



M.J. Swart, G.J. van Zyl & J.A. van den Berg

'N NARRATIEWE TEOLOGIESE VERKENNING VAN NEGATIEWE KORONÊRE VATOMLEIDINGSOPERASIE- UITKOMSTE: 'N CHIRURGIESE HERMENEUTIEK

ABSTRACT

Negative outcomes of coronary bypass operations not only have an important impact on the patient and family, but also have an influence on the cardiac surgeon on many levels. Within a specific surgical context and from a tradition of faith, interwoven narratives present the possibility of an interdisciplinary conversation between medical science and theology. By following an auto-ethnographic approach, an invitation is offered to participate in sharing the surgeon's database as a new hermeneutic text. Fellow cardiac surgeons on a national level are involved by way of a Delphi research model, providing for a collective tracing of God's involvement in surgical outcomes. In a process of a reinterpretation of negative surgical outcomes, Henri Nouwen's three poles of a spiritual movement can lead to spiritual transformation. Bearing physiological barriers and lifestyles in mind, as well as God's involvement, the patient and surgeon can in a new manner reflect on possible negative outcomes following operative procedures.

Dr. M.J. Swart, Afdeling Gesondheidswetenskappe-onderwys, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein, Suid-Afrika en Mediclinic Hospitaal, Bloemfontein, Suid-Afrika. E-pos: mjswart@ktc.bfmcc.co.za

Prof. G.J. van Zyl, Dekaan Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein, Suid-Afrika. E-pos: vanzylgj@ufs.ac.za

Prof. J.A. van den Berg, Departement Praktiese Teologie, Fakulteit Teologie, Universiteit van die Vrystaat Bloemfontein, Suid-Afrika. E-pos: vdbergja@ufs.ac.za

1. INLEIDING

As die verantwoordelike chirurg het ek Mnr. N die dag voor sy groot operasie gesien en met hom oor die prosedure gesels. Al was hy 78 jaar oud, was sy simptome van so aard dat chirurgie aangedui was. Ten spyte van die tegniese uitdaging van die chirurgie het Mnr. N aanvanklik goed gedoen. In die vroeë oggendure van die Sondag na die operasie het hy skielik agteruitgegaan. Dié dag is verskeie kere onderbreek met oproepe van die intensiewe eenheid en hospitaalbesoeke. Ten spyte van meganiese asemhalingsondersteuning, drastiese aanpassing van medikasie en uiteindelik kardiaal resussitasie is die pasiënt oorlede aan respiratoriese versaking. Dié negatiewe uitkoms en verlies het 'n verskeidenheid vlakke van ervaring en betekenis tot gevolg gehad. So is dié rusdag en veronderstelde gesinstyd erg ontwrig.

In die voorafgaande outobiografiese vertelling word aspekte beklemtoon wat dui op die emosionele worsteling wat die chirurg mag ervaar in sy of haar versorging van die pasiënt. Geneeshere wat betrokke is by die afsterwe van pasiënte ervaar maklik gevoelens van verantwoordelikheid, magteloosheid en skuld (Meter & Ganzevoort 2009:14). Kardiaal chirurgie werk deurentyd met krities-siek pasiënte en hoë risiko operasies wat dié ervaring van verantwoordelikheid en magteloosheid bevestig. Sodanige belewenisse kan tot verwydering tussen chirurg en pasiënt/naasbestaande lei.

Toe sal die begripvolle naasbestaande dikwels opmerk dat die slegte verloop die wil van die Here was óf dat die pasiënt gereed was om te gaan óf dat daar 'n goeie doel agter alles is. Só 'n naasbestaande troos dan met die woorde dat ek as chirurg maar net 'n instrument in God se hande is.

Behalwe die emosionele reaksie verkry die negatiewe chirurgiese uitkoms nou ook 'n godsdienstige betekenis. Op 'n godsdienstige vlak, verduidelik Ganzevoort (2009:188; 2010:333), word die bodem van drie fundamentele aannames van die mens ná trauma ingeslaan: dat God voorsien en in beheer is; dat interpersoonlike verhoudings gebaseer is op die welwillendheid van alle mense; en dat elkeen selfwaarde in die oë van God het. Hierin lê die potensiaal vir spirituele ontwikkeling. Nouwen (1998:17) beskryf in sy werk *Reaching Out* drie bewegings wat voltooi moet word vir 'n mens om spiritueel te groei. Eerstens ervaar, in hierdie geval, die chirurg 'n rustelose verlatenheid wat moet ontwikkel tot 'n rustige afsondering ("loneliness/solitude"). Die verlatenheid vereis telkens selfondersoek. Tweedens is die chirurg aan die pasiënt, naasbestaandes, verwysende kardioloog en verpleegpersoneel 'n verduideliking verskuldig wanneer komplikasies intree. In so 'n situasie kan die chirurg vyandigheid ervaar in plaas van om as geneser 'n ruimte van gasvryheid ("hostility/hospitality")

te bied (Nouwen 1998:43). Nouwen beskryf die derde beweging van spiritualiteit, as die beweging tot God (Nouwen 1998:83). Die ontmoeting met God dra die risiko van 'n worsteling met vrae en verwyte. Dus moet die beweging ontwikkel van aanvanklike illusie na gebed ("illusion/prayer"). Dié drie aangeduide bewegings veronderstel 'n ontmoeting met God, wat as kern van spiritualiteit, die ruimte bied waarbinne 'n studie van spiritualiteit ook 'n proses van transformasie aandui (Waaïman 2002:425,455).

Met Nouwen as uitgangspunt sou dan tereg gevra kon word waar die chirurg in die prentjie pas; wat die lewenstyl en agtergrond van die sieke is en hoe om as chirurg God se betrokkenheid te beleef. Die belewenis van hoe ander chirurge uitkomst ervaar, word ook belangrik. Die konteks van chirurgiese uitkomst en die patofisiologie van koronêre vatsiekte moet by 'n tradisie van geloof gebring word. "*Postfoundationalism*" (Du Toit 2009:2) of 'n postfundamentele teologie (Müller 2008:887) is 'n benadering om te volg in die wetenskap-teologie gesprek. Dit is om markplein en kerkplein te integreer. Buitendag (2004:65) noem dat dit die taak van die teologie is om kennis te neem van natuurwetenskaplike resultate, dit te interpreteer en dan binne 'n bepaalde kulturele konteks te plaas, want beste wetenskap en beste teologie om aan God al die eer te bring, sluit mekaar nie uit nie (Veldsman 2013:2).

2. NAVORSINGSONTWERP

Binne die konteks van 'n kardiaale chirurgiepraktyk wil die chirurg die belewenis van uitkomst opnuut interpreteer en hierdeur word die veld van die hermeneutiek betree (Louw 2003:54; Osmer 2008:20). Die klem val nie soseer op nuwe kennis nie, maar op 'n individu se begrip en nuwe interpretasie van 'n kardiaale chirurgiese praktyk (Shank 2006:134).

