalisme. In die begin was alle geneeshere buitelanders, sendeling-dokters en koloniale mediese offisiere wat die moderne medisyne dikwels met groot sukses beoefen het. Die bekendstelling van antibiotika in die middel van die twintigste eeu het hulle bydraes verder uitgebrei. Immuniseringsveldtogte en nie-mediese ontwikkelinge soos verbeterde watervoorsiening het die mortaliteitskoers dramaties verlaag. "Yet, in recent decades, once-euphoric expectations for the orthodox model of modern medical care in Africa have subsided in the face of growing awareness of its many limitations" (Good *et al.* 1979:146).

### 2.1 DIE BESKIKBAARHEID EN TOEGANKLIKHEID VAN MODERNE MEDISYNE

Op die makrovlak word die doeltreffende beskikbaarstelling van moderne gesondheidsorg in Afrika, soos elders, aan bande gelê deur die hulpbronne wat aan gesondheid toegesê word. Nie alleen word baie minder van die BNP aan gesondheid vergeleke met ander komponente bestee nie, maar daar is 'n besliste afname in die toesegging aan die gesondheidskomponent. 'n Verdere probleem vir Afrika as geheel is die hoeveelheid mediese en paramediese personeel in verhouding tot die bestaande gesondheidsituasie, asook die kwaliteit van hierdie personeel. Nie alleen is daar 'n absolute tekort aan alle tipes gesondheidsorgwerkers nie, maar oral bestaan daar ook 'n wanverspreiding van sodanige werkers wat die situasie vererger. In Suid-Afrika sien die wanverspreiding van gesondheidsorgpersoneel soos volg daar uit: 65 % praktiseer in metropolitaanse gebiede, 11 % in stede, 6 % in klein dorpie en slegs 5 % in landelike gebiede (Pillay *in* Savage 1986:65). Dit is veral die nasionale state wat die slegste daaraan toe is. Drie stelling verhoudings illustreer hierdie stelling:

- **Geneesheer:bevolking:** In 1976 was daar 482 geneeshere in die nasionale state met 'n (lae) geraamde bevolking van 8,4 miljoen. Dit beteken 'n algehele geneesheer:bevolkingsverhouding van 1:17 400. Sommige individuele gebiede is slegter daaraan toe, byvoorbeeld 1:19 000 in Transkei (1981); 1:17 500 in KwaZulu (1982); 1:20 000 in Gazankulu (1976); 1:30 000 in Lebowa (1982) en 1:116 000 in Qwaqwa (1982).

- *Kliniek:bevolking:* Slegs drie van die nasionale state voldoen aan die WGO-norm van een kliniek vir elke 10 000 van die bevolking, naamlik Ciskei, Venda en KaNgwane. In KwaZulu is die verhouding 1:26 000 (1981) en in Qwaqwa 1:16 000 (1981).
- *Hospitaalbed:bevolking:* Die globale verhouding in die nasionale state is een bed vir elke 340 persone, teenoor die nasionale gemiddeld van 1:80 (Savage 1986:63).

## 2.2 DIE AANVAARBAARHEID VAN MODERNE MEDISYNE

Nie alleen is die moderne mediese dienste vir die meeste landelike bevolkings ontoeganklik nie, maar die karige gesondheidsorg wat wel beskikbaar is, is onvanpas vir hulle gesondheidsbehoefte omdat dit óf 'n oorblyfsel is van die koloniale periode, óf dit is in 'n groot mate ingevoer sonder aanpassing en met onvoldoende hulpbronne (Savage 1986:59). Dus, ongeag die beskikbaarheid van moderne gesondheidsdienste, kan sosiale en kulturele faktore tot gevolg hê dat dié tipe diens nie wenslik geag word vir die behandeling van sekere siektes nie.

## 2.3 DIE AANSPREKLIKHEID VAN MODERNE MEDISYNE

Met die term "aanspreeklikheid" bedoel Coe (1978:413) dat "... [p]roviders are responsible for assuring the quality of services rendered, both technically and organizationally, to monitor continually the scientific competence and the continuity of services provided". Dit omvat dus al die voorbehandelde aspekte van beskikbaarheid, toeganklikheid en aanvaarbaarheid. Die gebrek aan gesondheidsdienste om in die basiese gesondheidsbehoefte van Derdewêreldlande te voorsien, ongeag die pogings van regerings en internasionale organisasies, is welbekend. Om hierdie rede is moderne medisyne in Afrika vir meer as 'n dekade reeds voortdurend in die spervuur.

Skeptisisme en kritiek jeens die moderne medisyne is geen nuwe verskynsel nie en is ook nie tot Afrika beperk nie. Dit het egter gedurende die afgelope drie dekades in felheid toegeneem vanweë 'n toenemende ontnugtering met betrekking tot die effektiwiteit van mediese sorg. Verskeie gesondheidsanalitici is in die lig hiervan daartoe beweeg om die veronderstelde verband tussen die verbetering in gesondheid

en mediese sorg te ondersoek. Hulle het tot die slotsom geraak dat moderne medisyne oorskat is, en dat moderne mediese sorg ten beste minder doeltreffend was om morbiditeit en mortaliteit te verminder as wat medici beweer het en allerweë aanvaar is (Pretorius 1984:38; Savage 1986:66). In Afrika word Westerse medisyne gekritiseer vanweë die gebrekkige beskikbaarheid en die ontoepaslikheid daarvan: "The main argument has been that the system that developed in Western industrialised countries has been transferred warts and all to the developing world, where it has failed to have any impact on the total health situation of these countries"(Kriel & Beuster 1977:167).

### **3. DIE STAND VAN TRADISIONELE MEDISYNE IN AFRIKA**

Voor blanke vestiging het tradisionele medisyne, vervleg met magie en religie, magtige politieke invloed oor openbare en private aangeleenthede uitgeoefen. Met die koms van die vroeë sendelinge na Afrika is van die standpunt uitgegaan dat die Afrikaan gewen kon word deur aan te toon dat Westerse medisyne meerderwaardig was in vergelyking met tradisionele medisyne. Alle tradisionele helers is gevolglik beskou as " 'witchdoctors' who exploited the ignorance and superstitiousness of the unenlightened natives" (Rappaport 1980:81). Onder dié sendelingsinvloed, asook vanweë onderdrukkende politieke beleidsrigtings, het die koloniale administrateurs tradisionele mediese praktyke verbied en dit as "heidens" en "primitief" veroordeel (Ulin 1980:1). Ander faktore wat die stryd teen tradisionele medisyne versterk het, is onder andere Westerse opvoedingswyses en die integrasie van Afrika-bestaansekonomieë in die wêreld-kapitalistiese sisteem wat tot nuwe waardes, voorkeure en gedragspatrone, en uiteindelik tot die aftakeling van Afrika-tradisionele kosmologie en kultuur gelei het. Tog het tradisionele medisyne oorleef omdat daar by die meeste Afrikane 'n dualistiese verbruikspatroon aangetref is.

Alhoewel dit nie weg te redeneer is nie dat sommige Afrikane by Westerse medisyne gebaat het, het die leiers van nuwe onafhanklike lande hulself gedurende die 1950s en 1960s in 'n onbenydenswaardige posisie bevind. Hul nalatenskap het bestaan uit enkele groot, duur hospitale, ontoeganklik vir die meerderheid van die bevolking; 'n ernstige gebrek aan opgeleide gesondheidsmannekrag; hoë morbiditeits- en mortaliteitskoerse en 'n passiewe bevolking, psigies afhanklik gemaak deur 'n paternalistiese administrasie (Ulin 1980:2). Dit val dan geensins vreemd op dat die pogings om siekte en wanvoeding gedurende die eerste dekades van nasionale onafhanklikheid aan te spreek - soos tewens gedurende die koloniale tydperk -

weinig sukses gehad het. Die regering van die ontwikkelende wêreld is aldus tot erkenning gedwing van die feit dat 'n eksklusiewe sisteem van geformaliseerde medisyne sowel onprakties as nadelig was vir die openbare gesondheid in daardie gebiede waar die bestaande gesondheidsorghulpbronne nie die mees basiese primêre gesondheidsorg kon verseker nie. Die regering van hierdie nuwe onafhanklike lande moes noodwendig aandag skenk aan die verslapping van wetlike beperkinge op praktisyns van tradisionele medisyne en die insluiting van hierdie praktisyns in 'n buigsamer sisteem van gesondheidsorgdienslewering.

### 3.1 DIE BESKIKBAARHEID EN TOEGANKLIKHEID VAN TRADISIONELE HELERS

Die beskikbare aantal mediese praktisyns in 'n gemeenskap word uitgedruk as 'n verhouding van praktisyns per bevolking. Baie min studies is in Afrika met betrekking tot die aantal beskikbare tradisionele praktisyns gedoen, hetsy op nasionale, streek- of distriktvlak. Die beramings wat wel gemaak is, dui op 'n baie gunstige tradisionele heler:bevolkingsverhouding wat tussen 1:108 en 1:847 wissel (Anyinam 1987:804; Green & Makhubu 1984:1072-1073; Harrison 1979:200; Morris 1986:368). Geen amptelike syfers is vir Suid-Afrika beskikbaar nie, sodat op die tradisionele helersverenigings staatgemaak moet word vir aanduidings in hierdie verband. Hier te lande is daar twee organisasies wat daarop aanspraak maak dat hulle die oorkoepelende liggaam vir tradisionele helersverenigings is. Die *South African Traditional Healers Council (SATHC)* het 11 takke met 'n ledetal van ongeveer 175 000. Hierdie vereniging het egter geen takke in die Oranje-Vrystaat nie, wat daarop dui dat hierdie getal nie alle helers insluit nie (Dawson 1989). Laat in 1989 het die *African National Healers Association (ANHA)* van die *SATHC*<sup>2</sup> weggebreek, en die liggaam maak tans op 'n ledetal van meer as 100 000 aanspraak (Rakolota 1990). Omdat die mate van oorvleueling ten opsigte van lede tussen die twee verenigings nie bepaal kan word nie, word volstaan met die ledetal van die *SATHC* vir berekeningsdoeleindes ten opsigte van heler-bevolkingsverhouding. Met inagneming van die geraamde swart bevolking van 35 miljoen, en die konserwatief geraamde getal tradisionele helers van 175 000 (nie almal word lede van 'n vereniging nie), kan die tradisionele heler:bevolkingsverhouding op 1:200 geskat word. In Mangaung blyk dié verhouding gunstiger as die geraamde nasionale syfer te wees. Die ledetal van die grootste tradisionele helersvereniging, die *African Dingaka Association* in Mangaung, het in 1989 op 756 gestaan, wat met 'n bevolking van nagenoeg 120 000, 'n heler:bevolkingsverhouding van 1:160 tot gevolg het. In Botshabelo word twee tradisionele

heltersverenigings aangetref, elk met 'n ledetal van nagenoeg 600. Met 'n bevolking van 207 000 (De Vos 1989-1990) beteken dit 'n heler:bevolkingsverhouding van 1:172. Hierteenoor is reeds aangetoon dat die geneesheer:bevolkingsverhouding in die meeste Afrikalande oor die algemeen baie laag is (kyk 2.1). Die klaarblyklike heler:bevolkingsverhouding kan egter net skyn wees indien die tipe en kwaliteit van die dienste wat gelewer word, buite rekening gelaat word.

Dit word meermale gestel dat die dienste van tradisionele helers meer toeganklik in die Derde Wêreld is omdat - vergeleke met moderne medisyne - dit die voordeel het van kulturele, sosiale, psigiese en fisieke nabyheid.

Gegewe die heler:bevolkingsverhouding, blyk fisieke nabyheid inderdaad 'n werklikheid te wees, alhoewel dit wil voorkom asof afstand nie as 'n afskrikmiddel dien wanneer dit by die raadpleging van 'n tradisionele heler kom nie. Dikwels verkies 'n persoon dit juis om 'n tradisionele heler in 'n ander gebied te raadpleeg, enersyds omdat die kliënt verwag dat die tradisionele heler die probleem sal identifiseer sonder dat iemand hom/haar daarvoor inlig, en andersyds omdat die persoon (buurman?) wat hom dalk die kwaad aangedoen het, moontlik dieselfde heler raadpleeg. In die onderhawige opname in Mangaung is die aspek van afstand ook getoets. Die bevinding bevestig hierdie beginsel, naamlik dat pasiënte verkies om tradisionele helers - veral in die geval van die divinasiehelers en kruiedokters - elders te raadpleeg.

Naas geografiese toeganklikheid beïnvloed ekonomiese beperkinge eweneens die gebruik van 'n besondere gesondheidsorgdiens. Nie alle gebruikers is finansieel in staat om voordeel uit die beskikbare dienste te trek nie. Alhoewel dit algemeen aanvaar word dat tradisionele medisyne goedkoop en bekostigbaar is - en dit bes moontlik enkele dekades gelede wel die geval was - het dié situasie beslis verander. Volgens verskeie studies, en soos bevestig in hierdie studie, is die koste verbonde aan hulpsoeke in die tradisionele mediese sektor dikwels hoër as dié van die moderne gesondheidssektor. In dié laaste dekade of wat het hoër inflasie in talle Afrikalande die koste van tradisionele mediese dienste as gevolg van kostestygings met betrekking tot vervoer, vakleerlingskap en opvoeding skerp laat styg. Ten einde voorgeskrewe kruie en ander bestanddele te bekom, word groot uitgawes van baie pasiënte en hul families geveer, veral in situasies waar sekere plantspesies of

bestanddele seldsaam is. Die omvang van beskikbare spesies in Savanna-streke word ook al hoe kleiner vanweë die sneller bevolkingsgroei, verstedeliking, veldbrande en droogtes.

Benewens finansiële toeganklikheid word werklike toeganklikheid beïnvloed deur faktore soos ouderdomstruktuur, etnisiteit, goedkeuring of afkeuring deur ouers, vriende en bure, sosiale klassestruktuur, die mate van gesondheidskennis van familie en vriende, die "kennis" en "bewustheid" van gekwalifiseerde helers, houdings ten opsigte van siekte, asook waardes en oortuigingsisteme. Hierdie is almal belangrike faktore wat die gebruikspatroon van tradisionele medisyne beïnvloed.

### **3.2 DIE AANVAARBAARHEID VAN TRADISIONELE MEDISYNE**

Wanneer 'n besondere diens beskikbaar en toeganklik is, is die volgende voorvereiste vir die gebruik daarvan dat dit vir die gebruiker aanvaarbaar moet wees. Dit is noodsaaklik dat die aard van aanvaarbaarheid van elke diens bepaal sal word, omdat die kapasiteit van die diens normaalweg beperk word deur die aantal mense wat bereid is om dit te gebruik. Die mate van aanvaarding van tradisionele medisyne deur beleidmakers/regerings en moderne gesondheidsorgpersoneel is ook belangrik en word later aan die orde gestel (kyk Hoofstuk 4, Paragrafe 3.1.1 en 3.1.2).

Aanvaarding en gebruik van tradisionele medisyne deur gesondheidsgebruikers in Afrika kan nie betwyfel word nie en kan klaarblyklik ook nie sonder meer uitgewis word nie. Aldus beskryf Karlsson (Karlsson & Moloantoa 1986:29) hoedat hy 'n veldtog in Noord-Transvaal van stapel gestuur het om alle vorme van "tradisionaliteit" in 'n hospitaal en in die distrik waardeur dit bedien is, uit te wis. Alte gou moes hy erken dat hy nie die "oorlog" sou wen nie en het hy gevolglik pogings aangewend om kommunikasie en samewerking te bewerkstellig.

In die jongste tyd het sommige navorsers die aandag op 'n afname in die kliënte van die tradisionele mediese sektor gevestig. Foster (in Anyinam 1987:808) toon aan dat moderne medisyne toenemend die eerste keuse van die meeste mense vir die meeste siektes is. Dit is slegs wanneer en indien geneeshere en ander moderne gesondheidsorgpersoneel nie aan hul verwagtinge voldoen nie, dat hulle hul na alternatiewe vorme van hulp, insluitende tradisionele helers, wend. Verskeie outeurs (Cavender 1988:251; Karlsson & Moloantoa 1986:43; Mkwanzazi 1987:35) meen egter weer dat tradisionele helers al hoe meer kliënte trek, en veral van die hoër sosiale strata. Daar is blykbaar ook 'n groter openheid in hierdie verband te bespeur,

sodat sodanige konsultasies nie meer altyd in die geheim plaasvind nie (Karlsson & Moloantoa 1986:43).

Holdstock (1979:119) meen dat daar genoegsame rede bestaan om te aanvaar dat 'n groot gedeelte van die swart bevolking 'n toenemende behoefte aan geestelike waardes en oortuigingsisteme sal hê. Een rede hiervoor sal die toename in psigiatryse siektes as gevolg van akkulturasie wees. Die unieke politieke situasie in Suid-Afrika sal die nadelige gevolge voortspruitend uit akkulturasie vererger. Holdstock sien die steeds groeiende getal tradisionele helers in stadsgebiede soos Soweto as bewys vir hierdie aanname.

### **3.3 DIE AANSPREEKLIKHEID VAN TRADISIONELE MEDISYNE**

Die vereiste van aanspreeklikheid ten opsigte van tradisionele medisyne is moeilik bepaalbaar en is 'n vereiste wat eers na behore kan realiseer wanneer die tradisionele mediese sisteem 'n andersoortige wetlike posisie bekom. Daar is reeds elders verwys na Suid-Afrikaanse wetgewing in hierdie verband (kyk Hoofstuk 1, Paragraaf 2).

