

**VERGELYKING VAN 'N AKTIWITEIT- EN
UITKOMSGEBASEERDE PROGRAM IN ARBEIDSTERAPIE**

deur

INA GROBLER

'n Verhandeling voorgelê ter vervulling van die voorskrifte vir die
graad

MAGISTER IN ARBEIDSTERAPIE

(240 krediete)

in die

**DEPARTEMENT ARBEIDSTERAPIE
SKOOL VAN AANVULLENDE GESONDHEIDSBEROEPE
FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE
UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT**

Februarie 2013

Studieleier: Dr. S.M. Van Heerden

Mede studieleier: Mev. T. Rauch Van der Merwe

Biostatistikus: Mej. M.M. Nel

VERKLARING

Hiermee verklaar ek dat hierdie verhandeling wat vir die graad Magister in Arbeidsterapie aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit / fakulteit ingedien is nie.

INA GROBLER

Hiermee doen ek afstand van outeursreg op die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

INA GROBLER

DANKBETUIGINGS

My opregte dank aan:

My studieleier, Dr. Rita van Heerden (Departement Arbeidsterapie, Universiteit van die Vrystaat), wie se kennis, wysheid en leiding onmeetbaar was. U tyd en aanmoediging was van onskatbare waarde.

My mede-studieleier, Mev. Tania Rauch van der Merwe (Departement Arbeidsterapie, Universiteit van die Vrystaat). My innige waardering vir ú tyd, wysheid en leiding.

Mej. Riëtte Nel (Departement Biostatistiek, Universiteit van die Vrystaat). U kennis, vaardigheid en bereidwilligheid word opreg waardeer.

Mev. Mabena (Hoof Uitvoerende Beampte spesialis psigiatrie hospitaal – Noord Gauteng). My opregte dank vir die geleentheid en toestemming om die studie uit te voer.

Mev. Helene Beetge (Assistent Direkteur: Arbeidsterapie – Psigiatrie hospitaal Noord Gauteng). Dankie vir die geleentheid om die studie uit te voer en die ondersteuning en aanmoediging – dit word opreg waardeer.

My kollegas by die psigiatrie hospitaal Noord Gauteng. Dankie vir julle bydrae en ondersteuning.

My man, Dries. Sonder jou liefde en ondersteuning sou ek nie kon klaarmaak nie.

My kinders, Idria en Drikus. Dankie vir julle ondersteuning, belangstelling en liefde in die tyd.

My suster Ronelle. Oneindige dankie vir al die hulp, ondersteuning en aanmoediging. Al die kere wat jy help literatuur soek het, boeke uitgeneem het, vorms vir my ingedien het, is ek jou ewig dankbaar.

My vriende, wat my van die begin af aangemoedig en ondersteun het.

Aan my Vader, wat my deurentyd versterk het en krag gegee het, mag ek U altyd tot eer wees.

LYS VAN AKRONIEME

ADL	Aktiwiteite van die Daaglikse Lewe
AVA	Aktiwiteitsverrigtingareas (<i>Occupational Performance Areas</i>)
AVK	Aktiwiteitsverrigtingskomponente (<i>Occupational Performance Components</i>)
GGSV	Geestesgesondheidsorgverbruiker
IADL	Instrumentele Aktiwiteite van Daaglikse Lewe
IKF	Internasionale Klassifikasie van Funksionering, Ongeskiktheid en Gesondheid (IKF) (<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>)
OTPF	Arbeidsterapie Praktyk Raamwerk (<i>Occupational Therapy Practice Framework</i>)
PEOP	<i>Person-Environment-Occupation Performance model</i>

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1	Vlakke van motivering en aksie	36
Tabel 3.1	Skematiese voorstelling van steekproeftrekking	44
Tabel 3.2	Uittreksel van IKF formaat	47
Tabel 3.3	Skematiese voorstelling: Prosedure	48
Tabel 4.1	Ouderdomsverspreiding van studiepopulasie	56
Tabel 4.2	Geslagverspreiding van studiepopulasie	57
Tabel 4.3	Diagnose verteenwoordigend van studiepopulasie	57
Tabel 4.4	Opvoedkundige kwalifikasie	57
Tabel 4.5	Moedertaal van studiepopulasie	58
Tabel 4.6	Groepbywoning van studiepopulasie	58
Tabel 4.7	Voortoets en natoets van <i>aktiwiteitsprogram</i> : Geestesfunksie	60
Tabel 4.8	Voortoets en natoets van <i>aktiwiteitsprogram</i> : Affektiewe en Konatiewe funksie	63
Tabel 4.9	Voortoets en natoets van <i>aktiwiteitsprogram</i> : Algemene take en vereistes	64

Tabel 4.10	Voortoets en natoets van <i>aktiwiteitsprogram</i> : Interpersoonlike verhoudings	67
Tabel 4.11	Voortoets en natoets van <i>uitkomsgebaseerde program</i> : Geestesfunksie	68
Tabel 4.12	Voortoets en natoets van <i>uitkomsgebaseerde program</i> : Affektiewe en Konatiewe funksie	71
Tabel 4.13	Voortoets en natoets van <i>uitkomsgebaseerde program</i> : Algemene take en vereistes	72
Tabel 4.14	Voortoets en natoets van <i>uitkomsgebaseerde program</i> : Interpersoonlike verhoudings	75
Tabel 4.15	Kliniese verbetering in komponente van <i>aktiwiteitsprogram</i>	76
Tabel 4.16	Kliniese verbetering in komponente van <i>uitkomsgebaseerde program</i>	78
Tabel 4.17	Vergelyking van kliniese verbetering in die programme	80
Tabel 4.18	Ooreenstemming in <i>aktiwiteitsprogram</i> en <i>uitkomsgebaseerde program</i> (n=102)	83

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1	IKF structuur	31
Figuur 3.1	Skematiese voorstelling van behandelingsproses	45
Figuur 3.2	Skematiese voorstelling van data insamelingsproses	46

KONSEPVERHELDING

Konsepverhelding het ten doel om die leser ten opsigte van konsepte soos deur die navorser aangewend, te oriënteer. 'n Geldige vakvertaling van die konsep *occupation*, wat nie die unieke betekenis daarvan verloor nie, bestaan tans nie in die Afrikaanse arbeidsterapie literatuur nie. Die navorser het dus met aktiwiteitsreeks as vrye vertaling vir die woord *occupation* volstaan.

1. Aktiwiteit

'n Persoon se vermoë om aktiwiteitsreekse uit te voer met of sonder hulpmiddels, in 'n omgewing sonder struikelblokke (Wilcock, 2006:80).

Die uitvoering van 'n taak of aksie deur 'n individu (Creek, 2010:72).

'n Handelingsproses op 'n spesifieke doelwit gerig. (Creek, 2008a:39).

Vir die doel van die studie, beskou die navorser aktiwiteit as 'n reeks aksies of take wat bydra tot aktiwiteitsreekse (Creek, 2010:25).

2. Aktiwiteitsprogram

'n Program wat hoofsaaklik take en aktiwiteite gebruik, om deur middel van taaksbevrediging behandelingsdoelwitte te bereik (Fidler, 1981:150).

3. Aktiwiteitsreeks

Die Europese Netwerk van Arbeidsterapie in Hoër Onderwys (ENOTHE) definieer aktiwiteitsreeks as 'n groep aktiwiteite wat persoonlike en sosio-kulturele betekenis het en deelname in die gemeenskap ondersteun. 'n Aktiwiteitsreeks kan as aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL), produktiwiteit en / of vryetyd besteding geklassifiseer word (Creek: 2010:25).

'n Aktiwiteitsreeks sluit ook in die daaglikse aktiwiteite wat mense doen om betekenis aan hul lewe te gee. Dit vul hulle tyd en betrek ook geestelike vermoëns en vaardigheid (AOTA, 2008:629).

Vir die doel van die studie is aktiwiteitsreeks die doelgerigte aktiwiteite soos aktiwiteite van daaglikse lewe (ADL), instrumentele aktiwiteite van die daaglikse lewe (IADL), opvoeding, werk, speel, vryetyd en sosiale interaksie, of te wel aktiwiteite wat 'n mens daaglik uitvoer en wat besondere betekenis aan hul lewe gee (Hirons, Rose, & Burke, 2010:51).

4. Aktiwiteitsverrigting areas (AVA's)

AVA's is kategorieë van take, aktiwiteite en aktiwiteitsreeks wat tipies van elke persoon se daaglikse lewe is. Die Kanadese model van Arbeidsterapie (*Canadian Model of Occupational Performance – CMOP*) verdeel AVA in selfsorg, produktiwiteit en vryetyd (Cole & Tufano, 2008:28).

Volgens Hagedorn (1995:73) sluit ander kategorieë van AVA's in werk, vryetyd en aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL), asook werk, speel of

vryetyd, selfonderhoud of selfsorg en slaap soos deur Christiansen en Baum beskryf word (Creek, 2010:92).

Hierdie kategorieë is almal konteksgebonde, wat die verskille in klassifikasie verklaar. Vir die doel van die studie sal die kategorieë van Hagedorn gebruik word, naamlik werk, vryetyd en aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL) (Hagedorn, 1995:73).

5. Aktiwiteitsverrigting komponente (AVK's)

In die Kanadese model van Arbeidsterapie (CMOP) word AVK's ten opsigte van die mens beskryf. 'n Persoon het fisiese, kognitiewe en affektiewe komponente wat deur spiritualiteit saamgebind word. Die fisiese faktore sluit in krag, energie, omvang van beweging, uithouvermoë en pyn. Kognitief behels aspekte soos dink, redenering, geheue, kommunikasie en motoriese beplanning. Gevoelens en houding, wat 'n persoon se motivering en selfbeeld beïnvloed, word in die affektiewe komponent omvat (Cole & Tufano, 2008:27).

Vir die doel van die studie word AVK as vermoëns en vaardighede gedefinieer wat deelname in take, aktiwiteite en aktiwiteitsreekse aktiveer en beïnvloed. Dit word verder verfyn en as motoriese, sensoriese, kognitiewe, psigososiale en affektiewe komponente geklassifiseer (Creek, 2010:138).

6. Akute eenheid

Die spesialis psigiatrie hospitaal in Noord Gauteng lewer gespesialiseerde dienste aan akute, forensiese-, kinder- en adolessente geestesgesondheidsorgverbruikers (GGSV's). Die diens deur die

arbeidsterapie afdeling word aan die binne-pasiënt eenhede gelewer. Die akute eenheid verwys na die diens van arbeidsterapeute uit die Maandag-, Dinsdag-, Woensdag-, Donderdag- en Vrydag -diensgroepe wat gesamentlik vir die arbeidsterapie behandelingsprogram van die akute GGSV's van die hospitaal verantwoordelik is.

7. Akute geestesgesondheidsorgverbruikers (GGSV's)

Dit is GGSV's wat kort termyn vir behandeling in die hospitaal opgeneem word. Die opname periode kan wissel van een dag, tot selfs so lank as ses maande, in gekompliseerde gevalle.

8. Diensgroep / firma

Dit is die multidissiplinêre span, bestaande uit die psigiater, arbeidsterapeut, maatskaplike werker en sielkundige, wat verantwoordelik is vir die behandeling van die pasiënte wat deur daardie diensgroep / firma opgeneem is. Die verskillende diensgroepe / firmas staan as die Maandag-, Dinsdag-, Woensdag-, Donderdag- en Vrydag diensgroepe bekend.

9. *Doen* (“*Doing*”)

Doen verwys na die deelname van die individu in al die aktiwiteitsreekse waaruit sy daaglikse lewe bestaan (Creek, 2008b:76).

Dit is die proses om bewyse te lewer van 'n persoon se vermoë om te ervaar, te reageer, take te bemeester, te skep en sake te beheer wanneer iets nuuts ondersoek en / of probeer word (Fidler & Fidler, 1978:306).

Doen is ook die proses waardeur 'n individu vaardighede oefen, bekwaamheid bevestig en selfwaarde deur die benutting van geleenthede – om te beplan en te skep eien (Gewurtz & Kirsh, 2007:205). Vir die doel van die studie is *doen* om te beplan, te doen, te skep en bekend te raak met materiale; dus om aktief deel te neem aan die lewe (Law, 2002:640; Meyer, 1977:641).

10. Emosionele Intelligensie

Dit is die vermoë om gevoelens in self en ander te herken en te reguleer (Goleman, 1998:317).

Die vermoë om eie en ander se emosies te verstaan, te herken en as riglyn te gebruik in eie denke en aksie (Salovey & Grewal, 2005:281).

11. Rehabilitasie

Rehabilitasie is die gebruik van aanpassings- en kompensatoriese metodes, byvoorbeeld aanpassing by die verandering in die konteks van die omgewing, die vestiging van gewoontes en roetines, asook die aanleer van strategieë om die kliënt funksioneel onafhanklik te maak en so waardigheid te behou (Low, 2002:18; Trombly, 2002a:13).

12. Remediëring

Remediëring behels die verbetering en optimalisering van leemtes in 'n kliënt se vermoëns en vaardighede (AVK's en AVA's), sodat nuwe inligting verwerk en benut kan word, om sodoende funksionering te herstel (Trombly, 2002a:12).

13. Sosiale vaardighede

Die vaardighede wat nodig is om

- (a) aandag te gee en te luister,
- (b) gesprek te voer,
- (c) ander te ondersteun,
- (d) probleme op te los en
- (e) selfbeheersing toe te pas.

Dit sluit ook kommunikasie en selfhandhawing in (Stein & Cutler, 2002:478).

14. Uitkomsgebaseerde program

'n Program wat op die verwagte resultate van behandeling baseer is. Die verwagte uitkoms is die doelwit van die behandeling en bepaal dus die spesifieke inhoud van die arbeidsterapie (Creek & Bullock, 2008;82).

OPSOMMING

SLEUTELWOORDE

Aktiwiteitsreeks-wetenskap, aktiwiteitsreeks-gerigte fokus, terapeutiese krag van aktiwiteitsreeks, aktiwiteitsprogram, uitkomsgebaseerde program

OPSOMMING

Aktiwiteitsreeks-wetenskap het in 1989 die aktiwiteitsreeks-gerigte diskoers gevestig en die jare-lange debat rakende die verskil tussen aktiwiteit en aktiwiteitsreeks ontlont. Hierdie wetenskap, wat die toepassing van arbeidsterapie onderskryf, het aktiwiteitsreeks nou weer as die oorspronklike paradigma van die professie hervestig (Cole & Tufano, 2008:59; Hagedorn, 1995:79). Arbeidsterapeute erken die unieke aktiwiteitsreeks van individue binne die konteks van persoonlike ervaring, en gebruik dit tydens terapie. Kliniese bewyse dat 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus die geestesgesondheidsorgverbruikers (GGSV's) in staat stel om na ontslag optimaal in die gemeenskap te funksioneer, is egter nodig (AOTA, 2008:625, 626, 664).

'n Aktiwiteitsreeks-gerigte fokus behels eerstens die begrip van die terapeutiese krag van die aktiwiteitsreeks, soos deur Pierce (2003:9) in terme van drie elemente beskryf word, naamlik subjektiewe dimensie, kontekstuele dimensie en die toepassing van 'n aktiwiteitsreeks gebaseerde benadering. Tweedens word die aktiwiteitsreeks beide as middel en as einddoel ingespan om die geestesgesondheidsorgverbruiker (GGSV) in sy / haar eie lewenstake en rolle vaardig te maak ten einde behandelingsdoelwitte vir optimale funksionering in die gemeenskap te bereik (Trombly, 1995:963; 2002b:257).

’n Retrospektiewe gevalskontrolle studieontwerp is binne ’n kwantitatiewe benadering vir die studie gebruik. ’n Aktiwiteits- en uitkomsgebaseerde program is met mekaar vergelyk om die effektiwiteit van die onderskeie programme te ondersoek. Die Etiekkomitee van die Fakulteit van Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat het goedkeuring vir die uitvoering van die studie verleen (ETOVS nr. 12/2011).

Die arbeidsterapie lêers van honderd en twee GGSV’s, is vir die studie benut, 51 van die aktiwiteitsprogram en 51 van die uitkomsgebaseerde program. Lêers in die twee onderskeie programme is met mekaar ten opsigte van spesifieke kriteria gepas naamlik ouderdom, geslag, diagnose, taal en opvoedkundige kwalifikasies. Die lêers van GGSV’s wat die aktiwiteitsprogram van 2009 tot Junie 2011 bygewoon het, is gepas met lêers van GGSV’s wat die uitkomsgebaseerde program gedurende Julie 2011 tot Julie 2012 bygewoon het.

Die data (voor-en natoets) is onttrek van die arbeidsterapie evaluasie, gegrond op die IKF (Internasionale Klassifikasie van Funksionering, Ongeskiktheid en Gesondheid) soos verkry uit die arbeidsterapie prosesnotas. Die navorser het die data vanuit die lêers oorgedra op die datavorms. Die resultate is verwerk en ten opsigte van die voor-en natoets van beide programme, die kliniese verbetering van GGSV’s in elke program en die ooreenstemming tussen die programme weergegee. Die Departement Biostatistiek, Universiteit van die Vrystaat het beskrywende statistieke gebruik om die versamelde data te ontleed en te verwerk.

Kliniese verbetering en statisties beduidende verskille is in beide programme waargeneem. Die grootste kliniese verbetering in die aktiwiteitsprogram was ten opsigte van aktiwiteitsverrigting komponente soos aandag, motivering, energievlakke, besluitneming en omvang van emosie gevind. In die uitkomsgebaseerde program, is die grootste kliniese verbetering in funksionele

aspekte soos hantering van stres, bestuur van eie gesondheid, bestuur van daaglikse roetine en informele verhoudings waargeneem. Statisties beduidende verskille in die aktiwiteitsprogram was in die komponente van motivering, bestuur van eie aktiwiteitsvlak, spoed van take en voltooiing van daaglikse roetine gesien. Vergelykender gewys, is statisties beduidende verskille in die uitkomsgebaseerde program in onder andere hantering van stres, bestuur van eie gesondheid, tydsbenutting, insig en sosiale tekens in verhoudings gevind.

Die gevolgtrekking waartoe gekom is, is dat die aktiwiteitsprogram gebrekkige aktiwiteitsverrigting komponente effektief aangespreek het, terwyl die uitkomsgebaseerde program meer effektief ten opsigte van gebrekkige funksionele vaardighede was. Uit hierdie bevindinge word aanbeveel dat 'n kombinasie program, wat elemente van beide programme, te wete aktiwiteite en aktiwiteitsreekse om AVK's en AVA's in een program te verbeter, ontwikkel moet word. Deur die toepassing van psigomotoriese aktiwiteite, kunstvlyt aktiwiteite en lewensvaardigheidsgroepe in 'n voldagprogram, kan een program suksesvol vir alle GGSV's wees.

Verdere navorsing word aanbeveel om bewyse van die kliniese waarde van 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus in arbeidsterapie praktyk verder te ondersoek en die huidige studie uitkomst te verifieer.

SUMMARY

KEY WORDS

Occupational science, occupational focus, therapeutic powers of occupation, activity program, outcome-based program

SUMMARY

The establishment of occupational science in 1989 created an occupational discourse that defused the debate regarding the difference between activity and occupation. This fundamental discipline employs the applied science in occupational therapy and has directed the profession back to the original paradigm of occupational therapy, namely occupation (Cole & Tufano, 2008:59; Hagedorn, 1995:79). Occupational therapy recognises the unique occupations of each individual in the context of personal experience and applies occupation as part of the therapeutic process. Scientific proof of an occupational focus to enable the mental health care user (MHCU) to function optimally in the community after discharge, is necessary (AOTA, 2008:625, 626, 664).

An occupational focus firstly involves the understanding of the therapeutic power of occupation as described by Pierce (2003:9). This consists of the subjective dimension, contextual dimension and application of an occupation based approach. Secondly, occupation is used as both means and as ends, to enable the MHCU to become skilled in his / her own life tasks and roles. The aim is to optimize functioning in the community (Trombly, 1995:963; 2002b:257).

For the study, a retrospective match-control study design was used in a quantitative approach. An activity- and outcome based program were compared

in order to investigate the effectiveness of the respective programs. Approval for the execution of the study was granted by the Ethics committee, Faculty of Health Science, University of the Free State (ETOVS nr. 12/2011).

The occupational therapy files of hundred and two MHCUs, 51 from the activity program and 51 from the outcome based program, were included in the study. Files were matched according to specific criteria, namely age, gender, diagnosis, language and educational level. The files of MHCUs that had attended the activity program from 2009 to June 2011 were matched with files of MHCUs that attended the outcome based program from July 2011 till July 2012.

The data (pre-and post test) was abstracted from the occupational therapy evaluation, which was based on the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and recorded in the occupational therapy process notes. The researcher entered all the data from the files onto data forms. The results of the pre- and post tests of both programs were analysed, and the clinical improvement of MHCUs in each program and the similarities of the program were compared to one another. The Department of Biostatistics, University of the Free State used descriptive statistics to analyse the collected data.

Clinical and statistical significant improvements were observed in both programs. The largest clinical improvement in the activity program was seen in occupational performance components like attention, motivation, energy levels, decision making and range of emotion. In the outcome based program, the largest clinical improvement was found in functional aspects like handling of stress, management of own health and managing daily routine. Statistical significant differences in the activity program were noted in the components of motivation, handling own activity level, complete daily routine and in informal relationships. Statistical significant differences in the outcome based program

was noted in the components regarding handling of stress, management of own health, time management, insight and social cues in relationships.

The findings from this study indicated that the activity program addressed the occupational performance components more effectively, while the outcome based program was more effective in addressing functional skills. From the findings, it is proposed that a combined program be developed, consisting of elements from both programs, such as, activities and occupations that would address OPC's and OPA's through the use of psychomotor activity, craft activities and life skills groups. This should be combined into a full day program.

Further research is recommended to gain further clinical proof of the value of an occupational focus in occupational therapy practise, and to verify the conclusions of this study.

INHOUDSOPGAWE

VERKLARING	i
DANKBETUIGINGS	ii
LYS VAN AKRONIEME	iv
LYS VAN TABELLE	v
LYS VAN FIGURE	vii
KONSEPVERHELDERING	viii
OPSOMMING	xiv
SUMMARY	xvii
INHOUDSOPGAWE	xx
HOOFSTUK 1	1
INLEIDING EN ORIËNTERING	
1.1 INLEIDING	1
1.2 PROBLEEMSTELLING	4
1.3 DOEL VAN DIE STUDIE	6
1.4 METODOLOGIE	6
1.5 ETIESE OORWEGINGS	8
1.6 WAARDE VAN DIE STUDIE	9
1.7 HOOFSTUK UITLEG	9
1.8 SAMEVATTING	10
HOOFSTUK 2	12
LITERATUUROORSIG	
2.1 INLEIDING	12

2.2	HISTORIESE KONTEKS VAN ARBEIDSTERAPIE	13
2.3	AKTIWITEITSPROGRAM	20
2.4	UITKOMSGEBASEERDE PROGRAM	23
2.5	INTERNASIONALE KLASSIFIKASIE VAN FUNKSIONERING, ONGESKIKTHEID EN GESONDHEID (IKF / ICF)	28
2.6	GEESTESGESONDHEIDSORGVERBRUIKER	33
2.7	T-GROEP	35
2.8	SAMEVATTING	38
HOOFSTUK 3		39
NAVORSINGSBENADERING EN METODOLOGIE		
3.1	INLEIDING	39
3.2	PARADIGMA VAN NAVORSING EN STUDIEONTWERP	39
3.3	NAVORSINGSMETODOLOGIE	41
3.3.1	Studiepopulasie	41
3.3.2	Steekproeftrekking	42
3.3.3	Data insameling	45
3.3.3.1	<i>Behandelingsproses</i>	45
3.3.3.2	<i>Retrospektiewe data insameling</i>	46
3.3.4	Bespreking van meetinstrument	47
3.3.5	Prosedure van studie	49
3.3.6	Data ontleding	50
3.3.7	Metingsfoute	50
3.3.7.1	<i>Betroubaarheid van meetinstrument</i>	50
3.3.7.2	<i>Geldigheid van meetinstrument</i>	51
3.3.7.3	<i>Ontbrekende inligting</i>	51
3.3.7.4	<i>Veranderlikes buite beheer van navorser</i>	52

3.3.7.5	<i>Waarnemer veranderlikes</i>	52
3.3.8	Loodsstudie	52
3.4	ETIESE OORWEGINGS	53
3.4.1	Goedkeuring	53
3.4.2	Ingeligte toestemming	53
3.4.3	Voordele van deelname in die studie	53
3.4.4	Reg tot privaatheid	54
3.4.5	Risiko	54
3.5	SAMEVATTING	54
HOOFSTUK 4		55
RESULTATE		
4.1	INLEIDING	55
4.2	RESULTATE VAN DIE STUDIE	55
4.2.1	Demografiese beskrywing van die studiepulasie	56
4.2.2	Beskrywing van die IKF komponente van die studiepulasie	59
4.2.2.1	<i>Aktiwiteitsprogram</i>	60
4.2.2.2	<i>Uitkomsgebaseerde program</i>	68
4.2.3	Vergelyking ten opsigte van kliniese verbetering tussen die twee programme	80
4.3	SAMEVATTING	85
HOOFSTUK 5		87
BESPREKING VAN RESULTATE		
5.1	INLEIDING	87
5.2	BESPREKING VAN RESULTATE	87

5.2.1	Demografiese inligting	88
5.2.2	Bespreking van die aktiwiteits-en uitkomsgebaseerde program	90
5.2.2.1	<i>Geestesfunksie</i>	91
5.2.2.2	<i>Affektiewe en Konatiewe funksie</i>	99
5.2.2.3	<i>Algemene take en vereistes</i>	103
5.2.2.4	<i>Interpersoonlike verhoudings</i>	108
5.2.3	Kliniese verbetering en statisties beduidende veranderinge in programme	110
5.2.3.1	<i>Aktiwiteitsprogram</i>	110
5.2.3.2	<i>Uitkomsgebaseerde program</i>	113
5.2.4	Ooreenstemming in programme	116
5.3	SAMEVATTING	116
HOOFSTUK 6		118
GEVOLGTREKKING, AANBEVELING EN BEPERKINGE		
6.1	INLEIDING	118
6.2	GEVOLGTREKKING	118
6.3	AANBEVELING	122
6.4	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	125
6.5	WAARDE VAN DIE STUDIE	127
6.6.	SLOT	127

LYS VAN VERWYSINGS	130
BYLAAG A: AKTIWITEITSPROGRAM	142
BYLAAG B: UITKOMSGEBASEERDE PROGRAM	144
BYLAAG C: DEMOGRAFIESE INLIGTING	146
INTERNASIONALE KLASSIFIKASIE VAN FUNKSIONERING, ONGESKIKTHEID EN GESONDHEID (IKF)	147
BYLAAG D: GOEDKEURING: HOOF UITVOERENDE BEAMPTE	151
BYLAAG E: GOEDKEURING: ETIEKKOMITEE	154

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN ORIËTERING

1.1. INLEIDING

Die terapeutiese gebruik van aktiwiteite word beskou as die essensie van arbeidsterapie en is 'n paradigma waarde van die profesie sedert die ontstaan van die beroep (Cole & Tufano, 2008:11; Duncan, 2006:29-30; Hagedorn, 1995:24).

Die idee van gestruktureerde aktiwiteitsdeelnemende om die persoon met geestesongesteldheid se dag te organiseer is reeds in 1922 deur Adolf Meyer (1977:640) ontwikkel. Meyer is sterk beïnvloed deur die kuns en kunsvlyt beweging, wat rondom 1920 in Engeland ontstaan het. Sy beskouing was dat kreatiewe en handwerk aktiwiteite 'n positiewe invloed op 'n persoon se selfbeeld het. Arbeidsterapie is aanvanklik na die ontstaan van die beroep hoofsaaklik in psigiatrisie hospitale aangebied (Soderback, 2009:28). Die arbeidsterapie programme het gefokus op voldagprogramme om die geestesgesondheidsorgverbruiker (GGSV) se dag ten opsigte van tyd te struktureer (Epprecht, 1982:983; Van der Reyden, 1997:98). *Doen* was die hoofdoel van hierdie programme in psigiatrisie hospitale (Mubbashar, 1996:3; Van der Reyden, 1997:97). Arbeidsterapie programme is toe deur enkel tegnieke soos kuns, musiek en kunsvlyt aktiwiteite gekenmerk (Fidler & Fidler, 1978:305). Verskeie invloede soos die morele beweging, die pioniersbeweging, asook die reeds genoemde kuns en kunsvlyt beweging word hiervoor verantwoordelik gehou (Soderback, 2009:28).

Gail Fidler (1981:150) beklemtoon die waarde van aktiwiteitsgroepe in psigiatrie, deur die verwantskap tussen affek, kognisie, gedrag en taakvoltooing te erken.

Die doel van aktiwiteitsgroepe is nie slegs taakvoltooiing nie, aangesien die siening gehuldig word dat die persoon met geestesongesteldheid deur taakvoltooiing doelgerigtheid beleef, wat weer funksionering verbeter. Mosey (1981:108) voel dat aktiwiteitsgroepe aan die GGSV die geleentheid bied om bestaande vermoëns in aktiwiteitsgroepe te gebruik. In beginsel het beide skrywers dieselfde beskouing, naamlik dat verbetering indirek plaasvind omdat die fokus op die aktiwiteit val.

Die teoretiese basis waarop arbeidsterapie gevorm is, naamlik aktiwiteitsreeks, word gesien as die oorspronklike paradigma van die professie sedert die ontstaan in 1917. Vanaf 1950 – 1970 het die meganistiese paradigma, in ooreenstemming met die mediese model, die grootste invloed op arbeidsterapie praktyke se ontwikkeling van 'n wetenskaplike grondslag uitgeoefen. Gedurende die tydperk 1980 – 2000s, is daar egter teruggekeer na aktiwiteitsreeks as die kern van die beroep. Hierdie was die gevolg van 'n oorhelling na reduksionisme, wat nie met die filosofiese oorsprong van die beroep gestrook het nie. Tydens die laaste paradigma skuif is die bestaande, teenswoordige paradigma van arbeidsterapie gevestig (Cole & Tufano, 2008:11).

Die bestudering van aktiwiteitsreeks het in 'n wetenskap ontwikkel wat die toepassing van arbeidsterapie bevestig het en tot gevolg gehad het dat arbeidsterapeute 'n onderskeid tussen aktiwiteite en aktiwiteitsreeks begin tref het. Tot en met die 1990s is aktiwiteitsreeks en aktiwiteit as gelykbetekenend in die literatuur gebruik. Na dié punt in tyd het arbeidsterapie teoretici 'n onderskeid begin tref tussen die twee terme: 'n Persoon is in beheer van aktiwiteitsreeks en doen of verrig aktiwiteite en take. In die hiërargie word aktiwiteit gesien as 'n reeks take waarvan die eindresultaat aktiwiteitsreeks is. 'n Persoon verrig dus take en aktiwiteite ten einde sy aktiwiteitsreeks-gerigte en sosiale rolle te eien (Creek, 2010:66-67,72; Hagedorn, 1995:79; Reed & Sanderson, 1999:142).

Aktiwiteitsreeks is 'n individu se eie, gekonstrueerde ervaring, wat nie weer herhaal kan word nie. Pierce (2001:139) beskryf dit as 'n subjektiewe gebeurtenis in 'n waarneembare ruimte, tyd en sosiokulturele konteks, wat uniek tot daardie enkele geleentheid is. Hierdie beskouing vind ook aanklank by Gray (1998:354) se beskouing van 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus in arbeidsterapie. Aktiwiteitsreeks het 'n inherente begin, middel en einde en is onverdeel of volkome. Aktiwiteitsreeks-gerigte behandeling moet holisties, doelgerig en betekenisvol wees en altyd in die konteks van die individu in sy eie omgewing aangebied word.

Soos reeds aangeraak kan die veranderde beskouing van arbeidsterapie terminologie toegeskryf word aan die evolusie van die professie, wat reeds twee keer sedert die ontstaan daarvan as professie 'n paradigmaskuif beleef het. Die oorspronklike visie – dat aktiwiteitsreeks die unieke fokus van arbeidsterapie is – word teenswoordig in die *Arbeidsterapie Praktyk Raamwerk (Occupational Therapy Practice Framework – OTPF)* bekragtig. Die OTPF beaam daarmee dan ook arbeidsterapie se bydra tot die bevordering van gesondheid en welstand deur aktiewe deelname aan aktiwiteite (AOTA, 2008:625, 664).

In die 1970s / 80s het 'n verskuiwing na gemeenskapsorg 'n wesentlike omwenteling in die behandeling van die persoon met geestesongesteldheid tot gevolg gehad (Stein & Cutler, 2002:29). Die rehabilitasie en integrasie van die GGSV terug na die gemeenskap het prioriteit geword. Slegs GGSV's wat glad nie in die gemeenskap kon funksioneer nie, is in inrigtings geplaas waar hulle soms lewenslank geïnstusionaliseerd is (Mosey, 1986:23; Punwar & Peloquin, 2000:32).

Die veranderinge in die behandeling van GGSV's is ook weerspieël in die behandeling wat byvoorbeeld aangebied is by arbeidsterapie in die psigiatrie hospitaal in Noord Gauteng, waar die studie uitgevoer is. Dié hospitaal het ook

aanvanklik as 'n inrigting vir persone met geestesongesteldheid gefunksioneer en die arbeidsterapieprogram wat gevolg is, het die neiging van die tyd weerspieël. Met die verandering in aanslag, het die terapeute hul behandeling aangepas en op 'n hiërargiese model, waar rehabilitasie eers begin het na die remediëring van AVK's, geskoei (Trombly, 2002b:262).

Alhoewel die doel van die arbeidsterapie program by die hospitaal altyd die herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap was, het die navorser gevoel dat die inhoud daarvan verwater het tot 'n aktiwiteitsprogram, gedekontekstualiseer van die aktiwiteitsreeks-gerigte fokus. Die aktiwiteitsreeks-gerigte fokus word deur Gray (1998:357-358) as 'n parallel tussen aktiwiteitsreeks as middel en aktiwiteitsreeks as doel beklemtoon. In arbeidsterapie behoort aktiwiteitsreeks as middel en aktiwiteitsreeks as doel tegelykertyd te bestaan om die fundamentele uitkoms, naamlik die herstel van 'n persoon se aktiwiteitsreeks-gerigte lewe, te bereik.

Die literatuur beskryf die voorkoms van 'n volgende paradigmaskuif in arbeidsterapie gedurende die periode van 1980s tot 2000. Die skuif is terug na die kern van arbeidsterapie, naamlik aktiwiteitsreeks, gemaak (Cole & Tufano, 2008:11). Hierna het die vraag ontstaan of die arbeidsterapie departement van die hospitaal wel die laaste paradigmaskuif saam met die professie gemaak het en steeds effektiewe behandeling bied; wat die GGSV kan rehabiliteer en weer terugplaas in die gemeenskap, voldoende toegerus om al sy / haar rolle optimaal te vervul?

1.2. PROBLEEMSTELLING

Die waarde van aktiwiteite en aktiwiteitsreeks word nie bevraagteken nie, ook nie die voordele van groepsbehandeling nie. Wetenskaplike bewyse is egter nodig dat arbeidsterapie steeds klinies effektief is en die GGSV in staat stel om

optimaal in hul gekose daaglikse aktiwiteitsreeks te funksioneer. Wat is werklik klinies effektief: 'n Aktiwiteit- of uitkomsgebaseerde program?

Sedert 2002, met die implementering van die nuwe Geestesgesondheidwet, het die navorser 'n verandering in die profiel van GGSV's in die spesialis psigiatrie hospitaal opgemerk. Dit wil voorkom asof GGSV's wat opgeneem is, "sieker" blyk te wees. Dit kon moontlik toegeskryf word aan die feit dat ligte psigiatrisse verstourings op distriks- en kliniek-vlak hanteer is en slegs gekompliseerde gevalle in spesialis hospitale behandeling ontvang het. Tersiêre hospitale is sedert 2002 geormerk om hoofsaaklik gespesialiseerde sorg te bied, te wete persone wat teen hul sin of met toestemming opgeneem is (SA, 2002:16). Dit verklaar moontlik hoekom geestesgesondheidsorgverbruikers "sieker" blyk te wees.

Soos reeds beskryf is, was die optimale funksionering van die GGSV in sy / haar daaglikse aktiwiteitsreeks deurgaans die doel van die arbeidsterapie program by die hospitaal onder bespreking, maar die program het moontlik deur die jare tot 'n aktiwiteitsprogram gegregresseer, wat hoofsaaklik aan AVK komponente soos besluitname, oordeel en emosionele welstand aandag gegee het. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die verreikende invloed van die universele medies-geregtelelike model, die administratiewe pligte van terapeute wat reduksionistiese metings vereis en moontlik ook die onsekere identiteit van die arbeidsterapie beroep gedurende die laaste jare. Die spesifieke redes vir die regressie van die program val egter buite die fokus van hierdie studie.

Interne invloede in die arbeidsterapie professie, naamlik die paradigmaskuif na aktiwiteitsreeks, en die wetenskap van aktiwiteitsreeks, asook druk van buite op die professie, soos die beskouing van die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO), wat ook die dinamiese verhouding tussen die mens en sy aktiwiteitsreeks beskryf (Law, 2002:641), het die arbeidsterapeute genoop om die bestaande

behandelingsprogram van die hospitaal krities te evalueer en 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus in 'n uitkomsgebaseerde program te implementeer. Sonder wetenskaplike bewyse, kan die effektiwiteit van een program nie bo 'n ander bewys word nie.

