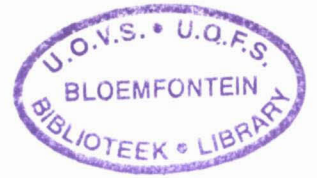


6147 510 82



HIERDIE EKSTEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDEN UIT DIE
BIBLIOTEK VERWYDER WORD NIE

University Free State



34300002085771

Universiteit Vrystaat

**TYDSPERSPEKTIEF
AS POTENSIËLE PSIGOFORTIGENE KONSTRUK BY DIE
ROUPROSES VAN VERSORGERS VAN
ALZHEIMER-PASIËNTE**

deur

Johannes Cornelis Potgieter
(B.Sc., B.Sc. Hons., M.Sc. Kliniese Sielkunde)

Proefskrif
voorgelê ter vervulling van die vereistes

vir die graad

Philosophiae Doctor

(Kliniese Sielkunde)

in die

Fakulteit Natuurwetenskappe
(Departement Sielkunde)

aan die

Universiteit van die Vrystaat

Promotor: Prof. P.M. Heyns

Bloemfontein

Desember 2002

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN

26 FEB 2004

UOVS SASOL BIBLIOTEEK

*Ek sit bo-op sy hoë hospitaalbed by hom.
Ek vryf sy koue hande.
"Dit was goed om met jou saam te leef."
Hy kyk vraend met sy leë blou oë na my.
Kyk en kyk sonder herkenning.*

- Die lewensmaat van 'n
Alzheimer-pasiënt

Opgedra aan my ouers, en aan
toegewyde Alzheimer-versorgers
wêreldwyd vir die voorbeeld van
toewyding aan 'n lewensmaat

BEDANKINGS

Prof. Malan Heyns, vir u mentorskap en vriendskap.

Mev. Thompson, sonder wie se bydrae hierdie projek nie moontlik sou wees nie.

Die dames van die onderskeie Alzheimer-ondersteunersgroepe (Bloemfontein, Johannesburg en Vanderbijlpark), vir die voorbeeld van toewyding, krag en liefde wat u stel in die uitvoer van u lewenstaak.

Renate, vir 'n vriendskap waaraan woorde net afbreuk sal doen.

My pa en ma, vir julle vertrouwe en selfopoffering, en die voorbeeld wat julle stel.

Ansu, vir byna twee jaar se eindelose ondersteuning, geduld en bystand, en 'n leeftyd s'n wat nog voorlê.

My Hemelse Vader, vir die avontuur van die lewe waarop U ons elke tree vergesel.

Geldelike bystand gelewer deur die “National Research Foundation” (NRF, Suid-Afrika) vir hierdie navorsing word hiermee erken. Menings uitgespreek en gevolgtrekkings waartoe geraak is, is dié van die outeur en moet nie noodwendig aan die NRF toegeskryf word nie.

TYDSPERSPEKTIEF AS POTENSIËLE PSIGOFORTIGENE KONSTRUK BY DIE ROUPROSES VAN VERSORGERS VAN ALZHEIMER-PASIËNTE

Sleuteltermes: Alzheimer se siekte, versorger, rouproses, sielkundige kwesbaarheid, psigofortaliteit, koherensiesin, toekoms-tydsperspektief, sielkundige welstand.

Die afstaan van 'n huweliksmaat aan die dood is een van die mees ontwrigtende ervarings waarmee 'n individu gekonfornteer kán word. Dit stel geweldige eise aan die oorlewende huweliksmaat met betrekking tot die suksesvolle hantering van hierdie verlieservaring en die herwinning van eie sielkundige welstand. Wanneer hierdie verlies tydens bejaardheid toeslaan, soos inderdaad dikwels die geval is, stel dit eiesoortige eise aan die oorlewende huweliksmaat. Dit was uit 'n voorafgaande ondersoek (Potgieter, 2000) na die sielkundige behoeftes van Alzheimer-versorgers egter ook duidelik dat die voorkoms van Alzheimer se siekte 'n addisionele en dikwels kompliserende element tot die hantering van hierdie verlieservaring meebring.

