

B9

Biblioteek  
U.O.V.S.

Library  
U.O.F.S.

**BLOEMFONTEIN**

Besorg terug op:

Return on:

-8. -5- 1983

25 MAR 1985

13 MAY 1985

1985 -10- 03

U.O.V.S. - BIBLIOTEEK



\*000283213501010000012\*



Universiteit van die Oranje-Vrystaat  
BLOEMFONTEIN

24-09-1980

KLAS No.

*VT 362.24 Fog*

No.

**283213**

BIBLIOTEEK

Baie dankie aan :-

My studieleier : Mnr. V. Steyn. M.Sc. Kliniese Siel=  
kunde (U.V.) deur wie se leiding, geduld en ondersteuning  
ek geweldig baie geleer het.

Professor I. Loots. M. Cur. Verpleegkunde-Administrasie  
(U.P.)

Dr. W.H. Wessels en Dr. P. Gouse vir die toekenning van  
die rangordes op die "Brief Psychiatric Rating Scale"  
van Gorham en Overall (1960).

Die pasiënte en gesinslede wat aan die studie deelge=  
neem het.

Die Bloemfonteinse Geestesgesondheidsvereniging en die  
personeel vir hulle hulp.

Past. F.P. Poggenpoel vir taalversorging.

Mev. H.D. Krüger vir die tikwerk.

Vernon en Hetta vir hulle ondersteuning.

Opgedra aan

Alfa en Omega

en

my Ouers.

## INHOUDSOPGAWE

Hoofstuk	Bladsy
I INLEIDING	1
II AGTERGROND	4
Die belang en invloed van die gesin op gesinslede	4
Samevatting	13
III PROBLEEMSTELLING	14
Navorsing	14
Algemene Studies	14
Spesifieke Studie	16
Samevatting	18
IV METODE	20
Algemene probleme	20
Proefpersone	20
Eksperimentele ontwerp	21
Meetinstrument	21
Prosedure	23
Analise van Data	26
V RESULTATE	27
Uiteensetting van die Resultate	27
Nul hipotese 1	27
Nul hipotese 2	29
Nul hipotese 3	29
Nul hipotese 4	29
Samevatting	31
VI BESPREKING	32
Resultate	33
VII SAMEVATTING	37
BIBLIOGRAFIE	40
ADDENDUM I	47

## LYS VAN TABELLE

Tabel		Bladsy
1.	Eksperimentele ontwerp	22
2.	<u>U</u> waardes vir die vergelyking van die eksperimentele groep met die kontrole groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure.	28
3.	<u>U</u> waardes vir die vergelyking van die eksperimentele groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure en die kontrole groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure.	30

## HOOFSTUK I

### INLEIDING

Met die ingebruikneming van die Phenothiazines in die vyftiger jare van die huidige eeu het daar 'n verandering ingetree in psigiatriese behandelingsmetodes. Hierdie middels het geestesongesteldes in staat gestel om in die gemeenskap te bly funksioneer en nie altyd opname in 'n psigiatriese hospitaal genoodsaak nie.

Saam daarmee het pionierwerk van persone soos Maxwell Jones (1953), bygedra tot 'n nuwe benadering tot pasiëntversorging. Hy het die werkbaarheid van oop sale en vry kommunikasie tussen die psigiatriese hospitaal en die gemeenskap gedemonstreer en het die konsep van terapeutiese milieu ontwikkel.

Gous (1962) toon aan dat sosiale en gemeenskapspsigiatrie die feit benadruk dat psigiatriese ongesteldheid gesien moet word teen die agtergrond van die sosiale omgewing waarin hulle voorkom, en dat hulle geïdentifiseer en beheer moet word in hulle sosiale opset in plaas van om slegs benadruk te word in terme van die patologie en behandeling van die individu.

Die neiging om pasiënte in die gemeenskap te behandel, word gereflekteer in die daling van die aantal opnames in



psigiatriese hospitale dwars oor die wêreld (Brille en Patton 1959). Gous (1962) is ook van mening dat daar in Suid-Afrika 'n onvoorspelde daling van aantal pasiënte in psigiatriese hospitale is. Met hierdie gemeenskap psigiatriese benadering word die gesin betrek in die behandeling en rehabilitasie van geestesongesteldes. Die gesin word volgens Freeman (1970) as 'n belangrike eenheid van diens beskou met spesifieke gesondheidstake in die bevordering van die gesin as 'n geheel.

Freeman (1970) is ook van mening dat deur spesiale inligting wat deur die gemeenskapverpleegster in die struktuur van gesinsfunksionering ingebou word, dit moontlik is om by te dra tot die algemene gesinsontwikkeling via die voorsiening van onmiddellike gesondheidsorg. Die gemeenskap psigiatriese verpleegster vervul volgens Gous (1962) 'n belangrike funksie deur die psigiatriese onderrig wat hulle gee aan geestesongesteldes en hulle gesinslede. Meereness (1970) dui duidelik die belang aan van onderrig, deur die psigiatriese verpleegster, aan die gesin om hulle voor te berei op hulle gesinslid se ontslag vanuit die psigiatriese hospitaal om hom te help met sy heraanpassing in die gemeenskap. Conant (1970 - 1971) onder meer sien die gesinsverpleegster as verantwoordelik vir gesondheids-onderrig aan pasiënte en gesinne, verwant aan die behoefte en belangstelling daarvoor.

Mutulo (1972) het 'n studie in Brooklyn, New York, Amerika, gedoen om die kennis en houdings van eggenote, wie se vrouens onlangs vir skisofrenie behandel is, vas te stel en om maniere te bespreek waarop gesondheidsonderrig aan eggenote gebruik kan word in die hospitaalopset om die probleem van terugval in geestesongesteldheid by hulle vrouens te help verminder. Hy het tot die slotsom gegaan dat daar 'n behoefte bestaan vir psigiatriese onderrig aan eggenote. Hy beveel verdere studie oor die belang van psigiatriese onderrig aan gesinslede in die hospitaal sowel as gemeenskapsopset aan.

Na noukeurige nagaan oor bestaande literatuur blyk dit of hierdie studie die eerste is wat gedoen word in Suid-Afrika in die psigiatriese verpleegkunde.

Dit is die doel van hierdie studie om die betekenisvolheid van die uitwerking van psigiatriese onderrig aan gesinslede van geestesongesteldes te ondersoek.

## HOOFSTUK II

### AGTERGROND

Die belang van inligtingverskaffing, in verband met geestesongesteldheid, aan die gesin word in hierdie hoofstuk aangetoon. Om dit te kan doen moet die gesin se belangrike rol in die ontwikkeling van die individu aangedui word. Verder sal daar ook op gewys word dat dit in die gesinsverband is waar die individu geestesongesteld word en dat daar deur middel van navorsings bevind is dat die gesin primêr verantwoordelik kan wees vir geestesongesteldheid by die pasiënt. Daar sal ook verder aangetoon word dat die gesin onkundig is oor geestesongesteldheid.

#### Die belang en invloed van die gesin op gesinslede.

Mac Iver en Page (1967) omskryf die gesin as -

"..... a group defined by sex relationship sufficiently precise and enduring to provide for the procreation and upbringing of children." (p.238)

Nie een van al die groepe, groot of klein, oortref die gesin in die intensiteit van sy sosiale betekenis nie. Dit beïnvloed die hele lewe van die gemeenskap op ontelbare wyses.

Hymovich (1973) gaan uit van die standpunt dat die funksionaliteit van die nukleêre gesin nog steeds ondersteun

word deur n groot aantal ondersoekers. Talcott Parsons (1951) beskou die gesin as die algehele geïntegreerde eenheid wat in stand gebly het deur sy superieure aanpasbaarheid. Sussman (1971) meen dat in die 1970's alle soorte gesinne, met variërende grade van bedrewenheid, fasiliterende, tussen-tredende en konfronterende stelsels het vir hulle lede wat verskillende strewes, vermoëns en potensiaal het. Gesinne beïnvloed en pas die gedrag van hulle lede en buitestaanders aan.