## **4. SKAKELING TUSSEN MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE**

Uit die voorgaande is dit duidelik dat moderne en tradisionele mediese sisteme ten opsigte van beskikbaarheid en kwaliteit van sorg, tegnologie en sosiale aanpasbaarheid verskil; dog het albei in werklikheid dieselfde doelstellings, naamlik om gesondheid te bevorder. Terwyl antropoloë en professionele gesondheidsorgverleners baie jare lank die beskouing gehuldig het dat moderne en tradisionele mediese sisteme in mededinging met mekaar is, was daar, wat die meerderheid van pasiënte betref, geen inkonsekwentheid in die gebruik van albei sisteme nie (Jansen 1983; Mankazana 1979; Spring 1980; Yoder 1982a). Dit was moontlik omdat Afrikane 'n dualistiese lewensbeskouing het wat die *samesweringsteorie* ("*conspiracy theory*") van toordery en die *wetenskaplike* teorie van die moderne medisyne akkommodeer. Hierdie verskynsel van gelyktydige gebruik is betekenisvol omdat dit as grondslag vir skakeling tussen die twee tipes mediese sisteme kan dien.

Tot die 1960s is die toenemende aanvaarbaarheid van tradisionele helers in hoofsaak

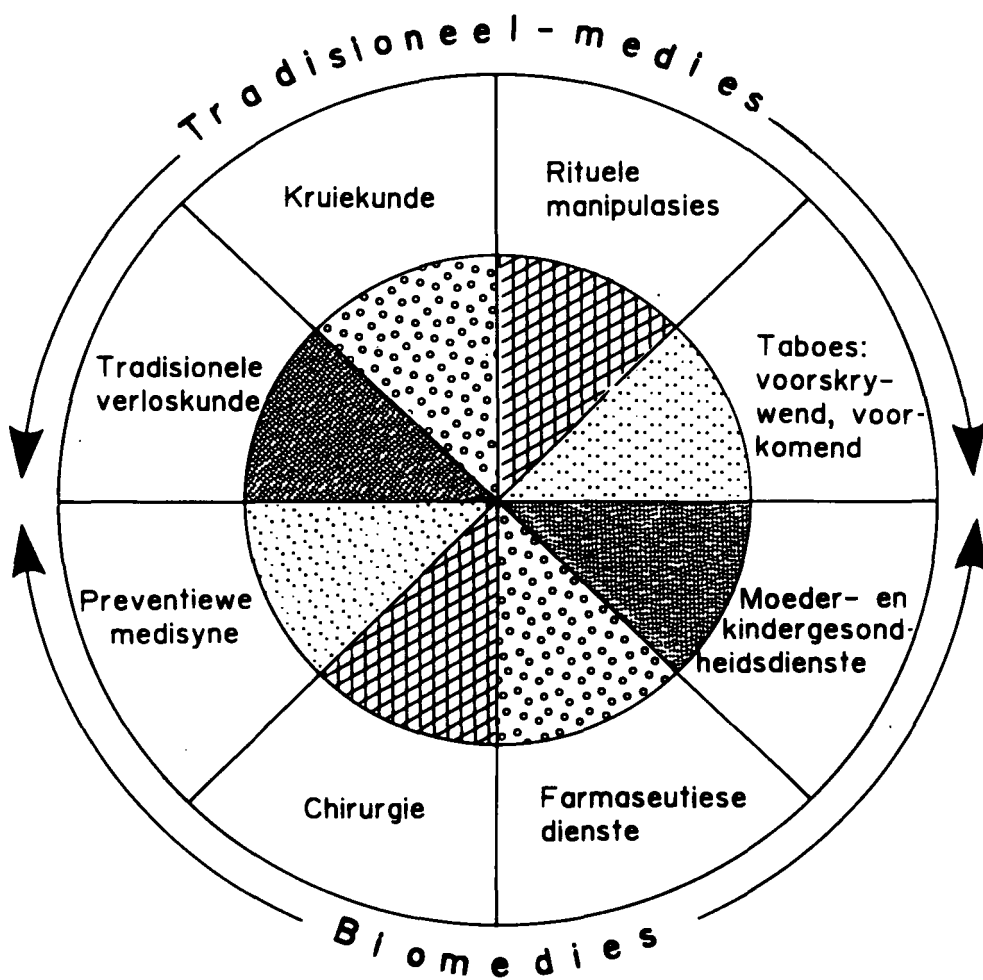
op die aanname gebaseer dat hulle sekere eienskappe met hul Westerse teenhangers gemeen het. Daarna het verskeie navorsers egter begin om die tradisionele praktyk in terme van eie meriete te ondersoek en tot die besef gekom dat moderne en tradisionele sisteme hulle met verskillende fasette van die genesingsproses besig hou. Die Westerse klinikus plaas die klem in hoofsaak op *wat* verkeerd is en poog om die simptome te behandel. Die tradisionele heler, daarenteen, plaas die fokus eerder op die *waarom* en ondersoek die angs wat met 'n ernstige aandoening gepaard gaan. Anders gestel: Moderne mediese praktisyns diagnoseer en behandel siekte (Engels = *disease*: abnormaliteite in die struktuur en funksionering van liggaamsorgane en -sisteme); tradisionele helers behandel siektegedrag (Engels = *illness*: die menslike ervaring van siekte). Uit hierdie insigte word tot die gevolgtrekking gekom dat Westerse en tradisionele mediese sisteme in eie reg naas mekaar in 'n gegewe samelewing kan bestaan, omdat hulle verskillende aspekte van die siekteproses belig. Daarby word gemeen dat veranderinge in die verhouding tussen moderne en tradisionele medisyne 'n groter invloed op faktore soos koste, toeganklikheid en bevrediging sal hê, as veranderinge wat slegs op die moderne sorgsisteem gerig is.

Dit was die WGO - veral na die Alma Ata-konferensie in 1978 - wat die nodige impetus tot moontlike skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne voorsien het. Hierdie organisasie was daarvan oortuig dat daar genoegsame gemeenskaplikheid tussen moderne en tradisionele medisyne bestaan wat skakeling moontlik maak. Die grootste mate van ooreenstemming is af te lees uit die kollektiewe, gemeenskapsgeoriënteerde aktiwiteite van tradisionele medisyne en die gemeenskapsgeoriënteerde primêre gesondheidsorgprogramme van moderne medisyne: "From the former there come health precepts such as balance, rhythm, coolness, purity, and plenitude, and from the latter essential prerequisites of these states such as adequate and clean water, infant care, sewage facilities, adequate nutrition, and good housing, all organized within local communities" (Janzen *in* Green 1988:1126).

Die volgende skema (Figuur 1) kan gebruik word om die voorwaardes waaronder skakeling kan geskied, te konseptualiseer.



**Figuur 1: Analogiese model van die verhouding tradisioneel-medies: biomedies**



Bron: Spring (1980:59)

Uit hierdie figuur blyk dat elke aspek van die tradisionele mediese sisteem aan 'n aspek van die moderne mediese sisteem gekoppel is en omgekeerd. Kruiekunde se teenhanger is derhalwe in farmaseutiese dienste te vind, terwyl tradisionele verloskunde met moeder- en kindergesondheidsdienste ooreenstem. Die chirurgiese aspekte van moderne medisyne korreleer met manipulerende rituele. Tradisionele taboes - wat enersyds toepaslike gesondheidsgedrag voorskryf en andersyds gesondheidsbedreigende handeling verbied - stem met voorkomende gesondheidsmaatreëls in die moderne mediese sisteem ooreen.

Ten einde 'n nuwe sinkretiese tipe nasionale gesondheidsorgdiensleweringssisteem daar te stel, kan tradisionele medisyne op een van twee wyses relevant gemaak en die doeltreffendheid daarvan verhoog word, te wete deur middel van óf komplementariteit óf integrasie.

#### **4.1 KOMPLEMENTARITEIT/SAMEWERKING**

Wanneer tradisionele en moderne medisyne mekaar aanvul, beteken dit dat hulle as twee onafhanklike sektore naas mekaar bestaan en dat elk die unieke karakter van die ander respekteer. Samewerking impliseer 'n beter werkverhouding tussen die twee sektore: toepaslike verwysings tussen die sektore vind gereeld plaas, sekere vaardighede van die tradisionele heler word opgegradeer, terwyl die kulturele sensitiwiteit van moderne gesondheidsorgpraktisyns toeneem (Green & Makhubu 1984:1077). Dit is egter noodsaaklik dat die uiteindelijke doel van samewerking tussen die twee sisteme die verbetering in die kwaliteit van pasiëntsorg sal wees en nie slegs onderneem sal word "... to increase the understanding of practitioners of the 'alternatives' available or to serve as a stop-gap measure until biomedical care can be expanded" nie (Yoder 1982a:1856).

#### **4.2 INTEGRASIE**

Die WGO (World Health Organization 1978:16) beskryf doeltreffende integrasie as 'n sintese van die meriete van beide moderne en tradisionele medisyne deur die toepassing van moderne wetenskaplike kennis en tegnieke. Die onderliggende gedagte is dat die kenmerkende vaardighede van tradisionele helers suksesvol aangepas kan word en dat diesulkes gepaste opleiding kan ontvang ten einde sekere

moderne praktyke te behartig en sekere moderne mediese oortuigings uit te dra. Suksesvolle integrasie van tradisionele vroedvroue in die amptelike sektor is reeds in verskeie lande bewerkstellig. Die integrasie van kruiedokters is ook al meermale voorgestel.

## 5. SLOTGEDAGTES

Vanuit die perspektief van nie-Westerlinge, veral dié van die ontwikkelende wêreld, blyk die moderne medisyne 'n tweesnydende swaard te wees. Enersyds bevat dit die belofte van behandeling en aantoonbare doeltreffende bystand vir 'n hele reeks toestande waarvoor daar vantevore geen werklike geneesmiddels bestaan het nie. Andersyds bestaan daar weinig twyfel dat moderne medisyne, sy filosofie, basiese aannames, ensovoorts, kultureel vreemde elemente verteenwoordig wat meermale met kolonialisme en Westerse eksploitasie geassosieer word. Moderne medisyne, met sy klem op gevorderde tegnologie, hoë koste, gespesialiseerde personeel en doeltreffende medikasie het dan ook in 'n groot mate in gebreke gebly om die siektes wat so algemeen in Afrika voorkom, suksesvol te hanteer. Hierteenoor suggereer beskikbare gegewens, alhoewel bevestigende databronne skamtel is, dat die grootste gedeelte van gesondheidsorg in die ontwikkelende wêreld (75 % tot 90 %, afhangende van die lokaliteit) deur die tradisionele mediese sisteem voorsien word. Die gebruik van Westerse mediese dienste deur nie-Westerlinge beteken egter nie dat hulle hul eie tradisionele idees oorboord gooi nie; intendeel, volgens Foster en Anderson (in Jansen 1983:14) "... traditional peoples show great ingenuity in reconciling scientific medical practices with their own etiological systems". Hierdie verskynsel van gelyktydige gebruik dien as sterk motivering vir nouer skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne.

## HOOFSTUK 3

### TRADISIONELE MEDISYNE IN MANGAUNG

#### 1. INLEIDING

Algemeen geldende aannames omtrent tradisionele medisyne in Afrika is dat hierdie vorm van gesondheidsorg wye aanhang op die hele vasteland geniet, dat hierdie praktisyns die sosiaal-kulturele agtergrond van die bevolking wat hulle bedien ken; dat hulle aansien geniet en dat hulle werk ten seerste gerespekteer word. Dit wil voorkom of sowel landelike as stedelike gebiede lewensvatbare en kragtige terreine vir die beoefening van tradisionele medisyne is. In meer afgeleë gebiede kan dié vorm van sorg die enigste bron van hulp wees. Navorsing in verskeie groot Afrika-stede, waaronder Nairobi (Kenia), Dar es Salaam (Tanzanië), Ibadan (Nigerië), Lusaka (Zambië), Kinshasha (Zaïre) en Kampala (Uganda) toon aan dat tradisionele helers ook hier 'n belangrike rol speel. In 'n selfhelp-dorpie soos Nairobi se Mathare Valley is die spasiëring tussen tradisionele helers meestal minder as 70 meter (Good *et al.* 1979:145).

Teenoor die positiewe opvattinge met betrekking tot tradisionele medisyne bestaan daar ook die opvatting dat "[o]nly those patients who want to die fast should continue with traditional medicine" (Karlsson & Moloantoa 1986:29). Good *et al.* (1979:145) stel dat die gebrek aan moderne mediese dienste en die ontoeganklikheid van hierdie dienste 'n toenemende aantal mense in landelike Afrika na onopgeleide en gewetenlose "toordokters" dryf. Ook met betrekking tot die praktyke van tradisionele helers in die stedelike opset in Suid-Afrika bemerk Ngubane (1981:365) dat die beheer en dissipline van tradisionele helers wat in die landelike gebiede voorsien word deur middel van hul tradisionele organisasiewyse, feitlik geen parallel in die stedelike opset het nie. Hier heers 'n verwarrende, onstuimige situasie waarin 'n verskeidenheid selfaangestelde praktisyns (óók heelparty kwaksalwers) werksaam is.

Aannames omtrent tradisionele medisyne word meermale gemaak sonder substantiewe bewyse of diepte-analise. Met hierdie ondersoek is beoog om vas te stel wat die werklike rol en benutting van dié tipe medisyne in die stadsgebied Mangaung is deur 'n beskrywing en ontleding van die gebruikspatrone in dié pluralistiese mediese milieu, die mate van aanvaarding van tradisionele medisyne, asook die houding ten opsigte van skakeling tussen die moderne en tradisionele mediese sektore.

## 2. WYSE VAN HULPSOEKE IN MANGAUNG

Uit response op sekere vrae aan die respondente was dit duidelik dat hulle 'n hoë dunk van moderne medisyne het wat waarskynlik spreek van die aanvaarbaarheid van hierdie tipe sorg vir hulle. Die response op die ondersoekvrae na die mediese fasiliteit of praktisyn wat die grootste bydrae lewer ten einde 'n gesonde gemeenskap in Mangaung na te streef en om die siektes van die inwoners te genees, word in Tabel 1 uiteengesit.

**Tabel 1: Die sorginstellings/praktisyns wat die grootste bydrae lewer in die nastreef van gesondheid en die genesing van siekte in Mangaung**

Sorginstelling/ praktisyn	Nastreef van gesondheid		Genesing van siekte	
	N	%	N	%
Hospitaal	112	54,1	118	57,0
Kliniek	24	11,6	16	7,7
Swart private praktisyn	13	6,3	15	7,2
Geloofsgeneser	4	1,9	4	1,9
Kruiedokter	3	1,4	3	1,4
Blanke private praktisyn	2	1,0	2	1,0
Ander	49	23,7	49	23,7
<b>TOTAAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Die feit dat die blanke medikus in private praktyk hiërargies heel laaste geplaas word, kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat diesulkes nie in Mangaung praktiseer nie. Om hierdie rede is die kategorieë blanke en swart geneeshere in private praktyk ook geskei. Die belangrikheid van die hospitaal en kliniek is duidelik uit Tabel 1 af te lees. Let daarop dat die divinasieheler hoegenaamd nie hier figureer nie. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die opvatting dat die hoof funksie van die divinasieheler nie beskou word as die genesing van siekte *per se* nie.

Die wyse van hulpsoeke is ook bepaal aan die hand van 'n lys van siektes of toestande. Respondente is versoek om ten opsigte van elkeen 'n keuse te maak uit agt kategorieë van mediese fasiliteite en praktisyns. Ter wille van interpretasie is

hierdie kategorieë saamgevoeg en herkodeer, soos in Tabel 2 uiteengesit, sodat vergelykings tussen moderne en tradisionele mediese sisteme gemaak kon word.