Lewer arbeidsterapie by die psigiatrie hospitaal, waar die studie uitgevoer is, steeds die diens wat nodig is om GGSV's in die gemeenskap te herintegreer indien die GGSV populasie verander het?

Die vraag het ontstaan watter program, naamlik aktiwiteit of uitkomsgebaseerde program, die effektiwiefste tot die optimale funksionering en herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap sal bydra?

1.3. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie was om die aktiwiteitsprogram met 'n uitkomsgebaseerde program te vergelyk. Die navorser wou vasstel watter program die effektiwiefste sou bydra tot die optimale funksionering en herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap.

1.4. METODOLOGIE

'n Kwantitatiewe benadering is in die studie gevolg. Die navorser het gebruik gemaak van 'n retrospektiewe gevalskontrole studieontwerp (Joubert, Ehrlich, Katzenellenbogen & Karim, 2007:81-83). Deur die proses van individuele passing, was lêers in die kontrole groep vergelyk en gepas met lêers in die eksperimentele groep. Die kriteria wat in die passing gebruik was, sluit ouderdom, kultuur, diagnose, geslag en vlak van opvoeding in.

Die proses van arbeidsterapie wat gevolg was tussen 2009 en 2012 was dat geestesgesondheidsorgverbruikers geëvalueer was en dan begin het met arbeidsterapie, na aanvanklike verwysing deur die dokter. Die arbeidsterapeut het na evaluasie die GGSV volgens die vlak van skeppende vermoë in 'n voorafbepaalde behandelingsgroep ingedeel. Die studie is uitgevoer op die GGSV's wat in die T-groep (oorgangsfase na passiewe deelname) geplaas is.

'n Probleemlys, opgestel na gelang van die formaat van die Internasionale Klassifikasie van Funkionering, Ongeskiktheid en Gesondheid (IKF), en behandelingsplan was vir elke GGSV voltooi voor aanvang van terapie. Na afloop van die terapeutiese program was 'n herevaluasie gedoen.

Hierdie arbeidsterapie prosesnotas het die data insameling van die studie verteenwoordig. Die arbeidsterapie lêers van volwasse GGSV's tussen die ouderdom van 18 en 60, wat die T-groep aaneenlopend vir drie weke bygewoon het, is in die studie gebruik.

'n Gemiddeld van 70 GGSV's het die T-groep bygewoon in 2009. Vanweë die klein getal lêers van GGSV's beskikbaar, het die navorser besluit op 'n (nie-waarskynlikheid) gerieflikheidsteekproef vir die studie.

Die insluitingskriteria vir die studie was alle volwasse GGSV's tussen die ouderdom van 18 en 60 jaar oud, wat met 'n diagnose van 'n gemoed-, angs-, skisofrenie of ander psigotiese versteuring op as I van die DSM IV T.R. gepresenteer het en die T-groep aaneenlopend vir 'n periode van drie weke bygewoon het. Die vlak van opvoeding, naamlik primêre skool, sekondêre skool, tersiêre sertifikaat, diploma of graad, is gebruik in die passing van die gevalle.

Die navorser het data verkry uit die arbeidsterapie lêers, wat oor elke GGSV in die arbeidsterapie departement deur die betrokke GGSV se behandelende

arbeidsterapeut bygehou was. Die eerste funksionele evaluasie was gedoen voor die aanvang van behandeling en na afloop van die behandeling was 'n herevaluasie gedoen. Die IKF is gebruik om funksionele status van elke GGSV weer te gee. Alhoewel uitkomst waarskynlik beter deur verskeie ander meetinstrumente gemeet sou kon word, is die instrument aangepas deur 'n arbeidsterapie werkgroep van die Gauteng Departement van Gesondheid en vir gebruik in Gauteng geïdentifiseer.

1.5. ETIESE OORWEGINGS

Die etiese oorweging van die studie is gevorm deur die retrospektiewe aard van die studie. Uit die aard van die historiese data insameling was daar nie direkte kontak met enige van die GGSV nie en gevolglik ook nie risiko's van sydigheid of beïnvloeding verbonde aan deelname aan die studie nie. Die navorser het bestaande inligting vanuit die arbeidsterapie lêer gebruik wat deur verskillende opgeleide terapeute versamel is om die mees effektiewe program vir die toekoms van die arbeidsterapie afdeling in die hospitaal te identifiseer.

Die navorser het toestemming van die Hoof Uitvoerende Beamppte van die spesialis psigiatrie hospitaal in Noord Gauteng gekry vir die insameling van inligting uit die arbeidsterapie lêers. Geestesgesondheidsorgverbruikers is nie individueel geïdentifiseer nie om so vertroulikheid te beskerm. Etiese goedkeuring is verkry vanaf die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe van die Universiteit van die Vrystaat (ETOVS NR. 12/2011).

Alhoewel die GGSV's wat deel van die studie was, deur middel van hul rekords, nie direkte voordeel getrek het nie, verseker die studie dat die arbeidsterapie program aangepas kan word, indien nodig, wat dan tot voordeel van toekomstige GGSV's aangebied sal word.

1.6. WAARDE VAN DIE STUDIE

Die wesentlike waarde van arbeidsterapie is menigmaal deur GGSV's en hul families voorgehou, en deur die jare heen, ook eerstehands deur die hospitaal se arbeidsterapeute ervaar. Hierdie oortuigings en verklarings is egter nie genoeg om die effektiwiteit van die program te bepaal nie en meer wetenskaplike bewyse moet eerder gelewer word dat arbeidsterapie wel effektief is en 'n betekenisvolle verskil in die lewe van die GGSV maak, spesifiek met betrekking tot hul gekose lewensrolle en take.

Die studie het die arbeidsterapeute instaat gestel om kliniese bewyse te lewer van die effektiwiteit van hul behandeling en aangetoon watter praktyk die beste uitkomst bied. 'n Verdere uitvloeisel sou die bevestiging van die rol en waarde van arbeidsterapie in ander akute psigiatriese eenhede kon wees.

Soos reeds voorgehou, is die persoonlike ervaring van die individu in sy aktiwiteitsreekse uniek en die studie kon moontlik ook dan die individualiteit van die GGSV in 'n uitkomsgebaseerde program bevestig en onderskryf.

1.7. HOOFSTUK UITLEG

Hoofstuk 1, die *inleiding en oriëntering*, bevat 'n oorsig van die literatuur wat aanleiding gegee het tot die studie. 'n Uiteensetting van die probleem word gegee en die doel van die studie word voorgehou. Die voorgestelde metodiek word oorsigtelik bespreek. In hierdie hoofstuk word ook aandag gegee aan die etiese oorweging en die waarde van die studie. Ten slotte word die uitleg van die hoofstukke weergegee.

In **Hoofstuk 2**, word bestaande literatuur, van toepassing op die studie breedvoerig in die *literatuuroorsig* aangebied. Die aktiwiteits- en

uitkomsgebaseerde programme word in besonderheid bespreek en vergelyk. Daar word op die IKF as meetinstrument gekonsentreer. Die GGSV word voorgehou en die T-groep word in detail bespreek.

Hoofstuk 3, sal spesifiek aandag skenk aan die *navorsingsmetodologie* van die studie. 'n Kwantitatiewe navorsingsbenadering is gevolg vir die studie en die metodiek: navorsingsontwerp, populasie, steekproef, data insameling, metingsfoute, etiese oorwegings en werkswyse word breedvoerig aangespreek.

Hoofstuk 4, fokus op die *resultate* van die navorsing. In die hoofstuk word die resultate in die vorm van grafieke en tabelle weergegee.

Hoofstuk 5 handel oor die *bespreking* en interpretasie van die resultate afkomstig van die studie.

Hoofstuk 6, het die *gevolgtrekking* en *aanbevelings* uiteengesit. In hierdie hoofstuk word 'n gevolgtrekking van die studie gegee en voorstelle vir verdere navorsing in die veld voorgehou. Leemtes en insiggewende inligting oor die studie word ook hier uitgelig.

1.8. SAMEVATTING

In Hoofstuk 1 is 'n inleiding en oriëntering tot die navorsingstudie gebied. Die vraag ontstaan of die arbeidsterapie departement 'n diens lewer wat noodsaaklik is om die optimale funksionering van die GGSV in die gemeenskap te verseker, wat deel is van die oorhoofse uitkoms van die arbeidsterapie program. Die doel van die studie is om die effektiwiteit van twee behandelingsprogramme te vergelyk en die mees effektiewe program te identifiseer.

In Hoofstuk 2 het die navorser ten doel om verslag oor die omvattende literatuurstudie wat gedoen is, te lewer, wat dan die konsepte aktiwiteit en aktiwiteitsreeks in intervensies breedvoerig bespreek.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1. INLEIDING

In Hoofstuk 1 is die agtergrond van die studie aan die hand van 'n oorsig en oriëntasie geskets. Literatuur, relevant tot die studie, word in hierdie hoofstuk in oënskou geneem. Die doel van die literatuuroorsig omvat die volgende:

- Die evolusie van die kernkonsepte word in die historiese konteks van arbeidsterapie verduidelik, beginnende by aktiwiteit en aktiwiteitsreekse as gelykbetekend tot die onderskeid van kernkonsepte. Hierdie belangrike ontwikkeling in die arbeidsterapie beroep, wat die terugkeer na die paradigma waarde van aktiwiteitsreekse voorgeloo het, word uiteengesit.
- Die konteks van aktiwiteite in psigiatrisiese programme word aan die hand van prominente teoretici se invloed op die beroep in dié tyd, beskryf.
- Die dimensies van 'n uitkomsgebaseerde behandelingsprogram in psigiatrie word deur die navorser aan die hand van lewensrolle en take belig, soos toegepas in die hospitaal wat deel van die studie uitmaak. Die doel van arbeidsterapie in psigiatrie word uit die literatuur in terme van 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus omskryf, wat optimale funksionering in eie aktiwiteitsreekse bepleit.
- Die Internasionale Klassifikasie van Funksionering, Ongeskiktheid en Gesondheid (IKF) is as meetinstrument in die studie gebruik om die funksie in die GGSV te verduidelik, en word as sulks bespreek.

- Die voorstelling van die geestesgesondheidsorgverbruiker word aan die hand van kenmerkende simptome en tekens ten opsigte van verskillende diagnoses verskaf.
- Ten slotte word die samestelling van die studiepopulasie beskryf en die eienskappe van die GGSV in die studie populasie aan die hand van die betrokke model wat gebruik is, verduidelik.

2.2. HISTORIESE KONTEKS VAN ARBEIDSTERAPIE

Die term arbeidsterapie is in 1914 deur George Barton geskep, maar die beroep is eers in 1917 amptelik gevestig met die totstandkoming van die Nasionale Vereniging vir die Bevordering van Arbeidsterapie (Hagedorn, 1995:5; Reed & Sanderson, 1999:3; Wilcock, 2006: 6-7). Verskeie bewegings het 'n rol in die ontstaan van arbeidsterapie in die vroeë 20ste eeu gespeel. Een hiervan is die kuns en kunsvlyt beweging wat handarbeid in die tyd van industrialisasie wou bevorder (Cole & Tufano, 2008:6). Hierdie beweging het 'n verband tussen handarbeid, kreatiwiteit en selfrespek getrek. Die oortuiging is gehuldig dat die maak van mooi produkte tot waardigheid, selfrespek en integriteit in mense bydra (Hocking, 2005:10). Die morele verheftheid van aktiwiteitsreekse bo ledigheid, die positiewe uitkoms vir die individu en gemeenskap, en die sentraliteit van aktiwiteitsreekse in die bestaanswese van mense is die hoof beskouinge van die morele beweging en pragmatisme, wat dan weer verder invloed op die ontstaan van die beroep gehad het (Reed & Sanderson, 1999:14; Wilcock, 2006:6-7). Heersende sosiale en humanistiese beskouings het in dié tyd die grootste invloed op die stigterslede en gevolglik ook 'n invloed op die ontwikkeling van die beroep gehad. Vandaar het die geloof in die genesende krag van aktiwiteitsreekse, dat deelname aan aktiwiteitsreekse welstand kan bevorder, gegroei (Cole & Tufano, 2008:3,6; Hocking, 2005:8).

Paradigma beskryf die kennisbasis, waardes en wêreldbeskouing van 'n beroep en vorm dus ook die basis vir arbeidsterapie praktyk (Cole & Tufano, 2008:11). Die kernwaarde waarop arbeidsterapie gegrond is, word beskou as die oorspronklike paradigma van die beroep. Hierdie oorspronklike kernwaarde het berus op die oortuiging dat die gesondheid van 'n individu beïnvloed word deur die deelname aan aktiwiteitsreekse (Gilfoyle, 1984:358). Die aktiwiteitsreeks-gerigte aard van mense word deur arbeidsterapeute as 'n inherente realiteit aanvaar en lê sedert die ontstaan van die beroep in 1917 die grondslag vir arbeidsterapie (Baum & Baptiste, 2002:7; Creek, 2008a:35; Mosey, 1986:17,277).

Hierdie paradigma het arbeidsterapie praktyke sedert die 1900 – 1940s gerig en staan bekend as die paradigma van aktiwiteitsreekse. Van 1950 tot 1970 het die beroep die meganistiese paradigma van die tyd betree. Arbeidsterapeute het in die soeke na professionele aanvaarding, nou gefokus op biomediese verduidelikings vir siektes en ongeskiktheid (Duncan, 2006:29). Onder invloed van die mediese model is druk op arbeidsterapie as beroep geplaas om meer objektief en wetenskaplik te wees (Cole & Tufano, 2008:15; Duncan, 2006:30; Hagedorn, 1995:6). Beginsels vir behandeling het op aanpassing en hulpmiddels gefokus (Gilfoyle, 1984:366-367). Gedurende hierdie ontwikkelingsfase is weg beweeg van aktiwiteitsreeks as middel tot behandeling. Die fokus op siekte of besering as oorsaak vir ongeskiktheid is as reduksionisties gekritiseer en het 'n tweede paradigma krisis in arbeidsterapie ontlont. Gesaghebbende teoretici het 'n pleidooi vir die terugkeer na die oorspronklike fokus van arbeidsterapie, naamlik – aktiwiteitsreeks, gerig. Die 1980s stempel die terugkeer na die oorspronklike paradigma van arbeidsterapie. Die geloof in arbeidsterapie dat aktiwiteitsreekse doel en betekenis aan die lewe gee, is weer bevestig. Aktiwiteitsreekse word as die kern van arbeidsterapie bekragtig, naamlik om aspekte wat 'n invloed op gesondheid of kwaliteit van lewe hê, te behandel (Duncan, 2006:30).

In literatuur oor arbeidsterapie is die gebruik van die terme aktiwiteitsreeks en aktiwiteit die onderwerp van 'n debat wat reeds jare in die beroep woed. Aktiwiteitsreeks en aktiwiteit is aanvanklik as gelykbetekenend in die professie gebruik. In 1989 is die wetenskap van aktiwiteitsreeks gevestig deur Elizabeth Yerxa, 'n arbeidsterapeut. Die fundamentele dissipline, wat die wetenskap van die vorm, funksie en betekenis van aktiwiteitsreeks is, onderskryf die toepassing van arbeidsterapie en het die weg gebaan vir die onderskeid tussen aktiwiteit en aktiwiteitsreeks (Cole & Tufano, 2008:59). Die sienings oor aktiwiteit en aktiwiteitsreeks het evolusionêr verander soos wat 'n beter begrip van aktiwiteitsreeks ontwikkel is.

In 'n poging om die konsepte te verhelder, het Hagedorn (1995:79; 2000:26) dit gestel dat 'n persoon oor aktiwiteitsreeks **beskik** en aktiwiteite en take **verrig**. Sy brei verder daarop uit dat 'n taak slegs 'n komponent van 'n aktiwiteit is. Take is dus deel van 'n reeks aktiwiteite waarvan die einddoel aktiwiteitsreeks is. 'n Individuele verrig take en aktiwiteite om ten slotte sy / haar rolle te eien. In haar taksonomie is aktiwiteit tussen aktiwiteitsreeks en take gesetel. Haar taksonomie behels sosiale rolle op die hoogste vlak, gevolg deur aktiwiteitsreeks, roetine, aktiwiteite, take en werksverrigting eenhede, met vaardigheidskomponente op die laagste vlak.

Christiansen en Baum, soos deur Hagedorn (2000:22) beskryf, het aktiwiteite as deel van 'n hiërargiese sisteem gesien. Hul beskryf 'n taksonomie bestaande uit rolle, aktiwiteitsreeks, take, aksies en vermoëns. Die Europese konseptuele raamwerk het van die kompleksiteitsteorie gebruik gemaak om die verhouding tussen aktiwiteit en aktiwiteitsreeks te beskryf. Volgens hierdie konseptualisering is werksverrigting 'n aktiwiteitsreeks, aktiwiteit of taak, afhangende van die persepsie van die individu (Creek, 2008a:39). Paley, Eva en Duncan (2006:161,167) is van mening dat definisies, klassifikasies en taksonomieë nie die debat rondom die terme sal beëindig nie. Die navorser self

is van mening dat die hiërargiese sistematisering van aktiwiteit en aktiwiteitsreeks 'n eendimensionele prentjie verskaf en dat die persoonlike ervaring en emosionele faset van aktiwiteitsreeks grootliks daardeur misken word.

Pierce (2001:139) tref die volgende onderskeid tussen aktiwiteit en aktiwiteitsreeks: 'n Aktiwiteit is 'n idee in die gedagtes van persone, gesetel in die raamwerk van hulle kultuur. 'n Aktiwiteit word met kultuur en algemene menslike aksie geassosieer. 'n Aktiwiteit is nie die ervaring van 'n spesifieke persoon nie, is nie waarneembaar as 'n gebeurtenis nie en bestaan ook nie in 'n temporale, ruimtelike en sosiokulturele konteks nie. As voorbeeld kan na kosmaak as aktiwiteit gekyk word. Dit is 'n aktiwiteit wat waarskynlik in die raamwerk van alle kulture voorkom. Alhoewel 'n algemene gebeurtenis, het dit nie dieselfde betekenis vir almal wat dit uitvoer nie. Vir meeste mense is dit slegs 'n aktiwiteit. Aktiwiteitsreeks daarenteen is die persoonlik opgestelde nie-herhaalbare ervaring eie aan 'n individu. Dit is 'n unieke subjektiewe geleentheid in 'n waarneembare temporale, ruimtelike en sosiokulturele konteks.

Aktiwiteitsreeks het vorm, tempo, 'n begin en 'n einde (Pierce, 2001:139). Dit het 'n kulturele betekenis en kan alleen of saam met ander gedoen word – hoewel die emosionele inhoud of betekenis van aktiwiteitsreeks slegs deur persoonlike ervaring beskryf kan word. As voorbeeld word weer na kosmaak verwys. Wanneer kosmaak in 'n bepaalde konteks plaasvind, is dit 'n aktiwiteitsreeks. 'n Voorbeeld is die familietradisie waar 'n pa sy seun op 15 jaar leer hoe hul familie geslagte reeds vleis rooster. Die vuur word op 'n sekere manier gepak, die vleissnit spesifiek gekies en op 'n spesifieke manier gerooster. Hierdie persoonlike belewenis maak daarvan 'n aktiwiteitsreeks.

Aktiwiteitsreeks is dus 'n komplekse entiteit en ten spyte van die toenemende aantal studies daaroor, is daar steeds nie konsensus oor die term en betekenis

daarvan nie. Die **ervaring** van aktiwiteitsreekse en die **uitkoms** van aktiwiteitsreekse was tot op hede die fokus van die meeste navorsing (Hocking, 2009:140). Foran (2011:362) bied 'n ander perspektief hierop en het die konstruksie van die virtuele realiteit teorie, naamlik verdieping, teenwoordigheid, vloei en verpersoonliking gebruik om aktiwiteitsreekse te bestudeer. Bogenoemde studies beskryf die individuele belewenis van aktiwiteitsreeks en die positiewe gevolge van deelname aan aktiwiteitsreekse vir die welstand van die individu. Dit is weliswaar ook belangrik om navorsing daarvoor te onderneem of 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus beter funksionele uitkoms vir die GGSV beteken en so wetenskaplike bewyse vir beste praktyke te lewer.

Die oorspronklike visie van die stigters van arbeidsterapie, dat aktiwiteitsreekse die unieke fokus van arbeidsterapie is, word teenswoordig in die *Arbeidsterapie Praktyk Raamwerk (Occupational Therapy Practice Framework – OTPF)* gestaaf. Die raamwerk poog om konsepte in arbeidsterapie te konsolideer en beskryf aktiewe deelname in aktiwiteitsreekse ter bevordering van gesondheid en welstand van persone. Die OTPF lei arbeidsterapeute om behandeling op die uitvoering van aktiwiteitsreekse te fokus, inbegrip die dinamiese interaksie tussen die kliënt, sy konteks en omgewing en sy eie gekose aktiwiteitsreekse (AOTA, 2008:625,626,664). Die interaksie vereis 'n verstandhouding dat aktiwiteitsreekse nie eensydig as middel of as einddoel in intervensie gebruik moet word nie, maar medewerkend om die GGSV te ondersteun in gesondheid en deelname aan sy gekose aktiwiteitsreekse te bevorder (AOTA, 2008:647).

In haar aktiwiteitsreeks-gerigte ontwerp proses benadering, verskaf Pierce (2003:9) riglyne oor hoe om aktiwiteitsreekse die kern van arbeidsterapie intervensie te maak. Die benadering sentreer om die terapeutiese krag van aktiwiteitsreeks. Terapeutiese krag dui op drie kern konsepte; te wete, die aantrekkingskrag of die subjektiewe dimensie van aktiwiteitsreeks,

ongeskondenheid of kontekstuele dimensie, en die akkuraatheid wat die toepassing van 'n aktiwiteitsreeks gebaseerde benadering is.

In hierdie studie is dit belangrik om die konsep van aantrekkingskrag verder te bespreek. Die persepsie van effektiewe terapie vir GGSV's lê in die aantrekkingskrag van 'n aktiwiteitsreeks. Aantrekkingskrag word beskryf as die kombinasie van plesier, produktiwiteit en herstel van 'n bepaalde ervaring. Pierce (2003:10) beskryf plesier as onder meer aspekte van speel en vryetyd, sensasie en humor, rituele en verslawing. Die behoefte aan uitdagings, vermyding van verveeldheid, werk etiek, werks-identiteit en stres is by produktiwiteit ingesluit. Slaap, eet en drink, selfsorg en kunsvlyt aktiwiteite, asook spiritualiteit val onder die aspek van herstel. Die beginsel van plesier, produktiwiteit en herstel kan gesien word in die intervensie programme wat by die arbeidsterapie afdeling van die studie aangebied is, waar aan GGSV's geleentheid gebied is om bogenoemde te ervaar.

Trombly (1995:963, 2002b:257) konseptualiseer aktiwiteitsreeks as enersyds die einddoel, en andersyds die middel tot die doel. Wanneer 'n individu reik na 'n funksionele doelwit, gebruik hy / sy bestaande vermoëns en vaardighede om daardie einddoel te bereik. Dit vergestalt die konsep van aktiwiteitsreeks as einddoel. Wanneer aktiwiteitsreeks gebruik word om vermoëns en vaardighede te verbeter, word verwys na aktiwiteitsreeks as 'n middel tot die doel, met ander woorde arbeidsterapie as behandelingsmedium. Die aktiwiteitsprogram, soos aangebied by die psigiatrie hospitaal ter sprake in die studie, het aktiwiteitsreeks as middel gebruik om vermoëns en vaardighede in die GGSV te verbeter. Hierdie verbetering het egter nie noodwendig die optimale funksionering van die GGSV in die gemeenskap verseker nie. Die uitkomsgebaseerde program daarenteen, het aktiwiteitsreeks as middel en einddoel gebruik om die GGSV toe te rus vir sy / haar eie gekose aktiwiteitsreeks.

Ook die Wêreldgesondheidsorganisasie erken en bepleit die belangrikheid van deelname of betrokkenheid in alledaagse aktiwiteitsreekse as 'n voorvereiste vir menslike gesondheid en welsyn. Deelname in betekenisvolle aktiwiteitsreekse skep 'n gevoel van samehorigheid met ander mense en so word die mens deel van 'n gemeenskap. Mense word vaardig en bekwaam in hul vermoëns en vind betekenis in die lewe. Sentraal tot die arbeidsterapie professionele is die doel om die GGSV in staat te stel en te bemagtig om hul eie alledaagse aktiwiteitsreekse uit te voer en optimaal te ervaar (Law, 2002:640). Deelname aan aktiwiteitsreekse oor jare vergestalt 'n persoon se aktiwiteitsreeks-gerigte identiteit. Wie 'n persoon is, en wat sy belangstelling, verpligtinge, prioriteite en ideale behels, skets ten einde sy rolle en verhoudings. So word 'n aktiwiteitsreeks-gerigte identiteit gevorm, wat 'n bloudruk word vir verdere deelname aan die lewe en vir die toekoms wat 'n persoon begeer (Forsyth & Kielhofner, 2006:78; Rudman & Dennhardt, 2008:154).

Wilcock (1999:2) beskryf aktiwiteitsreekse as die natuurlike biologiese meganisme vir gesondheid vanweë die aktiwiteitsreeks-gerigte aard van die mens en die gevolglike verhouding tussen aktiwiteitsreekse en gesondheid. Deur te *doen*, en te *wees*, word mense in hul sosiale rolle vaardig en bereik hulle hul volle potensiaal ("doing", "being", "becoming"). Om te *wees* deur geleenthede om te *doen*, gee doel, betekenis en 'n sin van behoort aan mense. Hierdie aspekte word beskou as die beslissende faktore vir fisiese, geestelike en sosiale welstand (Wilcock, 2006:140).

Die navorser is van mening dat hierdie aanname moontlik te simplisties is. 'n Aktiwiteitsgebaseerde program in 'n psigiatriese hospitaal het tradisioneel baie geleentheid gebied om te doen. Alhoewel verbetering wel by baie GGSV's waargeneem is, het daardie GGSV's nie, slegs deur te doen, vaardig in hul sosiale rolle geword nie.

Krupa, Fossey, Anthony, Brown en Pitts (2009:156) beskryf sosiale, fisiese, kulturele en institusionele faktore as die omgewingsfaktore, wat in interaksie met die mens se persoonlike faktore en aktiwiteitsreeks is. Dit het verder 'n invloed op die aktiwiteitsreeks-gerigte werksverrigtinge, deelname en belewenis van 'n persoon. Hocking (2009:143) postuleer dat deelname aan aktiwiteitsreeks kennis, vaardighede en houding vereis, maar in teenstelling ook geleentheid verskaf om die nodige vaardighede en kennis en houding te ontwikkel. Die uitgangspunte van die skrywers hierbo kan by uitstek met psigiatriese rehabilitasie vereenselwig word, waar 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus aan die GGSV die geleentheid bied om deur deelname, toegerus te word om hul eie aktiwiteitsreeks na ontslag optimaal te verrig.

2.3. AKTIWITEITSPROGRAM

Die toepassing van terapeutiese aktiwiteite is die afgelope dekades beïnvloed deur die filosofiese ontwikkeling van die gebruik van aktiwiteite in arbeidsterapie. Hagedorn (1995:127) beskryf vyf stadiums in hierdie filosofie waar die fokus val op:

- produktiwiteit,
- die proses van deelname as terapeutiese medium,
- die bevordering van funksionele vaardighede in toepaslike aktiwiteite,
- die gebruik van aktiwiteite om interaksie met mense en die omgewing te bewerkstellig,
- die persepsie van selfbekwaamheid deur deelname aan aktiwiteite.

Van hierdie tendense kan in arbeidsterapie behandeling voor die 1970s waargeneem word. Dié tyd is kenmerkend van behandeling wat op 'n hiërargiese model gegrond was, waar remediëring van basiese komponente gesien is as 'n voorwaarde vir die behandeling van funksionele komponente in aktiwiteitsareas.

Die aanname was dat basiese komponente nodig is vir funksionele vaardigheid (Trombly, 2002b:262). In psigiatrie is die behandeling van AVK's, soos konsentrasie, besluitname, en oordeel geprioritiseer. Arbeidsterapeute het geglo dat rehabilitasie nie kon begin voordat remediëring nie afgehandel is nie. Hierdie werkswyse beskryf ook die mediese model, wat deur kritici as reduksionisties en meganisties geag word. Die meganistiese paradigmaskuif is grootliks toe te skryf aan die mediese model wat arbeidsterapie tot die behandeling van simptome gereduseer het, soos reeds genoem is. Die reduksionistiese fokus het die gevolg dat die individuele behoefte van die GGSV nie effektief in behandeling aangespreek word nie (Cole & Tufano, 2008:23-25).

Fidler (1981:150) was van die eerste arbeidsterapeute wat die verhouding tussen affek, kognisie, gedrag en taakverrigting in taakgeoriënteerde groepe met skisofrenie pasiënte beskryf het. Haar waarnemings het die waarde van taakgeoriënteerde groepe onderskryf. Die doel van die groepe was nie slegs taakvoltooiing nie, aangesien die GGSV deur taakuitvoering betekenis ervaar het wat op die beurt weer tot verhoogde funksionele deelname aanleiding gegee het. Haar standpunt is gekonseptualiseer in aktiwiteitsreeks as middel, waar aktiwiteitsreeks as terapeutiese agent gebruik word om vaardighede te ontwikkel met die doel om bevredigende lewensrolle te skep (Trombly, 1995:961-963,). Mosey (1981:108) is van mening dat aktiwiteit struktuur en organisasie aan kliënte verskaf. Geestesgesondheidsorgverbruikers (GGSV) word die geleentheid gegee om, bestaande vaardighede in aktiwiteitsgroepe te gebruik, deur te *doen*. Beide outeurs het dieselfde idee gehad, naamlik dat verbetering in funksie indirek plaasvind omdat die fokus op die aktiwiteit is. Die invloed van hierdie twee prominente teoretici se teorieë kan gesien word in die aard van die terapeutiese groepe wat in psigiatrisie hospitale aangebied is.

Arbeidsterapeute getuig dikwels teenoor kollegas van hul suksesse en werkservarings, maar in die internasionale arbeidsterapie literatuur is daar min

gepubliseerde navorsing wat die gebruik en impak van kunsvlyt aktiwiteite as terapeutiese mediums ondersoek. Studies deur Griffith (2008:49) en Griffith en Corr (2007:107) het bevind dat kunsvlyt aktiwiteite wel dikwels as terapeutiese medium in die behandeling van geestesgesondheidsorgverbruikers gebruik word. Hulse, Griffith en Corr (2007:431) het die impak van skryf van poësie, onder individue met geestesgesondheidsprobleme, ondersoek. Die bevindinge van die studie het voorgestel dat om poësie te skryf wel persoonlike betekenis het, en dat hierdie betekenis sentraal tot die menslike bestaan is. Alhoewel dit slegs 'n klein studie was, is daar betekenisvolle aanduidings dat daar 'n verband bestaan tussen die betekenis van aktiwiteit en die gesondheid van mense.

Die betekenis en waarde van kunsvlyt aktiwiteite vir 'n arbeidsterapeut en sy pasiënte is in 'n narratief deur Harris (2008:140) ondersoek. Die outeur se bevindinge is dat kunsvlyt aktiwiteite terapeutiese waarde het en dat professionele en persoonlike ervarings die gebruik van kunsvlyt as terapeutiese medium beïnvloed.

In die geskiedenis van die beroep het aktiwiteite 'n belangrike rol in arbeidsterapie praktyke gespeel. Arbeidsterapie het verklarings vir gesondheid in die biomediese model gesoek. Aktiwiteite ter behandeling is gekies op grond van die spesifieke vaardighede wat dit vereis het, byvoorbeeld koördinasie, omvang van beweging, konsentrasie, werksgewoontes, sosiale interaksie, ensovoorts. Die vereistes van die aktiwiteit het die mate van verbetering voorspel (Hocking, 2005:9).

Die aktiwiteitsprogram (Bylaag A) by die hospitaal wat in die studie ondersoek is, is op hierdie beginsels gegrond. Die program het 'n gebalanseerde voldag program behels. 'n Balans is tussen psigomotoriese, kognitiewe, emosionele en kunsvlyt aktiwiteite gehandhaaf. Daar is gepoog om nie dieselfde aktiwiteite in die program in 'n periode van drie tot vier weke te herhaal nie. Psigomotoriese

aktiwiteite het ook sport aktiwiteite soos netbal, krieket, sagtebal en 'n verskeidenheid van speletjies soos "donkie bal", "bok in die hok" en "ekstreme frisbee" ingesluit. Kognitiewe aktiwiteite het op aspekte soos besluitneming, geheue en oordeel gefokus en het aktiwiteite soos byvoorbeeld "Sudoku", "Kim's game", "Rush Hour" en "Scrabble" ingesluit. Derdens is emosionele aktiwiteite gebruik om aandag te gee aan aspekte soos uitstel van bevrediging, emosionele vloei en frustrasietoleransie. Speletjies soos byvoorbeeld "Junglespeed", "Toru", "Hide and Seek" en "Amazing labyrinth" is hiervoor aangewend. Kunsvlyt aktiwiteite is gebruik om besluitneming, oordeel, beplanning en akkuraatheid in terme van taakkwaliteit te verbeter. Kunsvlyt aktiwiteite het glasverf, origami, kralerwerk en papieraktiwiteite ingesluit. Verder is aktiwiteite van die alledaagse lewe ingesluit deur kook en bak aktiwiteite. Hierdie aktiwiteite het aan die GGSV's die geleentheid vir sosiale interaksie met ander GGSV's verskaf. Sosiale vaardighede is hoofsaaklik egter individueel in terapie aangespreek.

2.4. UITKOMSGEBASEERDE PROGRAM

Arbeidsterapie gebruik wetenskaplik verkose, betekenisvolle aktiwiteite om uiteenlopende kliënte met verskeie probleme te help om optimaal te funksioneer. Dit bemagtig kliënte om so onafhanklik as moontlik te wees, menswaardigheid te ervaar en kwaliteit lewe in werk, huis en vryetyd te hê (OTASA, 2000).

Binne die konteks van die definisie word die doel van arbeidsterapie verwoord. Vir Trombly (2002a:3) is dit die ontwikkeling van 'n sin van bekwaamheid en 'n gevoel van eiewaarde. Die outeur ag bekwaamheid as gelykstaande met voldoende deelname in eie lewensrolle. Trombly (1995:961) beskryf hierdie rolle as enersyds verwant aan self-verwesenliking of produktiwiteit en andersyds as selfverheffend of bydraend tot eie gesondheid of selfonderhouding.

'n Ander perspektief op rolle word deur Hagedorn (1995:57; 2000:27) gegee, wat dit sien as 'n sosiale titel wat per implikasie verantwoordelikhede en daadwerklike optrede vereis. Sy onderskei verder tussen aktiwiteitsreeks-gerigte en sosiale rolle. Eersgenoemde word geassosieer met 'n beroep, byvoorbeeld die van 'n onderwyser of dokter. Sosiale rolle beskryf 'n familie verhouding, byvoorbeeld as 'n ouer of 'n algemene kulturele of sosiale konsep soos student of werker. Die verlies aan rolle of die onvermoë om die eise daaraan verbonde te hanteer het ernstige implikasies op selfbeeld en identiteit, en beïnvloed die funksionering van die persoon in die gemeenskap.

Volgens Mosey (1981:7) beïnvloed kennis, vaardighede en houding die bevoegdheid van mense in hul lewensrolle. Kennis verwys na wat 'n persoon van die geïdentifiseerde lewenstaak weet. Vaardigheid is die werklike vermoë om die taak uit te voer en houding verwys na die waarde wat die individu aan die taak heg. Arbeidsterapie is gemik op die verbetering van al drie die aspekte in aktiwiteitsreeks-gerigte uitvoering. Die uitkomsgebaseerde program stel die GGSV in staat om die verworwe kennis toe te pas en vaardighede in lewenstake te oefen. Waarde word toegevoeg as die GGSV sukses in die groep ervaar.

Arbeidsterapie word in die konteks van aktiwiteitsverrigting areas (AVA's) in behandeling aangebied. Hierdie kategorieë van aktiwiteitsdeelname word in die literatuur verskillend beskryf. In die OTPF word die AVA's verdeel in aktiwiteite van die alledaagse lewe, instrumentele aktiwiteite van die alledaagse lewe, rus en slaap, opvoedkunde, werk, speel, vryetyd en sosiale deelname (AOTA, 2008:630). Ander klassifikasies sluit in selfsorg, produktiwiteit, vryetyd (Creek, 2010:94) en werk, vryetyd en aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL) (Hagedorn, 1995:73).

Duncan (2004:214) maak 'n aansluiting tussen aktiwiteitsreeks en die strategieë van psigososiale rehabilitasie in arbeidsterapie. Die strategieë behels eerstens

verskeie aspekte in aktiwiteitsreekse, naamlik bewustheid, opvoeding, oefening, ontwikkeling, ekonomiese volhoubaarheid en voorspraak. Verdere fasette is die remediëring van AVK's en verbruikersbemaagtiging. Hierdie strategieë stel die GGSV in staat om betekenisvol te leef en deur middel van aktiwiteitsreekse, gesondheidsdoelwitte te bereik. Hughes (2008:417) is verder van mening dat bemaagtiging, bekwaamheid en herstel in die GGSV sleutel elemente in psigososiale rehabilitasie is. Oorsigtelik beskou, kom dit voor asof bogenoemde teoretici teenstrydige aannames betreffende arbeidsterapie behandeling maak. Die goue draad in hul sieninge is die sosiale rolle wat unieke aktiwiteitsreekse vir elke individu skep. Vaardigheid in eie rolle en aktiwiteitsreekse lei tot optimale deelname in die gemeenskap, en is die doel van arbeidsterapie.

