

1993012168-01



HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE
BIBLIOTEK VERWYDER WORD NIE

UOVS - SASOL-BIBLIOTEK



19930121680122000019

DIE INVLOED VAN BIBLIOTERAPIE OP DIE POST- OPERATIEWE AANPASSING VAN HISTEREKTOMIE-PASIËNTE

MINETTE DUVENAGE

(Gebore Wilcocks)

Skripsie voorgelê ter gedeeltelike vervulling
van die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIÆ

(Kliniese Sielkunde)

FAKULTEIT SOSIALE WETENSAPPE
DEPARTEMENT SIELKUNDE

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT
BLOEMFONTEIN

Studieleier: Prof. D.A. Louw
Medestudieleier: Dr. C.J.F. Grobler

September 1992

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT DIE
BIBLIOTEEK VERWYDER WORD NIE

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN
- 3 SEP 1993
UOVS SASOL BIBLIOTEEK

T 618.1453019 DUV

DANKBETUIGINGS

Ek wil graag my opregte dank en erkentlikheid teenoor die volgende persone betuig:

- * Prof. D.A. Louw, wat as studieleier opgetree het, vir sy aktiewe belangstelling, aanmoediging, bewame hulp en die bereidwilligheid om te alle tye bystand te verleen.
- * Dr. C.J.F. Grobler, ginekoloog en medestudieleier, vir sy entoesiastiese hulp en leiding.
- * Mnr. K.G.F. Esterhuuse vir sy gewaardeerde hulp en advies met die statistiese verwerking van die data.
- * Die superintendent van Universitas Hospitaal, dr. D.S.L. van den Bergh, en die hoof van die Departement Obstetrie en Ginekologie, prof. H.S. Cronjé, vir die toestemming om hierdie navorsing te kon doen.
- * Die verpleegkundiges van die Ginekologie Kliniek, Universitas Hospitaal, vir hulle samewerking.
- * Die pasiënte wat aan die navorsingsprojek deelgeneem het, vir hulle gewilligheid en goeie samewerking.
- * Vriende, familie en kollegas, vir hulle belangstelling en aanmoediging.
- * My ma, Corrie Wilcocks, vir die taalkundige en tegniese versorging van hierdie skripsie.
- * My eggenoot, Johan, vir sy geduld en ondersteuning, asook die beskikbaarstelling van sy rekenaar en hulp met die saamstel van grafieke.
- * Teenoor die Skepper, vir soveel genade wat ek uit sy hand ontvang.

Hierdie skripsie word aan Johan opgedra.

Minette Duvenage
Bloemfontein
September 1992

Geldelike bystand gelewer deur die Sentrum vir Wetenskapontwikkeling vir hierdie navorsing word hiermee erken. Menings in hierdie publikasie uitgespreek of gevolgtrekkings waartoe geraak is, is dié van die outeur en moet nie noodwendig aan die Sentrum vir Wetenskapontwikkeling toegeskryf word nie.

INHOUD

Bladsy

1.	INLEIDING	1
1.1	Probleemstelling	1
1.2	Doelstelling	2
2.	LITERATUURSTUDIE	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Histerekтомie	3
2.2.1	Omskrywing	3
2.2.2	Indikasies	4
2.2.3	Voorkomssyfer	4
2.2.4	Gevolge	5
	(1) Depressie	6
	(2) Angsversteurings	8
	(3) Seksuele funksionering	9
	(4) Liggaamsmassa	10
2.2.5	Faktore wat herstel beïnvloed	10
	(1) Ouderdom	11
	(2) Pre- en post-menopausale vroue	11
	(3) Kulturele verskille	11
	(4) Opvoedkundige kwalifikasies	12
	(5) Tyd	12
	(6) Inligting	12
	(7) Ondersteuning	12
2.3	Biblioterapie	14
2.3.1	Omskrywing	14
2.3.2	Historiese oorsig	14
2.3.3	Aard en doel	15
	(1) Doelwitte van biblioterapie	17
	(2) Gebruiksbeginsele	18
	(3) Die keuring van leesstof	19
	(4) Gebruiksmoontlikhede	20

	(5)	Biblioterapie as hulpmiddel in ander terapeutiese benaderings.....	22
2.3.4		Evaluering	23
	(1)	Die waarde van biblioterapie	23
	(2)	Die beperkinge van biblioterapie	25
	(3)	Navorsingsresultate	25
2.3.5		Die belangrikheid van korrekte inligting.....	26
	(1)	Die rasionaal vir korrekte inligting.....	27
	(2)	Die belangrikheid van geskrewe inligting.....	29
3.		EKSPERIMENTELE ONDERSOEK	30
3.1		Inleiding.....	30
3.2		Navorsingsontwerp	30
3.3		Proefpersone.....	30
	3.3.1	Uitsluitingskriteria	31
3.4		Die inligtingstuk	31
3.5		Meetinstrumente.....	32
	3.5.1	IPAT-angsskaal	32
		(1) Betroubaarheid	33
		(2) Geldigheid.....	33
	3.5.2	Hamilton-depressieskaal	33
		(1) Betroubaarheid	34
		(2) Geldigheid.....	34
	3.5.3	Carroll-depressieskaal	35
		(1) Betroubaarheid	35
		(2) Geldigheid.....	36
	3.5.4	Biografiese vraelys	36
	3.5.5	Selfevalueringsvraelys.....	36
3.6		Prosedure.....	37
3.7		Navorsingshipotese.....	39
3.8		Statistiese prosedures	39

4	RESULTATE	41
4.1	Inleiding.....	41
4.2	Biografiese gegewens.....	41
4.2.1	Huistaal.....	41
4.2.2	Ouderdom.....	41
4.2.3	Huwelikstatus.....	42
4.2.4	Getal kinders.....	43
4.2.5	Behoeftte aan nog kinders.....	44
4.2.6	Opvoedkundige kwalifikasies.....	45
4.2.7	Jaarlikse inkomste.....	46
4.3	Statistiese hipoteses.....	47
4.4	Resultate.....	48
4.4.1	Resultate ten opsigte van Hipotese 1.....	48
4.4.2	Resultate ten opsigte van Hipotese 2.....	50
	(1) Hoeveelheid inligting wat proefpersone ontvang het.....	52
	(2) Liggaamsmassa.....	54
	(3) Post-operatiewe liggaamlike oefening.....	56
	(4) Gevoel van vroulikheid.....	57
	(5) Seksuele aanvaarding deur eggenoot.....	58
	(6) Seksuele funksionering.....	60
	(7) Onduidelikheid insake hormoonbehandeling.....	62
	(8) Algemene gesondheid.....	64
4.5	Kommentaar van die proefpersone.....	65
4.6	Bespreking.....	66
5.	SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKING	69
5.1	Inleiding.....	69
5.2	Aanbevelings.....	69

BRONNELYS	71
BYLAES	
6.1 Die inligtingstuk	82
6.2 Biografiese en selfevalueringsvraelys	99
OPSOMMING	104
SUMMARY	105

TABELLE

Bladsy

4.1	Gemiddeldes en standaardafwykings vir die Carroll-depressieskaal, die Hamilton-depressieskaal en die IPAT-angsskaal vir die eksperimentele groep (n = 18) en die kontrolegroep (n = 18).....	49
4.2	Bevindinge volgens Mann-Whitney se U-toets soos bereken op die Carroll- en Hamilton-depressieskaal, asook die IPAT-angsskaal.....	50
4.3	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se tevredenheid met die hoeveelheid inligting ontvang.....	52
4.4	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se post-operatiewe liggaamsmassa.....	54
4.5	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se post-operatiewe liggaamlike oefening.....	56
4.6	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se belewing van seksuele aanvaarding deur die eggenoot.....	58
4.7	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se seksuele funksionering.....	60
4.8	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se onduidelikheid insake hormoonbehandeling.....	62
4.9	Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se algemene gesondheid na die operasie.....	64

FIGURE

Bladsy

4.1	Huwelikstatus	42
4.2	Getal kinders	43
4.3	Behoeftte aan nog kinders.....	44
4.4	Opvoedkundige kwalifikasies	45
4.5	Jaarlikse inkomste	46
4.6	Die gemiddelde tellings van die Hamilton- depressieskaal, die Carroll-depressieskaal en die IPAT-angsskaal.....	48
4.7	Tevredenheid met die hoeveelheid inligting ontvang	53
4.8	Post-operatiewe liggaamsmassa.....	55
4.9	Post-operatiewe liggaamlike oefening	57
4.10	Seksuele aanvaarding deur eggenoot.....	59
4.11	Seksuele funksionering	61
4.12	Onduidelikheid insake hormoonbehandeling.....	63
4.13	Algemene gesondheid.....	65

HOOFSUK 1

INLEIDING

1.1 Probleemstelling

'n Histerektomie (die verwydering van die uterus of baarmoeder) is dié operasie wat die meeste op vroue uitgevoer word - meermale, volgens talle dokters, sonder dat pasiënte behoorlik oor die gevolge daarvan ingelig word (Llewellyn-Jones, 1974; Renshaw, 1988).

Talle vroue ervaar probleme wanneer hulle 'n histerektomie moet ondergaan. Vrese, 'n gevoel van verminking en wanopvattinge reflekteer dié probleme (Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1988a).

Aangesien ginekologie-sake een van die "most rushed" areas in die hospitaal is (Gould, 1986), is dit verstaanbaar dat die mediese personeel nie die nodige tyd aan 'n pasiënt kan afstaan om haar genoegsaam in te lig oor die aard en gevolge van die operasie nie. Gevolglik glo talle pasiënte aan die wanopvattinge wat die rondte doen en het hulle nie die moed om "die dokter se tyd met lastige vrae te mors nie".

Volgens Lalinec-Michaud en Engelsmann (1989) se studie was tussen 23% en 40% van die histerektomie-pasiënte ontevrede met die ondersteuning wat hulle van hul ginekoloog ontvang het. Lalinec-Michaud en Engelsmann (1988a) beweer dat die verskaffing van inligting en 'n empatiese houding aan die kant van die hospitaalpersoneel en die gesin daartoe kan bydra dat die pre- en post-operatiewe aanpassing van die histerektomie-pasiënt kan verbeter, terwyl Dulaney, Crawford en Turner (1990) ook beweer dat chirurgiese pasiënte oor die algemeen meer ondersteuning en inligting van die hospitaalpersoneel benodig, as wat hulle wel ontvang.

Volgens Renshaw (1988) word hospitaalpersoneel die slagoffer van roetine en beskou hulle komplekse chirurgie as alledaags. Gevolglik besef die personeel dikwels nie oor hoe min inligting die pasiënt beskik nie.

Gould (1986) beweer dat verpleegpersoneel as sodanig ook nie voldoende inligting aan histerektomie-pasiënte verskaf nie, omdat hulle eie kennis beperk is tot die vroeë stadium van die herstelproses.

1.2 Doelstelling

Die doel van hierdie studie is om vas te stel of 'n biblioterapeutiese program die psigologiese aanpassing van histerektomie-pasiënte post-operatief positief beïnvloed. Terselfdertyd dien die studie om die wyer toepassing van biblioterapie - die gebruik van literatuur as 'n hulpmiddel ... om geestesgesondheid te bevorder (Plug, Meyer, Louw & Gouws, 1986) - na te vors, aangesien Sclabassi (1980, p.55) tereg verklaar dat "... (bibliotherapy) still remains largely unexplored, and not all is known about its application and effects".

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word 'n oorsigtelike beeld van die literatuur gegee wat handel oor die invloed wat 'n histerektomie op die vrou se post-operatiewe aanpassing het. Meer spesifiek sal die indikasies vir 'n histerektomie, die gevolge daarvan, asook die faktore wat lei tot post-operatiewe herstel, bespreek word.

Biblioterapie, as 'n vorm van psigologiese hulpverlening, word onder die loep geneem. Daar word aandag gegee aan die belangrikheid van korrekte inligting vir die histerektomie-pasiënt. Die geskiedenis en die aard van biblioterapie, asook die indikasies daarvoor word uiteengesit.

2.2 Histerektomie

2.2.1 Omskrywing

Volgens Plug et al. (1986) is 'n histerektomie "die chirurgiese verwydering van die uterus (baarmoeder). Die uterus of baarmoeder is die hol, spierryke orgaan in die bekken van 'n vrou... waarin die bevrugte ovum tot ontwikkeling kom". In die volwasse vrou is die uterus 7.5 cm lank, 5 cm breed en het dit 'n massa van 40 g (Glanze, Anderson, Urdang & Swallow, 1986).

Daar is hoofsaaklik twee tipes histerektomies: eerstens, 'n totale histerektomie waarin slegs die uterus verwyder word en tweedens, 'n radikale histerektomie waarin die uterus, die ovaria (eierstokke) en die omliggende limfkliere verwyder word. Verder word daar ook onderskei tussen 'n abdominale en 'n vaginale histerektomie. Tydens 'n abdominale histerektomie word die uterus deur 'n snit in die buik verwyder. Tydens 'n vaginale histerektomie word die uterus deur 'n snit in die vagina verwyder en is daar nie 'n uitwendige wond nie (Glanze et al., 1986).

Die uterus het hoofsaaklik twee funksies:

- Die bevrugte eiersel ontwikkel en groei in die uterus totdat die baba gebore word.
- Die uterus speel 'n kernrol in menstruasie. Indien die eiersel nie bevrug word nie, word die verdikte voering van die uterus tydens menstruasie via die vagina uitgeskei (Basmajian, 1976).

Na 'n histerektomie kan 'n vrou nie meer kinders baar nie. Sy sal ook nie meer menstrueer nie.

2.2.2 Indikasies

Uit die literatuur (Glanze et al., 1986; Gould, 1986; Kuczynski, Wright & Beane, 1987; Lindeque, 1991) blyk die volgende indikasies vir 'n histerektomie te wees:

- erge bloeding tydens menstruasie (64% van die pasiënte in Gould (1986) se studie het die operasie as gevolg van dié rede ondergaan);
- 'n goed- of kwaadaardige gewas;
- endometriose ('n toestand waar die slymvlies wat die binnewand van die uterus uitvoer, buite die uteriene holte voorkom);
- prolaps van die uterus (onvoldoende ondersteuning of afsakking van die pelvisse organe);
- herhalende infeksies;
- sterilisasie;
- chroniese pelvisse kongestiesindroom, en
- septiese aborsie.

2.2.3 Voorkomssyfer

Volgens Kilkku, Lehtinen, Hirvonen en Grönroos (1987) neem die getal histerektomies wêreldwyd toe. Dié outeurs voer hoofsaaklik twee redes aan vir dié toename: eerstens dat daar vandag meer indikasies vir die operasie is as vroeër en tweedens dat die operasie veiliger geword het.

By die Universitas Hospitaal in Bloemfontein is daar 117 histerektomies gedurende 1991 gedoen. Dit is 'n toename van 30% in vergelyking met die vorige jaar (Jaarverslag, 1991, Departement Ginekologie en Obstetrie, UOVS).

2.2.4 Gevolge

In die literatuur word talle teenstrydige navorsingsresultate gevind insake die aan- of afwesigheid van psigologiese probleme na 'n histerektomie.

Lindemann het in 1941 die bestaan van 'n post-histerektomiesindroom gesuggereer toe hy die algemene voorkoms van depressie na 'n buikoperasie aangetoon het. Lindemann het onderhoude gevoer met 40 vroue wat buikoperasies by die Massachusetts General Hospital ondergaan het. Dertien van die 40 pasiënte was rusteloos, slapeloos, geagiteerd en gepreokkupeerd met depressiewe gedagtes vir 'n tydperk van meer as drie maande na die operasie.

Verskeie ander outeurs het ook 'n verhoging in die insidensie van emosionele probleme na 'n histerektomie gevind (Ananth, 1983; Kilku et al., 1987; Oates & Gath, 1989; Richards, 1973; Roeske, 1978; Salter, 1985; Savage, 1981). Daar was egter ook 'n aantal navorsers wat nie 'n toename in emosionele probleme na 'n histerektomie gevind het nie (Gath, Cooper & Day, 1982; Gitlin en Pasnau, 1989; Gould, 1986; Hyde, 1979; Jenkins, 1983; Moore & Tolley, 1976; Ryan, Dennerstein & Pepperell, 1989).

Gath et al. (1982), asook Lalinec-Michaud, Engelsmann en Marino (1988b) skryf die teenstrydighede aan die verskillende navorsingsontwerpe en -metodes toe.

Lalinec-Michaud et al. (1988b) vind wel dat 20% van die histerektomie-pasiënte wat hulle by die McGill University in Montreal ondersoek het, die operasie as 'n bedreiging vir hul selfbeeld ervaar. Die pasiënte voel vermink en "less of a woman". Dié vroue het ook meer vrese in verband met veroudering, massatoename en verlies van vroulikheid as die kontrolegroep.

Domeena Renshaw, 'n professor in psigiatrie en direkteur van die Sexual Dysfunction Clinic, Loyola University, Chicago, beweer in 1988 dat daar verskeie wanopvattinge, bekommernisse en vrese by histerektomie-pasiënte voorkom. Hierdie wanopvattinge, bekommernisse en vrese sentreer primêr rondom verlies

van vroulikheid, persoonlike aantreklikheid, seksuele omgang, toename in massa, heling van die wond, liggaamsveranderinge en die huweliksmaat se reaksie.

Gath et al. (1982) vind met navorsing wat hulle by die Warneford Hospital in Oxford gedoen het dat histerektomie-pasiënte se psigiatriese morbiditeit reeds voor die operasie hoër is as dié van die algemene bevolking. Dit dui dus daarop dat die ontstaan van psigologiese versteurings na 'n histerektomie nie noodwendig na die operasie teruggevoer kan word nie. Gath et al. asook Gitlin en Pasnau (1989) skryf dié hoër voorkoms van psigologiese versteurings pre-operatief toe aan simptome soos oorfloedige menstruasie wat onaanvaarbaar en stremmend vir die vrou se daaglikse funksionering is.

In dieselfde verband vind Hyde met navorsing wat sy in 1979 by die Universiteit van die Witwatersrand gedoen het dat die verlies van die uterus vier maande post-operatief nie vir die vrou meer traumaties is as die verlies van 'n ander interne orgaan, in dié geval die galblaas, nie.

Jenkins (1983) toon in 'n studie by die Brighton Hospital in Sussex aan dat histerektomie-pasiënte wat nie voor hul operasie 'n psigiatriese versteuring gehad het nie, ook nie ná die histerektomie meer dikwels hul algemene praktisyn konsulteer in hierdie verband nie. Dié outeur vind selfs dat pasiënte wat wel voor die histerektomie vir 'n psigiatriese versteuring behandel is, na die histerektomie beduidend minder vir soortgelyke versteurings behandel is. Jenkins veronderstel dat ginekologiese simptome voor die operasie foutiewelik aan psigiatriese versteurings toegeskryf word.

Uit die genoemde navorsingsresultate is dit duidelik dat 'n histerektomie nie noodwendig tot aanpassingsprobleme lei nie, maar dat dit wel 'n traumatiese ervaring vir die vrou kan wees.

Spesifieke probleme wat met 'n histerektomie gepaard kan gaan, word vervolgens bespreek.

(1) Depressie

Daar is teenstrydige navorsingsresultate in die literatuur aangaande die voorkoms van depressie by 'n vrou wat 'n histerektomie ondergaan het.

In 1978 vind Roeske by die Indiana University School of Medicine in 'n klein studie van 21 histerektomie-pasiënte dat daar 'n hoër insidensie van depressie onder dié pasiënte is, as onder ander post-chirurgiese vroulike pasiënte. Volgens die outeur word 'n vrou se potensiaal vir depressie verhoog deur die teenwoordigheid van maligniteit in die uterus, predisponerende persoonlikheidseienskappe, 'n vorige geskiedenis van depressie en huweliksdisfunksie.

Ananth, 'n professor in psigiatrie by die University of California, doen in 1983 'n literatuurstudie en kom tot die gevolgtrekking dat post-operatiewe depressie wel by histerektomie-pasiënte voorkom en dat depressie op sy beurt weer moontlik aanleiding kan gee tot seksuele probleme.

In 1987 vind Kilku et al. ook dat 'n histerektomie wel tot depressie kan lei. In hierdie studie is onderhoude met 212 histerektomie-pasiënte pre-operatief en ses weke, ses maande, een jaar en drie jaar post-operatief gevoer.

Salter vind in 1985 met 'n studie waarin 102 histerektomie-pasiënte ondervra is, dat vlakke van angs en depressie beduidend hoër was by die eksperimentele groep as by die kontrolegroep. Die hoë depressietelling het hoofsaaklik met simptome van erge bloeding gekorreleer, terwyl hoë angstellings weer met klagtes van chroniese pynlike menstruasie gekorreleer het.

Lalinec-Michaud en Engelsmann doen in 1985 'n studie by die McGill University in Montreal waarin 102 histerektomie-pasiënte betrek is. Hierdie navorsers vind dat depressie meer voorgekom het in angstige pasiënte, in pasiënte waar die histerektomie 'n noodoperasie was en in pasiënte wat pre-operatief bang was vir moontlike veranderinge in hulle seksuele funksionering na die operasie. Drie jaar later vind dieselfde outeurs in 'n studie waar 152 histerektomie-pasiënte met 108 ander chirurgiese pasiënte vergelyk is, dat daar post-operatief 'n algemene afname in depressie in albei groepe was. Dié outeurs kom tot die gevolgtrekking dat 'n histerektomie eerder die algemene gesondheid van die pasiënt verbeter as wat dit tot depressie aanleiding gee (Lalinec-Michaud et al., 1988b).

Gitlin en Pasnau (1989) beweer dat depressie tydens die periode voor die operasie en die tyd daarna, nie groter is as tydens enige ander periode nie. Die outeurs kom tot die gevolgtrekking dat vroeëre studies veral op post-operatiewe depressie gedui het, maar dat studies in die laaste dekades min aanduiding van dié versteuring gee.

Moore en Tolley vind in 1976 in 'n studie met 80 pasiënte by die Duke University Medical Center in Noord-Carolina dat die meerderheid pasiënte wat post-operatief aan depressie lei, ook voor die operasie aan dié gemoedsversteuring gelei het. 'n Histerektomie gee dus nie noodwendig aanleiding tot die ontstaan van depressie nie, maar kan moontlik wel 'n meganisme wees om die latente depressie af te sneller.

By die University of Calgary in Kanada het Meikle, Brody en Pysh (1977) in 'n studie met 55 histerektomie-pasiënte ook gevind dat 'n histerektomie nie tot 'n groter mate aanleiding gee tot depressie as 'n cholelistektomie nie.

Gould (1986) het by die Orsett Hospital in Essex onderhoude met 85 pasiënte gevoer en ook verskeie vraelyste, onder andere die Beck-depressieskaal, laat voltooi. Dié navorser kry 11 maande na die operasie ook min aanduidings van depressie.