**Tabel 2: Keuse van sorginstelling vir bepaalde siektes/toestande**

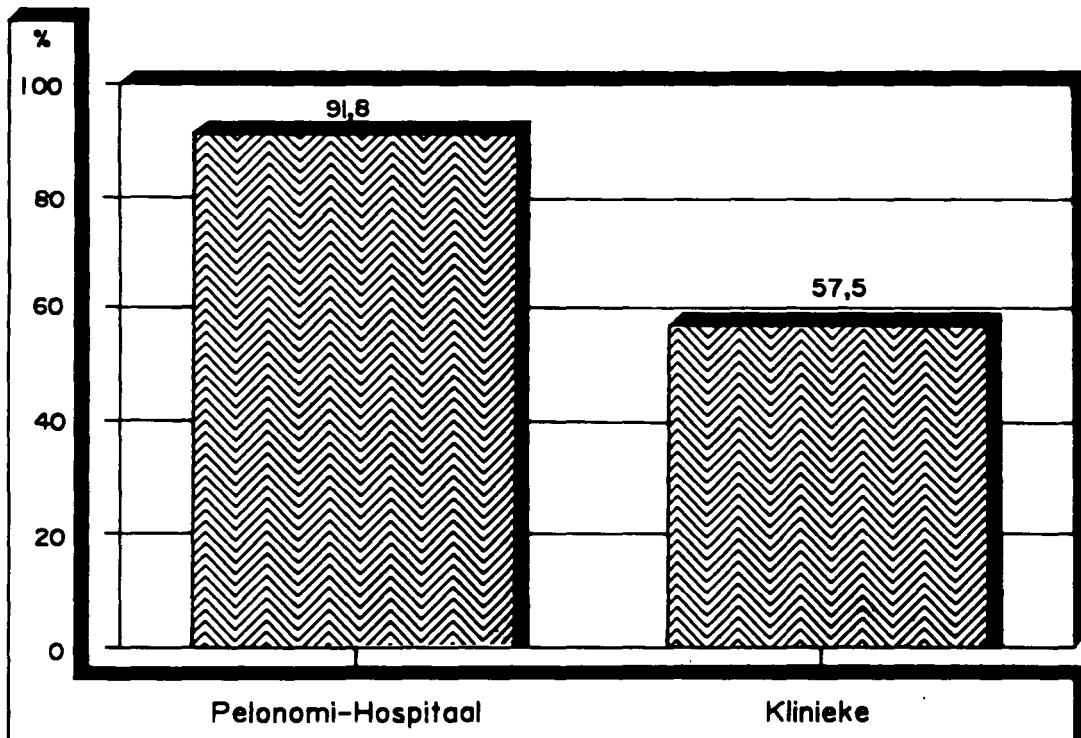
Siekte/toestand	Keuse van sorginstelling							
	1 Net moderne medisyne	2 Net tradisionele medisyne	3 Ander	4 Kombinasie modern /modern	5 Kombinasie modern/ tradisioneel	6 Kombinasie tradisioneel/ tradisioneel	7 Kombinasie modern/ ander	8 Geen respons
	%	%	%	%	%	%	%	%
Masels	76,8	1,0	0,5	19,8	1,0	-	-	1,0
Bekommernis	63,8	7,7	6,8	11,6	4,3	0,5	1,0	4,3
Slapeloosheid	65,2	7,7	4,3	12,6	4,8	0,5	0,5	4,3
Brandwonde	85,0	1,0	-	5,8	-	1,0	0,5	6,8
Aktiwiteite van tokkelossie	1,4	48,3	8,7	-	1,0	8,7	0,5	31,4
Frakture	91,3	0,5	-	6,8	-	-	-	1,4
Tandprobleme	79,7	0,5	-	18,8	-	-	-	1,0
Oorpyl "Vergifting"	79,7	0,5	-	14,0	2,4	-	-	3,4
(sejso)	22,2	38,2	5,3	5,3	3,4	6,8	-	18,8
Tuberkulose	76,3	0,5	-	21,7	1,4	-	-	-
Veneriese siekte	77,3	1,4	-	15,5	2,4	-	-	3,4
Diarree	77,3	3,4	-	15,5	1,4	-	-	2,4
Velprobleme	76,8	0,5	-	21,7	0,5	-	-	0,5
Verkoue/griep	70,0	0,5	-	28,0	0,5	-	-	1,0
Hipertensie	72,5	1,9	-	15,9	2,4	0,5	0,5	6,3
Bedreiging van huis	0,5	44,0	12,6	-	-	8,7	0,5	33,8
Vomering	76,8	4,3	1,9	11,6	2,9	0,5	-	1,9
Infertiliteit	54,6	8,7	1,0	20,8	9,2	1,9	0,5	3,4
Hoofpyl	64,7	1,9	-	27,5	3,9	0,5	-	1,4
Geestesiekte	77,8	2,9	-	9,2	8,2	1,0	-	1,0
Kanker	85,0	1,4	-	10,1	1,4	0,5	-	1,4
VIGS	72,0	2,4	-	17,9	5,3	-	-	2,4
Diabetes mellitus	80,7	1,4	-	17,4	0,5	-	-	-
Moegheid	66,7	7,2	2,4	16,9	3,4	-	0,5	2,9
Hardlywigheid	73,4	2,4	-	19,3	1,9	-	-	2,9

Dit spreek baie duidelik uit hierdie tabel dat die oorgrote meerderheid respondente voorkeur verleen aan moderne sorginstellings vir die behandeling van alle siektes of toestande, behalwe dié wat as van magiese oorsprong beskou word.

## 2.1 RAADPLEGING VAN MODERNE GESONDHEIDSORGINSTELLINGS/-PRAKTISYNS

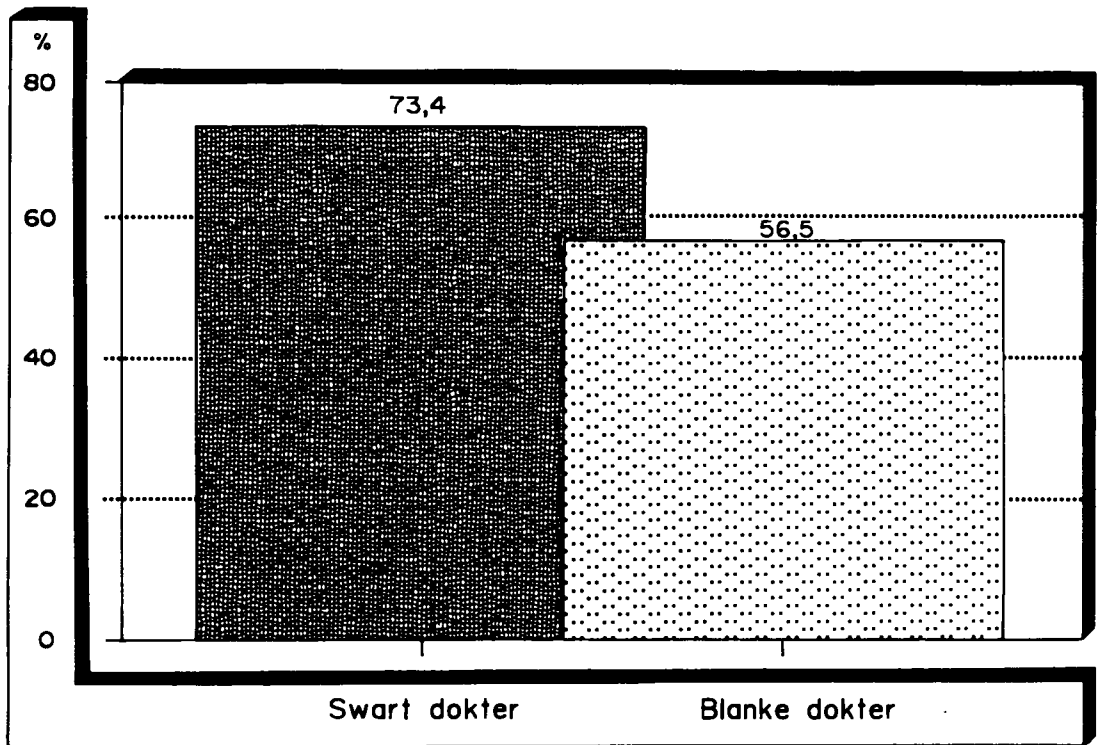
Die mate van aanvaarding van moderne medisyne word by uitstek in die gebruik van sorginstellings en die dienste van die moderne mediese sisteem openbaar. Die gebruiksfrekwensie van die hospitaal en die klinieke word in Figuur 2 uiteengesit.

**Figuur 2: Behandeling ontvang by Pelonomi-hospitaal en klinieke**



Die ander moderne mediese dienste wat vir die inwoners van Mangaung beskikbaar is, is swart en blanke mediese praktisyne in private praktyk, alhoewel laasgenoemde nie in Mangaung praktiseer nie, maar wel in Bloemfontein-stad. Die gebruiksfrekwensie word in Figuur 3 uiteengesit.

**Figuur 3: Gebruiksfrekwensie van die dienste van moderne mediese praktisyns**



Die mate van aanvaarding van die moderne mediese sisteem spreek ook uit die relatief groot proporsie van die ondersoekgroep wat van sowel swart as blanke medici gebruik maak. Daar is reeds gestel dat blanke medici nie in Mangaung praktiseer nie. Gegewe die feit dat die meeste persone wat ekonomies aktief is, in Bloemfontein-stad werksaam is, kan aanvaar word dat dit dalk geriefliker is om 'n geneesheer aldaar te raadpleeg. Aangesien die gelde van die swart en die blanke praktisyn soos deur pasiënte aangedui, feitlik dieselfde is (kyk Figuur 5), moet die rede vir die verskil in gebruiksfrekwensie tussen die twee moontlik in die groter aanvaarbaarheid van swart medici gesoek word.

Respondente is ook gevra na die mate van tevredenheid met al die voorgenoemde dienste en fasiliteite. Die response is in Tabel 3 saamgevat.



**Tabel 3: Mate van tevredenheid met behandeling by Pelonomi-hospitaal en klinieke en van swart en blanke geneeshere**

Sorginstelling/ praktisyn	Mate van tevredenheid											
	Baie tevrede		Tevrede		Onseker		Ontevrede		Baie ontevrede		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pelonomi- hospitaal	72	37,5	96	50,0	4	2,1	19	9,9	1	0,5	192	100
Kliniek	41	34,7	67	56,8	7	5,9	2	1,7	1	0,8	118	100
Swart ge- neesheer	75	49,3	74	48,7	1	0,7	2	1,3	-	-	152	100
Blanke geneesheer	43	37,1	65	56,0	2	1,7	5	4,3	1	0,9	116	100

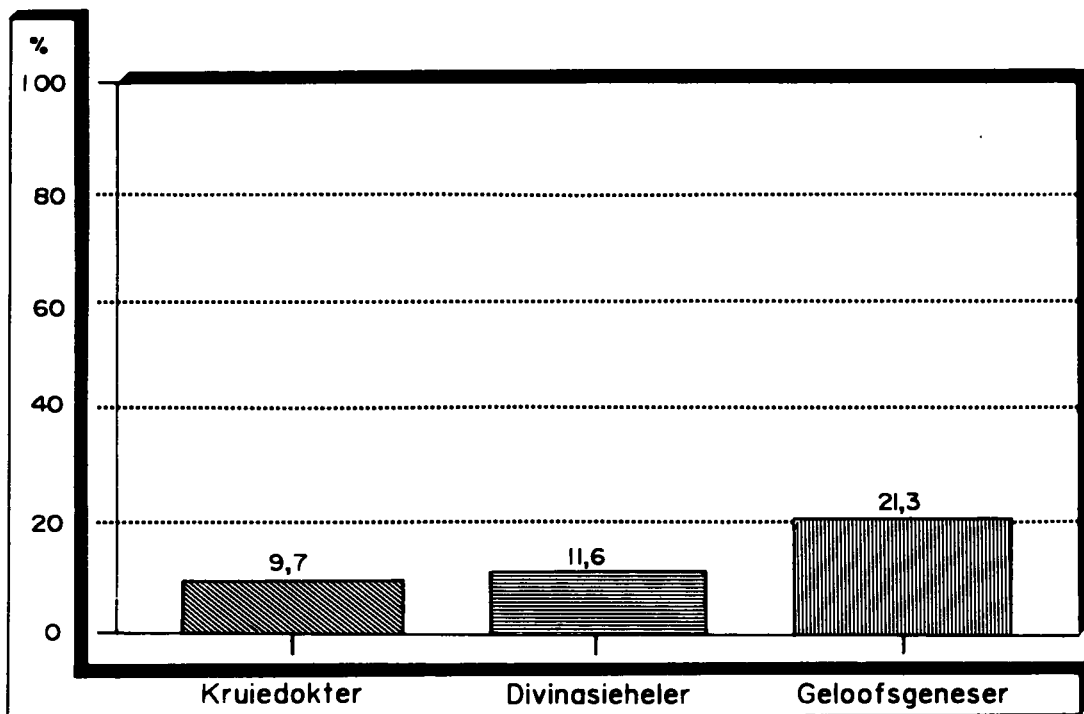
Die grootste mate van tevredenheid word openbaar ten opsigte van die swart geneesheer, daarna die kliniek en blanke dokter en laaste Pelonomi. Die grootste mate van ontevredenheid word dan ook ten opsigte van Pelonomi uitgespreek, alhoewel dit steeds slegs op 'n geringe mate van ontevredenheid dui.

## 2.2 RAADPLEGING VAN TRADISIONELE HELERS

Tydens die opname in Mangaung oor die rol en benutting van tradisionele helers in Mangaung, is gebruikers van dié helers se medisyne nie doelbewus geselekteer nie. Was die doel bloot 'n beskrywing van die verskillende helertipes, hul werkwyse, siektebeskouing, ensovoorts, sou dit bepaald wensliker gewees het om net gebruikers te selekteer. Meer inligting van 'n beter kwaliteit sou na alle waarskynlikheid gein kon word. Omdat die navorsers *gebruikspatrone* en die *wyse van hulpsoeke* waar meer as een mediese sisteem beskikbaar is, asook alle inwoners se *houding jeens samewerking* tussen moderne en tradisionele mediese sektore wou bepaal, moes die steekproefseleksie uit al die inwoners geskied. Vanweë die relatief klein proporsie respondente wat een van die drie tipes helers raadpleeg, kan slegs beskrywend ten opsigte van hierdie response te werk gegaan word. Presies dieselfde vrae is ten opsigte van elke tipe heler gestel ten einde vergelyking moontlik te maak.

Van die 207 respondente het 73 (35,6 %) aangedui dat hulle tradisionele helers raadpleeg. Die persentasie van die ondersoekgroep wat van die verskillende tipes helers gebruik maak, word in Figuur 4 uiteengesit.

**Figuur 4: Persentasie van die ondersoekgroep wat tradisionele helers raadpleeg\***



\* Hierdie persentasie sommeer nie tot 35,6 % nie. Alhoewel 73 van die respondente tradisionele helers raadpleeg, kom daar oorvleueling voor sodat daar ses is wat 'n divinasieheler en 'n kruidokter, vier wat 'n divinasieheler en 'n geloofsgeneser, twee wat 'n kruidokter en 'n geloofsgeneser en een wat al drie tipes raadpleeg.

Alvorens aspekte soos die redes vir raadpleging, frekwensie van konsultasies, en die mate van tevredenheid met behandeling bespreek word, word die gebruikers van die dienste van elk van die drie tipes helers vergelyk in terme van enkele veranderlikes (Tabel 4).

**Tabel 4: Raadpleging van tradisionele helers volgens verskeie veranderlikes**

Veranderlike	Tradisionele helers		
	Divinasieheler (N = 24)	Kruiedokter (N = 20)	Geloofsgeneser (N = 44)
	%	%	%
<b>Geslag:</b>			
Manlik (N = 97)	50,0(12,4) <sup>a</sup>	50,0(10,3)	43,2(19,8)
Vroulik (N = 110)	50,0(10,9)	50,0( 9,3)	56,8(22,9)
<b>Ouderdom:</b>			
45 jaar en jonger (N = 112)	37,5( 8,0)	30,0( 5,5)	47,7(18,9)
Ouer as 45 jaar (N = 95)	62,5(15,8)	70,0(14,9)	52,3(24,5)
<b>Onderwyspeil:</b>			
Laag <sup>b</sup> (N = 131)	86,4(15,1)	77,8(11,2)	63,6(22,2)
Hoog <sup>c</sup> (N = 76)	13,6( 4,1)	22,2( 5,6)	31,8(19,7)
<b>Etniese verband:</b>			
Sotho/Tswana (N = 159)	56,5( 8,2)	85,0(10,9)	79,1(21,5)
Nguni (N = 43)	43,5(23,3)	15,0( 7,0)	20,9(21,4)
<b>Kerkverband:</b>			
Blank-georiënteerde sendingkerk (N = 135)	54,2( 9,6)	35,0( 5,3)	63,6(20,9)
Ortodokse AOK (N = 23)	33,3(17,8)	40,0(17,8)	25,0(24,4)
Nie-ortodokse AOK (N = 45)	12,5(13,0)	25,0(21,7)	11,4(22,7)
<b>Beroep:</b>			
Ekonomies onaktiewe/ werklose persone	58,3(17,9)	60,0(15,8)	45,5(26,0)
Ongeskoolde arbeiders	25,0(13,0)	15,0( 6,5)	27,3(26,1)
Halfgeskoolde werkers	12,5(12,0)	15,0(12,5)	4,5( 8,3)
Geskoolde werkers	4,2( 9,1)	5,0( 9,1)	6,8(27,3)
Semi-professionele werkers	-	5,0( 4,5)	9,1(18,2)
Entrepreneurs	-	-	-
Professionele werkers	-	-	6,8(15,0)
<b>Mate van verwestersing:</b>			
Tradisionele leefwyse (N = 29)	25,0(21,4)	20,0(14,8)	18,2(28,6)
Westerse leefwyse (N = 60)	4,2( 1,6)	15,0( 5,1)	15,9(11,5)
In dieselfde mate tradisioneel en Westers (N = 118)	70,8(14,4)	65,0(11,0)	65,9(25,0)

a Syfers buite die hakies dui op die persentasie van die *gebruikers* wat tot elke veranderlike behoort. Dié tussen die hakies is die proporsionele syfers relatief tot die totale steekproef.

b Laag = st. 8 en laer

c Hoog = hoër as st. 8.

'n Ontleding van die gegewens in Tabel 4 dui op die volgende:

- Die manlike en vroulike gebruikers van die dienste van die divinasieheler en die kruiedokter is presies ewe veel, met 'n klein oorwig na die kant van vroulike gebruikers in die geval van die geloofsgeneser.
- In alle gevalle kom die meeste gebruikers van die dienste van tradisionele helers in die hoër ouderdomskategorie voor. By die konsultasie van geloofsgenesers is die verskil tussen die ouer en jonger groepe egter aansienlik minder as by die ander twee tipes helers.
- Ten opsigte van onderwyspeil is die meeste gebruikers in die kategorie "lae onderwyspeil". Opvallend is die groot mate van verskil tussen die twee kategorieë gebruikers: die konsultasie van divinasiehelers is ses maal hoër in die groep met 'n "lae onderwyspeil" as in die kategorie "hoë onderwyspeil". In die geval van die kruiedokter is dit omtrent drie maal hoër en in die geval van die geloofsgeneser twee maal hoër. Word gebruikers met 'n hoë en lae onderwyspeil onderskeidelik as persentasie van die totale ondersoekgroep uitgedruk, word die groot verskille tussen die twee groepe ten opsigte van raadpleging van divinasiehelers en kruiedokters gehandhaaf, terwyl dit in die geval van die raadpleging van die geloofsgeneser feitlik uitgewis word, met 22,2 % van die lae onderwyspeilgroep en 19,7 % van die hoë onderwyspeilgroep wat hierdie tipe heler raadpleeg.
- Alhoewel die Sotho-/Tswana-groep die grootste persentasie van die gebruikers blyk te wees, is dit 'n funksie van die feit dat hierdie groep feitlik 77 % van die ondersoekgroep uitmaak. Vir die doeleindes van interpretasie word die persentasie gebruikers relatief tot die totale ondersoekgroep gestel. Hiervolgens word die geloofsgeneser in dieselfde mate deur beide die Nguni- en die Sotho-/Tswana-groep geraadpleeg, ietwat meer van die laasgenoemde groep raadpleeg die kruiedokter, terwyl die Nguni-groep die divinasieheler in 'n baie groter mate as die ander groep raadpleeg. Word al die Sotho-/Tswana-gebruikers bymekaar getel (64), blyk dit dat 40 % van hierdie groep tradisionele helers raadpleeg, teenoor 51,2 % van die Nguni-groep.
- Aangesien daar 'n verskil is in die getal lidmate van die verskillende kerklike denominasies wat in die ondersoek ingesluit is, word dieselfde werkwyse as

ten opsigte van etniese verband gevolg. Daar is weinig verskil tussen die blank-georiënteerde sendingkerk en die ortodokse en nie-ortodokse AOK ten opsigte van die raadpleging van 'n geloofsgeneser. Lidmate van die nie-ortodokse AOK is die grootste gebruikers van die dienste van 'n kruiedokter, en lidmate van die ortodokse AOK van die dienste van die divinasieheler. Die lidmate van die nie-ortodokse AOK blyk die grootste gebruikers van die dienste van tradisionele helers te wees (27 van die 45 lidmate = 60 %), gevolg deur die lidmate van die ortodokse AOK (13 van die 23 lidmate = 56,5 %) en dié van die blank-georiënteerde sendingkerk (48 van die 135 lidmate = 35,6 %).

