

61400 8415.

U.O.V.S. BIBLIOTHEEK

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDEN UIT DIE
BIBLIOTHEEK VERWYDER WORD NIE

University Free State



34300000925614

Universiteit Vrystaat

SIEKTEGEDRAG BY 'N GROEP PERSONE MET
'N LEWENSBEDREIGENDE SIEKTE

deur

FRANS ROELF PETRUS DE BRUYN

Proefskrif

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van

die vereistes vir die graad

DOKTOR IN DIE LETTERE EN WYSBEGEERTE

in

SIELKUNDE

in

FAKULTEIT LETTERE EN WYSBEGEERTE

aan die

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT

PROMOTOR: PROF. E. WOLFF

NOVEMBER 1989

DANKBETUIGINGS

My dank en waardering aan:

- Prof. E. Wolff vir sy bekwame leiding.
- Lennon Beperk wat die studie moontlik gemaak het.

ABSTRACT

In this study the illness behaviour of people with a life threatening illness was described and the relationship between stress, affect and illness behaviour investigated.

An overview of the literature shows that the illness behaviour patients exhibit is and should be an important consideration in the diagnosis of illness and treatment of patients. This is evident in reports of a high amount of ill people who do not receive treatment and the high amount of patients who seek treatment for minor ailments. It is further evident in the light of findings that illness behaviour does not always accurately represent the physical disfunction and that it may even be present in the absence of a physical disfunction.

The paucity of research on the illness behaviour of specific patient groups, and of information on the relative effects of physical versus psychological factors on illness behaviour, indicate a void in the literature. The present study investigates this relationship in a group of patients with a life threatening illness.

In the first phase of the study (15) kidney transplant patients were compared to themselves, under normal conditions and conditions of stress, regarding affect, the experiencing of stress and the reporting of physical symptoms.

In the second phase of the study 15 kidney transplant patients were compared to 15 patients with acute but minor ailments regarding the reporting of physical symptoms, affect, the experiencing of stress and the psychosocial impact of the illness.

The results indicate that psychopathology does not exist significantly in the transplant group, denial plays an important part in coping with the transplant, the transplant group does not have a poor quality of life, and the transplant group reacts with illness behaviour under conditions of stress. It was concluded that the findings have important implications for the treatment of transplant patients.

INHOUDSOPGAWE

BLADSY NO

DANKBETUIGINGS	i
----------------	---

ABSTRACT	ii
----------	----

HOOFSTUK 1

1.1	Inleiding: Siekte en Siektegedrag	1
2.	Siektegedrag	7
2.1	Definisie	7
2.2	Siekte as sosiale gedragsvorm	9
2.3	Verloop van die siekteproses	13
2.4	Abnormale siektegedrag	17
2.5.1	Steurnisse van die spysverteringstelsel	31
2.5.2	Die kardiovaskulêre sisteem	31
2.5.3	Velsteurnisse	32
2.5.4	Die respiratoriese stelsel	33
2.5.5	Endokriene steurnisse	33
2.5.6	Steurnisse van die genitale organe	33
2.5.7	Fisiologiese veranderlikes	34
2.5.8	Psigologiese veranderlikes	35
2.5.8.1	Psigoanalitiese benadering	35
2.5.8.2	Die konversie verklaring	37
2.5.8.3	Persoonlikheidsprofile	37
2.5.8.4	Konflik-situasies en spesifieke response	39
2.5.8.5	Beskermings-aanpassings-respons	39
2.5.8.6	Leerteorie	40
2.5.8.7	Spesifiekheid van houding-hipotese	42
2.5.9	Somatoforme steurnisse	44
2.5.9.1	Somatiseringsversteuring	45
2.5.9.2	Konversieversteuring	46
2.5.9.3	Psigogeniese pynversteuring	48

BLADSY NO

2.5.9.4	Hipokondrie	49
2.6	Stres en siekte	52
2.7	Orgaanoorplanting	71
2.7.1	Die immuunsisteem by die mens	71
2.8	Orgaanoorplanting en immunologie	78
2.9	Voorkoming van verwerping	84
3.	Orgaanoorplanting	85
3.1	Ontkenning by orgaanoorplanting	95
3.2	Internalisering van die orgaan	99
3.3	Seksuele funksionering	101
3.4	Psigiatriese problematiek	102
3.5	Kwaliteit van lewe	104
4.1	Samevatting van Gevolgtrekking	108
4.2	Hipotesestelling	113
4.2.1	Psigiatriese versteurings by orgaanoor- planting	114
4.2.2	Emosionele gedrag by orgaanoorplanting	114
4.2.3	Psigososiale impak van orgaanoorplanting	116
4.2.4	Stres en orgaanoorplanting	117
4.2.5	Simptoomrapportering en orgaanoorplanting	118
4.2.6	Ontkenning en orgaanoorplanting	119
4.2.7	Kwaliteit van lewe en orgaanoorplanting	120

HOOFSTUK 2

2.1	Inleiding	123
2.2	Proefpersone	125
2.3	Meetinstrumente	127

BLADSY NO

2.3.1	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.)	127
2.3.2	Multiple Affect Adjective Check List (M.A.A.C.L.)	130
2.3.3	Mood Adjective Check List (M.A.C.L.)	136
2.3.4	Symptom Check List (S.C.L.)	142
2.3.5	Sickness Impact Profile (S.I.P.)	147
2.3.6	Daily Stress Inventory (D.S.I.)	149
3.4	Prosedure	152
3.5	Eksperimentele ontwerp	156
3.6	Statistiese prosedure	158

HOOFSTUK 3

3.1	Inleiding	159
3.2	'n Normatiewe beskrywing van psigo—patologie by oorplantingspasiënte	163
3.3	Verskille tussen voor— en nametings van die afhanklike veranderlikes vir die eksperimentele groep	164
3.3.1	Verskille ten opsigte van takserings van affek	164
3.3.2	Verskille ten opsigte van stres	167
3.3.3	Verskille ten opsigte van simptome—rapportering	167
3.4	Verskille tussen 'n groep oorplantings—pasiënte en 'n groep pasiënte met 'n akute siektetoestand ten opsigte van bepaalde afhanklike veranderlikes	168

BLADSY NO

3.4.1	Verskille ten opsigte van die taksering van affek	169
3.4.2	Verskille ten opsigte van die taksering van simptoomrapportering	171
3.4.3	Verskille ten opsigte van die taksering van stres	172
3.4.4	Verskille ten opsigte van die taksering van psigososiale impak	172
3.5	Die assosiasie tussen afhanklike ver- anderlikes	174

HOOFSTUK 4

4.1	Inleiding	179
4.2	Nnormatiewe meting van psigopatologie	182
4.3	Verskille in veranderlikes by 'n oor- plantingsgroep voor en tydens 'n natuur- like stressor	184
4.4	Verskille tussen akute en chroniese lewensbedreigende siektes	186
4.5	Assosiasie tussen veranderlikes	190

BRONNELYS

196

LYS VAN FIGURE

Figuur		
2.7.1	Die immuunrespons by 'n dier wat met twee dosisse van 'n antigeen, vier weke uit mekaar, ingespuut word	74

Figuur		
2.7.2	"Stres in the immune response"	75

Figuur		
2.7.3	'n Skematiese uiteensetting van immuun-respondering	78

LYS VAN TABELLE

HOOFSTUK 2

Tabel 2.3.1	134
Tabel 2.3.2	134
Tabel 2.3.3.	140
Tabel 2.3.4	141
Tabel 2.3.5	145
Tabel 2.3.6	146
Tabel 2.3.7	146
Tabel 2.3.8	151

BLADSY NO

HOOFSTUK 3

Tabel 3.1	163
Tabel 3.3.1	165
Tabel 3.3.2	166
Tabel 3.3.3	167
Tabel 3.3.4	168
Tabel 3.4.1	169
Tabel 3.4.2	170
Tabel 3.4.3	171
Tabel 3.4.4	172
Tabel 3.4.5	173
Tabel 3.5.1	175
Tabel 3.5.2	176
Tabel 3.5.3	177
Tabel 3.5.4	178

BYLAE

HOOFSTUK 1

1.1 Inleiding: Siekte en Siektegedrag

Engel (1986) stel dit dat die meeste praktiserende medici erken dat die hantering en bestuur van die pasiënt se gedrag 'n integrale aspek van die mediese praktyk is, maar dat hulle die behoefte aan 'n spesialis om so 'n diens te implimenteer, bevraagteken. Engel (1986) stem tot 'n mate saam met die beswaar maar meld dat daar 'n groot hoeveelheid kennis van gedrag nodig is voordat 'n geneesheer klinies effektief kan wees en dat hierdie kennis by die meeste medici ontbreek. Hy is van mening dat dit hierdie gebrek aan kennis is wat die oormatige gebruik van ligte kalmemiddels deur nie-psigiatrisse medici in die behandeling van vaag gedefinieerde gedragsprobleme verklaar.

Engel (1986) se standpunt reflekteer die belangrikheid van die gedrag wat die pasiënt se fisieke siektetoestand vergesel, en impliseer dat die gedrag nooit buite rekening gelaat mag word nie. Vir die meerderheid mense is minder ernstige pyne en kwale onvermydelik en aanvaar hulle dit as deel van die alledaagse lewe (Egan et al., 1987). Die aard van die persoon se respons het egter dikwels, niks of weinig te doen met die objektiewe fisieke toestand nie (Mechanic, 1962). Minder as een derde van diegene met klinies beduidende simptome van fisieke siektes besoek byvoorbeeld 'n geneesheer (Turk et al., 1986). (Davis et al., 1977) meld in hierdie verband dat navorsers vind dat heelwat ernstige siektes nie gerapporteer word nie, en dus nie behandel word nie, terwyl geneeshere op hulle beurt kla dat hulle te dikwels besoek word deur persone met minder ernstige klagtes wat nie direkte mediese hantering regverdig nie.

In die lig van die groot variansie wat in die verband voorkom, en veral as daar in ag geneem word dat die persoon se gedrag bepaal of hy behandeling sal ontvang of nie, blyk dit dus dat 'n persoon se siektegedrag 'n baie belangrike aspek van sy siektetoestand is (Mechanic, 1963). Moos en Tsu (1977) beskou siekte as 'n lewenskrises

wat tot voor – of nadeel van die individu opgelos kan word. Die outeurs beskryf in dié verband die individu se siektegedrag in terme van bepaalde aanpassingstake wat uitgevoer moet word.

Melville (1987) wys daarop dat die tradisionele klassifikasie van simptome as organies en psigogenies nie altyd tot wetenskaplike vooruitgang bedra nie, en wys op die belang van studies wat siektegedrag beskryf. (Keefe et al., 1986) sluit hierby aan en meld dat tradisionele diagnostiese strategieë uitgebrei behoort te word ten einde 'n evaluasie van die persoon se gedrag in te sluit.

Vandag bestaan daar heelwat navorsing oor siektegedrag soos wat dit manifesteer by veral psigosomatiese siektetoestande, byvoorbeeld, asma, migraine en maagswere, asook by somatoforme steurnisse, byvoorbeeld, somatisasie steurnis, konversie steurnis, psigogeniese pyn en hipokondrie (Levy, 1981; Barsky et al., 1983; Pritchard, 1974). Daar bestaan egter weinig informasie oor siektegedrag wat voorkom by ander siektetoestande.

Die literatuur dui aan dat siektegedrag deur 'n verskeidenheid faktore beïnvloed kan word. Lazarus (1982) meld dat 'n persoon elke veranderende transaksie met die omgewing evalueer in terme van die beduidendheid daarvan vir sy welsyn, en wys daarop dat daar uitgebreide impiriese steun vir die mediërende rol van kennisies by siektegedrag bestaan. Emosies hou nou verband met die proses van kognitiewe evaluering en verwys na die wyse waarop die individu 'n situasie evalueer wat die kwaliteit en intensiteit van sy respons beïnvloed (Lazarus, 1982). Hy wys ook daarop dat die individu se hanteringsmeganismes sy respons op siekte beïnvloed, en dat dit dan lei tot aanpassing en herstel, of tot wanaanpassing en risikos. 'n

Voorbeeld van laasgenoemde is waar 'n persoon nie 'n geneesheer konsulteer in die teenwoordigheid van ooglopende organiese patologie nie. Hier is dus sprake van abnormale siektegedrag (Lazarus, 1982).

Uit die literatuur blyk dit dat stres, en veral die subjektiewe ervaring van stres 'n beduidende invloed op siektegedrag en siektetoestande het. Hierdie invloed van stres verteenwoordig 'n nuwe kategorie van omgewingsfaktore wat siekte potensieel kan beïnvloed, in aanvulling tot die fisiochemiese en mikrobiologiese agente wat 'n rol speel (Cassel, 1974). Canter et al., (1966) bevind in dié verband dat individue wat psigologies weerloos is meer geredelik siektegedrag openbaar in die teenwoordigheid van stres, as individue wat psigologies minder weerloos is. Studies deur Frese, (1985), Tessler et al., (1976) en Tessler et al., (1978) toon aan dat siektegedrag beduidend beïnvloed word deur die subjektiewe ervaring van stres en 'n neiging om die siekerol aan te neem, maar nie soseer deur die teenwoordigheid van objektiewe stressors nie.

Mechanic (1980) en Pennebaker et al., (1978) toon aan dat negatiewe gemoedstoestande, en 'n neiging om op die liggaam te fokus direk korreleer met veranderde siektegedrag. Wooley et al., (1975) en Pennebaker et al., (1977) dui aan hoe beheer of kontrole oor 'n situasie, as deel van 'n behandelingsprogram, tot 'n afname in siektegedrag lei. Rodin (1978) wys op die belangrike rol wat attribusies by siektegedrag speel. Hy kom tot die gevolgtrekking dat pasiënte se attribusies van kousaliteit 'n betekenisvolle invloed op verskeie aspekte van siektegedrag het, veral die rapportering van simptome aan 'n geneesheer.

Teleurstelling, rol-krisisse, die dood van 'n geliefde, huweliksontwrigting en die persoonlike stres wat daarmee gepaard gaan,

het 'n beduidende invloed op die ontwikkeling en verloop van verskeie siektetoestande wat koronêre siektes, respiratoriese siektes, en kanker insluit (Jacobs et al., 1969; Parks et al., 1972; Cargo 1972; Jacobs et al., 1980; Fox 1978; Le Shan 1966; Sklar et al., 1981). Uit die literatuur blyk dit dat die ervaring van stres veral 'n invloed het op siektetoestande wat met die immunologiese sisteem verband hou (Solomon et al., 1974; Borysenko 1984). Hoewel die presiese meganisme waarvolgens stres die ontwikkeling en verloop van 'n siektetoestand beïnvloed, kompleks en dikwels onbekend is, is daar die afgelope dekade heelwat vordering op hierdie gebied gemaak (Jemmott et al., 1981; Linn et al., 1982; Locke et al., 1984; Kiecolt-Glaser et al., 1987; Mc Clelland et al., 1982; Kiecolt-Glaser et al., 1984; Bartrop et al., 1977; Kiecolt-Glaser et al., 1987).

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat 'n verskeidenheid faktore siektegedrag beïnvloed. Dit word volgens Robinson et al., (1987) vandag algemeen aanvaar dat die gedrag wat met 'n siektetoestand gepaard gaan, selde direk op die aanwesige organiese patologie gebaseer is. Mechanic, (1978) meld byvoorbeeld tien determinante van siektegedrag waarvan slegs vyf na die simptome verwys, en die res na "sosiale" aangeleenthede.

Dit is verder duidelik dat verskeie sielkundige faktore 'n rol speel in die ontwikkeling en verloop van siektetoestande, veral by dié toestande waar die immuunsisteem 'n belangrike rol speel (Borysenko, 1984).

Dit blyk egter dat daar min beskrywende inligting is oor die siektegedrag wat by spesifieke pasiëntgroepe voorkom. Daar is ook geen beskrywende data oor die relatiewe invloed van die fisieke versus die

sielkundige faktore by siektegedrag nie. Sodanige inligting is belangrik in die lig van bevindinge dat siektegedrag nie noodwendig met die aanwesige fisieke patologie verband hou nie (Mechanic, 1962).

Die gebrekkige inligting oor siektegedrag, soos wat dit voorkom by spesifieke pasiëntgroepe, en die onduidelikheid oor faktore wat siektegedrag beïnvloed, blyk 'n ernstige leemte in die literatuur te wees. Dit is dus belangrik om ondersoek in te stel hierna, aangesien dit bepaalde implikasies vir die behandeling van die pasiënt inhou. 'n Gebrek aan kennis hieroor kan byvoorbeeld daartoe lei dat 'n pasiënt behandeling ontvang in die afwesigheid van organiese patologie, of geen behandeling ontvang in die teenwoordigheid van ernstige organiese patologie nie (Lazarus, 1982).

Inligting oor die relatiewe invloed van die fisieke versus die sielkundige faktore op siektegedrag is dus noodsaaklik. Hierdie invloede kan ondersoek word onder pasiënte by wie die organiese patologie bekend is en vir 'n lang periode aanwesig is, aangesien daar so gediskrimineer kan word onderskeidelik tussen die invloed van die aanwesige siekte en die omgewing op normale en, indien aanwesig, abnormale siektegedrag.

Uit die literatuur blyk dit dus dat 'n verskeidenheid faktore 'n invloed het op die siektegedrag wat 'n fisieke siektetoestand vergesel. Dit blyk verder dat die siektegedrag wat 'n siektetoestand vergesel nie noodwendig 'n akkurate aanduiding van die erns van die siektetoestand is nie en dat dit bepaalde implikasies vir die behandeling van die persoon inhou. Dit is verder duidelik dat daar min inligting bestaan oor die siektegedrag wat by spesifieke siektegroepe voorkom en dat siektegedrag verskil tussen pasiëntgroepe. Inligting oor die relatiewe invloed van die fisieke versus die sielkundige faktore op siektegedrag by

pasiënte wat chronies siek is, sal hierdie aspekte verhelder, aangesien daar so gediskrimineer kan word tussen die invloed van die aanwesige siekte en die omgewing oor 'n langer termyn. Die bevindinge mag ook implikasies vir die behandeling van pasiënte op grond van hul siektegedrag inhou, deur 'n bydrae te lewer tot geneeshere se kennis oor die relatiewe invloed van die omgewing versus die fisieke patologie op die pasiënt se siektegedrag.

'n Chroniese pasiëntegroep by wie die relatiewe invloed van sielkundige faktore en fisieke faktore grootliks onbekend is, is orgaanoorplantingspasiënte. Inligting hieroor is nie alleen beperk nie, maar ook baie belangrik, veral in die lig van Simmons et al., (1977) se bevindinge wat toon dat bepaalde omgewings- en sielkundige faktore voorspellers van die verwerping van 'n oorgeplante nier kan wees. Hierdie bevindinge hou belangrike implikasies vir die behandeling van hierdie pasiënte in, aangesien die "verkeerde" behandeling op grond van die pasiënt se siektegedrag, kan lei tot die mislukking van 'n medies-sukcesvolle oorplanting.

'n Orgaanoorplantingsgroep verskil verder van ander chroniese pasiënte in die sin dat hulle 'n relatief "normale" lewe lei. Hierdie pasiënte word dus daaglik blootgestel aan faktore in 'n "normale" omgewing wat 'n invloed op hul siektetoestand kan hê.

In die lig van die feit dat oorplantingspasiënte 'n relatief normale lewe lei terwyl hulle in werklikheid chronies siek is, en bevindinge dat sielkundige faktore hul fisieke toestand kan beïnvloed, wat op die beurt implikasies vir behandeling inhou, is dit belangrik om ondersoek in te stel na die relatiewe invloed van sielkundige- versus fisieke faktore by hierdie pasiëntegroep.

Voordat daar egter na siektegedrag by persone met 'n chroniese siekte gekyk word, is dit nodig om die wesensaard van siektegedrag te ondersoek. Daarna sou dit belangrik wees om die aard en konteks van orgaanoorplantings te ondersoek voordat daar gekyk kan word na die aard van siektegedrag by persone met 'n oorgeplante orgaan.

2. Siektegedrag

2.1 Definisie

Siekte kan eerstens verwys na 'n suiwer medies-tegniese toestand waarby die gedragswetenskaplike min belang het. Coe (1978) beskryf siekte in hierdie verband as " 'n objektiewe fenomeen gekenmerk deur 'n veranderde funksionering van die liggaam as 'n biologiese organisme" (p. 4). Hoe duidelik die manifestasie daarvan ook al is, is siekte volgens hierdie beskouing verborge prosesse wat slegs begryp kan word indien die waarneembare tekens gekoppel word aan kennis omtrent die werking van die menslike organisme (Coe, 1978).

Siekte kan egter ook verwys na die gedrag van die sieke, en bepaalde subjektiewe en sosio-kulturele momente is dus noodwendig daarby ingesluit. Coe (1978) stel dit dat siekte ook kan verwys na 'n subjektiewe fenomeen waar individue hulself as onwel beskou en neig om hulle normale gedrag te verander. Volgens hierdie beskouing verwys siekte na 'n fenomeen waarvan die individu bewus is in terme van 'n veranderde persepsie van die self. Die persoon voel siek en mag dus anders optree as wat normaalweg van hom verwag kan word (Van Rensburg, 1980). Hierdie beskouing van siekte verwys dus pertinent na die individu se gedrag.

Mechanic (1978) sluit hierby aan en stel dit dat siekte kan verwys na 'n beperkte wetenskaplike konsep of na enige toestand wat daartoe lei dat 'n individu ag slaan op sy simptome en hulp soek. Siektegedrag verwys dus na enige gedrag relevant tot die laasgenoemde interpretasie van siekte of soos Mechanic en Volkart (1961) dit stel: "... the ways in which given symptoms may be differentially perceived, evaluated and acted (or not acted) upon by different kinds of persons" (p. 51).

Kritiek kan egter uitgespreek word teen Mechanic se beskouing van siektegedrag, in dié sin dat daar van die veronderstelling uitgegaan word dat 'n spesifieke teken of simptome van disfunksie teenwoordig is of moet wees (Pilowsky, 1978). Kliniese ervaring dui egter daarop dat siektegedrag wel kan voorkom wanneer daar geen pyn, ongerief of enige bekende organiese disfunksie aanwesig is nie. 'n Persoon mag byvoorbeeld bewus word van normale variasies in sy polsslag of van 'n "genetiese" geskiedenis van siekte en met siektegedrag daarop reageer.

Pilowsky (1978) vind dit in die lig van bogenoemde noodsaaklik om die klem te verskuif na die individu se oriëntasie ten opsigte van die moontlikheid van die aanwesigheid van siekte. Pilowsky (1978) definieer siektegedrag dus as volg: "Siektegedrag is die wyses waarop individue reageer op aspekte van hulle eie funksionering wat hulle evalueer in terme van "gesondheid" en "siekte" (p. 133) (eie vertaling).

'n Persoon bevind hom nie in 'n sosiale vakuum nie en hy word ook nie in sosiale isolasie siek nie. Siekte is dus sosiale gedrag (Van Rensburg, 1980). Vervolgens word 'n uiteensetting gegee van siekte as 'n sosiale gedragsvorm.

2.2

Siekte as sosiale gedragvorm

Uit Pilowsky (1978) se definisie van siektegedrag is dit duidelik dat 'n persoon wel 'n siektetoestand onder lede kan hê sonder dat daar meegaande waarneembare siektegedrag teenwoordig is. Omgekeerd kan persone wel siek voel of optree sonder dat daar hoegenaamd enige organiese versteuring of fisiologiese defek waarneembaar is. Dit is by hierdie subjektiewe en sosio-kulturele gedragfasette van siekte dat die gedragswetenskaplike besondere belang het (Van Rensburg, 1980).

Volgens van Rensburg (1980) kan die volgende kognitiewe, evaluatiewe en emosionele momente by siektegedrag ingesluit word:

1. Die waarneming van simptome sowel as die gevoeligheid vir pyn en simptome, met die vernaamste aanwysers hiervan sowel die siek persoon self en lekepersone uit sy onmiddellike omgewing, as professionele praktisyns en volkspraktisyns.
2. Die definisie, interpretasie en evaluasie van die siekte en simptome, met inbegrip van sowel die kennis, onkunde, gelowe en bygelowe wat daarmee saamgaan as die toegeskrewe belangrikheid, etikettering en stigmatisering wat aan die siekte en simptome gekoppel word.
3. Die reaksie op die siekte en simptome, met inbegrip van sowel die belewing van die siekte en simptome, die positiewe of afkeurende houding jeens die siekte en die sieke, selfremediëring en die soeke na leke- of professionele hulp, as emosies wat as gevolg van die siekte en simptome beleef word.

Die siek persoon bevind hom dus nie in 'n sosiale vakuum nie en hy word ook nie in isolasie siek nie. Hy is deurgaans in 'n breër sosiale konteks ingebed waarin sy siekwees 'n uitwerking op ander mense in sy onmiddellike omgewing het en waarin ander mense sy siekwees affekteer. Wanneer 'n persoon se siektegedrag of simptome vir ander waarneembaar word, lei dit tot veranderinge in hul houdings en optrede teenoor die sieke. Ander verwag dan ook van die sieke om op gepaste maniere van siekwees op te tree (Van Rensburg, 1980).

Die sosiale aard van siektegedrag beteken ook dat die soort gedrag wat vertoon word, kultuurgebonde is deurdat dit in 'n groot mate deur wisselende kultuurinhoude gerig en gereguleer word. So beskou, behels siektegedrag daardie gedrag wat geskied ooreenkomstig die gevestigde idees, kennis, opvattinge, gelowe, waardes, norme, gewoontes, gebruike en tegniese middele wat in samelewings rondom die verskynsel van siekte en simptome aangetref word (Twaddle, 1974).

Die kultuurgebondenheid van siektegedrag hou egter ook die implikasie in dat, wat vir een samelewing "gesond" of "siek" is, vir 'n ander samelewing "nie gesond" en "nie siek" mag wees nie aangesien die kriteria van siek en gesond tussen samelewings kan varieer. Voortvloeiend hieruit kan gesê word dat siektegedrag altyd sosiaal aangeleerde gedrag is wat in ooreenstemming met die heersende kultuurpatrone is (Twaddle, 1974).

Die sosiaal- en kultuurgebonde aard van siektegedrag beteken nie dat siektegedrag nie ook ewe "sterk" individuele, persoonlike en subjektiewe komponente het nie. Siektegedrag gaan ook gepaard met selfdefinisie, selfervaring en selfbehandeling, en elke persoon poog om die betekenis van enige ongewone ervaring waarvan hy bewus word te definieer, te interpreteer en die implikasies na waarde te skat (Van Rensburg, 1980).

Ten einde die sosio—kulturele aard en regulering van siektegedrag konseptueel vas te vang, is dit nodig om die begrip "siekerol" van nader te beskou.

Parsons (1964) formuleer die konsep "siekerol" ten einde siektegedrag te beskryf sonder om op simptome as sodanig te fokus (Feuerstein et al., 1986). Hy definieer die siekerol as daardie stel gevestigde sosiale voorskrifte of verwagtinge wat die gedrag van die siek of ongestelde persoon binne die samelewing of bepaalde sosiale groepering rig en reguleer. Parsons (1964) glo dat sosiale rolle belangrik is vir die instandhouding van enige samelewing maar dat daar tye is wanneer 'n persoon nie sy sosiale rol toereikend kan vervul nie. Wanneer dit gebeur laat die samelewing 'n persoon toe om die siekerol aan te neem. Hierdie koppeling van siektegedrag met die siekerol dui op die normatiewe en kultuurgebonde aard van siektegedrag (Feuerstein et al., 1986).

Parsons (1964) stipuleer vier basiese komponente van die siekerol of voorskrifte wat die gedrag van die sieke reguleer na aanleiding van twee regte en twee verpligtinge.

Die twee regte sluit in die reg om van sosiale verantwoordelikhede en verpligtinge vrygestel of verskoon te word en die reg om van ander afhanklik te wees en om hulp en bystand van hulle te eis.

Die twee verpligtinge sluit in die verpligting om sy siektetoestand as ongewens te beskou tesame met die verpligte begeerte om gesond te word en die verpligting om tegniese bevoegde of gespesialiseerde hulp te soek en ook om saam te werk in die terapeutiese proses.

Parsons (1964) wys self op die beperktheid van die toepassingsveld van die begrip siekerol en Feuerstein et al., (1986) en Van Rensburg (1980) wys op die volgende punte van kritiek:

Eerstens kom daar, wat die siekerol betref, heelwat gedragsvariansies voor onder persone wat verskil ten opsigte van geslag, ouderdom, sosiale groep, beroep en inkomste-kategorie. Zborowski (1952) bevind byvoorbeeld dat Jode, Italianers en Amerikaners verskillend reageer op eenders geskatte vlakke van pyn.

Die tweede punt van kritiek is dat Parsons se siekerol-model slegs van toepassing op akute siektetoestande is en nie sondermeer vir chroniese siektetoestande geld nie. In die geval van ongeneeslike siektes moet die persoon byvoorbeeld dikwels die siekte "hanteer" op so 'n manier dat hy wel bepaalde sosiale rolle kan hervat.

Die derde punt van kritiek lê op die gebied van die verhouding tussen pasiënt en geneesheer. Parsons se model is gebaseer op 'n tradisionele een-tot-een interaksie tussen pasiënt en geneesheer en maak nie voorsiening vir ander patrone van interaksie binne ander kontekste nie.

Vierdens reflekteer Parsons se model 'n middelklasgedragspatroon waarin individuele verantwoordelikheid, rasionele probleemoplossing en die doelbewuste strewe na goeie gesondheid beklemtoon word. Diegene wat byvoorbeeld in armoede lewe mag heel anders reageer.

Ten spyte van bogenoemde punte van kritiek kan die siekerol as bruikbare begrip beskou word mits daar 'n veel wyer betekenis daaraan gegee word, en toegegee word dat dit op 'n wyer spektrum kan varieer (Van Rensburg, 1980). Pilowsky (1978) dui in die verband aan dat, wanneer 'n individu se siektegedrag nie die sosiaal aanvaarbare proses volg nie, byvoorbeeld waar siektegedrag geassosieer word met 'n siekte sonder 'n bekende organiese basis of in gevalle waar die siekerol nie meer aanpassingswaarde het nie, die term "abnormale siektegedrag" gebruik behoort te word.

Dit is dus nodig om abnormale siektegedrag verder toe te lig. Daar word egter eers 'n beskrywing van die verloop van die normale siekteproses gegee.

2.3

Verloop van die siekteproses

Verskeie skrywers stel die siekteproses in die vorm van 'n loopbaan waarin bepaalde stadia onderskei kan word. Gebeure rondom die siekteproses asook die gedrag van die sieke word op 'n sistematiese wyse weergegee (Van Rensburg, 1980). Suchman (in Jace, 1972) gee die volgende uiteensetting:

Stadium I – Simptoomervaring

Hierdie stadium begin met die besluit of waarneming deur die persoon dat iets skort of verkeerd is. Die besluit hou verband met drie moontlike aspekte van simptoomervaring. Eerstens belewe die persoon die simptoom fisies in die vorm van byvoorbeeld pyn, 'n uitslag, ongemak, verandering van voorkoms, onvermoë, swak visie en tamheid. Tweedens interpreteer die persoon die simptoom gewoonlik volgens lekestandaarde, soos byvoorbeeld die mate waarin simptome inmeng met normale sosiale funksionering. Derdens kom daar emosionele response voor byvoorbeeld vrees en angs wat gepaard gaan met kognitiewe interpretasies van die simptome.

Die besondere gedragswyses na aanleiding van hierdie simptoomervaring kan die volgende moontlikhede insluit:

- a) Ontkenning van simptome of 'n sogenaamde "flight into health". Die sukses van hierdie ontkenning sal afhang van die graad van pyn en onvermoë wat die simptome meebring.

- b) Uitstel van hulpsoek. Die persoon mag eers wag op die verdere ontwikkeling van simptome omdat hy nie ander onnodig of in 'n te vroeë stadium wil lastig val nie.
- c) Selfbehandeling of selfmedikasie. Die persoon poog om verligting van simptome te verkry deur die aanwending van verskeie rate, volksmedisyne en tuismedikasies tot sy beskikking en wat deur ander wat oor hom besorg is, aanbeveel word.
- d) Hipochondriese gedrag. Die persoon mag sy toevlug tot simptome van siekte neem om sekere sosiale en sielkundige redes.
- e) Aanvaarding van sy siektetoestand. Die persoon mag besluit dat hy wel siek is, die siekerol aanvaar en aanklop vir professionele hulp en sodoende die tweede stadium van die siekteproses betree (Suchman, 1965).

Stadium II – Aanvaarding van die siekerol

Die persoon betree hierdie stadium deur te erken dat hy hulp nodig het en dus op die siekerol aanspraak kan maak (Suchman, 1965). Verskeie gedragswyses is moontlik:

Die persoon kan besluit om die siekerol te verwerp. Hy mag selfbehandeling voortsit en die uiteindelijke kontak met die geneesheer uitstel wat meebring dat die skade wat deur die siekte veroorsaak word, groter afmetings aanneem (Davis et al., 1977). Sommige soek by simptomeervaring dadelik professionele hulp en verkry sodoende gesaghebbende bekragtiging van die siekerol. Die normale patroon is egter dat professionele hulp eers verkry word nadat die persoon sy

simptome met diegene in sy onmiddellike sosiale omgewing bespreek het ten einde inligting en advies in te win. Hy kry sodoende voorlopige bekragting van die siekerol. Daar word egter van hom verwag om gesaghebbende bekragting van die siektetoestand te verkry ten einde die erkende siekerol van die samelewing te vervul (Suchman, 1965).

Stadium III – Kontak met mediese sorg

Deur die besluit om professionele hulp te soek, verlaat die sieke die leke-sorgsisteem en betree hy die professionele-sorgsisteem. Die diagnose van die geneesheer, of die gevolg van die konsultasie kan een van twee vorme aanneem. Enersyds kan die geneesheer die persoon gesond verklaar en die gesaghebbende bekragting van die siekerol weerhou (Van Rensburg, 1980). Die persoon kan dan sy aanspraak op die siekerol laat vaar of hy kan die beslissing van die geneesheer verwerp en ander bronne van mediese sorg raadpleeg totdat hy die diagnose wat hy verlang, bekom (Twaddle, 1974). Die geneesheer kan egter die persoon as siek diagnoseer en professionele magtiging verleen aan sy aanspraak op die siekerol (Suchman, 1965).

Stadium IV – Rol van die afhanklike pasiënt

Deur sy besluit om die beheer aan die geneesheer oor te dra en behandeling te ondergaan, aanvaar die persoon die rol van die afhanklike pasiënt. Hierdie rol is moeilik om te aanvaar en dit is ook ambivalent in die sin dat, terwyl hy dit wil vermy, hy ook besef dat dit die enigste manier is om te herstel (Suchman, 1965). Vanweë hierdie ambivalensie kan die sieke ook verskillende gedragswyses openbaar:

Die sieke kan byvoorbeeld weerstand bied teen die behandeling. In sommige gevalle is dit so erg dat dit lei tot 'n verbreking van die kontak tussen die pasiënt en geneesheer (Mechanic, 1980). Gematigde weerstand neem gewoonlik die vorm aan van, byvoorbeeld, die nalaat om tablette te neem. Deur die behandeling te aanvaar, versnel die pasiënt die prognose en stel dit hom in staat om na die laaste stadium te vorder. Sommige pasiënte spits hulle egter eerder toe op die sekondêre voordele wat hulle uit die kontak met die geneesheer kry as op die herstelproses. In sulke gevalle is daar sprake van oormatige afhanklikheid en regressie (Suchman, 1965).

Stadium V – Herstel en rehabilitasie

Na gelang van die aard en erns van die siektetoestand word die rol van die afhanklike pasiënt in hierdie stadium beëindig of in 'n besondere vorm voortgesit (Suchman, 1965). Die persoon kan hom of van aktiewe mediese sorg onttrek of 'n nuwe rol van chroniese invalide of langtermyn-rehabilitasie aanvaar (Van Rensburg, 1980). Die gedrag van die persoon kan weereens in hierdie stadium uiteenlopend wees:

Aan die een kant word pasiënte aangetref wat nie die afhanklike pasiënterol kan of wil laat vaar nie (Mechanic, 1963). Waar dit vir die persoon fisiek onmoontlik is om die rol te laat vaar, word 'n chroniese siekerol aanvaar. Aan die ander kant mag die persoon aan die siekerol klou vanweë die sekondêre gewin wat daaruit verkry word. Waar 'n persoon die siekerol ontruim na herstel, vind daar 'n inskakeling by die gesonde geledere van die samelewing plaas. Hiermee word die siekteproses beëindig (Van Rensburg, 1980; Suchman, 1965).

Hierdie stadia, soos uiteengesit, is volgens Suchman (1965) nie altyd so duidelik waarneembaar nie en oorvleueling mag voorkom. Verder meld Van Rensburg (1978) dat alle siekte-ervaringe nie noodwendig al die stadia insluit nie. So byvoorbeeld vind kontak met die mediese sorg nie altyd plaas nie (Van Rensburg, 1978).

Moos en Tsu (1977) beskou die siekteproses as 'n lewenskrisis wat tot fisiese en sielkundige disorganisasie aanleiding gee. Hierdie krisis kan tot voor- of nadeel van die individu opgelos word. In aansluiting by Suchman (1965), beskryf Moos en Tsu (1977) ook bepaalde aanpassingstake wat die individu moet uitvoer ten einde die krisis op te los. Hierdie take kom grootliks ooreen met Suchman (1965) se beskrywing van menslike gedragswyses.

Siektegedrag volg egter nie altyd hierdie sosiaal aanvaarbare siekerol-proses nie, in welke geval die term "abnormale siektegedrag" gebruik word (Feuerstein et al., 1986). Vervolgens 'n uiteensetting van abnormale siektegedrag.

2.4

Abnormale siektegedrag

Pilowsky (1969) wys op die verwarring wat in 'n bepaalde area van mediese en psigiatriese diagnoseer heers. Die area van verwarring is, naamlik, die pasiënt wat oor 'n fisiese probleem kla waarvoor daar geen toereikende organiese basis gevind kan word nie. Die geneesheer mag verskeie diagnostiese etikette gebruik, byvoorbeeld, funksionele siekte, histerie, konversie reaksie, somatiseringsversteuring en psigogeniese pyn. Pilowsky (1969) wys verder op die groot mate van oorvleueling wat tussen diagnoses voorkom. Die geneesheer mag ook aandui dat die "alles in die kop" is, of met "senuwees" verband hou. Die geneesheer se

boodskap kom daarop neer dat die siekerol wat die persoon aanneem nie toepaslik in die lig van die objektiewe fisiologiese patologie is nie (Feuerstein et al., 1986). Die pasiënt se siektegedrag is dus nie "normaal" nie en daar is sprake van 'n "atipiese" of "abnormale" siektegedrag (Pilowsky, 1969).

Pilowsky (1986) wys daarop dat bogenoemde onderskeid nie maklik getref kan word nie, aangesien daar 'n gebrek aan inligting bestaan oor die moontlike siektegedrag wat by onderskeie siektes voorkom. Dit blyk dus dat daar 'n ernstige gebrek in die literatuur bestaan oor siektegedrag wat by siektetoestande voorkom.

Pilowsky (1969) wys daarop dat wanneer 'n pasiënt nie beïnvloed is of kan word deur die geneesheer se verduideliking van die probleme of voorgestelde wyses waarop dit gehanteer kan word nie, die geneesheer taamlik seker kan wees dat die pasiënt abnormale siektegedrag openbaar. Dit is dan die geneesheer se taak om die aard van die abnormaliteit te verklaar in terme van 'n aantal oorwegings (Pilowsky, 1969).

Die eerste oorweging is die aard van die simptoom. Hieronder sorteer die klagtes van die pasiënt sowel as die bewyse van die teenwoordigheid van enige fisiese disfunksie (Pilowsky, 1969). Die wyse waarop die pasiënt sy klagtes oordra in terme van intensiteit, verbale en nie-verbale kommunikasie en verlies van funksionering, is ook van belang (Feuerstein et al., 1986).

Die tweede oorweging is die somatiese komponent. Hieronder sorteer die presiese aard van die fisiese disfunksie en die graad van disfunksie wat verwag kan word (Mechanic, 1980). Dit is ook belangrik om

uitsluitel te verkry oor die rede waarom simptome in 'n bepaalde area gelokaliseer het (Feuerstein et al., 1986).

Die derde oorweging is die pasiënt se denke en affek. Dit sluit in die hoeveelheid tyd wat die pasiënt spandeer deur aan sy simptome te dink en die presiese aard van sy denke. Dit is ook belangrik om te bepaal of die pasiënt bedruk, angstig of ongeërg is (Pilowsky, 1969).

Die vierde oorweging is die pasiënt se houding jeens ander. Dit is veral belangrik om sy houding te bepaal jeens diegene wat betrokke is by die diagnosering en behandeling van sy simptome. Is die pasiënt byvoorbeeld vyandig, agterdogtig, vreesagtig of oormatig samewerkend (Feuerstein et al., 1986).

Die vyfde oorweging is die pasiënt se motivering. Hier is dit belangrik om te bepaal of die pasiënt onbewustelik soek na die bevrediging van sy afhanklikheidsbehoefte en of hy byvoorbeeld totaal bewustelik daarop uit is om finansiële kompensasie te bekom. Sy motivering word beïnvloed deur sy eie persoonlikheidsfunksionering waarvan hy onbewus is (Feuerstein et al., 1986).

Die laaste oorweging is kulturele faktore wat 'n rol mag speel in sy siektegedrag. Dit is nodig dat die geneesheer bewus is van enige kulturele verskille tussen hom en die pasiënt wat daartoe mag lei dat hulle konsepte van die "normale" siekerol mag verskil (Pilowsky, 1969).

Feuerstein et al., (1986) haal twee studies aan wat siektegedrag illustreer wat afwyk van die normale. Lavey en Winkle (1979) bevind in 'n studie met 45 pasiënte met borspyn (angina) wat op grond van arteriogramresultate as gesond gediagnoseer is, ongeag 'n neiging tot

verminderde pyn, 'n goeie prognose vir langlewendheid en 'n afwesigheid van daaropvolgende infarksie, die pasiënte steeds na drie jaar tot 'n verbasende mate ongeskik was. Wieglosz et al., (1984) bevind onder 'n groep van bykans negehonderd pasiënte met borspyn maar geen beduidende organiese defek nie, dat hipokondrie, (soos gereflekteer deur resultate op die Minnesota Multiphasic Personality Inventory), die sterkste determinant van voortgesette pyn is. Volgens die outeur dui dit daarop dat 'n preokkupasie met persoonlike gesondheid prospektiewelik geassosieer kan word met voortgesette borspyn, ongeag die afwesigheid van 'n beduidende koronêre siekte.

Pilowsky (1978) wys daarop dat, wanneer 'n individu se siektegedrag nie die sosiaal aanvaarbare siekerolproses volg nie, soos byvoorbeeld waar siektegedrag geassosieer word met 'n siekte met geen ooglopende organiese basis nie, die term "abnormale siektegedrag" gebruik moet word. Pilowsky (1978) definieer abnormale siektegedrag soos volg:

"The persistence of an inappropriate or maladaptive mode of perceiving, evaluating and acting in relation to one's own health, despite the fact that a doctor (or other appropriate social agent) has offered a reasonably lucid explanation of the nature of the illness, and the appropriate course of management to be followed, based on a thorough examination and assessment of all parameters of functioning (including the use of special investigations where necessary, and taking into account the individual's age, education and sociocultural background (1978, p 133).

Pilowsky (1986) wys daarop dat die meeste aandag geskenk word aan abnormale siektegedrag in die geval waar die siekte deur die persoon erken word en die fokus somaties is, byvoorbeeld hipokondrie. Baie min

belangstelling word getoon in toestande waar die siekte ontken word of waar die fokus 'n sielkundige steurnis is, byvoorbeeld die ontkenning van skisofrenie of anorexia nervosa.

Op grond van sy definisie en met bogenoemde in gedagte, ontwikkel Pilowsky (1986) 'n klassifikasie-sisteem vir abnormale siektegedrag.

Vervolgens 'n uiteensetting van hierdie sisteem:

Somaties-gefokusde abnormale siektegedrag

I Siekte-erkennend

A Motivering grootliks bewustelik

- 1) "Malingering" of skynsiekte
- 2) Chroniese kunsmatige sindroom met fisiese simptome
- 3) Kunsmatige sindroom met fisiese simptome

B Motivering grootliks onbewustelik

- 1) Neuroties (somatoforme steurnisse)
 - Somatisasie steurnis
 - Konversie steurnis
 - Psigogeniese pynsteurnis
 - Hipokondrie

- 2) Hipokondriese delusies geassosieer met:
 - a) Depressiewe steurnis met gemoeds- kongruente psigotiese kenmerke
 - b) Skisofreniese steurnis
 - c) Monosimptomatiese hipokondriese psigose

II Siekte—ontkennend

A Motivering grootliks bewustelik

- 1) Ontkenning met die oog op werksgeleentheid
- 2) Ontkenning ten einde gevreesde terapie te ontwyk
- 3) Ontkenning van siekte (byvoorbeeld geslagsiekte) as gevolg van skaamte en skuld

B Motivering grootliks onbewustelik

- 1) Neuroties, byvoorbeeld
 - a) Gebrek aan samewerking na afloop van miokardiese infarksie
 - b) Teen-fobiese gedrag in hemofilie
 - c) Gebrek aan samewerking met anti-hipertensie terapie

2) Psigoties

Ontkenning van somatiese patologie, byvoorbeeld as deel van hipomaniese of skisofreniese steurnis

C Neuropsigiatries

Anosognosia

Sielkundig-gefokuste abnormale siektegedrag

I Siekte-erkennend

A Motivering grootliks bewustelik

- 1) "Malingering" of skynsiekte
- 2) Kunsmatige steurnis met sielkundige simptome

B Motivering grootliks onbewustelik

- 1) Neuroties

"Psigiese hipokondrie"

"Frenofobie"

Dissosiatiewe reaksies

Psigogeniese amnesie

- 2) Psigoties

Delusies van geheueverlies of verlies van breinfunk-
sionering

II Siekte—ontkennend

A Motivering grootliks bewustelik

Ontkenning van psigotiese simptomatologie ten einde stigma of hospitalisasie te vermy of om ontslag te bewerkstellig

Ontkenning van psigotiese siekte ten einde waargenome diskriminasie deur gesondheidswerkers te vermy.