In 'n narratiewe ontwerp kan 'n aspek van 'n persoon se lewe ondersoek word. Narratiewe gesondheid, spesifiek, kan gedefinieer word as gesondheid met 'n narratiewe aanslag om te herken, te absorbeer, te interpreteer en geraak te word deur die stories van siekte (Charon 2006:vii). Praktiese teologie wil hierdie interpretasie van menslike handeling in die lig van die Christelike tradisie doen (Ganzevoort 2006:154). Narratiewe kennis stel die individu in staat om begrip vir spesifieke ervarings te kry, nie noodwendig as 'n universele waarheid nie, maar as 'n enkele dog betekenisvolle gebeurtenis (Charon 2006:9).

Beide Waaïman (2002:7) en Schneiders (2005:6) is dit eens dat 'n studie in spiritualiteit interdisiplinêr van aard moet wees. Osmer (2008:81,162) noem as een van die take van die praktiese teoloog die interpreterende taak, wat as 'n spiritualiteit van wysheid, die kuns en die wetenskappe

betrek vir die verstaan van spesifieke situasies, ervarings en kontekste. Praktiese teologie is 'n dissipline wat op die grens van ander dissiplines fungeer en interdisiplinêre samewerking is volledig deel van die vakgebied (Dreyer 2007:46; Müller 2004:297,301).

Spesifiek is die eie-ek die fokus van ondersoek. Sodanige outo-etnografiese benadering word binne die narratiewe model beskryf (Chase 2005:660) én is verder ook 'n uitbreiding van die klassieke etnografie (Tedlock 2005:467). Ellis en Bochner (2000:739) verwys na die gedurige in- en uitsoem van 'n lens, eers op die self en dan op die verskynsel. So benadering is in pas met die spiraal van *praxis-teorie-praxis* wat eie aan die praktiese teologie is (Browning 1996:7; Müller 2004:295). Deur gebruik te maak van ingekeepte, kursief gedrukte biografiese teks word die outo-etnografiese aard beklemtoon. Outo-etnografie is juis geskik vir die ontdekking van die eie subjektiewe lewenservaring.

3. EPISTEMOLOGIE EN GELOOFWAARDIGHEID

Vir die kwantitatiewe navorser mag die subjektiewe 'n geur van wetenskaplike ongeloofwaardigheid bied? Tog, vir die navorser in 'n hedendaagse omgewing neem die betekenis van narratiewe 'n belangrike epistemologiese plek in, as 'n soeke na God se teenwoordigheid in mense se lewens (Nolte & Dreyer 2009:2). Van Huyssteen (1998:24) en Du Toit (2009:2) verwys juis na *postfoundationalism* as die epistemologiese opsie tussen die ekstreme van objektivisme en relativisme. Müller (2011a:3) redeneer dat dit belangrik is om na mense se stories te luister, want so word wie ook al, maar spesifiek die praktiese teoloog, gekonfronteer met 'n spesifieke en konkrete situasie. Die praktiese teoloog is geïnteresseerd in hierdie integrasie van die gelowige se storie met God se storie. Die klemverskuiwing van rede na ervaring is eietyds en toepaslik (Brunsdon & Lotter 2011:3).

Die kwessie is nie afstand, objektiwiteit en neutraliteit nie, maar in outo-etnografie juis nabyheid, subjektiwiteit en betrokkenheid (Tedlock 2005:467). Dit blyk dat navorsing as persoonlike narratiewe deur akademië en professionele mense veld wen, want dit dra by tot selfbegrip én sosiale begrip (Lemmer 2012:548).

4. 'N NUWE TEKS

In Desember 1967 was die ganse wêreld op hol nadat 'n chirurg van Kaapstad, Christiaan Barnard, in Groote Schuur Hospitaal vir die eerste keer ooit 'n hart mens-tot-mens oorgeplant het. Selfs ek, as negejarige, moes hierdeur geraak gewees het. Tydens 'n gespele op die plaas

het ek en my twee nefies 'n muis van 'n kat bevry. Ons verbystering ten aanskoue van die kloppende hartjie in die oop borskassie was groot.

'n Besoek 12 jaar later aan die Grootte Schuur Hospitaal in Kaapstad het 'n geweldige indruk op my as voorgraadse mediese student gemaak. Die historiese hospitaal en die indrukwekkende trappe voor die Jamesonsaal van die Universiteit van Kaapstad teen die hange van Duiwelspiek, met Tafelberg in die agtergrond, het 'n stille oortuiging by my laat posvat dat ek vorentoe self deel van dié inrigting wil wees. Dit realiseer inderdaad en ek begin in 1988 om in kardiotorakschirurgie te spesialiseer. Ek skuur skouer met van die persoonlikhede van daardie eerste hartoorplanting in Desember 1967.

My brood en botter is uit die staanspoor koronêre vatsiekte. Vroeg in my loopbaan besluit ek om noukeurig data te bewaar. Enersyds vanuit irritasie teenoor mense wat getalle willekeurig rondgooi en andersyds waarskynlik omdat ek detail belangrik ag. Só word 'n persoonlikheidstipe 'n oënskynlike las, want ek weet presies watter komplikasies intree en hoeveel pasiënte sterf. Die stryd met myself, pasiënt en God begin vroeg en word deel van my beroepslewe en dus totale lewe.

Die stryd wat die chirurg ervaar, is 'n stryd van verlatenheid en self-twyfel. Indien die chirurg hierdie gestoei met die self wil aanspreek, sal met 'n nuwe interpretasie na chirurgiese uitkomst gekyk moet word. Sodanige kennis kan tot 'n nuwe wysheid lei. Dit is 'n wysheid gebaseer op insig in die praktyk, en word *phronēsis* genoem (Waaijman 2002:517). Juis die benutting van die narratief kan tot die ontdekking van só 'n praktiese wysheid lei (Browning 1996:11; Charon 2006:vii).

'n Volledige pasiënt-databasis is opnuut ondersoek, nie net as 'n bron van natuurwetenskaplike inligting nie, maar ook as 'n teks wat smee om spirituele interpretasie. Die praktiese teoloog Browning (1996:11) beklemtoon Gadamer se aanspraak dat daar belangrike ooreenkomste is tussen die interpreterende proses, of dan hermeneutiek, en praktiese wysheid (*phronēsis*). Só 'n geskepte teks is die ondervinding en waarneming van chirurgiese uitkomst oor 12 jaar wat moet lei tot refleksie en interpretasie.

Oor die eeue heen het geneeskunde en godsdiens nou saam geloop, maar daar het 'n verdeling gekom, juis vanweë die ontwikkeling van die wetenskap (Van Erp 2009: 63). Geneeskunde en in die besonder die chirurgiese uitkomst wat ter sprake is, is 'n bron van herbesinning oor godsdiens (Van Erp 2009: 62). As ondersoek na die spirituele belewenis van 'n chirurg is die primêre doel van spiritualiteit nie om godsdienstige ervarings oor God te kry nie, maar om by 'n punt te kom waar die mens

(chirurg) die lewe (chirurgiese uitkomst) in die lig van geloof kan sien (Brümmer 2011:ix).