- Die grootste getal gebruikers van die dienste van al die tipes helers is ekonomies onaktief, en in die geval van die divinasieheler en geloofsgeneser ook ongeskoolde arbeiders. Dié met hoër beroepstatus (geskoolde en professionele werkers) raadpleeg hoofsaaklik geloofsgenesers.
- Diegene met 'n tradisionele leefwyse raadpleeg al drie tipes tradisionele helers in 'n groter mate as diegene met 'n Westerse leefwyse of diegene met 'n leefwyse tussen tradisioneel en Westers.

Ongeveer 32 % van die ondersoekgroep het gedurende die 12 maande wat die ondersoek voorafgegaan het, een of meer tradisionele helers besoek. Die gebruiksfrekwensie word in Tabel 5 weergegee.

**Tabel 5: Frekwensie van besoeke aan tradisionele helers in die voorafgaande 12 maande**

Getal besoeke	Tradisionele helers		
	Divinasieheler	Kruiedokter	Geloofsgeneser
	%	%	%
1 - 2 keer	50,0	50,0	52,3
3 - 4 keer	29,2	15,0	15,9
5 - 10 keer	8,3	5,0	9,1
Meer as 10 keer	12,5	10,0	15,9
Glad nie	-	20,0	6,8
<b>TOTAAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Hierdie gebruik van tradisionele helers (31,9 % gedurende die voorafgaande 12 maande) is aansienlik hoër as die 17,8 % wat in 'n opname onder stedelike swartes in Transvaal, Natal en die Oranje-Vrystaat gedurende 1978 aangedui het dat hulle 'n tradisionele heler in die voorafgaande 12 maande besoek het (De Beer 1979:4). Aan die ander kant is dit vergelykbaar met die bevindinge van Farrand (1984:780), alhoewel haar steekproef net uit psigiatriese pasiënte bestaan het en hulle net gevra is na besoeke aan divinasiehelers in die voorafgaande 12 maande. Hierop het 28 % bevestigend geantwoord.

Etlike moontlike verklarings vir die raadpleging van tradisionele helers is aan diegene wat van hulle dienste gebruik maak (N = 73 d.i. 35,6 % van die ondersoekgroep) voorgehou. Die response word in Tabel 6 uiteengesit.

**Tabel 6: Redes vir raadpleging van tradisionele helers**

Redes vir raadpleging	Tradisionele helers		
	Divinasieheler	Kruiedokter	Geloofsgeneser
	%	%	%
Omdat hulle vertrou word	91,3	95,0	86,4
Omdat hulle naby woon	4,2	5,0	11,4
Vanweë die siekte	87,5	100,0	86,4
Omdat hulle suksesvol is	66,7	55,0	74,4

Die response in verband met afstand dui weer eens op die feit dat hierdie faktor van weinig belang is (kyk Hoofstuk 2, Paragraaf 3.1). Alhoewel die verskillende tipes helers in dieselfde mate vertrou word, word die kruiedokter skynbaar minder suksesvol geag. Respondente wat bevestigend geantwoord het in terme van die voorgenoemde redes, is versoek om ten opsigte van elk verdere verklarings aan te bied. Hiervolgens was dit duidelik dat die hoofrede waarom die respondente die

die tradisionele helers vertrou, saamhang met die sukses wat hulle meen dié helers behaal. Die respondente is in 'n hoë mate tevrede dat hulle ontslae is van die probleem in die geval van die divinasieheler en die geloofsgeneser en in 'n mindere, dog steeds hoë mate, in die geval van die kruiedokter. Die mate van tevredenheid met die behandeling van die tradisionele helers is in die algemeen baie hoog. Geeneen van die respondente vermeld dat hulle ontevrede is met die behandeling van die kruiedokter en die divinasieheler nie, terwyl slegs enkeles (6,8 %) ontevrede blyk te wees met die behandeling van die geloofsgeneser.

### **3. DIE AANVAARBAARHEID VAN TRADISIONELE MEDISYNE**

Naas die gedeelte van die ondersoekgroep wat erken dat hulle tradisionele helers raadpleeg, is die aanvaarbaarheid van tradisionele medisyne ook af te lees uit die volgende indikatore: die belangrikheid van tradisionele helers toonoor byvoorbeeld die belangrikheid wat aan God en die kerk geheg word, die houding jeens tradisionele helers soos weerspieël in response op sekere stellings, asook die redes vir nie-gebruik van hierdie tipe dienste.

#### **3.1 DIE BELANGRIKHEID VAN TRADISIONELE HELERS**

Vir vergelykingsdoeleindes is aan die respondente gevra om nie net die mate van belangrikheid van elke tipe heler aan te dui nie, maar om in terme van 'n Likert-skaal ook die mate van belangrikheid van die voorouers, God en die kerk aan te dui. Alhoewel die respondente in terme van 'n vyfpuntskaal op hierdie vraag moes reageer, word dit ter wille van interpretasie tot drie gereduseer, sonder dat aan die oorspronklike betekenis verander word. Die response blyk uit Tabel 7.

**Tabel 7: Die belangrikheid van tradisionele helers, voorouers, God en die kerk vir respondente**

Responskategorieë	Mate van belangrikheid			
	Belangrik	Onseker	Nie belangrik	Geen respons
	%	%	%	%
Kerk	96,6	1,4	2,0	-
God	92,8	1,0	2,9	1,4
Profeet	39,1	18,4	39,6	2,9
Voorouers	31,9	18,4	40,1	9,7
Kruiedokter	31,9	15,5	48,8	3,9
Divinasieheler	16,4	22,7	56,0	4,8

Hierdie response is in ooreenstemming met die tipering van die ondersoekgroep as oorwegend Christene met 'n Westerse leefwyse. Wat egter betekenisvol is, is die mate van belangrikheid wat aan die tradisionele helers geheg word. In twee gevalle is die belangrikheid baie hoër as die gebruiksfrekwensie (kyk **Figuur 4**): die kruiedokter word deur 31,9 % belangrik geag teenoor 9,7 % wat hom/haar raadpleeg; die profeet word deur 39,1 % belangrik geag, teenoor 21,3 % wat hom/haar raadpleeg. In die geval van die divinasieheler is die verskil aansienlik kleiner: 16,4 % van die ondersoekgroep beskou hom/haar as belangrik, teenoor 11,6 % wat hom/haar raadpleeg.

### **3.2 HOUDING JEENS TRADISIONELE HELERS**

'n Volgende indikator van die aanvaarbaarheid van tradisionele medisyne is die houding van die ondersoekgroep jeens tradisionele helers, soos weerspieël in response op die stellings "Tradisionele helers moet verban word" en "Mediese dokters moet meer te wete kom van tradisionele helers". Die response op hierdie stellings word in **Tabel 8** uiteengesit.



**Tabel 8: Response op die stellings "Tradisionele helers moet verban word" en "Mediese dokters moet meer te wete kom van tradisionele helers"**

Stellings	Responskategorieë					Totaal
	Stem beslis saam	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
	%	%	%	%	%	%
Tradisionele helers moet verban word	5,0	4,0	27,4	40,8	22,9	100,0
Mediese dokters moet meer te wete kom van tradisionele helers	29,3	47,3	17,6	4,4	1,5	100,0

Die respondente se houding ten opsigte van hierdie stellings is naas die ander twee indikatore, naamlik raadpleging en beskouing van belangrikheid van tradisionele helers, as kontrole gebruik om die aanvaarbaarheid van hierdie tipe gesondheidsorg-praktisyn te probeer bepaal. Op die stelling dat tradisionele helers verban moet word, het slegs 9 % saamgestem/beslis saamgestem en 63,7 % het hiervan verskil. Nagenoeg 76 % was van mening dat mediese dokters meer van hierdie helers te wete moet kom, terwyl slegs sowat 6 % nie dieselfde mening gehuldig het nie.

### **3.3 REDES VIR NIE-GEBRUIK VAN TRADISIONELE MEDISYNE**

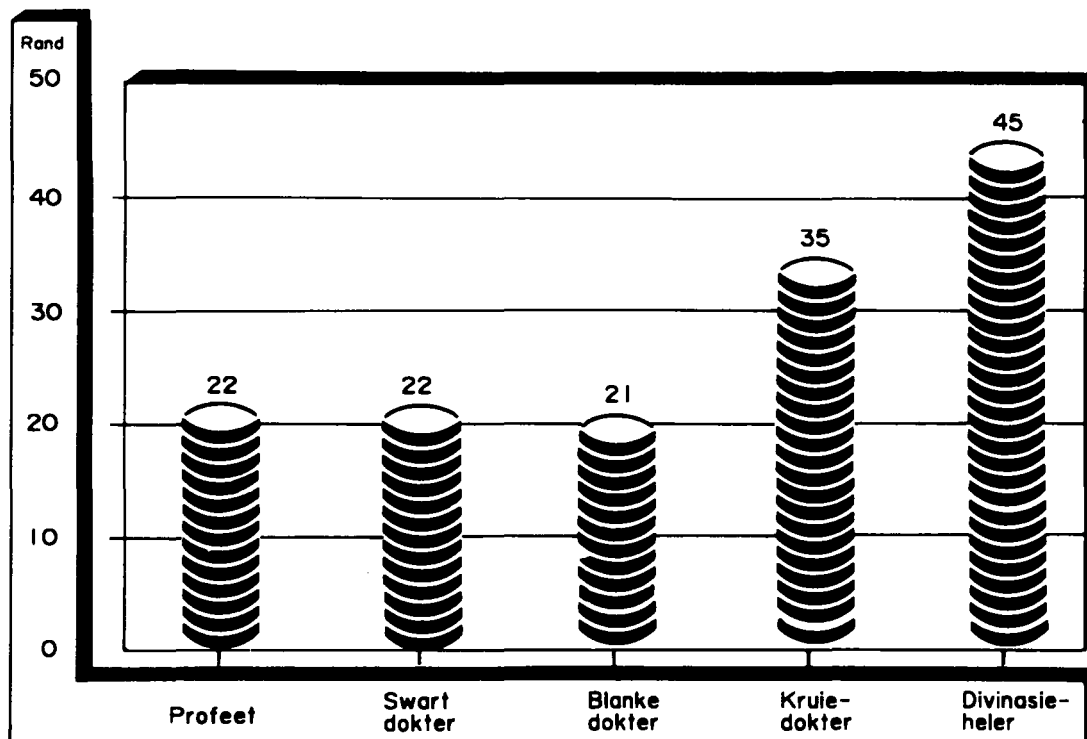
Al die voorgenoemde indikatore, tesame met die hoë tradisionele heler:bevolkingsverhouding, bring ons tot die gevolgtrekking dat hierdie tipe medisyne 'n redelike mate van aanvaarding in Mangaung geniet. Ten einde die volledige perspektief op die aanvaarbaarheid van tradisionele helers te gee, is dit ook nodig om op diegene te let wat nie van hierdie persone se dienste gebruik maak nie. Die redes vir nie-gebruik word in **Tabel 9** uiteengesit.

**Tabel 9: Redes waarom tradisionele helers nie geraadpleeg word nie**

Redes	N	%
Druis in teen Christelike geloof	86	53,1
Afstand	15	9,3
Hoë koste	2	1,2
Ander redes	59	36,4
<b>TOTAAL</b>	<b>162</b>	<b>100,0</b>

Hieruit blyk dat die kostefaktor nie as 'n beduidende afskrikmiddel vir die gebruik van tradisionele medisyne dien nie. Volgens alle aanduidings is die konsultasiefoeie van kruiedokters en divinasiehelers aansienlik hoër as dié van moderne mediese praktisyns en geloofsgenesers.

**Figuur 5: Konsultasiefoeie van mediese praktisyns**



Tydens die onderhoude met tradisionele helers in Mangaung stel mev. C, die geloofsgeneser, dat die maksimumfooi vir 'n diagnose R2 beloop. Die verwagting is egter dat 'n pasiënt sal terugkom om dankie te sê indien hy/sy herstel. Die kruiedokter en die divinasieheler se fooi wissel na gelang van die toestand of siekte wat behandel moet word. In geval van "gewone" siektes is die standaardfooi R10. Vir 'n siekte soos kanker kan mnr. W, die kruiedokter, tot R1 000 vra. Hy sal nie gratis behandel indien 'n persoon na hom terugkom om te sê dat hy/sy nog nie herstel het nie. Vir 'n nuwe diagnose moet opnuut betaal word. Mev. A, die divinasieheler, vra R100 om die tokkelossie te verdryf.

Two moontlike redes vir die raadpleging van tradisionele helers, ongeag die relatief hoë koste, kan aangevoer word. In die eerste instansie word min waarde aan goedkoop of selfs gratis gesondheidsorgdienste geheg. Tweedens bevestig dit weer die aspek van kulturele relevansie.

#### **4. DIE HOUDING VAN DIE INWONERS TEN OPSIGTE VAN SKAKELING TUSSEN MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE**

In die lig van die gelyktydige gebruik van moderne en tradisionele medisyne, was dit ook nodig om die inwoners se siening van enige formele skakeling tussen die twee mediese sektore te toets. Dit is gedoen aan die hand van response op ses relevante stellings, in Tabel 10 opgesom.

**Tabel 10: Response op stellings aangaande skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne**

Stelling	Responskategorieë					Totaal
	Stem beslis saam	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
	%	%	%	%	%	%
Tradisionele helers moet toegelaat word om in die hospitaal te werk soos mediese dokters	15,0	27,5	33,5	15,0	9,0	100,0
Mediese dokters behoort pasiënte na tradisionele helers te verwys in geval van fisieke siekte	10,4	28,4	30,8	15,9	14,4	100,0
Mediese dokters moet positiewer wees teenoor tradisionele helers	16,4	38,3	28,9	10,4	6,0	100,0
Tradisionele en moderne mediese praktisyns behoort nooit saam te werk nie	10,4	18,3	27,7	31,7	11,9	100,0
Tradisionele helers moet pasiënte na mediese dokters verwys in geval van fisieke siekte	26,6	44,8	24,1	3,4	1,0	100,0
Tradisionele helers behoort van die vaardighede van mediese dokters aan te leer	24,1	45,3	22,7	4,9	3,0	100,0

Word die response op die twee stellings in verband met verwysing na ander mediese praktisyne (die tweede en die vyfde) vergelyk, blyk daar 'n baie groter positiewe respons in geval van verwysing deur 'n tradisionele heler na 'n medikus (71,4 % - "stem beslis saam" en "stem saam") as andersom te wees. Daar is egter steeds 'n redelike positiewe houding teenoor verwysing na tradisionele helers (38,8 %).

Die chi-kwadraattoets vir onafhanklikheid toon dat die inwoners van Mangaung se geslag, etniese verband en mate van verwestersing verband hou met hul houding teenoor die stelling wat op die verwysing van pasiënte deur medici na tradisionele helers betrekking het. Alhoewel dit in die geval van geslag nie 'n baie sterk verband was nie, was die verband in die geval van die ander twee verklarende veranderlikes redelik sterk.

By ontleding van Tabel 11 blyk dit dat die Nguni-groep meer negatief teenoor hierdie stelling staan en dat die grootste mate van onsekerheid (37,4 %) by die Sotho-/Tswana-groep voorkom.