Ryan et al. van die Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists ondervra 90 pasiënte in 1989 en toon ook aan dat 'n histerektomie nie tot enige psigologiese probleme lei nie. Die outeurs vind egter dat daar reeds voor die operasie 'n hoër voorkoms van psigiatriese siektes by die pasiënte teenwoordig was, as wat van die algemene populasie verwag sou word. Verder vind die outeurs dat die pasiënte se psigiatriese simptome na die operasie verminder het.

(2) Angsversteurings

Cooper en Gath (1983) vind dat 'n veralgemeende angsversteuring 18 maande na die operasie meer onder histerektomie-pasiënte voorkom as onder die algemene bevolking.

In dieselfde verband vind Lalinec-Michaud en Engelsmann (1984) in 'n studie waar 102 histerektomie-pasiënte ondervra is, dat die moontlikheid van kanker en swak seksuele funksionering na die operasie die oorsake vir pre-operatiewe angns by pasiënte is. Hierdie outeurs vind ook dat vroue wat reeds voor die operasie 'n hoë angsvlak het, na die operasie meer vatbaar vir depressie is as vroue met 'n laer angsvlak. Lalinec-Michaud en Engelsmann beweer ook dat pasiënte se vrae oor hul seksuele funksionering na die operasie nie voldoende deur ginekoloë beantwoord word nie. Hierdie situasie gee aanleiding tot verwarring, onkunde en

wanopvatting wat die normale angstigheid van die pre-operatiewe periode vererger.

(3) Seksuele funksionering

Verskeie outeurs (Ananth, 1983; Dulaney et al., 1990; Gould, 1986; Kuczynski et al., 1987; Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1989) beweer dat 'n histerektomie die pasiënt se seksuele funksionering kan beïnvloed.

Die oorsake van seksuele probleme na 'n histerektomie het volgens Ananth (1983) betrekking op die volgende vier aspekte: vroulikheid, anatomie, depressie en psigodinamika. Die pasiënt se vroulikheid word bedreig omdat sy haarself as vermink mag sien en deur die feit dat sy nie meer kinders kan baar nie. Anatomies mag die histerektomie lei tot die verkorting van die vagina wat seksuele probleme tot gevolg kan hê. Depressie mag lei tot seksuele probleme omdat die geslagsdrang drasties kan afneem tydens 'n depressiewe episode. Psigodinamies kan 'n vrou se pre-operatiewe konflikte, haar probleme rondom identiteit en haar fantasië 'n rol speel in post-operatiewe seksuele probleme.

Ananth beklemtoon die belangrikheid van seksuele voorligting aan albei huwelikspare voor en na 'n histerektomie. Hy beveel aan dat die ginekoloog die pasiënt se man voor die operasie moet sien, sodat die operasie ook met hom bespreek word. Sommige mans mag dink hulle vrouens is "nie meer 'n vrou nie" en soos wat een pasiënt se man dit stel: "If you do not have a womb you are not really a woman; if you are not a woman, what am I?" (Ananth, 1983, p.214).

Gould (1986) vind dat 27% van die pasiënte in haar studie 11 maande na die operasie steeds probleme met hul seksuele funksionering het, terwyl 20% pasiënte 'n meer bevredigende seksuele verhouding as voor die operasie het. Die pasiënte skryf die verbetering in hul seksuele funksionering toe aan die feit dat hulle nie meer las het van erge bloeding nie en dat hulle ook nie meer oor voorbehoedmiddels bekommerd hoef te wees nie.

In Kuczynski et al. (1987) het 30 histerektomie-pasiënte by die Wayne State University ondervra. Volgens hierdie studie het alle vroue, en veral die vroue jonger as 42 jaar, bekommernisse oor seksuele verhoudings gehad. Dié outeurs beweer dat jonger pasiënte meer voorligting en ondersteuning nodig het, veral ten opsigte van seksualiteit en die chirurgie self.

Lalinec-Michaud en Engelsmann (1984) beklemtoon ook die feit dat 'n vrou se seksuele vrese nie geïgnoreer moet word nie, selfs al roer sy nie self die onderwerp aan nie. Dulaney et al. (1990) vind dat vroue herhaaldelik probleme oor seksuele funksionering wil bespreek en dat hulle veral met 'n vrou daarvoor wil praat. Laasgenoemde verklaar moontlik die rede waarom vroue huiwerig is om probleme met ginekoloë, wat meestal mans is, te bespreek.

Lalinec-Michaud en Engelsmann (1989) vind in 'n studie met 152 histerektomie-pasiënte dat verskeie wanopvattinge rondom seksualiteit voorkom, byvoorbeeld dat die teenwoordigheid van die uterus en die ovaria noodsaaklik is vir seksuele bevrediging. Dié outeurs kom tot die gevolgtrekking dat die beskikbaarstelling van inligting aan alle pasiënte moet verbeter.

Kuczynski et al. (1987) verklaar tereg dat die gepaardgaande gevolge van 'n histerektomie 'n invloed het op die vroulike identiteit en seksualiteit. Die operasie het unieke mediese en emosionele betekenis vir die vrou asook vir ander belangrike persone in haar lewe.

(4) Liggaamsmassa

Die wanopvatting dat histerektomie-pasiënte se liggaamsmassa post-operatief toeneem, bestaan (Lee, 1989; Llewellyn-Jones, 1974). Lee stel dit duidelik dat 'n histerektomie nie 'n toename in liggaamsmassa tot gevolg het nie, maar dat pasiënte geneig is om minder aktief te wees as voor die operasie en daarom neem hul massa toe. Verskeie outeurs (Gorvy, 1984; Lee, 1989; Llewellyn-Jones, 1974; Williams, Valderrama, Gloria, Pascoguin, Saavedra, De La Rama, Ferry, Abaguin & Zaldivar, 1988) beklemtoon die belang van 'n gebalanseerde dieet en liggaamlike oefening na die operasie.

2.2.5 Faktore wat herstel beïnvloed

In die literatuur (Kuczynski et al., 1987; Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1984, 1985, 1988a; Roeske, 1978) word 'n aantal faktore beskryf wat die post-operatiewe herstel van histerektomie-pasiënte beïnvloed.

(1) Ouderdom

Kuczynski et al. (1987) vind dat vroue jonger as 42 jaar hulle meer bekommer oor die chirurgie as ouer vroue. Dié bekommernis verdwyn egter spoedig na die operasie. Ouer vroue pas makliker aan by die idee van chirurgie, maar na die operasie het hulle ernstiger probleme met werk, huistake en die sosiale omgewing as jonger vroue.

(2) Pre- en post-menopausale vroue

Die menopouse is die staking van menstruasie wanneer die ovaria (eierstokke) nie meer ova (eierselle) en estrogeen produseer nie en die normale hormoonsiklus van die vrou dus verander, gewoonlik op ongeveer 50-jarige ouderdom (Plug et al., 1986).

Die pre-menopausale vrou het nog nie die menopouse bereik nie. Sy menstrueer nog en sy kan nog kinders baar. 'n Histerektomie mag 'n groter emosionele impak op haar hê, veral as sy nog kinders wou hê (Tang, 1985). Lalinec-Michaud en Engelsmann (1989) vind ook dat die klem wat die gemeenskap op die vrou se voortplantingsvermoë plaas, haar post-operatiewe aanpassing beïnvloed.

Die post-menopausale vrou het haar menopouse bereik, sy menstrueer nie meer nie en sy is reeds daarvan bewus dat sy nie meer kinders kan hê nie. Sy mag 'n histerektomie makliker aanvaar. Sy mag haar egter steeds bekommer oor haar gevoel van vroulikheid en haar seksuele funksionering na die operasie (Roeske, 1978).

(3) Kulturele verskille

In 1989 ondersoek Lalinec-Michaud en Engelsmann die rol van kulturele verskille in die etiologie van depressie na 'n histerektomie. Honderd-twee-en-vyftig histerektomie-pasiënte van verskillende bevolkingsgroepe is ondervra. Hierdie studie suggereer dat opvoeding, die tipe gemeenskap (patriargaal of matriargaal), asook die klem wat die kultuur op die vrou se voortplantingsvermoë plaas, van die faktore is wat 'n rol speel.

(4) Opvoedkundige kwalifikasies

Volgens Lalinec-Michaud en Engelsmann (1989) is die rol van opleiding nog min in die literatuur oor histerektomie-pasiënte beklemtoon. Dié outeur vind dat vroue met 'n lae vlak van opvoedkundige kwalifikasies meer geneig is tot depressie na 'n histerektomie. In 1985 vind dieselfde outeurs dat jong vroue met 'n lae vlak van opleiding en 'n groot aantal kinders meer geneig is tot post-operatiewe depressie. Moore en Tolley (1976) vind ook dat pasiënte met minder as 12 jaar opleiding meer geneig was tot depressie na die operasie.

Kuczynski et al. (1987) suggereer ook dat histerektomie-pasiënte met naskoolse opleiding minder stres, angs en depressie ervaar as vroue sonder naskoolse opleiding. Volgens die outeurs is die rede hiervoor dat vroue met naskoolse opleiding oor meer kennis beskik en ook 'n beter persepsie van hul vermoë en hulle beheer oor die situasie het.

(5) Tyd

Lalinec-Michaud en Engelsmann (1985) vind dat vroue wat 'n noodoperasie moes ondergaan, meer geneig was tot depressie na die operasie. Volgens die outeurs suggereer die bevinding dat 'n vrou tyd nodig het om haar self vir die operasie voor te berei, om inligting in te win en ondersteuning te soek. Daar moet tyd gegun word vir die rouproses oor 'n belangrike deel van die self. Stanfill (1982) wys dan ook daarop dat 'n vrou se reaksie op 'n histerektomie ooreenstem met die fases van 'n rouproses soos Kübler-Ross dit beskryf.

(6) Inligting

Talle outeurs (Ananth, 1983; Dulaney et al., 1990; Gould, 1986; Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1985, 1988a, 1989; Renshaw, 1988; Singh, Raphael, Gyaneshwar & Johnston, 1983) beweer dat gebrekkige en foutiewe inligting veroorsaak dat histerektomie-pasiënte post-operatiewe probleme ondervind. Hierdie aspek word later breedvoerig bespreek.

(7) Ondersteuning

Ananth (1983), Dulaney et al. (1990), Lalinec-Michaud en Engelsmann (1988a, 1989), Tang (1985) asook Webb en Wilson-Barnett (1983b) beklemtoon die

positiewe rol wat 'n ondersteunende eggenoot ten opsigte van sy vrou se post-operatiewe aanpassing kan hê. 'n Gebrek aan belangstelling en empatie aan die kant van die eggenoot kan daartoe bydra dat die pasiënt se gevoel van vroulikheid en haar herstelproses negatief beïnvloed word.

Die kwaliteit van ondersteuning wat die vrou ontvang en die reaksie van haar omgewing is dus van uiterste belang vir die vrou se post-operatiewe aanpassing.

Ter afsluiting word verwys na die navorsing wat Roeske (1978) publiseer waarin sy uit 'n literatuurstudie van 19 ander artikels asook uit 'n studie van 21 histerektomie-pasiënte die volgende faktore identifiseer, wat 'n histerektomie-pasiënt se post-operatiewe prognose negatief beïnvloed:

- 'n swak geslagsrolidentiteit;
- 'n geskiedenis van swak streshantering;
- 'n geskiedenis van depressiewe episodes;
- 'n familiegeskiedenis van depressie;
- 'n geskiedenis van verskeie fisiese klagtes en vorige hospitalisasies;
- 'n ouderdom van jonger as 35 jaar;
- 'n begeerte om nog kinders te hê;
- 'n verwagting dat die operasie 'n verlies aan seksuele belangstelling en bevrediging sal veroorsaak;
- 'n negatiewe houding by die eggenoot teenoor die histerektomie;
- huweliksdisfunksie;
- afkeurende kulturele en godsdienstige beskouings, en
- 'n gebrek aan beroeps- en nie-beroepsgerigte belangstellings.

Na aanleiding van die navorsing wat Lalinec-Michaud en Engelsmann in 1984 gedoen het, kan die volgende by bogenoemde faktore gevoeg word:

- lae sosio-ekonomiese status, en
- hoë pre-operatiewe angstellings.

2.3 Biblioterapie

2.3.1 Omskrywing

Biblioterapie impliseer die doelbewuste gebruik van leesstof om te genees of reg te stel (Olivier, B.J., 1983). In talle biografieë en veral outobiografieë word verwys na die invloed van een of ander boek. So het Napoleon sy aspirasies toegeskryf aan wat hy van Julius Caesar gelees het. Die Bybel is seker die mees sprekende voorbeeld van hoe 'n boek die moraliteit van miljoene mense help vorm het (Mulder, 1979).

Daar word verskeie definisies vir biblioterapie in die literatuur aangetref. Vervolgens gaan daar na van hierdie definisies gekyk word.

In 1938 definieer Peterson-Delaney biblioterapie as "the treatment of a patient through selective reading" (p.33). Twyeffort (1940) beskryf biblioterapie as "an aid to treatment which aims at the acquisition, through reading, of a fuller and better knowledge of oneself and one's reactions, resulting in a better adjustment to life" (p.60). Moody en Limper (1971) beweer dat die term biblioterapie vir die eerste keer in 1941 in die bekende Dorland's illustrated medical dictionary opgeneem en toe gedefinieer is as "the employment of books and the reading of them in the treatment of nervous disease" (p.7). Gottschalk (1948) beskryf biblioterapie "simply as a means of psychotherapy through reading" (p.48). In 1959 gee Russell en Shrodes die volgende definisie vir biblioterapie: "a process of dynamic interaction between the personality of the reader and literature - interaction which may be utilized for personality assessment, adjustment and growth" (p.211).

Volgens Plug et al. (1986) is biblioterapie "die gebruik van lees as 'n hulpmiddel in die behandeling van geestesafwykings en -probleme, of om geestesgesondheid te bevorder". Uit die laaste deel van hierdie definisie kan afgelei word dat biblioterapie nie net vir kliniese probleme gebruik word nie, maar ook vir kliënte met ontwikkelings- en aanpassingsprobleme.

2.3.2 Historiese oorsig

Die ontstaan van biblioterapie kan teruggevoer word na Griekse filosowe uit die Antieke Wêreld. Aristoteles (384-322 v.C.) het byvoorbeeld geglo dat literatuur (asook ander kunsvorms) emosies in 'n persoon kan opwek wat 'n helende effek

het (Moody & Limper, 1971). Volgens Brown (1975) het die vroeë Grieke dié interessante opskrif by hulle biblioteekingange gehad: "The healing place of the soul".

In die tweede helfte van die agtiende eeu het Pinel in Frankryk, Chiarugi in Italië en Tuke in Engeland hul uitgespreek teen die benarde toestande wat in inrigtings vir geestesversteurdes geheers het. Hervormings is ingestel wat onder andere lees as 'n belangrike deel van die ontspanningsprogram uitgemaak het. Die gebruik van boeke in die sorg en behandeling van die geestesversteurde is waarskynlik vir die eerste keer in hierdie era toegepas (Brown, 1975).

Vroeg in die twintigste eeu het die eerste biblioteke in hospitale tot stand gekom. Dit was by die Massachusetts General Hospital in Boston en by die McLean Hospital, 'n privaat psigiatriese hospitaal in Waverley, Massachusetts. Die American Library Association het ook biblioteke in hospitale aktief begin ondersteun toe dié vereniging 'n boek, The hospital library in 1923 publiseer (Moody & Limper, 1971).

'n Verdere mylpaal op die gebied van biblioterapie was Caroline Shrodes se doktorsale proefskrif in 1949. Haar teoretiese en kliniese studie demonstreer die gebruik van biblioterapie as 'n metode van behandeling in psigoterapie.

Nog 'n hoogtepunt in die geskiedenis van biblioterapie was die biblioterapiewerkswinkel wat, in samewerking met die American Library Association, in 1964 in Saint Louis gehou is. Hierdie werkswinkel is gekenmerk deur die talle verteenwoordigers van verskeie aanverwante dissiplines soos die psigiatrie, kliniese sielkunde, psigiatriese verpleegkunde, maatskaplike werk en arbeidsterapie (Beatty, 1964).

Biblioterapie word die laaste 50 jaar met groot vrug deur verskillende professionele persone gebruik, onder andere voorligters, maatskaplike werkers, sielkundiges, verpleegkundiges, psigiaters, predikante en opvoedkundiges (Coleman & Ganong, 1988).

2.3.3 Aard en doel

Berry (1978) onderskei tussen kliniese en opvoedkundige biblioterapie. Dié twee rigtings verskil hoofsaaklik ten opsigte van funksie. Kliniese biblioterapie word

hoofsaaklik gebruik in terapie met persone wat emosionele of gedragsprobleme het, terwyl opvoedkundige biblioterapie meer van toepassing is waar ontwikkelingsprobleme en kleiner aanpassingsprobleme ter sprake is. Opvoedkundige biblioterapie is veral nuttig wanneer dit ter voorkoming van probleme aangewend word.

Brammer en Shostrom (1989) beweer ook dat biblioterapie hoofsaaklik twee funksies het: eerstens om inligting te verskaf en tweedens om die psigoterapeutiese proses te versterk. Die outeurs beskryf ook twee tipes biblioterapeutiese literatuur. Die een tipe, waaronder fiksie en biografieë tel, bied aan lesers die geleentheid om hul begrip aangaande verskillende menslike ervarings, soos byvoorbeeld konflik en motivering, te verbreed. Die ander tipe biblioterapeutiese literatuur verskaf inligting en gee praktiese beginsels en feite rondom die oplos van aanpassingsprobleme.

Monroe (1977) tref ook hierdie onderskeid en beskryf die literatuur as didakties of kreatief. Didaktiese literatuur (byvoorbeeld vakliteratuur en selfhelpboeke) het onderrig, verklaring en interpretering ten doel. Die lees van hierdie literatuur is meer 'n intellektuele oefening om die individu 'n begrip van sy omgewing en homself te gee en om hom in beter kontak met die realiteit te bring (Cilliers, 1983).

Aan die ander kant rekonstrueer kreatiewe literatuur (byvoorbeeld biografieë, dramas en romans) die menslike ervaring sodat dit weer beleef kan word. Monroe (1977) onderskei verder tussen geskrewe literatuur en oudiovisuele media soos films en video's. Kreatiewe of verbeeldingsliteratuur het groter moontlikhede vir die ontwikkeling van insig en veranderinge en dit kan met groot vrug in terapie gebruik word, aldus Cilliers (1983). Die emosionele proses tydens die lees van verbeeldingsliteratuur loop parallel met die primêre fases van die psigoanalise, naamlik identifikasie, projeksie, modellering, katarsis en selfinsig (Cilliers, 1983; Shrodes, 1949; Smith, 1982).

Rubin (1979) onderskei op haar beurt tussen drie vorms van biblioterapie, naamlik institusionele, kliniese en ontwikkelingsbiblioterapie. Institusionele biblioterapie is 'n direkte gevolg van die biblioterapie wat in die dertiger jare deur psigiaters, veral William Menninger (1937), toegepas is. Hy het didaktiese leesstof aan geïnstitutionaliseerde pasiënte gegee en dit dan later met hulle bespreek. Kliniese biblioterapie verwys na die gebruik van verbeeldingsleesstof met groepe pasiënte wat emosionele of gedragsprobleme het, terwyl

ontwikkelingsbiblioterapie weer na die gebruik van verbeeldings- en didaktiese leesstof met groepe "normale" individue verwys. Die doel is om normale ontwikkeling en selfaktualisering te bevorder.

Opsommend kan dus gesê word dat biblioterapie hoofsaaklik terapeutiese veranderinge, voorkoming van psigiese probleme en die bevordering van normale ontwikkeling ten doel het.

(1) Doelwitte van biblioterapie

Rongione (1972) identifiseer die doelwitte van biblioterapie as volg:

- Om 'n persoon te leer om positief en konstruktief te dink en sodoende negatiewe en pessimistiese gedagtepatrone te vermy.
- Om 'n persoon aan te moedig om gemaklik en eerlik oor probleme te praat, wat vroeër deur vrees, skaamte en skuldgevoelens nie moontlik was nie.
- Om 'n persoon te help om sy houding en gedrag te ontleed en tot beter begrip vir sy emosionele reaksies en frustrasies te kom.
- Om uit te lig dat meer as een oplossing vir 'n probleem moontlik is.
- Om 'n persoon se selfbeeld te verbeter.
- Om 'n persoon aan te moedig om by omstandighede aan te pas en sodoende konflik te verminder. Dit word gedoen deur die aanpassing van 'n karakter in 'n verhaal met soortgelyke omstandighede.
- Deur die bewuswording dat baie ander persone dieselfde probleem het, word die gevoel van isolasie en vrees verminder.
- Om die persoon te help om sy eie en ander persone betrokke se motiewe te verstaan.
- Die stimulering van 'n persoon se verbeelding sonder die blootstelling aan gevare van sekere werklike ondervindings.
- Die oordra en versterking van sosiale en kulturele moraliteit.
- Algemene motivering om saam te werk.
- Dien as terapeutiese ondervinding wat 'n persoon aanmoedig om die realiteit voor oë te sien en konstruktiewe plan van aksie op te stel.

(2) Gebruiksbeginsels

In die literatuur (Annon, 1981; Brammer & Shostrom, 1989; Cilliers, 1983; Kaap die Goeie Hoop Biblioteekdiens, 1989; Moses & Zaccaria, 1969) word verskeie basiese beginsels vir die gebruik van biblioterapie aangetref.

In die eerste plek moet die terapeut goed vertrouwd wees met die leesstof wat hy aanbeveel. Indien die terapeut nie genoegsame kennis dra van die leesstof nie, kan hy pasiënte mislei en sal hy moontlik nie aan hul behoeftes voldoen nie. Die terapeut moet die leesstof met vertroue kan aanbeveel, sodat die pasiënt se belangstelling geprikkel word. Verder moet die leesstof vir die pasiënt se ouderdom, ervaring en taalgebruik toepaslik wees.

Tydsbepaling is ook 'n belangrike faktor. Biblioterapie moet op 'n geskikte tyd aan die pasiënt voorgestel word. Die pasiënt moet byvoorbeeld nie onder die indruk gebring word dat sy probleem so eenvoudig is dat hy dit sommer met die lees van 'n boek kan oplos nie. Aan die ander kant moet die terapeut ook nie die indruk skep dat hy nie meer die pasiënt kan help nie en daarom moet hy liever 'n boek gaan lees. Die pasiënt moet met ander woorde die idee van leeswerk goed begryp en aanvaar.

'n Bespreking van die leesstof nadat die pasiënt dit bemeester het, is baie belangrik. Die terapeut moet aan die kliënt die geleentheid bied om vrae te vra en om belangrike idees te bespreek, sodat moontlike wanopvattinge reggestel kan word.

'n Lys van voorgestelde bronne kan gebruik word om lees te stimuleer. Brammer en Shostrom (1989) beveel aan dat boeke, tydskrifte en brosjures in die psigoterapeut se wagkamer gelaat word. Op hierdie wyse kan pasiënte aangemoedig word om te lees.

Leesstof van 'n mindere omvang byvoorbeeld artikels in tydskrifte of brosjures, is dikwels van meer waarde as 'n dik boek. Omvangryke leesstof kan die pasiënt se aandag aftrek en sodoende kan belangrike beginsels misgekyk word.