Die doel van hierdie ondersoek was in die eerste plek om die belewinge van die Alzheimer-versorger, wat in die voorafgaande studie as 'n rouproses met 'n unieke aard geïdentifiseer is, so goed as moontlik te beskryf. Tweedens is daar vanuit 'n psigofortigene hoek ondersoek ingestel na die potensiaal wat die toekoms-tydsperspektief van die individu inhou vir die suksesvolle hantering van hierdie verlieservaring.

Daar is tydens die ondersoek gefokus op die vroulike huweliksmaats wat as versorgers optree/opgetree het in gevalle waar daar 'n diagnose van Alzheimer se siekte in die eggenoot bevestig is. Deur gebruik te maak van beide kwantitatiewe en

kwalitatiewe data-ontledingsmetodes is die ervaringe van 20 versorgers vergelyk met 'n kontrolegroep wat hulle in min of meer dieselfde ouderdomsgroep bevind. Vir die kwantitatiewe ondersoek is daar van elk verwag om vier vraelyste te voltooi. Respondente se mate van lewenstevredenheid is bepaal met behulp van Diener, Emmonds, Larsen en Griffin (1985) se Lewenstevredenheidskaal. Die Koherensiesin-vraelys (Antonovsky, 1987) en die Fortaliteit-vraelys (Pretorius, 1998) is afgeneem ten einde inligting te bekom met betrekking tot die mate van sielkundige gesondheid of krag waaroor respondente beskik. Deur middel van die Hoop-skaal vir Volwassenes (Snyder, 2000), ook genoem die Doelstellings-vraelys, is daar bepaal watter verskille daar in individue uit die verskillende groepe se mate van hoop was. Die navorsingsmetodologie van hierdie ondersoek was egter hoofsaaklik kwalitatief van aard. Individuele onderhoude met 20 van die dames, asook dagboekmateriaal wat in sommige gevalle deur die versorgers beskikbaar gestel is, is ontleed ten einde lig te werp op die aard van die rouproses. Die SELE (SElf en LEWe) -instrument (Westerhof & Bode, 1999) is tydens die kwalitatiewe gedeelte van die ondersoek gebruik vir die bepaling van respondente se tydsperspektief.

Die voorkoms van 'n unieke rouproses by die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte, soos in die voorafgaande studie geïmpliseer, is bevestig en in besonderhede beskryf. Voorts het dit duidelik geblyk dat beide die toekoms-tydsperspektief (TTP) en die sielkundige welstand van versorgers negatief beïnvloed word deur hierdie verlieservaring. Uit die resultate wou dit voorkom of daar 'n direkte asook 'n indirekte (deur middel van 'n aantal tussenganger-veranderlikes) verband tussen die tydsperspektief en die sielkundige welstand van hierdie bejaarde versorgers mag bestaan. Hierdie resultaat het gedui op die potensiële rol wat toekoms-tydsperspektief as psigofortigene faktor mag speel tydens hierdie en soortgelyke versorgingsituasies. Indien die geïdentifiseerde faktore verwerk word in die vorm van 'n ondersteuningsprogram vir versorgers, behoort dit van groot waarde te wees met betrekking tot die behoud van sielkundige welstand tydens, asook na afloop van die versorgingsproses.

SUMMARY

TIME PERSPECTIVE AS POTENTIAL PSYCHOFORTIGENIC CONSTRUCT IN THE MOURNING PROCESS OF THE CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S PATIENTS

Key words: Alzheimer's disease, caregiver, mourning process, psychological vulnerability, psychofortitude, sense of coherence, future time perspective, psychological well-being.