**Tabel 11: Die verband tussen etnisiteit en die stelling dat medici pasiënte na tradisionele helers behoort te verwys in geval van fisieke siekte**

Etniese verband	Medici behoort pasiënte na tradisionele helers te verwys					Totale groep
	Stem beslis saam	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
	%	%	%	%	%	%
Sotho-/Tswana-groep	10,3	25,8	37,4	14,8	11,6	79,1
Nguni-groep	12,2	36,6	7,3	17,1	26,8	20,9
Totale groep	10,7	28,1	31,1	15,3	14,8	100,0

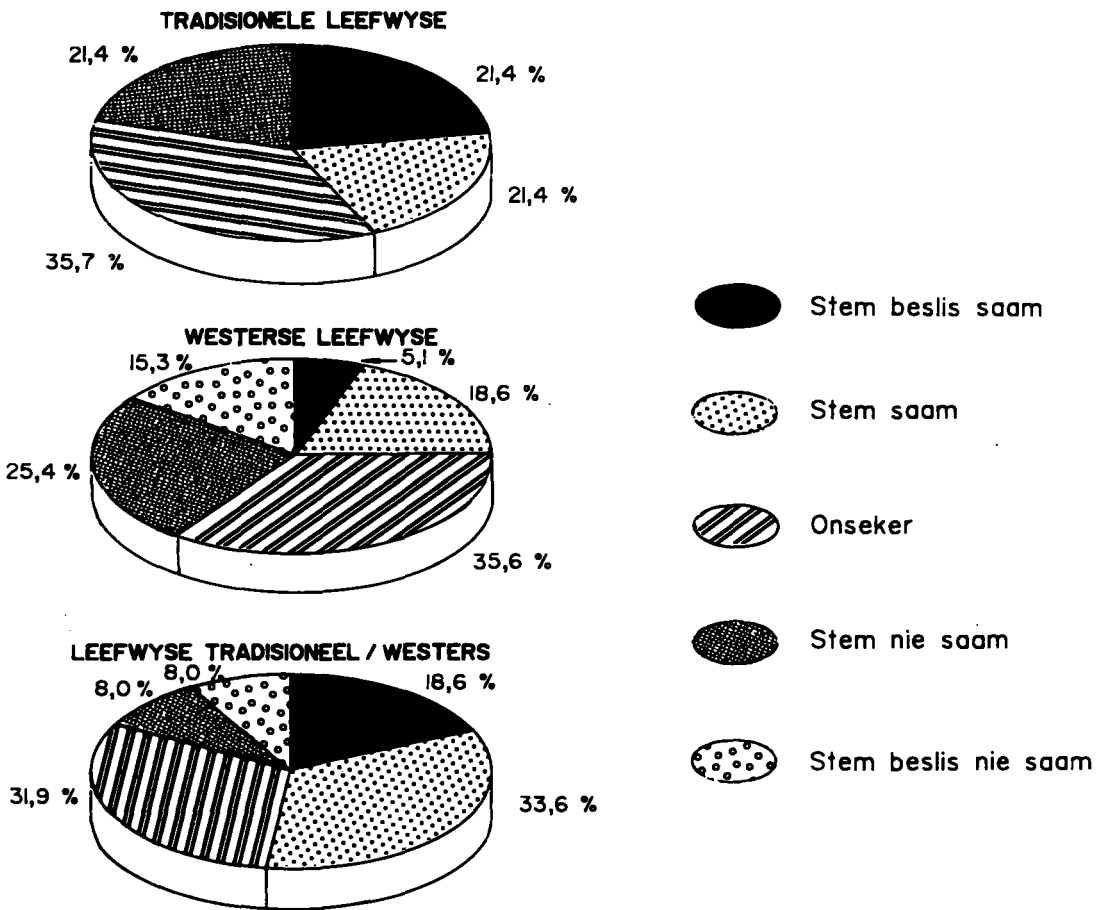
**Tabel 12: Die verband tussen mate van verwestersing en die stelling dat medici pasiënte na tradisionele helers behoort te verwys in die geval van fisieke siekte**

Mate van verwestersing	Medici behoort pasiënte na tradisionele helers te verwys					
	Stem beslis saam	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	Totale groep
	%	%	%	%	%	%
Tradisionele leefwyse	14,3	32,1	28,6	17,9	7,1	13,9
Westerse leefwyse	5,1	11,9	37,3	23,7	22,0	29,4
Leefwyse in dieselfde mate tradisioneel en Westers	12,3	36,0	28,1	11,4	12,3	56,7
Totale groep	10,4	28,4	30,8	15,9	14,4	100,0

Die grootste negatiewe respons (45,7 % indien "stem nie saam nie" en "stem beslis nie saam nie" bymekaar getel word), asook die grootste mate van onsekerheid (37,3 %), kom voor by diegene met 'n Westerse leefwyse.

Die chi-kwadraattoets vir onafhanklikheid toon dat daar ook 'n beduidende mate van afhanklikheid is tussen mate van verwestersing en die inwoners van Mangaung se houding ten opsigte van die stelling dat tradisionele helers toegelaat moet word om in die hospitaal te werk. Dit blyk egter nie 'n sterk verband te wees nie. Weens die beperking van die voorkoms van 'n leë sel kon maatstawwe van statistiese assosiasie wat die rigting van die verband aandui, nie geïnterpreteer word nie. Uit ontleding van die steekproefgegewens, wat slegs op die ondersoekgroep betrekking het, blyk dit dat die respondente redelik positief teenoor hierdie stelling staan. Die grootste positiewe reaksie is by dié groep wie se leefwyse in dieselfde mate tradisioneel en Westers is (52,2 % indien die kategorieë "stem beslis saam" en "stem saam" bymekaar getel word). Selfs die groep met 'n Westerse leefwyse reageer taamlik positief (23,7 %). Die mate van onsekerheid is dieselfde by al drie groepe. Hierdie gegewens word in **Figuur 6** uiteengesit.

**Figuur 6: Die verband tussen mate van verwestersing en die stelling dat tradisionele helers toegelaat moet word om in hospitale te werk**



'n Goeie aanduiding van die houding jeens skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne is af te lees uit die response op die stelling dat tradisionele en moderne mediese praktisyns nooit moet saamwerk nie. Byna die helfte van die respondente (43,6 %) het aangetoon dat hulle nie dié standpunt huldig nie. Die chi-kwadraattoets vir onafhanklikheid toon weer eens dat die inwoners van Mangaung se mate van verwestersing met hul houding jeens samewerking tussen tradisionele en moderne mediese praktisyns verband hou. Die resultaat van hierdie kruistabulasie is beduidend op die 10 %-peil ( $\leq 0,10$ ), en blyk te dui op 'n redelik hoë mate van afhanklikheid tussen die betrokke veranderlikes. Hierdie kruistabulasie is in Tabel 13 vervat.

**Tabel 13: Die verband tussen mate van verwestersing en die stelling dat tradisionele en moderne mediese praktisyns nooit moet saamwerk nie**

Mate van verwestersing	Tradisionele en moderne mediese praktisyns moet nooit saamwerk nie					
	Stem beslis saam	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	Totale groep
	%	%	%	%	%	%
Tradisionele leefwyse	14,3	25,0	25,0	25,0	10,7	13,9
Westerse leefwyse	13,8	24,1	34,5	15,5	12,1	28,7
Leefwyse in dieselfde mate tradisioneel en Westers	7,8	13,8	25,0	41,4	12,1	57,4
<b>Totale groep</b>	<b>10,4</b>	<b>18,3</b>	<b>27,7</b>	<b>31,7</b>	<b>11,9</b>	<b>100,0</b>

Uit hierdie tabel blyk dit dat diegene met 'n tradisionele leefwyse hierdie stelling in dieselfde hoë mate (39,3 %) as diegene met 'n Westerse leefwyse (37,9 %) onderskryf. Diegene met 'n leefwyse tussen dié twee tipes stem in 'n baie geringer mate (21,6 %) met hierdie stelling saam. Meer as die helfte van hierdie laasgenoemde groep (53,5 %) stem nie met hierdie stelling saam nie en openbaar dus 'n positiewe houding ten opsigte van samewerking tussen tradisionele en moderne mediese praktisyns.

Op die laaste twee stellings, naamlik dat mediese dokters positiewer moet wees teenoor tradisionele helers en dat laasgenoemde van die vaardighede van geneeshere moet aanleer, het die respondente baie positief gereageer. In die geval van die eerste stelling was die positiewe respons 54,7 %, en 69,4 % in die laasgenoemde geval. Ten opsigte van albei stellings kon egter nie beduidende verbande met die verklarende veranderlikes - geslag, ouderdom, onderwyspeil, etniese verband, kerkverband of mate van verwestersing - gevind word nie, en dus word geen tabel voorsien nie.



Uit die onderhoude met die onderskeie tradisionele helers was dit duidelik dat hierdie persone geen probleem het om van hul pasiënte na die moderne mediese sektor te verwys nie. Mev. A, die divinasieheler, sê dat sy kan aanvoel dat 'n pasiënt se hart byvoorbeeld aangetas is, in welke geval sy so 'n pasiënt na 'n mediese dokter verwys. Omdat sy bang is dat so 'n pasiënt kan sterf, gee sy geen medikasie nie. Die harttoestand moet eers aandag kry, dan kan sy so 'n persoon verder behandel. Mnr. W, die kruiedokter, verwys ook in hoë risikogevalle, byvoorbeeld swangerskap met komplikasies. Om dié rede het alle helers telefone. Selfs al sou die pasiënt nie vir die ambulans kan betaal nie, sal mnr. W dit doen en die pasiënt versoek om hom ná ontslag uit die hospitaal te besoek. Volgens mev. A word heelwat pasiënte na hulle verwys deur blanke dokters wat hul pasiënte nie kan genees nie. Hierteenoor is daar ook diegene wat nie deur hul (tradisionele) metodes gehelp word nie en dan moderne mediese praktisyns raadpleeg.

Mev. C, die geloofsgeneser, verwys ook pasiënte na die moderne mediese sektor. Sy beskryf een so 'n geval: *"Ek het 'n pasiënt gehad wat ek gesien het, jy weet hierdie persoon is bietjie senuweeagtig. En vir drie dae agter mekaar het ek probeer die persoon regkry, maar dit was nie. Dis nou toe dat ek hom reguit met my geld en al dokter toe gevat dat dokter kan vasstel wat die persoon makeer."* Pasiënte is ook na haar verwys deur die moderne mediese sektor: *"Maar natuurlik het ek al twee pasiënte gehad wat kranksinnig was, wat, soos ons nou praat, gesond is; hulle werk."*

## 5. SLOTGEDAGTES

Samevattend kan die volgende ten opsigte van die aanvaarbaarheid van moderne medisyne in Mangaung gestel word. Die gegewens dui op 'n baie hoë mate van aanvaarbaarheid, soos gemeet aan beskouinge omtrent die fasiliteite en praktisyns wat die grootste bydrae lewer om gesondheid na te streef en siektes te genees, die persentasie van die ondersoekgroep wat van die dienste van die moderne mediese sektor gebruik maak, asook die mate van tevredenheid ten opsigte van al die tersaaklike dienste en fasiliteite.

Die mate van aanvaarbaarheid van moderne medisyne doen egter nie afbreuk aan die aanvaarbaarheid van tradisionele medisyne vir die inwoners van Mangaung nie. In ag genome die persentasie van die ondersoekgroep wat tradisionele helers raadpleeg en die moontlikheid van onderrespon, en geoordeel aan indikatore soos die mate van belangrikheid wat aan tradisionele helers geheg word, respondente se houding jeens diegene, asook die redes vir nie-gebruik, geniet hierdie tipe medisyne eweneens 'n

redelike hoë mate van aanvaarding. Verder is dit duidelik dat inwoners van Mangaung oor die algemeen redelik positief is omtrent die beginsel van skakeling tussen die tradisionele en moderne mediese sektore. 'n Ontleding van die relevante data bring ons tot die gevolgtrekking dat die houding van die inwoners in 'n groter mate daarop dui dat die tradisionele mediese sektor by die moderne mediese milieu geïnkorporeer moet word as dat laasgenoemde by die tradisionele sektor moet inskakel. Verder blyk dit dat die mate van verwestersing die grootste invloed op die inwoners se houding ten opsigte van skakeling tussen tradisionele en moderne medisyne het.

## HOOFSTUK 4

### GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN AKSIES

#### 1. INLEIDING

Die moderne mediese sorgmodel in Afrika word gekritiseer omdat dit krisisgeoriënteerd is, nog meer wanneer dit deur finansiële beperkinge aan bande gelê word: dit behandel net simptome en is afhanklik van tegnologie. Weinig hulpbronne en prestige word aan voorkomende programme toegeken vanweë die feit dat hulle nie onmiddellike resultate lewer nie, alhoewel die belangrikheid daarvan allerweë erken word. Morley (in Good *et al.* 1979:147) beweer: "... (I)n developing countries three-quarters of the deaths are caused by conditions that can be prevented at low cost, but three-quarters of the medical budget is spent on curative services." Desnieteenstaande, en om goeie redes, is die vraag na moderne gesondheidsorg onversadigbaar. Daarom is die grootste punt van kritiek dat daar nie genoeg daarvan is nie.

Ten einde te verseker dat gesondheidsorgdienste aan alle mense in Afrika beskikbaar gestel word, noem Harrison (1979:197) ses moontlike strategieë om die mannekragtekort op die gesondheidsorgterrein aan te vul:

- opleiding van meer geneeshere, verpleegkundiges en ander gesondheidsorgpersoneel
- invoer van buitelandse gesondheidsorgpersoneel
- terugwen van uitgeweke gesondheidsorgpersoneel
- herorganisering van bestaande gesondheidsorgpersoneel
- opleiding van ander nie-professionele persone om die werk van dokters te doen
- opleiding van tradisionele helers om moeder- en kindergesondheid, gesinsbeplanning en openbare gesondheidsdienste te lewer.

Die eerste opsie wat dui op die opleiding van "genoegsame" gesondheidsorgpersoneel volgens internasionale standaarde, is in Afrikalande moeilik haalbaar. Trouens, dit is feitlik onuitvoerbaar namate inflasie wêreldwyd toeneem en die finansiële situasie van dié lande - veral dié wat nie olie produseer nie - toenemend versleg. Daarby kan sodanige aksie as 'n relatiewe verkwisting beskou word, daar dit 15 tot 20 keer die koste verbonde aan die opleiding van een mediese/kliniese

assistent behels. Die strategie waarvolgens buitelandse gesondheidsorgpersoneel ingevoer word, verwys na die behoefte aan hoogs opgeleide mediese spesialiste in enige ontwikkelende land. Die fundamentele behoefte is egter aan gesondheidsorgpersoneel wie se kwalifikasies en lewenstyl (veral 'n gewilligheid om in die landelike areas te werk) tot die voorsiening van primêre gesondheidsorg en die behandeling en voorkoming van die algemeenste siektes georiënteer is.

'n Mannekragbron wat die tekorte in Afrika kan aanvul, is die talle geneeshere wat na opleiding nie in hul eie land praktiseer nie. Moontlike redes is politieke onstabiliteit en gebrekkige geleenthede vir professionele ontwikkeling. Al sou dié uitgeweke gesondheidsorgpersoneel egter teruggewen kon word, is hulle getalle nie sodanig dat dit die gesondheidsorgsituasie noemenswaardig sou verander nie. Die laaste drie opsies van Harrison dui op vernuwende wyses om primêre gesondheidsorg aan die groot aantal ondervoorsiene bevolkings van Afrika te bring. Die laaste opsie raak in die besonder aan die kwessie van die aanwending van tradisionele helers in moderne gesondheidsorgsisteme.

Ongeag die feit dat tradisionele medisyne nie bestaansreg het (vanuit onder andere 'n Christelike en regsprospektief) nie, het dit bly voortbestaan tot waar ons tans aan die vooraand van die een-en-twintigste eeu staan. Die jaar 1978 waarin die Alma Ata-konferensie oor primêre gesondheidsorg deur die WGO/ UNICEF aangebied is, was in vele opsigte 'n keerpunt ten opsigte van die belangstelling in tradisionele medisyne oor die ganse Afrika-kontinent. Tot in daardie stadium het dié mediese sisteem naas die moderne bestaan, maar was funksioneel onverbonde in enige doelbewuste sin. Na aanleiding van die WGO-inisiatiewe het die klem egter na kultuur-aangepaste plaaslike en streekoplossings vir die gesondheidsorgprobleme van hierdie wêrelddeel verskuif, waarin tradisionele medisyne uiteraard 'n prominente rol moes vertolk. Die tyd was dus ryp vir wysigings en wedersydse aanpassings in die bestaande gesondheidsorgsisteme. Uiteenlopende sieninge word egter in hierdie verband aangetref.

Daar is diegene wat die toepassing van *enige* alternatiewe benadering wat klem op gesondheidsondersteunende aksies en lewenstyl lê, in 'n positiewe lig beskou. Hulle voorsien dat sodanige benadering tot gevolg sal hê dat die huidige duur, komplekse en bykans onhanteerbare gesondheidsorgsisteme met meer horisontaal-georganiseerde, minder komplekse sorgsisteme vervang sal word (Aakster

1986:272). Dan is daar diegene wat glo dat moderne en tradisionele medisyne nie langer hul eie paadjie in wedersydse antipatie behoort te loop nie, aangesien hulle presies dieselfde doelstelling nastreef, naamlik die verbetering van menslike gesondheid en lewenskwaliteit (Akerle 1987:181).

Teenstanders van 'n verbinding van die twee mediese sisteme - gewoonlik verteenwoordigers van die konvensionele mediese *establishment* - verwys na die probleme rakende die bekende en potensieel skadelike gevolge van tradisionele mediese praktyke. Ander wys op die geweldige koste verbonde aan die toets en sertifisering van geneesmiddels, asook die lisensiering en monitering van praktisyns.

Die grootste probleem ten opsigte van skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne staan in verband met 'n fundamentele onversoenbaarheid tussen die twee paradigmas van siekte en die gepaardgaande wêreldbeskouings. Die moderne medisyne is gegrond in die wetenskaplike metode: siekte word as 'n natuurlike gebeurlikheid beskou, verklaarbaar in terme van fisieke prosesse en geneesbaar deur rasonale metodes. Hierteenoor is tradisionele medisyne in 'n groot mate nog voor-wetenskaplik. Sou magies-religieuse teorieë en oortuigings op sigwaarde alleen aanvaar word, sonder dat gepoog word om die mediese boodskap daarin vervat, bloot te lê, sou 'n mens voor sekere filosofiese probleme te staan kom wat die wetenskap self aanvegbaar maak: "...(F)or example, the belief in supernatural beings or forces suggests that there are creatures with enough power to suspend or interfere with the very laws of nature and physical events on which science depends and which it seeks to uncover"(Pearce 1986:240). Holdstock (1979:123) huldig egter, soos Maslow, 'n ander opinie omtrent wetenskap: "Before all else, science must be comprehensive and all-inclusive. It must accept within its jurisdiction even that which it cannot understand or explain, that ... which cannot be measured, predicted, controlled or ordered."