Wolberg (1988) beklemtoon die feit dat die leesstof korrek gekeur, voorberei en aangebied moet word. Die leser moet nie voel dat hy net op sy foute gewys word

nie, maar 'n klimaat van aanvaarding en 'n siening dat almal foute het, moet in die leesstof geskep word.

(3) Die keuring van leesstof

Die korrekte keuse van leesstof is ook 'n belangrike beginsel in biblioterapie.

Botha, Bester en Smith (1991) wys daarop dat daar 'n behoefte bestaan aan kriteria waarvolgens boeke vir biblioterapie geselekteer moet word. Volgens die outeurs is daar opvallende leerntes by psigoterapeute met betrekking tot die aanleer en hantering van biblioterapeutiese vaardighede. Psigoterapeute beskik byvoorbeeld nie oor die nodige kennis van lektuur nie en hulle dra ook nie kennis van seleksiekriteria nie.

Volgens Stutterheim en Kroon (1991) word die sukses van biblioterapeutiese gebeure bepaal deur die korrekte keuse van leesstof. Hierdie keuse moet met groot omsigtigheid en verantwoordelikheid gedoen word. By die keuse van leesstof neem die outeurs die persoon se ontwikkelingsfase in ag. Vir die volwassene is kennis in verband met die huweliksverhouding, seksualiteit en ouerskap veral van belang en sogenaamde selfhelpboeke kan hier gebruik word, byvoorbeeld Deist en Jordaan (1990) se boek Mamma was ek eers 'n bobbejaantjie? Geslagsleiding vir kleintjies, asook Zilbergeld en Lazarus (1987) se boek Mind power, Our useless fears van Wolpe (1981) en In the mind's eye van Lazarus (1977).

B.J. Olivier (1983) gee die volgende riglyne vir die keuse van leesstof wanneer biblioterapie vir kinders oorweeg word:

- Die moeilikheidsgraad van die leesstof moet binne die begrip van die kind val.
- Die leesstof moet by die kind se lewenswerklikheid aansluiting vind.
- Dit moet by die geslag, milieu en ouderdom van die kind aanpas.
- Die karakters van die fiktiewe verhaal moet eg en lewensvatbaar uitgebeeld word en die filosofiese bespiegeling moet logies en aanvaarbaar wees.
- Die uitwerking van die leesstof op die gemoedslewe van die kind moet in ag geneem word.

- Die leesstof behoort gebruik te word tot inleiding en aanvulling van die gesprek. Dit moet indirek die kommunikasie met die kind en tussen ouer en kind kan stimuleer.

As daar na die keuring van didaktiese literatuur gekyk word identifiseer Cilliers (1983) die volgende riglyne:

- die gesaghebbendheid van die outeur;
- die omvang en akkuraatheid van die literatuur;
- die styl en aanbieding;
- fisieke voorkoms en tipologie;
- die tydigheid van die literatuur, en
- die waarde vir die kliënt.

(4) Gebruiksmoontlikhede

Biblioterapie kan vir 'n wye reeks van probleme aanbeveel word. Uit die literatuur (Annon, 1981; Kaap die Goeie Hoop Biblioteekdiens, 1989; Small, 1979; Stutterheim & Kroon, 1991; Wolberg, 1988) word onder andere die volgende gebruiksmoontlikhede vir biblioterapie gevind:

- probleme in ouer-kindverhoudings;
- menseverhoudings;
- aanneming en pleegsorg;
- gedragsprobleme;
- gesondheid;
- verstandelike gestremdheid;
- fisiese gebreke;
- kindermishandeling;
- seksuele probleme;
- masturbasie;
- menstruasie;
- swangerskap;
- droomanalise;
- geweld;
- oorlog, en
- dood.

Wolberg (1988) noem byvoorbeeld dat 'n pasiënt wat reeds seksuele probleme in psigoterapie opgelos het, se intieme lewe nog meer kan verbeter wanneer die persoon toepaslike materiaal oor die onderwerp lees. So kan 'n persoon wat probleme het met ouer-kindverhoudings ook baat vind by die lees van boeke oor kinderpsigologie.

Verskeie outeurs (Botha et al., 1991; Mulder, 1979; Olivier, B.J., 1983; Olivier, S.E., 1985; Pardeck & Pardeck, 1987, 1988; Smith, 1982; Van Dyk, 1989; Wolberg, 1988) noem dat biblioterapie uiters geskik is vir kinders met probleme. Kinders word maklik "vasgevang" in 'n storie. Die kind identifiseer met een van die karakters en raak so op 'n indirekte manier ontslae van emosionele energie. Die kind kan sien hoe die karakters in die boek negatiewe emosies soos angs en frustrasie hanteer, hy kry insig in alternatiewe oplossings vir 'n probleem en hy kan ook meer bewus raak van persoonlike behoeftes, gevoelens en motiewe.

Biblioterapie is uiteraard nie net geskik vir kinders nie, maar kan met groot vrug vir adolessente, volwassenes en bejaardes gebruik word (Stutterheim & Kroon, 1991). Howie (1983) het byvoorbeeld 'n biblioterapeutiese program op 'n groep bejaarde depressiewe pasiënte toegepas en talle voordele van dié terapie uitgewys, onder andere dat die groepslede meer spontaan aan groepsbesprekings kon deelneem as in ander groepe waar leeswerk nie gebruik is nie.

Wright en Schrodt (1989) noem dat biblioterapie as 'n metode van psigo-opleiding gebruik kan word om onder andere wanopvattinge oor medikasie uit die weg te ruim. Die outeurs beklemtoon die feit dat die pasiënt inligting in geskrewe vorm moet ontvang, want die pasiënt kan nie al die feite in verband met die medikasie onthou nie en 'n boek of brosjure kan dan as versterking van dié inligting dien.

Coleman en Ganong (1988) bespreek 265 boeke wat biblioterapeuties vir kinders met stiefouers gebruik kan word. Volgens die outeurs kan biblioterapie genoegsame inligting, advies en riglyne aan hierdie kinders gee, sodat hulle makliker by hul nuwe omstandighede kan aanpas.

Verskeie ander outeurs (Brown, 1975; Kaap die Goeie Hoop Biblioteekdiens, 1989; Moody & Limper, 1971; Wolberg, 1988) publiseer ook die name van talle boeke en brosjures wat vir verskeie biblioterapeutiese doeleindes gebruik kan word.

(5) Biblioterapie as hulpmiddel in ander terapeutiese benaderings

Biblioterapie word dikwels as 'n hulpmiddel in ander terapeutiese benaderings gebruik. Hier volg 'n bespreking van enkele voorbeelde.

Albert Ellis (1987) beskryf die ontwikkeling wat daar op die gebied van rasioneel-emosiewe terapie (RET) en kognitiewe gedragsterapie plaasvind. Hy beklemtoon veral die feit dat RET wegbeweeg van tradisionele individuele terapie en al meer van psigo-opleidingsmetodes, soos biblioterapie en oudiovisuele terapie, gebruik maak.

Dryden en Ellis (1988) stel ook biblioterapie voor vir kliënte wat moet leer om irrasionele kognisies te betwis. Volgens die outeurs kan biblioterapie die kliënte se nuwe rasonale filosofie versterk. Boeke wat handel oor die beginsels van rasioneel-emosiewe terapie word aanbeveel.

In aansluiting hierby beveel Perris (1989) leeswerk in verband met die rasionaal van kognitiewe terapie vir depressiewe pasiënte aan. Coping with depression (Beck & Greenberg, 1974) is volgens Perris 'n geskikte boek in hierdie verband.

Vir pasiënte met angsversteurings beveel Freeman en Simon (1989) ook leesstof aan. Boeke kan spesifieke aspekte van die terapie beklemtoon en dit gee nuwe idees vir toekomstige bespreking, aldus die outeurs.

Hart (1983) beskryf hoe belangrik dit vir 'n kliënt is om die gewaarwording van sy emosionele ervarings te verbeter - soos wat dit in gestalterapie beskryf word. Die outeur gee vir sy kliënte die huiswerkopdrag om 'n dagboek van hulle emosionele belewenisse te hou. Dan stel hy ook voor dat die kliënte boeke lees oor die gebruik van dagboeke in terapie, byvoorbeeld Keeping your personal journal van Simon (1978).

Lazarus, Kreitzberg en Sasserath beskryf in 1981 'n gevallestudie om die beginsels van multimodale terapie te illustreer. As deel van die behandelingsplan word biblioterapie aanbeveel. Your perfect right: a guide to assertive behavior van Alberti en Emmons (1978) word vir die kliënt aanbeveel om selfhandhawende gedrag te versterk. I can if I want to (Lazarus & Fay, 1975) word voorgestel om

die identifisering van irrasionele gedagtes te bevorder en Becoming orgasmic van Heiman, LoPiccolo en LoPiccolo (1978) kan basiese seksuele inligting verskaf.

McCarthy (1989) noem dat biblioterapie van waarde kan wees as 'n hulpmiddel in sy kognitiewe gedragsbenadering tot seksterapie. Nuttige literatuur beklemtoon veral die volgende:

- die verskaffing van inligting;
- die stel van redelike verwagtings;
- die vermindering van negatiewe emosies soos angs en skuld, en
- die verskaffing van riglyne vir kommunikasie en stimuleringsstegnieke.

Wessler en Hankin-Wessler (1989) beskryf psigo-opleiding in groepsverband. Daar word onder andere van hierdie groepslede verwag om boeke soos Ellis en Harper se A new guide to rational living te lees, sodat persoonlike groei en ontwikkeling gestimuleer kan word.

Biblioterapie is al dikwels in groepsverband gebruik. Howie (1983) het byvoorbeeld met 'n groep bejaarde depressiewe persone gewerk. Rubin (1978) het in haar boek, Bibliotherapy sourcebook, talle goeie voorbeelde waar biblioterapie met 'n groot verskeidenheid pasiënte in groepe gebruik is. Byvoorbeeld Bibliotherapy with chronic schizophrenics (1967) deur Alexander en Buggie; Narcotic addicts take up reading (1954) deur Hannigan en Henderson; Bibliotherapy and the elderly (1976) deur Daniel Sweeney en Bibliotherapy for chronic illnesses (1964) deur Mildred Moody, om maar 'n paar te noem.

2.3.4 Evaluering

Vervolgens word biblioterapie evalueer aan die hand van die waarde en beperkinge asook navorsingsresultate uit die literatuur.

(1) Die waarde van biblioterapie

Volgens Wolberg (1988) het biblioterapie veral waarde vir persone wat nog min kontak met psigoterapie gehad het. Hierdie mense moet eers ingelig word oor emosionele probleme voordat hulle dit in hulself kan herken en die voordele van behandeling kan beseff. Biblioterapie kan wanopvattinge oor geestesgesondheid,

psigiatrie en psigoterapie regstel, verder is dit ook 'n baie handige hulpmiddel in psigoterapie.

Coleman en Ganong (1988) haal navorsing aan wat aantoon dat opvoedkundige biblioterapie veral waarde het om:

- inligting oor te dra;
- insig te bewerkstellig;
- die bespreking van probleme te stimuleer;
- nuwe houdings en waardes oor te dra;
- nuwe oplossings vir probleme voor te stel;
- selfbeeld te bevorder, en
- ontspanning en afleiding aan te moedig.

In aansluiting hierby beskryf Brammer en Shostrom (1989) ook 'n aantal voordele van biblioterapie:

- Die pasiënt raak meer vertrouwd met die terminologie van die onderwerp ter sprake en is dan toegerus om idees en gevoelens makliker uit te spreek.
- Biblioterapie stimuleer die pasiënt se denke en verhoog sy bewustheid van die betrokke saak.
- Deur middel van biblioterapie beseft die pasiënt ook dat ander persone dieselfde probleme en gevoelens het.
- Wanneer die pasiënt 'n behoefte aan spesifieke inligting het, word biblioterapie sterk aanbeveel, want sodoende vermy die terapeut die neiging by pasiënte om die gesprek in 'n vraag-antwoord situasie te omskep.
- Die feit dat biblioterapie tydbesparend in die psigoterapeutiese proses is, word deur verskeie outeurs beklemtoon (Brammer & Shostrom, 1989; Coleman & Ganong, 1988).

Pardeck en Pardeck (1984) asook Painter en Vernon (1981) beklemtoon ook die feit dat biblioterapie die pasiënt help om groter insig in sy probleem te kry en dit skep 'n medium waardeur die pasiënt probleme kan bespreek.

(2) Die beperkinge van biblioterapie

Biblioterapie het nie net voordele nie, daar is ook beperkinge.

Talle outeurs (Cilliers, 1983; Olivier, S.E., 1985; Wolberg, 1988) beklemtoon die feit dat biblioterapie nie alleen vir gedragsprobleme gebruik kan word nie, maar dat dit deur psigoterapie opgevolg moet word. Ouers kan byvoorbeeld lees dat hulle hul kinders moet aanvaar en liefhê, om te verseker dat die kinders tot gesonde volwassenes ontwikkel. Om hierdie inligting te hoor beteken egter glad nie dat die ouers dit aanvaar of hulle eie foute raaksien nie. In ander gevalle mag ouers weer hulle foute besef, maar hulle het nie die vermoë om dit reg te stel nie. Dit is dus belangrik dat biblioterapie in sodanige gevalle deur psigoterapie opgevolg word, want geen diepliggende probleem kan op 'n suiwer intellektuele basis opgelos word nie (Wolberg, 1988). Die pasiënt se angs kan byvoorbeeld ook toeneem as hy oor geestesiektes lees. Die terapeut moet deurentyd hiervan bewus wees en die pasiënt se negatiewe gevoelens as gevolg van die leesstof terapeuties hanteer (Pardeck & Pardeck, 1984).

Brammer en Shostrom (1989) noem die volgende nadele ten opsigte van biblioterapie:

- Indien die pasiënt baie gretig is om inligting te verkry en biblioterapie word dan aanbeveel, mag dit daartoe lei dat die verhouding op 'n te geïntellektualiseerde basis ontwikkel. Die pasiënt neig dan om oor sy probleme te rasionaliseer en die persoon se gereedheid vir terapie kan afneem. Om te lees kan dan by die pasiënt 'n weerstand teen terapie bevorder of selfs 'n plaasvervanger vir terapie word.
- Die pasiënt kan dink dat die leesstof alleen kan help om sy probleme heeltemal op te los, maar hy kry nie die kwaliteit insig wat uit die terapeutiese verhouding sou kon voortspruit nie.
- Daar is ook die pasiënte wie se angs versterk word wanneer hulle oor probleme lees. Hulle sien hulself in elke beskrywing en hul simptome kan vererger.

(3) Navorsingsresultate

Lucy Warner skryf in 1980 'n artikel waarin sy die waarde van biblioterapie sterk betwyfel. Sy beweer dat daar 28 doktorsale proefskrifte oor biblioterapie tussen

1969 en 1980 voltooi is. Tien van hierdie studies was glad nie suksesvol nie en die res lewer teenstrydige resultate op. Sy kom tot die gevolgtrekking dat indien biblioterapie suksesvol is, die gevolge net op die kort termyn van toepassing is.

Schrank en Engels (1981) hersien ook die navorsing wat oor biblioterapie gedoen is. Hierdie outeurs kom, soos Warner (1980) tot die gevolgtrekking dat die navorsing oor biblioterapie teenstrydige resultate oplewer. Hulle beveel aan dat navorsing op 'n meer gereelde basis gedoen moet word - veral ten opsigte van die langtermyngevolge van biblioterapie, voordat enige veralgemenings gemaak kan word.

Navorsingsresultate aangaande biblioterapie in Suid-Afrika is skaars en die wat wel bestaan, lewer teenstrydige resultate op. Tilley (1981) vind in 'n studie wat sy by die Universiteit van Suid-Afrika gedoen het dat biblioterapie met sukses in die rehabilitasie van skisofreniese pasiënte gebruik kan word. Die outeur beveel ook aan dat dié benadering in meer detail ondersoek moet word. By die Randse Afrikaanse Universiteit doen Van der Linde (1986) weer 'n studie met kinders uit enkelouergesinne. Die navorser het 'n biblioterapeutiese program op 'n eksperimentele groep van ses vrywillige standaard vyf leerlinge toegepas en dié groep met 'n kontrolegroep van ses ander leerlinge vergelyk. Sy kom tot die gevolgtrekking dat biblioterapie nie tot beduidende veranderinge in die kinders se ontwikkeling en interpersoonlike verhoudings bygedra het nie.

Aan die ander kant publiseer Pardeck en Pardeck (1984) 'n boek, Young people with problems: a guide to bibliotherapy, waarin meer as 20 studies genoem word wat die doeltreffendheid van biblioterapie as 'n behandelingstrategie suggereer.

Uit hierdie teenstrydige navorsingsresultate is dit duidelik dat biblioterapie nog nie finaal geëvalueer is ten opsigte van sy bruikbaarheid in psigoterapie nie.

2.3.5 Die belangrikheid van korrekte inligting

Dit is belangrik dat 'n histerektomie-pasiënt oor korrekte inligting omtrent haar fisiese probleem en die operasie beskik. Talle outeurs beklemtoon hierdie feit (Ananth, 1983; Dodds, Potgieter, Turner & Scheepers, 1961; Dulaney et al., 1990; Gould, 1986; Healy, 1968; Kuczynski, et al., 1987; Lalinec-Michaud & Engelsmann, 1985, 1988a, 1989; Phillips, 1977; Renshaw, 1988; Singh, et al.,

1983; Steele & Goodwin, 1975; Wallace, 1985; Webb, 1986; Webb & Wilson-Barnett, 1983a; Williams et al., 1988; Young & Humphrey, 1985).

Healy het al in 1968 in 'n studie met meer as 300 algemene chirurgie-pasiënte gevind dat pre-operatiewe instruksies aan pasiënte die herstelproses makliker en vinniger laat verloop. Die pasiënt het post-operatief ook minder tyd en aandag van die verpleegkundige nodig.

Phillips (1977) beklemtoon ook die belangrikheid van pre-operatiewe lesings aan histerektomie-pasiënte. Die outeur het 'n lesing aan 15 histerektomie-pasiënte aangebied en hulle toe met 'n kontrolegroep van 27 pasiënte, wat nie die lesing bygewoon het nie, vergelyk. Die pasiënte van die eksperimentele groep het na die operasie minder vrae gehad en hulle het ook makliker na die operasie herstel.

Ananth (1983) beweer dat 'n gebrek aan kennis van vroulike anatomie en fisiologie angs oor seksuele funksionering tot gevolg mag hê. Dit is dus belangrik dat die vrou voor haar histerektomie akkurate inligting ontvang. Lalinec-Michaud en Engelsmann (1985) haal navorsing aan wat daarop dui dat talle vroue 'n weerstand het om seksualiteit te bespreek en dat ginekoloë dikwels die onderwerp vermy. Gevolglik ontstaan verwarring, onkunde en wanopvattinge wat lei tot pre-operatiewe angs en tot swak post-operatiewe aanpassing. Kuczynski et al. (1987) vind ook dat histerektomie-pasiënte, veral die wat jonger as 42 jaar is, meer ondersteuning en voorligting, spesifiek in verband met seksualiteit en die chirurgie self, nodig het as ouer vroue.

Lalinec-Michaud en Engelsmann (1989) beweer ook dat inligting aangaande 'n histerektomie vir alle vroue wat die operasie moet ondergaan, meer toeganklik gemaak moet word. Hierdie outeurs stel voor dat die inligting gepubliseer moet word of dat daar ondersteuningsgroepe vir die pasiënte gereël moet word, waar hulle dan die inligting kan bekom. Opvoedkundige programme, wat hoofsaaklik gebaseer is op die verskaffing van inligting, word ook by ander psigopatologiese toestande gebruik, byvoorbeeld by die gesinslede van skisofrenie-pasiënte (Atkinson, 1986).

(1) Die rasionaal vir korrekte inligting

Watter verskil maak die verkryging van korrekte inligting? Moontlike verklarings vir hierdie vraag word vervolgens aangebied.

D'Augelli en D'Augelli (1985) beweer dat die mens se vermoë om lewensgebeure doeltreffend te hanteer, onder andere afhang van die verkryging van inligting. Hierdie inligting moet uit spesifieke besonderhede van 'n lewensgebeurtenis bestaan, sodat die persoon weet wat om te verwag, sodat hy rasonele houdings kan ontwikkel en sodat hy waarde-oordele kan maak wat op feite gebaseer is.

Volgens Leon Festinger (1957) se teorie van kognitiewe dissonansie kan die mens nie teenstrydighede verdra nie. Sodra teenstrydighede, byvoorbeeld tussen verwagtings en ervaring, voorkom, sal die individu dit probeer verminder. Teenstrydighede, kognitiewe dissonansie of psigologiese inkonsekwensie motiveer die individu om sy houding en/of gedrag te verander. Deur middel van die verskaffing van korrekte inligting kan dissonansie verminder word, want daar is dan ooreenstemming tussen die pasiënt se verwagtings en haar ware ervaring.

Coe (1970) bespreek die betekenis van hospitalisering en hy beweer dat hoe groter die mate van diskrepansie tussen die pasiënt se verwagtings van die hospitaalverblyf en die pasiënt se ware ervaring, hoe meer traumaties is die hospitalisering. Indien die histerektomie-pasiënt voldoende ingelig word oor die hospitaalverblyf, asook oor die herstelperiode, behoort sy die operasie minder traumaties te vind as haar oningeligte eweknie.

Ridgeway en Mathews (1982) beweer ook die rasionaal vir die verskaffing van inligting is dat die gaping tussen die pasiënt se verwagtings en haar ervarings so klein as moontlik moet wees - dan is haar emosionele reaksie op gebeure minder traumaties.

Beck (1976) wys daarop dat psigologiese probleme kan ontstaan as gevolg van verkeerde afleidings op die basis van onvoldoende of foutiewe inligting. Indien die pasiënt dus wanopvattinge oor haar histerektomie het, kan dit tot emosionele probleme lei.

Everly (1989) lê weer baie klem op die positiewe rol wat beheer in die pasiënt se herstelproses speel. Hy haal dan ook navorsing aan wat deur Krantz in 1980 gedoen is, wat daarop dui dat die pasiënt kognitiewe beheer oor sy siekte kan kry deur die verkryging van inligting.

(2) Die belangrikheid van geskrewe inligting

Wallace doen in 1985 navorsing in verband met chirurgiese pasiënte se voorkeure ten opsigte van pre-operatiewe inligting. Sy ondervra 131 pasiënte wat ginekologiese operasies moet ondergaan. Die outeur vind dat al die pasiënte inligting in geskrewe vorm verkies. Die pasiënte verkies dit ook om die inligting te ontvang voordat hulle gehospitaliseer word en nie, soos in verskeie studies, nadat hulle reeds in die hospitaal opgeneem is nie. Volgens Wallace het 'n pasiënt wat 'n tyd voor die operasie reeds inligting oor die operasie ontvang het, 'n beter geleentheid om haar emosioneel vir die operasie voor te berei en die pasiënt word moontlik ook gestimuleer om nog meer inligting en emosionele ondersteuning te soek, wat opsigself mag lei tot die vermindering van ang.