Freeman (1970) sien die gesin as n eenheid van diens in die gemeenskap gesondheidsverpleging en gebruik die volgende argumente om hierdie siening te staaf, naamlik : die gesin word beskou as n "natuurlike en fundamentele" eenheid van die samelewing; die gesin as n groep ontwikkel, verdra, of herstel gesondheidsprobleme binne sy lidmaatskap; die gesondheidsprobleme van die gesin is ineengevleg; die gesin is die mees algemene plek van gesondheidsbesluite en optrede in persoonlike versorging. Verder het die gesin volgens Freeman ook spesifieke gesondheidsstake, naamlik : herkenning van onderbrekings in gesondheidsontwikkeling; die maak van besluite oor die aanvraag van gesondheidsversorging; effektiewe hantering van gesondheids- en nie-gesondheidskrisisse; voorsiening van verpleegsorg aan siek, ongeskikte of afhanklike lede van die gesin; instandhouding van n huisomgewing wat bevorderlik is vir die gesondheidsinstandhouding en persoonlike

ontwikkeling; instandhouding van 'n wederkerige verhouding met die gemeenskap en sy gesondheidsinstellings.

Volgens Ackerman (1963) is die gesin die eenheid van die lewe, die eenheid van ondervinding. Die gesin is die strategiese sentrum vir begrip van emosionele versterkings en ook vir die tussentrede van daardie psigiese magte in menslike verhoudings wat te doen het met beide gesondheid en ongesteldheid. Met ander woorde die gesinsgroep kan geestesgesondheid bevorder of in die wiele ry. Dit het hierdie mag in soverre dit elke aspek van die menslike ontwikkeling en -verhoudings beïnvloed. Dit vorm die aanpassing van die persoonlikheid tot die meer belangrike rolle binne die gesin en buite die gesin. Hierdie effekte kan nagespoor word in 'n reeks interverwante prosesse; naamlik die psigiese interaksie van een persoon met sy gesinsgroep speel 'n sentrale rol in die kanalisering van die weg van uitdrukking van emosie, in die beheer van konflik en ang, in die subjektiewe persepsie van bedreigings, in die keuse van veg en vlug, en ander verdedigingsreaksies op ang. Die interaksionele ondervindings beïnvloed ook die patrone van realiteitstoetsing, die opleiding vir die aanvaarding van sosiale verantwoordelikheid. Dit struktureer sekere modelle vir suksesvolle of mislukte optrede in die lewe. In essensie, affekteer die dinamiek van die gesinsgroep die handhawing van individuele behoeftes, die soeke na sekuriteit, plesier en selfvervulling, en ook die patrone

van die behoort aan deur identifikasie.

In hierdie varieërende wyses is die gesin 'n magtige dryfkrag in die organisasie van gedrag. Dit het natuurlik 'n tweërlei invloed. Die gesinsgroep versterk in die individuele lede patrone van aanpassing wat die groep benodig vir sy voortbestaan en verdere ontwikkeling, en die individu, op sy beurt, hou die mag aktief om die veranderende wisseling van die gesinsproses te beïnvloed.

Bogenoemde skrywer gaan voort en wys daarop dat stabiliteit in die gesin baie belangrik is aangesien die homeostasie van die persoonlikheid en dinamiese ewililibrium van gesinsprosesse ten nouste daarby betrokke is. 'n Mislukking van die individu om te integreer in een of verskeie van sy meer belangrike gesinsrolle kan die voorloper van ineenstorting en geestesongesteldheid wees. Die gesinstruktuur in ons tyd is in 'n groot mate in 'n toestand van verandering. Dit het alreeds van 'n werksorganisasie primêr na 'n metgesel-groep verander. Burgess (1957) noem dit 'n "metgesel gesin" en Eric Fromm (1941) praat van die gesin as die "psigiese agent" in die samelewing. Baie tradisionele gesinsfunksies is weggeneem deur ewolusionêre verandering. Die huis as 'n plek van werk, opvoeding, godsdienstige aanbidding en versorging het verander. Hierdie funksies is in 'n groot mate oorgeneem deur die groter gemeenskap. Wat oorbly vir die gesin is meer betekenisvol

n sosiale en psigologiese funksie, maar n baie noodsaaklike een, die bewaring van die psigiese integriteit van die groeiende kind en die beskerming van die emosionele stabiliteit van die volwasse lid.

Grunebaum (1970) is van mening dat ;

"mental health and mental illness have their roots in the family, where for the most of their lives human beings live, either as children or as parents."

(p.57)

Bowen (1960) gaan uit van die beskouing dat die skisofreniese psigose van n pasiënt n simptoem is wat voortspuit uit n akute proses wat die hele gesin insluit. Hy beskou die gesinseenheid as n enkele organisme, en die pasiënte word gesien as n deel van die gesinsorgaanisme waardeur duidelike simptome van psigose uitgedruk word. Lidz et al (1957) het n studie gedoen waar hulle gevind het dat die studie van die gesinne van skisofrenie, baie lig werp op baie skisofreniese verskynsels, en dat die aspekte van ouerlike persoonlikhede en intragesinsgedrag van alle lede baie bepaal van wat hulle kenmerkend of patognomies van skisofrenie beskou.

Laing en Esterson (1970) gaan uit van die standpunt dat nie die individu nie, maar die gesin die eenheid van siekte is, en nie die individu nie maar die gesin daarom die klinikus se dienste benodig om dit "gesond te maak."

Die gesin (of selfs die gemeenskap) is 'n soort hiperorganisme, met 'n fisiologie en patologie wat gesond of siek kan wees. In ondersoek uitgevoer deur Laing en Esterson op gesinne van skisofrene toon hulle duidelik aan watter primêre rol die gesin speel in die ontwikkeling van geestesongesteldheid by 'n gesinslid. Geestesongesteldheid by die gesinslid word bevorder deur dubbelbinding en ambivalente soort kommunikasie en die onvermoë van die gesin om die betrokke gesinslid as 'n outonome individu met sy eie beskouings oor die lewe te erken.

Die gesinslid word naderhand hierdeur in 'n hoek gedryf waaruit hy dan nie kan ontvlug nie. Die gesin se beskouing van wat siek is en van wat gesond is, hang daarvan af in watter mate die betrokke gesinslid konformeer tot hulle beskouings van sake. Ook Satir (1967) lê groot klem op hierdie wyse van kommunikasie as siekmakende faktor.

Freedman en Kaplan (1974) verdeel gesinspatologie in soos volg :-

#### 1. Gesinsgebreke

1.1 Ouerlike psigose en neurose : Gesinsgebreke dek 'n wye reeks. Interpersoonlike ouerlike onvermoëns vorm een groot kategorie. Byvoorbeeld erge onvolwassenheid kan daartoe lei dat een huweliksmaat 'n afhanklike posisie



in die gesin seek soortgelyk aan daardie van n kind. Behalwe dit is omtrent enige vorm van neurose of psigose in die een ouer geneig om n defektiewe ouerlike koalisie te vorm, wat weer die opvoedingstake waarvan die kinders afhanklik is sal belemmer. Ouers met uiters histeriese of obsessionele of ander neurotiese kenmerke is geneig om kinders met soortgelyke verdedigingsmeganismes of simptome te produseer.

- 1,2 Verstandelike onvermoëns : Verstandelike vertraagde ontwikkeling is geneig om in gesinne voor te kom, afgesien van genetiese faktore. Onder sekere intelligensie vlakke, is ouerlike funksionering, veral die kommunikatiewe optrede, nie genoegsaam om die behoorlike opvoeding van n kind teweeg te bring nie.
  