The passing away of a spouse is regarded as one of the most traumatic experiences any individual can encounter. The successful management of this loss, and the process of regaining psychological well-being places a big demand on the surviving spouse. When this event befalls an elderly person, which is often the case, the situation presents the spouse with unique challenges. From a prior study (Potgieter, 2000) focusing on the psychological needs of Alzheimer caregivers, it became clear that the presence of Alzheimer's disease adds additional, and often complicating factors to dealing with this experience of loss.

The first objective of this study was to describe, as clearly as possible, the experiences of Alzheimer-caregivers while facing the challenges presented by this unique grieving process. Secondly attention was given, from a psychofortigenic perspective, to the potential role that the caregiver's future time perspective might play in the caregiver's successful handling of this grieving process.

This survey focused on female spouses who served as caregivers after a diagnosis of Alzheimer's Disease was confirmed in their marital partners. Through the use of both quantitative and qualitative means of data analysis, the experiences of 20 caregivers were compared with a control group consisting of ladies from more or less the same age group. During the quantitative survey, it was expected of each of the 40

respondents to complete four questionnaires. Respondents' life satisfaction was determined by means of the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). The Sense of Coherence Questionnaire (Antonovsky, 1987) and the Fortitude Questionnaire (Pretorius, 1998) were administered as a means of determining the level of psychological health or strength of respondents. By means of the Adult Dispositional Hope Scale (Snyder, 2000), also called the 'Goals Scale', the inter-group differences in respondents' levels of hope were identified. The main focus of this study was, however, of a qualitative nature. Individual interviews with 20 of the respondents, as well as material from personal diaries that were made available by some of the ladies and were analysed, shed some light on the exact nature of the caregivers' experiences of the accompanying grieving process. As part of the qualitative survey, the SELE-instrument (Westerhof & Bode, 1999) was used to determine the time perspectives of the individual respondents.

As suggested by a prior study, the occurrence of a unique grieving process amongst caregivers of Alzheimer patients was confirmed and described in detail. It was also clear that both the time perspective and the psychological well-being of caregivers were adversely affected by this grieving process. Results showed that both a direct and indirect (through intervening variables) link exists between the time perspective and psychological well-being of these elderly caregivers. This result confirmed the potential role that future time perspective might play as a psychofortigenic factor during this and similar caregiving situations. If the identified factors were built into a support program, they could prove to be invaluable in protecting the psychological well-being of caregivers, both during and after the caregiving process.

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
BEDANKINGS	i
OPSOMMING	iv
SUMMARY	vi
LYS VAN FIGURE	xix
LYS VAN TABELLE	xxii

HOOFSTUK 1: ORIËNTASIE

1.1	INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING	1
1.2	DIE INVALSHOEK VAN HIERDIE NAVORSING	3
1.3	DOELSTELLINGS	4
1.4	BASIESE HIPOTEESES	5
1.5	TERMINOLOGIESE VERANTWOORDING	6
	• Versorgers	6
	• Rou	7
	• Salutogenese	8
	• Psigofortigenese	9
	• Tydsperspektief	9
1.6	VOORUITSKOUING	10
1.7	SAMEVATTING	13

HOOFSTUK 2: ALZHEIMER SE SIEKTE EN DIE BELEWING VAN DIE VERSORGER

2.1	INLEIDING	14
2.2	KORT HISTORIESE OORSIG OOR NAVORSING RAKENDE ALZHEIMER SE SIEKTE	15
2.3	DIE KENMERKE EN KLINIESE BEELD VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	15
2.4	DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	18
2.5	DIE NEUROFISIOLOGIESE PROSESSE BETROKKE BY ALZHEIMER SE SIEKTE	19
	(a) Makroskopiese beeld	20
	(b) Mikroskopiese beeld	20
2.6	DIE VERLOOP VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	20
	• Fase 1 (Tydsduur = 1 tot 3 jaar)	21
	• Fase 2 (Tydsduur = 2 tot 10 jaar)	22
	• Fase 3 (Tydsduur = 2 tot 7 jaar)	22
2.7	DIE EPIDEMIOLOGIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	23
2.8	DIE ETIOLOGIE EN BEHANDELING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	24
2.9	ALZHEIMER SE SIEKTE EN DIE INVLOED DAARVAN OP DIE VERSORGER	26
2.10	OPSOMMING VAN FAKTORE WAT 'N ROL SPEEL IN DIE STRESBELEWENIS VAN ALZHEIMER-VERSORGERS	30
	2.10.1 Primêre stressore	31
	2.10.2 Sekondêre stressore	32
	2.10.2.1 Rolspanning	32
	2.10.2.2 Intrapsigiese spanning	33
	2.10.2.3 Bemiddelingsfaktore	35