Lee (1989) beskryf die noodsaaklikheid van 'n geskrewe inligtingstuk vir pasiënte. Volgens Lee ervaar die pasiënt die meeste ang in die tyd voor sy in die hospitaal opgeneem word. In hierdie pre-operatiewe tyd behoort 'n inligtingstuk aan die pasiënt beskikbaar gestel te word, sodat sy dit kan bestudeer en met haar gesinslede kan deel, indien sy dit sou verkies.

Gould (1986) en Renshaw (1988) is van mening dat talle pasiënte van die inligting wat verbaal aan hulle genoem is, vergeet. Die outeurs glo ook dit is belangrik dat pasiënte inligting in geskrewe vorm ontvang.

Nadat biblioterapie en die verskillende fasette daarvan in oënskou geneem is, asook die belangrikheid van die verskaffing van korrekte inligting aan die histerektomie-pasiënt, is dit duidelik dat biblioterapie 'n belangrike rol kan vervul in hulpverlening aan hierdie pasiënte.

HOOFSTUK 3

EKSPERIMENTELE ONDERSOEK

3.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word die navorsingsontwerp, die proefpersone, die inligtingstuk en meetinstrumente, asook die navorsingshipotese en die statistiese prosedures bespreek.

3.2 Navorsingsontwerp

Tydens hierdie studie is daar van 'n eksperimentele navorsingsontwerp gebruik gemaak. Daar is twee groepe proefpersone gebruik, naamlik 'n eksperimentele en 'n kontrolegroep. Proefpersone is ewekansig aan hierdie twee groepe toegewys. Die onafhanklike veranderlike is die aan- of afwesigheid van die biblioterapeutiese program en die afhanklike veranderlikes is die depressie- en angstellings, asook enkele veranderlikes ten opsigte van post-operatiewe selfevaluering.

3.3 Proefpersone

Al die pasiënte van die Departement Obstetrie en Ginekologie, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, wat 'n histerektomie by die Universitas Hospitaal tussen November 1991 en Mei 1992 ondergaan het, is vir die navorsingsprojek oorweeg. Agt-en-sestig pasiënte het gedurende hierdie tydperk 'n histerektomie ondergaan. Veertig pasiënte kon as gevolg van uitsluitingskriteria nie aan die projek deelneem nie, wat meegebring het dat 28 van die 68 pasiënte wel ingeskakel kon word.

Al die privaat ginekoloë in die stad is genader, sodat hul pasiënte ook aan die studie kon deelneem. Vier van die agt ginekoloë het elk twee pasiënte verwys. Laasgenoemde agt pasiënte het ook by die projek ingeskakel. Die totale getal proefpersone was dus 36.

3.3.1 Uitsluitingskriteria

Die volgende uitsluitingskriteria is in aanmerking geneem:

- pasiënte met kanker;
- ernstige komplikasies na die histerektomie;
- verstandelike gestremdheid, en
- plattelandse pasiënte.

Een pasiënt by wie verspreide kanker na die operasie gediagnoseer is en een pasiënt by wie ernstige komplikasies (erge bloeding) na die histerektomie ontstaan het, is by die projek uitgesluit. Hierdie twee pasiënte was agt weke na die operasie nog steeds gehospitaliseer en hul aanpassing na die histerektomie is hierdeur nadelig beïnvloed. Een verstandelik gestremde pasiënt is ook uitgesluit, omdat sy nie die inligting van die biblioterapeutiese program kon begryp nie. Sewe-en-dertig pasiënte moes by die projek uitgesluit word, aangesien hulle van die platteland afkomstig was en dit nie prakties moontlik was om die biblioterapeutiese program vir hulle aan te bied nie.

Moontlike pasiënte wat 'n noodoperasie moes ondergaan, kon ook nie vir die projek oorweeg word nie, aangesien daar nie vir hulle tyd was om die biblioterapeutiese program te deurloop nie. Die navorser was nie bewus van enige noodoperasie-pasiënte nie.

Die aanwesigheid van 'n psigiatriese siekte of 'n familiegeskiedenis van psigiatriese siektes, blyk uit die literatuuroorsig 'n moontlike prognostiese voorspeller van post-operatiewe aanpassing te wees (Roeske, 1978). Laasgenoemde aspek is egter nie as uitsluitingskriterium in aanmerking geneem nie, aangesien daar van 'n eksperimentele navorsingsontwerp gebruik gemaak is. Huysamen (1983) noem tereg dat die doeltreffendste manier om stuuringsveranderlikes te beheer, is om twee of meer ewekansig toegewese groepe te gebruik waarvan een as kontrolegroep dien.

3.4 Die inligtingstuk

'n Biblioterapeutiese inligtingstuk is spesifiek vir histerektomie-pasiënte saamgestel. Riglyne vir die samestelling van die inligtingstuk is uit die literatuur (Dulaney et al., 1990; Gorvy, 1984; Lee, 1989; Phillips, 1977; Renshaw, 1988;

Ridgeway & Mathews, 1982) verkry, terwyl dr. C.J.F. Grobler, senior lektor van die Departement Obstetrie en Ginekologie ook waardevolle inligting verskaf en die inhoud gekontroleer het.

Aspekte wat deur die inligtingstuk gedek word, sluit onder andere die volgende in:

- algemene inligting in verband met 'n histerektomie en hoe dit gedoen word;
- spesifieke inligting omtrent die chirurgiese prosedure, byvoorbeeld wat die doel van elke inspuiting is en waarom sekere handeling uitgevoer word;
- persoonlike higiëne;
- dieet en liggaamsmassa;
- oefening;
- seksuele funksionering, en
- hormoonbehandeling.

Hierdie inligtingstuk word in Bylae 6.1 aangetref.

3.5 Meetinstrumente

3.5.1 IPAT-angsskaal

Volgens Plug et al. (1986) is die IPAT-angsskaal 'n vraelys wat by blank Afrikaans- en Engelssprekendes gebruik word en 'n aanduiding gee van die vrye angspeil by persone wat nie neuroties of psigoties is nie. Die toets bestaan uit 40 items wat die volgende vyf komponente meet:

- gebrekkige selfsentimentontwikkeling;
- gebrekkige ego-ontwikkeling;
- agterdogtigheid;
- geneigdheid tot skuldgevoelens, en
- gespannenheid as gevolg van id-druk.

Verder kan daar ook 'n aanduiding van simptomatiesiese angste en onbewuste angste verkry word. Die toetsyd is ongeveer 8 minute. Norme vir die ouderdomsgroepe 15 tot 18 jaar is in die vorm van stene en staneges beskikbaar.

(1) Betroubaarheid

Die betroubaarheid van die skaal van dié toets is bereken volgens die toets-hertoets- en die halfverdelingsmetode asook met behulp van die Kuder-Richardsonformule 20. Die betroubaarheidskoeffisiënte vir die skaal in sy geheel wissel tussen 0,76 en 0,88 en kan as bevredigend beskou word (Cattell, Scheier & Madge, 1986; Taljaard, 1988).

(2) Geldigheid

Die geldigheid van die IPAT-angsskaal kan beskou word as die vierkantswortel van die betroubaarheid gebaseer op die halfverdelingsmetode. Volgens hierdie metode is die geskatte konstrugeldigheid van die skaal as 'n geheel 0,89 vir Afrikaanssprekendes en 0,87 vir Engelssprekendes (Cattell et al., 1986). Taljaard (1988) ondersteun ook die konstrugeldigheid van hierdie vraelys.

3.5.2 Hamilton-depressieskaal

Die Hamilton-depressieskaal is 'n klinikusbeoordelingskaal wat ontwikkel is om die graad van depressie te bepaal by pasiënte wat as depressief gediagnoseer is (Hamilton, 1960, 1969). Hierdie skaal bestaan uit 17 items wat individueel tydens 'n onderhoud met die pasiënt op 'n 3- of 5-puntskaal beoordeel word. Die items is die volgende:

- depressiewe gemoed;
- skuldgevoelens;
- selfmoord;
- insomnie-aanvanklik;
- insomnie-middel;
- insomnie-vertraag;
- werk en belangstellings vertraging;

- agitاسie;
- angs-psigies;
- angs-somaties;
- somatiese simptome: gastro-intestinaal;
- somatiese simptome: algemeen;
- genitale simptome;
- hipokondriase;
- gewigsverlies, en
- insig.

Diurnale swaai, depersonalisasie en derialisasie, paranoïede simptome en obsessionele simptome word ook geëvalueer, maar word nie by die totaalstelling in berekening gebring nie. By die Hamilton-depressieskaal val die klem op fenomenologiese beoordeling eerder as op gerapporteerde subjektiewe gevoelens, soos bevestig word deur die feit dat gedrags- en somatiese simptome 50% van die moontlike totaalstelling bepaal (Carroll, Fielding & Blashki, 1973).

(1) Betroubaarheid

Hamilton (1960) het interbeoordelaarsbetroubaarheidsyfers vanaf 0,84 (vir die eerste tien gevalle) tot 0,9 (vir die eerste sewentig gevalle) verkry. Bech is in 1981 van mening dat dit waarskynlik aan hierdie hoë interbeoordelaarsbetroubaarheid toe te skryf is dat die Hamilton-depressieskaal internasionaal as die bruikbaarste klinikusbeoordelingskaal aanvaar word (Botha, 1983).

(2) Geldigheid

Carroll et al. (1973) vind dat die Hamilton-depressieskaal beduidend onderskei tussen groepe wat subtiel in graad van depressie van mekaar verskil, naamlik tussen depressiewe binnepasiënte, daghospitaal-pasiënte en pasiënte in die algemene praktyk. Kearns, Cruickshank, McGuigan, Riley, Shaw en Snaith (1982) toon ook aan dat die Hamilton-depressieskaal beduidende verskille tussen vyf grade van depressie kan onderskei. 'n Wye omvang van sielkundige, gedrags- en somatiese simptome word geëvalueer. Die meeste navorsers het die Hamilton-depressieskaal 'n geldige en betroubare meetinstrument vir die bepaling van die graad van depressie gevind (Botha, 1983).

3.5.3 Carroll-depressieskaal

Volgens Carroll et al. (1973) word selfevalueringsdepressieskaal gebruik om die objektiewe evaluering van die klinikus te komplimenteer. Die Beck-depressieskaal en die Zung-selfevalueringsdepressieskaal word meestal gebruik.

In 1973 het Carroll et al. beweer dat die Zung-selfevalueringsdepressieskaal nie geskik vir navorsing is nie, want dié skaal kon nie onderskei tussen verskillende grade van depressie nie. Die Hamilton-depressieskaal het in dié outeurs se navorsing wel tussen verskillende grade van depressie onderskei. Carroll et al. (1973) vind dat daar 'n behoefte aan 'n nuwe selfevalueringsdepressieskaal is wat, soos die Hamilton-depressieskaal, meer waarde heg aan gedrags- en somatiese eienskappe. Volgens Carroll et al. (1973) is depressieskaal nie bedoel om pasiënte te diagnoseer nie, maar slegs om die teenwoordigheid van simptome te bepaal.

In 1981 publiseer Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson en Greden die Carroll-depressieskaal. Hierdie skaal is 'n selfevalueringsinstrument wat oor 'n periode van tien jaar opgestel is. Carroll et al. (1981) het hul skaal so opgestel dat die items ooreenstem met die items van die Hamilton-depressieskaal, aangesien die Hamilton-depressieskaal die skaal is wat die meeste deur navorsers gebruik word.

Carroll et al. (1981) beweer dat die Carroll-depressieskaal 'n doeltreffende plaasvervanger vir die Beck-depressieskaal is. Dit het ook die verdere voordeel dat die Carroll-depressieskaal meer met die Hamilton-depressieskaal ooreenstem. Navorsing wat deur Botha en Möller (1986) gedoen is, bevestig dan ook dat die Carroll-depressieskaal 'n beter alternatief vir die Beck-depressieskaal is. Volgens Botha en Möller is die Carroll-depressieskaal die beste selfevalueringsdepressieskaal huidiglik beskikbaar.

(1) Betroubaarheid

Die verdeelde helfte betroubaarheid van die Carroll-depressieskaal is deur die opstellers in 'n buitengewone groot monster van 3725 beoordelings ondersoek. Eerstens is 'n korrelasiekoëffisiënt van 0,87 tussen die somtotale van gelyk en ongelyk genommerde stellings verkry. Die korrelasiekoëffisiënte tussen hierdie twee helftes en totaaltellings was verder onderskeidelik 0.96 en 0,97. Tweedens

is 'n korrelasiekoëffisiënt van 0,74 tussen die somtotale van JA- en NEE-stellings gevind. Die korrelasiekoëffisiënte tussen hierdie twee helftes en totaaltellings is verder onderskeidelik op 0,87 en 0,97 vasgestel.

(2) Geldigheid

Met betrekking tot die konstrugeldigheid van die Carroll-depressieskaal het Carroll et al. (1981) tellings hoër as 10 op die Carroll-depressieskaal by 9% van 'n monster uit die algemene populasie ($n=119$), 80% van 'n monster depressiewe pasiënte ($n=1191$) met 'n globaal beoordeelde graad van depressie groter as nul (op 'n 4-puntskaal) en 99% depressiewe pasiënte met 'n globaal beoordeelde graad van depressie groter as een, gevind.

Volgens Botha (1983) beïndruk die Carroll-depressieskaal as 'n relatief goed gevalideerde skaal.

3.5.4 Biografiese vraelys

Daar is 'n biografiese vraelys opgestel wat die volgende aspekte dek:

- huistaal;
- ouderdom in jare;
- huwelikstaat;
- hoeveelheid kinders;
- behoefte aan nog kinders;
- jaarlikse inkomste, en
- hoogste opvoedkundige kwalifikasie.

Die doel van hierdie vraelys was nie om die twee groepe te vergelyk nie, maar slegs vir beter agtergrond van die proefpersone.

'n Voorbeeld van die vraelys word in Bylae 6.2 gevind.

3.5.5 Selfevalueringsvraelys

Riglyne vir die opstel van die selfevalueringsvraelys is verkry uit die werk van Dodds et al. (1961), Frank (1988), asook Lalinec-Michaud en Engelsmann (1989). Laasgenoemde outeurs het byvoorbeeld 'n vraelys saamgestel wat die volgende

aspekte insluit: vrese vir die operasie, die selfkonsep, veranderings in liggaam, gevoelens van vroulikheid, post-operatiewe aanpassing, seksuele en huweliksaanpassing, die mate van ondersteuning deur die gemeenskap, of die vrou spyt is dat die operasie gedoen is en die vrou se tevredenheid met haar ginekoloog se ondersteuning post-operatief.

Die huidige navorser het 'n selfevalueringsvraelys ten opsigte van die volgende opgestel:

- die hoeveelheid inligting verkry;
- die mate waartoe inligting by die dokter, vriende en leesstof gekry is;
- hospitaalverblyf;
- post-operatiewe herstel van die wondarea;
- liggaamsmassa;
- liggaamlike oefening;
- gevoel van vroulikheid na die operasie;
- seksuele aanvaarding deur eggenoot;
- seksuele funksionering;
- onduidelikheid insake hormoonbehandeling, en
- algemene gesondheidstoestand na die operasie.

'n Voorbeeld van hierdie vraelys word in Bylae 6.2 gevind.

3.6 Prosedure

Die histerektomie-pasiënte is tussen 8 en 14 dae pre-operatief ewekansig aan die eksperimentele groep en die kontrolegroep toegewys. Die pasiënte van die eksperimentele groep het 'n biblioterapeutiese program deurloop, wat behels het dat die navorser by twee of drie geleenthede met die pasiënt 'n gedrukte inligtingstuk by haar huis deurgegaan en bespreek het. Daar was genoegsame geleentheid vir die pasiënt om die kennis te internaliseer, om vrae te stel en om onduidelikhede uit te klaar.

Die rede waarom die biblioterapie voor die histerektomie gedoen is en nie onmiddellik daarna nie, is omdat daar in die literatuur aanduidings was dat vroue wat voor die histerektomie inligting ontvang het, minder ondersteuning na die histerektomie nodig het (Dulaney et al., 1990).

Daar is van die geskrewe inligtingstuk, sowel as van gesprekvoering gebruik gemaak, omdat Gorvy (1984) 'n kombinasie van die gee van inligting en kliëntgesentreerde terapie aanbeveel.

Die histerektomie is toe gedoen.

Agt weke na die operasie het die pasiënte van albei groepe 'n biografiese vraelys, 'n selfevalueringsvraelys, die IPAT-angsskaal en die Carroll-depressieskaal voltooi. Die Hamilton-depressieskaal is deur die navorser voltooi. Om voorttoetsensensitiserings uit te skakel, is geen voorttoetsing gedoen nie.

Daar is besluit om twee depressieskale te gebruik, naamlik die Carroll-depressieskaal (wat deur die proefpersoon self ingevul word) en die Hamilton-depressieskaal (wat deur die navorser ingevul word), omdat Kearns et al. (1982) beweer dat die gevolgtrekkings van navorsers meer betroubaar sal wees as albei soorte skale gebruik word.

Gould (1986) wys daarop dat talle navorsers dikwels onderhoude met pasiënte in besige klinieke voer, wat daartoe kan lei dat die pasiënt onnodig oorhaastig is en niks negatief wil sê nie, omdat sy nie ondankbaar vir die behandeling wil voorkom nie. Om hierdie rede is die proefpersone tuis besoek, sodat hierdie element van oorhaastigheid uitgeskakel kon word.

Die rede waarom die evaluering 8 weke na die histerektomie gedoen is, is omdat Gath et al. (1982) gevind het dat spontane herstel buitendien binne 3 tot 6 maande kan plaasvind. Om te verhoed dat 'n spontane herstelproses geëvalueer word, is op 8 weke besluit. Dit sluit aan by Kuczynski et al. (1987) wat beweer dat min navorsing op die korttermyn-effekte van 'n histerektomie fokus. Hierdie navorsers doen die post-operatiewe evaluering van hul pasiënte 4 weke na die operasie. Die huidige navorser ag dit ook belangrik dat daar genoeg tyd moes verloop sodat die pasiënt tot so 'n mate kon herstel dat sy weer haar daaglikse funksionering kon hervat.

Die navorser het, na afloop van die studie, wanopvattinge by vyf pasiënte van die kontrolegroep met hulle bespreek en reggestel, asook een pasiënt wat baie depressief voorgekom het, aanbeveel om haar huisdokter in hierdie verband te konsulteer.

3.7 Navorsingshipotese

Na aanleiding van die literatuurstudie is die volgende algemene navorsingshipotese geformuleer:

Biblioterapie lei tot 'n verbetering in die post-operatiewe aanpassing van die histerektomie-pasiënt.

Om die interpretering en die bespreking van die navorsingsresultate te vergemaklik, is die volgende spesifieke navorsingshipoteses geformuleer:

Hipotese 1

Histerektomie-pasiënte wat 'n biblioterapeutiese program deurloop (eksperimentele groep) se gemiddelde depressie- en angstellings is beduidend laer as dié van die histerektomie-pasiënte wat nie die program deurloop nie (kontrolegroep).

Hipotese 2

Die post-operatiewe selfevaluering van histerektomie-pasiënte wat 'n biblioterapeutiese program deurloop (eksperimentele groep), verskil beduidend van die van histerektomie-pasiënte wat nie die program deurloop nie (kontrolegroep).

3.8 Statistiese prosedures

Nadat die data ingesamel is, is dit by die sentrale rekenaar van die UOVS gerekenariseer en verwerk.

Weens die grootte van die ondersoekgroep ($N = 36$) was dit nie moontlik om 'n parametrisiese toets aan te wend ten einde die gestelde navorsingshipoteses te ondersoek nie. Twyfel bestaan oor die aannames van normaliteit en homogeniteit ten opsigte van so 'n klein groep. Dit was egter nie prakties moontlik om 'n groter groep proefpersone te bekom sodat die sentrale limietstelling in werking kon tree nie.

Die afhanklike veranderlikes wat op Hipotese 1 betrekking het, is kontinu en gevolglik kon die nie-parametriese Mann-Whitney-U-toets oorweeg word om genoemde hipoteses te ondersoek aangesien dit die teenhanger van die t-toets vir onafhanklike groepe (parametriese tegniek) is (Huysamen, 1983). Hipotese 2 het betrekking op veranderlikes wat op die nominale/ordinale metingsvlak lê en laasgenoemde is met die chi-kwadraattoets van homogeniteit ondersoek.

HOOFSTUK 4

RESULTATE

4.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word die eksperimentele en kontrolegroep eerstens beskryf aan die hand van die biografiese gegewens. (Die biografiese vraelys verskyn in Bylae 6.2.) Daarna word statistiese hipoteses gestel en die navorsingsresultate word bespreek.

4.2 Biografiese gegewens

4.2.1 Huistaal

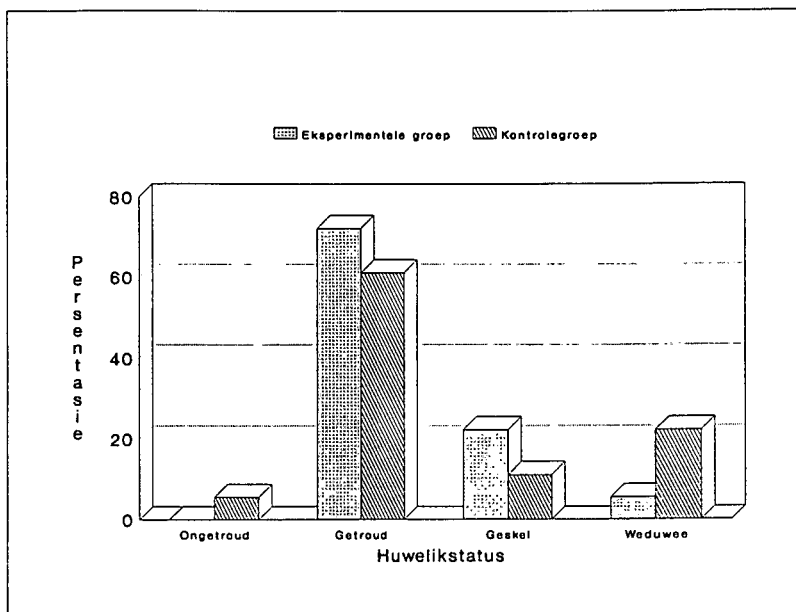
Al die proefpersone was Afrikaanssprekend.

4.2.2 Ouderdom

Die proefpersone van die eksperimentele groep se ouderdom het gewissel tussen 31 en 74 en dié van die kontrolegroep tussen 25 en 77. Die gemiddelde ouderdom van die eksperimentele en kontrolegroep was onderskeidelik 49,2 en 45,5 jaar.

4.2.3 Huwelikstatus

Die huwelikstatus van die proefpersone word in Figuur 4.1 grafies voorgestel.