Die wesentlikheid van aktiwiteitsreeks is inderdaad groots. 'n Aktiwiteitsreeks-gerigte fokus behels dat elke GGSV se eie persoonlike aktiwiteitsreekse die unieke fokus van daardie GGSV se arbeidsterapie intervensie moet wees. Die implikasie is dat funksionele probleme in die GGSV nie veralgemeen kan word nie en 'n behandelingsprogram nie op tipiese strategieë gebou kan word nie, omdat aktiwiteitsreekse vir elke GGSV uniek is. Die "*Person-Environment-Occupation-Performance*" (PEOP) model omvat hierdie konsep. Aktiwiteitsreeks-gerigte werkverrigting is die produk van die interaksie tussen die mens, aktiwiteitsreekse en die omgewing. Aktiwiteitsreekse behels die waardes, rolle, take en aktiwiteite wat die fokus van die model is (Cole & Tufano, 2008:127-131). Die klem van arbeidsterapie val dus op die genesende voordele van aktiwiteitsreeks-gerigte deelname om sekere vermoëns te versterk. Hierdie vermoëns sluit in fisiese gesondheid en fiksheid, sensoriese modulاسie en integrasie van sensoriese inligting, instandhouding van kognisie, motivering, selfwerkzaamheid en verhoging van persoonlike sin. Die omgewing beïnvloed 'n persoon se gesondheidstatus en deelname in betekenisvolle aktiwiteite, take en lewensrolle. In psigiatrie val die klem op interpersoonlike vaardighede, ekonomiese ondersteuning, toegang tot gesondheidsorg, aanpassing in die

natuurlike omgewing en sosiale aanvaarding. Aktiwiteitsreekse word gestruktureer om betekenisvolle deelname te fasiliteer en vaardigheid te bemeester.

Die gebruik van aktiwiteitsreekse om aanpassing en lewensgenot te bevorder was die bydrae van Mary Reilly in haar aktiwiteitsreeks-gerigte gedrag model soos aangehaal in Cole en Tufano (2008:89). Reilly soos in Cole en Tufano (2008:89) het nie spesifieke behandeling voorgeskryf nie, maar terapeutiese strategieë as riglyne vir behandeling verskaf. Haar uitgangspunt is dat geestesgesondheidsorgverbruikers se sterk-punte verbeter moet word om vaardigheid en individuele prestasie te kan verbeter. Die GGSV se belangstellings moet deel uitmaak van terapie en eksplorasië van aktiwiteitsreekse moet genotvol wees. Eksplorasië van vermoëns in aktiwiteitsreeks-gerigte gedrag en gevoelsuitdrukking deur vryetyd aktiwiteite moet aangemoedig word. Arbeidsterapeute moet verskillende metodes of tegnieke gebruik om GGSV's te help om geskikte aktiwiteitsreekse te vind. Die bevordering van vaardighede moet gemik wees op die hantering van alledaagse probleme. Dit is verder belangrik dat die terapeutiese verhouding die GGSV sal toelaat om deel van besluitnemingsproses te wees (Cole & Tufano, 2008:89-92).

Vaardighede modelleer werksverrigting, gedrag, kennis en sosiale interaksie in 'n persoon en is noodsaaklik in die wisselwerking met die omgewing. Sosiale toereiktheid word behaal deurdat 'n persoon 'n kombinasie van vaardighede gebruik. Probleme met hierdie vaardighede, by name swak sosialisering, sosiale onttrekking, egosentrisiteit, aggressie, gebrek aan selfhandhawing en verwarpte persepsie is die teken vir hantering of behandeling in geestesgesondheid, omdat dit so noodsaaklik vir sosiale aanpassing in die gemeenskap is (Creech, 1990:237; Paterson, 2002:277; Stoffel & Tomlinson, 2011:298). Tog kan gebreke in sosiale vaardighede nie die enigste fokus vir arbeidsterapie wees nie, omrede die GGSV

holisties beskou moet word in sy unieke omgewing, en met sy gekose aktiwiteitsreeks.

Bekwaamheid in lewensake en lewensrolle ontwikkel nie in isolasie nie. Mense leef in die samelewing en is deel daarvan. Om gesond te leef beteken om vaardighede in die hantering van alledaagse probleme te integreer byvoorbeeld in die hantering van konflik, finansiële of administratiewe eise. Uitkomst in die behandeling van lewensake moet spesifiek op die oplossing van alledaagse uitdagings gemik wees. Creek (1990:243) stel verder voor hoe probleemoplossingsaktiwiteite in 'n probleemoplossingsbenadering toegepas kan word: Probleme moet geïdentifiseer word, gedrag aangespreek en doelwitte gestel word. Alle aktiwiteite word oor 'n periode van tyd gegraadeer. Die OTPF beskryf die oorkoepelende doel van die arbeidsterapie proses as "betrokkenheid in aktiwiteitsreeks, om deelname in verlangde sosiale en persoonlike rolle te verseker". Arbeidsterapie groepe is aangewese vir hierdie doel deurdat dit geleentheid vir deelname en interaksie skep (Cole, 2005:91; Cole, M., 2008:316).

Doelgerigtheid organiseer 'n persoon se tyd en gedrag en sinrykheid motiveer deelname aan aktiwiteitsreeks (Trombly, 2002b:257). Arbeidsterapeute moet wetenskaplik kan bewys dat aktiwiteitsreeks doelgerigtheid en sin in die lewe gee en so in rehabilitasie effektief is. Die kliniese beredenering moet gestaaf word deur wetenskaplike bewyse. Eers so kan arbeidsterapeute hul behandeling teenoor pasiënte en kollegas regverdig (Taylor, 2000:2).

Bogenoemde sienings is in die uitkomsgebaseerde program (Bylaag B), by die hospitaal betrokke by die studie, geïmplementeer. Die inhoud van die program het op die verbetering van vaardighede in die GGSV gefokus. 'n Probleemoplossingsbenadering is gevolg en deurlopende evaluering in die groepe het die keuse van aktiwiteitsreeks beïnvloed. Sosiale vaardigheidsgroepe het hantering van stres, selfhandhawing en konflikhantering

ingesluit. Werksvaardighede was ondermeer in terme van die skryf van CVs, selfkennis, motiveerders in die werksplek en onderhoudsvaardighede aangespreek. Groepe was gerig op spesifieke uitkomste vir die GGSV's byvoorbeeld hantering van verliese en aanvaarding van siekte.

Die uitkomsgebaseerde program was 'n voldag program met 'n balans in die keuse van psigomotoriese aktiwiteite, kunsvlyt aktiwiteite en vaardigheidsgroepe. Alhoewel kognitiewe, emosionele en psigomotoriese aktiwiteite steeds deel uitgemaak het van die uitkomsgebaseerde program, is die doelwitte van hierdie aktiwiteite met meer beredenering gekies. Kognitiewe aktiwiteite het spesifiek op groei in die GGSV gefokus byvoorbeeld aktiwiteite wat laterale denke verbeter, soos rebus legkaarte en raaisels. Kunsvlyt aktiwiteite het beplanning, sosiale interaksie en samewerking vereis. Projekte wat aangepak was, was byvoorbeeld die maak van produkte vir die hospitaal kermis, die samestelling van 'n koerantjie in die hospitaal en die opstel van 'n begroting vir 'n kook en bak sessie. Met die uitkomsgebaseerde program het die uitkomste vir die GGSV aan die inhoud van die program rigting gegee.

2.5. INTERNASIONALE KLASSIFIKASIE VAN FUNKSIONERING, ONGESKIKTHEID EN GESONDHEID (IKF / ICF)

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) het die Internasionale Klassifikasie van Funksionering, Ongeskiktheid en Gesondheid (IKF) saamgestel om 'n platform te skep waar uitkomste wetenskaplik getoets kan word deur data te vergelyk (WHO, 2001:5).

Die bedoeling van die IKF was om 'n gemeenskaplike taal te verskaf vir interdisiplinêre gesprekke, en om sodoende 'n konseptuele basis vir die bespreking van behandelingsbehoefte van GGSV's te vorm. Die IKF is deur 'n

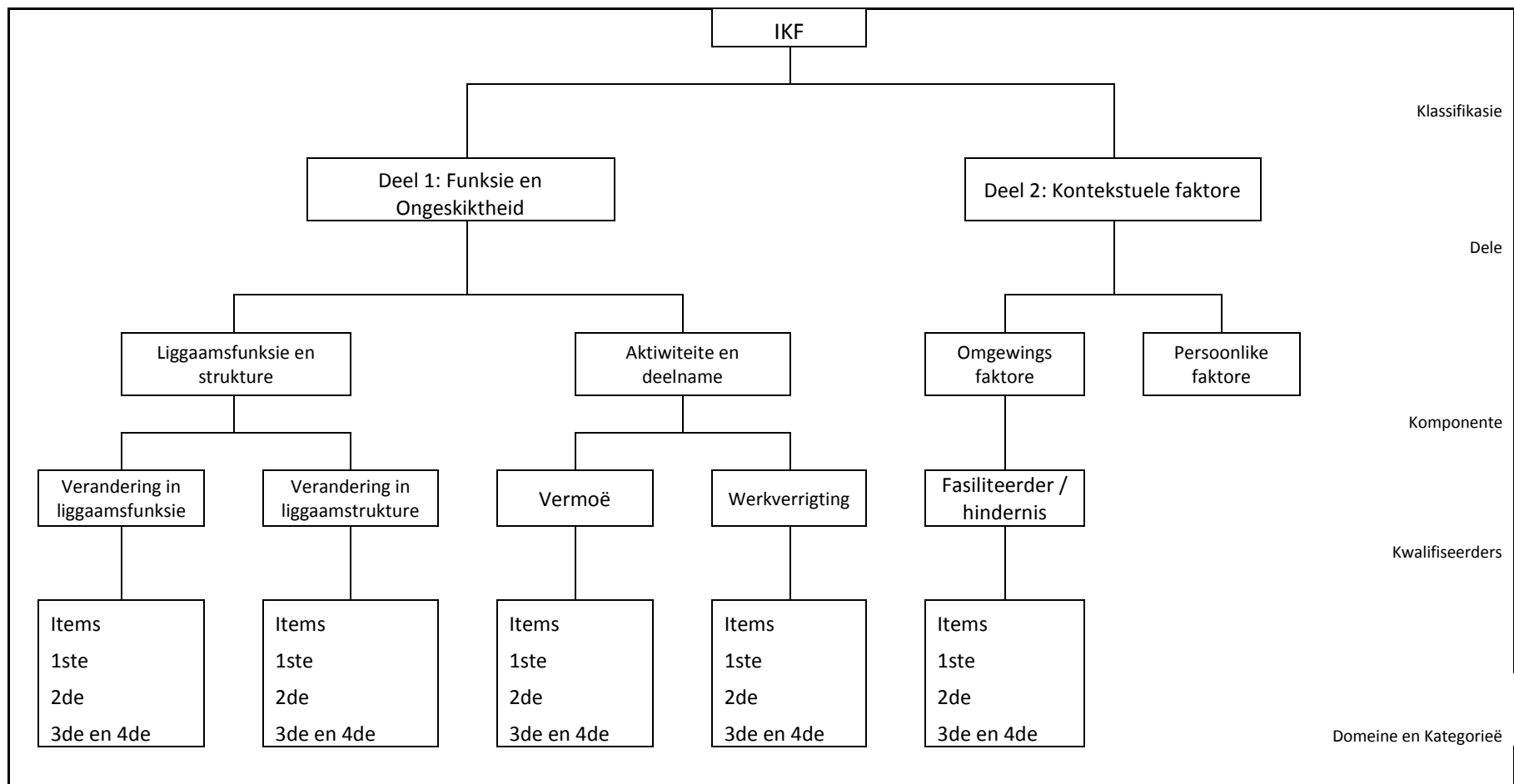
arbeidsterapie taakspan van die Gauteng Departement van Gesondheid aangepas en gevolglik geselekteer vir gebruik deur gesondheidsorgpraktisy in alle kliniese velde.

Aanwending van die IKF ontlok voortdurend uiteenlopende debat in die literatuur. Die IKF is aanvanklik as 'n raamwerk vir die meting van uitkomst in gesondheidsorg ontwikkel en verskaf 'n beskrywing van gesondheid en gesondheidsverwante faktore in terme van persoonlike welstand. Dit is egter nog maar min in navorsing vir konsekwentheid, geldigheid en betroubaarheid getoets. Die IKF was die inspirasie vir 'n studie van Darema en Haglund (2008:131-132). In die studie is die IKF se kontekstuele faktore gebruik om 'n vraelys op te stel, wat die aktiewe rol en deelname van die psigiatriese pasiënt in sy / haar eie behandeling ondersoek het. Die IKF definieer die uitkomst / gevolg van deelname "as betrokkenheid in lewensituasies" en Jette en Haley (2005:339) maak in 'n artikel voorspraak vir die gebruik van die IKF vir die meting van funksionele uitkomst in arbeidsterapie.

Die IKF organiseer inligting in twee dele. Elke deel bevat twee komponente. Deel 1 handel oor funksie en ongeskiktheid en deel 2 handel oor kontekstuele faktore. Funksie en ongeskiktheid word verder onderverdeel in (a) liggaamsfunksie en strukture en (b) aktiwiteite en deelname. Kontekstuele faktore word ook verder onderverdeel in (a) omgewingsfaktore en (b) persoonlike faktore (sien figuur 2.1.) (WHO, 2001:10).

Liggaamstrukture is die anatomiese dele van die liggaam soos die organe, ledemate en vel. Liggaamsfunksie verteenwoordig die fisiologiese en psigologiese werking van die liggaamsisteme. Liggaamsfunksies (onder andere geestes, sensories en kardiovaskulêr) word ook verder in breë kategorieë verdeel. So word die geestesfunksie byvoorbeeld in globale en spesifieke geestesfunksies onderverdeel. Hierdie breë kategorieë word verder in

subkategorieë verdeel. Die subkategorie van globale geestesfunksie behels oriëntasie, intellektuele funksie en slaap, terwyl spesifieke geestesfunksie aandag, geheue en hoër kognitiewe funksies insluit. Sommige subkategorieë word verdeel in laer vlakke (WHO, 2001:33).



Figuur 2.1. IKF struktuur (WHO, 2001:215)

Die IKF gebruik kwalifiseerders om die omvang van 'n probleem in fyner detail te beskryf. Die drie komponente, naamlik liggaamsfunksie en strukture, aktiwiteite en deelname, en omgewingsfaktore gebruik 'n algemene vyf-puntskaal om die erns van die probleem aan te dui. 'n Persentasie van tussen 0 – 4% dui op geen probleem in funksionering nie en word as (0) aangedui. 'n Persentasie van 5-24% dui op 'n klein probleem in funksionering en word as (1) opgeteken. 'n Persentasie van 25 – 49% dui op 'n matige probleem en word as (2) aangedui. 'n Persentasie van 50 – 95% dui op 'n ernstige probleem en word as (3) aangedui, terwyl 'n persentasie van 96 – 100% 'n totale, omvattende probleem aandui, en as (4) aangeteken word. 'n Daling van 1 punt, naamlik van 4 na 3, 3 na 2, 2 na 1 en 1 na 0, dui op 'n kliniese verbetering in daardie domein of kategorie (Jette, 2006:731; WHO, 2001:22).

'n Studie van Stamm, Cieza, Machold, Smolen en Stucki (2006:9) het die IKF met drie arbeidsterapie modelle, naamlik die *Model of Human Occupation* (MOHO), die *Canadian Model of Occupational Performance* (CMOP) en die *Occupational Performance Model* (OPM) vergelyk. Die arbeidsterapie konsepte van die modelle is met die komponente en kategorieë van die IKF vergelyk. Die bevindinge was dat die meerderheid konsepte van die arbeidsterapie modelle met die IKF in verband gebring kan word. Die navorsing bevestig Imms (2006:65) se mening dat die terminologie van die IKF beslis met arbeidsterapie terminologie versoenbaar is. Hierdie bevindinge verklaar die aanklank onder arbeidsterapeute, aangesien beide funksionering meet en beskryf.

Hammell (2004:408-410) is uitgesproke in haar kritiek teen die IKF. Die kritiek is gefokus op die doel van die IKF, naamlik om mense te klassifiseer. Die artikel weerspieël die gevoel van die ongeskiktheids-teoretici dat diégene wat betrokke raak in die klassifisering van mense, nie self sal erken dat dit nie 'n biologiese realiteit is nie, maar slegs 'n menslike aanname. Die kritiek word uitgebrei dat klassifisering lei tot marginalisering van mense, wat ekonomiese en sosiale deprivasie tot gevolg het omdat persone met ongeskiktheid se behoeftes vir

opvoeding, lonende dienslewering, vervoer en ander basiese regte dan misken word. Ten slotte vermaan Hammel dat arbeidsterapeute altyd krities teenoor die gebruik van die IKF moet staan.

Ten spyte van bogenoemde kritiek, word toenemend meer aandag aan die IKF in arbeidsterapie literatuur geskenk (Cole & Tufano, 2008:31; Creek, 2010:179; Wilcock, 2006:196). Law (2002:641) is van mening dat die IKF betekenisvolle implikasie vir arbeidsterapie inhou. Die IKF is juis eerstens ontwikkel om deelname aan lewenstake in persone te verduidelik en tweedens om dit te bevorder. Dit dwing arbeidsterapeute om deelname in die GGSV beter te verstaan. Die arbeidsterapeute moet weet wat deelname beteken, hoe dit gemeet word en wat deelname sal motiveer.

Die 21ste eeu kenmerk die belang van menseregte, reg oor die wêreld, en op alle terreine, onder meer ook in gesondheid. Mense het die reg tot bekostigbare, bereikbare gesondheidsdienste in hul gemeenskappe. Op primêre, sekondêre en tersiêre vlak moet integrasie van dienste vinnig en effektief geskied, vanweë toenemende finansiële, menslike en fisiese hulpbron beperkinge. Die druk op dienslewering het die weg ondermeer vir die insluiting van die IKF in arbeidsterapie gebaan (Watson, 2004:13; Wilcock, 2006:195,197).

2.6. GEESTESGESONDHEIDSORGVERBRUIKER

In Suid Afrika het een uit drie persone 'n kans om 'n psigiatriese siekte te ontwikkel in hul leeftyd (Herman, Stein, Seedat, Heeringa, Moomal & Williams, 2009:343). Die spektrum van diagnoses is wyd en sluit onder andere gemoedsversteurings byvoorbeeld depressie, psigotiese versteurings soos skisofrenie, angsvesteurings en persoonlikheidsversteurings in. Psigiatriese diagnoses word volgens een van twee klassifikasie sisteme, te wete DSM (Diagnostiese en statistiese handleiding van geestesongesteldheid) of ICD

(Internasionale Klassifikasie van Siektes) gemaak (Sadock & Sadock, 2007:284,301). Geestesgesondheid probleme word algemeen gekenmerk deur prominente simptome wat gewoonlik onverwags ontwikkel en in die akute fase opname in 'n psigiatriese hospitaal noodsaak (Hawkes, Johnstone & Yarwood, 2008:393). In Suid Afrika is depressie vir 75% van opnames in psigiatriese hospitale en skisofrenie vir tussen 28 en 44% verantwoordelik (Jarvis & Middleton; 2004:319; Uys, 2010:413).

Die GGSV met gemoedversteuring ervaar probleme in kognitiewe, affektiewe, psigomotoriese en konatiewe funksies, wat lei tot funksionele en gedragsprobleme (Spangler, 2011:162). Gemoed verwys na die interne emosionele staat van 'n persoon en probleme hiermee, is die oorheersende kenmerk van gemoedsversteuring (Duncan, 2005:461). Onstabieleit in gemoed is ook kenmerkend van persoonlikheidsversteurings (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004:453). Die onvermoë om gevoelens in self en ander te herken, self te motiveer en emosies in self en verhoudings te hanteer word deur Goleman (1998:317) beskryf in emosionele intelligensie en 'n verband kan getrek word tussen dit en gemoedsversteurings.

Alhoewel kognitiewe inperkinge nie deel van die diagnostiese kriteria van skisofrenie is nie, is kognitiewe disfunksie kenmerkend in skisofrenie en die primêre fokus in rehabilitasie programme (Brown, 2011a:185; Crouch, 2005:509).

Probleme ten opsigte van motivering of dryfkrag is 'n algemene verskynsel in verskeie psigiatriese versteurings byvoorbeeld skisofrenie, depressie en persoonlikheidsversteurings en beïnvloed deelname in aktiwiteite en aktiwiteitsreekse (Brown, 2011b:336; Martin & Wheatly, 2008:241; Nott, 2005:481)

Funksionele probleme in werk, interpersoonlike verhouding en aktiwiteite van die daaglikse lewe bly 'n groot struikelblok in geestesgesondheid en behandeling in psigiatrie fokus dus op vaardigheid in lewenstake en rolle (Scaffa, Pizzi & Chromaick, 2010:330). Behandeling het ten doel om simptome te verlig en vaardigheid in aktiwiteite en aktiwiteitsreekse te verhoog. Die doel van behandeling in psigiatrie fokus dus ondermeer op motivering, psigomotoriese (Cole, F., 2008:285; Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010:105; Richardson, Faulkner, McDevitt, Skrinar, Hutchinson & Piette, 2005:324,325) en kognitiewe rehabilitasie (Abreu & Toglia, 1987:442-443). Spesifieke vaardighede, om die daaglikse eise wat gestel word, aan te spreek, sluit instrumentele aktiwiteite van die daaglikse lewe (IADL) en sosiale vaardighede in (Brown, 2011c:659; Stoffel en Tomlinson, 2011:298).

Die omvang van funksionele probleme wissel van gering tot ernstig in GGSV's en 'n aktiwiteitsreeks-gerigte benadering vereis dat behandeling uniek op die vlak van die GGSV aangebied word.

2.7. T-GROEP

Die model van skeppende vermoë, wat in die 1960s deur Vona du Toit in Suid Afrika ontwikkel is, bied 'n raamwerk om pasiënte op funksioneringsvlakke volgens hul aktiwiteitsreeks-gerigte vaardighede te plaas. Die model van skeppende vermoë is juis relevant in die huidige paradigma van arbeidsterapie, omdat aktiwiteitsreekse gebruik word om skeppende vermoë in individue te bevorder. Hierdie spesifieke model is nog altyd in die hospitaal waar die studie uitgevoer is, gebruik om GGSV's op dieselfde vlak van motivering en aksie in te deel, sodat behandeling daarvolgens aangebied kan word (De Witt, 2005:3).

Die vlakke van skeppende vermoë is tonus, selfdifferensiasie, selfaanbieding, deelname (passief, nabootsend, aktief en kompetend), bydrae en

kompeterende bydrae (sien Tabel 2.1.) (De Witt, 2005:7). Die psigiatrie hospitaal, waar die studie uitgevoer is, het GGSV's op funksioneringsvlakke van tonus tot passiewe deelname opgeneem.

Tabel 2.1. Vlakke van motivering en aksie

Vlakke van volisie	Vlakke van aksie
Tonus	Predestrukties Destrukties
Selfdifferensiasie	Destrukties Insidenteel
Selfaanbieding	Eksploratief
Deelname: Passief	Eksperimenteel
Nabootsend	Nabootsend
Aktief	Oorspronklike aksie
Kompetierend	Produkgesentreerde aksie
Bydraend	Situasiegesentreerde aksie
Kompetierend bydraend	Gemeenskapsentreerde aksie

(De Witt, 2005:11)

Die individu se vermoë om verhoudings met mense, gebeure en materiale te vorm word deur die teorie van skeppende deelname beskryf. Die maksimale kreatiewe potensiaal wat kan ontwikkel onder optimale omstandighede word gesien as die skeppende vermoë van 'n individu. Vona du Toit (De Witt, 2005:3-7), die skepper van die teorie, identifiseer twee aspekte in 'n persoon, naamlik volisie en aksie. Volisie is die innerlike dryf of motivering en is die voorloper van aktiwiteitsreeks-gerigte gedrag, wat ekstern gesien word as aksie. 'n Persoon se motivering en aksie ontwikkel in vlakke.

Drie fases word in elke vlak van motivering en aksie onderskei, te wete die terapeut-gerigte, pasiënt-gerigte en oorgangsfases. In die terapeutgerigte fase ontbreek die motivering en is die GGSV afhanklik van die arbeidsterapeut om op die vlak te funksioneer. In die pasiënt-gerigte fase is daar genoegsame motivering vir die GGSV om op sy vlak te funksioneer. In die oorgangsfase begin die GGSV tekens van die volgende vlak te toon (De Wit, 2005:8). Die GGSV in die T-groep val in die oorgangsfase tussen selfaanbieding en passiewe deelname.

Op die vlak van selfaanbieding word gevind dat die GGSV die omgewing eksplorieer, en dan die nuwe gedifferensieerde self aan ander in die omgewing aanbied. Die motiveringsaksie is dan ook op hierdie doel gerig, wat die ontwikkeling van 'n basiese selfkonsep en basiese sosiale vaardighede insluit soos wat in sosiale interaksie en interpersoonlike verhoudings benodig word. Ander kenmerke van hierdie vlak is die doelbewuste eksplorاسie van materiale, objekte en gedrag in die omgewing. Die GGSV op hierdie vlak beskik oor verskeie vaardighede wat nodig is om onafhanklik te funksioneer, maar benodig nog aanmoediging en ondersteuning om dit te kan doen (De Witt, 2005:32-42).

Geestesgesondheidsorgverbruikers wat op die vlak van passiewe deelname is, presenteer soos volg: Hulle is minder egosentries, maar hul sin vir eiewaarde is nog laag. Hulle is ten volle georiënteerd ten opsigte van plek, persoon en tyd. Interpretasies van situasie begin, maar die vermoë tot evaluering ontbreek nog. Begrip van die hele taak is teenwoordig, maar dis nog 'n probleem om take op eie inisiatief uit te voer. Min emosie word getoon, maar die GGSV se vlak van ervaring en beleving is hoog. Interpersoonlike kontak is bloot gerig op deelname met ander. Gedrag en volisie is passief en gerig op deelname in groepe. Die GGSV is onafhanklik wat sy selfversorging betref en stel belang om goed versorg te wees, maar ervaar nog probleme met interpersoonlike verhoudings, werk en om vrytyd nuttig te gebruik (De Witt, 2005:43-49).

Vir die doel van die studie, is die GGSV's wat in die oorgangsfase van selfaanbieding na passiewe deelname was, in die T-groep ingedeel, wat dan die studiepopulasie vir die navorsing uitgemaak het.

2.8. SAMEVATTING

In Hoofstuk 2 is 'n oorsig van die relevante literatuur onderneem. Die historiese konteks van arbeidsterapie lei die hoofstuk in. Hier is 'n kronologiese kontekstualisering van aktiwiteite en aktiwiteitsreeks aangebied. Die invloed van die wetenskap van aktiwiteitsreeks in arbeidsterapie word bespreek in terme van die professie en die paradigmaskuiwe wat in die beroep plaasgevind het. Die aanwending van aktiwiteitsgebaseerde en uitkomsgebaseerde programme word verder bespreek. Die karakteristieke van die geestesgesondheidsorgverbruiker is aangebied. Die agtergrond van die T groep in die konteks van Vona du Toit se model van skeppende vermoë is voorgehou. Ten slotte word die IKF as meetinstrument krities in die studie geëvalueer.

In die volgende hoofstuk, naamlik Hoofstuk 3, word die navorsingsmetodologie van die studie bespreek.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSBENADERING EN METODOLOGIE

3.1. INLEIDING

In Hoofstuk 2 is 'n literatuuroorsig ten opsigte van die historiese konteks van arbeidsterapie, aktiwiteite en aktiwiteitsreeks gedoen en spesifieke aandag is aan die wetenskap van aktiwiteitsreeks geskenk.

Die paradigmaskuif in arbeidsterapie terug na aktiwiteitsreeks en die nuwe wetenskap van aktiwiteitsreeks bied die geleentheid om die interaksie tussen die mens en aktiwiteitsreeks te ondersoek en sodoende die waarde van arbeidsterapie te bepaal. In geestesgesondheid is die terapeutiese gebruik van aktiwiteitsreeks reeds in verskeie navorsingstudies ondersoek, tog is daar min navorsing om 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus in arbeidsterapie deeglik te evalueer.

Die doel van hierdie studie was om 'n aktiwiteitsprogram met 'n uitkomsgebaseerde program te vergelyk. Gegewe die kompleksiteit van aktiwiteitsreeks soos uitgewys in die literatuurondersoek, wou die navorser vasstel watter program die effektiwste sou bydrae tot die optimale funksionering en herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap. In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodologie ten opsigte van die studiepulasie, steekproeftrekking, data insameling, prosedure, data ontleding, metingsfoute, loodsstudie asook die etiese oorwegings bespreek.

3.2. PARADIGMA VAN NAVORSING EN STUDIEONTWERP

Die studie het 'n kwantitatiewe benadering gevolg, wat sekere aspekte van gedrag ondersoek en dit gekwantifiseer het (Leedy & Ormrod, 2010:107). Hierdie

benadering is geskoei op positivisme. In 'n positivistiese paradigma word gepoog om 'n voorafgaande hipotese te bewys en die funksionele verhouding te verwoord. Die doel van 'n positivistiese ondersoek is om deur die meting van een of meer veranderlikes uitkomst te voorspel, te beheer en te verduidelik. Toetse, vraelyste of metingsskale word gebruik in die meting van psigologiese karaktereenskappe (Leedy & Ormrod, 2010:94; Ponterotto, 2005:128). In die studie is die veranderlikes van 'n aktiwiteits- en uitkomsgebaseerde program gemeet en vergelyk om te bepaal watter program die mees effektief is. Die afhanklike veranderlike is die optimale funksioneringsvlak van die GGSV en die onafhanklike veranderlike is die aktiwiteits- en uitkomsgebaseerde programme self.

Die navorser het van 'n retrospektiewe gevalskontrolle studieontwerp gebruik gemaak. In 'n gevalskontrolle studieontwerp word begin deur individue of gevallestudies in 'n geïdentifiseerde populasie, wat nie 'n spesifieke uitkoms van belang ontvang het nie (aktiwiteitsprogram), te identifiseer. Die navorser selekteer dan individue van 'n toepaslike kontrolle groep, wat wel die uitkoms van belang ontvang het (uitkomsgebaseerde program). Die individue van die verskillende populasies word gepas aan die hand van spesifieke kriteria, en data word versamel om uitkomst in die verskillende programme te vergelyk. Dié studies kan prospektief of retrospektief uitgevoer word. In die geval van hierdie studie is die ondersoek retrospektief gedoen (Joubert *et al.*, 2007:82-83).

Aangesien die studiepopulasie klein was, was 'n gevalskontrolle studieontwerp geskik vir die studie. Al die kontrolle gevalle van die uitkomsgebaseerde program is gebruik om 'n passing met die gevalle van die aktiwiteitsprogram te kry. Dié studieontwerp stel navorsers in staat om 'n verskeidenheid blootstellings, wat 'n enkele uitkoms as resultaat het, te ondersoek (Joubert *et al.*, 2007:84-85). In die studie het die navorser twee verskillende programme (blootstellings) ondersoek, wat beide dieselfde uitkoms gehad het, te wete die optimale funksionering en herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap.

3.3. NAVORSINGSMETODOLOGIE

'n Omvattende bespreking van die navorsingstudie word hier aangebied. Die eienskappe van die populasie word bespreek en die insluitingskriteria is uiteengesit. Die metodologie word verduidelik aan die hand van die data insameling en die prosedure wat gevolg is. Die ontleding van die data en die metingsfoute word beskryf. Ten slotte word die etiese oorweging uiteengesit en die beperkinge van die studie word bespreek.

3.3.1. Studiepopulasie

Geestesgesondheidsorgverbruikers word in 'n bepaalde spesialis psigiatrie hospitaal in Noord Gauteng opgeneem vir psigiatrisse behandeling, sorg en rehabilitasie. Hierdie hospitaal is vir die navorsingstudie gebruik. Die vroue word in een van drie sale opgeneem en die mans word in een van vier sale geplaas. Die sale funksioneer as oop sale en GGSV's in dié sale word standaard na arbeidsterapie verwys. Die mees algemene diagnoses waarmee GGSV's in die hospitaal opgeneem word, sluit die volgende in:

- Major depressie
- Bipolêre gemoedsversteuring
- Angsversteuring
- Skisofrenie
- Skisoaffektiewe versteuring
- Psigotiese versteuring as gevolg van algemene mediese toestand
- Substans geïnduseerde psigose
- Substans geïnduseerde gemoedsversteuring

Na die evaluasie word GGSV's volgens hul vlak van skeppende vermoë in een van vier terapeutiese groepe geplaas. Die studiepulasie is verteenwoordigend van al die akute pasiënte, tussen die ouderdom van 18 en 60 wat gedurende die tydperk 2009 – 2012 in die hospitaal opgeneem is, en die T-groep van die arbeidsterapie departement bygewoon het. Vir die doel van die studie is die T-

groep in geheel in die studie populasie ingesluit. Die arbeidsterapie program strek oor 'n periode van drie weke en 36 groepsessies word tydens die tydperk aangebied.

3.3.2. Steekproeftrekking

Vanweë die klein getal lêers wat beskikbaar was, kon die navorser nie verseker dat elke element van die populasie in die studie verteenwoordig was nie en gevolglik is daar van nie-waarskynlikheid steekproeftrekking gebruik gemaak (Leedy & Ormrod, 2010:211). In die retrospektiewe studie is die beskikbare lêers van die GGSV's wat die T-groep (oorgangsfase van selfaanbieding na passiewe deelname) tussen 2009 tot 2012 bygewoon het, gebruik.

Die insluitingskriteria vir die studie was:

- Volwasse GGSV's tussen die ouderdom van 18 en 60 jaar, wat die T-groep bygewoon het.
- Manlike sowel as vroulike GGSV's.
- GGSV's van alle moedertale is ingesluit, maar hulle moes spesifiek Afrikaans of Engels magtig gewees het.
- Die volgende psigiatriese diagnose op as I van die DSM IV T.R. was ingesluit.
 - Gemoedsversteuring.
 - Angsversteuring.
 - Skisofrenie.
 - Ander psigotiese versteuring.

Die uitsluitingskriteria vir die studie was:

- Heropnames uit enige van die twee programme.
- GGSV's met persoonlikheidsversteuring.
- GGSV's met verstandelik gestremdheid.

Die kriteria wat in die passing van lêers van GGSV's van die aktiwiteitsprogram met die uitkomsgebaseerde program gebruik is, sluit in:

- Geslag,

- Volwassenes volgens ouderdomsgroepe van:
 - 20 – 25
 - 26 – 30
 - 31 – 35
 - 35 – 40
 - 41 – 45
 - 46 – 50
 - 51 – 55
 - 56 – 60
- Opvoedingsvlak,
- Taal en
- Diagnose.

Ten opsigte van diagnose het die navorser die klassifikasie volgens die DSM IV T.R. gebruik, naamlik



- (1) gemoedsversteuring,
- (2) skisofrenie,
- (3) ander psigotiese versteurings, en
- (4) angsversteuring.

Die ontwikkelingsouderdom word verdeel in vroeë volwassenheid (20 – 40 jaar) en middel volwassenheid (40 – 60 jaar) (Sadock & Sadock, 2007:45). Die opvoedingsvlak is verdeel in primêre opvoeding, sekondêre opvoeding, tersiêre diploma en tersiêre graad.

’n Totaal van 120 GGSV’s is gedurende 2009 en 2010, tot die eerste helfte van 2011 na die T-groep verwys. Aan die einde van Junie 2011 is die arbeidsterapie program van die hospitaal wat in die studie gebruik is van ’n aktiwiteitsprogram na ’n uitkomsgebaseerde program verander. In 2009 is daar begin om die IKF te gebruik om funksie in die GGSV te evalueer. Lêers van GGSV’s is vanaf die begin van 2009 tot Julie 2012 retrospektief in die studie gebruik. Daar is besluit dat daar ’n afsnypunt van bywoning moes wees ten einde die studie te voltooi. Vier en sestig GGSV’s in die aktiwiteitsprogram het minder as 18 groepsessies

gedurende die drie weke bygewoon (verwys na tabel 3.1. vir 'n skematiese voorstelling). Geestesgesondheidsorgverbruikers het groepsessies gemis vanweë afspraak met ander spanlede, spesiale ondersoeke, gebrek aan motivering en vroeë ontslag. Ses en vyftig GGSV's het 'n minimum van 18 groepsessies in die drie weke bygewoon. Betekenisvolle groepbywoning wat 'n verskil aan die GGSV kan maak, is beskou as die bywoning van 'n minimum van 18 groepsessies. Daar is dus begin met 56 lêers van GGSV's wat die aktiwiteitsprogram bygewoon het. Die doel was gevolglik om 56 passings in die uitkomsgebaseerde program te verkry.