2.11	DIE SIELKUNDIGE KWESBAARHEID VAN DIE HUWELIKSMAAT-VERSORGER	36
2.12	DIE ROL VAN DIE ROUPROSES	38
2.13	OPSOMMING	38

HOOFTUK 3: DIE ROUPROSES

3.1	INLEIDING	39
3.2	DIE ERVARING VAN LEWENSVERANDERING EN –VERLIESE	40
3.3	DIE ROUPROSES	41
	3.3.1 'Normale' rou	41
	3.3.2 Die rou-ervaring	42
	▪ Emosies	42
	▪ Fisieke reaksies	43
	▪ Gedagtes	43
	▪ Gedrag	44
	3.3.3 Fases van die rouproses	44
	3.3.4 Take tydens die rouproses	46
3.4	PATOLOGIESE ROU	47
3.5	DIE ROUPROSES EN TYDSVERLOOP	49
3.6	DIE VERLIES VAN 'N LEWENSMAAT	50
3.7	BELEWING VAN ROU DEUR DIE BEJAARDE	52
3.8	DIE VOORSPELBARE HEENGAAN VAN 'N GELIEFDE	56
3.9	DIE UNIEKE ROUPROSES VAN DIE ALZHEIMER- VERSORGER	59
3.10	OPSOMMING	62

HOOFSTUK 4: POSITIEWE SIELKUNDE EN PSIGOFORTALITEIT

4.1	INLEIDING	63
4.2	'n HISTORIESE BLIK OP GESONDHEIDSORGMODELLE	65
4.3	STRES	69
4.4	COPING	74
4.4.1	Verloop van die copingproses	74
4.4.2	Verskillende copingmeganismes	76
4.5	POSITIEWE SIELKUNDE: 'n OORSIG	77
4.6	SALUTOGENESE	80
4.6.1	Die salutogene model	80
4.6.2	Salutogene konstrunkte	81
4.6.2.1	Koherensiesin	81
4.6.2.2	Algemene weerstandshulpbronne	82
4.7	PSIGOFORTIGENESE AS UITVLOEISEL VAN DIE KONSEP VAN SALUTOGENESE	83
4.7.1	Inleiding	83
4.7.2	Die konsep: Fortaliteit (<i>Fortitude</i>)	84
4.8	VERWANTE KONSEPTE	86
4.8.1	Welstand / Geluk	86
▪	Hedonisme	86
▪	Eudaimonisme	87
4.8.2	Voordeel trek (<i>Benefit-finding</i>)	87
4.8.3	<i>Agency</i> en <i>communion</i>	87
4.8.4	Gewoonheid	88
4.9	SAMEVATTING	88