B Motivering grootliks onbewustelik

Neuroties

Weiering om 'n sielkundige diagnose te aanvaar in die teenwoordigheid van 'n neurotiese siekte, persoonlikheidsteurnis of afhanklikheid-sindroom, byvoorbeeld alkohol.

Psigoties

Ontkenning van (gebrek aan insig in) psigotiese depressie, maniese fase in skisofreniese sindrome

Neuropsigiatries

Konfabulasie—reaksies in Korsakoff—psigose en ander organiese brein—sindrome

Pilowsky (1978) wys daarop dat die geneesheer by uitstek in 'n posisie is om die diagnose van abnormale siektegedrag te maak. Bo en behalwe die aanwesigheid van 'n diskrepansie tussen die siektegedrag en die organiese basis, is die eerste teken of aanduiding van abnormale siektegedrag die pasiënt se reaksie op die geneesheer se verduideliking. Anders as Suchman (1965) se bevinding dat die meeste pasiënte met verligting en oorgawe reageer, reageer die pasiënt wat abnormale

siektegedrag toon met volgehoue klagtes en eise op grond van die beskouing van sy eie gesondheidstatus wat nie met dié van die geneesheer ooreenkom nie.

Ander aanduidings van die aanwesigheid van abnormale siektegedrag sluit die gewone distorsies van gedagtes en affek in, geassosieer met neurotiese en psigotiese toestande, wat beskou word as ontoepaslik in hoeveelheid en kwaliteit in die lig van die individu se gesondheidstatus. 'n Oormatige depressiewe affek mag dui op die aanwesigheid van 'n affektiewe steurnis terwyl 'n onverskilligheid jeens die simptome of 'n gebrek aan angs daarop mag dui dat die siektegedrag die funksie van 'n konversie het of dat die implikasies van die somatiese patologie ontken word (Pilowsky, 1978).

'n Pasiënt se geskiedenis mag natuurlik ook leidrade verskaf van vorige episodes waar abnormale siektegedrag geopenbaar is. Merskey et al., (1967) se oorsig van die literatuur wat verband hou met die sielkundige en psigiatrisie aspekte van pyn, dui aan dat pasiënte met siekte-erkennende, somaties-gefokuste abnormale siektegedrag meer geneig is om van 'n laer sosio-ekonomiese status en groter families te kom en om 'n geskiedenis van veelvuldige operasies te hê. Engel (1959) se studies dui daarop dat hierdie individue geneig is om prominente skuldgevoelens te toon, as kinders blootgestel was aan geweld, 'n geskiedenis van vermyding van sukses het, aggressie en vyandigheid onderdruk en konflik ervaar oor seksuele impulse. Die ander kant van die munt word aangetoon deur Gainotti (1975) se studie wat toon dat diegene wat ongeskiktheid ontleen, waarskynlik individue is wat klem gelê het op onafhanklikheid en wedywering.

Dit is verder belangrik om daarop te let dat Pilowsky beide die siekte-erkennende en siekte-ontkennende sindrome as ewe belangrike kategorieë van abnormale siektegedrag beskou. Hy wys verder daarop dat die studie van abnormale siektegedrag bydra tot 'n verdere begrip van een van die mens se sentrale gedragspatrone, en dat dit lig werp op die gemeenskap se houdings jeens gesondheid, siekte en veral die gesondheidswerker se funksie in die gesondheid-siekte-dimensie van menslike gedrag (Pilowsky, 1978).

Verskeie studies is die afgelope twee dekades gerig op die beskrywing en meting van abnormale siektegedrag (Feuerstein et al., 1986). In die verband ontwikkel Pilowsky (1978) die Illness Behavior Questionnaire (I.B.Q) en klassifiseer hy pynpatiënte in ses basiese tipes met behulp van hierdie vraelys. Vervolgens 'n uiteensetting van hierdie klassifikasie:

- 1) Kapasiteit om ontkenning aanpassings-gerig te gebruik. Hieronder sorteer diegene wat stres minimaliseer en selfs pynstillers weier. Dit kom dikwels voor onder diegene met 'n kwaadaardige siekte onder lede.
- 2) Gebruik van ontkenning as 'n minder effektiewe strategie. Hierdie persone rapporteer angs en/of depressie maar skryf dit aan pyn toe.
- 3) Frustrasie en interpersoonlike wrywing en gelyktydige ontkenning van probleme bo en behalwe fisiese gesondheid. Diegene somatiseer interpersoonlike probleme en verkies om ongesteldheid in fisiese terme te kommunikeer.

- 4) Somatiese preokkupasie en die verwerping van versekering. Diegene ontken lewensprobleme bo en behalwe swak gesondheid. Hulle rapporteer min ongelukkigheid en klou aan die siekerol.
- 5) 'n Hoë oortuiging van siekte en baie lewensprobleme. Diegene het 'n depressiewe en masochistiese houding en ontwikkel dikwels vyandige-afhanklike verhoudings.
- 6) Angstige hipokondriese behepthed met gesondheid. Diegene rapporteer 'n ontoereikende vermoë om hulle gevoelens met ander te deel en druk affektiewe versteurings uit. Dit is duidelik dat siektegedrag grootliks gekenmerk word deur 'n preokkupasie met die liggaam, siekte en gesondheid (Feuerstein et al., 1986). Pasiënt-tipes een tot drie verteenwoordig relatief aanpassings-gerigte vorms van siektegedrag, terwyl pasiënt-tipes vier tot ses abnormale vorms van siektegedrag verteenwoordig.

Pilowsky (1978) wys ook daarop dat hoewel die Illness Behavior Questionnaire nie gebruik kan word om abnormale siektegedrag te voorspel nie, dit wel nuttig is in die beplanning van die behandeling van onderskeie pasiënte. Large et al., (1981) en Zonderman et al., (1985) ondersteun hierdie mening.

Feuerstein et al., (1986) wys op die belang van 'n algemene raamwerk waarvolgens gesondheidsteurnisse gekonseptualiseer kan word. Die outeurs ontwikkel dan ook die volgende raamwerk waarvolgens onderskeie siekte-vorme geklassifiseer kan word:

Patologiese inset

		Geïdentifiseer	Ongeïdentifiseer
<u>Nie-patologiese inset</u>	Geïdentifiseer	I Psigofisiologiese Steurnis Fisiese siekte/simptome wat met stres verbandhou	II Somatoforme Steurnis Abnormale Siektegedrag
	Ongeïdentifiseer	III Tipiese mediese pasiënt	IV Siekte met 'n "onge- spesifiseerde" oorsprong

(Feuerstein et al., 1986)

Tipe I steurnisse verteenwoordig relatief duidelike psigologiese en patologiese inset-bronne. Tipe II steurnisse verteenwoordig abnormale siektegedrag soos vroeër uiteengesit. Tipe III steurnisse verteenwoordig die algemene mediese steurnisse wat deur die geneesheer behandel word. Tipe IV steurnisse verteenwoordig die steurnisse wat met 'n kwaai gekompliseerde kliniese beeld presenteer en waar die volgehoue simptome nie met 'n spesifieke sielkundige of patologiese inset geassosieer kan word nie.

Uit die voorafgaande bespreking van siektegedrag is dit duidelik dat siektegedrag grootliks gekenmerk word deur 'n preokkupasie met die liggaam, die siekte of moontlike siekte en gesondheid. Vanweë hul sentrale rol in siektegedrag is dit nou nodig om psigosomatiese- en somatoforme siektetoestande van nader te beskou.

2.5

Psigosomatiese steurnisse

Dworkin (1969) wys daarop dat daar 'n onderskeid getref kan word tussen die term "psigosomaties" en die enger toepassing daarvan,

naamlik psigosomatiese siektes of psigosomatiese steurnisse. Psigosomatiese siektes of — steurnisse verwys na 'n aantal siektes waarvan die primêre etiologiese faktore hoofsaaklik psigologies blyk te wees. Hierdie siektes sluit onder andere in: peptiese ulkus, migraine, asma en sekere allergiese response.

Psigosomatiese toestande konnoteer in algemene terme 'n verband tussen psigologiese fenomene en fisiologiese fenomene. Dit impliseer dat bepaalde psigologiese gebeurtenisse verantwoordelik is of kan wees vir die fisiologiese werking van die liggaam (Dworkin, 1969). Vir die leek en vir verskeie geneeshere verwys die konstruk gewoonlik na liggaamlike simptome waarvoor daar geen organiese basis gevind kan word nie. Wanneer daar geen organiese basis gevind kan word nie is daar volgens Dworkin (1969) 'n neiging om na die toestand as "waarskynlik psigosomaties" te verwys. Vandag is daar egter 'n neiging om sowel die psigologiese as die fisiologiese data in ag te neem ten einde "psigosomatiese" toestande te begryp.

Bezuidenhout (1982) sluit hierby aan en wys daarop dat daar wel 'n onderskeid getref kan word tussen die fisiologiese en psigologiese dimensies van die mens maar dat die twee nooit geskei kan word nie. Net soos wat 'n bepaalde organiese en fisiese steurnis tot 'n psigologiese steurnis aanleiding kan gee, kan 'n psigologiese steurnis tot 'n somatiese of fisieke steurnis aanleiding gee. Hoewel die presiese aard van die psigo-fisiologiese meganisme nie volkome duidelik is nie, is dit bekend en word dit aanvaar dat langdurige, intense spanning byvoorbeeld tot allerlei fisieke simptome aanleiding kan gee (Bezuidenhout, 1982; Engel et al., 1966).

Lipowski (1984) wys daarop dat die term psigosomaties daarop dui dat emosionele faktore 'n rol speel in sekere somatiese toestande. Volgens

hom impliseer dit 'n dualisme wat nie werklik bestaan nie, aangesien geen siekte vry is van die invloed van sielkundige faktore nie. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie se afkeur van die gebruik van die term "psigosomatiese steurnisse" reflekteer Lipowski se standpunt (Lipowski, 1984).

In teenstelling met die tradisionele beskouings kom Engel (1986) in sy oorsig van die raakpunte tussen psigosomatiese -, gedrags- en tradisionele geneeskunde tot die gevolgtrekking dat neurologies-bemiddelde fisieke response die kriteria vir gedrag vervul en dat dit onlogies en verkeerd is om te beweer dat neurologies bemiddelde fisieke response met gedrag in interaksie is. Hierdie response is in werklikheid gedrag. Engel wys daarop dat die konseptuele basis van die psigosomatiese beskouing nie gesoek behoort te word in die dualistiese idees van psigoanalise of bio-behaviorisme nie. Hy meld dat daar eerder op die kwessie van meganisme gefokus behoort te word.

Engel (1986) wys daarop dat dit veral relevant is om te fokus op daardie faktore wat bemiddelend is in die interaksie tussen die organisme, en die sosiale en fisiese omgewing. Een meganisme wat die mens in staat stel om aan te pas is die senuweestelsel, aangesien die stelsel die tussenganger is tussen die omgewing en die respons wat op insette van die omgewing volg.

Dit is nou nodig om die mees algemene psigosomatiese steurnisse van nader te beskou. Vir die doeleindes van hierdie bespreking word psigosomatiese steurnisse onder die volgende hoofde bespreek, naamlik, die spysverteringstelsel, die kardiovaskulêre-sisteem, velsteurnisse, die respiratoriese stelsel, endokriene steurnisse en steurnisse van die genitale organe.

2.5.1 Steurnisse van die spysverteringstelsel

Een van die mees algemene steurnisse wat met hierdie stelsel geassosieer word, is die peptiese ulkus. Hierdie toestand word ontstaan vanweë 'n oorafskeiding van vloeistowwe wat op die beurt die wande van die maag irriteer (Sarason, 1972). Daar word algemeen aanvaar dat die toestand veroorsaak word deur langdurige stres of emosionele spanning. 'n Onvermoë om gevoelens van aggressie en verwyt uit te druk, is volgens Bezuidenhout (1982) waarskynlik die basis van hierdie emosionele spanning.

Kolitis is 'n ander toestand wat met hierdie stelsel verband hou. Die toestand word gekenmerk deur 'n oormatige beweging van die maag of konstipasie, met gepaardgaande pyn en die uitskeiding van bloed en mukus (Sarason, 1972). Die basis van hierdie toestand is ondermeer emosionele spanning en onderdrukte woede (Kaplan et al., 1988).

2.5.2 Die kardiiovaskulêre sisteem

Een van die mees algemene steurnisse wat met hierdie sisteem verband hou is essensiële hipertensie of hoë bloeddruk. Hier is die persoon se sistoliese en diastoliese drukke verhoog. In teenstelling met sistoliese en diastoliese hipertensie wat veroorsaak word deur afwykende fisiologiese toestande soos byvoorbeeld diabetes mellitus, is die oorsprong van essensiële hipertensie grootliks onduidelik (Guyton, 1972). Grace et al., (1952) meld dat die repressie van gevoelens van aggressie en bitterheid waarskynlik etiologies met hierdie toestand verband hou.

Koronêre hartsiektes, soos byvoorbeeld koronêre arterie-siekte en kongestiewe hartversaking, ressorteer ook onder hierdie kategorie. Kaplan et al., (1988) haal navorsing aan wat daarop dui dat 'n Tipe-A

persoonlikheid met die ontwikkeling van hierdie steurnisse geassosieer word. Die Tipe-A persoonlikheid is 'n aksie-georiënteerde individu wat streef na die bereiking van swak gedefinieerde doelstellings deur middel van wedywerende vyandigheid (Kaplan et al., 1988).

Migraine word ook dikwels by hierdie kategorie ingesluit. Die toestand word gekenmerk deur periodieke swaar hoofpyn, veral aan die een kant van die kop of bo die oë. Dit gaan dikwels gepaard met naarheid, braking en diaree of konstipasie. Migraine word gewoonlik veroorsaak deur spasma van die bloedvate van veral die meninges. Kaplan et al., (1988) meld dat twee derdes van hierdie pasiënte 'n familiegeskiedenis van soortgelyke steurnisse het.

2.5.3

Velsteurnisse

Die vel reflekteer dikwels die emosionele toestand van die individu, soos byvoorbeeld aangetoon deur perspirasie en blosing (Sarason, 1972). Verskeie psigosomatiese velsiektes kan geïdentifiseer word. Hieronder ressorteer die volgende:

Pruritis ani en pruritis vulvae

Spanning, woede, irritasie en frustrasie mag daartoe lei dat hierdie areas jeuk en gekrap word (Sarason, 1972).

Ekseem en dermatitis

Hierdie toestande mag volgens Sarason (1972) verband hou met emosionele faktore, waaronder, 'n behoefte aan liefde en sekuriteit en 'n vrees vir verwerping.

Rosacea (die roos)

Hierdie toestand word gekenmerk deur permanente blosing deur die persoon. Skuldgevoelens mag volgens Sarason (1972) 'n rol speel in die toestand.

2.5.4 Die respiratoriese stelsel

Psigosomatiese toestande wat met respiratoriese stelsel verband hou sluit in: hiperventilasie-sindroom, brongitiese asma en hooikoors. Die respiratoriese stelsel hou nou verband met emosionele toestande, veral vrees, angs en paniek, vanweë die versnelling van asemhaling onder hierdie toestande (Kaplan et al., 1988). Kaplan et al., (1988) meld dat alhoewel geen spesifieke persoonlikheidstipe geïdentifiseer kan word wat met hierdie toestande verband hou nie, daar tog navorsing bestaan wat uitermatige afhanklikheidsbehoeftes met hierdie toestande assosieer.

2.5.5 Endokriene steurnisse

Oor die afgelope dekade het dit duidelik geword dat endokriene faktore 'n belangrike rol speel in emosionele toestande. Emosionele faktore blyk ook 'n belangrike rol in endokriene versteurings te speel (Sarason, 1972). In die verband blyk dit dat diabetes mellitus, 'n toestand waar die bloedsuikervlak via die adrenalemedullêre aksie verhoog word, deur emosionele faktore beïnvloed kan word (Kaplan et al., 1988).

2.5.6 Steurnisse van die genitale organe

Hieronder ressorteer steurnisse soos byvoorbeeld impotensie, seksuele koudheid, menstruasiespanning en pynlike menstruasie (Sarason,

1972). Navorsing toon dat emosionele spanning en gevoelens van onveiligheid met hierdie steurnisse geassosieer word (Bezuidenhout, 1982).

Ten einde die "psigosomatiese proses" te begryp, is dit nodig om bepaalde veranderlikes wat 'n rol speel in die ontstaan van hierdie toestande van nader te beskou. Hierdie veranderlikes sluit die fisiologiese en psilogiese in.

2.5.7

Fisiologiese veranderlikes

Kennis oor die fisiologiese veranderlikes wat 'n rol speel in die ontwikkeling van psigosomatiese siektes het oor die afgelope aantal dekades vinnig toegeneem (Dworkin, 1969). Cassel (1974) meld in hierdie verband dat die beskouing dat siektetoestande slegs ontwikkel deur die direkte blootstelling aan patogene aksies van siekteagente, of deur 'n direkte patogene proses indien psigososiale prosesse 'n rol speel, die vordering op hierdie gebied ignoreer.

Volgens Hinkle (1974) het reaksies van die individu op die omgewing, gemedieer deur die sintuie en die sentrale senuweestelsel, die kapasiteit om enige proses binne die organisme te beïnvloed. Hinkle (1974) meld dat die endokriene sisteem, in interaksie met die senuweestelsel, 'n breedvoerige invloed op ensiemsisteme en metaboliese bane het. Hierdie sisteme het op die beurt 'n belangrike effek op prosesse, soos byvoorbeeld groei, selskeiding, energiemetabolisme, inflammasie en teenliggaam formasie.

Volgens Engel (1988) is die reaksies en aksies van die individu op die omgewing wat senuwee-bemiddeld is veral relevant tot psigosomatiese steurnisse aangesien senuwee-bemiddelde response varieer in verhouding

tot die omstandighede waaronder dit plaasvind. Engel (1986) meld dat senuwee—bemiddelde response eerstens refleksie is wat aanpassend funksioneer binne 'n individu. Tweedens word die stimuli wat die response ontlok deur assosiatiewe kondisionering daargestel.

Engel (1986) meld dat daar verder vooruitgang op hierdie gebied gemaak sal word indien hierdie fisiologiese faktore toepaslik gespesifiseer word in terme van die fisiologiese— en gedragbeginsels wat hulle reguleer. Daar behoort dus volgens Engel (1986) op die fisiologiese meganismes gefokus te word.

2.5.8 Psigologiese veranderlikes

Daar is oor die afgelope aantal dekades gepoog om die ontwikkeling van psigosomatiese siektes vanuit verskeie teoretiese raamwerke te verklaar. Die konsep "psigosomaties" is oorspronklik gebore uit die holistiese konsep wat dit stel dat die psige en die somatiese komponente van die mens nie geskei kan word nie (Lipowski, 1984). Later het verklarings vanuit onder andere die psigoanalise, persoonlikheidsteorie en die leerteorie gevolg (Lipowski, 1984). Vervolgens 'n kort oorsig van 'n aantal konseptuele raamwerke van waaruit psigosomatiese siektes verklaar word.

2.5.8.1 Psigoanalitiese benadering

Omdat die psigoanalitiese teorie die vroegste en seker een van die belangrikste teoretiese formulerings oor die ontstaan van sielkundige versteurings is, is dit nie vreemd dat kundiges soos Alexander (1950) baie sterk daarop sou steun om die ontstaan van psigosomatiese siektes te verklaar nie. In terme van die formulering van die psigoanalitiese teorie, waarvolgens probleme as gevolg van sekere traumatiese

gebeurtenisse ontstaan weens die konflik tussen id—impulse en die ego, en die super—ego se beheer daarvan, is hierdie benadering bruikbaar om aan te toon hoe sulke faktore 'n rol kan speel in die ontstaan van spesifieke siektes.

Alexander (1950) was die sterkste voorstander van die psigoanalitiese benadering tot psigofisiologiese steurnisse. Hy toon byvoorbeeld aan dat geïnhibeerde woede 'n baie spesifieke verband met probleme van die kardiovaskulêre sisteem toon. Hy beskou die patologiese, ego—bemiddelde inhibisie van impulse, waar hierdie impulse woedegeneigd is, as 'n oorsaak van kardiovaskulêre steurnisse. Ander aspekte kan weer tot gastro—intestinale versteurings lei, byvoorbeeld waar afhanklikheidsgedrag gefrustreer word (Alexander, 1950).

Alexander (1950) meld spesifiek hoe konflik tussen seksuele aggressie en afhanklikheidsbehoeftes in die individu, respiratoriese psigosomatiese siektes veroorsaak. Hiermee is 'n verband getrek sonder om die meganisme te beskryf tussen bepaalde sielkundige konflikte en bepaalde fisieke siektetoestande.

Verskeie teoretiese modelle is oor die jare geformuleer oor die rol wat psigologiese veranderlikes speel in die ontwikkeling van psigosomatiese siektes. Hoewel Alexander (1950) en ander die psigoanalitiese teorie in die psigosomatiese konteks toegepas het, het hulle in gebreke gebly om die sielkundige en fisieke meganismes wat hierby 'n rol speel, te spesifiseer. Volgens Stein (1986) het Alexander (1950) se benadering wel 'n groot effek in die kliniese praktyk van psigosomatiese geneeskunde gehad. Tog was die navorsingsgegewens ter ondersteuning van die teorie en benadering maar skraal. Die studies was hoofsaaklik korrelatief van aard, en geen kousale verwantskappe is aangetoon nie (Stein, 1986).

Hierdie benadering het dus min praktiese waarde in die meer wetenskaplike psigosomatiese geneeskunde van die laaste kwart eeu. Alexander se nalatenskap van 'n spesifiekheidsteorie, naamlik dat spesifieke sielkundige faktore tot spesifieke siektes lei, bly egter besonder belangrik. Hierdie teorie word later meer breedvoerig toegelig.

2.5.8.2 Die konversie verklaring

Van die vroegste psigiatriese of psigodinamiese teorieë in die psigosomatiese veld is 'n poging om psigofisiologiese steurnisse as konversie-fenomene te beskou (Mendelson et al., 1956). In die verband beskryf Ferenczi (1926) die simboliese rol van diarree terwyl Klein (1948) psigosomatiese fenomene as genitale konversies beskou. Garina (1950) beskryf peptiese ulkus as die simboliese uitdrukking van 'n geïnternaliseerde aggressiewe moeder. Volgens hierdie teorie ontwikkel die fisiologiese simptome as gevolg van psigologiese behoeftes. Sodanige behoeftes of konflikte word buite die bewussyn gehou deur die verlies van 'n bepaalde fisiologiese funksie (Papalia et al., 1986).

2.5.8.3 Persoonlikheidsprofiële

Die konversieteorie van psigosomatiese siektes is vroeg reeds deur ander werkers in die veld verwerp (Dunbar, 1935). 'n Alternatiewe beskouing, naamlik, dat hierdie siekte hoog korreleer met spesifieke persoonlikheidstipes is voorgestel. Data waarop hierdie beskouing gebaseer is, is verkry deur maandelange, tydrowende persoonlikheidsanalises. Gildea (1949), in 'n studie met 150 proefpersone, vind steun vir die hipotese dat bepaalde wanaangepasde persoonlikheidspatrone algemeen voorkom by spesifieke psigosomatiese steurnisse. Vervolgens 'n opsomming van die vernaamste bevindinge wat hierdie teorie steun:

Seervormende kolitis

Volgens Murry (1930) en Brown (1938) hou hierdie toestand verband met 'n preokkupasie met die liggaam, onvolwassenheid, 'n opgee-reaksie, en 'n afhanklikheid van die moeder. Aanvalle van die toestand volg gewoonlik op die een of ander stressor.

Hipertensie

Volgens Binger et al., (1945) hou hierdie toestand verband met ontoereikende selfgelling, 'n onvermoë om verwyte te verbaliseer en kompulsiewe gedrag.

Reumatische artritis

Alexander (1948) meld dat hierdie toestand verband hou met onderdrukte, vyandige aggressiwiteit en 'n neiging om hulpeloos te wees.

Koronêre siektes

Volgens Dunbar (1943) hou hierdie toestand verband met 'n behoefte aan outoriteit en kompulsiwiteit.

Peptiese ulkus

Davies et al., (1937) meld dat persone met hierdie toestand sterk afhanklikheidsbehoefte vertoon en geredelik regresseer tot 'n kinderlike afhanklikheid.

Brongitiese asma

Rogerson et al., (1935) bevind dat 'n vrees vir die skeiding van die moeder, onvolwassenheid en 'n behoefte aan beskerming met hierdie toestand verband hou.

2.5.8.4 Konflik-situasies en spesifieke response

Alexander (1950) postuleer dat dit nie 'n bepaalde persoonlikheidstipe is wat tot 'n gegewe steurnis lei nie maar wel 'n tipiese konfliksituasie wat kan ontwikkel binne 'n persoon, ongeag sy persoonlikheidsamestelling. Volgens Alexander (1950) bestaan daar in elke psigosomatiese siekte 'n kern emosionele konflik wat chronies aanwesig is. Die siekte is nie 'n simboliese uitdrukking van 'n emosie nie, maar wel die fisiologiese respons van 'n orgaan op 'n chroniese aanwesigheid of terugkering van 'n emosionele toestand. Alexander lê klem daarop dat die etiologie van psigosomatiese steurnisse nie by uitstek psigologies kan wees nie. Ter stawing van sy argument wys hy daarop dat die tipiese emosionele konstellasies van persone met ulkuse ook aanwesig is by 'n groot aantal persone wat nie ulkuse het nie.

2.5.8.5 Beskermings-aanpassings-respons

Wolff (1950) postuleer dat die liggaam met 'n beskermings- en aanpassingsrespons op stres reageer. Hy distansieer hom van die beskouing dat 'n emosie "inwerk" op die liggaam en wys daarop dat veranderende emosies, liggaamlike aanpassings en gedrag, gelyktydig plaasvind en almal aspekte is van die persoon se reaksie op stres. Die mens respondeer, volgens hom, somaties op stres en wel op 'n oor-erwingsbasis. Wolff (1950) se teorie impliseer die volgende, naamlik,

dat 'n individu op verskeie tipes stres op dieselfde wyse kan reageer, dat die bepaalde wyse waarop die individu reageer ooreenkom met die wyse waarop sy familie reageer, dat die individu op verskeie tipes stres reageer met 'n kenmerkende stel liggaamlike veranderinge, gevoelens, houdings, en dat verskillende persone wat met dieselfde liggaamlike veranderinge op stres reageer, ook met dieselfde emosies en houdings sal reageer (Wolff, 1950).

2.5.8.6

Leerteorie

Navorsing dui aan dat dit nie net normale outonadiese reaktiwiteit is wat gekondisioneer kan word nie, maar ook patologiese reaktiwiteit ten opsigte van bepaalde eksterne stimuli (Engel, 1986). Hieruit blyk dit dat psigosomatiese siektes, soos enige ander gedrag, op grond van klassieke kondisionering via die outonadiese senuweestelsel aangeleer kan word (Williams et al., 1977). Williams et al., (1977) toon verder ook aan dat die aanleer van so 'n siektetoestand deur klassieke kondisionering nie alleen die volharding van so 'n toestand kan verklaar nie, en impliseer dat operante kondisionering ook by so 'n proses betrokke is wat die toestand onderhou. Engel (1986) meld dat hierdie proses waarskynlik betrokke is by 'n toestand soos asma. Luchman (1972) beskryf in die verband hoe 'n peptiese ulkus deur klassieke kondisionering ontstaan deurdad die liggaam 'n bepaalde reaksie toon in 'n bepaalde stresvolle situasie en dan daaropvolgend dieselfde reaksie in dieselfde situasie toon, in dié geval die afskeiding van maagsuur. Engel (1986) meld dat hierdie meganisme ook gebruik kan word in die behandeling van toestande, soos byvoorbeeld verhoogde bloeddruk. Wooley et al., (1978) lig die onderhouding van 'n fisieke toestand toe, en konseptualiseer psigosomatiese siektes as 'n aangeleerde sosiale rol wat onderhewig is aan modifikasie. Wooley en haar medewerkers stel die

volgende lys van gedrag saam wat deur hulle waargeneem is by 'n pasiëntepopulasie met 'n psigosomatiese steurnis en wys daarop dat hierdie gedrag nie korreleer met individuele diagnoses nie:

- 1) die persone dring aan op behandeling, aandag en hulp met daaglikse aktiwiteite
- 2) tekens van hulpeloosheid wat passiwiteit, afwesigheid van reaksie op voorstelle en 'n onwilligheid om take te verrig sonder leiding, insluit
- 3) oormatige samewerking
- 4) verskansde vyandigheid
- 5) dreigemente dat pasiënte hulself skade sal aandoen of van behandeling sal onttrek
- 6) 'n neiging om te argumenteer en
- 7) 'n poging om professionele staf teen mekaar te laat draai.

(Wooley et al., 1978). Wooley et al., (1978) wys daarop dat hierdie gedragsvorme 'n gemeenskaplike effek het, naamlik, om hulp en aandag op die individu te vestig. Wooley et al., (1978) wys verder daarop dat hierdie gedrag aangeleer is omdat dit konsekwent aandag ontlok.

Die fisieke dimensie van psigosomatiese siektes is gewoonlik aanwesig vanweë toeval of besering terwyl die gepaardgaande gedrag later aangeleer is deur vorming (Steptoe, 1981).

Krantz et al., (1985) meld dat toenemend meer navorsing oor die spesifieke gedrags-fisiologiese meganismes onderneem word om gedrags-faktore en fisiologiese prosesse met mekaar in verband te bring. Dit het gelei tot die bewuswording van hoogs spesifieke meganismes ten opsigte van die ontstaan van bepaalde siektetoestande. Krantz et al., (1985)

wys egter daarop dat die spesifieke meganismes alleen nie genoeg is nie, en dat dit nodig is om historiese en epidemiologiese beskrywers met die prosesse te integreer.

2.5.8.7 Spesifiekheid van houding—hipotese

Die spesifiekheid van houding—hipotese (Grace et al., 1952) stel voor dat daar 'n spesifieke verband bestaan tussen die houding van 'n persoon jeens 'n stresvolle situasie en die fisiologiese veranderinge wat plaasvind in respons daarop. Studies deur Alexander et al., (1959) en Graham et al., (1962) ondersteun hierdie hipotese. Vervolgens 'n aantal spesifieke houdings wat met bepaalde psigosomatiese toestande geassosieer word:

Ekseem

Die persoon se houding word gekenmerk deur frustrasie en hulpeloosheid wat op die self uitgehaal word

Duodenale ulkus

Hier voel die persoon gedepriveerd en die wil bestaan om weerwraak te neem

Essensiële hipertensie

Hier voel die persoon bedreig en 'n gevoel bestaan dat hy gereed moet wees vir enige gebeurlikheid.

Reumatische artritis

Die houding met hierdie toestand geassosieer is een van die ervaring dat hy vasgevang is en wil loskom (Graham et al., 1962).

'n Ernstige leemte in hierdie beskouing is dat daar geen formulering van die presiese meganisme is waarvolgens hierdie siektetoestande ontwikkel nie.

Dit blyk tog dat die spesifieke houdings-teorie 'n belangrike benadering tot psigosomatiese siektes kan bied. Navorsing deur Mc Clelland (1975) toon aan dat spesifieke houdings egter met 'n faset van die variansie verklaar, en dat dit belangrik is om die gedrag wat met die houding geassosieer word, asook die daaropvolgende gebeure, duidelik te spesifiseer. In die verband beskryf Jenkins (1971), gerugsteun deur empiriese navorsing, die spesifieke meganismes wat betrokke is by die ontstaan van 'n spesifieke siekte, (kardiovaskulêre steurnis), vanaf die sielkundige stimulus, (Tipe-A gedragstyl), tot by die uiteindelijke patologiese, fisieke respons.

Mendelson et al., (1956) wys daarop dat teorieë oor die ontwikkeling van psigosomatiese siektes dikwels 'n onwetenskaplike houding reflekteer. In sy kritiek wys hy op die volgende: Eerstens is daar 'n neiging om kliniese en fisiologiese data selektief te kies ten einde 'n bepaalde punt te staaf. Daar is verder 'n neiging om te glo dat daar 'n enkele teorie behoort te wees om die verskynsel te verklaar. Daar word ook dikwels, volgens hom, van onlogiese redenering gebruik gemaak. Valliant (1978) kom, (na 'n analise van drie teoretiese posisies, naamlik, die aanname dat psigofisiologiese simptome 'n refleksie van ontoereikende geestesgesondheid is, dat 'n gegewe individu 'n

kenmerkende teikenorgaan het vir die ervaring van stres en dat diegene wat psigosomatiese siektes ontwikkel meer psigopatologie vertoon as diegene wat suiwer somatiese siektes ontwikkel), tot die gevoltrekking dat daar slegs geringe ondersteuning vir hierdie posisies bestaan en dat navorsing eerder moet fokus op diegene wat 'n geringe kans het om psigosomatiese siektes te ontwikkel.

Vervolgens word daar 'n oorsig van die somatoforme steurnisse gegee vanweë hul sentrale rol in siektegedrag. Hierdie steurnisse verskil van die psigosomatiese steurnisse deurdat daar by eersgenoemde geen bekende organiese patologie of patofisiologiese meganisme aanwesig is nie.

2.5.9

Somatoforme steurnisse

Somatoforme steurnis is 'n konstruk wat tans gebruik word om 'n aantal abnormale gedragsvorme te beskryf. Die term verwys na 'n groep steurnisse met 'n simptomatiese manifestasie wat grootliks fisiek van aard blyk te wees. Alhoewel pasiënte met fisieke simptome sonder 'n ooglopende mediese basis presenteer, sluit dit nie 'n moontlike fisiopatologiese basis uit nie (Feuerstein et al., 1986). Somatoforme steurnisse verskil van die fisieke siektes en simptome wat deur psigologiese faktore geaffekteer kan word, (psigosomatiese siektes, byvoorbeeld asma, angina, ensovoorts), in die sin dat laasgenoemde nie beskou word as variasies van abnormale siektegedrag nie (Feuerstein et al., 1986). Somatoforme steurnisse sorteer onder Feuerstein et al., (1986) se kategorie II van siektegedrag soos vroeër uiteengesit.

Daar word nou 'n beknopte oorsig van die onderskeie somatoforme steurnisse gegee. In die oorsig word daar kortliks aandag gegee aan die

beskrywing van die steurnis. Moontlike etiologiese faktore wat 'n rol speel, word ook uitgewys.

2.5.9.1 Somatiseringsversteuring

Die vernaamste eienskap van hierdie steurnis is die aanwesigheid van fisieke simptome oor 'n baie lang tydperk. Vir die persoon met somatiseringsversteuring is simptome en siekte 'n lewenswyse. Simptome is 'n wyse van kommunikasie, 'n manier om emosies uit te druk en 'n wyse waarop die omgewing gekontroleer word (Ford, 1983).

Die steurnis is oorspronklik beskou as 'n vorm van histerie, en is later geherdefinieer as "Briquet se sindroom" (Quill, 1985). Om te voldoen aan die kriteria vir Briquet se sindroom moes pasiënte ten minste vyf en twintig uit sestig moontlike simptome hê uit ten minste nege uit 'n moontlike tien simptomegroepe sonder die aanwesigheid van 'n duidelike organiese basis (Quill, 1985).

Ongeag die chaotiese persoonlike lewe van pasiente met somatiseringsversteuring, presenteer sulke pasiënte met verskeie fisieke simptome en nie net angs en depressie soos verwag sou word nie (Engel, 1959). Hulle simptome is a-tipes en hulle het 'n geskiedenis van uiteenlopende mediese ervarings. Hulle glo dat hul simptome volkome fisiek is en hulle soek eerder hulp by interniste en sjirurge as by psigiaters. 'n Diagnose kan nie op grond van 'n geïsoleerde periode van simptome-ervaring gemaak word nie maar slegs in die konteks van 'n langdurige patroon van mediese intervensie vir 'n uiteenlopende reeks somatiese simptome en bekommernisse (Quill, 1986; Swartz et al., 1986).

Quill (1986) wys daarop dat simptomeformasie onbewustelik plaasvind en dat die keuse van simptome wel simbolies belangrik mag wees. Die simptome kom veral onder stresvolle omstandighede voor, en daar mag sprake van sekondêre gewin wees. Pasiënte met somatiseringsversteuring mag simptome eie aan een fisieke sisteem laat vaar na deeglike ondersoeke en hulle vervang met simptome eie aan 'n ander fisieke sisteem.

D.S.M. III (1980) gee die volgende diagnostiese kriteria vir somatiese steurnis:

- 'n Geskiedenis van fisieke simptome wat oor 'n aantal jare strek
- Aanvang voor ouderdom 30
- Veelvuldige klagtes oor simptome wat medikasie, 'n verandering in lewenstyl en konsultasie met 'n geneesheer noodsaak
- Die simptome kan nie toereikend verklaar word aan die hand van 'n fisiese steurnis, besering of newe-effekte van medikasie, verdowingsmiddels en alkohol nie.
- Die rapportering van die simptome is toereikend en 'n direkte observasie van simptome is nie nodig nie.
- Daar is 'n geloof by die persoon dat hy/sy sieklik is of vir 'n groot deel van sy lewe sieklik was
- Simptome uit die volgende kategorieë mag aanwesig wees, naamlik, pseudo-neurologiese-, gastrointestinale-, vroulike reprodktiewe-, psigoseksuele-, pyn- en kariopulmonêre simptome.

2.5.9.2

Konversieversteuring

In die geval van konversieversteuring is die belangrikste versteuring die verlies van of verandering in fisieke funksionering wat op 'n fisieke

steurnis mag dui (Feuerstein et al., 1986). Konversie-simptome is reeds in die vroegste tye beskryf en wel as "histerie". Die steurnis se bestaan as entiteit word dikwels bevraagteken en die diagnose word dikwels onakkuraat gebruik deur medici. Veranderde diagnostiese kriteria dra volgens Ford et al., (1985) gedeeltelik hiertoe by. Vervolgens 'n opsomming van die diagnostiese kriteria soos uiteengesit in D.S.M III (1980).

- Die belangrikste versteuring is die verlies van of verandering in fisieke funksionering wat op 'n fisieke steurnis mag dui.
- Die simptoom is nie onder bewustelike beheer nie.
- Die simptoom kan nie verklaar word aan die hand van 'n bekende fisieke steurnis of fisiopatologiese meganisme nie.
- Die simptoom is nie beperk tot pyn of 'n versteuring in seksuele funksionering nie.
- Die simptoom is nie die gevolg van somatiseringsversteuring of skisofrenie nie.
- Daar is aanduidings van 'n psigologiese basis soos deur die volgende aangedui:
 - 1) 'n Temporale verband tussen omgewinginvloede en die aanvang of verergering van die simptoom.
 - 2) Die simptoom stel die persoon in staat om 'n ongewensde aktiwiteit te vermy.
 - 3) Die simptoom stel die individu in staat om ondersteuning uit die omgewing te verkry wat andersins nie geredelik beskikbaar is nie.

Vanuit 'n psigodinamiese beskouing bied die simptoom 'n oplossing tot 'n onbewustelike konflik tussen instinktiewe drange en die super-ego.

Die simptome is volgens hierdie beskouing simbolies van hierdie konflik (Ford et al., 1985). Konversieversteuring word ook gekonseptualiseer as 'n wyse van kommunikasie. Verbode gevoelens of idees word deur middel van simptome gekommunikeer wanneer die verbale uitdrukking daarvan geblokkeer is (Hollender, 1976). Konversieversteuring mag volgens Ford et al., (1985) ook gebruik word om toegang te verkry tot die siekerol. Hier is dus sprake van interpersoonlike manipulasie. Konversieversteuring kan ook as aangeleerde gedrag gekonseptualiseer word. Hiervolgens word simptome van siekte wat in die kinderjare geleer is later gebruik as wyse waarop bepaalde situasies gehanteer word (Kimball et al., 1982).

2.5.9.3

Psigogeniese pynversteuring

D.S.M. III (1980) stel die volgende kriteria voor vir 'n diagnose van psigogeniese pynversteuring:

- Die aanwesigheid van strawwe en langdurige pyn as die belangrikste versteuring.
- Die pyn as simptome is inkonsekwent met die verspreiding van senuwee.
- Geen organiese patologie of fisiopatologiese meganisme wat die pyn verklaar, kan vasgestel word na uitgebreide evaluasie nie.
- Indien verbandhoudende organiese patologie aanwesig is, is die klagtes van pyn oorweldigend meer as wat verwag kan word in die lig van die fisieke bevindinge.
- Daar is aanduidings van 'n psigologiese basis soos deur die volgende aangedui:
 - 1) 'n Temporale verband tussen 'n omgewingstimulus en die aanvang of verergering van die simptome.

- 2) Die simptome stel die persoon in staat om 'n ongewenste aktiwiteit te vermy.
 - 3) Die simptome stel die individu in staat om ondersteuning vanuit die omgewing te verkry wat andersins nie geredelik beskikbaar is nie.
- Die simptome is nie die resultaat van enige ander geestessteurnis nie.

Volgens Walters (1961) kan psigogeniese pyn ontwikkel as 'n direkte uitdrukking van emosie of deur 'n substitusie-proses waar onhanteerbare gedagtes aktief weggehou word van die bewussyn terwyl substitusie-uitdrukkings verskyn in die vorm van somatiese pyn.

2.5.9.4

Hipokondrie

Hipokondrie word tipies gedefinieer as 'n onrealistiese interpretasie van liggaamlike sensasies as abnormaal en 'n gevolglike vrees en geloof dat daar 'n ernstige siekte onder lede is (Feuerstein, et al., 1986). Volgens D.S.M. III (1980) sluit steurnis die volgende kenmerke in:

- Die fisieke simptome is disproporsioneel tot die werklike organiese siekte
- Die aanwesigheid van 'n vrees en 'n geloof dat jy siek is
- Daar is 'n teenwoordigheid van 'n preokkupasie met die gesteldheid van die liggaam
- Persone met die versteuring volg mediese hulp aanhoudend na en is deurgaans ontevrede daarmee.
- 'n Volledige fisieke evaluasie van die individu bring nie 'n organiese toestand aan die lig wat sodanige simptome tot gevolg kan hê nie

- Daar is 'n afwesigheid van skisofrenie, affektiewe versteuring of 'n somatiseringsversteuring

Die ontstaan van hierdie versteuring blyk kompleks te wees. Barsky et al., (1983) bespreek drie etiologiese hipoteses in hierdie verband, naamlik intrapsigies, kognitief-perseptueel en sosiale leer.

Die intrapsigiese of psigodinamiese konseptualisering van hipokondrie hou verband met die onbewustelike bevrediging en betekenis van liggaamlike simptome en fisieke lyding (Nemiah, 1980). Volgens Kaplan et al., (1988) word aggressiewe en vyandige wense teenoor ander verplaas of omvorm in fisieke klagtes deur repressie en verplasing. Pyn en somatiese lyding word dus 'n wyse van vryskelding van vorige oortredings.

'n Hipotese wat waarskynlik meer aanvaarbaar is, hou verband met 'n perseptuele of kognitiewe abnormaliteit as basis vir hipokondrie. Hierdie verduideliking word deur drie meganismes verteenwoordig, naamlik:

- 1) Pasiënte met hipokondrie neig om normale liggaamsensasies te vergroot en te verander
- 2) Pasiënte neig om normale liggaamlike simptome van emosionele opwekking en funksionering te waninterpreteer
- 3) Pasiënte het 'n predisposisie om in fisieke en konkrete terme te dink en waar te neem wat tot 'n preokkupasie met simptome lei (Barsky et al., 1983).

Volgens Barsky et al., (1983) veronderstel hierdie meganismes die aanwesigheid van 'n perseptuele defek. Hier is dus sprake van 'n waninterpretasie van simptome wat 'n bese kringloop vorm en sigself in stand hou.

Die sosiale leer-hipotese postuleer dat hipokondrie 'n komplekse stel gedragte verteenwoordig wat in stand gehou word deur leerprosesse, soos byvoorbeeld, modellering, operante- en klassieke kondisionering (Feuerstein et al., 1986). Abnormale siektegedrag word gekonseptualiseer as 'n funksie van twee faktore, naamlik, die gevolge van die siektegedrag en die premorbiede toestand van die individu. In terme van die gevolge van die gedrag is die versterking of sekondêre gewin van die gedrag sentraal. Wat die premorbiede toestand van die individu betref, kan gesê word dat die premorbiede gedragstyl van die individu die tipe gedrag wat die persoon vertoon tydens die siekte kan bepaal of beïnvloed. 'n Voorbeeld is 'n gebrek aan sosiale vaardighede, wanaangepaste selfstellings en 'n swak selfbeeld (Wooley et al., 1975).

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat beide fisiologiese en psigologiese faktore 'n rol speel in die ontwikkeling van veral psigosomatiese versteurings. Simonton et al., (1974) wys op die groot aantal artikels in die literatuur wat handel oor die verband tussen omgewingsfaktore en die ontwikkeling van bepaalde siektetoestande, wat psigosomatiese toestande insluit. Volgens Simonton et al., (1974) kom die artikels almal tot die gevolgtrekking dat daar wel 'n verband bestaan tussen omgewingsfaktore en bepaalde siektetoestande. Die vraag is dus nie of daar wel 'n verband bestaan nie, maar wat die belang van hierdie verband is en hoe dit beïnvloed word. 'n Konstruksie wat veral aandag geniet in die literatuur as omgewingsinvloed, is stres, en veral die effek daarvan op die ontwikkeling en verloop van siektetoestande en

siektegedrag (Hinkle, 1975). Vanweë die sentrale rol wat dit speel, is dit nou nodig om dit van nader te beskou.