Tabel 3.1. Skematiese voorstelling van steekproeftrekking

Aktiwiteitsprogram	Uitkomsgebaseerde program
	
<p><i>GGSV's verwys:</i> 120</p>	<p><i>GGSV's verwys:</i> 75</p>
<p><i>0 – 17 groepsessies bygewoon:</i> 64</p>	<p><i>0 – 17 groepsessies bygewoon:</i> 22</p>
<p><i>18 – 36 groepsessies bygewoon:</i> 56</p>	<p><i>18 – 36 groepsessies bygewoon:</i> 53</p>
<p><i>GGSV's gepas met uitkomsgebaseerde program</i> 51</p>	<p><i>GGSV's gepas met aktiwiteitsprogram</i> 51</p>
<p><i>GGSV's wat nie gepas is nie:</i> 5</p>	<p><i>GGSV's wat nie gepas is nie</i> 2</p>

In die aktiwiteit- sowel as die uitkomsgebaseerde program is 13 groepsessies 'n week aangebied. Beide programme is deur balans en kreatiwiteit in die keuse van aktiwiteit en aktiwiteitsreeks gekenmerk. Aktiwiteite en aktiwiteitsreeks is

ook gekies om die GGSV se ouderdom, geslag en kultuur in ag te neem. Die uitkomsgebaseerde program het van die aktiwiteitsprogram verskil in sover meer klem op vaardigheidsgroepe gelê is. (Verwys na Hoofstuk 2 vir 'n volledige bespreking van die onderskeie programme).

3.3.3. Data insameling

Die prosedure by die arbeidsterapie departement het behels dat agtergrondinligting van die GGSV ten tyde van die eerste kontak met die arbeidsterapeut verkry word. Hierdie inligting is aangewend om die demografiese inligting van die studie te voltooi. 'n Inisiële evaluasie is uitgevoer, wat die arbeidsterapeut in staat gestel het om die GGSV volgens die vlak van funksionering in 'n groep te plaas, 'n geskikte individuele behandelingsplan uit te werk en dan daarvolgens terapie aan te bied. Die terapeutiese groepsprogram het 'n voldagprogram behels, bestaande uit 13 groepsessies per week.

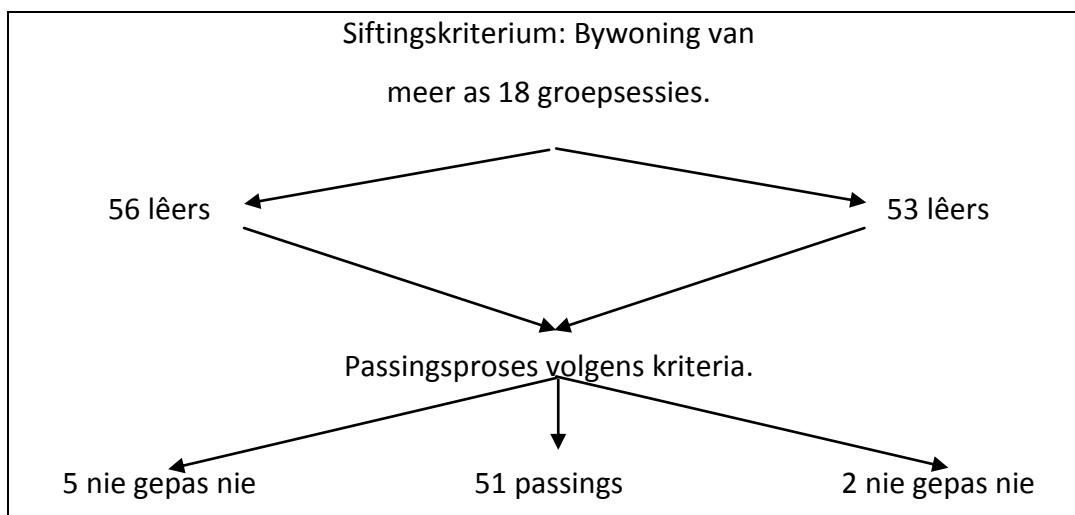
3.3.3.1. Behandelingsproses



Figuur 3.1: Skematiese voorstel van behandelingsproses

3.3.3.2. Retrospektiewe data insameling

Die studie het 'n aanvang geneem met die versameling van arbeidsterapie lêers van GGSV wat die T groep gedurende die tydperk van 2009 – 2012 bygewoon het. Die navorser het eerstens lêers van GGSV's wat minder as 18 groepe bygewoon het, deur middel van 'n uitsoekproses, uitgeskakel. Hierdie proses het 'n totaal van 56 lêers uit die aktiwiteitsprogram en 53 lêers uit die uitkomsgebaseerde program opgelewer. Daar is toe met die passingsproses begin om die 56 lêers van die aktiwiteitsprogram met die 53 lêers van die uitkomsgebaseerde program te pas (sien Figuur 3.2.). Hierdie passingsproses is volgens die kriteria soos in punt 3.3.2. genoem, uitgevoer.



Figuur 3.2. Skematiese voorstelling van data insamelingsproses

Die IKF formaat is gebruik om, na evaluasie, 'n probleemlys en behandelingsprogram vir elke GGSV op te stel. Die arbeidsterapeute by die hospitaal het 'n elektroniese weergawe van die IKF gebruik, omrede dit geriefliker en tydsbesparend was. 'n Afskrif van die inisiële evaluasie volgens die IKF formaat, sowel as die herevaluasie, 'n agtergrondverslag, behandelingsbeplanning en behandelingsnotas vir elke GGSV is in die arbeidsterapie lêer bygehou. Elke GGSV se arbeidsterapeut was verantwoordelik om hierdie inligting op datum te hou. Gedurende die tydperk 2009 tot 2012 het vyf arbeidsterapeute in die akute eenheid van die hospitaal gewerk. Die

arbeidsterapeute, wat formele opleiding in die gebruik van die IKF ontvang het, was elk verantwoordelik vir die eerste evaluasie en herevaluasie van die GGSV's in haar diensgroep. Die IKF is aanvanklik vir GGSV's op die program elektronies voltooi. Daar is toe begin om die assessering elektronies te voltooi en 'n afskrif in die lêer te plaas. Die IKF funksionele evaluasie is gevolglik retrospektiewelik as die voortoets en natoets in die studie gebruik.

3.3.4. Bespreking van die meetinstrument

Die IKF beskryf alle anatomiese strukture en liggaamsfunksies van die mens. Die anatomiese struktuur wat vir geestesgesondheid funksie en ongeskiktheid verantwoordelik is, is die brein. In die psigiatriese veld is dus hoofsaaklik op die geestesgesondheid domein van die IKF gefokus. In die IKF is aktiwiteitsverrigting komponente dus die fokus van die geestesfunksie domein. Bykomend was AVA's in die aktiwiteite en deelname komponent van die IKF verteenwoordig. Die GGSV se lys van probleme en die gevolglike fokus van behandeling word dus onder die IKF aangedui. Die volledige IKF word in Bylaag C verskaf, soos dan ook reeds in die literatuurstudie bespreek is (Verwys na Punt 2.6.).






Tabel 3.2. Uittreksel van IKF formaat

Probleemlys Geestesgesondheidsfunksie	Evaluasie & Herevaluasie	
	1ste	2de
Energie vlakke	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motivering	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aptyt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Impulskontrole	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Slaap	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geheue	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Probleme in enige domein of kategorie word met 'n punt van 0, 1, 2, 3 of 4 aangedui. Nul (0) dui op geen probleem in funksionering nie; 1 dui op 'n *geringe* probleem in funksionering; 2 dui op 'n *matige* probleem in funksionering; 3 dui

op 'n *ernstige* probleem in funksionering en 4 dui op 'n *totale* probleem in funksionering. 'n Punt word met die eerste evaluasie toegeken en dan weer tydens die herevaluasie na 3 weke. 'n Afwaartse tellingsverandering van 1 in enige van die kategorieë of domeine van die IKF evaluasie dui op 'n kliniese verbetering in daardie domein of kategorie.

Tabel 3.3. Skematiese voorstelling: Prosedure

<p><u>Fase 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Toestemming van hoof uitvoerende beampte van die spesialis psigiatrie hospitaal te Noord Gauteng. • Etiese goedkeuring van Etiekkomitee. 	
<p><u>Fase 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Versamel data van aktiwiteitsprogram. • Kry passing met uitkomsgebaseerde program. 	
<p><u>Fase 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oordra van data op datavorms. 	
<p><u>Fase 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Data ontleding deur biostatistikus. 	
<p><u>Fase 5:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interpretering van data. • Dokumentasie van resultate. 	

3.3.5. Prosedure van studie

Fase 1:

Gedurende die eerste fase van navorsing is toestemming van die hoof uitvoerende beampte van die hospitaal vir die uitvoering van die navorsingstudie verkry (verwys na Bylaag D). Data is retrospektief verkry en toestemming van die hospitaalbestuurder het toegang tot die inligting in die arbeidsterapie lêers vir gebruik in die studie verseker. Die studie is ook vir etiese oorweging aan die Eietekomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat voorgelê (ETOVS NR. 12/2011).

Fase 2:

Data van GGSV's wat die aanvanklike aktiwiteitsprogram, sowel as die uitkomsgebaseerde program bygewoon het, is versamel. Die data van die aktiwiteitsprogram is eerste ingesamel en het 'n totaal van 56 lêers beloop. Die navorser het daarna lêers van die uitkomsgebaseerde program met die 56 lêers uit die aktiwiteitsprogram gepas. In totaal is data van 51 lêers gepas.

Fase 3:

Die voor-en natoets resultate van GGSV's van die aktiwiteitsprogram en uitkomsgebaseerde program is onttrek en na die data vorms oorgedra. Die oordrag van al die data is deur die navorser self uitgevoer. Die navorser het die vorms verskeie kere gekontroleer om oordragfoute uit te skakel.

Fase 4:

Na die oordrag van die data is die datavorms vir ontleding ingedien. Die ontleding is deur 'n biostatistikus van die Departement Biostatistiek van die Universiteit van die Vrystaat uitgevoer.

Fase 5:

Na ontleding van die data is die resultate deur die navorser geïnterpreteer en aangeteken.

3.3.6. Data ontleding

In die IKF word 'n numeriese waarde van 0, 1, 2, 3 of 4 aan 'n domein of kategorie toegeken wat 'n aanduiding is van die omvang van die probleem in daardie domein of kategorie. 'n Afwaartse verandering van 1 in hierdie waardes het op 'n verbetering in daardie domein of kategorie gedui.

Beskrywende statistiek is gebruik om die data te ontleed. Vir elke evaluering per groep is die frekwensies en persentasies vir die kategorie data bereken, asook die middelwaardes en persentiele vir deurlopende data. Die verandering in die voortoets tot die natoets is per groep bereken en vergelyk deur 'n 95% vertrouensinterval vir gepaarde data te gebruik. Die ooreenstemming tussen die twee programme is by wyse van kappa beskryf. Hierdie ontleding is ook deur die Departement Biostatistiek van die Universiteit van die Vrystaat onderneem.

3.3.7. Metingsfoute (Joubert *et al.*, 2007:117)

Metingsfoute word ten opsigte van die betroubaarheid en geldigheid van die meetinstrument beskryf. Verder word die ontbrekende inligting en veranderlikes wat tot metingsfoute kon gelei het, ook voorgehou.

3.3.7.1. Betroubaarheid van meetinstrument (Leedy & Ormrod, 2010:29)

Tot op hede was die IKF nog min in navorsingstudies gebruik, maar die instrument is deur die Gautengse Departement van Gesondheid geïdentifiseer as die voorkeur uitkomstgerigte meetinstrument. Alle terapeute is in die gebruik van die IKF opgelei. Sedert die bekendstelling van die IKF is opleidingsessies jaarliks aangebied om nuwe terapeute in die toepassing van die IKF kundig te maak. Die verpligte gereelde opleiding het eenvormigheid in die toepassing van die IKF verseker en so die betroubaarheid van die gebruik van die instrument verhoog.

3.3.7.2. Geldigheid van meetinstrument (Leedy & Ormrod, 2010:28)

Die terminologie van die IKF, naamlik liggaamsstrukture, funksie, en deelname is verenigbaar met bestaande arbeidsterapie terminologie. Dit verhoog die geldigheid van die instrument in sover die IKF aspekte meet wat getrou is aan die fokus van arbeidsterapie.

3.3.7.3. Ontbrekende inligting (Joubert *et al.*, 2007:117)

Die standaard opname prosedure by die psigiatriese hospitaal wat by die studie betrek is, het behels dat persoonlike inligting tydens opname skriftelik in die opname lêer van die GGSV opgeteken word. Die GGSV is volgens die DSM IV T.R. klassifikasie sisteem deur die geneesheer gediagnoseer. 'n Arbeidsterapie lêer is dan vir elke verwysde GGSV oopgemaak en deur die verantwoordelike arbeidsterapeut geliasseer. Kwaliteitsstandaarde in die hospitaal vereis dat elke verwysde GGSV geëvalueer en 'n individuele behandelingsprogram uitgewerk word. Die arbeidsterapie lêer moet verder ook aan spesifieke gehaltestandaarde voldoen. Insluiting van die volgende inligting was 'n vereiste in die arbeidsterapie lêer: GGSV naam, diagnose, hospitaalnommer, datum van eerste evaluasie, datum van herevaluasie, behandelingsbeplanning en ontslagbeplanning. Arbeidsterapeute het te eniger tyd insae in die kliniese lêers van GGSV gehad en die navorser kon op hierdie wyse ontbrekende inligting so aanvul.

Die minimum kennis en vaardigheid wat benodig was vir toepassing van die behandelingsprotokol by die hospitaal was die minimum vereiste vir alle arbeidsterapeute werksaam daar en die navorser het geensins enige ontbrekende inligting tydens die oorsig van die lêers verwag of teëgekomp nie.

3.3.7.4. Veranderlikes buite beheer van navorsers (Leedy & Ormrod, 2010:225,226)

Die twee behandelingsprogramme het deurgaans dieselfde formaat gehandhaaf. Die programinhoud is slegs in 2011 verander om 'n uitkomsgebaseerde benadering te weerspieël. Alhoewel verskeie arbeidsterapeute by die aanbieding van die groepsessie betrokke was, is dieselfde behandelingsprotokol met beide programme gevolg. Die terapeute wat die program aangebied het, het weekliks vergader om die programinhoud te beplan, wat heel moontlik enige metingsfoute geminimaliseer het.

3.3.7.5. Waarnemer veranderlikes (Leedy & Ormrod, 2010:226)

Die inisiële evaluering, sowel as die herevaluasie van elke GGSV is deur die betrokke GGSV se aangewese terapeut gedoen, om sodoende verskille in die assessering van funksionele aspekte uit te skakel.

Die evaluasie resultate, soos uit die arbeidsterapie lêers onttrek, is onveranderd deur die navorsers op datavorms oorgedra en verskeie kere gekontroleer vir moontlike foute.

3.3.8. Loodsstudie (Leedy & Ormrod, 2010:111)

Die navorsers werk reeds 17 jaar by die hospitaal en is vertrouwd met die behandelingsprotokolle en inligting in die GGSV lêers. Kennis en vaardigheid nodig vir die ontwikkeling van behandelingsprotokolle by die hospitaal is die minimum vereiste vaardigheid vir alle arbeidsterapeute wat daar werksaam was. Bykomend het die aard van die studie die inwin van historiese data behels en was 'n loodsstudie dus nie aangedui nie.

3.4. ETIESE OORWEGINGS (Leedy & Ormrod, 2010:101-104)

Die etiese besluitname in die studie word vervolgens aan die hand van goedkeuring, ingeligte toestemming, voordele van die studie, reg tot privaatheid en moontlike risiko's verbonde aan die studie, uitgelig.

3.4.1. Goedkeuring

'n Protokol is aan die Ekspertkomitee van die Departement Arbeidsterapie en die Evalueringskomitee van die Skool vir Aanvullende Gesondheidsberoep vir voorlopige goedkeuring voorgelê. Goedkeuring is gevolglik vanaf die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat vir die uitvoering van die studie verkry (ETOVS nr. 12/2011). (Sien bylaag E)

3.4.2. Ingeligte toestemming

Weens die aard van die studie – 'n retrospektiewe oudit van lêers – is toestemming versoek en verkry van die hoof uitvoerende beampte van die hospitaal om inligting in die arbeidsterapie lêers te gebruik vir die navorsingsdoeleindes.

3.4.3. Voordele van deelname in die studie

Beide die aktiwiteitsprogram en die uitkomsgebaseerde program het 'n terapeutiese waarde wat tot direkte voordeel vir die GGSV in hierdie programme gelei het, toegevoeg.

Die studie se grootste voordeel lê daarin dat vergelykings getref kon word tussen twee behandelingsprogramme en die mees effektiewe arbeidsterapie program sodoende geïdentifiseer kon word. Dit sal arbeidsterapeute, werksaam in 'n

akute psigiatrie opset in die toekoms in staat stel om kliniese besluite op bewese beste praktyke en wetenskaplik gefundeerde inligting te grond.

3.4.4. Reg tot privaatheid

Konfidensialiteit is deurgaans tydens die studie gehandhaaf deurdat geen GGSV by naam in die IKF geïdentifiseer is nie. Die datavorms is deurgaans in 'n toesluit kabinet geberg. Na afloop van die studie sal die resultate aan die hospitaalbestuur bekend gemaak word. 'n Artikel wat die studie beskryf sal aan 'n geakkrediteerde vakpublikasie vir moontlike publikasie voorgelê word. Vertroulikheid sal deurgaans gehandhaaf word en geen name of konfidensiële inligting sal bekend gemaak word nie.

3.4.5. Risiko

Omrede kliniese rekords op 'n historiese grondslag in die studie gebruik is, het deelname aan die studie geen risiko vir enige GGSV ingehou nie.

3.5. SAMEVATTING

In Hoofstuk 3 van die studie is die metodologie daarvan aan die hand van die positivistiese paradigma van kwantitatiewe navorsing bespreek. Die studiepopulasie het bestaan uit die GGSV's wat die T-groep van 2009 tot 2012 by die hospitaal bygewoon het. Voor-en natoets resultate, soos verkry uit die IKF evaluasie in elke GGSV se arbeidsterapie lêer, het die data insameling van die studie verteenwoordig. Data oor twee verskillende programme is ingesamel om 'n vergelyking te kan tref en die mees effektiewe inhoudelike program vir toekomstige gebruik in arbeidsterapie te identifiseer.

In die volgende hoofstuk word die resultate van die studie bespreek en deur middel van tabelle en grafieke geïllustreer.

HOOFSTUK 4

RESULTATE

4.1. INLEIDING

Die navorsingsmetodologie van die studie is in Hoofstuk 3 beskryf. Vervolgens word die resultate in hierdie hoofstuk breedvoerig weergegee. Die resultate word eers afsonderlik ten opsigte van programme uiteengesit voordat vergelykings aangedui word.

4.2. RESULTATE VAN DIE STUDIE

Die resultate van die studie word as volg uiteengesit:

- Eerstens word die data aan die hand van die demografiese inligting weergegee. Die resultate ten opsigte van die ouderdom, geslag, diagnose, kultuur, opvoedkundige vlak en groepbywoning word in die vorm van tabelle verskaf.
- Tweedens word die IKF komponente soos in die lêers van die studiepopulasie uitgebeeld, aan die hand van voortoets en natoets resultate uiteengesit.
- Laastens word die statisties beduidende resultate van die studie uitgebeeld. Die ooreenstemming tussen die verskillende programme word deur kappa beskryf. Alle numeriese waardes in die resultate is tot een getal na die desimaal afgerond.

In die bespreking is van kleurkode gebruik gemaak om die resultate van die programme te onderskei.

4.2.1. Demografiese beskrywing van die studiepulasie

Die studiepulasie het uit 102 lêers ($n = 102$) van gehospitaliseerde GGSV's bestaan. Vir die doeleindes van die studie is 51 lêers in elk van die twee programme, ingesluit.

Die data in die lêers van GGSV's wat ingesluit was in die aktiwiteitsprogram en die uitkomsgebaseerde program, is ondersoek en die resultate van die retrospektiewe proses word vervolgens bespreek.

Tabel 4.1. Ouderdomsverspreiding van studiepulasie

	Minimum ouderdom	Mediaan	Maksimum Ouderdom
Aktiwiteitsprogram (n = 51)	21	36	60
Uitkomsgebaseerde program (n = 51)	22	35	57

In die aktiwiteitsprogram was die mediaan ouderdom 36 jaar met die jongste 21 jaar oud en die oudste 60 jaar oud. Volgens die lêers was die mediaan ouderdom 35 jaar in die uitkomsgebaseerde program, met die jongste 22 jaar en die oudste 57 jaar oud. Die deelnemers se lêers weerspieël dus volwassenes wat gewissel het tussen jong en middel volwassenheid.

Tabel 4.2. Geslagverspreiding van studiepopulasie

	Vroulik	Manlik
Aktiwiteitsprogram (n = 51)	32 (62.7%)	19 (37.3%)
Uitkomsgebaseerde program (n = 51)	32 (62.7%)	19 (37.3%)

Geslagverspreiding was een van die kriteria vir passing. Die lêers het aangedui dat ongeveer 63% van die GGSV's in elke program vroulik was.

Tabel 4.3. Diagnose verteenwoordigend van studiepopulasie

	Gemoeds-versteuring	Angs versteuring	Skisofrenie	Skisoaffektiewe versteuring
Aktiwiteitsprogram (n = 51)	44 (86.3%)	0	5 (9.8%)	2 (3.9%)
Uitkomsgebaseerde program (n = 51)	44 (86.3%)	0	5 (9.8%)	2 (3.9%)

Diagnose was een van die passingskriteria en gevolglik was die verspreiding van diagnose dieselfde in die onderskeie programme. Tabel 4.3 toon dat GGSV's met gemoedsversteuring die grootste persentasie (86.3%) van die diagnoses van die studiepopulasie uitmaak het, gevolg deur GGSV's met skisofrenie (9.8% per program) en GGSV's met skisoaffektiewe versteuring (3.9% per program).

Tabel 4.4. Opvoedkundige kwalifikasie

	Primêre	Sekondêre	Tersiêre sertifikaat	Tersiêre diploma	Tersiêre graad
Aktiwiteitsprogram (n = 51)	0	43 (84.3%)	1 (2.0%)	4 (7.8%)	3 (5.9%)
Uitkomsgebaseerde program (n = 51)	0	43 (84.3%)	1 (2.0%)	4 (7.8%)	3 (5.9%)

Die resultate van die GGSV lêers in die aktiwiteitsprogram toon dat 84.3% van GGSV's se hoogste kwalifikasie 'n sekondêre skoolopleiding was, 2% het 'n

tersiêre sertifikaat behaal, terwyl 7.8% 'n tersiêre diploma en 5.9% 'n tersiêre graad gehaal het. Hierdie persentasies was dieselfde in die uitkomsgebaseerde program, omrede die lêers van die twee programme ook ten opsigte van opvoedkundige kwalifikasies gepaar was, soos bepaal is in die insluitingskriteria.

Tabel 4.5. Moedertaal van studiepopulasie

	Afrikaans	Engels	Sotho	Tswana	Zoeloe
Aktiwiteitsprogram (n = 51)	37 (72.6%)	9 (17.7%)	2 (3.9%)	2 (3.9%)	1 (1.9%)
Uitkomsgebaseerde program (n = 51)	38 (74.6%)	8 (15.7%)	2 (3.9%)	2 (3.9%)	1 (1.9%)

Uit Tabel 4.5 blyk dit dat 72.6% van GGSV's in die aktiwiteitsprogram Afrikaans as moedertaal aangedui het; 17.7% was Engels, 3.9% Sotho, 3.9% Tswana en 1.9% Zoeloe. In die uitkomsgebaseerde program was Afrikaans as die voorkeur taal in 74.6% van die GGSV's lêers aangedui, terwyl Engels in 15.7% van die GGSV's lêers aangedui was en Sotho, Tswana en Zoeloe soortgelyk as in die aktiwiteitsprogram met onderskeidelik 3.9%, 3.9% en 1.9%.

Tabel 4.6. Groepbywoning van studiepopulasie

	Minimum groepsessies	Mediaan	Maksimum groepsessies
Aktiwiteitsprogram (n = 51)	18	21.5	28
Uitkomsgebaseerde program (n = 51)	18	21	30

Die mediaan bywoning van die aktiwiteitsprogram was 21.5 groepsessies en in die uitkomsgebaseerde program was dit 21 groepsessies. Die minimum groepsessies wat gedurende die verloop van drie weke bygewoon moes word om outomaties, in die studie ingesluit te kon word, was 18 per program. 'n Maksimum van 28 groepe is in die aktiwiteitsprogram bygewoon en 30 in die

uitkomsgebaseerde program. Bywoning was min of meer dieselfde in die lêers van GGSV's aangedui in die onderskeie programme.

4.2.2. Beskrywing van die IKF komponente van die studiepopulasie

Die IKF komponente is volgens die data in die GGSV lêers weergegee, soos geblyk het uit die onderskeie programme. Die beeld van die groepe word aan die hand van die voor- en natoets resultate bespreek. Die resultate word ten opsigte van die geestesfunksie, affektiewe en konatiewe funksie, algemene take en vereistes, asook interpersoonlike verhoudings beskryf.

Die voor- en natoets resultate word in opeenvolgende tabelle aan die hand van die getal waardes van die IKF weergegee. Die IKF beskryf die volgende waardes: 'n Persentasie van tussen 0 – 4%, wat dui op *geen* probleem in funksionering van die GGSV nie, aangedui as (0). 'n Persentasie van 5 – 24% dui op 'n *geringe* funksioneringsprobleem in die GGSV en word aangeteken as (1). 'n Persentasie van 25 – 49% dui op 'n *matige* probleem en word as (2) aangeteken. 'n Persentasie van 50 – 95% dui op 'n *ernstige* probleem in die funksionering van die GGSV en word as (3) aangeteken. 'n Persentasie van 96 – 100% dui op 'n *totale* probleem en word as (4) aangeteken. Die vyfpuntskaal soos hierbo beskryf, word aanbeveel deur die WGO vir die toepassing van die IKF (Jette, 2006:731; WHO, 2001:22). Daar was ook van die arbeidsterapeute by die instansie waar die studie uitgevoer is, verwag om die notering van die GGSV evaluasie op hierdie wyse te doen.

Die navorser het in die beskrywing van die resultate op die positiewe verandering gefokus tot waar die GGSV geen probleme ondervind het nie en is die resultate weergegee in terme van al die positiewe verandering tot die (0) waarde. Uit beide programme is daar geen agteruitgang in enige van die lêers gevind of aangeteken nie.

4.2.2.1. Aktiwiteitsprogram

Die GGSV's op die aktiwiteitsprogram toon veranderinge in die meeste komponente van die geestesfunksie domein. In sommige komponente was daar in die voortoets geen probleem (0) aangeteken wat daarop gedui het dat daar geen positiewe veranderinge plaasgevind het nie (soos met kleur in die opvolgende tabel aangedui word). Die probleme in die ander komponente wissel van gering tot ernstige probleme.

Tabel 4.7. Voortoets en natoets van aktiwiteitsprogram: Geestesfunksie

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Oriëntasie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Intellektuele funksie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Temperament (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Ekstroversie (V)	48 (94.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
(N)	48 (94.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
Toegewendheid (V)	45 (88.2%)	6 (11.8%)			
(N)	45 (88.2%)	6 (11.8%)			
Pligsgetrouheid (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Psigiese stabiliteit (V)	48 (94.0%)		3 (6.0%)		
(N)	48 (94.0%)	1 (2.0%)	2 (4.0%)		
Ontvanklikheid vir ervarings (V)	40 (78.4%)	5 (9.8%)	4 (7.8%)	2 (4.0%)	
(N)	43 (84.2%)	5 (9.8%)	3 (6.0%)		
Optimisme (V)	31 (60.8%)	9 (17.6%)	6 (11.8%)	5 (9.8%)	
(N)	37 (72.4%)	9 (17.6%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	
Selfvertroue (V)	24 (47.0%)	13 (25.5%)	8 (15.7%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)
(N)	34 (66.6%)	8 (15.7%)	6 (11.8%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)
Betroubaarheid (V)	51 (100%)				

(N)	51 (100%)				
Energievlakke (V)	21 (41.1%)	16 (31.4%)	12 (23.5%)	2 (4.0%)	
(N)	41 (80.4%)	8 (15.7%)	2 (4.0%)		
Motivering (V)	11 (21.6%)	13 (25.5%)	23 (45.1%)	4 (7.8%)	
(N)	26 (51.0%)	13 (25.5%)	12 (23.5%)		
Aptyt (V)	48 (94.0%)	2 (4.0%)		1 (2.0%)	
(N)	50 (98.0%)		1 (2.0%)		
Drange (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Impulskontrole (V)	32 (62.7%)	7 (13.7%)	10 (19.6%)	2 (4.0%)	
(N)	33 (64.7%)	6 (11.8%)	11 (21.6%)	1 (2.0%)	
Slaap funksie (V)	46 (90.2%)	1 (2.0%)	4 (7.8%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Aandag (V)	7 (13.7%)	27 (52.9%)	16 (31.4%)	1 (2.0%)	
(N)	38 (74.5%)	13 (25.5%)			
Geheue funksie (V)	35 (68.5%)	13 (25.5%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)	
(N)	44 (86.3%)	7 (13.7%)			
Herwin van geheue (V)	46 (90.0%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Ouditiewe persepsie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Visuele persepsie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Visio-ruimtelike persepsie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Gedagteprosesse (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	51 (100%)				
Gedagte tempo (V)	45 (88.2%)	5 (9.8%)	1 (4.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Gedagtevorm (V)	45 (88.2%)	4 (7.8%)	2 (4.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Gedagte inhoud (V)	40 (78.4%)	6 (11.8%)	5 (9.8%)		
	42 (82.3%)	7 (13.7%)	2 (4.0%)		

Beheer van gedagte (V)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Abstrakte denke (V)	43 (84.2%)	6 (11.8%)	2 (2.0%)		
(N)	44 (86.3%)	7 (13.7%)			
Organisering en beplanning (V)	14 (27.4%)	12 (23.5%)	23 (45.1%)	2 (4.0%)	
(N)	17 (33.3%)	12 (23.5%)	20 (39.2%)	2 (4.0%)	
Tydsbenutting (V)	10 (19.6%)	18 (35.3%)	22 (43.1%)	1 (2.0%)	
(N)	15 (29.4%)	20 (39.2%)	16 (31.4%)		
Kognitiewe insiklikheid (V)	47 (92.0%)	1 (2.0%)	3 (6.0%)		
(N)	47 (92.0%)	2 (4.0%)	2 (4.0%)		
Insig (V)	2 (4.0%)	25 (49.9%)	21 (41.1%)	3 (6.0%)	
(N)	7 (13.7%)	28 (54.9%)	15 (29.4%)	1 (2.0%)	
Oordeel (V)	4 (7.8%)	27 (53.0%)	19 (37.2%)	1 (2.0%)	
(N)	15 (29.4%)	24 (47.0%)	11 (21.6%)	1 (2.0%)	
Probleemoplossing (V)	2 (4.0%)	19 (37.2%)	26 (51.0%)	4 (7.8%)	
(N)	5 (9.8%)	24 (47.0%)	19 (37.2%)	3 (6.0%)	
Eenvoudige berekeninge (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Komplekse berekening (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				

(V) – voortoets; (N) – natoets

Tabel 4.7 gee 'n beeld van die geestesfunksie soos uit die data van die GGSV lêers in die aktiwiteitsprogram voor die aanvang en ook na afloop van die terapeutiese intervensie. Uit die resultate blyk dit dat die mees beduidende positiewe verandering in die volgende aspekte voorgekom het, naamlik

- Optimisme (van 60.8% tot 72.4%),
- Selfvertroue (van 47.0% tot 66.6%),
- Energievlakke (van 41.1% tot 80.4%),
- Motivering (van 21.6% tot 51.0%),
- Aandag (van 13.7% tot 74.5%),
- geheue (van 68.5% tot 86.3%) en

- Oordeel (van 7.8% tot 29.4%).

Uit die resultate kan die grootste probleem geïdentifiseer word uit die hoë persentasie lêers wat tydens deelname aan die aktiwiteitsprogram met die voortoets vir geestesfunksie nie 'n (0) waarde aangedui het nie. In hierdie gebied val komponente soos organisering en beplanning (27.4%), tydsbenutting (19.6%), insig (4.0%), oordeel (7.8%) asook probleemoplossing (4.0%). Met die uitsondering van oordeel het hierdie komponente ook die minste positiewe veranderinge met die natoets aangeteken.

Tabel 4.8. Voortoets en natoets van *aktiwiteitsprogram*: Affektiewe en Konatiewe funksie

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Toepaslikheid van emosie (V)	41 (80.3%)	7 (13.7%)	3 (6.0%)		
(N)	46 (90.2%)	5 (9.8%)			
Regulering van emosie (V)	22 (43.1%)	18 (35.3%)	9 (17.6%)	2 (4.0%)	
(N)	36 (70.6%)	8 (15.7%)	6 (11.8%)	1 (2.0%)	
Omvang van emosie (V)	22 (43.1%)	16 (31.4%)	13 (25.5%)		
(N)	39 (76.4%)	11 (21.6%)	1 (2.0%)		
Psigologiese uithouvermoë (V)	21 (41.1%)	18 (35.3%)	9 (17.6%)	3 (6.0%)	
(N)	28 (54.9%)	16 (31.4%)	6 (11.8%)	1 (2.0%)	
Lokus van kontrole (V)	29 (56.9%)	10 (19.6%)	8 (15.7%)	4 (7.8%)	
(N)	30 (58.8%)	11 (21.6%)	7 (13.7%)	3 (6.0%)	
Verantwoordelikeheidsin (V)	29 (56.9%)	10 (19.6%)	8 (15.7%)	4 (7.8%)	
(N)	29 (56.9%)	12 (23.5%)	8 (15.7%)	2 (4.0%)	
Uitstel van bevrediging (V)	38 (74.5%)	8 (15.7%)	5 (9.8%)		
(N)	44 (86.3%)	5 (9.8%)	2 (4.0%)		
Kwaliteit van take (V)	35 (68.6%)	7 (13.7%)	7 (13.7%)	2 (4.0%)	
(N)	43 (84.2%)	6 (11.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
Taak spoed (V)	36 (70.5%)	5 (9.8%)	8 (15.7%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)
(N)	43 (84.2%)	6 (11.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	

Psigomotoriese funksie (V)	45 (88.2%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			

(V) – voortoets; (N) – natoets

Die resultate in Tabel 4.8 toon die verskille ten opsigte van die affektiewe en konatiewe funksie soos uit die lêers van die GGSV's in die aktiwiteitsprogram, wat in die voortoets en natoets aangeteken is. Verbetering het plaasgevind in al die komponente, waarvan die grootste gesien kan word in regulering van emosie, van 43.1% verbetering tot 70.6% en omvang van emosie, van 43.1% verbetering tot 76.4%. Die kleinste verbetering het in verantwoordelikhedsin plaasgevind.