Oor 'n tydperk van 12 jaar is 1750 pasiënte agtereenvolgens in die Mediclinic Bloemfontein geopereer. Hierdie pasiënte moes almal 'n koronêre vatomleidingsoperasie (KVO) kry ten einde deel van dié register te kan wees. Die statistiese verwerking is deur die Departement Biostatistiek van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat gedoen. Al die operasies is deur een chirurg uitgevoer. Van die 1750 pasiënte was 1344 (76,8%) mans en 406 (23,2%) vroue. Die jongste persoon was 20 jaar oud en die oudste 87. Die mediane ouderdom vir die groep was 62 jaar. Van hulle het 122 (7,0%) 'n bykomende prosedure ondergaan.

4.1 Mortaliteit en morbiditeit

Tydens hospitalisasie is 53 (3,03%) pasiënte oorlede. Pasiënte se komorbiteite kan gebruik word om die risiko vir operatiewe sterfte te bereken. Die 1750 pasiënte se mortaliteitsrisiko as 'n groep is volgens die EuroSCORE bereken (Roques *et al.* 1999:816). Die EuroSCORE is bepaal op grond van 19030 pasiënte wat in Europese hospitale 'n hartoperasie gehad het. Alhoewel enige berekende risiko nie vir die individuele pasiënt geld nie, is dit wel aanduidend van die mate van risiko wat die groep aan blootgestel is. Individue sterf tog óf 0% óf 100%. Die verwagte mortaliteit was 3,87%. Dit gee 'n verhouding van 0,78 vir waargenome mortaliteit tot verwagte mortaliteit ("observed/expected mortality" [O/E]) wat 'n gunstige verhouding bied.

Spesifieke enkelveranderlike ontledings toon dat ouderdom 70 jaar en ouer, 'n tweede of selfs meer hartoperasie, 'n letsel van die oorsprong van die linker kroonslagaar, dringendheid, swak linker-ventrikulêre funksie, ingekorte nierfunksie, ingekorte longfunksie en 'n bykomende prosedure almal risiko's vir sterfte is na 'n KVO. Dit is almal erkende risiko-faktore vir moontlike operatiewe mortaliteit. Insiggewend is die verdere bevinding dat die verwysende kardioloog in sy of haar verwysingspatroon ook 'n impak kan hê op risiko en dus sterfte.

Na 'n stapsgewyse, logistiese regressie het vier faktore as spesifieke risikofaktore vir mortaliteit oorgebly. Die risikofaktore is die dringendheid van die operasie, ingekorte nierfunksie, 'n tweede of meer hartoperasie en 'n bykomende prosedure (Tabel 1).

TABEL 1: RELATIEWE KANSVERHOUDING VAN BEDUIDENDE RISIKOFAKTORE

Risikofaktor	OR	95% VI
Dringendheid	2,210	1,132-4,315
Nierinkorting	2,582	1,435-4,646
Heroperasie	4,308	2,318-8,004
Bykomende prosedure	7,143	3,599-14,179

OR – relatiewe kansverhouding (“odd’s ratio”); VI - vertrouensinterval

Hierdie risiko’s (Tabel 1) wat volgens die stapsgewyse logistieke regressie-metode bepaal is, kan ingespan word om die pasiëntprofiel te verander. Indien alle pasiënte wat dringend geopereer is, dié met ingekorte nierfunksie, dié wat ’n tweede hartoperasie ondergaan het en dié pasiënte met ’n bykomende prosedure, uitgesluit word, verklein die groep pasiënte tot 963. Van hierdie pasiënte is slegs sewe oorlede (0,73%) met ’n verwagte mortaliteit volgens die EuroSCORE van 2,40%.

Die tersaaklike databasis kan met ander registers van pasiënte visueel vergelyk word. Die basiese vergelyking geskied tussen die onderskeie databasisse se geïsoleerde KVO’s (Tabel 2).

TABEL 2: VERGELYKING VAN GEÏSOLEERDE* KVO MORTALITEIT MET ANDER DATABASISSE

Databasis	Jaar	Aantal pasiënte	Mortaliteit %
Plaaslik	2000-2012	1628*	2,21
EuroSCORE ¹	1998	12103	3,4
STS ²	2000-2006	774881	2,30
Japan ³	2000-2005	7133	2,72

* Die 122 pasiënte met ’n bykomende prosedure is uitgesluit

STS – Society of Thoracic Surgeons (VSA)

1 Roques et al. (1999:818).

2 Shahian et al. (2009:S5).

3 Motomura, Miyata, Tsukihara, Okada & Takamoto (2008:1869).

Postoperatiewe bloeding is die een negatiewe gevolg wat my persoonlik ontstel. Dit is ’n situasie wat deurlopend beoordeel moet word. ’n Besluit moet van oomblik tot oomblik geneem word. Elke oproep van die verpleegpersoneel wat my op hoogte moet hou, word in spanning afgewag. Menige sosiale of ontspanningsgeleentheid is al

deur so 'n situasie bederf. Dit beïnvloed ook die atmosfeer tuis. Wat die rede vir die bloeding is, wat die nodige optrede moet wees en die implikasies van watter besluit ook al geneem word, maal konstant deur my gedagtes. Die uiteindelijke hereksplorasië van die pasiënt bring, snaaks genoeg, verligting, want dan is die besluit geneem en besliste optrede volg. Ongelukkig beteken dit ook dat die teater en die personeel weer geaktiveer moet word en dit meestal na-ure.

'n Groot aantal potensiële komplikasies word geassosieer met kardiële chirurgie. Hartchirurgie is 'n ingrypende prosedure in 'n groep pasiënte wat grade van onderliggende siektes of komorbiditeite het. Vyf belangrike komplikasies oftewel major morbiditeite word in die literatuur gedefinieer. Volgens die Society of Thoracic Surgeons (Shroyer, *et al.* 2003:1857) is hierdie vyf belangrike negatiewe uitkomst die volgende: hereksplorasië vir bloeding kort na die aanvanklike operasie; verlengde duur van meganiese ventilasie; nierinkorting wat ná chirurgie intree; beroerte wat blywend is; en herhegting van die borsbeen.

Afgesien van die 53 sterftes het 'n verdere 91 pasiënte een of meer major komplikasie gehad. Bykans 92% van pasiënte het die hospitaal sonder mortaliteit of major morbiditeit verlaat. Ook dié uitkomst van major morbiditeite weeg visueel baie gunstig met twee ander internasionale databasisse. Sommige pasiënte het meer as een en tot soveel as drie belangrike komplikasies gehad. Die impak op sterfte in die hospitaal van pasiënte met geen komplikasie teenoor pasiënte met een of meer komplikasie is duidelik (Tabel 3). Pasiënte sonder enige belangrike komplikasie se mortaliteit was slegs 1,0%. Agtien persent van die pasiënte met een komplikasie is oorlede teenoor die helfte van die met twee of meer komplikasies.

TABEL 3: PASIËNTE MET GEASSOSIEERDE BELANGRIKE KOMPLIKASIES

Aantal pasiënte	met major komplikasies	Mortaliteit
94	enkel	17 (18,1%)
23	dubbel	12 (52,2%)
5	trippel	2 (40,0%)
1623*	geen	17 (1,0%)

*'n Bykomende vyf pasiënte is reeds in teater oorlede en het dus ook nie major komplikasies gehad nie.