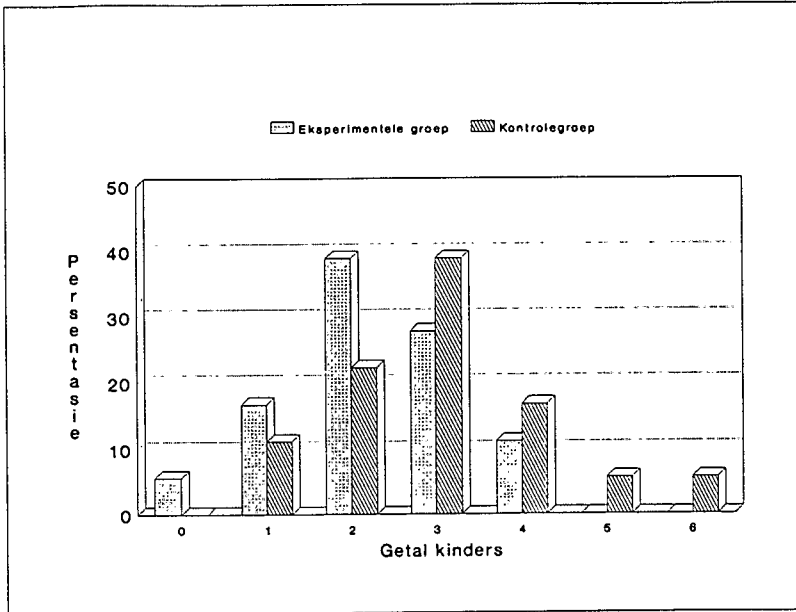


Figuur 4.1 Huwelikstatus

Soos wat dit blyk uit Figuur 4.1 was die meeste proefpersone getroud, naamlik 13 proefpersone (72,2%) van die eksperimentele groep en 11 proefpersone (61,1%) van die kontrolegroep.

4.2.4 Getal kinders

Die getal kinders van die proefpersone word in Figuur 4.2 gegee.

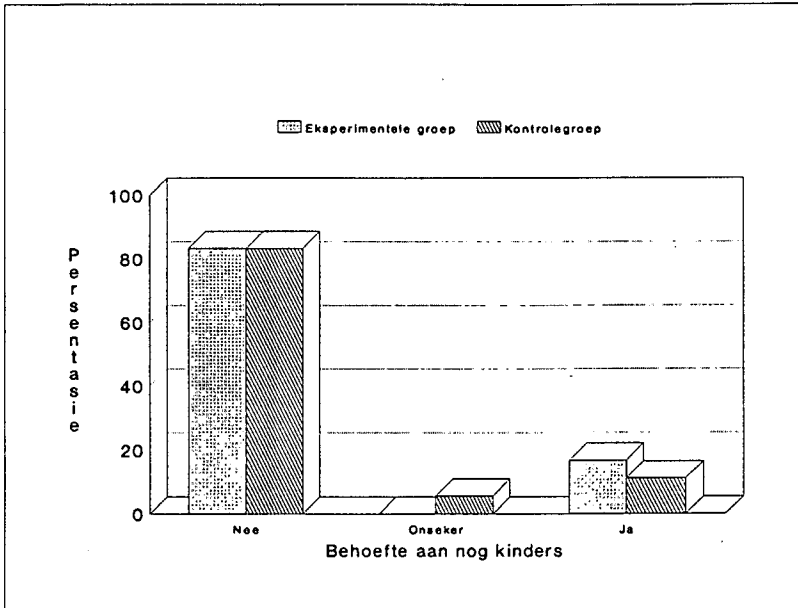


Figuur 4.2 Getal kinders

Uit Figuur 4.2 is dit duidelik dat die meeste proefpersone twee tot drie kinders het. Een proefpersoon van die eksperimentele groep het geen kinders nie, terwyl een proefpersoon van die kontrolegroep vyf en een ses kinders het.

4.2.5 Behoeftte aan nog kinders

Die Figuur 4.3 gee 'n aanduiding van die proefpersone se behoefte om nog kinders te hê.

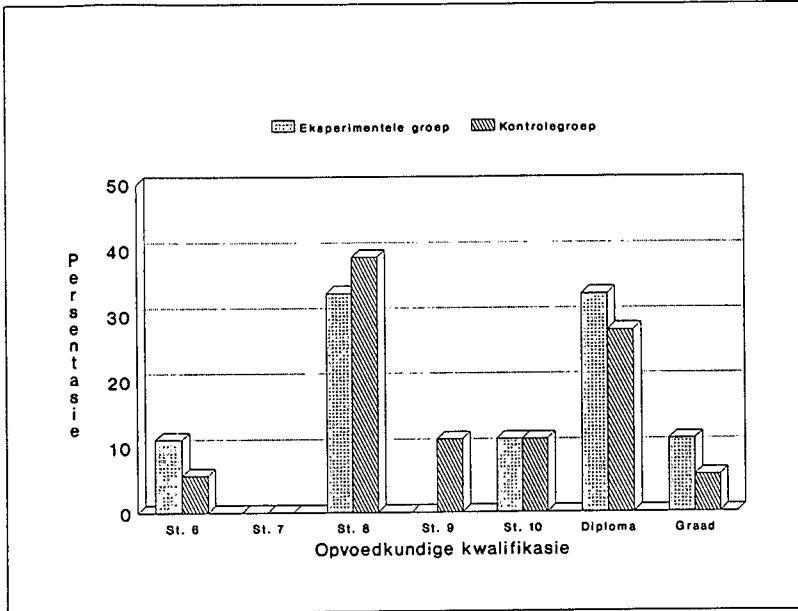


Figuur 4.3 Behoeftte aan nog kinders

Uit die resultate blyk dit dat 15 vroue (83,3%) uit elke groep nie meer kinders wou hê nie, terwyl 16,7% van die eksperimentele groep en 11,1% van die kontrolegroep nog 'n kind sou wou hê. Slegs een persoon van die kontrolegroep was onseker oor hierdie aspek.

4.2.6 Opvoedkundige kwalifikasies

Die proefpersone se opvoedkundige kwalifikasies word in Figuur 4.4 uiteengesit.

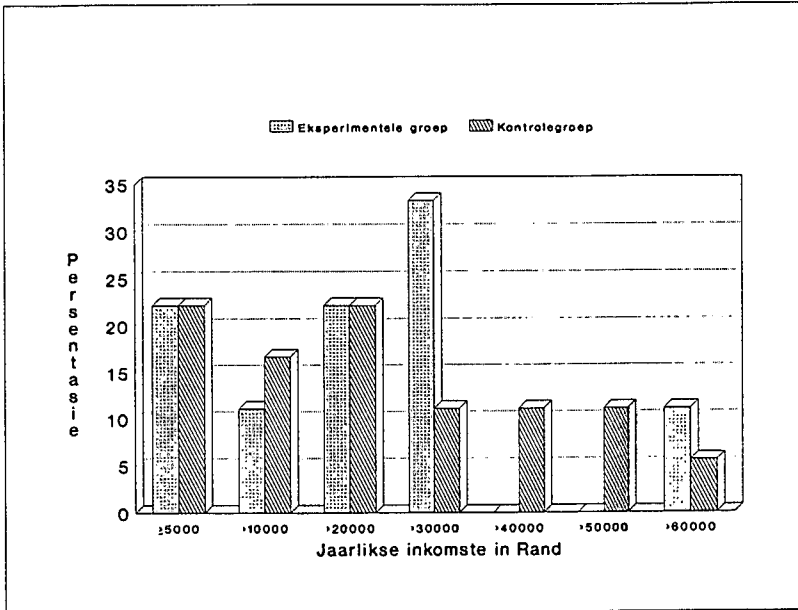


Figuur 4.4 Opvoedkundige kwalifikasies

Uit Figuur 4.4 blyk dit dat daar proefpersone van 'n wye spektrum van opvoedkundige kwalifikasies in albei groepe verteenwoordig was. Ses proefpersone (33,3%) van die eksperimentele groep besit naskoolse diplomas en twee (11,1%) beskik oor 'n graad, terwyl vyf proefpersone (27,8%) van die kontrolegroep naskoolse diplomas besit en slegs een (5,6%) 'n graad.

4.2.7 Jaarlikse inkomste

Figuur 4.5 gee 'n aanduiding van die eksperimentele en kontrolegroep se jaarlikse inkomste.



Figuur 4.5 Jaarlikse inkomste

Die proefpersone se jaarlikse inkomste het tussen R 5 000 en R 70 000 per jaar gewissel met ses proefpersone (33,3%) van die eksperimentele groep wat tussen R 30 001 en R 40 000 per jaar verdien. Die gemiddelde inkomste van die eksperimentele en kontrolegroep is onderskeidelik R 29 222 en R 29 113.

4.3 Statistiese hipoteses

Die twee spesifieke hipoteses wat geformuleer is (kyk 3.7), is statisties herformuleer in verskillende nul- en alternatiewe hipoteses waaraan die post-operatiewe aanpassing van die histerektomie-pasiënt getoets is. Die hipoteses word vervolgens gegee:

Hipotese 1

$$H_0 : \mu_E = \mu_K$$

$$H_1 : \mu_E < \mu_K$$

waar μ_E die gemiddelde telling van die eksperimentele groep en μ_K die gemiddelde telling van die kontrolegroep is ten opsigte van die angs- en depressieskaal.

Hipotese 2

$$H_0 : P_E = P_K$$

$$H_1 : P_E \neq P_K$$

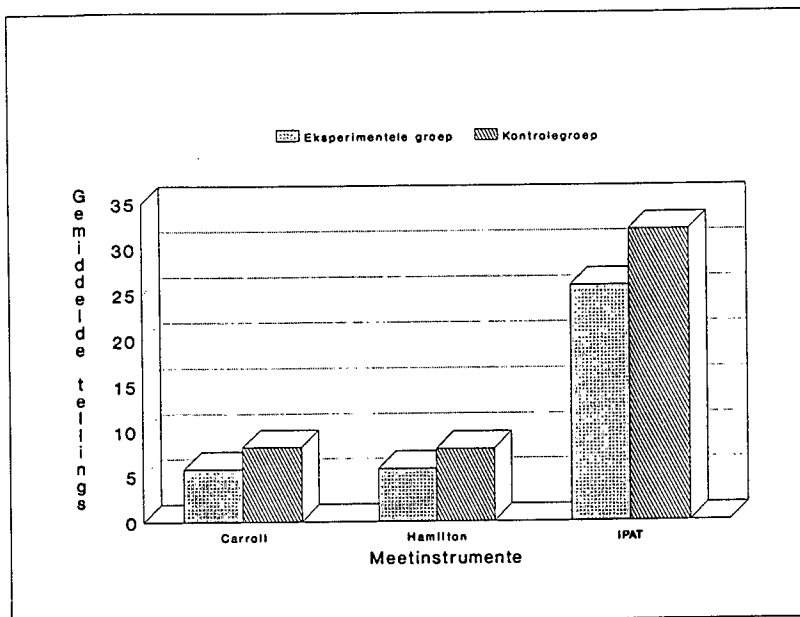
waar P_E die proporsie proefpersone van die eksperimentele groep en P_K die proporsie proefpersone van die kontrolegroep is ten opsigte van die volgende veranderlikes:

- hoeveelheid inligting wat proefpersone ontvang het;
- liggaamsmassa;
- post-operatiewe oefening;
- gevoel van vroulikheid;
- seksuele aanvaarding deur eggenoot;
- seksuele funksionering;
- onduidelikheid insake hormoonbehandeling, en
- algemene gesondheid.

4.4 Resultate

4.4.1 Resultate ten opsigte van Hipotese 1

Die gemiddelde tellings van die Hamilton-depressieskaal, die Carroll-depressieskaal en die IPAT-angsskaal word vervolgens in Figuur 4.6 aangetoon.



Figuur 4.6 Die gemiddelde tellings van die Hamilton-depressieskaal, die Carroll-depressieskaal en die IPAT-angsskaal

Uit Figuur 4.6 blyk dit duidelik dat die proefpersone van die eksperimentele groep telkens 'n laer gemiddelde telling op die twee depressieskaale en op die angsskaal het.

Die gemiddeldes en standaardafwykings vir die Carroll-depressieskaal, die Hamilton-depressieskaal en die IPAT-angsskaal word in Tabel 4.1 gegee.

Tabel 4.1

Gemiddeldes en standaardafwykings vir die Carroll-depressieskaal, die Hamilton-depressieskaal en die IPAT-angsskaal vir die eksperimentele groep (n = 18) en kontrolegroep (n = 18)

Meetinstrumente	Eksperimentele groep		Kontrolegroep	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Carroll-depressieskaal	5,8	6,1	8,2	4,5
Hamilton-depressieskaal	5,8	5,4	8,0	4,5
IPAT-angsskaal	25,9	12,5	32,0	11,3

Die Mann-Whitney-U-toets is toegepas ten einde Hipotese 1 statisties te ondersoek.

Die toetsstatistiek is soos volg:

$$U_A = n_A n_B + \frac{n_B(n_B+1)}{2} - T_B$$

$$U_B = n_A n_B - U_A$$

waar T_B = die som van die rangordes van steekproef B.

Die U-toetsstatistiek is die kleinste van U_A of U_B .

Die beslissingsreël wat vir 'n eenkantige toets geld, is:

Indien waargenome $U \leq U_\alpha$, vir n_A en n_B , verwerp H_0 .

Aangesien daar op die 5%-peil getoets word en die alternatiewe hipotese rigtinggewend (eenkantig) is, is $\alpha = 0,05$. Volgens Huysamen (1983) is die kritiekewaarde van die toetsstatistiek in hierdie geval gelyk aan 109.

Die resultate ten opsigte van Hipotese 1 verskyn in Tabel 4.2.

Tabel 4.2

Bevindinge volgens Mann-Whitney se U-toets soos bereken op die Carroll- en Hamilton-depressieskaal, asook die IPAT-angsskaal

Afhanklike veranderlike	U ⁺
Carroll-depressieskaal	103,5 *
Hamilton-depressieskaal	109,0 *
IPAT-angsskaal	108,5 *

* $p \leq 0,05$

+ Gekorrigeer vir gelyke rangordes.

Soos blyk uit Tabel 4.2 was daar op die 5%-peil beduidende verskille in die gemiddelde tellings tussen die eksperimentele en kontrolegroep ten opsigte van die Carroll- en die Hamilton-depressieskaal, asook die IPAT-angsskaal. Nulhipotese 1 kan dus ten gunste van die alternatiewe hipoteses verwerp word. Die resultate suggereer dat die histerektomie-pasiënte wat die biblioterapeutiese program deurloop het, 8 weke na die operasie beduidend minder depressief en angstig was as die pasiënte wat nie die program deurloop het nie.

4.4.2 Resultate ten opsigte van Hipotese 2

Vervolgens word die resultate ten opsigte van Hipotese 2 bespreek.

Die chi-kwadraattoets vir homogeniteit is toegepas ten einde die 8 veranderlikes wat op Hipotese 2 betrekking het, te ondersoek.

Die toetsstatistiek is soos volg:

$$\chi_c^2 = \frac{N(ad-bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

waar die simbole a, b, c en d die onderskeie selfrekwensies verteenwoordig.

Die beslissingsreël wat geld, is:

Indien $\chi_c^2 > \chi_{1-\alpha}^2$ verwerp H_0 .

Aangesien op die 5%-peil getoets word en die alternatiewe hipotese rigtinggewend is, is $\alpha = 0,05$.

Vervolgens word die resultate ten opsigte van die proefpersone se post-operatiewe selfevaluering bespreek.

(1) Hoeveelheid inligting wat proefpersone ontvang het

Ten einde te bepaal of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is ten opsigte van die hoeveelheid inligting wat die proefpersone ontvang het, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate verskyn in Tabel 4.3.

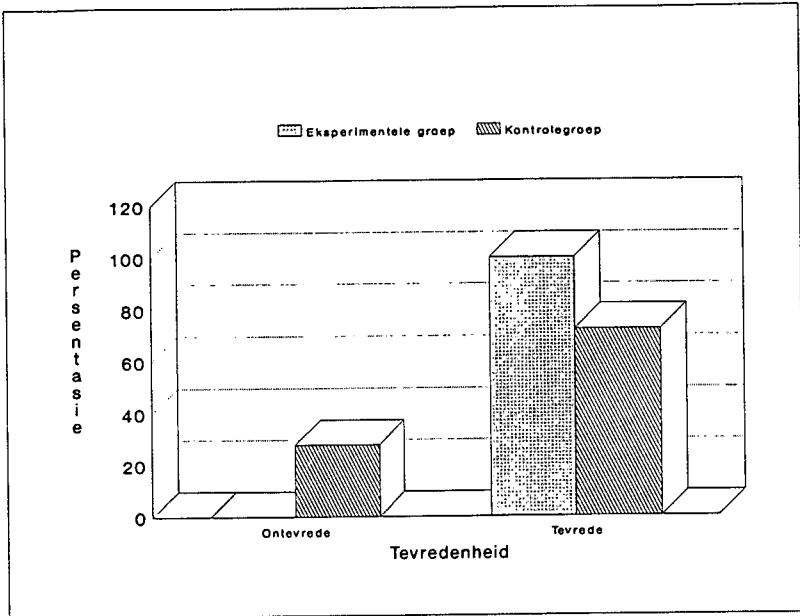
Tabel 4.3

Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se tevredenheid met die hoeveelheid inligting ontvang

Tevredenheid		Eksperimentele groep	Kontrole-groep	Rytotaal
Ja	N	18	13	31
	%	58,06	41,94	100
Nee	N	0	5	5
	%	0	100	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 1 vryheidsgraad is 5,806. Hierdie waarde is beduidend op die 5%-peil en gevolglik word die nulhipotese verwerp. Uit Tabel 4.3 blyk dit dat 'n groter proporsie proefpersone van die eksperimentele groep, in vergelyking met dié van die kontrolegroep, tevrede was met die hoeveelheid inligting wat hulle in verband met die operasie ontvang het. Aangesien 50% van die selle 'n verwagte telling kleiner as 5 het, moet die resultate met omsigtigheid geïnterpreteer word.

Ter illustrasie word hierdie gegewens ook grafies in Figuur 4.7 voorgestel.



Figuur 4.7 Tevredenheid met die hoeveelheid inligting ontvang

Uit Figuur 4.7 is dit duidelik dat al die proefpersone (100%) van die eksperimentele groep tevrede was met die hoeveelheid inligting wat hulle ontvang het, terwyl slegs 72,2% van die kontrolegroep tevrede was met die hoeveelheid inligting wat hulle ontvang het.

(2) Liggaamsmassa

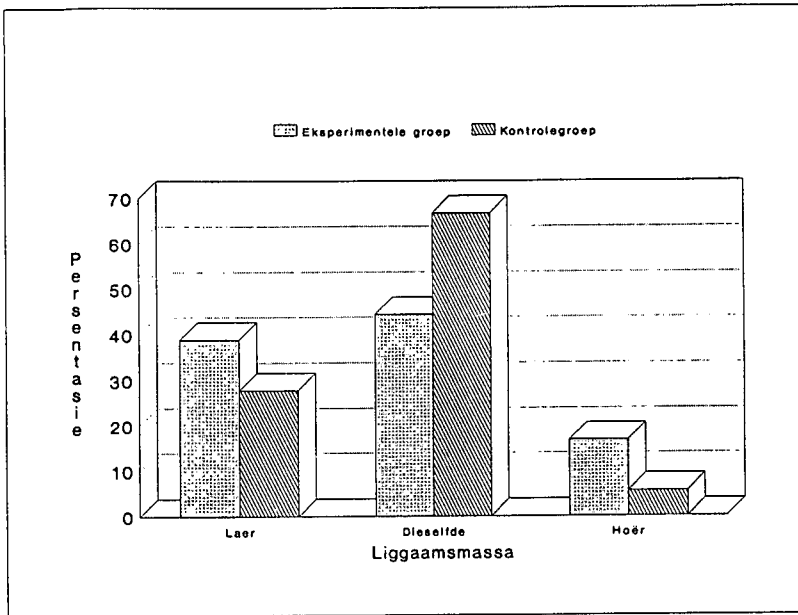
Om vas te stel of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is ten opsigte van die proefpersone se liggaamsmassa, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate word in Tabel 4.4 gegee.

Tabel 4.4

Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se post-operatiewe liggaamsmassa

Liggaamsmassa		Eksperimentele groep	Kontrole-groep	Rytotaal
Dieselfde	N	8	12	20
	%	40	60	100
Laer	N	7	5	12
	%	58,33	41,67	100
Hoër	N	3	1	4
	%	75	25	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 2 vryheidsgrade is 2,133. Hierdie waarde is nie beduidend op minstens die 5%-peil nie en gevolglik word die nulhipotese in hierdie geval behou. Die resultaat suggereer dat die proporsie proefpersone by wie daar 'n verandering in liggaamsmassa was, nie statisties vir die eksperimentele en kontrolegroep verskil nie, wat ook duidelik in Figuur 4.8 aangetoon word.



Figuur 4.8 Post-operatiewe liggaamsmassa

Uit Figuur 4.8 is dit duidelik dat die grootste proporsie proefpersone van elke groep se liggaamsmassa dieselfde gebly het.

(3) Post-operatiewe liggaamlike oefening

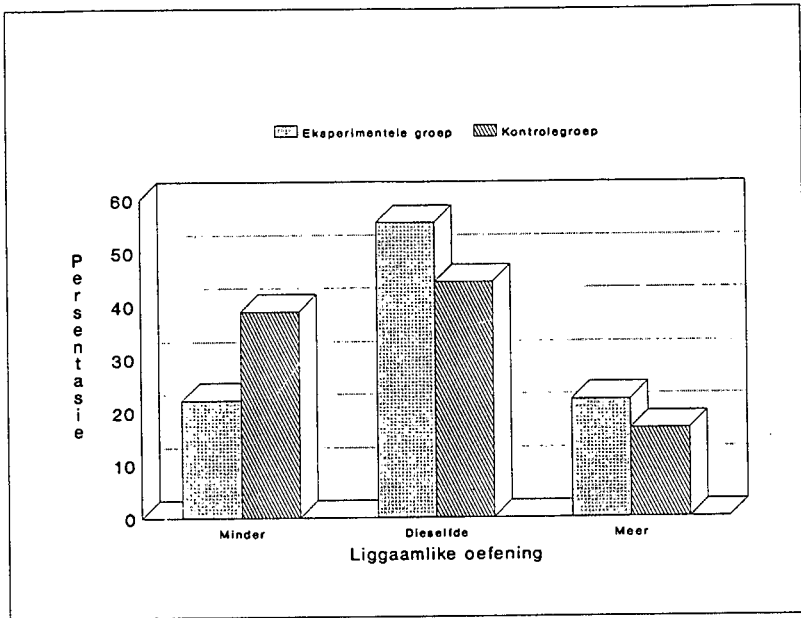
Ten einde te bepaal of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is ten opsigte van post-operatiewe liggaamsmassa, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate verskyn in Tabel 4.5.