Ongeag die uiteenlopende standpunte wat omtrent tradisionele medisyne gehuldig word, is daar 'n merkbare toename in die prominensie van dié tipe medisyne. Dit gebeur ook toenemend dat tradisionele helers hulself organiseer, enersyds om die politieke bevordering van kollektiewe handeling in 'n plurale samelewing, en andersyds om 'n selfgemaakte toekoms te verseker (Chavunduka & Last 1986:260). Daar is reeds verwys na die totstandkoming van die *SATHC* en die *ANHA* as oorkoepelende organisasies vir talle tradisionele helerorganisasies (kyk

Hoofstuk 2, Paragraaf 3.1). Hul doel om erkenning van die owerheid te verkry, soortgelyk aan dié wat aan die Suid-Afrikaanse Mediese en Tandheekkundige Raad verleen word, het egter nog nie gerealiseer nie (Dawson 1989).

Wat ná alle waarskynlikheid sterk impetus aan die poging tot erkenning van tradisionele helers sal verleen, is die eise van werkers via vakbonde om sodanige erkenning van dié helers. Volgens vakbondorganiseerders gaan die eis nie net om die erkenning van 'n reeds aanvaarbare genesingsmetode nie, maar het dit ook 'n politieke dimensie. Dit dui naamlik op die mens se reg tot die mediese hulp van sy/haar keuse. Die nie-erkenning van tradisionele medisyne beskou hulle as die afdwing van een spesifieke mediese stelsel, wat weer deel is van die stelsel van onderdrukking in hierdie land (*Vrye Weekblad* 1989:10).

In aansluiting by die vorige moet ook die heersende tydsklimaat vermeld word. Daar word allerweë 'n groter openheid, groter toegeeflikheid, groter verdraagsaamheid ten opsigte van tradisionele helers en tradisionele medisyne geopenbaar. Die redakteur van die *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif* stel: "Daar is baie geldige kritiek teen die tradisionele geneser ... [t]og glo ek daar moet baie nouer samewerking kom. Die tradisionele heler kan baie van ons leer, maar ons kan net sowel van hom leer. Die belangrikste is dat ons nie met vooropgesette idees op hol gaan nie. Bo alles is nodig: 'n oop gemoed'"(Wierenga 1988:53).

Talle akademici (veral sielkundiges) maak reeds geruime tyd al voorspraak vir samewerking tussen die moderne en tradisionele mediese sektore en betrek tradisionele helers by aksies rondom holistiese medisyne (*Sunday Tribune* 1988:15).

Ook instansies soos die Natuurlewevereniging van Suid-Afrika en die Nasionale Botaniese Tuine openbaar 'n tegemoetkomende houding jeens tradisionele helers. Die Natuurlewevereniging het byvoorbeeld onderneem om afvalprodukte van wild wat vir *muti* gebruik word, beskikbaar te stel. 'n Projek wat deur Kirstenbosch aangepak is, veral vanweë die bedreiging van skaars medisinale plantsoorte, is die kweek van weefselkulture. Die doel is om dit teen billike pryse aan tradisionele helers beskikbaar te stel om self tuis te kweek (Wierenga 1988:53).

Ander instansies wat ook reeds begin het om met tradisionele helers saam te werk, is die Suid-Afrikaanse Mediese Navorsingsinstituut in verband met VIGS, die Nasionale Kankervereniging en die Suid-Afrikaanse Tuberkulosevereniging.

Die tradisionele heler word ook toenemend met groot sukses aangewend om die werkerskorps van organisasies, byvoorbeeld die Kamer van Mynwese en ander soos die saagmeule in die gevallestudie van Herbst en Britz (1986), te stabiliseer. In landelike gebiede word dit ook toenemend die gebruik dat medici informeel met die tradisionele heler kontak maak. Die gevolg is wedersydse verwysing van gevalle na gelang van die mediese sektor wat die beste hulp in die geval van 'n bepaalde toestand sal kan bied (*Vrye Weekblad* 1989:11).

## **2. GEVOLGTREKKINGS MET BETREKING TOT DIE ONDERSOEK**

Die hoofbevindinge van hierdie ondersoek word vervolgens saamgevat:

- 'n Betekenisvolle proporsie van die swart bevolking huldig tradisionele oortuigings met betrekking tot gesondheid, siekte en sorg.
- Diesulkes raadpleeg tradisionele helers ongeag die hoë mate van aanvaarbaarheid van moderne medisyne, die relatiewe hoë koste van tradisionele medisyne, en die negatiewe sanksionering van die kerk.
- Hulle is positief ten opsigte van skakeling tussen die moderne en tradisionele mediese sektore.
- Aandag moet dringend geskenk word aan wyses waarop tradisionele medisyne in 'n nasionale gesondheidsorgdiensleweringstelsel geïntegreer kan word.

Die eerste twee bevindinge dui op die toekomstige rol van tradisionele helers, terwyl die laaste twee na die noodsaaklikheid van meer navorsing oor die skakeling tussen moderne en tradisionele medisyne verwys. Laasgenoemde word vervolgens aan die orde gestel.

### **2.1 DIE NOODSAAKLIKHEID VAN DATA MET BETREKING TOT SKAKELING TUSSEN MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE**

*"... (T)he proposals for the 'integration' of medical systems have been launched from a very precarious platform based on unproven premises, in often contradictory language about the efficacy of the different medical systems, or simply without sufficient information at all" (Pedersen & Baruffati 1989:493).*

Reeds by sy byeenkoms te Kampala in 1976 was die hoofaanbeveling van die WGO dat meer navorsing met betrekking tot tradisionele medisyne gedoen moet word alvorens betekenisvol oor integrasie en/of samewerking gepraat kan word. Na byna 15 jaar is die bestudering van die skakeling tussen tradisionele en moderne medisyne nog in sy kinderskoene. Daar is tot op die huidige min voorbeelde op grond waarvan die sukses of mislukking van toekomstige samewerking voorspel kan word. Meer kennis is nodig omtrent die *houdings van tradisionele en moderne mediese praktisyns jeens mekaar*. Baie meer studies oor sowel *tradisionele oortuigings, praktyke en terapeutiese agense, as pasiëntgebruikspatrone* is nodig om die beplanning van doeltreffende samewerking tussen die uiteenlopende sisteme te rig (Ulin 1980:9). Belangrike inligting wat ook nog benodig word, staan in verband met die *doeltreffendheid van individuele programme*, en die *koste* en die *voor- en nadele* verbonde aan skakeling op die kort en die lang termyn. Daarby moet *potensiële bronne van konflik* ook geïdentifiseer word (Oppong 1989:611).

Indien daar in gebreke gebly sou word om so volledig moontlik op die hoogte van al die voorgenoemde aspekte te kom, maan Ngubane (1981:365) dat "... yet another disaster of development could all too easily result".

## 2.2 DIE TOEKOMSTIGE ROL VAN TRADISIONELE HELERS

*"Het idee dat hekserij of toverij iets archaisch is dat vanzelf zal verdwijnen met de modernisering en de 'Entzauberung der Welt' is immers bijzonder hardnekkig in het Westen"* (Geschiere & Van Wetering 1989:150).

As Simons (1957:85) meer as drie dekades gelede na die voortbestaan van tradisionele medisyne verwys, skryf hy dit toe aan faktore soos die aanpassingsvermoë van hierdie tipe medisyne, die hardnekkigheid van gebruike en gewoontes, maar hoofsaaklik aan die gebreke in die opvoedkundige fasiliteite en gesondheidsdienste wat vir swartmense beskikbaar is. Hy voorspel egter dat "[i]t is destined to lose its fight against the law, an erosive modernity, the greater efficacy of hospitals and trained physicians, and the 'new' diseases like tuberculosis and poliomyelitis that fall outside the range of tribal skills".

Soos Simons, is Foster (in Glasser 1988:1462) oortuig dat Afrikane hulle natuurlikerwys na moderne medisyne sal wend wanneer hierdie tipe medisyne aan die volgende vereistes voldoen: "[W]hen good scientific medicine is available ... delivered by friendly and sympathetic personnel at a price patients can afford and



at convenient times and places, scientific medicine is more and more the first choice." Na aanleiding van die beskouing dat verhoogde opvoedkundige peil, die daarstel van 'n wetenskaplike klimaat, asook die nodige gesondheidsdienste sal lei tot die eliminerings van tradisionele medisyne, ontstaan die volgende vrae:

- Hoe lank sal dit neem om genoegsame kwaliteit gesondheidsorg aan *almal* in Suid-Afrika beskikbaar te stel?
- In hoe 'n mate kan die betrokkenes hulself van die tradisionele kosmiese model distansieer?
- Kan tradisionele oortuigings hoegenaamd uitgewis word, of sal hulle in gewysigde vorm bly voortbestaan?

Vir solank as wat hierdie tradisionele oortuigings bly voortleef, sal Afrikane tradisionele medisyne benodig in geval van siektes wat op 'n personalistiese<sup>3</sup> wyse gedefinieer en verklaar word.

Volgens alle aanduidings is daar 'n betekenisvolle gedeelte van swartmense hier te lande by wie hierdie oortuigings steeds leef en wat hulle daarom steeds in geval van sekere toestande tot tradisionele helers wend. In die onderhawige studie in Mangaung het 29,5 % van die respondente aangedui dat hulle 'n Westerse leefwyse het, terwyl 57 % hul leefwyse as in dieselfde mate tradisioneel en Westers beskou. Slegs 13,5 % het 'n tradisionele leefwyse. Die betekenisvolle getal hier is 57 % wat hul leefwyse as nóg uitsluitlik tradisioneel, nóg uitsluitlik Westers beskou. Gegewe die persepsie van hierdie groep oor hul leefwyse, en die sorgbarende probleme ten opsigte van onderwysvoorsiening, is dit te betwyfel of hierdie persone, soos trouens die res van die swart bevolking, binne afsienbare tyd hul tradisionele verbondenheid sal kan ontkom. Daarby ag 44,6 % van hierdie groep steeds die voorouers as belangrik in hul lewens. Ook openbaar hulle 'n baie positiewe houding ten opsigte van skakeling tussen tradisionele en moderne medisyne deurdat 52,2 % van hierdie groep van mening is dat tradisionele helers toegelaat moet word om in hospitale te werk.

Alhoewel dit uit hierdie studie geblyk het dat daar 'n hoë mate van aanvaarding en benutting van moderne medisyne by die inwoners van Mangaung voorkom, dien dit nie as diskwalifikasie vir die raadpleging van tradisionele helers nie. Ongeag die feit dat die ondersoekgroep relatief jonk was, oor 'n relatief hoë

onderwyspeil beskik het, Christelik en taamlik verwesters was, het 35,6 % aangedui dat hulle 'n tradisionele heler raadpleeg. Die benutting van tradisionele helers geskied ook desondanks die klaarblyklike hoër koste daaraan verbonde. Daarby moet die sterk moontlikheid van onderrespons in hierdie verband nie uit die oog verloor word nie.

Indien die beginsel aanvaar word dat behandeling van pasiënte in ooreenstemming met hul kultuur en wêreldbeskouing moet wees, sal tradisionele medisyne nie in die afsienbare toekoms uitgefaseer kan word nie. Trouens, sou dit gebeur, sal 'n vakuum vir diegene geskep word wat daarin glo en wat veral psigies daarby baat (Glasser 1988:1463).

### **3. AANBEVELINGS**

Die algemene gebreke van die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgsisteem is welbekend. Ten einde die probleme te remedieer, moet alle menslike hulpbronne hier te lande maksimaal benut word. Dit is derhalwe onvermydelik dat 'n balans tussen verskillende tipes intervensie gevind moet word. Een van die brûe wat geslaan moet word, is tussen die moderne en tradisionele mediese sektor.

In die lig van al die moontlike opsies vir skakeling tussen tradisionele en moderne medisyne is ons die mening toegedaan dat *integrasie* van die twee sisteme potensieel nadelig vir albei kan wees. Ons voorsien ook dat sinkretisme nie ver kan ontwikkel nie as gevolg van die onversoenbaarheid van die fundamentele vertrekpunte van die twee sisteme. Hierteenoor kan *samewerking*, gekenmerk deur wedersydse respek en 'n gewilligheid om van mekaar te leer, die wederkerige oordrag van belangrike waardes na albei sisteme fasiliteer en uiteindelik die universele doelstelling van "gesondheid vir almal" verwesenlik.

#### **3.1 PROBLEEMAREAS TEN OPSIGTE VAN SKAKELING TUSSEN MODERNE EN TRADISIONELE MEDISYNE**

Die sukses al dan nie van enige skakelingsaksie vereis die samewerking van vier spesifieke groeperinge, naamlik (1) die owerhede belas met die daarstel van gesondheidsorgdienslewering, (2) die Westers-opgeleide gesondheidsorgpraktisyne (3) die tradisionele helers en (4) die kliënte. Vir talle Afrika-regerings hou sodanige samewerkingspogings die moontlikheid in vir die uitbreiding van die bestaande gesondheidsdienste op 'n relatief goedkoop wyse deur die benutting van bestaande gemeenskapsbronne. Beter en gereelder kommunikasie tussen

Westers-opgeleide sorgverleners en tradisionele helers kan gesondheidsorgdienslewering daarstel wat in 'n groter mate kultureel relevant en toepaslik is. Sou die twee sisteme suksesvol kan skakel, sal dit 'n dramatiese verandering in die posisie van tradisionele helers, 'n gemengde groep met geen *locus standi*, teweegbring.

Ongeag die moontlike voordele kan sekere probleemareas nie buite rekening gelaat word nie. Daar word vervolgens op vier sodanige potensiële struikelblokke gewys.

### 3.1.1 AANVAARDING VAN TRADISIONELE MEDISYNE DEUR REGERINGS

Die houding van regerings jeens tradisionele medisyne varieer van *laissez-faire* tot regstreekse verwerping. Sedert die ineenstorting van kolonialisme het Afrikane se "selfbeeld" verbeter, hul sosiaal-kulturele identiteit geleidelik herleef en daarmee saam ook tradisionele medisyne as deel van hul kulturele erfenis. Dié hernieude belangstelling in tradisionele medisyne het egter nie in konkrete beleid gestalte gevind nie. Slegs vier van die 25 lande in die Afrika-substreek waarvoor gegewens bekombaar is, het wetgewing in hierdie verband (Ramanohisoa 1983:213-214).

### 3.1.2 WEDERSYDSE AANVAARDING VAN TRADISIONELE EN MODERNE MEDIESE PRAKTISYNS

Terwyl die meeste moderne mediese praktisyns onverskillig ten opsigte van tradisionele helers blyk te staan, is daar wel diegene wat hul aanwending geesdriftig verkondig. By die moderne mediese praktisyn bestaan daar meermale agterdog en selfs vrees ten opsigte van die tradisionele heler omdat laasgenoemde nie oor "wetenskaplike" kennis en vaardighede beskik nie. Diegene wat tradisionele medisyne teenstaan, is juis dié geneeshere wat in aanraking kom met die mislukkings van tradisionele helers en dit moet probeer regstel. Tradisionele helers, daarenteen, beskou meermale enige kontak met óf hul moderne teenhangers óf die amptenary in terme van wetlike prosedures, belasting, vernedering of verlies van hul kulturele erfenis. Dit is egter ook waar dat tradisionele helers gretig is om hul beeld as "primitiewe toordokters" te wysig. Dit blyk dus dat prestige en erkenning die fundamentele dryfvere is wat tradisionele helers se bereidwilligheid tot samewerking onderlê (Green 1988:1128).

Navorsingsbevindinge omtrent die houding van geneeshere, verpleegkundiges, aptekers en ander paramediese personeel met betrekking tot samewerking is uiters fragmentaries en in die meeste gevalle verouderd. Die navorsing van Ngubane (1981:362) het haar tot die gevolgtrekking laat kom dat praktisyne van Westerse medisyne in Suid-Afrika oor die algemeen antagonisties teenoor tradisionele praktisyne staan, terwyl laasgenoemde Westerse medisyne as aanvullend tot hul eie beskou, en onder sekere omstandighede selfs as alternatief.

Die mate van aanvaarding van tradisionele medisyne deur moderne mediese praktisyne staan in verband met die kwantifiseerbare, "rasionaliseerbare" aspekte van die tradisionele praktyk. Kruie en minerale- en dierebestanddele is reeds aan wetenskaplike toetsing onderworpe. Die ander dimensies van tradisionele medisyne word allerweë deur moderne geneeshere beskou as afhanklik van die esoteriese (en twyfelagtige) kennis van spesifieke praktisyne wie se aktiwiteite verdag voorkom. Vanweë die naturalistiese oriëntasie van die meeste kruiedokters, is die algemene neiging derhalwe dat hulle groter aanvaarding as divinasiehelers en geloofsgenesers geniet. Soms word samewerking deur mediese praktisyne vertolk as dat tradisionele helers na hulle sal verwys en nie die omgekeerde nie.

Dit spreek vanself dat 'n waardebeoordeling van die houding en intellektuele posisies van moderne mediese praktisyne *vis-à-vis* tradisionele medisyne noodsaaklik is, omdat geen regering samewerking sal oorweeg indien geneeshere steeds op tradisionele medisyne neersien nie.

### **3.1.3 DIE LEGITIMERING VAN DIE NIE-RASIONELE ASPEKTE VAN TRADISIONELE MEDISYNE**

Omdat tradisionele medisyne deur 'n tradisie van geheimhouding beheers word, sal hierdie helers huiwerig wees om geheime praktyke, resepte en mistieke formules bekend te maak. Die kwessie of sodanige genesingsmetodes amptelike erkenning moet verkry of in gesondheidsorgdienslewering opgeneem moet word, behels verskeie unieke en moeilike probleme (Stepan 1983:311-312). In sommige kulture word soveel belang aan bonatuurlike kragte in die algemene opvatting van siekte en gesondheid geheg dat godsdienstige rites, invokasies, magiese metodes en alle vorme van toorkuns 'n integrerende deel van tradisionele medisyne uitmaak en inderdaad tot voordeel van die pasiënt aangewend word. Aan die ander kant is die gevare van bedrog en die wangebruik van sodanige metodes voor-die-hand-liggend.