Die eie pasiëntdatabasis is volledig ontleed. 'n Vergelyking met ander databasisse plaas die uitkomst ook in 'n wêreldkonteks. Die bevinding dat resultate ten opsigte van mortaliteit en morbiditeit goed vergelykbaar is met groot reekse regoor die wêreld is belangrik vir selfwaarde. Die duidelike

korrelasie tussen pasiëntrisiko en sterfte asook die gevolge van komplikasies (Tabel 3) bevestig die pasiënt as 'n risikofaktor. Uit dié universele fisiologiese vermoëns van die liggaam sou afgelei kan word dat fisiologiese grense as skeppingswil bestaan. Dié bevinding dra by tot 'n hermeneutiese begrip wat fokus op 'n nuwe spirituele wysheid vir die chirurg.

5. 'N RUIMTE VIR GASVRYHEID

Ek was vroeg blootgestel aan 'n gesonde leefwyse. My ouers het gewoon deur voorbeeld gelei. Nie een van hulle het gerook nie. Die enigste alkohol wat ek geken het, was my ma se een glasië wyn per geleentheid aan tafel. Ek het grootgeword met die gebruik dat die gesin vir ten minste twee gekookte etes per dag aansit. Lekkergoed was beperk tot "een" na aandete. Afgesien van eet was die etenstafel ook die kuierplek, waar verwagtings of gebeure gedeel is. My ma was self verantwoordelik vir die voorbereiding van etes. Soggens was dit gekookte pap en 'n snytjie brood. 'n Vleis, 'n stylsel, groente en slaai was die basiese dieet saans. As jong kinders moes ons ook 'n glasië melk aan die etenstafel drink. Soms was ons wel verras met iets te ete langs die see by 'n destydse padkafée, of 'n Sondagmiddagmaal in 'n hotel.

Ek het die skool verlaat voordat televisie deel van ons samelewing geword het. Ons kon nog as kinders buite speel en het met fietse laerskool toe of na maats toe gery. Op hoërskool moes ek smiddae met twee busse ry en het dan die kilometer van die bushalte huis toe gestap. My pa het, sonder dat dit mode was, gereeld geoefen. Op 'n stadion het hy selfs as dosent per fiets universiteit toe gery.

As volwassene met 'n begripvolle eggenote is die gebruik in ons gesin steeds gekookte kos en aansit-etes. Wegneem-etes is die uitsondering en moet aangename assosiasies hê. Saam met die kinders het ek 'n hele aantal Midmarmyle (oopwaterswem) voltooi. In retrospek besef ek egter ek was wel, wat sonblootstelling betref, onverantwoordelik.

Gesonde eetgewoontes, 'n ingesteldheid op oefening en geen rook nie word aanvaar as die basis van 'n gesonde leefstyl en kan lewensverwachting verbeter (Walker & Walker 2004:826). Voeg nog daarby voldoende slaap van sewe tot agt uur per nag, en die mortaliteit toegeskryf aan kanker en kardiovaskulêre siektes (KVS) kan tot met die helfte afneem vergeleke met die deursnee bevolking (Enstrom 1989:1807).

Ten spyte van wat bekend is as 'n gesonde leefstyl en spesifiek die risikofaktore vir KVS, word mense steeds siek. Christelike spiritualiteit aanvaar dat daar nie 'n enkele model van oorsaak is wat op elke siektetoestand van

toepassing is nie (Waaijman 2002:91). Om met pasiënte te doen te kry wat ooglopend nie gehou het by gesonde gewoontes nie, kan maklik verwyte meebring (Charon 2006:22). Dié ingesteldheid is veral van toepassing op die pasiënt wat 'n slegte verloop het na chirurgie. Wanneer die chirurg se eie hart dan gevul is met onder meer bekommernisse en selfs verwyte, dan is daar nie plek vir die pasiënt-mens nie (Nouwen 1998:77). Só 'n vyandigheid ("hostility") moet vorder na gasvryheid ("hospitality") wat neerkom op die skep van 'n ruimte vir die vreemdeling-pasiënt (Nouwen 1998:49). Deur na die oorsake van koronêre vatsiekte te kyk, kan begrip vir die pasiënt ontwikkel word.

Koronêre vatsiekte word beskou as 'n degeneratiewe, ouderdoms- verwante siekte. Die ontstaan van koronêre vatsiekte word sterk beïnvloed deur 'n genetiese geneigdheid en omgewingsfaktore en/of leefstyl (Khan *et al.* 2005:1036). Die positiewe invloed van godsdiens/spiritualiteit op leefstyl (en dus risiko vir koronêre vatsiekte) is breedvoerig in 'n oorsigsartikel wat 3200 artikels betrek het, beskryf (Lucchese & Koenig 2013:115). Leefstyl bly grootliks 'n lewenskeuse.

Individue dra egter reeds *in utero* die las van invloede waaroor hulle nie beheer het nie. Die fetale oorsprong-hipotese, ook bekend as die Barker Hipotese (Bihl 2003:757), stel dat fetale ondervoeding in die middel tot laat trimester van swangerskap tot oneweredige fetale groei lei en dit programmeer toekomstige KVS (Barker 1995a:171). Die leefstylpatroon van die latere volwassene dra dan verder by tot die aanvanklike intra-uteriene skade (Barker 1995b:420). Dit is egter nie net ondervoeding tydens fetale ontwikkeling wat belangrik is nie, maar ook maternale óórvoeding. Die *in utero* omgewing wat deur obesiteit en hiperglisemie geskep word, is negatief vir die ontwikkelende fetus (Eriksson *et al.* 1999:431).

Pasiënte se swak leefstyl, en gevolglik ongesondheid, is 'n bron van frustrasie wat tot moedeloosheid en verwyte, selfs vyandigheid jeens die pasiënt kan lei. Die nalees was nie soseer gedoen om die oorsaak van KVS te bepaal nie, maar om as deel van die spirituele ervaring te groei in 'n goeie verhouding met die pasiënt. Die chirurg behoort begrip te hê vir die rol wat leefstylkeuse en buite-invloede op die ontwikkeling van KVS speel.

6. 'N BEPEINSING OOR GOD SE BETROKKENHEID BY SIEKTE

Ek was bevoorreg om as kind in die huis van gelowige ouers groot te word. As voorskoolse kind het my ma saans voor slaap tyd uit die Kinderbybel gelees en in 'n eenvoudige kindergebed voorgedaan. Later het my pa huisgodsdiens geleel. Kerk toe gaan, Sondagskool en later kategese was bloot deel van die week se roetine.

Eers veel later as volwassene het ek besef dit is nie godslasterlik om te aanvaar dat die Genesisverhaal voor hoofstuk 12 in die Bybel eintlik prehistories is en nie noodwendig akkuraat is nie (Van der Watt 2003:79); of dat Jona in die vis nie 'n feitlike verhaal hoef te wees nie, maar dalk net 'n voorbeeldvertelling is, soortgelyk aan die gelykenis van die Verlore Seun (Deist 1981:6). Om te vra, is nie om te twyfel nie (Müller 2011b:36).