Vervolgens 'n oorsig van die effek van stres op siekte en siektegedrag. Daar word ook kortliks verwys na die effek van enkele ander faktore wat 'n rol speel in siekte en siektegedrag.

2.6

Stres en siekte

In die soeke na faktore in die mens se omgewing wat sy gesondheid beïnvloed, is daar lank gefokus op fisiochemiese en mikrobiologiese agente wat 'n rol kan speel. Die onvermoë van hierdie agente om die ontwikkeling van verskeie siektetoestande te verklaar, het tot 'n soeke na nuwe kategorieë van omgewingsfaktore gelei wat siekte potensieel kan veroorsaak. Hierdie soeke het daartoe gelei dat die konsep "omgewing" verbreed is om ook die sosiale in te sluit. Heelwat navorsing oor die rol van sosiale faktore in die etiologie van siekte is gebasseer op idees verkry vanuit die stres-teorie (Cassel, 1974).

Die gebruik van die term "stres" het ontstaan in 'n tydperk toe daar nog heelwat intellektuele diskontinuiteit tussen die biologiese en sosiale wetenskap bestaan het. Daar het byvoorbeeld nie konsepte bestaan wat die groter waarskynlikheid dat 'n bepaalde siektetoestand in die teenwoordigheid van bepaalde omstandighede kan ontwikkel, kon verklaar nie. Die noodsaak om fenomene soos dié te verklaar, het aanleiding daartoe gegee dat wetenskaplikes hulle eie konsepte ontwikkel het. Stres, 'n term oorgeneem vanuit die fisika en ingenieurswese, is 'n voorbeeld van so 'n konsep (Hinkle, 1974).

Wolff (1973) beskou stres, soos toegepas in die mediese veld, as 'n toestand binne 'n lewende wese wat die resultaat is van die interaksie van die organisme met skadelike stimuli of omstandighede. Uit hierdie definisie is dit duidelik dat stres beskou is as 'n liggaamstoestand en nie as 'n komponent van die omgewing nie. Ander navorsers poog om skadelike stimuli of die omgewing te betrek by die konsep en verwys in die verband na "stressors" met 'n "stres-toestand" of "stres-siekte" as 'n gevolg van hierdie "stressors". Implisiet in hierdie beskouing is die veronderstelling dat 'n bepaalde stressor 'n direkte patogeniese effek kan hê (Cassel, 1974).

Selye definieer stres as die liggaam se nonspesifieke respons op enige eis wat aan hom gestel word (Papalia et al., 1986). Gerber et al., (1985) bou voort op die definisie van Selye deur stres te definieer as 'n komplekse en dinamiese interaksie tussen die mens en sy omgewing, waar die waardebeoordeling wat 'n individu maak ten opsigte van die omgewingseise, tesame met die eise wat aan sy eie reserwes gestel word om die omgewingseise te hanteer, tot 'n stresreaksie lei wat bestaan uit 'n interaksie van fisiologiese-, emosionele- en gedragskomponente.

Volgens Prokop en Bradley (1981) word algemeen aanvaar dat stres vier verskillende sisteme kan bereik, te wete:

- 1) Die somatiese sensoriese sisteem, waar stres geassosieer word met verhoogde aktiwiteit, soos gemeet deur elektromiografie (E.M.G.) of veranderinge in sigbare gedrag, byvoorbeeld sensoriese handelinge soos beweringe.
- 2) Die outonome sensoriese stelsel, waar stres geassosieer word met verhoogde aktiwiteit, soos gemeet aan verskeie fisiologiese

prosesse, byvoorbeeld verhoogde hartspoed, verhoogde bloeddruk en afname in veltemperatuur.

- 3) Angs, (in samewerking met spanning). Verdedigende reaksies as gevolg van bedreigende omstandighede, wat gereeld plaasvind, lei tot spanning of angs.
- 4) Kognitiewe aktiwiteite, waar stres geassosieer word met 'n toename in negatiewe aktiwiteite, byvoorbeeld, bekommernis, gevoelens van onbevoegdheid en algemene disoriëntasie. (Prokop et al., 1981).

In hiedie konteks blyk dit dat stres 'n emosionele of subjektiewe komponent, in die vorm van angs, en 'n kognitiewe faset behels. Dié twee fasette vorm die sielkundige been van die beskouing van stres.

Stein (1986) meld in die verband dat dit blyk dat daar 'n hoogs spesifieke en uitgebreide netwerk van psigologiese faktore, sentrale senuweestelsel, neuro-oordragstowwe, endokriene, immuunstelsel en ander biologiese sisteme betrokke is in die ontwikkeling van siekte en dat daar geen enkele spesifieke faktor betrokke is in die etiologie van siekte nie, maar eerder 'n ketting van relevante prosesse en interaksies. Alhoewel die idee van spesifiekheid steeds bestaan, is daar 'n verskuiwing van oorsaaklike spesifiekheid na spesifiekheid binne die individu.

Vandag word dit algemeen aanvaar dat dit hoogs onwaarskynlik is dat enige spesifieke psigososiale proses of stressor etiologies met 'n spesifieke siekte verband hou (Hinkle, 1974). Volgens Hinkle is die stres-verklaring van siekte nie meer nodig nie. Hy wys daarop dat enige siektetoestand beïnvloed kan word deur die individu se reaksie op sy

sosiale omgewing of ander mense. Die outeur wys verder daarop dat dit nie die omgewing of die stressor self is wat stres tot gevolg het nie maar wel die individu se interpretasie van die omgewing. Die stressor word slegs geaktiveer deur die individu se reaksie daarop (Papalia et al., 1986). Boss (1985) beskryf 'n stressor dan ook as 'n gebeurtenis wat in staat is om verandering en stres teweeg te bring maar dit nie noodwendig elke keer doen nie. Drie faktore is veral belangrik in die individu se interpretasie van die stressor, naamlik, mediërende kognisies, emosies en hanteringsmeganismes (Lazarus, 1982). Vervolgens 'n kort oorsig van hierdie faktore.

1) Mediërende kognisies

Mediërende kognisies verwys daarna dat kognitiewe aktiwiteit, naamlik, persepsies, denke en afleidings, deur die persoon gebruik word om elke interaksie met die omgewing te interpreteer (Lazarus, 1982). Die persoon evalueer elke veranderende transaksie met die omgewing in terme van die beduidendheid daarvan vir sy welsyn. Hierdie evaluering sluit bewustelike en onbewustelike oordele en die persoon se hulpbronne en opsies ten opsigte van die hantering van die eise aan hom gestel, in (Lazarus, 1982). Lazarus wys ook daarop dat daar uitgebreide empiriese steun vir die mediërende rol van kognisies bestaan.

2) Emosies

Emosies hou nou verband met die proses van kognitiewe evaluering. Die wyse waarop die individu 'n situasie evalueer, beïnvloed byvoorbeeld die kwaliteit en intensiteit van sy emosionele reaksie. Twee benaderings tot die verband tussen

emosie en somatisasie siekte bestaan, naamlik die veralgemenings- en spesifiekheidsmodel. Die spesifiekheidsmodel veronderstel dat elke siekte verband hou met 'n eiesoortige en spesifieke stres-dinamika. Hoewel Maher (1966) meen dat hierdie benadering nie stand hou nie, het die spesifiekheidsmodel die behandeling van psigosomatiese toestande jare lank gedomineer. In die opsig is dit klinies 'n belangrike teorie. Hoewel eksperimentele studies hierdie besondere benadering nie ondersteun nie, het dit klinies baie aandag geniet. Die veralgemeningsmodel veronderstel dat die aard van die stres en die wyse waarop dit gehanteer word minder belangrik is en dat dit wel die algemene mobilisering, wat met emosie saamgaan, is wat organiese verandering tot gevolg het. Die dominante beskouing vandag is ten gunste van die veralgemeningsmodel (Lazarus, 1982).

3) Hanteringsmeganismes

Die beskouing dat hanteringsmeganismes wat in werking tree wanneer 'n persoon by 'n stresvolle transaksie betrokke is 'n groot rol speel in die eindresultaat op sowel sosiale as psigologiese gebied, word vandag algemeen aanvaar. Sommige hanteringsmeganismes verhoog die risiko op wanaanpassing en siekte terwyl ander die risiko verlaag (Lazarus, 1982).

Daar is ten minste drie maniere waarop die hantering van stres die risiko op wanfunksionering kan verhoog. Die eerste is die direkte skade aan weefsel. 'n Ooglopende voorbeeld is die oormatige gebruik van alkohol, voedsel en tabak as wyses waarop stres gehanteer word. Die risiko kan tweedens ook op 'n meer

indirekte wyse verhoog word vanweë die liggaamlike effekte op die interne mobilisering wat vir hantering vereis word. Selye (1970) bevind in die verband dat stres gepaard gaan met, onder andere, adrenokortikale vergroting en 'n verandering in die konstitusie van vloeistowwe en weefsel van die liggaam. 'n Voorbeeld is die effek van interne mobilisering weens Tipe A gedrag op koronêre toestande. Die derde wyse waarop hantering aanpassing mag benadeel, is waar gedrag die aanpassing mag verhoed. 'n Voorbeeld is vrouens wat nie 'n geneesheer konsulteer na die ontdekking van 'n verdagte knop in die bors nie. Hier is dus sprake van abnormale siektegedrag (Lazarus, 1982). In die onderhawige bespreking word daar veral op die laasgenoemde twee gefokus.

Navorsing dui aan dat sommige hanteringsmeganismes die risiko van siekte verlaag. Hoewel die onderliggende meganismes onduidelik is, dui navorsing deur Aldrich et al., (1963) daarop dat 'n groep bejaarde persone wat 'n lewensverandering, verteenwoordig deur 'n verandering van woonplek, filosofies benader die laagste mortaliteitsyfers toon. Weisman et al., (1975) toon aan dat kankerpatiënte wat aktiewe en wedersyds responsiewe interpersoonlike verhoudings behou, langer oorleef as dié wat van familie en vriende vervreem.

Lazarus (1982) wys daarop dat dit simplisties en misleidend sou wees om mediërende kognisies, emosies en hanteringsmeganismes afsonderlik te beskou. Hy wys daarop dat hierdie areas interafhanklike en komplekse voortgesette prosesse is wat ondersoek behoort te word ten einde te begryp hoe psigologiese faktore die verhouding tussen mens en omgewing beïnvloed.

Vervolgens 'n oorsig van die effek van stres op siektegedrag en siektetoestande. In die bespreking word daar ook aandag gegee aan die moontlike meganismes waarvolgens dit geskied.

Canter et al., (1966) stel die volgende hipotese in 'n studie met 300 laboratoriumwerkers as steekproef, naamlik dat

- 1) diegene wat geïdentifiseer is as psigologies weerloos, met meer klagtes van siekte sal presenteer oor 'n tydperk as diegene wat minder psigologies weerloos is. Psigologiese weerloosheid word verteenwoordig deur 'n gebrek aan vaardighede soos byvoorbeeld selfgelding.
- 2) diegene wat stres ervaar as gevolg van 'n openlik erkende gesondheidsgevaar binne werksverband met meer klagtes van siekte sal presenteer binne dieselfde tydperk as diegene wat nie stres ervaar nie en
- 3) diegene wat beide stres ervaar en psigologies weerloos is selfs met meer klagtes van siekte sal presenteer in vergelyking met die res.

Al drie die hipoteses is bevestig, en Canter et al., (1966) wys daarop dat die bevindinge steun verleen aan die beskouing dat psigologies weerlose individue meer bewus is van veranderinge in hoe hulle voel en meer geredelik siektegedrag openbaar deur die veranderinge te rapporteer.

Frese (1985) ondersoek twee honderd werkers in terme van die voorkoms van psigosomatiese klagtes in die teenwoordigheid van subjektiewe en objektiewe stres by die werk. Hy bevind dat daar nie 'n beduidende

verband bestaan tussen psigosomatiese klagtes en "objektiewe" aanduiders van stres nie. Daar is wel 'n beduidende verband tussen "subjektiewe" stres en klagtes en hy kom tot die gevolgtrekking dat stres 'n belangrike faktor in die ontwikkeling van psigosomatiese toestande is. "Subjektiewe" stres is in die studie beskou as die ervaring van stres deur die individu, ongeag die objektiewe potensiële stres-waarde van die situasie. Die resultate van hierdie studie kan volgens Frese (1985) nie toegeskryf word aan ander faktore, soos byvoorbeeld, ouderdom, inkomste en 'n algemene stresvolle lewe nie.

Mechanic et al., (1961) ondersoek die verband tussen stres, siektegedrag en die siekerol onder 'n groep van ses honderd studente. Twee veranderlikes word spesifiek ondersoek, naamlik, stresfaktore wat siektesimptome tot gevolg mag hê en 'n neiging deur individue om die siekerol aan te neem en siektegedrag te openbaar. Die bevindinge toon aan dat die gebruikmaking van die beskikbare mediese hulpsentrum toeneem in verhouding tot die toename in die ervaring van stres onder die groep studente. Diegene onder groter stres is dus meer geneig om mediese hulp te soek. 'n Verdere bevinding is dat diegene wat meer geneig is om die siekerol aan te neem, meer geneig is om mediese hulp te soek as diegene met 'n laer geneigdheid tot die siekerol. 'n Punt van kritiek teen die studie is dat diegene wat neig om die siekerol aan te neem moontlik verhoogde fisieke probleme het en dus outomaties sal neig om die siekerol in te neem.

Tessler et al., (1976) wys daarop dat, alhoewel daar heelwat navorsing gedoen is wat daarop dui dat die ervaring van stres tot 'n verhoogde gebruik van mediese fasiliteite lei, daar bepaalde beperkinge bestaan. 'n Belangrike beperking is die feit dat baie van die studies retrospektief is.

In 'n prospektiewe studie toon Tessler et al., (1976) 'n beduidende verband aan tussen die ervaring van stres en die gebruik van mediese fasiliteite. 'n Verhoogde ervaring van stres lei tot 'n verhoogde gebruik van mediese fasiliteite selfs al word sosiodemografiese-, gesondheid-status- en bepaalde houdingsveranderlikes gekontroleer. Hierdie resultate dui volgens die outeurs op die belang van sielkundige behoeftes en verhelder die belangrike rol van die geneesheer.

Tessler et al., (1978) ondersoek die verband tussen psigologiese stres en waargenome gesondheidstatus of persepsies van fisiese gesondheid onder 'n groep individue wat varieer ten opsigte van ouderdom, sosio-ekonomiese status en omgewing. Die bevindinge dui daarop dat subjektiewe rapportering van simptome 'n refleksie is van die psigologiese toestand van die individu. Tessler et al., (1978) wys ook daarop dat die assosiasie tussen waargenome gesondheid of siekte en psigologiese stres resiprokaal van aard is in die sin dat dit foutief sou wees om aan te neem dat die kousaliteit slegs in een rigting lê. Dit is moontlik dat die waarneming van simptome ook aanleiding kan gee tot psigologiese stres.

Mechanic (1980) ondersoek die faktore wat die rapportering van algemene fisiese klagtes beïnvloed onder 'n groep jong volwassenes. Faktore wat met die rapportering van simptome geassosieer word, is siektegedrag as kind, retrospektiewe interaksies met ouers as kind, psigologiese toestand en subjektiewe metings van fisiese gesondheidstatus. Mechanic (1980) vind ondersteuning vir die hipotese dat simptoomrapportering verband hou met bogenoemde faktore. Hy dui aan dat die ervaring van persoonlike stres aandag en evaluering van simptome versterk en wys ook daarop dat self-evaluering veral

negatiewe evaluasies tot gevolg het. Hy wys verder ook daarop dat die vestiging van aandag op die sensasies van die liggaam tot verhoogde rapportering van simptome lei. Hy kom tot die gevolgtrekking dat terapie daarop gemik behoort te wees om die individu te oriënteer om sy omgewing te hanteer en om minder aandag te skenk aan veranderinge in sy liggaam.

Wooley et al., (1975) ontwikkel 'n behandelingsprogram vir pasiënte wie se ongeskiktheid disproportioneel tot die bekende organiese oorsaak is. Met die program word daar gepoog om pasiënte se beheer oor hul behandeling te verhoog en sodoende hul ervaring van stres te verlaag. Die resultate dui daarop dat die verhoogde beheer lei tot 'n verlaagde tempo van heropname, 'n afname in kontak met geneeshere en 'n verhoogde graad van beroepsbetrokkenheid na ontslag. Die verhoogde beheer oor die behandelingsprogram het dus die pasiënte se siektegedrag betekenisvol beïnvloed.

Pennebaker et al., (1978) bevind dat negatiewe gemoedstoestande, byvoorbeeld vyandigheid, aggressie en depressie, en 'n neiging om op die liggaam te fokus, direk korreleer met 'n studentepopulasie se rapportering van simptome. Hulle vind verder dat die blote aandagskenk aan die toestand van die liggaam kan lei tot 'n verhoging in die waargenome intensiteit van die simptome. In 'n ander studie vind Pennebaker et al., (1977) dat 'n gebrek aan kontrole of beheer oor 'n situasie, en die ervaring van stres wat daarmee gepaard gaan, aanleiding gee tot 'n verhoogde rapportering van siektesimptome onder 'n normale populasie.

Rodin (1978) wys daarop dat 'n persoon se attribusies 'n belangrike rol in sy siektegedrag speel en dat dit onder andere 'n mens se fisiese

toestand, sy herstel en die wyse waarop hy sy siekte hanteer, beïnvloed. Hy wys daarop dat mense nie op die omgewing self reageer nie maar op die kognitiewe verteenwoordiging van die omgewing. Persepsies en verklarings bepaal die mens se gedrag en daar word dikwels foutiewe afleidings en interpretasies gemaak wat betref die toestand van die liggaam wat op die beurt die siektegedrag beïnvloed (Rodin, 1978).

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat stres, en veral die subjektiewe ervaring van stres, 'n beduidende invloed op siektegedrag het. In die teenwoordigheid van stres kom daar verhoogde vlakke van siektegedrag voor wat gekenmerk word deur verhoogde rapportering van simptome, verhoogde gebruik van mediese fasiliteite en verhoogde klagtes oor simptome. Daar is verder aanduidings dat 'n verlies van kontrole en 'n persoon se interpretasie van liggaamsveranderinge siektegedrag kan beïnvloed en dat die blote bewuswording van die liggaam se funksionering kan lei tot negatiewe self-evaluasies en verhoogde siektegedrag.

Sklar et al., (1981) wys daarop dat die blootstelling aan aversiewe stimulasie tipes sal lei tot 'n verandering in gedrags- en fisiologiese veranderinge ten einde omgewings-eise te hanteer. In die lig van die verskeidenheid fisiologiese gevolge van aversiewe stimulasie is dit nie ongewoon dat die ervaring van stres as aanleidende faktor tot verskeie siektetoestande geïdentifiseer word nie.

In dié verband bevind Jacobs et al., (1969) dat beduidend meer teleurstelling, mislukking en rol-krisisse voorkom by individue wat hulp soek na respiratoriese infeksie in teenstelling met 'n kontrolegroep. Die siek groep word ook gekenmerk deur oneffektiewe hanteringsmeganismes en 'n verhoogde vlak van onaangename affek. Die outeurs wys daarop dat gevoelens van hulpeloosheid, mislukking en sosiale isolasie die

belangrikste antesedent van respiratoriese infeksie kan wees. In dié lig gesien kan siekte beskou word as 'n tydelike ontvlugting van onaangename lewensomstandighede. In 'n latere studie ondersoek Jacobson et al., (1970) die hipotese dat hoër vlakke van immobilisering weens respiratoriese probleme verband hou met verhoogde lewensstres gedurende die jaar voordat behandeling aanvaar is. Steun vir hierdie hipotese word verkry. Die outeurs wys daarop dat 'n verskeidenheid faktore 'n rol kan speel in die ontwikkeling van respiratoriese siektes of infeksies, onder andere die defensiewe fisiologiese respons, die duur van blootstelling, die genetiese konstitusie en bepaalde sosiale- en gedragsveranderlikes. Die resultate van die studie dui daarop dat die ervaring van stres maar een veranderlike is wat vatbaarheid vir infeksie beïnvloed.

Kliniese studies oor die rol van psigologiese faktore in koronêre siektes het teorieë tot gevolg wat 'n predisponerende toestand van neurose veronderstel wat tot koronêre hartsiekte lei weens die ervaring van stres en die gevolglike verandering in kardiovaskulêre funksionering (Jenkins, 1971). Chroniese stres, met gepaardgaande angs, mag byvoorbeeld fisiologiese korrelate hê wat in geneties gepredisponeerde individue tot koronêre siekte lei (Kaplan et al., 1988). Verskeie studies toon aan dat verhoogde tellings op die Minnesota Multiphasic Personality Inventory — skale Hipokondrie, Depressie en Histerie, voorkom by individue met hartspierinfarsie en angina. Hierdie studies dui implisiet op 'n verhoogde predisposisie vir die ervaring van stres onder hierdie groepe en dui daarop dat stres 'n belangrike rol kan speel in die ontwikkeling van koronêre hartsiektes (Brozek et al., 1966). Jenkin (1971) wys daarop dat die omgekeerde ook kan geld en dat daar dus 'n vraagteken oor bevindinge van hierdie aard hang.

Die ervaring van stres weens die dood van 'n huweliksmaat blyk fisiese en geestelike gesondheid te affekteer (Parks, 1964). Data wat hierdie beskouing steun word dikwels vanuit retrospektiewe studies verkry. Aangesien die een of ander verlies redelik algemeen voorkom, is dit waarskynlik dat 'n persoon 'n verlies kan ervaar in die tydperk wat die siekte voorafgaan. Resultate van retrospektiewe studies behoort dus deeglik ondersoek te word ten opsigte van die toevallige voorkoms van verliese. Parks et al., (1972) dui egter aan dat prospektiewe studies ook hierdie beskouing steun en kom tot die gevolgtrekking dat die verlies van 'n lewensmaat en die stres wat daarmee gepaard gaan wel 'n negatiewe effek op gesondheid kan hê. In 'n studie met 49 weduwees en 19 wewenaars as proefpersone, bevind Parks et al., (1972) dat die groep beduidend van 'n kontrolegroep verskil ten opsigte van slaap en eetsteurnisse, inname van alkohol, tabak en kalmeermiddels en ook ten opsigte van die aantal hospitaalopnames. Twee tot vier jaar later was daar geen beduidende verskil tussen die groepe ten opsigte van bogenoemde veranderlikes nie. Die outeurs wys daarop dat die resultate nog meer indrukwekkend is in die lig van die feit dat die simptome tot so 'n mate verskans kon gewees het vanweë groter "losmaking" deur die eksperimentele groep.

Huweliksontwrigting as stressor geniet ook heelwat aandag in die literatuur. Verskeie studies koppel huweliksontwrigting aan 'n verskeidenheid fisiese en emosionele steurnisse. Bloom et al., (1978) wys daarop dat huweliksontwrigting 'n lewensstressor is wat fisiese en emosionele steurnisse voorafgaan in getroude persone wat waarskynlik reeds vatbaar is maar nog nie geaffekteer is nie. Daar is volgens dié outeurs herhaaldelik bevind dat geskeide persone oorverteenvoerdig is in psigiatrisie populasies terwyl getroude persone onderverteenvoerdig is. In 'n oorsig van elf studies vind Cargo (1972) nie een uitsondering op

hierdie bevindinge nie. 'n Studie deur die Nasionale Sentrum vir Gesondheidstatistiek in die V.S.A. (1976 (b)) bevind dat geskeide en vervreemde persone en persone wat 'n huweliksmaat aan die dood afgestaan het, hoër vlakke van siekte en ongeskiktheid toon as getroude persone en persone wat nooit getrou het nie. Bloom et al., (1978) kom tot die gevolgtrekking dat siekte eerstens 'n belangrike rol kan speel in die presipitering van huweliksentwrigting en tweedens 'n belangrike rol kan speel in die presipitering van fisiese en psigiatrisse toestande in persone wat andersins nie sulke probleme mog ontwikkel nie.

Oor die afgelope vyftig jaar is daar verskeie studies gepubliseer wat handel oor die effek van stres en psigologiese veranderlikes in die ontwikkeling en groei van kanker. Hierdie studies toon aan dat die ervaring van stres dikwels die ontwikkeling van verskeie tipes kanker voorafgaan. Jacobs et al., (1980) toon byvoorbeeld aan dat die voorkoms van kanker by 'n groep kinders voorafgegaan is deur betekenisvolle lewensveranderinge wat persoonlike besering en 'n verandering in die gesondheid van 'n familielid insluit. Fox (1978) bevind dat die insidensie van kanker veral voorkom in individue wat 'n belangrike emosionele verhouding verloor het selfs in die afwesigheid van 'n familiegeskiedenis van kanker. Le Shan (1966) toon aan dat die frekwensie van die voorkoms van kanker bo verwagting hoog is in individue wat 'n huweliksmaat verloor het, geskei is of van hul huweliksmaats vervreem is. Sklar et al., (1981) kom tot die gevolgtrekking dat, ten spyte van die probleme geassosieer met studies oor kanker, die resultate op 'n verband tussen die insidensie van kanker en bepaalde psigologiese veranderlikes, veral die vermoë om stres te hanteer, dui. Die presiese meganismes waarvolgens stres 'n rol in die ontwikkeling van kanker speel, is egter onduidelik.

Jemmot et al., (1984) wys daarop dat, ten spyte van die metodologiese en teoretiese kritiek teen studies wat die verband tussen stres en siekte ondersoek, navorsers dit eens is dat die resultate van hierdie studies daarop dui dat individue wat blootgestel is aan 'n hoë vlak van stres, 'n groter degenerasie van gesondheid, meer respiratoriese siektes, meer allergieë, 'n groter insidensie van hipertensie en 'n groter risiko vir koronêre siektes vertoon as individue wat lae stresvlakke ervaar. Die outeurs wys daarop dat kennis omtrent die presiese onderliggende fisiologiese meganisme waarvolgens stres die liggaam affekteer, beperk is. Die studie oor die interaksie tussen psigologiese, neurologiese en immunologiese prosesse mag volgens die outeurs sodanige meganismes verhelder.

Die immuunsisteem is 'n meganisme wat die liggaam teen mikro-organismes, wat siekte veroorsaak, beskerm. Die sisteem reguleer vatbaarheid vir kankers, infektiewe siektes, allergieë en outo-immuun-steurnisse en blyk deur stres geaffekteer te word. Die waarde van studies oor die effek van stres op die immuunsisteem is naamlik dat dit daarop dui dat stres veral 'n rol speel by siektes met 'n immunologiese komponent. Daar word veronderstel dat stres immunologiese funksionering onderdruk en die liggaam sodoende meer vatbaar maak vir spesifieke patogene. Die endokriene- en sentrale senuweestelsel het waarskynlik 'n bemiddelende rol (Jemmot et al., 1981). Vervolgens 'n oorsig van 'n aantal studies wat die effek van stres op immunologiese komponente aantoon. 'n Vollediger bespreking van die immunologiese sisteem volg later.

In twee onderskeie studies toon Linn et al., (1982) aan dat stres verband hou met immunologiese responsiwiteit. Hy bevind 'n verlaagde limfosietrespons, 'n immunologiese parameter, by 'n groep

insulien-afhanklike diabetiese pasiënte wat beduidend meer stres ervaar en antisipeer in vergelyking met 'n groep diabetiese pasiënte wat nie insulien-afhanklik is nie. Hy bevind verder ook verlaagde sellulêre en humorale-immuunrespondering by 'n groep persone wat hoë vlakke van waargenome stres ervaar het na die dood van 'n geliefde, in vergelyking met diegene wat laer vlakke van waargenome stres ervaar het. Die outeurs kom tot die gevolgtrekking dat hulp aan pasiënte met die hantering van stres hul immunologiese funksionering gunstig kan beïnvloed.

Locke et al., (1984) ondersoek die korrelasie tussen self-gerapporteerde stres wat met lewensverandering verband hou, psigiatrisie simptome en N.K.C.A (Natural Killer Cell Activity), 'n parameter van immunologiese funksionering, onder 'n groep gesonde studente. Die bevindinge dui daarop dat 'n kombinasie van die subjektiewe ervaring van stres wat met lewensverandering verband hou en die ervaring van stres weens psigiatrisie simptomatologie (somaties, kognitief en affektief), menslike immunologie mag beïnvloed. Daar kom veral 'n verlaagde immunologiese aktiwiteit voor onder diegene wat stres minder goed hanteer. Locke et al., kom tot die gevolgtrekking dat, indien verlaagde N.K.C.A. tot siektes lei wat deur virusse veroorsaak word, die wyse waarop die mens stres hanteer 'n invloed op gesondheid kan hê. Die outeurs wys daarop dat die verband tussen psigososiale faktore en immunologiese funksionering op sellulêre vlak 'n area is wat intensiewe navorsing verg.

Kiecolt-Glaser et al., (1987) wys op die assosiasie tussen huweliks-ontwrigting en 'n verhoogde voorkoms van fisiologiese steurnisse wat in die literatuur gemaak word. Ten einde die psigologiese en fisiologiese tussengangers te ondersoek, verkry die navorsers

self-gerapporteerde data en bloedmonsters van 38 getroude en 38 geskeide vrouens. Die bevindinge dui hoër vlakke van depressie en verlaagde immunologiese respondering aan in die teenwoordigheid van lae huwelikskwaliteit onder die getroude vrouens. Die vrouens wat minder as 'n jaar lank geskei is, vertoon 'n swakker immunologiese funksionering as die getroude groep wat sosio-demografies gekontroleer is. Hierdie bevindinge stem ooreen met epidemiologiese data wat op 'n verband tussen verhoogde morbiditeit en mortaliteit, en huweliks-ontwrigting dui.

Kiecolt-Glaser et al., (1984) ondersoek die effek van 'n natuurlike stressor op komponente van die immunologiese sisteem onder 'n groep studente. Hulle bevind 'n beduidende verlaging in drie immunologiese parameters in die teenwoordigheid van 'n stresvolle lewensgebeurtenis, naamlik die finale eksamen, en beduidende vlakke van eensaamheid (gekonseptualiseer as 'n afwesigheid van sosiale ondersteuning). Die immunologiese parameters is, naamlik, N.K.C.A. (Natural Killer Cell Activity), plasma IgA en C-reaktiewe proteïen. Die bevindinge demonstreer die effek van 'n relatief onbeduidende stressor op komponente van die immuunsisteem.

Mc Clelland et al., (1982) ondersoek die verband tussen 'n sterk magsmotief, die ervaring van stres, die rapportering van siekte en immunologiese funksionering (gereflekteer deur die konsentrasie immunoglobien A), onder 'n groep manlike prisoniers. Diegene met die hoogste magsmotief en gerapporteerde stres toon die hoogste vlakke van gerapporteerde siekte en die laagste konsentrasie IgA. Steun word dus verkry vir die hipotese dat stres en siekte 'n verband toon en dat verlaagde immuun-respondering 'n bemiddelende meganisme mag wees.

Bartrop et al., (1977) ondersoek die verwagte effek van kwaai stres op die immuunsisteem. Data is verkry van 'n kontrolegroep en van 26 persone wat twee weke van tevore 'n huweliksmaat verloor het. Die resultate dui op 'n beduidende verlaging in T-sel funksionering by die groep wat 'n huweliksmaat verloor het in teenstelling met die kontrolegroep. Hierdie verandering kan nie aan 'n hormonale verandering toegeskryf word nie en dui daarop dat kwaai stres tot meetbare immunologiese verandering kan lei.

Linn et al., (1981) ondersoek die effek van hoër vlakke van stres vanweë hospitalisasie onder 'n groep mans sonder kanker, infeksie of outo-immuun-siekte. Verlaagde limfasiet-response word gevind in die teenwoordigheid van hoër vlakke van waargenome stres en ang. Die resultate dui daarop dat sellulêre reaktiwiteit onderdruk word tydens die ervaring van stres en ang en dat die liggaam dus meer vatbaar vir siekte mag wees wanneer stres en ang ervaar word.

Uit die voorafgaande blyk dit dus dat die ervaring van stres 'n invloed kan hê op siektegedrag, immunologiese respondering en die ontwikkeling van siektetoestande, veral dié siektetoestande wat met die immunologiese sisteem verband hou. Die ontwikkeling van siektetoestande vind waarskynlik plaas deur die bemiddeling van die sentrale senuweestelsel en die endokriene stelsel (Solomon et al., 1974); Borysenko, 1984).

Oor die afgelope aantal jare is daar heelwat vooruitgang gemaak op die gebied van immunologie en het daar ook toenemende belangstelling ontwikkel in die interaksie tussen immuunresponse en verskeie sielkundige faktore, veral die ervaring en hantering van stres (Rogers et al., 1979). Met die vooruitgang op die gebied van immunologie is daar

ook vooruitgang gemaak op die gebied van orgaanoorplanting, aangesien die sukses van 'n oorplanting berus op die mate waartoe 'n verandering in die individu se immuunresponse teweeg gebring kan word (Irwin, 1983)

Daar is reeds verskeie studies gedoen wat die sielkundige effekte van orgaanoorplanting op die pasiënt ondersoek. Simmons, et al., (1977) bevind dat nierpasiënte se sielkundige welstand voor die oorplanting swakker is as die van 'n normale chirurgiese populasie. Die navorsers bevind ernstige psigopatologie, selfmoord en pogings tot selfmoord by nierpasiënte. Daar is ook verskeie studies wat aantoon dat die ervaring van 'n nieroorplanting sielkundige probleme kan meebring. Abram en Buchanan (1975) bevind dat 23% van die pasiënte in hul studie sielkundige sowel as psigososiale probleme ervaar. Colomb en Hamburger (1967) vind depressie en angste by 20% van die pasiënte in hul studie wat 'n nieroorplanting ondergaan het. Dit lyk ook asof nieroorplantings probleme soos emosionele versteurings, psigosiese en verskeie ander sielkundige probleme sou kon meebring (Penn, 1971, in Simmons et al., 1977).

Daar is egter tot dusver weinig studies gedoen wat aantoon of hierdie faktore enigsins 'n betekenisvolle effek het op die immuunrespondering van die liggaam en dus implikasies inhou vir die aanvaarding en verwerping van die oorgeplante orgaan. Daar is vroeër aangetoon dat die ervaring van stres kan lei tot veranderinge in die immuunsisteem en in die lig hiervan sou sielkundige faktore 'n rol kon speel in die aanvaarding of verwerping van 'n oorgeplante orgaan.

Viederman (1975) wys in hierdie verband daarop dat die insidensie van die geringe en ernstige verwerping van 'n oorgeplante nier baie hoog is en verwag kan word in die periode ná die operasie. Hy wys daarop dat

immunologiese meganismes by tye baie aktief is en dat verwerping dan plaasvind moontlik vanweë, onder andere, sielkundige faktore. Viederman wys op die moontlike rol van die verlies van 'n geliefde in die verwerpingsproses. Eisendrath (1967) steun hierdie beskouing. Pommer et al., (1985) dui aan dat 'n pasiënt se persoonlikheid en hanteringsmeganismes die aanvaarding van 'n orgaan beïnvloed maar wys ook daarop dat baie ander faktore 'n rol kan speel. 'n Studie deur Burke (1986) toon aan dat die immuunresponse van die liggaam wat by nieroorplantings betrokke is, nie alleen berus op die fisiologiese response van die liggaam nie, maar dat sekere sielkundige faktore ook bydra tot die uiteindelijke aanvaarding of verwerping van die oorgeplante nier.

Dit blyk dus dat sielkundige faktore, en veral die ervaring en hantering van stres, nie alleen 'n rol speel by siektegedrag en die ontwikkeling van siektetoestande nie, maar ook die uiteindelijke aanvaarding of verwerping van 'n oorgeplante nier kan beïnvloed. Die immunologiese sisteem bepaal uiteindelik of 'n orgaan aanvaar of verwerp word en dit is dus nodig om hierdie sisteem verder toe te lig.

2.7 Orgaanoorplanting

2.7.1 Die immuunsisteem by die mens

Die liggaam word in die normale lewensloop aan 'n groot verskeidenheid patogene mikro-organismes, toksiene, vreemde selle en ander vreemde materiaal blootgestel. Dit is om hierdie rede dat die liggaam bepaalde verdedigingsmeganismes teen hierdie materiaal het in die vorm van die immuunstelsel (Meyer, 1979). Die immuunresponse van die liggaam kan in twee kategorieë verdeel word, naamlik, die nie-gerigte en die

spesifiek-gerigte reaksies. Die nie-spesifieke reaksie verwys na die liggaam se aangebore vermoë om homself te verdedig teen mikro-organismes wat potensieel skadelik is. Hierdie vermoë is nie afhanklik van enige vorige kontak met 'n bepaalde mikro-organisme nie. Die determinante van hierdie aangebore immuniteit skyn geneties beheer te wees. Die spesifiek-gerigte reaksies verwys na die verworwe immuniteit teen spesifieke stowwe en berus op humorale en sellulêre immuunresponse (Weir, 1975).

Die humorale immuunrespons berus op antigeen-spesifieke reaksies van verskeie klasse van immunoglobulien-molekules soos IgA, IgG, IgM en IgE (Rogers et al., 1979). Wanneer die immuunsisteem deur 'n spesifieke antigeen gestimuleer word, word B-limfosiete verander in plasmasselle, wat op beurt spesifieke teenliggaampies produseer. Hierdie reaksies sluit die verdediging van die liggaam teen toksiese en bakteriële antigene, reaksies teen bloedoortappings en outo-immuunreaksies in (Rogers et al., 1979). Antigene kan beskryf word as stowwe wat oor die vermoë beskik om die immuunsisteem te stimuleer sodat response geproduseer word wat spesifiek gerig is op die induserende stof (Weir, 1975).

Die sellulêre immuunrespons berus op 'n selbemiddelende reaksie. Hierdie respons behels die aktivering van T-limfosiete deur spesifieke antigene wanneer daar kontak plaasvind tussen die oppervlakreseptore van die T-limfositet in die antigeen. Die T-limfosiete stel dan limfokines vry wat op die omliggende selle inwerk en lei tot ontsteking in die weefsel. Hierdie response is gewoonlik betrokke by die verwerping van oorgeplante weefsel (Rogers et al., 1979).

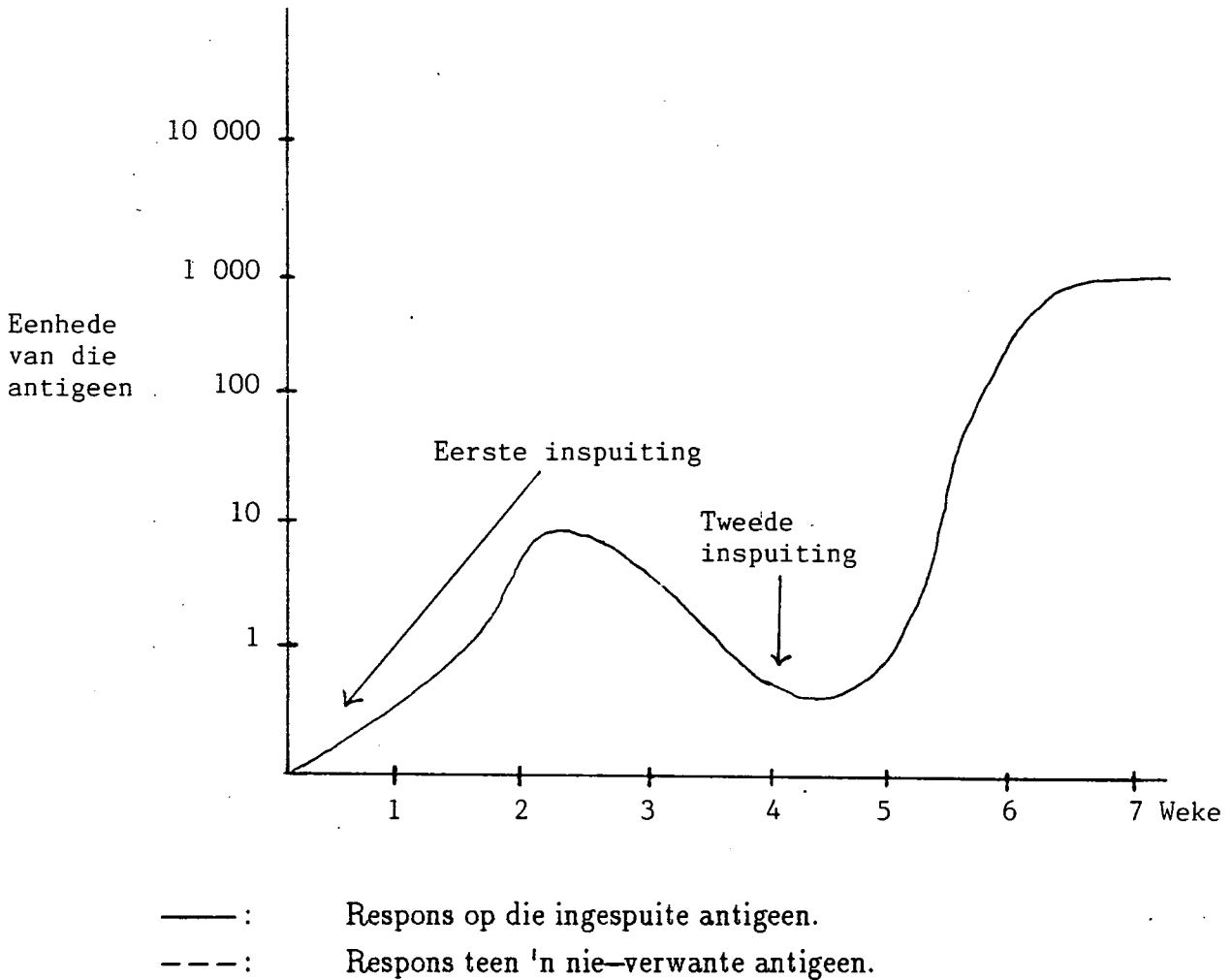
Die immuunproses is nie 'n eenvoudige oorsaak-en-gevolg-proses nie maar 'n komplekse proses waartydens verskeie meganismes gelyktydig

opereer. Wanneer 'n vreemde stof, of 'n antigeen, die liggaam binnedring, vorm daar teenliggaampies teen daardie spesifieke antigeen in die liggaam. 'n "Vreemde" stof (antigeen) is enige organiese stof wat nie deur die deoksieribonukleïensuur (DNS) van die gasheer gekodeer is nie (Cunningham, 1978)

'n Immuunrespons vertoon volgens Cunningham (1978) drie basiese kenmerke:

- 1) 'n Immuunrespons is spesifiek. Dit beteken dat teenliggaampies vervaardig word om teen 'n spesifieke antigeen te reageer maar nie noodwendig vir die hantering van ander antigene nie.
- 2) 'n Immuunrespons kan diversiteit vertoon. Hiervolgens kan 'n groot aantal verskillende teenliggaampies vir verskillende antigene geld.
- 3) 'n Immuunrespons is aanpasbaar. Die aanpasbaarheid verwys na die vermoë van 'n immuunrespons om te verander van aard en omvang oor 'n tydperk na 'n antigeen waargeneem is.

Figuur 2.7.1 toon aan hoedat die getal spesifieke teenliggaampies toeneem na die eerste blootstelling aan 'n antigeen en hoedat die tweede blootstelling aan dieselfde antigeen 'n vinniger toename in teenliggaampies ontlok. Daar kan gemerk word hoe die teenliggaampies oor 'n tydperk van tot twee weke toeneem en, nadat die antigeen onder beheer gebring is, weer afneem. In dieselfde figuur word dit ook aangetoon dat daar geen immuunrespons teen 'n ander, nie-verwante antigeen gevorm is nie.



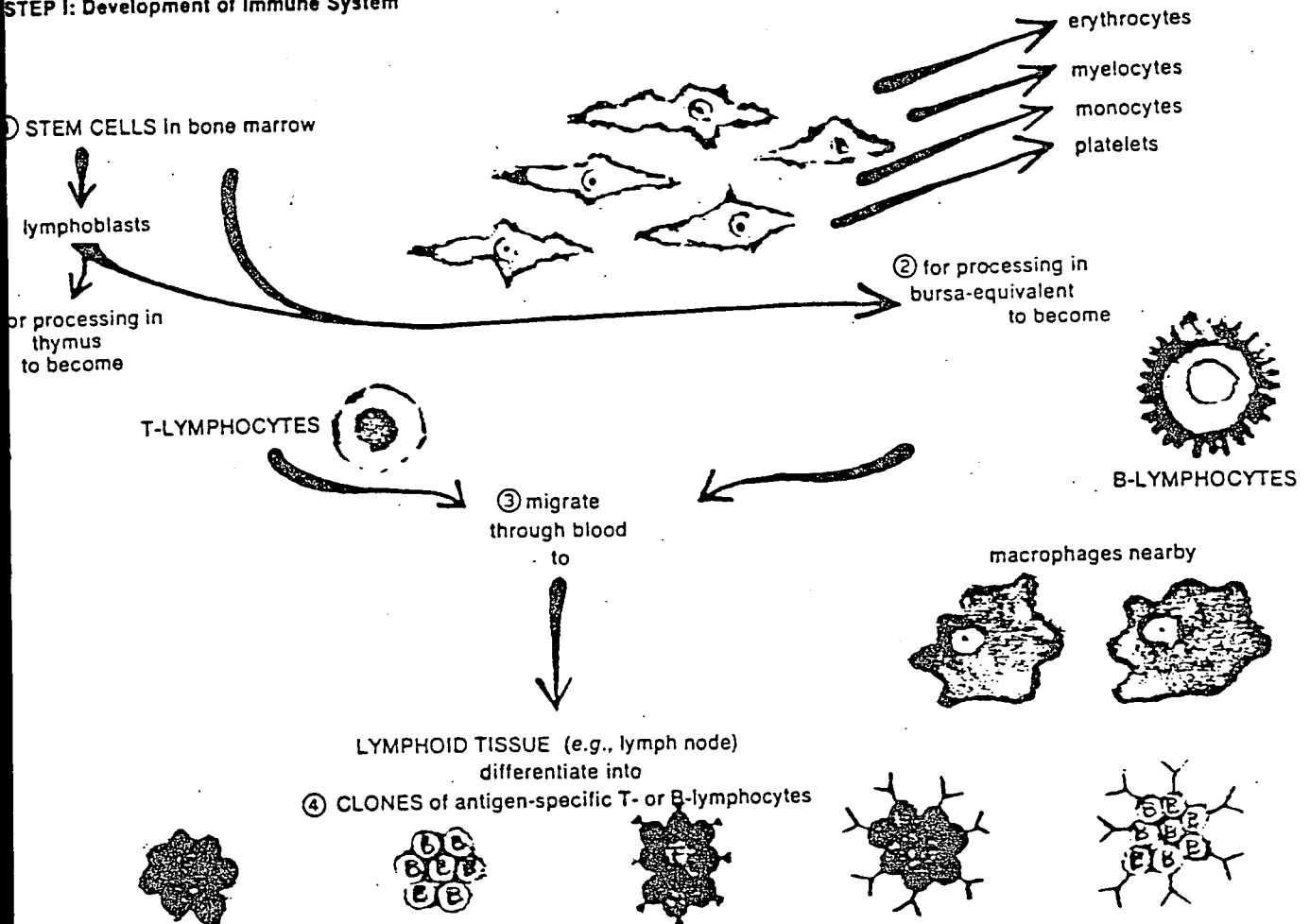
Figuur 2.7.1 Die immuunrespons by 'n dier wat met twee dosisse van 'n antigeen, vier weke uit mekaar, ingespuut word (oorgeneem uit Cunningham, 1978).