Tabel 4.9. Voortoets en natoets van aktiwiteitsprogram: Algemene take en vereistes

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Komplekse vaardighede (V)	23 (45.1%)	12 (23.5%)	14 (27.4%)	2 (4.0%)	
(N)	23 (45.1%)	15 (29.4%)	11 (21.6%)	2 (4.0%)	
Besluitneming (V)	14 (27.4%)	19 (37.2%)	17 (33.4%)	1 (2.0%)	
(N)	26 (51.0%)	23 (45.1%)	2 (4.0%)		
Begin enkel taak (V)	48 (94.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
(N)	49 (96.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)		
Begin komplekse taak (V)	23 (45.1%)	16 (31.4%)	10 (19.6%)	2 (4.0%)	
(N)	26 (51.0%)	16 (31.4%)	7 (13.7%)	2 (4.0%)	
Begin enkel taak onafhanklik (V)	42 (82.4%)	4 (7.8%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)	
(N)	43 (84.2%)	4 (7.8%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	
Begin enkel taak in 'n groep (V)	45 (88.2%)	4 (7.8%)	2 (4.0%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Begin verskeie take (V)	50 (98.0%)		1 (2.0%)		
(N)	50 (98.0%)		1 (2.0%)		
Behartig verskeie take (V)	50 (98.0%)		1 (2.0%)		
(N)	50 (98.0%)		1 (2.0%)		

Voltooi verskeie take (V)	44 (86.2%)	3 (6.0%)	4 (7.8%)		
(N)	46 (90.2%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)		
Begin verskeie take onafhanklik (V)	33 (64.6%)	11 (21.6%)	5 (9.8%)	2 (4.0%)	
(N)	34 (66.6%)	12 (23.5%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)	
Begin verskeie take in groep (V)	49 (96.0%)		1 (2.0%)	1 (2.0%)	
(N)	49 (96.0%)		1 (2.0%)	1 (2.0%)	
Behartig daaglikse roetine (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Bestuur daaglikse roetine (V)	9 (17.6%)	27 (53.0%)	14 (27.4%)	1 (2.0%)	
(N)	27 (53.0%)	17 (33.3%)	6 (11.7%)	1 (2.0%)	
Voltooi daaglikse roetine (V)	34 (66.6%)	8 (15.7%)	8 (15.7%)	1 (2.0%)	
(N)	38 (74.5%)	9 (17.6%)	3 (5.9%)	1 (2.0%)	
Bestuur eie aktiwiteitsvlak (V)	26 (50.9%)	12 (23.5%)	10 (19.6%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)
(N)	39 (76.5%)	10 (19.6%)	2 (4.0%)		
Hanteer verantwoordelikhede (V)	19 (37.2%)	9 (17.6%)	18 (35.3%)	5 (9.8%)	
(N)	20 (39.2%)	8 (15.7%)	18 (35.3%)	5 (9.8%)	
Hanteer stres (V)	4 (7.8%)	16 (31.4%)	26 (51.0%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)
(N)	4 (7.8%)	18 (35.3%)	24 (47.1%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)
Hanteer krisis (V)	27 (53.0%)	4 (7.8%)	16 (31.4%)	2 (4.0%)	2 (4.0%)
(N)	27 (53.0%)	5 (9.8%)	15 (29.4%)	2 (4.0%)	2 (4.0%)
Gesprekvaardighede (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Begin 'n gesprek (V)	29 (56.9%)	14 (27.4%)	8 (15.7%)		
(N)	40 (78.4%)	7 (13.7%)	4 (7.8%)		
Handhaaf 'n gesprek (V)	30 (58.9%)	12 (23.5%)	9 (17.6%)		
(N)	39 (76.5%)	7 (13.7%)	5 (9.8%)		
Beëindig 'n gesprek (V)	49 (96.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Gebruik vervoer (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Bestuur (V)	50 (98.0%)			1 (2.0%)	

(N)	50 (98.0%)			1 (2.0%)	
Aantrek (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Kies toepaslike kleredrag (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Bestuur eie gesondheid (V)	13 (25.5%)	20 (39.2%)	18 (35.3%)		
(N)	15 (29.4%)	19 (37.3%)	17 (33.3%)		
Bekom 'n blyplek (V)	29 (56.9%)	8 (15.7%)	11 (21.6%)	3 (6.0%)	
(N)	29 (56.9%)	8 (15.7%)	11 (21.6%)	3 (6.0%)	
Bekom goedere en dienste (V)	43 (84.2%)	6 (11.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
(N)	44 (86.2%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
Maaltydvoorbereiding (V)	45 (88.2%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
(N)	48 (94.0%)	2 (4.0%)		1 (2.0%)	
Huishoudelike take (V)	45 (88.2%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	
(N)	49 (96.0%)	1 (2.0%)		1 (2.0%)	

(V) – voortoets; (N) – natoets

Die data oor algemene take en vereistes soos bekom uit die GGSV lêers in die aktiwiteitsprogram is in voorafgaande tabel uiteengesit. Die grootste persentasie verskil tussen die voor- en natoets het in die volgende aspekte voorgekom:

- Besluitneming het na die terapeutiese intervensie van 27.4% tot 51% verbeter in die waarde van (0), wat geen probleem aandui nie.
- Bestuur daaglikse roetine het van 17.6% tot 53.0% vermeerder,
- Voltooi daaglikse roetine het van 66.6% tot 74.5% verbeter.
- Bestuur van eie aktiwiteitsvlak het van 50.9% tot 76.5% verhoog.
- Die vaardigheid om 'n gesprek te begin het van 56.9% tot 78.4% verhoog.
- Handhaaf 'n gesprek het van 58.9% tot 76.5% verhoog.

Die grootste probleme met die voortoets is in die komponent van stres geïdentifiseer, waar slegs 7.8% tydens die voortoets geen probleme aangedui het nie. Verbetering is wel met die natoets aangeteken, maar nie tot op die (0)

waarde nie. Min of meer die helfte van GGSV lêers het ook geringe tot ernstige probleme aangedui in die komponente oor komplekse vaardighede, begin komplekse taak, begin verskeie take onafhanklik, voltooi daaglikse roetine, hanteer verantwoordelikhede, hanteer krisis en bestuur eie gesondheid. In die komponente oor komplekse vaardighede en hantering van krisis is geen verbetering tot die (0) waarde gevind nie. Die ander komponente, soos hierbo beskryf, het ook slegs minimale verbetering ten opsigte van die natoets aangedui.

Tabel 4.10. Voortoets en natoets van *aktiwiteitsprogram*: Interpersoonlike verhoudings

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Respek en warmte in verhoudings (V)	45 (88.2%)	3 (6.0%)	3 (6.0%)		
(N)	45 (88.2%)	3 (6.0%)	3 (6.0%)		
Waardering in verhoudings (V)	46 (90.2%)	2 (4.0%)	3 (6.0%)		
(N)	46 (90.2%)	2 (4.0%)	3 (6.0%)		
Toleransie in verhoudings (V)	41 (80.4%)	4 (7.8%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)	
(N)	41 (80.4%)	6 (11.8%)	4 (7.8%)		
Kritiek (V)	45 (88.2%)	2 (4.0%)	4 (7.8%)		
(N)	45 (88.2%)	4 (7.8%)	2 (4.0%)		
Sosiale tekens in verhoudings (V)	24 (47.0%)	16 (31.4%)	11 (21.6%)		
(N)	26 (51.0%)	17 (33.3%)	8 (15.7%)		
Verhouding met gesagspersone (V)	41 (80.4%)	5 (9.8%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)	
(N)	45 (88.2%)	1 (2.0%)	5 (9.8%)		
Informele verhoudings (V)	15 (29.4%)	26 (51.0%)	9 (17.6%)	1 (2.0%)	
(N)	32 (62.8%)	12 (23.5%)	7 (13.7%)		
Familie verhoudings (V)	20 (39.2%)	12 (23.5%)	17 (33.3%)	2 (4.0%)	
(N)	20 (39.2%)	14 (27.4%)	15 (29.4%)	2 (4.0%)	
Ouer-kind verhoudings (V)	42 (82.4%)	4 (7.8%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)	
(N)	42 (82.4%)	4 (7.8%)	5 (9.8%)		
Intieme verhoudings (V)	46 (90.2%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)		
(N)	46 (90.2%)	3 (6.0%)	2 (4.0%)		

(V) – voortoets; (N) – natoets

Tabel 4.10 weerspieël die resultate uit die lêers van deelnemers op die aktiwiteitsprogram aan die hand van die aantekening oor interpersoonlike verhoudings. Die grootste verskil is gevind in die komponent van informele verhouding, waar 29.4% van die lêers voor die aanvang van terapeutiese intervensie geen probleem in die domein getoon het nie, teenoor 62.8% wat na die program geen probleem getoon het nie. Uitgesonder die komponente van sosiale tekens in verhoudings en verhouding met gesagspersone, wat minimale verbetering aangedui het (4% en 7.8% verbetering), het geen van die ander komponente tydens die natoets verandering tot die (0) waarde in die aktiwiteitsprogram getoon nie.

4.2.2.2. Uitkomsgebaseerde program

Die beeld van die geestesfunksie, affektiewe en konatiewe, algemene take en vereistes asook interpersoonlike verhouding soos gevind in die GGSV lêers uit die uitkomsgebaseerde program word vervolgens hier uiteengesit. In sommige komponente was daar tydens die voortoets geen probleem aangeteken nie en het daar geen positiewe veranderinge plaasgevind nie. Die blokkies waar daar geen verandering plaasgevind het nie, word weereens in kleur in die tabel aangetoon.

Tabel 4.11. Voortoets en natoets van *uitkomsgebaseerde program*: Geestesfunksie

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Oriëntasie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Intellektuele funksie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Temperament (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Ekstroversie	51 (100%)				

(N)	51 (100%)				
Toegewendheid (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Pligsgetrouheid (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Psigiese stabiliteit (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Ontvanklikheid vir ervaring (V)	45 (88.2%)	4 (7.8%)	2 (4.0%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Optimisme (V)	36 (70.5%)	11 (21.6%)	3 (5.9%)	1 (2.0%)	
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Selfvertroue (V)	22 (43.1%)	21 (43.1%)	8 (15.7%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Betroubaarheid (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Energievlakke (V)	27 (52.9%)	22 (43.1%)	2 (4.0%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Motivering (V)	32 (62.7%)	12 (23.5%)	7 (13.7%)		
(N)	43 (84.3%)	8 (15.7%)			
Aptyt (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	51 (100%)				
Drange (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Impulskontrole (V)	34 (66.7%)	17 (33.3%)			
(N)	44 (86.3%)	7 (13.7%)			
Slaap funksie (V)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	51 (100%)				
Aandag (V)	12 (23.5%)	37 (72.5%)	2 (4.0%)		
(N)	51 (100%)				
Geheue funksie (V)	39 (76.5%)	11 (21.6%)	1 (2.0%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Herwin van geheue (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				

Ouditiewe persepsie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Visuele persepsie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Visio-ruimtelike persepsie (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Gedagteprosesse	51 (100%)				
	51 (100%)				
Gedagte tempo (V)	41 (80.4%)	10 (19.6%)			
(N)	51 (100%)				
Gedagte vorm (V)	49 (96.0%)	1 (2.0%)		1 (2.0%)	
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Gedagte inhoud (V)	50 (98.0%)			1 (2.0%)	
(N)	50 (98.0%)			1 (2.0%)	
Beheer van gedagtes (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Abstrakte denke (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	51 (100%)				
Organisering en beplanning (V)	36 (70.6%)	13 (25.4%)	2 (4.0%)		
(N)	43 (84.3%)	7 (13.7%)	1 (2.0%)		
Tydsbenutting (V)	20 (39.2%)	26 (51.0%)	5 (9.8%)		
(N)	46 (90.2%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)		
Kognitiewe insiklikheid (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Insig (V)	15 (29.4%)	26 (51.0%)	10 (19.6%)		
(N)	38 (74.5%)	9 (17.7%)	4 (7.8%)		
Oordeel (V)	24 (47.0%)	19 (37.3%)	8 (15.6%)		
(N)	42 (82.3%)	8 (15.6%)	1 (2.0%)		
Probleemoplossing (V)	23 (45.1%)	23 (45.1%)	5 (9.8%)		
(N)	42 (82.3%)	7 (13.7%)	2 (4.0%)		
Eenvoudige berekeninge (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Komplekse berekening (V)	51 (100%)				

(N)	51 (100%)				
-----	-----------	--	--	--	--

(V) – voortoets; (N) – natoets

Tabel 4.11 vertoon die resultate van die geestesfunksie van die uitkomsgebaseerde program.

- Selfvertroue het 'n verbetering van 54.9% (43.1% tot 98.0%) getoon,
- Energievlakke het 'n verbetering van 45.1% (52.9% tot 98.0%) getoon.
- Aandag het 'n verbetering van 76.5% (23.5% tot 100%) getoon.
- Tydsbenutting het 'n verbetering van 50.8% (39.2 % tot 90.2%) getoon.
- Insig het 'n verbetering van 45.1% (29.4% tot 74.5%) getoon.

Uit die data van die lêers van GGSV's is verdere verbetering in die komponente van optimisme (25.5%), motivering (21.6%), impulskontrole (19.6%), geheue (21.5%), gedagte tempo (19.6%), oordeel (35.3%) en probleemoplossing (37.2%) aangeteken.

Tabel 4.12. Voortoets en natoets van uitkomsgebaseerde program: Affektiewe en Konatiewe funksie

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Toepaslikheid van emosies (V)	48 (94.1%)	3 (5.9%)			
(N)	51 (100%)				
Regulering van emosies (V)	25 (49.0%)	25 (49.0%)	1 (2.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Omvang van emosie (V)	27 (52.9%)	22 (43.1%)	2 (4.0%)		
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Psigologiese uithouvermoë (V)	30 (58.8%)	19 (37.3%)	2 (4.0%)		
(N)	48 (94.1%)	3 (5.9%)			
Lokus van kontrole	44 (86.3%)	6 (11.8%)	1 (2.0%)		
(N)	46 (90.2%)	4 (7.8%)	1 (2.0%)		
Verantwoordelikeheidsin (V)	48 (94.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)		

(N)	49 (96.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)		
Uitstel van bevrediging (V)	44 (86.3%)	7 (13.7%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Kwaliteit van take	42 (82.3%)	7 (13.7%)	2 (4.0%)		
(N)	49 (96.5%)	2 (4.0%)			
Taak spoed	49 (96.5%)	2 (4.0%)			
(N)	51 (100%)				
Psigomotoriese funksie	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	51 (100%)				

(V) – voortoets; (N) – natoets

Uit bogenoemde tabel blyk dit dat al die komponente in die uitkomsgebaseerde program verbetering getoon het, met die grootste verskil in die komponente ten opsigte van regulering van emosie, omvang van emosie en psigologiese uithou vermoë. Voor die aanvang van die program het 49.0% van die GGSVs geen probleem gehad ten opsigte van regulering van emosie nie teenoor 96.0% na die afloop van die program. Omvang van emosie het van 52.9% tot 98.0% verbeter. Die verbetering in psigologiese uithou vermoë het van 58.8% na 94.1% opgeskuif.

Tabel 4.13. Voortoets en natoets van uitkomsgebaseerde program: Algemene take en vereistes

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Komplekse vaardighede (V)	48 (94.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)		
(N)	48 (94.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)		
Besluitneming (V)	18 (35.3%)	32 (62.7%)	1 (2.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Begin enkel taak (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Begin komplekse taak (V)	34 (66.6%)	16 (31.4%)	1 (2.0%)		
(N)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
Begin enkel taak onafhanklik (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				

Begin enkel taak in 'n groep (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Begin verskeie take (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Behartig verskeie take (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Voltooi verskeie take (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Begin verskeie take onafhanklik (V)	46 (90.2%)	5 (9.8%)			
(N)	48 (94.0%)	3 (5.9%)			
Begin verskeie take in groep (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Behartig daaglikse roetine (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	51 (100%)				
Bestuur daaglikse roetine (V)	18 (35.3%)	29 (56.9%)	4 (7.8%)		
(N)	48 (94.0%)	3 (5.9%)			
Voltooi daaglikse roetine (V)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	51 (100%)				
Bestuur eie aktiwiteitsvlak (V)	39 (76.5%)	12 (23.5%)			
(N)	51 (100%)				
Hanteer verantwoordelikhede (V)	41 (80.4%)	10 (19.6%)			
(N)	46 (90.2%)	5 (9.8%)			
Hanteer stres (V)	3 (5.9%)	41 (80.4%)	6 (11.7%)	1 (2.0%)	
(N)	41 (80.4%)	9 (17.6%)	1 (2.0%)		
Hanteer krisis (V)	48 (94.0%)	2 (4.0%)		1 (2.0%)	
(N)	49 (96.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)		
Gesprekvaardighede (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Begin 'n gesprek (V)	41 (80.4%)	10 (19.6%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Handhaaf 'n gesprek (V)	43 (84.3%)	8 (15.7%)			

(N)	51 (100%)				
Beëindig 'n gesprek (V)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	51 (100%)				
Gebruik vervoer (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Bestuur (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Aantrek (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Kies toepaslike klere (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Bestuur eie gesondheid (V)	12 (23.5%)	37 (72.5%)	2 (4.0%)		
(N)	45 (88.2%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)		
Bekom 'n blyplek (V)	43 (84.3%)	7 (13.7%)	1 (2.0%)		
(N)	47 (92.2%)	4 (7.8%)			
Bekom goedere en dienste (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	51 (100%)				
Maaltydvoorbereiding (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				
Huishoudelike take (V)	51 (100%)				
(N)	51 (100%)				

Tabel 4.13 toon die resultate van die uitkomsgebaseerde program ten opsigte van algemene take en vereistes. Die grootste verbetering het voorgekom in die komponente van:

- Besluitneming (35.3% tot 96.0%),
- Begin 'n komplekse taak (66.6% tot 96.0%),
- Bestuur daaglikse roetine (35.3% tot 94.1%),
- Bestuur eie aktiwiteitsvlak (76.5% tot 100%),
- Hanteer stres (5.9% tot 80.4%),
- Bestuur eie gesondheid (23.5% tot 88.2%),
- Begin 'n gesprek (80.4% tot 98.0%),

- Handhaaf 'n gesprek (84.3% tot 100%).

Tabel 4.14. Voortoets en natoets van uitkomsgebaseerde program: Interpersoonlike verhoudings

n = 51	IKF 0	IKF 1	IKF 2	IKF 3	IKF 4
Respek en warmte in verhoudings (V)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
Waardering in verhoudings (V)	48 (94.1%)	3 (5.9%)			
(N)	48 (94.1%)	3 (5.9%)			
Toleransie in verhoudings (V)	48 (94.0%)	2 (4.0%)	1 (2.0%)		
(N)	49 (96.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)		
Kritiek (V)	49 (96.0%)	2 (4.0%)			
(N)	51 (100%)				
Sosiale tekens in verhoudings (V)	29 (56.9%)	19 (37.2%)	3 (5.9%)		
(N)	44 (86.3%)	7 (13.7%)			
Verhoudings met gesagspersone (V)	46 (90.2%)	5 (9.8%)			
(N)	51 (100%)				
Informele verhoudings (V)	16 (31.3%)	33 (64.7%)	2 (4.0%)		
(N)	48 (94.1%)	3 (5.9%)			
Familie verhoudings (V)	27 (52.9%)	23 (45.1%)	1 (2.0%)		
(N)	40 (78.4%)	10 (19.6%)	1 (2.0%)		
Ouer-kind verhouding (V)	47 (92.2%)	4 (7.8%)			
(N)	51 (100%)				
Intieme verhoudings (V)	50 (98.0%)	1 (2.0%)			
(N)	51 (100%)				

(V) – voortoets; (N) – natoets

Die resultate het 'n verbetering in al die komponente getoon, behalwe in waardering in verhoudings, in die domein van interpersoonlike verhoudings. Die grootste verbetering was in die komponent van informele verhoudings, waar 'n verbetering van 31.3% tot 94.1% vertoon is. 'n Beduidende verbetering is ook in sosiale tekens in verhouding en familie verhoudings aangetoon. Hierdie

verbeterings is onderskeidelik van 56.9% tot 86.3% en 52.9% tot 78.4%. Die ander komponente het reeds met die voortoets hoë persentasies weerspieël, wat aansienlike verbetering in daardie komponente onmoontlik gemaak het.

Tabel 4.15. Kliniese verbetering in komponente van *aktiwiteitsprogram*

IKF komponente (n = 51)	verbetering		geen verandering	
Aandag	44	(86.3%)	7	(13.7%)
Motivering	32	(62.7%)	19	(37.3%)
Energievlakke	29	(56.9%)	22	(43.1%)
Besluitneming	27	(52.9%)	24	(47.1%)
Omvang van emosie	26	(50.9%)	25	(49.1%)
Bestuur daaglikse roetine	25	(49.1%)	26	(50.9%)
Bestuur eie aktiwiteitsvlak	23	(45.1%)	28	(54.9%)
Informele verhoudings	21	(41.2%)	30	(58.8%)
Oordeel	19	(37.3%)	32	(62.7%)
Selfvertroue	17	(33.3%)	34	(66.7%)
Regulering van emosie	17	(33.3%)	34	(66.7%)
Insig	15	(29.4%)	36	(70.6%)
Kwaliteit van take	14	(27.5%)	37	(72.5%)
Begin 'n gesprek	14	(27.5%)	37	(72.5%)
Optimisme	13	(25.5%)	38	(74.5%)
Tydsbenutting	13	(25.5%)	38	(74.5%)
Psigologiese uithouvermoë	13	(25.5%)	38	(74.5%)
Taak spoed	13	(25.5%)	38	(74.5%)
Geheue funksie	12	(23.5%)	39	(76.5%)
Probleemoplossing	12	(23.5%)	39	(76.5%)
Handhaaf 'n gesprek	11	(21.6%)	40	(78.4%)
Uitstel van bevrediging	9	(17.7%)	42	(82.3%)
Voltooi daaglikse roetine	9	(17.7%)	42	(82.3%)
Toepaslikheid van emosie	8	(15.7%)	43	(84.3%)
Organisering en beplanning	6	(11.7%)	45	(88.3%)
Psigomotoriese funksie	6	(11.8%)	45	(88.2%)
Begin enkel taak in groep	6	(11.8%)	45	(88.2%)

Slaap funksie	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Herwin van geheue	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Gedagte tempo	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Gedagtevorm	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Gedagte inhoud	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Begin komplekse taak	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Huishoudelike take	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Sosiale tekens in verhoudings	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Verhouding met gesagspersoon	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Lokus van kontrole	4	(7.8%)	47	(92.2%)
Verantwoordelikeidsin	4	(7.8%)	47	(92.2%)
Voltooi verskeie take	4	(7.8%)	47	(92.2%)
Maaltydvoorbereiding	4	(7.8%)	47	(92.2%)
Abstrakte denke	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Begin 'n enkel taak	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Aptyt	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Bestuur eie gesondheid	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Toleransie in verhoudings	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Komplekse vaardighede	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Begin enkel taak onafhanklik	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Begin verskeie take onafhanklik	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Impulse kontrole	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Hanteer stres	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Kritiek	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Familie verhoudings	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Gedagteprosesse	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Beheer van gedagte	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Kognitiewe inskiklikheid	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Hanteer verantwoordelikhede	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Hanteer krisis	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Beëindig 'n gesprek	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Verkry goedere en dienste	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Psigiese stabiliteit	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Ouer-kind verhouding	1	(1.9%)	50	(98.1%)

Die resultate in bogenoemde tabel (Tabel 4.15) illustreer die frekwensie en persentasie van al die kliniese verbeterings van 1 of meer in elke komponent. In die komponente met 'n frekwensie van 51, was daar geen verandering van enige deelnemer in daardie komponent nie. Energievlakke (56.9%), aandag (86.3%), omvang van emosie (50.9%), besluitneming (52.9%), bestuur van daaglikse roetine (49.1%) en bestuur van eie aktiwiteitsvlakke (45.1%) is die komponente waar 'n verbetering van ten minste 1 die meeste voorgekom het.

Tabel 4.16. Kliniese verbetering in komponente van *uitkomsgebaseerde program*

IKF komponente (n = 51)	Verbetering		Geen verandering	
Hanteer stres	44	(86.3%)	7	(13.7%)
Aandag	39	(76.5%)	12	(23.5%)
Bestuur eie gesondheid	34	(66.7%)	17	(33.3%)
Bestuur daaglikse roetine	33	(64.7%)	18	(35.3%)
Informele verhoudings	33	(64.7%)	18	(35.3%)
Besluitneming	32	(62.8%)	19	(37.2%)
Selfvertroue	29	(56.9%)	22	(43.1%)
Tydsbenutting	29	(56.9%)	22	(43.1%)
Insig	28	(54.9%)	23	(45.1%)
Oordeel	25	(49.1%)	26	(50.9%)
Regulering van emosie	25	(49.1%)	26	(50.9%)
Energievlakke	24	(47.1%)	27	(52.9%)
Omvang van emosie	24	(47.1%)	27	(52.9%)
Probleemoplossing	21	(41.2%)	30	(58.8%)
Psigologiese uithouvermoë	19	(37.3%)	32	(62.7%)
Motivering	18	(35.3%)	33	(64.7%)
Sosiale tekens in verhoudings	18	(35.3%)	33	(64.7%)
Begin komplekse taak	16	(31.4%)	35	(68.6%)
Optimisme	15	(29.4%)	36	(70.6%)
Familie verhoudings	13	(25.5%)	38	(74.5%)
Bestuur eie aktiwiteitsvlak	12	(23.5%)	39	(76.5%)

Geheue funksie	11	(21.6%)	40	(78.4%)
Impulse kontrole	10	(19.6%)	41	(80.4%)
Gedagte tempo	10	(19.6%)	41	(80.4%)
Kwaliteit van take	9	(17.7%)	42	(82.3%)
Begin 'n gesprek	9	(17.7%)	42	(82.3%)
Organisering en beplanning	8	(15.7%)	43	(84.3%)
Handhaaf 'n gesprek	8	(15.7%)	43	(84.3%)
Uitstel van bevrediging	6	(11.8%)	45	(88.2%)
Hanteer verantwoordelikhede	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Verhouding met gesagspersoon	5	(9.8%)	46	(90.2%)
Verkry 'n blyplek	4	(7.9%)	47	(92.1%)
Ouer-kind verhouding	4	(7.8%)	47	(92.2%)
Aptyt	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Toepaslikheid van emosie	3	(5.9%)	48	(94.1%)
Slaap funksie	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Gedagtevorm	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Lokus van kontrole	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Taak spoed	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Psigomotoriese funksie	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Voltooi daaglikse roetine	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Hanteer krisis	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Beëindig 'n gesprek	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Kritiek	2	(3.9%)	49	(96.1%)
Abstrakte denke	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Verantwoordelikeidsin	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Behartig daaglikse roetine	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Bekom goedere en dienste	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Toleransie in verhoudings	1	(1.9%)	50	(98.1%)
Intieme verhoudings	1	(1.9%)	50	(98.1%)

Tabel 4.16 vertoon die resultate van alle kliniese verbetering van 1 of meer in elk van die komponente in die uitkomsgebaseerde program. In die uitkomsgebaseerde program het die volgende komponente die meeste verbeterings getoon: hanteer stres (86.3%), aandag (76.5%), bestuur eie

gesondheid (66.7%), bestuur daaglikse roetine (64.7%), informele verhoudings (64.7%), besluitneming (62.8%), selfvertroue (56.9%), tydsbenutting (56.9%), insig (54.9%), oordeel (49.1%), regulering van emosie (49.1%) en energievlakke (47.1%).

4.2.3. Vergelyking ten opsigte van kliniese verbetering tussen die twee programme

'n Vergelyking van die resultate van die aktiwiteits- en uitkomsgebaseerde program word hier ten opsigte van kliniese verbetering geïllustreer.

Waardes is per groep vir elke evaluasie bereken. Die veranderinge ten opsigte van die voor en natoets is per groep uitgevoer en die groep is deur middel van 'n 95% vertrouensinterval vir die persentasie verskil vir gepaarde data ten opsigte van kliniese verbetering vergelyk (soos in Tabela 4.15 en 4.16 uitgebeeld).

Tabel 4.17. Vergelyking van kliniese verbetering in die programme

IKF komponente	Aktiwiteits program		Uitkomsgebaseer de program		95% Vertrauensinterval vir die persentasie verskil vir gepaarde data	
Hanteer stres	2	(4.0%)	44	(86.3%)	[65.7% ; 90.4%]	★
Bestuur eie gesondheid	3	(5.9%)	34	(66.7%)	[43.8% ; 72.8%]	★
Tydsbenutting	13	(25.5%)	29	(56.7%)	[9.6% ; 49.7%]	★
Motivering	32	(62.7%)	18	(35.3%)	[-44.0% ; -8.2%]	☐
Insig	15	(29.4%)	28	(54.9%)	[6.5% ; 42.0%]	★
Sosiale tekens in verhouding	5	(9.8%)	18	(35.3%)	[9.3% ; 40.3%]	★
Informele verhouding	21	(41.2%)	33	(64.7%)	[3.7% ; 41.0%]	★
Selfvertroue	17	(33.3%)	29	(56.7%)	[3.7% ; 41.0%]	★
Begin komplekse taak	5	(9.8%)	16	(31.4%)	[5.9% ; 36.3%]	★
Familie verhouding	2	(4.0%)	13	(25.5%)	[7.2% ; 35.6%]	★
Bestuur eie aktiwiteitsvlakke	23	(45.1%)	12	(23.5%)	[-39.1% ; -2.0%]	☐
Spoed van take	13	(25.5%)	2	(4.0%)	[-35.6% ; -7.2%]	☐

Voltooi daaglikse roetine	9	(17.6%)	2	(4.0%)	[-26.5% ; -1.7%]	☐
Probleemoplossing	12	(23.5%)	21	(41.2%)	[0% ; 33.9%]	●
Bestuur daaglikse roetine	25	(49.0%)	33	(64.7%)	[-4.3% ; 34.1%]	●
Regulering van emosie	17	(33.3%)	25	(49.0%)	[-0.6% ; 30.7%]	●
Impulse kontrole	2	(4.0%)	10	(19.6%)	[2.4% ; 29.1%]	●
Oordeel	19	(37.3%)	25	(49.0%)	[-8.2% ; 30.6%]	●
Psigologiese uithouvermoë	13	(25.5%)	19	(37.3%)	[-3.8% ; 26.6%]	●
Gedagte tempo	5	(9.8%)	10	(19.6%)	[-4.3% ; 23.8%]	●
Besluitneming	27	(52.9%)	32	(62.7%)	[-9.8% ; 28.4%]	●
Kwaliteit van take	14	(27.5%)	9	(17.6%)	[-25.9% ; 6.9%]	○
Begin gesprek	14	(27.5%)	9	(17.6%)	[-25.9% ; 6.9%]	○
Aandag funksie	44	(86.3%)	39	(76.5%)	[-25.3% ; 6.1%]	○
Toepaslikheid van emosie	8	(15.7%)	3	(5.9%)	[-23.1% ; 3.4%]	○
Energievlakke	29	(56.7%)	24	(47.0%)	[-29.1% ; 10.5%]	○
Psigomotoriese funksie	6	(11.8%)	2	(4.0%)	[-20.0% ; 3.7%]	○
Ouer-kind verhouding	1	(2.0%)	4	(7.8%)	[-3.9% ; 16.7%]	●
Gedagtevorm	5	(9.8%)	2	(4.0%)	[-17.6% ; 5.3%]	○
Onderhou gesprek	11	(21.6%)	8	(15.7%)	[-20.9% ; 9.4%]	○
Verantwoordelikeidsin	4	(7.8%)	1	(2.0%)	[-16.7% ; 3.9%]	○
Uitstel van bevrediging	9	(17.6%)	6	(11.8%)	[-19.6% ; 7.8%]	○
Slaap funksie	5	(9.8%)	2	(4.0%)	[-17.6% ; 5.3%]	○
Hanteer verantwoordelikhede	1	(2.0%)	5	(9.8%)	[-2.4% ; 19.2%]	●
Omvang van emosie	26	(51.0%)	24	(47.0%)	[-22.2% ; 14.8%]	
Aptyt	3	(5.9%)	1	(2.0%)	[-14.1% ; 5.4%]	
Abstrakte denkvermoë	3	(5.9%)	1	(2.0%)	[-14.1% ; 5.4%]	
Toleransie in verhouding	3	(5.9%)	1	(2.0%)	[-14.1% ; 5.4%]	
Lokus van kontrole	4	(7.8%)	2	(4.0%)	[-15.1% ; 6.8%]	
Optimisme	13	(25.5%)	15	(29.4%)	[-12.6% ; 20.2%]	
Organisering en beplanning	6	(11.8%)	8	(15.7%)	[-9.9% ; 17.7%]	
Hanteer krisis	1	(2.0%)	2	(4.0%)	[-6.9% ; 11.4%]	
Beëindig gesprek	1	(2.0%)	2	(4.0%)	[-6.9% ; 11.4%]	
Geheue funksie	12	(23.5%)	11	(21.6%)	[-18.5% ; 14.7%]	
Begin verskeie take onafhanklik.	2	(4.0%)	2	(4.0%)	[-9.8% ; 9.8%]	

Bekom goedere en dienste	1	(2.0%)	1	(2.0%)	[-8.5% ; 8.5%]
Kritiek	2	(4.0%)	2	(4.0%)	[-9.1% ; 9.1%]
Verhouding met gesagspersone	5	(9.8%)	5	(9.8%)	[-13.0% ; 13.0%]

Sleutel:

- ★ Statisties beduidende verskil – Uitkomsgebaseerde program
- ▣ Statisties beduidende verskil – Aktiwiteitsprogram
- Tendens, maar nie beduidend – Uitkomsgebaseerde program
- Tendens, maar nie beduidend – Aktiwiteitsprogram

In die aktiwiteitsprogram, het 'n statisties beduidende verandering wat op 'n verbetering aandui, plaasgevind in die komponente van motivering [95% vertrouensinterval: -44.0% ; -8.2%], bestuur eie aktiwiteitsvlakke [95% vertrouensinterval: -39.1% ; -2.0%], spoed van take [95% vertrouensinterval: -35.6% ; -7.2%] en voltooiing van daaglikse roetine [95% vertrouensinterval: -26.5% ; -1.7%]. Alhoewel nie statisties beduidend nie is 'n tendens van verandering opgemerk in die komponente van kwaliteit van take, begin 'n gesprek, aandag, toepaslikheid van emosie, gedagtevorm, gesprek, verantwoordelike sin en uitstel van bevrediging, energievlakke, slaap funksie en motoriese funksie. Die komponente van omvang van emosie, aptyt, abstrakte denkvermoë, toleransie in verhouding, lokus van kontrole, geheue funksie, begin verskeie take onafhanklik, bekom goedere en dienste, kritiek en verhouding met gesagspersone is geen statisties beduidende veranderinge getoon nie.

Die uitkomsgebaseerde program toon statisties beduidende veranderinge in die komponente van hanteer stres [95% vertrouensinterval: 65.7% ; 90.4%], bestuur eie gesondheid [95% vertrouensinterval: 43.8% ; 72.8%], tydsbenutting [95% vertrouensinterval: 9.6% ; 49.7%], insig [95% vertrouensinterval: 6.5% ; 42.0%], sosiale tekens in verhouding [95% vertrouensinterval: 9.3% ; 40.3%], informele verhouding [95% vertrouensinterval: 3.7% ; 41.0%], selfvertroue [95% vertrouensinterval: 3.7% ; 41.0%], begin 'n komplekse taak [95%

vertrouensinterval: 5.9% ; 36.3%] en familie verhouding [95% vertrouensinterval: 7.2% ; 35.6%]. Tendense kan verder waargeneem word in die volgende komponente: gedagte tempo, oordeel, probleemoplossing, regulering van emosie, besluitneming, bestuur daaglikse roetine, en in hanteer verantwoordelikhede. In die komponente van ouer-kind verhouding, optimisme, organiserings en beplanning, hanteer krisis en beëindig gesprek is geen statisties beduidende verskil teenwoordig nie.

In Tabel 4.18 is die ooreenstemming in die programme deur middel van kappa beskryf. Kappa beskryf 'n toevallige of lukrake gebeurtenis (Landis & Koch, 1977):

- 'n Waarde van 0 beskryf geen kans op ooreenstemming in programme nie.
- Waardes <0.20 dui op 'n swak kans vir ooreenstemming,
- Waardes tussen 0.21 – 0.40 dui op 'n geringe kans op ooreenstemming,
- Waardes tussen 0.41 – 0.60 dui op 'n matige kans op ooreenstemming,
- Waardes tussen 0.61 – 0.80 dui op 'n goeie kans vir ooreenstemming en,
- Waardes tussen 0.81 – 1.00 dui op 'n uitstekende kans vir ooreenstemming.

Tabel 4.18. Ooreenstemming in *aktiwiteitsprogram* en *uitkomsgebaseerde program*. (n=102)

IKF komponente	Kappa	95% vertrouensinterval vir kappa
Kritiek	0.48	[-0.14 ; 1.0]
Regulering van emosie	0.29	[0.04 ; 0.54]
Psigologiese uithou vermoë	0.28	[0.02 ; 0.55]
Uitstel van bevrediging	0.15	[-0.18 ; 0.47]
Voltooi daaglikse roetine	0.13	[-0.17 ; 0.42]
Optimisme	0.12	[-0.17 ; 0.4]
Probleemoplossing	0.09	[-0.17 ; 0.35]
Insig	0.06	[-0.18 ; 0.29]

Omvang van emosie	0.06	[-0.21 ; 0.33]
Motivering	0.05	[-0.18 ; 0.29]
Begin komplekse take	0.05	[-0.18 ; 0.28]
Onderhou gesprek	0.04	[-0.25 ; 0.32]
Sosiale tekens in verhoudings	0.02	[-0.19 ; 0.23]
Organisering en beplanning	0.009	[-0.27 ; 0.29]
Gedagte tempo	0.003	[-0.25 ; 0.26]
Bestuur eie gesondheid	0	[-0.09 ; 0.09]
Bekom goedere en dienste	-0.02	[-0.048 ; 0.01]
Aptyt	-0.03	[-0.08 ; 0.02]
Abstrakte denkvermoë	-0.03	[-0.08 ; 0.02]
Verantwoordelikeidsin	-0.03	[-0.08 ; 0.02]
Hanteer verantwoordelikhede	-0.03	[-0.09 ; 0.02]
Hanteer stres	-0.03	[-0.11 ; 0.045]
Hanteer krisis	-0.03	[-0.06 ; 0.01]
Beëindig gesprek	-0.03	[-0.06 ; 0.01]
Toleransie in verhouding	-0.03	[-0.08 ; 0.02]
Ouer-kind verhouding	-0.03	[-0.08 ; 0.02]
Begin take onafhanklik	-0.04	[-0.08 ; -0.001]
Informele verhoudings	-0.04	[-0.29 ; 0.20]
Selfvertroue	-0.05	[-0.29 ; 0.19]
Kwaliteit van take	-0.05	[-0.30 ; 0.19]
Begin 'n gesprek	-0.05	[-0.30 ; 0.19]
Slaap funksie	-0.06	[-0.12 ; 0.003]
Gedagte vorm	-0.06	[-0.12 ; 0.003]
Lokus van kontrole	-0.06	[-0.11 ; -0.0004]
Psigomotoriese funksie	-0.06	[-0.13 ; 0.01]
Spoed van take	-0.07	[-0.16 ; 0.02]
Impulse kontrole	-0.07	[-0.15 ; 0.01]
Geheue funksie	-0.07	[-0.32 ; 0.19]
Besluitneming	-0.07	[-0.34 ; 0.19]
Familie verhouding	-0.07	[-0.16 ; 0.02]
Aandag funksie	-0.08	[-0.31 ; 0.14]
Toepaslikheid van emosie	-0.09	[-0.18 ; -0.01]

Bestuur daaglikse roetine	-0.09	[-0.35 ; 0.17]
Oordeel	-0.10	[-0.37 ; 0.16]
Verhouding met gesagspersone	-0.11	[-0.18 ; -0.04]
Bestuur eie aktiwiteitsvlakke	-0.12	[-0.35 ; 0.12]
Energievlakke	-0.14	[-0.39 ; 0.14]
tydsbenutting	-0.25	[-0.48 ; -0.02]

Uit die tabelle blyk dit dat slegs 4 komponente in die twee programme 'n mate van ooreenstemming toon. Uitstel van bevrediging (aangedui in pienk) het 'n kappa waarde van 0.15, wat 'n swak ooreenstemming aandui. Regulering van emosie en psigologiese uithouvermoë (aangedui in geel) het 'n kappa van 0.29 en 0.28, wat op slegs 'n geringe kans van ooreenstemming tussen die programme dui, terwyl kritiek (aangedui in groen) 'n matige kans van ooreenstemming vertoon (kappa waarde van 0.48). Die kappa waardes wys dat die twee programme slegs 'n mate van ooreenstemming in enkele komponente vertoon het, maar dat daar geen ooreenstemming in die ander komponente teenwoordig was nie.