Die gelowige kan nie anders as om ook oor God se betrokkenheid by siekte te wonder nie. Dit is nie net die vraag van die pasiënt nie. Die chirurg soek ook na God se hand in sy of haar praktykvoering en dan veral in die uitkomst – goed of sleg.

Die mediese wetenskap het in verskeie kwantitatiewe eksperimente interessiegebed as terapie ingespan (Roberts *et al.* 2009:2), maar het bepaal dit dra nie by tot genesing nie. Wanneer na robuuste uitkomst soos mortaliteit en morbiditeit gesoek word, dan klop die Bybel se beloftes van gebedsverhoring nie vir die chirurg in sy of haar waarneming van negatiewe chirurgiese uitkomst nie. Studies wat kwalitatiewe uitkomst meet, kan wel verskillende resultate aantoon, spesifiek by KVO pasiënte wat in hulle herstelproses teruggeval het op gebed (Ai *et al.* 2010:806). Die implikasie van dié navorsers se bevindinge is dat die invloed van godsdienstige faktore onafhanklik en kompleks is (Ai *et al.* 2010:798).

Pembroke (2007:343) is egter korrek in sy waarskuwing dat godsdiens nie goedsmoeds as terapie ingespan kan word nie. Jantos en Kiat (2007:S58) is ondersteunend in dié verband, en wys verder daarop dat nie alle aspekte van gebed ondersoek kan word nie. Godsdiens is 'n eindpunt op sigself en kan nie aangewend word as 'n manier om 'n ander eindpunt, soos fisieke genesing, te bereik nie (Pembroke 2007:345).

Suksesvolle uitkoms na gebed sal bepaal word deur die verwagtings van gebed. Die hoop wat die gelowige het, moet dus eintlik weer gedefinieer word. Dalk moet tussen genesing en heling onderskei word. Heling is nie ingestel op vinnige biomediese genesing nie, maar neem die gebrokenheid van die totale mens in ag en fokus dan op die geheel van die mens (Müller & Putter 2006:120). Die verskillende Griekse woorde waaruit genesing vertaal word, bevestig die omvattende aard van genesing (Du Plessis 2013:4). Net in die bekende perikoop van Jakobus 5:13-18 rondom gebed en genesing word drie verskillende Griekse werkwoorde ingespan (Wilkinson 1980:149). Daarom behoort die chirurg en pasiënt tydens siekte ook ingestel te wees op 'n verskeidenheid genesings en dus verhoring van gebed:

- God voorsien ten tye van siekte ook die krag om die siekte te hanteer (Maybery 2010:150; Kushner 1982:134). Gebed kan bydra tot angsverligting voor die operasie (Schroder 2011:278).

- Persoonlike groei oor die langtermyn is moontlik na ernstige siekte (Ai *et al.* 2013:195). Dit impliseer ook 'n nuwe ingesteldheid teenoor verkeerde leefstylkeuses.
- Ondersteuning deur 'n (geloofs) gemeenskap behoort elkeen bewus te maak van God se handeling deur ander (Dunlap 2012:38). Die bidder ontvang nie noodwendig 'n wonderwerk nie, maar kan dalk 'n omgeenaste ontmoet (Kushner 1982:138). So 'n besorgde naaste sluit aan by God se dubbele handeling (Conradie 2013:209).
- Wanneer pasiënte met die dood gekonfronteer word, soos aan die einde van lewe, dan verskuif prioriteite en is pynverligting en vrede met God die belangrikste verwagting (Steinhauser *et al.* 2000:2481). Dit is heling te midde van sterfte.
- Siekte dien as 'n eskatologiese herinnering aan volmaakte gesondheid (*soteria*) eendag (Du Plessis 2013:6).

Genesing volg nie op die belofte, of die gebed, of die geloof nie. So maklik kan dié sake eintlik bygeloof word. God self genees op 'n biomediese vlak soos bepaal deur sy skeppingswil en nie noodwendig op 'n *ad hoc* intervensionele manier nie. God is nie die beperkende faktor nie, die beperking is die liggaam self, wat die chirurg elke keer met die fisiologiese grense konfronteer. Dié fisiologiese beperking (*cf.* paragraaf 4), word verder deur leefstyl (*cf.* paragraaf 5) beïnvloed wat in Arminiaanse terme 'n vrye keuse is (König 2002:57–58). Maar, God genees wel ook op 'n verhoudingsvlak soos gewil deur God se liefde vir ons en die verhouding wat God met die mens wil bou. Die skepping is voltooï (en die fisiologie is bepaal), maar nou, in die sabbatstyd, rus God nie, maar soek Hy gemeenskap met gelowiges deur hulle gebede.

Brümmer beredeneer breedvoerig die kwessie van hoe God in die algemeen optree. Sy gevolgtrekking geld ook vir die genesing wat volg op gebed na hartchirurgie:

Ons kan tot die slotsom kom dat dit 'n samehangende redenasie is om te beweer dat God binne die natuurlike orde én deur vrye handelinge van mense kan handel sonder om die natuurlike orde of vrye handeling van mense te skend, en sonder om sy oneindige vermoë om toereikend op ons te reageer uit te put. God antwoord gebede deur moontlike gebeurtenisse binne die natuurlike orde tot stand te bring en deur aan mense die kennis, die vermoë en die motivering te gee om sy doelwitte te bereik (Brümmer 2011:83).

7. 'N GEDEELDE SPIRITUALITEIT

Aangesien hierdie narratiewe refleksie ook 'n stuk self-pastoraat inhou, is eweknieë ingespan om aan die storie deel te neem (De Beer & Müller 2009:1). Ellis en Bochner (2000:742) asook Chase (2005:660) wys daarop dat dit soms eie is aan outo-etnografie om ervarings met mekaar te deel om dan elkeen sy of haar eie weergawe neer te skryf. Hierdie variasie sou ook as samewerkende ("collaborative") outo-etnografie beskryf kon word (Ngunjiri, Hernandez & Chang 2010:6). In die soeke na 'n meganisme om ervarings te deel, is op die tegniek alombekend as die Delphi besluit. Vir dié spesifieke studie is 'n Delphi gevolg wat ooreenkomste toon met wat beskryf sou kon word as 'n beleids-Delphi (De Villiers, De Villiers & Kent 2005:639). Die doel van die beleids-Delphi is nie besluitneming nie, maar 'n soeke na ondersteunende inligting en verheldering.

Kardiale chirurge (85 lede) van die *Society of Cardiothoracic Surgeons of South Africa* is elektronies uitgenooi om deel te neem aan die projek. Die versoek was om chirurge met 'n Christelike wêreldbeskouing te betrek. Agt kardiale chirurge het ingestem om deel te wees van die gesprek. Sewe van die betrokke kollegas het enduit oor drie rondtes deelgeneem. Daar was ook vier chirurge wat vriendelike reageer het, maar vanweë "ander" spiritualiteitsieninge nie verder betrokke was nie. 'n Gestruktureerde vraelys met verwagte oopeinde-antwoorde is elektronies aan die chirurge gestuur. Die doel van die gesprekke was om refleksies oor bepaalde spirituele belewenisse binne 'n kardiale praktyk te fasiliteer.