- 1,3 Onvoldoende geslagsmodelle : Die onsekerheid oor geslagsidentiteit by n ouer predisponeer dieselfde geslag kind tot geslagsonsekerheid en verwarring wat lei tot sosiale onbekwaamheid of die ontwikkeling van perversies of skisofrenie.

- 1,4 Behoefte aan 'n uitgebreide gesin : Dit vind plaas wanneer een of beide ouers primêr geheg bly aan en afhanklik bly van hul ouers. Dit verwring die gesinstruktuur en funksies, veral as beide ouers verskuldig bly aan hulle respektiewe gesinne van oorsprong, en geen werkbare koalisie vir die jonger gesin vasgestel word nie.
- 1,5 Oorbelegging in kinders : Ouerlike oorbelegging in die prestasies van kinders, veral die ouers se sosiale prestige aspirasies, is verwant aan die ontwikkeling van depressie in kinders.
2. Gebroke gesinne : Hulle kom dikwels disproporsioneel voor in die agtergronde van sosiopate, ongehude moeders en skisofrene waar die breuk deur dood, verlatings of egskeiding kan wees.
3. Dwarstrekke en skeeftrekkende gesinne : By die dwarstrekke gesin is die gesin openlik of heimlik verdeel in verskillende kampe, gewoonlik as gevolg van chroniese konflik en onmin tussen ouers. Die kinders word gedwing om kant te kies, tot nadeel van hulle persoonlikheidsontwikkeling en integrasie.

Hierdie soort gesinspatologie word gevind in die agtergrond van skisofreniese pasiënte. 'n Skeef-trekkende huweliksverhouding is verskillend; hier verwag een huweliksmaat van 'n ander om 'n ouer vir hom of haar te wees, of een versteurde ouer domineer die ander huweliksmaat en die gesinslewe absoluut en rigied.

4. Foutiewe kommunikasie : As kommunikasie verwarrend in die gesin is en oneffektief as uitdrukking of instrumentele middel is, word kinders ontnem van 'n kritiese sosialiseringinstrument buite die gesin. Hulle kan nooit basiese vertroue ontwikkel en staatmaak op die bruikbaarheid van kommunikasie nie. Die sate van outisme kan op hierdie wyse gesaai word. Ernstige vormlose of gefragmenteerde metodes van kommunikasie is gevind by gesinne van skisofreniese pasiënte.
  
5. Aangeleerde Afwykings : Ouerlike voorbeelde van patologiese denke en van vrees en wantroue van hulle sosiale omgewing affekteer kinders deur die skep van verwarring en angs, en kinders kan foutiewe idees en wantroue van die wêreld internaliseer. Hierdie is die gesins-ewebeeld van Cameron (1951) se pseudo-gemeenskap, en parnoïde agterdogtigheid kan op hierdie wyse aangeleer word. Johnson en Szuruk (1952) het 'n

ander vorm van gesinspatologie onderskei by sosio-  
pate wie duidelike of bedekte behoeftes of begeer-  
tes van ouers uitvoer. Die kind se asosiale gedrag  
kan direk sulke neigings van n ouer in oordrewe  
vorm uitdruk; in ander gevalle gedra die kind hom  
soos n ouerlike gelyke wie een ouer heimlik of open-  
lik bewonder.

Freeman (1970) gaan uit van die standpunt dat deur spesiale  
inligting in die struktuur van gesinsfunksionering in te  
bou dit moontlik is om by te dra tot algemene gesinsont-  
wikkeling deur die voorsiening van onmiddellike gesondheids-  
sorg. Versigtige onderrig kan heelwat bydra tot die gesin  
se "kan doen" oriëntasie in die voorsiening van aansporende  
en reagerende tasbare hulp, of versigtige verwysingsprose-  
dures kan die gesin se vertrouwe in, en vermoë om gemeen-  
skapsinstellings te gebruik versterk.

#### Samevatting :

In hierdie hoofstuk is die belang van die gesin in die  
ontwikkeling van geestesongesteldheid of instandhouding  
van geestesgesondheid aangedui en hoe deur om inligting  
aan die gesin te voorsien bygedra kan word tot gesins-  
ontwikkeling.

## HOOFSTUK III

### PROBLEEMSTELLING.

Uit verskeie navorsers se studies blyk dit duidelik dat onkunde in verband met geestesongesteldheid in verband staan met die proses van ontwikkeling van geestesongesteldheid by 'n gesinslid. Vervolgens wil daar eerstens gekonsentreer word op algemene studies in hierdie verband en tweedens op 'n spesifieke studie wat veral fokus op die behoefte aan onderrig by gesinslede van geestesongesteldes.

#### Navorsing

##### Algemene Studies :

Wing et al (1964) benadruk die feit dat gesinne van skisofreniese pasiënte voorberei en onderrig moet word om verantwoordelikheid te aanvaar vir die instandhouding van hierdie pasiënte buite die hospitaalopset.

Alhoewel die hospitaal pasiënt - en gesinsonderrig as een van sy funksies het, bevraagteken Fisher (1961) die mate waartoe hierdie funksie uitgevoer word.

Wooden (1965) toon aan dat om die gemeenskap se gesondheidsuitdaging van die hede en die toekoms die hoof te bied, kan die hospitaal nie pasiënt-en gesinsonderrig negeer nie. Navorsers verwag van gesondheidsonderrig in die hospitaalopset om van hierdie probleme op te los. Schwartz (1967)

wys daarop dat :

"..... there is a dearth of information on what a family can do, what procedure they can follow, what attitude they can take, and how they can care for the subtle effects of the patient's illness on them (p. viii).

Schwartz (1967) gaan uit van die standpunt dat met beter begrip die gesin in staat sal wees om 'n meer konstruktiewe houding in te neem teenoor die pasiënt en dat die verhouding meer draaglik word soos almal leer om in die veranderde omgewing te leef.

Freeman en Farndale (1967) wys in 'n ondersoek op die tekort aan kennis van hoe en waar om hulp te soek vir geestesongesteldheid en vind dat vrees of skaamte een van die redes is wat dikwels aangevoer word.

Freeman (1969) gaan uit van die standpunt dat daar heelwat onkunde en verwarring bestaan oor die rolle van verskeie geestesgesondheid professies en hulle kwalifikasies. Baie mense kan nie onderskei tussen 'n psigiater en 'n psigoloog nie en hulle is onkundig oor die versorging en behandeling van geestesongesteldes. 'n Betekenisvolle persentasie van die bevolking is nog steeds oningelig, bang of gewalg deur geestesongesteldheid en die geestesongestelde.

Menninger (1968) voel dat dit belangrik is om te bied wat n mens kan aan daardie baie groter aantal lyers wat nie siek genoeg is om hulp te soek nie. Om te wag totdat die indiwidu siek geword het in die tradisionele sin, beteken dikwels dat n mens te lank gewag het. Psigiatrie het meer voorkoming - georiënteerd en meer betrokke met lewe as n geheel geword. Mense word siek omdat hulle nie geleer het om hulle emosionele, intellektuele en fisiese bronne te gebruik nie. Hulle is ontnem van psigologiese voedingsmiddels wat kan help.

Spesifieke studie :

In hierdie studie deur Mutolo (1972), word veral gekonsentreer op die belang van psigiatryese onderrig aan gesinslede om begrip en kennis te verskaf. Die studie is uitgevoer by die "Kings County Psychiatric Hospital", Brooklyn, New York vanaf Februarie tot November 1970. Die doelstellings van die studie was om die kennis en houdings van mans wie se vrouens onlangs gehospitaliseer was vir skisofrenie te ondersoek en om wyses te bespreek waarop gesondheidsonderrig aan die mans gebruik kan word in die hospitaalopset om te help om die probleem van terugval in skisofrenie by hulle vrouens te verminder.