4.3. SAMEVATTING

Hoofstuk 5 behels 'n uiteensetting en bespreking van die resultate van die studie aan die hand van relevante literatuur.

Die studie het bestaan uit 'n totaal van 102 lêers van GGSV's, waarvan 51 GGSV's van 'n aktiwiteitsprogram met 51 GGSV's van 'n uitkomsgebaseerde program gepaar is. Die GGSV's in die verskillende programme is ten opsigte van geslag, ouderdom, diagnose, opvoedkundige kwalifikasie en moedertaal gepaar. Die ouderdomme van die deelnemers het tussen 21 tot 60 jaar gewissel. Gemoedsversteuring was die diagnose wat die meeste verteenwoordig is, (86.3%).

Kliniese verbetering het in verskeie komponente van die IKF van beide programme voorgekom, terwyl beide programme statisties beduidende veranderinge asook tendense vir verandering op verskillende IKF komponente van GGSV's in die verskillende programme getoon het.

HOOFSTUK 5

BESPREKING VAN RESULTATE

5.1. INLEIDING

In Hoofstuk 4 van hierdie studie is die resultate van die navorsing aan die hand van tabelle weergegee, getrou aan die positivistiese aard van die studie. Uit die data blyk dit dat beide programme verbetering in verskillende komponente by die GGSV tot gevolg gehad het. In die hoofstuk word die resultate verder bespreek, argumenteer en met die hulp van literatuur gemotiveer. Hoofstuk 5 sal 'n eenheid met Hoofstuk 4 vorm, aangesien die resultate verder uiteengesit en bespreek word.

5.2. BESPREKING VAN RESULTATE

Die bespreking van die resultate volg dieselfde struktuur as die vorige hoofstuk:

- Eerstens word die demografie van die studie bestudeer.
- Tweedens word die kliniese veranderinge en statisties beduidende veranderinge in beide programme bespreek.
- Laastens word die ooreenkomste in die programme uiteengesit.

Die DSM IV TR diagnostiese klassifisering van GGSV's word universeel deur mediese dokters gebruik, insluitende by die spesialis psigiatrie hospitaal in die studie ter sprake. Die motivering ten opsigte van psigiatriese siektes in die literatuur steun as sulks hoofsaaklik op die werk van Sadock en Sadock (2007) wat 'n sinopsis van die DSM IV TR is. Die mediese professie steun swaar op die

DSM IV TR omrede medikasie vir spesifieke diagnoses volgens daardie riglyne voorgeskryf word, en dit die primêre behandelingsriglyne vir GGSV's vorm. Ongelukkig kan die reduksionistiese struktuur van die DSM IV TR moontlik arbeidsterapie inperk, vanweë arbeidsterapie se fokus op funksionele probleme, wat uniek aan elke GGSV is en nie reduksionisties van aard is nie.

5.2.1. Demografiese inligting

In die retrospektiewe studie is die **aktiwiteits-** en **uitkomsgebaseerde program** vergelyk in terme van die uitkoms van die GGSV's in die verskillende programme. Die passingskriteria het daartoe gelei dat die resultate ten opsigte van ouderdom, geslag, diagnose, moedertaal, en groep bywoning vergelykbaar was. Die mediaan ouderdom in die **aktiwiteitsprogram** was onderskeidelik 36 jaar en 35 jaar in die **uitkomsgebaseerde program** (verwys na Tabel 4.1). Die maksimum ouderdom (60 jaar) in die **aktiwiteitsprogram** was effens hoër teenoor die van die **uitkomsgebaseerde program** (57 jaar). Sadock en Sadock (2007:529) beskryf die gemiddelde aanvangsouderdom van bipolêre versteuring op 30 jaar en depressiewe versteuring op 40 jaar, waarvan 50% die eerste keer presenteer tussen die ouderdom van 20 en 50 jaar. In GGSV's met skisofrenie presenteer meer as 50% van mans en 'n derde van vroue vir die eerste keer voor die ouderdom van 25 jaar met simptome. Die aanvangsouderdom vir mans is tussen 10 en 25 jaar en tussen 25 en 35 jaar vir vroue (Sadock & Sadock, 2007:468). Die aanvang vir skisoaffektiewe versteurings presenteer later in die lewe van vroue as by mans (Sadock & Sadock, 2007:502). Die mediaan ouderdom in die studiepopulasie (35 en 36 jaar) word dus in die literatuur bevestig.

Tabel 4.2 toon dat meer vroue (62.7%) as mans (37.3%) deel van die studie uitgemaak het. Die literatuur beskryf die voorkoms van depressie in vroue as twee keer meer algemeen as in mans. In kontras hiermee is die voorkoms tussen geslagte dieselfde in bipolêre versteuring (Sadock & Sadock, 2007:529). In skisofrenie is die voorkoms in beide geslagte dieselfde, terwyl die voorkoms in

mans laer as in vroue onder diegene met skisoaffektiewe versteuring geraam word (Sadock & Sadock, 2007:468,502). Alhoewel die voorkoms van skisoaffektiewe versteuring universeel laer in mans as in vroue is, het die diagnose slegs 3.9% van die plaaslike studie se diagnose uitgemaak. Die geslagsverspreiding in die studie onderskryf gevolglik die resultate wat uit die literatuur verkry is, aangesien vroue 62.7% van die studie uitgemaak het.

Die passingskriteria het verder ook opvoedkundige kwalifikasie, diagnose en moedertaal (verwys na Tabel 4.3, Tabel 4.4, Tabel 4.5) ingesluit. Die eerste Suid Afrikaanse gesondheid en stres opname wat in 2007 gedoen is, het bevind dat die prevalensie van depressie beduidend hoër was in mense met 'n lae gemiddelde opvoedkundige vlak (Herman *et al.*, 2009:343). Die literatuur neem in teenstelling met die resultate posisie in, aangesien die studiepulasie uit 86.3% GGSV's met gemoedsversteuring bestaan het en dat die laagste vlak van opvoedkundige kwalifikasie deur hierdie groep as tersiër aangedui is. Geen gepubliseerde literatuur is deur die navorser gevind wat die korrelasies tussen taal en geestesgesondheid beskryf het nie.

Volgens Jarvis en Middleton (2004:319) is depressie verantwoordelik vir 75% van opnames in psigiatriese hospitale in Suid Afrika. Daarenteen verteenwoordig skisofrenie tussen 28% tot 44% van psigiatriese diagnoses in Suid Afrika (Uys, 2010:413). Die resultate van die studie word bevestig deur bevindinge in die literatuur, wat gemoedsversteuring as die diagnose wat verantwoordelik is vir die meeste opnames in psigiatriese hospitale identifiseer. Volgens die waarneming van die navorser word die GGSV met skisofrenie meestal in laer funksionerende groepe geakkommodeer. Gemoedsversteuring kom wel in die T – groep voor, soos deur die resultate bevestig is.

Die demografie van die studiepulasie korreleer in sekere aspekte sterk met die waarneming van die navorser, soos deur vorige bywoningsregisters bevestig is. Die ouderdomsverspreiding soos in die lêers stem ooreen met die resultate en

literatuur. In teenstelling hiermee het die populasie die laaste jare begin verander en het meer mense die program begin bywoon. Hoewel die geslagverspreiding in skisofrenie soortgelyk is, het die studiepopulasie hoofsaaklik uit die groep van GGSV's met gemoedsversteuring bestaan. Die bevindinge oor opvoedkundige kwalifikasie korreleer ook met die waarneming van die arbeidsterapeute werkzaam in die akute eenheid.

Die mediaan bywoning van die **aktiwiteitsprogram** was 21.5 en die **uitkomsgebaseerde program** was 21, wat aandui dat die bywoning in beide programme min of meer dieselfde was. Geen voorkeure kon afgelei word in terme van die twee programme nie. Die redes hiervoor kan veelvoudig wees. Bywoning van arbeidsterapie word deur die psigiaters aangemoedig en word as 'n voorwaarde vir ontslag beskou. Die GGSV is ingestel op herstel en hul tyd word betekenisvol gevul wat bydra tot die groei en ontwikkeling van die GGSV. Die terapeutiese gebruik van die self en die gevorderde interaktiewe vaardighede van die arbeidsterapeut word deur Hagedorn (2000:111) beskryf as van die elemente wat die bywoning van groepsessies 'n kragtige instrument in 'n psigiatrisiese opset maak. Cole (2005:55; Cole, M., 2008:316) beskryf verder hoe die terapeutiese gebruik van die self 'n terapeutiese verhouding tussen terapeut en groeplede skep. Die gevolgtrekking dat goeie terapeutiese verhoudings tot beter bywoning van die groepsessies gelei het, word onderskraag deur die waarnemings van die arbeidsterapeute in die akute eenheid.

5.2.2. Bespreking van die aktiwiteits- en uitkomsgebaseerde program

In hierdie afdeling word die resultate wat deur die deelnemers in die twee programme behaal is, aan die hand van die geestesfunksie, affektiewe en konatiewe funksie, algemene take en vereistes asook interpersoonlike verhoudings soos opgeteken in die resultate bespreek.

Die resultate toon dat GGSV's in die **aktiwiteitsprogram** voor intervensie hoër getoets het ten opsigte van matige probleem (3) as in die **uitkomsgebaseerde program**. Die verlamme staking in Augustus/September 2010 het die hospitaal genoop om al die kroniese GGSV's te ontslaan en daarna is groter druk op die hospitaal geplaas om te hou by die opname en ontslag kriteria, soos vereis van 'n spesialis psigiatrie hospitaal. Een moontlike rede hiervoor is dat die populasie van die hospitaal aanvanklik stadig verander het om aan die uitvoering van die wet te voldoen met die implementering van die nuwe geestesgesondheidsorg wetgewing in 2002, wat spesialis sorg vir komplekse psigiatrie gespesifiseer het. Die **aktiwiteitsprogram** is tot Junie 2011 gevolg, waarna 'n **uitkomsgebaseerde program** geïmplementeer is. Die effek van die staking het vanaf Januarie 2011 begin afwater en dit kan moontlik verduidelik hoekom die data in die GGSV lêers op die **aktiwiteitsprogram** skynbaar meer probleme in sommige komponente getoon het. Die gebeure het geen invloed op die resultate gehad nie, aangesien elke GGSV teen hom/haar self gemeet is en kliniese verbetering daarvolgens aangedui is.

5.2.2.1. Geestesfunksie

In beide programme is daar ten opsigte van **oriëntasie, auditiewe-, visuele- en visio-ruimtelike persepsies** geen probleme (0) in die assesseringsnotas na afloop van die program aangedui nie (verwys na Tabel 4.7, Tabel 4.11). Hierdie komponente word deur Sadock en Sadock (2007:272) as tekens van 'n psigose beskryf. Per implikasie het die vlak van funksionering (oorgangsfase na passiewe deelname) vereis dat die GGSV a-psigoties moes wees, wat die resultate soos hierbo genoem, onderskryf.

In beide programme het geen probleme met **intellektuele funksie** voorgekom nie, aangesien die insluitingkriteria vir die studie dit so bepaal het. 'n Uitsluitingskriteria (verwys na punt 3.3.2.) is gebruik om te verseker dat lêers van deelnemers aan 'n spesifieke profiel sal voldoen. Die resultate word deur die

opvoedkundige kwalifikasie (verwys na Tabel 4.4) bevestig, wat sekondêre onderrig as die laagste vlak van opleiding aangedui het.

Geestesgesondheidsorgverbruikers op die **aktiwiteitsprogram** het verbetering getoon in **abstrakte denke** en **kognitiewe insiklikheid**. In die **uitkomsgebaseerde program** het **abstrakte denke** 'n verbetering getoon, maar **kognitiewe insiklikheid** het dieselfde gebly. Insiklikheid dui op die vermoë om aan te pas in nuwe of moeilike situasies (WHO, 2001:58). Die literatuur beskryf die inperkinge ten opsigte van kognitiewe funksie in depressie sowel as in skisofrenie (Brown, 2011a:185; Hawkes *et al.*, 2008:393; Spangler, 2011:162). Kognitiewe inkorting, self-kritiek, pessimisme, lae selfbeeld en motivering is kenmerkend van depressie in die akute fase (Duncan, 2005:461; Spangler, 2011:162). 'n Lae selfbeeld beïnvloed verder die GGSV se vermoë om in nuwe situasies aan te pas, vanweë die geloof dat hulle nutteloos is en tot niks in staat is nie. Die herstelproses van die GGSV's kan die verbetering in abstrakte denke in beide programme verklaar. Die gebrek aan verbetering in kognitiewe insiklikheid in die **uitkomsgebaseerde program** is egter teenstrydig met die benadering van hierdie program, wat juis op funksionering in lewenssituasies fokus.

Een van die vernaamste uitsluitingkriteria (verwys na punt 3.3.2) van die studie was persoonlikheidsversteuring. **Temperament** en **ekstroversie** dui op eienskappe van persoonlikheid, wat binne die grense van normaliteit voorkom, of, wanneer dit patologiese afmetings toon, op grond van bepaalde DSM IV TR kriteria, as 'n persoonlikheidsversteuring mag presenteer (Nott, 2005:481). Volgens 'n studie van Lieb *et al.*, (2004:453) maak persoonlikheidsversteuring 20% van GGSV's wat in psigiatriese hospitale opgeneem is, uit. In die **uitkomsgebaseerde program** is geen probleme in temperament en ekstroversie getoon nie. Alhoewel drie lêers probleme in die **aktiwiteitsprogram** uitgewys het, is geen verandering in diegene na terapeutiese ingreep getoon nie. Die afleiding

kan gemaak word dat die probleme dui op persoonlikheidstrekke en binne die grense van normaliteit val.

Geestesgesondheidsorgverbruikers op beide programme het verbetering in **optimisme** en **selfvertroue** getoon. In die **aktiwiteitsprogram** het **psigiese stabiliteit** ook verbetering getoon hoewel **toegewendheid**, **pligsgetrouheid** en **betroubaarheid** geen verandering in die **uitkomsgebaseerde program** getoon het nie. Geen probleem (0) is aangedui in die komponente van **pligsgetrouheid**, **psigiese stabiliteit** en **betroubaarheid** nie en **toegewendheid** het ook onveranderd gebly. Die Internasionale klassifikasie van funksionering, ongeskiktheid en gesondheid (IKF) beskou die aspekte soos hierbo genoem as deel van 'n persoon se geaardheid (WHO, 2001:50). Goleman (1998:26) beskryf dit daarenteen as van die elemente in emosionele intelligensie. Probleme in emosionele intelligensie veroorsaak 'n onvermoë om gevoelens in self en ander te herken, die self te motiveer en emosies in self of in verhoudings te hanteer (Goleman, 1998:317). Uit die literatuur kan 'n verband tussen gemoedsversteuring en emosionele intelligensie getrek word. Gemoedsversteuring kan in die akute fase emosionele intelligensie affekteer. Die literatuur (Scaffa *et al.*, 2010:341) beskryf aktiwiteite om emosionele intelligensie te verbeter en te ontwikkel, byvoorbeeld dinkskrum aktiwiteite om toegewendheid te ontwikkel asook hantering van woede en nie-verbale kommunikasie groepe. Die gebrek aan bogenoemde in die **aktiwiteitsprogram** kan die kleiner verbetering in psigiese stabiliteit, optimisme en selfvertroue in dié program verklaar. Selfvertroue en optimisme het 'n duidelike verbetering in die **uitkomsgebaseerde program** getoon. Dit blyk dat die insluiting van lewensvaardighede in 'n arbeidsterapie program die vermoë het om emosionele intelligensie te verbeter, wat die GGSV sal bemagtig om beter vaardighede te ontwikkel vir optimale funksionering in die gemeenskap.

Beide programme het verbetering ten opsigte van **ontvanklikheid vir ervarings** getoon, alhoewel dit minder in die **aktiwiteitsprogram** as die **uitkomsgebaseerde**

program voorgekom het. Apatie, verlies in belangstelling en pessimisme word in depressiewe gemoedsversteurings beskryf (Duncan, 2005:451). Hierdie aspekte kan 'n invloed op ontvanklikheid vir nuwe ervarings hê. Ontvanklikheid vir ervaring kan verbeter soos die depressiewe gemoed in die GGSV lig en normale belangstelling herstel. Die literatuur (Pierce, 2003:9) beskryf plesier, produktiwiteit en herstel as die aantrekkingskrag van aktiwiteitsreekse en bevestig die resultate van verbetering. Die beginsel is in beide programme toegepas, alhoewel die verbetering in die **uitkomsgebaseerde program** merkbaar beter was. 'n Rede hiervoor kan wees dat die uitdagings ten opsigte van funksionele aktiwiteite in die **uitkomsgebaseerde program**, 'n belangrike ervaring van sukses in die GGSV te weeg bring. Vanweë die alledaagse eise wat aan mense gestel word, is lewensvaardighede van uiterste belang en moet dit deel van 'n arbeidsterapie behandelingsprogram uitmaak.

Energievlakke het groot verbetering in beide die **aktiwiteitsprogram** sowel as die **uitkomsgebaseerde program** getoon. Die literatuur (Sadock & Sadock, 2007:527) beskryf die negatiewe invloed van depressiewe en bipolêre gemoedsversteuring op die energievlakke van die GGSV. Die GGSV met depressiewe versteuring ervaar verlies van energie en in die maniese fase van bipolêre versteuring, presenteer GGSV's weer met verhoogde energievlakke. Die invloed van energievlakke op ander aspekte, soos psigologiese uithou vermoë word later bespreek. Soos in die studie waargeneem is, kan verbetering eerstens toegeskryf word aan die uitwerking van medikasie, met gevolglike beterskap in energievlakke van die GGSV. Tweedens word verbetering in die literatuur bevestig, byvoorbeeld deur Probst *et al.*, (2010:108) wat dit stel dat gebalanseerde en gereelde oefening die energievlakke in geestesgesondheid sal verbeter. Konvensioneel was psigomotoriese aktiwiteite nog altyd deel van behandeling in psigiatriese hospitale en word dit ook deur arbeidsterapie literatuur voorgeskryf (Cole, F., 2008:280).

Die komponent van **motivering** het merkbare verbetering in beide programme getoon. Probleme met motivering is kenmerkend in GGSV's met depressie sowel as skisofrenie en was nog altyd 'n fokus van behandeling in psigiatriese eenhede (Brown, 2011b:336). Creek (2010:156) beskryf motivering as die ervaring van die persoon, naamlik die gevoel wat 'n persoon ervaar as hy / sy iets doen. Die ervaring van sukses in die groepe motiveer die GGSV verder en bevestig die navorsingsresultate dat die geleentheid om te *doen* en te *ervaar*, binne die raamwerk van 'n gestruktureerde terapeutiese program, motivering sal verbeter. In beide programme is daar van die toepassing van roetine, stimulasie en gesonde gewoontes soos psigomotoriese aktiwiteite gebruik gemaak. Gebruik van hierdie maatreëls word deur die literatuur (Hughes, 2008:413) as strategieë om motivering te verbeter, onderskryf. Die bevindinge bevestig dat 'n arbeidsterapie program oor die volgende elemente moet beskik: Roetine, balans, stimulasie en psigomotoriese aktiwiteite.

Alhoewel min probleme met die voortoets opgeduik het, het die komponente **aptyt** en **slaap funksie** in beide programme 'n verbetering getoon. Sadock en Sadock (2007:527,543) identifiseer verlies van aptyt en slaap stoornis as sentraal tot depressiewe versteurings. Die verbetering van aptyt en slaap kan waarskynlik hoofsaaklik aan die gebruik van medikasie toegeskryf word, alhoewel deelname aan fisiese aktiwiteite in die literatuur beskryf word dat dit die kwaliteit van slaap verbeter (Probst *et al.*, 2010:108). Die belang van motoriese aktiwiteite in die program word ook deur die resultate bevestig. Tog moet sorg gedra word dat dit tot voordeel van die kliënt aangebied word, deur die vereistes van die aktiwiteite en tyd in die dag te beplan. Drange het geen probleem getoon nie. Die ervaring van drange is kenmerkend in substans afhanklikheid (Sadock & Sadock, 2007:381) en geen probleme hiermee is verwag nie, soos dan ook deur die diagnose verspreiding van die studie bevestig is.

In beide programme is verbetering in **impulskontrole** getoon, alhoewel 'n groter verbetering in die **uitkomsgebaseerde program** gevind is. Gebrek aan

impulskontrole is kenmerkend in die maniese fase van bipoëlêre gemoedsversteurings (Sadock & Sadock, 2007:547) asook in groep B persoonlikheidsversteurings (Nott, 2005:483), wat 'n uitsluitingskriteria in hierdie studie was. In arbeidsterapie word impulskontrole deur die keuse van aktiwiteite aangespreek, byvoorbeeld aktiwiteite word beplan om frustrasie te beperk en uitstel van bevrediging te verseker. Vaardigheidsgroepe spreek kommunikasie en sosiale vaardighede aan (Duncan, 2005:469). Die verbetering kan enersyds toegeskryf word aan medikasie wat herstel in bipoëlêre gemoedsversteuring tot gevolg het en andersyds aan die keuse van aktiwiteite in die twee programme. 'n Argument kan ook gemaak word vir 'n benadering geskoei op die gedragsterapeutiese verwysings-raamwerk, wat versterking, herhaling, oefening en rolspel behels om onaanvaarbare gedrag, soos swak impulskontrole, te verbeter (Cole, 2005:138; Nott, 2005:488). Die beter resultate van die [uitkomsgebaseerde program](#) kan waarskynlik verklaar word deur die inhoud van hierdie program wat spesifiek gefokus het op sosiale vaardighede, soos luistervaardighede, sosiale oordeel en toepaslike gedrag. Die resultate bied bewys van die belang van vaardigheidsgroepe in 'n akute psigiatriese opset en bevestig dat dit deel moet wees van enige arbeidsterapie program in geestesgesondheid.

In beide die programme is groot verbetering op die gebied van **aandag** getoon. Aandag is noodsaaklik in die aanleer van enige taak of vaardigheid, insluitende geheue. Aandag is dus direk en indirek noodsaaklik vir funksionering in al die sfere van die lewe (Radomski, 2008:262). In die **aktiwiteitsprogram** is verbetering op die gebied van **geheue** en **herwinning van geheue** getoon. In die [uitkomsgebaseerde program](#) het **geheue** verbetering getoon, terwyl **herwin van geheue** geen probleme (0) getoon het nie. Die behandeling in psigiatriese eenhede word gekenmerk deur 'n reduksionistiese benadering wat druk plaas om simptome, soos om gebrek aan aandag en geheue in die akute fase van die siekte te verminder (Hawkes, *et al.*, 2008:399). Die behandelingstegnieke vir probleme met aandag wat in die arbeidsterapie literatuur beskryf word, sluit in gereelde

behandelingsessies, strukturering van omgewing en vereistes ten opsigte van aandagspan en omgewingsstimuli (Abreu & Togli, 1987:442-443). Die aktiwiteitsreeks-wetenskap bied ook 'n raamwerk vir die behandeling van AVK's soos aandag en geheue. Wanneer die GGSV deelneem aan die "net regte" uitdaging word *vloei* – 'n subjektiewe psigologiese staat van optimale ervaring in 'n aktiwiteit – verkry (Foran, 2011:365; Hawkes *et al.*, 2008:399). In beide die programme onder beskouing kan die resultate aan die "net regte" uitdaging toegeskryf word. Die uitdaging fokus op aandag, konsentrasie en geheue in die voldagprogram asook op die verloop van die herstelproses in die GGSV. Die programme blyk effektief te wees deur bogenoemde aspekte deurlopend in die keuse van aktiwiteite in ag te neem, alhoewel geheue ook spesifiek binne beide programme deur middel van aktiwiteite aangespreek is.

In die **aktiwiteitsprogram** het die data ten opsigte van **gedagteprosesse** en **beheer van gedagtes** geen probleem getoon nie, terwyl **gedagte tempo** 'n enkele probleem getoon het, wat verbeter het tot nul (0) na behandeling. In **gedagtevorm** en **gedagte inhoud** is ook verbetering getoon. Tabel 4.7 toon die verbetering in die komponente **gedagteprosesse**, **gedagte tempo**, **gedagtevorm** en **beheer van gedagte** vir die **uitkomsgebaseerde program**. **Gedagte inhoud** het min verbetering getoon. Sadock en Sadock (2007:467,527) beaam die invloed van 'n psigiatriese versteuring op die kognisie, emosie, persepsie en die gedrag van die GGSV. Vlug van idees, spraakdruk en voortsnellende gedagtes is kenmerkend van die kognitiewe funksionering van persone in die maniese fase van bipolêre versteurings (Sadock & Sadock, 2007:535). Depressie word gekenmerk deur negatiewe gedagte inhoud oor selfmoord, skuldgevoelens en lae selfbeeld (Sadock & Sadock, 2007:534). Verbetering in bogenoemde aspekte kan toegeskryf word aan medikasie asook die algemene herstelproses van die GGSV, veral in GGSV's met bipolêre versteuring. Soos volgens die uitsluitingskriteria gestipuleer (verwys na punt 3.3.2) was al die GGSV's a-psigoties en kan die min verbetering in gedagte inhoud verklaar word deur die moontlike negatiewe persepsies van die GGSV met depressie. Die afleiding kan

gemaak word dat die vereistes om aan die program deel te neem, wat nakoming van groep-reëls, aktiewe deelname en maksimale inspanning insluit, verbetering kon versnel en dat dit belangrike elemente in 'n groepsprogram vorm.

In **organisering en beplanning** is klein verbeterings in die **aktiwiteitsprogram** en matige verbetering in die **uitkomsgebaseerde program** gevind. Die komponent word gesien as 'n hoër kognitiewe funksie en is ingekort in GGSV's in die akute fase van die psigiatriese siekte (Sadock & Sadock, 2007:485,527). In arbeidsterapie word die aspekte behandel deur projekte in 'n groep te beplan en organiseer. 'n Verklaring vir die resultate kan gegee word met betrekking tot die organiserings- en beplanningsaktiwiteite wat in die verskillende programme aangebied is. Vordering in die groepe is deurgaans gemonitor en die arbeidsterapeute het die program weekliks beplan om sodoende toepaslike aktiwiteite te kies om in die behandeling in te sluit. 'n Moontlike rede vir die kleiner verbetering in die **aktiwiteitsprogram** teenoor die **uitkomsgebaseerde program** mag wees dat die tipe aktiwiteite, soos beplanning van 'n hospitaal nuusblad en bak-aktiwiteite vir fondsinsameling, minder dikwels in die program aangebied was, moontlik vanweë swak vordering in die GGSV of vroeë ontslag wat projekte in groepsverband kon kelder. Die groter verbetering in die **uitkomsgebaseerde program**, wat wel meer projekte uitgevoer het, is 'n sterk aanduiding dat organisering en beplanningsaktiwiteite meer dikwels in 'n arbeidsterapie program aangebied behoort te word.

In die **aktiwiteitsprogram** is slegs matige verbetering in **tydsbenutting** getoon, maar beduidende verbetering is in die **uitkomsgebaseerde program** gevind. Teenswoordig beskryf Pierce (2003:40) 'n toepaslike verdeling van 'n persoon se tyd, deur deelname aan aktiwiteite en aktiwiteitsreekse wat gekenmerk word deur produktiwiteit, plesier en herstel. Verbetering in beide programme kan verklaar word deurdat hierdie drie elemente in 'n voldagprogram aangebied is en sodoende die GGSV se dag toepaslik georganiseer het. Die beter resultate van die **uitkomsgebaseerde program** kan verklaar word deur die aktiwiteitsreeks-

gerigte fokus wat vaardighede in terme van dagbeplanning aangespreek het. Die afleiding kan gemaak word dat struktuur in arbeidsterapie programme noodsaaklik is, maar dat kennis en vaardighede in terme van gebalanseerde en effektiewe tydsbenutting, ewe-eens essensieel blyk te wees.

Ten opsigte van **insig, oordeel** en **probleemoplossing** is min verbetering in die **aktiwiteitsprogram** getoon en beduidende verbetering in die **uitkomsgebaseerde program**. Volgens Crouch (2005:513) moet 'n arbeidsterapieprogram onder andere elemente van konkrete probleemoplossing en psigo-opvoedkundige groepe bevat. Creek (1990:243) stel probleemoplossingsaktiwiteite voor om die GGSV in sy lewenstake en rolle vaardig te kry. 'n Gebrek aan die tipe aktiwiteite het in die **aktiwiteitsprogram** bestaan, wat die swakker resultate en minder verbetering mag verklaar. Die **uitkomsgebaseerde program** het wel spesifiek aandag aan bogenoemde aspekte gegee, wat bevestig word deur bevindinge in die literatuur wat tegnieke beskryf om optimale funksionering in die GGSV te bewerkstellig. Dit sluit sosiale vaardighede, insig en selfregulerende aktiwiteite in (Duncan, 2005:463,464).

Geestesgesondheidsorgverbruikers in beide die programme het geen probleme getoon ten opsigte van **eenvoudige** en **komplekse berekeninge** nie. Die PEOP (*Person-Environment-Occupational-Performance*) model beskryf die unieke aktiwiteitsreekse van elke individu. Per implikasie en getrou aan die onderliggende filosofie van arbeidsterapie kan funksionele probleme in die GGSV nie veralgemeen word nie en moet behandeling vir elke individu uniek uitgewerk word (Cole & Tufano, 2008:127-131). Geen probleme het in die komponente voorgekom nie en dit is ook nie in die program aangespreek nie.

5.2.2.2. Affektiewe en konatiewe funksie

Wisselende verbetering is in die resultate (verwys na Tabel 4.8) ten opsigte van **toepaslikheid van emosie, omvang van emosie** en **regulering van emosie** in die

aktiwiteitsprogram getoon. In die **uitkomsgebaseerde program** is verbetering in al bogenoemde aspekte getoon. Die resultate kan toegeskryf word aan medikasie wat herstel in die GGSV teweeg gebring het, asook die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse. Pierce (2003:9) beskryf plesier, produktiwiteit, herstel, uitdaging en vermyding van verveeldheid onder andere as die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse. Die literatuur (Cole & Tufano, 2008:89) beskryf ook genotvolle eksplorاسie in die aktiwiteitsreekse waarin die GGSV belangstel as deel van die behandeling van die GGSV. Verbetering kan dus verklaar word deur die gebruik van aktiwiteitsreekse soos hierbo genoem asook deelname aan psigomotoriese aktiwiteite, wat volgens die literatuur (Cole, F., 2008:280) 'n positiewe uitwerking op die emosies en gemoed van die GGSV het. In beide programme word psigomotoriese aktiwiteite en nuwe, uitdagende aktiwiteite wat die resultate bevestig, aangebied.

In die **aktiwiteitsprogram** het **psigologiese uithou vermoë** 'n matige verbetering getoon en in die **uitkomsgebaseerde program** 'n totale verbetering tot op die vlak van nul (0). Die GGSV met depressie ervaar kroniese moegheid, verlies van energie en ingekorte motivering (Duncan, 2005:461). Hierdie aspekte het 'n invloed op beide psigologiese en fisiese uithou vermoë. Uit die literatuur (Cole, F., 2008:280) word bevestiging vir die rol van psigomotoriese aktiwiteite in die behandeling van energie, moegheid en motivering verkry. Die afleiding kan gemaak word dat as energie, moegheid en motivering verbeter, sal psigologiese uithou vermoë ook verbeter. Beide programme het, soos reeds bespreek, gereelde psigomotoriese aktiwiteite bevat.

In beide programme is verbetering in **lokus van kontrole** getoon. In ernstige gevalle van depressiewe versteuring, kan 'n eksterne lokus van kontrole in die GGSV teweeggebring word (Duncan, 2005:461). Waargenome verbetering van hierdie komponent kan dus moontlik toegeskryf word aan die toediening van medikasie met die gevolglike verligting van depressie in die GGSV. Die argument kan ook gehêf word dat die genesende faktore van universaliteit en altruïsme

(Cole, M., 2008:323) verbetering in die betrokke komponent in beide programme kon veroorsaak het.

Na intervensie het die komponent **verantwoordelikeidsin** min verbetering in beide programme getoon, alhoewel probleme in die **uitkomsgebaseerde program** slegs in enkele lêers voor intervensie aangeteken is. In die **aktiwiteitsprogram** is daar in verskeie lêers probleme getoon ten opsigte van **verantwoordelikeidsin** met steeds merkbare probleme in die komponent na intervensie. Volgens die Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal (HAT) is verantwoordelikeidsin *die besef van verpligtinge wat nagekom moet word* (Odendal & Gouws, 2005:1263) en word dit geassosieer met 'n persoon se geaardheid (Brown, 2011b:333). Dit beïnvloed dan ook die hantering van verantwoordelikheid (sien bespreking later oor hantering van verantwoordelikehede) in die GGSV. In die literatuur (Brown, 2011b:333) kan 'n verband tussen verantwoordelikeidsin en motivering in die teorieë oor motivering, naamlik self-regulering, getrek word. Strategieë om intrinsieke motivering te verbeter sluit in die aanbied van geleenthede om vaardigheid te ontwikkel, keuses uit te oefen en die deelname aan groepe. 'n Moontlike rede vir die klein verbetering van die komponent in beide programme mag moontlik die gebrek aan outonomie in die programme wees. Outonomie word aan bande gelê deur die kwantiteit van verantwoordelikheid wat binne 'n bepaalde struktuur aan die GGSV gestel word, wat die ontwikkeling van verantwoordelikeidsin kan beperk. 'n Verdere argument kan gemaak word dat die geïmpliseerde magsverhouding binne 'n hospitaal van die GGSV verwag om bloot met bepaalde protokolle in te val, en dat hierdie optrede 'n bepaalde passiwiteit ten opsigte van verantwoordelikeidsin in die GGSV teweegbring.

Ten opsigte van **uitstel van bevrediging** is matige verbeterings in die **aktiwiteitsprogram** sowel as die **uitkomsgebaseerde program** gevind. Uitstel van bevrediging word in die literatuur in bipolêre versteurings tydens die maniese fase uitgelig (Duncan, 2005:462,469). Probleme met die uitstel van bevrediging

lei dikwels tot veeleisende gedrag deur die GGSV en druk word dikwels uitgeoefen om die simptome deur 'n reduksionistiese benadering te behandel (Hawkes, *et al.*, 2008:399). In beide programme is die aspek deur spesifieke aktiwiteite aangespreek wat uitstel van bevrediging geteiken het, byvoorbeeld bordspele waar 'n speelbeurt afgewag moet word of kunsvlyt aktiwiteite wat oor twee dae voltooi is. Die mate van verbetering kan dus aan die remediëring van die spesifieke AVK's toegeskryf word.

Die resultate toon geringe tot matige verbeterings ten opsigte van die **kwaliteit van take** en **taak spoed** in die **aktiwiteitsprogram**. Geestesgesondheidsorgverbruikers in die **uitkomsgebaseerde program** het ook verbetering van hierdie komponente getoon. Aktiwiteite en aktiwiteitsreëse is altyd deel van enige program in psigiatrisie hospitale. Die beginsel daaragter is die gebruik van aktiwiteitsreëse as middel (Trombly, 1995:963; 2002b:257). Beide programme het baie geleentheid vir *doen* gebied wat die resultate ten opsigte van verbetering in die kwaliteit van take en taak spoed tot gevolg gehad het.

Beduidende verbetering ten opsigte van **psigomotoriese funksie** is in beide programme getoon. Die behandeling van psigomotoriese funksie in geestesgesondheid word wyd in die arbeidsterapie literatuur beskryf (Cole, F., 2008:280; Probst, *et al.*, 2010:108; Richardson *et al.*, 2005:324,325). Die verbetering in hierdie modaliteit kan moontlik toegeskryf word aan die herstelproses van die GGSV, asook die psigomotoriese aktiwiteite wat deel was van beide programme. Hierdie waarneming word ook deur bevindinge in die literatuur bevestig. (Verwys na die bespreking onder geestesfunksie oor energievlakke).