Dit was opvallend dat die mede-navorsers ook negatiewe uitkomstesleg ervaar; dat gesinne 'n belangrike ondersteunende rol speel; dat elkeen bewus is van die bydraende invloed van komorbiditeite en dat elkeen van die chirurge as 'n sekulêre spiritualiteit, uitstappies in die natuur geniet. Tydens die Delphi ondersoek is die navorser se spirituele belewenis verder verryk met vroeë rondom geloofsgenesing, wonderwerke en uitkomstes ten opsigte van gelowige pasiënte en gelowige chirurge teenoor ongelowige pasiënte en ongelowige chirurge. Die medenavorsers het deurentyd grootliks na genesing in 'n biomediese of fisieke konteks verwys.

In die Delphi-ondervraging was daar nie 'n spesifieke vraag rondom godsbeeld nie. 'n Vraag rondom statistiese uitkomstes het wel die deelnemers uitgelok om iets van God se handeling ná KVO te verduidelik. Sinsnedes wat na die beeld of handeling van God verwys, is uit die respondente se antwoorde gehaal om beelde van God saam te stel. Daar was die bekende beelde wat vertrou inboesem: soos 'n liefdevolle God of 'n God wat die beste weet. Die verwysings is grootliks tipiese persoonlike, teïstiese godsbeelde. Daar was beelde wat teologiese implikasies het: alles is in God se hande; God besluit oor alles; God is

in beheer; die chirurg is maar net 'n instrument – tipiese deterministiese godsbeelde. Mede-chirurge se verlange dat God sommer net sal ingryp (intervensie) hou nie noodwendig rekening met God se handelinge binne natuurwette en menslike vryheid nie. Laastens was daar ook beelde wat belangrik was vir die spirituele belewenis van die navorser: die totale skepping as sulks moet as 'n wonderwerk gesien word; die ontwikkeling van die mediese wetenskap is deel van God se liefde om mense te genees (biomedies); God se bemoeienis met die mens deur die Heilige Gees is dié intervensie van God wat belangrik is.

In my eie spirituele groei het ek behalwe blootstelling aan die praktyk ook in die volgende teologiese perspektiewe betekenis gevind (waar nodig sluit ek ook die formele akademiese verwysing in as deel van die persoonlike narratief): Ek het spirituele berusting ervaar deur self 'n denksprong van teïsme na teopasgitisme te maak (Louw 2003:52). Die idee dat God nie noodwendig die kwaad wil nie, maar self daaronder ly, het ek nie by een van die chirurge opgemerk nie. Jesus se sterfte aan die kruis is die laagtepunt van God se lyding. Nou kan God se verlatenheid, God se weerloosheid en God se swakheid as troos vir elke mens wat deur pyn en lyding gaan, dien (Louw 2000:27). Dit beteken wel 'n benaderingsverandering, van almagtigheid (“omnipotence”) na 'n weerloosheid, maar God se mag lê juis in die (oorweldigende) liefdevolle verhouding wat God met mense wil skep (Louw 2003:52–53).

8. TERUG NA DIE BEGIN

Mnr. N se simptome het duidelik verband gehou met linker en regter hartversaking. Hy het reeds 'n vorige KVO ondergaan. Hy moes nou 'n tweede KVO kry aangesien daar uitbreiding van die koronêre vatsiekte was. Terselfde tyd moes die vernoude aortaklep van sy hart ook vervang word. Veertien verskillende medikasies was voorgeskryf vir onder andere hoë bloeddruk, suikersiekte en bloedverdunding vir atriale fibrillasie. Boonop was die bloeddruk van sy longsirkulasie verhoog. 'n Beenmurg biopsie was verdag van 'n sluimerende bloedsiekte.

Mnr. N se onderliggende risiko's het sy fisiologiese grense getoets.

Mnr. N was erg oorgewig. Hy het tot onlangs gerook en het sy ganse lewe 'n sittende leefstyl gevoer. Hy het ook op 'n daaglikse basis alkohol gebruik. Die pasiënt was 'n hoë risiko vir operatiewe sterfte, maar hy het ingestem tot die chirurgie wat deur die ondersoekende kardioloog aangebied is.

Dit is 'n leefstyl van keuse. Uit verdere eie vrye keuse het Mnr. N hom laat ondersoek, laat verwys vir chirurgie en die operasie met die geassosieerde risiko's aanvaar.

Tog sal die begripvolle naasbestaande dikwels opmerk dat die slegte verloop die wil van die Here was óf dat die pasiënt gereed was om te gaan óf dat daar 'n goeie doel agter alles is. Só 'n naasbestaande troos dan met die woorde dat ek as chirurg, maar net 'n instrument in God se hande is (cf. paragraaf 1).

Indien die naasbestaandes van Mnr N van mening is dat alles die wil van die Here is, kan hulle daarin berus. Nie dat God siekte en sterfte vir die mens begeer nie, maar kragtens God se skeppingswil is daar fisiologiese beperkings. Deur genade het die mens oor tyd hierdie fisiologie beter verstaan en die mediese wetenskap aangewend om patologie se verloop te verander. Dat Mnr. N gereed was om dood te gaan, beteken dat Mnr. N 'n lang en sinvolle lewe gehad het en volgens sy geliefdes het hy in 'n verhouding met God geleef. Die goeie doel agter alles is die verhouding wat God met die mens verlang en dat die mens dan die verhouding sal uitleef na ander. Siekte moet altyd genesing meebring - nie soseer (net) fisiek nie, maar in die ryke verskeidenheid wat heling impliseer. Nie net die chirurg nie, maar al die gesondheidspersoneel, wat betrokke was, het na die beste van hulle vermoë opgetree, nie as instrumente nie, maar as volwaardige dubbele agente met eie, vrye keuses en vermoëns.

9. SAMEVATTING

Die kardiaale chirurg se twyfel in gevalle van negatiewe uitkomst, wat dalk op die chirurg self kan reflekteer; die teleurstelling in siek pasiënte; en die bepeinsing oor God se betrokkenheid dui telkens op innerlike konflik wat skeiding kan bring. Die pole van negatiewiteit hoef nie langer ontken te word nie, maar deur erkenning en begrip kan keer op keer na die positiewe beweeg word (Nouwen 1998:127).

Siekte is nie maar net bloot die ontydige intervensie van God nie, maar siekte en fisiologiese grense is gewoon deel van die skeppingsorde. Dié stuk praktiese wysheid verteenwoordig 'n transformasie in God se skepping (Waaijman 2002:425,930). Die verval in verlatenheid ("loneliness"), vyandigheid ("hostility") of illusie ("illusion") en die beweeg na 'n positiewe afsondering ("solitude"), gasvryheid ("hospitality") en gebed ("prayer") is daardie ritmiese beweging tussen die spiritualiteitspole van Nouwen, maar aldus Waaijman (2002:425,930), 'n gedurige transformasie, van misvorming tot herskepping. Die chirurg moet 'n oop hart hê vir die pasiënt in sy of haar ellende. Sonder verwyf bied die barmhartige Samaritaan van Lukas 10:30-37

gasvryheid vir die ongelukkige reisiger aan. 'n Transformasie in liefde (Waaijman 2002:425,930) vra dat die chirurg deursigtig moet wees vir die liefde van God. Die laaste stadium of laag van transformasie is die transformasie in heerlijkheid. Die kardiaale chirurg is dikwels in kontak met kritiek siek pasiënte en die dood. Die chirurg word gereeld aan sy of haar eie broosheid herinner en is elke dag bewus van die moontlikheid van onderliggende gevreesde siektes. Maar, die besef dat 'n groter heerlijkheid op die gelowige wag, bied troos.