Tabel 4.5

Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se post-operatiewe liggaamlike oefening

Liggaamlike oefening		Eksperimentele groep	Kontrole-groep	Rytotaal
Minder	N	4	7	11
	%	36,36	63,64	100
Meer	N	4	3	7
	%	57,14	42,86	100
Dieselfde	N	10	8	18
	%	55,56	44,44	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 2 vryheidsgrade is 1,183. Die nulhipotese word behou, aangesien hierdie waarde nie beduidend op die 5%-peil is nie. Die resultaat suggereer dat die proporsie proefpersone by wie daar 'n verandering in die mate van liggaamlike oefening na die operasie was, nie statisties vir die twee groepe verskil nie. Hierdie gegewens word grafies in Figuur 4.9 voorgestel.



Figuur 4.9 Post-operatiewe liggaamlike oefening

Uit Figuur 4.9 is dit duidelik dat die grootste proporsie proefpersone van albei groepe dieselfde mate van oefening as voor die operasie kry. Die proefpersone wat minder oefening as voor die operasie kry, behoort hoofsaaklik aan die kontrolegroep en dié wat meer oefening kry, is lede van die eksperimentele groep. Hierdie verskil is egter nie statisties beduidend nie.

(4) Gevoel van vroulikheid

Aangesien die proefpersone van albei groepe aangedui het dat hulle nie 'n afname in die gevoel van vroulikheid beleef het nie, (al 36 persone het "nee" geantwoord), is hierdie veranderlike nie statisties ondersoek nie.

(5) Seksuele aanvaarding deur eggenoot

Om vas te stel of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is ten opsigte van die beleving van seksuele aanvaarding deur die eggenoot, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate word in Tabel 4.6 gegee.

Tabel 4.6

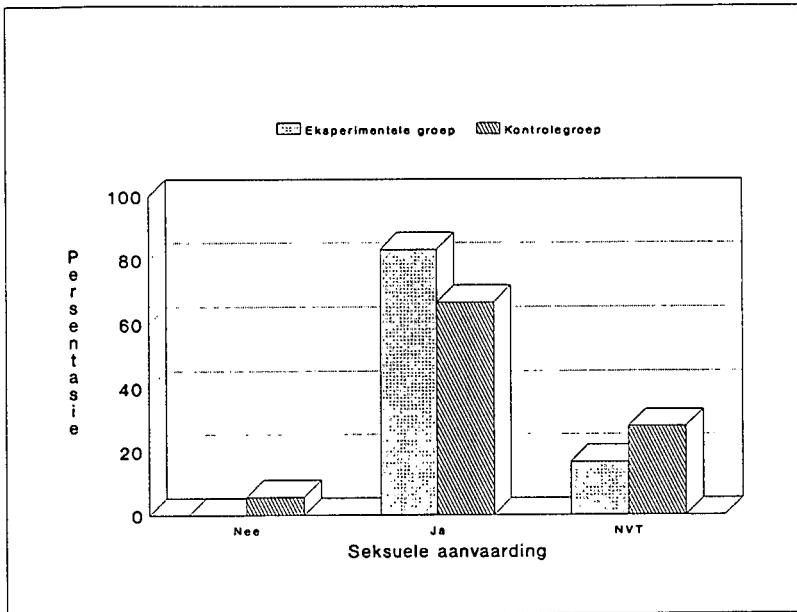
Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se beleving van seksuele aanvaarding deur die eggenoot

Seksuele aanvaarding		Eksperimentele groep	Kontrole- groep	Rytotaal
Ja	N	15	12	27
	%	55,56	44,44	100
Nee	N	0	1	1
	%	0	100	100
NVT	N	3	5	8
	%	37,50	62,50	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 2 vryheidsgrade is 1,833. Die nulhipotese word behou, aangesien hierdie waarde nie beduidend op die 5%-peil is nie. Volgens die resultaat verskil die proporsie proefpersone wat voel dat hulle steeds seksueel deur hulle eggenoot aanvaar word, nie statisties vir die twee groepe nie.

Vyftien proefpersone (83,3%) van die eksperimentele groep voel dat hulle steeds seksueel deur hulle eggenoot aanvaar word, terwyl 12 proefpersone (66,7%) van die kontrolegroep ook seksuele aanvaarding deur hul eggenoot beleef. Slegs

een proefpersoon van die kontrolegroep voel dat sy nie op seksuele gebied deur haar man aanvaar word nie. Agt proefpersone van die totale ondersoekgroep was nie seksueel aktief nie. Figuur 4.10 gee 'n grafiese voorstelling van hierdie gegewens.



Figuur 4.10 Seksuele aanvaarding deur eggenoot

Uit Figuur 4.10 is dit duidelik dat die grootste proporsie proefpersone uit elke groep steeds seksuele aanvaarding deur hulle eggenote beleef.

(6) Seksuele funksionering

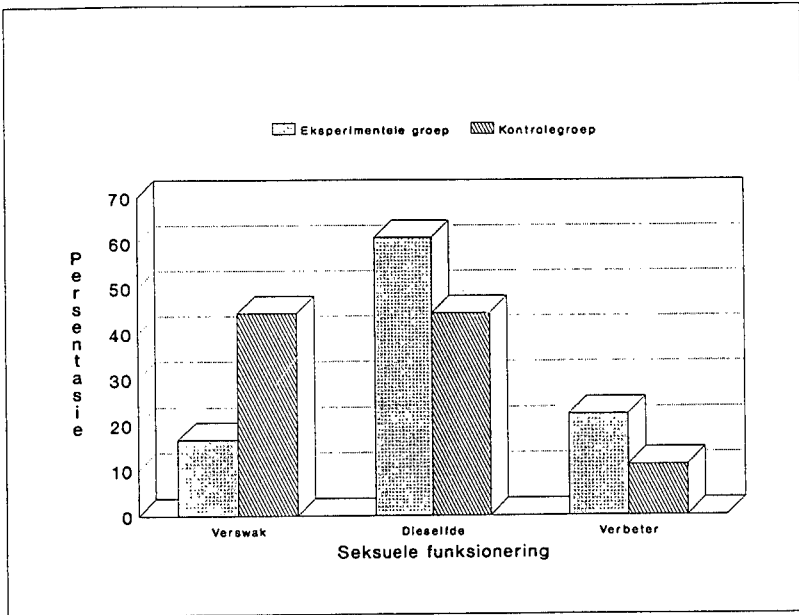
Ten einde te bepaal of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is rakende seksuele funksionering, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate verskyn in Tabel 4.7.

Tabel 4.7

Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se seksuele funksionering

Seksuele funksionering		Eksperimentele groep	Kontrole-groep	Rytotaal
Verbeter	N	4	2	6
	%	66,67	33,33	100
Dieselfde	N	11	8	19
	%	57,89	42,11	100
Verswak	N	3	8	11
	%	27,27	72,73	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 2 vryheidsgrade is 3,413. Hierdie waarde is nie beduidend op minstens die 5%-peil nie en gevolglik word die nulhipotese behou. Die resultaat suggereer dat die proporsie proefpersone wie se seksuele funksionering post-operatief verbeter het, nie vir die eksperimentele en kontrolegroep statisties beduidend verskil nie.



Figuur 4.11 Seksuele funksionering

Uit Figuur 4.11 is dit duidelik dat die grootste aantal proefpersone van die eksperimentele groep (61,1%) se seksuele funksionering dieselfde gebly het. Hoewel hierdie resultate nie statisties beduidend is nie, is dit tog interessant dat 'n groter proporsie proefpersone van die eksperimentele groep se seksuele funksionering verbeter het, terwyl 'n groter proporsie proefpersone van die kontrolegroep se seksuele funksionering verswak het.

(7) Onduidelikheid insake hormoonbehandeling

Om vas te stel of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is ten opsigte van onduidelikheid oor hormoonbehandeling, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate word in Tabel 4.8 gegee.

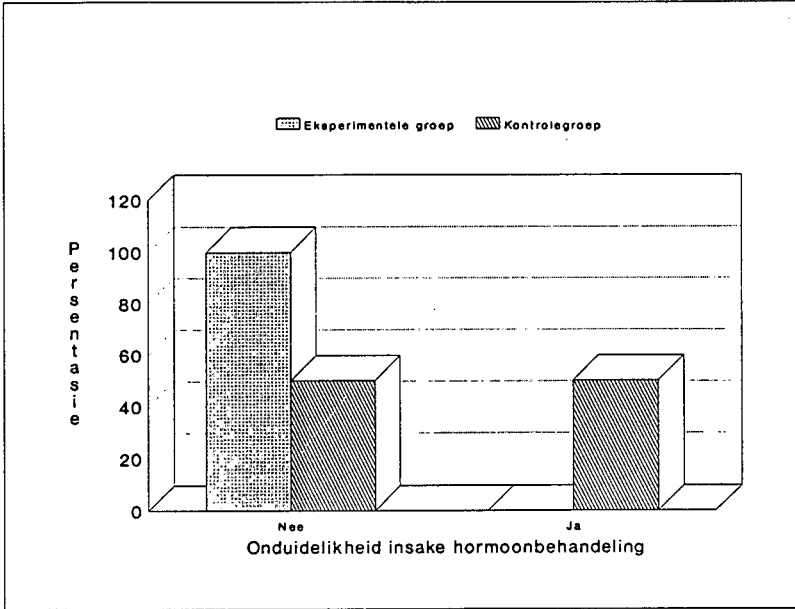
Tabel 4.8

Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se onduidelikheid insake hormoonbehandeling

Onduidelikheid insake hormoon = behandeling		Eksperimentele groep	Kontrole- groep	Rytotaal
Ja	N	0	9	9
	%	0	100	100
Nee	N	18	9	27
	%	66,67	33,33	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 1 vryheidsgraad is 12. Hierdie waarde is beduidend op die 1%-peil en gevolglik word die nulhipotese in hierdie geval verwerp. Uit Figuur 4.12 blyk dit dat 'n groter proporsie proefpersone van die kontrolegroep in vergelyking met die van die eksperimentele groep onduidelikheid insake hormoonbehandeling het. Aangesien 50% van die selle 'n verwagte telling kleiner as 5 het, moet die resultate met omsigtigheid geïnterpreteer word.

Ter illustrasie word hierdie gegewens ook in Figuur 4.12 voorgestel.



Figuur 4.12 Onduidelikheid insake hormoonbehandeling

Volgens Figuur 4.12 is dit duidelik dat al die proefpersone van die eksperimentele groep nie enige onduidelikheid insake hormoonbehandeling het nie. Daarenteen het 50% van die proefpersone van die kontrolegroep steeds onduidelikheid oor hormoonbehandeling, terwyl die res geen probleme in verband met hierdie aspek het nie.

(8) Algemene gesondheid

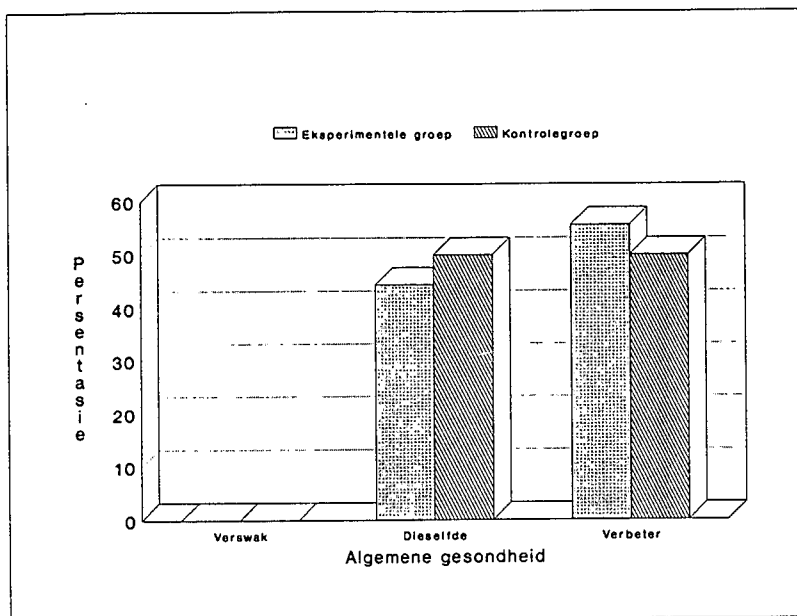
Ten einde te bepaal of daar 'n verskil tussen die eksperimentele en kontrolegroep is rakende hulle algemene gesondheid na die operasie, is 'n chi-kwadraattoets toegepas. Die resultate verskyn in Tabel 4.9.

Tabel 4.9

Kruistabulering van selfrekwensies volgens eksperimentele en kontrolegroep se algemene gesondheid na die operasie

Algemene gesondheid		Eksperimentele groep	Kontrole- groep	Rytotaal
Verbeter	N	10	9	19
	%	52,63	47,37	100
Dieselfde	N	8	9	17
	%	47,06	52,94	100
Kolomtotaal	N	18	18	36
	%	50	50	100

Die chi-kwadraatwaarde vir hierdie veranderlike met 1 vryheidsgraad is 0,111. Die nulhipotese word in hierdie geval behou, aangesien hierdie waarde nie beduidend op minstens die 5%-peil is nie. Die resultaat suggereer dat die proporsie proefpersone wie se algemene gesondheid post-operatief verbeter het, nie vir die eksperimentele en kontrolegroep statisties beduidend verskil nie.



Figuur 4.13 Algemene gesondheid

Die grafiese voorstelling in Figuur 4.13 toon duidelik dat daar nie noemenswaardige verskille ten opsigte van algemene gesondheid tussen die twee groepe was nie. Daar was ook geen proefpersone wie se algemene gesondheid verswak het nie.

4.5 Kommentaar van die proefpersone

Die proefpersone van die eksperimentele groep het deurgaans positiewe kommentaar ten opsigte van die biblioterapeutiese program gelewer. Voorbeelde hiervan is onder andere:

*Die geskrewe inligting was baie waardevol.
 My geheue is opgeskerp.
 'n Baie oulike boekie.
 My vriendin wil ook so 'n boekie hê.
 Die inligting het baie gehelp.
 Die inligting is baie volledig en het my gerusgestel.
 Die leesstof was baie nuttig. Ek het dit versind.
 Die inligting was baie nuttig.
 Baie dankie dat ek aan die projek kon deelneem.
 Almal het so 'n boekie nodig.
 So 'n projek is nodig.
 Dit was interessante inligting.*

Die proefpersone van die kontrolegroep (wat nie die biblioterapeutiese program deurloop het nie) se kommentaar dui op talle onduidelikhede wat daar vir hulle bestaan.

Voorbeelde hiervan is onder andere:

*Moet 'n mens hormoonbehandeling kry as jou eierstokke nie verwyder is nie?
 Almal moet goed ingelig word oor 'n histerektomie, dan sal daar nie soveel
 onsekerheid wees oor die toekoms nie.
 Ek wil meer weet van hormone.*

4.6 Bespreking

Die eksperimentele en kontrolegroep het nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van die volgende veranderlikes nie:

- liggaamsmassa;
- post-operatiewe oefening;
- gevoel van vroulikheid;
- seksuele aanvaarding deur eggenoot;
- seksuele funksionering, en
- algemene gesondheid.

Daar was egter wel beduidende verskille tussen die eksperimentele en kontrolegroep ten opsigte van die volgende veranderlikes:

- hoeveelheid inligting wat proefpersone ontvang het, en
- onduidelikheid insake hormoonbehandeling.

Bogenoemde resultate dui daarop dat die biblioterapeutiese program veral van waarde was in die oordra van inligting. Hierdie resultate ondersteun dié van Smale (1987) dat 'n inligtingsprogram wel beduidende kennisvermeerdering teweegbring by pasiënte met miokardiale infarksie.

Die proefpersone van die eksperimentele groep het 8 weke na die histerektomie beduidend minder aan depressie en angs gely as die proefpersone van die kontrolegroep. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die biblioterapeutiese program wel tot 'n verbetering in die post-operatiewe aanpassing van die histerektomie-pasiënt gelei het.

Die bevindinge kan moontlik verklaar word deur die feit dat die biblioterapeutiese program pasiënte gerusgestel het ten opsigte van verwarring, onkunde en wanopvattinge.

Hierdie navorsing ondersteun die resultate van Dulaney et al. (1990), Gorvy (1984) en Phillips (1977). Laasgenoemde navorsers het elk 'n inligtingsprogram vir histerektomie-pasiënte aangebied. Die invloed van Dulaney et al. en Phillips se programme is egter nie objektief bepaal nie, aangesien die proefpersone nie post-operatief met objektiewe meetinstrumente geëvalueer is nie. Hierdie outeurs beweer dat die programme suksesvol was op grond van die positiewe terugvoer van die pasiënte. Die huidige outeur het in hierdie opsig probeer verbeter deur gebruik te maak van erkende meetinstrumente. In die enigste soortgelyke studie in Suid-Afrika het Gorvy, by die Randse Afrikaanse Universiteit, die pasiënte in haar ondersoek wel post-operatief geëvalueer ten opsigte van depressie, gevoel van welsyn, vroulikheid en selfkonsep. Sy kom tot die gevolgtrekking dat post-operatiewe bystand aan histerektomie-pasiënte waardevol is. Haar navorsing kan egter nie met die huidige studie vergelyk word nie, aangesien sy post-operatief inligting deur middel van bandopnames aan een groep pasiënte verskaf het en kliëntgesentreerde terapie op 'n ander groep toegepas het, terwyl die huidige navorser 'n kombinasie van gesprekvoering en 'n geskrewe inligtingstuk pre-operatief gebruik het.

Renshaw (1988) bevind dat verskeie wanopvattinge rondom seksualiteit by histerektomie-pasiënte voorkom en dat die beskikbaarstelling van inligting aan alle pasiënte moet verbeter. Die biblioterapeutiese program was dan ook 'n poging om die beskikbaarstelling van inligting te verbeter.

Moore en Tolley (1976) beweer dat 'n histerektomie nie noodwendig aanleiding tot 'n depressie gee nie, maar dat die operasie wel 'n meganisme kan skep om die latente depressie af te sneller. Aangesien die histerektomie-pasiënte wat die biblioterapeutiese program deurloop het, beduidend minder depressief was as die kontrolegroep, kan die bewering gemaak word dat die program die nodige kennis en gerusstelling aan die pasiënte verskaf het en sodoende is 'n depressie nie afgesneller nie.

Lalinec-Michaud en Engelsmann vind in 1985 dat depressie meer voorgekom het by angstige pasiënte, in pasiënte waar die histerektomie 'n noodoperasie was en pasiënte wat pre-operatief bang was vir moontlike veranderinge in hulle seksuele funksionering na die operasie. Volgens hierdie outeurs het 'n vrou tyd nodig om haarself voor te berei, om inligting in te win en om ondersteuning te soek. Met die huidige biblioterapeutiese program is hierdie doelwitte nagestreef.

In aansluiting hierby beklemtoon Ananth (1983), Dulaney et al. (1990), Tang (1985), sowel as Webb en Wilson-Barnett (1983b) ook die positiewe rol wat ondersteuning tydens post-operatiewe aanpassing bied. Hoewel die biblioterapeutiese program voor die operasie afgehandel is, kan die ondersteuning wat dit aan die pasiënte gebied het, nie ontken word nie.

HOOFSTUK 5

SAMEVATTENDE GEVOLGTREKKING

5.1 Inleiding

Met hierdie studie is gepoog om die doeltreffendheid van 'n biblioterapeutiese program vir histerektomie-pasiënte te ondersoek.

Nadat 'n omvattende literatuurstudie gedoen is, is 'n inligtingstuk spesifiek vir histerektomie-pasiënte saamgestel, waarna dit in 'n eksperimentele ondersoek toegepas is.

Die navorsingsresultate het aangedui dat die biblioterapeutiese program wel 'n positiewe bydrae gelewer het tot die post-operatiewe aanpassing van histerektomie-pasiënte, aangesien die proefpersone van die eksperimentele groep beduidend minder depressief en angstig was as die lede van die kontrolegroep. 'n Groter proporsie proefpersone van die eksperimentele groep was ook tevrede met die hoeveelheid inligting wat hulle ontvang het, terwyl minder proefpersone vroeë insake hormoonbehandeling gehad het, as die lede van die kontrolegroep.

Die navorsing ondersteun die hipotese dat biblioterapie tot 'n verbetering in die post-operatiewe aanpassing van die histerektomie-pasiënt lei.

Uit die positiewe kommentaar wat die proefpersone van die eksperimentele groep op die biblioterapeutiese program gelewer het, is dit duidelik dat hulle die program waardevol gevind het. Die kommentaar dui op 'n besliste behoefte aan post-operatiewe psigoterapeutiese hulpverlening aan histerektomie-pasiënte.

5.2 Aanbevelings

Die volgende aanbevelings met die oog op toekomstige navorsing word gedoen.

Die koste-effektiwiteit van die program in terme van tyd en geld kom ter sprake, veral as daar in aanmerking geneem word dat "die eksklusiewe een-tot-eensprekkamerintervensie toenemend 'n onbekostigbare diens in ons land kan raak" (Heyns, 1991). Die biblioterapeutiese program soos wat dit hier aangebied

is, is duur in terme van tyd en geld, omdat elke pasiënt individueel hanteer is. Om hierdie kwessie aan te spreek, word daar aanbeveel dat biblioterapie in groepsverband verder ondersoek moet word. Die proefpersone kan die inligtingstuk op hulle eie bestudeer en dan kan verdere ondersteuning en bespreking van inligting in groepsverband geskiet.

Die sielkundige kan ook as konsultant optree en byvoorbeeld verpleegkundiges of maatskaplike werkers oplei om die nodige ondersteuning aan pasiënte te bied, wat reeds die inligtingstuk bestudeer het.

Nog 'n moontlikheid vir verdere navorsing is dat die navorsers dieselfde hoeveelheid individuele tyd aan die kontrolegroep afstaan, maar met nie-relevante inligting.

Aangesien die histerektomie-pasiënt se eggenoot 'n belangrike bron van ondersteuning kan wees en aangesien 'n histerektomie die vrou én haar man beïnvloed, moet daar oorweging geskenk word aan die feit dat hy ook by 'n program ingeskakel moet word, hetsy individueel of in groepsverband. Verdere navorsing in hierdie verband is ook aangedui.

Wessels (1991) wys tereg daarop dat dit noodsaaklik is dat voorkomingsdienste in die gemeenskap gelewer word. Hierdie dienste kan slegs suksesvol wees as daar van hulpmiddels gebruik gemaak word. Biblioterapie kan as 'n waardevolle hulpmiddel gebruik word in die terapeutiese proses, sowel as in die voorkomende en ontwikkelende sin van die woord.