5.2.2.3. Algemene take en vereistes

Min verbetering is ten opsigte van **komplekse vaardighede** in die **aktiwiteitsprogram** getoon. In die **uitkomsgebaseerde program** het hierdie komponent min probleme getoon, maar ook geen verandering nie. Die literatuur beskryf probleme in al die psigiatriese diagnoses met betrekking tot sosiale rolle, interpersoonlike verhoudings en lewensvaardighede (Crouch, 2005:508; Duncan, 2005:461). Die behandeling van probleme in aktiwiteitsreeks is spesifiek vir elke GGSV omrede aktiwiteitsreeks uniek vir elke individu is. Probleme in aktiwiteitsreeks is dus ook uniek vir elke GGSV (Pierce, 2001:131). Alhoewel die fokus van die **uitkomsgebaseerde program** op vaardighede val, het die komponent nie verbetering getoon nie. 'n Verklaring vir die swak verbetering kan gevind word in die teorie van self-verrigtingsvermoë, wat onder andere bemeestering en sosiale oorreding beskryf (Brown, 2011b:332). Die unieke probleme van die GGSV is moontlik nie spesifiek in die programme aangespreek nie of die element van sosiale oorreding is nie doeltreffend deur die arbedisterapeut in die groep aangewend nie. Die gevolg is dat bemeestering van komplekse vaardighede nie plaasgevind het nie. Die afleiding kan gemaak word dat geleentheid in die program geskep moet word vir die ervaring van sukses, tesame met voortdurende ondersteuning (Sosiale oorreding) om vaardighede te bemeester.

In die **uitkomsgebaseerde program** het **besluitneming** beduidende verbetering getoon. Ten spyte van 'n verbetering van ongeveer 50% in **besluitneming** in die **aktiwiteitsprogram**, was daar steeds beduidende probleme met die komponent. In GGSV's in die maniese fase van bipolarêre versteuring, is besluitneming impulsief, terwyl besluitneming in GGSV met depressie dikwels afwesig kan wees (Duncan, 2005:461-462). Beide programme het aktiwiteitsreeks as terapeutiese middel vir behandeling gebruik, waar probleme in besluitneming deur middel van speletjies en kunstvlyt aktiwiteite hanteer is. Die verbetering in die **uitkomsgebaseerde program** kan deur 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus verklaar

word, wat aktiwiteitsreekse tegelykertyd as middel en as einddoel in behandeling gebruik (Trombly, 1995:963; 2002b:257). In vaardigheidsgroepe is besluitneming ten opsigte van besluite oor lewenstake en rolle hanteer (Duncan, 2004:214).

In die **uitkomsgebaseerde program** het die volgende komponente geen probleme opgelewer nie: **Begin enkel taak, begin enkel taak onafhanklik, begin enkel taak in 'n groep, begin verskeie take, behartig verskeie take, voltooi verskeie take en begin verskeie take in 'n groep**. Cole & Tufano (2008:127-131) beskryf die unieke aktiwiteitsreekse van elke individu wat 'n kliënt gesentreerde behandeling voorstel. In die studie is die aspekte nie aangeraak nie, omrede geen probleme daarmee voorgekom het nie. In die **aktiwiteitsprogram** het **begin verskeie take, behartig verskeie take** en **begin verskeie take in 'n groep** enkele probleme getoon, maar het dit weer dieselfde gebly na intervensie. **Begin van 'n enkel taak, begin van 'n enkel taak onafhanklik, begin van 'n enkel taak in 'n groep en voltooiing van verskeie take** het in die **aktiwiteitsprogram** klein verbetering getoon. **Begin van komplekse taak** en **begin van verskeie take onafhanklik** het in die **aktiwiteits-** sowel as **uitkomsgebaseerde program** geringe verbeterings getoon, alhoewel die twee aspekte voortdurend merkbare probleme in die **aktiwiteitsprogram** getoon het. Die take het onder andere ingesluit: Die maak van afsprake met spanlede, reëlings tref vir dag-pas, opruiming na groepe, asook deelname aan ingewikkelde kunstvlyt aktiwiteite en projekte. Die gebrekkige verbetering ten opsigte van bogenoemde komponente in die **aktiwiteitsprogram** kan moontlik verklaar word deur die gebrek aan vaardigheidsgroepe, wat die GGSV in alledaagse aktiwiteitsreekse bekwaam, soos in die literatuur (Law, 2002:640) voorgestel word. Verder kan gebrekkige selfvertroue die GGSV verhoed om in aktiwiteite en aktiwiteitsreekse betrokke te raak. Die swak verbetering in selfvertroue bevestig die resultate ten opsigte van bogenoemde komponente in die **aktiwiteitsprogram**.

Beide programme het beduidende verbetering per uitkoms vir elke GGSV ten opsigte van **bestuur daaglikse roetine** getoon, alhoewel merkbare probleme na intervensie steeds in die **aktiwiteitsprogram** teenwoordig was. In die **aktiwiteitsprogram** het **behartiging van daaglikse roetine** geen probleme getoon nie en het dit tot nul (0) in die **uitkomsgebaseerde program** verbeter. **Voltooi daaglikse roetine** en **bestuur eie aktiwiteitsvlak** het 'n mate van verbetering in die **aktiwiteitsprogram** getoon. Die komponente het beide in die **uitkomsgebaseerde program** tot nul (0) verbeter. Lae motivering, kroniese moegheid en lae energievlakke kan 'n invloed hê op hierdie aspek van die GGSV. Verbetering in energievlakke en motivering in beide programme kan eerstens 'n verklaring bied vir die verbetering in bogenoemde komponente. Pierce (2003:67) beskryf die mens se natuurlike neiging tot produktiwiteit, en dat dit 'n roetine meebring. Tweedens kan die herstel van hierdie produktiwiteit verbetering in die komponent verklaar. Die groter verbetering in die **uitkomsgebaseerde program** kan verklaar word deur die psigo-opvoedkundige groepe, wat bykomend die funksionele implikasies van die siekte in die GGSV aanspreek deur middel van vaardigheidsgroepe soos tydsbenutting. Gegronde op die literatuur (Duncan, 2005:463,465,470), kan die afleiding gemaak word dat hierdie aspekte belangrik is en deel van 'n arbeidsterapie program moet wees, vanweë die invloed daarvan op die GGSV se sosiale rolle.

In die **aktiwiteitsprogram** is minimale verbetering in die **hantering van verantwoordelikhede, die hantering van stres** en **die hantering van krisis** aangedui. In die **uitkomsgebaseerde program** is beduidende verbetering in **hantering van stres**, asook 'n klein tot matige verbetering in die ander twee komponente getoon. Die literatuur (Crouch, 2005:508, 510; Duncan, 2005:461) beskryf die gebrekkige vermoë van die GGSV in die hantering van verantwoordelikhede, stres en krisis. Duncan (2004:214) beskou die hantering van stres en krisis as belangrike aspekte in psigososiale rehabilitasie. Die gebrek aan hierdie tipe groepe in die **aktiwiteitsprogram** verklaar die geringe verbetering in die komponente. Die aansienlike verbetering in die

uitkomsgebaseerde program word verklaar deur die aktiwiteitsreeks-gerigte fokus wat vaardighede, waaronder groepe vir streshantering, aangespreek het (Cole & Tufano, 2008:12-131). Die hantering van verantwoordelikhede word beïnvloed deur verantwoordelike sin (sien die vroeëre bespreking onder affektiewe en konatiewe funksie). Verantwoordelike sin het min verbetering getoon en korreleer die geringe verbetering daarvan met die resultate van die hantering van verantwoordelike. Uit die resultate kan die afleiding gemaak word dat lewensvaardigheids-groepe belangrik is in 'n behandelingsprogram, maar ook elemente van outonomie moet bevat om bemeestering in lewensake te bevorder, veral in terme van die hantering van verantwoordelike.

In beide programme het die vermoë om 'n **gesprek te begin** en dit te **handhaaf** matige verbeterings getoon en die **beëindiging van 'n gesprek** minimale verbetering, alhoewel probleme steeds teenwoordig was in die **aktiwiteitsprogram** na die intervensie. Sosialisering is inherent deel van die groepsproses en dit verklaar die mate van verbetering in beide programme van die vermoë om 'n gesprek te begin en te handhaaf (Cole, 2005:31). Die afleiding kan gemaak word dat beide sosialisering en interaksie 'n rol speel in die verbetering van bogenoemde komponente, soos bevestig deur die resultate van beide programme. Sosiale vaardighede kan egter nie net indirek deur groepsinteraksie aangespreek word nie. Die resultate van die **uitkomsgebaseerde program** illustreer dat die aktiwiteitsreeks-gerigte fokus wat sosiale vaardighede spesifiek aanspreek, beter resultate lewer (Cole & Tufano, 2008:127-131).

Ten opsigte van die **aktiwiteitsprogram** het **gebruik van vervoer, bestuur en bekom 'n blyplek** geen verbetering getoon nie. **Bekom goedere en dienste** het 'n geringe verbetering getoon. **Maaltydvoorbereiding en huishoudelike take** het min verbetering getoon en **maaltydvoorbereiding** en **kies van toepaslike klere** het illustreer dat geen probleme daarmee ondervind is nie. In teenstelling het die **uitkomsgebaseerde program** in die komponente van **gebruik van vervoer, bestuur, aantrek** en **kies van toepaslike klere, maaltydvoorbereiding** en

huishoudelike take geen probleme getoon nie. **Bekom 'n blyplek en bekom goedere en dienste** het wel 'n verbetering getoon. Die aspekte word geklassifiseer onder aktiwiteitsverrigting areas (AVA's) in aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL) en instrumentele aktiwiteite van die daaglikse lewe (IADL) en het 'n funksionele impak op die daaglikse funksionering van die GGSV (AOTA, 2008:631). Die literatuur beskryf die gebruik van aktiwiteitsreeks as einddoel om funksionele aspekte te behandel (Trombly, 1995:963; 2002b:257). Die **aktiwiteitsprogram** het egter hoofsaaklik aktiwiteitsreeks as middel gebruik wat die gebrek aan verbetering mag verklaar. Vaardigheidsopleiding word deur Brown (2011c:668) in die verbetering van ADL en IADL in die GGSV voorgestel, maar word ook deur Cole & Tufano (2008:127-131) bevestig, wat van mening is dat elke GGSV se persoonlike aktiwiteitsreeks die unieke fokus van daardie GGSV se arbeidsterapie moet wees. Die afleiding kan gemaak word dat die aktiwiteitsprogram nie die vaardigheidsgroepe, soos wat die unieke aktiwiteitsreeks van die GGSV behels, ten einde die optimale funksionering van die GGSV te bevorder, ingesluit het nie.

Die **aktiwiteitsprogram** het in die aspek van **bestuur van eie gesondheid** minimale verbetering getoon in vergelyking met die **uitkomsgebaseerde program** waar beduidende verbetering waargeneem is. Die aspek behels dat die GGSV optimaal in alle areas van sy / haar lewe funksioneer. Dit impliseer dan ook insig in die siektetoestand, 'n vermoë om probleme op te los, stres te hanteer en hantering van verantwoordelikheid. Hierdie aspekte behoort die fokus van 'n arbeidsterapie behandelingsprogram te wees (Cole & Tufano, 2008:89-92; Duncan, 2005:463, 470). Die verbetering in insig, oordeel, probleemoplossing en hantering van stres en verantwoordelikheid tydens 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus bevestig die positiewe resultate in die uitkomsgebaseerde program.

5.2.2.4. Interpersoonlike verhoudings

In die **aktiwiteitsprogram** het die resultate (verwys na Tabel 4.10) ten opsigte van **respek en warmte in verhouding, waardering in verhouding en intieme verhouding** geen verskil getoon nie. **Toleransie in verhoudings, kritiek, familie verhouding en ouer-kind verhouding** het slegs geringe verbetering getoon. In die komponent **sosiale tekens in verhouding** is minimale verbetering getoon. Die resultate (verwys na Tabel 4.14) ten opsigte van die **uitkomsgebaseerde program** toon 'n verbetering in **respek en warmte, toleransie in verhouding, kritiek en sosiale tekens in verhoudings**, maar het dieselfde gebly ten opsigte van **waardering in verhoudings**. Die sosiale leerteorie gee 'n verduideliking van sosiale gedrag, te wete dat sosiale gedrag deur 'n kombinasie van waarneming en terugvoering, positief- en negatief, gevorm word. Bywoning van vaardigheidsgroepe is dus belangrik vir die suksesvolle vorming van sosiale vaardighede (Cole, M., 2008:316; Stoffel & Tomlinson, 2011:299). Die resultate word bevestig deur die resultate ten opsigte van die uitkomsgebaseerde program wat sosiale vaardighede prominent aanspreek en terugvoering aan die GGSV deurlopend en direk plaasvind.

In beide die **aktiwiteitsprogram** sowel as **uitkomsgebaseerde program** is geringe verbetering in **verhouding met gesagspersone** aangeteken. Arbeidsterapeute vorm 'n terapeutiese verhouding met die GGSV deur verskeie vaardighede te gebruik; die terapeutiese of bewustelike gebruik van die self, selfonthulling en stel van grense (Martin & Wheatley, 2008:242-244). Toepassing van hierdie terapeutiese verhouding, in 'n veilige terapeutiese milieu, kan moontlik die verbetering in die komponent in beide programme verklaar.

Voorts het **informele verhouding** in beide programme merkbare verbetering getoon. Groepe, 'n mikro kosmos van die gemeenskap, bied aan die GGSV die geleentheid om kommunikasie en sosiale vaardighede te oefen. Sosiale interaksie word deur die groepsproses gefasiliteer. Die GGSV observeer die

interaksie en gedrag van ander persone in die groep en deur nabootsing en persoonlike lering (met behulp van beginsels binne die gedragsterapeutiese en volwasse leer teoretiese verwysingsraamwerke) word geleentheid vir die vorming van verhoudings geskep (Cole, M., 2008:316; Stoffel & Tomlinson, 2011:301). Hierdie ondervinding tydens deelname aan aktiwiteite en aktiwiteitsreekse fasiliteer sosialisering en so verbeter informele verhouding tussen groeplede. Dit literêre bevinding bevestig die merkbare verbetering in die komponent wat deur die studie geïllustreer is.

Ten opsigte van **verhouding met gesagspersone** is 'n mate van verbetering in beide programme getoon. Soos reeds onthul, kan verskeie faktore waarskynlik bydra tot die verbetering in die komponent, te wete die terapeutiese gebruik van die self, selfonthulling en die stel van grense wat die arbeidsterapeut in staat stel om 'n terapeutiese verhouding te vestig wat in 'n veilige omgewing kan bydra tot die vestiging van beter verhoudings (Martin & Wheatley, 2008:242-244). Die groepsproses speel ongetwyfeld 'n belangrike rol in die vorming van verhoudings, ook vanweë persoonlike lering en nabootsing van die GGSV (Stoffel & Tomlinson, 2011:301).

Ten opsigte van die **aktiwiteitsprogram** het **familie verhoudings**, **ouer-kind verhouding** en **intieme verhouding** geen verbetering getoon nie. In vergelyking het die **uitkomsgebaseerde program** geringe verbetering in al die komponente getoon. Die sosiale vaardighedsmodel stel dit dat sosiale vaardighede in die sosiale konteks waarin dit gebruik word, beskou moet word. Die veralgemening van sosiale vaardighede in die natuurlike omgewing is die finale stap in die benadering van die leerteorie (Stoffel & Tomlinson, 2011:299, 300). Die minimale verbetering in die **aktiwiteitsprogram** kan moontlik verklaar word deur 'n leemte in die program ten opsigte van vaardighedsgroepe. Die argument ter tafel is dat vaardighedsgroepe die GGSV in staat stel om vaardigheid in eie sosiale konteks te veralgemeen en gevolglik in 'n behandelingsprogram moet wees.

5.2.3. Kliniese verbetering en statisties beduidende veranderinge in programme

In hierdie afdeling word die kliniese verbetering en statisties beduidende veranderinge van betrokke komponente in die studie bespreek. Die kliniese verbetering is die verandering van 'n telling van een (1) of meer in 'n komponent. 'n Statisties beduidende verandering dui dus op 'n verbetering in 'n komponent.

In die eerste deel van die bespreking word die aktiwiteitsprogram bespreek en in die tweede deel die uitkomsgebaseerde program.

5.2.3.1. Aktiwiteitsprogram

Uit die resultate (verwys na Tabel 4.15) is die hoogste **kliniese verbetering** van een (1) of meer waardes in die volgende komponente van die **aktiwiteitsprogram** getoon: **Aandag, motivering, energievlakke, besluitneming** en **omvang van emosie**. **Statisties beduidende verandering** is in die komponent **motivering** gevind, terwyl tendense van verandering in **aandag** en **energievlakke** getoon is. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat die meeste kliniese verbetering in aktiwiteitsverrigting komponente (AVK's) plaasgevind het. Aktiwiteitsverrigting komponente word gedefinieer as daardie vermoëns en vaardighede wat deelname in aktiwiteite en aktiwiteitsreekse beïnvloed en word verdeel in motoriese, sensoriese, kognitiewe, psigososiale en affektiewe komponente (Creek, 2010:138). Die resultate van die plaaslike studie word deur bevindinge in die literatuur bevestig (Trombly, 2002b:257) waar aktiwiteitsreeks as middel in die behandeling van AVK's gebruik word. In die **aktiwiteitsprogram** is die GGSV geleentheid gebied om die vaardighede te gebruik en ook nuwe vaardighede te oefen deur te *doen* (Mosey, 1981:108; Wilcock, 2006:140). Enige verbetering het dus per implikasie indirek plaasgevind, omrede die fokus op die aktiwiteit was.

’n Merkbare **kliniese verbetering** van 49.1% en 45.1% is in **bestuur van daaglikse roetine** en **bestuur van eie aktiwiteitsvlak** aangedui. Alhoewel **voltooiing van daaglikse roetine** slegs ’n kliniese verbetering van 17.7% getoon het, is ’n **statisties beduidende verandering** in die komponent getoon. In **bestuur van eie aktiwiteitsvlak** is ook **statisties beduidende verandering** gevind. Volgens Hocking (2009:145) verskaf die waarneembare temporale eienskap van aktiwiteitsreeks, struktuur aan ’n persoon se dag. Hierdie beginsel in die **aktiwiteitsprogram** het beteken dat aktiwiteite en aktiwiteitsreeks ’n bepaalde duurte gehad het en op spesifieke plekke en teen ’n sekere tempo plaasgevind het. Pierce (2003:67) beskryf ook dat die mens se natuurlike neiging tot produktiwiteit, roetine meebring. Die studie se resultate ten opsigte van bogenoemde komponente word deur bevindinge in die literatuur bevestig. Verbetering in die komponente word ook bevestig deur die verbetering in die komponente van energievlakke, psigologiese uithouvermoë en motivering. Hieruit kan die afleiding waarskynlik bevestig word dat produktiwiteit binne die raamwerk van ’n terapeutiese voldagprogram, in die behandeling van die GGSV noodsaaklik is om optimale funksionering te bevorder.

Ook ten opsigte van **informele verhoudings** is merkbare **kliniese verbetering** in die **aktiwiteitsprogram** getoon. Die bevindinge in die literatuur (Hagedorn, 2000:112; Stoffel & Tomlinson, 2011:301) bevestig verder die studie resultate dat interaksie deur die groepsproses gefasiliteer word, en sodoende informele verhoudings verbeter. In die kliniese praktyk in die hospitaal het die arbeidsterapeute waargeneem dat informele verhoudings verbeter het omrede die fokus op ’n gemeenskaplike aktiwiteit gerig was.

Kliniese verbetering is ook getoon ten opsigte van **oordeel, selfvertroue, regulering van emosie, insig, kwaliteit van take, begin ’n gesprek, optimisme, tydsbenutting, psigologiese uithouvermoë** en **taak spoed**. In die komponent **taak spoed** is **statisties beduidende verandering** getoon en **kwaliteit van take** en **begin ’n gesprek** het positiewe tendense van veranderinge getoon. Soos reeds

bespreek, was die **aktiwiteitsprogram** veral effektief in die behandeling van AVK's. Druk van die mediese professie en die GGSV vir vinnige beterskap, het 'n reduksionistiese benadering veroorsaak, wat druk plaas op die professie om simptome te verlig (Hawkes *et al.*, 2008:399). Die resultate word bevestig deur bevindinge in die literatuur (Hocking, 2005:9) dat die keuse van aktiwiteite op grond van die spesifieke vaardighede wat dit aan die GGSV stel, byvoorbeeld oordeel en kwaliteit van take, moet berus.

Kliniese verbetering in die **aktiwiteitsprogram** ten opsigte van **selfvertroue** en **optimisme** kan eerstens moontlik aan die hand van die konsep van *vloei* verklaar word – 'n subjektiewe psigologiese staat van optimale ervaring van 'n aktiwiteit, wat die ervaring van sukses vir die GGSV kan fasiliteer (Foran, 2011:365; Hawkes *et al.*, 2008:399). Tweedens kan die “net regte” uitdaging aan die GGSV 'n ervaring van sukses skep wat selfvertroue en optimisme kan verbeter. Die resultate ten opsigte van **tydsbenutting** word deur bevindinge in die literatuur bevestig (Hocking, 2009:145). By implikasie lei dit na die strukturering van die GGSV se dag deur gebruik te maak van die waarneembare temporale eienskappe van aktiwiteitsreeks in 'n voldag behandelingsprogram.

Die studie resultate (verwys na Tabel 4.15) toon wisselende **kliniese verbetering** van minder as 25% in verskeie komponente van die **aktiwiteitsprogram**. Alhoewel nie **statisties beduidend** nie is **kliniese verbetering** en tendense van verandering in **uitstel van bevrediging, toepaslikheid van emosie, psigomotoriese funksie** en **handhaaf 'n gesprek** getoon (verwys na Tabel 4.17). In die **aktiwiteitsprogram** is die aktiwiteite en aktiwiteitsreekse gekies om basiese kognitiewe, konatiewe, affektiewe en psigomotoriese funksie aan te spreek (Trombly, 2002b:262). Die afleiding kan gemaak word dat die **aktiwiteitsprogram** effektief is in die behandeling van AVK's soos ooreenstem met bevindinge in die literatuur (Hawkes *et al.*, 2008:399; Hocking, 2005:9). 'n Argument vir die skep van 'n terapeutiese milieu in die arbeidsterapie departement kan voorgehou word, wat sou insluit die vestiging van 'n terapeutiese verhouding met die GGSV asook

roetine en stimulasie deur middel van 'n voldagprogram, wat meer geleentheid skep vir *doen* (Mosey, 1981:108).

Hoewel **kliniese verbetering** ten opsigte van **verantwoordelikeheidsin** in die **aktiwiteitsprogram** gering was, het die komponent 'n tendens van verandering getoon. Die psigologiese behoeftes van outonomie, bekwaamheid of vaardigheid en verwantskap word beskryf in die teorie van self-regulering om intrinsieke motivering te verbeter, wat ondermeer verantwoordelikeheidsin sal beïnvloed (Brown, 2011b:333). Verbetering in hierdie komponent kan moontlik verduidelik word uit die literatuur (Brown, 2011b:333; Foran, 2011:365) wat groepsintervensie beskryf as een van die strategieë om verwantskap te bevorder en moontlik ook die mate van vaardigheid wat bekom is, deur die “net regte” uitdaging wat aan die GGSV gestel is. Soos reeds bespreek het die struktuur van die program moontlik nie genoeg keuses of uitdaging aan die GGSV, ten opsigte van watter verantwoordelikehede nagekom moet word, toegelaat nie. Die afleiding kan gemaak word dat al drie elemente in 'n behandelingsprogram noodsaaklik is om swak verantwoordelikeheidsin effektief te behandel.

5.2.3.2. Uitkomsgebaseerde program

Die resultate (verwys na Tabel 4.16) toon die komponente wat die meeste **kliniese verbetering** van een (1) waarde getoon het in die **uitkomsgebaseerde program**. Die grootste mate van **kliniese verbetering** asook **statisties beduidend veranderinge** het in die komponente van **hanteer stres** (86.3%), **bestuur eie gesondheid** (66.7%), **informele verhoudings** (64.7%), **selfvertroue** (56.9%) en **tydsbenutting** (56.9%) voorgekom. Alhoewel **bestuur van daaglikse roetine** (64.7%) aansienlike **kliniese verbetering** getoon het, is slegs 'n tendens van verandering in die komponent getoon. **Hantering van stres, bestuur eie gesondheid, bestuur daaglikse roetine, informele verhoudings** en **tydsbenutting** word in die literatuur as van die lewensvaardighede beskryf wat nodig is vir optimale funksionering in eie rolle (Hagedorn, 2000:27; Mosey, 1981:7). Hierdie

rolvereistes, uniek aan elke persoon, stuur en gee rigting aan die behandeling in arbeidsterapie (Cole & Tufano, 2008:127-131; Creek, 1990:243). By die psigatriese hospitaal wat in die studie betrek is, is die **uitkomsgebaseerde program** met 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus geïmplementeer wat 'n kombinasie van aktiwiteitsreeks as middel en aktiwiteitsreeks as einddoel behels het. Resultate wat hieruit spruit, stem ooreen met bevindinge in die literatuur (Trombly, 1995:963; 2002b:257), byvoorbeeld **selfvertroue** het 'n **kliniese verbetering** van 56.9% getoon. Goleman (1998:26) beskryf selfvertroue as 'n sin van 'n persoon se eiewaarde en vermoëns. Die **uitkomsgebaseerde program** bied aan die GGSV die geleentheid om vermoëns en vaardighede aan te leer en / of te verbeter deur die terapeutiese krag van aktiwiteitsreeks, wat geleentheid vir die ervaring van plesier, produktiwiteit en herstel bied (Pierce, 2003:9). Die individuele belewenis van die aktiwiteitsreeks en die positiewe gevolge van deelname word deur Foran (2011:362) in terme van verdieping, teenwoordigheid, vloei en verpersoonliking beskryf. Uit die studie is dit bewys dat arbeidsterapie behandeling in 'n uitkomsgebaseerde program plesier, uitdaging en nuwe ervarings bied wat nie slegs gemik is op praktiese vermoëns nie, maar ook funksionele vaardighede betrek.

In die komponente van **aandag**, **besluitneming** en **insig** toon die **uitkomsgebaseerde program** verder merkbare **kliniese verbetering**. **Statisties beduidende veranderinge** is ten opsigte van **insig** waargeneem en **besluitneming** het 'n tendens van verandering getoon. Die vaardighede en vermoëns wat deelname in take, aktiwiteite en aktiwiteitsreeks in staat stel, word gekategoriseer as AVK's. Aandag, insig en besluitneming vorm deel van kognitiewe en psigososiale funksie (Creek, 2010:138). Deelname aan enige taak, aktiwiteit of aktiwiteitsreeks vereis aandag en enige probleme in die komponent, tensy werklik uitgesproke, word indirek deur betrokkenheid in individuele en groepsbehandeling aangespreek. Insig en besluitneming word in die **uitkomsgebaseerde program** spesifiek in terme van rolverwagting na ontslag en vereistes wat gestel word deur lewensrolle en take wat gesondheid en welstand

in die GGSV kan beïnvloed, aangespreek. Die kliniese verbetering word in die resultate gereflekteer.

In die komponente van **sosiale tekens in verhouding, begin van komplekse taak en familie verhoudings** is **kliniese verbetering** van tussen 25.5% en 49.1% en **statisties beduidende veranderinge** getoon. **Oordeel, regulering van emosie, probleemoplossing** en **psigologiese uithou vermoë** het **kliniese verbetering** getoon en 'n tendens van veranderinge getoon. Verder het **energievlakke, omvang van emosie, motivering** en **optimisme** **kliniese verbetering** getoon. Oordeel, regulering van emosie, energie vlakke, omvang van emosie, psigologiese uithou vermoë en motivering word ook gesien as deel van kognitiewe en psigososiale funksie wat deelname in eie aktiwiteitsreeks beïnvloed (Creek, 2010:138). In die **uitkomsgebaseerde program** word aktiwiteite en aktiwiteitsreeks as middel en as einddoel gebruik, wat impliseer dat geleenthede geskep word om AVK's en lewensvaardighede in toepaslike groepe te behandel. Die kombinasie van aktiwiteitsreeks as middel en aktiwiteitsreeks as einddoel in die **uitkomsgebaseerde program** word deur die resultate bevestig in die komponente. Die kliniese verbetering in die komponente probleemoplossing, sosiale tekens in verhoudings en familie verhoudings word bevestig deur ooreenstemmende bevindinge in die literatuur (Creek, 1990:243) wat probleemoplossingsaktiwiteite en sosiale vaardigheidsgroepe voorstel ten einde bekwaamheid in lewensake en rolle te ontwikkel. Die **uitkomsgebaseerde program** het 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus geïmplementeer wat 'n kombinasie van aktiwiteitsreeks as middel en aktiwiteitsreeks as einddoel omvat het. Die resultate van die studie word bevestig deur die bevindinge in die literatuur (Trombly, 1995:963; 2002b:257). Die herstel van die GGSV in reaksie op medikasie en die terapeutiese milieu van die hospitaal, insluitende die behandeling in die arbeidsterapie departement, kan nie onderskat word met betrekking tot die kliniese verbetering van komponente in die GGSV's nie.

5.2.4. Ooreenstemming in programme

Die studie resultate (verwys na Tabel 4.18) toon die mate van ooreenstemming tussen die komponente van die twee programme. Ooreenstemming tussen die twee programme word deur middel van kappa verduidelik. Die grootste kans op ooreenstemming was in die komponent van **kritiek**, wat 'n matige kans op ooreenstemming aangedui het. **Regulering van emosie** en **psigologiese uithouvermoë** het 'n geringe kans op ooreenstemming aangedui. **Uitstel van bevrediging** en **voltooi daaglikse roetine** en **optimisme** daarenteen het 'n swak kans van ooreenstemming gehad. Die meeste komponente het egter geen kans van ooreenstemming aangedui nie.

Alhoewel die inhoudelike van die twee programme grootliks verskil het, was daar tog aspekte wat dieselfde was, wat die ooreenstemming ten opsigte van bogenoemde komponente in die programme kan verklaar. Die aspekte sluit in die terapeutiese milieu wat deur die arbeidsterapeute geskep is, die formaat van 'n gestruktureerde voldagprogram en die groepsdinamika wat deur die gevorderde vaardigheid van die arbeidsterapeute gefasiliteer is (Cole, 2005:25; Hagedorn, 2000:111). Ander aspekte wat ook dieselfde in beide programme was, is die aktiwiteite en aktiwiteitsreekse, wat gekies was vanweë die terapeutiese krag daarvan. Dit het hoofsaaklik die konsep van aantrekkingskrag behels, wat genot, produktiwiteit en herstel ingesluit het (Pierce, 2003:9). Die waarde van eksplorاسie en die genot element word ook in die literatuur deur Reilly beklemtoon (Cole & Tufano, 2008:89).

5.3. SAMEVATTING

Die resultate bevestig statisties betekenisvolle verbetering in die verskillende komponente van die **aktiwiteitsprogram** asook die **uitkomsgebaseerde program**.

Alhoewel een program nie in geheel beter resultate as die ander gelewer het nie, is tendense in spesifieke komponente in beide programme gevind.

Uit die resultate blyk dit dat funksionele aspekte meer effektief deur die **uitkomsgebaseerde program** aangespreek is, byvoorbeeld **hantering van stres en bestuur van eie gesondheid**. Die resultate toon belangrike tendense in die onderskeie programme wat die doel van arbeidsterapie in psigiatrie bevestig, naamlik die behandeling van vermoëns en vaardighede ten einde die optimale funksionering van die GGSV in die gemeenskap te verseker.

Van belang is ook die resultate ten opsigte van die **aktiwiteitsprogram**, wat bevestig dat aktiwiteite 'n belangrike rol speel in die voortgesette arbeidsterapie behandeling van die GGSV.

Die studie se resultate bevestig ten laaste die implementering van 'n geïntegreerde program wat die GGSV in staat sal stel om optimaal in sy / haar rolle te funksioneer.

In hoofstuk 6 word die gevolgtrekkings, aanbevelings en waarde van die studie uiteengesit. Ten laaste word die leemtes wat die studie beklemtoon het, ook uitgelig.

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKING, AANBEVELINGS EN BEPERKINGE

6.1. INLEIDING

In hoofstuk 5 is die resultate van die studie bespreek en met relevante literatuur vergelyk. Kliniese verbetering is in verskillende komponente van die aktiwiteits- sowel as uitkomsgebaseerde program aangedui. Statisties beduidende verskille is ook in beide die programme aangetoon. Ten opsigte van die statistiese ooreenstemming in die programme, het drie komponente 'n kans op ooreenstemming getoon.

Die doel van die studie was om 'n aktiwiteits- en uitkomsgebaseerde program te vergelyk en te bepaal watter program meer effektief vir die optimale funksionering en herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap is.

In hierdie hoofstuk word die gevolgtrekking, aanbevelings, en die beperkinge, asook die waarde van die studie bespreek.

6.2. GEVOLGTREKING

Soos genoem is 'n aktiwiteitprogram en uitkomsgebaseerde program met mekaar vergelyk. Uit die resultate kan afgelei word dat beide programme kliniese verbetering in verskeie, maar verskillende komponente van die GGSV getoon het. Die statisties beduidende verskille toon verder dat beide programme tog effektief ten opsigte van die behandeling van GGSV's is, wat die optimale funksionering van die GGSV in eie lewensake en rolle ten doel het. Die mees bepalende kliniese verbetering in die aktiwiteitsprogram is hoofsaaklik ten

opsigte van die aktiwiteitsverrigting komponente (AVK's). Evaluering van die uitkomsgebaseerde program het kliniese verbetering in verskeie komponente uitgewys, maar hoofsaaklik ten opsigte van aktiwiteitsverrigting areas (AVA's). 'n Kombinasie van die twee programme behoort dus klinies effektief in die behandeling van GGSV's in die akute fase van siekte te wees.

Die volgende spesifieke gevolgtrekkings kan gemaak word:

- Deelname aan aktiwiteite en aktiwiteitsreekse deur die GGSV bied skynbaar geleentheid om lewensvaardighede terselfdertyd te gebruik en verder in te oefen wat dan kan lei tot betekenisvolle veranderinge ten opsigte van AVK's soos aandag, besluitname en oordeel.
- Dit blyk dat die temporale eienskappe van aktiwiteitsreekse, naamlik die roetine binne die voldagprogram, die duur van die groepsessies in die program en die herhalende element van vaardighede, die dag van die GGSV konstruktief struktureer. Dit kan gevolglik lei tot 'n verbetering in die vermoë van die GGSV om eie aktiwiteitsvlak en daaglikse roetine te kan hanteer.
- Die interaktiewe vaardighede van die arbeidsterapeut en die terapeutiese gebruik van die self skyn die arbeidsterapeut verder ook in staat te stel om goeie terapeutiese verhoudings in die groepe te vestig. Hierdie verbintenis fasiliteer interaksie tussen groepslede en verbeter informele verhoudings in 'n veilige milieu. Dit maak die gebruik van groepe 'n kragtige instrument in 'n psigiatriese hospitaal.
- Sosiale vaardigheidsgroepe blyk belangrik te wees om die optimale funksionering van die GGSV in eie sosiale konteks te verseker. Die moontlikheid van suksesvolle veralgemening van sosiale vaardighede na die huis, werk en gemeenskap, soos aangeleer in die arbeidsterapie

groepe, word verhoog as daardie vaardigheid eers in groepe vasgelê word.

- Die inhoud van 'n program as sulks kan nie verbetering in die GGSV tot gevolg hê nie, maar die toepassing van die arbeidsterapeut se unieke vaardighede om terapeutiese waarde toe te voeg is wel belangrik. Deur die regte aktiwiteite, op die vlak van die individu aan te bied, skep dit 'n uitdaging. Hierdie "net regte" uitdaging wat aan die GGSV gestel word, lei tot 'n geleentheid om te *doen*, wat die ervaring van *vloei* fasiliteer. *Vloei* is 'n staat van totale betrokkenheid in aktiwiteite wat kliniese verbetering tot gevolg het.
- Tydsbenutting / dagbeplanning blyk noodsaaklike komponente in die program te wees, vanweë die vermoë om produktiwiteit te verhoog. Produktiwiteit skep 'n ervaring van sukses vir die GGSV, wat die selfbeeld kan verbeter.
- Psigo-opvoedkundige groepe skyn verder ook belangrike elemente van 'n rehabilitasieprogram in 'n psigiatriese hospitaal te wees, aangesien dit insig in die GGSV verbeter. Groepe bevorder optimale funksionering van die GGSV in die gemeenskap en voorkom terugvalle met gevolglike heropnames.

Tydens 'n vergelyking van die programme kon waardevolle gevolgtrekkings gemaak word. Statisties beduidende verskille is byvoorbeeld in beide programme gevind.

- Dit blyk dat die aktiwiteitsprogram meer effektief in die behandeling van swak motivering was. Die aktiwiteite in die program het die geleentheid gebied om 'n ervaring van sukses en bekwaamheid te kon skep, terwyl die groepe 'n gevoel van verwantskap en veiligheid gebied het wat motivering verder kon verbeter.

- Die aktiwiteitsprogram skyn verder meer effektief te gewees het in die behandeling van AVK's, byvoorbeeld die spoed van take, kwaliteit van take, aandag, toepaslikheid van emosie, energievlakke, psigomotoriese funksie, gedagtevorm en uitstel van bevrediging. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die teoretiese raamwerk van aktiwiteitsreeks-wetenskap wat die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse benut om geleenthede vir *doen* en *wees* te skep, daartoe gelei het dat die GGSV meer vaardig in lewenstake en rolle geword het.
- Die aktiwiteitsreeks-gerigte fokus van die uitkomsgebaseerde program as alternatief, was weer meer effektief om funksionele probleme soos hantering van stres, behartiging van eie gesondheid, tydsbenutting, insig, sosiale tekens in verhoudings, selfvertroue, onderneming van komplekse taak en familie verhoudings in die GGSV te kon aanspreek. 'n Aktiwiteitsreeks-gerigte fokus impliseer dat die GGSV se interaksie met die omgewing en sy / haar unieke aktiwiteitsreekse die kern van behandeling vorm. Dit was deur vaardigheidsgroepe soos die hantering van stres asook insig groepe om diagnose te verstaan, gedoen en die gebruik daarvan kan moontlik opnames voorkom.

