

**DIE ROL VAN ENKELE VOORSPELLERS IN DIE
SIELKUNDIGE WELSTAND VAN PASIËNTE MET
KRONIESE NIERVERSAKING**

deur

Martha du Toit

(M.Soc.Sc. Kliniese Sielkunde)

Proefskrif

voorgelê ter vervulling aan die vereistes

vir die graad

**Philosophiae Doctor
(Sielkunde)**

in die

Fakulteit Geesteswetenskappe,

Departement Sielkunde,

aan die

Universiteit van die Vrystaat

Promotor: Prof. P.M. Heyns (D Phil)

Mede-promotor: Dr. L.M. van der Merwe (D Phil)

Bloemfontein

April 2005

Opedra aan Ouma Martie en Oupa Bok.

Vir die wonderlike voorreg om julle as grootouers te kon hê.

BEDANKINGS

My Skepper... Vir die vermoë, die genade en die krag wat U as Hemelse Vader aan my gegee het.

Gerhard... Vir die feit dat jy altyd daar is vir my. Jou liefde, ondersteuning, hulp, vertroue en belangstelling wat ek deurentyd ervaar het laat my net 'n diepe dankbaarheid vir jou verrykende teenwoordigheid in my lewe.

My ouers... Vir die oproepe, gebede en ondersteuning wat ek van julle ontvang het. Sonder julle sou ek dit nie kon doen nie. Dankie Pa en Ma vir alles, maar veral vir julle liefde en geloof in my, ek is werklik bevoorreg.

My familie ... Pieter en Elmarie, Elizabeth en Wium. Dankie vir julle belangstelling en aanmoediging gedurende die skryf van hierdie proefskrif.

Die Jansens... Oom Gert, Tannie Kathy, Lizelle en Karla. Dankie vir die positiewe toevoegings wat elkeen van julle op my lewe het, vir julle onvoorwaardelike liefde en die warmte wat ek ervaar wanneer ek by julle aan huis is.

My vriende... Vir julle omgee en ondersteuning in die tye wat ek dit nodig gehad het.

My studieleier, Prof P.M. Heyns... Prof Heyns dankie vir u wysheid, bystand en leiding tydens hierdie studie. Dit was 'n voorreg om u as studieleier en mentor te hê.

My mede -studieleier, Dr. L.M. van der Merwe... Dr. L.M., vir u bydrae en ondersteuning wat somtyds verder as hierdie studie gestrek het.

Prof Ben Janse van Rensburg en die verpleegpersoneel... Prof, die empatie en kundigheid waarmee u hierdie pasiënte behandel tesame met u gemoedelike houding laat my met die grootste respek teenoor u as mens. Dankie vir u insette aangaande die skryf van Hoofstuk 6. Die toewyding waarmee die verpleegpersoneel van die onderskeie eenhede hul dagtaak afgehandel het, het werklik as inspirasie gedien. Dankie vir julle hulpvaardigheid.

Die pasiënte wat aan my studie deelgeneem het... Dankie vir elkeen van u se bydrae tot my studie en dat julle my genoeg vertrou het om julle lewensverhale met my te deel. Die insig waaroor julle beskik en die blymoedigheid waarmee julle die lewe aanpak het my in menige gevalle tot stilstand gedwing. Dankie vir die waarde wat dit tot my lewe toegevoeg het.

Prof. K.G.F. Esterhuyse... Vir u hulp met die statistiese verwerking van die kwantitatiewe data. Dankie vir u insette ten spyte van 'n baie besige program.

Dr. M. Wolfaardt.. Vir die taalversorging wat u met soveel sorg en entoesiasme uitgevoer het. Wat 'n voorreg om u te leer ken.

OPSOMMING

DIE ROL VAN ENKELE VOORSPELLERS IN DIE SELKUNDIGE WELSTAND VAN PASIËNTE MET KRONIESE NIERVERSAKING

Sleuteltermes: Kroniese nierversaking, sielkundige welstand, spiritualiteit, hoop, optimisme, hemodialise, peritoneale dialise, nieroorplanting, positiewe sielkunde

Die diagnosering van kroniese nierversaking het buiten die fisieke invloed, moontlik ook verreikende gevolge op die sielkundige welstand van sodanige pasiënte. Die vrae wat hieruit voortvloei sentreer rondom die volgende: “Wat is die vlakke van die sielkundige welstand van hierdie pasiënte?”, “Wat is die faktore wat hulle meer weerbaar maak teen die impak van hul siektetoestand?” en “Bestaan daar ‘n koppeling tussen hierdie faktore en hul vlakke van sielkundige welstand?”

Hierdie studie het dit eerstens ten doel gehad om die sielkundige welstand van pasiënte met kroniese nierversaking vanuit die positiewe sielkunde te beskryf. Aangesien pasiënte met kroniese nierversaking se sielkundige welstand egter deur verskeie faktore bedreig word, is die identifisering van faktore wat hierdie pasiënte help om meer weerbaar te wees, van besondere belang. In hierdie studie is spiritualiteit, hoop en optimisme as interne weerbaarheidsfaktore geïdentifiseer. Die tweede doelwit van hierdie studie vloei hieruit voort naamlik, om ‘n aanduiding te verkry van die pasiënte met kroniese nierversaking se vlakke van spiritualiteit, hoop en optimisme. Die vraag of hierdie faktore ‘n impak het op die sielkundige welstand van die pasiënt met kroniese nierversaking, gee aanleiding tot die laaste doelwit wat die bepaling van die invloed van hierdie faktore op die handhawing van ‘n relatiewe mate van sielkundige welstand by pasiënte met kroniese nierversaking behels.

Ten einde hierdie doelwitte aan te spreek, is ‘n ondersoekgroep van 120 pasiënte by hierdie studie betrek. Aangesien pasiënte met kroniese nierversaking verskillend behandel word, is hierdie pasiënte in drie groepe, met 30 pasiënte in elk, volgens hul behandelingsmodaliteite verdeel naamlik, hemodialise pasiënte, peritoneale dialise pasiënte en pasiënte wat reeds ‘n nieroorplanting ondergaan het. Hierdie pasiënte is hoofsaaklik verkry by die niereenhede van Universitas-, Mediclinic- en Rosepark hospitale wat almal in Bloemfontein geleë is. Die oorblywende 30 pasiënte, gediagnoseer met ‘n akute siektetoestand in die ortopediese sale van onderskeidelik Pelonomi hospitaal in Bloemfontein en Ernest Oppenheimer hospitaal in Welkom, is as kontrolegroep in die studie ingesluit. ‘n Kwantitatiewe studie is uitgevoer deur die gebruikmaking van verskeie vraelyste waaronder die Lewenstevredenheidskaal (Diener, Emmonds, Larsen & Griffin, 1985), die Selfdeterminasieskaal (Sheldon & Deci, 1996), die Spirituele-welstandskaal (Paloutzian & Ellison,

1982), die Herth-hoopindeks (Herth, 1992), die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983) en die Attribusiestylvraelys (Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979). Ter aanvulling van die kwantitatiewe resultate is 'n kwalitatiewe studie ook gedoen deur onderhoude met vyf pasiënte vanuit elk van die vier groepe te voer. Semi-gestruktureerde onderhoude was gerig op die bepaling van die vlakke van sielkundige welstand, spiritualiteit, hoop en optimisme wat die pasiënte in die ondersoekgroep ervaar het.

Die vlakke van die sielkundige welstand van die ondersoekgroep is beskryf. Dit het vanuit die kwantitatiewe resultate geblyk dat die ondersoekgroep gemiddelde vlakke van sielkundige welstand ervaar. Vir die vier groepe het die nieroorplantingpasiënte die hoogste vlakke van sielkundige welstand getoon. Faktore wat die ondersoekgroep se vlakke van sielkundige welstand beide verlaag en verhoog, is vanuit die kwalitatiewe resultate aangedui.

Die ondersoekgroep se vlakke van spirituele welstand, hoop en optimisme is aangetoon. Vanuit beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe resultate wil dit voorkom asof die pasiënte van die ondersoekgroep spirituele welstand ervaar, hoopvol en optimisties is. Die hemodialise- en die nieroorplantingpasiënte het die hoogste vlakke van spirituele welstand getoon terwyl die nieroorplantingpasiënte en die pasiënte van die kontrolegroep die hoogste vlakke van hoop en optimisme ervaar het.

Wat betref die laaste doelwit van die studie (die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme op die sielkundige welstand van die nierpasiënte) het optimisme as die prominentste voorspeller na vore getree wat spesifiek die selfdeterminasie van die nierpasiënte sowel as vir die pasiënte van die kontrolegroep, verklaar het. Optimisme het ook die lewensvredeneid van die pasiënte wat reeds 'n chirurgiese ingreep (nieroorplantingspasiënte en die kontrolegroep) gehad het, verklaar. Spiritualiteit het as voorspeller by onderskeidelik die selfdeterminasie van die hemodialise pasiënte en die lewensvredeneid van die kontrolegroep pasiënte na vore getree. Dit is slegs by die hemodialise pasiënte waar hoop hul selfdeterminasie verklaar het.

Die bevindinge in hierdie studie kan moontlik deur verdere navorsing uitgebrei word deur te fokus op ander voorspellers as wat in hierdie studie gebruik is, ten einde 'n vollediger idee te vorm van faktore wat die nierpasiënte se vlakke van sielkundige welstand beïnvloed. Deur middel van voortgesette navorsing op hierdie gebied kan die begrip vir die wêreld van die nierpasiënt dus verkry word.

SUMMARY

THE ROLE OF VARIOUS ANTECEDENTS IN THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Key words: Chronic renal failure, psychological well-being, spirituality, hope, optimism, haemodialysis, peritoneal dialysis, kidney transplant, positive psychology

The diagnosis of chronic renal failure has, besides the physical influence, probably also far reaching consequences on the psychological well-being of these patients. Questions arising from this entail the following: “What are the levels of psychological well-being of these patients?” “What are the factors that make them more resilient against the impact of their illness?” and “Is there a link between these factors and their levels of psychological well-being?”

The purpose of this study was first and foremost to describe the psychological well-being of patients with chronic renal failure by addressing it through the framework of positive psychology. Due to the fact that the psychological well-being of patients with chronic renal failure is influenced by various factors, the identification of such factors that help these patients to be more resilient in these situations is of great importance. In this study spirituality, hope and optimism were identified as internal resilience factors. The second aim of the study evolved from this namely, to get an indication of the levels of spirituality, hope and optimism experienced by patients with chronic renal failure. The question if these factors have an impact on the psychological well-being of patients with chronic renal failure, gives rise to the last purpose of the study, namely to determine the influence of these factors on maintaining a relative degree of psychological well-being of patients with chronic renal failure.

In order to address these goals, a research group of 120 patients formed part of this study. Due to the fact that chronic renal failure is treated in different ways, the patients were divided into three groups, with 30 patients in each group, according to their treatment modality namely, haemodialysis, peritoneal dialysis and patients that already have had a kidney transplant. These patients were primarily from nephrology clinics and treated respectively at Universitas-, Mediclinic and Rosepark hospitals in Bloemfontein. The remaining 30 patients diagnosed with an acute illness and admitted in the orthopaedic wards at Pelonomi hospital in Bloemfontein and Ernest Oppenheimer hospital in Welkom, were included in the study as a control group. The quantitative part of the study was done by using quantitative questionnaires which included the following: the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), the Selfdetermination Scale (Sheldon & Deci, 1996), the Spiritual Well-Being Scale (Paloutzian & Ellison, 1982), the Herth Hope Index (Herth, 1992),

the Affectometer 2 (Kamman & Flett, 1983) and the Attributional Style Questionnaire (Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979). To complement the quantitative results, a qualitative study was done by conducting interviews with 5 patients out of each of the four groups. These semi-structured interviews aimed to elicit the levels of psychological well-being, spirituality, hope and optimism that were experienced by the research group.

The levels of psychological well-being of the research group were described. The quantitative results of the study indicated that the research group had average levels of psychological well-being. Out of the four groups, the kidney transplant patients had the highest levels of psychological well-being. Factors that either heighten or lower the research group's levels of psychological well-being, were indicated.

The research group's levels of spirituality, hope and optimism were also described. From the quantitative and qualitative results it appears as if the research group experienced high levels of spiritual well-being, hope and optimism. The haemodialysis and kidney transplant patients had the highest levels of spiritual well-being whilst the kidney transplant patients and those of the control group had the highest levels of hope and optimism.

With regard to the last aim of the study (the influence of spirituality, hope and optimism on the psychological well-being of nephrology patients) optimism was the most prominent antecedent which explained the levels of self-determination for both the nephrology patients as well as the control group. Optimism also explained the satisfaction with life of those patients who already had undergone a surgical procedure (kidney transplant patients and the control group). Spirituality was indicated as an antecedent for the self-determination of the haemodialysis patients as well as the satisfaction with life of the patients of the control group. It is only the haemodialysis patients' hope that explained their self-determination.

The findings of this study could possibly be extended to other research through focussing on other antecedents that was used in this study to develop a greater understanding of the factors that influence the nephrology patients' psychological well-being. Through ongoing research in this field, a better understanding for the world of the patient with chronic renal failure can be obtained.

INHOUDSOPGAWE

	Bladys
▪ BEDANKINGS	i
▪ OPSOMMING	ii
▪ SUMMARY	iv
HOOFSUK 1: INLEIDING EN MOTIVERING VIR DIE STUDIE	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 DOELSTELLINGS	3
1.3 BEGRIPOMSKRYWINGS	3
1.3.1 Sielkundige welstand	3
1.3.2 Spiritualiteit	4
1.3.3 Hoop	4
1.3.4 Optimisme	5
1.3.5 Die nierpasiënt	5
1.4 ‘N BONDIGE UITEENSETTING VAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK	6
1.4.1 Die literatuuoroorsig van die studie	6
1.4.2 Die navorsingsprosedure	7
1.5 SAMEVATTING	7
HOOFSUK 2: SIELKUNDIGE WELSTAND	8
2.1 INLEIDING	8
2.2 SIELKUNDIGE WELSTAND	8
2.2.1 DIE HEDONISTIESE PERSPEKTIEF	9
2.2.1.1 Verwagtings en doelwitte	10
2.2.1.2 Persoonlikheid	11
2.2.1.3 Kulturele faktore	12
2.2.2 DIE EUDAMONIESE PERSPEKTIEF	13
2.2.3 DIE SELFDETERMINASIE-TEORIE	14
2.2.3.1 Bekwaamheid	15
2.2.3.2 Outonomie	16
2.2.3.3 Verhoudings	18
2.3 GEVOLGTREKKING	20

HOOFSTUK 3: SPIRITUALITEIT EN SELKUNDIGE WELSTAND	21
3.1 INLEIDING	21
3.2 DEFINIËRING VAN SPIRITUALITEIT	21
3.3 PERSOONLIKHEID EN SPIRITUALITEIT	22
3.4 DIE ONTWIKKELINGSTADIA VAN SPIRITUALITEIT	24
3.5 DIE VERWANTSKAP TUSSEN SPIRITUALITEIT EN WELSTAND	25
3.5.1 Krisiservaring en spiritualiteit	28
3.5.2 Terminale siekte en spiritualiteit	28
3.5.3 Trauma en spiritualiteit	29
3.5.4 Naby-doodervarings en spiritualiteit	30
3.6 SPIRITUALITEIT EN DIE NIERPASIËNT	30
3.7 GEVOLGTREKKING	31
HOOFSTUK 4: HOOP EN SELKUNDIGE WELSTAND	33
4.1 INLEIDING	33
4.2 TEORIEË OOR HOOP	33
4.3 DIE VERWANTSKAP TUSSEN HOOP EN WELSTAND	36
4.4 HOOP EN DIE NIERPASIËNT	37
4.5 GEVOLGTREKKING	38
HOOFSTUK 5: OPTIMISME EN SELKUNDIGE WELSTAND	40
5.1 INLEIDING	40
5.2 DEFINIËRING VAN OPTIMISME	40
5.3 TEORIEË OOR OPTIMISME	40
5.3.1 Optimisme as inherent tot die menslike natuur	40
5.3.2 Optimisme as 'n individuele veranderlike	42
5.4 OPTIMISME EN REALITEIT	43
5.4.1 Onrealistiese optimisme	43
5.4.2 Realistiese optimisme	44
5.4.2.1 Die “voordeel van die twyfel” –beginsel	45
5.4.2.2 Die “waardeer die oomblik” –beginsel	46
5.4.2.3 Die “uitdaging en geleentheid” –beginsel	47

5.5	VERSKILLENDE Tipes OPTIMISME	48
5.5.1	Disposisionele optimisme	48
5.5.2	Die verklarende styl	49
5.5.3	Spesifieke en algemene optimisme	50
5.6	OPTIMISME EN WELSTAND	51
5.7	OPTIMISME EN DIE NIERPASIËNT	51
5.8	GEVOLGTREKKING	53
 HOOFSTUK 6: DIE NIERPASIËNT		54
6.1	INLEIDING	54
6.2	DIE BEHANDELING VAN KRONIESE NIERVERSAKING	54
6.2.1	Hemodialise	54
6.2.2	Peritoneale dialise	55
6.2.3	Orgaanoorplanting	55
6.3	DIE INVLOED VAN DIALISE OP DIE LEWE VAN DIE NIERPASIËNT	55
6.3.1	Fisieke invloed	56
6.3.2	Sosiale invloed	56
6.3.3	Sielkundige invloed	57
6.3.3.1	Depressie	57
6.3.3.2	Samewerking met mediese personeel	57
6.3.3.3	Seksuele disfunksie	58
6.3.3.4	Die rehabilitasie van pasiënte op dialise	58
6.3.3.5	Lewenskwaliteit	59
6.3.3.6	Ander invloede van dialise op die lewe van die nierpasiënte	59
6.4	DIE INVLOED VAN 'N ORGAANORPLANTING OP DIE LEWE VAN DIE NIERPASIËNT	60
6.4.1	Fisieke invloed	60
6.4.2	Sosiale invloed	60
6.4.3	Sielkundige invloed	61
6.4.3.1	Depressie en angs	61
6.4.3.2	Seksuele disfunksie	62
6.4.3.3	Lewenskwaliteit	62
6.4.3.4	Ander invloede van 'n nieroorplanting op die lewe van die nierpasiënte	63
6.5	KULTURELE EN GEMEENSKAPSKWESSIES	64
6.6	'N BIOPSIGOSOSIALE BENADERING TOT NIEROORPLANTINGS	65

6.7	GEVOLGTREKKING	66
	HOOFSTUK 7: METODOLOGIE	67
7.1	INLEIDING	67
7.2	DOEL VAN DIE STUDIE	67
7.3	DIE NAVORSINGSONTWERP	68
7.4	DIE KWANTITATIEWE ONDERSOEK	68
7.4.1	DIE ONDERSOEKGROEP	68
7.4.2	MEETINSTRUMENTE	69
7.4.2.1	Biografiese vraelys	69
7.4.2.2	Die Lewenstevredenheidskaal / The Satisfaction with Life Scale	70
7.4.2.2.1	Rasionaal	70
7.4.2.2.2	Aard, administrasie en interpretasie	70
7.4.2.2.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	70
7.4.2.2.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	70
7.4.2.3	Die Selfdeterminasieskaal / The Selfdetermination Scale	71
7.4.2.3.1	Rasionaal	71
7.4.2.3.2	Aard, administrasie en interpretasie	71
7.4.2.3.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	71
7.4.2.3.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	71
7.4.2.4	Die Spirituele -welstandskaal / The Spiritual Well-Being Scale	72
7.4.2.4.1	Rasionaal	72
7.4.2.4.2	Aard, administrasie en interpretasie	72
7.4.2.4.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	72
7.4.2.4.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	73
7.4.2.5	Die Herth-hoopindeks / The Herth Hope Index	73
7.4.2.5.1	Rasionaal	73
7.4.2.5.2	Aard, administrasie en interpretasie	73
7.4.2.5.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	73
7.4.2.5.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	74
7.4.2.6	Die Affektometer 2 / The Affectometer 2	74
7.4.2.6.1	Rasionaal	74
7.4.2.6.2	Aard, administrasie en interpretasie	74
7.4.2.6.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	75
7.4.2.6.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	75

7.4.2.7	Die Attribusiestylvraelys / The Attributional Style Questionnaire	75
7.4.2.7.1	Rasionaal	75
7.4.2.7.2	Aard, administrasie en interpretasie	76
7.4.2.7.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	76
7.4.2.7.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	77
7.4.3	DIE PROSEDURE	77
7.4.4	DIE NAVORSINGSVRAAG	78
7.4.5	DIE ONTLEDINGSTEGNIEK	78
7.5	DIE KWALITATIEWE ONDERSOEK	80
7.5.1	DIE ONDERSOEK GROEP	80
7.5.2	DIE PROSEDURE	81
7.5.3	DIE ONTLEDINGSTEGNIEK	81
7.6	SAMEVATTING	81
 HOOFSTUK 8: RESULTATE EN INTERPRETASIE		83
8.1	INLEIDING	83
8.2	DEEL I: KWANTITATIEWE ONTLEDING VAN DIE VRAELYSRESULTATE	83
8.2.1	BIOGRAFIESE BESONDERHEDE	83
8.2.2	BESKRYWENDE STATISTIEK: DIE RESULTATE VAN DIE MEETINSTRUMENTE	84
8.2.2.1	Die Lewenstevredenheidskaal / The Satisfaction with Life Scale	87
8.2.2.2	Die Selfdeterminasieskaal / The Selfdetermination Scale	87
8.2.2.3	Die Spirituele -welstandskaal / The Spiritual Well-Being Scale	88
8.2.2.4	Die Herth-hoopindeks / The Herth Hope Index	89
8.2.2.5	Die Affektometer 2 / The Affectometer 2	90
8.2.2.6	Die Attribusiestylvraelys / The Attributional Style Questionnaire	91
8.2.2.7	Samevatting: Die resultate van die kwantitatiewe ontleding van die vraelyste afgeneem	91
8.2.3	RESULTATE VAN DIE HIËRARGIESE REGRESSIE-ONTLEDINGS	92
8.2.3.1	Hemodialise pasiënte	93
8.2.3.2	Peritoneale dialise pasiënte	94
8.2.3.3	Nieroorplantingpasiënte	96
8.2.3.4	Kontrolegroep	98
8.2.3.5	Samevatting: Die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings	99

8.3	DEEL II: KWALITATIEWE ONTLEDING VAN DIE SEMI-GESTRUKTUEERDE ONDERHOUDE OOR SIELKUNDIGE WELSTAND	101
8.3.1	Spiritualiteit	102
8.3.1.1	Hemodialise pasiënte	102
8.3.1.2	Peritoneale dialise pasiënte	104
8.3.1.3	Nieroorplantingpasiënte	106
8.3.1.4	Kontrolegroep	108
8.3.1.5	Samevatting: Spiritualiteit	110
8.3.2	Hoop	110
8.3.2.1	Hemodialise pasiënte	111
8.3.2.2	Peritoneale dialise pasiënte	114
8.3.2.3	Nieroorplantingpasiënte	118
8.3.2.4	Kontrolegroep	121
8.3.2.5	Samevatting: Hoop	122
8.3.3	Optimisme	125
8.3.3.1	Hemodialise pasiënte	125
8.3.3.2	Peritoneale dialise pasiënte	128
8.3.3.3	Nieroorplantingpasiënte	130
8.3.3.4	Kontrolegroep	133
8.3.3.5	Samevatting: Optimisme	134
8.4	SAMEVATTING	135
 HOOFSTUK 9: BESPREKING EN GEVOLGTREKKING		137
9.1	INLEIDING	137
9.2	DIE SIELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ONDERSOEKGROEP	138
9.3	DIE ONDERSOEKGROEP SE VLAKKE VAN SPIRITUALITEIT, HOOP EN OPTIMISME	141
9.3.1	Spiritualiteit	141
9.3.2	Hoop	143
9.3.3	Optimisme	146
9.4	DIE INVLOED VAN SPIRITUALITEIT, HOOP EN OPTIMISME AS PSIGOFORTIGENE FAKTORE BY DIE ERVARING VAN DIE SIELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ONDERSOEKGROEP	149
9.4.1	Die invloed van spiritualiteit op sielkundige welstand	149
9.4.2	Die invloed van hoop op sielkundige welstand	150

9.4.3	Die invloed van optimisme op sielkundige welstand	150
9.5	OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS	151
9.6	AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	155
9.7	TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE	155
9.8	TEN SLOTTE	156
▪	BRONNELYS	158
▪	BYLAE A: BIOGRAFIESE INLIGTING	184
▪	BYLAE B: TOESTEMMINGSBRIEF EN VERKLARING	189

LYS VAN TABELLE

	Bladsy
Tabel 8.1: Frekwensieverspreiding van enkele biografiese veranderlikes vir die vier ondersoekgroepe	84
Tabel 8.2: Besonderhede van die onderskeie meetinstrumente wat in die ondersoek gebruik is: Aantal items, minimum- en maksimumtellings	85
Tabel 8.3: Interkorrelasies tussen die voorspeller- en kriteriaveranderlikes vir die totale ondersoekgroep (N=119)	85
Tabel 8.4: Gemiddeldes en standaardafwykings van die lewenstevredenheid - en die en die selfdeterminasietellings vir die groepe afsonderlik, asook vir die totale ondersoekgroep	86
Tabel 8.5: Gemiddeldes en standaardafwykings van die spiritualiteitellings vir die groepe afsonderlik, asook vir die totale ondersoekgroep	88
Tabel 8.6: Gemiddeldes en standaardafwykings van die hooptellings vir die groepe afsonderlik, asook die totale ondersoekgroep	89
Tabel 8.7: Gemiddeldes en standaardafwykings van die optimisme tellings vir die groepe afsonderlik, asook die totale ondersoekgroep	90
Tabel 8.8: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van nier pasiënte op hemodialise	93
Tabel 8.9: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die selfdeterminasie van nier pasiënte op hemodialise	94
Tabel 8.10: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van nier pasiënte op peritoneale dialise	95
Tabel 8.11: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die selfdeterminasie van nier pasiënte op peritoneale dialise	95
Tabel 8.12: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van nieroorplantingpasiënte	96

Tabel 8.13:	Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die selfdeterminasie van nieroorplanting pasiënte	97
Tabel 8.14:	Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van die pasiënte van die kontrolegroep	98
Tabel 8.15:	Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die selfdeterminasie van die pasiënte van die kontrolegroep	99
Tabel 8.16:	Opsomming van bevindinge	100

HOOFSTUK 1: INLEIDING EN MOTIVERING VIR DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

Invisible Reality
By Linda Carpenter

We ride together
And we get a chance to see
There's someone just as bad
Or worse off than me
There's no time for pity
No room for pride

We're in the same boat
For the same ride
An invisible journey
On an invisible road

With a language of our own
An undetectable code
People know nothing
Of our suffering
And little do they care
They take it for granted
It won't be them
That's there

It could

They pass us hurriedly
On the street
Not taking the time to open a door
Or to speak

You see "We're invisible"
We fade among the air.

(Weil, 2000)

Hierdie gedig deur 'n pasiënt op dialise verskaf 'n blik op die wêreld van die pasiënt met kroniese nierversaking. Op die oog af kom hierdie pasiënte gesond voor wat bydra tot die gebrekkige begrip van ander vir die werklike impak van nierversaking op die lewens van hierdie pasiënte. Dit lei tot gevoelens van isolasie waar nierversaking as realiteit hul lewe oorheers terwyl dit 'n onsigbare siekte vir ander bly. Die begrip van en assosiasie met mede-pasiënte bied wel vertroosting maar ten spyte hiervan word onsekerheid steeds ervaar omtrent die verloop en

uiteinde van hulle siektetoestand. Hieruit word dit duidelik dat nierversaking nie alleen 'n fisieke impak het nie maar ook 'n invloed het op die sielkundige welstand van hierdie pasiënte.

Waar orgaanoorplanting ter sprake is, vereis dit dus 'n interdisciplinêre benadering wat impliseer dat daar nie net op die biologiese aspekte van die siekte gefokus moet word nie maar ook op die sielkundige en sosiale probleme wat deur hierdie pasiënte ervaar word. Indien orgaanoorplanting eensydig vanuit 'n biologiese perspektief benader word, vererger dit die gebrek aan 'n gevoel van outonomie wat patologies kan wees vir diegene met so 'n kroniese siekte (de Ortúzar, 2001).

Ten einde die sielkundige impak van kroniese nierversaking beter te verstaan, kan dit nuttig wees om die impak van die siekte op die sielkundige welstand van die pasiënt te ondersoek. Sielkundige welstand is 'n term binne die positiewe sielkunde wat tans skerp in die kollig is. Die term 'Sielkundige welstand' sal vervolgens vanuit die hedonistiese perspektief, die eudamoniese perspektief en die selfdeterminasieteorie van Ryan en Deci (2001) bespreek word. Die hedoniese perspektief staan in verband met begrippe soos "lewenstevredenheid" en "lewensgeluk" terwyl die eudaimoniese perspektief "betekenisvolheid" en "selfvervulling" beklemtoon. Die selfdeterminasieteorie toon 'n ooreenstemming met die eudamoniese perspektief, maar fokus addisioneel op die neiging tot inherente groei en ingebore sielkundige behoeftes, wat die basis vorm vir selfmotivering en persoonlikheidsintegrasie. Die bestudering van sielkundige welstand vanuit hierdie perspektiewe kan 'n aanduiding verskaf van die mate van lewenstevredenheid en selfdeterminasie wat hierdie pasiënte ervaar.

Die sielkundige welstand van die nierpasiënt word egter deur vele faktore bedreig. Die wagtydperk wat gepaardgaan met orgaanoorplantings is 'n stresvolle ervaring wat geassosieer word met simptome van angs en depressie. Die dinamika en verloop van die orgaanoorplantingsproses kan ook traumatiese gevolge inhou vir die sielkundige welstand van pasiënte met niersiektes. Tot dusver is min aandag gegee aan navorsing rakende die sielkundige welstand van nierpasiënte vóór en ná 'n nieroorplanting (Moran, Christensen, Ehlers & Bertolatus, 1999). Die identifisering van faktore wat pasiënte met kroniese nierversaking help om in sodanige omstandighede meer weerbaar te wees en 'n relatiewe mate van sielkundige welstand te kan handhaaf, is dus van besondere belang.

Weerbaarheid word gedefinieer as 'n proses, vermoë of kapasiteit tot suksesvolle aanpassing ten spyte van uitdagings of bedreigende omstandighede (Kumpfer, 1999). Spiritualiteit word gesien

as 'n interne weerbaarheidsfaktor met hoop en optimisme as onderafdelings. Die veronderstelling is dat spiritualiteit, geloof in en affiliasie met 'n goddelikheid asook hoopvolheid en optimisme as voorspellers van weerbaarheid en 'n positiewe lewensaanpassing 'n aanduiding behoort te gee van die nierpasiënte se vermoë tot suksesvolle aanpassing ten spyte van uitdagings aan hulle gestel deur hul siekte (Masten, 1994).

1.2 DOELSTELLINGS

In 'n soeke na die psigofortigene konsepte wat die sielkundige welstand van die nierpasiënt beïnvloed, is die volgende doelwitte vir hierdie ondersoek geformuleer:

- 1.2.1 Om die mate van sielkundige welstand, oftewel die lewenstevredenheid en selfdeterminasie van pasiënte met kroniese nierversaking te bepaal.
- 1.2.2 Om 'n aanduiding te verkry van die pasiënte met kroniese nierversaking se vlakke van spiritualiteit, hoop en optimisme (affek en attribusiestyl)
- 1.2.3 Om die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme as psigofortigene faktore op die sielkundige welstand van nierpasiënte wat aan verskillende behandelingsmodusse (hemodialise, peritoneale dialise en nieroorplanting) onderwerp word, te bepaal.

Die doel van hierdie ondersoek is dus om 'n bepaling te maak van die sielkundige welstand van pasiënte met kroniese nierversaking en om voorts te bepaal watter rol in die verband gespeel word deur psigofortigene faktore soos spiritualiteit, hoop en optimisme.

1.3 BEGRIPOMSKRYWINGS

Ter wille van oriëntasie word daar kortliks verwys na die kernbegrippe van die studie. Hierdie begrippe, wat later meer omvattend aangeraak word, is die volgende: “sielkundige welstand”, “lewenstevredenheid”, “selfdeterminasie”, “spiritualiteit”, “hoop” en “optimisme”. Die terme “kroniese nierversaking”, “dialise”, “hemodialise”, “peritoneale dialise” en “nieroorplanting” sal ook kortliks aandag geniet.

1.3.1 Sielkundige welstand

Die term “sielkundige welstand” is 'n sleutelkonsep binne die veld van die positiewe sielkunde wat tans baie aandag geniet. Sielkundige welstand verwys in hierdie opsig na optimale sielkundige funksionering en ervaring (Ryan & Deci, 2001). Vir die doeleindes van hierdie

studie word sielkundige welstand gekonseptualiseer en geoperasionaliseer in terme van die mate waartoe pasiënte met kroniese nierversaking lewenstevredenheid (Diener, 2000) en selfdeterminasie (Ryan & Deci, 2001) ervaar. Lewenstevredenheid verwys hier na 'n globale beoordeling van 'n persoon se eie lewe terwyl selfdeterminasie fokus op die betekenis van selfaktualisering en hoe dit bereik kan word. Vanuit die selfdeterminasie-teorie word drie behoeftes geïdentifiseer naamlik bekwaamheid, outonomie en die vermoë om in verhoudings te staan wat welstand tot gevolg het indien dit bevredig word. Die teoretiese agtergrond van al hierdie verskillende konsepte sal meer volledig bespreek word in hoofstuk twee.

1.3.2 Spiritualiteit

Spiritualiteit, met hoop en optimisme as onderafdelings, word beskryf as 'n proses, vermoë of kapasiteit waarvoor mense beskik en wat suksesvolle aanpassing, ten spyte van uitdagende of bedreigende omstandighede, bevorder (Kumpfer, 1999). Dit wil, volgens Aldridge (1993), voorkom asof die volgende kenmerke in meeste definisies van spiritualiteit voorkom:

- 'n behoefte aan transendensie en om uit te styg bo die alledaagse materiële en sensoriese ervarings;
- 'n verhouding met God of 'n ander universele mag of energie;
- 'n soeke na groter betekenis, doel, orde en rigting (James & Samuels, 1999) en
- heling deur nie-fisieke intervensie, byvoorbeeld gebed of meditasie.

1.3.3 Hoop

Hoewel teenstrydige opinies bestaan oor die konsep "hoop", voer Snyder (1995) aan dat hoop binne die kader van die positiewe sielkunde beskou word as verstaanbaar, meetbaar en as 'n belangrike strategie om probleme die hoof te bied. Snyder (1995) huldig die opinie dat denke aangaande die toekoms deur doelwitte gekenmerk word. Dit is sodanige doelwitte wat as rigtingwyser dien sodat die mens kom waar sy/hy wil wees. Indien 'n persoon oor beide die wilskrag asook die strategieë om doelwitte te bereik beskik, het dit die ervaring van hoop tot gevolg. Vanuit die sosiaal-sielkundige teorie en vanuit 'n kognitiewe invalshoek, verklaar Stotland (1969) dat die verwagting om 'n doelwit te bereik op die teenwoordigheid van hoop dui. In ooreenstemming hiermee beskryf Averill, Catlin en Chon (1990) hoop as 'n emosie wat deur kognitiewe reëls beheer word. Die verwagting dat spesifieke gedrag spesifieke uitkomst sal hê en 'n persoon se vertrouwe in sy/haar vermoë om gedrag te openbaar wat gewenste resultate tot gevolg sal hê, impliseer volgens Bandura (1977, 1986 & 1989) se selfwerkzaamheidteorie die

uiteindelijke ervaring van hoop. Herth (1991) wyk af van die tradisionele behavioristiewe inslag wat navorsing oor hoop kenmerk en tref 'n onderskeid tussen 'n algemene ervaring van hoop en die ervaring van hoop binne 'n spesifieke situasie. Hoop word dus in hierdie studie gekonseptualiseer en geoperasionaliseer in terme van die mate waartoe die pasiënte met kroniese nierversaking doelwitte het wat gepaardgaan met die nodige wilskrag, strategieë en die verwagting dat die doelwitte bereik kan word. Tesame hiermee dui die openbaring van spesifieke gedrag ten einde begeerde uitkomst te bereik op die ervaring van hoop. 'n Meer uitgebreide bespreking van hierdie konsepte vind in hoofstuk vier plaas.

1.3.4 Optimisme

Tiger (1979) definieer optimisme as 'n gemoedstoestand of houding, geassosieer met 'n positiewe verwagting, aangaande 'n sosiale of materiële toekoms. Dit stem ooreen met die siening van Scheier en Carver (1992) wat optimisme beskou as 'n algemene disposisie om goeie uitkomst te verwag. Vanweë verskille aangaande dit wat mense as wenslik of belangrik ag, is optimisme subjektief van aard wat optimisme as 'n unieke individuele ervaring impliseer. 'n Meer breedvoerige beskrywing van die konsep "optimisme" volg in hoofstuk vyf.

1.3.5 Die nierpatiënt

Kroniese nierversaking word gekenmerk deur 'n verlies van die funksies wat deur die niere uitgevoer word en wat onomkeerbaar is. Hierdie toestand word behandel deur pasiënte op kroniese dialise te plaas of uiteindelik 'n nieroorplanting te doen (Levy, Morgan & Brown, 2001). Dialise in hierdie verband dui op 'n proses wat die funksie van die niere naboots, deurdat afvalprodukte uit die bloed gefiltreer word en oormatige vloeistowwe uit die liggaam verwyder word (kidneywise.com, 08/11/2002). Twee tipes dialise bestaan naamlik hemodialise en peritoneale dialise. Hemodialise verwys na die proses waar klein hoeveelhede bloed deur 'n masjien gesirkuleer word waartydens die bloed gefiltreer word. Hierdie filtreringsproses vind dus buite die liggaam plaas waarna die gesuiwerde bloed na die liggaam teruggepomp word. By peritoneale dialise as behandelingsmetode, word die peritoneale membraan vir dialise gebruik en vandaar die naam. 'n Peritoneale kateter word in die buik geplaas met 'n 15cm buisie buite die liggaam sodat die dialisevloeistof daaraan gekoppel word. Dialise vind plaas deurdat die dialisevloeistof tot binne die peritoneale holte vloei en oormatige water en afvalprodukte uit die bloed in hierdie vloeistof gestort word. Vanweë die opbou van oormatige water en afvalstowwe word hierdie dialisevloeistof ses-uurliks vervang (kidneywise.com, 08/11/2002). 'n

Nieroorplanting wat die effektiëfste behandelingsmetode vir nierversaking is, behels die oorplanting van 'n nier nadat die nodige kruistoetsings gedoen is wat die pasiënt as 'n geskikte kandidaat vir 'n oorplanting identifiseer. Die verdere toeligting van hierdie terme vind in hoofstuk ses plaas.

1.4 'N BONDIGE UITEENSETTING VAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK

Hierdie navorsingsprojek bestaan uit 'n literatuuroorsig wat gevolg word deur 'n beskrywing van sielkundige welstand en spiritualiteit, hoop en optimisme soos dit voorgekom het by die ondersoekgroep. Laastens word 'n aanduiding verskaf van die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme as voorspellers van sielkundige welstand.

1.4.1 Die literatuuroorsig van die studie

Hierdie studie handel oor die invloed van verskeie faktore op die sielkundige welstand van pasiënte met kroniese nierversaking. Ten einde 'n idee te vorm van wat sielkundige welstand behels, word die eerste hoofstuk van die literatuuroorsig (hoofstuk twee) hieraan gewy. Die faktore gekies as voorspellers van sielkundige welstand van pasiënte met kroniese nierversaking behels spiritualiteit, hoop en optimisme. Die beskrywing van hierdie faktore en hul koppeling met sielkundige welstand word onderskeidelik in hoofstukke drie (spiritualiteit), vier (hoop) en vyf (optimisme) aangedui. Die laaste hoofstuk van vyf in die literatuuroorsig, word gewy aan 'n beskrywing van die nierpasiënt en van kroniese nierversaking asook die onderskeie behandelingsmetodes wat daarvoor bestaan.

Vanuit die literatuur ontstaan daar egter die volgende vrae:

- Wat is die mate van sielkundige welstand wat deur pasiënte met kroniese nierversaking ervaar word?
- Wat is die mate van spirituele welstand, hoop en optimisme wat deur pasiënte met kroniese nierversaking ervaar word?
- Kan spiritualiteit, hoop en optimisme dien as voorspellers van die sielkundige welstand van pasiënte met kroniese nierversaking?

Dit is hierdie vraagstukke wat die navorsingsprosedure van hierdie studie sal rig, soos bespreek word in afdeling 1.4.2.

1.4.2 Die navorsingsprosedure

Die navorsingsmetodiek van hierdie ondersoek word volledig in hoofstuk 7 uiteengesit. Die doel van die studie word eerstens aangedui. Hierna word die kwantitatiewe en kwalitatiewe ontledings met betrekking tot die navorsingsontwerp, die ondersoekgroepe, die meetinstrumente gebruik asook die prosedures en die wyses van data-ontleding aangedui.

In hoofstuk 8 word die resultate en interpretasie daarvan weergegee. Hierdie hoofstuk word in twee dele verdeel. In Deel I word die kwantitatiewe resultate van die ondersoekgroep aan die hand van die statistiese prosedure verstrekk. Inligting vanuit die biografiese vraelys word verskaf. Die resultate verkry van die meetinstrumente word ontleed ten einde 'n idee te vorm van die ondersoekgroep se ervaring van sielkundige welstand, spiritualiteit, hoop en optimisme. In deel II word die kwalitatiewe ontleding en interpretasie van die semi-gestruktureerde onderhoude rakende die ervaring van spiritualiteit, hoop en optimisme weergegee.

In hoofstuk 9 van hierdie studie word die resultate soos dit na vore gekom het tydens die proses van dataverwerking, bespreek. Eerstens word 'n bespreking gegee aangaande sielkundige welstand as verskynsel by die ondersoekgroep. Hierna word die voorkoms van spiritualiteit, hoop en optimisme by die ondersoekgroep bespreek. Laastens word 'n aanduiding verskaf van spiritualiteit, hoop en optimisme as voorspellers van sielkundige welstand.

1.5 SAMEVATTING

In hierdie eerste hoofstuk is die doel en motivering van die navorsingsprojek bespreek. Die belangrikste konstrakte is aangeraak en gedefinieer en 'n kort uiteensetting van die studie is gegee.

HOOFSTUK 2: SIELKUNDIGE WELSTAND

2.1 INLEIDING

Die literatuur waaroor in hoofstukke twee tot ses gerapporteer word, is geselekteer met die fokus op die primêre doelwitte van hierdie studie. 'n Beskrywing van sielkundige welstand word gegee, waarna dit vanuit 'n hedoniese en eudamoniese perspektief, asook die selfdeterminasieteorie bespreek word. Die invloed van enkele voorspellers op die sielkundige welstand van die nierpasiënt, naamlik spiritualiteit, hoop en optimisme, sal ook aandag geniet.

2.2 SIELKUNDIGE WELSTAND

Vir die grootste deel van die vorige eeu het die sielkunde se klem op psigopatologie die fokus op sielkundige welstand en persoonlike groei oorskadu. In die tweede helfte van die vorige eeu vind 'n verskuiwing egter plaas van die feitlik eksklusiewe fokus op diagnose en behandeling om ook die onderwerp “voorkoming” in te sluit. Dit het aanleiding gegee tot die bestudering van groei (Deci, 1975), welstand (Diener, 1984) en die bevordering van welstand (Cowen, 1991). Hierdie belangstelling in menslike potensiaal, 'n kenmerk van die huidige positiewe sielkunde, het tot die insig gelei dat materiële sekuriteit nie op sigself geluk voortbring nie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Die positiewe sielkunde, wat tans baie aandag geniet, bevorder dus 'n perspektief wat nie net gepreokkupeerd is met herstel nie, maar ook met die opbou van positiewe kwaliteite. Die veld van positiewe sielkunde fokus op waardevolle subjektiewe ervarings, naamlik welstand, vergenoegdheid en bevrediging (in die verlede), hoop en optimisme (in die toekoms) en die huidige ervaring van geluk (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Die term “sielkundige welstand” is dus 'n sleutelkonsep binne die veld van die positiewe sielkunde. Sielkundige welstand verwys na optimale sielkundige funksionering en ervaring (Ryan & Deci, 2001). Navorsingsresultate oor welstand in die empiriese sielkunde dui op 'n groter bewustheid daarvan dat positiewe affek nie bloot die teenoorgestelde van negatiewe affek is nie (Cacioppo & Berntson, 1999) en dat welstand nie noodwendig aanduidend van die afwesigheid van geestesongesteldheid is nie. Volgens Ryan en Deci (2001) word twee algemene perspektiewe aangaande sielkundige welstand tans voorgehou, naamlik die hedonistiese en eudamoniese perspektiewe onderskeidelik.

2.2.1 DIE HEDONISTIESE PERSPEKTIEF

Die gelykstelling van hedonistiese plesier of geluk aan welstand het 'n lang geskiedenis. Aristippus, 'n Griekse filosoof, dui maksimale plesier-ervaring as 'n lewensdoelwit aan en meen dat geluk hieruit voortvloei. Aristoteles heg egter 'n negatiewe konnotasie aan hierdie hedonistiese plesier, want hy beskryf dit as 'n vulgêre ideaal wat mense slaafse navolgers van hul begeertes maak (Ryan & Deci, 2001).

Kahneman (1999) definiëer hedonistiese sielkunde as die studie van dit wat ervarings en die lewe aangenaam en onaangenaam maak. Sielkundige welstand bestaan hiervolgens uit subjektiewe geluk, waar kognitiewe en affektiewe oordeel aangaande die goeie / slegte elemente van die lewe op 'n plesier- versus pyn-kontinuum geplaas word (Kubovy, 1999). Aangesien hierdie definiëring van 'n goeie lewe op 'n subjektiewe evaluering van die kwaliteit en waarde daarvan berus, staan dit bekend as die subjektiewe belewing van welstand (Diener, 2000). Hievolgens word die subjektiewe belewing van welstand gebruik om menslike ervaring êrens op die plesier-versus pyn-kontinuum te plaas (Diener & Lucas, 1999).

Voorts beskryf Diener (2000) die verskillende komponente van subjektiewe welstand. Die ervaring van lewenstevredenheid behels 'n globale beoordeling van 'n persoon se eie lewe. 'n Tweede komponent fokus op bevrediging in spesifieke areas wat deur 'n mens belangrik geag word, byvoorbeeld werkstevredenheid. 'n Laaste komponent behels die ervaring van positiewe en negatiewe affek. Hier is die fokus op die teenwoordigheid en ervaring van vele aangename en positiewe emosies, teenoor die afwesigheid en beperkte ervaring van onaangename emosies en gemoed. Die belewing van vele aangename emosies en plesier, teenoor min pynlike en onaangename emosies, betrokkenheid by interessante aktiwiteite, asook die ervaring van lewenstevredenheid, het 'n subjektiewe belewenis van welstand tot gevolg.

Hoewel aangename emosie en plesier nagestreef word, word persone dwarsdeur hul lewe blootgestel aan gebeure wat 'n negatiewe impak op hul ervaring van welstand het. Weens aanpassing en tyd verminder die ervaring van negatiewe emosie gekoppel aan sodanige gebeure mettertyd en word dit geleidelik vervang met meer positiewe emosies (Brickman & Campbell, 1971; Silver, 1982). Dit suggereer 'n terugkeer na 'n positiewe emosionele staat, aangesien 'n oorwegend aangename affek weens die afwesigheid van negatiewe gebeure ervaar word (Brickman & Campbell, 1971). Hoewel mense intense reaksie teenoor beide aangename en

onaangename gebeure toon, is dit hul vermoë tot aanpassing wat verantwoordelik is vir die terugkeer na hul oorspronklike emosionele staat (Cacioppo, Gardner & Berntson, 1999).

Soos aangedui deur verskeie navorsers (Campbell, Converse & Rogers, 1976; Diener, Horwitz & Emmons, 1985; Diener, Wolsic & Fujita, 1995) blyk dit juis hierdie vermoë tot aanpassing te wees wat verantwoordelik is vir gewoonlik lae korrelasies tussen gebeure en die belewing van subjektiewe welstand. Die vermoë tot aanpassing het tot gevolg dat die effek van traumatiese gebeure dikwels binne ongeveer drie maande hul impak op die belewing van subjektiewe welstand verloor (Suh, Diener & Fujita, 1996). Net so vind Okun en George (1984) kwalik 'n korrelasie tussen die objektiewe ervaring van fisieke gesondheid en die subjektiewe belewenis van welstand. In situasies waar aangebore liggaamsgebreke laer vlakke van subjektiewe welstand tot gevolg het, het aanpassing moontlik nooit plaasgevind nie. Die moontlike tekort aan die ervaring van positiewe emosie in hierdie gevalle suggereer 'n terugkeer na 'n oorspronklik negatiewe emosionele staat. Dit is dus aanduidend daarvan dat persone nie noodwendig ten volle aanpas by alle omstandighede nie, selfs nie na verloop van jare nie. 'n Siening dat omstandighede nie 'n invloed op welstand uitoefen nie, is dus te eng (Mehnert, Kraus, Nadler & Boyd, 1990).

Die vermoë tot aanpassing by omstandighede word bepaal deur verandering in verwagtings en doelwitte (Diener, 2000), verskillende persoonlikhede (Headey & Wearing, 1992) en kulturele faktore (Suh, Diener, Oishi & Triandis, 1998).

2.2.1.1 Verwagtings en doelwitte

Aanpassing by nuwe omstandighede word bepaal deur verandering wat plaasvind ten opsigte van bestaande verwagtings en doelwitte (Diener, 2000). Indien iemand vordering toon in die bereiking van 'n doelwit, ten spyte van veranderende situasies, word subjektiewe welstand ervaar (Cantor & Sanderson, 1999; Emmons, 1986). Die waarde geheg aan die doelwit het 'n verdere invloed op die belewing van welstand. Hoe belangriker die bereiking van die doelwit, hoe meer welstand word met die bereiking daarvan verkry (Oishi, Diener, Suh & Lucas, 1999). Die omgekeerde geld indien doelwitte onbelangrik is.

Die aard van die hulpbronne beskikbaar vir bereiking van doelwitte speel ook 'n belangrike rol. Hoe relevanter 'n beskikbare hulpbron is vir die bereiking van 'n belangrike doelwit, hoe groter is die kans dat geluk ervaar sal word. (Diener & Fujita, 1995). Indien belangrike hulpbronne vir

die bereiking van doelwitte egter nie beskikbaar is nie, is die uitkoms dikwels die ervaring van 'n gevoel van ongeluk. Gevolglik word sielkundige welstand ervaar wanneer daar na belangrike doelwitte gestreef kan word, relevante hulpbronne vir die bereiking daarvoor beskikbaar is en vordering ervaar word in die bereiking van die doelwit. Die buigsame aanpassing van doelwitte in ongunstige omstandighede blyk 'n sleutelfaktor te wees tot die belewenis van subjektiewe welstand (Diener & Fujita, 1995).

2.2.1.2 Persoonlikheid

Binne die dinamiese ekwilibriummodel van Headey en Wearing (1992) word persoonlikheid en aanpassing gekombineer. Hierdie outeurs gaan van die veronderstelling uit dat 'n mens se persoonlikheid die ervaring van aangename of onaangename affek in stand hou. Indien iemand vanweë sy/haar persoonlikheid meer geneig is om op die positiewe te fokus, behoort hy/sy na die ervaring van 'n negatiewe gebeurtenis daarby aan te pas en terug te keer na die oorspronklike positiewe lewensuitkyk.

Gebeure en omstandighede het 'n definitiewe invloed op die ervaring van geluk. Dit is egter die predisponerende faktore van persoonlikheid, naamlik ekstroversie en neurotisme, wat die ervaring van positiewe en negatiewe affek bepaal (Headey & Wearing, 1992). In 'n studie deur Rusting en Larsen (1997) is dieselfde stimuli in die vorm van fotos aan persone wat hulself as gelukkig en ongelukkig beskou, getoon. Hul bevinding dui daarop dat ekstroverte 'n sterker respons teenoor positiewe stimuli toon, terwyl neurotiese persone sterker op negatiewe stimuli reageer. Ekstroversie word in 'n studie deur Lucas, Diener, Grob, Suh en Shao (1998) gelykgestel aan die ervaring van positiewe affek. Dit wil dus voorkom asof iemand wat tot ekstroversie neig, gewoonlik aangener affek ervaar en meer subjektiewe welstand sal rapporteer.

'n Mens se persoonlikheid bly relatief stabiel (Goldsmith, 1996), selfs oor 'n tydperk van jare (Magnus & Diener, 1991) en in verskeie situasies (Diener & Larsen, 1984; Costa, McCrae & Zonderman, 1987). Die idee van Headey en Wearing (1992) dat persoonlikheid as basis dien vir die ervaring van aangename of onaangename affek, suggereer dat die belewing van subjektiewe welstand nie slegs 'n resultaat van situasionele faktore is nie. Dit is dus van belang om die rol van persoonlikheid en aanpassing, tesame met situasionele faktore in ag te neem, ten einde 'n volledige aanduiding te verkry aangaande die subjektiewe belewenis van welstand.

2.2.1.3 Kulturele faktore

Kulturele agtergrond speel 'n belangrike rol in die ervaring van lewenstevredenheid (Suh et al., 1998). Die bepaling van lewenstevredenheid vir individue wat lede is van individualisties-georiënteerde nasies, lê opgesluit in hul affek. Hoe meer gereeld hulle aangename emosie ervaar, hoe meer die ervaring van lewenstevredenheid. Vinnig veranderende emosie het tot gevolg dat sodanige persone meer gereeld hul omstandighede verander ten einde lewenstevredenheid te ervaar (Diener, 2000).

In teenstelling hiermee neem individue vanuit kollektiwistiewe kulture sosiale norms en die oordeel van familie en vriende in ag, ten einde 'n bepaling van hul lewenstevredenheid te maak. Die veronderstelling is dus dat lewenstevredenheid ervaar word indien besluite geneem word wat ooreenstemming toon met dit wat as aanvaarbaar deur die gemeenskap, familie en vriende geag word. Die gevolg hiervan is egter dat sulke persone meer geneig is om vanweë kulturele voorskrifte in wanfunksionerende huwelike of onbevredigende beroepe te bly. In kollektiwistiese kulture verskaf uitgebreide gesinne meer ondersteuning in moeilike tye. In hierdie opset kan enkelinge dus minder individualisties optree, maar in moeilike omstandighede word hulle selde aan hulself oorgelaat. Hoewel dit voorkom asof hulle persoonlike geluk opoffer, ervaar hulle lewenstevredenheid, deurdat hulle optrede as korrek beskou word en hulle die sosiale ondersteuning van hul gesinne geniet. Diener (2000) is egter van mening dat bevrediging wat weens korrekte optrede ervaar word meer belonend kan wees, indien dit kongruent is met persoonlike waardes en nie opoffering van die een of ander aard inhou nie.

Die samelewing kan as verdere verklaring dien vir verskille wat tussen verskillende kultuurgroepe by die subjektiewe belewenis van welstand voorkom. In lande wat beter voorsiening maak vir die bevrediging van basiese behoeftes soos die beskikbaarstelling van voedsel, bruikbare water-reserwes en goeie gesondheidsorg, word gewoonlik hoër aanduidings van die belewenis van subjektiewe welstand aangetref.

Wat dus van waarde geag word vir die ervaring van lewenstevredenheid verskil ingrypend tussen kultuurgroepe. Verskillende aanduidings bestaan ook ten opsigte van die ervaring van die subjektiewe belewenis van welstand. Die rede hiervoor is dat waardes en doelwitte, die mate van sosiale ondersteuning, oorlewingspatrone ("coping") en die bevrediging van individuele behoeftes van kultuur tot kultuur verskil (Diener, 2000).

Vir die laaste 15 jaar word die subjektiewe belewing van welstand dikwels as primêre indeks in die navorsing oor welstand gebruik. Ten einde 'n aanduiding van die subjektiewe belewenis van welstand te verkry, beskou Diener (2000) die opinie van die individu as belangrik. 'n Evaluasie deur 'n persoon van sy/haar eie lewe behoort dus prominente aandag te verkry in die evaluering van subjektiewe welstand. Sielkundiges wat die hedonistiese perspektief aanhang, erken egter dat doelwitte waarvolgens welstand bevorder word, hoogs idiosinkraties en kultureel spesifiek kan wees en dat dit ooreenstemming toon met die hedendaagse relativistiese, postmodernistiese sienings (Ryan & Deci, 2001). 'n Volledige evaluasie van sielkundige welstand kan egter nie beperk word tot die mate van geluk of ongeluk wat 'n persoon ervaar nie. Diener (2000) beklemtoon hierdie siening, deur sy opinie dat die subjektiewe belewing van welstand op sigself nie as voldoende vir hoë vlakke van geestesgesondheid voorgehou kan word nie.

2.2.2 DIE EUDAMONIESE PERSPEKTIEF

Nie alle begeertes of uitkomstes wat plesier verskaf en wat deur 'n persoon as waardevol geag word, sal sielkundige welstand tot gevolg hê nie. Vanuit die eudamoniese perspektief kan subjektiewe geluk, soos beskryf in hedonisme, nie gelykgestel word aan welstand nie. Gevolglik verklaar die eudamoniese perspektief welstand as iets meer as net die ervaring van plesier (Ryan & Deci, 2001).

Fromm (1981) tref 'n onderskeid tussen begeertes met momentele plesier as gevolg en diep gesetelde behoeftes. Die bevrediging van sodanige behoeftes beskik oor die potensiaal om groei te laat plaasvind met 'n ervaring van eudamonie, oftewel welstand, as gevolg. Dit is hierdie aktualisering van menslike potensiaal wat die mens in staat stel om die vervulling, of die realisering van die mens se ware natuur, te ervaar wat die grondslag vir sielkundige welstand lê (Ryan & Deci, 2001). Anders gestel, indien mense na volmaaktheid en nie net die blote ervaring van plesier streef nie, dui dit op die realisering van die ware potensiaal waarvoor hulle beskik, met sielkundige welstand as die gevolg (Ryff & Singer, 1998).

Die eudamoniese perspektief fokus ook op die verkryging van dit wat die mens behoort te begeer. Waardes behoort die fokus te rig op die beste doelwitte om na te streef, naamlik dit wat die hoogste voordeel vir die menslike spesie aandui, of wat uiteindelik eer vir die persoon inhou (Compton, 2001). Waterman (1993) suggereer dat eudamonie voorkom, indien aktiwiteite kongruent is aan diep gesetelde waardes waarin die persoon holisties deel het – 'n toestand

waarna hy verwys as “persoonlike ekspressionisme”. Die eudamoniese konsep van welstand roep dus persone op om in ooreenstemming met hul ware self te leef.

Ryff en Keyes (1995) wys daarop dat sielkundige welstand verskil van subjektiewe welstand en stel ‘n multidimensionele benadering voor vir die meting van sielkundige welstand. Hierdie meting fokus op ses verskillende areas van menslike aktualisering, naamlik: outonomie, persoonlike groei, selfaanvaarding, lewensdoel, bekwaamheid en positiewe verhoudings. Hierdie ses begrippe definieer sielkundige welstand beide teoreties en operasioneel en spesifiseer dit wat emosionele en fisieke gesondheid bevorder (Ryff & Singer, 1998).

Ryff en Singer (1998) huldig die opinie dat modelle wat welstand vanuit die subjektiewe belewing daarvan beskryf, beperkings toon waar positiewe funksionering ter sprake is en dat dit ‘n feilbare aanduider is van ‘n gesonde lewe. In antwoord hierop dui Diener, Sapyta en Suh (1998) aan dat, hoewel die eudamoniese perspektief die definiëring van welstand moontlik maak, navorsing rakende die subjektiewe belewenis van welstand eerstehandse inligting aan navorsers verskaf aangaande dit wat die lewe die moeite werd maak. Hoewel die subjektiewe belewing van welstand dus nie omvangryk genoeg blyk te wees vir ‘n beskrywing van ‘n goeie lewe nie, wil dit voorkom asof dit ‘n bydraende rol daartoe speel. ‘n Multidimensionele fokus, waar aspekte van beide hierdie perspektiewe in ag geneem word, behoort ‘n meer geïntegreerde siening van welstand te verskaf (Ryan & Deci, 2001).