Daar was onderhoude gevoer met veertig mans van skisofreniese vrouens om hulle kennis van skisofrenie, hulle hou-

ding teenoor hulle skisofreniese vrouens, aanleidende faktore van die begin van skisofrenie, ander faktore tuis wat betrekking het op die sosiale gedrag van die skisofreniese vrou, geskiedenis van geestesongesteldheid in die familie en die behoefte aan gesondheidsonderrig in die hospitaalopset, te ondersoek.

Die meetinstrumente wat gebruik is, was 'n demografiese vraelys vir die mans en vrouens, 'n medies-psigiatriese geskiedenis vraelys vir die vrouens en 'n onderhoudgids vir die mans.

Die onderhoude met die mans het bewys gelever van heelwat onkunde oor hulle vrouens se siekte of behandeling of hoe hulle 'n situasie kan hanteer, of 'n terugval van hulle vrouens se siekte voorkom of verminder. Hulle was depressief, gefrustreerd en kwaad oor hulle vrouens se toestand en hulle vrouens se onvermoë om te funksioneer volgens hulle verwagtings.

Volgens bevindings het hierdie mans hulp benodig om hulle kennis en begrip van skisofrenie, die effek daarvan op gedrag, en die vroeë simptome, te vermeerder en hulle aandag daarop te vestig dat dit noodsaaklik is om vinnig op te tree en hulp te soek. Hierdie hulp sal gepas wees vir 'n gesondheidsonderrig program in die hospitaal.

Mutolo (1972) beveel aan dat die gesondheidsonderrig program



moet begin met onderrig aan die mans met die eerste opname in die hospitaal en op geskikte tye gedurende die vrou se verblyf in die hospitaal. Die program behoort georiënteer te wees op die voorkoming van terugval en sal geskikte fasiliteite en professionele personeel benodig om die mans aan te moedig om onderrig te ontvang. Die gretigheid van die mans in die studie om vrae te stel, het daarop gedui dat hulle onderrig sou verwelkom as dit beskikbaar was.

Samevatting :

Verskeie navorsers benadruk die belang van onderrig oor geestesongesteldheid en psigiatriese behandeling aan gesinslede van geestesongesteldes. Hierdie onderrig dra by tot die versorging van geestesongesteldes in die gesinsverband en voorkom blykbaar die terugval van die pasiënt in die geestesongesteldheid.

Op grond van die navorsing hierbo bespreek word die volgende algemene hipotese gestel naamlik dat gesinsonderrig aan gesinslede van geestesongesteldes 'n positiewe terapeutiese bydrae kan lewer in die geestelike herstel van die pasiënte. Die "Brief Psychiatric Rating Scale" (Gorham en Overall - 1960) is gebruik om rangordes aan die pasiënte toe te ken voor en na die eksperimentele prosedure naamlik psigiatriese onderrig. Om hierdie saak wetenskaplik te ondersoek is die volgende nul hipoteses gestel :

Nul hipotese 1 : Geen statistiese betekenisvolle verskil bestaan tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep en persone in die kontrole groep voor aanvang van die eksperimentele prosedure nie.

Nul hipotese 2 : Daar bestaan geen statisties betekenisvolle verskil tussen die totale B.P.R.S tellings van persone in die eksperimentele groep en persone in die kontrole groep na afloop van die eksperimentele prosedure nie.

Nul hipotese 3 : Daar bestaan geen statisties betekenisvolle verskil tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure nie.

Nul hipotese 4 : Daar bestaan geen statisties betekenisvolle verskille tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die kontrole groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure nie.

In hierdie studie word gepoog om vas te stel in watter mate psigiatriese onderrig aan gesinslede van geestesongesteldes n terapeutiese uitwerking het op die geestestoestand van die geestesongesteldes.

## HOOFSTUK IV

### METODE

#### Algemene probleme :

Al die pasiënte en hulle gesinne wat deelgeneem het aan die studie het tydens Februarie 1975 behandeling ontvang by die Bloemfonteinse Geestesgesondheidsvereniging. Slegs pasiënte in gesinsverband en met 'n duidelike diagnose van psigose en psigoneurose is in aanmerking geneem. Van die honderd-twee-en-tagtig pasiënte wat in daardie stadium behandeling ontvang het het slegs 'n honderd-vyf-en-dertig aan die kriterium voldoen. Faktore soos nie-bereidwilligheid om deel te neem, verhuisings, opname in hospitaal en staking van behandeling, was verantwoordelik daarvoor dat slegs twaalf pasiënte-gesinne bereid was om deel te neem aan die studie.

#### Proefpersone :

Al twaalf pasiënte en hulle gesinne was ingeskryf by die Bloemfonteinse Geestesgesondheidsvereniging en nie een van die pasiënte het gely aan Tic Dolereaux, Geestesvertraging, Seniele psigose, epilepsie, serebrale toestande, alkoholisme of psigopatie nie. Die diagnose was meestal psigose of psigoneurose.

Eksperimentele ontwerp :

Die twaalf gesinne is op toevallige wyse toegesê aan n kontrole en eksperimentele groep. Die eksperimentele ontwerp wat gebruik was, is dieselfde as wat Kerlinger (1964) in sy boek "Foundations of Behavioural Research" (second edition) uiteensit. Sien tabel 1.

Meetinstrument :

Daar is gebruik gemaak van die "Brief Psychiatric Rating Scale" (Gorham en Overall - 1960) B.P.R.S. om rangordes deur twee psigiaters toe te ken aan die pasiënte voor en na psigiatriese onderrig aan gesinslede van die eksperimentele groep.

Die B.P.R.S. bestaan uit verskillende items wat die gees= testtoestand van n individu omskryf wat dan volgens rang= ordes op n sewepunt skaal bepaal word. Hierdie rangorde skaal is ook gebruik in Wessels (1972) se navorsingstudie om simptome van skisofrenie by die Bantoe (Suid-Sotho) voor en na uni- en bilaterale elektropleksie vas te stel.

Die gebruik van die B.P.R.S. ontwerp deur Gorham en Overall (1960) in die studie van simptomatologie word verder be= vestig deur Bergheim en Dimascio (1971) en Burrell (1971). Volgens Lorr, Klett en McNair (1963) moet studies van simp=

tomatologie behoorlik opgestel en gekontroleer word en statisties geldig wees om enige waarde te hê.

Treese en Treese (1973) voel dat daar twee hoof voordele in die gebruik van rangordeskaal is.

Eerstens maak dit vir die navorser moontlik om voorstelle en idees van verskeie bronne te oorweeg voor hy sy besluit neem en tweedens moet die persoon reageer op die items wat teenwoordig is. Hy word gedwing om 'n keuse te maak tussen die kategorieë wat beskikbaar is.

Tabel I

Eksperimentele ontwerp.

---

---

R	Yb	X	Ya (Eksperimenteel)
	Yb	~X	Ya (Kontrole).

---

---

Volgens tabel 1 verteenwoordig X die eksperimenteel gemanipuleerde onafhanklike veranderlike, die psigiatriese onderlig aan gesinslede van geestesongesteldes; ~X verteenwoordig die eksperimenteel onafhanklike veranderlike wat nie gemanipuleer is nie; Yb is die afhanklike veranderlike voor die manipulering van X en Ya is die afhanklike veranderlike na die manipulasie van X.

Verder is Treece en Treece (1973) van mening dat rangorde skale bruikbare instrumente in navorsing is maar dat hulle gebruik ook beskou moet word in die lig van sommige negatiewe trekke. Daar is ten minste vier nadele verbonde aan die gebruik van rangorde skale. Die "halo" effek is een nadeel en die subjektiwiteit in die prosedure laat ruimte daarvoor. Die persone wat rangordes toeken kan geneig wees om te vrygewig te wees. n Ander nadeel is dat die terme wat gebruik word vir die omskrywing van items nie dieselfde betekenis vir alle beoordelaars inhou nie.