BRONNELYS

- Alberti, R.E. & Emmons, M.L. (1978). Your perfect right: A guide to assertive behavior. San Luis Obispo: Impact.
- Ananth, J. (1983). Hysterectomy and sexual counselling. Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 8(4), 213-217.
- Annon, J.S. (1981). PLISSIT therapy. In R.J. Corsini (Ed.), Handbook of innovative psychotherapies. New York: John Wiley.
- Atkinson, J.M. (1986). Schizophrenia at home. New York: University Press.
- Basmajian, J.V. (1976). Primary anatomy. (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beatty, W.K. (Ed.) (1964). Proceedings of the ALA bibliotherapy workshop, St. Louis, June 25-27, 1964. AHIL Quarterly, 4(4), 1-60.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities.
- Beck, A.T. & Greenberg, R.L. (1974). Coping with depression. New York: Institute for Rational Living.
- Berry, I. (1978). Contemporary bibliotherapy: Systematizing the field. In R.J. Rubin (Ed.), Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Botha, H.C. (1983). 'n Vergelyking van depressieskale. Ongepubliseerde skripsie, Universiteit van Stellenbosch.
- Botha, H.C. & Möller, A.T. (1986). A comparative study of depression rating scales. Psychotherapeia, 45, 19-22.
- Botha, T.R., Bester, M. & Smith, K. (1991). Kriteria vir die seleksie van biblioterapeutiese materiaal. Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Biblioteek en Inligtingkunde, 59(4), 305-312.

- Brammer, L.M. & Shostrom, E.L. (1989). Therapeutic psychology. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brown, E.F. (1975). Bibliotherapy and its widening applications. New Jersey: Scarecrow.
- Carroll, B.J., Fielding, J. M. & Blashki, T.G. (1973). Depression rating scales. Archives of General Psychiatry, 28, 361-366.
- Carroll, B.J., Feinberg, M., Smouse, P.E., Rawson, S.G. & Greden, J.F. (1981). The Carroll rating scale for depression: Development, reliability and validation. British Journal of Psychiatry, 138, 194-200.
- Cattell, R.B., Scheier, I.H. & Madge, E.M. (1986). Handleiding vir die IPAT-angsskaal. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- Cilliers, J.I. (1983). Biblioterapie vir alkoholiste en dwelmafanklikes. Humanitas, 9(2), 195-209.
- Coe, R.M. (1970). Sociology of medicine. New York: McGraw-Hill.
- Coleman, M. & Ganong, L.H. (1988). Bibliotherapy with stepchildren. Springfield: Charles Thomas.
- Cooper, P.J. & Gath, D.H. (1983). Psychiatric case detection in gynaecological patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 40, 246-256.
- D'Augelli, A. & D'Augelli, J.F. (1985). The enhancement of sexual skills and competence: Promoting lifelong sexual unfolding. In L. L'Abate & M.A. Milan (Ed.), Handbook of social skills training and research. New York: John Wiley & Sons.
- Deist, F. & Jordaan, W. (1990). Mamma was ek eers 'n bobbejaantjie? Geslagsleiding vir kleintjies. Pretoria: Van Schaik.
- Dodds, D.T., Potgieter, C.R., Turner, P.J., Scheepers, G.P.J. (1961, Januarie). The physical and emotional results of hysterectomy. S.A. Tydskrif vir Geneeskunde, p. 53-54.

- Dryden, W. & Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. In K.S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford.
- Dulaney, P.E., Crawford, V.C. & Turner, G. (1990). A comprehensive education and support program for women experiencing hysterectomies. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 19(4), 319-325.
- Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy. In J.K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- Everly, G.S. (1989). Treatment of the human stress response. New York: Plenum.
- Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. London: Tavistock.
- Frank, E. (1988). Die verband.tussen sielkundige faktore en postoperatiewe herstel by histerektomie-pasiënte. Ongepubliseerde magister-verhandeling, Universiteit van Stellenbosch.
- Freeman, A. & Simon, K.M. (1989). Cognitive therapy of anxiety. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Ed.), Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum.
- Gath, D., Cooper, P. & Day, A. (1982). Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. British Journal of Psychiatry, 140, 335-350.
- Gittlin, M.J. & Pasnau, R.O. (1989). Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. American Journal of Psychiatry, 146(11), 1413-1422.
- Glanze, W.D., Anderson, K.N., Urdang, L. & Swallow, H.H. (1986). Mosby's medical and nursing dictionary. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Gorvy, E.S. (1984). Post-operative psychotherapeutic assistance for hysterectomy patients. Unpublished master's dissertation, Rand Afrikaans University, Johannesburg.

- Gottschalk, L.A. (1948). Bibliotherapy as an adjuvant in psychotherapy. (p 48). In R.J. Rubin (Ed.), (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Gould, D. (1986, June). Hidden problems after a hysterectomy. Nursing Times, 4, 43-46.
- Gould, D. (1986, September). Recovery from hysterectomy. The Practitioner, 230, 756-757.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23, 56-62. Hamilton, M. (1969). Standardised assessment and recording of depressive symptoms. Psychiatria Neurologia Neurochirurgia, 27, 201-205.
- Hart, J. (1983). Modern eclectic therapy. New York: Plenum.
- Healy, K.M. (1968, January). Does preoperative instruction make a difference? American Journal of Nursing, 68, 62-67.
- Heyns, P.M. (1991). Sielkunde en die verbetering van lewenskwaliteit. Bloemfontein: Universiteit van die Oranje-Vrystaat.
- Howie, M. (1983). Bibliotherapy in social work. British Journal of Social Work, 13, 287-319.
- Huysamen, G.K. (1983). Inferensiële statistiek en navorsingsontwerp: 'n Inleiding. Pretoria: Academica.
- Hyde, M. (1979). Personality factors and emotional change in pre-menopausal woman undergoing hysterectomy. Unpublished master's dissertation, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- Jaarverslag, (1991). Departement Obstetrie en Ginekologie, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.
- Jenkins, P.L. (1983). Hysterectomy: Does it alter consulting rates in general practice? The Practitioner, 227, 851-852.

- Kaap die Goeie Hoop Biblioteekdiens, (1989). Biblioterapie. Kaapstad: Kaapse Provinsiale Biblioteekdiens.
- Kearns, N.P., Cruickshank, C.A., McGuigan K.J., Riley, S.A., Shaw, S.P. & Snaith, R.P. (1982). A comparison of depression rating scales. British Journal of Psychiatry, 141, 45-49.
- Kilkku, P., Lehtinen, V., Hirvonen, T. & Grönroos, M. (1987). Abdominal hysterectomy versus supravaginal uterine amputation: Psychic factors. Annales Chirurgiae et Gynaecologiae, 76(202), 62-67.
- Kuczynski, H.J., Wright, S.A. & Beane, G.E. (1987). Hysterectomy: Short-term psychological distress. Curationis, 10(4), 1-3.
- Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1984). Depression and hysterectomy: A prospective study. Psychosomatics, 25(7), 550-558.
- Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1985). Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. Canadian Journal of Psychiatry, 30(1), 44-47.
- Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1988a). Psychological profile of depressed women undergoing hysterectomy. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 8, 53-66.
- Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1989). Cultural factors and reaction to hysterectomy. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24(3), 165-171.
- Lalinec-Michaud, M., Engelsmann, F. & Marino, J. (1988b). Depression after hysterectomy: A comparative study. Psychosomatics, 29(3), 307-314.
- Lazarus, A.A. (1977). In the mind's eye. New York: Rawson.
- Lazarus, A.A. & Fay, A. (1975). I can if I want to. New York: Morrow.

- Lazarus, A.A., Kreitzberg, C.B. & Sasserath, V.J. (1981). Multimodal therapy. In R.J. Corsini (Ed.), Handbook of innovative psychotherapies. New York: John Wiley.
- Lee, T. (1989). Patient information: The key to increased autonomy. The Professional Nurse, 5(1), 43-47.
- Lindemann, E. (1941). Observations on psychiatric sequelae to surgical operations in women. American Journal of Psychiatry, 98, 132-137.
- Lindeque, C. (1991). Histerektomie: 'n Nuwe lewe. Pretoria: Academica.
- Llewellyn-Jones, D. (1974). Ek, die vrou. Johannesburg: Perskor.
- McCarthy, B. (1989). A cognitive-behavioral approach to sex therapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Ed.), Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum.
- Meikle, S., Brody, H. & Pysh, F. (1977). An investigation into the psychological effects of hysterectomy. The Journal of Nervous and Mental Disease, 164(1), 36-41.
- Menninger, W.C. (1937). Bibliotherapy. In R.J. Rubin (Ed.), (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Monroe, M.E. (1977). A bibliotherapeutic model for library service. In R.J. Rubin (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Moody, M.T. & Limper, H.K. (1971). Bibliotherapy: Methods and materials. Chicago: American Library Association. Moore, J.T. & Tolley, D.H. (1976). Depression following hysterectomy. Psychosomatics, 17, 86-89.
- Moses, H.A. & Zaccaria, J.S. (1969). Bibliotherapy in an educational context: Rationale and principles. In R.J. Rubin (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Mulder, J. (1979, Maart). Biblioterapie in ons skole. Opvoeding en Kultuur. p.34.

- Oates, M. & Gath, D. (1989). Psychological aspects of gynaecological surgery. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 3(4), 729-741.
- Olivier, B.J. (1983). Biblioterapie as hulpverlening aan die kind in opvoedingsnood. Skoolmediasentrum, 15(2), 37-38.
- Olivier, S.E. (1985). Biblioterapie as pedoterapeutiese tegniek. Pedagogiekjoernaal, 6(1), 169-181.
- Painter, G. & Vernon, S. (1981). Primary relationship therapy. In R.J. Corsini (Ed.), Handbook of innovative psychotherapies. New York: John Wiley.
- Pardeck, J.A. & Pardeck, J.T. (1984). Young people with problems: a Guide to bibliotherapy. Westport: Greenwood.
- Pardeck, J.T. & Pardeck, J.A. (1987). Bibliotherapy for children in foster care and adoption. Child Welfare, 66(3), 269-277.
- Pardeck, J.T. & Pardeck, J.A. (1988). Helping children adjust to adoption through the bibliotherapeutic approach. Adoption and Fostering, 12(3), 11-15.
- Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Ed.), Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum.
- Peterson-Delaney, S. (1938). The place of bibliotherapy in a hospital. In R.J. Rubin (Ed.) (1978): Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Phillips, C.R.N. (1977). The hysterectomy patient in the obstetrics service: A presurgery class helps meet her needs. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 6(1), 45-49.
- Plug, C., Meyer, W.F., Louw, D.A. & Gouws, L.A. (1986). Psigologiesoordeboek. Johannesburg: McGraw-Hill.
- Renshaw, D.C. (1988). Sexuality and hysterectomy revisited. The Female Patient, 13, 33-34.

- Richards, D.H. (1973). Depression after hysterectomy. The Lancet, 25, 430-432.
- Ridgeway, V. & Mathews, A. (1982). Psychological preparation for surgery: A comparison of methods. British Journal of Clinical Psychology, 21, 271-280.
- Roeske, N.C.A. (1978). Quality of life and factors affecting the response to hysterectomy. The Journal of Family Practice, 7(3), 483-488.
- Rongione, L.A. (1972). Bibliotherapy: Its nature and uses. In R.J. Rubin (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Rubin, R. (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Rubin, R. (1979, Fall). Uses of bibliotherapy in response to the 1970s. Library Trends, pp. 239-251.
- Russell, D. & Shrodes, C. (1959). Contributions of research in bibliotherapy to the language-arts program I. In R.J. Rubin (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Ryan, M.M., Dennerstein, L. & Pepperell, R. (1989). Psychological aspects of hysterectomy. British Journal of Psychiatry, 154, 516-522.
- Salter, J.R. (1985). Gynaecological symptoms and psychological distress in potential hysterectomy patients. Journal of Psychosomatic Research, 29(2), 155-159.
- Savage, G.A. (1981). The psychological effects of hysterectomy. Unpublished master's dissertation, University of Cape Town.
- Schlebusch, L. (1983). Consultation-liaison clinical psychology in modern general hospital practice. S.A. Mediese Tydskrif, 64, 781-786.
- Schrank, F.A. & Engels, D.W. (1981, November). Bibliotherapy as a counseling adjunct: Research findings. Personnel and Guidance Journal, pp. 143-147.

- Sciabassi, S.H. (1980). Bibliotherapy. In R. Herink (Ed.). The psychotherapy handbook. New York: New Armentia Library.
- Shrodes, C. (1949). Implications for psychotherapy. In R.J. Rubin (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Singh, B., Raphael, B., Gyaneshwar, R. & Johnston, P. (1983). Post-hysterectomy adaptation: A review and report of two follow-up studies. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 17(3), 227-235.
- Smale, G.A. (1987). Rehabilitation after myocardial infarction: The effects of an information programme. Unpublished master's dissertation, University of Port Elizabeth.
- Small, L. (1979). The briefer psychotherapies. New York: Brunner/Mazel.
- Smith, C.M. (1982). Die gebruik van die kinderverhaal as biblioterapeutiese tegniek deur die maatskaplike werker in gesprekke met kinders. Maatskaplike Werk, 18(4), 229-236.
- Stanfill, P.H. (1982, September/October). The psychosocial implications of hysterectomy. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, pp.318-320.
- Steele, S.J. & Goodwin, M.F. (1975, September). A pamphlet to answer the patients questions before hysterectomy. The Lancet, p. 492-493.
- Stutterheim, H. & Kroon, S. (1991). Die gebruik van biblioterapie in maatskaplike werk. Maatskaplike Werk, 27(2), 180-190.
- Taljaard, J.J. (1988). Persoonlikheidstoetse. In K. Owen & J.J. Taljaard (Red.), Handleiding vir die gebruik van sielkundige en skoolstiese toetse van IPEN en die NIPN. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- Tang, G.W.K. (1985). Reactions to emergency hysterectomy. Obstetrics and Gynecology, 65, 206-210.

- Tilley, H.P. (1981). The use of bibliotherapy in the rehabilitation of chronic schizophrenic patients. Unpublished master's dissertation, University of South Africa, Pretoria.
- Twyeffort, L.H. (1940). Therapy in psychoneurosis (bibliotherapy). In R.J. Rubin (Ed.) (1978). Bibliotherapy sourcebook. London: Oryx.
- Van der Linde, E.L. (1986). Biblioterapie met kinders uit enkelouergesinne. Ongepubliseerde magister-skripsie, Randse Afrikaanse Universiteit, Johannesburg.
- Van Dyk, F. (1989). Die aanwending van tegnieke in die maatskaplike hulpverlening aan die kind. Maatskaplikewerk Perspektief, 16(1), 32-48.
- Wallace, L.M. (1985). Surgical patients' preferences for pre-operative information. Patient Education and Counseling, 7, 377-387.
- Warner, L. (1980, October). The myth of bibliotherapy. School Library Journal, pp. 107-111.
- Webb, C. (1986). Professional and lay social support for hysterectomy patients. Journal of Advanced Nursing, 11, 167-177.
- Webb, C. & Wilson-Barnett, J. (1983a). Hysterectomy: A study in coping with recovery. Journal of Advanced Nursing, 8, 331-319.
- Webb, C. & Wilson-Barnett, J. (1983b). Self-concept, social support and hysterectomy. International Journal of Nursing Studies, 20(2), 97-107.
- Wessels, S.J. (1991). "Die toekoms behoort aan ons kinders": Die waarde van psigo-opleiding binne die kindersielkunde. Bloemfontein: Universiteit van die Oranje-Vrystaat.
- Wessler, R.L. & Hankin-Wessler, S. (1989). Cognitive group therapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Ed.), Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum.

- Williams, P.D., Valderrama, D.M., Gloria, M.D., Pascoguin, L.G., Saavedra, L.D., De La Rama, D.T., Ferry, T.C., Abaguin, C.M. & Zaldivar, S.B. (1988). Effects of preparation for mastectomy/hysterectomy on womens's post-operative self-care behaviors. International Journal of Nursing Studies, 25(3), 191-206.
- Wright, J.H. & Schrodt, G.R. (1989). Combined cognitive therapy and pharmacotherapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Ed.), Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum.
- Wolberg, L.R. (1988). The technique of psychotherapy. (4th ed.). Orlando: Grune & Stratton.
- Wolpe, J. (1981). Our useless fears. Boston: Houghton Mifflin.
- Young, L. & Humphrey, M. (1985). Cognitive methods of preparing women for hysterectomy: Does a booklet help? British Journal of Clinical Psychology, 24(4), 303-304.
- Zilbergeld, B. & Lazarus, A.A. (1987). Mind power. Boston: Little, Brown.

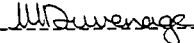
BYLAE 6.1**DIE INLIGTINGSTUK**

Departement Sielkunde
 Universiteit van die OVS
 Bloemfontein
 21 Oktober 1991

Beste pasiënt

Baie dankie vir u bereidwilligheid om aan hierdie navorsingsprojek deel te neem. U samewerking word waardeer. Die navorsingsresultate sal vir toekomstige pasiënte van groot waarde wees.


Nogmaals baie dankie



 Minette Duvenage
 Navorsers: Kliniese Sielkunde



 Prof. D.A. Louw
 Studieleier
 Dept. Sielkunde



 Dr. C.J.F. Grobler
 Medestudieleier
 Dept. Obstetrie en
 Ginekologie

Hierdie is 'n inligtingstuk wat spesifiek vir histerektomie-pasiënte saamgestel is en dit beskryf die volgende aspekte:

1. ALGEMEEN
2. HOSPITAALVERBLYF
3. GEVOELENS
4. WEER BY DIE HUIS
5. PERSOONLIKE HIGIËNE
6. DIEET EN LIGGAAMSMASSA
7. OEFENING
8. SEKSUELE FUNKSIONERING
9. HORMOONBEHANDELING

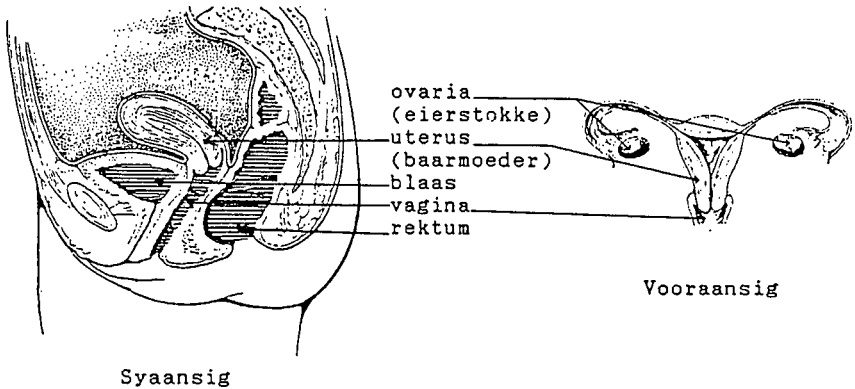
Elke aspek word nou in meer besonderhede bespreek.

1. ALGEMEEN

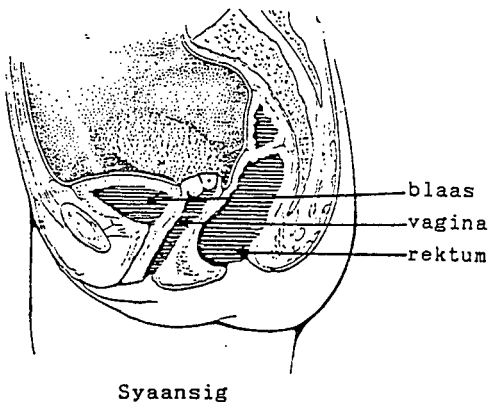
- * Wat is 'n histerektomie?

'n Histerektomie is 'n operasie waarin die vrou se uterus (baarmoeder) verwyder word. Slegs indien dit noodsaaklik is, word die ovaria (eierstokke) ook verwyder.

- * Hoe lyk 'n skets van die vroulike bekken?



- * Hoe lyk 'n skets van die vroulike bekken sonder 'n uterus?



* Wat is 'n abdominale histerektomie?

Tydens 'n abdominale histerektomie word die uterus deur 'n snit in die buik verwyder. (Die woord "abdominale" verwys na abdomen wat buik beteken.)

* Wat is 'n vaginale histerektomie?

Tydens 'n vaginale histerektomie word die uterus deur 'n snit in die vagina verwyder en is daar nie 'n uitwendige wond nie.

* Wat is die funksie van die uterus?

Die uterus is 'n spierryke orgaan met hoofsaaklik twee funksies:

1. Die bevrugte eiersel ontwikkel en groei in die uterus totdat die baba gebore kan word.
2. Die uterus is ook verantwoordelik vir menstruasie. Indien die eiersel nie bevrug word nie, verdwyn dit in die buik - ook na die histerektomie. Die voering van die uterus holte word tydens menstruasie via die vagina uitgeskei.

Na 'n histerektomie kan u dus nie meer kinders baar en u sal ook nie meer menstrueer nie.

* Wat is die funksie van die ovaria?

Die ovaria is twee geslagskliere aan weerskante van die uterus met hoofsaaklik twee funksies:

1. Die ovaria produseer eierselle.
2. Die ovaria skei vroulike geslagshormone af.

* Wat kom in die holte waar die uterus was?

Die klein holte word deur die spysverteringskanaal opgeneem.

- * Wat is die rede waarom u 'n histerektomie moet kry?

Daar is verskeie redes waarom 'n histerektomie gedoen moet word en dit verskil van pasiënt tot pasiënt. Byvoorbeeld omdat erge bloeding en pyn tydens menstruasie ondervind word óf as gevolg van goedaardige of kwaadaardige gewasse óf herhalende infeksies. Hierdie simptome is gewoonlik vir die pasiënt 'n groot las en na die histerektomie sal u baie verlig wees om van die probleme ontslae te wees.

U sal by u dokter spesifieke inligting kan kry waarom u 'n histerektomie moet ondergaan.

2. HOSPITAALVERBLYF

- * Wat moet ek alles saamneem hospitaal toe?

U nagklere en toiletware. (Sanitiere doekies word in die hospitaal verskaf.)

U juwele kan in die hospitaal toegesluit word, maar die verpleegpersoneel verkies dat u dit liever tuis laat.

- * Wat gebeur voor die operasie?

'n Verpleegkundige sal met u gesels en al u vrae beantwoord.

Die narkotiseur sal u besoek.

U sal 'n klisma (enema) kry, om te verseker dat u rektum leeg is tydens en na die operasie. Indien u rektum vol is, kan onwillekeurige stoelgang onder die invloed van narkose plaasvind.

Uriene word getoets.

Om te verseker dat u vel rondom die operasie-area so skoon as moontlik is, word u skaamhare geskeer en u sal moontlik 'n ontsmettingsmiddel (Savlon) kry om in te bad.

Om te voorkom dat u tydens die narkose braak, sal u 'n paar uur voor die operasie niks mag eet of drink nie.

U kan die aand voor die operasie 'n slaappil kry.

U moet teaterklere aantrek. Hierdie klere is so ontwerp dat dit maklik verwyder kan word.

U grimering en naellak word verwyder, sodat die narkotiseur in staat is om veranderinge in u velkleur en naelbeddens vinnig waar te neem.

Prosteses soos kunsgebit en kontakklense word verwyder. 'n Kunsgebit kan in u keel beland en 'n obstruksie veroorsaak.

Vir gemaklikheidshalwe moet u u blaas leegmaak voor die operasie.

U kry ook medikasie wat u moontlik lomerig sal maak. U mond mag hiervan droog word en die banggevoel sal effens minder word.