2.2.3 DIE SELFDETERMINASIE-TEORIE

Die selfdeterminasie-teorie van Ryan en Deci (2000) is ‘n makro-teorie van menslike motivering, wat fokus op die ontwikkeling en funksionering van die persoonlikheid binne sosiale kontekste. Die mate waartoe menslike gedrag deur eie wil en selfdeterminasie bepaal word, word ook onder die soeklig geplaas. Dit behels ‘n ondersoek na die neiging tot inherente groei en die ingebore sielkundige behoeftes, wat die basis vorm vir selfmotivering en persoonlikheidsintegrasie en toestande wat hierdie positiewe prosesse bevorder (Ryan & Deci). Die selfdeterminasie-teorie poog ook om ‘n aanduiding te verskaf aangaande die betekenis van selfaktualisering en hoe dit bereik kan word.

Die selfdeterminasie-teorie van Ryan en Deci (2000) toon ooreenstemming sowel as verskille met die eudamoniese perspektief van Ryff en Singer (1998). Die selfdeterminasie-teorie, asook die eudamoniese perspektief, kom ooreen met Rogers (1963) se siening dat welstand eerder

verwys na die vermoë om ten volle te funksioneer, as net die blote bevrediging van begeertes. Die eudamoniese benadering van Ryff en Singer (1998) tref 'n onderskeid tussen behoeftes met momentele plesier as gevolg en behoeftes wat eudamonie tot gevolg het. Volgens hierdie outeurs word welstand ervaar wanneer behoeftes met eudamonie as uitkoms bevredig word.

Die selfdeterminasie-teorie van Ryan en Deci (2000) gaan verder en identifiseer hierdie behoeftes. Hulle huldig die opinie dat, indien bevredig, die behoeftes aan bekwaamheid, outonomie en die vermoë om in verhoudings te staan, welstand tot gevolg het. Ryff en Singer (1998) definieer dus welstand deur 'n breë fokus op behoeftes wat eudamonie tot gevolg het, terwyl die selfdeterminasie-teorie van Ryan en Deci (2000) welstand impliseer, indien spesifieke behoeftes bevredig word. In wese huldig hierdie teoretici dus dieselfde opinie dat spesifieke bevredigde behoeftes welstand tot gevolg het. Die verskil kom egter na vore in hul fokus. Terwyl dit vir Ryff en Singer (1998) net gaan om behoeftes met eudamonie as uitkoms, identifiseer Ryan en Deci (2000) daardie behoeftes as bekwaamheid, outonomie en die vermoë om in verhoudings te staan.

2.2.3.1 Bekwaamheid

Sielkundige welstand word bepaal deur die voortdurende ervaring van 'n gevoel van bekwaamheid (Sheldon, Ryan & Reis, 1996). Volgens White (1963) is die behoefte aan bekwaamheid onderliggend aan gevoelens van selfvertroue en eiewaarde. Bandura (1977) dui selfwerkzaamheid, die gevoel dat 'n persoon verlangde uitkomst kan bereik, aan as 'n belangrike determinant van sielkundige welstand. Welstand word dus bevorder, wanneer mense voel dat hulle oor genoeg bekwaamheid en gevolglik selfvertroue beskik ten einde belangrike doelwitte te bereik (McGregor & Little, 1998).

Doelwitbereiking wat vinnig plaasvind, kan lei tot toenemende sielkundige welstand. Die rede hiervoor is dat mense vanweë die vinnige bereiking van doelwitte, hulself as bekwaam takseer, met 'n gevolglike toename in selfvertroue en optimisme (Carver & Scheier, 1999). Indien hierdie doelwitte egter nie uitdagend genoeg is nie, hetsy te maklik of te moeilik, het dit minder positiewe affek tot gevolg (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988). Intense negatiewe affek word ervaar, indien mense min hoop op sukses as uitkoms plaas, wat dui op 'n gevoel van onbekwaamheid (Emmons, 1986). Indien persone dus glo dat hulle bekwaam genoeg is en uitdagings wat die potensiaal tot groei inhou die hoof kan bied, het dit eudamoniese uitkomst tot gevolg (Waterman, 1993).

‘n Ander belangrike konsep behels die aard van die motivering wat doelgerigte aktiwiteite beïnvloed. Indien doelwitte ekstern gemotiveer word, word dit geassosieer met verlaagde doelwitbereiking en ‘n verminderde gevoel van bekwaamheid en dus welstand (Elliot & Sheldon, 1997). Inkongruensie tussen motiewe en doelwitte kan selfs ‘n afname in welstand tot gevolg hê (Brunstein, Schultheiss & Grässman, 1998). Dit blyk dus dat doelwitte en die motivering daaragter in ooreenstemming moet wees vir welstand om daaruit voort te spruit.

Sosiale en kontekstuele gebeure soos byvoorbeeld positiewe terugvoer, beloning en kommunikasie het gevoelens van bekwaamheid en die bevordering van intrinsieke motivering tot gevolg (Deci, 1975). Wanneer moontlik, kies mense dié gedrag wat gevoelens van bekwaamheid en kreatiwiteit tot gevolg het. Hierdie keuse dui op outonomie, met die gevolg dat motivering intrinsiek gereguleer word en ‘n hoë korrelasie met sielkundige welstand het (Massimini & Delle Fave, 2000; Ryan, Deci & Grolnick, 1995). Gevoelens van bekwaamheid kan dus nie op sigself intrinsieke motivering bevorder nie, tensy dit gepaard gaan met ‘n gevoel van outonomie, of anders gestel, deur ‘n interne waargenome lokus van oorsaaklikheid (Deci & Ryan, 2000; Fisher, 1978; Ryan, 1982). Die meeste navorsing aangaande die effek van omgewingsgebeure en hul invloed op intrinsieke motivering fokus op die kwessie van outonomie, versus beheer.

2.2.3.2 Outonomie

Die koppeling tussen ‘n gevoel van bekwaamheid en die ervaring van sielkundige welstand blyk duidelik te wees. ‘n Minder algemene en omstrede siening is dat dit vir mense nodig is om outonomie en seggenskap oor hul eie optrede te geniet, ten einde optimale sielkundige welstand te ervaar (Deci & Ryan, 1985, 1991; Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2000). Waar bekwaamheid ‘n aanduiding is dat iemand effektief kan optree om 'n doelwit te bereik, dui outonomie op die wete dat hierdie aktiwiteite en doelwitte selfgekoos en in ooreenstemming is met intrinsieke belange (Deci & Ryan, 1985) en waardes (Kasser & Ryan, 1996).

Volgens Massimini en Delle Fave (2000) se evolusieperspektief het alle lewende organismes se gedrag ‘n element van selfdeterminasie en is die mens ook georiënteer tot ‘n toename in kompleksiteit. Mense is dus die outeurs van hul eie evolusie, waar hulle op outonome wyse deurlopende betrokkenheid openbaar in die seleksie van waardes wat hul eie individualiteit definieer. Deur hierdie outonome besluite word hul optrede nie net gerig deur die druk om aan te

pas en die strewe na oorlewing nie, maar skeep hulle geleenthede waarin hulle die lewe optimaal kan ervaar.

Sheldon en Elliot (1999) het 'n self-kongruensiemodel ontwikkel ter verduideliking van die koppeling tussen outonomie en welstand. Doelwitte wat deur die persoon self gestel word, is kongruent aan dit wat so 'n persoon belangrik ag. Hierdie doelwitte is dus geïnternaliseer, daarom outonoom en intrinsiek gemotiveer. Die bereiking van doelwitte wat kongruent is aan die self, lei makliker tot die ervaring van behoeftebevrediging en het dus welstand tot gevolg. Hoewel die bereiking van 'n doelwit op sigself met die ervaring van welstand geassosieer word, vind 'n toename in die belewenis van sielkundige welstand plaas indien die doelwit in ooreenstemming met die basiese sielkundige behoeftes van 'n persoon is. Hoe meer sodanige behoeftes bevredig word, hoe meer die ervaring van sielkundige welstand (Ryan & Deci, 2001).

Individuele keuse, die erkenning van gevoelens en geleenthede waar mense self hul optrede vir die bereiking van doelwitte bepaal, het verhoogde intrinsieke motivering tot gevolg, aangesien dit 'n persoon met 'n sterker gevoel van outonomie laat (Deci & Ryan, 1985). Persone wat vir meer intrinsieke redes by godsdiens (Ryan, Rigby & King, 1993) en intieme verhoudings (Blais, Sabourin, Boucher & Vallerand, 1990) betrokke raak, word as beter aangepas beskou as diegene wat hul optrede op eksterne redes baseer.

Navorsing deur Nix, Ryan, Manly en Deci (1999) toon aan dat 'n persoon wat vanweë eksterne druk 'n aktiwiteit uitvoer en sukses behaal, geluk ('n positiewe gevoel nou verwant aan die subjektiewe belewenis van welstand) ervaar, maar nie groei nie ('n positiewe gevoel wat nou verband hou met eudamoniese welstand). Die selfdeterminasie-teorie impliseer dat outonome persone wat aktiwiteite suksesvol voltooi, sowel geluk as groei ervaar.

Die belewenis van outonomie vloei voort uit 'n ondersteunende konteks wat die persoon toelaat om bekwaamheid, verhoudings en outonomie te ervaar. Dit word gefasiliteer deur die vryheid van keuse, wilskrag en afwesigheid van eksterne druk, met spesifieke optrede en denke tot gevolg (Kuhl & Fuhrmann, 1998). Outonomie laat persone toe om kongruent met hul waardes om te gaan en dit wat hulle as belangrik ag, uit te leef. Sheldon en Kasser (1998) stel die vordering wat in die bereiking van 'n doelwit gemaak word gelyk aan die verhoogde belewenis van subjektiewe welstand en die vermindering van simptome van depressie. Te min seggenskap ten opsigte van eie gedrag mag lei tot gevoelens van ontevredenheid en frustrasie (Deci & Ryan, 1991; Ryan, 1995; Sheldon & Kasser, 1995).

2.2.3.3 Verhoudings

Verskeie teoretici ag die vermoë om in verhoudings met ander mense te staan as noodsaaklik vir die ervaring van sielkundige welstand (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 1991). Indien interaksie gekenmerk word deur warm, ondersteunende interpersoonlike verhoudings wat op vertrouwe berus, word sielkundige welstand ervaar. Stabiele, bevredigende verhoudings dien dwarsdeur die lewe as 'n algemene weerbaarheidsfaktor (Mikulincer & Florian, 1998). Verhoudings is egter kompleks van aard en intieme verhoudings word gekenmerk deur vele fasette. Dit is dus belangrik om te fokus op daardie aspekte van verhoudings wat welstand voortbring. Twee konsepte wat in die verband aandag geniet, is die vermoë tot intimiteit en gehegtheid.

Navorsingsbevindinge aangaande intimiteit beklemtoon die invloed van verhoudings op welstand. Nezelek (2000) dui aan dat dit nie die hoeveelheid interaksie met ander is wat welstand tot gevolg het nie, maar wel die kwaliteit daarvan. Die afleiding wat hieruit gemaak word, is dat 'n persoon wat betrokke is in intieme, hoë-kwaliteit verhoudings, meer welstand sal ervaar. Persone wat voel dat hulle begryp word, betekenisvolle gesprekke kan voer en genot put uit hul verhoudings met ander, ervaar in 'n groter mate 'n gevoel van welstand (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe & Ryan, 2000).

Die konsep "gehegtheid", wat sy oorsprong in die teorie van Bowlby (1969) het, dui daarop dat vroeë verhoudings met versorgers gekenmerk word deur verskillende grade van ondersteuning en sekuriteit. Indien 'n hoë mate sekuriteit in die verhouding ervaar word, kan dit op sigself gesien word as 'n aanduiding van welstand (Simpson, 1990). Verskille blyk dus te bestaan in die mate waartoe mense gehegtheid in hul verhoudings met ander ervaar (Baldwin, Keelan, Fehr, Enns & Koh-Rangarajoo, 1996). Die rede wat hiervoor deur La Guardia, Ryan, Couchman en Deci (2000) aangevoer word, is dat die ervaring van behoeftebevrediging in verhoudings met spesifieke persone van persoon tot persoon en van situasie tot situasie kan verskil. Diegene wat iemand se behoefte aan ondersteuning en sekuriteit bevredig, is daárdie persone wat gevoelens van outonomie, bekwaamheid en die ontstaan van verhoudings fasiliteer, wat uiteindelik ook welstand tot gevolg het (Frodi, Bridges & Grolnick, 1985). Volgens die organismiese integrasieteorie van Ryan en Deci (2001) het gedrag gemodelleer deur betekenisvolle ander met wie so 'n hegte verhouding bestaan, internalisering van sodanige gedrag tot gevolg. Dit

suggereer dat die behoefte om te behoort aan en verbintenis met ander te hê sentraal staan tot internalisering.

Steinberg en Silverberg (1986) heg 'n negatiewe konnotasie aan die koppeling van outonomie en verhoudings. Die idee bestaan dat die behoefte aan outonomie gesien word as antagonisties tot die vermoë om verhoudings aan te knoop. Dit impliseer dat outonomie gelyk staan aan individualisme en onafhanklikheid, wat swak verhoudings impliseer. Binne die selfdeterminasie-teorie verwys outonomie egter nie na onafhanklikheid, selfsug of verwyderdheid nie, maar eerder na wilskrag wat optrede vergesel, hetsy dit afhanklik, onafhanklik, kollektiwisties of individualisties is. Kim, Butzel en Ryan (1998) vind 'n meer positiewe verhouding tussen outonomie en kollektiwisme, as tussen outonomie en individualisme. Outonomie word dus vanuit hierdie oogpunt nie gelykgestel aan onafhanklikheid of individualisme nie.

Ryff, Singer, Wing en Love (2001) erken die belangrike invloed wat verhoudings op die ervaring van fisieke en sielkundige welstand het. Bewyse bestaan dat positiewe verhoudings as voorspeller van gesonde fisieke funksionering en die uitkomst van gesondheid dien. Dit het die sekresie van oksitosine tot gevolg, wat geassosieer word met 'n positiewe gemoedstoestand en die verligting van spanning (Ryff & Singer, 1998). Individue wat ondersteun word deur hul intieme verhoudings met ander, is minder kwesbaar vir swak gesondheid en 'n vroeë dood (Cohen, 1988; House, Landis & Umberson, 1988). Diegene wat na die diagnose van 'n ernstige siekte sosiale ondersteuning geniet, toon 'n hoër oorlewingsyfer (Case, Moss, Case, McDermott & Eberly, 1992; Colon, Callies, Popkin & McGlave, 1991). Hierdie siening word deur Uchino, Uno en Holt-Lunstad (1999) ondersteun, wat aandui dat sosiale ondersteuning mortaliteit verminder, deur verandering wat ten goede plaasvind in die kardiovaskulêre, endokriene en outo-immuunstelsels. Gebrekkige ondersteuning ten tyde van 'n verlieservaring het 'n afname in die werking van die immuunstelsel tot gevolg (Abbey & Andrews, 1985; Perlman & Rook, 1987). Dit wil dus voorkom asof positiewe verhoudings met ander 'n belangrike rol speel in die bevordering van gesondheidsverwante prosesse.

Siekte word geassosieer met ongemak of pyn. Die teenwoordigheid van ongesteldheid mag dus direk lei tot die verhoging van negatiewe affek, aangesien siekte soms gepaardgaan met funksionele beperkings, wat geleentheid tot positiewe affek en lewensvrede verminder (Ryan & Deci, 2001). In teenstelling hiermee, bevind Okun, Stock, Haring en Witter (1984) dat

sommige persone ten spyte van swak gesondheid steeds subjektiewe welstand ervaar. Ander ervaar egter minder welstand, ten spyte van goeie gesondheid. Dit wil dus voorkom asof dit nie gesondheid of ongesteldheid op sigself is wat welstand bepaal nie. Die mate van ondersteuning verkry, blyk wel 'n positiewe invloed op die ervaring van welstand te hê.

Die selfdeterminasie-teorie stel dit dat intrinsieke motivering interpersoonlike verhoudings positief beïnvloed, indien daar 'n gevoel van sekuriteit en betrokkenheid in verhoudings bestaan (Ryan & Deci, 2000). Dit blyk dus van besondere belang te wees dat 'n sterk gevestigde verhoudingsbasis bestaan vir die uitdrukking en totstandkoming van intrinsieke motivering en sielkundige welstand (Ryan & Deci, 2000).

2.3 GEVOLGTREKING

Dit blyk dat daar verskillende sienings aangaande sielkundige welstand bestaan. Waar die hedonistiese perspektief op die ervaring van plesier en die subjektiewe belewenis van welstand fokus, dui die eudamoniese perspektief aan dat die blote ervaring van plesier nie noodwendig sielkundige welstand tot gevolg het nie. Die eudamoniese perspektief fokus op betekenis en selfvervulling. Welstand word bepaal deur die mate waartoe die persoon optimaal funksioneer. Die selfdeterminasie-teorie toon ooreenstemming met die eudamoniese perspektief, maar fokus addisioneel op die neiging tot inherente groei en ingebore sielkundige behoeftes, wat die basis vorm vir selfmotivering en persoonlikheidsintegrasie. Sielkundige welstand word bereik deur die bevrediging van die onderskeie sielkundige behoeftes.

HOOFTUK 3: SPIRITUALITEIT EN SIELKUNDIGE WELSTAND

3.1 INLEIDING

Die eksklusiewe fokus op patologie wat sielkunde as dissipline so lank oorheers het, het gelei tot die onderbektuning van die positiewe faktore wat die lewe die moeite werd maak. Spiritualiteit en hoop is byvoorbeeld geïgnoreer, of verklaar as die positiewe transformasie van oorspronklike negatiewe impulse (James & Samuels, 1999).

Die idee dat die gees en die liggaam gesamentlik gesondheid en siekte beïnvloed, het al aan die einde van die vorige eeu meer aandag begin geniet (Goleman & Gurin, 1993). Die invloed van godsdiens en spiritualiteit op gesondheid word verklaar deur die transaksionele siening dat gesondheid verder strek as net die fisiologiese (Thoresen, 1999).

Hierdie belangstelling het gelei tot navorsing oor spiritualiteit as 'n weerbaarheidsfaktor (Masten, 1994). Spiritualiteit, met hoop en optimisme as onderafdelings, word beskou as 'n proses, vermoë of kapasiteit waarvoor mense beskik en wat suksesvolle aanpassing, ten spyte van uitdagende of bedreigende omstandighede, bevorder (Kumpfer, 1999). Daar is navorsingsresultate wat daarop dui dat spiritualiteit, hoop en optimisme 'n positiewe verband met welstand toon, deurdat dit as buffer teen geestesongesteldheid optree (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

3.2 DEFINIËRING VAN SPIRITUALITEIT

Thoresen (1999) beskryf spiritualiteit en godsdiens as multidimensioneel van aard. Hierdie twee begrippe dien as sambreelsterme waaronder verskeie praktyke en idees vir elkeen bestaan. Dit wil, volgens Aldridge (1993), voorkom asof die volgende kenmerke in meeste definisies van spiritualiteit voorkom:

- 'n behoefte aan transendensie en om uit te styg bo die alledaagse materiële en sensoriese ervarings;
- 'n verhouding met God of 'n ander universele mag of energie;
- 'n soeke na groter betekenis, doel, orde en rigting (James & Samuels, 1999) en
- heling deur nie-fisieke intervensie, byvoorbeeld gebed of meditasie.

Jung (1958) en Assagioli (1965) beskou spiritualiteit as 'n noodsaaklike deel van die psige, wat as motiverende krag in die lewe van die mens dien. Dit is juis hierdie siening van spiritualiteit as 'n multidimensionele konsep met verskeie fasette, waarmee persone saamstem of verskil, wat dit moeilik maak om spiritualiteit met 'n enkele vraelys te meet (Thoresen, 1999).

Daarenteen word godsdiens beskou as 'n sosiale instelling met 'n georganiseerde geloofsisteem, praktyke, rituele en simbole wat ontwikkel is om 'n verhouding en begrip ten opsigte van 'n goddelikheid te fasiliteer. Weens die feit dat godsdiens 'n sosiale instelling is, vind verandering wel plaas ten opsigte van gebruike wat 'n rol speel in die beoefening daarvan. Die behoefte aan godsdiensaffiliasie blyk egter mettertyd blywend van aard te wees. Uiteindelik poog godsdiens om begrip en harmonie in verhoudings met ander, die wêreld en die self te verbeter (Thoresen, 1999).

3.3 PERSOONLIKHEID EN SPIRITUALITEIT

Hoewel die positiewe sielkunde eers aan die einde van die vorige eeu sterk na vore getree het, het idees wat daartoe aanleiding gegee het, reeds 'n vroeër aanvang gehad. McLafferty en Kirylo (2001) vind ondersteuning vir die positiewe sielkunde in die psigoanalitiese, eksistensiële, humanistiese en transpersoonlike teorieë. Jung (1933), Frankl (1967, 1986), Maslow (1970) en Assagioli (1965) beklemtoon welstand sonder die bevordering van narsissisme. Elkeen van hierdie teoretici erken op implisiete of eksplisiete wyse twee oorvleuelende prosesse van groei. Dit behels die ontluiking van persoonlikheid en die koppeling daarvan met 'n transenderende (spirituele) kern.

Jung (1933) gee erkenning aan beide prosesse van groei. Die ontluiking van persoonlikheid wat dui op individuasie, het volgens hom 'n transenderende funksie tot gevolg. Dit is hierdie transenderende funksie wat groei verder as die selfgesentreerde ego laat plaasvind. Narsissisme word sodoende teengewerk, deurdat die mens besef dat dit nie noodwendig sy eie denke is wat probleemoplossing tot gevolg het nie, maar dat oplossings eerder gevind word vanweë sy bewustheid van 'n wysheid groter as sy eie. Die idee wat dus bestaan, is dat selfgesentreerde persone glo dat hulle op eie houtjie hul probleme kan oplos, terwyl dié wat oor die vermoë van transendensie beskik, besef dat meer antwoorde opgesluit lê in 'n wysheid groter as hul eie. Dit blyk dus dat mense meer daarby baat wanneer hulle bewus is van 'n wysheid groter as hul eie, as wanneer hulle uit eie krag oplossings probeer vind.

Volgens Frankl (1967; 1986) kan die mens slegs 'n gesonde identiteit vorm in die mate waartoe hy/sy homself/haarself aan iets groters as die self verbind. Indien dit nie gebeur nie, kan so 'n selfgesentreerde fokus persoonlikheids groei belemmer. Net soos geluk, kan self-aktualisering ook nie op sigself nagestreef word nie. Frankl huldig die opinie dat die menslike bestaan in drie dimensies verdeel kan word naamlik die soma (die fisieke), die psige (insluitend emosies) en noëties (spiritueel). Hy ag die noëtiese dimensie gesond, aangesien hy van mening is dat siekte slegs in die soma en die psige kan voorkom. Logoterapie is dus daarop toegespits om te bepaal of die filosofiese uitgangspunt van die mens materialisties (meganies) of teologies (spiritueel) van aard is.

Soos Seligman en Csikszentmihalyi (2000), was Assagioli reeds in 1965 van mening dat sielkunde vir te lank op patologie, in plaas van op gesondheid, gefokus het. Hy stel psigo-sintese voor. Dit behels die ontdekking en ontwikkeling van 'n dinamiese verhouding tussen die persoonlikheid en 'n spirituele self. Die eerste stadium van psigo-sintese behels die bereiking van individualisering en self-identifikasie binne die persoonlikheid. Dit word gevolg deur die ontdekking van 'n transpersoonlike, spirituele self en die identifikasie van die persoonlikheid daarmee.

Maslow (1970) definieer selfaktualiserende persone as self-gedetermineerd, self-georganiseerd en selfgerig. Hulle gedrag word gekenmerk deur spontaneïteit, wat ooreenstem met die "positiewe persoonlikheid" waarna Seligman en Csikszentmihalyi (2000) verwys. Maslow (1971) identifiseer twee tipes self-aktualiserende persone, naamlik die transendeerders en die nie-transendeerders. Verskillende prosesse vind by hierdie twee groepe plaas. Hoewel nie-transendeerders ook kan presteer, is dié wat oor die vermoë tot transendensie beskik, meer spiritueel, ego transendent en ervaar meer piekervarings. Paradoksaal ten opsigte hiervan is egter Maslow se siening dat persone wat oor die vermoë tot transendensie beskik, moontlik minder gelukkig kan wees vanweë hulle gevorderde visie en insigte, wat weer bepaalde spanning kan teweegbring.

Ooreenstemming blyk tussen teoretici te bestaan dat 'n selfgesentreerde fokus 'n nadelige invloed op spirituele groei het. Die vervanging van selfbelang met 'n verbintenis tot iets groters as die self, wat transendensie impliseer, blyk spirituele groei en welstand tot gevolg te hê. Dit wil dus voorkom asof eienskappe wat deur die positiewe sielkunde as waardevol geag word,

identities is aan die kwaliteite wat wêreldwyd deur verskillende geloofsoortuigings aangehang word (McLafferty & Kirylo, 2001).

3.4 DIE ONTWIKKELINGSTADIA VAN SPIRITUALITEIT

Spiritualiteit word deur James en Samuels (1999) beskou as 'n universele en dinamiese proses, wat dwarsdeur die lewe 'n bepaalde ontwikkelingsgang toon. Fowler (1981) het so 'n model van geloof ontwikkel, gebaseer op bestaande modelle van die ego, kognitiewe, morele en psigososiale ontwikkeling. Hy dui aan dat geloof 'n manier is waarvolgens ervaring ontleed en geïnterpreteer word, met orde en koherensie as gevolg.

Fowler (1981) identifiseer ses verskillende stadiums waarvolgens geloof ontwikkel. Die proses begin by stadium nul, met ongedifferensiëerde geloof. Hierdie voor-af stadium is pre-konseptueel en pre-linguisties. Geloof is in Stadium 1 (intuïtief – projekterend) episodies, gevul met fantasieë en word nageboots. Die lewe van die kind kry byvoorbeeld betekenis, deurdat die ouers se beoefening van geloof en die gesinslewe nageboots word met koherensie as uitkoms.

In Stadium 2 (mities – letterlik) kom die persoon meer te wete aangaande godsdiens deur middel van die blootstelling daaraan deur onderwys, simbole en die aanvaarding van bestaande perspektiewe oor geloof. Betekenis word dus verkry binne die omgewing waar die persoon opgroei. Verkreë kennis word op elementêre vlak herken en letterlik toegepas. Die gevolg hiervan is dat persone in hierdie stadium godsdiens kan beskryf, maar oor min insig beskik aangaande die betekenis daarvan.

Die opinie en outoriteit van betekenisvolle ander persone speel 'n belangrike rol in Stadium 3. Dit is 'n konformistiese stadium, waartydens waardes, verbintenisse en verhoudings sentraal tot identiteit en eiewaarde staan. Stadium 4 (individueel – reflekerende) -geloof, word bereik deur groter selfbewustheid en die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid vir die maak van keuses. Die persoon raak hier bewus daarvan dat betekenis losstaande is van dit wat simbole en rituele inhou. Twee essensiële aspekte van Stadium 4 is 'n realisering van die relatiewiteit van 'n individuele siening van die wêreld en die verwerping van vertrouwe gebaseer op eksterne outoriteit.

Volgens Fowler (1981), word Stadium 5 (konjunktiewe) -geloof selde voor die middeljare bereik. Die teenwoordigheid van polariteite in die lewe, 'n bewustheid van die paradoksale en 'n

behoefte aan meervoudige interpretasie van die realiteit kenmerk hierdie fase. In hierdie stadium is mense oop vir waarhede van ander gemeenskappe en tradisies en erken dat die werklike waarheid buite tradisie strek. Dit het tot gevolg dat die persoon bewus raak van 'n eie dieper self.

Volgens James en Samuels (1999) verskil die oorgang van mans en vrouens na Stadium 5 van mekaar. Sosio-kulturele norme kan moontlik daartoe lei dat mans minder geneig is om die belewing van stresvolle ervarings te erken en daaroor te praat as vrouens. Die minder eksterne sosio-emosionele ondersteuning wat dikwels deur mans ervaar word, het tot gevolg dat hulle soms meer intern-gebaseerde oorlewingsmeganismes gebruik. Negatiewe ervarings en gebeure wat 'n hoë mate van spanning tot gevolg het, kan dus vir mans as katalisator dien, sodat hulle betrokke raak in 'n innerlike soektog wat die oorgang na Stadium 5 kenmerk.

Dit blyk dat vrouens, daarenteen, meer op eksterne ondersteuning staatmaak ten einde stresvolle lewensgebeure die hoof te bied. Ogus, Greenglass en Burke (1990) bevind dat vrouens in stresvolle tye dikwels meer energie in vriendskappe stort as mans. Dit is moontlik dat vrouens vanweë die versorgende rol wat hulle speel, oor die algemeen 'n groter gevoel van verbintenis met hul spirituele self ervaar en dus makliker na Stadium 5 beweeg wanneer hulle nie aan hoogs-stresvolle gebeure blootgestel word nie (James & Samuels, 1999).

Min, indien enige, bereik volgens Fowler (1981) Stadium 6 (universele) -geloof. Hier omhels die gelowige die wêreld as sy of haar gemeenskap, beskik oor 'n allesomvattende verbintenis tot regverdigheid en liefde en is toegewyd tot die oorkoming van depressie. 'n Poging word ook aangewend om onderdrukking en geweld uit die weg te ruim.

Fowler (1981) is van mening dat die ontwikkeling van geloof nie die outomatiese gevolg van biologiese volwassenheid, chronologiese of verstandsouderdom of sielkundige ontwikkeling is nie. Hoewel elkeen van hierdie faktore 'n belangrike rol kan speel in die gereedwees vir die toetrede tot 'n fase, kom hierdie toetrede slegs voor wanneer die ekwilibrium van 'n gegewe fase deur 'n krisis of ander ervarings versteur word.

3.5 DIE VERWANTSKAP TUSSEN SPIRITUALITEIT EN WELSTAND

Vele studies dui die positiewe verband tussen spirituele of godsdienfaktore en welstand aan. Hierdie verhouding blyk geldig te wees en word nie ten volle verklaar deur ander

gesondheidsverwante faktore, byvoorbeeld die mate van sosiale ondersteuning of sosiodemografiese faktore nie (Thoresen, 1999). In 'n poging om die verwantskap tussen geloof en welstand te bepaal, is verskeie moontlikhede ondersoek.

Binne 'n gemeenskap van gelowiges word die deel van laste, ondersteuning in blydskap en hartseer, asook gesamentlike lofprysing verkondig (Winthrop, 1965). Hierdie praktyke betrek dus 'n groot groep mense met sosiale ondersteuning en samesyn in die beoefening van geloof as bindende faktore (Ellison, Gay & Glass, 1989). Dit het gevoelens van gemeensaamheid, die ontvang van leiding en die ervaring van broederskap tot gevolg (Gordon & Song, 1994). Sodanige affiliasie met 'n goddelikheid, die bewustheid van wysheid groter as die eie, tesame met die sosiale ondersteuning wat dit inhou, dien as moontlike verklaring van die ervaring van sielkundige welstand.

McEwen (1998) bevestig die belangrike invloed van sosiale ondersteuning op welstand wat verkry word deur die beoefening van godsdiens. Volgens hierdie outeur word baie mense blootgestel aan situasies wat oormatige of kroniese allostatiese lading op hulle plaas. Voorbeelde van sodanige situasies is 'n verlies aan beheer, 'n tekort aan sosiale / emosionele ondersteuning, armoede en lae sosio-ekonomiese status. Deur allostasis, wat dui op die vermoë van die liggaam om aan te pas by die eise gestel deur sodanige situasies, word stabiliteit verkry. Deur blootstelling aan langtermynspanning verloor die liggaam egter mettertyd hierdie aanpassingsvermoë. Die gevolg hiervan is ernstige ontwrigting in die funksionering van die brein, asook die kardiovaskulêre, metaboliese, en immuunstelsels (Seeman & McEwen, 1996). Betrokkenheid in religieuse gemeenskappe of spirituele aktiwiteite het egter 'n afname in die allostatiese lading tot gevolg, vanweë die sosiale ondersteuning en ander hulpbronne wat dit verskaf. Sodanige afname bevorder fisiologiese funksionering deur verminderde sekresie van noradrenalin en kortisol, wat verantwoordelik gehou word vir kroniese negatiewe emosionele toestande. Dit het ook lewenstevredenheid tot gevolg, aangesien gesondheid en godsdienstigheid as van die twee beste voorspellers van lewenstevredenheid beskou kan word (Okun & Stock, 1987).

Ten spyte van die sosiale ondersteuning verkry deur die beoefening van geloof blyk die betekenis en waarde wat persone aan geloofsbeoefening heg 'n moontlike tweede verklaring vir die verband tussen geloof en welstand te wees. Gordon en Song (1994) is van mening dat die waarde van 'n geloofsstelsel daarin lê dat dit as anker en stabiliteit dien wanneer 'n persoon

moeilike tye in die gesig staar of met uitdagings gekonfronteer word. Vir Kushner (1987) vervul godsdiens die mees fundamentele behoefte van die mens. Dit is die behoefte om te weet dat jy as individu saak maak, dat jou lewe betekenis het en meer is as net 'n momentele flitsie in die heelal.

Daar bestaan verskeie psigososiale meganismes wat 'n moontlike derde verklaring vir die verwantskap tussen spiritualiteit, godsdiens en welstand bied (Pargament, 1997). Thoresen (1999) verdeel hulle in kognitiewe, motiverende, gedrags, interpersoonlike en sosiokulturele prosesse. Die kognitiewe prosesse verwys na die persepsie van die self of die eiewaarde, waargenome aanvaarding deur ander en/of God of 'n hoër mag, asook waargenome bekwaamheid aangaande die bevoegdheid om aktief betrokke te wees in die bereiking van doelwitte. Indien persone hulself as aanvaarbaar en bekwaam beskou, stel dit hulle in staat om vriendskappe te vorm, onselfsugtig te wees in hul optrede en om hul idees oor die liefde en deernis uit te leef.

Interpersoonlike hulpbronne sluit vriende in wat dieselfde geloofsoortuigings en praktyke, meditasievaardighede en begrip vir interpersoonlike vergifnis deel. Idees wat siekte en swaarkry aan spirituele of godsdienstige faktore koppel, spruit gewoonlik uit sosiokulturele faktore. So 'n koppeling lei tot die ontstaan van 'n sosiale konteks wat gesondheid, kennisies en interpersoonlike verhoudings bevorder (Kleinman & Becker, 1998). Hierdie konteks kan lei tot die afname van oormatige individualistiese, indien nie narsissistiese style nie, wat geassosieer word met swak gesondheid en verminderde lewenskwaliteit. Binne verskeie kulture bied die kerk dikwels 'n veilige hawe wat gedrags- en kognitiewe verandering ten opsigte van gesondheidsverwante gelowe en gewoontes aanmoedig. Hierdie kulturele waardes en norme kan lei tot effektiewe kerk-gebaseerde gesondheidsprogramme met die oog op die bevordering van fisieke en geestesgesondheid (Thoresen, 1999).

By die afwesigheid van 'n verbintenis met iets groter as die self gaan betekenis verlore en gee, volgens Seligman (1988), aanleiding tot die hoë mate van hedendaagse depressie wat ervaar word. In ooreenstemming hiermee bevind Friedrich, Cohen en Wiltner (1988) dat die beoefening van geloof die kans om depressie te ontwikkel verminder. Jung (1933) was van mening dat die ongesteldhede wat persone ouer as 35 jaar dikwels ervaar, meermale toegeskryf kan word aan die feit dat hulle die waarde en betekenis verloor wat godsdiens aan die

beoefenaars daarvan verskaf. Volgens hom sal geeneen van hierdie persone werklik goeie gesondheid ervaar, indien 'n godsdienstige uitkyk nie bekom word nie.

Persone wat op die spirituele fokus en godsdiens beoefen, rapporteer meer welstand en lewensvredeneid asook gelukkiger verhoudings met hul huweliksmaats, as diegene wat dit nie doen nie. Dit blyk om ook selfmoordneigings te verminder (Thoresen, 1999). Herstel na egskeiding, die verlies van werk, ernstige siekte of die afhandeling van 'n rouproses blyk vinniger plaas te vind, indien die persoon diep gelowig is (Ellison, 1991; McIntosh, Silver & Wortman, 1993).

3.5.1 Krisiservaring en spiritualiteit

Hall (1986) is van mening dat 'n krisis, moontlik 'n noodsaaklike hoewel nie voldoende nie, toestand is vir spirituele groei. Sy suggereer dat die hantering van 'n krisis verreikende gevolge kan hê op lewenskwaliteit. In hierdie opsig kan 'n krisis wat as 'n geleentheid of uitdaging ervaar word, spirituele groei tot gevolg hê. Indien krisissituasies lei tot die kritiese ondersoek en hersiening van eie geloof, behoort dit meer waarskynlik spirituele groei te bevorder.

3.5.2 Terminale siekte en spiritualiteit

Reed (1986; 1987) fokus op die religieuse perspektief van persone gediagnoseer met 'n terminale siekte. Sy dui aan dat 'n lewensbedreigende siekte spirituele groei bevorder deur die verhoging van 'n persoon se transendentale gerigtheid, wat deur haar beskryf word as 'n bewustheidsvlak wat die gewone, fisieke grense en beperking verbysteek. Sodanige persone evalueer die essensie, betekenisvolheid en intrinsieke waarde van hul eie lewens. Hierdie evaluasie stimuleer moontlik 'n dieper, innerlike soeke na betekenis en doel, wat verhoogde transendensie bevorder (O'Brien, 1982).

Die belang van hierdie innerlike soektog word deur Belcher, Dettmore en Holzemer (1989), asook Peterson (2000) beklemtoon. Soos O'Brien (1982), is hulle ook van mening dat terminale siekte aanleiding gee tot belangrike meta-fisiese vrae aangaande die betekenis, doel, waarde en belang van die lewe. Spiritualiteit bied as geloofsstelsel 'n raamwerk waarvolgens antwoorde op hierdie vrae gesoek word. Dit is juis die lewensbedreigende toestand waarin mense verkeer, wat hulle die geleentheid bied om hulle aandag op die innerlike te vestig, ten einde die betekenis van die lewe te bevraagteken (Peterson, 2000). Antwoorde hierop kan lei tot die verbrokkeling van

illusies wat bestaan ten opsigte van eie sekuriteit en onsterflikheid wat 'n gevoel van beheerverlies tot gevolg het. Ten spyte hiervan kan dit 'n positiewe spirituele ervaring tot gevolg hê (Belcher et al., 1989). Deurdat die betekenis van die lewe bevraagteken word, bevorder dit vir sommige die transenderende aspek van hul geloof soos gesien deur 'n toename in betrokkenheid by meditasie en gebedsbeoefening (Peterson, 2000).

Dit blyk dus dat terminale siekte bevorderlik vir spirituele groei kan wees, deurdat dit 'n alledaagse perspektief op die lewe uitdaag en 'n innerlike soeke na betekenis en doel van 'n transendentale gerigtheid tot gevolg het. James en Samuels (1999), asook Hall (1986), is dieselfde mening toegedaan dat sowel terminale siekte as krisissituasies kan lei tot selfondersoek, sowel as 'n besinning oor die eie geloofslewe en doelstellings wat 'n spirituele groei tot gevolg het.

3.5.3 Trauma en spiritualiteit

Decker (1993) gaan van die veronderstelling uit dat trauma interne chaos tot gevolg kan hê en die mens se siening van die realiteit omver kan werp. Hierdie ontwrigting, spesifiek ten opsigte van geloof in die self, kan tot 'n oorweldigende gevoel van wanhoop lei. 'n Traumatisiese gebeurtenis en die ervaring van wanhoop beïnvloed dus die alledaagse siening van lewe en daag die mees basiese opvattinge oor die self en die belangrikste waardes uit. Die gevolg daarvan is die stimulering en ontwikkeling van 'n uitgebreide selfkonsep, wat 'n groter gevoel van transendensie tot gevolg het. Decker (1993) glo hierdie spirituele ontwaking is die sleutel tot positiewe post-trauma aanpassing.

Decker (1993) se siening van die impak van trauma op spirituele groei lei tot die vraag of 'n traumatisiese gebeurtenis op sigself spirituele groei tot gevolg het. Navorsing deur Jaffe (1985) toon die teendeel aan. Volgens hom is dit nie die traumatisiese gebeurtenis as sodanig wat spirituele groei tot gevolg het nie, maar eerder die proses wat daarna plaasvind. Dit wil dus voorkom asof Jaffe (1985) die ervaring van 'n traumatisiese gebeurtenis as 'n katalisator vir spirituele groei beskou.

Jaffe (1985) stel 'n model voor waardeur 'n proses van selfvernuwing op 'n krisis of trauma kan volg. Selfvernuwing dui, volgens hierdie outeur, op 'n verskuiwing binne die persoonlikheid na 'n nuwe ontwikkelingsvlak, ten einde die traumatisiese gebeurtenis te integreer. Hierdie selfvernuwingsproses is soortgelyk aan die stadiums van rou soos deur Kübler-Ross (1969)

beskryf met 'n addisionele fase wat na aanvaarding volg. Persone wat selfvernuwing ervaar, meld dikwels 'n nuwe fase, gekenmerk deur hoop, optimisme aangaande die toekoms en 'n gevoel van betekenis na die ervaring van die traumatiese gebeurtenis. Die bewustelike of onbewustelike gewaarwording van transformasie wat na die trauma volg, laat die persoon meermale met 'n gevoel dat daar wel iets positiefs uit hul ervaring voortspruit. Hierdie teenspoed word gevolglik die hoeksteen van hul uitgebreide identiteit. 'n Betekenisvolle, intense, amper spirituele wedergeboorte-ervaring word gevolglik deur hierdie persone ondervind (Jaffe, 1985). Dit is dus nie op sigself die traumatiese gebeurtenis nie, maar die proses van transformasie wat die persoonlikheid ondergaan ten einde die traumatiese ervaring te integreer wat spirituele groei tot gevolg het.

3.5.4 Naby-doodervarings en spiritualiteit

Ring (1986) fokus meer op die aard van spiritualiteit wat na 'n naby-doodervaring (NDE) en ernstige besering of mediese noodgeval ontstaan. Die oorlewendes van 'n NDE, ervaar dikwels 'n verandering in hul spirituele bewustheid, wat tot verandering in hulle spirituele oriëntasie lei. Hierdie ervarings bevorder spirituele ontwaking en groei, aangesien dit die persoon soms in 'n hoër transenderende staat van bewustheid plaas, wat die realisering van hoër menslike potensiaal tot gevolg het.

Ring (1986) is dus van mening dat elke mens oor 'n latente spirituele kern beskik, wat geaktiveer kan word indien die bron kragtig genoeg is. Ernstige siekte, of die dood van 'n geliefde, kan as so 'n katalisator dien vir 'n innerlike soektog wat bewustheid van die persoon se latente spirituele kern bevorder.

3.6 SPIRITUALITEIT EN DIE NIERPASIËNT

Nierpasiënte wat besef dat hulle hul probleme aan 'n wysheid groter as hulle eie kan oorlaat, behoort oor die vermoë tot transendensie te beskik. Dit impliseer dat sulke pasiënte kan uitstyg bo hulle siekte, met 'n soeke na groter betekenis, doel, orde en rigting in hulle lewe (James & Samuels, 1999). Die gevolg hiervan kan wees dat die nierpasiënt sy of haar siektetoestand as 'n geleentheid beskou om spiritueel te groei, met 'n gevolglike toename in gebedsbeoefening. In hierdie opsig word persoonlikheids groei nie deur 'n selfgesentreerde fokus benadeel nie (Frankl, 1967; 1986).

Betrokkenheid by die beoefening van geloof behoort vir die nierpasiënt ook as ‘n bron van sosiale en emosionele ondersteuning, as stabiliteit en anker in sy of haar lewe te dien (Ellison, Gay & Glass, 1989). Vanweë hierdie ondersteuning behoort die nierpasiënte minder allostatiese lading te ervaar, wat positiewe gevolge vir hulle gesondheid inhou (McEwen, 1998). Die beoefening van geloof blyk ook ‘n harmonieuse effek te hê op die verhouding met die self en ander persone (Thoresen, 1999). ‘n Gelukkige huweliksverhouding, vinniger herstel na die ervaring van verliese en tevredenheid met die lewe, behoort voor te kom by die pasiënte wat diep gelowig is. Terselfertyd kan die ervaring van gemeensaamheid en die leiding wat geloof verskaf, as motivering dien wat dit vir die nierpasiënt moontlik kan maak om aan die eise van sy/haar siekte te voldoen (Assagioli, 1965; Jung, 1958) en uitdagings wat dit inhou die hoof te kan bied (Gordon & Song, 1994).

Diegene wat, ten spyte van hul siektetoestand, steeds hoopvol en optimisties is aangaande die toekoms behoort, volgens Jaffe (1985), selfvernuwing te ervaar. Dit impliseer ‘n spirituele wedergeboorte, waardeur die nierpasiënt binne sy/haar persoonlikheid na ‘n nuwe ontwikkelingsvlak beweeg en die siekte as traumatiese gebeurtenis geïntegreer word. Indien nierpasiënte getuig van ‘n vernuwing in hul spirituele oriëntasie, kan dit op groter bewustheid van hul eie menslike potensiaal dui.

Dié nierpasiënte wat hul siekte as ‘n geleentheid, eerder as ‘n krisis ervaar, behoort van spirituele groei te getuig (Hall, 1986). Reed (1986; 1987) en Ring (1986) huldig ook hierdie opinie met betrekking tot terminale siekte en naby-doodervarings. Aangesien niersiektes lewensbedreigend van aard is, kan dit daartoe lei dat die nierpasiënte die essensie, betekenisvolheid en waarde van hul eie lewens evalueer en van ‘n spirituele ontwaking getuig. Die gevolg van hierdie transendentale gerigtheid kan spirituele groei bevorder, sodat die nierpasiënte ‘n nuwe, spirituele ontwikkelings stadium betree (Fowler, 1981).

3.7 GEVOLGTREKKING

Dit wil dus voorkom asof spiritualiteit as weerbaarheidsfaktor erkenning verdien vir die positiewe koppeling daarvan met welstand (Kumpfer, 1999). Binne die eudamoniese perspektief waar die “eu” gelykgestel word aan goed en die “demon” aan gees, wil dit voorkom asof die goeie gees onderhou word deur ‘n spirituele benadering tot die lewe. Mense kan dus ten volle funksioneer vanweë die waarde wat hul spirituele benadering tot die lewe aan hulle verskaf. In

hierdie opsig verwys spiritualiteit na 'n diepgesetelde behoefte wat, indien bevredig, groei bewerkstellig en die ervaring van eudamonie tot gevolg het (Fromm, 1981).

Verandering in spiritualiteit vanweë ervarings waaraan die mens blootgestel word, kan aanduidend wees van gesonde posttraumatische sielkundige aanpassing (James & Samuels, 1999). Bedreiging van gesondheid blyk verhoogde affiliasie, transendensie en selfvernuwing teweeg te bring, met 'n gevolglike toekomsverwagting van hoop en optimisme. Die moderne, sowel as vroeë teoretici betreffende die positiewe sielkunde, stem ooreen oor die eienskappe wat vir sielkundige welstand as belangrik geag word. Hierdie eienskappe behels 'n strewe na liefde, geloof, hoop en optimisme. Laasgenoemde eienskappe word gelykgestel aan kwaliteite wat wêreldwyd deur die religie beklemtoon word (McLafferty & Kirylo, 2001).

HOOFSTUK 4: HOOP EN SIELKUNDIGE WELSTAND

4.1 INLEIDING

“Are we not duty bound to speak up as scientists, not about a new rocket or a new fuel or a new bomb or a new gas, but about this ancient but rediscovered truth, the validity of hope in human development” (Menninger, 1959).

Menninger (1959) het 46 jaar gelede teoretici uitgedaag om ‘n belangrike, dog nagelate komponent van kliniese praktykvoering, naamlik hoop, weer in oënskou te neem. Hierdie uitdaging het tot gevolg gehad dat erkenning gegee is aan hoop as fortigene konsep en die belangrike invloed wat dit het op die ervaring van sowel fisieke as sielkundige welstand (Kodish & Post, 1995; Miller, 1991; Perakyla, 1991).

Hoewel verskeie navorsers ambivalente houdings oor die konsep “hoop” het, voer Snyder (1995) aan dat hoop binne die positiewe sielkunde gesien word as verstaanbaar, meetbaar en as 'n belangrike strategie om probleme die hoof te bied. Hoop is egter ‘n komplekse konsep. Die verskeidenheid definisies en modelle van hoop maak dit ‘n uitdaging om daarvoor navorsing te doen.

4.2 TEORIEË OOR HOOP

Stotland (1969) verklaar hoop vanuit die raamwerk van die sosiaal-sielkundige teorie, wat fokus op kognitiewe skemas. Volgens hom dui die verwagting om ‘n doelwit te bereik op die teenwoordigheid van hoop. Hoe hoopvoller die persoon is, hoe groter is die waarskynlikheid dat die doelwit bereik sal word. Die waarde wat die persoon heg aan die bereiking van die doelwit is van verdere belang, aangesien dit hoop in werking stel. Vanweë die feit dat kognisie sentraal in hierdie teorie staan, is Stotland van mening dat die mens geneig is om die uitkomst verwant aan gestelde doelwitte kognitief te analiseer.

Waar die verwagting om ‘n doelwit te bereik vir Stotland (1969) op die ervaring van hoop dui, tref Bandura (1977, 1986 & 1989) binne sy selfwerkzaamheidsteorie ‘n onderskeid tussen twee tipes verwagtings wat uiteindelik hoop tot gevolg kan hê. Eerstens is daar die verwagting dat spesifieke gedrag spesifieke uitkomst tot gevolg sal hê. Die moontlikheid bestaan egter dat eksterne faktore tussenbeide kan tree. Vanweë verminderde beheer en uitkomst wat, ten spyte

van spesifieke gedrag gopenbaar, nie bereik word nie, kan dit 'n afname in die ervaring van hoop teweegbring. Die tweede verwagting behels die persoon se vertroue in sy/haar vermoë om gedrag wat tot gewenste resultate sal lei, te openbaar. Indien die persoon 'n gesonde lewe wil handhaaf maar sy/haar gedrag toon nie ooreenstemming met die doelwit nie, impliseer dit 'n afname in die ervaring van hoop. Hoewel Bandura (1989) beide bogenoemde verwagtings erken, is die vertroue gestel in die eie vermoë volgens hom die belangrikste.

'n Ander teorie van hoop word verskaf deur Averill, Catlin en Chon (1990). Die doel van hul navorsing was om 'n idee te verkry oor hoe mense hoop definieer. Vanuit hul bevindings beskryf hierdie outeurs hoop as 'n emosie wat deur middel van kognitiewe reëls beheer word. Indien persone doelwitte stel wat volgens die sosiale standaard belangrik, beheerbaar, bereikbaar en aanvaarbaar is, word die ervaring van hoop as toepaslik beskou. In hierdie opsig verskaf die norme en riglyne binne 'n gegewe sosiale konteks 'n aanduiding van dit waaraan voldoen moet word ten einde erkenning vir die ervaring van hoop te verkry. Die waarde van hierdie teorie lê daarin opgesluit dat dit gebaseer is op hoe mense hoop binne 'n sekere konteks waarneem.

Minder bekend onder sielkundiges is die navorsing gedoen deur Herth (1991). Sy wyk af van die tradisionele behavioristiese inslag wat navorsing oor hoop kenmerk, en onderskei tussen 'n algemene ervaring van hoop en hoop binne 'n spesifieke situasie. Byvoorbeeld, in die geval van pasiënte wat gediagnoseer is met 'n ernstige of terminale siekte, verminder die ervaring van hoop. Die rede wat sy hiervoor aanvoer, is dat hoop in so 'n spesifieke situasie vervaag, want dit impliseer 'n korter lewensduur. Die algemene ervaring van hoop is egter nie gebonde aan so 'n tydsfaktor nie. Hoewel persone vanweë hul siektetoestand 'n afname in die ervaring van hoop rapporteer, kan hulle steeds in die algemeen hoop ervaar aangaande ander aspekte wat nie met hul siekte en die tydsduur daarvan te make het nie. Gesien in hierdie lig, ontstaan 'n algemene houding van hoop teenoor die lewe (Gottschalk, 1974).

Aansluitend tot Stotland (1969) se sosiaal sielkundige teorie, huldig Snyder (1995) binne sy teorie van hoop ook die opinie dat wanneer die mens oor die toekoms dink, dit in terme van doelwitte plaasvind. Dit is sodanige doelgerigtheid wat 'n aanduiding verskaf van die nodige strategieë wat die mens moet volg ten einde te kom waar hy/sy wil wees. Deur te dink oor die doelwitte word dit kognitief geanaliseer. Die inligting verkry deur hierdie analise dien as basis vir menslike leer en oorlewingsmeganismes (Eiser & Gentle, 1988; Pervin, 1989).

Hoewel beide hierdie teorieë 'n kognitiewe analise van doelwitte impliseer, gaan Snyder (1995) verder en verdeel hierdie kognitiewe proses in twee subkomponente. Die eerste hiervan behels die persoon se analise van sy/haar kognitiewe wilskrag of energie ingespan om 'n doelwit te bereik. So word 'n aanduiding verkry van die persoon se waargenome vermoë tot die inisiëring en instandhouding van aktiwiteite nodig om 'n doel te bereik. Die tweede komponent behels die persoon se analise van sy/haar vermoë om strategieë te genereer waaruit doelwitbereiking voortvloei (Snyder, 1995). Indien die persoon glo dat hy/sy oor die wil, naamlik die nodige wilskrag en energie beskik, maar nie die strategieë kan genereer ten einde die weg te baan om 'n doelwit te bereik nie, het dit 'n afname in die ervaring van hoop tot gevolg. Hoop vervaag vanweë die gevolgtrekking dat die doelwit heel waarskynlik nie bereik sal word nie. Dieselfde geld, indien 'n persoon strategieë kan genereer om doelwitte te bereik, maar nie die nodige wilskrag en energie openbaar ten einde aktiwiteite te inisiëer nie. Snyder (1995) definieer hoop gevolglik as 'n stel kognisies gebaseer op energie wat op doelgerigte wyse tesame met die strategiese beplanning vir die bereiking van hierdie doelwitte aangewend word.

Binne die sosiaal sielkundige teorie van Stotland (1969), die selfwerkzaamheidsteorie van Bandura (1977, 1986 & 1989) en die hoopteorie van Snyder (1995), speel kognisie 'n sentrale rol. Vir Snyder (1995) impliseer dit egter nie dat emosies irrelevant is nie. Dit is juis die kwaliteit van emosie wat die mate van hoopvolheid in 'n gegewe situasie reflekteer. Persone wat oor 'n hoë mate van hoop beskik, benader 'n doelwit met 'n positiewe gesindheid, as 'n uitdaging en fokus op sukses, eerder as op mislukking. Die teenoorgestelde is waar vir persone wat minder hoopvol is (Snyder, 1995).

Binne die verskillende teorieë oor hoop blyk die bereiking van verwagtings en die kognitiewe analise daarvan, 'n belangrike invloed op die ervaring van hoop te hê. Vir Bandura is die vertroue in eie vermoë die belangrikste ten einde hoop te ervaar. Herth (1991) huldig die opinie dat hoop vervaag, indien die tyd te min is om 'n doelwit te bereik, vanweë byvoorbeeld die diagnose van 'n ernstige siekte. Hoop kan egter steeds in die algemeen ervaar word, indien die persoon op iets anders as 'n spesifieke situasie fokus. Volgens Averill et al. (1990) verskaf 'n gegewe sosiale konteks riglyne waarbinne die ervaring van hoop as toepaslik of ontoepaslik beskou word. Hierdie siening van hoop is meer kompleks, maar toon geldigheid in dié sin dat dit gebaseer is op hoe die mens hoop sien. Vir Snyder (1995) is die teenwoordigheid van sowel die wilskrag of energie waaroor die persoon moet beskik en die vermoë om strategieë daar te stel waarmee doelwitte bereik kan word, belangrik vir hoop om voor te kom.

4.3 DIE VERWANTSKAP TUSSEN HOOP EN WELSTAND

Hoopvolheid word op positiewe wyse gekoppel aan gesondheid. Empiriese navorsing ondersteun kliniese waarneming en suggereer dat die ervaring van hoop selfs gesondheid bevorder (Cousins, 1989; Gottschalk, 1985; Udelman & Udelman, 1985 a,b, 1991), prosesse om uitdagings/probleme die hoof te bied fasiliteer (Elliot et al., 1991; Herth, 1989) en lewenskwaliteit verbeter (Rustoen, 1995; Staats, 1991). 'n Positiewe verbintenis tussen hoop, spiritualiteit (Carson, Soeken & Grimm, 1988) en geestesgesondheid word ook gevind (Nunn, 1996).

Heszen-Niejodek, Gottschalk en Januszek (1999) dui vanuit 'n kliniese oogpunt aan dat hoop een van die belangrikste emosies is wat deur pasiënte ervaar word. Pasiënte identifiseer hoop as 'n kragbron, wat as aanmoediging in moeilike tye dien en wat deur hul verhoudings met versorgers versterk kan word (Herth, 1990; Jevne, 1991; Miller, 1989; Wong-Wylie & Jevne, 1997). Die mate van hoop wat ervaar word, kan 'n direkte invloed hê op die verloop van die siekte en die resultate van behandeling. Terwyl dit die betekenis wat die pasiënt aan die siekte heg reflekteer, speel hoop ook 'n motiverende rol in aktiwiteite wat die persoon help om die probleem te verwerk. Hoop as positiewe emosie word nie net met beter sielkundige aanpassing en motivering vir deelname in behandeling geassosieer nie, maar dien ook as voorspeller van verhoogde kans op oorlewing (Perley, Winget & Placci, 1971). Pasiënte wat hoopvoller is, toon ook beter aanpassing, verminderde angs en depressie, gevoelens van bekwaamheid en sosialiseer meer as diegene met minder hoop (Viney, 1986).

Gottschalk en Fronezek (1993) bevind dat verdedigingsmeganismes en hoop beskermende rolle vertolk by fisieke en geestesongesteldheid. Die buffer-effek van hoop kom na vore deurdat dit persone in staat stel om negatiewe terugvoer oor hul siekte te ontvang. Ten spyte van 'n verminderde kans op 'n positiewe uitkoms vanweë ernstige of terminale siekte, stel die ervaring van hoop persone in staat om die realiteit van hul siekte in oënskou te neem (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000). In sommige gevalle word 'n toename in die ervaring van hoop gevind na die diagnose van 'n ernstige siekte (Gottschalk & Hoigaard-Martin, 1986; Perley et al., 1971; Viney & Westbrook, 1986). So 'n toename in die ervaring van hoop dui op die vermoë van mense om by die lewensbedreigende aard van die siekte aan te pas (Heszen-Niejodek et al., 1999).

In teenstelling hiermee blyk 'n tekort aan hoop 'n negatiewe impak op sowel sielkundige welstand as fisieke gesondheid te hê (Everson, Goldberg, Kaplan, Salonen & Salonen, 1997). Langtermyn gevoelens van hopeloosheid kan selfs 'n patologiese effek op gesondheid hê. Mense wat nie hoop ervaar nie, maak moeiliker gedrags, sosiale, sielkundige en fisiologiese aanpassings, wat 'n negatiewe impak op hul gesondheid kan hê. Hopeloosheid is dus een van die wanaangepaste sielkundige response wat gesondheid negatief beïnvloed (Everson et al., 1997).