HOOFSTUK 5: TYDSPERSPEKTIEF

5.1	INLEIDING	90
	AFDELING A: (TOEKOMS-) TYDSPERSPEKTIEF	93
5.2	DEFINIËRING EN KONSEPOMSKRYWING	93
5.3	TYDSPERSPEKTIEF EN SIELKUNDIGE WELSTAND	95
5.4	DIE ONTWIKKELING VAN TYDSPERSPEKTIEF	97
5.5	SPESIFIEKE ONTWIKKELINGSTAKE VAN MIDDEL- EN LAAT-VOLWASSENHEID: DIE 'NORMATIEWE' FAKTORE	99
5.6	DIE IDIOSINKRATIESE ('NON-NORMATIEWE') FAKTORE WAT TOEKOMS-TYDSPERSPEKTIEF MAG BEÏNVLOED	101
5.7	TYDSPERSPEKTIEF TYDENS BEJAARDHEID	103
	5.7.1 Stereotipering en mites rondom tydsperspektief tydens bejaardheid	103
	▪ Verlede	105
	▪ Hede	105
	▪ Toekoms	106
	5.7.2 Tydsperspektief en identiteit tydens bejaardheid	107
5.8	TOEKOMS-TYDSPERSPEKTIEF EN DIE HUWELIK	109
	AFDELING B: HOOP	112
5.9	DIE KONSEP 'HOOP'	112
5.10	DEFINISIE VAN HOOP	113
5.11	HOOP EN TYDSPERSPEKTIEF	114
5.12	DIE KOGNITIEWE, EMOSIONELE EN SPIRITUELE ASPEKTE VAN HOOP	115
	5.12.1 Kognitiewe aspekte van hoop	115
	5.12.2 Emosionele aspekte van hoop	116
	5.12.3 Spirituele aspekte van hoop	116

5.13	DIE ONTWIKKELING VAN 'HOOP VIR DIE TOEKOMS'	117
5.14	WAAROM TYDSPERSPEKTIEF AS POTENSIËLE PSIGOFORTIGENE FAKTOR ONDERSOEK?	118
5.15	OPSOMMING	119

HOOFSTUK 6: METODOLOGIE

6.1	INLEIDING	121
6.2	DOEL VAN DIE STUDIE	121
6.3	INSAMELING VAN GEGEWENS	123
6.3.1	Die ondersoekgroep	123
6.3.2	Meetinstrumente	124
6.3.2.1	Biografiese vraelys	126
6.3.2.2	Die Hoop-skaal vir Volwassenes (HSV) / <i>Adult Dispositional Hope Scale</i> (Snyder, 2000)	126
6.3.2.2.1	Rasionaal	126
6.3.2.2.2	Aard, administrasie en interpretasie	126
6.3.2.2.3	Betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument	127
6.3.2.2.4	Motivering vir die gebruik van hierdie instrument	128
6.3.2.3	Lewenstevredenheidskaal / <i>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i> (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)	128
6.3.2.3.1	Rasionaal	128
6.3.2.3.2	Aard, administrasie en interpretasie	128
6.3.2.3.3	Betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument	129
6.3.2.3.4	Motivering vir die gebruik van hierdie instrument	129
6.3.2.4	Antonovsky se koherensiesin-vraelys / <i>Sense of Coherence Scale (SOC)</i> (Antonovsky, 1987, 1993)	129
6.3.2.4.1	Rasionaal	129
6.3.2.4.2	Aard, administrasie en interpretasie	130

6.3.2.4.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	130
6.3.2.4.4	Motivering vir die gebruik van hierdie instrument	130
6.3.2.5	Fortaliteit-vraelys / <i>Fortitude Questionnaire</i> (Pretorius, 1998)	131
6.3.2.5.1	Rasionaal	131
6.3.2.5.2	Aard, administrasie en interpretasie	131
6.3.2.5.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	132
6.3.2.5.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	132
6.3.2.6	Die SELE-instrument vir die bepaling van tydsperspektief (Westerhof & Bode, 1999)	132
6.3.2.6.1	Rasionaal	132
6.3.2.6.2	Aard, administrasie en interpretasie	134
6.3.2.6.3	Werkswyse	137
6.3.2.6.4	Betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument	142
6.3.2.6.5	Motivering vir die gebruik van hierdie instrument	142
6.4	NAVORSINGSONTWERP	143
6.5	PROSEDURE	145
6.5.1	Kwantitatiewe ontleding	145
6.5.2	Kwalitatiewe ontleding	145
6.6	HIPOTESEFORMULERING	146
6.7	STATISTIESE PROSEDURE	147
6.8	ORIËNTERING TEN OPSIGTE VAN DIE KWALITATIEWE NAVORSINGSPROSES	148
6.9	OPSOMMING	149