Die spirituele belewenis van 'n kardiaale chirurg is as 'n outo-etnografiese narratief ondersoek. Deur die kennis en praktiese wysheid wat bekom is uit die pasiëntdata, tesame met die patofisiologie van koronêrevatsiekte, glo die chirurg dat God deur skepping by elke KVO-pasiënt betrokke is. Die herbesinning van 'n bepaalde godsbeskouing bied die teologiese oortuiging van God se soeke na 'n verhouding met elke KVO-pasiënt. God se teenwoordigheid kán by die siekbed en in die chirurgiese teater beleef word as 'n geloofservaring. Dit is 'n insig wat nie oornag gekom het nie, maar 'n wysheid wat oor tyd ontwikkel het – langs 'n lewenspad, oor 'n loopbaan en deur 'n studietydperk. Geloofservarings wissel van persoon tot persoon. Vir 'n kardiaale chirurg het die geloofsbelewenis gepaard gegaan met die teleurstelling van negatiewe chirurgiese uitkomstes sodat die vreugde van die verre meerderheid goeie uitkomstes ook aan God toegeskryf kan word. 'n Tradisie van geloof binne 'n gegewe konteks bied 'n nuwe interpretasie van geloof wat dinamies en lewend is. Geloof is nie 'n argument nie, maar 'n verhouding.

BIBLIOGRAFIE

- AI, A.L., HALL, D., PARGAMENT, K. & TICE, T.N.
2013. Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavioural Medicine* 36:186-198.
- AI, A.L., LADD, K.L., PETERSON, C., COOK, C.A., SHEARER, M. & KOENIG, H.G.
2010. Long-term adjustment after surviving open heart surgery: The effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. *The Gerontologist* 50(6):798-809.
- BARKER, D.J.P.
1995a. Fetal origins of coronary heart disease. *British Medical Journal* 311:171-174.
1995b. Intrauterine programming of adult disease. *Molecular Medicine Today* 1(9):418-423.

BIHL, G.R.

2003. Intrauterine growth and disease in later life – Barker and beyond. *South African Medical Journal* 93(10):757-760.

BROWNING, D.S.

1996. *A fundamental practical theology: Descriptive and strategic proposals*. Minneapolis: Fortress Press.

BRÜMMER, V.

2011. *Wat doen ons wanneer ons bid? Oor die aard van gebed en geloof*. Wellington: Bybel-Media.

BRUNSDON, A.R. & LOTTER, G.A.

2011. Outo-etnografie as selfhulp vir predikante met bedieningsmoegheid: Verkennende opmerkings. *Verbum et Ecclesia* 32(1), Art. #465, 7 bladsye. DOI: 10.4102/ve.v32i1.465.

BUITENDAG, J.

2004. "Genes я us" – of juis nie? Oor determinisme en voluntarisme by die mens met verwysing na homoseksualiteit. *Hervormde Teologiese Studies* 60(1-2):61-81. DOI: 10.4102/hts.v65i1.272

CHARON, R.

2006. *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.

CHASE, S.E.

2005. Narrative inquiry. Multiple lenses, approaches, voices. In: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd Edition. (Thousand Oaks: SAGE) pp. 651-679.

CONRADIE, E.M.

2013. *Lewend en kragtig? In gesprek oor ... God se handeling in die wêreld*. 2^{de} Druk. Wellington: Bybel-Media.

DE BEER, S. & MÜLLER, J.

2009. Using stories to assist storytelling in a pastoral setting: Four female pastors in dialogue with Mary Magdalene. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies* 65(1), Art. #149, 5 pages. DOI: 10.4102/hts.v65i1.149.

DE VILLIERS, M.R., DE VILLIERS, P.J.T. & KENT, A.P.

2005. The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher* 27(7):639-643.

DEIST, F.

1981. *Die God van Jona*. Kaapstad: Tafelberg.

DREYER, J.S.

2007. The national policy on religion and education in South Africa: Reflections from a public practical theology. *Practical Theology in South Africa* 22(2):40-60.

- DU PLESSIS, A.L.**
2013. Meditasie: Bybelgefundeerd of 'n vermenging van gelowe? 'n Pastorale ondersoek. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies* 69(2), Art. #1245, 8 bladsye. <http://dx.doi.org/10.4102/hts.v69i2.1245>.
- DU TOIT, C.W.**
2009. Towards a new natural theology based on horizontal transcendence. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies* 65(1), Art. #186, 8 pages. DOI:10.4102/hts.v65i1.186.
- DUNLAP, S.J.**
2012. Healing. In: B.J. Miller-McLemore (ed.), *The Wiley-Blackwell Companion to Practical Theology*, (West Sussex: Blackwell Publishing), pp. 32-41
- ELLIS, C. & BOCHNER, A.P.**
2000. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. Researcher as subject. In: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *The SAGE handbook of qualitative research*. 2nd Edition. Thousand Oaks: SAGE, pp. 733-768.
- ENSTROM, J.E.**
1989. Health practices and cancer mortality among active California Mormons. *Journal of the National Cancer Institute* 81(23):1807-1814.
- ERIKSSON, J.G., FORSÉN, T., TUOMILEHTO, J., WINTER, P.D., OSMOND, C. & BARKER, D.J.P.**
1999. Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: Longitudinal study. *British Medical Journal* 318:427-431.
- GANZEVOORT, R.R.**
2006. *De hand van God en andere verhalen. Over veelkleurige vroomheid en botsende beelden*. Zoetermeer: Meinema.
2009. All things work together for good? Theodicy and post-traumatic spirituality. In: W. Gräb & L. Charbonnier (eds.), *Secularization theories, religious identity, and practical theology*, (Münster: LIT-Verlag), pp. 183-192
2010. Minding the wisdom of ages: Narrative approaches in pastoral care for the elderly. *Practical Theology* (3):331-340.
- JANTOS, M. & KIAT, H.**
2007. Prayer as medicine: how much have we learned? *Medical Journal of Australia* 186(10 Supplement): S51-S53.
- KHAN, O.A., CHAU, R., BERTRAM, C., HANSON, M.A. & OHRI, S.K.**
2005. Fetal origins of coronary heart disease – implications for cardiothoracic surgery? *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 27:1036-1042.
- KÖNIG, A.**
2002. *God, waarom lyk die wêreld so? Kan ons sê: "God is in beheer"?* 2^{de} Druk. Wellington: Lux Verbi.BM.

KUSHNER, H.S.

1982. *When bad things happen to good people*. London: Pan Books.

LEMMER, E.

2012. Konstruering van die akademiese *habitus*: 'n analitiese outo-etnografie van 25 jaar in die akademiese wêreld. *LitNet Akademies* 9(3):548-579.