Ongeag kultuur, wil dit voorkom asof hoop en die waarde daarvan universeel erken word. In Arabies bestaan twee terme vir die beskrywing van hoop: “raja’a” en “amal”. Die woord “raja’a” is 'n meer formele beskrywing en het betrekking op die verre toekoms. “Amal” word gebruik in daaglikse gesprekvoering en het betrekking op die onmiddellike en die hede. Beide terme impliseer 'n gevoel van afwagting, het 'n energiegewende waarde en lei tot die ervaring van positiwiteit en bemagtiging (Abi-Hashem, 2001). 'n Bekende gedig in gebruik in die Midde-Ooste lui as volg: “ma adyaka el-aisha lauwla foosshatu el-amali,” met die betekenis dat die lewe ingeperk en vol wanhoop kan wees in die afwesigheid van die daaglikse ervaring van 'n sprankie hoop.

Die menslike psige kan nie vir lang tydperke terselfdertyd op hoop en wanhoop fokus nie. Deur die mobilisering van hulpbronne en bevoegdhede wat gewoonlik deur depressie en angst oorskadu word, begin hoop geleidelik na vore kom en het dit 'n invloed op die welstand van die mens. Mettertyd begin die positiewe die negatiewe oorskadu en gesondheid verplaas siekte. Hopeloosheid word vervang deur hoopvolheid en die betekenislose deur betekenisvolheid (Abi-Hashem, 2001).

4.4 HOOP EN DIE NIERPASIËNT

Vanuit die literatuur wil dit voorkom asof die nierpatiënt hoop sal ervaar, indien die verwagting bestaan dat doelwitte bereik kan word (Snyder, 1995; Stotland, 1969). Die nierpatiënt wat glo dat hy/sy oor die kognitiewe wilskrag en energie beskik, tesame met die vermoë om strategieë te genereer ten einde doelwitte te bereik, behoort meer hoopvol ten opsigte van die uitkoms van sy/haar siektetoestand wees (Snyder, 1995). Dit kan 'n gevoel van bekwaamheid tot gevolg hê, wat sterk korreleer met sielkundige welstand (Viney, 1986). Indien die lei van 'n gesonde lewe vir die nierpatiënt belangrik is, gaan so 'n persoon sy/haar optrede daarvolgens rig. Die uiteinde hiervan behoort 'n toename in die ervaring van hoop te hê, aangesien die geopenbaarde gedrag doelwitbereiking laat plaasvind (Bandura, 1989). Indien die situasie aanpassing vereis, sodat

doelwitte bereik kan word en die nierpatiënt die nodige buigsaamheid toon, kan dit die ervaring van hopeloosheid teenwerk. Die waarde geheg aan doelwitte behoort dus as 'n vertrekpunt vir die ervaring van hoop te dien (Stotland, 1969).

Hoewel Herth (1991) van mening is dat die diagnosering van 'n ernstige siekte 'n afname in die ervaring van hoop tot gevolg het vanweë die korter lewensduur waarmee dit geassosieer word, kan so 'n diagnose selfs 'n toename in die ervaring van hoop hê. Dit is die nierpatiënt wat aangepas het by sy/haar siektetoestand wat so 'n toename in die ervaring van hoop behoort te rapporteer (Heszen-Niejodek et al., 1999). In die geval waar die nierpatiënt negatiewe terugvoer oor sy/haar siekte ontvang, kan die ervaring van hoop die aanvaarding daarvan makliker maak vir die pasiënt, sodat hy of sy realisties daarna kan kyk. Die ervaring van hoop blyk ook 'n positiewe invloed te hê op die uitkomst van behandeling. Terwyl dit oorlewingsprosesse fasiliteer, behoort dit die nierpatiënt te motiveer om aan die vereistes van behandeling te voldoen (Perley et al., 1971).

Sosiale interaksie is 'n verdere kenmerk van hoopvolle persone. Na aanleiding hiervan behoort die nierpatiënte wat steeds sosiale verpligtinge nakom en 'n goeie sosiale netwerk het, meer hoop te ervaar. Die rede wat hiervoor aangevoer word, is die waarde van die ondersteuning wat hulle van vriende en familie ontvang. Deur affiliasie met 'n goddelikheid kan ondersteuning ook deur mede-gelowiges verskaf word. Hierdie fokus op belange anders as sy/haar siekte kan 'n globale ervaring van hoop by die nierpatiënt teweegbring (Herth, 1991). Die sosiale aanvaarbaarheid van gestelde doelwitte wat 'n ooreenkoms met die norme en riglyne binne die gegewe sosiale konteks impliseer, kan as verdere ondersteuning vir die ervaring van hoop vir die nierpatiënt dien (Averill et al., 1990).

Diegene wat hul siekte met 'n positiewe gesindheid benader, dit as 'n uitdaging beskou en die behandeling as suksesvol ervaar, behoort meer hoopvol te wees. Die gevolg hiervan is fisieke, sowel as sielkundige welstand (Snyder, 1995).

4.5 GEVOLGTREKKING

Binne die positiewe sielkunde word hoop as 'n fortigene konsep beskou. Die waarde van hoopvolheid word beklemtoon deur Seligman en Csikszentmihalyi (2000), deurdat dit as buffer teen geestesongesteldheid dien en dit 'n positiewe invloed op welstand het. Hoop het sowel 'n universele as 'n individuele dimensie. Hoewel alle mense hoopvol is, is die ervaring van hoop

hoogs geïndividualiseerd. Dit blyk dus 'n groot uitdaging te wees om die uniekheid van hoop as persoonlike ervaring vas te vang (Nekolaichuk et al., 1999). Hoewel hoop 'n optimistiese uitkyk impliseer, vereis optimisme as 'n fortigene konsep 'n meer breedvoerige bespreking.

HOOFTUK 5: OPTIMISME EN SIELKUNDIGE WELSTAND

5.1 INLEIDING

Hoewel die term “optimisme” al lank ‘n onderwerp van bespreking in die sielkunde was, is dit eers onlangs dat die eintlike betekenis daarvan erken word. Binne die positiewe sielkunde word optimisme tans beskou as 'n fortigene konsep en ‘n gewaardeerde subjektiewe ervaring, wat met sielkundige welstand saamhang (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

5.2 DEFINIËRING VAN OPTIMISME

Tiger (1979) definieer optimisme as ‘n gemoedstoestand of houding, geassosieer met ‘n positiewe verwagting, aangaande ‘n sosiale of materiële toekoms. Dit stem ooreen met die siening van Scheier en Carver (1992) wat optimisme beskou as ‘n algemene disposisie om goeie uitkomst te verwag. Hierdie verwagting aangaande die toekoms is sosiaal aanvaarbaar, terwyl dit ook voordele inhou of plesier verskaf. Vanweë verskille aangaande dit wat mense as wenslik of belangrik ag, is optimisme subjektief van aard. Die ervaring daarvan wissel van persoon tot persoon (Tiger, 1979).

5.3 TEORIEË OOR OPTIMISME

5.3.1 Optimisme as inherent tot die menslike natuur

Optimisme word beskou as inherent tot die menslike natuur en speel ‘n positiewe of negatiewe rol. Vroeë opvattinge oor optimisme as 'n inherente neiging was oorwegend negatief van aard. Die rede hiervoor is dat optimisme geassosieer is met die ontkenning van realiteit, wat menslike lyding in sommige gevalle kon verleng. Vanweë hierdie siening het Freud (1928) tot die gevolgtrekking gekom dat optimisme ‘n illusie is wat mense onder ‘n wanindruk plaas. Die enigste voordeel wat optimisme volgens Freud (1928) inhou, kom voor wanneer dit met godsdiens gekoppel word. Indien persone optimisties rakende hul godsdiens is, glo hulle dat God hulle tydens hul lewe op aarde en daarna sal beskerm. Hierdie optimistiese beskouing het tot gevolg dat mense Christelike beginsels navolg ten einde straf te vermy. Hoewel Freud enersyds erken dat dit meer wetsgehoorsaamheid tot gevolg het, het hy die negatiewe opinie gehuldig dat optimisme die instinktiewe aard van die mens onderdruk. Freud (1928) beskou dus

optimisme as deel van die menslike natuur, maar huldig die opinie dat dit slegs as afleiding dien vir die konflik wat bestaan tussen instinkte en sosialisering.

Freud (1928) se pessimistiese gelykstelling van optimisme aan 'n illusie het daartoe gelei dat teoretici dit as maatstaf vir sielkundige welstand verwerp het. Dit het tot gevolg gehad dat Jahoda (1958) en vele ander teoretici begin het om, teenoor die waarneming van illusies, die akkurate persepsie van realiteit as die kern van goeie sielkundige funksionering te beskou. Geestesgesondheid is gediagnoseer indien dit wat die persoon sien, korreleer met wat werklik bestaan, terwyl realiteitstoetsing as 'n eienskap van die gesonde persoon voorgehou is.

Navorsingsbevindings in die sewentiger- en tagtigerjare het egter tot gevolg gehad dat 'n ander waarde geheg word aan die akkurate persepsie van realiteit. Matlin en Stang (1978) kom tot die gevolgtrekking dat die denke van die meeste mense nie noodwendig akkuraat is en op die realiteit berus nie. Hierdie outeurs dui aan dat mense meer geneig is om positiewe as negatiewe woorde hetsy in taal of die geskrewe woord te gebruik. Waar persone hulself evalueer, is die uitkoms daarvan dikwels ook meer positief as negatief. Hierdie self-evaluasie is ook meer positief as hul evaluasie van ander persone. Dit dui, volgens Greenwald (1980), op die bestaan van 'n egosentriese neiging, waar persone krediet aanvaar vir aangename gebeure, terwyl die verantwoordelikheid vir onaangename gebeure vermy word. Die vorming en hersiening van 'n persoon se eie lewensgeskiedenis word dus gekenmerk deur oorwegend erkenning aan positiewe insette te gee. Hoewel hierdie geskiedenis nie altyd akkuraat is nie, kan dit die behoud van die ego tot gevolg hê. Deur die self te vly, word optimisme ervaar ten spyte van die feit dat dit onrealisties is. Vanweë die selektiewe proses om meerendeels op die positiewe te fokus, is die persoon se taal, geheue, gedagtes en geskiedenis dus geneig om positief van aard te wees, wat volgens Matlin en Stang (1978) 'n koppeling met sielkundige welstand toon. Lazarus (1983) beskryf hierdie selektiewe proses as positiewe ontkenning wat volgens hom met welstand geassosieer kan word.

Een van die sterkste oortuigings dat optimisme inherent by die mens aanwesig is, word by Tiger (1979) gevind. Hierdie outeur gaan van die veronderstelling uit dat optimisme 'n biologiese basis het. Hy beskou dit as een van die kenmerkendste en mees aanpasbare karaktertrekke van die mens. Hy spekuleer selfs dat menslike evolusie deur optimisme gedryf word. Aangesien optimisme denke aangaande die toekoms behels, is Tiger van mening dat dit die eerste keer na vore gekom het toe die mens vooruit begin dink het. Deur hierdie antisipasie omtrent die

toekoms, raak die mens bewus van sy/haar eie mortaliteit en kan so 'n persoon die moontlike nadelige gevolge van huidige besluite in berekening bring. Optimisme het in antwoord hierop ontwikkel, ten einde die vrees en verlamme effek wat negatiewe denke tot gevolg gehad het, teen te werk. Die moderne sielkunde beskryf hierdie siening as 'n ontwikkelende sielkundige meganisme (Buss, 1991).

In die laat tagtigerjare van die vorige eeu word Freud (1928) se siening van optimisme as 'n illusie weer in oënskou geneem. In hul literatuuroorsig aangaande positiewe illusies beskryf Taylor en Brown (1988) 'n verskeidenheid studies wat aantoon dat persone neig tot positiewe selfbeoordeling. Taylor (1989) brei hierop uit en huldig die opinie dat sielkundige welstand voorkom by mense wat oor die vermoë beskik om hulself in die beste moontlike lig te beskou. Sy tref voorts 'n onderskeid tussen optimisme as 'n illusie en as 'n delusie. Illusies verteenwoordig volgens haar 'n reaksie, hoewel teësinning, teenoor die realiteit, terwyl delusies nie deur reaksie gekenmerk word nie.

5.3.2 Optimisme as 'n individuele veranderlike

In dieselfde tyd wat optimisme as inherent tot die mens beskou is, het Adler (1927; 1964), Kelly (1955), Lewin (1951), Snyder (1994) en Tiger (1979) optimisme ook as 'n individuele veranderlike beskryf. Hulle erken die standpunt dat optimisme inherent by alle mense voorkom. Hierdie sielkundiges se belangstelling in individuele verskille het egter daartoe aanleiding gegee dat hulle optimisme as 'n karaktertrek voorgestel het wat van persoon tot persoon varieer. Hierdie variasie word verklaar deur die invloed van gebeure en omstandighede op die lewens van mense. Dit gee op hulle beurt aanleiding tot die ervaring van optimisme of pessimisme. Gevolglik word die gedrag geopenbaar deur persone op so 'n optimistiese of pessimistiese uitkyk geskoei. Die ervaring van optimisme varieer dus van persoon tot persoon na gelang van gebeure in hul lewe.

Die belangstelling van sielkunde in optimisme as individuele veranderlike, is verder aangewakker deur die vervanging van die stimulus-respons-benaderings ten opsigte van leer, met die kognitiewe benaderings wat die klem plaas op verwagtings (Peterson, Maier & Seligman, 1993). Binne die stimulus-respons (S-R)-benadering vind leer plaas deur die vorming van assosiasies tussen die stimulus en die daaropvolgende respons. Argumente teen die S-R-benadering voer aan dat die assosiasies wat deur kondisionering gevorm word, eerder deur toeval versterk word waar die stimuli nuwe inligting omtrent response verskaf (Rescorla, 1968).

Terwyl die S-R-benadering 'n tydelike samehang tussen die respons en die versterker impliseer, huldig die aanhangers van toevallige leer die opinie dat mense oor die vermoë beskik om die verhouding tussen oorsake en gevolge raak te sien. In hierdie opsig kan mense 'n onderskeid tref tussen momentele nie-oorsaaklike verhoudings en blywende oorsaaklike verhoudings (Wasserman & Miller, 1997). Leer dui dus op die ontdekking van “wat lei tot wat” (Tolman, 1932) wat gekoppel word aan motivering, kognisie en emosie (Peterson, 2000). In hierdie lig gesien, is leer 'n voortdurende proses. Dit is daarom verstandig om dit in kognitiewe terme waar te neem. Optimisme word dus beskou as 'n veralgemeende verwagting, wat alle sielkundige prosesse waar leer betrokke is, beïnvloed (Peterson, 2000).

Oor die jare heen dui teorieë aangaande optimisme op die baie verskillende opinies daaromtrent. Optimisme word as beide inherent tot die mens maar ook as individuele veranderlike beskryf, waar die ervaring daarvan van persoon tot persoon verskil. Die debat waar optimisme gelykgestel word aan óf 'n illusie óf 'n realistiese waarneming blyk voort te gaan. Dit wil voorkom asof hedendaagse teoretici meer waarde heg aan optimisme, indien dit realisties is.

5.4 OPTIMISME EN REALITEIT

5.4.1 Onrealistiese optimisme

Freud (1928) huldig die opinie dat die nadeel van optimisme die ontkenning van realiteit behels. Indien die realiteit ontken word, is optimisme onrealisties en kan dit vele nadelige gevolge vir die mens inhou (Oettingen, 1996). Na aanleiding hiervan kan optimisme wat in die vorm van wensdenkery voorkom, beplanning aangaande doelwitbereiking nadelig beïnvloed. Die gevolg hiervan kan wees dat persone die bereiking van hul doelwitte nastreef in die afwesigheid van hulpbronne om dit te bereik. Dit hou negatiewe gevolge vir die mens in, aangesien doelwitte nie bereik word nie, ongeag hoe hard die persoon werk (Peterson, 2000). Sodoende sal mense hul pogings kanaliseer in onbereikbare doelwitte, wat uiteindelik net tot moegheid, siekte en demoralisering lei.

Volgens Colvin en Block (1994) ontbreek die kriteria nodig vir die identifisering van optimistiese illusies, asook bewyse dat hierdie illusies geestesgesondheid bevorder. Hierdie outeurs is van mening dat die voordele wat positiewe selfbeoordeling, oftewel optimistiese illusies inhou, nie meer is as wat gevind word by persone wat realisties optimisties is nie. Volgens hulle word argumente aangaande optimistiese illusies gekenmerk deur 'n tekort aan

logika, wat aandui dat hierdie outeurs ten gunste van realistiese optimisme is. Weinstein (1980, 1984) en Weinstein en Klein (1996) stel optimistiese illusies gelyk aan onrealistiese optimisme. Hul navorsingsbevindings dui daarop dat onrealistiese optimisme gepaardgaan met gesondheidsrisiko's. 'n Voorbeeld hiervan is rokers wat nie van die slegte gewoonte afstand wil doen nie. Gevolglik sal hierdie persone hulself wysmaak dat hulle nie so baie rook soos ander rokers nie en dat hul gesondheid dus nie soveel daardeur beïnvloed sal word nie. Hul optimisme dat hulle gesondheid nie nadelig beïnvloed word nie, is gebaseer op onrealistiese aannames omtrent hul rookgewoontes. Op dieselfde trant koppel Robins en John (1997) optimistiese illusies met narsissisme, eerder as met geestesgesondheid.

Persone wat 'n onrealistiese assessering van hul emosionele toestand maak deur die ontkenning van hul negatiewe emosies, behoort 'n negatiewer sielkundige reaksie teenoor stresvolle situasies te ervaar. Diegene wat egter hul negatiewe emosies erken en dus 'n realistiese assessering van hul emosionele toestand maak, behoort 'n positiewer reaksie teenoor stres te ervaar (Derakshan & Eysenck, 1999). Optimisme kan dus slegs as 'n sosiale deug voortbestaan, indien dit realisties is en die omgewing van so aard is dat dit hulpbronne verskaf en beloning inhou na doelwitbereiking (Schneider, 2001).

5.4.2 Realistiese optimisme

Indien mense hulself in 'n positiewe lig sien, maar steeds realisties is in hierdie selfbeskouing, impliseer dit, volgens Baumeister (1988), 'n balans tussen optimisme en realisme. Dit gee aanleiding daartoe dat sodanige persone se gedrag nie op valse aannames gebaseer word nie. Epstein (1992) is dit eens dat matige optimisme voordele inhou, indien dit nie die realiteit op so 'n wyse verdraai dat dit tot nadeel van die persoon is nie. Vervolgens definieer DeGrandpre (2000) realistiese optimisme deur te verwys na die neiging om 'n optimistiese siening te handhaaf binne die beperkings gesetel in die fisieke en sosiale wêreld. Dit ondersteun Seligman (1991) se siening van optimisme as buigsaam of kompleks, 'n sielkundige strategie wat gebruik moet word wanneer toepaslik, eerder as 'n refleks of gewoonte omtrent gebeure waarvoor geen beheer bestaan nie. In die lig hiervan is Peterson (2000) van mening dat wanneer daar 'n risiko is vir die ervaring van wanhoop, dit vervang moet word met hoop en dat pasiënte drome moet hê, maar nie fantasieë nie.

In sy poging om 'n goed aangepaste persoon te identifiseer, ag Schneider (2001) dit belangrik dat optimisme realisties moet wees. Realistiese optimisme behels die bevordering van en fokus op

aangename aspekte van ervaring. Dit word ook geassosieer met hoop, die soeke na positiewe ervarings, erkenning wanneer jy iets nie weet nie en aanvaarding van dit wat jy nie kan weet nie. In situasies waar mense onseker is dat begeerde uitkomst gaan volg, sal diegene wat realisties optimisties is, steeds hoopvol oor die bereiking van hul doelwitte wees. Vanweë die realistiese optimisme en die hoop wat daaruit voortspruit word die persoon gemotiveer in sy/haar optrede om gedrag te openbaar wat die waarskynlikheid verhoog dat begeerde uitkomst bereik sal word. Die hoop en aspirasies wat met realistiese optimisme gepaardgaan, veroorsaak dus dat die mens geleenthede soek wat wenslike en begeerde uitkomst meer moontlik sal maak, ten spyte van situasionele beperkings (Schneider, 2001).

Die meeste sienings aangaande optimisme word gebaseer op die aanname dat optimisme en realistiese perspektiewe mekaar wedersyds uitsluit. Ten einde 'n idee te vorm van die positiewe korrelasie tussen optimisme en realisme, is sowel optimistiese vooroordele as realistiese assesserings onder die soeklig geplaas (Schneider, 2001). Aangesien realistiese optimisme die bevordering van en fokus op aangename aspekte van ervaring behels, identifiseer Schneider (2001) deur teoretiese integrasie drie beginsels waarbinne optimisme en realisme saam kan voorkom. Voorbeelde hiervan behels die toegewings wat gemaak word tydens die evaluasie van gebeure in die verlede (die “voordeel van die twyfel”-beginsel), waardering vir positiewe aspekte in 'n huidige situasie (die “waardeer die oomblik”-beginsel) en die beklemtoning van moontlike geleenthede in die toekoms (die “uitdaging en geleenthede”-beginsel).

5.4.2.1 Die “voordeel van die twyfel” -beginsel

Hoewel optimisme gekenmerk word deur 'n positiewe verwagting aangaande die toekoms, kan dit ook omgekeer word deur te fokus op gebeure in die verlede. Indien die uitkomst van gebeure in die verlede bevraagteken word, kan die persoon 'n subjektiewe besluit neem om op die positiewe aspekte daarvan te fokus. Sodoende gee die persoon die situasie die voordeel van die twyfel deur die toegewing wat hy of sy aan hom- of haarself maak om die negatiewe aspekte daarvan uit te balanseer of te neutraliseer. Hierdie toegeeflikheid impliseer dat 'n herstrukturering van die situasie plaasvind (Ashford & Kreiner, 1999). Indien realisties, behels sodanige herstrukturering van die verlede egter nie ontkenning, wanopvatting aangaande die feite van die situasie of die fabrisering van positiewe aspekte nie. Die nuwe perspektief wat sowel waar as aanvaarbaar kan wees, word verkry deur die aanvaarding van die realiteit van 'n

gegewe situasie en die vind van 'n bevredigende betekenis daarin. Die gevolg hiervan is dat mense meer positief en optimisties omtrent hul vroeëre gedrag kan wees.

Indien toegeeflikheid en toekoms-georiënteerde optimisme rakende prestasie realisties is, kan dit veroorsaak dat die interpretasie van uitkomst gunstiger is. Wanneer die verwagte uitkomst nie bereik word nie, het realistiese optimisme die aanvaarding van dit wat nie verander kan word nie, tot gevolg (Schneider, 2001). Sodoende sal die persoon wat 'n A-simbool in 'n eksamen verwag het, tevrede wees met 'n B-simbool. Deur so na 'n situasie te kyk, bevorder dit positiewe affek, verminder dit twyfel aangaande die eie vermoë en het dit die behoud van motivering tot gevolg (McFarland & Ross, 1982). In hierdie opsig voorkom toegeeflikheid dus dat geringe afname in prestasie redes word waarom doelwitte en vermoëns betwyfel word. Op dieselfde wyse word die aftakelende effek van perfeksionisme ook deur toegeeflikheid voorkom (Pacht, 1984).

Die soeke na geleentheid (wat 'n komponent van realistiese optimisme is), dien as motivering om toekomstige prestasie te verbeter op grond van wat in die verlede geleer is. Realistiese optimisme impliseer dus nie die verwagting dat verbetering vanself gaan voorkom nie. Realistiese optimisme vereis sensitiwiteit vir verskille wat bestaan ten opsigte van individuele persepsies en evaluasies aangaande die betekenis wat 'n verskynsel inhou. Ten einde die verdraaiing van die waarheid te voorkom, behoort die voordeel van die twyfel-beginsel gebaseer te wees op die motivering om gebeure akkuraat waar te neem. Dit moet gekoppel wees aan die bewustheid dat die evaluasie of subjektiewe betekenis geheg aan gebeure, grootliks 'n persoonlike keuse is.

5.4.2.2 Die “waardeer die oomblik”-beginsel.

Wanneer mense hul aandag op die positiewe aspekte van hul bestaande situasie fokus, behoort hulle meer waardering vir die situasie te hê. Sodoende herinner hulle hulself aan die positiewe invloed van die situasie, wat andersins ongesiens verby sou gaan. In hierdie sin verander waardering die ervaring van gebeure wat persone andersins as vanselfsprekend sou ervaar. Deur groter bewustheid van en die erkenning wat gegee word aan mense, plekke en gebeure, vorm die persoon 'n idee van dit wat belangrike en positiewe toevoegings tot hul eie lewe maak (Schneider, 2001). Die hernude waardering vir vriende, familie en hul werk kan die ervaring van positiewe affek bevorder, asook meer bevredigende verhoudings en verbeterde oorlewingsstyle tot gevolg hê (Affleck & Tennen, 1996; Fincham & Beach, 1999; Folkman & Moskowitz, 2000; Murray, 1999).

In onomkeerbare situasies (byvoorbeeld by terminale siekte) en langtermynverbintenisse (byvoorbeeld by die voltrekking van 'n huwelik) speel waardering ook 'n belangrike rol (Affleck & Tennen, 1996). In hierdie opsig het die waardering vir die situasie realistiese optimisme tot gevolg, wat die persoon motiveer om die beste van so 'n situasie te maak. Navorsing aangaande besluite geneem in hierdie situasies toon aan dat mense geneig is om 'n gekose besluit te regverdig deur redes daarvoor aan te voer. Hierdie redes behels 'n fokus op die voordele wat die besluit inhou en 'n neiging om moontlike nadele daarvan in voordele te verander. Die proses kom voor by persone wat die mees effektiewe aanpassing na 'n traumatiese gebeurtenis toon (Janoff-Bulman, 1989). Waardering vir situasies het dus 'n toename in tevredenheid tot gevolg, indien daardie situasies objektief benader word.

Net soos toegeeflikheid op buigsame evaluasies berus, wat die aanvaarding van minder ideale uitkomst moontlik maak, behels waardering die keuse om op die positiewe aspekte van 'n bestaande situasie te fokus. Hierdie seleksie gaan gepaard met vryheid van keuse vir dit wat die persoon as verwysing wil gebruik. Neem die voorbeeld van die halfvol glas water. Hoewel mense nie noodwendig verskil ten opsigte van die hoeveelheid water wat in die glas is nie, kan verskille voorkom in hul persepsie en die subjektiewe betekenis wat hulle aan die half-vol of half leë glas heg. Dit impliseer 'n unieke perspektief, waardeur mense die vryheid van keuse het om te sien wat hulle wil sien, met die gepaardgaande subjektiewe betekenis wat hulle daaraan wil heg. Indien hulle kies om die glas as half-vol te sien en die onderliggende betekenis bevorder waardering vir hul eie situasie, behoort dit meer by te dra tot 'n gevoel van geluk (Schneider, 2001).

5.4.2.3 Die “uitdaging en geleentede”-beginsel.

Realistiese optimisme is veral van belang in die oorweging van toekomstige doelwitte en planne. 'n Realistiese, positiewe siening het 'n verandering in gesindheid tot gevolg, aangesien probleme eerder beskou word as uitdagings of geleentede om oplossings daarvoor te kry (Schneider, 2001). Hierdie positiewe ingesteldheid het tot gevolg dat die hele proses en nie net die uitkoms daarvan nie, as aangenaam ervaar word (Csikszentmihalyi, 1999). So 'n benadering tot doelwitbereiking wat hoop en die soeke na geleentede beklemtoon, het die belewenis van geluk en sukses tot gevolg, sonder om realiteit te ontken.

Hierdie positiewe benadering het volharding, meer kreatiwiteit in die soeke na oplossings, beter uitkomst en meer subjektiewe welstand tot gevolg (Schneider, 2001). Dit het dus groter

bewustheid van die dinamiese en veranderlike samehang tussen optrede en die omgewing tot gevolg. Gevolglik is persone intern gemotiveerd, wat 'n toename in die insameling van inligting aangaande doelwitbereiking en die stel van realistiese verwagtings impliseer. Hierdie benaderingsstrategie met 'n soeke na geleentheid help om probleemoplossing meer genotvol te maak en dien as versterking vir toekomstige nastrewing van doelwitte.

Wanneer 'n doelwit as 'n uitdaging beskou word, intensifiseer die persoon sy/haar fokus en gee meer aandag aan detail, wat uiteindelik bydra tot die bereiking van die doelwit (Covington, 2000). Sodoende word 'n gevoel van beheer oor die situasie ervaar. In hierdie opsig sal die optimistiese uitkyk wat die doelwit in 'n uitdaging verander, die behoefte om die situasie realisties te assesser verhoog en die persoon meer bewus maak van die stappe wat nodig is om die probleem op te los (Oettingen, 1996).

Dit wil dus voorkom asof optimisme, indien onrealisties, vele nadele inhou. In teenstelling hiermee, verminder realistiese optimisme die maak van valse aannames en bevorder dit hoop, wat die bereiking van begeerde uitkomst meer waarskynlik maak. Soos beskryf, kan realistiese optimisme daartoe aanleiding gee dat mense meer toegeeflik is teenoor hulself, groter waardering het vir hul omstandighede, en probleme as uitdagings en geleentheid tot groei beskou. Benewens die feit dat optimisme realisties of onrealisties kan wees, bestaan daar ook verskillende tipes optimisme wat aandag verdien.

5.5 VERSKILLENDE TIPES OPTIMISME

5.5.1 Disposisionele optimisme

Scheier en Carver (1992) beskou optimisme as 'n persoonlikheidsveranderlike wat hulle "disposisionele optimisme" noem. Hulle definieer disposisionele optimisme as die globale verwagting dat die toekoms gevul sal wees met vele aangename gebeure en dat onaangename gebeure in die minderheid sal wees. Gevolglik word die mens se gedrag gekenmerk deur die identifikasie met en aanvaarding van doelwitte. Aangesien gedrag wat geopenbaar word deur hierdie doelwitte gereguleer word, verwys Scheier en Carver (1987) hierna as hul "self-regulerende" model.

Die doelwit wat die persoon verwag om te bereik, beïnvloed die gedrag geopenbaar ten einde daardie doelwit te bereik. Indien mense hul begeerde uitkomst as bereikbaar beskou, ten spyte

van struikelblokke, word optimisme ervaar. Aangesien die persoon optimisties is dat die diskrepanse wat tussen die doelwitte en die bereiking daarvan bestaan, opgelos kan word, word volgehoue pogings aangewend om die doelwit te bereik (Scheier & Carver, 1987). In die geval waar mense tot die gevolgtrekking kom dat hulle doelwitte onbereikbaar is, reguleer pessimisme hulle optrede, sodat dit 'n afname in hul pogings tot gevolg het. Dan streef die persoon nie verder om die doelwit te bereik nie. Deurdat mense die moontlike uitkomst van hul gedrag oorweeg, het dit aanpassing in hul gedrag tot gevolg. Die optimistiese verwagting lei dus tot volgehoue strewes, terwyl die opgee om doelwitte te bereik gekenmerk word deur 'n pessimistiese verwagting (Scheier & Carver, 1987).

Optimisme, as stabiele persoonlikheidseienskap, en hoop as 'n stabiele stel kognisies, toon ooreenstemming in die sin dat dit nie beperk is tot 'n spesifieke situasie nie maar eerder algemene uitkoms-verwagtings reflekteer. Die hoopteorie van Snyder (1995) en die optimisme-teorie van Scheier en Carver (1987) verskil egter in hul verklarings van die verhouding wat bestaan tussen verwagtings en uitkomst en die rol wat hierdie verhouding speel in die voorspelling van doelgerigte gedrag. Vir Scheier en Carver (1987) is dit verwagte uitkomst wat doelgerigte gedrag bepaal. Die hoopteorie erken ook die rol van verwagte uitkomst, waar meer as een strategieë bestaan om doelwitte te bereik, maar sluit ook die persoon se geloof in hom-/haarself in dat hy/sy daardie doelwitte kan bereik. In hierdie opsig verskaf die hoopteorie 'n meer volledige aanduiding van die doelgerigte kognisies van mense.

5.5.2 Die verklarende styl

'n Volgende benadering tot optimisme het ontstaan vanuit die aangeleerde hulpeloosheidteorie van Seligman (1991) en kollegas. Buchanan en Seligman (1995) benader optimisme deur te fokus op hoe mense onaangename gebeure verklaar en die redes wat hulle daarvoor aanvoer. Sodanige verklarings en redes bepaal hoe hulle op onaangename gebeure gaan reageer. Na die beleving van 'n onaangename gebeurtenis is die mens geneig om vrae daaroor te vra. Indien 'n predisposisie bestaan, waardeur negatiewe uitkomst toegeskryf word aan interne, stabiele en globale eienskappe, bestaan 'n hoër risiko vir sowel fisieke as geestesongesteldheid. Kroniese hulpeloosheid word ervaar, indien 'n stabiele (langtermyn) oorsaak as verklaring dien. Indien dit 'n deurlopende (globale) oorsaak is, word wydverspreide hulpeloosheid ervaar. Die individu se selfwaarde word negatief beïnvloed, indien 'n interne oorsaak as die rede vir onaangename gebeure aangevoer word.

Hoewel die aangeleerde hulpeloosheidteorie oorspronklik gefokus het op die pessimistiese verklaringstyl, waardeur onaangename gebeure geïnternaliseer en veralgemeen is, het 'n fokusverskuiwing na 'n optimistiese verklaringstyl plaasgevind (Snyder, 1995). In hierdie opsig is diegene wat onaangename gebeure in terme van eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake verklaar, meer optimisties. Hierdie persone neem krediet vir die rol wat hulle gespeel het in sukses-ervaring en blameer mislukking op situasie-spesifieke, eksterne faktore. Die gevolg hiervan is die positiewe uitkomst van gesondheid en prestasie. Dit word bevestig deur navorsing van Peterson, Seligman en Valliant (1988), wat aangetoon het dat mense met 'n optimistiese verklaringstyl gemiddeld twee jaar langer leef as diegene met 'n pessimistiese verklaringstyl. Die hoopteorie verskil van Seligman se verklarende style in dié sin dat hoop gekonseptualiseer word as 'n kognitiewe proses, waar persone hulself aan positiewe doelwitte verbind, terwyl optimiste hulself verwyder van negatiewe uitkomst. Beide teorieë is egter kognitief en kruis-situasioneel in hul uitgangspunt.

5.5.3 Spesifieke en algemene optimisme

Peterson (2000) tref 'n onderskeid tussen spesifieke en algemene optimisme. Hierdie onderskeid word gemaak op grond van die verwagtings wat met optimisme gepaardgaan. Waar spesifieke optimisme 'n spesifieke verwagting aangaande positiewe uitkomst behels, dui algemene optimisme op wyer en meer algemene verwagtings. Die beskrywing van optimisme kan dus plaasvind deur te fokus op die verskillende vlakke waarbinne dit voorkom. Die funksionering van optimisme verskil ook binne hierdie vlakke.

Die ervaring van algemene optimisme, byvoorbeeld “Suid-Afrika staan op die rand van iets groots,” verteenwoordig 'n biologiese neiging oor kulture heen, waarvan die inhoud sosiale aanvaarbaarheid impliseer. Dit het wenslike uitkomst tot gevolg, aangesien dit 'n algemene toestand van weerbaarheid en lewenskrag bevat. In teenstelling hiermee is die individuele ervaring van optimisme, byvoorbeeld “Ek sal met gemak parkeerplek vind,” moontlik die produk van 'n idiosinkratiese leergeskiedenis. Dit hou ook wenslike gevolge in, want dit predisponeer spesifieke gedrag, wat in konkrete situasies aanpasbaar is (Peterson, 2000).

Deur 'n onderskeid te tref tussen individuele en algemene optimisme, kan 'n aanduiding verkry word van watter tipe optimisme 'n rol kan speel om die negatiewe impak van siekte te verminder. Na aanleiding van Peterson en Bossio (1991) kan die pasiënt met siektes soos kanker en vigs baat vind daarby om 'n algemene optimisme siening te hê. Die rede hiervoor is dat

algemene optimisme 'n positiewe invloed het op die immuunsisteem en die gemoed. Hoewel Peterson (2000) spekuleer dat algemene optimisme 'n groter invloed op welstand het, blyk spesifieke optimisme 'n invloed te hê op die persoon se gedrag en keuses aangaande sy/haar lewensstyl. Tydens die aanvang van siekte of traumatiese beserings behoort 'n persoon wat oor spesifieke optimisme beskik, sy/haar gedrag en lewensstyl by die implikasies en die vereistes van sy/haar siekte of besering aan te pas, ten einde dit die hoof te bied (Peterson & Bossio, 1991).

5.6 OPTIMISME EN WELSTAND

Optimisme toon 'n hoë korrelasie met gesondheid (Peterson, 1988; Peterson et al., 1988; Scheier & Carver, 1992). Dit wil voorkom asof die optimistiese persoon meer immuun teen siektes is (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991; Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998; Udelman, 1982), minder negatiewe affek toon (Weisse, 1992) en gedrag openbaar wat gesondheid bevorder (Peterson, Seligman, Yurko, Martin & Friedman, 1998). Die gesonde gewoontes is 'n funksie van optimistiese persone se aanpasbare oorlewingstyl. Die gebruikmaking van vermyding as oorlewingstrategie vind dus minder plaas. Die gevolg hiervan is byvoorbeeld verminderde alkoholgebruik as vermydingstrategie, terwyl die kwaliteit van slaap dikwels beter is as gevolg van minder depressie en angs (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988).

Optimiste toon die verminderde ervaring van gemoedsversteurings, byvoorbeeld depressie en negatiewe emosies soos woede in respons op 'n verskeidenheid stressore (Aspinwall & Taylor, 1992). Hulle maak minder gebruik van vermydingstrategieë soos byvoorbeeld ontkenning, en gooi nie maklik tou op nie (Aspinwall & Taylor, 1992; Stanton & Snider, 1993). Hulle beskik oor meer effektiewe oorlewingstrategieë, wat selfs 'n toename in die werking van die immuunstelsel tot gevolg kan hê (Carver & Scheier, 1985). Die ervaring van optimisme impliseer dus 'n toename in fisieke gesondheid en word met beter lewenskwaliteit voor en na 'n operasie geassosieer (Scheier & Carver, 1992; Fitzgerald, Tennen, Affleck & Pransky, 1993).

5.7 OPTIMISME EN DIE NIERPASIËNT

Dit wil dus voorkom asof die nierpasiënt wat positiewe uitkomst vir gestelde doelwitte verwag, optimisties daarvoor behoort te wees. Hierdie positiewe verwagting kan daartoe lei dat nierpasiënte hulle gedrag aanpas, sodat hulle hul doelwitte kan nastreef en uiteindelik bereik (Scheier & Carver, 1992). Diegene wat volhard in doelwitbereiking, ongeag die struikelblokke wat gepaardgaan met hul siektetoestand, behoort ook van optimisme te getuig. Hulle behoort

effektiewe oorlewingstrategieë te hê, 'n toename in hul gesondheid te rapporteer en van lewenskwaliteit te getuig (Scheier & Carver, 1992).

Vanweë die verandering in lewensstyl wat met niersiektes gepaardgaan, behoort die nierpatiënt wat oor spesifieke optimisme beskik, beter by sy/haar siekte en die vereistes daarvan aan te pas (Peterson, 2000). Indien hulle egter nie hul lewensstyl kan aanpas nie en hul siektetoestand as onveranderd beskou, kan dit kroniese hulpeloosheid tot gevolg hê. In teenstelling hiermee behoort die nierpatiënt wat krediet neem vir sy/haar rol in die aanpassings wat gemaak is, meer optimisties oor die verandering te wees (Buchanan & Seligman, 1995). Aangesien die ervaring van optimisme van persoon tot persoon verskil, behoort elkeen van die pasiënte se interpretasie van sy/haar situasie in ag geneem te word. Hierdie interpretasie behoort 'n aanduiding te verskaf van 'n optimistiese of pessimistiese lewensuitkyk wat deur die pasiënt gehuldig word (Peterson & Park, 1998).

Verder behoort die nierpatiënt wat die realiteit van sy/haar situasie aanvaar en 'n bevredigende betekenis daarin kan vind, realisties in sy/haar optimisme te wees. So 'n pasiënt behoort vrede te gemaak het met doelwitte wat nie bereik is nie, aangesien realistiese optimisme aanvaarding inhou van dit wat nie verander kan word nie. Die pasiënte wat realisties in hul optimisme is, behoort die dialiseproses te aanvaar as belangrik vir hul lewensbehoud, indien die doelwit om 'n orgaanoorplanting te ondergaan gekortwiek word vanweë die afwesigheid van 'n geskikte nierskenker. Diegene wat dan oor die vermoë beskik om die positiewe raak te sien, ten spyte van hul siektetoestand, behoort meer optimisties te wees. Die gevolg hiervan is meer waardering vir die huidige situasie, asook vir vriende, familie en ander aspekte wat positiewe toevoegings tot hul lewens maak (Schneider, 2001).

Die nierpatiënte wat besluit om die nadele wat hul siektetoestand inhou, byvoorbeeld die ure wat hulle in die hospitaal deurbring om dialise te ontvang, te verander in voordele, byvoorbeeld om daardie tyd sinvol te gebruik, behoort effektiewe aanpassing by hul siektetoestand te toon. Hierdie keuse om eerder op die positiewe te fokus, dra by tot waardering vir sy of haar situasie. So 'n pasiënt behoort van meer geluk te getuig. In dieselfde sin behoort nierpatiënte wat hul siektetoestand as 'n uitdaging beskou, meer volharding te toon en kreatief te wees in hul soeke na oplossings. Gevolglik behoort so 'n pasiënt meer betrokke en gemotiveerd te wees om inligting in te samel, sodat doelwitte bereik kan word. Dit kan die ervaring van beheer tot gevolg hê, sodat hulle probleemoplossing realisties kan benader.

5.8 GEVOLGTREKKING

Ten spyte van die omsigtigheid waarmee optimisme bejeën word, bestaan genoegsame bewyse om dit as 'n belangrike konsep binne die positiewe sielkunde waar te neem. Optimisme verskaf waarde in die sin dat positiewe verwagtings selfvervulling tot gevolg het (Peterson, 2000). Omdat optimisme waardevol kan wees, behoort ouers te let op hoe hulle gebeure aan hulle kinders verklaar en watter redes hulle vir gebeure aanvoer. Hulle behoort ook versigtig te wees met die boodskappe wat die media en musiek aan hulle kinders oordra, want dit kan optimisme ondermyn. Navorsingsresultate is eenstemmig in die gevolgtrekking dat optimisme, ongeag die meetinstrument wat gebruik is, gekoppel word aan geluk, volharding, prestasie en gesondheid (Peterson, 2000).

HOOFTUK 6: DIE NIERPASIËNT

6.1 INLEIDING

Voor die 1960's was die aantal pasiënte op kroniese dialise en dié met kroniese nierversaking wat nieroorplantings ondergaan het tot die minimum beperk. Die deurvoering van die wet dat alle pasiënte geregtig is op mediese sorg het egter 'n verandering in die Verenigde State van Amerika teweeggebring. Dit het daartoe gelei dat kroniese dialise en orgaanoorplantings befonds kon word, wat 'n sterk toename in kroniese nierversaking-behandeling tot gevolg gehad het (Danovitch, 1996). Hoewel geen ware kuur vir nierversaking bestaan nie, word daar tans verskeie behandelingsmetodes daarvoor aangewend.

6.2 DIE BEHANDELING VAN KRONIESE NIERVERSAKING

Kroniese nierversaking word gekenmerk deur 'n verlies van die funksies wat deur die niere uitgevoer word. Een van die oorsake hiervan is onder andere ongekontroleerde diabetes, wat die niere op die langtermyn so beskadig, dat dit onomkeerbare kroniese nierversaking tot gevolg het. Hierdie toestand word behandel deur pasiënte op kroniese dialise te plaas, of uiteindelik 'n orgaanoorplanting te doen (Levy, Morgan & Brown, 2001). "Dialise" is 'n mediese term, wat verwys na 'n proses wat die funksie van die niere naboots, deurdat afvalprodukte uit die bloed gefiltreer en oormatige vloeistowwe uit die liggaam verwyder word (kidneywise.com, 08/11/2002). Twee tipes dialise bestaan, naamlik hemodialise en peritoneale dialise. Orgaanoorplanting is 'n terapeutiese opsie vir geselekteerde pasiënte, waar verskeie faktore egter in ag geneem moet word (Dobbels et al., 2001). Ten einde 'n beter idee te vorm van wat hierdie behandelingsmetodes behels, word 'n meer breedvoerige bespreking van elkeen verskaf:

6.2.1 Hemodialise

Die woord *haemo* is die Griekse beskrywing vir bloed, terwyl *dialise* op 'n filtreringsproses dui. Hemodialise verwys dus na 'n proses waar die nierpasiënt se bloed gefiltreer word. Deurdat klein hoeveelhede bloed op 'n slag deur 'n masjien gesirkuleer word, vind hierdie filtreringsproses buite die liggaam plaas waarna die gesuiwerde bloed na die liggaam teruggepomp word. Hierdie proses word gewoonlik drie keer per week herhaal, met elke sessie wat van drie tot ses ure kan neem (kidneywise.com, 08/11/2002).

6.2.2 Peritoneale dialise

In hierdie behandelingsmetode word die peritoneale membraan vir dialise gebruik. Hierdie natuurlike membraan het klein gaatjies waardeur afvalprodukte en bloed vloeï, sodat dit gefiltreer kan word. Tydens 'n klein operasie word 'n sagte plastiekbuisie, ook bekend as die peritoneale kateter, in die buik geplaas. Ongeveer 15cm van hierdie buisie is buite die liggaam geleë, sodat die sakkie met die dialisevloeistof daaraan gekoppel kan word. Die dialisevloeistof vloeï dus deur die peritoneale kateter tot binne die peritoneale holte. Terwyl die vloeistof binne hierdie holte is, vind dialise plaas. Oormatige water en afvalprodukte word deur die membraan vanuit die bloed onttrek en in die dialisevloeistof gestort. Vanweë die opbou van afvalstowwe en die oormatige vloeistof, is dit nodig dat hierdie dialisevloeistof elke paar uur vervang word (kidneywise.com, 08/11/2002). Gewoonlik word die pasiënt geleer om dit self tuis te doen, meestal twee liter uitruilings vier keer per dag (Prof. B. Jansen van Rensburg, persoonlike kommentaar, 20/10/03).

6.2.3 Orgaanoorplanting

'n Nieroorplanting is die effektiëfste behandelingsmetode wat vir pasiënte met kroniese nierversaking bestaan. Indien suksesvol, geniet nierpasiënte na die operasie beter gesondheid en beskik hulle oor meer energie as tevore. Hoewel dialise dan nie meer nodig is nie, moet hierdie pasiënte steeds lewenslank medikasie neem, of vir so lank as wat die oorgeplante nier sy werking verrig. Indien die oorplanting misluk, of die nier later deur die liggaam verwerp word, sal so 'n pasiënt weer dialise ontvang (Prof. B. Jansen van Rensburg, persoonlike kommentaar, 20/10/03).

Alle pasiënte is egter nie vir 'n nieroorplanting geskik nie. Diegene met ko-morbiede hartsiektes en kanker sal byvoorbeeld nie oorweeg word nie. Die rede hiervoor is dat die medikasie wat toegedien word, om te voorhom dat die oorgeplante nier deur die ontvanger se liggaam verwerp word, hierdie siektes kan vererger. Verkoue, griep of infeksies kan ook daartoe lei dat die nieroorplantings van geskikte pasiënte uitgestel word. Hierbenewens kan 'n tekort aan skenkerorgane ook 'n lang wagtyd en spanning tot gevolg hê (kidneywise.com, 08/11/2002).

6.3 DIE INVLOED VAN DIALISE OP DIE LEWE VAN DIE NIERPASIËNT

Die aanvanklike reaksie van pasiënte na die diagnosering van kroniese nierversaking stem dikwels ooreen met die verloop van die rouproses (kidneywise.com, 08/11/2002). Kroniese

nierversaking affekteer byna elke aspek van 'n persoon se lewe in dié sin dat pasiënte dikwels komplekse fisieke, sosiale en sielkundige probleme ervaar (Levy et al., 2001). Hoewel hierdie pasiënte meestal met bykans alles wat hulle gedoen het kan voortgaan, het die dialise wel 'n invloed op so 'n pasiënt se lewenstyl (kidneywise.com, 08/11/2002).

6.3.1 Fisieke invloed

Kroniese nierversaking toon 'n hoë ko-morbiditeit met ander siektes. Hartsiektes (34%), koronêre vatsiektes (16%), perifere vaskulêre siektes (10%), serebrovaskulêre siektes (30%), diabetes (10%) en kanker (7%) is van die siektes wat algemeen by pasiënte met kroniese nierversaking voorkom. Kardiovaskulêre komplikasies soos byvoorbeeld aritmieë, anginas, miokardiale infarkte en beroertes, kom ook voor. Hierdie pasiënte kan ook anemies raak, vanweë die gebruik van medikasie benodig vir die behandeling van hul siektetoestand (Levy et al., 2001). Bykomend hiertoe kan septisemie vanweë kateterinfeksies lewensbedreigend wees. Ander fisieke klagtes sluit in slaapversteurings, veranderings in aptyt en gewig, droeë mond en konstipasie (Daugirdas, Blake & Ing, 2001).

6.3.2 Sosiale invloed

Pasiënte op hemodialise kan dit moeilik vind om drie keer per week vir dialise na 'n niereenheid te gaan. Spesiale reëlings moet getref word, indien die pasiënt werksaam is of ver van die naaste kliniek gesetel is. Aangesien die pasiënt gebonde is aan die tydskedule van 'n hospitaal, kan dit gebeur dat dialise op ongerieflike tye vir die gesinslede of ander ondersteunende persone plaasvind. Dit vereis dus meer aanpassings as wat dit die geval is met peritoneale dialise. Met peritoneale dialise moet pasiënte egter daaglik dialiseer, terwyl pasiënte op hemodialise afdae geniet, wanneer hulle nie nodig het om vir dialise na 'n hospitaal te gaan nie. Die voordeel wat peritoneale dialise egter inhou, is dat dit 'n meer buigsame behandelingsmetode is, aangesien dit op enige plek uitgevoer kan word en by die lewenstyl van die persoon aangepas kan word. Dit is veral ook gepas indien nierpasiënte 'n gesinslid of iemand anders het op wie hulle kan staatmaak om hulle met die dialiseproses van hulp te wees. Indien so 'n persoon die dialiseproses verstaan en kan toepas, vergemaklik dit die proses aansienlik (Levy et al., 2001; kidneywise.com).

6.3.3 Sielkundige invloed

Ongeveer 10% van gehospitaliseerde pasiënte met kroniese nierversaking voldoen ook aan die kriteria vir 'n ko-morbiede psigiatriese diagnose. Volgens Kimmel en Levy (2001) word die sielkundige reaksie teenoor siekte bepaal deur die pasiënt se premorbiede persoonlikheid, die mate van ondersteuning gebied deur familie en vriende en die verloop van die onderliggende siekte. Aangesien die sielkundige probleme wat hierdie pasiënte ervaar veelvuldig is, word 'n aanduiding daarvan vervolgens verskaf.

6.3.3.1 Depressie

Depressie is die algemeenste sielkundige komplikasie by dialise pasiënte. Dit manifesteer dikwels in 'n depressiewe gemoed, 'n swak selfbeeld en gevoelens van hopeloosheid. Die depressie ontstaan in respons op die werklike, dreigende of gewaande verliese wat hierdie pasiënte ervaar (Kimmel & Levy, 2001). Die inkorting van fisieke en kognitiewe vermoëns, seksuele- en nierfunksionering, asook 'n afname in hul betrokkenheid by gesins-, werks- en sosiale aktiwiteite dra by tot verlieservarings (Levy et al., 2001). Post-dialise moegheid en liggaamlike verandering wat die selfbeeld negatief kan beïnvloed, word ook met depressie geassosieer. Simptome wat ooreenstem met depressie kan egter organies nageboots word as gevolg van uremie.

Dit wil voorkom asof pasiënte op hemodialise meer geneig is tot depressie as diegene op peritoneale dialise. Dit impliseer dat pasiënte op peritoneale dialise dikwels hoër vlakke van lewenskwaliteit geniet (Zimmerman, Poli de Figueiredo & Fonseca, 2001). 'n Vermindering in depressie vind egter meermale plaas as persone die dialiseproses as toepaslik ervaar. Ten spyte hiervan pleeg nagenoeg 1 uit 500 dialise pasiënte steeds selfmoord, terwyl 'n groot aantal een of meer keer selfmoord probeer pleeg (Levy et al., 2001).

6.3.3.2 Samewerking met mediese personeel

Swak samewerking met die mediese personeel van niereenhede word by 2% tot 50% van nierpasiënte gevind. Dit word toegeskryf aan 'n tekort aan inligting en begrip, medisinale newe-effekte en verskillende opinies aangaande die effektiwiteit van behandeling (Levy et al., 2001). Woede-uitbarstings en frustrasies vanweë verandering wat soms in die huislike en werksomstandighede voorkom, het 'n verdere negatiewe invloed op verhoudings en kan 'n

verlies aan ondersteuningbronne tot gevolg hê. Vanweë die lewensbedreigende aard van die siekte kan swak samewerking tussen pasiënte, hul versorgers en die hospitaalpersoneel dus hoogs problematies wees (Kimmel & Levy, 2001).

6.3.3.3 Seksuele disfunksie

Seksuele disfunksie, wat veroorsaak kan word deur diabetes mellitus, sielkundige probleme of medikasie, kan 'n invloed op intieme verhoudings hê. Impotensie word by 70% manlike pasiënte gevind, terwyl vroulike pasiënte 'n afname in die ervaring van orgasmes aandui. Seksuele disfunksie en die gevolglike afname in seksuele intimiteit word dus deur beide geslagte gerapporteer (Kimmel & Levy, 2001).

Hoewel die oorsake vir seksuele disfunksie primêr organies blyk te wees, speel sielkundige faktore ook 'n rol. Vir manlike pasiënte word die oorsaak van hul seksuele disfunksie toegeskryf aan depressie, angs, die verandering van hul rol as primêre versorger van hul gesin en problematiese urinering. Vir vroulike pasiënte word die staking van hul menstruasiesiklus, 'n afname in fertiliteit en verandering in fisieke voorkoms as redes aangegee (Kimmel & Levy, 2001).

6.3.3.4 Die rehabilitasie van pasiënte op dialise

Probleme rakende beroepsbeoefening en die vereistes gestel deur rehabilitasieprogramme kan verdere druk op hierdie pasiënte plaas. Die ernstigheidsgraad van die siekte tydens die inisiëring van kroniese nierversaking behandeling, die sosio-ekonomiese status van die pasiënte, asook die mate van hulle beroepsbevrediging of die gebrek daaraan, het 'n bepalende effek op nierpasiente se terugkeer tot die beoefening van hul beroep of nie. Bydraend hiertoe kan onbuigsame werkskedules, veral by die pasiënte op hemodialise, daartoe aanleiding gee dat hulle hul werk bedank, aangesien hulle die vryheid nodig het om hul dialise verpligtinge na te kom. Die vereiste afname in fisieke aktiwiteite kan veral blouboordjie werknemers en sportlui verplig om hul loopbane en intense oefenprogramme te beëindig. Hierdie faktore gee gevolglik daartoe aanleiding dat ongeveer twee derdes van pasiënte op dialise nie terugkeer na die beoefening van hul beroepe nie. In gesinne met 'n hoër sosioekonomiese status kan vroulike pasiënte makliker die opsie uitoefen om hulle werk te bedank. Aangesien die aard en beoefening van hul beroep vir mans baie keer 'n aanduiding van hul manlikheid is, kan die verlies van hulle loopbane vir hulle ernstige sielkundige gevolge inhou. Die gevolg hiervan kan wees dat mans aanhou werk as

primêre versorger van hul gesinne, maar dat dit ten koste van hul fisieke gesondheid geskied (Kimmel & Levy, 2001).

6.3.3.5 Lewenskwaliteit

Kimmel en Levy (2001) huldig die opinie dat die metodes om die nierpatiënte op dialise se lewenskwaliteit te meet, tot op hede nog nie genoegsaam ontwikkel is nie. Sommige resultate dui daarop dat die nierpatiënt se lewenskwaliteit meestal in ooreenstemming is met dié van die algemene populasie. In teenstelling hiermee bevind Zimmerman en kollegas (2001) dat hemodialise pasiënte meer depressief is en minder lewenskwaliteit ervaar as die algemene populasie. Dit kan aanleiding gee tot alkohol- en dwelmmiddelmisbruik, 'n afname in hul immuniteit en swak selfsorg (Levenson & Glocheski, 1991). Resultate van die SF-36, 'n gesondheidsvraelys met 36 skale, dui daarop dat nierpatiënte se fisieke lewenskwaliteit minder is as dié van die algemene populasie, terwyl hul psigiese lewenskwaliteit nie noemenswaardige verskille toon met dié van die algemene populasie nie. 'n Toename in lewenskwaliteit word gevind by pasiënte wat 'n keuse kan uitoefen aangaande die modaliteit van hul dialisebehandeling (Levy et al., 2001).

6.3.3.6 Ander invloede van dialise op die lewe van die nierpatiënte

Kroniese nierversaking het 'n definitiewe invloed op nierpatiënte se vakansie- en reisreëlings. Aangesien die meeste niereenhede oor vakansietye baie vol is en dikwels nie op kort kennisgewing bykomstige pasiënte kan akkommodeer nie, moet reëlings vooraf getref word, sodat hulle hemodialise kan ontvang. Hemodialise word ook meestal in 'n groterige hospitaal gedoen, wat beteken dat vervoer na die dialise-eenheid vir persone vanaf verafgeleë vakansiebestemmings in berekening gebring moet word tydens hul vakansiebeplanning. In sommige gevalle kan vermoënde pasiënte hul eie hemodialise-apparaat aanskaf, waar 'n opgeleide familielid die dialise tuis behartig (Prof. B. Jansen van Rensburg, persoonlike kommentaar, 20/10/03). Pasiënte op peritoneale dialise ervaar meer vryheid, deurdat hulle hul dialisetoerusting saam met hulle op vakansie kan neem (kidneywise.com, 08/11/2002). 'n Diagnose van kroniese nierversaking bemoeilik verder die verkryging van lewensversekering, lenings en huisverbande. Kommer hieroor, wat meestal nie met mediese personeel bespreek word nie, kan 'n negatiewe invloed op die sielkundige welstand van pasiënte hê (Levy et al., 2001).

Soos gesien uit bogenoemde navorsingsresultate, ervaar pasiënte op dialise veelvuldige probleme. Hoewel dit voorkom asof diegene op hemodialise meer geneig is tot depressie as dié op peritoneale dialise, bestaan genoegsame bewyse dat dialise pasiënte se alledaagse funksionering deur hul siektetoestand ingekort word.

6.4 DIE INVLOED VAN 'N ORGAANORPLANTING OP DIE LEWE VAN DIE NIERPASIËNT

Tans word nieroorplantings beskou as 'n gevestigde behandelingsmetode met 'n hoë oorlewingsyfer, wat onteenseglik voordele vir pasiënte inhou (Ponton et al., 2001). Orgaanoorplantings het dit eerder ten doel om pasiënte se welstand en lewenskwaliteit te verbeter, as wat dit gesondheid waarborg (Ostrowski, Wesolowski, Makar & Bohatyrewicz, 2000; Rebollo et al., 2000). Daar is egter minder inligting beskikbaar aangaande die emosionele impak van nieroorplantings op pasiënte en die psigososiale en gedragsveranderlikes wat 'n rol speel. Vroeë navorsing was meer gefokus op die invloed van nieroorplantings op liggaamlike funksies (Dobbels et al., 2001; Zimmerman et al., 2001). Verskeie outeurs huldig egter die opinie dat 'n nieroorplanting nie net pasiënte se fisieke welstand verbeter nie, maar ook 'n positiewe invloed het op hul sosiale en sielkundige welstand (Fujisawa et al., 2000). Die volgende invloede word kortliks beskryf:

6.4.1 Fisieke invloed

Na 'n nieroorplanting wil dit voorkom asof 75% van hierdie pasiënte 'n toename in hul fisieke welstand ervaar (Ostrowski et al., 2000). Een van die redes hiervoor word toegeskryf aan die verminderde pynervaring wat met hemodialise geassosieer word. Die nieroorplanting maak dit vir 86% van hierdie pasiënte moontlik om weer normale, of amper normale, aktiwiteite te hervat (Fujisawa et al., 2000). Nuwe-effekte vanweë immuunonderdrukkende terapie kan egter die effektiwiteit van nieroorplantings verminder (Reimer, Franke, Luetkes, Kohnle, Philipp & Heemann, 2001).