Die B.P.R.S. bestaan uit n omskrywing van agtien verskillende simptome wat deur n rangorde toekenning op n sewepunt skaal die geestestoestand van n individu bepaal. Die agtien simptome is die volgende, naamlik : somatiese besorgdheid, angs, emosionele onttrekking, konseptuele disorganisasie, skuldgevoelens, spanning, mannerismes en liggaamshouding, grootheidswaan, depressiewe bui, vyandigheid, agterdogtigheid, hallusinatoriese gedrag, motoriese vertraging, nie-samewerking, ongewone denkinhoud, afgestompte affek, opgewondenheid en disoriëntasie. Elke simptoom is spesifiek omskryf en een van die sewe rangordes moet aan elkeen toegeken word naamlik : nie teenwoordig, baie lig, lig, matig, redelik ernstig, ernstig, baie ernstig. (Addendum 1 p. 47)

Prosedure :

Voor daar met psigiatriese onderrig aan die ses eksperimentele gesinne begin is, is daar eers deur middel van die B.P.R.S. rangordes aan die geestesongesteldes in die eksperimentele en kontrole groepe, deur twee psigiaters toegeken. Nie een van die psigiaters was bewus van wie in die kontrole of eksperimentele groep was nie. Die rangordes is in die roetine besoeke deur die pasiënte aan hulle psigiater deur hulle spesifieke psigiater toegeken.

Psigiatriese onderrig net soos gesondheidsonderrig is gerig op die oordrag van kennis en insig aan individue. Hierdie kennis en insig aangaande hulle eie gesondheidsbehoefte lei tot verandering van gedrag en houdings wat bevorderlik is vir hulle gesondheid. Psigiatriese gesinsonderrig beïnvloed nie net die geestesongestelde individu nie maar ook alle persone in die gesin wat n invloed het op sy houding, die belangrikheid waarna reeds verwys is. Psigiatriese gesinsonderrig is n interessante en moderne ontwikkeling wat nie in hierdie studie volledig beskryf word nie. Hierdie studie is slegs daarop gemik om die belang van psigiatriese onderrig aan gesinslede aan te dui en daarvoor is n gestruktureerde onderrigprosedure gevolg.

Nie een van die gesinne het ooit voorheen psigiatriese onderrig ontvang nie. Die psigiatriese onderrig is in die tuisomgewing gegee. Hierdie vier individuele psigiatriese besprekings het elke keer n ander onderwerp gehad en het van vyf tot tien minute by elke gesin van die eksperimentele

Voor daar met psigiatriese onderrig aan die ses eksperimentele gesinne begin is, is daar eers deur middel van die B.P.R.S. rangordes aan die geestesongesteldes in die eksperimentele en kontrole groepe, deur twee psigiaters toegeken. Nie een van die psigiaters was bewus van wie in die kontrole of eksperimentele groep was nie. Die rangordes is in die roetine besoeke deur die pasiënte aan hulle psigiater deur hulle spesifieke psigiater toegeken.

Hierna is daar 'n spesifieke psigiatriese onderrigprosedure gevolg. Daar is vier onderrig besprekings met elk van die ses eksperimentele groep se gesinne gehou volgens Davies (1971) se uitgangspunt oor individuele gesondheidsonderrig. Davies (1971) is van mening dat individuele onderrig altyd die beste metode van onderrig is omdat dit die effektiefste is, veral vir aaneenlopende en permanente onderrig soos voorkoming van ongesteldheid en instandhouding van veiligheid. Dit is altyd raadsaam om sulke onderrig op te volg aangesien baie mense nie die eerste onderrig verstaan het nie, of dit vergeet het. Sulke besprekings behoort nooit langer as vyf tot tien minute te duur nie, en moet konsentreer op een onderwerp op 'n keer.

Nie een van die gesinne het ooit voorheen psigiatriese onderrig ontvang nie. Hierdie vier individuele psigiatriese besprekings het elke keer 'n ander onderwerp gehad en het van vyf tot tien minute by elke gesin van die eksperimentele



groep geduur, waarna daar besprekings of meningsverskille was. Die eerste bespreking was inleidend en daarin was die doel van die vier onderrigbesprekings uiteengesit en ook die eerste onderwerp bespreek. By elke gesin van die eksperimentele groep is die besprekings spesifiek aangepas by die patologie en opvoedkundige peil van die pasiënt en sy betrokke gesin. Met elke bespreking daarna is verwys na die vorige bespreking om vas te stel of dit begryp was en om aansluiting te vind by die volgende onderwerp. Die vierde bespreking was 'n samevatting van die drie vorige besprekings en hierna het die meeste gevoelens en standpunte van die gesinslede tevoorskyn getree. Die pasiënte was as 'n deel van hulle gesinne teenwoordig by die besprekings gewees en het ook hulle deel bygedra in die besprekings. Die psigiatriese onderrig besprekings het oor 'n tydperk van vyf weke gestrek.

By vier van die ses gesinne van die eksperimentele groep het die mans en vrouens in meningsverskille betrokke geraak waarin hulle die ondersoeker wat onderrig gegee het, probeer dwing het om betrokke te raak. Dit was soms baie moeilik om die onderrigbesprekings objektief te hou. By die laaste bespreking was al die gesinne dit egter eens dat hulle die betrokke geestesongesteldheid en psigiatriese behandeling beter begryp en positiewe sowel as negatiewe gevoelens het na vore gekom.

Een eggenoot het gevoel dat psigiatriese behandeling on-

groep geduur, waarna daar besprekings of meningsverskille was. Die eerste bespreking was inleidend en daarin was die doel van die vier onderrigbesprekings uiteengesit en ook die eerste onderwerp bespreek. By elke gesin van die eksperimentele groep is die besprekings spesifiek aangepas by die unieke geval. Met elke bespreking daarna is verwys na die vorige bespreking om vas te stel of dit begryp was en om aansluiting te vind by die volgende onderwerp. Die vierde bespreking was 'n samevatting van die drie vorige besprekings en hierna het die meeste gevoelens en standpunte van die gesinslede tevoorskyn getree. Die pasiënte was as 'n deel van hulle gesinne teenwoordig by die besprekings gewees en het ook hulle deel bygedra in die besprekings. Die psigiatriese onderrig besprekings het oor 'n tydperk van vyf weke gestrek.

By vier van die ses gesinne van die eksperimentele groep het die mans en vrouens in meningsverskille betrokke geraak waarin hulle die ondersoeker wat onderrig gegee het, probeer dwing het om betrokke te raak. Dit was soms baie moeilik om die onderrigbesprekings objektief te hou. By die laaste bespreking was al die gesinne dit egter eens dat hulle die betrokke geestesongesteldheid en psigiatriese behandeling beter begryp en positiewe sowel as negatiewe gevoelens het na vore gekom.

Een eggenoot het gevoel dat psigiatriese behandeling on-

nodig is en sake net vererger, terwyl die ander vyf gesinne hulle self bereid verklaar het om saam te werk.

Na afloop van die eksperimentele prosedure is daar weer rangordes deur middel van die B.P.R.S. toegeken aan die verskillende pasiënte van die eksperimentele en kontrole groepe ten einde te bepaal watter terapeutiese uitwerking psigiatriese onderrig op die geestestoestand van die geestesongestelde pasiënte het.

Gedurende die tydperk van onderrig aan die ses gesinne van die eksperimentele groep het die geestesongestelde individue van beide die eksperimentele sowel as kontrole groep nie 'n psigiater besoek nie. Daar is ook geen verandering in hulle medikasie gedurende hierdie tydperk aangebring nie. Besoeke deur psigiatriese verpleegsters en gemeenskapwerkers en toevallige onderrig wat met sulke besoeke gepaard gaan was nie by die kontrole groep onderbreek nie.