LOUW, D.J.

2000. *Meaning in suffering. A Theological Reflection on the Cross and the Resurrection for Pastoral Care and Counseling*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

2003. The paradigmatic revolution in practical and pastoral theology: from metaphysics (sub-stantial thinking) to empirism (experiential thinking); from theism to theopaschitism (hermeneutical thinking). *Practical Theology in SA* 18(2):33-57.

LUCCHESI, F.A. & KOENIG, H.G.

2013. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* 28(1):103-128.

MAYBERY, R.J.

2010. Physical healing in the context of pastoral theology. Unpublished PhD thesis. Bloemfontein: University of the Free State.

METER, R. & GANZEVOORT, R.R.

2009. De arts in balans. [Online] Retrieved from: www.ruardganzevoort.nl/pdf/2009_Arts_in_balans.pdf [2013, 10 September].

MOTOMURA, N., MIYATA, H., TSUKIHARA, H., OKADA, M. & TAKAMOTO, S.

2008. First report on 30 day and operative mortality in risk model of isolated coronary artery bypass grafting in Japan. *Annals of Thoracic Surgery* 86:1866-1872.

MÜLLER, J.C.

2004. HIV/AIDS, narrative practical theology, and postfoundationalism: The emergence of a new story. *Hervormde Teologiese Studies* 60(1&2):293-306.

2008. Postfundamentele teologie. In F.M. Gaum, A.A. Boesak & W.J. Botha, (reds.), *Christelike Kern-Ensiklopedie*, (Wellington: Lux Verbi.BM), pp. 887-888 .

2011a. Postfoundational practical theology for a time of transition. *HTS Teologiese studies/Theological Studies* 67(1) Art. #837, 5 pages. DOI: 10.4102/hts.v67i1.837

2011b. *Om te mag twyfel*. Kaapstad: Tafelberg.

MÜLLER, J.C. & PUTTER, J.

2006. Diskoerse oor heling in 'n narratief-pastorale benadering. *In die Skriflig* 40(1):117-129.

- NGUNJIRI, F.W., HERNANDEZ, K-A.C. & CHANG, H.
2010. Living autoethnography: Connecting life and research [Editorial]. *Journal of Research Practice* 6(1), Article E1. [Online] Retrieved from: <http://jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/241/210> [2013, 22 Maart].
- NOLTE, S.P. & DREYER, Y.
2009. Intrapersoonlike transformasie by pastors – die paradoks van emosionele verwonding as bron tot genesing. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies* 65(1), Art. #146, 9 bladsye. DOI: 10.4102/hts.v65i1.146.
- NOUWEN, H.J.M.
1998. *Reaching out*. Great Britain: Fount Paperbacks.
- OSMER, R.
2008. *Practical theology. An introduction*. Grand Rapids, Michigan: Wm. B. Eerdmans.
- PEMBROKE, N.
2007. Spiritual care by physicians: Maintaining the integrity of religion and finding an appropriate form. In: W. Gräß & L. Charbonnier (ed.), *Secularization theories, religious identity and practical theology*, (Berlin: Lit Verlag), pp. 343-349.
- ROBERTS, L., AHMED, I., HALL, S. & DAVISON, A.
2009. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 2. Art. No.: CD000368. DOI: 10.1002/14651858.CD000368.pub3.
- ROQUES, F., NASHEF, S.A.M., MICHEL, P., GAUDUCHEAU, E., DE VINCENTIIS, C., BAUDET, E., CORTINA, J., DAVID, M., FAINCNEY, A., GABRIELLE, F., GAMS, E., HARJULA, A., JONES, M.T., PINTOR, P.P., SALAMON, R. & THULIN, L.
1999. Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the EuroSCORE multinational database of 19030 patients. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 15:816-823.
- SCHNEIDERS, S.M.
2005. The study of Christian spirituality. Contours and dynamics of a discipline. In: E.A. Dreyer & M.S. Burrows (eds.), *Minding the Spirit. The study of Christian spirituality*, (Baltimore: The Johns Hopkins University Press), pp. 5-24.
- SHAHIAN, D.M., O'BRIEN, S.M., FILARDO, G., FERRARIS, V.A., HAAN, C.K., RICH, J.B., NORMAND, S-L.T., DELONG, E.R., SHEWAN, C.M., DOKHOLYAN, R.S., PETERSON, E.D., EDWARDS, F.H. & ANDERSON, R.P.
2009. The society of Thoracic surgeons 2008 cardiac surgery risk models. *Annals of Thoracic Surgery* (Supplement) 88(1):S1-S62.
- SHANK, G.D.
2006. *Qualitative research. A personal skills approach*. 2nd Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson/Merrill Prentice Hall.

- Swart, Van Zyl & Van den Berg 'n Narratiewe teologiese verkenning
- SCHRODER, D.M.
2011. Presidential address: Can prayer help surgery? *American Journal of Surgery* 201:275-278.
- SHROYER, A.L.W., COOMBS, L.P., PETERSON, E.D., EIKEN, M.C., DELONG, E.R., CHEN, A., FERGUSON, T.B., GROVER, F.L. & EDWARDS, F.H.
2003. The society of Thoracic surgeons: 30-day operative mortality and morbidity risk models. *Annals of Thoracic Surgery* 75:1856-1865.
- STEINHAUSER, K.E., CHRISTAKIS, N.A., CLIPP, E.C., MCNEILLY, M., MCINTYRE, L. & TULSKY, J.A.
2000. Factors considered important at the end of life by patients, family physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association* 284(19):2476-2482.
- TEDLOCK, B.
2005. The observation of participation and the emergence of public ethnography. In: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd Edition, (Thousand Oaks: SAGE), pp. 467-482.
- VAN DER WATT, J. (RED.)
2003. *Die Bybel A-Z*. Vereeniging: Christelike Uitgewersmaatskappy.
- VAN ERP, S.A.J.
2009. Diagnosing hidden religion in medicine: Health, illness, and the politics of hope. In: P. Twohig & V. Kalitzkus (eds), *Making sense of health, illness and disease*, (Amsterdam: Rodopi), pp. 59-74.
- VAN HUYSSTEEN, J.W.
1998. *Duet or duel? Theology and science in a postmodern world*. Harrisburg, Pennsylvania: Trinity Press International.
- VELDSMAN, D.P.
2013. In vriendskap met Darwin in die Christelike ontwerp van 'n antropologie? *HTS Teologiese Studies/Theological Studies* 69(1), Art. #1374, 10 bladsye. <http://dx.doi.org/10.4102/hts.v69i1.1374>.
- WAAIJMAN, K.
2002. *Spirituality. Forms, foundations, methods*. Leuven: Peters.
- WALKER, A.R.P. & WALKER, B.F.
2004. A highly desired increase in "healthy" longevity – what are the prospects? *South African Medical Journal* 94(10):824-826.
- WILKINSON, J.
1980. *Health & healing. Studies in New Testament principles and practice*. Edinburgh: The Handsel Press.

Keywords

Sleutelwoorde

Surgery

Chirurgie

Narrative

Narratief

Auto-ethnography

Outo-etnografie

Spirituality

Spiritualiteit

Theology

Teologie