Volgens Cunningham (1978) is die limfosiete die belangrikste komponente van die immuunsisteem. Hierdié selle word primêr deur die limfoïede weefsel vervaardig; naamlik die timus en die beenmurg en sekondêr deur die limfknope waar die limfosiete ook in kontak kom met die antigeen (sien Figuur 2.7.2).

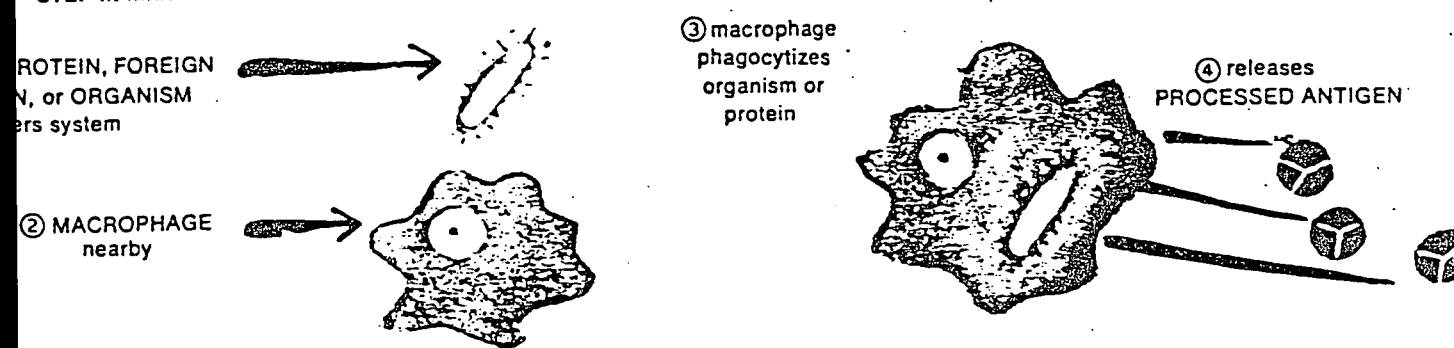
STEPS IN THE IMMUNE RESPONSE

Figuur 2.7.2

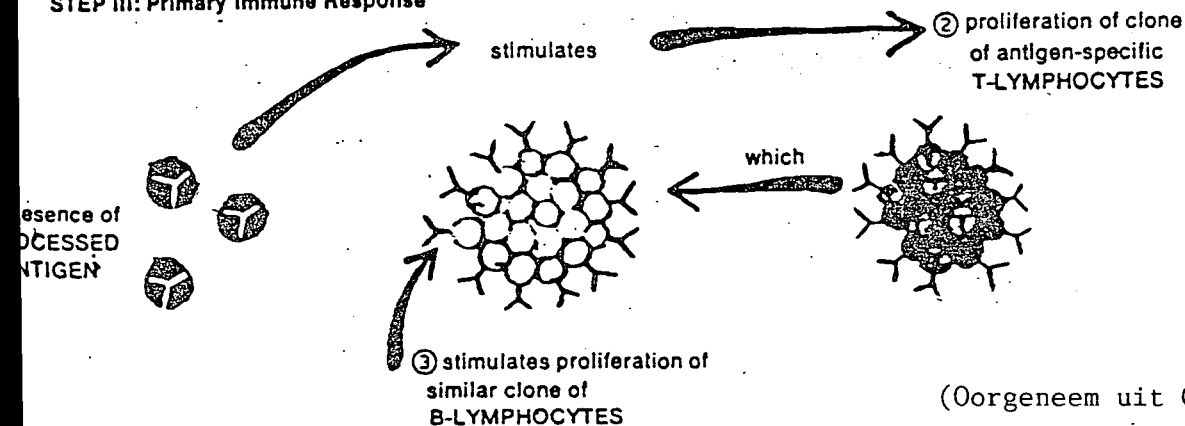
STEP I: Development of Immune System



STEP II: Initial Stimulation of Immune System



STEP III: Primary Immune Response



Weir (1975) verdeel limfosiete in twee kategorieë, naamlik T- en B-limfosiete op grond van die verskil in hul funksies. B-limfosiete vorm gewoonlik teenliggaampies, terwyl T-limfosiete verantwoordelik is vir selbemiddelende immuunresponse.

Antigene waarmee die liggaam in kontak mag kom, versamel in die limfoïede weefsel waar hulle die limfosiete stimuleer om te verdeel en te differensieer in effektor-selle; teenliggaampies in die geval van B-limfosiete in 'n verskeidenheid antigeen-sensitiewe en regulerende selle in die geval van T-limfosiete (Cunningham, 1978).

Op grond van die onderskeie funksies van T- en B-limfosiete kan immuunresponse in twee breë kategorieë verdeel word, naamlik humorale- en sellulêre immuniteit. Hierdie twee sisteme funksioneer soos volg:

- 1) Humorele immuniteit behels twee sisteme, naamlik, teenliggaam- en komplimentêre sisteme. Teenliggaampies word deur hoogs gedifferensieerde plasmaselle vrygestel wanneer spesifieke groepe B-limfosiete reageer op 'n antigeen (Nysather et al., 1976). Hierdie teenliggaampie, oftewel die primêre teenliggaampie, verskyn binne die eerste 48 tot 72 uur na die eerste kontak met die antigeen. By verdere kontak met die antigeen word sekondêre teenliggaampies binne 24 tot 48 uur vrygestel. Die teenliggaampies word vrygestel in die teenwoordigheid van die antigeen maar teenliggaampies reageer slegs met antigene wat dieselfde, of soortgelyke, molekulêre stuktuur as hulself het (Nysather et al., 1976). Die teenliggaampie bind dan met die antigeen wat tot gevolg het dat die kompliment geaktiveer word, wat op hul beurt sekere ensieme aktiveer en die antigeen afbreek (Nysather et al., 1976).

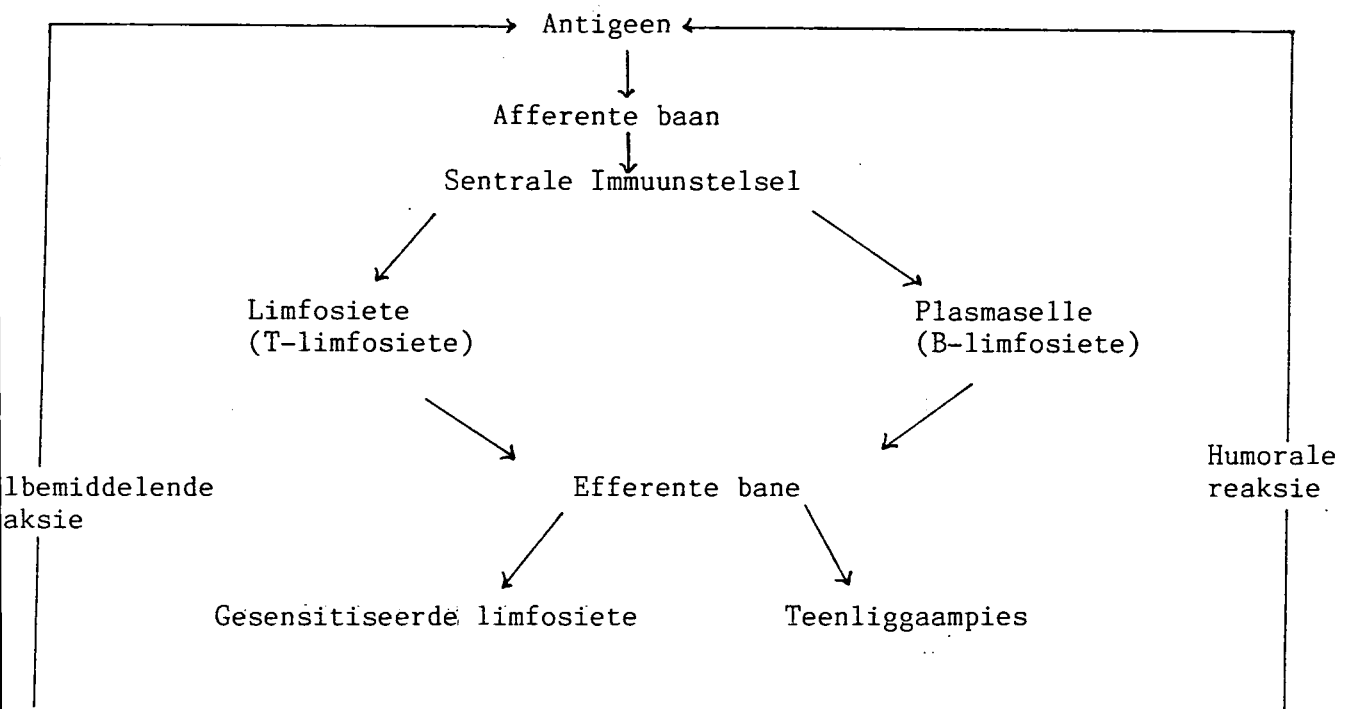
- 2) Sellulêre immuniteit neem 'n aanvang wanneer 'n T-limfosiet gesensitiseer word deur kontak met 'n spesifieke antigeen. In respons op herhaaldelike kontak met die antigeen stel die T-limfosiet verskeie chemiese stowwe vry wat as limfokines bekend staan. Die limfokines breek die teikensel (antigeen) af (Nysather et al., 1976).

Alhoewel die sellulêre- en humorale immuunsisteme as twee afsonderlike sisteme beskryf word, vind daar tog interaksie tussen hierdie sisteme plaas. Die komplimentêre stelsel dien as die brug tussen hierdie sisteme aangesien dit 'n chemotaktiese stof afskei wat die T-limfosiete en makrofae na die antigeen toe lok (Nysather et al., 1976).

Meyer (1978) beweer dat T-limfosiete (T-selle) sowat 65 tot 75% van die hersirkulerende limfosiete uitmaak en hoofsaaklik vir selbemiddelende immuniteit verantwoordelik is. Dit beteken dat hulle grotendeels vir die verwerping van oorgeplante weefsel en die verdediging teen intra-sellulêre organismes verantwoordelik mag wees.

Meyer (1978) stel die totale immuunrespons as volg voor:

Figuur 2.7.3: 'n Skematiese uiteensetting van immuun-respondering (oorgeneem uit Meyer, 1978)



2.8

Orgaanoorplanting en immunologie

Hoewel daar algemeen aanvaar word dat die verwerping van 'n oorgeplante orgaan op immuunrespondering berus, is daar nog nie 'n spesifieke meganisme daargestel wat die verwerping van oorgeplante organe verklaar nie (Viederman, 1974). Die weefsel wat van een mens na 'n ander oorgeplant word, word as vreemd deur die ontvanger se

liggaam geïdentifiseer en dit kan verklaar word deur die feit dat elke individu geneties van elke ander individu verskil. Enige "vreemde" organisme word deur die liggaam verwerp (Cunningham, 1978).

Daar is volgens Cunningham (1978) egter sekere gevalle waar geen verwerping plaasvind nie, naamlik:

- a) Gevalle waar nie-lewende weefsel, soos byvoorbeeld beenweefsel, oorgeplant word.
- b) In die geval waar weefsel wat nie van bloed voorsien word nie, byvoorbeeld die kornea van die oog, oorgeplant word, word dit redelik maklik deur die liggaam aanvaar.
- c) Gevalle waar weefsel van die individu self op 'n ander gedeelte van die liggaam oorgeplant word, vind daar geen verwerping plaas nie.
- d) In gevalle waar die skenker en die ontvanger geneties identies is, vind daar geen verwerping plaas nie.

Volgens Guttman (1981) het Mc Master en Hudock reeds in 1935 gerapporteer dat die limfatiese weefsel vir die vervaardiging van teenliggaampies verantwoordelik is. Hulle maak hierdie afleiding op grond van 'n eksperiment waar hulle 'n sekere antigeen in 'n aantal proefpersone ingespuut het en na verloop van 'n periode teenliggaampies in die limfatiese weefsel aangetref het (Guttman, 1981).

Cinader (1971) stel dit egter dat in 90% van die gevalle by muise en 95% van die gevalle by hase, die teenliggaampies deur plasmasetelle

geproduseer word, terwyl die oorblywende persentasie teenliggaampies deur limfosiete geproduseer word.

Hierdie uiteenlopende resultate van bogenoemde navorsers mag moontlik toegeskryf word aan bepaalde metodologiese probleme, naamlik dat hulle vanweë die aard van hulle navorsing nie tussen T- en B-limfosiete onderskei het nie. Rogers et al., (1979) beweer in hierdie verband dat B-limfosiete, wanneer hulle gestimuleer word deur 'n antigeen, verander na plasmasselle wat dan aktief teenliggaampieservaardig. Die teenliggaampies is verantwoordelik vir die liggaam se verdediging teen toksiene en bakteriële antigene, bloedoortappingsreaksies asook verskeie vorms van outo-immuunreaksies. T-limfosiete daarenteen word geaktiveer deur die interaksie tussen spesifieke tipes antigene en T-limfosietreseptore wat dan limfokines vrystel. Dit is dan ook volgens Rogers et al., (1979) hierdie faktor wat vir die verwerping van oorgeplante organe of oorgeplante weefsel verantwoordelik is.

Arneson, Bandevik en Thorsby (1975, in Cunningham, 1978) het sellulêre en humorale response teen skenker-limfosiete by tien nieroorplantings pasiënte ondersoek. Hierdie studie is gedoen ten einde vas te stel of daar enige sellulêre of humorale response is teen die skenker se selle by ontvangers waar die oorgeplante nier aanvaar is. Die studie kon egter nie 'n enkele immunologiese faktor identifiseer wat moontlik verantwoordelik kan wees vir die stabiele, kliniese vordering in hierdie pasiënte nie. Hulle bevind dat 'n aanvaarde skenkernier kan voortbestaan in die teenwoordigheid van teenliggaampies wat teen die skenker se selle gerig is.

Hierdie bevindinge is interessant as daar in ag geneem word dat verwag is dat daar 'n verminderde immuunrespons sal wees by pasiënte wat 'n

oorgeplante nier aanvaar. Cunningham (1978) toon egter aan dat daar nie noodwendig 'n vermindering in immuunresponse by sodanige pasiënte hoef te wees nie, maar dat die oorgeplante nier in die teenwoordigheid van teenliggaampies kan voortleef. Dit blyk dus asof die meganisme wat vir die aanvaarding van 'n oorgeplante nier verantwoordelik is, nog nie duidelik gedefinieer is nie. Wat die verwerping van oorgeplante organe betref, kom Cunningham (1978) tot die gevolgtrekking dat die verwerping van oorgeplante weefsel dieselfde kenmerke vertoon as enige ander immuunreaksie, naamlik:

- a) **Aanpassing** – By muise word oorgeplante weefsel binne 'n paar dae van bloed voorsien en in die geval van "vreemde" weefsel tipe word die bloedvoorsiening afgesny, begin nekrose na nege dae en sterf die oorgeplante weefsel. Indien 'n tweede oorplanting op dieselfde muis uitgevoer word, word die weefsel binne drie tot vier dae vernietig. Dit blyk dus dat daar 'n kwalitatiewe verskil in die verwerpingsrespons by primêre en sekondêre oorplantings is (Cunningham, 1978).
- b) **Spesifiekheid** – Die versnelde verwerpingsrespons by 'n tweede oorplanting is spesifiek, dit wil sê dat die immuunsisteem 'n 'geheue' ontwikkel het vir antigene, en in die geval van 'n tweede oorplanting word die oorgeplante weefsel direk aangeval aangesien die teenliggaampies gesensitiseer is vir die spesifieke antigeen. Cunningham (1978) beweer dat die verwerping by 'n derde oorplanting weer stadig sal plaasvind en ooreenkomste toon met die primêre verwerpingsrespons.
- c) **Diversiteit** – Enige individu kan spesifiek reageer teen die weefsel van enige ander individu sonder dat die immuunstelsel voorheen

daarteen gesensitiseer is. Dit dui daarop dat daar in die geval van oorplantings diverse immuunresponse ter sprake is (Cunningham, 1978).

- d) Toleransie – Toleransie van vreemde weefsel kan verkry word, veral as hierdie weefsel vanaf 'n vroeë ouderdom teenwoordig is (Cunningham, 1978).
- e) Limfosiete – By muise waar die timus chirurgies verwyder is, vind daar geen verwerping van oorgeplante weefsel plaas nie. Indien hierdie muise egter met T-selle ingespuut word, (wat ooreenkom met die muis se eie T-selle), vind daar wel verwerping plaas van die oorgeplante weefsel (Cunningham, 1978).

In die geval van immuunresponse by orgaanoorplantings kan daar tussen afferente en efferente fases van verwerping onderskei word. Tydens die afferente fase word die organisme gesensitiseer teen die antigene en tydens die efferente fase vernietig die T-limfosiete die oorgeplante weefsel. Die afferente fase vereis dat die antigene van die oorgeplante weefsel eers die limfatiese weefsel bereik, wat dan veroorsaak dat die T-limfosiete differensieer in effektor-T-selle. Hierdie T-selle dring dan die oorgeplante weefsel binne en vernietig dit (Cunningham, 1978). Guttman (1981) is egter van mening dat sowel die T- as die B-limfosiete verantwoordelik is vir die verwerping van 'n orgaan.

Die limfosiete word volgens Guttman (1981) op die volgende wyses gestimuleer:

- a) Die eerste wyse van stimulasie is moontlik deur middel van die limfosiete van die skenker wat deur die oorgeplante nier vrygestel word.
- b) Die tweede wyse is dat sub-sellulêre antigene, wat deur die oorgeplante nier in die bloed van die ontvanger vrygestel word, 'n immuunrespons by die ontvanger ontlok.
- c) Die derde wyse vind volgens perifirale sensitisasie plaas. Dit wil sê dat die ontvanger se limfosiete gesensitiseer word deur die skenker se antigene soos dit in die bloed deur die oorgeplante orgaan sirkuleer.

Die verwerpingsresponse kan volgens die tydsverloop in die volgende kategorieë verdeel word:

- a) Hiperakute verwerping – Hierdie verwerping vind volgens Guttman (1981) binne 'n paar minute tot 'n paar uur na die oorplanting plaas as gevolg van die reaksie van die sitotoksiese teenliggaampies.
- b) Akute verwerping – Dit is die algemeenste vorm van verwerping by 'n pasiënt wat nie vir 'n oorplanting gesensitiseer is nie (Guttman, 1981). Dit is die gevolg van sirkulerende T-limfosiete en anti-liggaampies.
- c) Chroniese verwerping – Hierdie verwerping vind 'n paar maande of jare na die oorplanting plaas (Guttman, 1981).

2.9

Voorkoming van verwerping

Volgens Cunningham (1978) bestaan daar nie 'n algemene tegniek wat sukses waarborg by die voorkoming van verwerping nie. Daar is volgens hom verskeie metodes wat verwerping wel tot 'n mate kan beheer. Hierdie tegnieke is:

a) Voorkoming van stimulasie deur die oorgeplante orgaan

Voordat 'n orgaan op 'n pasiënt oorgeplant word, word daar eers 'n weefseltipering gedoen ten einde te verseker dat die weefsel van die skenker verenigbaar is met die weefsel van die ontvanger. 'n Verdere tegniek is die sensitisering van die skenker die paar weke wat die oorplanting voorafgaan (Cunningham, 1981).

b) Algemene immuno-onderdrukking

Die toediening van asatriopiene en metotreksaat inhibeer seldeling en onderdruk so immunologiese respondering (Cunningham, 1981). Die nadeel van hierdie tegniek is dat alle seldeling onderdruk word en dus ook alle immunologiese reaksies. Die resultaat is 'n verhoogde vatbaarheid vir enige infeksies (Cunningham, 1981).

c) Spesifieke immuno-onderdrukking

Verskeie moontlikhede bestaan, naamlik die verhoging van die ontvanger se toleransie vir die skenker se antigene en die immunisering van die ontvanger teen die skenker se weefsel (Cunningham, 1981). Die ideaal sou wees om spesifieke

immuno—onderdrukkende behandeling na die operasie toe te pas. Dit blyk dat die nuwe immuno—onderdrukker, siklosporien A, aan hierdie vereiste voldoen. Die immuno—onderdrukkende werking van hierdie middel is dat dit selektief is vir T—limfosiete en dat dit nie die nie—spesifieke immuunresponse wat lewensgevaarlike infeksies onderdruk, affekteer nie (Schoenberg et al., 1984).

Uit die voorafgaande blyk dit dat die immuunsisteem 'n meganisme is wat die liggaam teen mikro—organismes, wat siekte veroorsaak, beskerm. Dit blyk verder dat die immuunsisteem beïnvloed mag word deur bepaalde sielkundige faktore wat op die beurt 'n rol mag speel in die ontwikkeling en voortduur van siektetoestande wat met die sisteem verband hou. Omdat die immuunsisteem 'n sentrale rol speel in die potensiële aanvaarding of verwerping van oorgeplante organe, mag sielkundige faktore ook hier 'n invloed hê, veral aangesien orgaanoorplanting heelwat emosionele versteurings, psigososiale en verskeie ander sielkundige probleme meebring. Vervolgens word daar gekyk na die fisiese en psigososiale gevolge van orgaanoorplanting.

3.

Orgaanoorplanting

Van al die kardinale organe van die liggaam kan slegs die nier vandag oorgeplant word deur middel van 'n prosedure wat verder as die eksperimentele fase gevorder is. Die gebruik van nieroorplantings het 'n nuwe mediese era ingelei waar organe vervang word in plaas daarvan om behandel te word (Levy, 1985). Sedert die eerste klinies suksesvolle nieroorplanting in 1954 in die V.S.A. neem die suksessyfer steeds toe. 'n Opname in 1980 in die V.S.A. toon aan dat 91% van pasiënte wat 'n nier van 'n familielid ontvang het, na 'n jaar nog lewe (Carosella, 1984).

Ten spyte van die vooruitgang wat gemaak word op die gebied van nieroorplantings, vind verwerping van die nier deur die liggaam steeds plaas. Die pasiënt se liggaam mag die oorgeplante nier verwerp vanweë oneffektiewe paring van die weefsel van die skenker en die van die pasiënt (Carosella, 1984). Die pasiënt se immuunsisteem speel 'n belangrike rol in die verwerping en aanvaarding van die oorgeplante orgaan. Die sisteem beskerm die liggaam teen vreemde of skadelike materie en behandel die oorgeplante orgaan ongelukkig ook as "vyandelik" met verwerping as die resultaat (Carosella, 1984).

Die volgende aanduidings van verwerping kom voor, naamlik 'n afname in urine—uitset, 'n gevoel van teerheid rondom die nier, rusteloosheid en irritasie, 'n hoë temperatuur, gewigstoename van meer as 0,9 kilogram per dag, 'n skielike verandering in die bloeddruk (gewoonlik 'n styging) en 'n toename in serum—kreatinienvlakke (Reckling, 1982).

Ten einde verwerping te voorkom, moet die oorplantingspasiënt ten minste twee tipes medikasie gebruik wat immuunonderdrukking verseker, naamlik, asetioprien of siklosporien en 'n kortikosteroïed. Hierdie medikasie moet gebruik word vir die volle leeftyd van die oorgeplante nier. Slegs pasiënte wat hul nier van 'n identiese tweeling ontvang het, kan sonder die immuunonderdrukker klaarkom aangesien hulle geneties identies is (Reckling, 1982). Sonder hierdie medikasie sal die oorgeplante nier verwerp word, terwyl die pasiënt met die medikasie die volgende twee risikos in die gesig staar, naamlik, infeksie en 'n verhoogde vatbaarheid vir kwaadaardige siektes.

Die pasiënt wat immuun—onderdruk is, loop 'n bo—gemiddelde risiko om infeksie op te doen. Hoewel die immuunonderdrukkende medikasie verwerping teenwerk, verlaag dit ook die liggaam se verdediging teen

infeksie en moet nieroorplantings pasiënte veral bedag wees daarop om kontak te vermy met ander persone met virus-infeksies en op moontlike tekens van die aanwesigheid van infeksie by hulself. Die gebruik van immuunonderdrukkende medikasie verlaag ook die liggaam se natuurlike verdediging teen kwaadaardige siektes. Statistiek toon aan dat oorplantings pasiënte 'n 35 keer hoër risiko loop om skadelike tumors en velkanker te ontwikkel as 'n normale populasie (Reckling, 1982; Hoover, 1973).

Bo en behalwe die moontlikheid van verwerping en die risikos verbonde aan immuunonderdrukking, bestaan daar ook addisionele risikos en nuwe-effekte. Dit sluit in: Been- en spierswakheid, katerakvorming, bloeding, koolhidraat-metabolisme-disfunksie, sodiumretensie, depressie, euforie, hallusinasie en Cushing se sindroom ('n opgeheue, ronde voorkoms van die gesig en die abnormale distribusie van vet, veral by die bo-rug en skouers), (Reckling, 1982).

Orgaanoorplanting is 'n radikale ingryping in 'n persoon se lewe, op sowel fisiese as sielkundige vlak. Die oorplanting van organe is verder 'n prosedure wat steeds in die toekoms gebruik sal word. In die lig hiervan is dit noodsaaklik om pasiënte te keur vir so 'n ingryping as in ag geneem word dat die aanvaarding van 'n pasiënt vir oorplanting die sosiale norme, die perke van mediese verantwoordelikheid en bepaalde etiese en wetlike oorwegings insluit (Fox en Swazey, 1974).

Beard (1969) bied die volgende riglyne aan vir die keuring van pasiënte vir 'n orgaanoorplanting:

- 1) die afwesigheid van 'n ernstige psigiatriese of psigologiese siekte

- 2) die aanwesigheid van emosionele en intellektuele volwassenheid sodat insig in die erns van die siekte en die belang van terapie verseker kan wees
- 3) die aanwesigheid van voldoende emosionele stabiliteit ten einde voorspelbare gedrag onder stres te verseker
- 4) die aanwesigheid van konsekwente en konstruktiewe motivering vir herstel, wat samewerking met die behandeling sal verseker (Beard, 1969)

Bellack et al., (1973) se konsep van ego—sterkte is volgens Nash (1987) 'n waardevolle raamwerk waarop assesering gebaseer kan word. Dit sluit die volgende in:

- 1) die kapasiteit om die informasie wat aangebied word te begryp, om die probleme rasioneel te deurdink en om behoeftes en wense te kommunikeer
- 2) die vermoë om realiteit in die gesig te staar, om 'n situasie op te som en die toepaslike besluite te neem sonder om te verval in fantasieë
- 3) die vermoë om 'n stabiele gemoedstoestand te behou sonder uiteenlopende variasies wat strek vanaf uitbundigheid tot die dieptes van mismoenigheid
- 4) die vermoë om impulse, soos byvoorbeeld seksualiteit, woede en begier te beheer. Diegene wat impulse moeilik beheer, vind dit

veral moeilik om op 'n gepaste orgaan te wag, om die teleurstelling van 'n onsuksesvolle bloed-paring te verwerk en om verwerping te hanteer.

- 5) die vermoë om volwasse ego-verdedigings te gebruik in die alledaagse lewe en onder toestande van stres
- 6) die vermoë om ouderdoms-gepaste lewenstake deur te voer, byvoorbeeld opvoeding, opleiding en sosiale verantwoordelikhede
- 7) die vermoë om wedersyds bevredigende verhoudings aan te knoop. Hierdie vermoë affekteer motivering en verseker ondersteuning tydens die herstel- en rehabilitasie-fases
- 8) die vermoë om waardes te definieer, daarvolgens te lewe en die sosiale bronne te gebruik wat die waardes versterk (Nash, 1987)

Rabinowitz, et al., (1978) bevind dat die keuse van pasiënte dikwels gebaseer is op duidelik waarneembare maar oppervlakkige eienskappe, soos byvoorbeeld verbale intelligensie, sosiale klas en opvoeding en dat pasiënte waarmee die keurkomitee meer geredelik kan identifiseer, voorrang geniet. Hierdie verskynsel kom voor ten spyte van die riglyne soos uiteengesit deur byvoorbeeld Beard (1969) en Bellack et al., (1973).

Delmar-Mc Clure (1985) wys daarop dat die gesondheidsgelowe van pasiënte selde in ag geneem word in die keuse van pasiënte vir oorplantings. Ten spyte van die algemene aanname dat 'n goeie selfbeeld 'n aanduiding van 'n goeie kandidaat is, kom psigotiese episodes ook onder lae-risiko pasiënte voor. 'n Goeie selfbeeld, positiewe kommunikasiepatrone binne die familie en die afwesigheid van afwykende persoonlikheidseienskappe is dus nie 'n waarborg teen

geestelike trauma na die oorplanting nie. Die outeurs wys daarop dat die pasiënt se gelowe ten opsigte van oorplanting en gesondheid belangrike seleksie-kriteria behoort te wees. Dit behoort ook die fokus van 'n gerigte terapeutiese program na die oorplanting te wees (Delmar-Mc Clure, 1985).

Ondanks die keuse van pasiënte vir orgaanoorplanting volgens bepaalde kriteria, het die oorplantingsproses 'n groot impak op die pasiënt. Die pasiënt het volgens Gullledge et al., (1983) reeds die volgende informasie ontvang wat 'n impak op sy sielkundige welstand het, naamlik:

- 1) dat hy 'n chroniese siekte het
- 2) dat die siekte lewensbedreigend is, oftewel dat hy sonder behandeling sal sterf
- 3) dat hy met behandeling sal lewe maar met modifikasies van sy daaglikse bestaan
- 4) dat hy met 'n suksesvolle oorplanting kan terugkeer na 'n ander soort siekerol, en
- 5) dat hy na 'n onsuksesvolle oorplanting kan terugkeer na 'n behandeling wat hom sal terugplaas na 'n ander vlak van 'n siekerol

Die pasiënt kan sy toekoms sien as 'n bese kringloop wat bestaan uit dialise, hoop, oorplanting, verwerping, frustrasie, mislukking en 'n terugkeer na dialise (Gullledge et al., 1983). Die pasiënt kan ook die volgende vrese ervaar, naamlik:

- 1) vrees vir die onbekende
- 2) vrees dat 'n gepaste skenker nie gevind sal word nie

- 3) vrees vir die pyn verbonde aan die operasie
- 4) vrees vir verwerping
- 5) 'n gebrek aan vertroue in rehabilitasie en
- 6) 'n vrees vir langtermyn gesondheidsprobleme (Gulledge et al., 1983).

Tydens en na die oorplanting gaan die pasiënt deur verskeie sielkundige stadia. Vervolgens word daar gekyk na Chambers (1983) se uiteensetting van dié stadia:

1) Pre-operatiewe stadium (-3 - 0 dae)

Nierversaking noodsaak pasiënte om gereeld nierdialise te ondergaan. Pasiënte op nierdialise is egter oor die algemeen ontevrede met hierdie behandeling en namate die waarskynlikheid van 'n orgaanoorplanting 'n realiteit word, ervaar die pasiënt 'n gevoel van optimisme. Kontak met die personeel van die oorplantingseenheid en ander pasiënte wat reeds 'n oorplanting ondergaan het, lei verder tot 'n gevoel van sekuriteit (Chambers, 1983).

2) Onmiddellike post-operatiewe stadium (1 - 5 dae)

In hierdie stadium is die pasiënte essensieel immobiel. Hierdie immobiliteit en die sensoriese oorstimulasie vanweë die komplekse masjienerie en pype wat hulle omring, gee aanleiding tot 'n toenemende gevoel van angstigtheid in die afwesigheid van 'n geleentheid om daarvan ontslae te raak (Chambers, 1983). Die pasiënte ervaar ook 'n gevoel van aggressie jeens die gevaarlike situasie waarin hulle hul bevind maar weerhou hulle van die

uiting van die gevoel uit vrees dat die staf hulle sal verlaat. 'n Paranoïese gevoel ontwikkel dikwels wanneer aggressie op die staf geprojekteer word. Vanweë hoë dosisse steroïedes kom psigotiese toestande dikwels voor. Tydens hierdie fase is daar ook 'n kennismaking met die realiteit, in dié sin dat die pasiënt besef dat die oorplanting kan slaag of nie kan slaag nie. Hoewel hierdie konflik bewustelik ervaar word, reageer die pasiënt gewoonlik met euforie en soms hipomanie. Hierdie ervaring hou verband met 'n gevoel dat die pasiënt "wedergebore" is asook met die uitwerking van die medikasie (Chambers, 1983).

3) Vroeë post-operatiewe stadium (5 – 14 dae)

Die euforie van die vorige stadium vervaag vinnig en die besef dat die oorplanting moontlik nie sal slaag nie lei tot intense angs. Pasiënte in hierdie stadium soek soveel mediese informasie as moontlik ten einde die angs te verlig. 'n Gevoel dat die personeel van hulle mag vervreem, dra by tot hierdie angs wat pasiënte ervaar. 'n Latere besef dat dit nie sal gebeur nie lei daartoe dat 'n ondersteunende, emosionele band tussen die pasiënt en die personeel ontwikkel. Ongeveer sewe dae na die operasie raak die pasiënt sielkundig meer ontspanne en verdwyn die angs grootliks. Hierdie toestand is egter broos en verander maklik in die teenwoordigheid van verswakte nierfunksionering. Die pasiënt voel op hierdie stadium asof hy op 'n "tydbom" sit, en gevoelens van depressie, angs en irritasie is algemeen. Ontkenning is massief tydens hierdie fase en daar word gefokus op die hier en nou (Chambers, 1983).

4) Midde post-operatiewe stadium (2 – 6 weke)

Indien die oorplanting geslaagd bly, ervaar die pasiënt tydens hierdie stadium 'n gevoel van verligting. Hierdie gevoel stel die pasiënt in staat om te aanvaar dat sy gesondheid nooit weer sal wees wat dit was voor dialise nie en beplanning vir die toekoms begin. Die pasiënt se energievlak verhoog en die tekens van siekte is nie meer so opsigtelik nie (Chambers, 1983).

Dit is die pasiënt se innerlike weerstand teen die aanvaarding van die realiteit van die suksesvolle oorplanting wat die rehabilitasie fasiliteer of hinder. Die pasiënt moet besluit of die sekondêre gewin van die siekerol, byvoorbeeld minder verantwoordelikheid en passiewe gedrag, swaarder weeg as die sekondêre gewin van die gesonder rol wat minder afhanklikheid van ander en 'n toename in vryheid insluit. Tydens hierdie fase moet gevoelens van skuld jeens die skenker verwerk word en die mate waartoe die nuwe orgaan sielkundig aanvaar word, hang baie af van die kwaliteit van die verhouding tussen die pasiënt en die skenker. Hierdie verhouding kan werklik of veronderstel wees. Die pasiënt kan byvoorbeeld bekommerd wees dat hy sekere eienskappe van die skenker sal begin openbaar. Die totale integrasie van die orgaan by die gevoel van "self" neem tussen ses maande en twee jaar. Tydens hierdie stadium openbaar pasiënte steeds sekondêre onaangename emosies, byvoorbeeld, aggressie, frustrasie en depressie. Dié gevoelens is deel van die rouproses en die vra van die vraag "hoekom ek". Later in hierdie stadium tree daar 'n mate van tevredenheid in soos gereflekteer deur stabiele emosionele verhoudings met die personeel (Chambers, 1983).

5) Laat post-operatiewe stadium (ontslag)

Tydens hierdie stadium is die emosionele ondersteuning van die personeel steeds nodig. Die pasiënt voel ietwat vervreem van die buitewêreld en voel dat ander nie werklik besef waardeur hy of sy gegaan het nie. Die pasiënt is baie sensitief oor interpersoonlike konflik en verlies, aangesien sy eie lewe steeds vir hom broos is. Hy is ook baie sensitief oor sy voorkoms en seksuele vermoëns omdat hy vrees ervaar dat die nuwe nier beskadig sal word (Chambers, 1982).

In teenstelling met die pasiënt se aanvanklike gevoelens van euforie wat kenmerkend is van die aanvanklike periode na die oorplanting, kom die pasiënt later tot die besef dat hy nie werklik "wonderbaarlik" genees is nie, en raak hy baie vatbaar vir teleurstelling. Die pasiënt besef dat sy "nuwe lewe" nie werklik 'n ontsnapping van die siekerol is nie aangesien hy steeds periodiek die hospitaal moet besoek vir observasie van die oorgeplante orgaan. Daar bestaan ook die moontlikheid van komplikasies as gevolg van die operasie en moontlike nuwe-effekte van die immuunonderdrukkende medikasie, byvoorbeeld, Cushing se sindroom en dermatologiese probleme (Lefebvre et al., 1980).

Dit is met die ervaring van hierdie teleurstellende besef dat die pasiënt dikwels die "een dag op 'n slag" – sindroom ontwikkel. Hierdie sindroom hou, volgens Lefebvre et al., (1980) spesifiek verband met die aanhoudende fokalisasie van angs op die aspek van verwerping wat dikwels gesien word as die uiterste katastrofe. Die outeurs onderskei tussen twee vorme van hierdie sindroom, naamlik, die progressiewe, hipomaniese model met 'n beter prognose, en die megalomaniese,

regressiewe model met 'n minder goeie prognose. Die eerste model verteenwoordig 'n verdediging waar die depressiewe angs vir die verwerping van die oorgeplante nier bewustelik ervaar word, terwyl die depressiewe angs vir die uiteindelijke dood van die "totale self" totaal ontken word. Laasgenoemde model verteenwoordig 'n verdediging waar die depressiewe angs omtrent die verwerping van die nier bewustelik teenwoordig is maar wel relatief is en waar die depressiewe angs vir die dood van die "totale self" bemeester is en sodoende die ervaring van 'n aangename lewe moontlik maak. Volgens Lefebvre et al., is daar by beide hierdie prosesse sprake van ontkenning.

3.1 Ontkenning by orgaanoorplanting

Mai (1986) wys daarop dat ontkenning 'n belangrike hanteringsmeganisme by oorplantings pasiënte is en dat dit hulle in staat stel om gevoelens van angs, konflik en ambivalensie uit te stel totdat hulle beter geakkomodeer kan word. Volgens Stewart (1983) is 'n voorbeeld van die gebruik van ontkenning die verskynsel dat pasiënte dikwels ander vermy wat oorplantings ondergaan het en veral dié wat hul oorgeplante organe verwerp het. Walke (1977) wys daarop dat ontkenning ook die vorm kan aanneem van 'n minimalisering van die effekte van komplikasies en 'n afwesigheid van verwysings na toekomstige gebeure.

Freyberger et al., (1979) beskou ontkenning as 'n belangrike verdedigingsmeganisme by oorplantings pasiënte. Hierdie ontkenning kan gerig wees op die verganklike, labiele oorplantingsituasie, op die angs, depressie en verswakte selfbeeld en op die intensiteit van die behandelingsmetodes.

Freyberger (1976) differensieer tussen drie grade van intensiteit van ontkenning, naamlik:

- 1) Realisties-aangepaste ontkenning wat by die meerderheid pasiënte voorkom. Hier is die ontkenning nie merkbaar nie. Die ontkenning is van so 'n aard dat 'n genoegsame hoeveelheid van die individu se intrapsigiese kapasiteit behoue bly ten einde hom in staat te stel om sy eie psigiese toestand te beheer sover dit sy behoeftes en emosies betref. Slegs in hierdie geval kom daar 'n gesonde rekonsiliasie met die eise van die terapeutiese program voor en lei reaktiewe toestande van angs, depressie en 'n ontoereikende selfbeeld nie tot psigiese dekompensasie nie (Freyberger, 1976).
- 2) Hoogs intensiewe ontkenning. Hierdie ontkenning verwys na 'n totale onderdrukking van die siektetoestand en die inherente gevoelens. Daar is ook 'n totale repressie van begrip van die behandelingsprogram (Freyberger, 1976).
- 3) Ontoereikende ontkenning. Hier neig die pasiënt om die siektesituasie te oorskat en om sy inherente gevoelens as te intens te ervaar. Die gevolg is 'n herhaaldelike verval in 'n toestand van doodsang en/of hulpeloosheid. Daar is dan ook verhoogde orale-narsissistiese behoeftes teenwoordig (Freyberger, 1976).

Die outeur wys daarop dat daar binne terapeutiese verband na realisties aangepaste ontkenning gestreef behoort te word en dat ontkenning nooit as totaal ongewens beskou behoort te word nie.

Uit bogenoemde blyk dit dat oorplantingspasiënte ontkenning gebruik as hanteringsmeganisme. Vrae ontstaan egter rondom die meganismes waarvolgens oorplantingspasiënte hulle siekte hanteer in terme van byvoorbeeld, konfrontasie, vermyding, aanvaarding, versoening en emosie. Geen literatuur kon in die verband gevind word nie en dit is dus nodig om die literatuur te ondersoek wat handel oor hanteringsmeganismes by ander pasiëntgroepe.

Feifel et al., (1987) wys daarop dat daar min sistematiese kennis bestaan omtrent die spesifieke sielkundige- en gedragsskorrelate van verskillende hanteringstrategieë wat deur pasiënte gebruik word. Kennis omtrent hierdie korrelate is, waar dit wel bestaan, gekoppel aan een tipe hanteringstrategie, naamlik, ontkenning of repressie (Hackett et al., 1984; Kneier et al., 1984).

In 'n studie van pasiënte met 'n lewensbedreigende of chroniese siekte, naamlik kanker en miokardiale infarksie, bevind Feifel et al., (1987) dat aanvaardingsversoening as hanteringsmeganisme veral aanwesig is by pasiënte met 'n lae verwagting op herstel en 'n gebrek aan hoop. Hierdie hanteringsmeganisme is ook geassosieer met pasiënte wat sterk elemente van disforie, 'n eksterne lokus van kontrole en 'n gevoel van ontoereikende hantering, toon. Dit blyk dat aanvaardingsversoening 'n gevoel van beperkte hoop en 'n beperkte vermoë om die verloop van die siekte te beïnvloed, weerspieël. Die studie toon verder aan dat die algemene gebruik van vermydingsversoening en aanvaardingsversoening deur lewensbedreigde pasiënte gekoppel word aan minder effektiewe hantering. Die gebruik van hierdie meganismes deur nielebensbedreigde pasiënte word egter gekoppel aan effektiewe hantering. Die resultate dui verder daarop dat konfrontasie meer dikwels gebruik word deur lewensbedreigde pasiënte as deur pasiënte

wat kronies siek is. Hierdie bevindinge dui volgens die outeurs daarop dat situasionele faktore 'n rol speel in die keuse van 'n hanteringsmeganisme en dit word ondersteun deur die werk van McCrae (1984). 'n Verwarrende bevinding is egter dat die algemene gebruik van konfrontasie deur lewensbedreigde pasiënte nie gekoppel is aan effektiewe hantering nie. Hierdie aspek behoort verder ondersoek te word.

Feifel et al., (1987) kom tot die gevolgtrekking dat 'n verskeidenheid veranderlikes 'n rol speel in 'n bepaalde hanteringsmeganisme en dat 'n spesifieke strategie waarskynlik multi-gedetermineerd is.

Viney (1986) meld dat die verbalisering van positiewe emosie deur pasiënte wat gehospitaliseer is gewoonlik nie verwag word nie en dat daar ook min navorsing bestaan oor hierdie onderwerp. Navorsing bestaan wel wat aantoon dat die uitdrukking van positiewe emosies hoër is hoe ernstiger die siekte is (Westbrook et al., 1982). Ander navorsing dui daarop dat meer positiewe emosie uitgedruk word hoe minder die waargenome belemmering as gevolg van die siekte is (Hamera et al., 1978). Dit is volgens Viney (1985) moontlik om positiewe emosie enersyds as 'n distorsie van die ware emosie te sien en andersyds as 'n aanduiding van die hoë kwaliteit van lewe wat pasiënte kan handhaaf ten spyte van veelvuldige stressors. Dit mag dus 'n aanduiding van verdediging of hantering wees. Ontkenning is een vorm van verdediging en is 'n verdraaiing van die werklikheid (Vaillant, 1977). Effektiewe hantering is daarenteen realiteits-georiënteerd en buigsaam en bestaan uit aktiwiteite wat sielkundige integriteit preserveer (Lipowski, 1970).

Viney (1986) ondersoek hierdie vraagstuk in 'n studie van vyf honderd gehospitaliseerde pasiënte. Die bevindinge dui daarop dat die uitdrukking van positiewe emosie deur pasiënte, 'n aanduiding is van effektiewe hantering, 'n gevoel van bevoegdheid en van bevredigende interpersoonlike verhoudinge. Die bevindinge in die geheel dui volgens die outeurs, daarop dat pasiënte wat heelwat positiewe emosie uitdruk hulle sielkundige integriteit preserveer as 'n basis om hulle fisieke integriteit te behou. Hierdie pasiënte se kwaliteit van lewe is, volgens Viney (1986) hoog in vergelyking met die van ander. Die uitdruk van positiewe emosie kan dus nie sondermeer met ontkenning, oftewel 'n distorsie van negatiewe emosie, geassosieer word nie.