#### Analise van die Data :

Die Mann-Whitney eenkantige statistiese toets vir die vergelyking van verskille tussen twee onafhanklike groepe is op die gegewens toegepas met 'n  $\alpha$  waarde van 0,05 (Siegel, 1956).

nodig is en sake net vererger, terwyl die ander vyf gesinne hulle self bereid verklaar het om saam te werk.

Na afloop van die eksperimentele prosedure is daar weer rangordes deur middel van die B.P.R.S. toegeken aan die verskillende pasiënte van die eksperimentele en kontrole groepe ten einde te bepaal watter terapeutiese uitwerking psigiatriese onderrig op die geestestoestand van die geestesongestelde pasiënte het.

Gedurende die tydperk van onderrig aan die ses gesinne van die eksperimentele groep het die geestesongestelde individue van beide die eksperimentele sowel as kontrole groep nie 'n psigiater besoek nie. Daar is ook geen verandering in hulle medikasie gedurende hierdie tydperk aangebring nie.

#### Analise van die Data :

Die Mann-Whitney eenkantige statistiese toets vir die vergelyking van verskille tussen twee onafhanklike groepe is op die gegewens toegepas met 'n  $\alpha$  waarde van 0,05 (Siegel, 1956).

## HOOFSTUK V

### RESULTATE

Die B.P.R.S. rangordeskaal bied die moontlikheid om deur middel van sekere duidelik omskrewe simptome n persoon se algemene geestestoestand te bepaal. Deur die totale waardes van elke B.P.R.S. rangorde skaal kan die terapeutiese uitwerking, op die geestesongesteldes, van onderrig aan gesinslede aangedui word. Die resultate wat gerapporteer word is die totale B.P.R.S. waardes vir die geestesongestelde indiwidue in die eksperimentele groep voor en na onderrig en vir die geestesongestelde indiwidue in die kontrole groep sonder dat daar in die tussen periode onderrig aan die kontrole groep se gesinslede gegee is.

#### Uiteensetting van die Resultate :

Nul hipotese 1 : Geen statistiese betekenisvolle verskil bestaan tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep en persone in die kontrole groep voor aanvang van die eksperimentele prosedure nie.

Volgens tabel 2 is dit duidelik dat daar geen statistiese betekenisvolle verskil bestaan tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep en persone in die kontrole groep voor aanvang van die eksperimentele prosedure nie. Nul hipotese 1 word dus as korrek aanvaar.

TABEL 2

U waardes vir die vergelyking van die eksperimentele groep met die kontrole groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure.

---

---

Voor eksperimentele prosedure	Na eksperimentele prosedure.
13,0 NB	9,5 NB

---

NB = nie statisties beduidend

\* =  $p < 0,05$

Nul hipotese 2 : Daar bestaan geen statisties betekenisvolle verskil tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep en persone in die kontrole groep na afloop van die eksperimentele prosedure nie.

Uit tabel 2 blyk dit dat daar geen statisties betekenisvolle verskil bestaan tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep en persone in die kontrole groep na afloop van die eksperimentele prosedure nie. Nul hipotese 2 word dus as korrek aanvaar.

Nul hipotese 3 : Daar bestaan geen statisties betekenisvolle verskil tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure nie.

Volgens tabel 3 is dit duidelik dat daar wel 'n statisties betekenisvolle verskil bestaan tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die eksperimentele groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure. Nul hipotese 3 word dus verwerp.

Dit is ook duidelik dat hierdie toedrag van sake te wyte is aan die onderrig wat die gesinslede, van die geestesongesteldes in die eksperimentele groep, ontvang het.

Nul hipotese 4 : Daar bestaan geen statistiese betekenisvolle verskille tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die kontrole groep voor en na afloop van die

TABEL 3

U waardes vir die vergelyking van die eksperimentele groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure en die kontrole groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure.

Eksperimentele groep	Kontrole groep
6 *	17 NB

NB = nie beduidend

\* =  $p < 0,05$



eksperimentele prosedure nie.

Uit tabel 3 blyk dit dat daar geen statistiese betekenisvolle verskil bestaan tussen die totale B.P.R.S. tellings van persone in die kontrole groep voor en na afloop van die eksperimentele prosedure nie. Nul hipotese 4 word dus as korrek aanvaar.

SAMEVATTING :

Uit bogenoemde gegewens blyk dit duidelik dat psigiatriese onderrig aan gesinslede van geestesongesteldes blykbaar 'n betekenisvolle positiewe terapeutiese uitwerking gehad het op die geestestoestand van die geestesongesteldes.

Wat die kontrole groep betref, is geen sodanige positiewe terapeutiese uitwerking bespeur nie.

## HOOFSTUK VI

### BESPREKING

Die doel van hierdie studie was om die uitwerking van psigiatriese onderrig, aan gesinslede van geestesongesteldes, op die geestestoestand van die geestesongestelde vas te stel. Die belang van die gesin in die ontwikkeling van geestesongesteldheid wat veral beklemtoon word deur Ackerman (1963), Fromm (1941), Grunebaum (1970), Laing en Esterson (1970), Satir (1967), Freedman en Kaplan (1974) asook die belang van gesondheidsonderrig aan gesinslede wat veral benadruk word deur Wing et al (1964), Wooden (1965), Schwartz (1967) en Mutolo (1972) het die teoretiese basis van hierdie studie gevorm.

Die hipotese is gestel dat psigiatriese onderrig aan die gesinslede van geestesongesteldes 'n positiewe terapeutiese uitwerking op die geestestoestand van die geestesongesteldes kan hê.

Twaalf gesinne het deel uitgemaak van die studie en die gesinne is deur toevallige wyse toegeë aan die eksperimentele of die kontrole groep. Psigiatriese onderrig is aan die eksperimentele groep se gesinslede gegee deur vier XXXXXXXXXX onderrigbesprekings aan elke gesin. Die kontrole groep se gesinslede het nie psigiatriese onderrig ontvang nie.

Voor en na die psigiatriese onderrig aan gesinslede van die eksperimentele groep is die geestestoestand van die geestesongesteldes in die eksperimentele en kontrole groep vasgestel deur middel van die B.P.R.S. rangordeskaal, ontwerp deur Gorham en Overall (1960), wat deur dieselfde twee psigiaters voor en na die onderrig voltooi is.

Die resultate van beide groepe volgens die B.P.R.S. rangordeskaal, is ontleed met behulp van 'n eenkantige statistiese toets naamlik die Mann Whitney toets en 'n  $\alpha$  waarde van 0,05 is geneem as verwerpingspeil vir die gestelde nul hipoteses.

Resultate :

'n Vergelyking van die eksperimentele en kontrole groepe op grond van waardes verkry vanaf die B.P.R.S. het aange-ton dat daar geen beduidende statistiese verskil bestaan tussen die twee groepe nie. Hierdie was 'n belangrike aan-vangsbevinding omdat Kerlinger (1964) waarsku dat as hierdie twee groepe aanvanklik verskil ons nie kan kontroleer vir die effekte van die sogenaamde geskiedenis en rypwor-ding nie. Die feit dat die proefpersone geen voor en na metings moes invul nie het die waarde van die eksperimen-tele bevindinge verhoog in die sin dat die effek van toetsing Campbell (Kerlinger (1964)) se sogenaamde "reactive measures" se invloed help verminder.

Vergelyking van die eksperimentele groep en kontrole groep na afloop van die eksperimentele prosedure het geen statistiese beduidende verskil opgelewer nie. Hierdie bevinding was teen die verwagting in en is ook moeilik om te verklaar. By interpretasie van hierdie bevinding is dit nodig om in gedagte te hou dat die  $p$  waarde van 0,09 wat in hierdie geval gevind is baie naby aan die  $\alpha$  waarde van 0,05 kom, wat as verwerpingspeil gekies is.