6.4.2 Sosiale invloed

Twee kategorieë van sosiale ondersteuning bestaan, naamlik waargenome en ervaarde sosiale ondersteuning. Hierdie twee tipes het elkeen 'n spesifieke effek op gesondheid, welstand en gedrag. Indien 'n pasiënt tot die gevolgtrekking kom dat ondersteuning beskikbaar is, verwys dit

na waargenome sosiale ondersteuning. 'n Hoë indeks van waargenome sosiale ondersteuning het 'n buffer-effek teen die stres wat meestal met nieroorplantings gepaardgaan. By die waarneming dat sosiale ondersteuning ontbreek, is pasiënte wat nieroorplantingsoperasies ondergaan het, meer geneig om 'n affektiewe psigiatriese versteuring te ontwikkel (Dobbels et al., 2001).

Die ervaring van sosiale ondersteuning sluit die ontvang van inligting, instrumentele, emosionele en tasbare ondersteuning, asook waardering in. Voorbeelde hiervan is dat die versorger die pasiënte se maaltye voorberei, hulle herinner om hul medikasie te neem en voorskrifte by apteke afhaal. Sodanige betrokkenheid in 'n diadiese verhouding, waar pasiënte 'n empatiese en ondersteunende verhouding met hul versorgers het, toon merkbaar beter chirurgiese en post-oorplantingsuitkomst (Dobbels et al., 2001). 'n Suksesvolle nieroorplanting het weer 'n positiewe invloed op die emosionele verhoudings tussen gesinslede, aangesien dit die gesinslede normaliseer (Ostrowski et al., 2000).

Die nuutgevonde onafhanklikheid en vryheid wat pasiënte ervaar wanneer dialise nie meer deel van hul dagprogram vorm nie, kan dit vir hulle makliker maak om meer sosiaal te verkeer (Fujisawa et al., 2000). Dit veroorsaak dat pasiënte gewilliger is om weer by sosiale aktiwiteite betrokke te raak. Die operasie maak dit ook vir hulle moontlik om terug te keer na die beoefening van hul beroepe, wat weer finansiële sekuriteit teweegbring (Ostrowski et al., 2000). Stres, geassosieer met sosiale interaksie, beroepsbeoefening, en 'n vrees vir verwerping kan egter die effektiwiteit van 'n nieroorplanting verminder (Reimer et al., 2001).

6.4.3 Sielkundige invloed

Die meeste van hierdie pasiënte toon 'n toename in hul sielkundige welstand na 'n nieroorplanting. Die sielkundige groei wat dikwels tydens die verloop van die siekte voorkom, verskaf soms 'n emosionele afstand tussen pasiënte en hulle alledaagse probleme. Dit kan 'n positiewe invloed op hul lewens utoefen (Ostrowski et al., 2000). Die volgende kan genoem word:

6.4.3.1 Depressie en angs

Depressie wat net na 'n nieroorplanting voorkom, kan organiese of sielkundige oorsake of beide hê. Indien die oorsaak organies van aard is, kan die stabilisering daarvan, wat onder andere deur infeksie, medikasie en elektrolietwanbalanse veroorsaak word, die depressie laat opklaar. Die

aanpassingsproses wat op 'n nieroorplanting volg, kan ook aanleiding gee tot depressie (Danovitch, 1996).

Gedurende die inisiële post-oorplantingsfase word 'n hoër angsvlak gewoonlik by hierdie pasiënte aangetref. Soos in die geval van depressie, kan die angservaring toegeskryf word aan organiese oorsake of aanpassings wat na 'n nieroorplanting gemaak moet word. Angsversteurings kan ook na die operasie voorkom by pasiënte met 'n geskiedenis daarvan. Die angs kan ook gepaardgaan met kommer oor die sukses van die operasie. Dit bereik gewoonlik 'n hoogtepunt net voor ontslag uit die hospitaal (Danovitch, 1996). Na 'n periode van drie maande neem die ervaring van angstigtheid egter meestal sodanig af, dat dit in ooreenstemming is met dié van die algemene populasie (Zimmerman et al., 2001).

6.4.3.2 Seksuele disfunksie

Navorsing gedoen drie maande na nieroorplantingsoperasies toon aan dat ongeveer 25% tot 50% van die pasiënte steeds seksuele disfunksie ervaar (Brannen et al., 1980; Malavaud, Rostaing, Rischmann, Sarramon & Durand, 2000; Schover, Novick, Steinmuller & Goormastic, 1990). Die voorkoms van seksuele disfunksie verskil ook nie tussen die geslagte nie (Alleyne, Dillard, McGregor & Hosten, 1989; Schover et al., 1990). 'n Nieroorplanting hou dus nie noodwendig 'n verbetering in seksuele funksionering vir hierdie pasiënte in nie (Laupacis et al., 1996). In ander studies is gevind dat 65,75% van pasiënte na 'n nieroorplanting steeds seksueel aktief is en dat 40% tot 50% weer betrokkenheid in seksuele aktiwiteit aandui (Ostrowski et al., 2000). Aangesien seksuele intimiteit soms 'n belangrike aspek van verhoudings is, kan seksuele disfunksie 'n negatiewe impak hê op pasiënte se tevredenheid oor die ontvangs van emosionele ondersteuning (Hart, Milde, Zehr, Cox, Tarara & Fearing, 1997).

6.4.3.3 Lewenskwaliteit

Verskeie outeurs dui aan dat pasiënte wat 'n suksesvolle nieroorplanting ondergaan het, beter lewenskwaliteit ervaar as diegene wat op dialise is (Fujisawa et al., 2000; Ichikawa et al., 2000; Manu et al., 2001; Ostrowski et al., 2000; Zimmerman et al., 2000). Die drastiese verbetering in lewenskwaliteit wat dikwels net na 'n nieroorplanting intree, word daaraan toegeskryf dat die pasiënte vanweë hul nuutgevonde onafhanklikheid van dialise 'n gevoel van bevryding ervaar (Ponton et al., 2001). Ongeveer ses maande na die operasie is hul lewenstevredenheid egter weer

in ooreenstemming met dié van die algemene populasie (Hillbrands, Hoitsma & Koene, 1995; Laupacis et al., 1996; Ponton et al., 2001).

Tussen 7 en 36 maande na die operasie word daar gewoonlik 'n insinking beleef, wanneer die lewenstevredenheid van hierdie pasiënte weer dieselfde is as voor die nieroorplanting. Redes wat hiervoor aangevoer word, is dat die pasiënte sukkel om post-oorplantingrealiteite te hanteer soos byvoorbeeld met die terugkeer na hul sosiale lewe, die heropneem van hul beroepe, die nuwe-effekte van medikasie en die komplikasies wat intree. Dit suggereer 'n "emosionele oorplanting", wat op 'n later stadium en op verskillende wyse as die fisieke operasie plaasvind. Dit is dus duidelik dat pasiënte na hul nieroorplanting tyd nodig het om hul lewe daarby aan te pas (Ponton et al., 2001).

Die emosionele ondersteuning van familie, vriende en mediese personeel het 'n belangrike invloed op die ervaring van lewenskwaliteit na 'n nieroorplanting. Diegene wat 'n gevoel van beheer oor hul gesondheid ervaar, steeds aktief kan wees en betekenisvolle interpersoonlike verhoudings kan handhaaf, getuig van 'n hoër mate van lewenstevredenheid (Hricik et al., 2001). Beter gesondheid en die terugkeer na 'n normale lewe blyk dus sleutelfaktore te wees vir die ervaring van lewenskwaliteit. Die teenoorgestelde is egter waar vir pasiënte wie se nieroorplantingsoperasie onsuksesvol was (Hricik et al., 2001).

Kommer oor fisieke aktiwiteite, die emosionele toestand en persoonlike voorkoms het ook 'n negatiewe invloed op die ontvangers van niere se lewenskwaliteit. Komplikasies van die langtermyngebruik van immuunonderdrukkers by bejaarde pasiënte het veral 'n afname in die lewenskwaliteit van hierdie pasiënte tot gevolg (Ichikawa et al., 2000).

6.4.3.4 Ander invloede van 'n nieroorplanting op die lewe van die nierpasiënte

Na 'n nieroorplanting vind verandering gewoonlik plaas ten opsigte van hierdie pasiënte se vryetydsbesteding. Die vryheid van dialise veroorsaak dat die pasiënte wat dit kan bekostig, meer gereeld met vakansie gaan. Die beoefening van stokperdjies realiseer ook meer en hul deelname aan aktiwiteite tydens hul vakansie verskil van voor die operasie (Ostrowski et al., 2000).

Dit wil dus voorkom asof hierdie pasiënte se vermoë om hul lewe aan te pas by die verandering wat die operasie bewerkstellig, 'n sleutelfaktor is vir die ervaring van hoër lewenskwaliteit. Die

sukses van die operasie, beter gesondheid en die terugkeer na 'n normale lewe, wat hernude sosiale betrokkenheid en ondersteuning impliseer, kan daartoe lei dat hierdie pasiënte meer sielkundige welstand ervaar.

6.5 KULTURELE EN GEMEENSKAPSKWESSIES

Terwyl die tegniese aspekte van orgaanoorplanting oraloor dieselfde is, word verskille gevind in kulturele en gemeenskapsfaktore wat die uitvoering daarvan beïnvloed. Begrip vir hierdie faktore lei tot meer insig in die situasie en erkenning word gegee aan die diversiteit van die samelewing. Dit gee ook daartoe aanleiding dat medici in hul behandeling die sensitiewe aard en verskille van multikulturele samelewings in ag neem. Groter begrip vir kulturele verskille maak dit ook moontlik om toepasliker dienslewering aan individue en gemeenskappe te voorsien (Daar & Marshall, 1997).

Bestaande mites en legendes binne kulture en gemeenskappe kan 'n invloed uitoefen op orgaanskenking. In Latyns-Amerika word geglo dat kinders ontvoer word vir hul organe. Aangesien mites en legendes dikwels op die realiteit gebaseer word, het hierdie idee sy ontstaan gehad by kinders wat weggeraak het, straatkinders wat vermoor is en begraafplaasvandalisme. Die gevolg hiervan is dat diegene wat onbewus van hierdie kulturele perspektief is, hulself daaraan blootstel om ernstig aangerand te word, indien hulle byvoorbeeld 'n gesprek met straatkinders sou aanknoop (Daar & Marshall, 1997). Aantygings dat hulpbehoewendes se organe sonder hul toestemming verwyder is, sal ook nie verdwyn indien die onderliggende realiteit voortduur nie (Scheper, 1996).

Na die teregstelling van gevangenes in die China word hul organe verwyder en gebruik in nieroorplantings. Volgens die riglyne van die vereniging vir orgaanoorplanting en Westerse medici word hierdie gebruik skerp gekritiseer en as oneties beskou. Die teenargument vanuit die Ooste is dat hulle pasiënte se lewens red en organe wat andersins tot niet sou gaan, gebruik. Ingevolge 'n nuwe wet in Japan moet pasiënte by opname geskrewe toestemming gee dat hulle organe, indien hulle breindood verklaar sou word, vir orgaanskenking aangewend kan word (Daar, 2000).

Kulturele en individuele verskille bestaan ook ten opsigte van families se voorkeure van wie geskikte ontvangers vir hul naasbestaendes se organe sou wees. 'n Britse familie het toegestem tot orgaanskenking maar op die voorwaarde dat die organe nie beskikbaar mag wees vir nie-

blanke ontvangers nie. In teenstelling hiermee het 'n Palestynse familie wat hul seun in 'n skermutseling met Jode verloor het, ingestem dat sy organe vir enigiemand, insluitend Jode, beskikbaar sou wees. Nadat 'n Ku Klux Klanlid 'n nier van 'n nie-blanke skenker ontvang het, het hy 'n kampvegter vir die regte van nie-blankes geword (Daar & Marshall, 1997). In sommige lande word die geleentheid om 'n nier te skenk nie net as 'n verpligting nie, maar ook as 'n eer beskou. Soos blyk uit laasgenoemde voorbeelde, kan orgaanoorplanting 'n kragtige, transformerende effek op verskillende kulturele sienings hê, maar dit berus grootliks op individuele persepsies en besluite (Daar, 2000).

6.6 'N BIOPSIGOSOSIALE BENADERING TOT NIEROORPLANTINGS

Soos vroeër reeds aangedui, het die fisieke welstand van nierpasiënte voorheen die meeste aandag geniet (Dobbels et al., 2001; Zimmerman et al., 2001). Uit navorsing word dit egter duidelik dat pasiënte ook emosionele, sielkundige en sosiale probleme ervaar as gevolg van die kroniese aard van nierversaking. 'n Eensydige benadering vanuit 'n biologiese paradigma kan die bevordering van lewenskwaliteit negatief beïnvloed, indien die psigososiale faktore ontken word. Ter bevestiging hiervan dui De Ortúzar (2001) aan dat dit nie die fisieke welstand is nie, maar die sielkundige en sosiale welstand van hierdie pasiënte wat die grootste impak op hul lewenskwaliteit het.

De Ortuzar (2001) huldig die opinie dat ooreenstemming by navorsers bereik moet word ten opsigte van faktore wat ingesluit moet word by 'n volledige battery waarmee pasiënte se lewenskwaliteit effektief gemeet kan word. So 'n evaluasie behoort, volgens De Ortuzar (2001), hedonistiese plesierervaring, pasiënttevredenheid en -voorkeure, asook die siening van 'n ideale en goeie lewe, in te sluit. Die uiteinde hiervan behoort 'n aanduiding te verskaf van pasiënte se vermoë tot selfdeterminasie.

Orgaanoorplanting vereis dus 'n interdisiplinêre benadering wat 'n biologiese, psigologiese en sosiale benadering impliseer. Indien nieroorplantings eensydig vanuit 'n biologiese perspektief benader word, verminder dit pasiënt-otonomiteit, selfdeterminasie, beheer en verantwoordelikheid, wat aanleiding kan gee tot patologie by diegene met 'n kroniese siekte (De Ortúzar, 2001).

6.7 GEVOLGTREKKING

Hoewel verskillende behandelingsmetodes vir kroniese nierversaking bestaan, blyk nieroorplantings geassosieer te wees met 'n toename in die ervaring van lewenstevredenheid en welstand. Ten spyte hiervan kan die ontvangers van niere steeds probleme ervaar, wat verskille in individuele ervarings en omstandighede impliseer. 'n Omvattende biopsigososiale benadering en sensitiviteit vir kulturele verskille is belangrike faktore wat in ag geneem behoort te word in die behandeling van hierdie pasiënte. Die belang hiervan lê daarin dat hierdie faktore 'n impak kan hê op pasiënte se fisieke en sielkundige welstand. Dit beïnvloed hulle bereidheid en vermoë om te voldoen aan die mediese vereistes waaraan hulle onderworpe is, soos byvoorbeeld die neem van medikasie. Volle samewerking moet verkry en behou word om 'n nieroorplanting te laat slaag (Hricik et al., 2001).

HOOFSTUK 7: METODOLOGIE

7.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodiek van die ondersoek uiteengesit. Die doel van die studie sal uitgelig word, waarna die kwantitatiewe en kwalitatiewe ontledings met betrekking tot aspekte soos die navorsingsontwerp, die ondersoekgroepe, die meetinstrumente, die prosedures en die wyses van data-ontleding aandag sal geniet.

7.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Die wagtydperk vir nieroorplantings is 'n stresvolle ervaring, wat geassosieer word met simptome van angs en depressie. Die dinamika en verloop van die oorplantingsproses kan dus 'n traumatiese invloed hê op die sielkundige welstand van die nierpasiënt. Tot dusver is weinig aandag in navorsing gegee aan die sielkundige welstand van nierpasiënte vóór en ná 'n nieroorplanting (Moran, Christensen, Ehlers & Bertolatus, 1999). Die identifisering van faktore wat pasiënte help om in sodanige omstandighede 'n relatiewe mate van sielkundige welstand te handhaaf, is dus van besondere belang.

Hierdie studie handel oor psigofortigene faktore wat die sielkundige welstand van die nierpasiënt beïnvloed. Voordat hierdie faktore bespreek word, is dit van belang om eerstens 'n aanduiding te verkry van hierdie pasiënte se huidige vlak van sielkundige welstand. Deur die bestudering van hul subjektiewe belewing van welstand, word 'n idee verkry van die mate van lewenstevredenheid wat hierdie pasiënte ervaar. Tesame hiermee bied 'n ontleding van hul vermoë om outonoom op te tree, van hul bekwaamheid en die aard van verhoudings met betekenisvolle ander, 'n aanduiding van hul selfdeterminasie as 'n faktor wat ook aan sielkundige welstand gekoppel word. Vervolgens is 'n aanduiding verkry van die rol van bepaalde psigofortigene faktore, naamlik die pasiënte se spirituele welstand en die mate van hoop en optimisme wat ervaar word. Die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme as voorspellers van die sielkundige welstand van die nierpasiënte, is daarna onder die soeklig geplaas.

Die doelstellings van die ondersoek was die volgende:

- i. Om die mate van sielkundige welstand, oftewel die lewenstevredenheid en selfdeterminasie van pasiënte met kroniese nierversaking te bepaal.

- ii Om 'n aanduiding te verkry van die pasiënte met kroniese nierversaking se vlakke van spiritualiteit, hoop en optimisme (affek en attribusiestyl)
- iii Om die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme as psigofortigene faktore op die sielkundige welstand van nierpasiënte wat aan verskillende behandelingsmodusse (hemodialise, peritoneale dialise en nieroorplanting) onderwerp word, te bepaal.

7.3 DIE NAVORSINGSONTWERP

Die ondersoek was tweeledig van aard, en het bestaan uit 'n kwantitatiewe gedeelte, asook 'n kwalitatiewe ondersoek.

7.4 DIE KWANTITATIEWE ONDERSOEK

7.4.1 DIE ONDERSOEGGROEP

'n Onderzoekgroep van 120 pasiënte is betrek. Die helfte van hierdie deelnemers was pasiënte met kroniese nierversaking, waar 30 pasiënte op hemodialise en 30 pasiënte op peritoneale dialise was. Die oorblywende 60 pasiënte is verdeel in 30 pasiënte wat reeds 'n nieroorplanting ondergaan het en 30 pasiënte wat as kontrolegroep gedien het. Die nierpasiënte is dus in drie kategorieë verdeel, naamlik hemodialise, peritoneale dialise en nieroorplantings. Hierdie drie groepe deel 'n verdere kenmerk, deurdat hul nierversaking kronies van aard is. Hoewel die nieroorplantingpasiënt nie meer dialise ontvang nie, is die lewenslange gebruik van medikasie en gereelde opvolgbesoeke aan die niereenheid genoegsaam om dit as 'n kroniese siektetoestand te identifiseer. Die pasiënte van die kontrolegroep wat chirurgiese ingrepe gehad het, verskil van die nierpasiënte, aangesien hul beserings slegs akute van aard is. Hieronder tel beserings soos byvoorbeeld tibia- en fibula-, patella- en pelvisfrakture, wat hoofsaaklik in motorongelukke opgedoen is.

Die oorgrote meerderheid van hierdie nierpasiënte is hoofsaaklik by die niereenheid te Universitas hospitaal gevind. Om meer pasiënte met kroniese nierversaking te betrek is "Mediclinic" en die "National Renal Care Unit" te Rosepark hospitaal ook ingesluit. Bogenoemde hospitale is almal in Bloemfontein geleë. Aangesien kroniese nierversaking as insluitingskriteria gedien het, is 'n lys van name van pasiënte wat hieraan voldoen, van die onderskeie niereenhede bekom. Die beskikbaarstelling van sodanige inligting het verseker dat slegs pasiënte wat met kroniese nierversaking gediagnoseer is, in die studie ingesluit is. Die uitsluitingskriteria wat vir die 30 pasiënte van die kontrolegroep gegeld het, was dat hulle geen

kroniese siektetoestand onderlede gehad het nie. Derhalwe is die pasiënte in die chirurgiese sale as 'n geskikte kontrolegroep geag. Die kontrolegroep is geïdentifiseer met behulp van inligting verskaf deur mediese personeel en inligting ingewin rakende hul mediese geskiedenis. Aangesien die Chirurgie-departement van die hospitaaldienste in Bloemfontein by Pelonomi hospitaal geleë is, is die pasiënte wat vir chirurgiese prosedures in hierdie hospitaal opgeneem is, betrek. Ten einde die vereiste 30 pasiënte vir die kontrolegroep te verkry, is pasiënte wat soortgelyke chirurgiese ingrepe in die Ernest Oppenheimer hospitaal in Welkom ondergaan het, ook in die kontrolegroep opgeneem.

Die ondersoekgroep is dus saamgestel op grond van 'n beskikbaarheidsteekproef. Vanweë die beperkte beskikbaarheid van pasiënte wat aan die insluitingskriteria voldoen het, is alle beskikbare pasiënte wat wel aan die insluitingskriteria voldoen het en bereid was tot deelname, by hierdie studie ingesluit, ten einde die vooropgesette getal deelnemers (n=120) te verkry.

7.4.2. MEETINSTRUMENTE

Die kwantitatiewe komponent van die studie het die toepassing van verskeie vraelyste behels. Metings ten opsigte van kriteria- sowel as die voorspeller veranderlikes is hierdeur verkry. Buiten vir Kamman en Flett, die outeurs van die Affektometer 2 wat, ten spyte van uitgebreide pogings, nie deur die navorser opgespoor kon word nie, is toestemming van al die outeurs verkry vir die gebruik van hul vraelyste. Die rasionaal vir die gebruik van hierdie vraelyste, sowel as die aard, administrasie en interpretasie daarvan sal vervolgens bespreek word. Die betroubaarheid- en geldigheidsindekse, asook die interne konsekwenheid van hierdie meetinstrumente, word vermeld. Addisioneel hiertoe is die Cronbach α -koëffisiënte vir die Lewenstevredenheidskaal, die Selfdeterminasieskaal, die Affektometer 2, die Attribusiestylvraelys en die subskale van die Spirituele-welstandskaal en die Herth-hoopindeks in hierdie studie met behulp van die SPSS-rekenaarprogrammatuur (SPSS Incorporated, 2003) bereken. Hierdeur word die interne konsekwenheid van die skale en subskale in hierdie studie gebruik, aangedui. Laastens word die motivering vir die gebruik van die vraelys verskaf.

7.4.2.1 Biografiese vraelys

'n Biografiese vraelys is afgeneem om identifiserende inligting soos geslag, ouderdom, opvoedkundige agtergrond, etniese groep, huwelikstatus, huistaal, die duur van die siekte en die tipe van mediese behandeling ontvang te bekom (Sien Bylae A).

7.4.2.2 Die Lewenstevredenheidskaal / The Satisfaction with Life Scale

7.4.2.2.1 Rasionaal

Die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) is ontwikkel ten einde 'n aanduiding te verkry van die mate van lewenstevredenheid wat 'n persoon ervaar. Die beoordeling van sielkundige welstand vind plaas vanuit die persoon se huidige situasie en word vergelyk met die standaard deur die persoon self gestel. Beoordeling op hierdie vraelys geskied, volgens Diener et al. (1985), op 'n kognitiewe, eerder as 'n emosionele vlak.

7.4.2.2.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Lewenstevredenheidskaal is 'n 5-item selfrapporteringsvraelys en word met behulp van 'n Likert-sewepuntskaal beantwoord. Die items bestaan uit stellings waarop die respondent moet aandui of hy/sy daarmee saamstem of verskil. 'n Telling van 1 dui daarop dat die respondent glad nie met die stelling saamstem nie, telling 4 is neutraal en telling 7 dui daarop dat die respondent heelhartig met die stelling saamstem. Die vraelys is maklik verstaanbaar en kan binne 'n paar minute voltooi word. Die waardes van die tellings op die 5 items word saamgetel om 'n totaal telling te verkry, wat kan strek van 5 tot 35. 'n Hoë telling is aanduidend van 'n hoë vlak van lewenstevredenheid.

7.4.2.2.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Goeie betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.80 en 0.89, word deur Diener et al. (1985) gerapporteer. Toets-hertoets-betroubaarheidsindekse van 0.84 tot 0.54 vir een maand tot vier jaar intervalle is ook verkry (Pavot & Diener, 1993). Diener et al. (1985) en Pavot en Diener (1993) dui ook aan dat die Lewenstevredenheidskaal oor goeie konstrugeldigheid beskik. In hierdie studie is 'n Cronbach-alfa-koëffisiënt van 0.80 verkry, wat op hoë interne konsekwentheid dui.

7.4.2.2.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Uit die literatuurondersoek na die aard van sielkundige welstand, het lewenstevredenheid as 'n komponent van sielkundige welstand na vore getree. Deur 'n aanduiding van die respondent se subjektiewe belewenis van lewenstevredenheid te verskaf, meet hierdie vraelys sielkundige welstand op 'n kognitiewe (beoordelende) vlak. Hierdie selfrapporteringsvraelys gee 'n aanduiding van die deelnemers se vlak van hedonie, met ander woorde, hoe gelukkig en tevrede

die lede van die ondersoekgroep ten tyde van die data-insameling met hul lewens was. Die bondigheid van die SWL-skaal is ook 'n voordeel in 'n battery wat reeds 'n aantal vraelyste bevat.

7.4.2.3 Die Selfdeterminasieskaal / The Selfdetermination Scale

7.4.2.3.1 Rasionaal

Die Selfdeterminasieskaal is ontwikkel deur Sheldon en Deci (1996). Dit verskaf 'n aanduiding van die mate waartoe persone geneig is om op 'n self-gedetermineerde wyse te funksioneer.

7.4.2.3.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Selfdeterminasieskaal is 'n kort, 10-itemskaal waardeur die respondent, op grond van twee bipolêre stellings, 'n aanduiding op 'n vyfpuntskaal gee van watter een die getrouste weergawe van sy of haar eie ervaring is. Hierdie 10-itemskaal bevat ook twee 5-itemsubskale. Die eerste subskaal, bestaande uit items 2, 4, 6, 8 en 10, verskaf 'n aanduiding van persone se bewustheid van hulself, oftewel die kontak met hulself. Die tweede subskaal reflekteer die respondente se waargenome keuses wat hulle ten opsigte van hul gedrag kan uitoefen. Items 1, 3, 5, 7 en 9 van hierdie subskaal word omgekeerd gemerk, deurdat die telling op elke item van ses afgetrek word. Die gemiddeld van die itemtellings vir die vyf items binne elkeen van die subskale word bymekaargetel, wat 'n selfdeterminasie-totaaltelling verskaf. 'n Hoër totaaltelling is aanduidend van 'n hoër vlak van selfdeterminasie.

7.4.2.3.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Die Selfdeterminasieskaal toon goeie interne konsekwentheid met alfa koëffisiënte, wat wissel van 0.85 tot 0.93, asook 'n hoë mate van toets-hertoets-betroubaarheid van 0.77 oor 'n agt-week periode (Sheldon, Ryan & Reis, 1996). Die interne konsekwentheid waarmee die vraelys in die huidige datastel gemeet het, word aangedui deur 'n Cronbach-alfa-koëffisiënt van 0.73.

7.4.2.3.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die Selfdeterminasieskaal is 'n goeie voorspeller van 'n wye verskeidenheid sielkundige en gesondheidsuitkomst. Dit verskaf 'n aanduiding van die mate van self-aktualisering, empatie en lewenstevredenheid wat deur die lede van die ondersoekgroep ervaar is. Die mate van

outonomie en bekwaamheid ervaar deur die lede van die onderzoekgroep, gee ook 'n aanduiding van hulle vlakke van sielkundige welstand (Sheldon, Ryan & Reis, 1996).

7.4.2.4 Die Spirituele-welstandskaal / The Spiritual Well-Being Scale

7.4.2.4.1 Rasionaal

Die Spirituele-welstandskaal is deur Paloutzian en Ellison (1982) ontwikkel as 'n meting van algemene geestelike welstand en fokus nie op 'n spesifieke religie of geestelike opvatting nie. Die skaal reflekteer geestelike welstand op twee dimensies: 'n vertikale, religieuse dimensie wat 'n self-assessering van 'n persoon se verhouding met God verskaf en 'n horisontale eksistensiële dimensie, gebaseer op 'n persoon se lewenstevredenheid en beleving van sin en 'n doel in die lewe binne die konteks van spiritualiteit.

7.4.2.4.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die instrument bestaan uit 20 items in die vorm van stellings oor 'n persoon se geestelike beleving. Response word gemerk op 'n Likert-sespuntskaal, waar 'n punt van 6 toegeken word aan stellings waarmee die persoon volkome saamstem en 'n punt van 1 waar die persoon volkome verskil van die stelling, met die uitsondering van sommige items waar die tellings omgekeer word, naamlik items 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16 en 18.

Die vraelys meet 'n vertikale (subskaal: religieuse welstand, SWS:RW), en 'n horisontale dimensie (subskaal: eksistensiële welstand, SWS:EW). Die telling vir die vertikale dimensie word verkry deur die totaalstelling van items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 en 19. Die telling van die horisontale dimensie word verkry deur die totaal van items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 en 20. Die inagneming van die negatief bewoorde items en die omgekeerde tellings geld by beide hierdie dimensies. Die totaalstelling van die twee subskale verskaf 'n meting van die persoon se algemene geestelike welstand (SWS:T). Hoë tellings dui op 'n hoë vlak van spirituele welstand en lae tellings op 'n lae vlak van spirituele welstand.

7.4.2.4.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Die skaal is geldig en betroubaar gevind deur verskeie outeurs (Ellison, 1983; Ellison & Smith, 1991; Fehring, Brennan & Keller, 1987; Mickley, Soekon & Belcher, 1992) met Cronbach-alfa-koëffisiënte van tussen 0,78 en 0,84. Vir die vertikale en horisontale subskale van hierdie

meetinstrument is Cronbach-alfa-koëffisiënte van onderskeidelik 0,86 en 0,82 verkry, wat op hoë interne konsekwentheid dui.

7.4.2.4.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Intensiewe navorsing rakende die SWS as meetinstrument van subjektiewe en spirituele welstand is reeds gedoen. Die meetinstrument word as bruikbaar beskou vir die assessering van die welstand van pasiënte wat 'n kroniese siektetoestand onder lede het, of om 'n aanduiding van hul welstand na 'n operasie te verkry (Ellison & Smith, 1991). Met behulp van hierdie skaal kon 'n aanduiding van die geestelike welstand van die lede van die ondersoekgroep verkry word.

7.4.2.5 Die Herth-hoopindeks / The Herth Hope Index

7.4.2.5.1 Rasionaal

Die Herth-hoopindeks is in 1992 ontwikkel ten einde, binne 'n kliniese opset, die mate van hoop te meet van volwassenes wat akute, kroniese en terminaal siek is. Die instrument verskaf dus 'n aanduiding van die unieke dimensies van hoop in kliniese populasies.

7.4.2.5.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Herth-hoopindeks is 'n 12-itemvraelys. Response word op 'n Likert-vierpuntskaal aangedui, waar 'n punt van 1 toegeken word indien die stelling heeltemal teenstrydig is met dit wat die respondent ervaar. 'n Punt van 4 word toegeken indien die respondent heelhartig met die stelling saamstem. Items 3 en 6 word omgekeerd nagesien. Drie subskale bestaan waar die eerste subskaal (items 1, 2, 6 en 11) 'n meting verskaf van die kognitiewe temporale dimensie van hoop. Die tweede subskaal, bestaande uit items 4, 7, 10 en 12, meet die affektiewe gedragsdimensie van hoop. Die derde subskaal (items 3, 5, 8 en 9) verskaf 'n meting van die affiliasie-kontekstuele dimensie van hoop. Die tellings van elkeen hierdie drie subskale word saamgetel en lewer 'n totaaltelling wat wissel tussen 12 en 48, waar 'n hoër telling op 'n groter mate van hoopvolheid dui.

7.4.2.5.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Die Herth-hoopindeks toon interne konsekwentheid met 'n Cronbach-alfa-koëffisiënt van 0.97 met 'n toets-hertoets betroubaarheid van 0.91. Vir die drie subskale is Cronbach-alfa-koëffisiënte verkry wat wissel tussen 0.78 tot 0.86. Goeie konstrukgeldigheid word ook

gerapporteer (Herth, 1992). Deur middel van die gebruik van die SPSS-rekenaarprogrammatuur is Cronbach-alfa-koëffisiënte vir die subskale op grond van die resultate van hierdie ondersoek bereken. Vir die drie subskale, Hoop 1: Kognitiewe temporale dimensie, Hoop 2: Affektiewe gedragsdimensie en Hoop 3: Affiliatie-kontekstuele dimensie is alfa-koëffisiënte van onderskeidelik 0,65, 0,54 en 0,61 verkry. Dit impliseer matige interne konsekwentheid, wat laer is as wat deur Herth gevind is (1992).

7.4.2.5.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die Herth-hoopindeks is 'n bondige, maklik verstaanbare en praktiese instrument vir die meting van hoop. Dit is spesifiek ontwerp vir gebruik in 'n kliniese opset en kan toegepas word op volwassenes, ongeag hul opleiding, ouderdom en die fase van hul siektetoestand. Aangesien dit 'n kort vraelys is wat slegs 'n paar minute van 'n respondent se tyd in beslag neem, is die afneem daarvan nie vermoeiend nie, terwyl die bondigheid die motivering vir die voltooiing van die vraelys verhoog.

7.4.2.6 Die Affektometer 2 / The Affectometer 2

7.4.2.6.1 Rasionaal

Die Affektometer 2 is deur Richard Kamman en Ross Flett (1983) ontwikkel om die respondent se algemene gevoel van gelukkigheid of gevoel van welstand te bepaal. Dit is gebaseer op die meting van die balans van onlangse positiewe en negatiewe gevoelens. Welstand word dus op 'n affektiewe of emosionele vlak gemeet. Die instruksies vra die respondent om aan te dui hoe hy/sy die afgelope week gevoel het. Hierdie tydsbepaling reflekteer 'n kompromie tussen 'n globale gevoel van welstand en 'n gevoel van welstand in 'n beperkte tydperk waarbinne die persoon redelik akkuraat kan onthou hoe hy/sy gevoel het.

7.4.2.6.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die verkorte Affektometer 2 is 'n selfrapporteringsvraelys, wat uit 20 items bestaan. Die skaal verwag van die persoon om op 'n Likert-vyfpuntskaal gegradeerde response wat wissel van nooit tot al die tyd, 'n aanduiding te verskaf van hoe dikwels hy/sy die afgelope week 'n sekere gevoel ervaar het. Die Affektometer 2 is in twee subskale verdeel, naamlik items wat positiewe affek (PA) en negatiewe affek (NA) meet. Elke subskaal het 10 items. Die tellings op elke

subskaal word saamgetel om totale subskaaltellings te verkry. Die items word afge wissel tussen positiewe en negatiewe affekte om responssydigheid te vermy.

Die globale sin vir welstand word gesien as die mate waarin positiewe affek (PA) negatiewe affek (NA) oorheers. Dit word weerspieël in die balansformule om die totaalstelling te bereken: PA-NA. 'n Hoë totaalstelling dui positiewe affektiewe welstand aan en 'n lae of negatiewe telling dui op 'n oorheersende negatiewe affektiewe belewing. Hierdie vraelys kan individueel of 'n groepe afgeneem word. Die instruksies is baie duidelik en dit neem min tyd in beslag.

7.4.2.6.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Die outeurs (Kamman & Flett, 1983) rapporteer hoë betroubaarheid (Cronbach-alfa = 0.95), asook 'n hoë mate van geldigheid vir die Affektometer 2. Die ondersoek na die interne konsekwentheid waarmee hierdie vraelys meet, het, in hierdie studie, hoë Cronbach-alfa-koëffisiënte van 0,82 vir die Positiewe-affeksubskaal en 0,83 vir die Negatiewe-affeksubskaal opgelewer.

7.4.2.6.4 Motivering vir die gebruik van die instrument.

Die Affektometer 2 van Kamman en Flett (1983) bepaal die mate van sielkundige welstand of algemene geluk en tevredenheid wat 'n persoon ervaar. Bradburn (1969) beskou positiewe en negatiewe gevoelens as belangrike aanduiders van 'n persoon se sielkundige welstand, lewensbenadering en lewenskwaliteit. Die feit dat sielkundige welstand moontlik gekenmerk word deur 'n balans van positiewe en negatiewe affek, en nie net deur positiewe affek alleen nie, dui op die dinamika van sielkundige welstand. Die Affektometer 2 is by hierdie navorsing ingesluit, omdat dit die affektiewe dimensie van mense se sielkundige funksionering meet. Hierbenewens neem die administrasie daarvan min tyd in beslag.

7.4.2.7 Die Attribusiestylvraelys / The Attributional Style Questionnaire

7.4.2.7.1 Rasionaal

Die Attribusiestylvraelys is deur Seligman, Abramson, Semmel en von Baeyer (1979) ontwikkel ten einde 'n aanduiding te verkry van die wyse waarop mense onaangename sowel as aangename gebeure verklaar. Diegene wat onaangename gebeure aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake toeskryf, blyk meer optimisties te wees, in teenstelling met pessimistiese persone wat

interne, stabiele en globale oorsake aanvoer as hul verklaring vir onaangename gebeure (Peterson, 2000).

7.4.2.7.2 Die aard, administrasie en interpretasie

Die ASQ is 'n selfrapporteringsvraelys, bestaande uit 12 hipotetiese situasies, wat ses negatiewe gebeure en ses positiewe gebeure behels. Ses van hierdie situasies fokus op affiliasie wat rondom interpersoonlike verhoudings sentreer, terwyl die ander helfte op prestasie in die domeine van werk, akademiese sukses en sport fokus. Vir elkeen van die hipotetiese situasies word die respondent versoek om die situasies voor te stel asof dit met hul persoonlik gebeur, waarna hulle 'n enkele oorsaak daarvoor moet gee. 'n Aanduiding van die mate waartoe die oorsaak as intern of ekstern, stabiel of onstabiel en global of spesifiek beskou word, word deur die respondent volgens 'n 7-puntskaal aangedui. 'n Punt van 1 dui daarop dat die oorsaak onderskeidelik toegeskryf word aan 'n totaal ekstern, onstabiele en spesifieke rede, terwyl 'n punt van 7 aandui dat die respondent die oorsaak onderskeidelik toeskryf aan 'n totaal interne, stabiele en globale rede.

Ses individuele dimensietellings, asook drie saamgestelde tellings word verkry. Die gemiddeld van die interne, stabiele en globale beoordelings op sowel die negatiewe as positiewe gebeure, verskaf die ses individuele tellings. Die drie saamgestelde tellings word verkry deur eerstens te fokus op die saamgestelde negatiewe en positiewe verklaringstyle. Die saamgestelde negatiewe (SN) verklaringstyl behels die totaalstelling van die ses negatiewe gebeure, waar die interne, stabiele en globale dimensies bymekaargetel word en verdeel word deur die aantal gebeure. Dieselfde geld vir die saamgestelde positiewe (SP) verklaringstyl, waar daar op die ses positiewe gebeure gefokus word. Die verskil tussen SP- en SN-verklaringstyle verskaf 'n totaalstelling, wat die derde saamgestelde telling verskaf.

7.4.2.7.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Volgens Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky en Seligman (1982) blyk die ASQ 'n betroubare en geldige instrument te wees met Cronbach-alfa-koëffisiënte van 0.75 (vir die aangename gebeure) en 0.72 (vir die ongaangename gebeure). Vergeleke hiermee is die Cronbach-alfa-koëffisiënte verkry in hierdie studie vir die saamgestelde Positiewe-verklaringstyl en die saamgestelde Negatiewe-verklaringstyl onderskeidelik 0,76 en 0,67.

7.4.2.7.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die ASQ hou verband met 'n wye verskeidenheid van uitkomst. So byvoorbeeld dien dit as voorspeller van depressie, terwyl dit ook 'n hoë verband met fisieke welstand en die ervaring van geluk toon (Sweeney, Anderson & Bailey, 1986; Peterson, 1988). Aangesien hierdie studie op pasiënte met kroniese nierversaking en hul welstand fokus, regverdig dit die insluiting daarvan in die toetsbattery.

7.4.3 DIE PROSEDURE

Die respondente is deur die navorser genader en die beoogde studie is aan hulle verduidelik. Alvorens die vraelysboekies aan hulle oorhandig is, is klem daarop gelê dat deelname aan die studie vrywillig was. Die boekies het 'n inligtingstuk bevat wat die doel en die waarde van die studie beskryf, asook hul reg tot anonimiteit en die vertroulike aard van die verkreë inligting. Terugvoer oor die resultate van die studie is aangeraak deur aan te toon dat dit beskikbaar sal wees na afhandeling van die navorsingsprojek. Indien die lede van die ondersoekgroep hulself kon vereenselwig met die inhoud in die inligtingstuk vervat, is hul ingeligte toestemming verkry deur die ondertekening van 'n verklaring. Toestemming is ook deur die ondertekening hiervan aan die navorser verleen dat die inligting verkry uit die vraelyste vir navorsingsdoeleindes aangewend kan word (Sien Bylae B).

Na gelang van die gewilligheid van die pasiënte om deel te neem aan die studie, is die vraelysboekies in Afrikaans of Engels, aan hierdie pasiënte gegee om in te vul. Die vraelyste wat oorspronklik in Engels was, is eerstens in Afrikaans vertaal. Hierna is die Afrikaanse vertalings deur 'n onafhanklike persoon, wat onbekend was met die oorspronklike weergawe, weer terug vertaal in Engels. Deur die twee weergawes met mekaar te vergelyk, is verseker dat die inhoud en nuanses van die oorspronklike Engelse vraelyste getrou weergegee word deur die Afrikaanse vertalings.

Die ingeligte toestemming en biografiese inligting is dus eerstens verkry, waarna die onderskeie vraelyste afgeneem is. Hoewel die vraelyste volledige instruksies bevat het, is die instruksies ook verbaal aan die pasiënte verduidelik en klem is daarop gelê dat alle antwoorde omkring moes word. In die meeste gevalle het die pasiënte van die ondersoekgroep self hul vraelysboekies ingevul. Afhange van watter arm egter gebruik is vir hul fistula-inplanting waardeur die dialiseringsproses plaasgevind het en of dit hul dominante hand vir skryfdoeleindes was, kon sommige van die hemodialise pasiënte nie self hul vraelyste invul nie. Die aard van die

chirurgiese pasiënte se beserings en die feit dat sommige bedleënd was, het ook die invul van hul vraelyste bemoeilik. In hierdie gevalle is 'n skoon vraelysboekie aan die pasiënt gegee, sodat die vrae en die responskale self gelees kon word, waarna die response deur die navorser aangeteken is.

Die oorgrote meerderheid van die vraelyste is by die onderskeie niereenhede en die chirurgiese sale in die teenwoordigheid van die navorser ingevul. In gevalle waar dit nie moontlik was nie, is die inhoud van die vraelysboekies aan die pasiënte verduidelik en aan hulle gegee, sodat dit tuis ingevul kon word. Pasiënte wat van ver gereis het vir opvolgbesoeke wat nie vooraf die beraamde tyd vir die invul van die vraelyste in hul dagbeplanning in ag kon neem nie, het dit verkies om die vraelysboekie saam met hulle te neem. In sommige gevalle het werksverpligtinge na hul kliniekbesoek, hulle ook genoop om die vraelysboekie saam met hulle te neem en later in te vul. Indien onsekerheid van enige aard ontstaan het rakende die inhoud van die vraelysboekie, is hierdie pasiënte aangemoedig om die navorser telefonies te kontak. Vir 'n beperkte aantal pasiënte is tuisbesoeke ook deur die navorser gedoen ten einde vraelyste in te vul. Met ontvangs van die ingevulde vraelys is dit in die teenwoordigheid van die pasiënt vir volledigheid en akkuraatheid gekontroleer. Indien enige administratiewe foute of versuim om items te merk waargeneem is, is dit aan die pasiënt teruggegee vir die nodige regstellings.

7.4.4 NAVORSINGSVRAAG

Die fokus van hierdie studie was om te bepaal in welke mate die onderskeie groepe se lewensvredigheid en self-determinasie deur spiritualiteit (vertikaal, horisontaal), hoop (kognitiewe temporale dimensie, affektiewe gedragsdimensie en affiliasie-kontekstuele dimensie) en optimisme (affek en attribusiestyl) verklaar kon word.

7.4.5 DIE ONTLEDINGSTEGNIEK

In aansluiting by die navorsingsvraag van hierdie studie (Kyk Afdeling 7.4.4) is dit duidelik dat twee kriteria, naamlik lewensvredigheid en self-determinasie ter sprake is. Aangesien hier twee kriteria ter sprake is, is afsonderlike ontledings vir elk van hierdie kriteria gedoen.

Ten einde die mate waarin die variansie in lewensvredigheid en self-determinasie van die onderskeie groepe deur spiritualiteit, hoop en optimisme (affektometer en attribusiestyl) verklaar word te bepaal, is hiërargiese regressie-ontledings uitgevoer.

Die werkswyse wat gevolg is, was om eerstens die totale variansie wat deur die voorspeller veranderlikes gesamentlik (volledige model) ten opsigte van elk van die twee kriteria verklaar word, te bepaal. Daarna is telkens een van die voorspeller veranderlikes weggelaat om daardie spesifieke veranderlike se bydrae tot die verklaring van die variansie te bepaal. Die persentasie variansie wat deur 'n spesifieke stel veranderlikes verklaar word, word deur R^2 (gekwadredeerde meervoudige korrelasiekoëffisiënt) aangetoon.

Om te bepaal of 'n spesifieke veranderlike of stel veranderlikes se bydrae tot die R^2 -waarde statisties beduidend is, is dit met behulp van die hiërargiese F -toets ondersoek. Die formule waardeur hierdie toets bereken kan word, is die volgende:

$$F = \frac{(R^2_{y.1...k1} - R^2_{y.1...k2}) / (k_1 - k_2)}{(1 - R^2_{y.1...k1}) / (N - k_1 - 1)}$$

waar:

$R^2_{y.1...k1}$ = Gekwadredeerde meervoudige korrelasiekoëffisiënt vir die groter getal onafhanklike veranderlikes

$R^2_{y.1...k2}$ = Gekwadredeerde meervoudige korrelasiekoëffisiënt vir die kleiner getal onafhanklike veranderlikes

k_1 = Groter getal onafhanklike veranderlikes

k_2 = Kleiner getal onafhanklike veranderlikes

N = Totale aantal gevalle

(Van der Walt, 1980)

Wanneer die beduidendheid van 'n toename in R^2 ondersoek word, is dit ook nodig om die effekgrootte van die bydrae wat 'n bepaalde voorspeller(s) lewer, te bereken. Die effekgrootte verskaf 'n aanduiding van die bydrae tot R^2 in terme van die proporsie onverklaarde variansie van die volledige model. Volgens Van der Westhuizen, Monteith en Steyn (1989) kan die effekgrootte van die individuele bydraes in terme van f^2 bereken word en wel met behulp van die volgende formule:

$$f^2 = \frac{R^2 - R^2_1}{1 - R^2}$$

waar:

R^2 = proporsie variansie, verklaar deur die volledige model

R^2_1 = proporsie variansie, verklaar deur die kleiner getal onafhanklike veranderlikes

Die riglynwaardes wat, volgens Cohen (Steyn, 1999) gebruik kan word, is die volgende: $f^2 = 0,01$: klein effek

$f^2 = 0,15$: medium effek

$f^2 = 0,35$: groot effek

Hierdie effekgroottes verskaf inligting oor die praktiese belang van die verbande wat moontlik tussen die veranderlikes gevind sal word.

Voordat die hiërargiese regresie-ontledings uitgevoer is, is die beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) van al die veranderlikes wat op die intervalskaal gemeet is, bereken. Dit word in Tabel 8.4 aangedui. Die interkorrelasies tussen die onafhanklike veranderlikes (voorspeller veranderlikes) onderling, sowel as met die afhanklike veranderlikes (kriteriumveranderlike) is ook bereken en die resultate sal kortliks bespreek word.

7.5 DIE KWALITATIEWE ONDERSOEK

7.5.1 DIE ONDERSOEKGROEP

Vir die kwalitatiewe gedeelte van die navorsing is 20 pasiënte vanuit die totale ondergroep betrek. Vyf pasiënte is op ewekansige wyse vanuit elk van die vier groepe (diegene op hemodialise en peritoneale dialise, die pasiënte wat reeds 'n nieroorplanting ondergaan het en die kontrolegroep) vir hierdie doel geïdentifiseer. Onderhoude vanuit die hemodialisegroep is gevoer met twee vroulike en drie manlike pasiënte, met ouderdomme wat strek vanaf 27 jaar tot en met 48 jaar. Vir die vyf pasiënte van die peritoneale dialisegroep, twee manlike en drie vroulike pasiënte, was die jongste en oudste pasiënte onderskeidelik 18 jaar en 57 jaar oud. By die nieroorplantinggroep het vyf mans met ouderdomme wat gewissel het tussen 34 jaar en 50 jaar hul ervaring gedeel. Twee manlike en drie vroulike pasiënte het deel uitgemaak van die respondente van die kontrolegroep waarmee onderhoude gevoer is. Die jongste respondent is in 1985 en die oudste in 1956 gebore.

Die beskikbaarheid en bereidwilligheid van hierdie pasiënte het ook 'n rol gespeel in die geslagsverspreiding van die pasiënte met wie uiteindelik onderhoude gevoer is. Die navorser het deurentyd gepoog om sover as moontlik met sowel manlike as vroulike pasiënte vanuit elkeen van die vier groepe onderhoude te voer.

7.5.2 DIE PROSEDURE

Die kwalitatiewe data van hierdie studie is bekom deurdat die navorser semi-gestruktureerde onderhoude met 20 geïdentifiseerde lede van die ondersoekgroep gevoer het. Deur middel van vraagstelling is gepoog om die pasiënte se spesifieke belewenis van sy/haar siektetoestand uit te lig. Die vrae van die semi-gestruktureerde onderhoud was ook onder andere gemik op positiewe en negatiewe ervarings omtrent die pasiënte se verlede, hede en die toekoms. Hierdie onderhoude het dit ten doel gehad om die invloed van hul nierversaking / besering op hul lewens, asook hul ervaring van spritualiteit, hoop en optimisme uit te lig. Onderhoudvoering het plaasgevind te Universitas hospitaal, 'n akademiese opleidingshospitaal van die Universiteit van die Vrystaat, tydens opvolgbesoeke deur die pasiënte aan die niereenheid. Onderhoude met die pasiënte van die kontrolegroep is gevoer tydens hul opname in die chirurgiese saal te Pelonomi hospitaal.

7.5.3 DIE ONTLEDINGSTEGNIEK

Die kwalitatiewe ontleding is volgens die riglyne van Patton (2002) se metodes van kwalitatiewe analise gedoen. Inligting wat op sistematiese wyse verkry is deur onderhoude wat gevoer is, is met behulp van die NUD*IST-rekenaarprogram (1999) geanaliseer, ten einde idees daaromtrent te ontwikkel. Deur 'n mikro-analitiese ondersoek en interpretasie van onderhoude gevoer, het die ontledingstappe hoofsaaklik die volgende behels: a) die identifisering, groepering en kategorisering van temas en patrone rakende ooreenkomste en verskille waargeneem, b) die sistematiese ontwikkeling van kategorieë en die onderlinge verband daartussen en c) die integrasie en verfyning van kategorieë. Die inligting hieruit verkry, is aangewend ter toeligting van die kwantitatiewe resultate.

7.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n aanduiding verskaf van die metode wat gevolg is vir die insameling van data en die ontleding daarvan. Die doel van die navorsing en die navorsingsontwerp is eerstens toegelig. Die aard en samestelling van die ondersoekgroepe vir sowel die kwantitatiewe as kwalitatiewe ondersoeke is bespreek. Die meetinstrumente geïdentifiseer vir die kwantitatiewe doeleindes van die navorsing, is bespreek aan die hand van hul rasionaal, die aard, administrasie en interpretasie van elkeen. Betroubaarheids- en geldigheidsindekse van die instrumente is vermeld, asook die motivering vir die gebruik daarvan in hierdie navorsing. Laastens is 'n

aanduiding van die ondersoekprosedure en die ontledingstegnieke vir beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe ondersoeke verskaf.

HOOFTUK 8: RESULTATE EN INTERPRETASIE

8.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal die resultate wat uit die ondersoek verkry is, uiteengesit en geïnterpreteer word. In Deel I (Afdeling 8.2) sal die resultate van die ondersoekgroep aan die hand van die statistiese prosedures wat in die vorige hoofstuk beskryf is, ontleed en verstrekkend word. In Deel II (Afdeling 8.3) word die kwalitatiewe ontleding en interpretasie van die semi-gestruktureerde onderhoude weergegee. Hierdie onderhoude is kwalitatief ontleed, ten einde die mate van spiritualiteit, hoop en optimisme wat deur lede van die ondersoekgroep ervaar word, aan te dui.

8.2 DEEL 1: KWANTITATIEWE ONTLEDING VAN DIE VRAELYSRESULTATE

Die biografiese besonderhede van die ondersoekgroep word eerstens onder oë geneem en daarna die beskrywende statistiek van die resultate van die vraelyste. Laastens word aandag geskenk aan die persentasie variansie wat deur die voorspeller veranderlikes, naamlik die vlakke van lewenstevredenheid en selfdeterminasie van die pasiënte, verklaar word.

8.2.1 BIOGRAFIESE BESONDERHEDE

Die ondersoekgroep het bestaan uit 120 pasiënte, wat volgens hul behandelingsmodaliteit, verdeel was in vier groepe, naamlik hemodialise, peritoneale dialise, nieroorplanting en die kontrolegroep. Inligting verkry vanuit die biografiese vraelys het aangedui dat die ouderdomme van die pasiënte in die ondersoekgroep gestrek het vanaf 18 tot en met 68 jaar. Die gemiddelde ouderdomme van die pasiënte op hemodialise, peritoneale dialise, nieroorplantings en die kontrolegroep was onderskeidelik 43, 40, 42 en 38 jaar.

Na aanleiding van die tydsduur van hul behandeling, was die hemodialise pasiënte gemiddeld vir twee-en-‘n-half jaar op dialise, terwyl die peritoneale dialise pasiënte vir ‘n gemiddelde periode van twee jaar reeds hul eie dialisering behartig het. Die langste wat die pasiënte aan die onderskeie nierbehandelinge onderwerp was, was onderskeidelik nege jaar vir hemodialise en agt jaar vir peritoneale dialise. Die nieroorplantingspasiënte het hulle operasies gemiddeld ses jaar vantevore gehad, met tydperke wat wissel van een maand tot 27 jaar gelede.

Die biografiese besonderhede van die ondersoekgroep word in Tabel 8.1 verskaf. Van die totale ondersoekgroep van 120 was 67 (56%) manlik. Slegs by die kontrolegroep was die meerderheid pasiënte vroulik. Die meerderheid van die ondersoekgroep (70%) het ten minste sekondêre onderrig ontvang (Graad 8 – 12). Enkeles (22%) het tersiêre onderrig ontvang. Ten opsigte van

die rasseklassifikasie was die pasiënte óf blank (51%) óf swart (45,8%) wat die taalverspreiding van Afrikaans (50,8%) of 'n Afrikataal (43,35%) verklaar. Slegs 2,5% van die pasiënte het hulle self as “bruin” geïdentifiseer. Die meeste van hierdie pasiënte (60,8%) het aangedui dat hulle getroud is.

Tabel 8.1: Frekwensie verspreiding van enkele biografiese veranderlikes vir die vier ondersoekgroepe

Veranderlikes	Hemodialise		Peritoneale dialise		Nieroorplanting		Kontrolegroep		Totaal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Geslag:										
Manlik	15	50,0	17	56,7	23	76,7	12	40,0	67	55,8
Vroulik	15	50,0	13	43,3	7	23,3	18	60,0	53	44,2
Opvoedkundige peil:										
Geen	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Graad 1-7	2	6,7	2	6,7	2	6,7	2	6,6	8	6,7
Graad 8-12	22	73,3	21	70,0	21	70,0	20	66,7	84	70,0
Naskool	5	16,7	7	23,3	7	23,3	8	26,7	27	22,5
Ras:										
Wit	13	43,3	16	53,3	15	50,0	18	60,0	62	51,7
Swart	17	56,7	13	43,3	14	46,7	11	36,7	55	45,8
Bruin	0	0,0	1	3,3	1	3,3	1	3,3	3	2,5
Huwelikstatus:										
Ongetroud	11	36,7	7	23,3	7	23,3	8	26,7	33	27,5
Getroud	16	53,3	19	63,3	19	63,3	19	63,3	73	60,8
Geskei	2	6,7	2	6,7	3	10,0	0	0,0	7	5,8
Vervreemd	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Weduwee/Wewenaar	0	0,0	1	3,3	1	3,3	3	10,0	5	4,2
Huistaal:										
Afrikaans	12	40,0	15	50,0	16	53,3	18	60,0	61	50,8
Engels	2	6,7	2	6,7	2	6,7	1	3,3	7	5,8
Afrikataal	16	53,3	13	43,3	12	40,0	11	36,7	52	43,3

8.2.2 BESKRYWENDE STATISTIEK: DIE RESULTATE VAN DIE MEETINSTRUMENTE

Die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996) is gebruik as primêre indekse van die ondersoekgroep se vlakke van sielkundige welstand. In hierdie studie word spiritualiteit, hoop en optimisme as voorspeller veranderlikes vir sielkundige welstand voorgestel. Die Spirituele-welstandskaal (Paloutzian & Ellison, 1982) en die Herth-hoopindeks (Herth, 1992) is onderskeidelik gebruik vir die meting van spiritualiteit en hoop. Beide die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983) en die Attribusiestylvraelys (Seligman et al., 1979) is aangewend vir die meting van optimisme.

Weens die relatiewe klein groepe, naamlik 30 pasiënte elk, is besluit om die aantal voorspellers terwille van optimale statistiese ontledings te beperk. Die onderskeie subskale van die Spirituele-welstandskaal en die Herth-hoopindeks is wel benut, maar by die Affektometer, sowel

as die Attribusiestylvraelys, is slegs die totaaltellings gebruik. In beide gevalle word die negatiewe tellings van die positiewe tellings afgetrek, met ander woorde, die totaalstelling vir Affek word verkry deur die verskil tussen die positiewe affek en die negatiewe affektellings, terwyl die totaalstelling vir Attribusie verkry word deur die saamgestelde negatiewe-verklaringstylstelling van die saamgestelde positiewe-verklaringstylstelling af te trek. Die skale, subskale en totaaltellings word in Tabel 8.2 aangetoon, tesame met die aantal items vir elkeen, asook die minimum- en maksimumtellings wat daarop behaal kan word.

Tabel 8.2: Besonderhede van die onderskeie meetinstrumente wat in die ondersoek gebruik is:

Aantal items, minimum- en maksimumtellings

Skale en subskale	Aantal items	Minimum	Maksimum
¹ Lewenstevredenheid	5	5	35
² Selfdeterminasie	10	10	50
³ Spiritualiteit: Vertikale dimensie	10	10	60
Spiritualiteit: Horisontale dimensie	10	10	60
⁴ Hoop: Kognitiewe temporale dimensie	4	4	16
Hoop 2: Affektiewe gedragdimensie	4	4	16
Hoop 3: Affiliatie-kontekstuele dimensie	4	4	16
⁵ Affek: Positiewe affek	10	10	50
Negatiewe affek	10	10	50
Totaal		-40	+40
⁶ Attribusie: Saamgestelde positiewe verklaringstyl	18	3	21
Saamgestelde negatiewe verklaringstyl	18	3	21
Totaal		-18	+18

[Sleutel: 1) Lewenstevredenheid: Soos gemeet deur die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985); 2) Selfdeterminasie: Soos gemeet deur die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996); 3) Spiritualiteit: Soos gemeet deur die Spirituele-welstandskaal van Paloutzian en Ellison (1982); 4) Hoop: Soos gemeet deur die Herth-hoopindeks van Herth (1992); 5) Affek: Soos gemeet deur die Affektometer 2 van Kamman en Flett (1983); 6) Attribusie: Soos gemeet deur die Attribusiestylvraelys van Seligman et al. (1979)]

Die verbande tussen die voorspeller veranderlikes met die twee kriteria “lewenstevredenheid” en “selfdeterminasie”, is ondersoek en vir hierdie doel is Pearson en Hartley (1966) se produkmomentkorrelasiekoëffisiënte bereken. Dit is vir die totale ondersoekgroep gedoen en die resultate verskyn in Tabel 8.3.