Geen spesifieke afleidings kan egter uit Viney (1986) se studie gemaak word rakende lewensbedreigde pasiënte nie, aangesien die steekproef uit 'n verskeidenheid pasiëntgroepe bestaan het. Die bogenoemde studies dui op die kompleksiteit van hanteringsmeganismes wat pasiënte gebruik, die verskil tussen pasiëntgroepe ten opsigte van hanteringsmeganismes en die noodsaaklikheid van navorsing wat hierdie aspekte verhelder, veral soos dit manifesteer by oorplantingspasiënte, aangesien hulle mediese problematiek beide chronies en lewensbedreigend is.

3.2

Internalisering van die orgaan

'n Sielkundige proses wat nou verband hou met nieroorplanting is die internalisering van die nuwe orgaan. Hierdie proses is beskryf as kompleks van aard en sluit inkorporasie, introjeksie en identifikasie in, asook 'n afname in die onderskeid tussen die orgaan as objek en as 'n

deel van die liggaamsbeeld (Severino, 1980). Lefebvre (1980) verwys na hierdie proses as "akkorporasie" en wys daarop dat die individu mettertyd die orgaan as "ek" moet beskou en die skenker as "nie ek" nie. Sheridan (1977) beskryf drie stadia waardeur die nier beweeg vanaf "nie ek" na "ek". Eerstens ervaar die pasiënt die nier as 'n vreemde liggaam. Die nier voel dikwels "snaaks" of asof dit "uitsteek". Op 'n later tydstip, wanneer dit gedeeltelik geïnternaliseer is, word minder geestelike energie verbrand. Laastens word die nier ervaar as 'n deel van die self. Regressie kom dan slegs voor wanneer die een of ander prosedure daarop uitgevoer word (Lefebvre, 1980).

Knight (1980) bespreek die internalisering van 'n oorgeplante orgaan en wys daarop dat die liggaamsbeeld die geestelike verteenwoordiging van die liggaam op enige gegewe moment is. Die beeld word deur die ego gekonstrueer deur middel van visuele persepsie en taktiele eksplorاسie van die oppervlakte en die innerlike sensasies van die liggaam. Afhangende van die persoon se instinktiewe of defensiewe behoeftes, kan die liggaamsbeeld op 'n gegewe tydstip realisties of onrealisties wees. Daar bestaan volgens Knight, 'n neiging om te dink dat versteurings in die liggaamsbeeld slegs voorkom sover dit die eksterne liggaam betref. Versteurings in die liggaamsbeeld kom egter ook voor wanneer daar iets tot die liggaam toegevoeg word, hoewel hierdie proses volgens Knight van eersgenoemde verskil. In die lig van hierdie versteurings is dit, volgens die outeur, belangrik om bewus te wees van die potensiële ontvanger se liggaamsbeeld ten einde moontlike komplikasies te minimaliseer.

Volgens Knight (1980) mag die ontvanger voel dat hy of sy die orgaan van die skenker gesteel het en dat die skenker mag terugkom en sy orgaan kom haal. Die ontvanger mag ook voel dat hy wedergebore is.

Die gevoel mag strek vanaf 'n matige aangename gevoel van vertroue tot 'n gevoel dat 'n nuwe lewe werklik ontvang is. 'n Aspek wat dikwels voorkom is kommer oor die geslag van die skenker. Manlike pasiënte is dikwels bekommerd dat hulle bepaalde vroulike eienskappe sal begin openbaar na hulle 'n nier van 'n vrou ontvang het. Bekommernisse oor moontlike homoseksuele neigings kom ook voor na 'n nier van 'n homoseksuele persoon ontvang is. Sommige pasiënte voel weer dat hulle moontlik spesiale vaardighede of eienskappe saam met die nuwe nier ontvang het (Knight, 1980). Starkman (1980) wys op die unieke probleme wat adolessente ervaar met die internalisering van 'n nuwe orgaan aangesien hulle ook die normale veranderinge van die liggaam tydens adolessensie moet hanteer.

Die mate waartoe die liggaamsbeeld verander word na 'n oorplanting hang grootliks af van tot hoe 'n mate 'n persoon regresseer onder stres. Hoe groter die regressie, hoe meer geredelik word die oorplantingservaring gehanteer in primitiewe en instinktiewe terme (Knight, 1980). Die onbewustelike beduidenheid van die orgaan is nie die enigste faktor wat die internalisering beïnvloed nie maar ook die algemene toereikendheid van die ego en die individu se kapasiteit om gekontroleerd en logies te dink en die orgaan nie alleen by die liggaam te integreer nie maar ook by die nuwe selfbeeld en gevoel van identiteit (Knight, 1980).

3.3

Seksuele funksionering

Chroniese nierversaking is 'n ernstige en stresvolle toestand met uiteenlopende gevolge. Een van die gevolge is seksuele disfunksie in beide mans en vroue (Procci, 1978). Dialise op sigself het 'n

vernietigende effek op die seksuele funksionering van pasiënte en die vraag ontstaan of 'n nieroorplanting hierdie toestand kan omswaai.

Abram (1970) bevind dat 'n beduidende aantal pasiënte wat 'n suksesvolle oorplanting ondergaan het, 'n verbetering in hul seksuele funksionering ervaar. Salvatierra et al., (1975) bevind ook dat 'n beduidende aantal mans met 'n suksesvolle oorplanting verbeterde seksuele funksionering rapporteer. Levy (1986) bevind 'n verbeterde seksuele funksionering na 'n suksesvolle oorplanting maar toon aan dat die groep nie hul pre-siektevlakke van funksionering bereik het nie. Levy wys daarop dat fisieke faktore 'n rol speel aangesien diegene met 'n oorgeplante nier voortdurend 'n mate van nierversaking ervaar. Sielkundige faktore, soos byvoorbeeld depressiewe en angstige gevoelens, het ook 'n invloed en volgens die outeurs kan 'n ontoereikende seksuele funksionering as 'n refleksie van die persoon se emosionele toestand beskou word. Opsommend kan genoem word dat 'n nieroorplanting wel lei tot 'n verbeterde seksuele funksionering by mans en vroue maar dat pre-siektevlakke nooit weer herwin word nie.

3.4

Psigiatriese problematiek

Die pasiënt wat 'n nieroorplanting ondergaan het, voel gewoonlik soveel beter as tydens dialise dat 'n gevoel van euforie dikwels ervaar word tydens die aanvanklike periode na die operasie (Reckling, 1982). Die pasiënt besef mettertyd dat die operasie hom nie van die siekerol gevrywaar het nie en hy veg teen aanvanklike verwerping, die nuwe-effekte van groot dosisse steroïedes en 'n verandering in voorkoms, gekenmerk deur aknee, "maangesig", "buffelskof" en 'n verandering

in die distribusie van liggaamsvet en liggaamskontoere. Hierdie veranderinge kan vernietigend wees vir die persoon en dit is dus nie ongewoon dat psigiatriese probleme dikwels met nieroorplantings geassosieer word nie (Levy, 1986)

Levy (1986) wys daarop dat steroïede bepaalde sielkundige effekte kan hê, veral euforie. Hierdie toestand word gewoonlik later vervang deur depressie. Sheridan (1977) wys daarop dat psigiatriese konsultasies in 'n oorplantingsorgeenheid veral verband hou met depressie en angs. Starr (1952) en Trethhowan et al., (1972) rapporteer dat persoonlikheidsveranderinge en ernstige depressie die algemeenste verskynsel is by persone met Cushing se sindroom. Mc Cabe (1978) bevind dat depressie die algemeenste psigiatriese versteuring is by persone wat 'n nieroorplanting ondergaan het. Hy wys daarop dat kortikosteroïedes 'n beduidende rol speel in die ontwikkeling van hierdie toestand. Sheridan (1977) sê dat 'n vrees vir die dood, teleurstelling as verwerping plaasvind, herhaaldelike hospitalisasie en steroïed-terapie almal faktore is wat tot depressie en angs bydra.

Reckling (1982) toon aan dat angs 'n onvermydelike feit van die nieroorplantings pasiënt se lewe is. Die ervaring van chroniese siekte, die vrees vir die dood en vir verwerping, die internalisering van 'n ander mens se orgaan en die fisiese nuwe-effekte van die medikasie speel 'n rol in die ontwikkeling en instandhouding van angs. Volgens Levy (1986) kom psigotiese episodes dikwels by hierdie pasiënte voor, veral paranoïese psigose. Steroïedes is gewoonlik daarvoor verantwoordelik. Kalman et al., (1983) ondersoek die psigiatriese morbiditeit onder 'n groep pasiënte op dialise en 'n groep pasiënte wat 5 jaar of langer tevore 'n nieroorplanting ondergaan het. Kalman et al., bevind 'n soortgelyke

psigiatriese morbiditeit onder die groepe in terme van die aanwesigheid van nie-psigotiese psigiatriese steurnisse, en kom tot die gevolgtrekking dat psigiatriese komplikasies onder beide groepe voorkom ten spyte van 'n algemene verbetering in gesondheid. Dit blyk dus dat psigiatriese komplikasies, veral depressie en angs, by 'n groep persone wat 'n nieroorplanting ondergaan het, verwag kan word.

3.5

Kwaliteit van lewe

Binik et al., (1982) wys daarop dat pyn een van die basiese dimensies van die kwaliteit van die lewe onder mediese pasiënte is. Die ervaring van pyn gedurende dialise word, volgens die outeurs, algemeen gerapporteer. Krampe en hoofpyn word veral gerapporteer. Daar word algemeen aanvaar dat 'n verlaging in die ervaring van pyn onvermydelik is en sal wees na 'n nieroorplanting. In 'n studie met 57 dialise-pasiënte en 27 nieroorplantingspasiënte bevind Binik et al., (1982) dat oorplanting nie met 'n verlaging in pynvlakke geassosieer word nie. Sommige pyne wat tydens dialise ervaar is, is met ander vervang na die oorplanting, terwyl die oorplanting 'n langer duur van krampe, hoofpyn, rugpyn, borspyn en beenpyn tot gevolg gehad het. Daar is verder bevind dat depressie positief en beduidend korreleer met pyn in die oorplantingspasiënte. Die outeurs wys daarop dat daar dus nie sondermeer aanvaar kan word dat 'n nieroorplanting tot 'n afname in pyn sal lei nie.

Terwyl 'n pasiënt op dialise is, is hy op 'n unieke wyse afhanklik van 'n masjien vanweë die biologiese en sosiale realiteite van sy toestand (Levy, 1981). Die respons op hierdie toestand varieer grootliks en dit is veral diegene op die uiterstes van die afhanklikheid-onafhanklikheid—

spektrum wat probleme ervaar. Die persoon wat van nature onafhanklik is mag reageer met depressie, angs en die gebruik van ontkenning om ontslae te raak van die pynlike aspek van die realiteit. Die afhanklike persoon mag die proses ervaar as 'n bevrediging van sy afhanklikheids-behoefte (Sheridan, 1977). Gullledge et al., (1983) wys daarop dat laasgenoemde persone dikwels moeilik rehabiliteer na 'n nieroorplanting, in dié sin dat die siekerol moeilik laat vaar word en die konflik tussen afhanklikheid en onafhanklikheid moeilik opgelos word.

Buchanan (1975) wys verder daarop dat die volgende faktore ook 'n rol speel in die rehabilitasie na 'n nieroorplanting, naamlik, die behoefte aan sosiale vaardighede ten einde die gemeenskap te betree, bekommernisse oor die hertoetrede tot die arbeidsmark, die belangrikheid daarvan om vir ander iets te beteken in plaas daarvan om ander nodig te hê, die behoud van hoop tydens verwerping, die voortdurende behoefte aan gedetailleerde informasie oor hul toestand en die behoefte om te ontsnap van 'n gevoel van uniekheid.

Volgens Gullledge et al., (1983) is dit merkwaardig hoe goed oorplantingspasiënte vaar ten spyte van die ernstige probleme wat hulle na die operasie ervaar. Sherridan (1977) sluit hierby aan en noem dat, ten spyte van skuldgevoelens omtrent die oorplanting en probleme wat binne werksverband ondervind word, oorplanting tog 'n positiewe invloed het op die pasiënt se gesondheid en persoonlikheid.

Kaplan De Nour en Shanan (1980) ondersoek bogenoemde aannames en bevind dat die besluit om 'n oorplanting te ondergaan dikwels emosioneel van aard is. Die outeurs kom tot die gevolgtrekking dat diegene met 'n oorgeplante nier nie objektief beter vaar as diegene op

dialise nie maar dat die oorplantingspasiënt 'n groter gevoel van tevredenheid ervaar. Die outeurs spekuleer dat farmakologiese veranderinge hiervoor verantwoordelik is.

Johnson et al., (1982) ondersoek die kwaliteit van lewe onder oorplantingspasiënte en pasiënte op dialise. Hulle bevind dat pasiënte met 'n suksesvolle kadaweroorplanting beter fisiese- en beroeps-rehabilitasie toon as die pasiënte op dialise. Subjektiewe metings van kwaliteit van lewe toon egter geen verskil tussen die groepe nie. Die verwerping van 'n nier lei tot 'n deteriorasie in die kwaliteit van lewe. Die outeurs kom tot die gevolgtrekking dat kadaweroorplantings nie die kwaliteit van lewe verbeter nie aangesien die verwerpingsyfer hoog is.

Kalman et al., (1983) kom, na 'n ondersoek na die voorkoms van psigiatriese morbiditeit onder dialise- en oorplantingspasiënte, tot die slotsom dat die idee dat oorplanting 'n sielkundige voordeel inhou bo dialise, nie sondermeer aanvaar kan word nie. Die outeurs wys daarop dat daar nie sprake van 'n "beter" behandeling kan wees nie omdat elke geval op meriete behandel behoort te word.

Procci (1980) ondersoek die algemeen aanvaarde idee dat 'n nieroorplanting tot verhoogde psigososiale funksionering lei. Die studie vind geen ondersteuning vir hierdie aanname nie en Procci bevraagteken die waarde van kadaweroorplantings in vergelyking met langtermyn dialise.

Daar hang dus 'n vraagteken oor die kwaliteit van lewe na 'n nieroorplanting en veral kadaweroorplantings.

Uit die voorafgaande blyk dit dat siekte nie alleen verwys na 'n suiwer medies-tegniese toestand nie maar ook na die gedrag van die sieke. Bepaalde subjektiewe en sosio-kulturele momente is dus onvermydelik daarby ingesluit. Hierdie momente speel 'n rol by die ontwikkeling van verskeie siektetoestande wat psigosomatiese en somatoforme toestande insluit. Verskeie faktore speel 'n rol in die ontwikkeling van siektetoestande, en dit blyk dat die ervaring van stres veral 'n invloed het op siektetoestande wat met die immunologiese sisteem verband hou.

Die immunologiese sisteem speel ook 'n belangrike rol in die potensiële aanvaarding of verwerping van oorgeplante organe en die sukses van 'n orgaanoorplanting hang af van hoe effektief die liggaam se immuunsisteem beheer kan word met behulp van immuunonderdrukkende medikasie. 'n Orgaanoorplanting bring egter dikwels verskeie sielkundige probleme mee wat op die beurt 'n invloed op die immuunsisteem, en uiteindelik die aanvaarding of verwerping van die orgaan, mag hê. Daar is egter weinig navorsing oor hierdie aspek van orgaanoorplanting gedoen en dit blyk dat die literatuur oor orgaanoorplanting in die geheel vaag en onvolledig is. As daar in ag geneem word dat die behandeling van pasiënte dikwels alleenlik plaasvind op grond van siektegedrag wat geopenbaar word, is kennis hieroor baie belangrik, aangesien dit die effektiwiteit van behandeling mag beïnvloed. Die vertoon van abnormale siektegedrag mag byvoorbeeld lei tot "verkeerde" behandeling wat ernstige implikasies vir die pasiënt inhou. Dit kan moontlik 'n rede wees hoekom 'n medies-suksesvolle oorplanting nie op 'n permanente basis, in die vorm van 'n normale lewensverwagting, slaag nie.

4.1

Samevatting en Gevolgtrekking

Siekte kan volgens Mechanic (1978) verwys na 'n beperkte wetenskaplike konsep of, soos Coe (1978) dit beskryf, na 'n objektiewe fenomeen gekenmerk deur 'n veranderde funksionering van die liggaam as 'n biologiese organisme. Siekte kan egter ook volgens Mechanic (1978) verwys na enige toestand wat daartoe lei dat die persoon ag op sy simptome slaan en hulp soek. Coe (1978) verwys na dié beskouing van siekte as 'n subjektiewe fenomeen waar die individu homself as onwel beskou en neig om sy normale gedrag te verander. Daar is dus 'n persepsie van die self in terme van "siekte" en "gesondheid" en 'n verandering in gedrag mag voorkom selfs in die afwesigheid van 'n bekende organiese disfunksie, pyn of ongerief (Pilowsky, 1978).

'n Persoon bevind homself nie in 'n sosiale vakuum nie en sy siektegedrag kom nie in isolasie voor nie. Van Rensburg (1980) wys daarop dat siektegedrag bepaalde kognitiewe, evaluatiewe en emosionele momente insluit en 'n bepaalde uitwerking op ander in die persoon se onmiddellike omgewing het. Volgens Suchman (in Jaco, 1972) gaan siektegedrag gepaard met die aanvaarding van die siekerol, kontak met mediese sorg, die aanvaarding van die rol van die afhanklike pasiënt en uiteindelijke herstel en rehabilitasie. Siektegedrag volg egter nie altyd hierdie sosiaal aanvaarbare siekerol-proses nie in welke geval die term "abnormale siektegedrag" gebruik behoort te word (Feuerstein et al., 1986). Pilowsky (1978) wys daarop dat die geneesheer by uitstek in 'n posisie is om 'n diagnose van abnormale siektegedrag te maak.

In die lig van die geneesheer se rol as diagnostikus kan dit genoem word dat die geneesheer gewoonlik, in die afwesigheid van sigbare simptome

of toetse vir patogene, sy behandeling baseer op die pasiënt se siektegedrag, naamlik die rapportering van simptome (Pilowsky, 1969). Dit impliseer verder dat behandeling kan plaasvind in die afwesigheid van fisiese patologie. As daar in ag geneem word dat faktore soos byvoorbeeld stres, depressie en angs, siektegedrag beduidend kan beïnvloed, kan daar ook aanvaar word dat behandeling kan plaasvind in die teenwoordigheid van laer vlakke van fisiese patologie as wat die siektegedrag reflekteer (Lazarus, 1982).

Die siekteproses volg egter gewoonlik 'n normale proses en verskeie skrywers stel die siekteproses in die vorm van 'n loopbaan waarin bepaalde stadia onderskei kan word. Suchman (1965) se uiteensetting bevat die volgende stadia:

- 1) Simptoomervaring. Tydens hierdie stadium ervaar die persoon simptome wat spruit uit die aanwesigheid van organiese patologie.
- 2) Aanvaarding van die siekerol. Die persoon betree hierdie stadium deur te erken dat hy hulp nodig het.
- 3) Kontak met mediese sorg. Deur te besluit om professionele hulp te soek, betree die persoon die professionele sorgsisteem.
- 4) Rol van afhanklike pasiënt. Deur te besluit om die beheer aan die geneesheer oor te dra en behandeling te ontvang, aanvaar die persoon die rol van die afhanklike pasiënt.
- 5) Herstel en rehabilitasie. In die stadium het die persoon sodanig herstel dat hy hom van aktiewe mediese sorg kan onttrek.

Hierdie siekteproses kan ook so voorgestel word:



S verwys na die aanwesigheid van fisiese patologie, SG na die siektegedrag wat daarmee gepaard gaan, en B na die behandeling van die toestand op grond van die fisiese patologie en die gepaardgaande siektegedrag.

Psigosomatiese siektetoestande en somatoforme steurnisse speel 'n sentrale rol in die literatuur oor siektegedrag, waarskynlik omdat bepaalde omgewingsfaktore 'n rol speel in die ontwikkeling en verloop van hierdie toestande en die gedrag wat daarmee saamgaan.

Psigosomatiese toestande sluit in: steurnisse van die spysverteringstelsel, die kardiovaskulêre sisteem, velsteurnisse, die respiratoriese stelsel, endokriene steurnisse en steurnisse van die genitale organe (Kaplan et al., 1988). Fisiologiese en psigologiese veranderlikes speel 'n rol in die ontwikkeling van hierdie toestand. Hinkle (1974) meld in die verband dat reaksies van die individu op die omgewing, gemedieer deur die sintuie en die sentrale senuweestelsel, die kapasiteit het om enige proses binne die organisme te beïnvloed.

Die somatoforme steurnisse verskil van die psigosomatiese siektetoestande deurdat daar by eersgenoemde geen bekende organiese patologie of patofisiologiese meganisme aanwesig is nie. Die persoon presenteer of kla van simptome maar 'n ondersoek bring geen organiese patologie aan die lig nie (Feuerstein et al., 1986). Volgens Barsky et

al., (1983) speel intrapsigiese faktore, kognitief—perseptuele faktore en sosiale leer 'n rol in die ontwikkeling van hierdie versteurings.

Somatoforme steurnisse is 'n voorbeeld van abnormale siektegedrag aangesien siektegedrag voorkom en behandeling kan geskied in die afwesigheid van bekende organiese patologie (Mechanic, 1980; Frese, 1985). Hierdie proses kan so voorgestel word:



S verwys na die afwesigheid van enige bekende organiese patologie, SG na die siektegedrag en B na die behandeling daarvan.

In die soeke na faktore in die mens se omgewing wat sy gesondheid beïnvloed, is daar lank gefokus op fisiochemiese en mikrobiologiese agente wat 'n rol kan speel. Die onvermoë van hierdie agente om die ontwikkeling van verskeie siektetoestande te verklaar, het daartoe gelei dat die konsep "omgewing" verbreed is om ook die sosiale in te sluit (Cassel, 1974). Stein (1986) meld in die verband dat daar 'n hoogs spesifieke en uitgebreide netwerk van biologiese sisteme betrokke is by die ontwikkeling van siekte wat nie alleen die sentrale senuweestelsel, die immuunstelsel en die endokriene stelsel insluit nie, maar ook bepaalde psigologiese faktore. Een psigologiese faktor wat veral sentraal blyk te wees in die ontwikkeling van siektetoestande, is stres. Volgens Prokop et al., (1981) word daar algemeen aanvaar dat stres 'n invloed het op die somatiese senuweestelsel, die outonadiese senuweestelsel en op kognitiewe aktiwiteite.

Uit die literatuur blyk dit dat die subjektiewe ervaring van stres nie alleen 'n invloed het op siektegedrag nie (Frese, 1985) maar ook op die ontwikkeling en verloop van bepaalde siektetoestande, byvoorbeeld, respiratoriese siektes (Jacobs et al., 1980). Navorsing toon aan dat stres veral 'n rol speel in die ontwikkeling en verloop van siektes met 'n immunologiese komponent (Locke et al., 1984). Daar word veronderstel dat stres die immunologiese funksionering onderdruk en die liggaam sodoende meer vatbaar maak vir spesifieke patogene. Die endokriene- en sentrale senuweestelsel speel waarskynlik ook 'n rol (Jemmott et al., 1981)

Die immuunsisteem identifiseer enige vreemde organisme in die liggaam en beskerm die liggaam daarteen. Die weefsel wat van een mens na 'n ander oorgeplant word, word ook as vreemd deur die ontvanger se liggaam geïdentifiseer en verwerping van die vreemde weefsel vind plaas (Cunningham, 1978). Die oorplanting van organe word dus bemoeilik en slegs die toedien van immuunonderdrukkers maak orgaanoorplanting hoegenaamd moontlik. Omdat die immuunsisteem 'n sentrale rol speel in die potensiële aanvaarding of verwerping van 'n oorgeplante orgaan, kan sielkundige faktore, en veral stres, ook hier 'n invloed hê (Burke, 1986).

Orgaanoorplanting bring dikwels emosionele versteurings, psigosies en verskeie ander sielkundige probleme mee (Reckling, 1982). Dit is egter onduidelik wat die relatiewe invloed van die fisiologiese versus die sielkundige faktore is. Dit is belangrik om hierdie interaksie te verhelder aangesien dit bepaalde implikasies vir die behandeling van hierdie pasiënte inhou. Min inligting bestaan oor die faktore wat die siektegedrag van oorplantingspasiënte beïnvloed. Daar bestaan ook min beskrywende inligting oor die siektegedrag van hierdie pasiënte. As

daar in ag geneem word dat die behandeling van pasiënte dikwels alleenlik plaasvind op grond van siektegedrag wat geopenbaar word, is kennis hieroor baie belangrik, aangesien dit die effektiwiteit van behandeling mag beïnvloed. Die vertoon van abnormale siektegedrag mag byvoorbeeld lei tot "verkeerde" behandeling wat ernstige implikasies vir die pasiënt inhou. Dit kan moontlik 'n rede wees hoekom 'n medies-sukcesvolle oorplanting nie op 'n permanente basis, in die vorm van 'n normale lewensverwagting, slaag nie. Ten einde hierdie faktore te ondersoek, is die volgende hipoteses gestel:

4.2

Hipotesestelling

Pasiënte wat 'n nieroorplanting ondergaan het, voel aanvanklik soveel beter as tydens dialise, dat 'n gevoel van euforie dikwels ervaar word tydens die aanvanklike periode na die operasie (Reckling, 1982). Die persoon besef egter mettertyd dat die operasie hom nie van die siekerol gevrywaar het nie en hy veg teen aanvanklike verwerping, die newe-effekte van groot dosisse steroïedes en 'n verandering in fisieke voorkoms. Newe-effekte sluit in Cushingse sindroom en dermatologiese probleme (Lefebvre et al., 1980). Verder bestaan die gevaar van verwerping voortdurend en dit is volgens Levy (1986) nie ongewoon dat psigiatrisse probleme dikwels na orgaanoorplanting ontwikkel nie. Problematiek wat dikwels aangetref word, sluit in: persoonlikheidsveranderinge, ernstige depressie, angs en psigotiese toestande. Kalman et al., (1983) ondersoek die psigiatrisse morbiditeit onder 'n groep pasiënte op dialise en 'n groep pasiënte wat vyf jaar of langer vantevore 'n nieroorplanting ondergaan het. Hy kom tot die

gevolgtrekking dat psigiatriese komplikasies by beide voorkom ten spyte van 'n algemene verbetering van gesondheid by die oorplantingsgroep.

4.2.1 Psigiatriese versteurings by orgaanoorplanting

Uit die literatuur blyk dit dat psigiatriese komplikasies of psigopatologie dikwels by oorplantingspasiënte aangetref word, waarskynlik vanweë die voortgesette siekerol wat hulle beklee en die drastiese invloed van die immuunonderdrukkende medikasie wat verwerping van die orgaan teenwerk. Die psigiatriese problematiek wat voorkom, naamlik persoonlikheidsveranderinge, depressie en emosionele angs, is meetbaar en kan in die lig van die literatuur, by 'n populasie oorplantingspasiënte verwag word, selfs 'n geruime tyd na die oorplanting. In die lig van hierdie bevindinge word die volgende hipotese gestel:

- 1) Daar sal beduidende vlakke van psigopatologie aanwesig wees by die groep nieroorplantingspasiënte wat twee jaar en langer vantevore 'n oorplanting ondergaan het.*

4.2.2 Emosionele gedrag by orgaanoorplanting

Reckling (1982) meld dat die oorplantingspasiënt mettertyd besef dat hy steeds die siekerol beklee. Suchman (1965) stel dit dat die siekerol ambivalent is in die sin dat dit moeilik is om te aanvaar maar ook die enigste manier is om te herstel, of ten minste nie sieker te word nie. Die

* Soos getakseer deur die Minnesota Multiphasic Personality Inventory

rol van afhanklike pasiënte gaan volgens Suchman (1965) gepaard met heelwat negatiewe emosies. Viney (1986) sluit hierby aan as hy meld dat die verbalisering van positiewe affek nie verwag kan word van pasiënte wat ernstig siek is nie. Viney (1986) dui verder daarop dat daar min navorsing oor hierdie aspek van siektegedrag bestaan. Daar bestaan wel navorsing wat toon dat die uitdrukking van positiewe affek hoër is hoe ernstiger die siekte is (Westbrook et al., 1982). Hamera et al., (1978) toon weer aan dat meer positiewe affek uitgedruk word hoe minder die waargenome belemmering as gevolg van die siekte is. Viney (1986) voel dat daar geen spesifieke afleidings uit hierdie bevindinge gemaak kan word nie aangesien die hanteringsmeganismes wat pasiënte gebruik ten einde hulle sielkundige integriteit te bewaar, kompleks is. Geen afleidings kan gemaak word wat oorplantingspasiënte betref nie aangesien geen navorsing opgespoor kon word wat die uitdruk van affek by oorplantingspasiënte ondersoek het nie.

In die lig van Suchman (1965) se beskouing van die rol van die afhanklike pasiënt en Reckling (1982) se beskrywing van die oorplantingspasiënt se besef dat hy steeds die siekerol beklee, kan daar 'n redelike mate van negatiewe affek by oorplantingspasiënte verwag word. Dit sou strook met Viney (1986) se stelling dat daar nie positiewe affek verwag kan word van pasiënte wat ernstig siek is nie. In die lig van die voortdurende gevaar van verwerping sou oorplantingspasiënte as 'n ernstige siek groep beskou kon word. Die studies deur Hamera et al., (1978) en Westbrook et al., (1982) is nie met oorplantingspasiënte gedoen nie en geen afleidings kan daaruit gemaak word nie.

In die lig hiervan is die volgende hipotese gestel:

- 2) Daar sal minder positiewe affek gerapporteer word** deur die orgaanoorplantingsgroep in vergelyking met 'n kontrolegroep bestaande uit pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.
- 3) Daar sal meer negatiewe affek gerapporteer word** deur 'n orgaanoorplantingsgroep in vergelyking met 'n kontrolegroep bestaande uit pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.

4.2.3

Psigososiale impak van orgaanoorplanting

Uit die literatuur blyk dit dat siekte nie alleen 'n suiwer medies-tegniese toestand is nie (Coe, 1978). Die persoon wat siek is, mag anders optree as wat normaalweg van hom verwag word (Van Rensburg, 1980). 'n Siektetoestand sluit dus 'n persoon se gedrag in wat op die beurt 'n invloed op sy breër funksionering het (Pilowsky, 1978). Siekte het dus 'n bepaalde psigososiale impak wat tussen siektetoestande kan verskil na gelang die erns van die organiese patologie. Die psigososiale impak van orgaanoorplanting is uiteenlopend en drasties, en raak aspekte soos seksuele gedrag, emosionele welstand en die algemene kwaliteit van lewe (Reckling, 1982). Procci (1980) kom na 'n ondersoek tot die gevolgtrekking dat orgaanoorplanting nie noodwendig tot verhoogde psigososiale funksionering lei nie.

Daar is dus aanduidings in die literatuur dat 'n orgaanoorplanting 'n kwaai psigososiale impak het, tot so 'n mate dat daar 'n vraagteken hang oor of orgaanoorplanting tot 'n beter kwaliteit van lewe lei. In die lig van die aard en omvang van 'n orgaanoorplanting, in vergelyking met

** Soos getakseer deur die Multiple Affect Adjective Check List en die Mood Adjective Check List.

bepaalde nie-lewensbedreigende siektetoestande, kan daar verwag word dat die psigososiale impak van 'n orgaanoorplanting baie groter sal wees as die impak van 'n minder ernstige siektetoestand. In die lig hiervan is die volgende hipotese gestel:

- 4) Die psigososiale impak*** van die siektetoestand sal groter wees by oorplantings pasiënte as by 'n groep pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.

4.2.4

Stres en orgaanoorplanting

Volgens Suchman (1965) gaan die rol van afhanklike pasiënt dikwels gepaard met negatiewe emosies. Viney (1986) sluit hierby aan en meld dat positiewe emosies nie verwag kan word by persone wat ernstig siek is nie. Dié standpunte impliseer dat die erns van 'n siektetoestand verband hou met die mate van emosionele ongerief wat ervaar word. Indien dié argument verder gevoer word, kan daar gesê word dat hoër vlakke van emosionele stres verwag kan word by persone met ernstiger siektes. Indien hierdie aanname geld, kan daar verwag word dat oorplantingspasiënte meer stres ervaar as 'n ander pasiëntgroep met minder ernstige siektetoestande. Tessler et al., (1978) se bevindinge dat die rapportering van simptome 'n refleksie is van die psigologiese toestand van die individu, en sy gevolgtrekking dat die teenwoordigheid en waarneming van simptome ook aanleiding kan gee tot psigososiale stres, steun hierdie verwagting. In die lig hiervan is die volgende hipotese gestel:

- *** Soos getakseer deur die Symptom Impact Profile.

- 5) Hoër vlakke van die subjektiewe ervaring van stres**** sal by 'n groep oorplantings pasiënte voorkom as by 'n kontrolegroep akute maar minder ernstige siek pasiënte.

4.2.5

Simptoomrapportering en orgaanoorplanting

Uit die literatuur word dit duidelik dat die subjektiewe ervaring van stres 'n invloed op siektegedrag het, en meer spesifiek lei tot 'n verhoogde rapportering van siektesimptome. In hierdie verband bevind Canter et al., (1966) dat die subjektiewe ervaring van stres tot 'n verhoogde rapportering van siektesimptome onder 'n groep laboratoriumwerkers lei. Frese (1985) kom na 'n ondersoek van 'n groep werkers tot die gevolgtrekking dat subjektiewe stres verband hou met die verhoogde voorkoms van psigosomatiese klagtes. Die werk van Tessler et al., (1978) en Mechanic (1980) steun hierdie bevindinge. Dit blyk dus dat die ervaring van stres by gesonde populasies tot 'n verhoogde rapportering van siektesimptome lei.

Geen literatuur kon opgespoor word wat die rol van stres op die siektegedrag by oorplantings pasiënte verhelder nie. As die bevinding van die beskikbare navorsing in ag geneem word, is dit nie onwaarskynlik dat dieselfde tendens by oorplantings pasiënte gevind sal word nie. Dit is veral nie onwaarskynlik in die lig van die feit dat hierdie pasiënte reeds ernstig en chronies siek is nie. Die volgende hipotese is gestel:

**** Soos getakseer deur die Daily Stress Inventory

- 6) Hoër vlakke van die subjektiewe ervaring van stres sal verband hou met hoër vlakke van die rapportering van fisieke simptome***** by 'n oorplantingsgroep.

In die lig van die oorsig van die literatuur oor die rol van affek by siektetoestande, soos vroeër uiteengesit, is die volgende hipoteses gestel:

- 7) Onder toestande van stres sal daar 'n verhoogde uitdrukking van negatiewe affek** voorkom by die oorplantingsgroep.
- 8) Onder toestande van stres sal daar 'n verlaagde uitdrukking van positiewe affek** voorkom by die oorplantingsgroep.

4.2.6

Ontkenning en orgaanoorplanting

Freyberger (1976) en Mai (1986) wys daarop dat ontkenning 'n belangrike hanteringsmeganisme by orgaanoorplantings pasiënte is. Volgens Mai (1986) stel dit hulle in staat om gevoelens van angs, konflik en ambivalensie uit te stel totdat hulle beter geakkomodeer kan word. Walke (1977) wys daarop dat ontkenning die vorm kan aanneem van, byvoorbeeld, die minimalisering van komplikasies en 'n afwesigheid van verwysings na toekomstige gebeure.

Freyberger (1986) onderskei tussen drie grade van intensiteit van ontkenning, naamlik, realisties, hoogs intensief en ontoereikend. Realistiese ontkenning kom volgens hom onder die meeste oorplantingspasiënte voor en het 'n gesonde rekonsiliasie met die eise

** Soos getakseer deur die Multiple Affect Adjective Check List en die Mood Adjective Check List.

***** Soos getakseer deur die Symptom Check List.

van die terapeutiese program tot gevolg. Reaktiewe toestande van angs, depressie en 'n ontoereikende selfbeeld lei nie tot psigiese dekompensasie indien ontkenning realisties is nie (Freyberger, 1976). Die meganisme waarvolgens ontkenning geskied, is egter onduidelik en geen inligting kon opgespoor word wat dit verhelder nie. Daar bestaan verder ook geen aanduidings of realistiese vlakke van ontkenning by oorplantings pasiënte voorkom wat 'n geruime tyd tevore 'n oorplanting ondergaan het nie. Sulke inligting is belangrik aangesien dit implikasies vir die behandeling van oorplantings pasiënte inhou. Freyberger (1976) meld byvoorbeeld dat hoogs intensiewe ontkenning tot 'n totale repressie van begrip van die behandelingsprogram kan lei.

In die lig van die feit dat persone wat aan die onderhawige studie deelgeneem het 'n geruime tyd tevore 'n orgaanoorplanting ondergaan het en fisies fiks verklaar is deur 'n geneesheer, (wat dus impliseer dat die behandelingsprogram nagevolg word), kan daar aanvaar word dat realistiese vlakke van ontkenning opereer. Die volgende hipotese is gestel:

- 9) Daar opereer realistiese vlakke aan ontkenning* by die oorplantingsgroep.

4.2.7

Kwaliteit van lewe en orgaanoorplanting

Uit die literatuur blyk dit dat daar 'n vraagteken hang oor die kwessie of 'n orgaanoorplanting tot 'n verhoogde kwaliteit van lewe lei (Procci, 1980). Navorsing toon byvoorbeeld aan dat 'n orgaanoorplanting nie

* Soos getakseer deur die Mood Adjective Check List, die Multiple Affect Adjective Check List en die Sickness impact Profile.

outomaties met verbeterde vlakke van pyn geassosieer kan word nie (Binik et al., 1982). Levy (1986) toon verder aan dat heelparty oorplantingspasiënte strawwe konflik ervaar wat betref afhanklikheids- en onafhanklikheidsbehoefte. Kaplan De Nour (1980) kom tot die gevolgtrekking dat oorplantingspasiënte nie objektief beter vaar as diegene op dialise nie maar wel 'n gevoel van groter tevredenheid ervaar. Johnson et al., (1982) bevind dat kadaweroorplantings oor die algemeen nie die kwaliteit van lewe verbeter nie. Kalman et al., (1983) kom tot die gevolgtrekking dat daar nie sondermeer aanvaar kan word dat orgaanoorplanting die beste wyse van behandeling is nie.

Ten spyte van die toename in die aantal orgaanoorplantings wat gedoen word en die gerapporteerde sukses van die prosedure (Levy, 1985), blyk dit uit die literatuur dat daar nie sondermeer aanvaar kan word dat 'n orgaanoorplanting tot 'n verhoogde kwaliteit van lewe, in vergelyking met dialise, sal lei nie. Hierdie aspek is belangrik en behoort verder ondersoek te word aangesien die besluit om 'n oorplanting te ondergaan gewoonlik 'n emosionele besluit is (Kalman et al., 1983).

In vergelyking met 'n groep pasiënte wat akute maar nie lewensbedreigend siek is nie, is 'n oorplantingsgroep ernstiger siek aangesien die siekte chronies en ook lewensbedreigend is. Indien 'n oorplantingsgroep beduidend meer siektesimptome en negatiewe affek toon en 'n groter psigo-sosiale impak ervaar weens hul siekte, in vergelyking met 'n kontrolegroep, kan daar aanvaar word dat die oorplantingsgroep 'n ontoereikende kwaliteit van lewe het. Die volgende hipotese is in hierdie verband gestel.

- 10) Die oorplantingsgroep sal 'n ontoereikende kwaliteit van lewe vertoon en dit manifesteer in 'n aanwesigheid van 'n beduidende

hoër psigo—sosiale impak van die siekte, verhoogde siekte—
simptome, verlaagde positiewe affek en verhoogde negatiewe affek
in vergelyking met die kontrolegroep.

Vervolgens word die metode van ondersoek in die studie bespreek.

HOOFSTUK 2

METODE

2.1

INLEIDING

Engel (1986) meld dat die hantering en bestuur van 'n pasiënt se gedrag 'n integrale aspek van die mediese praktyk is, maar dat daar 'n gebrek aan kennis hieroor bestaan. Die gedrag wat 'n persoon se siektetoestand vergesel, het dikwels niks of weinig te doen met die objektiewe fisieke patologie, (Egan et al., 1987) terwyl na raming minder as een-derde van diegene met 'n klinies beduidende siektetoestand nie 'n geneesheer besoek nie (Turk et al., 1986). Davis et al., (1977) meld in die verband dat navorsing daarop dui dat heelwat ernstige siektes nie gerapporteer word nie en dus nie behandel word nie, terwyl geneeshere op hul beurt kla dat hulle dikwels besoek word deur persone met minder ernstige klagtes. Dit blyk dus dat 'n persoon se siektegedrag 'n baie belangrike aspek van sy siektetoestand is in die lig van die groot variansie wat in die verband voorkom.

Die literatuur toon aan dat siektegedrag deur 'n verskeidenheid faktore beïnvloed kan word, waaronder kognisies (Lazarus, 1982), stres (Cassel, 1974), psigologiese weerloosheid (Canter et al., 1966) negatiewe gemoedstoestande (Mechanic, 1980) en kontrole (Pennebaker et al., 1977). Dit blyk verder dat faktore, soos byvoorbeeld huweliks-ontwrigting, die dood van 'n geliefde en teleurstelling 'n beduidende invloed kan hê op die ontwikkeling en verloop van veral siektetoestande wat met die immuunstelsel verband hou (Borysenko, 1984).

Die meeste navorsing wat siektegedrag beskryf, doen dit na gelang van die manifestasie daarvan by veral psigosomatiese siektetoestande, byvoorbeeld asma en maagswere, asook by somatoforme steurnisse, naamlik, somatiseringversteuring, konversieversteuring, psigogeniese pynsteurnis en hipokondrie (Levy, 1981; Barsky et al., 1983).

Dit blyk egter dat daar min beskrywende inligting is oor die siektegedrag wat by spesifieke pasiëntgroepe voorkom. Daar is ook geen beskrywende data oor die relatiewe invloed van die fisieke versus die sielkundige faktore by siektegedrag nie. Sodanige inligting is belangrik in die lig van bevindinge dat siektegedrag nie noodwendig met die aanwesige fisieke patologie verband hou nie (Mechanic, 1962).

Die gebrekkige inligting oor siektegedrag, soos wat dit voorkom by spesifieke pasiëntgroepe, en die onduidelikheid oor faktore wat siektegedrag beïnvloed, blyk 'n ernstige leemte in die literatuur te wees. Dit is dus belangrik om ondersoek in te stel hierna, aangesien dit bepaalde implikasies vir die behandeling van die pasiënt inhou. 'n Gebrek aan kennis hieroor kan byvoorbeeld daartoe lei dat 'n pasiënt behandeling ontvang in die afwesigheid van organiese patologie, of geen behandeling ontvang nie in die teenwoordigheid van ernstige organiese patologie (Lazarus, 1982).

Inligting oor die relatiewe invloed van die fisieke versus die sielkundige faktore op siektegedrag is dus noodsaaklik. Hierdie invloede kan ondersoek word onder pasiënte by wie die organiese patologie bekend is en vir 'n lang periode aanwesig is, aangesien daar so gediskrimineer kan word tussen onderskeidelik die invloed van die aanwesige siekte en die omgewing op normale en, indien aanwesig, abnormale siektegedrag.

Die doel van hierdie studie is dus om die siektegedrag van lewensbedreigde pasiënte te beskryf, hul siektegedrag te vergelyk met die siektegedrag van pasiënte met 'n nie-lewensbedreigende siekte en om die relatiewe invloed van omgewingsfaktore op hul siektegedrag te bepaal.

Om die spesifieke hipotese te toets, is nieroorplantingspasiënte en nie-lewensbedreigde pasiënte vergelyk in terme van die subjektiewe ervaring van stres, affektiewe toestande, siektesimptome en die psigososiale impak van die siekte. Die oorplantingspasiënte is verder gekarakteriseer in terme van die aan- of afwesigheid van psigopatologie en die aanwesigheid van stres.

In hierdie hoofstuk word die seleksie van proefpersone, die meetinstrumente, die prosedure, die eksperimentele ontwerp en die statistiese analise bespreek.

2.2

Proefpersone

Hierdie studie bestaan uit twee fasette, naamlik, 'n longitudinale- en 'n vergelykende faset. In die eerste faset word 'n groep oorplantingspasiënte met hulself vergelyk onder toestande van stres en nie-stres. In die tweede faset word 'n groep oorplantingspasiënte met 'n kontrolegroep vergelyk, bestaande uit akute en kortstondige siek pasiënte.

Die oorplantingspasiënte is 'n groep van 15 pasiënte bestaande uit 8 mans en 7 dames. Die mans se ouderdomme wissel tussen 22 en 40 jaar met 'n gemiddelde van 32 jaar. Al die mans het langer as 2 jaar vantevore 'n nieroorplanting ondergaan terwyl die tydperk

sedertoorplanting wissel tussen 2 jaar en 10 jaar. Die dames se ouderdomme wissel tussen 19 en 57 jaar met 'n gemiddelde van 37 jaar. Al die dames het langer as 3 jaar vantevore 'n nieroorplanting ondergaan terwyl die tydperk sedert oorplanting wissel tussen 3 jaar en 16 jaar.

Vir die doeleindes van die studie was dit belangrik dat die oorplantingsgroep moes bestaan uit 'n groep gerehabiliteerde oorplantings pasiënte wat as 'n "suksesgroep" beskou kon word. Dit was belangrik aangesien fisieke veranderlikes, byvoorbeeld verwerpings-response, infeksies, ensovoorts, by so 'n groep afwesig en dus gekontroleer sou wees. Dit was verder belangrik dat die groep saam 'n stresvolle situasie moes ervaar en dus saam aan dieselfde stresvolle-situasie—blootgestel moes wees.