Die afleiding kan dus wel gemaak word dat daar 'n sterk rigtingsverandering waarneembaar was alhoewel dit nie statisties beduidend was nie. Daar kan heelwaarskynlik verskeie redes vir hierdie toedrag van sake wees maar die gevoel bestaan dat as die aantal onderrigbesprekings verder kon gewees het sou dit heelwaarskynlik statisties beduidende verskille tot gevolg gehad het. Davies (1971) wys daarop dat gesondheidsonderrig aanhoudend en deurlopend moet wees. Vir toekomstige ondersoek in dieselfde rigting sal dit wel 'n faktor wees wat in berekening gebring moet word.

Vergelyking van die eksperimentele groep voor en na afloop van die psigiatrisiese onderrig lewer wel 'n baie betekenisvolle beduidende statistiese verskil. Dit kan aanvaar word as 'n aanduiding dat gesinsonderrig wel die terapeutiese benadering beduidend versterk. Hierdie resultaat vestig dus weereens aandag op die belangrikheid van gesinsonderrig

as belangrike hulpmiddel in die psigiatriese armamentum.

Laastens is die kontrole groep op 'n voor en na aanvang van eksperimentele prosedure basis vergelyk. Hier kon geen beduidende verandering bespeur word nie. Hierdie bevinding is belangrik in die sin dat dit die vorige bevinding, naamlik dat gesinsonderrig aanleiding gee tot afname in psigiatriese simptome by geestesongesteldes, versterk.

Dit wil dus voorkom of die resultate die menings van die volgende skrywers ondersteun. Grunebaum (1970) lig die mening dat geestesgesondheid en geestesongesteldheid in die gesin gesetel is. Ackerman (1963), voel dat die gesin die plek is van begrip van emosionele versteurings en ook vir die tussentrede van daardie psigiese magte in menslike verhoudings wat te doen het met geestesgesondheid en geestesongesteldheid. Die gesinsgroep kan geestesgesondheid dus bevorder of in die wiele ry.

Volgens die agtergrondsteorie wat in die studie aanvaar is gaan Schwartz (1967) uit van die standpunt dat die gesin met beter begrip in staat sal wees om 'n meer konstruktiewe houding in te neem teenoor die pasiënt. Mutolo (1972) het in sy studie en die bevindings daarvan, die behoefte aan psigiatriese onderrig vir eggenote, van vrouens

wat ly aan skisofrenie benadruk en aanbeveel dat 'n gesondheidsonderrigprogram aan die eggenote gegee moet word. Hy het ook aanbeveel dat studies gemaak moet word van die effekte van professionele psigiatriese onderrig aan die gesinslede en pasiënte, en die aantal terugvallenes in die geestesongesteldheid wat daarna voorkom. Wing et al (1964), toon ook aan dat die gesinne van skisofreniese pasiënte voorberei en onderrig moet word om by te dra tot die instandhouding van hierdie pasiënte in die gemeenskap.

Voortgesette navorsing oor die waarde van psigiatriese onderrig aan gesinslede van geestesongesteldes is egter nodig om genoemde resultate te valideer.

## HOOFSTUK VII

### SAMEVATTING

Hierdie studie verteenwoordig 'n poging om die terapeutiese waarde van psigiatriese onderrig, aan die geïnslede van geestesongestelde persone op die geestestoestand van geestesongestelde persone te ondersoek. 'n Eksperimentele groep geestesongestelde persone is voor en na afloop van die eksperimentele prosedure met 'n kontrole groep vergelyk. Die eksperimentele groep se geïnslede het elke gesin vier psigiatriese onderrigbesprekings ondergaan. Die kontrole groep se geïnslede het tydens hierdie periode geen psigiatriese onderrig ontvang nie. Die "Brief Psychiatric Rating Scale" van Gorham en Overall (1960) is as meetinstrument gebruik om die verandering in die geestestoestand van die geestesongestelde persone te bepaal. Die "Brief Psychiatric Rating Scale" bied die moontlikheid om deur agtien duidelik omskryfde simptome, deur middel van toekenning van rangordes aan elke simptome, die geestestoestand van die pasiënt vas te stel. Die agtien omskryfde simptome is die volgende, naamlik: somatiese besorgdheid, angs, emosionele onttrekking, konseptuele disorganisasie, skuldgevoelens, spanning, mannerismes en liggaamshoudings, grootheidswaan, depressiewe bui, vyandigheid, agterdogtigheid, hallusinatoriese gedrag, motoriese vertraging, nie samewerking, ongewone denkinhoud, afgestompte affek, opgewondenheid, en disoriëntasie.

Die twaalf gesinne wat in hierdie studie ingesluit is se gesinslede is almal pasiënte van die Bloemfonteinse Geesgesondheidsvereniging. Eksperimentele en kontrole groepe is saamgestel uit pasiënte wat op toevallige wyse aan die eksperimentele of kontrole groep toegesê is.

Die "Brief Psychiatric Rating Scale" is deur dieselfde psigiaters, voor en na afloop van die eksperimentele prosedure, van al twaalf die pasiënte voltooi. Dit is gedoen gedurende die pasiënte se roetine besoeke aan hulle psigiater deur hulle betrokke psigiater. Totale waardes van al agtien simptome op die "Brief Psychiatric Rating Scale" is van elke pasiënt verkry. Eenvoudig nul-hipoteses is gestel en 'n eenkantige statistiese toets met 'n  $\alpha$  waarde van 0,05 is gekies. Die Mann-Whitney toets vir die vergelyking van verskille tussen twee onafhanklike groepe en verskille in die twee onafhanklike groepe is toegepas.

Na die eksperimentele prosedure (gesinsonderrig) afgehandel is, het daar 'n statistiese beduidende afname in simptomatologie plaasgevind by pasiënte in die eksperimentele groep terwyl daar geen sodanige verandering in die kontrole groep vasgestel kon word nie. Geen beduidende statistiese verskil kon aangetoon word toe die eksperimentele groep met die kontrole groep na afloop van die eksperimentele prosedure vergelyk is. 'n Sterk



rigtingsverandering was wel teenwoordig en die gevoel was dat hierdie verskynsel beskou kan word as gevolg van die korttermyn psigiatriese gesinsonderrig.

Laastens het die gevoel ontstaan dat die effek van kort- en langtermyn psigiatriese gesinsonderrig verder ondersoek behoort te word.

## BIBLIOGRAFIE

Ackerman N.W. Emergency of Family Psychotherapy on the Present Scene - Contemporary Psychotherapies, edited by Stein M.I. Third Printing. The Free Press of Glenco 1963.

Bergheim J. en Dimascio A. The Role of Thiothixine in the Rehabilitating of Schizophrenics Abstr. V. world Congr. Psychiat., Mexico City. La Prensa Medica Mexicana 1971 - Wessels W.H. "Akute Skisofrenie by die manlike Suid Sotho". Proefskrif 1972.

Brill H., Patton R.E. Amer J. Psychiat. 114, 509 1959 - Gous G.A. "Social and Community Psychiatry in South Africa". S.A. Tydskrif vir Geneeskunde Feb. 1962.

Bowen, M. A family concept of Schizophrenia. The Etiology of Schizophrenia. Basic Book, New York 1960 - Howells, J.G. "Theory and Practise of Family Psychiatry" Brunner/Mazel Publishers. New York 1968.

Burgess E.W. The dilemma of family relations in a changing society. Paper presented at the Amer. Ortho. psychiat. Ass. meetings, Chicago, March 1957 - Contemporary Psychotherapies edited by Stein M.I. Third Printing. The Free Press of Glenco 1963.

Burrell, C.D. The effect of Mesoridazine in Thinking Disturbances. Abstr. V. World Congress Psychiat., Mexiko City.

La Prensa Medica Mexicana 1971 - Wessels W.H. "Akute Skisofrenie by die Manlike Suid Sotho. Proefskrif 1972.