Tabel 8.3: Interkorrelasies tussen die voorspeller- en kriteriaveranderlikes vir die totale ondersoekgroep (N=119)

Voorspeller veranderlikes	Kriteria	
	¹ Lewenstevredenheid	² Selfdeterminasie
³ Spiritualiteit: Vertikale dimensie	0,335*	0,311*
Spiritualiteit: Horisontale dimensie	0,648*	0,550*
⁴ Hoop 1: Kognitiewe temporale dimensie	0,464*	0,415*
Hoop 2: Affektiewe gedragdimensie	0,307*	0,339*
Hoop 3: Affiliatie-kontekstuele dimensie	0,277*	0,315*
⁵ Affek	0,679*	0,701*
⁶ Attribusie	0,412*	0,444*

[Sleutel: 1) Lewenstevredenheid: Soos gemeet deur die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985); 2) Selfdeterminasie: Soos gemeet deur die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996); 3) Spiritualiteit: Soos gemeet deur die Spirituele-welstandskaal van Paloutzian en Ellison (1982); 4) Hoop: Soos gemeet deur die Herth-hoopindeks van Herth (1992); 5) Affek: Soos gemeet deur die Affektometer 2 van Kamman en Flett (1983); 6) Attribusie: Soos gemeet deur die Attribusiestylvraelys van Seligman et al. (1979)] * p <= 0,01

Dit blyk dat al sewe voorspellers op die 1%-peil beduidend met beide die kriteria korreleer. Die twee voorspellers wat met lewenstevredenheid sowel as selfdeterminasie die hoogste korrelasies toon, is affek en spiritualiteit se horisontale dimensie.

Die beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) vir die hemodialise-peritoneale dialise-, nieroorplantingpasiënte en die kontrolegroep, asook vir die totale ondersoekgroep word ten opsigte van die kriteriaveranderlikes, in Tabel 8.4 aangetoon. Vanweë die gebrek aan 'n relevante verwysingsgroep, word die gemiddelde tellings aangetoon in Tabelle 8.4 tot 8.7, geïnterpreteer en vergelyk met vorige studies waarin dieselfde meetinstrumente gebruik is.

Tabel 8.4: Gemiddeldes en standaardafwykings van die lewenstevredenheid- en die selfdeterminasietellings vir die groepe afsonderlik, asook vir die totale ondersoekgroep

Kriteria veranderlikes Groep	¹ Lewenstevredenheid		² Selfdeterminasie	
	N		N	
Hemodialise	N	29	N	30
	\bar{X}	20.38	\bar{X}	33.93
	S	7.76	S	8.25
Peritoneale dialise	N	30	N	30
	\bar{X}	20.53	\bar{X}	34.70
	S	7.06	S	7.63
Nieroorplanting	N	30	N	30
	\bar{X}	27.37	\bar{X}	38.13
	S	5.37	S	8.38
Kontrolegroep	N	30	N	29
	\bar{X}	22.90	\bar{X}	36.93
	S	7.02	S	7.54
Totale ondersoekgroep	N	119	N	119
	\bar{X}	22.82	\bar{X}	35.92
	s	7.33	s	8.04

[Sleutel: 1) Lewenstevredenheid: Soos gemeet deur die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985); 2) Selfdeterminasie: Soos gemeet deur die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996)]

8.2.2.1 Die Lewenstevredenheidskaal / The Satisfaction with Life Scale

Volgens Diener et al. (1985) is 'n telling van 5 en 'n telling van 35 aanduidend van onderskeidelik 'n lae en 'n hoë mate van lewenstevredenheid wat deur die respondent ervaar kan word. Die onderzoekgroep as geheel toon 'n gemiddelde lewenstevredenheidstelling van 22,82. Die nieroorplantingpasiënte toon die hoogste gemiddelde lewenstevredenheidstelling van 27,37. Viljoen (2000) verkry in 'n studie met 'n groep van 14 bejaardes tussen die ouderdomme van 70 en 90 jaar 'n gemiddelde telling van 29,54 op die Lewenstevredenheidskaal. Viljoen (2003) rapporteer 'n ondersoek waarin 'n groep van nege bejaarde dames as Alzheimer-versorgers, 'n gemiddelde lewenstevredenheidstelling van 23,44 behaal het. In hierdie studie het die onderzoekgroep as geheel dus 'n laer gemiddelde lewenstevredenheidstelling behaal as gerapporteer in bogenoemde twee studies. Buiten die nieroorplantingpasiënte, blyk die onderzoekgroep dus 'n gemiddelde mate van lewenstevredenheid te ervaar, wat moontlik verklaar kan word deur vele stressore wat met hul nierversaking en beserings gepaardgaan.

8.2.2.2 Die Selfdeterminasieskaal / The Selfdetermination Scale

Met 'n potensiële minimumtelling van 10 en 'n maksimumtelling van 50, toon die totale onderzoekgroep 'n gemiddelde selfdeterminasietelling van 35,92. Hierdie gemiddelde telling lê net bokant die teoretiese gemiddeld van 30, wat aanduidend is van 'n effens bo-gemiddelde vlak van selfdeterminasie wat ervaar word. Die hemodialise- en peritoneale dialise pasiënte se gemiddelde selfdeterminasietellings van 33,93 en 34,70, lê onder die gemiddelde selfdeterminasietelling vir die totale onderzoekgroep. Die nieroorplantingpasiënte toon die hoogste gemiddelde selfdeterminasietelling van 38,13, gevolg deur die kontrolegroep met 'n gemiddelde selfdeterminasietelling van 36,93. Aangesien die fokus in vorige studies nie soseer gerig was op die gemiddelde tellings wat die respondente op die Selfdeterminasieskaal behaal het nie, ontbreek vergelykende data (Prof. E. Deci, persoonlike kommentaar, 20/01/2005).

Die beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) vir die hemodialise-peritoneale dialise-, nieroorplantingpasiënte en die kontrolegroep, asook vir die totale onderzoekgroep word ten opsigte van spiritualiteit as voorspeller veranderlike, in Tabel 8.5 aangetoon.

Tabel 8.5: Gemiddeldes en standaardafwykings van die spiritualiteitellings vir die groepe afsonderlik, asook vir die totale onderoekgroep

Voorspeller veranderlikes Groep	¹ Spiritualiteit: Vertikaal		² Spiritualiteit: Horisontaal	
	Hemodialise	N	30	N
\bar{X}		50.83	\bar{X}	42.57
S		6.74	S	9.46
Peritoneale dialise	N	30	N	29
	\bar{X}	50.30	\bar{X}	41.34
	S	7.86	S	8.78
Nieroorplanting	N	29	N	30
	\bar{X}	49.83	\bar{X}	45.07
	S	7.87	S	8.67
Kontrolegroep	N	30	N	30
	\bar{X}	50.37	\bar{X}	44.70
	S	10.72	S	8.33
Totale onderoekgroep	N	119	N	119
	\bar{X}	50.34	\bar{X}	43.44
	s	8.33	s	8.84

Sleutel: 1 & 2) Spiritualiteit: Soos gemeet deur die Spirituele-welstandskaal van Paloutzian en Ellison (1982)]

8.2.2.3 Die Spirituele-welstandskaal / The Spiritual Well-Being Scale

Vanuit die Spirituele-welstandskaal toon die hoë gemiddelde vertikale-dimensietelling van 50,34 uit 'n maksimumtelling van 60, dat die oorgrote meerderheid pasiënte van die totale onderoekgroep van 'n persoonlike verhouding met God getuig. Hierdie persoonlike verhouding met God kom die sterkste na vore by die hemodialise pasiënte soos gesien deur hul hoë gemiddelde vertikale-dimensietelling van 50.83. Die hoë gemiddelde horisontale-dimensietelling van 43,44 dui daarop dat die meeste lede van die totale onderoekgroep, maar veral die nieroorplantingpasiënte, van lewensvredeheid getuig, sin ervaar en 'n doel vir hul lewens het. Alhoewel beide hierdie gemiddeldes hoog is, is die gemiddeld van die vertikale-dimensietelling aansienlik hoër. Huggins (1988) verkry in 'n studie met 285 deelnemers 'n gemiddelde telling van 54,77 op die vertikale dimensie en 'n gemiddelde telling van 51,19 op die horisontale dimensie. In 'n tweede studie met 319 deelnemers verkry Davis, Longfellow, Moody en Moynihan (1987) 'n gemiddelde vertikale-dimensietelling van 53,58 en 'n gemiddelde horisontale-dimensietelling van 49,42. Die gemiddelde tellings verkry in hierdie studie is dus laer in vergeleke met vroeëre bevindings.

Die beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) vir die hemodialise-peritoneale dialise-, nieroorplanting pasiënte en die kontrolegroep, asook vir die totale ondersoekgroep word ten opsigte van hoop as voorspeller veranderlike, in Tabel 8.6 aangetoon.

Tabel 8.6: Gemiddeldes en standaardafwykings van die hooptellings vir die groepe afsonderlik, asook vir die totale ondersoekgroep

Voorspeller veranderlikes Groep	¹ Hoop 1: Kognitiewe temporale dimensie		² Hoop 2: Affektiewe gedragsdimensie		³ Hoop 3: Affiliasie-kontekstuele dimensie	
	N	\bar{X}	S	N	\bar{X}	S
Hemodialise	N	29	N	30	N	30
	\bar{X}	11.72	\bar{X}	12.77	\bar{X}	12.53
	S	2.02	S	1.65	S	1.96
Peritoneale dialise	N	30	N	29	N	30
	\bar{X}	11.53	\bar{X}	12.59	\bar{X}	12.60
	S	2.24	S	1.70	S	2.41
Nieroorplanting	N	30	N	30	N	30
	\bar{X}	12.37	\bar{X}	12.83	\bar{X}	13.07
	S	2.14	S	1.82	S	1.80
Kontrolegroep	N	30	N	30	N	30
	\bar{X}	12.30	\bar{X}	13.27	\bar{X}	13.73
	S	1.99	S	1.20	S	1.64
Totale ondersoekgroep	N	119	N	119	N	120
	\bar{X}	11.98	\bar{X}	12.87	\bar{X}	12.98
	s	2.10	s	1.61	s	2.01

[Sleutel: 1, 2 & 3) Hoop: Soos gemeet deur die Herth-hoopindeks van Herth (1992)]

8.2.2.4 Die Herth-hoopindeks / The Herth Hope Index

Die Herth-hoopindeks het minimum- en maksimumtellings van onderskeidelik 4 en 16 vir elk van die drie subskale. Met gemiddelde tellings van 11,98, 12,87 en 12,98 op die onderskeie subskale, toon die totale ondersoekgroep dus 'n relatief hoë mate van hoopvolheid op elkeen van die drie verskillende dimensies. Op die kognitiewe-temporale-dimensiesubskaal het die nieroorplanting pasiënte die hoogste gemiddelde tellings van 12.37. Vir die twee oorblywende subskale het die kontrolegroep die hoogste gemiddelde tellings van onderskeidelik 13.27 (Hoop 2) en 13.73 (Hoop 3). In 'n studie deur Herth (1992) met 172 volwassenes word gemiddelde tellings van 11,8, 11,7 en 10,5 op die onderskeie subskale verkry. Die ondersoekgroep het egter hoër tellings op die subskale behaal.

Die beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) vir die hemodialise-peritoneale dialise-, nieroorplanting pasiënte en die kontrolegroep, asook vir die totale

ondersoekgroep word ten opsigte van optimisme as voorspeller veranderlike, in Tabel 8.7 aangetoon.

Tabel 8.7: Gemiddeldes en standaardafwykings van die optimisme tellings vir die groepe afsonderlik, asook vir die totale onderoekgroep

Voorspeller veranderlikes Groep	¹ Affek		² Attribusiestyl	
	N	\bar{X}	N	\bar{X}
Hemodialise	29	14.10	29	3.30
	S	14.78	S	3.68
Peritoneale dialise	28	11.29	30	3.44
	S	13.26	S	3.35
Nieroorplanting	30	22.27	30	4.83
	S	10.77	S	3.49
Kontrolegroep	29	17.86	30	5.21
	S	11.42	S	3.58
Totale onderoekgroep	116	16.47	119	4.21
	S	13.14	S	3.58

[Sleutel: 1) Affek: Soos gemeet deur die Affektometer 2 van Kamman en Flett (1983); 2) Attribusiestyl: Soos gemeet deur die Attribusiestylvraelys van Seligman et al. (1979)]

8.2.2.5 Die Affektometer 2 / The Affectometer 2

Tellings op die Affektometer kan wissel tussen 'n minimumtelling van -40 en 'n maksimumtelling van +40. Die hoë totaalstelling van 16,17 vir die totale onderoekgroep is aanduidend van die ervaring van meer positiewe as negatiewe affek, wat aanduidend is van 'n globale sin van welstand. In 'n studie deur Wissing et al. (1999) met 'n multikulturele groep van 738 respondente word 'n gemiddelde affektelling van 8.62 verkry. Die resultate in hierdie studie blyk hoër te wees as wat deur Wissing et al. (1999) gevind is. Die nieroorplanting pasiënte met hul hoë gemiddelde telling van 22.27, toon by verre die ervaring van meer positiewe as negatiewe affek aan. Die peritoneale dialise pasiënte blyk in hierdie opsig die minste positiewe affek te ervaar met 'n gemiddelde telling van 11.29. Dit wil dus voorkom asof die onderoekgroep, maar veral die nieroorplanting pasiënte, affektiewe welstand ervaar.

8.2.2.6 Die Attribusiestylvraelys / The Attributional Style Questionnaire

Met totaal tellings wat kan wissel tussen -18 en +18 op die Attribusiestylvraelys, het die totale ondersoekgroep 'n gemiddelde telling van 4,21 behaal. Die pasiënte van die kontrolegroep en dié wat reeds 'n nieroorplanting gehad het, blyk meermale onaangename gebeure toe te skryf aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake, wat 'n relatief geringe mate van optimisme aandui. Schulman, Castellon en Seligman (1989) rapporteer 'n gemiddelde totaal telling van 4,0 in hul studie van 160 respondente. Die totaal telling verkry in hierdie studie is effens hoër as hierdie navorsers se bevinding.

8.2.2.7 Samevatting: Die resultate van die kwantitatiewe ontleding van die vraelyste afgeneem

In vergelyke met vorige navorsing toon die ondersoekgroep as geheel 'n redelike mate van lewenstevredenheid soos gemeet deur die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985). In ooreenstemming hiermee dui die tellings behaal op die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996) ook op 'n merkbare ervaring van outonomie, bekwaamheid en die vermoë om in verhoudings te staan. Op grond van die resultate van bogenoemde twee vraelyste wil dit dus voorkom asof die totale ondersoekgroep slegs 'n gemiddelde mate van sielkundige welstand ervaar het. Vanuit die vier afsonderlike groepe blyk die nieroorplantingpasiënte die meeste sielkundige welstand te ervaar. Sielkundige welstand, wat deur verskeie faktore beïnvloed kan word, blyk die minste ervaar te word deur die pasiënte op hemodialise.

Wat betref die mate van spirituele welstand wat by hierdie ondersoekgroep bespeur is, getuig die oorgrote meerderheid, en veral die hemodialise pasiënte, van 'n verhouding met God. Hoewel Suid-Afrika 'n Christelike land is, wat hierdie resultaat regverdig, bestaan die moontlikheid dat hierdie verhouding met God juis deur hul onderskeie siektetoestande ontstaan het, of daardeur versterk is. In hierdie opsig kan sodanige verhouding ook as weerbaarheidsfaktor teen die aanslae van hul onderskeie siektetoestande dien. In teenstelling met die relatief lae gemiddelde telling van 22,82 op die Lewenstevredenheidskaal, dui die relatief hoë gemiddelde horisontale-dimensiesubskaal telling van 43,44 van die Spirituele-welstandskaal egter daarop dat die pasiënte van die ondersoekgroep wel van lewenstevredenheid en sinervaring getuig. Die beantwoording van die vrae rondom lewenstevredenheid in laasgenoemde geval het egter hier binne die konteks van spiritualiteit plaasgevind en is daarom hoër. Die ervaring van lewenstevredenheid wat hier meer verband hou met spiritualiteit, word hoofsaaklik deur die nieroorplantingpasiënte ervaar,

gevolg deur die kontrolegroep, hemodialise pasiënte en laastens, die peritoneale dialise pasiënte. Die gemiddelde tellings verkry in hierdie studie is egter laer as wat gevind is in vergelyking met die twee aangehaalde studies.

Resultate op die Herth-hoopindeks dui 'n hoë mate van hoopvolheid aan wat deur die ondersoekgroep ervaar word. Op die eerste subskaal, die kognitiewe temporale dimensie, word hoofsaaklik die nieroorplantingpasiënte se hoopvolheid aangedui deur die persepsie dat 'n positiewe, begeerde uitkoms in die nabye of verdere toekoms moontlik is. Op die affektiewe gedragsdimensie, wat die tweede subskaal verteenwoordig en die derde subskaal, die affiliasie-kontekstuele dimensie, ervaar die pasiënte van die kontrolegroep hoop deur vertrouwe in hul vermoë om planne te inisiëer, wat daartoe kan lei dat die begeerde uitkomst bereik kan word en neem hulle hul interafhanklikheid en interverwantskap tussen hulself en ander en die self en die geestelike waar. Die pasiënte in hierdie studie blyk meer hoopvol te wees, in vergelyking met diegene wat deur Herth (1992) nagevors is.

Die ervaring van optimisme word aangedui deur die resultate op die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983) en die Attribusiestylvraelys van Seligman et al. (1979). Die hoë totaalstelling van 16,17 vir die totale ondersoekgroep verkry op die Affektometer 2 dui op die ervaring van affektiewe welstand, oftewel optimisme. Hierdie totaalstelling blyk aansienlik hoër te wees as wat deur Wissing en mede-navorsers (1999) gevind is. Die nieroorplantingpasiënte blyk in hierdie geval die meeste optimisme te ervaar. Die implikasie hiervan kan wees dat die ervaring van optimisme, sielkundige welstand op 'n affektiewe vlak verklaar. Die resultate verkry op die Attribusiestylvraelys dui aan dat die totale ondersoekgroep en veral die pasiënte van die kontrolegroep en diegene wat reeds 'n nieroorplanting gehad het, 'n effens bo-gemiddelde mate van optimisme ervaar. Op die oog af blyk die totaalstelling verkry in hierdie studie effens hoër te wees as wat deur Schulman et al. (1989) gerapporteer is.

8.2.3 RESULTATE VAN DIE HIËRARGIESE REGRESSIE-ONTLEDINGS

Hiërargiese regressie-ontledings is met behulp van die SAS-rekenaarprogrammatuur (SAS Institute, 2001) gedoen, ten einde ondersoek in te stel na die bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot die verklaring van die variansie in die lewensvrede en selfdeterminasie van die pasiënte in die onderskeie vier groepe. Aangesien daar twee kriteriumveranderlikes in die studie ter sprake is, is die hiërargiese regressie-ontledings vir elk van hierdie kriteria gedoen. Die resultate sal dus afsonderlik aangetoon en bespreek word.

Die persentasie variansie van die kriterium wat deur elk van die voorspeller veranderlikes verklaar word, word deur R^2 aangedui. Ten einde die spesifieke bydrae wat elke voorspeller tot 'n bepaalde kriterium se variansie lewer, sal die R^2 -waarde met en weer sonder die bepaalde voorspeller bereken word. Die verskil in R^2 wat voorkom se beduidendheid sal met behulp van die hiërargiese F -toets bereken word, terwyl die effekgroottes (f^2) ook bereken en aangetoon sal word.

Die resultate van hierdie ontledings word eerstens vir die pasiënte op hemodialise aangetoon. Daarna sal dit vir die peritoneale dialise- en nieroorplantingpasiënte aangetoon word. Laastens sal die kontrolegroep pasiënte wat slegs 'n chirurgiese ingreep gehad het, se resultate aangetoon en bespreek word.

8.2.3.1 Hemodialise pasiënte

Vir die hemodialise pasiënte word eers lewenstevredenheid en daarna selfdeterminasie as kriteria benut. In Tabel 8.8 word die resultaat rakende lewenstevredenheid verskaf.

Tabel 8.8: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van nierpasiënte op hemodialise

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike weggelaat	R^2	Bydrae tot R^2	F	f^2
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,5051	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,4761	0,0290	1,32	
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,4694	0,0357	1,62	
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,4898	0,0153	0,70	
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,4973	0,0078	0,35	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,4982	0,0069	0,31	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,5049	0,0002	0,01	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,4879	0,0172	0,78	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliasie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horizontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusiestylvraelys*: atr = Attribusie]

** $p = 0,01$

* $p = 0,05$

Dit is vanuit Tabel 8.8 duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 50,51% ($R^2=0,5051$) van die variansie in nierpasiënte op hemodialise se lewenstevredenheid verklaar [$F_{[7;18]} = 2,62$]. Hierdie F -waarde is wel op die 5%-peil beduidend. Verder is dit duidelik dat nie een van die sewe voorspellers op hul eie 'n beduidende bydrae tot die verklaring van die pasiënte op hemodialise se lewenstevredenheid lewer nie.

In Tabel 8.9 word die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings vir die nierpasiënte op hemodialise rakende hul selfdeterminasie aangetoon.

Tabel 8.9: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R² rakende die selfdeterminasie van nierpatiënte op hemodialise

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike wegelaat	R ²	Bydrae tot R ²	F	f ²
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,7061	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,6451	0,0610	4,69*	0,21
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,4333	0,2728	20,98**	0,93
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swv	0,6897	0,0164	1,26	
5. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swv	0,6352	0,0709	5,45*	0,24
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,6921	0,0140	1,08	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,6731	0,0330	2,54	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,6006	0,1055	8,12**	0,36

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliatie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swv = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusietylvraelys*: atr = Attribusie]

** p = 0,01

* p = 0,05

Uit Tabel 8.9 is dit duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 70,61% (R²=0,7061) van die variansie in nierpatiënte op hemodialise se selfdeterminasie [F_[7;19] = 6,52] wat op die 1%-peil beduidend is verklaar.

Wanneer die bydraes van die individuele veranderlikes tot R² ondersoek word, is dit duidelik dat vier veranderlikes, naamlik Attribusie (atr), Affek (afm), Spirituele welstand-vertikaal (swv) en die Kognitiewe temporale dimensie (hp1) op hul eie 'n beduidende bydrae tot die verklaring van die variansie in selfdeterminasie van nierpatiënte op hemodialise lewer. Die bydraes van Affek (afm) en die Kognitiewe temporale dimensie (hp1) is op die 1%- en dié van Attribusie (atr) en Spirituele welstand-vertikaal (swv), op die 5%-peil beduidend. Affek (afm) verklaar 27,28% op sy eie van dié pasiënte se selfdeterminasie, terwyl Attribusie (atr) 6,10% verklaar. Spirituele welstand-vertikaal (swv) en die Kognitiewe temporale dimensie (hp1) verklaar onderskeidelik 7,09% en 10,55% van die variansie in selfdeterminasie van hierdie pasiënte.

Na aanleiding van die riglynwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk f²), is die bydraes van Attribusie (atr) en Spirituele welstand-vertikaal (swv) van medium effekgrootte, terwyl Affek (afm) en die Kognitiewe temporale dimensie (hp1) se bydraes aanduidend van groot effekgroottes is. Die resultate is dus van matige tot groot praktiese belang.

8.2.3.2 Peritoneale dialise pasiënte

Vir die nierpatiënte op peritoneale dialise word eerstens lewenstevredenheid en daarna selfdeterminasie as kriteria benut. In Tabel 8.10 word die resultaat rakende lewenstevredenheid verskaf.

Tabel 8.10: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R² rakende die lewenstevredenheid van nierpasiente op peritoneale dialise

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike weggelaat	R ²	Bydrae tot R ²	F	f ²
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,4730	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,4663	0,0067	0,28	
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,4628	0,0102	0,43	
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,4302	0,0428	1,78	
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,3942	0,0788	3,28	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,4065	0,0655	2,73	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,4719	0,0011	0,05	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,4503	0,0227	0,95	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliatie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusiestylvraelys*: atr = Attribusie]

** p = 0,01

* p = 0,05

Dit is vanuit Tabel 8.10 duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 47,30% (R²=0,4730) van die variansie in nierpasiente op peritoneale dialise se lewenstevredenheid verklaar [F_[7;19] = 2,44]. Hierdie F-waarde is nie op die 5%-peil beduidend nie. Verder is dit duidelik dat nie een van die sewe voorspellers op hul eie 'n beduidende bydrae tot die verklaring van die peritoneale dialise pasiente se lewenstevredenheid lewer nie.

In Tabel 8.11 word die resultate van die hiërgiese regressie-ontledings vir die nierpasiente op peritoneale dialise rakende hul selfdeterminasie aangetoon.

Tabel 8.11: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R² rakende die selfdeterminasie van nierpasiente op peritoneale dialise

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike weggelaat	R ²	Bydrae tot R ²	F	f ²
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,6489	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,5065	0,1424	8,90**	0,41
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,5571	0,0918	5,74*	0,26
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,6086	0,0403	2,52	
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,6358	0,0131	0,82	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,6489	0,0000	0,00	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,6410	0,0079	0,49	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,6311	0,0178	1,11	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliatie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusiestylvraelys*: atr = Attribusie]

** p = 0,01

* p = 0,05

Uit Tabel 8.11 is dit duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 64,89% ($R^2=0,6489$) van die variansie in nierpasiënte op peritoneale dialise se selfdeterminasie [$F_{(7;19)} = 5,02$] wat op die 1%-peil beduidend is verklaar.

Wanneer die bydraes van die individuele veranderlikes tot R^2 ondersoek word, is dit duidelik dat twee veranderlikes, naamlik Attribusie (atr) en Affek (afm) op hul eie 'n beduidende bydrae (op onderskeidelik die 1%- en 5%-peil) tot die verklaring van die variansie in selfdeterminasie van nierpasiënte op peritoneale dialise lewer. Attribusie (atr) en Affek (afm) verklaar onderskeidelik 14,24% en 9,18% van die variansie in dié pasiënte se selfdeterminasie.

Na aanleiding van die riglynwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk f^2), is dit vanuit Tabel 8.11 duidelik dat beide die bydraes aanduidend van groot effekgroottes is. Die resultate is dus ook van praktiese belang.

8.2.3.3 Nieroorplantingpasiënte

Vir hierdie groep word eerstens lewenstevredenheid en daarna selfdeterminasie as kriteria benut. In Tabel 8.12 word die resultate rakende lewenstevredenheid aangetoon.

Tabel 8.12: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van nieroorplantingpasiënte

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike weggelaat	R^2	Bydrae tot R^2	F	f^2
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,7184	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,6860	0,0324	2,53	
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,6047	0,1137	8,88**	0,40
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,6961	0,0223	1,74	
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,6805	0,0379	2,96	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,7168	0,0016	0,13	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,7147	0,0037	0,29	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,7106	0,0078	0,61	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliasie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusiestylvraelys*: atr = Attribusie]

** p = 0,01

* p = 0,05

Eerstens is dit duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 71,84% ($R^2=0,7184$) van die variansie in nieroorplantingpasiënte se lewenstevredenheid [$F_{(7;21)} = 7,65$] wat op die 1%-peil beduidend is verklaar.

Wanneer die bydraes van die individuele veranderlikes tot R^2 ondersoek word, is dit duidelik dat een veranderlike, naamlik Affek (afm) op sy eie 'n beduidende bydrae (op die 1%-peil) tot die verklaring van die variansie in lewenstevredenheid van nier pasiënte wat reeds 'n oorplanting ontvang het, lewer. Affek verklaar 11,37% van die variansie in die pasiënte wat reeds 'n oorplanting ontvang het se lewenstevredenheid.

Na aanleiding van die riglynwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk f^2), is dit vanuit Tabel 8.12 duidelik dat die bydrae van Affek aanduidend van 'n groot effekgrootte is. Die resultaat is dus ook van praktiese belang.

In Tabel 8.13 word die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings vir die nier pasiënte wat reeds 'n oorplanting ontvang het rakende hul selfdeterminasie, aangetoon.

Tabel 8.13: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die selfdeterminasie van nieroorplanting pasiënte

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike weggelaat	R^2	Bydrae tot R^2	F	f^2
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,5420		-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,5352	0,0068	0,32	
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,2904	0,2516	11,98**	0,56
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,5339	0,0081	0,39	
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,5419	0,0001	0,005	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,5301	0,0119	0,57	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,5406	0,0014	0,07	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,5252	0,0168	0,80	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragdimensie; hp3 = Affiliatie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusietylvraelys*: atr = Attribusie]

** $p = 0,01$

* $p = 0,05$

Eerstens is dit duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 54,20% ($R^2=0,5420$) van die variansie in nieroorplanting pasiënte se selfdeterminasie [$F_{[7;21]} = 3,55$] wat op die 5%-peil beduidend is verklaar.

Wanneer die bydraes van die individuele veranderlikes tot R^2 ondersoek word, is dit duidelik dat een veranderlike, naamlik Affek (afm) op sy eie 'n beduidende bydrae op die 1%-peil tot die verklaring van die variansie in selfdeterminasie van nier pasiënte wat reeds 'n oorplanting ontvang het, lewer. Affek (afm) verklaar 25,16% van die variansie in die pasiënte wat reeds 'n oorplanting ontvang het se selfdeterminasie.

Na aanleiding van die riglynwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk f^2), is dit vanuit Tabel 8.13 duidelik dat die bydrae van Affek (afm) aanduidend van 'n groot effekgrootte is. Die resultaat is dus ook van praktiese belang.

8.2.3.4 Kontrolegroep

Die resultate vir pasiënte wat geen kroniese siektetoestand onder lede gehad het nie, maar wel 'n chirurgiese ingreep ondergaan het en deel van die kontrolegroep uitgemaak het, word vervolgens aangebied en bespreek. Eerstens is lewenstevredenheid en daarna selfdeterminasie as kriteria benut. In Tabel 8.14 word die resultate rakende lewenstevredenheid verskaf.

Tabel 8.14 : Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die lewenstevredenheid van die pasiënte van die kontrolegroep

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike weggelaat	R^2	Bydrae tot R^2	F	f^2
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,7496	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,7370	0,0126	1,15	
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,5503	0,1993	18,12**	0,80
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,5982	0,1514	13,76**	0,60
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,7496	0,0000	0,00	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,7473	0,0023	0,21	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,7232	0,0264	2,40	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,7035	0,0461	4,19	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliatie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusietylvraelys*: atr = Attribusie]

** p = 0,01

* p = 0,05

Uit Tabel 8.14 is dit duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 74,96% ($R^2=0,7496$) van die variansie van die pasiënte van die kontrolegroep se lewenstevredenheid [$F_{[7;21]} = 8,98$] wat op die 1%-peil beduidend is verklaar.

Wanneer die bydraes van die individuele veranderlikes tot R^2 ondersoek word, is dit duidelik dat twee veranderlikes, naamlik Affek (afm) en Spirituele welstand-horisontaal (swh) op hul eie 'n beduidende bydrae (op die 1%-peil) tot die verklaring van die variansie in lewenstevredenheid van sodanige pasiënte lewer. Affek (afm) en Spirituele welstand-horisontaal (swh) verklaar onderskeidelik 19,93% en 15,148% van die variansie in dié pasiënte se lewenstevredenheid. Na aanleiding van die riglynwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk f^2), is dit vanuit Tabel 8.14 duidelik dat beide die bydraes aanduidend van groot effekgroottes is. Die resultate is dus ook van praktiese belang.

In Tabel 8.15 word die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings vir die kontrolegroep se ingreep rakende hul selfdeterminasie aangetoon.

Tabel 8.15: Bydraes van die verskillende voorspeller veranderlikes tot R^2 rakende die selfdeterminasie van die pasiënte van die kontrolegroep

Veranderlikes in ontledings	Veranderlike wegelaat	R^2	Bydrae tot R^2	F	f^2
1. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	-	0,6453	-	-	-
2. hp1+hp2+hp3+swv+swh+afm	atr	0,6446	0,0007	0,04	
3. hp1+hp2+hp3+swv+swh+atr	afm	0,4688	0,1765	11,03**	0,50
4. hp1+hp2+hp3+swv+afm+atr	swh	0,6297	0,0156	0,98	
5. hp1+hp2+hp3+swh+afm+atr	swv	0,6427	0,0026	0,16	
6. hp1+hp2+swv+swh+afm+atr	hp3	0,6450	0,0003	0,02	
7. hp1+hp3+swv+swh+afm+atr	hp2	0,6269	0,0184	1,15	
8. hp2+hp3+swv+swh+afm+atr	hp1	0,6435	0,0018	0,11	

[Sleutel: *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliasie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horisontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusietylvraelys*: atr = Attribusie]

** $p = 0,01$

* $p = 0,05$

Uit Tabel 8.15 is dit duidelik dat die sewe voorspellers gesamentlik 64,53% ($R^2=0,6453$) van die variansie van die pasiënte van die kontrolegroep se selfdeterminasie [$F_{[7;20]} = 5,20$] wat op die 1%-peil beduidend is verklaar.

Wanneer die bydraes van die individuele veranderlikes tot R^2 ondersoek word, is dit duidelik dat een veranderlike, naamlik Affek (afm) op sy eie 'n beduidende bydrae op die 1%-peil, tot die verklaring van die variansie in selfdeterminasie van die kontrolegroep lewer. Hierdie veranderlike verklaar op sy eie 17,65% van die variansie in dié pasiënte se selfdeterminasie.

Na aanleiding van die riglynwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk f^2), is dit vanuit Tabel 8.15 duidelik dat die bydrae aanduidend van 'n groot effekgroottes is. Die resultaat is dus van groot praktiese belang.

8.2.3.5 Samevatting: Die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings

In Tabel 8.16 word 'n opsomming van die bevindinge aangetoon. Die voorspellers wat 'n beduidende bydrae tot die verklaring van die pasiënte se lewenstevredenheid en/of selfdeterminasie gemaak het, word met 'n kruis (X) aangetoon.

Tabel 8.16: Opsomming van bevindinge

GROEP	Krit.	HP1	HP2	HP3	SWV	SWH	AFM	ATR
Hemodialise	LTV							
	SED	X			X		X	X
Peritoneale dialise	LTV							
	SED						X	X
Nieroorplanting	LTV						X	
	SED						X	
Kontrolegroep	LTV					X	X	
	SED						X	

[Sleutel: LTV=lewenstevredenheid; SED=Selfdeterminasie; *Herth-hoopindeks*: hp1 = Kognitiewe temporale dimensie; hp2 = Affektiewe gedragsdimensie; hp3 = Affiliasie-kontekstuele dimensie; *Spirituele-welstandskaal*: swv = Spirituele welstand-vertikaal; swh = Spirituele welstand-horizontaal; *Affektometer*: afm = Affek; *Attribusiestylvraelys*: atr = Attribusie]

Tabel 8.16 toon duidelik aan dat Affek (afm) as die prominente voorspeller na vore getree het wat spesifiek die selfdeterminasie van die nier pasiënte, sowel as vir dié pasiënte van die kontrolegroep, verklaar het. Dit blyk dus dat die ervaring van positiewe affek, oftewel optimisme, as rede dien waarom hierdie pasiënte meer outonomie en seggenskap oor hul eie optrede geniet, meer effektief kan optree om 'n doelwit te bereik en betekenisvolle verhoudings met ander kan vorm.

Die variansie in lewenstevredenheid van pasiënte wat reeds 'n nieroorplanting gehad het, asook dié in die kontrolegroep, word hoofsaaklik ook deur Affek verklaar. Deur 'n globale beoordeling van hul lewens, dui die nieroorplanting- en kontrolegroep pasiënte aan dat die ervaring van positiewe affek, by name optimisme, aanleiding gee tot die teenwoordigheid en ervaring van vele aangename emosies wat op lewenstevredenheid dui. 'n Rede wat hiervoor aangevoer kan word, is dat die chirurgiese ingrepe wat hulle ondergaan het, hul onsekerheid betreffende hul siektoestande opgehef het en hulle daardeur vrygestel is om hul lewensdoelwitte na te jaag met die gevolglike ervaring van lewenskwaliteit. Deurdat die hemodialise- en peritoneale dialise pasiënte steeds in afwagting is op die toename in gesondheid en vryheid wat 'n nieroorplanting bring, en dus in hul huidige situasie en die onsekerheid daarvan vasgevang is, blyk hulle minder optimisme en lewenstevredenheid te ervaar. Die ervaring van sielkundige welstand met 'n spesifieke fokus op lewenstevredenheid en selfdeterminasie, word dus beide deur die ervaring van optimisme verklaar.

By die kontrolegroep lewer die horisontale dimensie van Spiritualiteit, addisioneel tot Affek, ook 'n beduidende bydrae tot die verklaring van hul lewenstevredenheid. Lewenstevredenheid soos gemeet in die konteks van spiritualiteit, word dus aangedui deurdat die lewe as positief

geëvalueer word, hulle tevrede is met die rigting waarin hul lewens op pad is en dat hulle daardeur sin ervaar en doelwitte het om na te streef. Die akute aard van hul besering en die relatief vinnige vordering gemaak in die herstelproses, impliseer 'n terugkeer na die lewens wat hulle voorheen gelei het, wat hierdie ervaring van lewenstevredenheid verklaar.

Verder is dit duidelik dat die twee groepe pasiënte wat op hemodialise en peritoneale dialise was, se variansie in hul selfdeterminasie ook beduidend deur Attribusie (addisioneel tot Affek) verklaar word. Die redes waarvolgens hierdie pasiënte hul nierversaking verklaar, naamlik dat dit aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake te wyte is, blyk hulle meer optimisties te laat met 'n gevoel dat hulle gedrag deur eie wil en selfdeterminasie bepaal word. Die afwesigheid van Attribusie by die pasiënte wat reeds chirurgie ondergaan het, kan verklaar word deurdat hulle of in die herstelproses was of reeds goeie gesondheid geniet het en dus nie meer nodig gehad het om 'n negatiewe gebeurtenis te verklaar nie.

By die hemodialise pasiënte dien die Kognitief temporale dimensie van hoop, sowel as die Vertikale dimensie van Spiritualiteit om by te dra tot 'n gevoel van selfdeterminasie, oftewel sielkundige welstand. Dit dui daarop dat hierdie pasiënte die verwagting het dat positiewe en begeerde uitkomst in die toekoms bereik sal word. Vanweë hul kroniese nierversaking en die lewensbedreigende aard daarvan, intensifiseer dit hul bewustheid en afhanklikheid van hul Skepper. Dit is juis hierdie verhouding met God wat dit steeds vir hulle moontlik maak om outonomie te ervaar, bekwaam te voel en verhoudings in stand te hou.

8.3 DEEL II: KWALITATIEWE ONTLEDING VAN DIE SEMI-GESTRUKTUEERDE ONDERHOUDE OOR SIELKUNDIGE WELSTAND

Die resultate verkry en interpretasie daarvan word volgens die afdelings “spiritualiteit”, “hoop” en “optimisme” bespreek. Die spirituele ervaring van hemodialise-, peritoneale dialise-, nieroorplantingpasiënte, asook die pasiënte van die kontrolegroep sal eerstens aandag geniet. Die bespreking van die oorblywende afdelings, hoop en optimisme, sal in dieselfde volgorde vir elke behandelingsmodaliteit hanteer word.

8.3.1 Spiritualiteit

Ten einde 'n aanduiding te verkry van hul spiritualiteit, is die volgende vrae aan die pasiënte gestel: "Praat met my oor u geloof, Watter rol vervul godsdiens in u lewe?, Hoe beïnvloed u geloof u gevoelens oor u siektetoestand en u hantering daarvan?, Wat bied u geloof aan u?"

8.3.1.1 Hemodialise pasiënte

Dit was duidelik dat hulle geloof vir die pasiënte van besondere belang was. Vier van die vyf meld eksplisiet dat geloof 'n belangrike rol in hul lewe vertolk en dat hulle 'n nabye verhouding met hul Skepper het. Pasiënt # 1 meld in hierdie verband: **Weet jy dis vir my baie, baie belangrik.* Selfs Pasiënt # 2, wat aandui aan dat sy glad nie meer kerk toe gaan en Bybel lees nie, spreek tog die volgende behoefte uit: *Op hierdie stadium voel ek ek moet by die kerk uitkom en weer met die Here regmaak.* Hiermee erken sy dat die afwesigheid van 'n verhouding met God 'n leemte in haar lewe laat.

Die diagnose van hul nierversaking het gelei tot vrae en die soeke na antwoorde soos opgemerk deur Pasiënt # 1: *Wel baie vroeg, toe ek siek geword het, toe wonder ek so by myself. Hoekom het dit nou met my gebeur? Maar dis nou nie vir ons om vrae te vra nie. Dis nie vir ons om te weet hoekom dit gebeur nie. Daar is 'n spesifieke rede daarvoor.* In die afwesigheid van konkrete antwoorde, bied geloof in God berusting en aanvaarding deur die wete dat daar wel 'n rede vir sy nierversaking is. In hierdie opsig dui Pasiënt # 1 ook aan dat hy dit nie as sy taak beskou om God se besluite in twyfel te trek nie en dat dit deel uitmaak van 'n groter plan vir sy lewe. Die aanvaarding van sy nierversaking, asook die tydsverloop daarvan, word verder gekenmerk deur die wete dat God in beheer is: *Ek weet daar is Iemand wat presies weet wat binne in my aangaan. Hy is die een wat weet wanneer dit gaan regkom...ek kan dit nie weet nie.*

Buiten die feit dat hierdie pasiënte se geloof in God aan hulle berusting gee, verskaf dit ook ondersteuning: *Well spiritually there are some friends, the church...they help me.* (Pasiënt # 4). Die ervaring van geloof as 'n bron van ondersteuning verskaf ook aan hierdie pasiënte hoop. Pasiënt # 1 meld in hierdie verband: *Weet jy, dit gee vir my baie hoop. Ek weet die Here wil nie hê dit moet altyd sleg gaan met ons nie, jy weet, so met die gevolg is ek dink as ons in sy weë wandel dan sal dit met ons beter gaan. Dit sal regkom...dit sal uitwerk soos wat dit veronderstel is om uit te werk.*

* Die pasiënte se antwoorde word woordeliks weergegee.

Gehoorzaamheid aan God word dus gekoppel aan vergoeding. Dit lei tot die ontstaan van 'n positiewe verwagting rakende die uitkoms van sy nierversaking, met hoop wat daaruit spruit. In dieselfde asem word die wil van God egter steeds erken. Die hoop wat hierdie pasiënt ervaar, kan ook gekoppel word aan sy idee dat die Here nie wil hê dat dit altyd sleg gaan met die mens nie. Dit beklemtoon die almagtigheid van God, met die indruk dat indien God in beheer van siekte is, Hy ook in beheer is van genesing.

'n Volgende tendens wat na vore kom, is die wete dat daar 'n balans is in God se beplanning. Waar hy 'n opdraande op die lewenspad plaas, gee hy terselfdertyd ook die nodige krag om daardie opdraande te bowe te kom. In hierdie opsig meld Pasiënt # 3 die volgende: *He has given me life, the way I see it. I feel that God is helping me. It is not because of myself. God help those who help themselves. He is giving me that courage, power to do everything.* Hierdie pasiënt dui dus aan dat God aan hom lewe gegee het, ten spyte van die meegaande nierversaking. Hoewel nierversaking as die "opdraande" in sy lewe kwalifiseer, dui hy aan dat dit ook God is wat aan hom die moed en krag gee om die siekte en die vereistes daarvan te hanteer. Deurdat hy self verantwoordelikheid vir sy lewe neem, ontvang hy van God hulp.

Kennis rakende die inhoud van die Bybel het meer begrip vir huidige situasies tot gevolg: *I would say it solves a lot of things, because when you read the scriptures you understand that when you came to earth you were said to have these problems. You will see that you are sick today and you will understand that that was supposed to happen to me on earth.* (Pasiënt # 5). Die wete dat die verloop van haar lewe reeds lank voor die tyd bepaal is, het aanvaarding van haar nierversaking tot gevolg. Hierdie Bybelse kennis dien ook as riglyn wat doel en rigting aan haar lewe gee: *My religion sets me back to my course. Because if you don't have that information, really you will not have some direction where you are heading to. Because when you face those things and you forget about your Father then you will remember oh, this is the course that I should follow. Purpose in life is the key.* Die Bybel gee dus vir hierdie pasiënt nie net aanvaarding van wat veronderstel is om met haar te gebeur nie, maar ook leiding aangaande die rigting waarin haar lewe op pad behoort te wees.

Die geloofsoortuiging van nierpasiënte speel 'n belangrike rol in hoe hierdie pasiënte sin en betekenis aan hul nierversaking gee. Die rede vir hul nierversaking word deur hierdie pasiënte geïnterpreteer as God se manier om hulle heeltyds aan Hom en Sy beginsels te herinner. Deur 'n lewe in ooreenstemming met Christelike beginsels te kan lei, word beproewing as die middel

gesien waardeur die mens weer nader aan God getrek word. Deur hierdie sienswyse te handhaaf lei dit tot meer introspeksie en 'n heroorweging van optrede met nederigheid en 'n positiewe gesindheid tot gevolg. Geloof bied in hierdie opsig leiding rakende aanvaarbare en onaanvaarbare gedrag. Wanneer 'n insinking in gesondheid ervaar word, het dit groter toewyding aan die Hemelse Vader tot gevolg. Dit is nie slegs die bewustheid van die Vader nie, maar 'n lewenswyse gerig op die uitleef van sy beginsels wat toegang tot die Hemel verseker.

Hierdie beproewing word verder met 'n positiewe gevolg, naamlik die verkryging van die Ewige Lewe, geassosieer soos aangedui deur Pasiënt # 5 se persepsie: *Because the Heavenly Father said that when you come to earth you will be tested so that I can see that you are able to return to Me.* Pasiënt # 4 huldig dieselfde opinie: *Somehow I find that He is testing me. He just want to see what can happen to this man.* Hierdie pasiënt noem dus ook dat sy siektetoestand 'n toets vir sy geloof is.

8.3.1.2 Peritoneale dialise pasiënte

Dit is duidelik dat die peritoneale dialise pasiënte se nierversaking verskillende ervarings ten opsigte van hul geloof tot gevolg gehad het. Vir Pasiënt # 7 is haar geloof in en afhanklikheid van God die rede waarom sy steeds leef: *It plays a big role. I don't think I would still be alive if I didn't believe in religion. If I didn't believe in God actually. Because I am a very sick person so I don't think not knowing God or not depending on Him, would I be still here.* Vir haar dien haar geloof dus as anker in 'n wêreld oorskadu deur siekte.

Vir ander pasiënte het hul nierversaking tot opstandigheid teenoor God gelei. Pasiënt # 9 erken in hierdie verband: *Weet jy...dis 'n skande om dit te sê maar ek was opstandig. Ek wou nie met die Here praat nie. Ek kon dit net nie vir myself verwerk nie. Hoekom moet Hy dit aan my doen?...jy weet..ek het altyd probeer om soos 'n Christen te lewe en nou ewe skielik dit.* Die woede en opstandigheid van hierdie pasiënt se reaksie herinner aan die fases van die rouproses. Hierdie opstandigheid is egter mettertyd vervang deur berusting en het tot 'n meer nabye verhouding met God gelei: *Ewe skielik een oggend het ek opgestaan en besef maar die fout lê nie by die Here nie, die fout lê by my. En ek het dit so vir my uitgewerk en nou gaan ek weer aan met my Bybelstudie.* In essensie het hier 'n persepsieverskuiwing plaasgevind. In plaas daarvan dat sy God blameer het vir haar nierversaking, het 'n bewustheid van haar eie negatiwiteit na vore getree. Hierdie besef het berusting gebring, met meer toewyding aan Bybelstudie.

Terwyl haar nierversaking vir Pasiënt # 9 aanleiding gegee het tot opstandigheid teenoor God, het dit vir Pasiënt # 8 'n verdieping in sy bestaande verhouding met God tot gevolg gehad: *Ek lewe verseker nader aan die Here.* In die geval waar 'n verhouding met God begin taan het, het sy nierversaking vir Pasiënt # 10 'n terugkeer na die weë van God beteken: *Ek het my hart vir die Here gegee in Standerd 2 maar in Standerd 7 het ek weer afgedwaal, vir die wêreld gelewe. Toe ek my siekte kry, toe het ek weer vir die Here begin leef.*

Groter bewustheid het ook na vore gekom rakende onbenullighede en dit wat werklik van belang is in die lewe. Vir Pasiënt # 9 het haar nierversaking haar meer laat let op die genade van die Here. Die wete dat haar lewe op enige tydstip beeindig kan word, het gelei tot 'n evaluering van dit wat sy as belangrik ag: *Maar as jy kom siek raak dan besef jy, dis alles genade van die Here wat jy ontvang dit is nie...amper kan jy sê wag vir die Here om te kom om jou te kom haal...dan besef jy dat 'n klein dingetjie soos 'n selfoon of...wat ookal...dit maak nie saak in die lewe nie. Jou pad moet net reg wees want as jy daar bo kom...dat jou naam in die boek geskrywe staan.*

Hoewel hierdie pasiënte ook probeer besin rondom die rede vir hul nierversaking, bied hulle vertroue in God aan hulle berusting: *Jy sal nooit 'n las kry as hy te swaar is vir jou nie...en so baie goeters gebeur met jou en elke keer dan vra jy hoekom gebeur dit maar dit gebeur vir 'n rede dat...dit maak jou 'n beter mens daaruit.* (Pasiënt # 6). Deurdat hierdie pasiënt weet dat die Here haar nooit bo haar vermoëns sal toets nie, lei dit tot die besef dat sy steeds haar siektetoestand kan hanteer. Terwyl sy die rede vir haar nierversaking daaraan toeskryf dat dit van haar 'n beter mens maak, vind Pasiënt # 8 berusting deur die wete dat die Here met alles 'n doel het. Sy bevraagteken nie die rede daarvoor nie.

Daar is ook by hierdie pasiënte 'n besef dat God antwoorde op sy eie tyd verskaf: *Mense dink as hulle net bid, ons noem dit eintlik bel hemel toe, dan dink hulle hulle gaan 'n antwoord kry. Dis nie noodwendig dat 'n mens onmiddellik 'n antwoord kry nie.* Waar Pasiënt # 8 daarop dui dat antwoorde nie onmiddellik verskaf word nie, lê die verkryging van antwoorde vir Pasiënt # 9 in die hiernamaals: *Hoekom, ek wil altyd weet hoekom en waarom en dis verkeerd want daai antwoorde sal ek eendag kry.*

Hul geloof bied, net soos vir die hemodialise pasiënte, ook hoop en die moed en krag om aan te gaan. Pasiënt # 7 ervaar dit as volg: *You know it gives me hope and strength to go on. I can say that...uhm...I have been sick for...next year it will be my fifth year so I think every day He gives me hope. He gives me hope, faith and courage that there is still tomorrow.*

Dit val verder op dat hierdie pasiënte aandui dat hul geloof hulle minder geïsoleerd laat voel in die hantering van hul nierversaking: *Ek hanteer nie my probleme alleen nie.* (Pasiënt # 10). Hierdie wete lei daartoe dat geloof as 'n emosionele ondersteuningsbron dien. Waar godsdiens in die teenwoordigheid van ander mede-gelowiges beoefen word, kan dit ook as 'n sosiale ondersteuningsbron dien. Hierdie alleenheid word ook deur Pasiënt # 9 besweer deur die wete dat die Here net 'n gebed vêr is: *My Bybel en my gebed wat ek het met die Here...Hy is net 'n gebed vêr van my af...anderste sou ek dit nie gemaak het nie.*

Die waarde geheg aan ondersteuning en bystand van ander, asook voortdurende pogings om die nierversaking en die rede daarvoor in hul lewens te integreer, lei tot 'n waarskuwing om nie betekenisvolle ander en gesondheid as vanselfsprekend te aanvaar nie: *Weet jy...ek het nou die dag vir iemand gesê...as jy gesond is dan neem jy so baie dinge vanselfsprekend aan...ag, dis reg my man moet vir my lief wees...my kinders moet vir my omgee...*(Pasiënt # 9). Hierdie waardering kring vir Pasiënt # 8 verder uit na die natuur: *Kyk, ek is 'n ou wat baie hou van diere en sulke goed. Maar deesdae kyk ek op 'n ander manier ook na hulle. Jy weet, jy kyk...ek sal so sit, ek sê nie 'n woord nie dan sal ek dink: 'Hoekom is hulle daar?' Jy weet die Here het daai voëltjie gemaak. Jy weet dan gaan sulke goed deur my kop. Dan begin 'n ou regtig dink. Jy weet, daai voëltjie is nie maar net daar nie, hy is daar met 'n doel. Enige ding wat daar is, is daar met 'n doel. Ek meen al is dit 'n ou takkie of 'n stukkie papier wat daar lê. Hy lê daar maar hy is daar met 'n doel. Iemand moet hom nou nou kom optel en dit is sy doel om dit te kom optel. En dit is wat mense as vanselfsprekend aanvaar. Hy sal maar net sien ja, daar is maar iemand wat hom sal optel. Maar hoekom doen hy dit nie self nie. Want hy aanvaar net vanselfsprekend dat daar iemand sal wees. Dieselfde met jou liggaamsgebruik.*

8.3.1.3 Nieroorplantingpasiënte

Opvallend by die nieroorplantingpasiënte is hul terugskouende blik rakende die invloed van hul nierversaking op hul geloof. In hierdie verband wil dit voorkom asof hierdie pasiënte na hul nieroorplanting getuig van 'n groter bewuswording van die rol wat God in hul lewens speel. Tydens 'n terugblik op sy lewe erken Pasiënt # 15 die volgende: *Partykeer sien ons dit nie in ons daaglikse lewe nie, maar as ons terugkyk en sien wat ons het, dan weet ons ons leef in oorvloed elke dag.* Hierdie terugskouende blik lei ook tot 'n bevestiging van God se teenwoordigheid: *Maar as ek vat na die oorplanting en goeters, ek meen, dan kan jy werklik sien, ek meen daar is Iemand wat omsien na 'n mens...werklik waar.* (Pasiënt # 14). Pasiënt # 11

wat nog in die herstelproses is na 'n onlangse nieroorplanting, dui in ooreenstemming hiermee aan: *En ek dink as dit goed gaan met 'n mens of relatief goed gaan, met die herstel dan beseef jy ook dat jy hulp van iewers gekry het.*

Hierdie beseef van God se teenwoordigheid dien vir Pasiënt # 11 ook as gerusstelling: *Wel ek dink die groot ding is net jy weet jy is nie alleen nie. Jy hoef nie alleen verantwoordelikheid te dra van wat met jou gebeur nie. Ek dink daar is beslis 'n Hoër Hand wat die dinge bestuur en wat sorg dat wat ookal met jou gebeur dat dit in omstandighede tog die beste met jou gaan. Die alleenheid word verder verdryf deur ondersteuning verkry in gebedsgroepe en ook van vriende: Dan is jy verstom oor waar daar orals ondersteuning vandaan kom. Mense wat ek nou...vriende wat ek nou weer gereeld sien. Hulle spesifiek weet ek het baie moeite gedoen met ondersteuning deur gebed en so aan.*

Slegs Pasiënt # 13 wat nie 'n hegte verhouding met God het nie, dui aan dat sy nieroorplanting nie 'n verandering in hierdie verhouding teweeggebring het nie: *By my was daar nie juis 'n verandering nie...ek sou nie sê ek is 'n ateïs nie, glad nie, nê...maar ek is nie wedergebore of so iets nie...so ek gaan nou en dan kerk toe, ek lees Bybel en dis dit maar dis nie juis dat daar 'n hegte verhouding is nie.*

In teenstelling hiermee het die teenwoordigheid en die hulp ontvang van God, asook die dankbaarheid wat daarmee gepaardgaan, vir die res van hierdie pasiënte 'n verdieping in hul geloof tot gevolg gehad: *Die siekte hoef nie negatiewe te bring nie, dit versterk eintlik jou geloof in die Here. Dit bring jou nader aan die Here. En jy moet bly hoop, vertrou en glo. Dit het definitief, dit gee jou groot groei in jou geestelike lewe. (Pasiënt # 15). Deur hierdie terugblik word erkenning daaraan gegee dat vertrou in God gestel, positiewe resultate tot gevolg het. Die daaropvolgende suksesvolle nieroorplanting dien verder as bevestiging van die genesende krag van God, met hoop wat daaruit voortspruit soos opgemerk deur Pasiënt # 15: Die Woord van die Here leer ons ook dat ons altyd positief moet wees en ons oë gerig hou op Jesus Christus wat die hoop van die lewe is. Dit is Hy wat vir ons genesing kan bring en wat ons lewe in sy hande het en van dag tot dag ons dra deur al ons krisisse. En dit is wat vir my elke dag nuwe hoop ook bring.*

Die bevrediging van behoeftes en die beantwoording van gebede, het tot gevolg dat hierdie pasiënte hul geloof as 'n anker in hul lewens ervaar. Dit bevestig ook die waarde van hul geloof in die hede: *Die geloof gee my vastigheid in my lewe. Om te weet elke dag, dit wat ons nodig*

het, dit wat ons bid en dit wat ons vra, dit ontvang ons. (Pasiënt # 15). Pasiënt # 12 gee ook erkenning aan die genade van God: *All these things that happened to me was not due to my cleverness or brightness...it was just due to the mercy of God...that I did get a donor and my life changed.*

Die dankbaarheid wat gepaardgaan met beide 'n fisieke en spirituele vernuwing na die nieroorplanting, het ook meer introspeksie tot gevolg gehad. Die besef dat 'n nier geskenk deur 'n vreemdeling 'n onbaatsugtige geskenk is met 'n gevolglike tweede kans op lewe, lei tot groter waardering vir ander en die lewe. Pasiënt # 12 meld in hierdie verband: *It made me appreciate people and life more...definitely...because before getting that illness my business was flourishing but I didn't care less about other people...but my downfall...eh...it made me aware of certain things that I cannot do things from my own. There are people around me I ought to associate with because it is due to that particular person that donated that kidney...that I am surviving now...even though that particular person is six feet down...it makes my heart...it makes my heart beat...but he has done a great thing for me...so I am aware of that...I should help people around myself...I shouldn't be so self-centred.* Die afname in selfgesentreerdheid kring dus wyer deur die behoefte om ander van hulp te wees en na hulle uit te reik soos ook vermeld deur Pasiënt # 15: *Die genade uit liefde uit, dit kan ons weer deurgee aan ander mense.*

8.3.1.4 Kontrolegroep

By die kontrolegroep is meer wisselvalligheid te bespeur rakende hul affiliasie tot God. Waar Pasiënt # 18 'n erkende ateïs was, het sy besering daartoe gelei dat hy die bestaan van God erken met 'n toename in gebedsbeoefening. Hoewel hierdie nuutgevonde verhouding met God vir hom meer gemoedsrus gee, asook aanvaarding van die nagevolge van sy besering, vind hy dit tog moeilik om God se teenwoordigheid in sy lewe te integreer: *Jy weet nou is Hy daar. Nou weet ek nie hoe om dit te hanteer nie. Jy weet, en almal stuur vir my boodskappe 'God is lief vir jou' en 'Hy gee om vir jou' en 'moenie worry nie', 'ons bid vir jou' jy weet.*

Vir Pasiënt # 19 het werksverpligtinge daartoe gelei dat haar kerkbywoning en gevolglik ook haar Godsdienstbeoefening begin taan het. Haar besering het tot gevolg gehad dat sy tog die behoefte uitspreek om haar verhouding met God reg te stel: *Van nou aan wil ek net 'n reguit lewe vorentoe leef. Ek sal eerder kerk toe gaan en goed naweke as wat ek besluit om ander dinge te doen soos gaan braai by Loch Logan jy weet of so iets.* Hierdie nuwe insig het reeds tot 'n verandering in haar lewensstyl aanleiding gegee.