Daar is besluit om die lede van die Suid-Afrikaanse Oorplantingspan na die Wêreld-Oorplantingspele van 1987 in Innsbruck, Oostenryk, as proefpersone te gebruik. Hierdie groep pasiënte verteenwoordig 'n "suksesgroep" vanweë hul deelname aan sport en die feit dat hulle 'n geruime tyd voor die Spele deur 'n geneesheer as "gesond" verklaar is en dus vry was van enige ongekontroleerde fisieke faktore. Daar is verder besluit om hierdie pasiënte te gebruik omdat hulle saam aan dieselfde stresvolle situasie blootgestel sou wees.

'n Groep privaat-praktisynspraktyke is op 'n toevallige basis gekies om die nie-lewensbedreigde groep te verteenwoordig. Hierdie groep is met die oorplantingsgroep gepaar ten opsigte van ouderom en geslag. Die groep het bestaan uit 8 mans en 7 dames. Die mans se ouderdomme wissel tussen 22 en 40 jaar met 'n gemiddelde van 32 jaar. Die dames se ouderdomme wissel tussen 19 en 57 jaar met 'n gemiddeld van 37 jaar.

Hierdie pasiënte se siektetoestande wissel, maar sluit nie kwale in soos beenbreuke wat hospitalisasie vereis nie. Hierdie pasiënte het ook nie lewensbedreigende of chroniese siektetoestande gehad nie.

2.3 Meetinstrumente

Ten einde die veranderlikes te meet, soos in die hipotesestelling uiteengesit, is daar van die volgende meetinstrumente gebruik gemaak.

2.3.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.)

Die M.M.P.I. is 'n vraelys bestaande uit 550 verskillende stellings waarop daar "waar" of "vals" geantwoord moet word en wat 'n verskeidenheid gedagtes, gevoelens, houdings en vorige lewenservaringe beskryf. Die stellings sluit ook fisieke en emosionele simptome in. Die M.M.P.I. word aanvaar as 'n evalueringsmetode en kliniese hulpmiddel in geestes-inrigtings. Die instrument is 'n persoonlikheidstoets wat die identifisering van psigopatologie fasiliteer en bydra tot die identifikasie van die graad van die psigopatologie (Colligan, 1985). Colligan (1985), Little (1954) en Kleinmuntz (1962) beskryf die geldigheid en betroubaarheid van die instrument as geheel, asook die onderskeie skale, as toereikende en die instrument is vir die doeleindes van die studie as toereikend beskou. Alhoewel die instrument in die V.S.A. ontwikkel is, dui navorsing daarop dat verskille in tellings wat mag voorkom by ander Westerse bevolkingsgroep eerder dui op vertalingsprobleme as op werklike sielkundige verskille tussen die groepe (Kleinmuntz, 1962). In die lig hiervan kan die instrument ook in die R.S.A. gebruik word deur diene wat die taal magtig is.

Die instrument bestaan uit 14 skale. Vervolgens 'n kort beskrywing van die skale.

- 1) Kan nie (?) – Hierdie geldigheidskaal verteenwoordig die totale aantal items wat nie beantwoord is nie of wat as beide waar en vals beantwoord is.
- 2) Skaal L (L) – 'n Verhoogde telling op die skaal dui daarop dat die persoon 'n bewustelike poging aangewend het om die indruk te skep van 'n "goeie" persoon.
- 3) Skaal F (F) – Hoe groter die telling op die skaal, hoe groter is die kans dat een of ander faktor daartoe bydra dat die antwoorde ongeldig is.
- 4) Skaal K (K) – 'n Verhoogde telling op die skaal dui op 'n meer subtile psigologiese defensiwiteit as skaal (L).
- 5) Skaal 1 (Hs) – 'n Verhoogde telling dui op 'n oormatige besorgdheid oor die liggaam.
- 6) Skaal 2 (D) – 'n Verhoogde telling dui op gevoelens van depressie, hartseer en pessimisme.
- 7) Skaal 3 (Hy) – 'n Verhoogde telling dui op sielkundige onvolwassenheid.
- 8) Skaal 4 (Pd) – 'n Verhoogde telling dui op gevoelens van aggressiewe rebelsheid.

- 9) Skaal 5 (Mf) – Hierdie skaal dui op die mate waartoe die individu met tradisionele manlike en vroulike rolle identifiseer.
- 10) Skaal 6 (Pt) – Verhoogde tellings dui op veralgemeende gevoelens van angs en ongemak.
- 11) Skaal 7 (PA) – Verhoogde tellings op die skaal mag dui op oor-sensitiwiteit en agterdog.
- 12) Skaal 8 (Sc) – Hierdie skaal dui op die gemak wat ervaar word binne interpersoonlike verhoudings.
- 13) Skaal 9 (Ma) – Hierdie skaal meet die individu se vlak van sielkundige energie.
- 14) Skaal 0 (Si) – Hierdie skaal meet sosiale introversie.

Hierdie instrument word geadministreer met behulp van 'n handleiding wat die waar- en valsstellings bevat en 'n antwoordblad waarop die toetsling sy antwoord aandui. Die antwoordblad word met behulp van 'n masker nagesien en routellings word aangeteken op 'n vorm wat die navorser in staat stel om die routellings om te skakel in T-tellings. T-tellings bo 70 verteenwoordig beduidende hoë tellings terwyl T-tellings onder 50 beduidend laag is.

Voordat die kliniese skale geïnterpreteer word, word die volgende skale eers geëvalueer: T, L en F. Dit word gedoen om 'n subjektiewe indruk van die graad van distorsie te verkry. Hierna kan die profiel geïnterpreteer word. Daar is aanvanklik geglo dat 'n verhoging op een skaal op 'n psigiatriese toestand dui. Hierdie kwantitatiewe

interpretasie het egter nie aan die verwagtinge voldoen nie en daar is gevind dat kenmerkende hoë en lae tellings op kenmerkende patrone van gedagtes en gedrag dui. Vir die doeleindes van hierdie studie is laasgenoemde interpretasiemetode gebruik. Hierdie metode staan as die "aktuariële" metode bekend (Dahlstrom et al., 1960).

2.3.2 Multiple Affect Adjective Check List (M.A.A.C.L.)

Hierdie skaal is deur Zuckerman (1960) en Zuckerman et al., (1962) ontwerp om angs, depressie en vyandigheid te takseer.

Zuckerman (1960) het die instrument oorspronklik ontwikkel om die herhaalde voorkoms van angsvlakke te takseer. Die skaal bestaan uit 21 items wat in twee groepe verdeel word, naamlik, "angs-plus" en "angs-minus" items.

Die "angs-plus" items omsluit onder andere die volgende: "afraid, desperate, fearful, frightened, nervous, panicky, shaky, tense, terrified, upset, worrying" (Zuckerman et al., 1964).

Die "angs-minus" items omsluit onder andere die volgende: "calm, cheerful, contented, happy, joyful, loving, pleasant, secure, steady, thoughtful" (Zuckerman et al., 1964).

Zuckerman et al., (1964) het 'n "Multiple Affect Adjective Check List" ontwikkel, waar angs soos in Zuckerman (1960) gemeet word, maar skale vir die meting van depressie en vyandigheid bygevoeg word. Beide

die skale, soos die angsskaal, is in "depressie-plus", "depressie-minus", "vyandigheid-plus" en "vyandigheid-minus" items onderskeidelik onderverdeel.

"Depressie-plus" items omsluit onder andere die volgende: "alone, awful, blue, destroyed, discouraged, forlorn, gloomy, hopeless, lonely, lost, low, miserable, rejected, sad, suffering, sunk, terrible, tormented, unhappy, wilted" (Zuckerman et al., 1964).

"Depressie-minus" items omsluit onder andere die volgende: "active, alive, clean, enthusiastic, fine, fit, free, gay, glad, good, healthy, inspired, interested, lucky, merry, peaceful, safe, strong, whole, young" (Zuckerman et al., 1964).

"Vyandigheid-plus" items omsluit onder andere die volgende: "angry, bitter, cruel, disagreeable, discontented, disgusted, enraged, furious, irritated, mad, mean, offended, outraged, stormy, unsociable, vexed" (Zuckerman et al., 1964).

"Vyandigheid-minus" items omsluit onder andere die volgende: "agreeable, amiable, cooperative, friendly, good-natured, kindly, polite, sympathetic, tame, tender, understanding, willful" (Zuckerman et al., 1964).

Die skaal word geadministreer deur elke proefpersoon met vraelyste met bovermelde items te voorsien, met die opdrag dat hulle moet aantoon hoe hulle "vandag" voel.

Die skaal word nagesien deur een punt vir elke "plus" item van die drie skale, naamlik, angs, depressie en vyandigheid, wat as 'n gevoel deur die persoon aangetoon is, toe te ken. 'n Verdere punt word vir elke "minus" item van die drie onderskeie skale, naamlik, angs, depressie en vyandigheid wat nie as 'n bestaande gevoel deur die persoon aangetoon is nie, toegeken.

Die totale telling word hierna vir angs, depressie en vyandigheid vir alle proefpersone verkry. Die totale tellings word verkry deur dit te sommeer.

Zuckerman en Biase (1962) toon aan dat die angsskaal oor toereikende geldigheid beskik. Die geldigheid van die depressie- en vyandigheidskale is ook as toereikend beoordeel (Zuckerman et al., 1964). Die betroubaarheid op grond van die Spearman-Brown formule word as 0,79 (angst), 0,92 (depressie) en 0,90 (vyandigheid) aangedui en word as toereikend bestempel (Zuckerman et al., 1964).

Ten spyte daarvan dat hierdie instrument deur van der Merwe (1987) gestandaardiseer is vir Suid-Afrikaanse omstandighede, is daar besluit om 'n multi-trek - multi-metode analise van konvergente en diskriminante geldigheid op die instrument uit te voer ten einde vas te stel of hy oor konstruk geldigheid beskik (Campbell et al., 1959).

Ten opsigte van die huidige studie is dan verwag dat die subskaal vyandigheid op 'n hoë orde positief sou korreleer met die subskale Aggressie en Skeptisisme van die Mood Adjective Check List (M.A.C.L.).

Daar is verder verwag dat die subskaal vyandigheid negatief sal korreleer met die M.A.C.L. skale Surgensie, Opgewektheid, Sosiale affeksie en Lewenskrag.

Daar is verder verwag dat die subskaal Angs positief sou korreleer met die M.A.C.L. skaal Angs, en negatief sou korreleer met die M.A.C.L. skale Opgewektheid, Konsentrasie, Sosiale Affeksie en Lewenskrag.

Daar is verder verwag dat die skaal Depressie positief sal korreleer met die M.A.C.L.-skale Moegheid en Hartseer en negatief sal korreleer met die skale Surgensie, Egotisme en Lewenskrag. (Verwys na Tabel 2.3.1).

Daar is ook verwag dat die skale Depressie, angs en vyandigheid positief sal korreleer met die teenwoordigheid van siektesimptome soos gemeet deur die Symptom Check List (Verwys na Tabel 2.3.2).

Tabel 2.3.1

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussen M.A.A.C.L.-tellings en M.A.C.L.-tellings

Veranderlikes	M.A.A.C.L.		
	Angs	Vyandigheid	Depressie
Aggressie	r = 0,3996	r = 0,5248*	r = 0,4979
Angs	r = 0,2728	r = 0,1113	r = 0,0974
Surgensie	r = -0,5392*	r = -0,6684*	r = -0,6247*
Opgewektheid	r = -0,3119	r = -0,5116*	r = -0,4466
Konsentrasie	r = -0,0531	r = -0,02114	r = -0,1173
Moegheid	r = 0,6369*	r = 0,6037*	r = 0,6493*
Sosiale Affeksie	r = -0,5472*	r = -0,7132*	r = -0,6090*
Hartseer	r = 0,3605	r = 0,4720	r = 0,4254
Skeptisisme	r = 0,4304	r = 0,4909	r = 0,4105
Egotisme	r = -0,3659	r = -0,1767	r = -0,2475
Lewenskrag	r = -0,2857	r = -0,4383	r = -0,4055

* $p < 0,05$

Tabel 2.3.2

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasies tussen Symptom Check List-tellings en M.A.A.C.L.-tellings

M.A.A.C.L.		Symptom Check List
Veranderlikes		
Angs		r = 0,3962
Vyandigheid		r = 0,3657
Depressie		r = 0,3825

Daar is gepostuleer dat die subskaal vyandigheid (M.A.A.C.L.) positief sou korreleer met die skale Aggressie, Moegheid en Skeptisisme (M.A.C.L.). Bevestiging is betekenisvol verkry vir hierdie postulate met die uitsondering van die skaal Skeptisisme. Hier is die korrelasie egter in die regte rigting en nader dit betekenisvolheid. Die postulasie dat die subskaal vyandigheid negatief sou korreleer met die M.A.A.C.L.-skale van Surgensie, Opgewektheid, Sosiale Affeksie en Lewenskrag word, met die uitsondering van Lewenskrag, betekenisvol bevestig. Die korrelasie met Lewenskrag is egter in die regte rigting en dit nader beduidendheid.

Die postulate dat die M.A.A.C.L.-skaal Angs positief sou korreleer met die M.A.C.L.-skaal Angs en negatief sou korreleer met die skale Opgewektheid, Konsentrasie, Sosiale Affeksie en Lewenskrag is telkens bevestig.

Bevestiging is ook verkry vir die postulate dat Depressie (M.A.A.C.L.) positief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale Moegheid en Hartseer, en negatief sou korreleer met die skale Surgensie, Egotisme en Lewenskrag.

Hoewel die korrelasies tussen die S.C.L. en die skale van die M.A.A.C.L. nie beduidend positief is nie, lê die korrelasies in die gepostuleerde rigting.

In die lig van die bevestiging van die gepostuleerde korrelasies blyk dit dat hierdie instrument vir die doeleindes van hierdie studie oor betekenisvolle konvergente en diskriminante konstrugeldigheid beskik.

In die lig daarvan dat siektetoestande ook die individu se gedrag beïnvloed (Pilowsky, 1978) en waarskynlik met negatiewe affek

(Suchman, 1965) of 'n afwesigheid van positiewe affek gepaard gaan (Viney, 1986), is dit vir die doeleindes van hierdie studie nodig om herhaaldelike en geldige metings van die proefpersone se affektiewe belewenisse te verkry. Hierdie instrument bied so 'n meting aangesien dit herhaaldelik gebruik kan word en nie beïnvloed word deur sosiale wenslikheid nie (Zuckerman et al., 1984).

Die instrument is nie in Afrikaans vertaal nie aangesien die proefpersone almal ten volle tweetalig is en die instrument geen ingewikkelde terminologie bevat nie.

2.3.3

Mood Adjective Check List (M.A.C.L.)

Volgens Nowlis (1965) het die konsep "affek" vroeër nie 'n regmatige plek in die sielkundige teorie gehad nie. Dimensies van affek dui egter volgens hom op belangrike sielkundige aspekte. Die toenemende aantal studies oor onderwerpe soos opwekking, stres, emosies en die effek van dwelms het egter 'n behoefte geskep aan 'n gestandaardiseerde en gerieflike instrument wat die huidige affektiewe status van 'n individu kan monitor. Die M.A.C.L. is met die doel voor oë ontwikkel (Tomkins en Izard, 1966).

Volgens Nowlis (1965) verwys affek nie na 'n spesifieke gedrags- of motiveringsstelsel nie, maar na die persoon as geheel. Affek dui ook op breë gedragspatrone en ervarings tydens 'n bepaalde interval.

Aangesien affek die totale persoon insluit en dit betrekking het op breë gedragspatrone, is dit volgens Nowlis (1961) moontlik om 'n verskeidenheid van response te gebruik in die bestudering daarvan. Die M.A.C.L. gebruik persone se adjektiewe wat die sin "Ek voel ...", voltooi.

In die lig daarvan dat siektetoestande waarskynlik met negatiewe affek (Suchman, 1965) of 'n afwesigheid van positiewe affek gepaard gaan (Viney, 1986), is dit vir die doeleindes van hierdie studie nodig om herhaaldelike en geldige metings van proefpersone se affektiewe belewenisse te verkry. Hierdie instrument bied sulke metings. Nowlis (1966) toon aan dat hierdie skaal ook nie beduidend beïnvloed word deur sosiale wenslikheid nie, ten spyte van die feit dat bepaalde emosies meer "wenslik" mag voorkom as ander.

Die M.A.C.L. bestaan uit 11 affektiewe faktore, naamlik:

Aggressie. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "angry, defiant, rebellious" (Tomkins et al., 1965).

Angs. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "clutched up, fearful, jittery" (Tomkins et al., 1965)

Surgensie. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "carefree, playful, witty" (Tomkins et al., 1965).

Opgewektheid. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "elated, overjoyed, pleased" (Tomkins et al., 1965).

Konsentrasie. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "concentrating, engaged in thought, intent" (Tomkins et al., 1965).

Moegheid. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "drowsy, sluggish, tired" (Tomkins et al., 1965).

Sosiale affeksie. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "affectionate, kindly, warmhearted" (Tomkins et al., 1965).

Hartseer. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "sad, sorry, regretful" (Tomkins et al., 1965).

Skeptisisme. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "dubious, sceptical, suspicious" (Tomkins et al., 1965).

Egotisme. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "boastful, egotistic, self-centered" (Tomkins et al., 1965).

Lewenskrag. Hierdie faktor omsluit die volgende adjektiewe: "active, energetic, vigorous" (Tomkins et al., 1965).

Die adjektiewe van die skale word 3 keer herhaal en die persoon se punt word bereken deur die punte wat hy met die omkringing by elke skaal (Dikwels = 3; Selde = 2; Weet nie = 1 en Nee = 0) behaal het, te sommeer. Die persoon kan dus 'n maksimum van 9 en 'n minimum van 0 op elke skaal behaal.

Nowlis (1966) toon aan dat navorsing daarop dui dat die M.A.C.L. bepaalde affektiewe toestande meet, aangesien veranderinge in een affektiewe faktor ook lei tot veranderinge in ander affektiewe faktore, en nie affektiewe trekke nie.

Nowlis (1966) toon aan dat die skaal toereikende geldigheid het. Studies deur Nowlis en Green (1964) toon aan dat die betroubaarheid van die skale toereikend is en wissel tussen 0,5 en 0,75.

Ten spyte daarvan dat hierdie instrument deur Van Heerden (1979) gestandaardiseer is vir Suid-Afrikaanse omstandighede, is daar besluit om 'n multi-trek-multi-metode analise van konvergente en diskriminante geldigheid (Campbell en Fiske, 1959) op die instrument uit te voer ten einde vas te stel of hy oor konstruegeldigheid beskik.

Ten opsigte van die huidige studie is daar 'n positiewe korrelasie verwag tussen die subskale Aggressie en Skeptisisme, en die Multiple Affect Adjective Check List (M.A.A.C.L.) skaal Vyandigheid. Daar is verder 'n negatiewe korrelasie verwag tussen die skaal Sosiale Affeksie en die M.A.A.C.L. skaal Vyandigheid.

Daar is ook 'n hoë orde positiewe korrelasie verwag tussen die skaal Angs en die M.A.A.C.L. skaal Angs. Daar is ook 'n positiewe korrelasie verwag tussen die skale Moegheid en Hartseer en die M.A.A.C.L. skaal Depressie. Daar is verder 'n negatiewe korrelasie verwag tussen die skale Surgensie, Opgewektheid en Lewenskrag, en die M.A.A.C.L. skaal Depressie (Verwys na Tabel 2.3.3).

Daar is verder verwag dat die skale Aggressie, Angs, Moegheid en Skeptisisme positief sal korreleer met die Symptom Check List. Daar is ook verwag dat die skale Surgensie, Opgewektheid, Sosiale affeksie, Egotisme en Lewenskrag negatief sal korreleer met die Symptom Check List (Verwys na Tabel 2.3.4).

Tabel 2.3.3

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussen M.A.A.C.L.-tellings en M.A.C.L.-tellings

M.A.C.L.	M.A.A.C.L.		
Veranderlikes	Angs	Vyandigheid	Depressie
Aggressie	r = 0,3996	r = 0,5248*	r = 0,4979
Angs	r = 0,2728	r = 0,1113	r = 0,0974
Surgensie	r = -0,5392*	r = -0,6684*	r = -0,6247*
Opgewektheid	r = -0,3119	r = -0,5116*	r = -0,4466
Konsentrasie	r = -0,0531	r = -0,2114	r = -0,1173
Moegheid	r = 0,6369*	r = 0,6037*	r = 0,6493*
Sosiale Affeksie	r = -0,5472*	r = -0,7132*	r = -0,6090*
Hartseer	r = 0,3605	r = 0,4720	r = 0,4254
Skeptisisme	r = 0,4304	r = 0,4909	r = 0,4105
Egotisme	r = -0,3659	r = -0,1767	r = -0,2475
Lewenskrag	r = -0,2857	r = -0,4383	r = -0,4055

* $p < 0,05$

Tabel 2.3.4

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasies tussen Symptom Check List-tellings en M.A.C.L.-tellings

M.A.C.L. Veranderlikes	Symptom Check List
Aggressie	$r = 0,5205^*$
Angs	$r = 0,0262$
Surgensie	$r = -0,1300$
Opgewektheid	$r = 0,0039$
Konsentrasie	$r = 0,4225$
Moegheid	$r = 0,5833^*$
Sosiale Affeksie	$r = -0,2927$
Hartseer	$r = 0,0949$
Skeptisisme	$r = 0,1472$
Egotisme	$r = -0,3149$
Lewenskrag	$r = -0,0782$

* $p < 0,05$

Daar is gepostuleer dat die subskaal Vyandigheid (M.A.A.C.L.) positief sou korreleer met die skale Aggressie, Moegheid en Skeptisisme (M.A.C.L.). Bevestiging is betekenisvol verkry vir hierdie postulasie met die uitsondering van die skaal Skeptisisme. Hier is die korrelasie egter in die regte rigting en nader dit betekenisvolheid. Die postulasie dat die subskaal Vyandigheid negatief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale van Surgensie, Opgewektheid, Sosiale Affeksie en Lewenskrag word, met die uitsondering van Lewenskrag, betekenisvol bevestig. Die korrelasie met Lewenskrag is egter in die regte rigting en dit nader beduidendheid.

Die postulate dat die M.A.A.C.L.-skaal Angs positief sou korreleer met die M.A.C.L.-skaal Angs en negatief sou korreleer met die skale Opgewektheid, Konsentrasie, Sosiale Affeksie en Lewenskrag, word telkens bevestig.

Bevestiging is ook verkry vir die postulate dat Depressie (M.A.A.C.L.) positief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale Moegheid en Hartseer, en negatief sou korreleer met die skale Surgensie, Egotisme en Lewenskrag.

Daar is gepostuleer dat die S.C.L. positief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale Aggressie, Angs en Moegheid. Hierdie postulate is elkeen bevestig. Die postulate dat die S.C.L. negatief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale Hartseer, Surgensie, Opgewektheid, Sosiale Affeksie en Lewenskrag, is elkeen bevestig. Hoewel hierdie korrelasies nie beduidend is nie, lê elkeen in die verwagte rigting.

Dit blyk dus dat die M.A.C.L. vir die doeleindes van hierdie studie oor betekenisvolle konvergente en diskriminante geldigheid beskik.

Hierdie instrument is nie in Afrikaans vertaal nie aangesien die proefpersone almal ten volle tweetalig is en die instrument geen ingewikkelde terminologie bevat nie.

2.3.4

Symptom Check List (S.C.L.)

Die Symptom Check List wat in hierdie proefskrif gebruik word, is gebaseer op die S.C.L.-90 en dit takseer simptomatologie geassosieer met 'n breë verskeidenheid siektetoestande. Die S.C.L.-90 differensieer verskillende subgroepe van pasiënte (Shutty et al., 1986).

Chroniese pynpasiënte, wat nou ooreenstem met die chroniese siek oorplantingspasiënte in hierdie studie, het op grond van faktorerings van die skaal drie groepe profiele uitgelig, naamlik:

- 1) pasiënte wat ekstreme somatiseringstellings vertoon het, dit wil sê met sielkundige ontkenning
- 2) pasiënte met ekstreme hoë tellings op al die skale wat sielkundig oorstelp gevoel het, en
- 3) pasiënte met gemiddelde hoë tellings op al die skale wat sielkundig aangepas is (Jamison et al., 1988).

Die subgroepe 1 en 2 hierbo genoem word gekarakteriseer as synde dat hulle siektegedrag vertoon wat sou baat by behandeling.

Voorts het Shutty et al., (1986) 'n drie-faktor oplossing gevind wat ooreenstem met die wat Jamison et al., (1988) gerapporteer het. Die S.C.L.-90 takseer dus duidelik siekteverwante gedrag geassosieer met chroniese siekte toestande. Dit blyk uit die werk van Jamison et al., (1988), Derogatis et al., (1977) en Grant et al., (1987) dat die S.C.L.-90 spesifiek daardie simptome takseer wat die meeste vertoon word deur persone met 'n chroniese siektetoestand.

Indien daar siektegedrag-geneigdheid is by persone met chroniese siektetoestande, sou hulle besondere hoë punte behaal op hierdie instrument.

Hierdie instrument meet die aanwesigheid van 'n verskeidenheid simptome. Dit sluit die volgende in, naamlik: die afwesigheid van slaap, aptyt en energie, die aanwesigheid van koors, rugpyn, maagpyn,

borspyn, gastriese ongemak, krampe, duiseligheid, slegte smaak in die mond, swelling, uitslag, hartkloppings en asemhalingsprobleme.

Die proefpersoon dui die teenwoordigheid van die simptome aan op 'n Likert-tipe skaal waar 0 dui op die afwesigheid van die simptome en 5 op die swaar aanwesigheid daarvan. Totaaltellings word verkry deur die waardes te sommer.

In terme van die geldigheid en betroubaarheid van die studie, het analyses van Jamison et al., (1988) en Derogatis et al., (1977) aangetoon dat die meetinstrument oor aanvaarbare geldigheid en betroubaarheid beskik. Jamison et al., (1988) toon aan dat die aanduiding van siektegedrag soos gereflekteer deur die S.C.L.-90 baie hoog korreleer met die siektegedrag-profiel soos gevind op die Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.). Dit is interessant om te merk dat persone wat hoër tellings op die S.C.L.-90 vertoon dikwels meer medikasie gebruik as persone wat ander tellings vertoon. 'n Ander interessante feit is dat mans en vroue dikwels verskil op die tellings in die sin dat mans dikwels in dieselfde chroniese pyntoestand, hoër tellings op hierdie skaal vertoon.

Daar is oorspronklik deur Schwartz et al., (1983) gemeen dat persone met chroniese siektes wat lae stellings op die S.C.L.-90 vertoon, persone is wat hulle siekte ontken en dan ook nie sal erken dat hulle emosionele-ontsteltenis het nie. Dit blyk dus dat lae tellings op die S.C.L.-90 op die ontkenning van somatiese siektes dui. Jamison et al., (1988) kom tot die gevolgtrekking dat die S.C.L.-90 op die oomblik die beste skaal is vir die taksering van siektesimptome by chroniese siek pasiënte.

Omdat die skaal nog nie in die Suid-Afrikaanse konteks vir geldigheid

geanaliseer is nie, is besluit om 'n multi-trek-multi-metode analise van konvergente en diskriminante geldigheid te doen (Campbell en Fiske, 1959).

Ten opsigte van hierdie studie is daar verwag dat die tellings op die S.C.L. positief sal korreleer met die Hs skaal van die M.M.P.I. Daar is verder verwag dat die S.C.L. positief sal korreleer met die onderskeie skale van die Multiple Affect Adjective Check List (M.A.A.C.L.) naamlik Angs, Vyandigheid, Depressie. 'n Positiewe korrelasie is ook verwag tussen die S.C.L. en die skale Aggressie, Angs en Moegheid van die Mood Adjective Check List (M.A.C.L.). 'n Negatiewe korrelasie is verwag tussse die S.C.L. en die M.A.C.L. skale Hartseer, Surgensie, Opgewektheid, Sosiale affeksie en Lewenskrag (Verwys na Tabel 2.3.5; 2.3.6; 2.3.7)

Tabel 2.3.5

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussse M.M.P.I.-tellings en Symptom Check List-tellings

M.M.P.I.

Symptom Check List

Veranderlikes

Si	$r = 0,2123$
Ma	$r = 0,2231$
Sc	$r = 0,0653$
Pt	$r = 0,0983$
Pa	$r = 0,0273$
Mf	$r = -0,1163$
Pd	$r = 0,0918$
Hy	$r = 0,2657$
D	$r = 0,0490$
Hs	$r = 0,4140$
K	$r = -0,2309$
F	$r = 0,0829$
L	$r = -0,4408$

Tabel 2.3.6

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasies tussen Symptom Check
List-tellings en M.A.A.C.L.-tellings

M.A.A.C.L. Veranderlikes	Symptom Check List
Angs	$r = 0,3962$
Vyandigheid	$r = 0,3657$
Depressie	$r = 0,3825$

Tabel 2.3.7

Interkorrelasiematriks: Interkorrellasie tusssen Symptom Check
List-tellings en M.A.C.L.-tellings

M.A.C.L. Veranderlikes	Symptom Check List
Aggressie	$r = 0,5205^*$
Angs	$r = 0,0262$
Surgensie	$r = -0,1300$
Opgewektheid	$r = 0,0039$
Konsentrasie	$r = 0,4225$
Moegheid	$r = 0,5833^*$
Sosiale Affeksie	$r = -0,2927$
Hartseer	$r = -0,0949$
Skeptisisme	$r = 0,1472$
Egotisme	$r = -0,3149$
Lewenskrag	$r = -0,0782$

* $p < 0,05$

Daar is gepostuleer dat die S.C.L. positief sou korreleer met die Hs-skaal van die M.M.P.I. Hoewel die korrelasie nie beduidend is nie, is dit tog in die verwagte rigting. Dit blyk dus dat 'n beheptheid met die liggaam verband hou met die rapportering van siektesimptome.

Hoewel die korrelasies tussen die S.C.L. en die M.A.A.C.L. nie beduidend positief is nie, lê die korrelasies in die gepostuleerde rigting. Die postulate word dus bevestig.

Daar is gepostuleer dat die S.C.L. positief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale Aggressie, Angs en Moegheid. Hierdie postulate word elkeen bevestig. Die postulate dat S.C.L. negatief sou korreleer met die M.A.C.L.-skale Hartseer, Surgensie, Opgewektheid, Sosiale Affeksie en Lewenskrag, is elkeen bevestig. Alhoewel die korrelasies nie beduidend is nie, lê elkeen in die verwagte rigting.

Dit blyk dus dat hierdie skaal vir die doeleindes van die studie oor betekenisvolle konvergente en diskriminante geldigheid beskik.

2.3.5

Sickness Impact Profile (S.I.P.)

Die S.I.P. is ontwikkel as hulpmiddel in gesondheidsdienste (Conn et al., 1978). Dit is 'n gedragsgebaseerde meetinstrument van siekteverwante disfunksies. Die S.I.P. bestaan uit 136 items wat algemene lewensaktiwiteite in die breë meet, en is ontwerp om die subjek se persepsie van die uitvoering van die aktiwiteite te meet. Hierdie aktiwiteite sluit die volgende in, naamlik

- 1) sosiale aktiwiteite, wat die betrokkenheid of onbetrokkenheid by vriende en familie behels.
- 2) kommunikasie, wat die verbale interaksie met ander behels.
- 3) wakkerheid, wat die ontvanklikheid vir of bewustheid van die omgewing behels en
- 4) emosionele gedrag, wat die uitdruk van affek behels

Die items word in 12 kategorieë verdeel waarvan elk 'n spesifieke area van aktiwiteit verteenwoordig. Die instrument verleen tellings op twee dimensies, verskeie kategorieë asook 'n totaal-telling (Conn et al., 1978).

Vir die doeleindes van hierdie studie is tellings op die psigososiale dimensie gebruik wat bestaan uit die volgende kategorieë, naamlik, Sosiale Interaksie, Kommunikasie, Wakkerheidsgedrag, Emosionele Gedrag en 'n Totaal-telling. Daar is besluit op die insluiting van hierdie skale aangesien dit 'n meting bied van die daaglikse impak van die siektetoestand op daaglikse psigososiale aktiwiteite. Volgens Conn et al., (1978) beïnvloed die gebruik van slegs geselekteerde kategorieë en dimensies nie die betroubaarheid en konstrugeldigheid van die resultate nie mits al die items in die kategorie of dimensie gebruik word. Die gebruik van die instrument in hierdie studie voldoen in alle opsigte aan die vereiste.

Die subjek kry instruksies om slegs die items te merk wat hom beskryf en wat verband hou met sy gesondheid. Elke item word 'n skaalwaarde toegeken wat dui op die graad van impak van die disfunksie. Geheel—

dimensie- en kategorie-tellings word met behulp van 'n formule bereken (Conn et al., 1978).

Die S.I.P. is nie in Afrikaans vertaal nie aangesien die proefpersone almal ten volle tweetalig is en die instrument geen ingewikkelde terminologie bevat nie.

Die betroubaarheid van die instrument wissel tussen 0,45 en 0,75 en is beoordeel in terme van interne konsekwentheid tussen responspatrone, toets-hertoets tellingvergelyking en toets-hertoets ooreenkomste in die merk van items. Die geldigheid is bepaal in terme van die verhouding tot ander instrumente in algemene gebruik en wissel tussen 0,45 en 0,75. Die betroubaarheid is as voldoende beskou (Conn et al., 1978).

2.3.6

Daily Stress Inventory (D.S.I.)

Oor die afgelope twintig jaar is daar heelwat vordering gemaak met die kwantifisering van sosiale ervarings. Tegelykertyd is daar groot vordering gemaak op die gebied van die assosiasie tussen sosiale ervarings en die ontwikkeling en verloop van verskeie siektetoestande (Monroe, 1982). Die resultate van hierdie navorsing dui daarop dat daar 'n verband is tussen sosiale verandering en verskeie siektetoestande, en meer spesifiek dat 'n toename in sosiale verandering die ontwikkeling van fisieke disfunksie voorspel (Sarason et al., 1975).

Alhoewel navorsing hierdie verband konsekwent aandui, is die sterkte van die verband deurgaans laag. Volgens Monroe (1982) is die invloed van alledaagse en minder ernstige stres-ervarings 'n meer belowende aspek sover dit die voorspelling van siekte betref.

In hierdie verband bevind Weinberger et al., (1987) en Wagner et al., (1988) dat die verhoogde ervaring van daaglikse stres verband hou met sielkundige simptomatologie. Volgens Weinberger et al., (1987) is die invloed van lewensgebeurtenisse indirek. Volgens hom gee dit aanleiding tot die verhoogde ervaring van alledaagse stres wat die individu se gesondheidstatus negatief beïnvloed.

In die lig van hierdie bevindings, wat daarop dui dat alledaagse stres konseptueel gevestig is, is daar besluit om die D.S.I. as meetinstrument te gebruik.

Die D.S.I. is oorspronklik ontwikkel uit potensiële items wat geselekteer is uit die dagboeke van 85 volwassenes wat boek gehou het van die gebeurtenisse wat hulle oor 'n tydperk stresvol gevind het. Die D.S.I. in sy huidige vorm is 'n 58-item selfrapporteur-meting wat 'n persoon in staat stel om bepaalde gebeurtenisse aan te dui wat oor die vorige 24 uur plaasgevind het. Nadat die persoon die gebeurtenisse aangedui het, beoordeel hy elkeen in terme van die hoeveelheid stres wat dit by hom opgewek het op 'n Likert-tipe skaal vanaf 1 tot 7. Een stel geen stres voor nie terwyl 7 paniek voorstel.

Die totaalstelling word verkry deur die individu se beoordeling op die 7-punt skaal te sommer.

Die geldigheid en betroubaarheid van die skaal is as bevredigend beskou. Brantley et al., (1987) rapporteer aanvaarbare geldigheid en betroubaarheid ($r = 0,72$; $r = 0,56$ respektiewelik).

Aangesien die D.S.I. nie vir geldigheid in die Suid-Afrikaanse konteks geanaliseer is nie, is besluit om 'n multi-trek-multi-metode analise van konvergente en diskriminante geldigheid te doen (Campbell et al., 1959).

Ten opsigte van hierdie studie is daar 'n positiewe korrelasie verwag tussen die D.S.I. en die Hs-skaal van die Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) (Verwys na Tabel 2.3.8)

Tabel 2.3.8

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussen Daily Stress
Inventory-tellings en M.M.P.I.-tellings

M.M.P.I.

Daily Stress Inventory

Veranderlikes

Si	$r = -0,2117$
Ma	$r = 0,0866$
Sc	$r = -0,3660$
Pt	$r = -0,3575$
Pa	$r = 0,1138$
Mf	$r = -0,1458$
Pd	$r = -0,2469$
Hy	$r = -0,2864$
D	$r = -0,4027$
Hs	$r = -0,1482$
K	$r = 0,1237$
F	$r = -0,3768$
L	$r = -0,5221$

Daar is gepostuleer dat die Daily Stress Inventory positief sou korreleer met die Hs-skaal van die M.M.P.I. Daar is egter geen steun hiervoor gevind nie en dit blyk dat 'n behepthed met die liggaam nie met die daaglikse ervaring van stres verband hou nie.

Die D.S.I. is nie in Afrikaans vertaal nie aangesien die proefpersone almal volledig tweetalig is en die instrument geen onduidelike terminologie bevat nie.

3.4

Prosedure

Twee studies is onderneem ten einde siektegedrag by oorplantings-pasiënte te karakteriseer.

Die eerste studie is 'n vergelykende studie waar 'n groep oorplantingspasiënte vergelyk is met 'n algemene praktisynspasiënte-populasie ten opsigte van 'n aantal veranderlikes.

Die oorplantingsgroep bestaan uit 'n groep van 15 pasiënte bestaande uit 8 mans en 7 dames. Die gemiddelde ouderdom van die mans is 32 jaar en dié van die vroue 37 jaar. Al die pasiënte het langer as twee jaar tevore 'n orgaanoorplanting ondergaan. Hierdie groep is 'n groep pasiënte wat na die Suid-Afrikaanse Oorplantingspele op grond van hul prestasies gekies is om Suid-Afrika by die Internasionale Spele te verteenwoordig. Daar is twee redes vir die besluit om siektegedrag by hierdie groep na te vors. Die eerste rede is dat hierdie groep vanweë hul fisiese fiksheid en deelname aan sport baie na kom aan normale aangepaste persone. Daar kan dus aanvaar word dat baie fisiese faktore by hierdie groep gekontroleer is. Die tweede rede is dat hierdie groep saam vir 'n periode van tyd aan dieselfde stresstoestand blootgestel sou wees.

Die groep pasiënte uit 'n aantal privaat-praktisynspraktyke is op 'n toevallige basis gekies om die nie-lewensbedreigde groep te verteenwoordig. Hierdie groep is met die oorplantingsgroep gepaar ten opsigte van ouderdom en geslag. Hierdie pasiënte se siektetoestand wissel, maar sluit nie kwale in soos beenbreuke wat hospitalisasie vereis nie. Hierdie pasiënte het ook nie lewensbedreigende siektes nie aangesien dit 'n soortgelyke sielkundige funksionering sou impliseer. Persone vry van siekte kon ook nie ingesluit word nie aangesien dit juis siektegedrag is wat ondersoek word. Uit die literatuuroorsig blyk dit dat daar 'n aantal studies gedoen is wat die effek van omgewingsfaktore ondersoek by persone met akute, nie-lewensbedreigende siektes (Pennebaker et al., 1978; Mechanic, 1980). Hierdie pasiëntepopulasie blyk dus 'n geskikte groep te wees met wie chroniese siek pasiënte vergelyk kan word.

Die volgende meetinstrumente is gebruik om die veranderlikes te meet:

- 1) Multiple Affect Adjective Check List. Hierdie instrument meet die volgende affektiewe faktore, naamlik Angs, Depressie en Vyandigheid.
- 2) Mood Adjective Check List. Hierdie instrument meet affek op 11 skale wat die volgende insluit, naamlik Aggressie, Angs, Surgensie, Opgewektheid, Konsentrasie, Moegheid, Sosiale Affeksie, Hartseer, Skeptisisme, Egotisme en Lewenskrag.
- 3) Symptom Check List. Hierdie instrument meet siektesimptome wat die meeste vertoon word deur chroniese siek pasiënte.

- 4) Daily Stress Inventory. Hierdie instrument meet die alledaagse gebeurtenisse wat persone as stresvol ervaar.
- 5) Sickness Impact Profile. Hierdie instrument meet die psigososiale impak van die siekte in terme van die volgende dimensies, naamlik Emosionele gedrag, Sosiale interaksie, Wakkerheids-gedrag en Kommunikasie.

Tellings van die oorplantingsgroep is oor 'n een-week-periode verkry met behulp van vraelyste wat die pasiënte elke tweede dag ingevul het. Hierdie vraelyste is vier weke voor hul vertrek na Oostenryk aan elkeen uitgedeel waarna hulle dit vir die daaropvolgende week ingevul het. Die vraelyste is aan die einde van die derde week voor hul vertrek weer ingeneem.

Tellings van die kontrolegroep is verkry met behulp van vraelyste wat oor 'n een-week-periode ingevul is en per pos aan die navorser teruggestuur is. Die vraelyste is elke tweede dag ingevul na dit in ontvangs geneem is. Vier privaatpraktisyns het die vraelyste op 'n toevallige basis aan pasiënte uitgedeel wat akute maar nie lewensbedreigend siek was nie. Vyftien vraelyste uit 'n groep van 50 is deur die navorser gekies wat ooreengekom het met die oorplantingsgroep in terme van ouderdom en geslag.

Die instruksies vir die invul van die vraelyste is by beide groepe op die onderskeie vraelyste aangebring.

Die oorplantingsgroep is ook gekarakteriseer in terme van die aan- of afwesigheid van psigopatologie. Die Minnesota Multiphasic Personality

Inventory is as meetinstrument gebruik. Hierdie instrument word gebruik ten einde psigopatologie te identifiseer. Die oorplantingsgroep het vier weke voor hul vertrek individueel die instrument voltooi.

Die tweede studie is 'n longitudinale studie en is onderneem ten einde die oorplantingsgroep onder 'n toestand van stres te karakteriseer in terme van die veranderlikes wat hierbo uiteengesit is.

Uit die literatuur blyk dit dat veranderde sosiale omstandighede verband hou met die gesondheidstatus van individue (Monroe, 1983). Dit blyk verder dat 'n verlies van sosiale steun, as moderator van die ervaring van stres, ook 'n invloed op die ontwikkeling en verloop van siektetoestande kan hê (Irwin et al., 1985). Holmes en Rahe (1967) meld onder andere die volgende veranderde sosiale omstandighede wat 'n betekenisvolle verandering in die lewenspatroon van individue te- weegbring, en betekenisvolle aanpassing verg, naamlik verandering in die huislike opset, verandering in werksure, verandering in vryetyds- besteding, verandering in sosiale aktiwiteite, verandering in slaap- gewoontes en die neem van 'n vakansie.

Die eerste week van die oorsese rit voldoen aan die vereistes van veranderde sosiale omstandighede soos deur Holmes en Rahe (1967) uiteengesit en daar is aanvaar dat die rit 'n betekenisvolle stresvolle situasie is waarby die oorplantingsgroep moes aanpas. Daar is na die span se aankoms in Oostenryk aangekondig dat niemand, weens politieke redes, aan die spele mag deelneem nie. Hierdie nuus het addisionele aanpassing geverg aangesien die span maande lank vir die spele voorberei het.

Basislyntellings is verkry van die oorplantingsgroep wat deel sou neem aan die Internasionale Oorplantingspele met behulp van vraelyste wat die groep 4 weke voor hul vertrek na die buiteland, oor 'n een-week-periode, ingevul het. Die vraelyste is aan hulle uitgedeel en moes elke tweede dag vir 'n een-week-periode ingevul word. Die instruksies het op die vraelyste verskyn en die vraelyste is aan die einde van die week ingeneem.

Tellings onder toestande van stres is verkry met behulp van dieselfde vraelyste. Die vraelyste is elke tweede dag ingevul tydens die eerste week van hul verblyf in Oostenryk.

Hierdie logitudinale studie voldoen nie aan al die vereistes van goed gekontroleerde navorsing nie aangesien dit 'n natuurlike eksperiment is. Die navorser het gepoog om die beste moontlike kontrole in te bou maar daar word aanvaar dat sekere fasette van kontrole nie hanteer kon word nie. Daar is gepoog om sommige van hierdie tekortkominge te hanteer deur die statistiese prosedure.

3.5

Eksperimentele ontwerp

In die ondersoek na siektegedrag soos wat dit manifesteer by persone wat 'n orgaanoorplanting ondergaan het, was dit nodig om hierdie persone se siektegedrag onder natuurlike omstandighede waar te neem. Gevolglik is besluit om 'n natuurlike stres-omstandigheid te ondersoek en vas te stel of siektegedrag, eksterne druk en bepaalde psigo-sosiale en emosionele indikatore verander en verskil wanneer hierdie pasiënte onder stres en nie onder stres verkeer nie.

Hierdie groep pasiënte is gevolglik onder normale omstandighede en onder stres—omstandighede met hulself vergelyk. Die meetinstrumente is gekies omdat hulle nie aan 'n toets—hertoets onbetroubaarheids— of reaktansiefaktore onderhewig was nie. Hierdie vergelyking van die groep met homself verteenwoordig faset I van die studie.

Faset I van die studie het egter heelwat tekortkominge, naamlik, 'n gebrek aan 'n kontrolegroep, 'n beperkte groep en die aanwesigheid van ongekontroleerde veranderlikes. Daar is egter tog besluit om die data te gebruik vanweë die uniekheid daarvan asook vanweë die uniekheid van die situasie. Hierdie faktore is beskou as kompenserend vir die gebrek aan beheer oor bepaalde veranderlikes.