Gesondheidsadministrateurs sal noodwendig baie duidelike onderskeidings tussen skadelose en moontlike skadelike gebruike, rites en oortuigings moet tref wanneer bepaal moet word watter genesingsmetodes in 'n voorgenome sinteseraamwerk geïnkorporeer moet word.

### 3.1.4 *DIE DEMISTIFIKASIE VAN DIE TRADISIONELE HELER*

Alhoewel die sinvolle aanwending van die tradisionele heler in 'n gesondheidsorgsisteem impliseer dat daar 'n demistifikasie van sy rol moet plaasvind, hou dit sekere negatiewe momente in wat nie geïgnoreer kan word nie. Demistifikasie word deur Rappaport (1980:92) beskryf as die proses waardeur die heler ontwig word wanneer "... the 'props' upon which his image rests have been neutralized or destroyed". Staugard (1986:67) is selfs meer uitgesproke: "To modern medicine an integration would imply short-term advantages, only to traditional medicine it would most probably act as a 'kiss of death'." Green en Makhubu (1984:1 077) spreek die vrees uit dat tradisionele helers slegs tweede-rangse paramediese werkers sal word en gevolglik nie meer hul belangrike funksie - wat sosiale, psigiese, geestelike en somatiese gesondheidsdimensies omvat - in die gemeenskap sal kan uitvoer nie.

As oplossing vir die probleem van demistifikasie stel Rappaport (1980:95) 'n model voor gebaseer op die bestaande informele behandelingsmodel wat algemeen in Afrika gebruik word, naamlik dat persone van een sektor van die gesondheidsorgsisteem na 'n ander beweeg op soek na genesing. Hierdie gebruikspatroom het ook 'n Westerse teenhanger. Rappaport verwys naamlik na 'n psigosomatiese siekte soos peptiese ulkus. Dit is algemeen in sulke gevalle dat medikasie, dieet of selfs chirurgie die eerste opsies is in die behandeling van organiese ongesteldheid. Daarna verwys die geneesheer die pasiënt meermale vir psigoterapie weens moontlike onderliggende emosionele probleme. Hierdie tweefase-proses kom na aan die moderne Afrikaanse spontane gebruikspatroom. Vanweë dié ooreenkoms glo Rappaport dat so 'n model in Afrika werkbaar is en soos volg daar kan uitsien: die moderne mediese praktisyn kan die simptome behandel, waarna die pasiënt na 'n tradisionele heler verwys word wat outonoom en in 'n ander fisieke milieu werkbaar is. Belangrik is dat die tradisionele heler funksioneer sonder dat sy waardes of beeld uitermate gewysig word. Op hierdie wyse word 'n bestaande tendens slegs voortgesit. Deur dit te sistematiseer, word

verseker dat die beste van albei mediese sisteme gebruik word en dat die grondslag waarop pasiënte die geskikste praktisyn vir 'n spesifieke siekte kies, verbeter word (Yoder 1982a:1855).

#### **4. RIGLYNE EN AKSIES VIR SKAKELING TUSSEN TRADISIONELE EN MODERNE MEDISYNE**

Die besluit om in die rigting van samewerking te beweeg, sal uitgebreide en betekenisvolle hervormings ten opsigte van die definisie en organisasie van gesondheidsorg vereis. Personeel- en werkverhoudinge wat die huidige mediese "vaardigheidspiramide" kenmerk, sal gewysig en anders georden moet word, terwyl van plaaslike gemeenskappe geëis sal word om 'n groter mate van verantwoordelikheid te aanvaar vir die tipe gesondheidsorg wat hulle ontvang. Die toepaslikheid en omvang van spesifieke hervormings sal van een samelewing tot die volgende wissel, met inagneming van plaaslike omstandighede. 'n Belangrike kwessie wat aangespreek moet word, is die bepaling van wat met die sintese van moderne en tradisionele medisyne bedoel word. Dit impliseer sekerlik meer as vreedsame naasbestaan, gegewe die dringende behoefte om alle beskikbare gesondheidspraktisyns optimaal te benut. Wat eerder benodig word, is heilsame naasbestaan (Neumann & Lauro 1982:1819). 'n Belangrike voorvereiste is dat die sisteem wat aldus ontwikkel, sodanig buigsaam sal wees dat dit individuele vaardighede en variërende kennis- en opvoedingsvlakke, ontoereikende hulpbronne en 'n verskeidenheid ondersteunende tegnologieë sal kan akkommodeer.

##### **4.1 VOORVEREISTES VIR SUKSESVOLLE SKAKELING**

As voorvereistes vir 'n uiteindelijke verbinding van tradisionele en moderne medisyne in 'n transkulturele mediese sisteem moet die volgende as riglyne geld (Koumaré 1983:30; Slikkerveer 1982:1869; WHO 1978:19):

- die uitsluiting van enige neiging om tradisionele medisyne te elimineer deur bloot daardie geneesmiddels en tegnieke oor te neem wat doeltreffend geag word;
- die plek wat aan die tradisionele heler in die gesondheidsplan toegesê word, moet ooreenstem met sy vaardighede en vermoëns, en
- die aanvaarding van die beginsel van 'n gesondheidsorgnetwerk gebaseer op albei sisteme en tot voordeel van die gemeenskap.

Meer spesifiek beteken dit dat

- regeringsbeleid en beplanningsbeginsels gemik moet wees op die daarstel van 'n strukturele basis vir die verbindingsproses;
- akademiese en opvoedkundige beginsels gemik moet wees op verdere navorsing, asook die opleiding van tradisionele mediese praktisyns;
- professionele beginsels toegespits moet wees op die erkenning van en respek vir die onderskeie tipes genesingswyses; en
- openbare meningsbeginsels gemik moet wees op die verbetering van deelname en gebruik deur die verskillende bevolkingsgroepe.

Benewens die genoemde voorvereistes is dit ook belangrik dat gewaak sal word teen die aanvaarding van sekere stereotipes rakende tradisionele en moderne medisyne wat in die jongste verlede gewild gemaak is. Indien hierdie stereotipes onkrities aanvaar word as 'n basis vir gesondheidsbeplanning, kan hulle inderdaad kontraproduktief wees. Daar is vier sodanige stereotipes (Foster 1983:22-24):

- *Tradisionele medisyne is holisties; moderne medisyne plaas die fokus slegs op die siekte/simptome.* 'n Basiese argument wat ten gunste van die insluiting van tradisionele helers in primêre gesondheidsorgprogramme aangevoer word, is dat hulle bekend is met die gesinsagtergrond van hulle pasiënte. Hulle kan dus sowel psigo-sosiale as kliniese faktore in diagnose en terapie oorweeg. Hierdie argument geld net in die geval van relatief geïsoleerde dorpies. Daarby beweeg die moderne medisyne ook al hoe meer in die rigting van 'n komprehensiewe benadering deur die fokus op die totale pasiënt in sy totale omgewing te plaas.
- *Tradisionele helers is relatief bejaarde, hoogs gerespekteerde mense en sal, vanweë hul status, waardevolle bondgenote in primêre gesondheidsorg wees.* Dit is 'n growwe veralgemening om summier te aanvaar dat indien helers hul rolle in die tradisionele milieu goed vertolk, hulle net so goed as formele deelnemers in moderne gesondheidsdienste sal vaar. Ook kan die feit dat hulle ouer is juis 'n teenkating teen verandering tot gevolg hê. In die laaste instansie moet ook in gedagte gehou word dat talle van hierdie helers van tyd tot tyd amoreel optree.

- *Gesondheidsorgbesluitneming berus op die feit dat mense in Afrika siekte tweeledig kategoriseer: die eerste synde siektes wat Westerse geneeshere kan genees; die tweede synde kultuurgebonde siektes wat hoegenaamd nie deur Westerse geneeshere erken en dus behandel kan word nie.* In werklikheid dui onlangse navorsing daarop dat die gesondheidsorgbesluitnemingsproses deur 'n hele aantal faktore beïnvloed word waaronder ekonomiese en sosiale koste, prestigefaktore, afstand, tyd, gerief, tradisionele oortuigings, die persoonlikheid of die befaamdheid van spesifieke helers, ensovoorts. Geen enkele model kan hulpsoekende gedrag ten tye van 'n gesondheidskrisis voorspel nie.
  
- *Westerse mediese praktisyns is meermale oningelig omtrent tradisionele medisyne; hulle het weinig begrip van die terminologie en die ontologie daarvan en vind dit dus moeilik om met swart pasiënte te kommunikeer.* Hierdie is 'n vroeë stereotipe deur antropoloë ontwikkel en gebaseer op die beeld van Westerse sendelingdokters in ontwikkelende lande. Resente ervaring dui daarop dat 'n toenemende aantal Westerse mediese praktisyns wel 'n begrip het van die etiologie wat hul swart pasiënte beskryf en effektief met hulle kan kommunikeer.

#### **4.2 SPESIFIEKE AKSIES MET DIE OOG OP SUKSESVOLLE SKAKELING**

Ten einde die verbinding tussen tradisionele en moderne mediese sisteme ten uitvoer te bring, is genoegsame inligting vir gesondheidsorgbeplanners van kardinale belang. Inligting aangaande tradisionele medisyne wat in enige samelewing op 'n streek- of distrikbasis nodig blyk te wees, sluit onder andere die volgende in (Akerle 1987:180; MacCormack 1986:161; Neumann & Lauro 1982:1820; WHO 1978: 37):

- die getal en tipe tradisionele helers, hul praktyke en hul doeltreffendheid;
  
- huidige standaarde en beheer in die praktyk van tradisionele medisyne, met inbegrip van opleiding, die bestaan van professionele verenigings en die gebruik van eweknie-evaluasie;
  
- die aanwending van tradisionele mediese praktisyns in gesondheidsdienste;
  
- die siektes wat met sukses deur tradisionele helers behandel word;



- tradisionele medikamente;
- 'n beraming van die verwagte koste en personeelbehoefte vir die implementering van 'n grootskaalse poging om moderne en tradisionele medisyne te koppel; en
- wetlike beperkinge verbonde aan die herorganisasie van nasionale of plaaslike gesondheidsorgsisteme, asook 'n bepaling van die tyd, inspanning en fondse wat benodig sal word vir 'n hersiening van bestaande wetgewing.

As eerste essensiële stap in die bevordering van koöperatiewe benaderings geld *die formulering van relevante nasionale beleid*. In hierdie beleid moet voorsiening gemaak word vir die wetlike erkenning van tradisionele medisyne. Die bestaande wetgewing in die meeste lande is, soos reeds aangetoon, meestal verouderd of irrelevant en sal hersien en in ooreenstemming gebring moet word met die nuwe beleidsrigtings wat ingeslaan word.

Ten einde te kan slaag, meen Good *et al.* (1979:149) dat vanaf die gemeenskap na bo te werk gegaan moet word. Dit beteken dat 'n daadwerklike poging aangewend moet word om elke gemeenskap betrokke te maak ten einde sy eie gesondheidsprobleme op te los. So 'n stap het sosiale, psigiese en emosionele voordele indien individue wat primêre gesondheidsorg verskaf vanuit die gemeenskap kom en inderdaad 'n integrerende deel van die plaaslike gemeenskap is. Hierdie benadering is reeds met 'n variërende mate van sukses in Tanzanië se Ujamaa-dorpie, in Guatemala en in China geïmplementeer. Volgens Bennett (1986:738) word die meeste beplanning egter steeds sentraal gedoen sodat gemeenskappe die opdrag het om gemeenskapsgesondheidswerkers te selekteer en te ondersteun of om tradisionele vroedvroue opleiding te laat ondorgaan. Indien dit egter van onder na bo sou geskied, is dit 'n uitgerekte proses van maande of jare waarin die gemeenskap sensitief en bewus gemaak moet word, bestuursvaardighede uitgebou en gemeenskapstrukture soos die daarstel van komitees ontwikkel moet word. Ongelukkig verlang donateurs (en dikwels kom 'n groot gedeelte van die ondersteuning van primêre gesondheidsorg van donateurs) meestal dat 'n program waarin mense vatbaar gemaak en 'n aantal gesondheidswerkers geselekteer en opgelei word, binne drie tot vyf jaar afgehandel moet wees. Oor so 'n program hang ook dikwels die swaard dat ongebruikte fondse teruggegee moet word.

'n Tweede belangrike stap is om die houdings van tradisionele helers en Westers-opgeleide gesondheidswerkers gunstig ten opsigte van samewerking te beïnvloed en om hul kennis en vaardighede wedersyds te verfyn (Akerle 1987:178). Enersyds moet spesifieke opleidingsprogramme vir tradisionele praktisyns uitgebrei word; andersyds is dit nodig dat elemente van tradisionele medisyne in die bestaande kurrikula vir die opleiding van ander gesondheidswerkers ingevoer word, sodat groter aanvaarding van die bruikbaarheid van tradisionele geneesmiddels en van tradisionele praktyke bewerkstellig kan word.

Meer spesifieke voorstelle vir aanpassings wat in tradisionele en moderne medisyne onderskeidelik aangebring moet word ten einde skakeling te bewerkstellig, verdien vervolgens aandag.

#### **4.2.1 AKSIES TEN OPSIGTE VAN TRADISIONELE GESONDHEIDSORG**

Die spesifieke aksies wat hier ter sprake is, word deur Ademuwagun (1979:163-164), Akerle (1987:180-181), Good *et al.* (1979:150-151) en Neumann en Lauro (1982:1819) aangesny:

- Die daarstel van prosedures en kriteria vir sistematiese evaluering van die basiese kennis van verskeie soorte tradisionele spesialiste en hul diagnostiese vaardighede relatief tot die mediese assistente, verpleegkundiges en vroedvroue wat tans verantwoordelik is vir die voorsiening van staatsgesondheidsdienste in 'n plaaslike area. "First and foremost, of course, the traditional practitioners should be involved in the evaluation of their own practices so as to facilitate the ready acceptance by their peers of suggestions for changes, including the assumption of new responsibilities - for example, in health education" (Akerle 1987:179).
- Die instelling van 'n staatslisensiëringsprogram ten einde daardie tradisionele mediese praktisyns te lisensieer wat 'n spesifieke, erkende opleiding of vakleerlingskap deurloop het en 'n voorafbepaalde kompetensievlak in hulle werk bereik het. Dit sou diegene wat praktiseer, aanmoedig om hul vaardighede te verbeter en ander inspireer om tot hierdie hoëstatus-beroep toe te tree, terwyl dit ook kwaksalwery bekamp.

- Die finansiering van navorsing oor die farmakopee van tradisionele medisyne, veral ten opsigte van medisinale plante. Handleidings en didaktiese materiaal kan opgestel word met die oog op die standaardisering van dosisse van plantekstrakte in gebruik in die tradisionele mediese sektor en wat in primêre gesondheidsprogramme aangewend kan word. Die doel daarvan sou wees om die doeltreffendheid en veiligheid van geneesmiddels afkomstig van medisinale plante – wat dikwels farmakologies-aktiewe agense bevat – te verbeter. Die invoer van medisynes is baie duur en verbruik skaars buitelandse valuta. Die ontwikkeling van tradisionele middels met bewese doeltreffendheid en kwaliteit sal ekonomiese selfstandigheid bevorder.
- Die identifisering en opleiding van tradisionele vroedvroue wat oor basiese wetenskaplike obstetriese vaardighede beskik, met as mikpunt die daarstelling van ten minste een vroedvrou per gemeenskap. Die WGO is reeds verskeie jare hiermee besig, soos in die geval van die Danfa-projek in 'n landelike gebied noord van Accra (Ghana) met 60 000 inwoners. 'n Soortgelyke program is in Botshabelo van stapel gestuur en 46 tradisionele vroedvroue is reeds geïdentifiseer en opgelei (Venter 1988).
- Die identifisering en selektering van tradisionele helers (byvoorbeeld kruiedokters) om deel te hê aan 'n opleidingsprogram wat afgestem is op die "opgradering" van hulle vaardighede in ooreenstemming met die norme van die biomediese *establishment*. Hierdie hulppersoneel moet deur die gemeenskap gekies word en aan hierdie gemeenskap verantwoordelik wees. Opleiding moet onder andere higiëne, sanitasie, eerstehulpprosedures, asepsis en gesondheidsopvoeding insluit. Tradisionele helers kan dus vaardig gemaak word om eenvoudige behandelings te gee by die punt van eerste (en dalk enigste) kontak, om behulpsaam te wees in plaaslike immuniseringsveldtogte en om pasiënte na nabygeleë satellietklinieke te verwys. Benewens vergoeding van die gemeenskap moet staatsvergoeding as aansporing nie uitgesluit word nie.
- Die identifisering en gebruik van uitgesoekte tradisionele helers (medies-religieuse spesialiste) as psigiatrisie hulppersoneel in die gemeenskap, verbind met toepaslike, onopsigtelike, eksterne mediese sorgondersteuning.
- Die voorsiening van klein voorrade medisyne aan gemeenskappe. Dit kan aan

genoemde tradisionele hulppersoneel en tradisionele vroedvroue beskikbaar gestel word. Die feit dat hierdie persone ongeletterd mag wees, moet nie in die pad van sodanige aksie staan nie. Hierdie praktisyns is meermale in staat om tussen honderde kruiemonsters te onderskei. Vernuwende benaderings tot die voorsiening van noodsaaklike medisyne is 'n kritieke behoefte in die lig van die chroniese tekorte en selfs totale onverkrygbaarheid van geneesmiddels in landelike gesondheidsorgfasiliteite vanweë hoë koste, ongelyke verspreiding ten gunste van hospitaalgebaseerde helende dienste, swak bestuur en selfs wanbestuur.