Kerkbywoning word nie deur Pasiënt # 20 as noodsaaklik vir 'n verhouding met God beskou nie. Hierdie beskouing ontstaan vanweë sy perspektief dat kerkbywoning nie noodwendig verkeerde handeling voorkom nie en dat Christelike beginsels geïntegreer behoort te wees. Hy dui die volgende aan: *Ek glo aan God. Ek loop nie kerk nie. Maar die ding is...ek vertel myself kerk is nie eintlik die building. Kerk is jouself, jou hart. Jy kan kerk loop maar dan doen jy snaakse goete. Dis daaroor dat ek sê ek loop nie kerk nie. Die kerk is my hart.*

Die oorblywende twee pasiënte toon aan dat hulle 'n lewende verhouding met God het. Die besering het daartoe aanleiding gegee dat Pasiënt # 16 in haar tyd van nood haar tot God gewend het: *That's why while I was in the bed condition firstly...I started to call the name of Him...I said: 'God I am your child, I know you can do wonders' that was always my wish...every now and then...I am here and I am your child and I know you will never disappoint me...and he never disappointed me.* Die wete dat haar Hemelse Vader haar nooit tevore teleurgestel het nie, dien as rede waarom sy haar weer tot Hom wend. Vir Pasiënt # 17 is haar geloof 'n lewenswyse wat deur kulturele waardes aan haar oorgedra is. Haar geloof dien as riglyn vir die vorming van 'n eie identiteit waardeur sy haarself vind.

Die beserings wat hierdie pasiënte opgedoen het, het tot gevolg gehad dat hul die invloed daarvan op hul lewens evalueer het. Vir Pasiënt # 20, wat die enigste oorlewende in 'n minibusongeluk was, dui dit daarop dat God 'n doel het met sy lewe. Die gevolg hiervan is dat hy getuig van 'n nouer band met God, aangesien sy geloof in God daardeur versterk is. Pasiënt # 17 beskou die rede vir haar hospitalisering as volg: *I think God has only given me a chance to think about my life, that's why this happened. He wanted me just to relax and think about these things. I've realised a lot of things.* Deur nadenke word sy gekonfronteer met die lewe wat sy gelei het: *You know, sometimes after an accident you realise how many things. That the life that you are living was not OK.* Die gevolg hiervan is dat sy reeds begin het om aanpassings te maak rakende haarself en haar lewe. Hierdie besef het ook 'n verandering in haar beskouing van vriende en veral haar ouers teweeggebring: *You know what I've realised since I am here, is that the most important peoples in our life are our parents.*

Groter waardering vir ander mense word ook uitgespreek: *Ek het agtergekom daar is regtig baie mense wat vir jou omgee. Dinge wat mens nie regtig voorheen aan gedink het nie. Jy het altyd gedink mense is maar daar. Dinge gebeur maar, maar jy het baie dinge besef wat jy voorheen nie besef het nie.* (Pasiënt # 19). In ooreenstemming hiermee dui Pasiënt # 17 die volgende aan:

Sometimes when something bad happens, it tends to make us aware of things that you didn't appreciate before. Or you just accepted it as part of your life and that it should be there.

8.3.1.5 Samevatting: Spiritualiteit

Uit die onderhoude is dit duidelik dat die oorgrote meerderheid van hierdie pasiënte van 'n verhouding met God getuig. Dit blyk dat hulle fisieke ongesteldheid gekenmerk is deur 'n besinning, in 'n mindere of meerdere mate, oor hul verbintenis met hul Skepper. Die wisselende ervarings in geloof wat deur die pasiënte op peritoneale dialise aangedui word, kan moontlik toegeskryf word aan verskillende stadiums van aanpassing waarin hierdie pasiënte hulself bevind. Erkenning wat gegee word aan die invloed van geloof op hul lewens, het tot gevolg dat al die pasiënte dit as 'n bron van hoop en ondersteuning beskou. Geloof bied ook berusting en aanvaarding van hul omstandighede, met die wete dat God 'n doel het met hul lewens en antwoorde op sy tyd verskaf. Die pasiënte getuig ook van die genade en magtigheid van God deur die wete dat Hy in beheer is. Deur hul verhouding met hul Skepper is dit vir die pasiënte moontlik om sin en betekenis te ervaar met hul geloof wat as rigtingwyser dien.

Waardering vir die skepping en die ondersteuning van ander word uitgespreek met 'n minder selfgesentreerde fokus vir veral die oorplantingpasiënt. Die nieroorplanting impliseer 'n beantwoording van gebede en 'n bevestiging van die teenwoordigheid van God. Terwyl die hemodialise pasiënte hul nierversaking as 'n vuurtoets beskou, ag pasiënte van die kontrolegroep hul besering as 'n ingryping wat hulle die geleentheid bied om hul lewe in heroënskou te neem. Die indruk wat hieruit gekry word, is dat die nierpasiënte vanweë die kroniese en lewensbedreigende aard van hul nierversaking, in 'n meer intense en daaglikse stryd met hul geloof en Skepper gewikkel is. In teenstelling hiermee, wil dit voorkom asof die pasiënte van die kontrolegroep se besering 'n meer geïsoleerde ervaring is, met 'n momentele bewustheid en die beplanning van beoogde toekomstige veranderings.

8.3.2 Hoop

Ten einde 'n aanduiding van die ondersoekgroep se ervaring van hoop te verkry, is die volgende vrae aan hulle gerig: "Praat met my oor hoop, Is daar nog doelwitte/drome wat u wil bereik?, Hoe belangrik is hierdie doelwitte vir u?, Wat doen u om hierdie doelwitte te bereik?, In hoe 'n mate, sou u sê, het u aangepas by die vereistes/beperkings wat u siektetoestand aan u stel?, Tot watter mate het u siektetoestand u ervaring van hoop beïnvloed?, Wat motiveer u om terug te

kom vir behandeling?, Waarop hoop u met betrekking tot u siektetoestand?, Wat maak u in hierdie verband meer of minder hoopvol?”

8.3.2.1 Hemodialise pasiënte

Die hemodialise pasiënte se hoop sentreer hoofsaaklik rondom hul gesondheid en meer spesifiek op die moontlikheid van ‘n toekomstige nieroorplanting: *OK, wel ek gaan hierso sit tot ek ‘n nier het, so ek kan nie sê tot my niere weer werk nie maar ek hoop daar gaan ‘n oorplanting kom.* (Pasiënt # 2). Die verwagte verandering in gesondheid en lewensstyl wat na ‘n nieroorplanting kan intree, is veral ‘n bron van hoop vir hierdie pasiënte. Pasiënt # 1 dui aan: *Ek wil baie graag hê my lewe moet teruggaan soos dit was vroeër ...en ‘n ou kan jou ding doen.*

Die ervaring van hoop word egter deur verskeie faktore beïnvloed. Skenkers of hulle familie kan sê watter tipe persoon die ontvanger van die orgaan moet wees. Indien pasiënte dus nie aan hierdie vooropgestelde kriteria voldoen nie, verlaag dit hul moontlikheid en hoop op ‘n nieroorplanting. Waar die orgaanskenker nie vooraf verseker kan word dat sodanige wense uitgevoer sal word nie, lei dit tot ‘n afname in die beskikbaarstelling van niere vir oorplantings. Tesame hiermee het oningeligtheid by die publiek rakende orgaanskenking, ook tot gevolg dat minder niere beskikbaar gestel word vir oorplantings. Pasiënt # 2 deel haar ervaring in die verband soos volg: *Dink maar net oor die niere wat so skaars is. Mens wil nie regtig iemand dood wens nie maar wens net hulle wil meer bewus wees van die orgaanskenking.* Vir hierdie pasiënte verminder bogenoemde faktore dus hul moontlikheid op ‘n nieroorplanting en lei dit gevolglik tot ‘n afname in hul hoop. Die lang wagtydperk op geskikte niere maak ook hulle hoop minder: *Want daar het vir seker amper twee jaar lank nie niere gekom nie, dan voel jy daar is nie meer kanse nie.* (Pasiënt # 2).

Die aanvanklike diagnose van nierversaking, tesame met die begrip van die kroniese aard daarvan, het vir sommige pasiënte uiteraard erge negatiewe implikasies rakende hul toekoms ingehou, wat hulle hoop laat kwyn het: *When they told me this is chronic and it cannot be cured I thought about my future. It was a disappointment. It has disturbed my future very, very much. Cause all the plans I have been planning, they haven't succeeded because of this illness. I have to concentrate on treatment only.* (Pasiënt # 4). Pasiënt # 3 gee ook uitdrukking aan sy ervaring van ‘n verlaging in die ervaring van hoop. Hy skryf selfs die dood van mede-pasiënte toe aan ‘n tekort aan hoop: *You see, I have been attending this thing (haemodialysis) from 1999. And there*

are so many people that I found here. Others I find here and they are now no longer on earth as we are speaking. They didn't had that hope that they will be alright.

In sommige gevalle het hul negatiewe verwagtings rakende hul diagnose daartoe gelei dat hierdie pasiënte psigiatriese behandeling moes kry. Pasiënt # 1 beskryf sy ervaring: *Heel aan die begin toe ek begin siek word het was dit nou nogal 'n ding vir my gewees. Toe het ek mos die psigiaters gaan sien by die Oranje hospitaal. Aangesien depressie 'n noue verband toon met 'n negatiewe persepsie aangaande die toekoms, verminder depressiwiteit hoop. Bykomende verliese wat meegebring word deur 'n verminderde betrokkenheid by sport en sosiale aktiwiteite, kan ook as verklaring dien waarom hierdie pasiënte van 'n depressiewe gemoed getuig. 'n Gemis aan die nodige sosiale ondersteuning word ook as 'n verlies ervaar: Daar is nie regtig iemand wat my ondersteun nie. (Pasiënt # 2).*

Hemodialise as behandelingsmodaliteit het 'n intense impak op die lewens van pasiënte. Aangesien nierversaking 'n kroniese siektetoestand is, wat deurlopende behandeling vereis, is hemodialise baie tydrowend van aard. Pasiënt # 5 meld in hierdie verband: *Because a person would think that a person who is sick, after two weeks he will get better. But for life going to dialysis every Monday, Wednesday and Friday and there is no holiday, there is no such thing.* Die dialise wat drie maal per week gedoen word en ongeveer vier ure per keer in beslag neem, beïnvloed ook hul beoefening van 'n beroep: *Like now, I know the doctors had said I must come to dialysis for three times, I can't work only for two days. (Pasiënt # 3).* 'n Verdere implikasie hiervan is dat sommige pasiënte weer hul werkslading afskaal. Pasiënt # 1 beskryf dit soos volg: *Ek is in die kosbedryf en ek doen spyseniering maar ek kan nie soveel doen soos ek regtig graag wil doen nie. 'n Ou se lewe word net heeltemal ontwrig daardeur. Die fisieke uitputting wat hierdie pasiënte na dialise ervaar, het ook 'n invloed op die beoefening van hul beroepe: Ek sal nou so 'n rukkie wakker wees en dan gaan slaap ek weer en my werk ly ook daaronder. (Pasiënt # 2).* Die hemodialise pasiënt ervaar dikwels dat belangrike doelwitte nie bereik kan word nie en dit ondermyn hulle gevoel van hoop. Dit wil dus voorkom asof hemodialise, veral ten opsigte van die beoefening van 'n beroep, die lewe vir hierdie pasiënte besonder moeilik maak.

In teenstelling hiermee wek die nieroorplantings wat van tyd tot tyd by die niereenheid gedoen word, weer die hoop: *Elke keer as daar nou byvoorbeeld 'n oorplanting of 'n ding gedoen word jy weet, dan raak dit nogal redelik almal want jy weet jissie, daar is darem nou twee minder of een minder of wat ookal...so jou kansse gaan kom. (Pasiënt # 1).* Nieroorplantings laat dus die

pasiënte weer moed skep. Pasiënt # 2 verwoord dit soos volg: *Dit gee jou moed...weet daar gebeur weer iets.* Tesame hiermee het die waarskynlikheid dat doelwitte bereik sal word 'n positiewe invloed op die ervaring van hoop: *But still I got that wishes that maybe if I ever have enough money, I would attend to those things that I wanted to do. I am still young, I am 31 years now. I can still do whatever I want to do.* (Pasiënt # 3). Deurdadig doelwitte met 'n positiewe gesindheid benader word, reflekteer dit 'n hoër mate van hoop wat ervaar word.

Die baie tyd wat gewoonlik deur hemodialise in beslag geneem word, bring hierdie pasiënte in noue kontak met die mediese personeel. Die verhouding tussen die pasiënt en die mediese span is van die uiterste belang. Die lewensbedreigende aard van nierversaking en die inligting wat mediese personeel verskaf, kan tot groter begrip oor die siektetoestand lei. So kan die wete dat die siektetoestand behandelbaar is, asook die ervaring van 'n daadwerklike toename in fisieke welstand, 'n verhoging in die ervaring van hoop tot gevolg hê: Pasiënt # 1 dui aan: *Ek is net baie dankbaar daar is iets wat hulle kan doen om 'n ou beter te laat voel en om net weer jou wiede aan die rol te kry.*

Hoop help 'n pasiënt gewoonlik om, wanneer nodig, aanpassings te kan maak, ook in hulle lewenstyl. In die geval van die nierpasiënt kan hierdie aanpassing onder andere die volg van 'n vasgestelde dieet en beperkte voginname behels. As die voldoening aan hierdie voorskrifte dan die pasiënt beter laat voel, dien die ervaring ook as motivering om met die veranderde gedrag vol te hou, soos aangedui deur Pasiënt # 1: *As jy dit nie doen soos dit vir jou voorgeskryf is nie, dan gaan jy regtig baie sleg voel en daai tipe van ding...so ek wil nie regtig sleg voel nie.*

Omdat dialise vir hierdie pasiënte so noodsaaklik is, moet vakansies sorgvuldig beplan word. Dit het 'n impak op die lewe van hierdie pasiënte, want vakansiebestemmings moet in oorleg met die beskikbaarheid van dialisemasjiene gekies word. Waar dialisemasjiene nie beskikbaar is nie, word buigsame aanpassings gemaak en die tydsduur van die beplande vakansie word beperk: *Weet jy, dan moet ek dit (vakansie) net vir 'n baie kort tydperk doen. Ek kan dit nie byvoorbeeld vir die hele week doen nie. Ek kan nie bekostig om daardie dialises te verloor nie, ek moet maar aanpas waarby ek kan.* (Pasiënt # 1). Waar dialisemasjiene wel beskikbaar is, moet reëlins lank genoeg voor die tyd met die betrokke hospitaal of kliniek getref word. Pasiënt # 2 beskryf dit soos volg: *Maar jy moet nou lank voor die tyd ook reël vir die dialise as jy nou op vakansie wil gaan.* Deur aanpassings te maak en reëlins te tref, kan hierdie pasiënte dus steeds betrokke wees in aktiwiteite wat vir hulle aangenaam is en kan dit hulle hoop voed.

Die hemodialise pasiënte skryf hul vermoë om by hul nierversaking aan te pas dikwels aan hulle aanvaarding van hulle toestand toe. Pasiënt # 4 meld in hierdie opsig: *Yes I think I have adapted, this is my life. I have to accept this, then I will be cured. If you accept it can't kill you.* Pasiënt # 5 huldig dieselfde opinie: *The thing is that I tell everyone that are not sick is that, when you get sick you realise this is your life and you need to do these things. So it's like second nature, like automatic. You accepted these things.* Dit wil voorkom asof 'n ingesteldheid om die siekte te aanvaar en daarby aan te pas, die aanvanklike negatiewe persepsies geassosieer met die diagnose van nierversaking mettertyd kan laat verminder en dit selfs kan vervang met positiewe gedagteprosesse.

'n Sosiale netwerk wat gekenmerk word deur betekenisvolle interaksie en begrip, kan as 'n belangrike ondersteuningsstelsel dien. Die meerderheid van die pasiënte gee te kenne dat, gedurende tye wat dit vir hulle moeilik was om die behandeling vol te hou, dit hulle verhouding met God, die aanmoediging deur die verpleegpersoneel en hulle kommunikasie met familie en vriende, was wat hulle daardeur gehelp het. Ondersteuning in moeilike tye verskaf die motivering om aan te gaan en die hoop vol te hou: *Baie vriende, jy weet wat darem ook ingespring het en gehelp het...het my positief gemotiveer.* (Pasiënt # 1). Die betrokkenheid by mede-pasiënte wat deur dieselfde proses gaan, dien ook as ondersteuning soos aangedui deur Pasiënt # 4: *I am not alone, there are many. So it's not something impossible.*

8.3.2.2 Peritoneale dialise pasiënte

In ooreenstemming met pasiënte op hemodialise, is die peritoneale dialise pasiënte se hoop ook gevestig op 'n nieroorplanting. Hul motivering om aan die vereistes van behandeling te voldoen intensifiseer wanneer hul hoop gerig is op die toename in lewenskwaliteit na 'n nieroorplanting, soos aangedui deur Pasiënt # 8: *Maar die ding gaan oor die nieroorplanting. Die lewe daarna. Jou lewe raak baie beter hoor, moenie 'n fout maak nie. Maar daar is maar nog steeds komplikasies. Jy weet jy het baie meer energie.*

Fisieke faktore wat hoop verlaag, behels moegheid, slaapversteurings, fisieke ongemak en komplikasies van artritis en diabetes mellitus (met blindheid as gevolg daarvan) as ko-morbiede siektetoestande. Liggaamlike ongemak vanweë die kateter het ook 'n negatiewe invloed op hierdie pasiënte se selfbeeld. Pasiënt # 6 beskryf haar ervaring soos volg: *Ek is baie skaam oor hoe ek lyk, nie skaam oor hoe ek lyk nie maar ek sal nie voor enige iemand uittrek en goed nie. Die katetertjie, dis so lang pypie, en jy weet dis nou vir my nogal 'n ding want ek hou nie*

daarvan om te stort en hier hang 'n ding aan my nie en, dit wys nou nie aan my klere of niks nie maar vir my voel dit net enigiemand gaan dit raaksien. Tesame hiermee het die diagnose van nierversaking en die lang wagtydperk wat met 'n nieroorplanting geassosieer word, tot gevolg dat hoop vervaag: *Dis nie sommer net vir 'n nieroorplanting nie, dis ook 'n hele proses wat jy moet deurgaang...nou ek weet nie van hoop nie.* (Pasiënt # 9).

Hoewel hierdie pasiënte meer outonoom kan optree, deurdat hulle self verantwoordelik is vir hul dialise, dit by die huis gedoen word en die tydsduur daarvan heelwat korter is as vir die hemodialise pasiënte, ontwig hul dialisering egter steeds hulle daaglikse funksionering. Dit het tot gevolg dat die meeste van hierdie pasiënte met 'n gevoel van verlies gelaat word. Pasiënt # 9 dui dit soos volg aan: *Ek was 'n baie aktiewe mens gewees. Ek hou van tuinmaak en ek hou van kosmaak en ek hou van al sulke dinge en nou kan ek net vir kort rukkies staan, ek kan glad nie meer in die tuin werk nie. Ek kan nie meer orals saam met my man gaan rondrits nie soos rugbywedstryde en sulke goed nie. Of saam met hom jagveld toe gaan nie want hy is 'n grootwildjagter en ek het altyd saamgegaan dit was vir my wonderlik gewees om in die natuur te wees. Dit is vir my 'n impak gewees, ek moet nou afskaal met sulke dinge.* Die beperkende invloed van nierversaking op sosiale interaksie is 'n verlieservaring met 'n gevolglike afname in die ervaring van hoop: *My sosiale lewe sal ek sê ly daaronder, omdat ek nie meer wil uitgaan nie, want ek kan nie doen wat my vriende byvoorbeeld doen nie. Verstaan jy, so dit is vir my lekkerder dan om eerder by die huis te bly as om daar te wees. Dit help nie almal sit buite en kuier en dan sit ek binne in die huis nie. Ek kry verskriklik vinnig koud. Of ek is te moeg jy weet, of iets is seer of daar is altyd 'n of.* (Pasiënt # 8). 'n Soortgelyke verlies aan vriende word ook deur Pasiënt # 7 aan haar nierversaking toegeskryf: *I don't actually have friends. I think it is because of my illness and we live very far from other people. It is also difficult being in a wheelchair to get to other people.* Verdere verliese behels die onvermoë om beroepe te beoefen, asook 'n afname in sportbeoefening: *Ek het sport gedoen voor die tyd. Nou het ek heeltemal opgehou.* (Pasiënt # 8).

Hierdie faktore dra daartoe by dat hierdie pasiënte van 'n wisselende ervaring van hoop getuig soos aangedui deur Pasiënt # 9: *Eendag ry ek bo-op die golf het ek vreeslik hoop en dan is ek nie moeg nie dan kan ek koekies bak en ek kan beskuit bak en die volgende dag dan voel ek en dan is ek weer in die gat in...dan is die hoop nou weer weg.* Ooreenkomstig hiermee meld Pasiënt # 8 die volgende: *Jy weet, as ek weer 'n dip vang dan...jy weet jy is moedeloos. Jy is sommer gatvol. Dis asof die lewe jou dan sommer iets skuld. Jy kom net bo-op 'n ding dan val jy weer.*

Dis soos 'n kleintjie. Hy leer net loop en dan neuk hy weer neer. Jy weet en so gaan dit nou maar aan.

Hoewel daar verskeie faktore bestaan wat hierdie pasiënte se ervaring van hoop negatief beïnvloed, is die vordering wat in die wetenskap gemaak word met die behandeling van nierversaking 'n ligpunt: *Daar is nie 'n pilletjie wat jy kan drink om nierversaking weg te vat nie, maar deesdae se tegnologie en mediese wetenskap en goeters wat jou...daar is hoop.* (Pasiënt # 6). Die toename in die pasiënte se fisieke welstand vanweë die dialiseproses as vervangings tegniek vir die werking van die niere, asook nieroorplantings, maak hierdie pasiënte meer hoopvol. Vir Pasiënt # 6 is dit die dialiseproses op sigself wat die ervaring van hoop tot gevolg het: *Wel, as ek die dialise kry, dan kry ek 'n tweede kans en dan is dit basies... 'n tweede kans vir lewe.* Hierdie beskouing dui op die ervaring van hoop aangaande die toekoms wat ook betekenis aan die peritoneale dialiseproses gee.

Die eiesoortige eise wat met peritoneale dialise gepaardgaan, behels onder andere dat dialisering volgens 'n ses-uurlikse skedule plaasind. Hoewel die pasiënte op peritoneale dialise meer vryheid het, deurdat hulle hul dialise by die huis kan doen, het die vereiste ses-uurlikse dialises tog 'n impak op hul lewens: *Wel, ek is baie tydgebonde nou. So dit werk so: Ses uur die oggend MOET jy opstaan, twaalf uur die middag MOET jy by die huis wees en sesuur in die aand MOET jy weer beskikbaar wees vir die dialise en jy kan nie gaan slaap voor tienuur in die aand nie.* (Pasiënt # 6). Pasiënt # 9 vermeld 'n soortgelyke ervaring: *Ek het al saam met hom (haar eggenoot) 'n naweek weggegaan maar dit is maar nie dieselfde nie jy weet. Jy moet altyd sorg dat jy na ses ure by die kamp of waar is om jou dialise te doen, so dit is asof dit 'n stremming op jou plaas.* Dit is juis hierdie tydsgebonde aspek wat deur pasiënte aangedui word as die moeilikste om by aan te pas: *Dit was in die begin nogal moeilik gewees want jy moet nou volgens ure lewe maar...uhm...dit is deesdae...dit is deel van my lewe.* (Pasiënt # 6). Die roetine en die wete dat dialise deel uitmaak van hul daaglikse bestaan, vergemaklik soms aanpassing by hierdie lewensstyl. 'n Meer buigsame benadering tot dialise, het byvoorbeeld vir Pasiënt # 8 gehelp: *Twaalf uur moet ek dialiseer. Nou sit ek twaalf uur in die dorp. Ek kan nie nou dialiseer nie, dis net onmoontlik. So ek kom 13h30 by die huis dan dialiseer ek 13h30. Dan laat pas ek die dialise weer by my aan. So ek maak maar 'n plan so ver as wat ek gaan. Maar vier keer 'n dag dialiseer ek definitief.* 'n Onvermoë om aan te pas by die nierversaking en die eise van behandeling, word geassosieer met 'n negatiewe gemoedstemming en dus 'n verlaging in die ervaring van hoop: *I have adapted to being ill. I think that is the only way I have survived.*

Otherwise maybe I would have fell into depression. (Pasiënt # 7). In hierdie opsig dien hoop as positiewe emosie as voorspeller van 'n verhoogde kans op oorlewing.

Aanpassing by die situasie bevorder ook 'n positiewe houding teenoor die stel en bereiking van doelwitte. Pasiënt # 8 meld in hierdie verband: *Ek het baie doelwitte in die lewe. Definitief, ja definitief.* Meer hoopvolle persone getuig van doelwitbereiking: *Ek het onder andere nou weer, deur my siekte en goed, 'n besigheid op die been gebring. Ek rond hom nou hierdie week af. Vir my is dit vooruitgang. Dis vir my, hoe kan jy sê, veral vir my kind. Ek wil hom leer, ek wil vir hom die beste gee wat ek kan.* (Pasiënt # 8). Die uitdaging wat hierdie twee doelwitte meebring en die mate van sukses wat reeds ervaar word, word weerspieël in die positiewe gesindheid wat van 'n hoë mate van hoop getuig. Hierdie hoop spruit voort uit 'n innerlike motivering, asook uit die waarde wat hy daaraan heg om 'n rolmodel vir sy seun te probeer wees. 'n Analise van sy kognitiewe wilskrag en energie ingespan, versterk sy geloof in sy vermoë om doelwitte te bereik: *So...ek is geboord by die werk ja, maar ek het darem nog 'n brein en ek het hande so ek is nie lam nie.*

Ondersteuning in die dialiseproses deur geliefdes dien as motivering om aan te gaan en versterk die ervaring van hoop: *Dit mag natuurlik nie tien minute oor my dialise tyd gaan nie, dan het hy alles opgestel dan sê hy kom, kom, kom dat ons dialise gaan doen.* (Pasiënt # 9). Eggenote, kinders en familie speel dus 'n belangrike ondersteunende rol soos aangedui deur Pasiënt # 9: *Dank die Here vir my man en my kinders en vir my familie. My man is wonderlik...hy ondersteun my geweldig en my kinders ook. Was dit nie vir hulle nie dan sou ek nie so positief gewees het nie.* Bykomend hiertoe is vriende en veral ook godsdiens, 'n groot bron van ondersteuning en dit lewer ook 'n bydrae tot die ervaring van hoop. Pasiënt # 7 meld die volgende: *He (God) give me hope, faith and courage that there is still tomorrow.* Medepasiënte se goeie begrip vir die situasie, maak van hulle ook besondere bronne van ondersteuning: *Yes, we support each other. At least we understand each other.* (Pasiënt # 7). Deur te fokus op hul bronne van ondersteuning en belange anders as hul nierversaking, word hoopvolheid en ook lewenstevredenheid bevorder. Pasiënt # 6 dui as volg aan: *Ek is bloot tevrede net soos ek is en dit is nie ongerief of so iets nie want jy kry dit as 'n leefwyse. In die begin was dit nogal moeilik gewees want jy moet nou volgens ure lewe maar deesdae is dit deel van my lewe.*

8.3.2.3 Nieroorplantingpasiënte

Terugskouend dui die nieroorplantingpasiënte aan dat hulle hoop ook voor hul operasie gerig was op die ontvangs van 'n nier. Die afname van hierdie pasiënte se werksvermoë, sowel as die beperkte beskikbaarheid van niere vir oorplanting, het egter hul hoop verminder. Dit het daartoe gelei dat die uitkoms van hul nierversaking en hul toekoms minder rooskleurig geëvalueer is. Aangesien sodanige evaluasie hulle minder hoopvol gelaat het, het 'n energieverskuiwing van die toekoms na die hede plaasgevind, met 'n dag-tot-dagbenadering tot hul nierversaking. Pasiënt # 14 deel sy ervaring: *Voor die oorplanting het jy basies nooit lus gehad vir die lewe nie...jy het maar basies net vir elke dag gelewe.* Addisioneel hiertoe is intieme verhoudings en indirek ook die ondersteuning wat hierdeur verkry is, negatief beïnvloed deur seksuele impotensie as sekondêre gevolg van nierversaking. Pasiënt # 13 stel dit soos volg: *Ek het aan die begin toe ek 'n meisie gehad het, het ek op seksuele gebied so nou en dan probleme ervaar. Maar niks om oor huis toe te skryf nie, dit was nie permanent gewees nie.*

Die nieroorplanting het egter 'n groot ommeswaai in die lewens van hierdie pasiënte teweeg gebring. Na 'n nieroorplanting tesame met die suksesvolle hantering van komplikasies tydens die herstelproses, ervaar die pasiënte 'n toename in hul lewenskwaliteit. Die vryheid en outonomie wat 'n nieroorplanting bring rá die geroetineerde bestaan weens peritoneale dialise, word deur Pasiënt # 11 soos volg beskryf: *Na die oorplanting, was ek baie gelukkig dat ek nooit weer gedialiseer het nie, wat nogal 'n uitsondering was. So, onmiddellik na die operasie was die dialise verby. So dit was baie gaaf gewees. Ek het reeds 'n groot mate van vryheid wat my lewenswyse betref.* Dit word ook beskou as 'n tweede kans op lewe met beplanning wat verder as die hede strek. Pasiënt # 14 beskou die impak daarvan op sy lewe soos volg: *Dis nou 'n baie voller lewe weer as wat jy gehad het voor die tyd. Jy kan nou meer insit in die lewe in, jy sien weer kans om aan te gaan.* Hierdie dramatiese verandering in lewensstyl het tot gevolg gehad dat doelwitte bereik kon word: *En dit is wonderlik om dit (doelwitte) te hê. En baie van dit het al waar geword, na die nieroorplanting in die vyf jaar.* (Pasiënt # 15).

Vanweë hul herstelde nierfunksionering en verhoogde energievlakke as gevolg daarvan, was dit vir hierdie pasiënte moontlik om terug te keer na die beoefening van 'n beroep en stokperdjies. Hul lewe behels nie meer 'n dag tot dag bestaan nie en word gekenmerk deur toekomsbeplanning. Pasiënt # 15 dui as samevatting die impak van die nieroorplanting op sy lewe as volg aan: *Dit is 'n nuwe lewe, regtig. Ek leef normaal, jy kan alles doen wat jy*

voorheen gedoen het. Daai beperking van voginname, van dieet, dit is alles weg. So ek lei 'n normale lewe, doen my werk normaal. Ek kan aan sport deelneem, ek kan oefeninge doen wat ek voorheen nie kon doen nie. Dit is definitief 'n tweede lewe. Die kans wat ek gekry het daarom geniet ek dit ook nou en dit is net absoluut wonderlik. Hierdie nuutgevonde seggenskap oor sy lewe dui dus op die handhawing van 'n meer outonome lewensstyl.

Waar hoop vooraf spesifiek gerig was op 'n nieroorplanting, sentreer dit nou om ander aspekte as gesondheid: *Nee die toekoms lyk goed eintlik as jy vat...rondom omstandighede van die land as jy vat...ek dink daar is hoop vir ons darem nog.* (Pasiënt # 14). Hierdie toekomsgerigtheid word ook deur Pasiënt # 11 aangedui: *Ek weet ek kan reis en weer my gewone werkslewe hervat.* Energie wat voorheen gerig was op hul eie siektetoestand het met die nieroorplanting, 'n fokusverskuiwing na die belang van ander tot gevolg gehad: *Uitreik na ander mense toe wat siek is. Miskien nie bewus is van wat hulle siekte vir hulle beteken en doen nie.* (Pasiënt # 15). Sy eie ervaring van siekte en die sin wat hy daardeur ervaar het, het dus daartoe gelei dat hy kan identifiseer met ander wat ongesteld is.

Slegs Pasiënt # 13 dui 'n afname in die ervaring van hoop aan: *Ja, kom ek sê vir jou, ek het minder hoop as wat ek gehad het voor die oorplanting.* Hierdie pasiënt het die verwagting gehad dat verdere studie tydens sy nierversaking 'n beter toekoms vir hom sou verseker. Hierdie doelwit is egter nie bereik nie en hy skryf dit toe aan: *Die nuwe regering wat ingekom het. Wittes se kans is heeltemal nul om weer 'n goeie werk te kry en toe het ek my werk verloor as gevolg van 'n pakket.* Hierdie beskouing, tesame met die moontlikheid dat die oorgeplante nier verwerp sal word, wat 'n terugkeer na die dialisemasjiene sal impliseer, het 'n afname in sy ervaring van hoop tot gevolg: *As die nier oppak is ek weer terug op die masjiene...ek sien nie kans vir die masjien weer nie.* Die wete dat hy vir altyd 'n nierpasiënt sal bly, skets in sy geestesoog ook 'n minder hoopvolle prentjie: *Juis omdat ek weet ek sal nooit weer heeltemal...nie honderd persent normaal kan leef nie.* Die enigste tydperk wat hy werklik hoop ervaar het, was voordat hy siek geword het: *Voordat ek heeltemal siek geword het sou ek gesê het...ek was vol hoop gewees.*

Dit is interessant om te let op die verandering in die ervaring van hoop by pasiënte na gelang van die tydsverloop na hul nieroorplanting. Pasiënt # 11, wat ongeveer 'n maand tevore 'n nieroorplanting gehad het, getuig van 'n meer wisselende ervaring van hoop. Die wete dat min organe beskikbaar gestel word vir nieroorplantings en die wagtydperk wat daarmee gepaardgaan,

het aanvanklik sy hoop getemper: *Hier is blykbaar 'n vrou wat al 18 jaar op dialise is wat nie nog nooit die kans op 'n oorplanting gekry het nie. So met ander woorde om jou hoop te veel op 'n orgaan te sit, jy sal net aanmekaar teleurgestel word dink ek as jy nou te veel hoop daarop.* Die onverwagte beskikbaarstelling van 'n nier het egter gewoonlik 'n skielike opflikkering in hoop tot gevolg, totdat die realiteit deurdring dat die nodige kruistoetsings eers gedoen moet word: *So selfs as jy die oproep kry wat sê, ok, daar is nou 'n nier, moet hulle eers die kruistoetsings doen. Weer eens is dit 'n spannende tydjie want jy weet nie of jy gelukkig gaan wees of nie.* Die bevestiging daarvan dat hy 'n geskikte kandidaat vir die nieroorplanting was, het egter 'n definitiewe ervaring van hoop tot gevolg gehad: *En as jy weet jy is 'n oorplantingskandidaat dan hoop mens. Jy is bly en jy het baie hoop.* Na die nieroorplanting het die realiteit dat die oorgeplante nier verwerp kan word met angs en terneergedruktheid gepaardgegaan, en het weer tot 'n vermindering in hoop gelei: *En dan na die tyd, as jy jou eerste episode van verwerping gehad het, dan beseft jy weer dat jy kan nie te veel hoop nie, want dinge kan verkeerd loop. Dit is baie teleurstellend. So met ander woorde 'n mens word weer 'n bietjie grond toe gebring. Jy beseft dit is nie so maklik nie.* Vanweë die komplikasies wat dikwels met die herstelproses gepaard gaan, neem hy weer 'n dag-vir-dagbenadering tot die lewe aan, wat ooreenstem met die beskouing van pasiënte voor 'n nieroorplanting. Inligting oor die suksesse van nieroorplantings het egter sy hoop versterk: *Maar aan die ander kant weet 'n mens ook die persentasie uiteindelijke verwerpings is blykbaar baie laag deesdae. Ek dink amper hulle sê dit is maar iets soos vyf persent in totaal wat heeltemal verwerp. Dit gee mens weer hoop aan die ander kant.* Hierdie pasiënt som dus in sy eie woorde die wisselende ervaring van hoop op: *Dit is so 'n wipplank ryery van hoop en nie hoop nie.* Ten spyte hiervan dui hierdie pasiënt aan dat hy hoopvol aangaande die toekoms is: *Wel, ek het steeds baie hoop dat dit goed gaan uitwerk en dat ek al die dinge sal kan doen, jy weet wat 'n gewone mens kan doen. Ek gaan 'n lewe hê soos meeste ander mense.* Die belofte van herstel hou minder besoeke aan die niereenheid in, wat meer vryheid impliseer, asook die moontlikheid om vorige werksverpligtinge te hervat: *'n Goeie voldag se werk te kan insit en energie te hê en die tipe van ding. Jy weet dit gaan elke dag beter.*

Die enigste mediese verpligting wat 'n suksesvolle nieroorplanting inhou, is opvolgbesoeke by die niereenheid en die drink van medikasie. Verandering in voorkoms vanweë die gebruik van hierdie voorgeskrewe medikasie het vir Pasiënt # 13 egter 'n afname in die ervaring van lewenskwaliteit en selfvertroue tot gevolg gehad. Hy beskryf dit soos volg: *Wat my die meeste gevang het was my selfbeeld omdat ek so vet geword het. Ek was nie meer so aantreklik vir*

meisies gewees nie. Vandat ek die oorplanting gehad het, het ek maar net een meisie gehad. Oral waar jy kom sê die mense O, hoekom het jy so vet geword? Maar weet jy ek eet amper niks nê. Jy kan dit nie help nie, want jy moet die kortisoon nog gebruik. In teenstelling hiermee ervaar Pasiënt # 14 egter die gebruik van medikasie as 'n noodsaaklikheid ten einde die tipe lewe te kan lei waarna hy lank gesmag het. Hy meld in hierdie verband: Op hierdie stadium kom jy maar net elke keer vir jou roetinetoetse en dan kyk hulle maar net of alles nog reg loop.

In 'n terugskouende blik rakende hul nierversaking en die invloed daarvan op hul lewens, blyk hoop 'n belangrike rol te vertolk. Pasiënt # 15 dui aan dat dit sy ervaring van hoop was wat hom deur sy nierversaking gedra het: *Hoop is die lewe wat ons voor ons sien en dat ons altyd positief is oor die lewe. Wat die omstandighede rondom die lewe ookal is, want ons moet deur die omstandighede gaan om die hoop wat ons sien en binne in ons dra te kan uitleef. Dit help nie om moedeloos te word nie. Sy ervaring van hoop het hom dus toegerus met 'n toekomsvisie en aan hom die krag en moed gegee om sy nierversaking die hoof te bied. Vanuit 'n soortgelyke positiewe oogpunt beskryf Pasiënt # 14 die impak van die nierversaking op sy lewe soos volg: Jy kan meer hanteer en jy gee nie makliker in nie. Waar ander mense al begin moed opgee om sê byvoorbeeld vir die toekoms op te sien dan het jy nog hoop om aan te gaan, dis nie van gaan sit nie. In hierdie lig gesien, het die nierversaking van hierdie pasiënt 'n sterker mens gemaak.*

8.3.2.4 Kontrolegroep

Na hul onderskeie beserings dui vier van die vyf pasiënte aan dat hulle steeds hoopvol omtrent hul toekoms is: *Daar is nog hoop, daar is nog iets vir my oor om te doen.* (Pasiënt # 18). Hul hoop sentreer ook rondom ontslag uit die hospitaal. Slegs Pasiënt # 19 dui aan dat sy 'n verminderde ervaring van hoop het: *Ek weet nie dis, vroeër in my lewe het ek oor baie dinge gehoop maar nou...ek vat eintlik maar dinge soos dit kom.*

Ten spyte daarvan dat die meeste van hierdie pasiënte van hoop getuig, gee die onderskeie beserings opgedoen aanleiding tot onsekerheid aangaande doelwitbereiking en bekommernis aangaande die toekoms. Pasiënt # 18 meld in hierdie opsig: *Dit laat my baie in die duister. Wat die werksituasie aanbetref stres ek nogal oor ek weet nie wat gaan gebeur nie. Ek weet nie hoeveel gebruik ek van my hande gaan hê nie, ek weet nie hoeveel gebruik van my bene ek gaan hê nie. Vir Pasiënt # 19 hou die gevolge van haar besering 'n bedreiging vir haar onafhanklikheid in: *Ek is nie baie huisvas nie en ek hou daarvan om in die dorp rond te loop. Ek is partykeer bang ek gaan dalk na 'n winkel toe en ek is moeg om te loop en ek kan nie verder**

loop nie. Dit wil dus voorkom asof hierdie pasiënte steeds ‘n globale ervaring van hoop het terwyl hoop wat meer spesifiek gerig is, verlaag word deur negatiewe assosiasies en verwagtings rondom hul beserings.

In teenstelling met bogenoemde faktore wat hoop verlaag, het die tydsverloop en die vordering gemaak in die herstelproses na die besering, ‘n positiewe invloed op die ervaring van hoop: *Yes, as time goes on...when I was at home now...then the wound become very healed...and then I realised that now I am coming allright now then the hope began to be there for me.* (Pasiënt # 16). Hoop speel ook ‘n motiverende rol deurdat dit drome mobiliseer en word deur Pasiënt # 17 soos volg beskryf: *My feelings of hope is...I think when you believe, when you believe in something...just believe in it, have hopes...dreams...everything will work out in life...but...if you have hopes and you decide to just collapse...you won't get your dreams going.* Sy dui ook ‘n toename aan in doelwitte wat sy wil bereik na haar besering: *After this accident, I've got lots of them now, I have more dreams and goals than before the accident.*

Die fokus van doelwitte gestel deur hierdie pasiënte is hoofsaaklik gerig op verdere studie. Vir Pasiënt # 19 impliseer haar beplande studie as doelwit, groter onafhanklikheid: *Ag dis vir my baie belangrik, veral om ‘n goeie werk te kry. Ek wil ook darem ‘n goeie werk hê so as ek eendag my eie plek moet kry dat ek my eie plek kan hê en so vir myself kan sorg.*

8.3.2.5 Samevatting: Hoop

Die pasiënte op dialise toon ‘n eenvormigheid rakende hul hoop wat gerig is op ‘n nieroorplanting en ‘n toename in lewenskwaliteit daarna. In teenstelling hiermee is die kontrolegroep se hoop gevestig op ontslag uit die hospitaal. Die verskil opgemerk in dit waarop hierdie pasiënte hoop, kan moontlik daaraan toegeskryf word dat nierversaking ‘n kroniese siektetoestand is, terwyl die beserings opgedoen deur die pasiënte van die kontrolegroep meer akuit van aard was. Dit het dus tot gevolg dat die hoop van die dialise pasiënt meer op lewensbehoud gerig is, terwyl die pasiënte van die kontrolegroep op relatief minder belangrike aspekte soos ontslag uit die hospitaal fokus.

Beide die dialise pasiënte en dié van die kontrolegroep spreek die behoefte uit om terug te keer na ‘n normale lewe. Die tydsame proses wat met nieroorplantings gepaardgaan, verminder egter vir die nierpasiënt die realisering van hierdie wens met ‘n afname in die ervaring van hoop as gevolg daarvan. In teenstelling hiermee verhoog die tydelike aard van hul terugslag met die

implikasie dat hulle vinnig sal herstel vir die kontrolegroep die moontlikheid van 'n hervatting van hul lewe met hoop wat daaruit spruit.

'n Verdere verskil opgemerk rakende hierdie twee groepe behels hul beskouing van doelwitte. Dit wil voorkom asof die pasiënte van die kontrolegroep deur middel van hul beserings meer bewus gemaak is van doelwitte wat hulle wil bereik en meer spesifiek ten opsigte van verdere kwalifikasies. Hoewel onsekerheid bestaan rondom die bereiking van hierdie doelwitte, is hul frustrasie en kommer daaromtrent meer oppervlakkig van aard. Die hemodialise pasiënte getuig egter van onbereikte doelwitte vanweë hul siektetoestand, terwyl hul kommer daarvoor meer dieperliggend van aard is, deurdat hulle die lewensbedreigende aard van hul nierversaking in ag neem en as gevolg daarvan 'n onvermoë ervaar om byvoorbeeld aan die behoeftes van hul gesinne te voldoen. Doelwitbereiking wat nie plaasvind nie, het dus 'n negatiewe implikasie op die ervaring van hoop. Vir die peritoneale en kontrolegroep pasiënt bestaan die verwagting dat doelwitte bereik kan word, terwyl die nieroorplantingpasiënt van suksesvolle doelwitbereiking getuig.

Faktore wat hoop en doelwitbereiking verminder, blyk dieselfde te wees vir die pasiënte op die verskillende vorms van dialise. Voorbeelde hiervan behels moegheid, slaapversteurings, 'n negatiewe persepsie, fisieke ongemak en addisionele komplikasies. Verlieservarings wat hoop verminder kom ook voor, deurdat die pasiënte op dialise die neem van vakansies beperk. Die beperkte beskikbaarheid van dialisemasjiene en die feit dat die ontvangs van dialise lewensbelangrik is, dien as rede waarom die hemodialise pasiënte minder vakansies neem. Terwyl die peritoneale dialise pasiënte meer keuses ten opsigte van vakansiebestemmings het, neig hul ses-uurlikse dialises en die beplanning wat dit vereis, om in te meng met ontspanningsaktiwiteite, wat uiteindelik daartoe lei dat die neem van vakansies meer stremming op hulle plaas en dit nie geniet word nie. Die tekort aan niere beskikbaar vir oorplantings, die kroniese aard van hul nierversaking en die tydsame prosesse geassosieer met nieroorplantings, blyk 'n afname in die ervaring van hoop tot gevolg te hê. Oor die hele ondersoekgroep heen blyk dit dat minder hoopvolle persone meer geneig is om 'n "dag-tot-dagbenadering" tot die lewe te openbaar.

Die ervaring van hoop vir die dialise pasiënte word verhoog deur nieroorplantings wat van tyd tot tyd by die niereenheid gedoen word. Ondersteuning van ander, hul godsdiens, die wete dat hul nierversaking behandelbaar is, wat kan lei tot 'n toename in fisieke welstand, asook die

vordering wat gemaak word in die tegnologie en die mediese wetenskap, help om hierdie pasiënte hoop te gee. Inligting verskaf deur mediese personeel rakende hul nierversaking lei gewoonlik tot meer insig wat die verdoemende assosiasies met nierversaking teëwerk. Vir die peritoneale dialise pasiënte word die dialiseproses op sigself as 'n tweede kans op lewe beskou met 'n toename in die ervaring van hoop. Deurdat hul dialise meestal tuis uitgevoer word, ervaar hierdie pasiënte meer tasbare ondersteuning van geliefdes as diegene op hemodialise. 'n Toename in hoop by die kontrolegroep word gevind deur vordering gemaak in die herstelproses na hul besering.

Bogenoemde faktore wat hoop vir die dialise pasiënte beide verlaag en verhoog, gee aanleiding daartoe dat hulle getuig van 'n wisselende ervaring van hoop. Dieselfde ervaring word gevind by nieroorplantingspasiënte kort voor en na hul operasie. Waar hoop voor die oorplanting toeneem vanweë die beskikbaarheid van 'n orgaan, word die ervaring van hoop negatief beïnvloed deur onsekerheid omtrent die uitslae van kruistoetsings wat hul geskiktheid as oorplantingskandidaat bepaal. Na die operasie dien skyn-verwerpings van die oorgeplante nier om hoop weer te laat taan. Hoewel spesifiek gerigte hoop op gesondheid beïnvloed word deur die herstelproses, toon hierdie pasiënte egter 'n meer algemene ervaring van hoop gerig op aspekte anders as hul gesondheid. Aangesien hierdie wisselende ervaring van hoop nie beskryf word deur pasiënte wat geruime tyd gelede hul nieroorplanting ondergaan nie, blyk tydsverloop aanleiding te gee tot 'n meer stabiele ervaring van hoop.

Aanvanklik blyk die geroetineerde aard van dialise hierdie pasiënte se vermoë tot aanpassing by hul nierversaking te bemoeilik. Mettertyd begin hierdie pasiënte hul onderskeie dialiseprosesse egter as tweede natuur te aanvaar, wat aanduidend is van hul vermoë tot aanpassing. Buigzaamheid bespeur rakende reisreëlings en lewensstylveranderings dien om hoop te voed en getuig ook van aanpassing. Waar die dialise pasiënte by 'n veranderde lewensstyl moet aanpas, is die kontrolegroep se aanpassing meer tydelik van aard gerig op die herstel na hul besering. Dit blyk dus dat die nierpasiënt by veel meer faktore moet aanpas as die kontrolegroep.

In vergeleke met die pasiënte op dialise waar hul hoop meer spesifiek op gesondheid gerig is, toon die nieroorplanting- en kontrolegroepspasiënt, 'n meer algemene ervaring van hoop. Die pasiënt van die kontrolegroep se ervaring van die tydsverloop verskil in effek van hoe dit deur die dialise pasiënt ervaar word. Vir die eersgenoemde groep pasiënte kan hulle met die verloop van tyd hul vordering in die herstelproses waarneem. In teenstelling hiermee word 'n meer

negatiewe konnotasie deur die dialise pasiënt geheg aan die tydsverloop, aangesien geen merkbare verandering in hul nierversaking intree nie.

Dit wil dus voorkom asof akute beserings in 'n mindere mate 'n impak het op die ervaring van hoop, as wat dit die geval is met kroniese siektetoestande. Die pasiënte op die onderskeie vorms van dialise blyk ook minder hoopvol te wees as diegene wat reeds geruime tyd 'n nieroorplanting gehad het.

8.3.3 Optimisme

Deur middel van vraagstelling is 'n aanduiding verkry van die pasiënte se positiewe of negatiewe benadering tot hul eie lewens. Die vrae gerig aan die pasiënte was die volgende: “Praat met my oor optimisme, Watter vrae het u gehad nadat u gediagnoseer is met nierversaking/na u besering?, Watter verklarings het u daarvoor aangevoer?, Wat is u benadering tot die lewe?, Wat maak u meer optimisties/pessimisties omtrent u siektetoestand?, In watter mate het u nierversaking/besering u enigsins bewus gemaak van dinge, mense of gebeure wat u voorheen as vanselfsprekend sou aanvaar? en Waarvan het u siektetoestand u bewus gemaak?”

8.3.3.1 Hemodialise pasiënte

Al hierdie pasiënte dui aan dat hulle 'n optimistiese lewensuitkyk handhaaf. Pasiënt # 3 meld in hierdie verband: *I see the bright side of life*. 'n Positiewe verwagting bestaan oor die uitkoms van hul nierversaking soos aangedui deur Pasiënt # 2: *Optimisties sal ek sê ja...byt vas en hoop daar kom gou 'n nier*.

Hierdie optimistiese lewensuitkyk word egter beïnvloed deur verskeie faktore. Aangesien optimisme 'n subjektiewe ervaring is, word verskille gevind in die faktore wat optimisme beïnvloed. Pasiënt # 5 dui aan dat haar fisieke welstand 'n bepalende faktor was vir die ervaring van optimisme: *It depends if I am feeling good this week, I'll be optimistic*. Vir Pasiënt # 2 is dit die gebrek aan sosiale ondersteuning en begrip wat tot pessimisme, moegheid en demoralisering aanleiding gee. Dit het tot gevolg dat sy dit moeiliker vind om haar doelwitte te bereik. Die inkorting van fisieke vermoëns nodig om doelwitte te bereik, asook verminderde beheer oor haar eie doen en late, het 'n verdere afname in die ervaring van optimisme en outonomie tot gevolg: *Cause all the plans I have been planning, they haven't succeeded because of this illness*. (Pasiënt # 4).

Sommige pasiënte demonstreer hoedat 'n ingesteldheid om uitdagings die hoof te bied, aanleiding gee tot die verhoging in optimisme. Pasiënt # 5 dui as volg aan: *My future...what I have learnt in my life is that if you want to be something, you have to act that way first. If I want to marry to a guy that is funny, I have to be that person first. So the future is that to be able to accomplish the dreams that I have like sewing and things, I have to start right now and start working.* In situasies waar onsekerheid bestaan of begeerde uitkomst bereik sal word, is dit realistiese optimisme wat dit vir die persoon moontlik maak om steeds hoopvol te wees aangaande die bereiking van uitdagings: *Ek wil my lisensie graag kry en ek is nou besig om my learners te skryf. Ek wil bitter graag voor die einde van die jaar graag 'n ryding hê en my lisensie hê.* (Pasiënt # 2). Optimisme word dus ervaar as gevolg van haar algemene dispoisie om goeie uitkomst te verwag.

Hoop en aspirasies wat met optimisme gepaardgaan, kan ook dien as motivering in die pasiënte se soeke na geleenthede om te bereik wat hulle graag wil. In hierdie opsig meld Pasiënt # 3: *I am still getting piece jobs.* Hierdeur is dit vir hom moontlik om die versorging van afhanklikes te handhaaf, wat 'n gevoel van optimisme versterk. Die positiewe gesindheid waarmee hierdie pasiënte hul nierversaking benader, word deur Pasiënt # 3 soos volg opgesom: *To me it's still like I am still fine. I think what I feel is important is that we should be positive in life because life does not end up the way I am now. We still have the future that is still coming.* Hierdie besluit om op die positiewe te fokus ten spyte van die impak wat nierversaking op hul lewens het, dra by tot die verhoging in ervaring van optimisme. 'n Optimistiese beskouing van hul siektetoestand dien ook as teenvoeter vir moedeloosheid: *I don't relax and say I am sick. Every day when I come from dialysis I can do everything. There is a lot of things that I am doing at home. I don't go and lie down and sleep. Even if it is hot outside, I can't lie down. I am a very busy person.* (Pasiënt # 3).

Die aanvaarding van die diagnose van nierversaking word vergemaklik indien dit met 'n optimistiese gemoedstoestand benader word. Sodanige aanvaarding het soms 'n gunstiger interpretasie van hul nierversaking tot gevolg: *Vandag is ek baie dankbaar dit is eerder dit (nierversaking) as diabetes of sulke goed wat ek gekry het. As ek na ander luister, hoe siek hulle is met ander goed, dan sê ek baie dankie dat ek net nierversaking het en nie ander goed nie.* (Pasiënt # 2). Hierdie aanvaarding voorkom ook soms dat hulle hulle vermoëns begin betwyfel. In hierdie opsig meld Pasiënt # 3: *I know I am sick but I can arrange everything for myself.*

Deur hierdie positiewe fokus het die pasiënt steeds genoegsame vertroue in sy eie vermoë en dien dit as motivering ten einde sy doelwitte te bereik.

Deur 'n realistiese beskouing van sy siekte kom Pasiënt # 4 tot die volgende gevolgtrekking: *It's a sickness like others. It's not something impossible.* Hierdie positiewe siening wat steeds realisties is, gee aanleiding daartoe dat nierversaking nie as onoorkombaar beskou word nie. In ooreenstemming hiermee: *The reason why I chose dialysis, come Monday, Wednesday, Friday is that I wake up early in the morning. I wash and come and meet people in the taxi and in town and the sisters. If I was sitting at home I won't even wake up, I would sleep the whole day. Be cranky because I will see every second a person passing by and I am not doing anything. At least it gives me something because I'll meet challenges here and in the taxi.* (Pasiënt # 5). Hierdie positiewe benadering waar hemodialise en die eise wat dit stel as 'n uitdaging beskou word, dien as 'n bron van krag en motivering. Die geleentheid om 'n keuse te kan uitoefen met betrekking tot die tipe dialise nodig vir behandeling, bevorder optimisme en lewenstevredenheid. Verminderde seggenskap in hierdie opsig lei daartoe dat Pasiënt # 2 'n verlaging in lewenstevredenheid ervaar: *Ek sê vir die professor ek wil asb nie weer na die masjiene toe kom nie. Toe gaan ek op die peri-kateter, die sakkie en toe het dit nie lekker gewerk nie. Toe moes ek terugkom masjiene toe. Dis al klaar weer vyf jaar wat ek nierversaking het, so dit vang 'n mens. Party dae voel dit die lewe is nie meer lekker nie.*

Buiten die geleentheid om 'n keuse uit te oefen rakende hul behandelingsmodaliteit, gee sommige pasiënte te kenne dat, oorhoofs gesien, hulle met die lewe tevrede is: *Ek is tevrede met die lewe, vir wat ek het en hopelik vir wat ek gaan kry. So die lewe is 'n fees...dit is eintlik wat ons daarvan maak nè?* (Pasiënt # 1). Pasiënt # 3 dui in ooreenstemming hiermee aan dat sy nierversaking nie 'n ontwrigtende invloed het op sy lewe nie. Die ervaring van meer positiewe as negatiewe emosies, het tot gevolg dat hierdie pasiënt optimisties is en lewenstevredenheid ervaar. Hy stel dit soos volg: *There is nothing that worries my mind. I am very happy, everyday. Even at home they know this guy is very happy.*

Deurdadig die hemodialise pasiënte hul aandag kan rig op die positiewe aspekte van hul bestaande situasie, ervaar hulle meer waardering daarvoor. Sodoende herinner hierdie pasiënte hulself aan die positiewe invloed van die situasie wat andersins ongesiens verby sou gaan. Vir Pasiënt # 1 bring hierdie positiewe beskouing die volgende besef na vore: *Dit laat jou elke dag meer en meer dink...die realiteit van die lewe te besef.* Hierdeur kom hy tot die besef hy dat hy menslik is

en nie verhewe is bo siekte nie: *Jy is nie 'n super persoon nie, dit kan met enigeen gebeur.* Waardering vir die teenwoordigheid van ander wat dieselfde ervarings meemaak en die verpleegpersoneel word uitgespreek. Pasiënt # 2 meld in hierdie opsig: *Hulle (verpleegpersoneel) kyk mooi na mens. As jy klagtes het en jy sê vir hulle jy wil die dokter sien of wat ookal, dan kry hulle vir jou die dokter om jou te kom sien. Hulle kom kyk is jy oraait. Hulle kom neem jou bloeddruk, hulle reageer dadelik en daarvoor is ek baie dankbaar.* Deur groter bewustheid van die positiewe bydraes wat die verpleegpersoneel tot die lewens van hierdie pasiënte maak en die erkenning wat daaraan gegee word, bevorder dus die ervaring van positiewe affek wat gewoonlik 'n gevoel van optimisme kenmerk.

Die optimistiese persoon se aanpassingsvermoë kom soms in die handhawing van 'n gedissiplineerde lewensstyl na vore: *Ek probeer om op my diëte te bly wat hulle vir my voorskryf en ek probeer om nie baie vog op te tel nie.* (Pasiënt # 1). 'n Soortgelyke ervaring word deur Pasiënt # 3 aangedui: *I've got to keep myself safe from things that I know are not good for me. Because I know what is good for me. The dieticians used to come to me, I know about food, how to care for myself everything.* Hoewel Pasiënt # 2 nie die voorskrifte van die dieetkundige slaafs navolg nie, toon sy buigsamheid ten opsigte van haar eetgewoontes: *Ek eet nie byvoorbeeld die dieetkundiges se dieet reg nie, as ek nou lus is vir slaptjips dan eet ek net so 'n bietjie...en dan die res van die dag niks nie.*

8.3.3.2 Peritoneale dialise pasiënte

Die onderhoude wat met pasiënte op peritoneale dialise gevoer is, bring aan die lig dat hulle nie, soos wat die geval met hemodialise pasiënte is, almal ewe optimisties is nie. Die oorgrote meerderheid van hierdie pasiënte dui aan dat hulle wel optimisties is, maar dat dit van tyd tot tyd met pessimisme afgewissel word: *I'm not sure about that (optimism). Sometimes I see both. Sometimes I feel emotional or you feel like there is nothing useful for you to do then you feel useless. Then I feel pessimistic. Sometimes I just wake up being optimistic.* (Pasiënt # 7). 'n Pessimistiese beskouing word dus gevoed deur die gevoel van nuttelosheid. Vir Pasiënt # 9 word haar optimisme deur haar geloof onderskryf: *As jy 'n kind van die Here is dan kan jy nie 'n pessimis wees nie dan moet jy 'n optimis wees.* Pasiënt # 6 se gronde vir haar optimistiese lewensuitkyk word aangedui deur haar opmerking: *As jy pessimisties is gaan jy definitief nie iewers in die lewe kom nie. En as ek pessimisties was omtrent my siekte...dit beïnvloed mens se gesondheid self ook, sou ek sê.*

Die ervaring van optimisme word soms ondermyn indien 'n verandering in die behandelingsmodaliteit vanweë infeksies of agteruitgang in nierfunksionering noodsaaklik is. Hierdie agteruitgang in gesondheid, met die moontlikheid dat hul nierfunksie deur die dialisemasjiene oorgeneem moet word, het 'n afname in die ervaring van optimisme tot gevolg. Pasiënt # 9: *Hulle het my amper elke dag na die niermasjiene toe geneem en vir my gewys hoe werk dit en wat is die funksies daarvan en weet jy ek het vir my hierdie donker prentjie in my kop ingeprint.* So 'n negatiewe ingesteldheid op die probleme wat 'n verandering in behandelingsmodaliteit inhou, kan pessimisme tot gevolg hê. In teenstelling hiermee kan 'n realistiese, positiewe beskouing van die behandeling daartoe lei dat dit as 'n uitdaging benader word. Pasiënt # 8 stel dit soos volg: *Maar 'n ou bly maar positief oor die hele storie. Jy weet, 'n ou jy leer jousef om te wen. As jy nie wen nie, dan verloor jy met 'n goeie hart. Maar jy probeer wen. Ek meen al gaan speel jy teen jou beste vriend snoeker, pool net wat jy wil, jy gaan hom probeer wen. Jy gaan nie speel om te verloor nie. Nou dit is waaroor die lewe ook gaan. Jy is nie daar om te verloor nie.* Hierdie positiewe gesindheid het 'n optimistiese ingesteldheid tot gevolg.