Weens die gebrek aan gekontroleerde data en die gebrek aan eksperimentele deeglikheid, is besluit om die oorplantingsgroep te vergelyk met 'n ander groep. Die kontrolegroep moes nie bestaan uit pasiënte met 'n lewensbedreigende of chroniese siekte nie, aangesien orgaanoorplanting gesien kan word as 'n chroniese siekte en dieselfde faktore by chroniese siek pasiënte figureer as wat by orgaanoorplantingspasiënte figureer. Daar is besluit op persone in 'n buitepasiënt—situasie (aangesien die oorplantingsgroep ook buitepasiënte is) wat vir 'n kortstondige periode aan 'n siekte onderhewig is wat mediese konsultasie vereis, en by wie beter eksperimentele kontrole verkry kon word. Dieselfde faktore is by hierdie groep ondersoek as by die oorplantingsgroep sowel as die impak wat die siekte op hulle het. Hierdie vergelyking van die oorplantingsgroep met 'n kontrolegroep verteenwoordig faset II van die studie.

Ontwerp I kan beskryf word as 'n voortoets—natoets eksperimentele ingreep en Ontwerp II as 'n eksperimentele—kontrolegroep ontwerp. Daar is telkens gekyk na verskiltellings.

3.6

Statistiese prosedure

In faset I van die studie is daar eerstens net op normatiewe grondslag bepaal of die oorplantingsgroep betekenisvolle vlakke van psigopatologie vertoon.

Ten tweede is die vooringreep tellings van die genoemde meetinstrument, wat elk tellings oor vyf geleenthede bied, gesommeer om 'n gemiddelde basislyntelling te verkry. Met die beweging na die buiteland is daar ook by vyf geleenthede tellings verkry met die genoemde meetinstrumente wat gesommeer is en waarvan die gemiddelde telling bereken is. Die verskille tussen die voor- en na-ingreep tellings 'n bepaal deur Hotelling se T en daarna enkelveranderlik met t-toetse vir afhanklike groepe.

In faset II van die studie is die eksperimentele- en kontrolegroep met mekaar vergelyk ten opsigte van 'n kombinasie van die meetinstrumente deur gebruik te maak van Hotelling se T en te kyk na die algemene vektor van verskille waarna daar vir elke individuele veranderlike afsonderlike t-toetse uitgevoer is vir onafhanklike groepe.

Ten slotte is 'n interkorrelasiematriks op die groepe uitgevoer om te bepaal wat die assosiasie tussen die veranderlikes by die siektegroep is en is dit ook gebruik in die konteks van 'n Campbell en Fiske (1959) multi-trek-multi-metode analise van konvergente en diskriminante geldigheid van die besondere meetinstrument.

HOOSTUK 3

RESULTATE

3.1

Inleiding

Engel (1986) meld dat die hantering en bestuur van 'n pasiënt se gedrag 'n integrale deel van die mediese praktyk is, maar dat daar 'n gebrek aan kennis hieroor bestaan. Dit is kommerwekkend as daarop gelet word dat na raming minder as een derde van diegene met klinies beduidende simptome nie 'n geneesheer besoek nie (Egan et al., 1987) terwyl ander weer kla dat hulle besoek word deur persone met minder ernstige klagtes (Davis et al., 1977). Dit blyk dus dat 'n persoon se siektegedrag 'n belangrike aspek van sy siektetoestand is. Dit blyk ook uit die volgende, naamlik, dat behandeling gebaseer word op die rapportering van simptome in die gevalle waar sigbare patologie ontbreek.

Die literatuur dui aan dat siektegedrag deur 'n verskeidenheid faktore beïnvloed kan word, waaronder, kennis, stres, negatiewe gemoedstoestande en psigologiese weerloosheid (Lazarus, 1982; Cassel, 1974; Mechanic, 1980). Die meeste literatuur oor siektegedrag beskryf dit soos wat dit voorkom by psigosomatiese siektetoestande en somatoforme steurnisse (Levy, 1981).

Dit blyk dus dat daar min beskrywende data bestaan oor siektegedrag wat by spesifieke pasiëntgroepe voorkom en geen beskrywende data van

die relatiewe invloed van die fisieke versus die sielkundige faktore by siektegedrag nie. Sodanige inligting is belangrik in die lig van bevindinge dat siektegedrag nie noodwendig met die aanwesige fisieke patologie verband hou nie. Dit is dus nodig om hierdie relatiewe invloede te ondersoek en dit is moontlik om dit te ondersoek by 'n populasie persone met 'n lewensbedreigende siekte omdat daar so gediskrimineer kan word tussen die onderskeidelike invloed van die aanwesige siekte en die omgewing op siektegedrag.

Ten einde die relatiewe invloed van die siektetoestand en omgewingsfaktore op siektegedrag te ondersoek, is die volgende hipoteses gestel:

- 1) Daar sal beduidende vlakke van psigopatologie aanwesig wees by 'n groep nieroorplantingspasiënte wat twee jaar en langer tevore 'n oorplanting ondergaan het.
- 2) Daar sal verlaagde vlakke van rapportering van positiewe emosie voorkom by 'n nieroorplantingsgroep in vergelyking met 'n kontrolegroep bestaande uit pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.
- 3) Daar sal verhoogde vlakke van rapportering van negatiewe emosies voorkom by 'n nieroorplantingsgroep as by 'n kontrolegroep bestaande uit pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.
- 4) 'n Nieroorplantingsgroep sal op 'n daaglikse basis meer stressors waarneem as 'n kontrolegroep bestaande uit pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.

- 5) Die psigososiale impak van hul siekte sal groter wees by nieroorplantingspasiënte as by 'n groep pasiënte wat akuut maar nie—lewensbedreigend siek is nie.
- 6) Verhoogde vlakke van die subjektiewe ervaring van stres sal tot verhoogde rapportering van fisieke simptome by 'n oorplantingsgroep lei.
- 7) Onder toestande van stres sal daar 'n verlaagde uitdrukking van positiewe emosie voorkom onder die oorplantingsgroep.
- 8) Onder toestande van stres sal daar verhoogde uitdrukking van negatiewe emosie voorkom onder die oorplantingsgroep.
- 9) Daar kom redelike vlakke van lewenslus, lewenskrag en energie by die oorplantingsgroep voor.
- 10) Die oorplantingsgroep sal 'n ontoereikende kwaliteit van lewe vertoon en dit manifesteer in die aanwesigheid van 'n beduidende psigososiale impak deur die siekte, verhoogde siektesimptome, verlaagde positiewe emosies en verhoogde negatiewe emosies in vergelyking met die kontrolegroep.

Om die spesifieke hipoteses te toets is 'n groep nieroorplantingspasiënte vergelyk met 'n groep pasiënte wat nie—lewensbedreigend maar akuut siek is in terme van die subjektiewe ervaring van stres, affektiewe toestande, siektesimptome en die psigo—sosiale impak van die siekte. Die oorplantingspasiënte is verder ook gekarakteriseer in terme van die aan— of afwesigheid van psigopatologie en die aanwesigheid van stres.

Twee studies is onderneem ten einde siektegedrag by nieroorplantingspasiënte te karakteriseer. Die eerste studie is 'n vergelykende studie waar die oorplantingsgroep vergelyk is met 'n algemene praktisynepopulasie ten opsigte van affektiewe toestande, siektesimptome en die ervaring van subjektiewe stres. Die oorplantingsgroep is ook gekarakteriseer in terme van die aan- of afwesigheid van psigopatologie.

Die tweede studie is 'n longitudinale studie en is onderneem ten einde die oorplantingsgroep onder 'n natuurlike stres-omstandigheid te karakteriseer in terme van affektiewe toestande, siektesimptome en die subjektiewe ervaring van stres. Hierdie faset van die studie het heelwat tekortkominge, naamlik, 'n gebrek aan 'n kontrolegroep, die beperkte aard van die groep en die aanwesigheid van ongekontroleerde veranderlikes. Daar is egter tog besluit om die data te gebruik vanweë die uniekheid daarvan asook vanweë die uniekheid van die situasie. Hierdie faktore is beskou as kompenserend vir die gebrek aan beheer oor bepaalde veranderlikes.

Die vergelykende studie tussend die eksperimentele- en kontrolegroep kan beskryf word as 'n eksperimentele-kontrolegroep ontwerp terwyl die karakterisering van die oorplantingsgroep onder 'n natuurlike stres-omstandigheid as 'n voortoets-natoets-eksperimentele ingreep beskryf kan word. Daar is telkens na verskiltellings gekyk.

In hierdie hoofstuk word daar eerstens 'n normatiewe beskrywing van die aan- of afwesigheid van psigopatologie by die oorplantingsgroep gegee.

Tweedens word die voor- en natoetstellings bespreek by die oorplantingsgroep.

Derdens word die eksperimentele—kontrolegroep—verskille bespreek.

Vierdens word die assosiasie tussen die verskillende metings vir die oorplantingsgroep bespreek.

3.2

'n Normatiewe beskrywing van psigopatologie by oorplantings pasiënte

Om te bepaal of daar beduidende vlakke van psigopatologie by oorplantings pasiënte voorkom, is 'n oorplantingsgroep onderwerp aan metings vir die aan— of afwesigheid van dimensies van moontlike patologie. Die onderskeie skale en die gemiddelde T-tellings word aangetoon in Tabel 3.1:

Tabel 3.1

Normatiewe tellings van patologie by oorplantings—pasiënte soos gemeet deur die M.M.P.I.

Skaal	Gemiddelde T-tellings
L (Lewenskaal)	56,1
F (Geldigheidskaal)	58,6
K (Korreksieskaal)	57,2
Hs (Hipokondrie)	38,6
D (Depressie)	61,7
Hy (Histerie)	58,6
Pd (Psigopatie)	41,7
Mf (Manlikheid—Vroulikheid)	53,2
Pa (Paranoia)	55,6
Pt (Psychastenia)	31,6
Sc (Skisofrenie)	33,4
MA (Hipomanie)	49,9
Si (Sosiale introversie)	59,3

Gemeet teen standaard-norms was geen van die bovermelde skale beduidend ten opsigte van die voorkoms van psigopatologie nie.

3.3 Verskille tussen voor- en nametings van die afhanklike veranderlikes vir die eksperimentele groep

Om te bepaal of die blootstelling aan 'n natuurlike stresomstandigheid verskille sou veroorsaak in affektiewe toestande, die subjektiewe ervaring van stres en siektesimptome, is die eksperimentele groep getakseer ten opsigte van die genoemde veranderlikes voor en tydens 'n natuurlike stresomstandigheid. Voormetings-tellings is gesommeer om 'n gemiddelde basislyn te verkry en vergelyk met die gemiddelde gesommeerde tellings van die nametings. Hierdie tellings word in Tabele 3.3.1 tot 3.3.4 aangetoon:

3.3.1 Verskille ten opsigte van takserings van affek

Die volgende verskille tussen die voor- en nametings is gevind ten opsigte van affek:

Tabel 3.3.1

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die voormeting en nameting vir die afhanklike veranderlikes soos gemeet deur die M.A.A.C.L.

Veranderlike	Gemiddeld voor	Standaard- afwyking voor	Gemiddeld na	Standaard- afwyking na	t-telling
Angs	25,10	20,48	34,18	12,80	1,32
Vyandigheid	30,94	22,28	47,79	18,83	1,98
Depressie	49,96	33,65	71,62	29,70	1,65

Die skale Angs, Vyandigheid en Depressie het geen betekenisvolle verskille getoon tussen die voor- en nametings nie ($p < 0,05$). (Kyk Tabel)

Tabel 3.3.2

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die voormeting en nameting vir die afhanklike veranderlikes soos gemeet deur die M.A.C.L.

Veranderlike	Gemiddeld voor	Standaard-afwyking voor	Gemiddeld na	Standaard-afwyking na	t-telling
Aggressie	5,12	5,62	10,87	7,53	2,12
Angs	7,62	7,16	7,61	6,00	0,004
Surgensie	18,64	12,89	20,12	10,12	0,32
Opgewektheid	16,96	8,08	16,76	7,86	0,06
Konsentrasie	21,26	7,34	22,04	7,24	0,26
Moegheid	7,28	7,61	12,91	6,60	1,9
Sosiale Affeksie	24,94	9,34	28,10	11,36	0,74
Hartseer	5,82	4,84	14,20	6,11	3,7*
Skeptisisme	7,32	7,08	9,42	8,72	0,64
Egotisme	5,08	5,22	5,61	5,59	0,24
Lewenskrag	26,22	9,02	25,78	9,57	0,12

* $p < 0,05$

Die skale Aggressie, Angs, Surgensie, Opgewektheid, Konsentrasie, Moegheid, Sosiale Affeksie, Skeptisisme, Egotisme en Lewenskrag het geen beduidende verskille getoon tussen die voor- en nametings nie ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Die skaal Hartseer het 'n beduidende verskil getoon ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Die oorplantingsgroep was meer hartseer tydens die oorsese rit ($\bar{X} = 14,20$) as voor die rit ($\bar{X} = 5,82$).

3.3.2 Verskille ten opsigte van stres

Die volgende is bevind ten opsigte van verskille in stres:

Tabel 3.3.3

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die voormeting en nameting vir die afhanklike veranderlikes soos gemeet deur die Daily Stress Inventory

Veranderlike	Gemiddeld voor	Standaard- afwyking voor	Gemiddeld na	Standaard- afwyking na	t-telling
Daaglikse stres	71,58	74,62	100,91	63,67	1,25

Daar is geen beduidende verskil tussen die voor- en nameting van hierdie veranderlike gevind nie ($p < 0,05$).

3.3.3 Verskille ten opsigte van simptomeerapportering

Die volgende verskille is bevind ten opsigte van simptomeerapportering.

Tabel 3.3.4

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die voormeting en nameting vir die afhanklike veranderlike soos gemeet deur die Symptom Check List

Veranderlike	Gemiddeld voor	Standaard-afwyking voor	Gemiddeld na	Standaard-afwyking na	t-telling
Siektesimp-tome	22,74	13,46	47,23	14,48	4,25

Daar is 'n beduidende verskil tussen die voor- en nameting van hierdie verandering gevind ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Die oorplantingsgroep het tydens die oorsese rit betekenisvol meer siektesimptome gerapporteer ($\bar{X} = 47,23$) as voor die rit ($\bar{X} = 22,74$).

3.4

Verskille tussen 'n groep oorplantingspasiënte en 'n groep pasiënte met 'n akute siektetoestand ten opsigte van bepaalde afhanklike veranderlikes

Om te bepaal of oorplantingspasiënte verskil van 'n groep pasiënte met 'n akute, kortstondige, nie-lewensbedreigende siekte ten opsigte van affektiewe toestande, die subjektiewe ervaring van stres, siektesimptome en die psigo-sosiale impak van hul siekte, is die oorplantingsgroep met 'n privaatpraktisynsgroep vergelyk ten opsigte van die genoemde veranderlikes en wel deur die verkreeë tellings van beide groepe afsonderlik te sommeer en die berekende gemiddeldes te toets vir beduidende verskille. Hierdie tellings word in Tabelle 3.4.1 tot 3.4.5 aangetoon:

3.4.1 Verskille ten opsigte van die taksering van affek

Die volgende is bevind ten opsigte van affek gerapporteer deur die eksperimentele en kontrolegroep.

Tabel 3.4.1

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep vir veranderlikes gemeet deur die M.A.A.C.L.

Veranderlike	Gemiddelde Eksperimentele groep	Standaard-Eksperimentele groep	Gemiddelde Kontrolegroep	Standaard-Kontrolegroep	t-tellings
Depressie	14,33	6,29	19,87	9,02	-1,95
Angs	7,00	2,75	10,67	5,54	-2,30
Vyandigheid	9,53	4,05	9,80	4,21	-0,18

Daar is geen beduidende verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep gevind vir die veranderlikes Depressie, Angs en Vyandigheid nie ($p < 0,05$; Kyk Tabel).

Tabel 3.4.2

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep vir veranderlikes gemeet deur die M.A.C.L.

Veranderlike	Gemiddelde Eksperimentele groep	Standaard-Eksperimentele groep	Gemiddelde Kontrolegroep	Standaard-Kontrolegroep	t-telling
Aggressie	2,13	1,59	1,60	1,06	1,08
Angs	1,73	1,22	2,73	2,19	-1,55
Surgensie	4,00	1,96	1,60	0,98	4,23*
Opgewektheid	3,2	1,69	2,27	2,34	1,25
Konsentrasie	4,27	1,53	5,20	2,15	-1,37
Moegheid	2,43	1,22	3,40	2,13	-1,52
Sosiale affeksie	5,33	2,32	4,33	2,72	1,08
Hartseer	3,07	1,16	2,33	1,35	1,60
Skeptisisme	1,87	1,81	2,20	2,01	-0,48
Egotisme	1,13	1,19	0,67	1,05	1,14
Lewenskrag	5,07	1,98	2,40	1,68	3,97*

* $p < 0,05$

Daar is geen beduidende verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep gevind ten opsigte van die volgende veranderlikes nie: Aggressie, Angs, Opgewektheid, Konsentraie, Moegheid, Sosiale Affeksie, Hartseer, Skeptisisme en Egotisme ($p < 0,05$; Kyk Tabel).

Daar is betekenisvolle verskille gevind tussen die eksperimentele- en kontrolegroep ten opsigte van die veranderlikes Surgensie en Lewenskrag ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Die eksperimentele groep het meer Surgensie vertoon ($\bar{X} = 4,00$) as die kontrolegroep ($\bar{X} = 1,60$). Die eksperimentele groep het meer Lewenskrag vertoon ($\bar{X} = 5,07$) as die kontrolegroep ($\bar{X} = 2,40$).

3.4.2 Verskille ten opsigte van die taksering van simptome-rapportering

Die volgende verskille in simptome-rapportering is gevind:

Tabel 3.4.3

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep gemeet deur die Symptom Check List

Veranderlike	Gemiddelde eksperimentele groep	Standaard-afwyking eksperimentele groep	Gemiddelde kontrolegroep	Standaard-afwyking kontrolegroep	t-telling
Siekte-simptome	9,00	3,07	13,93	5,51	-3,03*

* $p < 0,05$

Daar is 'n betekenisvolle verskil tussen die eksperimentele groep en kontrolegroep ten opsigte van hierdie veranderlike ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Die kontrolegroep ervaar meer siektesimptome ($\bar{X} = 13,93$) as die eksperimentele groep ($\bar{X} = 9,00$).

3.4.3 Verskille ten opsigte van die taksering van stres

Die volgende verskille in die ervaring van stres is gevind:

Tabele 3.4.4

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep vir die veranderlike gemeet deur die Daily Stress Inventory

Veranderlike	Gemiddelde eksperimentele groep	Standaard-afwyking eksperimentele groep	Gemiddelde kontrolegroep	Standaard-afwyking kontrolegroep	t-telling
Daaglikse stres	20,47	12,84	39,93	14,32	-3,92*

* $p < 0,05$

Daar is 'n betekenisvolle verskil gevind tussen die eksperimentele- en kontrolegroep vir hierdie veranderlike ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Die kontrolegroep ervaar meer stres ($\bar{X} = 39,93$) as die eksperimentele groep ($\bar{X} = 20,47$).

3.4.4 Verskille ten opsigte van die taksering van psigososiale impak

Die volgende verskille is gevind ten opsigte van psigososiale impak:

Tabel 3.4.5

t-Toetse vir die analise van verskille tussen die eksperimentele- en kontrolegroep vir die veranderlike gemeet deur die Sickness Impact Profile

Veranderlike	Gemiddelde kontrole-groep	Standaard-afwyking kontrole-groep	Gemiddelde eksperi-mentele groep	Standaard-afwyking eksperi-mentele groep	t-telling
Emosionele Gedrag	26,13	10,82	4,27	8,84	6,06*
Sosiale Interaksie	16,00	11,92	8,93	9,15	1,82
Wakkerheid-gedrag	23,00	18,43	0,00	0,00	4,83*
Kommunikasie	10,27	10,65	0,00	0,00	3,73*
Totaal Psigososiaal	18,13	9,99	4,33	5,15	4,75*

* $p < 0,05$

Daar is geen betekenisvolle verskil gevind tussen die eksperimentele- en kontrolegroep ten opsigte van die veranderlike Sosiale Interaksie nie ($p < 0,05$; Kyk Tabel). Daar is betekenisvolle verskille gevind ten opsigte van die volgende veranderlikes ($p < 0,05$; Kyk Tabel):

- 1) Emosionele gedrag. Die kontrolegroep ervaar 'n groter impak ($\bar{X} = 26,13$) op hul emosionele gedrag as die eksperimentele groep ($\bar{X} = 4,27$) vanweë hul siekte

- 2) Wakkerheidsgedrag. Die kontrolegroep ervaar 'n groter impak op hul wakkerheidsgedrag ($\bar{X} = 23,00$) as die eksperimentele groep ($\bar{X} = 0,00$) vanweë hul siekte.
- 3) Kommunikasie. Die kontrolegroep ervaar 'n groter impak op hul kommunikasie ($\bar{X} = 10,27$) as die eksperimentele groep ($\bar{X} = 0,00$).
- 4) Totale psigososiale impak. Die kontrolegroep ervaar 'n groter psigososiale impak vanweë hul siekte ($\bar{X} = 18,13$) as die eksperimentele groep ($\bar{X} = 4,33$).

3.5 Die assosiasie tussen afhanklike veranderlikes

Ten einde vas te stel wat die assosiasie tussen die onderskeie veranderlikes by die oorplantingsgroep is, is inter-korrelasies op die metings van die groep uitgevoer. Die onderskeie interkorrelasies word in Tabelle 3.5.1 tot 3.5.4 aangetoon.

Tabel 3.5.1

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussen M.M.P.I.-tellings en Daily Stress Inventory-tellings en tussen M.M.P.I.-tellings en Symptom Check List-tellings

M.M.P.I. Veranderlike	Daily Stress Inventory	Symptom Check List
Si	$r = -0,2117$	$r = 0,2123$
Ma	$r = 0,0866$	$r = 0,2231$
Sc	$r = -0,3660$	$r = 0,0653$
Pt	$r = -0,3575$	$r = 0,0983$
Pa	$r = 0,1138$	$r = 0,0273$
Mf	$r = -0,1458$	$r = -0,1163$
Pd	$r = -0,2469$	$r = 0,0918$
Hy	$r = -0,2864$	$r = 0,2657$
D	$r = -0,4027$	$r = 0,0490$
Hs	$r = -0,1482$	$r = 0,4140$
K	$r = 0,1237$	$r = -0,2309$
F	$r = -0,3768$	$r = 0,0829$
L	$r = -0,5221$	$r = -0,4408$

Daar is geen betekenisvolle korrelasies gevind tussen enige van die M.M.P.I. subskale, en die Daily Stress Inventory-tellings en Symptom check List-tellings nie.

Tabel 3.5.2

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussen M.A.A.C.L.-tellings en M.A.C.L.-tellings

M.A.C.L.	M.A.A.C.L.		
Veranderlikes	Angs	Vyandigheid	Depressie
Aggressie	$r = 0,3996$	$r = 0,5248^*$	$r = 0,4979$
Angs	$r = 0,2728$	$r = 0,1113$	$r = 0,0974$
Surgensie	$r = -0,5392^*$	$r = -0,6684^*$	$r = -0,6247^*$
Opgewektheid	$r = -0,3119$	$r = -0,5116^*$	$r = -0,4466$
Konsentrasie	$r = -0,0531$	$r = -0,2114$	$r = -0,1173$
Moegheid	$r = 0,6369^*$	$r = 0,6037^*$	$r = 0,6493^*$
Sosiale affeksie	$r = -0,5472^*$	$r = -0,7132^*$	$r = -0,6090^*$
Hartseer	$r = 0,3605$	$r = 0,4720$	$r = 0,4254$
Skeptisisme	$r = 0,4304$	$r = 0,4909$	$r = 0,4105$
Egotisme	$r = -0,3659$	$r = -0,1767$	$r = -0,2475$
Lewenskrag	$r = -0,2857$	$r = -0,4383$	$r = -0,4055$

* $p < 0,05$

Daar is 'n betekenisvolle positiewe korrelasie gevind tussen die M.A.C.L.-skaal Aggressie en die M.A.A.C.L.-skaal Vyandelikheid ($r = 0,5248$; $p < 0,05$). Die M.A.C.L.-skaal Surgensie het betekenisvol

negatief gekorreleer met die drie M.A.A.C.L.-subskale: Angs ($r = 0,5392$; $p < 0,05$), Vyandigheid ($r = -0,6684$; $p < 0,05$) en Depressie ($r = -0,6247$; $p < 0,05$). Die M.A.C.L.-subskaal Opgewektheid het betekenisvol negatief gekorreleer met die M.A.A.C.L.-skaal Vyandigheid ($r = 0,5116$; $p < 0,05$). Die M.A.C.L.-subskaal Moegheid het betekenisvol positiesief met al drie die M.A.A.C.L.-skale gekorreleer, naamlik Angs ($r = 0,6369$; $p < 0,05$), Vyandigheid ($r = 0,6037$; $p < 0,05$) en Depressie ($r = 0,6493$; $p < 0,05$). Die M.A.C.L.-subskaal Sosiale affeksie het deurgaans betekenisvol met die M.A.A.C.L.-skale gekorreleer, naamlik, Angs ($r = -0,5472$; $p < 0,05$), Vyandigheid ($r = -0,7132$; $p < 0,05$) en Depressie ($r = -0,6090$; $p < 0,05$).

Tabel 3.5.3

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tusseen Symptom Check List-tellings en M.A.A.C.L.-tellings

M.A.A.C.L. Veranderlikes	Symptom Check List
Angs	$r = 0,3962$
Vyandigheid	$r = 0,3657$
Depressie	$r = 0,3825$

Daar is geen betekenisvolle korrelasie gevind tussen enige van die M.A.A.C.L.-subskale en die Symptom Check List-skaal nie ($p < 0,05$).

Tabel 3.5.4

Interkorrelasiematriks: Interkorrelasie tussen Symptom Check List-tellings en M.A.C.L.-tellings

M.A.C.L. Veranderlikes	Symptom Check List
Aggressie	$r = 0,5205^*$
Angs	$r = 0,0262$
Surgensie	$r = -0,1300$
Opgewektheid	$r = 0,0039$
Konsentrasie	$r = 0,4225$
Moegheid	$r = 0,5833^*$
Sosiale affeksie	$r = -0,2927$
Hartseer	$r = -0,0949$
Skeptisisme	$r = 0,1472$
Egotisme	$r = -0,3149$
Lewenskrag	$r = -0,0782$

* $p < 0,05$

Daar is 'n betekenisvolle positiewe korrelasie gevind tussen die M.A.C.L.-subskaal Aggressie en die Symptom Check List telling ($r = 0,5205$; $p < 0,05$). Daar is verder 'n betekenisvolle positiewe korrelasie gevind tussen die M.A.C.L.-subskaal Moegheid en die Symptom Check List-telling ($r = 0,5833$; $p = 0,028$).

HOOFSTUK 4

4.1

Inleiding

Siekte kan volgens Mechanic (1978) verwys na 'n beperkte wetenskaplike konsep, of, soos Coe (1978) dit beskryf, na 'n objektiewe fenomeen gekenmerk deur 'n veranderde funksionering van die liggaam as 'n biologiese organisme. Siekte kan egter ook volgens Mechanic (1978) verwys na enige toestand wat daartoe lei dat 'n persoon ag slaan op sy simptome en hulp soek. Coe (1978) verwys na dié beskouing van siekte as 'n subjektiewe fenomeen waar die individu homself as onwel beskou en neig om sy normale gedrag te verander. Daar is dus 'n persepsie van die self in terme van "siekte" en "gesondheid", en 'n verandering in gedrag mag voorkom selfs in die afwesigheid van bekende organiese disfunksie, pyn of ongerief (Pilowsky, 1978).

Engel (1956) meld dat die hantering van die gedrag van die pasiënt 'n integrale aspek van behandeling is en wys daarop dat genoegsame kennis oor siektegedrag ontbreek. Engel se standpunt reflekteer die belang van siektegedrag wat 'n fisieke toestand vergesel en impliseer dat siektegedrag nooit buite rekening gelaat kan word nie. Die belang van siektegedrag kristalliseer veral uit die lig van bevindinge dat die aard van 'n persoon se response op siekte dikwels niks of weinig met die objektiewe fisieke kondisie te doen het (Mechanic, 1962). Davis et al., (1977) meld in hierdie verband dat navorsing daarop dui dat ernstige siektes dikwels nie gerapporteer word nie en dus nie behandel word nie terwyl geneeshere op hul beurt kla dat hulle dikwels besoek word deur persone met minder ernstige klagtes.

Dit blyk dus dat 'n persoon se siektegedrag 'n baie belangrike aspek van sy siektetoestand is in die lig van die groot variansie wat in die verband voorkom en veral as daar in ag geneem word dat die persoon se gedrag bepaal of hy behandeling sal ontvang of nie.

Vandag bestaan daar heelwat navorsing oor siektegedrag soos wat dit manifesteer by veral psigosomatiese siektetoestande en somatoforme steurnisse. Daar bestaan egter weinig informasie oor siektegedrag wat voorkom by ander siektetoestande. Dit blyk verder uit die literatuur dat 'n verskeidenheid faktore 'n rol speel by die voorkoms van siektegedrag. Lazarus (1982) meld in die verband dat 'n persoon elke veranderende transaksie met die omgewing evalueer in terme van die beduidendheid daarvan vir sy welsyn. Die literatuur verleen steun aan die invloed van, onder andere, hanteringsmeganismes (Lazarus, 1982), stres (Cassel, 1974), psigologiese weerloosheid (Canter et al., 1966), negatiewe gemoedstoestande (Mechanic, 1980) en attribusies (Rodin, 1978) op siektegedrag.

Dit blyk verder uit die literatuur dat die ervaring van persoonlike stres 'n beduidende invloed op die ontwikkeling en verloop van verskeie siektetoestande het (Sklar et al., 1981). Dit blyk dat die ervaring van stres veral 'n invloed het op siektetoestande wat met die immunologiese sisteem verband hou (Kiecolt-Glaser et al., 1987).

In die lig van die invloed van sielkundige faktore op siektegedrag en op die ontwikkeling en verloop van siektetoestande en in die lig van die gebrekkige beskrywende data van die relatiewe invloed van die fisieke versus die sielkundige faktore by siektegedrag, is dit dus belangrik om ondersoek in te stel na die siektegedrag by persone met 'n

lewensbedreigende en chroniese siekte en die faktore wat dit beïnvloed. Dit is so moontlik om te onderskei tussen die invloed van die aanwesige siekte en die omgewing op normale en, indien aanwesig, abnormale siektegedrag.

Ten einde die relatiewe invloed van sielkundige versus fisieke veranderlikes te ondersoek, is metings verkry van 'n nieroorplantingsgroep en is die groep gekarakteriseer in terme van verskeie veranderlikes en ook in terme van die aanwesigheid van stres. Die oorplantingsgroep is ook met 'n kontrolegroep bestaande uit persone met 'n akute maar kortstondige siekte vergelyk in terme van bepaalde veranderlikes.

Die volgende hipoteses is gestel:

- 1) Daar sal beduidende vlakke van psigopatologie aanwesig wees by 'n groep nieroorplantings pasiënte wat twee jaar en langer vantevore 'n oorplanting ondergaan het.
- 2) Daar sal minder positiewe affek en meer negatiewe affek gerapporteer word deur 'n oorplantingsgroep in vergelyking met 'n kontrolegroep bestaande uit pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.
- 3) Die psigososiale impak van die siektetoestand sal groter wees by oorplantings pasiënte as by 'n groep pasiënte wat akuut maar minder ernstig siek is.

- 4) Hoër vlakke van die subjektiewe ervaring van stres sal by 'n groep oorplantings pasiënte voorkom as by kontrolegroep akute maar minder ernstige siek pasiënte.
- 5) Hoër vlakke van die subjektiewe ervaring van stres sal verband hou met hoër vlakke van die rapportering van fisieke simptome by 'n groep oorplantings pasiënte.
- 6) Onder toestande van stres sal daar 'n verhoogde uitdrukking van negatiewe affek en 'n verlaagde uitdrukking van positiewe affek voorkom by 'n oorplantingsgroep.
- 7) Daar opereer realistiese vlakke van ontkenning by die oorplantingsgroep.
- 8) Die oorplantingsgroep sal 'n ontoereikende kwaliteit van lewe vertoon.

Vervolgens word die resultate van die studie bespreek onder die hoofde van Normatiewe beskrywing van psigopatologie, Voor- en nameting, Eksperimentele- en Kontrolegroep en Assosiasie tussen veranderlikes.

4.2 Normatiewe meting van psigopatologie

Die pasiënt wat 'n nieroorplanting ondergaan het voel gewoonlik soveel beter as tydens dialise dat 'n gevoel van euforie dikwels tydens die aanvanklike periode na die operasie ervaar word. Die pasiënt besef egter dat die operasie hom nie van die siekerol vrywaar nie (Reckling, 1982). Die gevaar van verwerping, die nuwe-effekte van groot dosisse

steroïedes en 'n verandering van voorkoms kan vernietigend wees vir die persoon en dit is nie ongewoon dat psigiatriese problematiek dikwels met nieroorplantings geassosieer word nie (Levy, 1986). Psigopatologie wat dikwels voorkom sluit in angs (Levy, 1986), en depressie (Sheridan, 1977). Trethowan et al., (1972) rapporteer dat persoonlikheidsveranderinge ook dikwels voorkom terwyl Levy (1986) paranoïese psigose uitwys as 'n komplikasie. Kalman et al., (1983) kom tot die gevolgtrekking dat psigiatriese komplikasies dikwels voorkom na 'n nieroorplanting ten spyte van 'n verbetering in algemene gesondheid.

In die lig van hierdie bevindinge is die hipotese gestel dat daar beduidende vlakke van psigopatologie aanwesig sal wees by die groep oorplantingspasiënte wat ondersoek is. Daar is egter geen beduidende vlakke van psigopatologie gevind nie en die hipotese is nie aanvaar nie. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat hoewel psigopatologie by oorplantingspasiënte mag voorkom, daar nie sondermeer aanvaar kan word dat orgaanoorplantingspasiënte in die geheel verhoogde vlakke van psigopatologie vertoon nie. 'n Moontlike rede vir hierdie bevinding kan wees dat die oorplantingsgroep van ander oorplantingspasiënte verskil ten opsigte van hul fisieke toestand. Die groep wat aan die studie deelgeneem het, handhaaf 'n hoë mate van fiksheid wat die implikasie kan hê dat hulle ook oor 'n beter selfbeeld beskik. Daar moet verder in ag geneem word dat al die pasiënte wat aan die studie deelgeneem het 'n geruime tyd vantevore 'n oorplanting ondergaan het. Dit impliseer dat hulle fisieke toestand gestabiliseer het en dat die onmiddellike impak van die operasie verby is.

Verskille in veranderlikes by 'n oorplantingsgroep voor en tydens 'n natuurlike stressor

Hoewel daar geen inligting opgespoor kon word oor die uitdruk van affek by nieroorplantings pasiënte wat 'n geruime tyd vantevore 'n oorplanting ondergaan het nie en ook nie oor die uitdruk van affek onder toestande van stres nie, is daar aanvaar dat daar 'n verhoogde uitdrukking van negatiewe affek sal voorkom onder toestande van stres en ook 'n afname in die uitdruk van positiewe affek. Viney (1986) meld ten opsigte van 'n groep gehospitaliseerde pasiënte met 'n nie-lewensbedreigende siekte dat die uitdruk van positiewe affek gewoonlik nie verwag kan word nie. In die lig van die ernstige invloed van medikasie en die voortdurende moontlikheid van verwerping (Reckling, 1982) by orgaanoorplantings sou daar soveel te meer verhoogde uitdrukking van negatiewe affek verwag kan word en veral onder toestande van stres. Twee hipoteses is in die verband gestel, naamlik, dat daar verhoogde uitdrukking van negatiewe affek en 'n verlaagde uitdrukking van positiewe affek onder toestande van stres sal voorkom by die oorplantingsgroep. Met die uitsondering van een veranderlike is daar geen betekenisvolle verskille gevind onder toestande van stres nie en beide hipoteses is verwerp. Die enigste veranderlike wat betekenisvol verskil het, is Hartseer, wat beduidend hoër was onder stresomstandighede. Daar kan egter nie sondermeer aanvaar word dat die affek "Hartseer" deur stres geaffekteer word nie aangesien die stres-omstandigheid ook gepaard gegaan het met intense teleurstelling van nie-deelname aan die Spele weens politieke redes.

Daar is aangeneem dat die oorplantingsgroep beduidend meer daaglikse stres sou ervaar tydens die besoek aan die buiteland omdat dit gepaard

sou gaan met deelname aan 'n internasionale kompetisie en ook vir die meerderheid 'n eerste ervaring van 'n oorsese rit was. Die hipotese is gestel dat die oorplantingsgroep beduidend hoër vlakke van daaglikse stres sal ervaar onder 'n stresomstandigheid. Alhoewel daar 'n verhoogde ervaring van daaglikse stres gerapporteer is, was die verskil tussen die voor- en nameting nie betekenisvol nie. Hierdie hipotese is dus nie aanvaar nie. Die bevindinge kan moontlik as volg verklaar word, naamlik, dat die groep gewoonlik van dag tot dag buitengewoon hoë vlakke van stres ervaar, of dat 'n ander veranderlike opereer waarvolgens hulle die ervaring van stres negeer. So 'n veranderlike sou byvoorbeeld die gebruik van ontkenning as verdedigingsmeganisme kon wees. Daar word later meer breedvoerig hieroor uitgewei.

Navorsing toon aan dat die ervaring van stres 'n invloed op siektegedrag kan hê. Dit blyk uit bevindinge dat die ervaring van stres tot die verhoogde gebruik van mediese fasiliteite lei (Tessler et al., 1976). Tessler et al., (1978) toon verder aan dat die subjektiewe rapportering van siektesimptome 'n refleksie van die sielkundige toestand van die individu is. Jamison et al., (1988) toon in dié verband aan dat chroniese siek pynpasiënte op grond van 'n faktorerings, drie groepe profiele verteenwoordig, naamlik:

- 1) pasiënte wat ekstreme somatiserings vertoon, dit wil sê met sielkundige ontkenning
- 2) pasiënte met ekstreme hoë tellings op al die skale wat sielkundig oorstelp gevoel het en

- 3) pasiënte met gemiddelde hoë tellings op al die skale wat sielkundig aangepas is. Dit blyk dus uit hierdie studie dat die rapportering van siektesimptome wel 'n aanduiding kan gee van die pasiënt se sielkundige toestand.

Mechanic (1980) bevind verdere ondersteuning vir die effek van stres op siektegedrag en dit blyk dus dat die subjektiewe ervaring van stres 'n betekenisvolle invloed op siektegedrag het, en spesifiek lei tot die verhoogde rapportering van simptome, verhoogde gebruik van mediese fasiliteite en verhoogde klagtes van simptome. Die literatuur dui verder aan dat die ervaring van stres weens veranderde lewensomstandighede 'n betekenisvolle invloed op die ontwikkeling en verloop van veral siektetoestande wat met die immuunsisteem verband hou, het (Kiecolt-Glaser et al., 1987; Locke et al., 1984). In die lig van hierdie bevindinge is die hipotese gestel dat daar 'n verhoging in siektesimptome sal wees by oorplantingspasiënte onder veranderde lewensomstandighede. Daar is 'n betekenisvolle verskil gevind tussen voor- en na-metings van siektesimptome en spesifiek 'n verhoging onder veranderde lewensomstandighede. Hierdie bevinding strook met Holmes en Rahe (1967) se konseptualisering dat veranderde omstandighede wat aanpassing verg die ontwikkeling van siektetoestande kan voorspel. Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat siektegedrag wel betekenisvol beïnvloed word deur stresvolle en veranderde lewensomstandighede.

4.4

Verskille tussen akute en chroniese lewensbedreigende siektes

Viney (1986) meld dat die verbalisering van positiewe affek deur gehospitaliseerde pasiënte normaalweg nie verwag kan word nie maar

dat daar wel navorsing bestaan wat toon dat die uitdrukking van positiewe affek hoër is hoe ernstiger die siekte is. Ander navorsing dui daarop dat meer positiewe affek uitgedruk word hoe minder die waargenome belemmering as gevolg van die siekte is (Hamera et al., 1978). Geen spesifieke afleidings kan egter uit hierdie bevindinge gemaak word nie aangesien die studies uitgevoer is op gehospitaliseerde pasiënte met 'n verskeidenheid fisieke probleme. Daar is verder ook nie gefokus op pasiënte met 'n lewensbedreigende siekte nie. In 'n studie met pasiënte met 'n lewensbedreigende en chroniese siektetoestand, naamlik kanker en miokardiale infarksie, bevind Feifel et al., (1987) dat aanvaardingsversoening as hanteringsmeganisme veral aanwesig is by pasiënte met 'n lae verwagting op herstel en 'n gebrek aan hoop. Hierdie wyse van hantering is ook geassosieer met pasiënte wat sterk elemente van disforie, 'n eksterne lokus van kontrole en 'n gevoel van ontoereikende hantering toon. Die gebruik van aanvaardingsversoening is verder gekoppel aan 'n minder effektiewe hantering van die siekte. In die lig van hierdie bevindinge sou daar verwag kon word dat nieroorplantingspasiënte wat ook lewensbedreigd en chronies siek is ook elemente van disforie en minder effektiewe hantering vertoon in vergelyking met persone wat akuut maar minder ernstig siek is. Die volgende hipotese is in die verband gestel, naamlik, dat daar verlaagde rapportering van positiewe affek sal voorkom by 'n oorplantingsgroep in vergelyking met die kontrolegroep en dat daar verhoogde rapportering van negatiewe affek sal voorkom by persone wat 'n oorplanting ondergaan het in vergelyking met 'n kontrolegroep bestaande uit persone wat akuut, kortstondig en nie-lewensbedreigend siek is. Die resultate toon dat, met die uitsondering van die affektiewe komponente, Surgensie en Lewenskrag, daar geen betekenisvolle verskil tussen die groepe voorkom nie. Hierdie hipoteses is dus nie bevestig nie.

Bo en behalwe dat die twee groepe nie verskil nie, vertoon die oorplantingsgroep teen die verwagting in verhoogde vlakke van Surgensie en Lewenskrag wat beskou kan word as positiewe affek. In die lig van Hamera et al., (1978) se bevindinge sou dit daarop kon dui dat hierdie persone nie hul siekte as belemmerend ervaar nie. In die lig van die verreikende impak wat orgaanoorplanting op verskeie aspekte van funksionering het (Levy, 1986; Reckling, 1982; Binik et al., 1982) kan hierdie verklaring nie sondermeer aanvaar word nie. Die verhoogde voorkoms van positiewe affek sou eerder daarop kon dui dat 'n ander meganisme, waarskynlik ontkenning van die impak van die siekte, by hierdie pasiënte opereer.

In die lig van die effek wat orgaanoorplanting op verskeie aspekte van funksionering, beide psigo-sosiaal en fisiek, het (Mc Cabe, 1978) en die feit dat hierdie pasiënte steeds in 'n siekerol is en voortdurend onder behandeling is, sou daar verwag kon word dat hulle daaglik meer stres ervaar as 'n minder ernstige siek-groep. Die resultate dui egter daarop dat die akuut-siek-kontrolegroep betekenisvol meer stres ervaar op 'n dag-tot-dag-basis. 'n Verklaring hiervoor mag wees dat die oorplantingsgroep vanweë hul siektetoestand en 'n waarskynlik minder aktiewe beroepslewe (Procci et al., 1983), minder blootgestel is aan daaglikse stressors as 'n akute siek-groep. Die akute siek-groep mag verder ook hul siekte as meer belemmerend beskou terwyl dit voortduur, in die sin dat hulle dit as 'n stressor op sigself ervaar of as 'n faktor wat die ervaring van daaglikse stres aksentueer.

Hierdie bevinding is interessant in die lig van die bevinding van hierdie studie dat die akute siek-groep betekenisvol meer siektesimptome vertoon as die oorplantingsgroep, ongeag die feit dat hul siektetoestand akuut, minder ernstig en kort van duur is en nie ernstige intervensies

soos hospitalisasie vereis nie. Dit kom voor asof die verhoogde ervaring van daaglikse stres gepaard gaan met verhoogde rapportering van siektesimptome. 'n Studie deur Weinberger et al., (1987) toon aan dat die ervaring van minder ernstige stres op 'n daaglikse basis 'n beter voorspeller van gezondheidstatus is as ernstige lewensverandering – gebeurtenisse. Wagner et al., (1988) lig die dinamiek toe en stel dit dat lewensverandering–gebeurtenisse waarskynlik die voorkoms van daaglikse stressors verhoog wat op die beurt verband hou met onder andere die rapportering van somatiese klagtes. Hierdie bevindinge verklaar waarskynlik die verhoogde ervaring van stres en die verhoogde rapportering van siektesimptome by die kontrolegroep in vergelyking met die eksperimentele groep.

In die lig van die ernstige fisieke invloed van 'n orgaanoorplanting (Reckling, 1982) en die gepaardgaande psigososiale effek (Levy, 1986) daarvan, sou daar verwag kon word dat, in vergelyking met 'n minder ernstig siek–groep, die oorplantingsgroep groter psigo–sosiale impak sou ervaar vanweë hul siekte. Dit sou te meer verwag kan word in die lig van Procci (1980) se bevinding dat daar nie 'n betekenisvolle psigo–sosiale verbetering voorkom by oorplantings pasiënte in vergelyking met pasiënte op dialise nie. Die volgende hipotese is gestel, naamlik, dat die psigo–sosiale impak vanweë hul siekte groter sal wees by die oorplantingsgroep as by die kontrolegroep. Die resultate toon aan dat die psigo–sosiale impak op die kontrolegroep betekenisvol groter is as op die oorplantingsgroep met die uitsondering van die kategorie Sosiale Interaksie. Dit blyk dat die akute siekte wat die kontrolegroep ervaar, 'n groter impak op hul emosionele gedrag, wakkerheidsgedrag en kommunikasie het. Die hipotese word dus nie gestaaf nie. 'n Verklaring vir hierdie bevindinge kan drievoudig wees. Eerstens, mag die effek van 'n orgaanoorplanting op 'n dag–tot–dag–basis minder

belemmerend wees. Hierdie verklaring blyk egter teenstrydig met die bestaande literatuur te wees. Tweedens mag die oorplantingsgroep die impak van die oorplanting ontken. Mai (1986) toon in die verband dat ontkenning tot 'n groot mate by oorplantingspasiënte opereer. 'n Derde verklaring sluit aan by Weinberger et al., (1987) en Wagner et al., (1988) se bevindinge dat die verhoogde ervaring van daaglikse stres verband hou met sielkundige simptomatologie. Vanweë die verhoogde vlakke van stres in vergelyking met die oorplantingsgroep, ervaar die kontrolegroep 'n groter psigo-sosiale impak. Dit sou verder ook dui op 'n afwesigheid van ontkenning by die kontrolegroep.