- 'n Buigsame, rudimentêre verwysingsstelsel met die gemeenskap as die basiese sel vir primêre sorg kan aangemoedig word. Tans bestaan daar geen geformaliseerde skakeling tussen tradisionele helers, Westerse geneeshere en ander moderne gesondheidsorgpersoneel nie, ten spyte daarvan dat mense - soos reeds aangetoon - in die algemeen gelyktydig van beide sisteme gebruik maak. Bestaande spontane pasiëntvloei sal gerig, verbeter en moontlik geoptimaliseer moet word. Tradisionele medisyne sal aldus aan 'n groter nasionale stelsel en aan tegniese hoër vlakke van gesondheidsorg gekoppel wees.

Die voorgaande voorstelle hou op die oog af geen bedreiging vir die tradisionele gesondheidsstelsel in nie. Good *et al.* (1979:151) plaas egter 'n vraagteken agter die regulerende beheer van hierdie tipe medisyne, nie alleen omdat dit vreemd aan die wese daarvan is nie, maar ook omdat dit haas onmoontlik sou wees in die geval van die esoteriese, nie-rasionele komponente daarvan. Daarbenewens, "... regulation should be avoided so as not to drive practitioners underground" (Good *et al.* 1979:151).

#### **4.2.2 AKSIES TEN OPSIGTE VAN DIE MODERNE GESONDHEIDSORGSEKTOR**

Die volgende riglyne word deur Good *et al.* (1979:150-151) en Neumann en Lauro (1982:1819) in hierdie verband voorgestel:

- Die aantal deeltydse gesondheidswerkers moet beduidend vermeerder word (benewens die geselekteerde tradisionele helers). Dit sal ook 'n geleentheid bied om sommige van die surplus werklose persone met ten minste sekondêre skoolopleiding te akkommodeer.
- Die aantal gesondheidswerkers op die intermediêre en laer vlakke moet

beduidend vermeerder word, terwyl hulle ook vermeerderde verantwoordelikheid vir mediese sorg moet dra. Gedurende hul opleiding en in hul dienstermyn daarna moet hulle met tradisionele helers in aanraking kom. Wat hiermee beoog word, is 'n vermindering van die "... topheaviness of the modern medical hierarchy" (Good *et al.* 1979:150).

- 'n Toename in plaaslik opgeleide geneeshere: Biomediese opleidingsprogramme moet dus elemente van tradisionele medisyne insluit met die oog op die waardering van tradisionele gelowe en praktyke. Dit sal verseker dat die geneeshere op die realiteite van plaaslike kulturele norme en skaars tegnologiese hulpmiddele ingestel sal wees. Hierdie aanbeveling veronderstel die oprigting van nuwe mediese skole, selfs in kleiner state en hervormings in mediese kurrikula, afgestem op spesifieke plaaslike behoeftes. Streek-mediese opleidingsprogramme sou 'n uitbreiding van hierdie idee wees, waardeur 'n groep mediese skole van nabygeleë lande hul nagraadse mediese opleidingsprogramme saamvoeg. Good *et al.* (1979:151) voorsien dat "home-trained would be better adapted than foreign-trained, more concerned about priorities of community health care, less frustrated with the lack of technological support, less likely to be exportable and, hence, to be lost in the 'brain drain'".
- In ooreenstemming met die verbreding van die basis van die piramide van gesondheidsorgvoorsieners bestaan die behoefte aan die versigtige integrasie van verwysingsisteme op elke vlak van sorg. Good *et al.* (1979:151) visualiseer dat verwysings op vyf vlakke in 'n hiërargie sal plaasvind, afgesien van die pasiënt se familieledede wat sy eerste kontakpunt vir gesondheidsorg is:
  - die plaaslike tradisionele gesondheidsorghulppersoneel (helers/vroedvroue), na
  - die gemeenskapsverpleegkundige se helper, na
  - die verpleegkundige, mediese assistent of kliniese beampte, na
  - die algemene mediese praktisyn, en na
  - die spesialis mediese praktisyn.

Daar is geen enkele of eenvoudige benadering tot die wyse waarop tradisionele praktisyns by nasionale gesondheidsisteme betrokke moet word nie. Toegewyde en eerlike handeling deur alle betrokkenes, dus 'n kollektiewe poging, sal nodig wees om 'n gepaste beleid te genereer en te implementeer. Ten einde hierdie belangrike program van die grond af te kry, het die WGO as eerste essensiële stap wêreldwyd 'n netwerk van gespesialiseerde instellings met kundige, gemotiveerde en entoesiastiese individue daargestel wat tot programontwikkeling kan bydra. Een-en-twintig sodanige sentra is reeds op die been gebring, vyf daarvan in Afrika.

## 5. SLOTGEDAGTES

Na alle waarskynlikheid sal tradisionele helers in die "nuwe Suid-Afrika", soos elders in Afrika, 'n belangrike rol ten opsigte van nasionalistiese belange speel. Daar sal egter deeglik rekening gehou moet word met gevestigde professionele, finansiële en persoonlike belange in die wyse waarop die gesondheidsorgsisteme tans georganiseer is. Onder hierdie omstandighede sou toekomstige ontwikkelinge met betrekking tot tradisionele en moderne medisyne nie slegs op die inherente vermoëns van die twee genesingswyse kon berus nie, maar deur politieke, ekonomiese en sosiale faktore beïnvloed en bepaal kon word.

Dit wil voorkom of die tyd ryp geword het vir wysigings en wedersydse aanpassings in die dualistiese gesondheidsorgsisteme van die ontwikkelende wêreld, veral teen die agtergrond van die nypende tekort aan ekonomiese hulpbronne. Daar kan alleen gehoop word dat die nuwe rigting wat ingeslaan word bekostigbaarder, toegankliker, bereikbaarder en effektiewer gesondheidsorg tot gevolg sal hê.

*"But nothing will change unless or until those who control resources have the wisdom to venture off the beaten path of exclusive reliance on biomedicine as the only approach to health care ... In a free society, outcome will depend upon those who have the courage to try new paths and the wisdom to provide the necessary support"*(Engel 1977:135).

## NOTAS

1. Die WGO se algemene definisie vir tradisionele medisyne is ietwat aangepas vir Afrika-tradisionele medisyne deur die kwalifikasie *geskrewe oordraging* uit dié definisie weg te laat.
2. In 'n berig in die *Vrye Weekblad* van 20 Maart 1990 word beweer dat die Burgerlike Samewerkingsburo (BSB) die totstandkoming van die *SATHC* gefinansier het, sodat tradisionele helers gemeenskappe kon infiltrer en propaganda vir die regering maak. Die ontstaan van die tradisionele helers-organisasie *ANHA* is 'n direkte uitvloeisel van ontevredenheid met die *SATHC*.
3. Siekte of teenspoed word toegeskryf aan die aktiewe, doelbewuste intervensie van 'n agens, wat menslik (heks/toornaar), nie-menslik ('n gees/voorouer), of bonatuurlik ('n godheid/ander magtige wese) kan wees.

## BRONNELYS

AAKSTER C W 1986. Concepts in alternative medicine. *Social Science and Medicine* 22:265-273.

ADEMUWAGUN Z A 1979. Problem and prospect of legitimatizing and integrating aspects of traditional health care systems and methods with modern medical therapy: the Igbo Ora experience. Ademuwagun Z A *et al.* 1979:158-164.

ADEMUWAGUN Z A *et al.* 1979. *African therapeutic systems*. Waltham, Massachusetts: Crossroads Press.

AKERELE O 1987. The best of both worlds: bringing traditional medicine up to date. *Social Science and Medicine* 24(2):177-181.

ANYINAM C 1987. Availability, accessibility, acceptability, and adaptability: four attributes of African ethno-medicine. *Social Science and Medicine* 25(7):803-811.

BANNERMAN R H, BURTON J & WEN-CHIEH C (eds) 1983. *Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners*. Geneva: World Health Organization.

BENNETT F J 1986. Health revolution in Africa? *Social Science and Medicine* 22(7):737-740.

CAVENDER T 1988. The professionalization of traditional medicine in Zimbabwe. *Human Organization* 47(3):251-254.

CHAVUNDUKA G L & LAST M 1986. African medical professions today. Last M & Chavunduka G L 1986:259-269.

COE R M 1978. *Sociology of medicine*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.

DAWSON G R 1989. Human Resources Development Co-ordinator, South African Traditional Healers Council (personal discussion, 25 April).

DE BEER F E 1979. *Meerdoelige opname onder swartes in stedelike gebiede, 1978 - besoeke aan toordokters*. Pretoria: RGN.

DE VOS T J de V 1989-1990. Instituut vir Sosiale en Ekonomiese Navorsing, Universiteit van die Oranje-Vrystaat (persoonlike onderhoude).

EDITORIAL/VAN DIE REDAKSIE, 1976. Herbalists, diviners and even witchdoctors. *South African Medical Journal* 50(19):721.

EDITORIAL/VAN DIE REDAKSIE, 1982. Doctors and healers. *South African Medical Journal* 61(1):1.

ELLING R H 1981. Political economy, cultural hegemony, and mixes of traditional and modern medicine. *Social Science and Medicine* 15(A):89-99.

ELOFF C C 1988. Beplanning van navorsing. *Navorsingsbulletin* 18(4):1-6.



ENGEL G L 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286):129-135.

FARRAND D 1984. Is a combined Western and traditional health service for black patients desirable? *South African Medical Journal* 66, 17 November.

FIELD M G 1976. Comparative sociological perspectives on health systems: notes on a conceptual approach. Kleinman A M *et al.* 1976:567-587.

FOSTER G M 1983. An introduction to ethnomedicine. Bannerman R H *et al.* 1983:17-24.

GESCHIERE P & VAN WETERING W 1989. Zwarte magie in een onttoverde wereld. *Sociologische Gids* 36(3-4):150-154.

GLASSER M 1988. Accountability of anthropologists, indigenous healers and their governments: a plea for reasonable medicine. *Social Science and Medicine* 27(12):1461-1464.

GOOD C M *et al.* 1979. The interface of dual systems of health care in the developing world: toward health policy initiatives in Africa. *Social Science and Medicine* 13(D):141-154.

GREEN E C 1988. Can collaborative programs between biomedical and African indigenous health practitioners succeed? *Social Science and Medicine* 27(11):1125-1130.

GREEN E C & MAKHUBU L 1984. Traditional healers in Swaziland: toward improved co-operation between the traditional and modern health sectors. *Social Science and Medicine* 18(12):1071-1079.

HARRISON I E 1979. Traditional healers: a neglected source of health manpower. Ademuwagun Z A *et al.* 1979:197-201.

HERBST D & BRITZ P D S 1986. *Die toordokter as personeelkonsultant: 'n gevallestudie*. Pretoria: RGN.

HOLDSTOCK T L 1979. Indigenous healing in South Africa: a neglected potential. *South African Journal of Psychology* 9(3/4):118-124.

JANSEN F E 1983. The medical system as an aspect of culture and some acculturative effects of Western cross-cultural medical services. *South African Journal of Ethnology* 6(1):11-17.

KARLSSON E L & MOLOANTOA K E M 1986. The traditional healer in primary health care: yes or no? *Nursing RSA* 1(2):26-29.

KLEINMAN A M, KUNSTADTER P, ALEXANDER E R & GALE J L (eds) 1976. *Medicine in Chinese subcultures: comparative studies of health care in Chinese and other societies*. Washington, DC: US Government Printing Office.

KOUMARÉ M 1983. Traditional medicine and psychiatry in Africa. *Bannerman R H et al.* 1983:25-32.

KRIEL J R & BEUSTER D J 1977. Health and health care systems. *South African Medical Journal* 5 February:167-168.

LAST M 1986. Introduction - The professionalisation of African medicine: ambiguities and definitions. Last M & Chavunduka G L 1986:1-19.

LAST M & CHAVUNDUKA G L (eds) 1986. *The professionalisation of African medicine*. Manchester: Manchester University Press.

MacCORMACK C 1986. The articulation of Western and traditional systems of health care. Last M & Chavunduka G L 1986:151-162.

MACLEAN U & BANNERMAN R H 1982. Utilization of indigenous healers in national health delivery systems. *Social Science and Medicine* 16:1815-1816.

MANKAZANA E M 1979. A case for the traditional healer in South Africa. *South African Medical Journal* 56(1 December):1003-1007.

McCALL G J & SIMMONS J L (eds) 1969. *Issues in participant observation: a text and reader*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

MILLER N & ROCKWELL R C (eds) 1988. *AIDS in Africa. The social and policy impact*. Lewiston/ Queenston: The Edwin Mellen Press.

MKWANAZI I 1987. *Witchcraft and modern surgery*. Paper delivered at the South African Nursing Congress, Bloemfontein, July:24-45.

MORRIS B 1986. Herbalism and divination in Southern Malawi. *Social Science and Medicine* 23(4):367-377.

NEUMANN A K & LAURO P 1982. Ethnomedicine and biomedicine linking. *Social Science and Medicine* 16:1817-1824.

NGUBANE H 1981. Aspects of clinical practice and traditional organization of indigenous healers in South Africa. *Social Science and Medicine* 15B(3):361-365.

OPPONG A C K 1989. Healers in transition. *Social Science and Medicine* 28(6):605-612.

OYEBOLA D D O 1986. National medical policies in Nigeria. Last M & Chavunduka G L 1986:222-236.

PEARCE T (O) 1986. Professional interests and the creation of medical knowledge in Nigeria. Last M & Chavunduka G L 1986:237-258.

PEDERSEN D & BARUFFATI V 1989. Healers, deities, saints and doctors: elements for the analysis of medical systems. *Social Science and Medicine* 29(4):487-496.

PRESS I 1980. Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine* 14(B):45-57.

PRETORIUS E 1984. Die medisyne en samelewingskritiek. 'n Analise van die medikaliseringliteratuur. Fokus op die Sosiologie. *Acta Academica* (nuwe reeks B):34-49.

RAKOLOTA T 1990. Director, African National Healers Association (personal interview 21 May).

RAMANOHISOA C 1983. The African Region. Bannerman R H *et al.* 1983:209-221.

RAPPAPORT H 1980. The integration of scientific and traditional healing: the problem of de-mystification. Ulin P R & Segall M H 1980:81-98.

SAVAGE M T D 1986. Health. *RSA 2000* 8(1):59-67.

SCHATZMAN L & STRAUSS A L 1973. *Field research*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

SCHMIDT J J 1976. *Determining westernization/traditionalism among blacks: a methodological contribution*. Pretoria: HSRC.

SCHURINK E M 1986. Die metodologie van ongestruktureerde onderhoudvoering. *Navorsingsbulletin* 16(3):43-53.

SIMONS H J 1957. Tribal medicine: diviners and herbalists. *African Studies* 16(2):85-92.

SINGER P (ed.) 1977. *Traditional healing: new science or new colonialism?* (Essays in critique of medical anthropology.) Owerri: Conch Magazine Limited.

SLIKKERVEER L J 1982. Rural health development in Ethiopia: problems of utilization of traditional healers. *Social Science and Medicine* 16:1859-1872.

SPRING A 1980. Traditional and biomedical health care systems in Northwest Zambia: a case study of the Luvale. Ulin P R & Segall M H 1980:58-79.

STAUGARD F 1986. Traditional health care in Botswana. Last M & Chavunduka G L 1986:51-86.

STEPAN J 1983. Legal aspects. Bannerman RH *et al.* 1983:290-313.

SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). SENTRALE STATISTIEKDIENS 1981. *Bevolkingsensus 1980*. Pretoria: Die Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). SENTRALE STATISTIEKDIENS 1986. *Bevolkingsensus 1985*. Pretoria: Die Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE OORSIG. 1987. 'n Paar gelowe oor tradisionele medisyne en geneesmiddels. 13 Februarie:2.

SUNDAY TRIBUNE. 1988. Sangomas, practitioners of ethnic mumbo-jumbo or "shrinks in animal skins"? 7 August:15.

ULIN P R 1980. Introduction - Traditional healers and primary health care in Africa. Ulin P R & Segall M H 1980:1-11.

ULIN P R & SEGALL M H (eds) 1980. *Traditional health care delivery in contemporary Africa*. Syracuse University, New York: Maxwell School of Citizenship and Public Affairs.

VAN DER MERWE R B 1990. Instituut vir Sosiale en Ekonomiese Navorsing, Universiteit van die Oranje-Vrystaat (persoonlike onderhoud).

VENTER J C 1988. Verpleegdiensbestuurder, Botshabelo Hospitaal (persoonlike onderhoud 27 September).

VIDICH A J 1969. Participant observation and the collection and interpretation of data. McCall G J & Simmons J L 1969:78-89.

VRYE WEEKBLAD. 1989. Dolosgooiers, toordokters of magiese genesers. 19 Mei:10-11.

VRYE WEEKBLAD. 1990. Die BSB en die toordokters ... 20 Maart:1-2.

WALKER R (ed.) 1985. *Applied qualitative research*. Aldershot, England: Gower Publishing Company.

WARREN D M *et al.* 1982. Ghanaian national policy toward indigenous healers. *Social Science and Medicine* 16:1873-1881.

WATTS H L 1980. Some reactions to illness of urban black and Indian families in Durban. *South African Medical Journal* 12 April:589-592.

WETTE VAN DIE REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA - STRAF- EN PROSESREG. Wet op Onderdrukking van Toorkuns, Wet 3 van 1957, soos gewysig in Wysigingswet op Onderdrukking van Toorkuns, Wet 50 van 1970. Pretoria: Staatsdrukker.

WIERENGA J 1988. Tradisionele geneser: kwak of heler? *De Kat* September:50-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 1978. The promotion and development of traditional medicine. *Technical Report Series 622*. Geneva: WHO.

YODER P S 1982a. Biomedical and ethnomedical practice in rural Zaïre: contrasts and complements. *Social Science and Medicine* 16:1851-1857.

YODER P S (ed.) 1982b. *African health and healing systems: proceedings of a symposium*. Los Angeles, California: Cross Roads.

YOUNG A 1983. The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care. *Social Science and Medicine* 17(16):1205-1211.

RAAD VIR GEESTESWETENSKAPLIKE NAVORSING  
HUMAN SCIENCES RESEARCH COUNCIL

Doc : 294178

Copy : 294179



R41,00.