Waar 'n nieroorplanting as die uiteindelijke doelwit nie bereik kan word nie vanweë 'n tekort aan beskikbare niere, help 'n realistiese interpretasie van huidige omstandighede om tot die aanvaarding daarvan te kom. Pasiënt # 6 dui soos volg aan: *As ek die dialise kry, dan kry ek 'n tweede kans en dan is dit basies...'n tweede kans vir lewe.* In hierdie opsig het 'n verandering in haar beskouing van haar dialise daartoe gelei dat peritoneale dialise met 'n meer positiewe uitkoms geassosieer is. Die aanvaarding van haar nierversaking word vergemaklik deur hierdie positiewe gesindheid: *Uit elke ding wat met my gebeur het, leer ek iets. Jy moet die beste van 'n slegte situasie maak.*

So 'n positiewe fokus kan ook verder uitkring na groter waardering vir die situasie, die gesin en andere. Pasiënt # 6 het blind geword as gevolg van diabetes as 'n komplikasie van haar nierversaking. Dit het haar egter 'n groter waardering vir die natuur gegee. Sy stel dit soos volg: *Ek waardeer ook goeters meer. Soos party oggende dan word hy (haar eggenoot) wakker en dan sê ek vir hom hoor jy die voëltjies buite of hoor bietjie daar of so iets. Dan hoor hy nie eers iets nie jy weet as jy 'n normale ou is dan luister jy nie so na die dinge wat buite om jou gebeur nie.* Die sterker fokus op die voordele van haar nierversaking, in plaas van 'n fokus op die nadele daarvan, getuig waarskynlik van effektiewe aanpassing. Buiten 'n groter waardering van die natuur, dui hierdie pasiënte ook vanweë hul verlies daarvan, 'n groter waardering vir 'n normale

gesonde liggaam en die lewe aan: *Everything in your body is important. You know, and you must take care of it because you never know how important it is to you. And you must know what you have in your body. Some people don't even know where their kidneys are. And that you should not take life for granted. You should always try to walk on the right path because you don't know what might happen tomorrow or today. And you should know what you want in life. You should not waste any time, you should not waste any minute. Every minute you should do something with your life.* (Pasiënt # 7).

Hierdie pasiënte toon ook aanpassing in hulle gedrag, aangesien nierversaking lewensbedreigend van aard is. Pasiënt # 7 noem: *I had to adapt to that (dialysis) knowing that my life depends upon it.* Aanpassings word ook gemaak ten opsigte van diëte ter wille van beter gesondheid. Pasiënt # 8 meld egter onsekerhede wat bestaan oor die toekoms met betrekking tot die siekte: *Gaan ek nog lank genoeg in my lewe kan leef om vir hulle my beste te gee wat ek kan?* Hierdie kommer het egter ook as 'n belangrike dryfveer vir hom gedien om bepaalde doelwitte te bereik: *Ek het onder andere nou weer, deur my siekte en goed, 'n besigheid op die been gebring. Ek rond hom nou hierdie week af. Vir my is dit vooruitgang. Dis veral vir my kind. Ek wil hom leer, ek wil vir hom die beste gee wat ek kan.* Hierdie pasiënt was dus steeds hoopvol en optimisties dat doelwitte, ten spyte van die fisieke beperkings wat nierversaking inhou, bereik kan word.

Die redes wat pasiënte aanvoer rakende die oorsaak van hul nierversaking, het ook 'n invloed op die ervaring van optimisme. In hierdie verband verklaar Pasiënt # 6 haar sigverlies, wat indirek deur haar nierversaking veroorsaak is, soos volg: *Dis basies my eie skuld want ek is 'n diabeet. Ek was ongekontroleerd so wat sê dit vir jou? Oor die langtermyn gaan daar komplikasies wees.* Hoewel dit haar ervaring van optimisme nadelig beïnvloed het, het haar bewustheid dat ongekontroleerde diabetes sekere komplikasies inhou, haar aanvaarding van haar blindheid vergemaklik. 'n Moedige houding, tesame met ondersteuning van haar eggenoot, het dit vir haar moontlik gemaak om dit te aanvaar: *Ek het dit toe nou aanvaar en ek het met dit begin lewe want as ek in 'n houpie gaan sit het ...*

8.3.3.3 Nieroorplantingpasiënte

Vanuit die onderhoude het dit aan die lig gekom dat hierdie pasiënte oorwegend optimisties van aard is. Voor hul nieroorplanting was dit juis hulle hoopvolle verwagtinge rakende hul nierversaking, wat as teenvoeter vir pessimisme gedien het: *Die toekoms is vir ons uitgespel van*

*hoe die nierfunksie na die jare afneem indien ek nie 'n oorplanting of 'n geskikte nier sou kry nie en dat die dialise ook maar aan die einde vir ons 'n probleem kan word. Maar dit het ons nie moedeloos gemaak nie, ons het bly hoop op die vooruitsig dat daar 'n nier sal wees. (Pasiënt # 15). 'n Akkurate persepsie van hulle realiteit voorkom dat hierdie pasiënte se optimisme nie op valse aannames gebaseer word nie. In retrospek meld Pasiënt # 11 in hierdie verband: *Maar aan die ander kant weet jy wat is die realiteite. Hier is blykbaar 'n vrou wat al 18 jaar op dialise is wat nie nog nooit die kans op 'n oorplanting gekry het nie. Ten spyte van die onsekerheid wat 'n nieroorplanting voorafgaan, is diegene wat realisties optimisties is, steeds hoopvol: So jy hoop heimlik maar aan die ander kant moet jy realisties wees en beseef dit kan 10 jaar of 20 jaar vat. (Pasiënt # 11).**

Die assosiasie van 'n nieroorplanting met 'n nuwe lewe, die moontlikhede wat dit inhou, tesame met die bereiking van die verwagte uitkoms, het 'n optimistiese gemoedstoestand tot gevolg: *I see the bright side of life, always I think positively. If I manage to stand up from those ashes, and stood up until now, I don't think there is anything that will stop me further. (Pasiënt # 12).* Pasiënt # 11 dui egter aan dat die twee episodes waar sy liggaam byna die oorgeplante nier verwerp het, 'n invloed op sy optimisme het: *Nee wat ek dink ek is 'n optimis. Ag met tye is mens 'n bietjie pessimisties. As dinge effens skeef loop soos die verwerpingsepisodes kan mens nie help om so bietjie meer terneergedruk te wees en bietjie meer moedeloos te raak nie.*

Dankbaarheid wat met die nieroorplanting gepaardgaan, lei daartoe dat hierdie pasiënte hulself herinner aan die positiewe invloed daarvan op hul lewens. Pasiënt # 15 verwoord dit soos volg: *Dit is definitief om dankbaar te wees en elke dag voluit te lewe. Jy weet dit waarvoor ons daar is en dit wat ons kan doen elke dag dat ons dit voluit kan doen. En nie terughou en dink, môre is nog 'n dag of so nie. Om elke dag ten volle aan te gryp. 'n Minder selfgesentreerde fokus vanweë die behoefte om ander van hulp te wees word ook opgemerk: *Uitreik na ander mense toe wat siek is. Miskien nie bewus is van wat hulle siekte vir hulle beteken en doen nie. (Pasiënt # 15).* Die sin en betekenis wat hierdie pasiënt as gevolg van sy nierversaking ervaar het, ontken die behoefte om ander tot hulp te wees. Die moontlikheid bestaan ook dat pasiënte hierdeur die kans kry om hul dankbaarheid te betuig teenoor die persoon wat aan hulle die nier geskenk het en ook teenoor diegene wat vir hulle ondersteuning bied.*

Waar pasiënte binne die vorige behandelingsmodaliteite meestal aandui dat hulle bepaalde doelwitte het, getuig hierdie pasiënte reeds van doelwitbereiking: *Dit is wonderlik om dit*

(doelwitte) te hê. En baie van dit het al waar geword, na die nieroorplanting in die vyf jaar. (Pasiënt # 15). Beterskap in hul gesondheid en die toename in energie na die nieroorplanting dien as redes waarom doelwitte bereik word. Pasiënt # 11 wat nog in die herstelfase na sy nieroorplanting is, getuig egter van 'n optimistiese verwagting rakende die bereiking van doelwitte met hoop wat daaruit voortspruit: So daardie hoop en daai ideale en dinge wat 'n nieroorplanting eintlik basies vir jou gee, dit het ek steeds en ek sien uit daarna. Ek weet ek kan reis en weer my gewone werkslewe hervat. Vir alle praktiese doeleindes gaan ek, as alles goed afloop, gaan ek 'n lewe hê soos meeste ander mense. Die tydsverloop na die nieroorplanting speel dus 'n rol in die oordeel of doelwitte bereik is of nie. 'n Toekomsgerigtheid wat gekenmerk word deur beplanning, bevorder skynbaar ook doelwitbereiking, wat weer 'n gevoel van optimisme versterk: Ja, jy kan nou meer insit in die lewe in. Jy sien weer kans om aan te gaan weer. (Pasiënt # 14).

Dialise stel, terwille van die pasiënt se oorlewing, streng eise aan die pasiënt se lewensstyl. Pasiënt # 11 beskou sy voldoening aan hierdie eise en die handhawing van 'n gesonde lewensstyl as gevolg daarvan, as die rede waarom hy gekeur is vir 'n nieroorplanting: *Op 'n baie praktiese vlak het ek beseft hoe belangrik dit is om om te sien na jou gesondheid en na jou lewenswyse. Want dit was ongetwyfeld een van die redes hoekom ek as geskikte kandidaat vir 'n oorplanting beskou is. Mens kan hoe gesond wees en die toekoms kan hoe rooskleurig en so aan lyk, jy weet nie wat in die toekoms kan gebeur nie. So wat gesondheid betref, jy doen jouself 'n geweldige guns om gesond te lewe.*

Waardering word uitgespreek teenoor God, gebedsgroepe, familieledes, vriende, kollegas en die mediese personeel wat as bronne van ondersteuning vir hierdie pasiënte gedien het. Hierdie pasiënte getuig daarvan dat hul nierversaking en die daaropvolgende nieroorplanting aanleiding gee tot hegte verhoudings: *Dit het my nader gebring aan ander mense, want jy het gesien hoe baie mense gee om vir jou. (Pasiënt # 15). Hoewel Pasiënt # 12 deur sy kinders ondersteun word, spreek hy sy opregte dankbaarheid uit teenoor medici wat 'n rol gespeel het in sy behandeling. Hy stel dit as volg: As well as Universitas hospital. I don't want to leave that out. All the people at Universitas, from Boitumelo hospital in Kroonstad up here to Bloemfontein hospital. All these people contributed towards my well being...definitely...DEFINITELY. I get a lot of support especially from the health department, they help me a lot. You know what, there is one thing I am getting from these people...when I needed that love from my wife...I got it from the doctor as well as from the nurse...even the staff in general. That is where I got that love that*

made me stood up from those ashes. I respect them...I DEFINITELY respect them...even my God knows that.

8.3.3.4 Kontrolegroep

Die pasiënte van die kontrolegroep beskou hulself as optimisties. Pasiënt # 19 meld in hierdie verband: *Ek sien gewoonlik die goeie kant.* Deur die handhawing van so 'n optimistiese lewensuitkyk, neem hierdie pasiënte die subjektiewe besluit om die negatiewe aspekte van hul beserings te neutraliseer: *Dit (besering) kon tien keer erger gewees het. Ek kon dood gewees het en ek kon verlam gewees het en als. Maar ek is nou met 'n paar skroewe in my rug en alles maar ek is op die been.* (Pasiënt # 19). Hierdie beskouing lei tot die aanvaarding van die realiteit van haar gegewe situasie en tot 'n meer positiewe gesindheid daaromtrent.

Inligting verskaf deur mediese personeel oor hul beserings en die prognose wat gegee is, het 'n rol gespeel in die mate van optimisme of pessimisme wat die pasiënte ervaar. Pessimisme oor hulle herstel, is teweeg gebring deur 'n ongeloof in die inligting wat deur medici verskaf is. Pasiënt # 16 noem byvoorbeeld: *I thought the doctors are not telling me the truth that I will be alright again, really I was a little bit worried.* Pasiënte se wanpersepsies ten opsigte van hul funksionering na hul besering, is die nek ingeslaan vanweë inligting deur dokters verskaf: *Since this happened I felt like I wasn't going to move any more...but since the doctors are here for me telling me I am going to be able to walk again...I think I just started to accept it, it happened.* (Pasiënt # 17). Deur positiewe terugvoer kon aanvaarding en aanpassing plaasvind met 'n meer optimistiese lewensuitkyk as uitvloeisel daarvan.

Die aanvanklike reaksie op hul beserings word egter gewoonlik gekenmerk deur vrae aangaande die moontlikheid om weer 'n normale lewe te handhaaf: *Am I going to be alright again and be back to normal life again so that I can make for my children?* (Pasiënt # 16). Hierdie onsekerheid word ook deur Pasiënt # 20 uitgespreek: *Ek weet nie of sal ek regkom nie.* Hierdie vrae het gewoonlik daartoe aanleiding gegee dat introspeksie aangaande hul lewens plaasgevind het. Nuwe insigte waartoe hierdie pasiënte dan gekom het, het aanleiding gegee tot meer erkenning aan betekenisvolle ander persone wat hulle bystaan. Pasiënt # 17 stel dit so: *So what I realise is no matter what in life, parents are always there to take care of us. I only realised that now.* Afgesien van ouers en vriende word besondere waardering vir die verpleegpersoneel betuig. Pasiënt # 16: *Really it is very wonderful what they are doing for the patients everyday. Because they help you with the things that you are not able to do at that moment.* 'n Groter

waardering vir die huidige omstandighede hang dus saam met 'n meer optimistiese ingesteldheid. Die ondersteuning van familie en vriende, gebede van ander en die fisieke versorging deur verpleegpersoneel, dien vir hierdie pasiënte ook as bevestiging van hulle waarde vir ander. Hierdie besef het 'n positiewe invloed op hul lewens en laat hulle met 'n gevoel van welstand.

In sommige gevalle het hierdie pasiënte se beserings aanleiding gegee tot die formulering van meer doelwitte wat hulle graag wil bereik. Dit dui op 'n meer optimistiese gesindheidsverandering. *After this accident, I've got lots of them now...I have more dreams and goals than before the accident.* (Pasiënt # 17). Pasiënt # 18 se aard van besering lei egter tot 'n versigtiger optimisme oor die bereiking van sy doelwitte: *Ja, daar is nog (doelwitte) maar dit hang alles af van wat die hand gaan toelaat. Daar is nog 'n paar kursusse wat ek wil gaan doen...en soos ek ook sê...dit sal ek eers weet...hoeveel gebruik ek nou regtig van die hand het. Anders kan ek ander kursusse vat.* Hoewel hierdie doelwitte in ooreenstemming is met dit wat hierdie pasiënt belangrik ag, bestaan die moontlikheid dat dit nie bereik sal word nie. Buigsaamheid stel die pasiënt egter in staat om ander beter geleenthede te ondersoek. So 'n benadering word geassosieer met realistiese optimisme. Dit is treffend om kennis te neem van die vasberadenheid van sommige pasiënte om doelwitte te bereik, ten spyte van sy of haar beserings: *I got achievements that I achieved before so I don't see the reason why I would ever stop achieving the other ones, really I got goals.* (Pasiënt # 16).

8.3.3.5 Samevatting: Optimisme

Die pasiënte van die ondergroep beskou hulself oorwegend as optimisties. Dit wil voorkom asof sowel die pasiënte van die kontrolegroep as dié met nierversaking 'n positiewe uitkoms van hul siektetoestand verwag met optimisme wat daaruit voortvloei.

Gebrekkige ondersteuning en verminderde beheer oor die hantering van hul siektetoestand, lê die hemodialise pasiënte aan bande en maak hulle minder positief. Hulle fisieke welstand is wisselvallig en stem hulle pessimisties of optimisties. In ooreenstemming hiermee beskryf die peritoneale dialise pasiënte ook hierdie wisseling tussen optimisme en pessimisme en word 'n gevoel van nutteloosheid en interne, negatiewe verklarings vir hul nierversaking as die oorsaak van pessimisme aangedui. Tesame hiermee kan infeksies vanweë byvoorbeeld onhigiëniese dialisering 'n terugkeer na die dialisemasjiene vereis, wat as agteruitgang geïnterpreteer word,

met 'n gevolglike afname in die ervaring van optimisme. Vir die nieroorplanting pasiënt is dit skyn-verwerpings van die oorgeplante nier wat pessimisme tot gevolg het.

Aan die ander kant van die spektrum dien 'n realistiese beskouing van hul siektetoestand en 'n houding waarvolgens hul siektetoestand as 'n uitdaging benader word, om die nierpasiënte meer optimisties te laat. Dit het 'n positiewe invloed op die aanvaarding van en aanpassing by hul nierversaking. Die peritoneale dialise pasiënte skryf hul optimisme toe aan hul geloof, met moedigheid wat daaruit voortvloei. Vir die kontrolegroep neutraliseer inligting verskaf deur medici rakende die aard van hul besering en hul prognose, negatiewe verwagtings en laat hierdie pasiënte met 'n meer positiewe gesindheid. Omdat die hemodialise pasiënte realisties optimisties is, het dit nie net 'n gunstiger interpretasie van hul nierversaking nie, maar ook volhoubare optimisme, tot gevolg. Die toename in lewenskwaliteit en nuwe vooruitsigte wat volg op 'n nieroorplanting, lei daartoe dat die oorplantingpasiënt meer optimisties neig te wees.

Gedrag wat aangepas word, ten einde intern gemotiveerde doelwitte te bereik, verhoog optimisme vir die dialise pasiënte. Doelwitbereiking vanweë verhoogde energie en 'n toekomsgerigte visie op 'n nieroorplanting, lei tot 'n verhoogde ervaring van optimisme. Vir die kontrolegroep het hul besering gelei tot 'n groter bewuswording van doelwitte wat bereik wil word.

Danksy hulle evaluering van hulle huidige situasie, toon die hemodialise pasiënte en diegene van die kontrolegroep ooreenkomste in hul waardering van hulle gesin en die verpleegpersoneel. Die peritoneale dialise pasiënte se waardering strek verder, aangesien hul waardering ook gerig is op die natuur en hulle gesondheid. Dankbaarheid om weer voluit te kan leef laat nieroorplantingpasiënte minder selfgesentreerd in hul optrede. Dit blyk ook nie net by 'n gevoel van optimisme te bly nie. Die oorgrote meerderheid pasiënte van die ondersoekgroep kweek 'n lewensstyl aan wat gesondheid bevorder en sien kans om die aanpassings en opofferings wat met hul onderskeie siektetoestande gepaardgaan, te maak. Deur hierdie handeling wat onderliggend is aan 'n positiewe verwagting, blyk die oorgrote meerderheid van die pasiënte van die ondersoekgroep optimisties te wees.

8.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die resultate van die ondersoek uiteengesit en geïnterpreteer. In deel I van hierdie hoofstuk is die kwantitatiewe ontleding van die vraelysresultate ontleed en bespreek.

Deel I het dan die gemiddelde ervaring van sielkundige welstand by die onderoekgroep aangedui, met 'n hoë mate van spiritualiteit, hoop en optimisme wat ervaar word. Die ervaring van optimisme (Affek) het as die mees prominente voorspeller van sielkundige welstand vir die totale onderoekgroep na vore getree. (Sien Afdeling 8.2).

Deel II het die kwalitatiewe ontleding en interpretasie van die semi-gestruktueerde onderhoude weergegee. Ter aanvulling van die kwantitatiewe resultate is dit hieruit duidelik dat die onderoekgroep inderdaad spiritualiteit, hoop en optimisme ervaar.

HOOFSTUK 9: BESPREKING EN GEVOLGTREKKING

9.1 INLEIDING

In Hoofstuk 8 is die resultate soos dit na vore gekom het tydens die kwantitatiewe en kwalitatiewe gedeeltes van hierdie ondersoek verstrekk. Die resultate, verkry uit die verskillende vraelyste en in Deel I van Hoofstuk 8 verstrekk, het ‘n kwantitatiewe aanduiding gegee van die ondersoekgroep se ervaring van lewenstevredenheid, selfdeterminasie, spiritualiteit, hoop en optimisme. Die bydraes van spiritualiteit, hoop en optimisme as voorspellers van sielkundige welstand, oftewel lewenstevredenheid en selfdeterminasie, is deur hiërargiese regressie-ontledings ondersoek. Die kwalitatiewe resultate aangaande lede van die ondersoekgroep se ervaring van spiritualiteit, hoop en optimisme is in Deel II van Hoofstuk 8 weergegee.

Die doel van hierdie hoofstuk is die bespreking van die resultate verkry in Hoofstuk 8. Gevolgtrekkings word gemaak aangaande die ondersoekgroep se sielkundige welstand, hul spiritualiteit, hoop en optimisme en die invloed daarvan op hulle sielkundige welstand. Hierdie gevolgtrekkings sal aan die hand van die ondersoek se hoofdoelwitte (Sien Afdeling 7.2) bespreek word.

Die drie oorkoepelende doelwitte van hierdie kwantitatiewe en kwalitatiewe studie was:

- i Om die mate van sielkundige welstand, oftewel die lewenstevredenheid en selfdeterminasie van pasiënte met kroniese nierversaking te bepaal.
- ii Om ‘n aanduiding te verkry van die pasiënte met kroniese nierversaking se vlakke van spiritualiteit, hoop en optimisme (affek en attribusiestyl).
- iii Om die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme as psigofortigene faktore op die sielkundige welstand van nierpasiënte wat aan verskillende behandelingsmodusse (hemodialise, peritoneale dialise en nieroorplanting) onderwerp word, te bepaal.

Die eerste doelwit, naamlik die bepaling van die sielkundige welstand van die ondersoekgroep, sal aangespreek word deur te verwys na die resultate van die kwantitatiewe ondersoek. Hierdie resultate sal ook toegelig word deur inligting verkry uit die kwalitatiewe onderhoude wat gevoer is.

Die daaropvolgende doelwit van die studie sal aandag geniet deur die mate van spiritualiteit, hoop en optimisme wat uit die kwantitatiewe resultate en die kwalitatiewe ontledings na vore gekom het, te bespreek.

Die laaste doelwit sal aangespreek word deur 'n bespreking van die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme op die sielkundige welstand van die nierpatiënte op onderskeidelik hemodialise en peritoneale dialise, asook op diegene wat reeds 'n nieroorplanting ondergaan het.

9.2 DIE SELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ONDERSOEGGROEP

Die sielkundige welstand van die ondersoekgroep is op kwantitatiewe wyse, met behulp van twee vraelyste, naamlik die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996) gemeet. Hoewel die gemiddelde lewenstevredenheidtellings wat in vorige studies gerapporteer is, hoër is as wat in die huidige studie verkry is, toon die ondersoekgroep in hierdie studie steeds 'n redelike vlak van lewenstevredenheid. Op die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996), ervaar die ondersoekgroep skynbaar 'n effens bo-gemiddelde vlak van selfdeterminasie, indien dit met die teoretiese gemiddelde vergelyk word. Soos reeds gemeld, is daar nie ander vergelykbare data beskikbaar nie. Die kwantitatiewe resultate van hierdie twee vraelyste dui dus daarop dat die pasiënte van die ondersoekgroep redelike vlakke van sielkundige welstand ervaar.

Die kwalitatiewe ontleding van die onderhoude suggereer dat daar faktore werksaam is wat die ondersoekgroep se vlakke van lewenstevredenheid en selfdeterminasie terselfertyd verlaag sowel as verhoog. Deurdat kroniese nierversaking byna elke aspek van 'n persoon se lewe affekteer, in dié sin dat hierdie pasiënte dikwels komplekse sosiale, sielkundige en fisieke probleme ervaar (Levy et al., 2001), is dit te verstane dat die nierpatiënte se sielkundige welstand daardeur geraak word. Hierdie probleme, wat ook in die literatuur vermeld word, het inderdaad by die nierpatiënte voorgekom. Die sosiale probleme wat veral deur die hemodialise- en peritoneale dialise pasiënte ervaar word, word gesien in die afname van hul werksproduktiwiteit, wat uiteindelik daartoe lei dat sommige van hierdie pasiënte selfs hul beroepe prysgee. Buiten die feit dat hierdie pasiënte as gevolg hiervan min of geen werkstevredenheid ervaar, bemoeilik dit hul vermoë om finansiël na hulself of hul gesinne om te sien. Hierdie onbevredigde behoeftes, naamlik om 'n beroep te beoefen en selfonderhoudend of die broodwinner te wees, het uiteindelik minder lewenstevredenheid tot gevolg. Die pasiënte se eiewaarde en selfvertroue word ook hierdeur benadeel, wat daartoe lei dat die twee groepe pasiënte op dialise minder

bekwaam voel om belangrike doelwitte te bereik, wat 'n negatiewe invloed op hul vlakke van selfdeterminasie, oftewel sielkundige welstand het.

Aangesien hierdie pasiënte se behandeling 'n bepaalde tydrowende en geroutineerde tydskedule voorskryf, het hulle dialise 'n beperkende invloed op hulle lewens. Die gevolg hiervan is 'n afname in hul betrokkenheid by sport, sosiale geleenthede, gesins- en ander aktiwiteite. Nie net hul vermoë om in verhoudings met ander te staan word hierdeur negatief beïnvloed nie, maar hierdie pasiënte word ook ontnem van die ondersteunende waarde wat hoë kwaliteit verhoudings bied. Die fisieke ongesteldheid wat hierdie pasiënte ervaar, noop hulle, addisioneel tot die tydgebonde aard van hul behandeling, ook om hul sosiale betrokkenheid af te skaal. Hierdie "sosiale isolasie" verminder deelname aan betekenisvolle en interessante aktiwiteite, wat noodwendig lei tot 'n afname in lewenstevredenheid.

Die sielkundige impak van die siekte is geïllustreer deur die feit dat enkele van die pasiënte op hemo- en peritoneale dialise tekens van depressie getoon het, wat ontstaan het in respons op gewaande, dreigende of werklike verliese. Hulle lewenstevredenheid is dus ingekort. Verwante mediese probleme, byvoorbeeld hipertensie, artritis en diabetes wat blindheid tot gevolg gehad het, klagtes van slaapversteurings, moegheid en fisieke ongemak is verdere voorbeelde van die negatiewe invloed van die siekte op hul fisieke welstand. Aangesien die mens 'n biopsigososiale wese is, spoel die invloed van die biologiese faktore ook oor na die psige. Seksuele impotensie wat intieme verhoudings kelder en die gebruik van kortisoon wat gewigstoename veroorsaak en veral by die nieroorplantingpasiënte voorkom, asook die peritoneale dialise pasiënte se kateters, het 'n negatiewe invloed op die selfvertroue en selfbeeld van hierdie nierpasiënte. Dit gee ook aanleiding tot afname in die pasiënte se gevoelens van bekwaamheid, wat immers saamhang met gevoelens van selfvertroue en eiewaarde. Sodoende kortwiek dit die pasiënte se ervaringe van positiewe persoonlike doelwitbereiking en benadeel dit ook hulle gevoel van selfdeterminasie.

Hul nierversaking ontnem ook die nierpasiënte in sekere opsigte van seggenskap oor hul eie lewe. Die hemodialise pasiënt se afhanklikheid van die dialisemasjien as plaasvervanger vir sy of haar nierfunksie, moet byvoorbeeld voorkeur kry by die beplanning van vakansies. Sodoende word vakansiebestemmings meestal bepaal deur die beskikbaarheid van dialisemasjiene, wat dikwels daartoe lei dat die eerste keuse van bestemming nie realiseer nie. Hierdie tipe diskrepancies wat bestaan tussen die ontvangs van lewensnoodsaaklike dialise en die werklike behoefte van die pasiënt het 'n afname in die vlakke van sielkundige welstand tot gevolg. Indien

spesiale reëlings omtrent die ontvangs van dialise ook nie lank genoeg voor die tyd met niereenhede naby aan hul vakansiebestemming getref word nie, kan dit tot die teleurstellende kansellering van hul vakansie lei.

Vanweë die lewensbedreigende aard van hul nierversaking word besluite betreffende hul behandeling meestal deur die mediese span geneem. Dit impliseer dat die pasiënt, wat uiteindelik die meeste daardeur geraak word, dikwels nie seggenskap het in die besluite oor die tipe dialise waarop hy of sy geplaas gaan word nie. Volgens Levy et al. (2001) belemmer dit vanselfsprekend lewenskwaliteit. In teenstelling hiermee gee die vryheid wat na 'n nieroorplanting ervaar word, 'n gevoel van meer outonomie. Dit maak die bereiking van begeerde uitkomst moontlik en lei tot 'n toename in die ervaring van lewensvrede en selfdeterminasie.

Hoewel besluite geneem deur die mediese personeel in sekere opsigte verantwoordelik kan wees vir 'n afname in die lewenskwaliteit van die nierpasiënt, dra hulle in ander opsigte by tot hoër vlakke van sielkundige welstand van die nierpasiënt. Die gemoedelike gesindheid, bekwaamheid en die inligting wat die verpleegpersoneel aan die pasiënte verskaf, word as 'n belangrike bron van ondersteuning deur die nierpasiënte geïdentifiseer. Bykomend hiertoe was die begrip en meelewing wat hulle van mede-pasiënte ontvang het, vir die pasiënte op peritoneale dialise ook van groot waarde. Die verpleegpersoneel se daaglikse versorgingsaandag was 'n bron van ondersteuning vir die kontrolegroep. Buiten vir die verpleegpersoneel, het al die groepe hul eggenote, gesinne, kinders, godsdiens en kollegas as ondersteuningsbronne aangedui. Enkele pasiënte op dialise, wat minder ondersteuning van betekenisvolle persone in hul lewe ontvang het, getuig van simptome van depressie wat uiteraard sielkundige welstand inkort. Stabiele verhoudings het egter as 'n weerbaarheidsfaktor in die meeste van hierdie pasiënte se lewens gedien, wat ooreenstem met die bevindinge van Mikulincer en Florian (1998).

Hoewel aanpassing belemmer kan word deur die moontlike verwerping van die oorgeplante nier, getuig pasiënte na hul nieroorplanting van die hervatting van hul beroepe, sport en stokperdjies, wat 'n terugkeer na normale lewe vir diesulkes impliseer, met 'n gevolglike toename in lewensvrede en selfdeterminasie. Dit verklaar dan ook die hoër vlakke van sielkundige welstand by die nieroorplantingpasiënte. Die pasiënte van die kontrolegroep se beserings laat vrae ontstaan rondom die handhawing van hul beroepe, hul onafhanklikheid en 'n terugkeer na

‘n normale lewe. Die akute aard van hul beserings het tot gevolg dat die ervaring van lewenstevredenheid en selfdeterminasie op ‘n tydelike grondslag, omvergewerp word.

Bogenoemde faktore wat lewenstevredenheid en selfdeterminasie beide verlaag en verhoog, kan dus as verklaring dien vir die gemiddelde vlakke van sielkundige welstand wat deur die ondersoekgroep ervaar word. Vanuit die kwantitatiewe en kwalitatiewe resultate wil dit voorkom asof die pasiënte op dialise die laagste vlakke van sielkundige welstand ervaar. Hoewel die pasiënte van die kontrolegroep wel die invloed van hul besering op hul lewens ervaar, blyk die toename in gesondheid en lewenskwaliteit na die operasie hoër vlakke van sielkundige welstand tot gevolg te hê. Die nieroorplantingpasiënte wat die meeste lewenstevredenheid en selfdeterminasie ervaar, se hoër vlakke van sielkundige welstand kan toegeskryf word aan die toename in hul fisieke welstand, wat die uitleef van hul belangstellings en stokperdjies, die hertoetreding tot beroepe en sosiale betrokkenheid tot gevolg het. Die emosionele groeiproses wat plaasvind van voor tot na die nieroorplanting, maak dit vir hulle moontlik om hulself te distansieer van alledaagse probleme, wat ‘n positiewe invloed op hul lewens het. Die nuutgevonde vryheid van dialise na hul nieroorplanting het ook ‘n dramatiese verhoging in hul lewenskwaliteit tot gevolg. Hoewel ‘n nieroorplanting nie gesondheid waarborg nie, het dit eerder ten doel om die pasiënte se welstand en lewenskwaliteit te verbeter (Ostrowski et al., 2000; Rebollo et. al, 2000), wat inderdaad by die nieroorplantingpasiënte waargeneem word.

9.3 DIE ONDERSOEGGROEP SE VLAKKE VAN SPIRITUALITEIT, HOOP EN OPTIMISME

9.3.1 Spiritualiteit

Die totale ondersoekgroep het duidelik oor relatief hoër vlakke van spirituele welstand beskik soos aangedui vanuit die subskaaftellings verkry op die Spirituele-welstandskaal (Paloutzian & Ellison, 1982). Hoewel navorsers in vorige studies selfs hoër tellings op die Spirituele-welstandskaal rapporteer, is die gemiddelde tellings in hierdie studie verkry, steeds hoog. Hierdie hoër vlakke van spirituele welstand by die totale ondersoekgroep, word hoofsaaklik toegeskryf aan hul besondere verhouding met God soos gereflekteer in die vertikale-dimensie-subskaaftelling van 50,34. Hierdie hoër telling word bevestig vanuit onderhoude, waar die pasiënte van die ondersoekgroep, en veral die hemodialise pasiënte, van so ‘n verhouding getuig. Deurdat hierdie pasiënte hulself verbind aan God wat groter is as die self, het dit die vorming van

‘n gesonde identiteit (Frankl, 1967; 1986) en ook spirituele groei en welstand tot gevolg (McLafferty & Kirylo, 2001).

Die aanvanklike diagnosering van hul nierversaking ontlok verskeie reaksies by die onderzoekgroep. Vir die pasiënte op dialise het hul diagnose van nierversaking hulle met vroeë daaromtrent gelaat en opstandigheid teenoor God is ervaar. Die lewensbedreigende aard van hul siektetoestand het egter daartoe gelei dat hulle die essensie, betekenis en die intrinsieke waarde van hul lewens ondersoek het. Hierdie selfondersoek en die tydsverloop het tot gevolg gehad dat hul verhouding met God ‘n nuwe wending neem, deurdat die waarde van hul geloof besef word. Die fisieke beperkinge van hul nierversaking word dus getransendeer, wat uiteindelik spirituele groei bevorder (Reed, 1986; 1987), soos gesien in ‘n verdieping in hul geloof en gebedsbeoefening (Peterson, 2000). Spiritualiteit as geloofsstelsel dien nou as ‘n raamwerk, waarvolgens antwoorde op vroeë gesoek word (O’Brien, 1982) en daartoe lei dat hul kennis van die Bybel, die wete dat God in beheer is en sy almagtigheid, berusting en aanvaarding van hul nierversaking teweegbring. Hierdie besef, naamlik dat oplossings vir hul vroeë en hul nierversaking by ‘n Wysheid groter as hul eie lê, dien volgens Jung (1933) om selfgesentreerdheid en narsissisme, wat ‘n negatiewe invloed op spirituele welstand het, teen te werk. Die gevolg hiervan is dat die pasiënte weer hoop omtrent die toekoms ervaar. Deurdat hoop ervaar word, dui dit op ‘n verskuiwing binne die persoonlikheid na ‘n nuwe ontwikkelingsvlak, wat die onderzoekgroep met ‘n gevoel laat dat daar wel iets positief uit hul ervaring voortspruit (Jaffe, 1985). Hierdie proses, waar nierversaking wat aanvanklik as ‘n traumatiese gebeurtenis beskou is, geherinterpreteer word, lei dan uiteindelik tot spirituele groei.

Die waarde van ‘n verhouding met God het ook na vore gekom in die sosiale en emosionele ondersteuning wat daaruit verkry word. Hulle het kennelik ‘n gemeenskaplikheid met ander gelowiges ervaar. Die ondersteuning wat hul geloof aan hulle verskaf, dien om hulle te motiveer om meer geredelik aan die vereistes van hul behandeling te voldoen (Assagioli, 1965; Jung, 1958) en die uitdagings wat dit inhou die hoof te bied (Gordon & Song, 1994). Dit dui op die ondersteunende waarde van hulle geloofslêwe, wat positiewe gevolge vir hul sielkundige sowel as fisieke welstand inhou.

Die hoë gemiddelde telling van 43,44 op die horisontale dimensie wat die tweede subskaal van die Spirituele-welstandskaal uitmaak, dui daarop dat die lede van die onderzoekgroep binne die konteks van hul geloof welstand ervaar. Welstand verwys in hierdie opsig na die gevoel dat hul

lewens 'n doel het, sinvol is en dat hulle lewenstevredenheid ervaar. Die hemodialise pasiënte beskou hul nierversaking as 'n vuurdoop vir hul geloof. Deur hul nierversaking te sien as 'n geleentheid waar hul geloof en verhouding met God versterk kan word, verkry hul siektetoestand en lewe meer sin en betekenis. Hul nierversaking bring dus mee dat hulle deurentyd oor God en die Bybelse waarhede besin. Hoewel die peritoneale dialise pasiënte aanvanklik van opstandigheid teenoor en selfs 'n vervreemding van God getuig, het hul nierversaking 'n terugkeer na God en sy weë tot gevolg gehad. Aangesien hulle verhouding met God hulle bewus maak het van sy genade, het dit hulle minder geïsoleerd laat voel en 'n aanduiding verskaf van wat regtig belangrik in die lewe is. Dit dra by tot groter lewenstevredenheid en die ervaring van meer sin en betekenis in die lewe as gevolg daarvan. Hul nierversaking het dus vir sekere pasiënte 'n spirituele ontwaking en vir ander 'n verdieping in hul geloof tot gevolg.

Die voorreg om 'n nuwe nier te kan ontvang, versterk die nieroorplantingpasiënte se besef van hulle afhanklikheid van God en sy teenwoordigheid. Die waarde geheg aan hul geloof intensifiseer deurdat die nieroorplanting beskou word as 'n antwoord op hul gebede. Die gevolg hiervan is dat hul siektetoestand aanleiding gegee het tot spirituele groei, met 'n minder selfgesentreerde benadering tot ander en die lewe. Dit verklaar dan ook hul behoefte om ander tot hulp te wees. Die toename in lewenskwaliteit na hul nieroorplanting kan as verklaring dien waarom juis hierdie pasiënte die meeste lewenstevredenheid ervaar, meer doelwitte het en van 'n sinvolle lewe getuig. In teenstelling hiermee, ag die pasiënte van die kontrolegroep hul beserings as 'n ingryping van God, waar Hy hulle die geleentheid bied om hul lewens in heroënskou te neem. Hoewel dit dus nie noodwendig hul verhouding met God verbeter nie, het dit die identifisering van doelwitte vir hul lewens tot gevolg. Die indruk wat hieruit verkry word, is dat die pasiënte op dialise vanweë die kroniese en lewensbedreigende aard van hul nierversaking, in 'n meer intense en daaglikse stryd met hul geloof en Skepper gewikkel is. Dit verklaar dan ook die hemodialise pasiënte se nabye verhouding met hul Skepper. Vir die kontrolegroep blyk hul besering 'n meer geïsoleerde ervaring te wees, met beoogde veranderings in die toekoms.

9.3.2 Hoop

Die vlakke van hoop wat deur die ondersoekgroep ervaar is, is op kwantitatiewe wyse deur die gebruikmaking van die Herth-hoopindeks (Herth, 1992) vasgestel. In vergelyking met vorige resultate waar hierdie vraelys toegepas is, dui die resultate verkry in hierdie studie daarop dat die ondersoekgroep van hoë vlakke van hoopvolheid getuig. Net soos by sielkundige welstand,

word die vlakke van hoop ook deur verskeie faktore beïnvloed. Hier blyk die positiewe invloed wat die ondersoekgroep se vlakke van hoop verhoog, egter in die meerderheid te wees.

Vanuit die literatuur wil dit voorkom asof die ondersoekgroep hoop sal ervaar, indien die verwagting bestaan dat doelwitte bereik sal word (Snyder, 1995; Stotland, 1969). Die resultate op die eerste subskaal van die Herth-hoopindeks naamlik die kognitief temporale dimensie, dui daarop dat die ondersoekgroep inderdaad hierdie verwagtinge koester. Dit is veral die nieroorplanting pasiënte wat hoop ervaar, deur hul verwagting dat positiewe, begeerde uitkomst in die nabye of verdere toekoms moontlik is. Deurdad hierdie pasiënte na hul nieroorplanting reeds van suksesvolle doelwitbereiking getuig, kan dit op sigself verantwoordelik wees vir hierdie verwagting dat verdere doelwitte in die toekoms ook bereik kan word. Tesame hiermee word die vermoë om strategieë te genereer ten einde doelwitbereiking te verseker, geassosieer met 'n meer hoopvolle verwagting omtrent die uitkoms van hul siektetoestand (Snyder, 1995). Op die tweede subskaal, naamlik die affektiewe gedragsdimensie, dui die resultate verkry daarop dat die ondersoekgroep as geheel, maar veral die pasiënte van die kontrolegroep, vertrou het in hul vermoë om strategieë vir doelwitbereiking te genereer. Hierdie resultate korreleer met die kwalitatiewe data verkry uit die onderhoude. Verwagtings aangaande doelwitbereiking en vertrou in eie vermoë word hoofsaaklik deur die peritoneale dialise pasiënte, sowel as dié van die kontrolegroep, aangetoon. Vir die nieroorplanting pasiënt is reeds bereikte doelwitte die rede waarom hulle hoop ervaar, terwyl die hemodialise pasiënte hul hooploosheid toeskryf aan onbereikte doelwitte vanweë hul siektetoestand.

Sosiale en geestelike interaksie is 'n verdere kenmerk van die ondersoekgroep soos aangedui deur resultate verkry op die derde subskaal op die Herth-hoopindeks. Hierdeur dui die ondersoekgroep en veral die pasiënte van die kontrolegroep aan dat hulle hul interafhanklikheid met ander en interverwantskap tussen hulself en die geestelike waarneem. Die ondersteuning verkry van familie, vriende en die verpleegpersoneel, asook hul affiliasie met 'n goddelikheid, dien in hierdie geval om hulle meer hoopvol te laat. Tesame hiermee word die dialise pasiënte se vlakke van hoop verhoog deur die vordering gemaak in tegnologie en die mediese wetenskap en inligting verskaf deur die mediese personeel rakende hul nierversaking, sodat hulle beseft dat hul nierversaking behandelbaar is. Vir die kontrolegroep word 'n toename in hul vlakke van hoop bewerkstellig deur die herstelproses na hul besering.

Na gelang van die eise wat hul kroniese nierversaking aan hulle stel, dui die aanpassings wat die hemodialise pasiënte en die peritoneale dialise pasiënte maak, daarop dat die lei van 'n gesonde lewe vir hulle belangrik is. Hoewel die gerotineerde aard van dialise hul aanpassing by hul nierversaking bemoeilik, toon hulle buigsaamheid in die tref van reisreëlings en lewensstylveranderings. Deurdat hierdie pasiënte se gedrag die handhawing van 'n gesonde lewensstyl ten doel het, tesame met die buigsaamheid wat hulle openbaar ten einde dit te bereik, het dit 'n toename in die ervaring van hoop tot gevolg (Bandura, 1989). Sodanige aanpassing by hul siektetoestand het meer beheer oor hul nierversaking tot gevolg, wat tot 'n toename in die ervaring van hoop lei. Waar die dialise pasiënte by 'n veranderde lewensstyl moet aanpas, is die kontrolegroep se aanpassing meer tydelik van aard en gerig op die herstel na hul besering.

'n Fokus op belange anders as hul siektetoestand lei vir die nieroorplantingpasiënte tot 'n meer algemene ervaring van hoop. 'n Voorbeeld hiervan behels hoopvolheid omtrent die toekoms van Suid-Afrika. In teenstelling hiermee is die dialise pasiënte se hoop meer spesifiek gerig op gesondheid, 'n nieroorplanting en die toename in lewenskwaliteit daarna. Die kontrolegroep pasiënte toon beide spesifieke en algemene hoop. In hierdie verband is hul hoop gerig op ontslag uit die hospitaal en ook op die voltooiing van verdere studies. Hierdie verskille in hoop by die pasiënte kan moontlik daaraan toegeskryf word dat nierversaking 'n kroniese siektetoestand is, wat 'n konstante herinnering is aan dit wat hulle nie het nie, naamlik gesondheid en lewenskwaliteit. As gevolg hiervan is hul hoop spesifiek gerig op 'n nieroorplanting, wat in hulle oë gesondheid en lewenskwaliteit kan bring en lewensbehoud verseker. Die tydsverloop wat egter met nieroorplantings gepaardgaan, verminder vir die dialise pasiënte die realisering van hierdie wens, met 'n gevolglike afname in die ervaring van hoop. Die tydelike aard van hul terugslag met die implikasie dat hulle vinnig sal herstel, dien om die pasiënte van die kontrolegroep te laat hoop op ontslag uit die hospitaal. Dit blyk asof hul akute besering wat 'n mindere mate van inkorting impliseer, dit moontlik maak om spesifieke en algemene hoop te ervaar. Dieselfde beginsel geld vir die nieroorplantingpasiënt.

Hoewel die ondersoekgroep as geheel 'n hoë mate van hoopvolheid aantoon, bestaan verskeie faktore wat hierdie ervaring van hoop verminder. Faktore wat die ervaring van hoop verlaag blyk dieselfde te wees vir pasiënte op die verskillende vorms van dialise. Voorbeelde hiervan behels 'n gebrek aan ondersteuning, moegheid, verlieservarings, slaapversteurings, 'n negatiewe persepsie, fisieke ongemak en addisionele komplikasies. Die tekort aan niere beskikbaar vir

oorplantings, wat lei tot 'n lang wagtydperk en die kroniese aard van hul siektetoestand beklemtoon, blyk ook verantwoordelik te wees vir die afname in die ervaring van hoop.

9.3.3 Optimisme

Deur die toepassing van die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983) en die Attribusiestylvraelys van Seligman et al. (1979), dui die resultate op hierdie twee vraelyste daarop dat die totale ondersoekgroep hoë vlakke van optimisme ervaar. Die gemiddelde totaalstelling op die Affektometer 2 in hierdie studie blyk hoër te wees as gerapporteer in 'n studie deur Wissing et al. (1999). Die resultate verkry op die Attribusiestylvraelys, blyk ook effens hoër te wees as die bevindinge van Schulman et al. (1989). Dit is veral die nieroorplanting pasiënte wat op die Affektometer 2 aandui dat hulle meer positiewe as negatiewe affek ervaar. Op die Attribusiestylvraelys is dit oorwegend die pasiënte van die kontrolegroep wat meer gereeld onaangename gebeure aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake toeskryf. Deurdat positiewe gevoelens in die meerderheid is, hou dit wenslike gevolge vir die ondersoekgroep in, aangesien dit hul weerbaarheid teen die eise van hul siektetoestand verhoog en lewenskrag verskaf.

Kwalitatiewe inligting uit die onderhoude dui ook daarop dat die pasiënte van die ondersoekgroep oorwegend optimisties is. Indien hul vlakke van optimisme verminder, skryf die hemodialise pasiënte dit toe aan fisieke ongesteldheid, gebrekkige ondersteuning en verminderde beheer oor hul siektetoestand. Vir die peritoneale dialise pasiënte is dit gevoelens van nuttelosheid en negatiewe persepsies en -verklarings wat hulle tot 'n meer pessimistiese gemoedstoestand dryf. Die verandering in behandelingsmodaliteit, veral indien 'n pasiënt vanaf peritoneale dialise teruggeplaas moet word na hemodialise weens gesondheidsredes, byvoorbeeld infeksies en wat agteruitgang in beide gesondheid en lewenskwaliteit impliseer, het 'n afname in die vlakke van optimisme tot gevolg. Vir die nieroorplantingpasiënt lei skyn-verwerping van die oorgeplante nier daartoe dat dit hul vlakke van optimisme verlaag. Die invloed van gebeure en omstandighede op die lewens van hierdie pasiënte, wat verskillend deur elkeen geïnterpreteer word, dien dus as verklarings vir die variasie in die vlakke van optimisme wat ervaar word (Adler, 1927; 1964; Kelly, 1955; Lewin, 1951; Snyder, 1994; Tiger, 1979).

Ten spyte van faktore wat hulle minder optimisties laat, verwag die pasiënte van die kontrolegroep, sowel as die pasiënte op dialise, 'n positiewe uitkoms rakende hul siektetoestand. Hierdie positiewe verwagting dui op die teenwoordigheid van optimisme, wat spesifiek daarop

gerig is om weer gesond te wees. Die ervaring van struikelblokke in die vorm van wisselvallige fisieke welstand, infeksies en skyn-verwerpings het egter 'n negatiewe invloed op hul doelwit om gesond te word. As gevolg hiervan pas die nierpasiënte hulle gedrag en lewensstyl aan by die implikasies en eise van hulle siektetoestand soos gesien in die volg van voorgeskrewe diëte, beperkte voginname en 'n opskerping in hul higiëne om sodoende hierdie struikelblokke te oorkom (Peterson & Bossio, 1991). Die moontlikheid van goeie gesondheid as spesifieke doelwit, word hierdeur verhoog, wat weer optimisme tot gevolg het (Scheier & Carver, 1992). Aangesien hul doelwit om gesond te word hul gedrag reguleer, word disposisionele optimisme ervaar. Dit dui daarop dat die pasiënte op dialise die verwagting het dat die toekoms gevul sal wees met vele aangename gebeure en dat onaangename gebeure in die minderheid sal wees (Scheier & Carver, 1992).

Deurdat die pasiënte hul nierversaking in 'n positiewe lig sien, maar steeds realisties is, impliseer volgens Baumeister (1988) 'n balans tussen optimisme en realisme. Anders gesien, dui die optimisme wat die pasiënte op dialise ervaar, ten spyte van die beperkings wat hul nierversaking stel, volgens DeGrandpre (2000), op die teenwoordigheid van realistiese optimisme. Waar die dialise pasiënte onsekerheid ervaar omtrent 'n nieroorplanting, aangesien dit deur soveel faktore beïnvloed word, is dit juis hul realistiese optimisme wat hulle hoopvol hou. Deur 'n meer gelate houding teenoor hul diagnose van kroniese nierversaking in te neem, word die hemodialise pasiënte se interpretasie van hul siektetoestand ook minder bedreigend. Die aanvaarding van die wete dat daar nie onmiddellike oplossings vir hul nierversaking is nie, word bevorder deur hulle realistiese optimisme (Schneider, 2001). So 'n houding verhoog ook hul vlakke van optimisme verder en lei tot die behoud van motivering vir die behandeling (McFarland & Ross, 1982). Hul motivering kom inderdaad na vore in hul soeke na geleenthede om hulle doelwitte te bereik. In hierdie opsig voorkom hulle gelate houding dat hul nierversaking hulle mismoedig maak oor die bereiking van hulle doelwitte (Pacht, 1984).

Die nierpasiënte se oorwegend positiewe benadering tot hul siektetoestand, lei tot meer waardering teenoor hul gesinne, die verpleegpersoneel, die natuur en hulle gesondheid wat voorheen as vanselfsprekend aanvaar is. Addisioneel hiertoe toon die nieroorplantingpasiënt waardering en dankbaarheid teenoor die skenker van sy of haar nier. As gevolg hiervan herinner die lede van die ondersoekgroep hulself dikwels aan die positiewe invloed van die situasie, wat andersins ongesiens verby sou gaan en word erkenning gegee aan die mense en aspekte wat positiewe bydraes tot hul lewens maak (Schneider, 2001). Hierdie waardering verhoog hul

vlakke van optimisme en dien as motivering om die beste van hul situasie te maak, soos blyk uit die navolging van 'n gedissiplineerde lewensstyl. Dit dui op die aanpassings wat die pasiënte gemaak het. Die ondersoekgroep maak dus die keuse om op die positiewe van hul bestaande situasie te fokus. Die peritoneale dialise pasiënte se ervaring van optimisme word in sommige gevalle deur hul geloof ondersteun, terwyl inligting verskaf deur medici vir die kontrolegroep as teenvoeter vir pessimisme dien.

Die pasiënte wat hul nierversaking en hul behandeling as 'n uitdaging benader, ervaar in die meeste gevalle 'n positiewe gesindheidsverandering daarvoor (Schneider, 2001). Die negatiewe assosiasies met hemodialise raak die rede waarom 'n pasiënt in die oggend opstaan. Vir 'n pasiënt op peritoneale dialise lê die uitdaging daarin om sy nierversaking te oorwin. Hierdie positiewe ingesteldheid lei daartoe dat hierdie pasiënte steeds optimisme ervaar, gemotiveerd is oor hul lewe en volhard in hul stryd teen hul nierversaking (Schneider, 2001). Deurdat hulle meer aandag skenk aan die verwagtings wat aan hulle as nierpasiënte gestel word, ervaar hulle meer beheer oor hul situasie (Covington, 2000). Die gevolg hiervan is dat die nierversaking nie meer so 'n ontwrigtende invloed op hul lewens het nie en die bereiking van doelwitte minder vergesog lyk.

Die nieroorplantingspasiënt se verhoging in lewenskwaliteit en fisieke welstand dra by hulle tot optimisme. Hul dankbaarheid vir die nier wat hulle ontvang het, is 'n konstante herinnering aan die positiewe verandering wat die nieroorplanting in hul lewens gebring het. Die optimisme oor die resultate van die nieroorplanting kring dan uit in optimisme oor die bereiking van verdere doelwitte. Die pasiënte van die kontrolegroep se optimisme spruit weer voort uit 'n realistiese kyk na hulle beserings en die besef dat dit erger kon wees. Hierdie beskouing maak dit makliker om die realiteit van hul gegewe situasie te aanvaar en meer optimisties daarvoor te wees. Positiewe terugvoer deur die mediese personeel omtrent die aard van hul besering en die verwagte herstelproses, lei ook tot 'n verhoging in hul vlakke van optimisme. Tydens hul opname in die hospitaal het hierdie pasiënte kans gehad om te besin oor hul lewens. Dit het gelei tot die formulering van nuwe doelwitte, wat daarop dui dat hulle optimisties is oor die toekoms en verwag dat hulle van hul besering gaan herstel. In gevalle waar onsekerheid bestaan omtrent hul herstel en of hulle kan terugkeer na 'n vorige vlak van funksionering, oorweeg hulle reeds ander moontlikhede. Deurdat hulle realisties is omtrent die moontlike uitkomst van hul besering en buigsaamheid daaromtrent openbaar, blyk hulle, ten spyte van verwagte veranderings, steeds optimisties te wees. Dit is egter die algemene verwagting dat hulle gesond

gaan word en dat hul besering 'n tydelik ontwrigting van hul lewens is, wat hul algemene ervaring van optimisme verklaar.

9.4 DIE INVLOED VAN SPIRITUALITEIT, HOOP EN OPTIMISME AS PSIGOFORTIGENE FAKTORE BY DIE ERVARING VAN DIE SELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ONDERSOEGGROEP.

9.4.1 Die invloed van spiritualiteit op sielkundige welstand

Uit die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings lyk dit asof die vertikale dimensie van spirituele welstand vir die hemodialise pasiënte en die horisontale dimensie van spirituele welstand vir die kontrolegroep, as voorspellers van sielkundige welstand dien. Vir die hemodialise pasiënte verklaar die vertikale dimensie van spiritualiteit die variansie in selfdeterminasie, terwyl die horisontale dimensie van spiritualiteit vir die kontrolegroep hul variansie in lewenstevredenheid aandui.

Deurdat van die hemodialise pasiënte in God glo, maak dit hulle deel van 'n gemeenskap van gelowiges. Ondersteuning verkry en samesyn ervaar in die beoefening van hul geloof, dien as bindende faktore, met gevoelens van gemeensaamheid as gevolg. In hierdie opsig dien geloof as 'n algemene weerbaarheidsfaktor teen die eise en impak van hul nierversaking en word sielkundige welstand ervaar. Sodoende verminder die allostatiese lading (byvoorbeeld verlies aan beheer en gebrekkige ondersteuning) wat met hul nierversaking gepaardgaan en word meer fisiologiese welstand en beheer oor hul nierversaking ervaar. Dit het 'n toename in selfgekoese aktiwiteite en doelwitte tot gevolg, wat dui op meer outonome optrede wat gepaardgaan met sielkundige welstand. Deur godsdienste word die hemodialise pasiënte bewus daarvan dat hulle as individue belangrik is en dit spreek tot hulle gevoelens van eiewaarde. Hierdeur beskou hulle hulself as aanvaarbaar en bekwaam en word hul selfvertroue gevoed, wat hulle in staat stel om vriendskappe te vorm, onselfsugtig te wees in hul optrede en liefde en deernis uit te leef.

Vanweë die akute aard van hul besering, wat vinnige herstel en gesondheid impliseer, is dit vir die kontrolegroep relatief makliker om 'n positiewe beskouing van hul lewe en 'n tevredenheid met hulle lewenskoers te handhaaf. Lewenstevredenheid word ervaar binne die konteks van hul geloof, wat uiteindelik sielkundige welstand tot gevolg het. Dit stem ooreen met die bevinding van Okun en Stock (1987), wat gesondheid en godsdienstigheid as die twee beste voorspellers van lewenstevredenheid beskou.

9.4.2 Die invloed van hoop op sielkundige welstand

Vanuit die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings is dit duidelik dat hoop nie as voorspeller van sielkundige welstand vir die nierpasiënte in die geheel na vore getree het nie. Dit is slegs die kognitief temporale dimensie van hoop wat die selfdeterminasie van die hemodialise pasiënte verklaar. Hierdie koppeling kan moontlik verklaar word deurdat die hemodialise pasiënte vanweë die kroniese aard van hul siektetoestand intens fokus op 'n begeerde uitkoms, naamlik om 'n nieroorplanting te kry. In hierdie verband word 'n nieroorplanting geassosieer met meer outonomie en seggenskap oor hul eie optrede. Hul gevoel dat 'n nieroorplanting as verlangde uitkoms bereik kan word, dien dus in hierdie geval as 'n belangrike determinant van hulle sielkundige welstand. Deur 'n nieroorplanting te verkry kan die tyd wat aan dialise spandeer word, vervang word deur tyd saam met vriende en familie, wat uiteindelik hul behoefte om in verhoudings te staan bevredig en dus sielkundige welstand bevorder.