Dit blyk uit die resultate dat die impak van siekte groter is wat betref sosiale interaksie by die oorplantingsgroep. Hierdie bevinding behoort verder ondersoek te word in die konteks van die interafhanklikheid tussen die veranderlikes.

4.5

Assosiasie tussen veranderlikes

Uit die resultate blyk dit dat daar geen beduidende vlakke van psigopatologie by die oorplantingsgroep teenwoordig is nie, soos wat op grond van die literatuur verwag is nie (Levy, 1986). 'n Ondersoek van die resultate toon verder dat daar geen verband bestaan tussen die daaglikse ervaring van stres, die rapportering van siektesimptome en teenwoordige vlakke van moontlike dimensies van psigopatologie nie. Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat hierdie veranderlikes nie met mekaar verband hou nie.

'n Ondersoek van die assosiasie tussen affektiewe komponente by die oorplantingsgroep bring aan die lig dat daar 'n negatiewe assosiasie

voorkom tussen Angs en die komponente Surgensie of Lewenslus en Sosiale Affeksie. Dit kom dus voor asof verlaagde vlakke van Surgensie en Sosiale Affeksie opereer in die teenwoordigheid van ang. Dit blyk verder dat daar verhoogde vlakke van Moegheid voorkom in die teenwoordigheid van Ang. Die affektiewe komponent Vyandigheid toon 'n positiewe assosiasie met Aggressie en Moegheid en dit blyk dat die aanwesigheid van vyandigheid verwag kan word onder verhoogde vlakke van aggressie en moegheid. Daar kan verder verlaagde vlakke van surgensie, opgewektheid en sosiale affeksie in die teenwoordigheid van gevoelens van vyandigheid by oorplantingspasiënte verwag word. In die teenwoordigheid van gevoelens van depressie kom daar verlaagde surgensie en sosiale affeksie voor terwyl moegheid verwag kan word in die teenwoordigheid van depressie. In die lig van die afwesigheid van betekenisvolle psigopatologie, kan hierdie assosiasies as normaal beskou word en die gevolgtrekking word gemaak dat oorplantingspasiënte normaal funksioneer sover dit die interaksie tussen affektiewe komponente betref.

Daar is 'n positiewe verband gevind tussen aggressie en siektesimptome en tussen moegheid en siektesimptome. Dit blyk dus dat die oorplantingsgroep met siektesimptome reageer in die teenwoordigheid van aggressie en moegheid. Hierdie gevolgtrekking word gesteun deur die bevindinge van hierdie studie dat die oorplantingsgroep onder veranderde lewensomstandighede en in die teenwoordigheid van teleurstelling van nie-deelname, met verhoogde rapportering van siektesimptome reageer. Hierdie bevindinge strook met Suchman (1965) en Viney (1986) se opinie dat die ervaring van siekte gewoonlik gepaard gaan met negatiewe emosies. Dit impliseer dat die erns van 'n siektetoestand verband hou met die mate van emosionele ongerief wat

ervaar word. Die bevinding sluit ook aan by Tessler et al., (1978) se bevinding dat die rapportering van simptome 'n refleksie is van die psigologiese toestand van die individu.

Die bevinding van hierdie studie dat die oorplantingsgroep nie die verwagte negatiewe affek openbaar in die teenwoordigheid van teleurstelling van nie-deelname nie, maar wel met verhoogde siektesimptome reageer, dui daarop dat die oorplantingsgroep grootliks affektiewe belewenisse, en veral negatiewe belewenisse, ontken. Hierdie dinamiek kan gekonseptualiseer word as die aanneem van die siekerol onder toestande van stres ten einde hul sielkundige integriteit te behou. Hierdie verklaring strook met Freyberger (1976) se beskrywing van die rol van ontkenning by oorplantings pasiënte, naamlik die uitstel van negatiewe affektiewe ervarings ten einde hul sielkundige integriteit te behou. Dit sluit ook aan by Tessler et al., (1978) se bevindinge dat die ervaring van emosionele stres veral tot die rapportering van siektesimptome lei by diegene wat psigologies weerloos is. Dit kan impliseer, en dit is nie onwaarskynlik nie, dat oorplantings pasiënte sielkundig weerloos is. In die lig van die impak wat 'n oorplanting op die pasiënt het (Reckling, 1982) kan dit inderdaad verwag word.

Dit wil dus voorkom asof daar, in terme van Freyberger et al., (1979) se konseptualisering, redelike of realistiese vlakke van ontkenning by die oorplantingsgroep voorkom, aangesien die oorplantingsgroep se sielkundige integriteit intakt skyn te wees. Hipotese 9 word dus bevestig.

Uit die bevindinge blyk dit dat daar nie 'n beduidende hoër psigo-sosiale impak by die oorplantingsgroep voorkom nie. Daar kom ook nie

verlaagde positiewe affek en verhoogde negatiewe affek by die groep voor in vergelyking met die kontrolegroep nie, en die groep ervaar ook nie verhoogde vlakke van stres op 'n daaglikse basis nie. In die lig van hierdie bevindinge kan daar nie aanvaar word dat oorplantings pasiënte 'n ontoereikende kwaliteit van lewe ervaar nie. Hipotese 10 word dus nie aanvaar nie. Hierdie bevinding is teenstrydig met die beskikbare inligting in die literatuur. Johnson et al., (1982) en Kalman et al., (1983) kom byvoorbeeld tot die gevolgtrekking dat orgaanoorplanting nie die algemene kwaliteit van lewe verbeter nie en dat daar nie aanvaar kan word dat dit die beste behandelingsmetode is nie. Hierdie aspek behoort verder ondersoek te word met 'n groter steekproef oorplantings pasiënte.

Daar word afgesluit met 'n kort opsomming van die vernaamste bevindinge van hierdie studie:

In teenstelling met aanduidings in die literatuur, kan daar nie sondermeer aanvaar word dat orgaanoorplanting tot betekenisvolle vlakke van psigopatologie lei nie. Daar bestaan aanduidings in die literatuur dat daar nie positiewe affek by ernstig siek pasiënte verwag kan word nie. Die bevindinge van hierdie studie toon aan dat oorplantings pasiënte nie verlaagde vlakke van positiewe affek of verhoogde vlakke van negatiewe affek vertoon onder toestand van stres nie. Hierdie bevindinge dui op die rol wat ontkenning as hanteringsmeganisme speel by oorplantings pasiënte en steun die literatuur wat aantoon dat die ervaring van stres nie noodwendig deur die objektiewe stressor bepaal word nie. Die rol van ontkenning blyk verder uit die afwesigheid van verhoogde vlakke van die ervaring van stres op 'n daaglikse basis onder omstandighede waar die ervaring van stres

verwag kan word. Verhoogde vlakke van siektesimptome dui daarop dat oorplantingspasiënte waarskynlik met siektegedrag reageer onder omstandighede van stres en dui weereens op die waarskynlikheid dat ontkenning tot 'n groot mate opereer. In die lig van Burke (1986) en Viederman (1975) se bevindinge dat sielkundige faktore 'n rol speel by die verwerping van organe, kan die moontlikheid dat die rapportering van siektesimptome verband hou met fisiologiese veranderinge, en meer spesifiek immunologiese veranderinge, nie sonder meer uitgesluit word nie.

Die bevindinge dat die kontrolegroep met meer siektesimptome reageer as die oorplantingsgroep, dui weereens op die rol wat ontkenning kan speel by oorplantingspasiënte. Dit dui ook op die rol van die ervaring van daaglikse stres as mediërende faktor by siektegedrag in die lig van die bevinding dat die kontrolegroep meer stres ervaar op 'n daaglikse basis. Die bevinding dat die kontrolegroep 'n hoër psigo-sosiale impak ervaar as gevolg van hul siektetoestand dui verder op die rol van die ervaring van stres op 'n daaglikse basis as mediërende faktor in die impak van siekte.

Die bevindinge toon verder aan dat oorplantingspasiënte normaal funksioneer ten opsigte van die interaksie tussen bepaalde affektiewe komponente. Daar is verder tot die gevolgtrekking gekom dat oorplantingspasiënte in die teenwoordigheid van bepaalde affektiewe komponente met siektegedrag reageer en dus 'n neiging toon om die siekerol aan te neem.

Die klaarblyklike teenwoordigheid van ontkenning kan gekonseptualiseer word as abnormale siektegedrag of disnosognosie (Mechanic, 1980).

Hierdie bevindinge hou bepaalde implikasies in vir die gesondheidskundige. In die lig van die teenwoordigheid van ontkenning sou dit belangrik wees om nie sondermeer te aanvaar dat realistiese vlakke van ontkenning by hierdie pasiëntegroep opereer nie. Onrealistiese vlakke mag wel voorkom wat die implikasie inhou dat die erns van die fisieke toestand te enige tyd deur die pasiënt misken kan word met ernstige gevolge ten opsigte van behandeling. Hulp ten einde te verseker dat ontkenning aanpassend en realisties bly, behoort prioriteit te wees.

In die lig van die gevolgtrekking dat oorplantingspasiënte neig om met fisieke simptome te reageer wanneer daar bepaalde negatiewe emosies aanwesig is en dus neig om die siekerol aan te neem, behoort die gesondheidskundige bedag te wees daarop dat die pasiënt se siektegedrag nie noodwendig 'n akkurate refleksie van die fisieke toestand is nie maar ook emosionele problematiek kan weerspieël. Hulp in die verband behoort beskikbaar te wees.

In die lig van die tekortkominge van die steekproef kan hierdie bevindinge nie verabsoluteer word nie en navorsing is nodig ter stawing daarvan.

BRONNELYS

- Abram, H.S. (1970). Survival by machine and the psychological stress of Chronic hemodialysis. Psychiatry in Medicine, 1, 37 – 51.
- Abram, H.S., Buchanan, D.C. (1976). The gift of life: A review of the psychological aspects of kidney transpalntation. International Journal of Psychiatry in Medicine, 7, 153 – 164.
- Alberts, M. (1982). The development of immunology and its effects on the medical sciences. Inaugural address., 31 March 1982.
- Alexander, F. (1950). Psychosomatic Medicine. New York: Norton.
- Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. Psychosomatic Medicine, 1, 173.
- Barsky, A.J., Klerman, G.L. (1983). Overview: Hupochondriasis, bodily complaints and somatic styles. The American Journal of Psychiatry, 140, 273 – 283.
- Bartrop, R. Lazarus, L. Luckhurst, E. & Kiloh, L.G. (1977). Depressed lymphocyte function after bereaverment. The Lancet, 16, 834 –836.
- Binger, C.A., Ackerman, N.W., Cohn, A.E. & Steele, J.M. (1945). Personality in arterial hypertension. Psychsomatic Medicine Monograph. New York.

- Binik, Y., Baker, A.G. & Mc Mullen, L. (1982). Pain, control over treatment, and compliance in dialysis and transplant patients. Kidney International, 21, 840 – 848.
- Borysenko, T. (1984). Stress, coping and the immune system. Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York: John Wiley.
- Brantley, P.J., Waggoner, C.D. & Rappaport, N.B. (1987). A Daily Stress Inventory: Development, Reliability and Validity. Journal of Behavioral Medicine, 10, 61 – 73.
- Brown, W., Sullivan, A. (1938). Ulcerative colitis and the personality. American Journal of Psychiatry, 95, 407.
- Brozek, J., Keys, A. & Wolf, S. (1966). Personality differences between potential coronary and non-coronary subjects. Annual New York Academic Science, 134, 1057 – 1064.
- Burke, B. (1986). Sielkundige faktoren in de verwerpingsrespons bij nieroorplantingen. Ongepubliceerde Magisterverhandeling. RAU.
- Canter, A., Imboden, J.B. & Cluff, L.E. (1966). The frequency of physical illness as a function of prior psychological vulnerability and contemporary stress. Psychosomatic Medicine, 4, 344 – 350.
- Campbell, D.T., Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin, 56, 81 – 105.

- Carosella, J. (1984). Picking up die pieces: The unsuccessful kidney transplant. Health and Social Work, 9, 142 – 152.
- Chambers, M. (1982 – 1983). Psychological aspects of renal transplantation. International Journal of Psychiatry in Medicine, 12, 229 – 236.
- Coe, R.M. (1978). Sociology of Medicine. New York: McGraw-Hill.
- Colligan, R.C. (1985). History and development of the M.M.P.I. Psychiatric Annals, 15, 524 – 533.
- Cinader, B. (1971). Regulation of the antibody response. Springfield: Thomas.
- Cunningham, A.J. (1978). Understanding immunology. New York: Academic Press.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. (1960). A M.M.P.I. Handbook. A Guide to use in clinical practice and research. The University of Minnesota Press: Minneapolis.
- Delmar-McClure, N. (1985) When organs match and health belief don't: Bioethical challenges. Journal of Adolescent Health Care, 6, 233 – 237.
- Dunbar, F. (1947). Emotions and bodily changes. New York: Columbia University Press.
- Dworkin, S.F. (1969). Psychosomatic concepts and Dentistry: Some perspectives. Journal of Periodontia, 40, 647 – 654.
- Els, N.J.S. (1987). Gedragsskorrelate van kronêre hartsiektes by swartes. Ongepubliseerde doktorsale proefskrif. Randse Afrikaanse Universiteit.

- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and the painprone patient. American Journal of Medicine, 26, 899 – 918.
- Engel, G., Schmale, A.H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder. Journal of the American Pschoanalytic Association, 15, 344 – 365.
- Feifel, H., Strack, S., & Nagy, V. (1987). Coping strategies and associated features of medically ill patients. Psychosomatic Medicine, 49, 616 – 625.
- Ferenczi, S. (1926). Further contribution to the theory and technique of psychoanalysis. London: Hogarth.
- Feuerstein, M., Labbe, E.E., & Kuczmierczyk, A.R. (1986). Health Psychology: A psychobiological perspective. New York: Plenum Press.
- Ford, C.V. (1983). The Somatizing Disorders: Illness as a way of life. New York: Elsevier.
- Ford, C.V., Folks, D.G. (1985). Conversion disorders: An overview. Psychosomatics, 26, 371 – 374.
- Fox, R.C., Swazey, J.P. (1974). The courage to fail: A social review of organ transplant and dialysis. University Chicago Press: Chicago.
- Freyberger, H. (1980). Renal Transplant Unit. Advances in Psychosomatic Medicine, 10, 151– 177.
- Freyberger, H., Ludwig, M., & Neuhaus, P. (1979). Consultation – Liaison psychiatry activities in a renal transplant unit. Psychotherapy Psychosomatics, 32, 157 – 163.

- Gainotti, P. (1975). Confabulation of denial in senile dementia. Psychiatry, 8, 99 – 108)
- Gerber, L., Gerber, M.F., & Kriel, T. (1985). Sielkundige aspekte van isgemiese hartsiekte. Die Suid-Afrikaanse Tydskrif van Voortgesette Geneeskundige Onderrig, 3, 27 – 34.
- Gildea, E.F. (1949). Special features of personality which are common to certain psychosomatic disorders. Personality in Psychosomatic Disorders, 11, 273 – 281.
- Gordon, G. (1966). Role Theory and Illness: A sociological perspective. College University Press: New Haven.
- Graham, D.T., Lunday, R.M., Benjamin, L.S., Kabler, J.D., & Lewis, W.c. (1962). Specific attitudes in initial interviews with patients having different "psychosomatic" diseases. Psychosomatic Medicine, 24, 257 – 266.
- Gulledge, A.D., Buszta, C., & Montague, D. (1983). Psycosocial Aspects of Renal Transplantation. Urologic Clinics of North America, 2, 327 – 335.
- Guttman, R.D., Bach, F.H., & Bach, M.I. (1981). Immunology. Michigan: Upjohn.
- Guyton, A.C. (1972). The heart. The circulation textbook of medical physiology. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hackett, T.P., Weisman, A.D. (1969). Denial as a factor in patients with heart disease and cancer. Annual New York Academic Science, 164, 802 – 817.

- Hamera, E.K., Shontz, F.C. (1978). Perceived positive and negative effects of life threatening illness. Journal of Psychosomatic Research, 22, 419 – 424.
- Herzlich, C., Graham, D. (1973). Health and Illness. A social psychological analysis. Academic Press: London.
- Hinkle, L.E. (1974). The concept of "stress" in the biological and social sciences. International Journal of Psychiatry in Medicine, 5, 335 – 357.
- Hollander, M.H. (1976). Hysteria: The culture-bound syndromes. Papua New Guinea Medical Journal, 19, 24 – 29.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213 – 218.
- Hoover, R., Fraumeni, S.F. (1973). Risk of cancer in renal-transplant recipients. The Lancet, July, 55 – 57.
- Irwin, B.C. (1983). Renal transplantation: advances in immunology and nursing perspective. American Association of Nephrology Nurses and Technicians Journal, 4, 11 – 15.
- Jaco, E.G., (Ed). (1972). Patients, Physicians and Illness: A sourcebook in Behavioral Science and Health. New York: Free Press.
- Jacobs, M.A., Spilken, A.Z., Norman, M.M., & Anderson, L.S. (1970). Life stress and respiratory illness. Psychosomatic Medicine, 32, 233 – 242.
- Jenkins, C.D. (1971). Psychological and social precursors of coronary disease. The New England Journal of Medicine, 4, 244 – 255.

- Johnson, J.P., McCauley, C.R., & Copley, J.B. (1982). The quality of life of hemodialysis and transplant patients. Kidney International, 22, 286 – 291.
- Kalman, T.P., Wilson, P.G., concetta, M., & Kalman, R.N. (1983). Psychiatric morbidity in long-term renal transplant recipients and patients undergoing hemodialysis: A Comparative Study. Paper read before the American Psychosomatic Society. Denver. March.
- Kaplan De Nour, A., Shanan, J. (1980). Quality of life of dialysis and transplanted patients. Nephron, 25, 117 – 120.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C., Holliday, J., & Glase, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. Psychosomatic Medicine, 46, 7 – 13.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1987). Psychosocial moderators of immune function. Annals of Behavioral Medicine, 9, 16 – 20.
- Kneier, A.W., Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. Journal of Psychiatric Research, 28, 145 – 155.
- Knight, S.A. (1980). The liaison psychiatrist in kidney transplantation. International Journal of Psychiatry in Medicine, 10, 221 – 233.
- Krantz, D.S., Grunberg, N.E. (1985). Health Psychology. Annual Review of Psychology, 36, 307 – 349.
- Large, R., Mullins, P. (1981). Illness behavior profiles in chronic pain: The Auckland experience. Pain, 10, 231 – 239.

- Lazarus, R.S. (1982). Stress and coping as factors in health and illness. Psychosocial Aspects of Cancer. New York: Raven Press.
- Lefebvre, P., Crombez, J.C. (1980). The "one day at a time" syndrome in post-transplant evolution. Canadian Journal of Psychiatry, 25, 319 - 324.
- Le Shan, L. (1966). An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. Annual New York Academic Science, 125, 794 - 810.
- Levy, N.B. (1976). Coping with maintenance hemodialysis: psychological consideration in the care of patients. In Massry, S.G. en Sellers, A.L. (eds). Clinical aspects of uremia and dialysis. Springfield: Thomas Publishing Co.
- Levy, N.B., Crombez, J.C. (1975). The quality of life on maintenance hemodialysis. Lancet, 1, 1325 - 1330.
- Linn, B.S., Linn, M.W., & Jensen, J. (1981). Anxiety and immune responsiveness. Psychological Reports, 49, 969 - 970.
- Lipowski, Z.S. (1970). Physical illness, the individual and the coping process. Psychiatric Medicine, 1, 90 - 94.
- Lipowski, Z.J. (1984). What does the word "Psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. Psychosomatic Medicine, 46(2), 153 - 171.
- Lipowski, Z.J. (1970). Physical illness and the individual and the coping process. Psychiatric Medicine, 1, 91 - 101.

- Locke, S.E., Kraus, L., Laserman, J., Hurst, W., & Heisel, S. (1984). Life change stress, psychiatric symptoms and natural killer cell activity. Psychosomatic Medicine, 46, 441–453.
- Luchman, J.J. (1972). Psychosomatic Disorders: A Behavioristic Interpretation. New York: John Wiley.
- Maher, P.A. (1966). Principles of Psychopathology. New York: McGraw-Hill.
- Mai, F.M. (1986). Graft and donor in heart transplant recipients. American Journal of Psychiatry, 143, 1159 – 1161.
- Margolin, S.G. (1953). The Psychosomatic concept in Psychoanalysis. New York: International University Press.
- Mathews, K.A. (1982). Psychological Perspectives on Type A Behaviour Patterns. Psychological Bulletin, 91(2), 293 – 323.
- McCabe, M.S. (1978). Psychiatric illness and human renal transplantation. Journal of Clinical Psychiatry, 39, 393 – 401.
- McClelland, D.C. (1975). Sources of hypertension in the drive for power. Paper presented at the Kittay Scientific Foundation Symposium. Psychopathology and Human Adaptation. New York.
- McClelland, D.C., Alexander, C., & Marks, E. (1982). The need for power, stress, immune function and illness among male prisoners. Journal of Abnormal Psychology, 91, 61 – 70.

- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 919 – 928.
- Mechanic, D. (1980). The experience and reporting of common physical complaints. Journal of Health and Social Behaviour, 21, 146 – 155.
- Mechanic, D. (1978). Medical Sociology. New York: Macmillan.
- Mechanic, D., Volkart, E.H. (1961). Stress, illness behaviour, and the sick role. American Sociological Review, 26, 51 – 58.
- Mendelson, M., Hirsch, S., & Webber, C.S. (1956). A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. Psychosomatic Medicine, 18, 363 – 373.
- Merskey, H., Spear, F.G. (1967). Pain: Psychological and psychiatric aspects. London, Bailliere, Tindal en Cassel.
- Meyer, B.J. (1979). Die fisiologiese basis van geneeskunde. Pretoria: Haum.
- Michaels, J.J. (1944). A Psychiatric adventure in comparative pathophysiology of the infant and adult. Journal of Nervous and Mental Disorders, 100, 49.
- Moos, R.H. (1977). The crisis of physical illness: an overview. In: Moos, R.H., (Ed). Coping with physical illness. New York: Planum Medical.
- Nash, E.S. (1978). Assessment of patients for transplant surgery. Psychotherapeia, 14, 13 – 14.

- Nowlis, V., Green, R.F. (1964). Factor analytic studies of mood. Technical Report. Office of Naval Research. Contract No. Nonr - 668, (12).
- Nysather, J.O., Katz, E.A., & Lenth, J.L. (1976). The immune system: its development and functions. American Journal of nursing, 76(10), 1614 - 1616.
- Papalia, d.e., Olds, S.W. (1985). Psychology. New York: Mc-Graw-Hill.
- Parkes, C.M. (1964). Recent bereavement as a cause of mental illness. British Journal of Psychiatry, 110, 198.
- Parks, C.M., Brown, R.J. (1972). Health after bereavement. Psychosomatic Medicine, 34, 449 - 460.
- Parsons, T. (1964). Social structure and personality. London: Macmillan.
- Penn, I., Bunch, D., & Olenik, D. (1971). Psychiatric aspects of organ transplantation. P Castelnouvo-Tedesco (ed). Grune and Stratton. New York.
- Pennebaker, J.W., Skelton, J.A. (1978). Psychological parameters of physical symptoms. Personality and Social Psychology Bulletin, 4, 524 - 530.
- Pennebaker, J.W., Burnam, M., Schaeffer, M.A., & Harper, D.C. (1977). Lack of control as a determinant of physical symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 167 - 174.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of Hypochondriasis. British Journal of Psychiatry, 113, 89 - 93.

- Pilowsky, I. (1978). A general classification of abnormal illness behaviours. British Journal of Medical Psychology, 51, 131 - 137.
- Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behaviour. British Journal of Medical Psychology, 42, 347 - 351.
- Pommer, W., Diederichs, P., Hummel, M., & Molzahn, M. Patients' Expectations from Renal Grafting and Transplantation Outcome. Psychosomatics, 44, 95 -102.
- Procci, W.R., Hoffman, K.L., & Chatterjel, S.N. Persistent sexual dysfunction following renal transplantation. Dialysis and Transplant, 7, 891 - 894.
- Prokop, C.K., Bradley, L.A. (1981). Assessment of Hypertension. Medical Psychology. New York: Academic Press.
- Rabinowitz, S., Van der Spuy, H.I.J. Selection criteria for dialysis and renal transplant. American Journal of Psychiatry, 135, 861 -863.
- Radin, J. (1978). Somatopsychics and Attribution. Personality and Social Psychology Bulletin, 4, 531 - 540.
- Radtke, W.E., Kazmier F.J. (1975). Cardiovascular complications of Pheochromocytoma crisis. American Journal of Cardiology. 35, 701 - 705.
- Rogers, M.P., Dubey,D., & Reich, P. (1979). The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: A critical review. Psychosomatic Medicine, 41, 147 - 164.

- Salvatierra, O., Fortman, J.L., Belzer, F.O. (1975). Sexual functioning in males before and after renal transplantation. Urology, 5, 64 – 66.
- Schoenberg, L., Golden, D., Ota, B., & Wideman, C. (1984). Using cyclosporine in renal transplantation. American Nephrology Nurses Association Journal, 11, 9 – 12.
- Selye, H. (1956). What is stress? Metabolism, 5, 525.
- Selye, H. (1976). Characteristic Manifestations of Stress. Stress in Health and Disease. London: Butterworths.
- Severino, S.K. (1980). Body image changes in hemodialysis and renal transplants. Psychosomatics, 21, 509 – 513.
- Sheridan, M.S. (1977). Renal disease and the social worker. Health and Social Work, 2, 122 – 157.
- Simmons, R.G., Klein, S.D., & Simmons, R.L. (1977). Gift of Life: The social and psychological impact of organ transplantation. New York: Wiley.
- Sklar, L.S. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. Science, 205, 513 – 515.
- Solomon, Amkraut, A.A., & Kasper, P. (1974). Immunity, emotions and stress, with special reference to the mechanisms of stress effects on the immune system. Annals of clinical Research, 6, 313 – 322.
- Starkman, M.N. (1980). Psychological problems resulting from parent-to-adolescent renal transplantation. General Hospital Psychiatry, 2, 289 – 293.

- Step toe, A. (1981). Psychological factors in cardiovascular disease. London: Academic Press.
- Stewart, R.S. (1983). Psychiatric Issues in Renal Dialysis and Transplantation. Hospital and Community Psychiatry, 34, 623 – 628.
- Swartz, M., Blaser, D., Woodbury, M., & George, L. Somatization disorder in a U.S. southern community: use of a new procedure for analysis of medical classification. Psychological Medicine, 16, 595 – 609.
- Suchman, E.A. (1965). Stages of illness and medical care. Journal of Health and Human Behavior, 6, 114 – 128.
- Tessler, R. Mechanic, D. (1978). Psychological distress and perceived health status. Journal of Health and Social Behavior, 19, 254 – 262.
- Tessler, R., Mechanic, D., & Dimods, M. (1976). The effect of psychological distress on physician utilization. A prospective study. Journal of Health and Social Behavior, 17, 353 – 364.
- Tomkins, S.S., Izard, C.E. (Ed). (1966). Affect, Cognition and Personality: Empirical Studies. Tavistock Publications: London.
- Vaillant, G.E. (1977). Adaptation to life. Boston: Little, Brown.
- Valliant, G.E. (1978). Natural history of male psychological health, IV: What kinds of men do not get psychosomatic illness. Psychosomatic Medicine, 40, 420 – 431.

- Van Rensburg, H.C.J. (1980). Samelewing, Siekte en Sorg: Temas in die mediese sosiologie. Pretoria: Academica.
- Viderman, M. (1974). The search for meaning in renal transplantation. Psychiatry, 37, 283 – 290.
- Viederman, M. (1975). Psychogenic factors in kidney transplant rejection: A case study. American Journal of Psychiatry, 132, 957 – 959.
- Viney, L.L. (1986). Expression of positive emotion by people who are physically ill: is it evidence of defending or coping? Journal of Psychosomatic research, 30, 27 – 34.
- Wagnet, B.M., Compas, B.E., & Howel, D.C. (1988). Daily and Major Life Events: A test of an integrative model of psychosocial stress. American Journal of Community Psychology, 16(2), 189 – 205.
- Walke, M.A.K. (1977) When a patient needs to unburden his feelings. American Journal of Nursing, July, 1164 – 1166.
- Weinberger, M., Hiner, S.L., & Tierney, M. (1987). In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 10(1), 19 – 29.
- Weis, L. (1972). The cells and tissues of the immune system. Prentice Hall: Englewood.
- Westbrook, M.T., Viney, L.L. (1982). Psychological reactions to the onset of chronic illness. Social Science Medicine, 16, 899 – 965.

- Wielgosz, A.T., Fletcher, R.H., McCants, C.B., haney, T.L., & Williams, R.B. (1984). Unimproved chest pain in patients with minimal or no coronary disease: A behavioral phenomenon. American heart Journal, 8, 67 - 72.
- Wolff, H.G. (1950). Life stress and bodily disease. Journal of Nervous and Mental disorders, 29, 3 - 1135.
- Wooley, S.C., Blackwell, B., & Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behavior: Theory, treatment and research. Psychosomatic Medicine, 40, 379 - 401.
- Zacharia, T. (Ed). (1973). Immune Response at the Cellular Level. Marcel Dekker: New York.
- Zborwoski, M. (1952). Cultural components in responses to pain. Journal of Social Issues, 8, 16 - 30.
- Zondeman, A.B., Heft, M.V., Costa, P,T, (1985). Does the Illness Behavior Questionnaire measure abnormal illness behavior. Health Psychology, 4, 425 - 436.

Research project

This research project investigates the relationship between stress, mood and illness behaviour. It is done through the Rand Afrikaans University under the strict supervision of Prof. E Wolf. All information will be treated as confidential. Only the information on the questionnaires, your age and sex will be used in the study.

I hereby give permission that the information reported on the questionnaires may be used in the above research project.

Age _____

Sex _____

Name _____

Tel nr. _____

Signature

APPENDIX: Daily Stress Inventory

Below are listed a variety of events that may be viewed as stressful or unpleasant. Read each item carefully and decide whether or not that event occurred within the past 24 hours. If the event did not occur, place an "X" in the space next to that item. If the event did occur, indicate the amount of stress that it caused you by placing a number from 1 to 7 in the space next to that item (see numbers below) Please answer as honestly as you can so that we may obtain accurate information.

X = did not occur (past 24 hours)

1 = occurred but was not stressful

2 = caused very little stress

3 = caused a little stress

4 = caused some stress

5 = caused much stress

6 = caused very much stress

7 = caused me to panic

1. Performed poorly at task
2. Performed poorly due to others
3. Thought about unfinished work
4. Hurried to meet deadline
5. Interrupted during task/activity
6. Someone spoiled your completed task
7. Did something you are unskilled at
8. Unable to complete a task
9. Was unorganized
10. Criticized or verbally attacked
11. Ignored by others
12. Spoke or performed in public
13. Dealt with rude waiter/waitress/salesperson
14. Interrupted while talking
15. Was forced to socialize
16. Someone broke a promise/appointment
17. Competed with someone
18. Was stared at
19. Did not hear from someone you expected to hear from
20. Experienced unwanted physical contact (crowded, pushed)
21. Was misunderstood
22. Was embarrassed
23. Had your sleep disturbed
24. Feared something
25. Feared illness pregnancy
26. Experienced illness physical discomfort
27. Someone borrowed something without your permission
28. Your property was damaged
29. Had minor accident (broke something, tore clothing)
30. Thought about your future

31. Ran out of food personal article
32. Argued with spouse boyfriend/girlfriend
33. Argued with another person
34. Waited longer than you wanted
35. Interrupted while thinking/relaxing
36. Someone "cut" ahead of you in a line
37. Performed poorly at sport/game
38. Did something that you did not want to do
39. Unable to complete all plans for today
40. Had car trouble
41. Had difficulty in traffic
42. Money problems
43. Store lacked a desired item
44. Misplaced something
45. Bad weather
46. Unexpected expenses (traffic ticket, etc.)
47. Had confrontation with an authority figure
48. Heard some bad news
49. Concerned over personal appearance
50. Exposed to feared situation or object
51. Exposed to upsetting TV show movie, book
52. "Pet peeve" violated (someone fails to knock, etc.)
53. Failed to understand something
54. Worried about another's problems
55. Experienced narrow escape from danger
56. Stopped unwanted personal habit (overeating, smoking, nailbiting)
57. Had problem with kid(s)
58. Was late for work/appointment

Any stressors that we missed ?

59. _____
60. _____

THE NOWLIS MOOD ADJECTIVE CHECK LIST (Nowlis, 1964)

Each of the following words describes feeling or mood. Please use the list to describe your feelings at the moment you read each word. If the word definitely describes how you feel at the moment you read it, circle the double check (vv) to the right of the word. For example, if the word is relaxed and you are definitely feeling relaxed at the moment, circle the vv as follows: relaxed (vv) v
? no. (This means you definitely feel relaxed at the moment).

If the word only slightly applies to your feelings at the moment, circle the single check v as follows: relaxed vv (v)
? no. (This means you feel slightly relaxed at the moment).

If the word is not clear to you or you cannot decide whether or not it applies to your feelings at the moment, circle the question mark as follows: relaxed vv v (?) no. (This means you cannot decide whether you are relaxed or not).

If you definitely decide the word does not apply to your feelings at the moment, circle the no as follows: relaxed vv v ? (no) (This means you are definitely not relaxed at the moment).

Work rapidly. Your first reaction is best. Work down the first column, then go to the next. Please mark all words. This should take only a few minutes. Please begin.

angry	vv v ? no	kindly	vv v ? no
clutched up	vv v ? no	sad	vv v ? no
carefree	vv v ? no	skeptical	vv v ? no
elated	vv v ? no	egotistic	vv v ? no
concentrating	vv v ? no	energetic	vv v ? no
drowsy	vv v ? no	rebellious	vv v ? no
affectionate	vv v ? no	jittery	vv v ? no
regretful	vv v ? no	witty	vv v ? no
dubious	vv v ? no	pleased	vv v ? no
boastful	vv v ? no	intent	vv v ? no
active	vv v ? no	tired	vv v ? no
defiant	vv v ? no	warmhearted	vv v ? no
fearful	vv v ? no	sorry	vv v ? no
playful	vv v ? no	suspicious	vv v ? no
overjoyed	vv v ? no	self-centered	vv v ? no
engaged in thought	vv v ? no	vigorous	vv v ? no
sluggish	vv v ? no		

SYMPTOM CHECK LIST

NAME -----

DATE -----

Please indicate the absence or presence of sleep, appetite and energy during the past 24 hours. Answer as honestly as possible. No 1 indicates the absence of and no 5 the definite presence of.

	Absent/Afwesig				present(normal)/aanwesig
Sleep	1	2	3	4	5
Appetite	1	2	3	4	5
Energy	1	2	3	4	5

Please indicate the absence or presence of the following over the past 24 hours. 0 indicates total absence and 5 indicates severe experience thereof.

	Absent/Afwesig					Severe/Erg
Koors	0	1	2	3	4	5
Fever	0	1	2	3	4	5
Rugpyne	0	1	2	3	4	5
Backache	0	1	2	3	4	5
Maagpyn	0	1	2	3	4	5
Stomach-ache	0	1	2	3	4	5
Borspyn	0	1	2	3	4	5
Chestpain	0	1	2	3	4	5
Gastriese ongemak	0	1	2	3	4	5
Gastric uncomfortableness	0	1	2	3	4	5
Krampe in arms, bene	0	1	2	3	4	5
Cramps in arms, legs	0	1	2	3	4	5
Duiseligheid	0	1	2	3	4	5
Dizziness	0	1	2	3	4	5
Slegte smaak in mond	0	1	2	3	4	5
Bad taste in mouth	0	1	2	3	4	5
Swelling	0	1	2	3	4	5
Swelling	0	1	2	3	4	5
Uitslag	0	1	2	3	4	5
Rash	0	1	2	3	4	5
Enige ander veluitslag	0	1	2	3	4	5
Any other skin rashes	0	1	2	3	4	5
Hartkloppings	0	1	2	3	4	5
Increased heart-beat	0	1	2	3	4	5
Moeilikê asemhaling	0	1	2	3	4	5
Difficulty in breathing.	0	1	2	3	4	5

Any other physical discomfort : Describe
 Enige ander fisiese ongemak : Beskryf

A. MULTIPLE AFFECT ADJECTIVE CHECK LIST

VAN EN VOORLETTERS

NO:

CHECK THE WORDS WHICH DESCRIBE HOW YOU FEEL TODAY.

MERK DIE WOORDE WAT BESKRYF HOE U VANDAG VOEL..

E.g. Afraid	☒
Calm	☐
Thoughtful	☒
.....	

- | | |
|---------------|--------------------------------|
| 1. Afraid | ☐ ...1 |
| 2. Calm | ☐ ...2 |
| 3. Thoughtful | ☐ ...3 |
| 4. Desperate | ☐ ...4 |
| 5. Fearful | ☐ ...5 |
| 6. Cheerful | ☐ ...6 |
| 7. Frightened | ☐ ...7 |
| 8. Contented | ☐ ...8 |
| 9. Nervous | ☐ ...9 |
| 10. Steady | ☐ ...10 |
| 11. Happy | ☐ ...11 |
| 12. Panickly | ☐ ...12 |
| 13. Joyful | ☐ ...13 |
| 14. Shaky | ☐ ...14 |
| 15. Tense | ☐ ...15 |
| 16. Loving | ☐ ...16 |
| 17. Terrified | ☐ ...17 |
| 18. Pleasant | ☐ ...18 |
| 19. Upset | ☐ ...19 |
| 20. Secure | ☐ ...20 |
| 21. Worrying | ☐ ...21 |

D.

VAN EN VOORLETTERS

NO:

CHECK THE WORDS WHICH DESCRIBE HOW YOU FEEL TODAY.

MERK DIE WOORDE WAT BESKRYF HOE U VANDAG VOEL.

L.W. Onderaan die bladsy by die * is 'n aantal betekenisse van sekere terme.

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. alone | 21. good |
| 2. active | 22. miserable |
| 3. awful | 23. healthy |
| 4. blue | 24. rejected |
| 5. alive | 25. inspired |
| 6. destroyed | 26. interested |
| 7. clean | 27. sad |
| 8. enthusiastic | 28. lucky |
| 9. discouraged | 29. suffering |
| 10. fine | 30. sunk |
| 11. forlorn | 31. merry |
| 12. gloomy | 32. terrible |
| 13. fit | 33. peaceful |
| 14. hopeless | 34. tormented |
| 15. free | 35. safe |
| 16. gay | 36. strong |
| 17. lonely | 37. unhappy |
| 18. glad | 38. whole |
| 19. lost | 39. wilted |
| 20. low | 40. young |

* forlorn - verlate

wilted - verlep

gay - vrolik

tormented - gekwel

H.

VAN EN VOORLETTERS NO:

CHECK THE WORDS WHICH DESCRIBE HOW YOU FEEL TODAY.

MERK DIE WOORDE WAT BESKRYF HOE U VANDAG VOEL.

LW. Onderaan die bladsy by die * is n aantal betekenisse van sekere terme.

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. angry | 15. kindly |
| 2. agreeable | 16. polite |
| 3. bitter | 17. irritated |
| 4. cruel | 18. sympathetic |
| 5. amiable | 19. mad |
| 6. disagreeable | 20. mean |
| 7. vexed | 21. tame |
| 8. cooperative | 22. offended |
| 9. discontented | 23. tender |
| 10. friendly | 24. understanding |
| 11. disgusted | 25. outraged |
| 12. enraged | 26. willful |
| 13. good-natured | 27. stormy |
| 14. furious | 28. unsociable |

* amiable - beminlik, vriendelik. tame - gedwee, mak

vexed - verergd

willful - gewillig

discontented - ontevrede

enraged - woe dend

SICKNESS IMPACT PROFILE

THE FOLLOWING INSTRUCTIONS ARE FOR THE SELF-ADMINISTERED QUESTIONNAIRE.

PLEASE READ THE ENTIRE INTRODUCTION BEFORE YOU READ THE QUESTIONNAIRE. IT IS VERY IMPORTANT THAT EVERYONE TAKING THE QUESTIONNAIRE FOLLOWS THE SAME INSTRUCTIONS.

INTRODUCTION TO RESPONDENT

You have certain activities that you do in carrying on your life. Sometimes you do all of these activities. Other times, because of your state of health, you don't do these activities in the usual way: you may cut some out; you may do some for shorter lengths of time; you may do some in different ways. These changes in your activities might be recent or longstanding. We are interested in learning about any changes that describe you today and are related to your state of health.

The questionnaire booklet lists statements that people have told us describe them when they are not completely well. Whether or not you consider yourself sick, there may be some statements that will stand out because they describe you today and are related to your state of health. As you read the questionnaire, think of yourself today. When you read a statement that you are sure describe you and is related to your health, place a check on the line to the right of the statement. For example:

I am not driving my car

✓

If you have not been driving for some time because of your health, and are still not driving today, you should respond to this statement.

On the other hand, if you never drive or are not driving today because your car is being repaired, the statement, "I am not driving my car" is not related to your health and you should not check it. If you simply are driving less, or are driving shorter distances, and feel that the statement only partially describes you, do not check it. In all of these cases you would leave the line to the right of the statement blank. For example:

I am not driving my car.

Remember that we want you to check this statement only if you are sure it describes you today and is related to your state of health.

Read the introduction to each group of statements and then consider the statements in order that it is listed. While some of the statements may not apply to you, we ask that you please read all of them. Check those that describe you as you go along. Some of the statements will differ only in a few words, so please read each one carefully. While you may go back change a response, your first answer is usually the best.

Once you have started the questionnaire, it is very important that you complete it within one day (24 hours).

If you find it hard to keep your mind on the statements, take a short break and then continue. When you have read all of the statements on a page, put a check in the BOX in the lower right-hand corner. If you have any questions, please refer back to these instructions.

Do not discuss statements with anyone, including family members, while doing it.

Now turn to the questionnaire booklet and read the statements. Remember we are interested in the recent or longstanding changes in your activities that are related to your health.

PLEASE RESPOND TO (CHECK) ONLY THOSE STATEMENTS THAT YOU ARE SURE DESCRIBE YOU TODAY AND ARE RELATED TO YOUR STATE OF HEALTH.

- . I say how bad or useless I am, for example, that I am a burden on others _____
- . I laugh or cry suddenly _____
- . I often moan and groan in pain or discomfort _____
- . I have attempted suicide _____
- . I act nervous or restless _____
- . I keep rubbing or holding areas of my body that hurt or are uncomfortable _____
- . I act irritable and impatient with myself, for example, talk badly about myself, swear at myself, blame myself for things that happen _____
- . I talk about the future in a hopeless way _____
- . I get sudden frights _____

- . I am going out less to visit people _____
- . I am not going out to visit people at all _____
- . I show less interest in other people's problems, for example, don't listen when they tell me about their problems, don't offer help _____
- . I often act irritable towards those around me, for example, snap at people, give sharp answers, criticize easily _____
- . I show less affection _____
- . I am doing fewer social activities with groups of people _____
- . I am cutting down the length of visits with friends _____
- . I am avoiding social visits from others _____
- . My sexual activity is decreased _____
- . I often express concern over what might be happening to my health _____
- . I talk less with those around me _____
- . I make many demands, for example, insist that people do things for me, tell them how to do things _____
- . I stay alone much of the time _____
- . I act disagreeable to family members, for example, I act spiteful, I am stubborn _____
- . I have frequent outbursts of anger at family members, for example, strike at them, screame, throw things at them _____
- . I isolate myself as much as I can from the rest of the family _____
- . I am paying less attention to the children _____
- . I refuse contact with family members, for example, turn away from them _____
- . I am not doing the things I usually do to take care of my children or family _____
- . I am not joking with family members as I usually do _____

- . I am confused and start several actions at a time _____
- . I have more minor accidents, for example, drop things, trip and fall, bump into things _____
- . I react slowly to things that are said or done _____
- . I do not finish things I start _____
- . I have difficulty reasoning and solving problems, for example, making plans, making decisions, learning new things _____
- . I sometimes behave as if I were confused or disoriented in place or time, for example, where I am, who is around, directions, what day it is _____
- . I forget a lot, for example, things that happened recently, where I put things, appointments _____
- . I do not keep my attention on any activity for long _____
- . I make more mistakes than usual _____
- . I have difficulty doing activities involving concentration and thinking _____

- 1. I am having trouble writing or typing _____
- 2. I communicate mostly by gestures, for example,
moving head, pointing, sign language _____
- 3. My speed is understood by only a few people
who know me well _____
- 4. I often lose control of my voice when I talk, for example,
my voice gets louder or softer, trembles, changes unexpectedly _____
- 5. I don't write except to sign my name _____
- 6. I carry on a conversation only when very close to the other person
or looking at him _____
- 7. I have difficulty speaking, for example, get stuck,
stutter, stammer, slur my words _____
- 8. I am understood with difficulty _____
- 9. I do not speak clearly when I am under stress _____

CHECK HERE WHEN YOU HAVE READ ALL STATEMENTS ON THIS PAGE

U.O.V.S. BIBLIOTHEK