Cameron N. en Margaret A. Behaviour Pathology. Houghton, Mifflin, Boston 1951 - Freedman A.M., Kaplin H.I. ed.

"Comprehensive Textbook of Psychiatry". The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1974.

Conant, L.B. "The Nature of Nursing Tommorrow",  
Image : Sigma Theta Tau National Honor Society of Nursing,  
4 : 2, 1970-1971.

Davies M.J.B. Preventive Medicine, Community Health and Social Services Second Edition. Bailliere Tindall, London 1971.

Fisher M.M. "Outpatients have a long way to go." American Journal of Nursing, bl. 56 - 69. August 1961 - Mutolo F.L.  
"Health Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic wives." University Microfilms, a Xerox Company, Ann Arbor, Michigan 1972.

Freedman A.M., Kaplin H.I. ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams and Wilkins company, Baltimore 1974.

Freeman H. and Farmdale J. eds. New aspects of the Mental Health Service. New York : Pergaman Press 1967 - Mutolo F.L. "Health Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic Wives." University Mikrofilms, a Xerox company, Ann Arbor, Michigan 1972.

Freeman H. ed. Progress in Mental Health Proceedings of the seventh International Congress on Mental Health. New York : Grane and Stratton 1969 - Mutolo F.L. "Health Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic Wives." University Microfilms, a Xerox Company, Ann Arbor, Michigan 1972.

Freeman R.B. Community Health Nursing Practise W.B. Saunders Company 1970.

Fromm E. Escape from freedom. New York : Farrar and Rhinehart 1941 - Contemporary Psychoterapies edited by Stein M.I. Third Printing the Free Press of Glenco 1963.

Gaus E.A. "Social and Community Psychiatry in South Africa." S.A. Tydskrif vir Geneeskunde. Feb. 1962.

Gorham D.R. and Overall J.E. Drugaction Profiles based on abbreviated Psychiatric Rating Scale. J. Nerv. Ment Dis, 131, 528 - 1960.

Howells J.G. Theory and Practise of Family Psychiatry.  
Brunner/Mazel Publishers New York 1968.

Hymovich D.P., Barnard M.M. Family Health Care. Mac Graw-  
Hill Book Company 1973.

Johnson A.M. and Szurek S.A. The genesis of antisocial  
acting out in children and adults. Quart 2 : 323, 1952 -  
Freedman A.M., Kaplan H.I. ed. "Comprehensive Textbook  
of Psychiatry." The Williams and Wilkins Company Balti=  
more 1974.

Jones M. The Therapeutic Company. Basic Book, New  
York 1953 - Freedman A.M., Kaplan H.I. ed. "Compre=  
hensive Textbook of Psychiatry." The Williams and Wil=  
kin Company Baltimore. 1974.

Kerlinger F.N. Foundations of Behavioural Research 1964  
Second Edition Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1973.

Klein G.S. "Consciousness in Psychoanalytic Theory."  
Some implications for current Research in Perception."  
J.Am. Psychoanalytic Ass. 7,5 1959. Mutolo F.L. "Health  
Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic  
Wives." University Microfilms, a Xerox Company, Ann Ar=  
bor, Michigan 1972.

Laing R.D. and Esterson A. Sanity, Madness and the Family.  
Tavistock Publications Second Edition 1970.

Lidz T., Cornelison A., Fleck S. and Terry D. The intra-  
familial environment of the schizophrenic patient. I. The  
father. Psychiatry, 20, 329. 1957 - Howells J.G. "Theory  
and Practise of Family Psychiatry". Brummer/Mazel Publis=  
hers. New York. 1968.

Lorr, M. Klett C.J., McNair D.M. Syndromes of Psychosis.  
London Pergamon Press Ltd. 1963 - Wessels W.H. "Akute  
Skisofrenie by die Manlike Suid Sotho. Proefskrif 1972.

McIver R.M. and Page C.H. Society : An Introductory  
Analysis. Macmillan Company 1967.

Monninger K. in The National Commission of Mental Health  
Manipower ed. by Ruke Laboratories. New York. The Mac=  
millan Company 1968 - Mutolo F.L. "Health Counseling for  
Husbands of Hospitalized Schizophrenic Wives." University  
Microfilms, a Xerox company, Ann Arbor, Michigan 1972.

Mutolo F.L. Health Counseling for Husbands of Hospitalized  
Schizophrenic Wives. University Microfilms, a Xerox Com=  
pany, Ann Arbor, Michigan 1972.

Parsons T. The Social System. Free Press, Glencoe, Ill

1951 - Howells J.G. "Theory and Practise of Family Psychiatry." (Brunner/Mazel Publishers). New York 1968.

Satir V. Conjoint Family Therapy. Ninth Printing. Science and Behaviour Books 1967.

Schwartz H.S. Home Care for the Emotionally Ill. New York. Sessions Publishers 1967 - Mutolo F.L. "Health Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic Wives." University Microfilms, A Xerox company, Ann Arbor.

Siegel S. Non parametric Statistics for the Behavioural Sciences. New York. McGraw - Hill Co., Inc., 1956.

Sussman M.B. Family Systems in the 1970's. Analysis, Policies and Programs. The Annals of the American Academy Vol 396. July 1971. - "Contemporary Psychotherapies" edited by Stein M.I. Third Printing. The Free Press of Glenco 1963.

Treece E.W. and Treece J.W. Elements of Research in Nursing. The C.V. Mosby Company 1973.

Wessels W.H. Akute Skisofrenie by die Manlike Suid Sotho. Proefskrif 1972.

Wing J.K., Mont E., Brown G.W. and Carstairs G.M. Morbidity in the Community of Schizophrenic patients discharged from London Mental Hospitals in 1959. British Journal of Psychiatry 110 : 10-21-1964 - Mutolo, F.L. "Health Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic Wives." University Microfilms, a Xerox Company, Ann Arbor, Michigan, 1972.

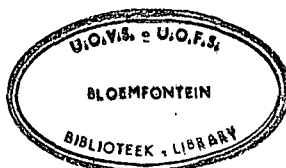
Wooden H.E. The Inseparability of Education and Patient Care, Health Education in Hospital. American Hospital Association Chicago 1965. - Mutolo F.L. "Health Counseling for Husbands of Hospitalized Schizophrenic Wives." University Microfilms, a Xerox Company, Anna Arbor, Michigan 1972.





- |                                |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. MANNERISMS<br>AND POSTURING | Unusual and unnatural motor behaviour, the type of motor behaviour which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. GRANDIOSITY                 | Exaggerated self-opinions, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. DEPRESSIVE<br>MOOD          | Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. HOSTILITY                  | Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient towards others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety nor somatic complaints. (Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness"). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. SUSPICIOUSNESS             | Belief (delusional or otherwise) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicious which are currently held whether they concern past or present circumstances.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. HALLUCINATORY BEHAVIOUR    | Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. MOTOR RETARDATION          | Reduction in energy level evidenced in slow movement. Rate on the basis of observed behaviour of the patient only, do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

14.	UNCO-OPERATIVENESS	Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to co-operate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on the basis of reported resentment or unco-operativeness outside interview situation.	1	2	3	4	5	6	7
15.	UNUSUAL THOUGHT CONTENT	Unusual, odd, strange, or bizarre thought content. Rate here the degree of disorganisation of thought processes.	1	2	3	4	5	6	7
16.	BLUNTED AFFECT	Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement	1	2	3	4	5	6	7
17.	EXCITEMENT	Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.	1	2	3	4	5	6	7
18.	DISORIENTATION	Confusion or lack of proper association for person, place or time.	1	2	3	4	5	6	7
⌘	Not present	1	Moderately severe	5					
	Very mild	2	Severe	6					
	Mild	3	Extremely severe	7					
	Moderate	4							



283213