9.4.3 Die invloed van optimisme op sielkundige welstand.

Die ervaring van positiewe affek, oftewel optimisme, soos gemeet deur die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983), het as die prominentste voorspeller van sielkundige welstand na vore getree, deurdat dit die selfdeterminasie van die nierpasiënte sowel as die kontrolegroep verklaar het. Dit wil dus voorkom asof die teenwoordigheid van 'n algemene gevoel van geluk of welstand onderliggend is aan die bevrediging van behoeftes aan bekwaamheid, outonomie en die vermoë om in verhoudings te staan. Dit blyk asof die ondersoekgroep optimisties is aangaande hul eie bekwaamheid om belangrike doelwitte te bereik. Hierdie geloof in hulself dien as motivering vir doelwitbereiking en dit het 'n positiewe impak op sielkundige welstand. Optimisme lei blykbaar verder tot die kies van doelwitte wat vir die pasiënte van intrinsieke belang is. Hierdie ervaring van seggenskap oor eie gedrag, dui op outonomie en hou verband met sielkundige welstand. Deurdat die ondersoekgroep optimisties is, is die vermoë om warm, ondersteunende interpersoonlike verhoudings te vorm makliker. Sodanige verhoudings, wat as 'n weerbaarheidsfaktor dien, bevorder ook sielkundige welstand.

Addisioneel tot affek, dien die attribusiestyl van die hemodialise- en peritoneale dialise pasiënte ook as voorspeller van hul selfdeterminasie, oftewel sielkundige welstand. Die optimistiese verklarings wat hulle vir hul nierversaking formuleer, word toegeskryf aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake. Hulpeloosheid word hierdeur die nek ingeslaan wat die ervaring van meer

outonomie tot gevolg het, wat 'n faktor van selfdeterminasie is. Selfvertroue bly behoue en deur krediet te neem vir sukseservarings word 'n gevoel van bekwaamheid bevorder. Die emosionele afstand wat geskep word tussen hulself en moontlike negatiewe uitkomst, het dus 'n positiewe invloed op hulle ervaring van sielkundige welstand. Die toeskrywing van hul nierversaking aan 'n spesifieke oorsaak, lei daartoe dat dit nie gesien word as iets wat 'n globale invloed het wat alle aspekte van hul lewens beïnvloed nie. Sodoende kan hulle steeds verhoudings handhaaf en as gevolg daarvan steeds sielkundige welstand ervaar. Die afwesigheid van attribusiestyl as voorspeller van sielkundige welstand by die nieroorplantingpasiënte en die kontrolegroep kan moontlik daaraan toegeskryf word dat die mens dalk relatief minder geneig is om pertinente verklarings vir positiewe gebeure te soek.

Optimisme, soos gemeet deur die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983), is hoofsaaklik verantwoordelik vir die variansie in lewenstevredenheid wat ervaar word deur die nieroorplantingpasiënte en die kontrolegroep. Die afwesigheid van 'n kroniese siektetoestand (hoewel die nieroorplantingpasiënt steeds kroniese medikasie neem) en die verwagting van die kontrolegroep dat hulle vinnig sal herstel, gee heel moontlik aanleiding tot die ervaring van 'n algemene gevoel van geluk en dien dus as voorspeller van lewenstevredenheid. Die ervaring van optimisme dien om hul globale beoordeling van hul lewens meer positief te maak en lei daarom tot die ervaring van lewenstevredenheid en ook sielkundige welstand. Die chirurgiese ingrepe wat hulle ondergaan het, het hul onsekerheid oor hul siektetoestand opgehef, wat hulle vrystel om lewensdoelwitte na te streef, met die gevolglike ervaring van lewenskwaliteit. Deurdat die hemodialise- en die peritoneale dialise pasiënte steeds in afwagting is op die vryheid en gesondheid wat 'n nieroorplanting bring, en dus vasgevang is in hul huidige situasie en die beperkings en onsekerheid wat daarmee gepaardgaan, blyk hulle minder lewenstevredenheid te ervaar.

9.5 OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS

Die eerste spesifieke doelstelling van hierdie studie was om die mate van sielkundige welstand wat deur die ondersoekgroep ervaar word te bepaal.

Daar is na die ervaring van lewenstevredenheid en selfdeterminasie van die ondersoekgroep gekyk, ten einde die eerste doelwit van hierdie studie aan te spreek. Dit is belangrik om te onthou dat sielkundige welstand ook deur ander teorieë toegelig kan word.

- ❖ **Lewenstevredenheid:** Op grond van vorige bevindinge, die resultate verkry vanuit onderhoude en die afneem van die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985), word die gevolgtrekking gemaak dat die onderzoekgroep 'n gemiddelde mate van lewenstevredenheid getoon het. Lewenstevredenheid word negatief beïnvloed, deurdat bevrediging nie plaasvind in areas wat belangrik geag word nie en verlieservarings wat verminderde betrokkenheid in interessante aktiwiteite impliseer. Die ervaring van simptome van depressie by enkele van die nier pasiënte dui op meer negatiewe as positiewe emosie, wat lewenstevredenheid vir diesulkes verminder. In ooreenstemming met die siening van Levy et al. (2001), het verminderde seggenskap oor hul behandelingsmodaliteit 'n verdere afname in die ervaring van lewenstevredenheid tot gevolg. Die ondersteuning wat ontvang word uit verskeie oorde, dra egter weer by tot 'n ervaring van lewenstevredenheid.

- ❖ **Selfdeterminasie:** Op grond van die kwalitatiewe ontleding van die onderhoude en die resultate verkry op die Selfdeterminasieskaal van Sheldon en Deci (1996), blyk dit dat die onderzoekgroep 'n gemiddelde mate van selfdeterminasie ervaar. Dit impliseer dat die onderzoekgroep se behoeftes aan bekwaamheid, outonomie en hul vermoë om in verhoudings te staan deur hul onderskeie siektetoestande beïnvloed word. Minder selfvertroue en 'n lae selfbeeld as gevolg van impotensie en liggaamlike verandering, dien om hul behoefte aan bekwaamheid te ondermyn en doelwitbereiking vind nie plaas nie. Beperkte keuses ten opsigte van hul behandeling het 'n nadelige invloed op outonomie, wat hul seggenskap oor hul eie lewe verminder. Die nieroorplantingpasiënte ervaar wel meer outonomie na hul operasies, wat 'n toename in selfdeterminasie impliseer. Die onderzoekgroep se vermoë om verhoudings te vorm en die ondersteuning wat hulle daaruit put, dien om die ervaring van selfdeterminasie en sielkundige welstand te voed.

Die tweede spesifieke doelstelling van hierdie studie was om 'n aanduiding te verkry van die onderzoekgroep se spiritualiteit, hoop en optimisme wat ervaar word.

- ❖ **Spiritualiteit:** Die onderzoekgroep toon 'n hoë mate van spirituele welstand, wat hoofsaaklik aan 'n verhouding met God toegeskryf word. Hierdie verhouding word beskou as 'n bron van hoop, ondersteuning en wat rigting aan hul lewens gee. Deur die essensie, betekenisvolheid en waarde van hul lewens te ondersoek, word lewenstevredenheid en sin ervaar. Die kontrolegroep pasiënte neem hul lewe in heroënskou na hul besering en

herformuleer hulle lewensdoelwitte. Nierversaking dien as 'n toets vir geloof (hemodialise pasiënte), om 'n terugkeer na God te bewerkstellig (peritoneale dialise pasiënte) en as 'n bevestiging van hul afhanklikheid en die teenwoordigheid van God (nieroorplantingpasiënt). Die nierpasiënte voer dikwels 'n intense en daaglikse stryd oor hulle geloof en met hulle Skepper vanweë die lewensbedreigende aard van hul nierversaking, terwyl die kontrolegroep pasiënt hul besering as 'n bewusmakingsproses beskryf, met 'n heroorweging van doelwitte vir die toekoms.

- ❖ **Hoop:** Die resultate verkry in die studie dui daarop dat die ondersoekgroep in geheel getuig van die ervaring van hoop. Die nierpasiënte op dialise se hoop is gerig op 'n nieroorplanting en wat dit meebring, terwyl die kontrolegroep hul hoop vestig op ontslag uit die hospitaal en op die voltooiing van hul studie. Verwagtings aangaande doelwitbereiking en die geloof in eie vermoë om strategieë daarvoor te genereer, bestaan veral by die peritoneale dialise pasiënte en die nieroorplantingpasiënte. Die nieroorplantingpasiënt getuig van doelwitbereiking en dus die ervaring van hoop, terwyl die hemodialise pasiënt hul hooploosheid toeskryf aan onbereikte doelwitte. Verskeie faktore bestaan wat die ervaring van hoop vir die nierpasiënt verhoog, naamlik die ondersteuning verkry van familie en vriende, hul affiliasie met 'n goddelikheid, vordering gemaak in tegnologie en die mediese wetenskap, asook inligting verskaf deur die mediese personeel. Die aanpassings by hul situasie blyk uit lewensstylveranderings deur die nierpasiënte. Die kontrolegroep se aanpassing daarenteen is meer tydelik van aard en is gerig op herstel na hul besering. Die tekort aan niere vir oorplantings, die lang wagtydperk wat daarmee saamgaan, gebrekkige ondersteuning en fisieke faktore, is verantwoordelik vir die verminderde ervaring van hoop en indirek ook vir die afname in die sielkundige welstand van die pasiënte op dialise.
- ❖ **Optimisme:** Vanuit die resultate is dit duidelik dat die ondersoekgroep oor 'n hoë mate van optimisme beskik, deurdat hulle meer positiewe affek ervaar en onaangename gebeure toeskryf aan eksterne, onstabiele en spesifieke oorsake. Spesifieke elemente van optimisme is waargeneem in terme van positiewe verwagtings wat by die pasiënte op dialise bestaan omtrent die uitkoms van hul siektetoestand. Hoewel bepaalde struikelblokke hulle optimisme temper, het hul vermoë om aanpassings te maak steeds hul strewe na doelwitbereiking bevorder en dus ook tot optimisme aanleiding gegee. Hul optimisme is gewoonlik realisties van aard en hul siektetoestand word as 'n uitdaging

beskou, wat gemotiveerdheid en volharding verg. 'n Fokus op die positiewe aspekte van hul bestaande situasie, lei in vele gevalle tot 'n groter waardering vir hulle gesinne, die verpleegpersoneel, die natuur en gesondheid.

Die laaste doelstelling van hierdie studie was om die invloed van spiritualiteit, hoop en optimisme as psigofortigene faktore op die ervaring van sielkundige welstand vir die ondersoekgroep aan te dui.

- ❖ **Spiritualiteit as voorspeller van sielkundige welstand:** Hoewel die ondersoekgroep as geheel skynbaar oor hoë vlakke van spirituele welstand beskik, is dit slegs die hemodialise pasiënte se verhouding met God wat as voorspeller van sielkundige welstand en meer spesifiek van hul selfdeterminasie, na vore getree het. Vanweë die kroniese en lewensbedreigende aard van hul nierversaking, intensifiseer dit hul bewustheid en afhanklikheid van hul Skepper. Hierdeur dien hul kennis van die Bybel en die leiding wat dit verskaf, asook die gemeensaamheid met mede-gelowiges as 'n bron van ondersteuning, wat ook berusting en aanvaarding van hul nierversaking verskaf. Vir die kontrolegroep word lewenstevredenheid voorspel deur hulle siening van die lewe as sinvol, hulle doelwitte wat hulle rig en die lewenstevredenheid wat hulle godsdienstige ervarings meebring. Die akute aard van hul besering en die relatief vinnige vordering gemaak in die herstelproses, impliseer 'n terugkeer na hul lewens wat hulle voorheen geleë het, wat ook hierdie ervaring van lewenstevredenheid verklaar.

- ❖ **Hoop as voorspeller van sielkundige welstand:** Vanuit die kwantitatiewe gedeelte van die studie is dit duidelik dat hoop nie vir die totale ondersoekgroep as voorspeller van sielkundige welstand na vore getree het nie. Dit is slegs die kognitief-temporale-dimensiesubskaal wat as voorspeller van selfdeterminasie na vore getree het by die hemodialise pasiënte. Hoopvolheid word dus aangedui deur hierdie pasiënte se persepsie dat 'n positiewe, begeerde uitkoms, naamlik 'n nieroorplanting, in die nabye of verdere toekoms moontlik is. 'n Nieroorplanting word dus geassosieer met meer outonomieit, doelwitbereiking en 'n toename in die kwaliteit van hul verhoudings met betekenisvolle ander. Hoewel hoop nie as voorspeller van sielkundige welstand by die ander groepe deur die kwantitatiewe resultate aangedui word nie, dui die kwalitatiewe resultate daarop dat hulle wel hoop ervaar.

- ❖ **Optimisme as voorspeller van sielkundige welstand:** Optimisme (affek) het as die prominente voorspeller na vore getree, deurdat dit die variansie in selfdeterminasie van die totale ondergroep verklaar het. Addisioneel tot affek, het die attribusiestyl van die pasiënte op dialise ook as voorspeller van hul selfdeterminasie na vore getree. Optimisme soos gemeet deur die Affektometer 2 (Kamman & Flett, 1983) is verantwoordelik vir die variansie in lewenstevredenheid van die nieroorplantingpasiënte en dié van die kontrolegroep. Vanuit die kwalitatiewe resultate toon die ondergroep 'n hoë mate van optimisme soos gesien uit hul positiewe verwagtings, aanpassings gemaak, waardering en die benadering van hul siektetoestand as 'n uitdaging.

9.6 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Na aanleiding van die huidige ondersoek se bevindings, kan aanbevelings gemaak word vir verdere navorsing.

- ❖ Hoewel die ondergroep spirituele welstand, hoop en optimisme ervaar het, was dit hoofsaaklik optimisme wat as die prominente voorspeller van hul sielkundige welstand na vore getree het. Verdere navorsing kan dus fokus op ander voorspellers as wat in hierdie studie gebruik is, ten einde 'n vollediger idee te vorm van faktore wat die nierpasiënte se vlakke van sielkundige welstand beïnvloed.
- ❖ Buiten die invloed van kroniese nierversaking op die lewe van die nierpasiënte, bied die veld van nefrologie verskeie navorsingsmoontlikhede. Kulturele kwessies aangaande orgaanskenking, die diagnose van kroniese nierversaking op die lewe van kinders en die impak daarvan op naasbestaendes, die verpleegpersoneel wat voortdurend pasiënte aan die dood afstaan, is, om net 'n paar te noem, areas wat verdere aandag kan geniet.
- ❖ Aangesien die onkoste verbonde aan orgaanoorplantings enorme bedrae beloop, kan die verfyning van die rol wat sielkunde speel in die evaluering van die geskiktheid van mense wat as orgaanskenkers wil optree, asook diegene wat organe moet ontvang, 'n belangrike kostebesparende effek hê.

9.7 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE

Verskeie leemtes in hierdie studie is geïdentifiseer, wat aangespreek kan word deur middel van opvolgstudies. Die leemtes behels die volgende:

- ❖ Met die afneem van die vraelyste kon die fisieke ongesteldheid wat veral die hemodialise pasiënte tydens hul dialiseringsproses ervaar het, die vraelysresultate negatief beïnvloed het.
- ❖ Deurdat die navorser in sommige gevalle genoop was om die vraelyste aan die pasiënte voor te lees, kon dit die resultate positief beïnvloed het, deurdat hulle hulself beter wou voordoën.
- ❖ Die lae Cronbach-alfa-koëffisiënte verkry op die Herth-hoopindeks, regverdig die uitsluiting van die vraelys. Vir volledigheidshalwe is dit egter behou.

9.8 TEN SLOTTE

In hierdie hoofstuk is 'n samevatting van die bevindinge van hierdie studie en die gevolgtrekkings wat daaruit gemaak kon word, weergegee. Voorstelle vir verdere navorsing is gemaak en die leemtes van die studie is uitgewys.

Die uitdagings wat hul kroniese nierversaking aan die nierpasiënte stel, gee aanleiding tot vrae rondom dit wat hulle meer weerbaar kan maak daarteen. Vanuit hierdie studie het dit duidelik geword dat pasiënte met kroniese nierversaking vele sielkundige, fisieke en sosiale probleme ervaar, wat uiteindelik hul sielkundige welstand beïnvloed. Hul spiritualiteit en hoop maar veral optimisme het hierdie pasiënte, in 'n mindere of meerdere mate, gehelp om hulle meer weerbaar te maak ten einde hierdie probleme te kan hanteer. Die bevindinge van hierdie studie mag moontlik aangewend word om die bestaande psigofortigene faktore waaroor die nierpasiënte beskik, uit te wys en hulle meer daarvan bewus te maak. Dit is duidelik dat hoër vlakke van sielkundige welstand ervaar word na 'n chirurgiese ingreep soos gesien by die nieroorplanting- en kontrolegroep pasiënte. Hoewel die literatuur daarop dui dat die peritoneale dialise pasiënte meer lewenskwaliteit as diegene op hemodialise geniet, het die hemodialise pasiënte, ten spyte daarvan dat hulle meer aanpassings/opofferings moet maak, hoër vlakke van spirituele welstand, hoop (subskale 1 en 2) en affek getoon as die pasiënte op peritoneale dialise.

My belangstelling betreffende die sielkundige impak van orgaanskenking en die veld van liaisonsielkunde, het my in die rigting van die nierpasiënt gelei. Met die aanvang van hierdie studie was die wêreld van die pasiënt met kroniese nierversaking vir my totaal onbekend. Tydens my voorbereiding, die naslaanwerk en die skryf van veral Hoofstuk 6, het ek 'n idee

begin vorm van wat kroniese nierversaking behels en die verskillende behandelingsmodaliteite wat daarmee gepaardgaan. Aangesien hierdie pasiënte op die oog af nie fisiek ongesteld voorkom nie, is dit eers nadat hulle hul ervarings met my gedeel het, dat ek 'n duideliker prentjie kon vorm van die impak van hul nierversaking op hul lewens. Ten spyte van dit wat hulle al moes prysgee, hul fisieke pyn en psigiese leed, het hierdie mense my telkens verras met hul insig, blymoedigheid teenoor die lewe en hul humorsin. Hul waardering vir die geleentheid om hul ervaring te deel met 'n onafhanklike persoon het in verskeie onderhoude na vore gekom, aangesien hulle voel dat hulle meestal aan die ontvangkant van inligting is. Dit het my laat beseef dat sielkunde in hierdie area 'n geweldige belangrike rol kan speel. Die ervaring het my ook met nuwe begrip en deernis gelaat teenoor pasiënte met 'n kroniese siektetoestand en ook vir die verpleegpersoneel wat daaglik verantwoordelik is vir hul versorging. Dit het my opnuut laat beseef dat goeie gesondheid 'n kosbare geskenk is, wat ten alle koste opgepas moet word en nie as vanselfsprekend aanvaar moet word nie. Nuutgevonde waardering vir my eie familie, vriende, die natuur, die feit dat my lewe nie aan bande gelê word deur die stand van my gesondheid nie, het na vore getree. Na my gesprekke met die pasiënte met kroniese nierversaking het ek 'n indringende behoefte ervaar om inligting aangaande orgaanskenking en die belang daarvan na die publiek uit te dra. Hopelik sal elkeen wat hierdie proefskrif lees, daarvoor dink en iets daaromtrent doen. Dit kon net sowel u gewees het...

BRONNELYS

(A)

- Abbey, A. & Andrews, F.M. (1985). Modelling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, **16**, 1-34.
- Abi-Hashem, N. (2001). Rediscovering hope in American psychology. *American Psychologist*, **56(1)**, 85-86.
- Adler, A. (1927). *The theory and practice of individual psychology*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Adler, A. (1964). Inferiority feelings and defiance and obedience. In H.L. Ansbacher & R.R. Ansbacher (Eds.), *The individual psychology of Alfred Adler* (pp. 52-55). New York: Harper.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, **64**, 899-922.
- Aldridge, D. (1993). Is there evidence for spiritual healing? *Advances*, **9**, 21.
- Alleyne, S., Dillard, P., McGregor, C. & Hosten, A. (1989). Sexual function and mental distress status of patients with end-stage renal disease on hemodialysis. *Transplantation Proceedings*, **21**, 3895-3898.
- Ashford, B.E. & Kreiner, G.E. (1999). "How can you do it?" Dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Academy of Management Review*, **24**, 413-434.
- Aspinwall, L.G. & Taylor, S.E. (1992). Individual differences, coping and psychological adjustment: a longitudinal study of college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51**, 1173-1182.
- Assagioli, R. (1965). *Psychosynthesis*. New York: Viking Press.
- Averill, J.R., Catlin, G. & Chon, K.K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer-Verlag.

(B)

- Baldwin, M.W., Keelan, J.P.R., Fehr, B., Enns, V. & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social-cognitive conceptualization of attachment working models: availability and accessibility effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, **71**, 94-109.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, **44**, 1175-1184.
- Baumeister, R.F. (1988). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **8**, 176-189.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, **117**, 497-529.
- Belcher, A.F., Dettmore, D. & Holzemer, S.P. (1989). Spirituality and a sense of well-being in persons with AIDS. *Holistic Nursing Practice*, **3**, 16-25.
- Blais, M.R., Sabourin, S., Boucher, C. & Vallerand, R.J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **59**, 1021-1031.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York: Basic.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brannen, G.E., Peters, T.G., Hambidge, K.M., Kumpe, D.A., Kempczinski, R.F., Schroter, G.P. & Weil, R. (1980). Impotence after kidney transplantation. *Urology*, **15**, 138-146.
- Brickman, P. & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation-level theory* (pp. 287-305). New York: Academic Press.

Brunstein, J.C., Schultheiss, O.C. & Grässman, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, **75**, 494-508.

Buchanan, G.M. & Seligman, M.E.P. (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Buss, D.M. (1991). Evolutionary personality psychology. *Annual Review of Psychology*, **42**, 459-491.

(C)

Cacioppo, J.T. & Berntson, G.G. (1999). The affect system: architecture and operating characteristics. *Current Directions in Psychological Science*, **8**, 133-137.

Cacioppo, J.T., Gardner, W.L. & Berntson, G.G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: form follows function. *Journal of Personality and Social Psychology*, **76**, 839-855.

Campbell, A., Converse, P.E. & Rogers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russel Sage Foundation.

Cantor, N. & Sanderson, C.A. (1999). Life task participation and well-being: the importance of taking part in daily life. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.

Carson, V., Soeken, K.L. & Grimm, P.M. (1988). Hope and its relationship to spiritual well-being. *Journal of Psychology and Theology*, **16(2)**, 159-167.

Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. In T.M. Field, P.M. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 305-330). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1999). Themes and issues in the self-regulation of behavior. In R.S. Wyer (Ed.), *Perspectives on behavioral self-regulation: advances in social cognition* (XII: 1-105.) Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Case, R.B., Moss, A.J., Case, N., McDermott, M. & Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: impact on prognosis. *Journal of the American Medical Association*, **267**, 515-519.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, **7**, 269-297.
- Colon, E.A., Callies, A.L., Popkin, M.K. & McGlave, P.B. (1991). Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukemia. *Psychosomatics*, **32**, 420-425.
- Colvin, C.R. & Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin*, **116**, 3-20.
- Compton, W.C. (2001). The values problem in subjective well-being. *American Psychologist*, **56**, 84.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. & Zonderman, A.B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, **78**, 299-306.
- Cousins, N. (1989). *Head first: the biology of hope*. E.P. Dutton, New York.
- Covington, M.V. (2000). Goal theory, motivation, and school achievement: an integrative review. *Annual Review of Psychology*, **51**, 171-200.
- Cowen, E.L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, **46**, 404-408.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, **54**, 821-827.
- Csikszentmihalyi, M. & Csikszentmihalyi, I.S. (1988). *Optimal experience: psychological studies of flow in consciousness*. New York: Cambridge University Press.

(D)

Daar, A.S. (2000). Cultural and societal issues in organ transplantation: examples from different cultures. *Transplantation Proceedings*, **32**, 1480-1481.

Daar, A.S., Marshall, R. (1997). *World Health Forum*, **19**, 124.

Danovitch, G.M. (1996). *Handbook of kidney transplantation (2nd ed.)*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers

Daugirdas, J.T., Blake, P.G. & Ing, T.S. (2001). *Handbook of dialysis (3rd ed.)*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens.

Davis, W.W., Longfellow, D.R., Moody, A.V. & Moynihan, W.S. (1987). Spiritual maturity index: construct validation. In M.F. Ledbetter, L.A. Smith, J.D. Fischer, W.L. Vosler-Hunter & G. P. Chew. (Eds.), An evaluation of the construct validity of the Spiritual Well-Being Scale: a confirmatory factor analytic approach. *Journal of Psychology and Theology*, **19** (1), 94-102.

Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 38). Lincoln: University of Nebraska Press.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and the “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, **11**, 227-268.

Deci, E. (20/01/2005). Persoonlike kommentaar.

Decker, I.F. (1993). The role of trauma in spiritual development. *Journal of Humanistic Psychology*, **33**, 33-46.

- DeGrandpre, R.J. (2000). A science of meaning: can behaviorism bring meaning to psychological science? *American Psychologist*, **55**, 721-739.
- De Ortúzar, M.G. (2001). Ethics and quality of life of kidney transplant patients. *Transplantation Proceedings*, **33**, 1913-1916.
- Derakshan, N. & Eysenck, M.W. (1999). Are repressors self-deceivers or other deceivers? *Cognition and Emotion*, **13**, 1-17.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychology Bulletin*, **95**, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, **55**, 34-43.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J. & Griffon, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, **49**(1), 71-75.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, **68**, 926-935.
- Diener, E., Horwitz, J. & Emmons, R.A. (1985). Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, **16**, 263-274.
- Diener, E. & Larsen, R.J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, **47**, 580-592.
- Diener, E. & Lucas, R.E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz, *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp 213-229). New York: Russel Sage Found.
- Diener, E., Sapyta, J.J. & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychology Inquiry*, **9**, 33-37.
- Diener, E., Wolsic, B. & Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **69**, 120-129.

Dobbels, F., De Geest, R.N., Cleemput, I., Fischler, B., Kesteloot, K., Vanhaecke, J. & Vanrenterghem, Y. (2001). Psychosocial and behavioral selection criteria for solid organ transplantation. *Progress in Transplantation*, **11(2)**, 121-132.

(E)

Eiser, J.R. & Gentle, P. (1988). Health behavior as goal-directed action. *Journal of Behavioral Medicine*, **11**, 523-535.

Elliot, A.J. & Sheldon, K.M. (1997). Avoidance achievement motivation: a personal goals analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **73**, 171-175.

Elliot, T.R., Witty, T.E., Herrick, S. & Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, **61(4)**, 608-613.

Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, **11(4)**, 330-340.

Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, **32**, 80-99.

Ellison, C.G., Gay, D.A. & Glass, T.A. (1989). Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? *Social Forces*, **68**, 100-123.

Ellison, C.W. & Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Journal of Psychology and Theology*, **19(1)**, 35-48.

Emmons, R.A. (1986). Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51**, 1058-1068.

Epstein, S. (1992). Coping ability, negative self-evaluation, and overgeneralization: experiment and theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, **62**, 826-836.

Everson, S.A., Goldberg, D.E. & Kaplan, G.A., Salonen, R. & Salonen, J.T. (1997). Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the kuopio ischemic

heart disease risk factor study. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*, **17(8)**, 224-228.

(F)

Fehring, R.J., Brennan, P.F. & Keller, M.L. (1987). Psychological and spiritual well-being in college students. *Research in Nursing and Health*, **10**, 391-398.

Fincham, F.D. & Beach, S.R.H. (1999). Conflict in marriage: implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, **50**, 47-77.

Fisher, C.D. (1978). The effects of personal control, competence and extrinsic reward systems on intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Performance*, **21**, 273-288.

Fitzgerald, T.E., Tennen, H., Affleck, G. & Pransky, G.S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, **16**, 25-46.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, **55**, 647-654.

Fowler, J.W. (1981). *Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning*. San Francisco: Harper and Row.

Frankl, V.E. (1967). *Psychotherapy and existentialism*. New York: Washington Square Press.

Frankl, V.E. (1986). *The doctor and the soul*. New York: Vintage.

Freud, S. (1928). *The future of an illusion*. London: Hogarth.

Friedrich, W.N., Cohen, D.S. & Wilturner, L.T. (1988). Specific beliefs as moderator variables in maternal coping with mental retardation. *Children's Health Care*, **17**, 40-44.

Frodi, A., Bridges, L. & Grolnick, W.S. (1985). Correlates of mastery-related behavior: a short term longitudinal study of infants in their second year. *Child Development*, **56**, 1291-1298.

Fromm, E. (1981). Primary and secondary process in waking and in altered states of consciousness. *Academic Psychological Bulletin*, **3**, 29-45.

Fujisawa, M., Ichikawa, Y., Yoshiya, K., Isotani, S., Higuchi, A., Nagano, S., Arakawa, S., Hamami, G., Matsumoto, O. & Kamidono, S. (2000). Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 Health Survey. *Urology*, **56**, 201-206.

(G)

Goldsmith, H.H. (1996). Studying temperament via construction of the Toddler Behavior Assessment Questionnaire. *Child Development*, **67**, 218-235.

Goleman, D. & Gurin, J. (1993). *Mind body medicine: how to use your mind for better health*. New York: Consumer Union.

Gordon, E.W. & Song, L.D. (1994). In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 27-43). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gottschalk, L.A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, **30**, 779-785.

Gottschalk, L.A. (1985). Hope and other deterrents to illness. *American Journal of Psychotherapy*, **39(4)**, 515-524.

Gottschalk, L.A. & Fronezek, J. (1993). Defensive mechanisms and hope as protective factors in physical and mental disorders. In U. Henschel (Ed.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 339-359). Heidelberg: Springer.

Gottschalk, L.A. & Hoigaard-Martin, J. (1986). The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Research*, **17**, 153-167.

Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego: fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, **35**, 603-618.

(H)

- Hall, C.M. (1986). Crisis as opportunity for spiritual growth. *Journal of Religion and Health*, **25**, 8-29.
- Hart, L.K., Milde, F.K., Zehr, P.S., Cox, D.M., Tarara, D.T. & Fearing, M.O. (1997). Survey of sexual concerns among organ transplant recipients. *Journal of Transplant Coordination*, **7**, 82-87.
- Headey, B. & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: a theory of subjective well-being*. Melbourne, Victoria, Australia: Longman Cheshire.
- Herth, K.A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, **16(1)**, 67-72.
- Herth, K.A. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, **15**, 1250-1259.
- Herth, K.A. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, **5** (1), 39-51.
- Herth, K.A. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, **17**, 1251-1259.
- Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L.A. & Januszek, M. (1999). Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **68**, 304-312.
- Hillbrands, L.B., Hoitsma, A.J. & Koene, R.A. (1995). The effect of immunosuppressive drugs on quality of life after renal transplantation. *Transplantation*, **59**, 1263-1270.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, **241**, 540-545.
- Hricik, D.E., Halbert, R.J., Barr, M.L., Helderman, J.H., Matas, A.J. Pirsch, J.D., Schenkel, F.A., Siegal, B. & Ferguson, R.M. (2001). Life satisfaction in renal transplant

recipients: preliminary results from the Transplant Learning Centre. *American Journal of Kidney Disease*, **38(3)**, 580-587.

Huggins, S. (1988). The effect of small group attendance, personal devotions and church attendance on spiritual well-being. In M.F. Ledbetter, L.A. Smith, J.D. Fischer, W.L. Vosler-Hunter & G. P. Chew. (Eds.), An evaluation of the construct validity of the Spiritual Well-Being Scale: a confirmatory factor analytic approach. *Journal of Psychology and Theology*, **19(1)**, 94-102.

(I)

Ichikawa, Y., Fujisawa, M., Hirose, E., Kageyama, T., Miyamoto, Y., Sakai, F., Mori, F., Isotani, S., Yazawa, K., Hanafusa, T., Fujikubo, M., Fukunishi, T., Kamidono, S. & Nagano, S. (2000). Quality of life in kidney transplant patients. *Transplantation Proceedings*, **32**, 1815-1816.

(J)

Jaffe, D.T. (1985). Self-renewal: personal transformation following extreme trauma. *Journal of Humanistic Psychology*, **25**, 99-124.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

James, B.J. & Samuels, C.A. (1999). High stress life events and spiritual development. *Journal of Psychology and Theology*, **27**, 250-260.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, **7**, 113-136.

Jansen van Rensburg, B. (20/10/2003), Persoonlike kommentaar.

Jevne, R.F. (1991). *It all begins with hope: patients, caregivers and the bereaved speak out*. LuraMedia, San Diego.

Jung, C.G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt Brace.

Jung, C.G. (1958). *The undiscovered self*. New York: Mentor Books.

(K)

- Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. In D.Kahneman, E. Diener en N. Schwarz. (Eds). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Found.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E.P. & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity. *Health Psychology*, **10**, 229-235.
- Kamman, R. & Flett, R. (1983). Affectometer 2: a scale to measure current levels of general happiness. *Australian Journal of Psychology*, **35(2)**, 259-265.
- Kasser, T. & Ryan, R.M. (1996). Further examining the American dream: well-being correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **22**, 281-288.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kidneywise.com. (08/11.2002). Kidney Basics. <http://www.kidneywise.com/basics/kidneys/index.asp>.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1988). Methodological issues in behavioral immunology research with humans. *Brain, Behavior and Immunity*, **2**, 67-78.
- Kim, Y., Butzel, J.S. & Ryan, R.M. (1998). *Interdependence and well-being: a function of culture and relatedness needs*. Paper presented at the International Society for the Study of Personal Relationships, Saratoga Spring, NY.
- Kimmel, P.L. & Levy, N.B. (2001). Psychology and Rehabilitation. In J.T. Daugirdas, P.G. Blake & T.S. Ing (Eds.). *Handbook of dialysis* (3rd ed.). (413-419). Philadelphia: Lippincott, William & Wilkens.
- Kleinman, A. & Becker, A.E. (1998). Sociosomatics: the contributions of anthropology to psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, **60**, 389-393.
- Kodish, E. & Post, S.G. (1995). Oncology and hope. *Journal of Clinical Oncology*, **13(7)**, 1817-1822.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: MacMillan.

Kubovy, M. (1999). On the pleasures of the mind. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Found.

Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing self-regulation and self-control. In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life-span* (pp. 15-49). New York: Cambridge University Press.

Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience. The resilience framework. In M.D. Glantz and J.L. Johnson (Eds). *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Kushner, H. (1987). You've got to believe in something. *Redbook*, **12**, 92-94.

(L)

La Guardia, J.G., Ryan, R.M., Couchman, C. & Deci, E.L. (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **79**, 367-384.

Laupacis, A., Keown, P., Pus, N., Krueger, H., Ferguson, B, Wong, C. & Muirhead, N. (1996). A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney International*, **50**, 235-242.

Lazarus, R.S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Benitz (Ed.), *Denial of stress* (pp. 1-30). New York: International Universities Press.

Levy, J., Morgan, J. & Brown, E. (2001). *Oxford handbook of dialysis*. New York: Oxford University Press.

Levenson, J.L. & Glocheski, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics*, **32**, 382-389.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers*. New York: Harper.

Lucas, R., Diener, E., Grob, A., Suh, E. & Shao, L. (1998). *Extraversion and pleasant affect: analysis from 40 nations*. Manuscript submitted for publication, University of Illinois.

(M)

Magnus, K. & Diener, E. (1991). *A longitudinal analysis of personality, life events and subjective well-being*. Paper presented at the 63rd Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago.

Malavaud, B., Rostaing, L., Rischmann, P., Sarramon, J.P. & Durand, D. (2000). High prevalence of erectile dysfunction after renal transplantation. *Transplantation*, **69**, 2121-2124.

Manu, M.A., Radulescu, S., Harza, M., Manu, R., Capsa, D. & Sinescu, I. (2001). Quality of life Assessed by SF-36 Health Survey in Renal Transplant Patients. *Transplantation Proceedings*, **33**, 1927-1928.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Maslow, A. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Penguin Books.

Massimini, F. & Delle Fave, A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, **55**, 24-33.

Masten, A.S. (1994). Resilience in individual development: successful adaptation despite risk and adversity. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds). *Educational resilience in inner-city America* (pp. 3-25). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Matlin, M. & Stang, D. (1978). *The Pollyana principle*. Cambridge, MA: Schenkman.

McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, **338**, 171-179.

McFarland, C. & Ross, M. (1982). Impact of causal attributions on affective reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, **43**, 937-946.

- McGregor, I. & Little, B.R. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: on doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74**, 494-512.
- McIntosh, D.N., Silver, R.C. & Wortman, C.B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, **65**, 812-821.
- McLafferty, L. & Kirylo, J.D. (2001). Prior positive psychologists proposed personality and spiritual growth. *American Psychologist*, **56** (1), 84-85.
- Mehnert, T., Kraus, H.H., Nadler, R. & Boyd, M. (1990). Correlates of life satisfaction in those with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*, **35**, 3-17.
- Menninger, K. (1959). The academic lecture on hope. *The American Journal of Psychiatry*, **116**, 481-491.
- Mickley, J.R., Soekon, K. & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 267-272.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
- Miller, J.F. (1989). Hope-inspiring strategies of the critically ill. *Applied Nursing Research*, **2**(1), 23-29.
- Miller, J.F. (1991). Developing and maintaining hope in families of the critically ill. *AACN: Clinical Issues* **2**(2). 307-315.
- Moran, P.J., Christensen, A.J., Ehlers, S.L. & Bertolatus, J.A. (1999). Family environment, intrusive ideation, and adjustment among renal transplant candidates. *Society of Behavioral Medicine*, **21**(4), 311-316.
- Murray, S.L. (1999). The quest for conviction: motivated cognition in romantic relationships. *Psychological Inquiry*, **10**, 23-34.

(N)

Nekolaichuk, C.L., Jevne, R.F. & Maguire, T.O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science and Medicine*, **48**, 591-605.

Nezlek, J.B. (2000). The motivational and cognitive dynamics of day-to-day social life. In J.P. Forgas, K. Williams, L. Wheeler (Eds.), *The social mind: cognitive and motivational aspects of interpersonal behaviour* (pp. 92-111). New York: Cambridge University Press.

Nix, G., Ryan, R.M., Manly, J.B. & Deci, E.L. (1999). Revitalization through self-regulation: the effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, **35**, 266-284.

NUD*IST (1999). *Qualitative solutions and research Pty Ltd*. Melbourne: La Trobe University.

Nunn, K.P. (1996). Personal hopefulness: a conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry. *British Journal of Medical Psychology*, **69**, 227-245.

(O)

O'Brien, M. (1982). The need for spiritual integrity. In H. Yura & M. Walsh (Eds.), *Human needs 2 and the nursing process*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Oettingen, G. (1996). Positive fantasy and motivation. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: linking cognition and motivation to behavior* (pp. 236-259). New York: Guilford Press.

Ogus, F.D., Greenglass, E.R. & Burke, R.J. (1990). Gender-role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality*, **5**, 387-398.

Oishi, S., Diener, E., Suh, E. & Lucas, R.E. (1999). Values as a moderator in subjective well-being. *Journal of Personality*, **67**, 157-184.

- Okun, M.A. & George, L.K. (1984). Physician- and self-ratings of health, neuroticism and subjective well-being among men and women. *Personality and Individual Differences*, **5**, 533-539.
- Okun, M.A., Stock, W.A., Haring, M.J. & Witter, R.A. (1984). The social activity/subjective well-being relation: a quantitative synthesis. *Responsible Aging*, **6**, 45-65.
- Okun, M.A., Stock, W.A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, **6**, 95-112.
- Ostrowski, M., Wesolowski, T., Makar, D. & Bohatyrewicz, R. (2000). Changes in patients' quality of life after renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, **32**, 1371-1374.
- (P)**
- Pacht, A.R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, **39**, 386-390.
- Paloutzian, R. & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In L.A. Peplau & D. Perlman. (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Inter-Science.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research and practice*. New York: Guilford.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, **5(2)**, 164-172.
- Pearson, E.S. & Hartley, H.O. (1966). *Biometric tables for statistics. (3rd ed.)*. Cambridge England: Cambridge University Press.
- Perakyla, A. (1991). Hope work in the care of the seriously ill patients. *Qualitative Health Research*, **1(4)**, 407-448.
- Perlman, D. & Rook, K.S. (1987). Social support, social deficits, and the family: toward the enhancement of well-being. In S. Oskamp (Ed.), *Family processes and problems: social psychological aspects*. Newbury Park, CA: Sage.

- Perley, J., Winget, C. & Placci, C. (1971). Hope and discomfort as factors influencing treatment continuance. *Comprehensive Psychiatry*, **12**, 557-563.
- Pervin, L.A. (1989). *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, **12**, 117-132.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, **55**, 44-55.
- Peterson, C. & Bossio, L.M. (1991). *Health and optimism*. New York: Free Press.
- Peterson, C., Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C & Park C. (1998). Learned helplessness and explanatory style. In D.F. Barone, V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Advanced personality* (pp. 287-310). New York: Plenum.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. & Valliant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, **55**, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. & Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, **9**, 49-52.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Seligman, M.E.P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, **6**, 287-299.
- Ponton, P., Rupolo, G.P., Marchini, F., Feltrin, A., Perin, N., Mazzoldi, M.A., Giacon, B., Baldan, N. & Rigotti, P. (2001). Quality of life change after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, **33**, 1887-1889.

(R)

- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J.M., Badía, X., Alvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C., Naves, M., Navascúes, R.A., Ureña, A. & Alvarez-Grande, J. (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clinical Transplantation*, **14**, 199-207.
- Reed, P. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*, **9**, 35-41.
- Reed, P. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, **10**, 335-344.
- Reimer, J., Franke, G.H., Luetkes, P., Kohnle, M., Philipp, T. & Heemann, U. (2001). Quality of life after kidney transplantation: the impact of Tacrolimus. *Transplantation Proceedings*, **33**, 1924-1926.
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J. & Ryan, R.M. (2000). Daily well-being: the role of autonomy, competence and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **26**, 419-435.
- Rescorla, R.A. (1968). Probability of shock in the presence and absence of CS in fear conditioning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, **66**, 1-5.
- Ring, K. (1986). Near-death experiences: implications for human evolution and planetary evolution. *ReVision*, **8**, 75-85.
- Robins, R.W. & John, O.P. (1997). The quest for self-insight: theory and research on accuracy and bias in self-perception. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 649-679). New York: Academic Press.
- Rogers, C. (1963). The actualizing tendency in relation to "motives" and to consciousness. In *Nebraska symposium on motivation*, M.R. Jones. (Ed.), 11: 1-24. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Rusting, C.L. & Larsen, R.J. (1997). Extraversion, neuroticism and susceptibility to negative and positive affect: a test of two theoretical models. *Personality and Individual Differences*, **22**, 607-612.
- Rustoen, T. (1995). Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nursing*, **18** (5), 355-361.
- Ryan, R.M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: an extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, **43**, 450-461.
- Ryan, R.M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, **63**, 397-427.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, **55**, 68-78.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*, **52**, 141-166.
- Ryan, R.M., Deci, E.L., & Grolnick, W.S. (1995). Autonomy, relatedness and the self: their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: theory and methods* (pp. 618-655). New York: Wiley.
- Ryan, R.M., Rigby, S. & King, K. (1993). Two types of religious internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, **65**, 586-596.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, **69**, 719-727.
- Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, **9**, 1-28.
- Ryff, C.D. & Singer, B.H., Wing, E. & Love, G.D. (2001). Elective affinities and uninvited agonies: mapping emotion with significant others onto health. In *Emotion, social relationships and health*, C. D. Ryff & B.H. Singer (Eds.), New York: Oxford University Press.

(S)

Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B. & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, **55**, 110-121.

SAS Institute (2001). *SAS user's guide: statistics version 5th edition*. Cary: Author.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, **4**, 219-247.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, **55**, 169-210.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, **16**, 201-228.

Scheper, H.N. (1996). *Social Science Medicine*, **43**, 889.

Schneider, S.L. (2001). In search of realistic optimism: meaning, knowledge and warm fuzziness. *American Psychologist*, **56(3)**, 250-263.

Schover, L.R., Novick, A.C., Steinmuller, D.R. & Goormastic, M. (1990). Sexuality, fertility and renal transplantation: a survey of survivors. *Journal of Sex and Marital Therapy*, **16**, 3-13.

Schulman, P., Castellon, C. & Seligman, M.E.P. (1989). Assessing explanatory style: the content analysis of verbatim explanations and the Attributional Style Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, **27(5)**, 505-512.

Seeman, T. E. & McEwen, B.S. (1996). The impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, **58**, 459-471.

Seegerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74**, 1646-1655.

- Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A. & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, **88**, 242-247.
- Seligman, M.E.P. (1988). Boomer blues. *Psychology Today*, **10**, 50-55.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, **55**, 5-14.
- Sheldon, K. & Deci, E. (1996). "The Selfdetermination Scale." Unpublished manuscript, University of Rochester.
- Sheldon, K. & Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, **76**, 482-497.
- Sheldon, K. & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, **68**, 531-543.
- Sheldon, K.M. & Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals: skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **24**, 1319-1331.
- Sheldon, K., Ryan, R.M. & Reis, H.T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **22**, 1270-1279.
- Sheldon, K., Ryan, R.M., Rawsthorne, L., & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: cross-role variation in the Big Five traits and its relations with authenticity and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **73**, 1380-1393.
- Simpson, J.A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, **59**, 971-980.
- Silver, R.L. (1982). "Coping with an undesirable life event: a study of early reactions to physical disability." Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, Evanston, Illinois.

- Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: you can get there from here*. New York: Free Press.
- Snyder, C.R. (1995). Conceptualizing, measuring and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, **73**, 355-360.
- SPSS Incorporated (1983). *SPSS user's guide*. New York: Author.
- Staats, S. (1991). Quality of life and affect in older persons: hope, time frames, and training effects. *Current Psychology: Research and Reviews*, **10(1,2)**, 21-30.
- Stanton, A.L. & Snider, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, **12**, 16-23.
- Steinberg, L. & Silverberg, S. (1986). The vicissitudes of autonomy in adolescence. *Child Development*, **57**, 841-851.
- Steyn, H.S. (1999). *Praktiese beduidendheid: die gebruik van effekgroottes*. Potchefstroom: Publikasiebeheer Komitee, PU vir CHO.
- Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Suh, E., Diener, E. & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, **70**, 1091-1102.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S. & Triandis, H.C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgements across cultures: emotions versus norms. *Journal of Social Psychology*, **74**, 482-493.
- Sweeney, P.D., Anderson, K & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 974-991.
- (T)**
- Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, **103**, 193-210.
- Taylor, S.E. (1989). *Positive illusions*. New York: Basic Books.

Thoresen, C.E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, **4**(3), 291-300.

Tiger, L. (1979). *Optimism: the biology of hope*. New York: Simon & Schuster.

Tolman, E.C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York: Simon & Schuster.

(U)

Uchino, B.N., Uno, D. & Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes and health. *Current Directions in Psychological Science*, **8**, 145-148.

Udelman, D.L. (1982). Stress and immunity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **37**, 176-184.

Udelman, D.L. & Udelman, H.D. (1985a). A preliminary report on anti-depressant therapy and its effects on hope and immunity. *Social Science and Medicine*, **20**(10), 1069-1072.

Udelman, H.D., & Udelman, D.L. (1985b). Hope as a factor in remission of illness. *Stress Medicine*, **1**, 291-294.

Udelman, H.D., & Udelman, D.L. (1991). Affects, neurotransmitters, and immunocompetence. *Stress Medicine*, **7**, 159-162.

(V)

Van der Walt, H.S. (1980). Die wetenskaplike gebruik van inligting by voorligting en keuring vir vakleerlingopleiding. *Humanitas*, **6**(2), 85 – 96.

Van der Westhuizen, G.J.; Monteith, J.L. de K. & Steyn, H.S. (1989). Relative contribution of different sets of variables to the prediction of the academic achievement of black students. *South African Journal of Education*, **9**(4), 769-773.

Viljoen, M. (2000). "Fortologiese dimensies by bejaardes met Alzheimer se siekte of rumatoïde artritis." Ongepubliseerde Magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Viljoen, G. (2003). "Wysheid as psigofortigene konstruk in die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte." Ongepubliseerde Magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Viney, L.L. (1986). Expression of positive emotion by people who are physically ill: is it evidence of defending or coping? In L.A. Gottschalk, F. Lolas & L.L. Viney (Eds.), *Content analysis of verbal behavior. significance in clinical medicine and psychiatry*. (pp. 215-224). Heidelberg: Springer.

Viney, L.L. & Westbrook, M.T. (1986). Psychological states in patients with diabetes mellitus. In L.A. Gottschalk, F. Lolas & L.L. Viney (Eds.), *Content analysis of verbal behavior. significance in clinical medicine and psychiatry*. (pp. 157-169). Heidelberg: Springer.

(W)

Wasserman, E.A. & Miller, R.R. (1997). What's elementary about associative learning? *Annual Review of Psychology*, **48**, 573-607.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudamonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, **64**, 678-691.

Weil, C.M. (2000). Exploring hope in patients with end stage renal disease on chronic haemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, **27(2)**, 219-224.

Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, **39**, 806-820.

Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, **3**, 431-457.

Weinstein, N.D. & Klein, W.M. (1996). Unrealistic optimism: present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **15**, 1-8.

Weisse, C.S. (1992). Depression and immunocompetence: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, **111**, 475-489.

White, R. (1963). *Ego and reality in psychoanalytic theory*. Psychological issues series, monograph no.11. New York: International Universities Press.

Winthrop, J. (1965). A model of Christian charity. In E.S. Morgan (Ed.), *Puritan political ideas, 1558-1794*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.

Wissing, M, Thekiso, S., Stapelberg, R., Van Quickelberge, L., Choabi, P., Moroeng, C & Nienaber, A. (1999). *The psychometric properties of scales measuring psychological well-being in an african group*. International Africa Psychology Congress, Durban.

Wong-Wylie, G. & Jevne, R.F. (1997). Patient hope: exploring the interactions between physicians and HIV seropositive individuals. *Qualitative Health Research*, **7(1)**, 32-56.

(Z)

Zimmerman, P.R., Poli de Figueredo, C.E. & Fonseca, N.A. (2001). Depression, anxiety and adjustment in renal replacement therapy: a quality of life assessment. *Clinical Nephrology*, **56**, 387-390.

BYLAE A

BIOGRAFIESE INLIGTING

Skryf asseblief u besonderhede in die toepaslike spasie (in drukskrif):

VAN: _____

NAAM: _____

GESLAG: _____

GEBOORTEDATUM: _____

OUDERDOM: _____

**OPVOEDKUNDIGE
AGTERGROND:** _____

RAS: _____

HUWELIKSTATUS: _____

HUISTAAL: _____

WOONADRES: _____

TELEFOONNOMMER: _____

Relevante vrae vir die huidige studie:

Wanneer (jaar) is u gediagnoseer met 'n niersiekte? _____

Watter een van die volgende is op u van toepassing:

A) Is u op hemodialise?

Ja	Nee
----	-----

Indien Ja, vir hoe lank? _____

B) Is u op peritoneale dialise?

Ja	Nee
----	-----

Indien Ja, vir hoe lank? _____

C) Het u reeds 'n nieroorplanting ondergaan?

Ja	Nee
----	-----

Indien Ja, hoe lank gelede? _____

Dankie vir u tyd.

BIOGRAPHICAL INFORMATION

Please fill in your particulars in the appropriate area (in block letters):

SURNAME: _____

NAME: _____

GENDER: _____

DATE OF BIRTH: _____

AGE: _____

**EDUCATIONAL
BACKGROUND:** _____

RACE: _____

MARITAL STATUS: _____

HOME LANGUAGE: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE NUMBER: _____

Relevant questions for the purpose of this study:

When (year) were you first diagnosed with a kidney disease? _____

Which one of the following is applicable to you?

A) Are you on haemodialysis?

Yes	No
-----	----

If Yes, for how long? _____

B) Are you on peritoneal dialysis?

Yes	No
-----	----

If Yes, for how long? _____

C) Did you already undergo kidney transplantation?

Yes	No
-----	----

If Yes, how long ago? _____

Thank you for your time.

BIOGRAFIESE INLIGTING (KONTROLEGROEP)

Skryf asseblief u besonderhede in die toepaslike spasie (in drukskrif):

VAN: _____

NAAM: _____

GESLAG: _____

GEBOORTEDATUM: _____

OUDERDOM: _____

**OPVOEDKUNDIGE
AGTERGROND:** _____

RAS: _____

HUWELIKSTATUS: _____

HUISTAAL: _____

WOONADRES: _____

TELEFOONNOMMER: _____

Relevante vrae vir die huidige studie:

Vir watter siektetoestand word u behandel? _____

Wanneer is u opgeneem in die hospitaal? _____

Wanneer is u geskatte datum van ontslag? _____

Het u enige kroniese siektetoestand onder lede?

Ja	Nee
----	-----

Indien "Ja", spesifiseer asseblief: _____

Is u ooit voorheen gediagnoseer met 'n kroniese siekte?

Ja	Nee
----	-----

Indien "Ja", spesifiseer en noem enige langtermyn-implikasies daarvan soos bv. die neem van kroniese medikasie, voortgesette dieët of ander lewensstyl-veranderings as gevolg daarvan:

Dankie vir u tyd

BIOGRAPHICAL INFORMATION (CONTROL GROUP)

Please fill in your particulars in the appropriate area (in block letters):

SURNAME: _____

NAME: _____

GENDER: _____

DATE OF BIRTH: _____

AGE: _____

**EDUCATIONAL
BACKGROUND:** _____

RACE: _____

MARITAL STATUS: _____

HOME LANGUAGE: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE NUMBER: _____

Relevant questions for the purpose of this study:

For what illness are you being treated? _____

When were you admitted in hospital? _____

When is your estimated date of discharge? _____

Do you have any chronic illness?

Yes	No
-----	----

If "Yes", please specify: _____

Have you been diagnosed with a chronic illness before?

Yes	No
-----	----

If "Yes", please specify and name any long-term implications thereof on your life e.g. the taking of chronic medication, dietary or lifestyle changes due to the illness _____

Thank you for your time

BYLAE B

INGELIGTE TOESTEMMING

Geagte Deelnemer,

Tot dusver is weinig navorsing oor die sielkundige welstand van pasiënte met niersiektes gedoen. Die identifisering van faktore wat pasiënte help om voor en na 'n nieroorplanting, 'n relatiewe mate van sielkundige welstand te handhaaf, is egter van besondere belang. Inligting wat so verkry word, kan in opvolgstudies aangewend word om pasiënte se weerbaarheid teen negatiewe lewensgebeure te verhoog en om hul sielkundige welstand te bevorder.

Om ons kennis hieroor uit te brei, nooi ons u vriendelik uit om aan die huidige navorsingsprojek deel te neem. U moet op óf hemodialise óf peritoneale dialise wees óf reeds 'n nieroorplanting ondergaan het. Deelname aan hierdie projek is vrywillig, en alle inligting sal anoniem en met die grootste mate van vertroulikheid hanteer word.

Sou u besluit om deel te neem, sal ons 'n paar uur van u tyd nodig. Dit behels 'n kort onderhoud, en ons sal van u verwag om 'n paar kort vraelyste in te vul. Terugvoer rakende die resultate van hierdie studie sal beskikbaar wees nadat die navorsingsprojek afgehandel is.

Met vriendelik groete,

M. du Toit

051 – 4079 382 (w)

051 – 4079 242 (w)

Prof. P.M. Heyns

(Promotor)

Dr. L.M. van der Merwe

(Medepromotor)

VERKLARING:

Ek, _____, verklaar hiermee dat ek die geleentheid gehad het om vrae te vra, dat dit aan my meegedeel is dat anonimiteit en vertroulikheid van alle inligting eerbiedig sal word, dat ek die inhoud van hierdie brief verstaan en dat die inligting verkry uit die vraeslyste en onderhoude vir navorsingsdoeleindes gebruik mag word.

Handtekening

Datum

Telefoon nommer

INFORMED CONSENT

Dear Participant,

Thus far little research has been done about the psychological well-being of patients with kidney diseases. The identification of factors helping patients to experience and maintain a degree of psychological well-being, before and after a kidney transplantation, is however of considerable importance. Such information could be used in follow-up studies to increase patients' resilience against negative life events and to strengthen their psychological well-being.

For the extension of our knowledge about this, we cordially invite you to take part in this research project. Participants should be on either haemodialysis or peritoneal dialysis or should already have had kidney transplantation. Participation in this project is voluntary and all information obtained will be handled confidentially and without making known the identity of any participant.

If you choose to participate, we will need a few hours of your time. This will include a short interview and the completion of a few short questionnaires. Feedback regarding the results of this study will be available after the completion of the research project.

Kind regards,

M. du Toit

051 – 4079 382 (w)

051 – 4079 242 (w)

Prof. P.M. Heyns

(Promoter)

Dr. L.M. van der Merwe

(Co-promoter)

DECLARATION:

I, _____, hereby declare that I had the opportunity to ask questions, that I was informed that the obtained information will be handled in an anonymous and confidential way, that I understand the contents of this letter and that the information obtained through the interview and questionnaires may be used for research purposes.

Signature

Date

Telephone number

INGELIGTE TOESTEMMING (KONTROLEGROEP)

Geagte Deelnemer,

Tot dusver is weinig navorsing oor die sielkundige welstand van pasiënte met niersiektes gedoen. Die identifisering van faktore wat pasiënte help om voor en na 'n nieroorplanting, 'n relatiewe mate van sielkundige welstand te handhaaf, is dus van besondere belang. Inligting wat so verkry word, kan in opvolgstudies aangewend word om pasiënte se weerbaarheid teen negatiewe lewensgebeure te verhoog en om hul sielkundige welstand te bevorder.

Om ons kennis hieroor uit te brei, nooi ons u vriendelik uit om aan die huidige navorsingsprojek deel te neem. Hoewel U nie 'n kroniese siekte soos byvoorbeeld nierversaking het nie, is dit belangrik dat verkreeë navorsingsresultate met 'n groep deelnemers vergelyk word wat nie 'n chroniese siektetoestand onder lede het nie. Deelname aan hierdie projek is vrywillig, en alle inligting sal anoniem en met die grootste mate van vertroulikheid hanteer word.

Sou u besluit om deel te neem, sal ons 'n paar uur van u tyd nodig. Dit behels 'n kort onderhoud, en ons sal van u verwag om 'n paar kort vraelyste in te vul. Terugvoer rakende die resultate van hierdie studie sal beskikbaar wees nadat die navorsingsprojek afgehandel is.

Met vriendelik groete,

M. du Toit

051 – 4079 382 (w)

051 – 4079 242 (w)

Prof. P.M. Heyns

(Promotor)

Dr. L.M. van der Merwe

(Medepromotor)

VERKLARING:

Ek, _____, verklaar hiermee dat ek die geleentheid gehad het om vrae te vra, dat dit aan my meegedeel is dat anonimiteit en vertroulikheid van alle inligting eerbiedig sal word, dat ek die inhoud van hierdie brief verstaan en dat die inligting verkry uit die vraeslyste en onderhoude vir navorsingsdoeleindes gebruik mag word.

Handtekening

Datum

Telefoon nommer

INFORMED CONSENT (CONTROL GROUP)

Dear Participant,

Thus far little research has been done about the psychological well-being of patients with kidney diseases. The identification of factors helping patients to experience and maintain a degree of psychological well-being, before and after a kidney transplantation, is thus of considerable importance. Such information could be used in follow-up studies to increase patients' resilience against negative life events and to strengthen their psychological well-being.

For the extension of our knowledge about this, we cordially invite you to take part in this research project. Although you are not diagnosed with a chronic illness for instance kidney failure, it is important for research findings to be compared between participants with and without a chronic illness. Participation in this project is voluntary and all information obtained will be handled confidentially and without making known the identity of any participant.

If you choose to participate, we will need a few hours of your time. This will include a short interview and the completion of a few short questionnaires. Feedback regarding the results of this study will be available after the completion of the research project.

Kind regards,

M. du Toit

051 – 4079 382 (w)

051 – 4079 242 (w)

Prof. P.M. Heyns

(Promoter)

Dr. L.M. van der Merwe

(Co-promoter)

DECLARATION:

I, _____, hereby declare that I had the opportunity to ask questions, that I was informed that the obtained information will be handled in an anonymous and confidential way, that I understand the contents of this letter and that the information obtained through the interview and questionnaires may be used for research purposes.

Signature

Date

Telephone number