* Hoe lank duur die operasie?

Die operasie duur ongeveer een uur.

* Hoe gaan ek voel as ek na die operasie bykom?

U sal waarskynlik naar voel en die operasie-area sal seer wees. Die verpleegkundiges gee egter vir u medikasie wat sal help vir naarheid en pyn.

U keel mag ook gevoelig wees, as gevolg van die narkosebuis.

'n Buisie met aarvoeding sal aan u arm gekoppel wees.

U sal 'n kateter in u blaas hê, sodat die urine vanself in 'n sakkie inloop.

Daar mag ook 'n buisie uit die vaginale of die abdominale wond uitkom, wat ekstra vog en bloederigheid dreineer.

Al hierdie buisies word deur die loop van die volgende paar dae verwyder.

* Wat gebeur na die operasie?

Die verpleegkundige sal toesien dat u gemaklik lê, gereeld omdraai, die nodige pyn- en naarheidmedikasie kry en sy sal u temperatuur, bloeddruk, polsslag en asemhaling kontroleer.

Indien u al u spiere doelbewus ontspan, sal dit ook help om pyn te verlig.

Vir die eerste twee dae na die operasie sal u bekken-area nog baie seer wees. Dit sal veral seer wees as u beweeg of hoës. Die verpleegkundige sal u help om een of twee dae na die operasie op te staan. Indien u gereeld opstaan genees die wond gouer, daar is ook nie die gevaar dat beweging die wond sal laat oopgaan nie. Rondbeweeg help ook vir winderigheid. Té stil lê veroorsaak komplikasies soos bloedstolling en longontsteking.

Die verpleegkundige sal vir u instruksies gee oor hoe om te hoës en oor asemhalingsoefeninge, sodat longontsteking nie ontstaan nie en die bloed genoeg suurstof kan kry.

Die verpleegkundige sal ook vir u help om die bidet te gebruik. ('n Bidet is 'n wastoestel waarop 'n mens kan gaan sit om die onderlyf te reinig.)

Aangesien dit belangrik is dat u moet rus, is dit wenslik dat u besoekers die besoektye in ag sal neem.

U moet nie huiwer om die klokkie te lui en enige onduidelikheid, ongemak of pyn met die verpleegkundige te bespreek nie.

* Wat sal ek in die hospitaal kry om te eet?

Direk na die operasie sal u 'n ligte dieet van roosterbrood, tee en jellie volg.

Teen ongeveer die tweede dag begin u spysverteringskanaal weer goed funksioneer en u mag moontlik las hê van winde, wat erge krampe kan veroorsaak. U moet liever gasvormende kos soos appels, pere, boontjies en uie, asook gaskoeldrank en vrugtesap, vermy.

Sodra u opelyf gehad het, kan u 'n normale dieet volg.

Moet egter nie huiwer om te sê as u in elk geval 'n spesiale dieet volg nie. Dit kan maklik met die kombuispersoneel gereël word.

Peppermint lekkers verlig blykbaar die ongerief van die winde, maar kan sooibrand vererger indien u daartoe geneig is.

* Hoe lank sal ek in die hospitaal moet bly?

U sal waarskynlik binne vyf dae kan huis toe gaan. Die steke word binne ses tot veertien dae by die kliniek of deur u dokter uitgehaal.

3. GEVOELENS

* Is dit normaal om bang te voel?

Ja, byna alle mense voel bang, angstig, bekommerd en onseker voor 'n operasie. Dit is natuurlik om so te voel. Die hospitaalpersoneel besef dat u bang is vir al die vreemde dinge wat met u gaan gebeur en hulle sal al u vrae so goed as moontlik probeer beantwoord.

- * Is dit normaal om hartseer en terneergedruk te voel?

Ja, veral na die operasie, as die ergste stres verby is en selfs nadat u al weer by die huis is, kan u hartseer en terneergedruk voel. Moet u nie hieroor bekommer nie en huil gerus u hart uit.

- * Met wie kan ek my gevoelens bespreek?

U moet nie huiwer om enige ongelukkigheid met u dokter of die verpleegkundiges te bespreek nie. Hulle luister graag na u. Hulle kan net weet hoe u voel, as u dit vir hulle sê.

4. WEER BY DIE HUIS

- * Wat kan skeefloop nadat ek uit die hospitaal ontslaan is?

U kan 'n vaginale infeksie kry, wat sal veroorsaak dat u 'n jeukende, branderige of onwelriekende afskeiding het.

Daar kan oormatige vaginale bloeding voorkom.

Daar kan infeksie in die wond kom of die wond kan begin bloei of oopgaan.

Wanneer die steke oplos, kan 'n bloeding teen die derde of vierde week ontstaan.

As enige van bogenoemde dinge gebeur, moet u onmiddellik u dokter (of die kliniek) kontak.

- * Wat mag ek nie doen nie?

U mag vir twee tot drie weke nie self motor bestuur nie. Dit is veral wanneer u die voetpedale trap, dat daar te veel spanning op die maagspiere geplaas word.

U mag vir ses weke nie swaar voorwerpe soos kinders of stoele optel nie; nie op u hurke sit nie; nie baie trappe klim nie en ook nie van 'n hoë voorwerp soos 'n stoel of bankie afspring nie. Indien u wel moet trappe klim, doen dit net versigtig.

- * Sal ek lank na die operasie nog moeg voel?

U kan verwag om vier tot ses weke na die operasie nog moeg te voel. Rus soveel as wat nodig is.

5. PERSOONLIKE HIGIËNE

- * Sal ek, nadat ek ontslaan is, nog 'n vaginale afskeiding hê?

Soos wat die steke oplos en genesing plaasvind, mag u 'n rooi-grys afskeiding hê, wat tot ses weke kan duur.

- * Mag ek bad as ek by die huis kom?

U mag bad nadat die steke uitgehaal is. Voor die steke uitgehaal is, moet u só was, dat die wond nie nat word nie.

- * Mag ek badolie gebruik?

Nee, moet liewers vir die eerste ses weke nie badolie gebruik nie.

6. DIEET EN LIGGAAMSMASSA

- * Moet ek 'n spesiale dieet na die histerektomie volg?

'n Gebalanseerde dieet voor en na die operasie sal u help om te herstel en weer u krag te herwin. Maak seker dat u daagliks van elk van die volgende vyf voedselsoorte inneem:

- (1) Proteiene: rooivleis, vis, eiers, melk en kaas.
- (2) Koolhidrate: aartappels, rys en volgraanbrood.
- (3) Vitamiene: vars groente en vrugte.
- (4) Minerale soute: word veral in suiwelprodukte gevind.
- (5) Vette: die hoeveelheid vet wat u saam met vleis, vis of melk inneem, is voldoende.

- * Sal my massa toeneem na die operasie?

Aangesien u waarskynlik vir die eerste paar weke na die operasie minder aktief gaan wees, kan u neig om gewig op te tel. Eet dus liewers minder soetgoed en brood, maar bly by 'n gesonde voedselinname soos reeds genoem.

7. OEFENING

- * Wanneer kan ek weer my oefenprogram, byvoorbeeld tennis of stap, hervat?

U kan u oefenprogram geleidelik hervat sodra die steke uitgehaal is en die wond gesond is. Indien u nie voorheen juis enige fisiese oefening gedoen het nie, is dit miskien nou die ideale geleentheid om met 'n ligte oefenprogram te begin. U kan byvoorbeeld saam met u man of 'n vriendin 'n paar kilometer gaan stap. Gereelde oefening stimuleer die bloedsomloop en dra by tot die meer doeltreffende werking van u hart en longe. U sal waarskynlik ook beter slaap. Oefening is ook 'n ideale manier om 'n mens se gewig te kontroleer. Daar kan tereg gesê word dat genoeg oefening bydra tot liggaamlike en geestelike gesondheid.

Raadpleeg u dokter indien u 'n strawwe program voor u histerektomie gevolg het.

8. SEKSUELE FUNKSIONERING

- * Watter inligting moet ek aan my man oordra aangaande die operasie?

Hoe beter u en u man oor die operasie ingelig is, hoe makliker sal die herstelproses waarskynlik wees. U man het sekerlik ook sy eie bekommernisse oor die gevolge van u operasie. Dit is wenslik dat u albei hierdie besorgdhede met mekaar sal deel. U word dus versoek om hierdie inligtingstuk aan u man te gee om te lees, waarna julle dit dan saam kan bespreek.

- * Hoe sal die operasie my seksuele funksionering beïnvloed?

Talle vroue sê dat hulle seksuele lewe na die histerektomie baie meer bevredigend is as voor die operasie.

Die simptome wat aanleiding gee tot die histerektomie is dikwels verantwoordelik vir probleme in u seksuele lewe. Met hierdie simptome as iets van die verlede, kan u uitsien na 'n veel aangename seksuele funksionering.

Die feit dat u nie meer menstrueer nie en dat u nie meer oor voorbehoedmiddels bekommerd hoef te wees nie, is dikwels 'n groot verligting en kan bydra tot 'n meer bevredigende seksuele lewe.

* Hoe lank na die operasie mag ek weer my seksueleverhouding hervat?

U moet verkieslik vir 'n periode van ses weke nie geslagsgemeenskap hê nie.

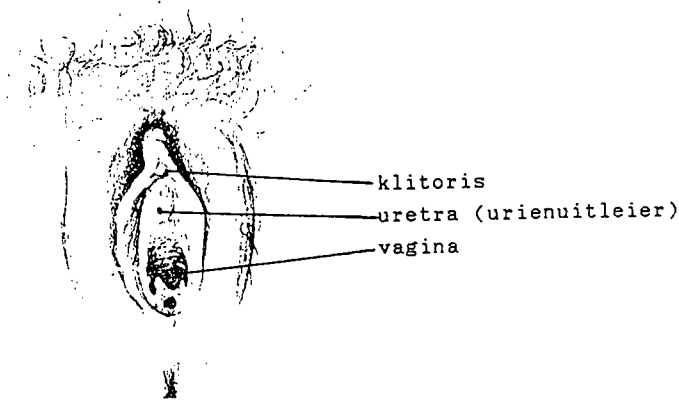
* Sal gemeenskap na die operasie pynlik wees?

In die begin kan geslagsgemeenskap teer en ongemaklik wees.

U mag dit moontlik verkies dat u en u man mekaar se geslagsorgane wedersyds stimuleer, sonder dat vaginale penetrasie plaasvind. Dit is in elk geval goed om te onthou dat 'n orgasme by die vrou hoofsaaklik bereik word deur stimulering van die klitoris.

U kan later geleidelik u oorspronklike wyse van geslagsgemeenskap hervat.

* Hoe lyk 'n skets van die vroulike eksterne (uitwendige) geslagsorgane?



* Sal my man tydens seksuele omgang kan agterkom dat my uterus verwyder is?

U kan aan u man die versekering gee dat hy geen verskil tydens gemeenskap sal voel nie. Die vagina word in die oorspronklike posisie gehou deur die ligamente wat die uterus in posisie gehou het.

U man se reaksie op u histerektomie sal vir u belangrik wees. As hy begryp dat die verwydering van die uterus geen effek op die vrou se seksuele funksionering het nie, sal die aanpassingsproses soveel makliker verloop. U en u man moet nie huiwer om enige onsekerheid in hierdie verband met u dokter te bespreek nie.

* Sal daar steeds, tydens gemeenskap, 'n slymafskeiding in my vagina wees?

Ja, daar sal steeds 'n slymafskeiding wees. Kliere in die vagina veroorsaak hierdie afskeiding en dit het niks met die uterus te doen nie.

* Sal my vagina nou aan die bo-einde oop wees?

Nee, die vagina word aan die bo-einde toegemaak, soos wat dit oorspronklik deur die uterus toegemaak is.

* Sal ek nog soos 'n vrou voel na die histerektomie?

Sommige vroue glo dat hulle na die operasie minder vroulik, minder aantreklik en seksueel koud sal voel en hulle vrees dat hulle hul man se liefde sal verloor. Daar is egter geen rede waarom u nie meer soos 'n vrou sal voel nie. Niemand kan sien dat u uterus verwyder is nie en u sal boonop ontslae wees van 'n klomp lastige simptome. U kan uitsien na 'n gelukkige toekoms!

9. HORMOONBEHANDELING

* Wat is hormoonbehandeling?

Hormoonbehandeling is, in u geval, die toediening van sommige van die hormone wat voor u operasie deur die ovaria afgeskei is.

* Waarom word hormoonbehandeling gegee?

Die dokter skryf gewoonlik hormoonbehandeling voor om die onaangename simptome van die oorgangsjare te verminder -- of die persoon nou 'n histerektomie gehad het of nie.

- * Waarom kry party mense hormoonbehandeling en ander nie?

As die dokter albei die ovaria volledig verwyder het, sal die pasiënt heel waarskynlik hormoonbehandeling moet kry.

Die ovaria word slegs vir baie goeie redes verwyder. Daar kan dus een of 'n gedeelte van een ovaria agterbly en dan is hormoonbehandeling nie altyd nodig nie.

- * Moet ek hormoonbehandeling na die operasie kry?

U moet spesifiek by u dokter uitvind of hormoonbehandeling in u geval nodig is.

- * Hoe word die hormone toegedien?

Hormone kan deur middel van die volgende vier metodes toegedien word:

pille

inplantings onder die vel

plakkers op die vel

inspuitings (hierdie metode word selde gebruik).

- * Moet hormoonbehandeling soms vir 'n tydperk onderbreek word?

Nee, hormoonbehandeling word ononderbroke gegee, hoewel sommige middels vir klein rukkies onderbreek word.

- * Sal ek 'n baard of 'n growwe stem kry?

Die storie dat u na 'n histerektomie 'n baard of 'n growwe stem kan kry, is heeltemal onwaar.

- * Wat is die voordele van hormoonbehandeling?

Hormoonbehandeling het 'n groot afname in die volgende siektes tot gevolg:

koronêre vaatsiekte (hartaanvalle);

osteoporose (die verlies van kalsium uit die bene) en

beroerte ('n stolling in 'n bloedvat van die brein).

Hormoonbehandeling verlig die fisiese veranderinge van die oorgangsjare, byvoorbeeld warm gloede, velveroudering, die verswakking van bene en seksuele probleme as gevolg van veranderinge in die vagina. Hormoonbehandeling veroorsaak dat die wand van die vagina soepel bly en dat daar steeds 'n slymafskeiding tydens gemeenskap is.

Daar kan tereg gesê word dat hormoonbehandeling die algemene welsyn van die vrou bevorder en dit hou haar vroulik.

BRONNELYS

- Basmajian, J.V. (1976). Primary anatomy. (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dulaney, P.E., Crawford, V.C. & Turner, G. (1990). A comprehensive education and support program for women experiencing hysterectomies. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 19(4), 319-325.
- Du Plessis, D.W. (1987). Die chirurgiese behandelings-benadering. In M.J. Viljoen & L.R. Uys (Reds.), Algemene verpleegkunde: Mediese en chirurgiese handleiding. Pretoria: Haum.
- Gorvy, E.S. (1984). Post-operative psychotherapeutic assistance for hysterectomy patients. Unpublished master's dissertation, Rand Afrikaans University, Johannesburg.
- Lee, T. (1989). Patient information: The key to increased autonomy. The Professional Nurse, 5(1), 45-47.
- Llewellyn-Jones, D. (1974). Ek, die vrou. Johannesburg: Perskor.
- Lobb, M.L., Shannon, M.C., Recer, S.L. & Allen, J.B. (1984). A behavioral technique for recovery from the psychological trauma of hysterectomy. Perceptual and Motor Skills, 59(2), 677-678.
- Morgan, J., Wells, N. & Robertson, E. (1985). Effects of preoperative teaching on postoperative pain: A replication and expansion. International Journal of Nursing Studies, 22(3), 267-280.
- Odendal, F.F., Schoonees, P.C., Swanepoel, C.J., du Toit, S.J. & Booysen, C.M. (1965). Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal. Johannesburg: Perskor.
- Phillips, C.R.N. (1977). The hysterectomy patient in the obstetrics service: A presurgery class helps meet her needs. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. 6(1), 45-49.

- Plug, C., Meyer, W.F., Louw, D.A. & Gouws, L.A. (1986). Psigologiewoordeboek. Johannesburg: McGraw-Hill.
- Renshaw, D.C. (1988). Sexuality and hysterectomy revisited. The Female Patient, 13, 33-34.
- Ridgeway, V. & Mathews, A. (1982). Psychological preparation for surgery: A comparison of methods. British Journal of Clinical Psychology, 21, 271-280.
- Steele, S.J. & Goodwin, M.F. (1975, September). A pamphlet to answer the patients questions before hysterectomy. The Lancet, p. 492-493.

BYLAE 6.2**BIOGRAFIESE EN SELFEVALUERINGSVRAELYS**

**HISTEREKTOMIE-PASIËNTE:
BIOGRAFIESE GEGEWENS**

Omkring die toepaslike syfer in die blokkie of vul die toepaslike inligting in die leë blokkies in:

		Kantoorgebruik Rekordnommer								
		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 1-2								
1.	Huistaal:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 85%;">Afrikaans</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Engels</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Afrikaans	1	Engels	2				
Afrikaans	1									
Engels	2									
		3								
2.	Ouderdom in jare:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>						
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>									
		4-5								
3.	Huwelikstatus:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 85%;">Ongetroud</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Getroud</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Geskei</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Weduwee</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>	Ongetroud	1	Getroud	2	Geskei	3	Weduwee	4
Ongetroud	1									
Getroud	2									
Geskei	3									
Weduwee	4									
		6								
4.	Hoeveel kinders het u?	7-8								
5.	Sou u nog kinders wou hê?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 85%;">Ja</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Onseker</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	Ja	1	Nee	2	Onseker	3		
Ja	1									
Nee	2									
Onseker	3									
		9								
6.	Jaarlikse inkomste:	10								

7. Hoogste opvoedkundige kwalifikasie:

Geen	1
St. 6 of laer	2
St. 7	3
St. 8	4
St. 9	5
St. 10	6
Diploma	7
Graad	8

11

SELFEVALUERINGSVRAELYS

8. Voel u dat u genoeg inligting in verband met u histerektomie ontvang het?

Ja	1
Nee	2

12

9. Tot watter mate het u inligting by die volgende persone gekry?

U dokter:

Groot mate	3
Gemiddelde mate	2
Geringe mate	1

13

Vriende:

Groot mate	3
Gemiddelde mate	2
Geringe mate	1

14

Leesstof:

Groot mate	3
Gemiddelde mate	2
Geringe mate	1

15

10. Hoe het u die hospitaalverblyf gevind?

Goed	3
Bevredigend	2
Swak	1

16

11. In die eerste paar weke nadat u uit die hospitaal ontslaan is, het u enige probleme met die wond-area ondervind?
- | | |
|-----|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
- 17
12. Is u liggaamsmassa tans
- | | |
|-----------|---|
| hoër | 3 |
| laer | 2 |
| dieselfde | 1 |
- as voor die operasie?
- 18
13. Kry u tans
- | | |
|-----------|---|
| minder | 1 |
| meer | 2 |
| dieselfde | 3 |
- liggaamlike oefening as voor die operasie?
- 19
14. Voel u dat u na die operasie minder "vrou" of minder "vroulik" is?
- | | |
|-----|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
- 20
15. Voel u dat u steeds seksueel deur u man aanvaar word?
- | | |
|--------------------|---|
| Ja | 1 |
| Nee | 2 |
| Nie van toepassing | 3 |
- 21
16. Het u seksuele funksionering
- | | |
|--------------------|---|
| baie verbeter | 1 |
| verbeter | 2 |
| dieselfde gebly | 3 |
| verswak | 4 |
| baie verswak? | 5 |
| Nie van toepassing | 6 |
- 22

17. Het u nog enige onduidelikheid of vrae insake hormoonbehandeling?

Ja	1
Nee	2

23

18. Het u algemene gesondheidstoestand na die histerektomie

verbeter	1
dieselfde gebly	2
verswak?	3

24

19. Die navorser sal u aanbevelings of kommentaar in verband met die projek waardeer:

.....

.....

.....

.....

.....

Kantoorgebruik

20. Carroll-depressieskaal

--	--

25-26

21. IPAT-angsskaal

--	--

27-28

22. Hamilton-depressieskaal

--	--

29-30

23. Jaarlikse inkomste

--	--

31-35

OPSOMMING

Met hierdie studie is gepoog om die doeltreffendheid van 'n biblioterapeutiese program op histerektomie-pasiënte te ondersoek.

'n Histerektomie kan aanleiding gee tot psigologiese probleme na die operasie. Uit 'n literatuurstudie is dit duidelik dat probleme soos angs en depressie kan ontstaan.

Tydens die eksperimentele ondersoek van hierdie studie is 'n biblioterapeutiese program aan 18 histerektomie-pasiënte (die eksperimentele groep) aangebied. Die kontrolegroep (ook 18 histerektomie-pasiënte) het nie aan hierdie program deelgeneem nie.

Die biblioterapeutiese program het behels dat 'n gedrukte inligtingstuk (wat spesifiek vir histerektomie-pasiënte saamgestel is) by twee of drie geleenthede met die pasiënt deurgegaan en bespreek is.

Agt weke na die operasie het die pasiënte van albei groepe 'n biografiese vraelys, 'n selfevalueringsvraelys, die IPAT-angsskaal en die Carroll-depressieskaal voltooi. Die Hamilton-depressieskaal is deur die navorser voltooi.

Uit die resultate blyk dit dat die proefpersone van die eksperimentele groep beduidend minder depressief en angstig was as die proefpersone van die kontrolegroep. 'n Groter proporsie proefpersone van die eksperimentele groep was ook tevrede met die hoeveelheid inligting wat hulle ontvang het, terwyl minder proefpersone vroeë insake hormoonbehandeling gehad het as die lede van die kontrolegroep.

Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat biblioterapie 'n positiewe invloed op die post-operatiewe aanpassing van histerektomie-pasiënte het.

SUMMARY

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of a bibliotherapeutic programme for hysterectomy patients.

A hysterectomy might lead to post-operative psychological problems. From a literature study it was obvious that problems such as anxiety and depression might arise.

During the experimental investigation done for the purpose of this study, 18 hysterectomy patients (the experimental group) were enrolled in a bibliotherapeutic programme. The control group (which also consisted of 18 hysterectomy patients) did not take part in the programme.

The bibliotherapeutic programme comprised a printed information sheet (compiled specifically for hysterectomy patients) which was worked through and discussed with the patients on two or three occasions.

Eight weeks after the operation both groups of patients completed a biographic questionnaire, a self-evaluation questionnaire, the IPAT anxiety scale and the Carroll depression scale. The Hamilton depression scale was completed by the researcher.

The results clearly indicate that the patients in the experimental group were significantly less depressed and anxious than those in the control group. Moreover, a larger percentage of the patients in the experimental group were satisfied with the amount of information they had received, while fewer of the experimental subjects had questions regarding hormone treatment than members of the control group.

The conclusion can therefore be reached that bibliotherapy has a positive influence on the post-operative adjustment of hysterectomy patients.