Ten opsigte van ooreenstemming tussen die twee programme, kan die volgende rapporteer word:

- Die soortgelyke struktuur ten opsigte van tydsduur, plek en roetine van groepe, het tot verbetering in die uitkoms oor bestuur van daaglikse roetine in beide programme gelei.
- Dit het geblyk dat die terapeutiese gebruik van die self, doeltreffend deur die arbeidsterapeute in beide programme aangewend was, wat dan bygedra het om goeie terapeutiese verhoudings tussen die betrokke persone te vestig.

- Die arbeidsterapeute se vaardigheid ten opsigte van groepsdinamika en die fasilitering van genesende faktore soos altruïsme en universaliteit, het bygedra om interaksie tussen GGSV's en ander persone te bevorder. Hierdeur was die gestelde behandelingsdoelwitte vir die GGSV's bereik.
- Kognitiewe rehabilitasie skyn belangrik in die behandeling van alle GGSV's te wees, omdat kognisie nodig is vir leer, oefening en toepassing van enige lewensvaardigheid. Beide programme het die gedragsterapeutiese verwysings-raamwerk gebruik, wat op versterking, herhaling en inoefening berus, om ontoereikende kognitiewe aspekte te behandel.

6.3. AANBEVELING

Op grond van die gevolgtrekkings word die volgende aanbevelings gemaak:

- Eerstens dat 'n saamgestelde program wat elemente van beide programme bevat, in die psigiatriese hospitaal geïmplementeer word. Die arbeidsterapie behandelingsprogram behoort uit 'n kombinasie van aktiwiteite en aktiwiteitsreekse te bestaan ten einde die GGSV toe te rus om na ontslag om optimaal in sy / haar rolle te funksioneer. Die vereistes vir die aktiwiteite sluit byvoorbeeld in psigomotoriese aktivering, organisasie en beplanning asook oordeel deur middel van sport, spele en kunsvlyt aktiwiteite. Die vereistes vir aktiwiteitsreekse sluit onder andere in die bou van interpersoonlike verhoudings by die huis / werk, asook die bestuur van eie gesondheid en sosiale vaardighede.
- Programme waarvan die doel die behandeling van aktiwiteitsverrigting komponente is, kan ook aktiwiteitsreekse as middel insluit, omdat vaardighede tydens aktiewe deelname aan aktiwiteite en aktiwiteitsreekse verbeter.

- Arbeidsterapeute moet die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse in die keuse van aktiwiteitsreekse in die program benut. Bevindinge in die literatuur en die resultate van die plaaslike studie bevestig beide dat die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse, in die aantrekkingskrag van aktiwiteitsreeks lê, wat plesier, produktiwiteit en herstel beklemtoon (Pierce, 2003:10).
- Arbeidsterapeute moet die vaardigheid ontwikkel om die “net regte” uitdaging aan GGSV’s te bied, omdat dit die ervaring van vloei veroorsaak, wat lei tot verbetering en optimale funksionering in lewenstake en rolle. Die aktiwiteitsreeks-wetenskap dissipline, asook modelle soos skeppende deelname en die PEOP kan arbeidsterapeute lei om hierdie vaardigheid te bemeester.
- Voorts behoort arbeidsterapeute in die psigiatriese opset spesialiste te wees in interaktiewe groepsvaardighede en die terapeutiese gebruik van die self, omdat hierdie terapeutiese verhouding die GGSV bemagtig om deel te neem aan eie lewenstake en rolle. Hierdie vermoëns word verbeter deur die geleentheid om dit in ’n beskermde omgewing in te oefen.
- Ten opsigte van ’n program is dit gerade dat behandeling in ’n voldag roetine gestruktureer word, wat weereens ’n balans van aktiwiteite sal insluit.
- Arbeidsterapeute moet die beginsels van die kliënt gesentreerde benadering van aanvaarding, kontekstuele kongruensie en outonomie in hul praktyke integreer, om daardeur die GGSV toe te rus om optimaal in sy / haar unieke gekose aktiwiteitsreekse te funksioneer (Cole, M., 2008:316).

- Die studie belig die belangrikheid dat arbeidsterapeute 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus in hul behandeling sal volg. Dit behels die begrip van die interaksie tussen die mens, sy omgewing en sy aktiwiteitsreeks. Aktiwiteitsreeks word gestruktureer om betekenisvolle deelname te fasiliteer en vaardighede te bemeester (Cole & Tufano, 2008:127-131).
- Die implementering van 'n afsonderlike gemeenskapsintegrasie program moet ernstig oorweeg word ten einde daardie AVA's te dek wat nie binne die konteks van 'n aktiwiteits- of uitkomsgebaseerde program aangespreek word nie.
- Ten slotte word aanbeveel dat die beginsels van die aktiwiteitsreeks-wetenskap arbeidsterapie praktyke moet rig. Die verhouding tussen die mens, sy aktiwiteitsreeks en gesondheid maak van aktiwiteitsreeks die natuurlike biologiese meganisme vir gesondheid (Wilcock, 1999:2). Die arbeidsterapeut se rol is om geleenthede te verskaf om te doen, te wees, en te word. Daardeur word die GGSV vaardig in sy sosiale rolle, en word in staat gestel om aktief aan sy eie aktiwiteitsreeks deel te neem.

Verdere navorsing word aanbeveel wat die volgende faktore kan ondersoek:

- Die studie het verbetering oor 'n periode van drie weke ondersoek. Verdere navorsing word waarskynlik aangedui om die potensiële totale verbetering in die GGSV oor 'n langer periode te ondersoek.
- Die studie is in 'n akute hospitaal opset uitgevoer en verdere navorsing word aangedui om die vlak van integrasie deur die GGSV in die gemeenskap te ondersoek.

- Pierce (2003) beskryf die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse en die navorser is van mening dat die beginsel daarvan in die psigiatriese opset getoets kan word, en spesifiek in GGSV's met psigose.
- Die aktiwiteitsreeks-wetenskap is steeds nuut en die navorsing daarvoor is beperk. Kwantitatiewe en kwalitatiewe studies word benodig om die meganismes van aktiwiteitsreekse beter te verstaan. Die betekenis van aktiwiteitsreekse in spesifieke populasies kan ondersoek word, byvoorbeeld in GGSV met depressie.

6.4. BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

'n Beduidende beperking van hierdie navorsing sluit in dat eksperimentele studie nie uitgevoer kon word nie. Die navorser is van mening dat 'n ware eksperimentele studie, met 'n kontrole groep, beduidende waarde tot die uitkomst van die studie sou kon voeg.

Alhoewel die retrospektiewe studie baie waardevol blyk te wees, sou meer assesseringsdokumente in 'n studie met 'n groter populasie potensieel beter gepas kon word en die data daarvan moontlik meer statisties beduidende verskille getoon het. 'n Groter studiepopulasie sou verder kanse op ooreenkomste beter kon uitwys.

Die navorser is van mening dat 'n finale assessering van al die GGSV's in die studie waardevolle betekenis tot die resultate sou kon gelewer het. As gevolg van die voortydige ontslag van verskeie van die betrokke geestesgesondheidsorgverbruikers, het 'n finale assessering in verskeie van die ingeslote lêers in die studie ontbreek en is die lêers nie ingesluit in die studie nie.

Weens die skaarste aan Afrikaanse vak terminologie ten opsigte van die arbeidsterapie professie kon wesentlike konsepte van die studie nie bevredigend weergegee word nie.

Die min lêers wat beskikbaar was in die aktiwiteitsprogram as gevolg van die landwye staking van gesondheidsdienswerkers gedurende Augustus / September 2010, het ook die studie beperk. Daar is gevolglik begin met slegs 'n beperkte aantal lêers waarvoor passing in die uitkomsgebaseerde program gevind moes word.

Dieselfde arbeidsterapeute was nie in beide programme betrokke nie. Die leemte is egter vooraf geïdentifiseer en metingsfoute kon geminimaliseer word deur die standaard behandelingsprotokolle wat by die spesialis psigiatrie hospitaal ingestel is. Die assesseringsdokumente het egter wel bewys dat die voor-en natoets van elke geestesgesondheidsverbruiker deur die dieselfde terapeut gedoen is.

Vanweë die retrospektiewe aard van die studie is die IKF gebruik, wat ook die instrument was wat in die assesseringsdokumente gebruik is. Die IKF is ontwerp om 'n raamwerk vir die meting van uitkomst in gesondheidsorg te verskaf, maar word terselfdertyd vir doel daarvan gekritiseer, naamlik dat dit gebruik word om mense te klassifiseer (Hammell, 2004:408-410). Imms (2006:65) het egter bevind dat die meerderheid konsepte in die IKF wel positief met bestaande arbeidsterapie modelle verbind kan word.

In die spesialis psigiatrie hospitaal speel die multidissiplinêre span 'n belangrike rol in die behandeling, sorg en rehabilitasie van elke GGSV. Om etiese redes kon geen vorm van behandeling van die GGSV ontnem word nie. Gevolglik kan die uitwerking van enige ander vorm van behandeling, medikasie ingesluit, op die deelnemende GGSV's nie uitgeskakel word nie.

Ten spyte van die beperkinge in die studie, is waardevolle kliniese bewyse van die effektiwiteit van die arbeidsterapie programme waargeneem.

6.5. WAARDE VAN STUDIE

Die waarde van die studie lê daarin dat:

- Kliniese bewyse van die effektiwiteit van die twee verskillende behandelingsprogramme wat huidiglik vir die behandeling van geestesgesondheidsorgverbruikers aangewend word, gevind is.
- Wetenskaplike bewyse retrospektiewelik gelewer is van die effektiwiteit van arbeidsterapie in die optimale funksionering van die GGSV in sy/haar lewenstake en rolle.
- Die effektiwiteit van 'n aktiwiteit- en 'n uitkomsgebaseerde program in die behandeling van GGSVs in 'n spesialis psigiatrie hospitaal is tydens die studie vergelyk. Die vergelyking stel die navorser in staat om aanbeveling oor die beste en mees effektiewe praktykmetodes vir die behandeling van toekomstige GGSV's te maak.
- Aktiwiteitsreekse word bevestig as die kern van arbeidsterapie. Bewys is gelewer dat aktiewe deelname aan aktiwiteitsreekse gesondheid en welstand in die GGSV bevorder.

6.6. SLOT

Die navorsingstudie het ten doel gehad om die aktiwiteitsprogram en uitkomsgebaseerde program in die kliniese psigiatryse opset te vergelyk, met die doel om te bepaal watter program meer effektief vir die optimale funksionering en herintegrasie van die GGSV in die gemeenskap sou wees. Die

doel van die navorsing is bereik deurdat resultate aangetoon het dat beide programme effektief was. Waardevolle resultate is deur die studie verkry.

Deur die vergelyking van die twee programme het die resultate bevestig dat arbeidsterapie effektief in die behandeling van die GGSV is. Beide programme het kliniese verbetering in verskeie, hoewel verskillende komponente getoon, wat 'n aanduiding van die effektiwiteit van beide daarvan is. Hierdie verbetering is deur die statisties beduidende verskil en tendense van veranderinge in beide programme onderskryf.

Een van die waardevolle afleidings uit die studie is dat aktiwiteite en aktiwiteitsreekse steeds 'n belangrike rol in arbeidsterapie behandeling in 'n psigiatrie hospitaal speel. Die studie het verder die terapeutiese krag van aktiwiteitsreekse, naamlik plesier, produktiwiteit en herstel, bevestig.

Kliniese bewyse is ook gelewer vir die skep van 'n program wat aktiwiteitsreeks as middel en as einddoel in behandeling gebruik. Die resultate van die studie gee verder ook waardevolle kliniese bewys dat 'n aktiwiteitsreeks-gerigte fokus in arbeidsterapie deelname in lewensstake en rolle bevoordeel. Die studie het dan ook ten laaste bewys dat lewensvaardighede, waar die GGSV se unieke aktiwiteitsreekse die fokus van behandeling is, deel van die inhoud van 'n uitkomsgebaseerde program moet uitmaak.

Die studie bevestig verder die belang van die terapeutiese gebruik van die self om terapeutiese verhoudings te vorm, ten einde aanvaarbare sosiale gedrag te vorm. Hierdie is 'n aspek wat 'n belangrike rol in die optimale funksionering van die GGSV in die gemeenskap speel.

Op professionele vlak het die studie waarde tot die arbeidsterapie beroep gevoeg en moontlik ook 'n bydra tot die begrip oor aktiwiteitsreeks en die aktiwiteitsreeks-gerigte aard van mense gelewer, wat 'n bloudruk van hul lewe word.

Op persoonlike vlak het die studie aanleiding tot nuwe vlak van vakkundige entoesiasme en 'n hernude waardering vir die onontbeerlike waarde van aktiwiteitsreeks en die toepassing daarvan in psigiatrie gegee.

Dit is heerlik om mens te wees en te leef! Net eenvoudig mens te wees, na die lug te kyk, na die son, na die blomme, en in die nag na die sterre. Om na kinders te kyk, om te lag, te speel, te werk, lief te hê, te droom, te fantaseer, om tevrede te wees: 'n Daaglikse fees!

LYS VAN VERWYSINGS

ABREU, B.C. & TOGLIA, J.P. 1987. Cognitive rehabilitation: a Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(7):439-448.

AOTA (American Occupational Therapy Association). 2008. Occupational Therapy Practice Framework: domain and process. 2nd ed. *American Journal of Occupational Therapy*, 62:625-683.

BAUM, C.M. & BAPTISTE, S. 2002. Reframing Occupational Therapy practice. (*In* Law, M., Baum, C.M. & Baptiste, S., eds. Occupation-based practice – fostering performance and participation. Thorofare : Slack Incorporated. p. 3-16.)

BROWN, C. 2011a. Schizophrenia. (*In* Brown, C. & Stoffel, V.C., eds. Occupational Therapy in Mental Health. Philadelphia : F.A. Davis Company. p. 179-191.)

BROWN, C. 2011b. Motivation. (*In* Brown, C. & Stoffel, V.C., eds. Occupational Therapy in Mental Health. Philadelphia : F.A. Davis Company. p. 330-344.)

BROWN, C. 2011c. Activities of daily living and instrumental activities of daily living. (*In* Brown, C. & Stoffel, V.C., eds. Occupational Therapy in Mental Health. Philadelphia : F.A. Davis Company. p. 659-675.)

COLE, M.B. 2005. Group dynamics in Occupational Therapy. Thorofare : Slack Incorporated.

COLE, F. 2008. Mental health and physical activity: enabling participation. (*In* Creek, J. & Lougher, L., eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Churchill Livingstone. p. 277-302.)

COLE, M.B. 2008. Client-centered groups. (*In* Creek, J. & Lougher, L., eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Churchill Livingston. p. 315-332.)

COLE, M. & TUFANO, R. 2008. Applied theories in Occupational Therapy: a practical approach. Thorofare : Slack Incorporated.

CREEK, J. 1990. Occupational Therapy and Mental Health: principles, skills and practice. New York : Churchill Livingston.

CREEK, J. 2008a. The knowledge base of Occupational Therapy. (*In* Creek, J. & Lougher, L., eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Elsevier. p. 31-56.)

CREEK, J. 2008b. Approaches to practice. (*In* Creek, J. & Lougher, L. eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Elsevier. p. 59-79.)

CREEK, J. 2010. The core concepts of Occupational Therapy: a dynamic framework for practice. London : Jessica Kingsley Publishers.

CREEK, J. & BULLOCK, A. 2008. Assessment and outcome measurement. (*In* Creek, J. & Lougher, L., eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Elsevier. p. 81-108.)

CROUCH, R. 2005. Activation and psycho-education: major principles in the Occupational Therapist's approach to schizophrenia. (*In* Crouch, R. & Alers, V., eds. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 4th ed. London : Whurr Publishers Ltd. p. 507-518.)

DAREMA, A. & HAGLUND, L. 2008. Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15:131-142.

DE WITT, P.A. 2005. Creative ability – a model for psychosocial Occupational Therapy. (*In Crouch, R.B. & Alers, V.M., eds. Occupational Therapy in psychiatry and Mental health. 4th ed. London : Whurr Publishers Ltd. p. 3-61.*)

DUNCAN, E.A.S. 2006. Theoretical foundations for Occupational Therapy: internal influences. (*In Duncan, E.A.S., ed. Foundations for practice in Occupational Therapy. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Churchill Livingston. p. 43-58.*)

DUNCAN, M. 2004. Promoting Mental Health through occupation. (*In Watson, R. & Swartz, L., eds. Transformation through Occupation. London : Whurr Publishers Ltd. p. 198-218.*)

DUNCAN, M. 2005. Three approaches and processes in Occupational Therapy with mood disorders. (*In Crouch, R. & Alers, V. eds. Occupational Therapy in psychiatry and Mental Health. 4th ed. London : Whurr Publishers Ltd. p. 459-479.*)

EPPRECHT, M. 1982. Occupational Therapy as an integrated part of milieu therapy in psychiatry. (*In Occupational Therapy and rehabilitation: papers read at the 8th International Congress World Federation of Occupational Therapists held in Hamburg from 13 – 18 June 1982. Hamburg.*)

FIDLER, G.S. 1981. The Task-Orientated Group as a context for treatment. (*In Briggs, A.K. & Agrin, A.R., eds. Crossroads: A reader for Psychosocial Occupational Therapy. The American Therapy Association, Inc. p. 148-153.*)

FIDLER, G.S. & FIDLER, J.W. 1978. Doing and becoming: purposeful action and self-actualization. *American Journal of Occupational Therapy*, 32(5):305-310, Mei/Junie.

FORAN, A.C. 2011. Learning from experience: shared constructs in virtual reality and Occupational Therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(7):362-369, Julie.

FORSYTH, K. & KIELHOFNER, G. 2006. The Model of Human Occupation: integrating theory into practice and practice into theory. (In Duncan, E.A.S., ed. *Foundations for practice in Occupational Therapy*. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Churchill Livingston. p. 69-108.)

GEWURTZ, R & KIRSH, B. 2007. How consumers of Mental Health services come to understand their potential for work: doing and becoming revisited. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(3):195-207, June.

GILFOYLE, E.M. 1984. 1984 Eleanor Clarke Slagle Lecture: Transformation of a profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 38(9):356-369, September.

GOLEMAN, D. 1998. Working with emotional intelligence. New York : Bantam Books.

GRAY, J.M. 1998. Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5):354-364, May.

GRIFFITH, S. 2008. The experience of creative activity as a treatment medium. *Journal of Mental Health*, 17(1):49-63, February.

GRIFFITH, S. & CORR, S. 2007. The use of Creative Activities with people with Mental Health problems: a survey of Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(3):107-113, March.

HAGEDORN, R. 1995. Occupational Therapy – perspectives and processes. New York : Churchill Livingstone.

HAGEDORN, R. 2000. Tools for practice in Occupational Therapy. Philadelphia : Churchill Livingstone.

HAMMELL, K.W. 2004. Deviating from the norm: a sceptical interrogation of the classificatory practices of the I.C.F. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(9):408-411, September.

HARRIS, E. 2008. The meaning of craft to an Occupational Therapist. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55:133-142.

HAWKES, R., JOHNSTONE, V. & YARWOOD, L. 2008. Acute psychiatry. (In Creek, J & Lougher, L., eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Churchill Livingston. p. 393-408.)

HERMAN, A.A., STEIN, D.J., SEEDAT, S., HEERINGA, S.G., MOOMAL, H. & WILLIAMS, D.R. 2009. The South African Stress and Health (SAHS) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *South African Medical Journal*, 99:339-344.

HILSE, C., GRIFFITH, S. & CORR, S. 2007. The impact of participating in a poetry workshop. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10):431-438, Sept. 17

HIRONS, A., ROSE, R. & BURKE, K. 2010. The journey day service: an occupational group work programme for people with personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 15(4):51-57, Desember.

HOCKING, C. 2005. The 2004 Frances Rutherford Lecture: evidence from the past. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 52(1):4-16.

HOCKING, C. 2009. The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, 16(3):140-150, Oktober.

HUGHES, S. 2008. Approaches to severe and enduring mental illness. (In Creek, J & Lougher, L., eds. *Occupational therapy and Mental Health*. 4th ed. Philadelphia : Churchill Livingstone. p. 409-424.)

IMMS, C. 2006. The International Classification of Functioning, Disability and Health: They're talking our language. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53:65-66.

JARVIS, M & MIDDLETON, L. 2004. Nursing the patient with a mood disorder. (In Uys, L. & Middleton, L., eds. *Mental health nursing: a South African perspective*. 4th ed. Kaapstad : Juta & Co. Ltd. p. 318-364.)

JETTE, A.M. 2006. Toward a common language for function, disability and health. *Physical Therapy*, 86(5):726-734, Mei.

JETTE, A.M. & HALEY, S.M. 2005. Contemporary measurement techniques for rehabilitation outcomes assessment. *Journal Rehabilitation Medicine*, 37:339-345.

JOUBERT, G., EHRLICH, R., KATZENELLENBOGEN, J., & KARIM, S.A. 2007. *Epidemiology: A research manual for South Africa*. Cape Town : Oxford University Press.

KRUPA, T., FOSSEY, E., ANTHONY, W.A., BROWN, C. & PITTS, D.B. 2009. Doing daily life: how Occupational Therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2):155-166.

LANDIS, J.R. & KOCH, G.G. 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-74.

LAW, M. 2002. Participation in the Occupations of everyday life. *American journal of Occupational Therapy*, 56(6):640-649, November/Desember.

LEEDY, P.D. & ORMROD, J.E. 2010. Practical research: planning and design. 9th ed. New Jersey : Pearson Merrill Prentice Hall.

LIEB, K., ZANARINI, M.C., SCHMAHL, C., LINEHAN, M.M. & BOHUS, M. 2004. Borderline personality disorder. *Lancet*, 364:453-461.

LOW, J.F. 2002. Historic and social foundations for practice. (*In Trombly, A.C. & Radomski, M.V., eds. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. p. 17-30.*)

MARTIN, M. & WHEATLY, S. 2008. The developing student practitioner. (*In Creek, J & Lougher, L., eds. Occupational Therapy and Mental Health. 4th ed. Philadelphia : Churchill Livingston. p. 237-250.*)

MEYER, A. 1977. The philosophy of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 31(10):639-642, November/December. (Original work published in 1922.)

MOSEY, A.C. 1981. Occupational Therapy: configuration of a profession. New York : Raven press.

MOSEY, A.C. 1986. Psychosocial components of Occupational Therapy. New York : Raven press.

MUBBASHAR, M.H. 1996. Epidemiology of mental disorder in developing countries. (*In Tantam, D., Appleby, L. & Duncan, A., eds. Psychiatry for the developing world. London : Gaskell. p. 3-10.*)

NOTT, A. 2005. Understanding and treating people with personality disorders in Occupational Therapy. (In Crouch, R. & Alers, V., eds. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 4th ed. London : Whurr Publishers Ltd. p. 480-506.)

ODENDAL, F.F. & GOUWS, R.H., eds. 2005. Handwoordeboek van die Afrikaanse taal (HAT). Pinelands : Pearson Education South Africa.

OTASA (Occupational Therapy Association of South Africa). 2000. [Web:] <http://www.otasa.org.za/about/index.html> [Date accessed: 16 July 2010.]

PALEY, J., EVA, G. & DUNCAN, E.A.S. 2006. In order to analysis: an alternative to classifying different levels of occupational activity. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(4):161-168, April.

PATERSON, C.F. 2002. Life and social skills training. (In Creek, J., ed. Occupational Therapy and Mental Health. 3rd ed. Philadelphia : Churchill Livingstone. p. 275-294.)

PIERCE, D. 2001. Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2):138-146, March/April.

PIERCE, D. 2003. Occupation by design: building therapeutic power. Philadelphia : F.A. Davis Company.

PONTEROTTO, J.G. 2005. Qualitative research in Counseling Psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, (52)2:126-136.

PROBST, M., KNAPEN, J., POOT, G. & VANCAMPFORT, D. 2010. Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2:105-113.

PUNWAR, A.J. & PELOQUIN, S.M. 2000. Occupational Therapy: principles and practice. 3rd ed. Philadelphia : Lippencott Williams & Wilkins.

RADOMSKI, M.V. 2008. Assessing abilities and capacities: cognition. (*In* Radomski, M.V. & Trombly Latham, C.A. eds. Occupational Therapy for physical dysfunction. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. p. 260-283.)

REED, K.L. & SANDERSON, S.N. 1999. Concepts of Occupational Therapy. 4th ed. Philadelphia : Lippencott Williams & Wilkins.

RICHARDSON, C.R., FAULKNER, G., MCDEVITT, J., SKRINAR, G.S., HUTCHINSON, D.S. & PIETTE, J.D. 2005. Integrating Physical activity into Mental Health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 56:324-331.

RUDMAN, D.L. & DENNHARDT, S. 2008. Shaping knowledge regarding Occupation: examining the cultural underpinnings of the evolving concept of occupational identity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55:153-162.

SA (SOUTH AFRICA). 2002. Mental Health Care Act, 2002 (Act no 17 of 2002). (Proclamation no. 24024, 2002). Government Gazette, 449:16, Des. 15. (Regulation paper no. 24024.)

SADOCK, B.J. & SADOCK, V.A. 2007. Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

SALOVEY, P. & GREWAL, D. 2005. The science of Emotional Intelligence. *American Psychological Society*, 14(6):281-285.

SCAFFA, M.E., PIZZI, M.A. & CHROMIAK, S.B. 2010. Promoting Mental Health and emotional wellbeing. (*In* Scaffa, M.E. Reitz, S.M. & Pizzi, M.A., eds. Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness. Philadelphia : F. A. Davis Company. p. 329-349.)

SODERBACK, I. 2009. Occupational Therapy: emphasis on clinical practice. (*In Soderback, I., ed. International Handbook of Occupational Therapy Interventions. New York : Springer. p. 13-38.*)

SPANGLER, N.W. 2011. Mood disorders. (*In Brown, C. & Stoffel, V.C., eds. Occupational Therapy in Mental Health. Philadelphia : F.A. Davis Company. p. 155-166.*)

STAMM, T.A., CIEZA, A., MACHOLD, K., SMOLEN, J.S. & STUCKI, G. 2006. Exploration of the link between conceptual Occupational Therapy Models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53:9-17.

STEIN, F. & CUTLER, S.K. 2002. Psychosocial Occupational Therapy: a holistic approach. 2nd ed. Albany : Dalmar Thomson learning.

STOFFEL, V.C. & TOMLINSON, J. 2011. Communication and Social skills. (*In Brown, C. & Stoffel, V.C., eds. Occupational Therapy in Mental Health. Philadelphia : F.A. Davis Company. p. 298-312.*)

TAYLOR, M.C. 2000. Evidence-based practice for Occupational Therapist. Oxford : Blackwell publishing.

TROMBLY, C.A. 1995. Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10):960-972, November/December.

TROMBLY, C.A. 2002a. Conceptual foundations for practice. (*In Trombly, A.C. & Radomski, M.V., eds. Occupational Therapy for physical dysfunction. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. p. 1-16.*)

TROMBLY, C.A. 2002b. Occupation. (*In Trombly, A.C. & Radomski, M.V., eds. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. p. 255-282.*)

UYS, L.R. 2010. Nursing the patient with schizophrenia. (*In Uys, L. & Middleton, L., eds. Mental health nursing: a South African perspective. 4th ed. Kaapstad : Juta & Co. Ltd. p. 412-438.*)

VAN DER REYDEN, D. 1997. Planning an Occupational Therapy programme for large numbers of institutionalized patients. (*In Crouch, R.B. & Alers, V.M., eds. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 3rd ed. Pinelands : Maskew Miller Longman. p. 97-124.*)

WATSON, R. 2004. New horizons in Occupational Therapy. (*In Watson, R. & Swartz, L., eds. Transformation through Occupation. London : Whurr Publishers Ltd. p. 3-18.*)

WHO (World Health Organization). 2001. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva : World health organization.

WILCOCK, A.A. 1999. Reflections on doing, being, becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46:1-11.

WILCOCK, A. 2006. An Occupational Perspective of Health. 2nd ed. Thorofare : Slack Incorporated.

BYLAAG A: AKTIWITEITSPROGRAM

AKTIWITEITSPROGRAM

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrydag
9h00 – 10h00	Krieket (Psigomotoriese aktivering)	Boulé	Amazing labyrinth	Jablo stempelwerk	papierkruwerk boekmerk
10h30 – 11h30	Sudoku	Materiaal verf selfoonsakkie	Maak geskenk boksie	Kantknoopwerk sleutelring	Mini golf
13h15 – 14h15	Papier krale	Junglespeed		Dagbeplanning	

BYLAAG B: UITKOMSGEBASEERDE PROGRAM

UITKOMSGEBASEERDE PROGRAM

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrydag
9h00 – 10h00	Tafeltennis	Vlugbal	Smart Ass	Koerantpapier hokkie	Ekstreem frisbee
10h30 – 11h30	Linker brein aktiwiteite	Selfhandhawing	Projek: nuusblad beplanning	Maaltydbeplanning	Werksvaardighede
13h15 – 14h15	Origami boksie	Papierkrulwerk kaartjie		Kook en bak	

BYLAAG C:
DEMOGRAFIESE INLIGTING;
INTERNASIONALE KLASSIFIKASIE VAN FUNKSIE,
ONGESKIKTHEID EN GESONDHEID (IKF)

Data form: Demographics

For Office Use

1. Is participant in control (activity- based) group or treatment (outcomes-based) group program?

Activity-based (1)	Outcomes-based (2)
--------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-3
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---

2. Indicate diagnosis in one of the following category disorders.

1	Mood disorder
2	Anxiety disorder
3	Schizophrenia
4	Other psychotic disorder

<input type="checkbox"/>	5
--------------------------	---

3. What is the gender of the participant?

Male(1)	Female(2)
---------	-----------

<input type="checkbox"/>	6
--------------------------	---

4. Age of the participant?

.....year

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-8
--------------------------	--------------------------	-----

5. What is the highest qualification of the participant?

1	Primary school
2	Secondary school
3	Tertiary - certificate
4	Tertiary - diploma
5	Tertiary - degree

<input type="checkbox"/>	9
--------------------------	---

6. What is the home language of the patient?

1	Afrikaans
2	English
3	Ndebele
4	Northern Sotho
5	Sotho
6	Swazi
7	Venda
8	Tswana
9	Xhosa
10	Zulu
11	Tsonga

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-11
--------------------------	--------------------------	-------

8. Maximum amount of groups attended?

<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-13
--------------------------	--------------------------	-------

Data form – ICF

Write the domain value score (1, 2, 3, 4 or 5) of the pre-test in column 1 and the post-test in column 2.

Problem list	Pre-test	Post-test	For office use:		
Mental Functions					1-2
Orientation					3-4
Intellectual functioning					5-6
Temperament and personality functions					7-8
Extraversion (outgoing/sociable destructive)					9-10
Agreeableness (Cooperative accommodating)					11-12
Conscientiousness					13-14
Psychic stability					15-16
Openness to experiences					17-18
Optimism					19-20
Confidence					21-22
Trustworthiness					23-24
Energy level					25-26
Motivation					27-28
Appetite					29-30
Craving					31-32
Impulse control					33-34
Sleep functions					35-36
Attention functions					37-38
Memory functions					39-40
Retrieval of memory					41-42
Auditory perception					43-44
Visual perception					45-46
Visio-spatial perception					47-48
Thought functions					49-50
Pace of thought					51-52
Form of thought					53-54
Content of thought					55-56
Control of thought					57-58
Abstraction					59-60
Organization and planning					61-62
Time management					63-64
Cognitive flexibility					65-66
Insight					67-68
Judgement					69-70
Problem-solving					71-72
Simple calculation					73-74
Complex calculation					

Affective Functioning					
Appropriateness of emotion					75-76
Regulation of emotion					77-78
Range of emotion					79-80
Conation					
Psychological endurance					1-2
Locus of control					3-4
Sense of responsibility					5-6
Ability to delay gratification					7-8
Quality of task executed					9-10
Speed of executing tasks					11-12
Psychomotor Functioning					
Psychomotor functions					13-14
LEARNING AND APPLYING KNOWLEDGE					
Acquiring complex skills					15-16
Making decisions					17-18
GENERAL- TASKS AND DEMANDS					
Undertaking a single task					19-20
Undertaking a Complex task					21-22
Undertaking a single task independently					23-24
Undertaking a single task in group					25-26
Undertaking multiple tasks					27-28
Carrying multiple tasks					29-30
Completing multiple tasks					31-32
					33-34
Undertaking multiple tasks independently					
Undertaking multiple tasks in a group					35-36
Carrying out daily routine					37-38
Managing daily routine					39-40
Completing daily routine					41-42
Managing own activity level					43-44
Handling responsibilities					45-46
Handling stress					47-48
Handling crisis					49-50
Conversation					51-52
Starting a conversation					53-54
Sustaining a conversation					55-56
Ending a conversation					57-58
Using transportation					59-60
Driving					61-62
Dressing					63-64
Choosing Appropriate clothing					65-66
Looking after one's health					67-68
Acquiring a place to live					69-70
Acquisition of goods and services					71-72
Preparing meals					73-74
Doing housework					75-76

INTERPERSONAL INTERACTIONS AND RELATIONSHIPS

- Respect and warmth in relationships
- Appreciation in relationships
- Tolerance in relationships
- Criticism
- Social cues in relationships
- Relating with persons in authority
- Informal social relationships
- Family relationships
- Parent-child relationships
- Intimate relationships

				77-78
				79-80
				1-2
				3-4
				5-6
				7-8
				9-10
				11-12
				13-14
				15-16

BYLAAG D:
GOEDKEURING: HOOF UITVOERENDE BEAMPTE

Occupational Therapy Department

Private Bag X 113

Pretoria

0001

15 February 2011

Mrs. Mabena

Chief Executive Officer

LETTER OF INTENT: RESEARCH

I request permission for the execution of a research study at [REDACTED] subjected to the approval from the Ethical Committee of the Faculty of Health Science of the University of the Free State. The research study is a requirement of my Master degree in Occupational Therapy.

The researcher, with this study, aims to compare an activity-based program with an outcome-based rehabilitation program in Occupational Therapy.

The research study is a retrospective study. The researcher therefore request permission to have access to information in Occupational Therapists' clinical records as well as the clinical file in the ward for the purpose of the study.

The researcher will uphold strict ethical standards. All information obtained from the files will be kept safe and confidential. Anonymity of study participants will be maintained when study results are published in an accredited journal.

All financial costs are the responsibility of the researcher. No remuneration benefit will be granted to participating therapists.

The result of the research will be made available to the Occupational Therapy Department and the management of the hospital.

The research study will be submitted for publication in an accredited journal.

Sincerely



Ina Grobler

OCCUPATIONAL THERAPY DEPARTMENT

[REDACTED]

PRIVATE BAG X 113

PRETORIA

0001

012 – 319 9780

E-MAIL: Ina.Grobler@gauteng.gov.za

The study is approved by Mrs. Mabena - Chief Executive Officer of [REDACTED]



Mrs. M. Mabena

C.E.O.: [REDACTED]

BYLAAG E:
GOEDKEURING: ETIEK KOMITEE

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE
YUNIVESITHI YA FREISTATA



Direkteur: Fakulteitsadministrasie / Director: Faculty Administration
Fakulteit Gesondheidswetenskappe / Faculty of Health Sciences

Research Division
Internal Post Box G40
(051) 4052812
Fax (051) 4444359

E-mail address: StraussHS@ufs.ac.za

Ms H Strauss

2011-03-15

MS I GROBLER
33rd AVENUE 573
VILLIERIA
PRETORIA
0186

REC Reference number: REC-230408-011

Dear Ms Grobler

ECUFS NR 12/2011

**PROJECT TITLE: COMPARING AN ACTIVITY-BASED TO AN OUTCOME-BASED
OCCUPATIONAL THERAPY PROGRAM.**

- You are hereby kindly informed that the Ethics Committee approved the above study at the meeting held on 8 March 2011 after an approval letter from the CEO of [REDACTED] Hospital: Ms Mabena was submitted.
- Committee guidance documents: Declaration of Helsinki, ICH, GCP and MRC Guidelines on Bio Medical Research, Clinical Trial Guidelines 2000 Department of Health RSA; Ethics in Health Research: Principles Structure and Processes Department of Health RSA 2004; Guidelines for Good Practice in the Conduct of Clinical Trials with Human Participants in South Africa, Second Edition (2006); the Constitution of the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences and the Guidelines of the SA Medicines Control Council as well as Laws and Regulations with regard to the Control of Medicines.
- Any amendment, extension or other modifications to the protocol must be submitted to the Ethics Committee for approval.
- The Committee must be informed of any serious adverse event and/or termination of the study.
- A progress report should be submitted within one year of approval of long term studies and a final report at completion of both short term and long term studies.
- Kindly refer to the ECUFS reference number in correspondence to the Ethics Committee secretariat.

Yours faithfully




CHAIR: ETHICS COMMITTEE

Cc: Dr SM van Heerden, Dept of Occupational Therapy, UFS

339, Bloemfontein 9300, RSA (051) 405 2812 StraussHS@ufs.ac.za
Republiek van Suid-Afrika / Republic of South Africa