HOOFSTUK 7: RESULTATE

7.1	INLEIDING	151
AFDELING I: KWANTITATIEWE RESULTATE		153
7.2	INLEIDING TOT DIE BESPREKING VAN KWANTITATIEWE RESULTATE	153
7.3	BESKRYWENDE STATISTIEK	154
7.4	KWANTITATIEWE HIPOTESETOETSING	156
AFDELING II: DIE ROUPROSES		157
7.5	INLEIDING TOT DIE BESPREKING VAN DIE ROUPROSES	157
7.6	VERLOOP VAN DIE ROUPROSES	160
7.6.1	Die eerste rousiklus (A)	164
7.6.1.1	Biologiese funksionering (A1)	164
7.6.1.2	Sielkundige funksionering (A2)	166
	• Kognitiewe beewing (A2.1)	167
	• Gedragsbeewing (A2.2)	173
	• Affektiewe beewing (A2.3)	179
7.6.1.3	Sosiale funksionering (A3)	186
	• Die verhouding tussen versorger en pasiënt	187
	• Die verhouding tussen die versorger en die familieledede/gemeenskap	191
7.6.2	Die tweede rousiklus (B)	193
7.6.2.1	Biologiese funksionering (B1)	195
7.6.2.2	Sielkundige funksionering (B2)	196
	• Kognitiewe beewing (B2.1)	196
	• Gedragsbeewing (B2.2)	199
	• Affektiewe beewing (B2.3)	202
7.6.2.3	Sosiale funksionering (B3)	208

7.7	DIE ROUPROSES EN DIE TOEKOMS	210
	7.7.1 Toekoms-tydsperspektief tydens die eerste rousiklus	211
	7.7.2 Toekoms-tydsperspektief tydens die tweede rousiklus	213
7.8	OPSOMMING: DIE ROUPROSES	218
AFDELING III: ONTLEDING VAN DATA BEKOM MET BEHULP VAN DIE SELE-INSTRUMENT		219
7.9	INLEIDING	219
7.10	INHOUDSANALISE	220
	7.10.1 Gemeenskaplikhede tussen groepe	223
	7.10.1.1 Verlede	223
	7.10.1.2 Hede en <i>open present</i>	224
	7.10.1.3 Toekoms	227
	7.10.1.3.1 Onmiddellike toekoms	227
	7.10.1.3.2 Intermediêre toekoms	227
	7.10.1.3.3 Verafgeleë toekoms	228
	7.10.1.3.4 Transendentale toekoms	230
	7.10.2 Verskille tussen groepe	231
	7.10.2.1 Verlede	231
	7.10.2.2 Hede en <i>open present</i>	232
	7.10.2.3 Toekoms	237
	7.10.2.3.1 Onmiddellike toekoms	237
	7.10.2.3.2 Intermediêre toekoms	239
	7.10.2.3.3 Verafgeleë toekoms	241
	7.10.2.3.4 Transendentale toekoms	242
7.11	TYDSPERSPEKTIEFBEPALING	243
	7.11.1 Tydsoriëntasie	243
	7.11.2 Reikwydte van toekoms-tydsperspektief	246
	7.11.3 Tydshouding	250

7.11.3.1	Tydshouding ten opsigte van die verlede	252
7.11.3.2	Tydshouding ten opsigte van die hede	252
7.11.3.3	Tydshouding ten opsigte van die toekoms	254
7.12	OPSOMMING: TYDSPERSPEKTIEF	255
7.13	OPSOMMING	255

HOOFTUK 8: BESPREGING EN GEVOLGTREKKING

8.1	INLEIDING	257
8.2	DIE VERBAND TUSSEN DIE ROUPROSES-BELEWING EN DIE SIELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ALZHEIMER- VERSORGER	258
8.2.1	Psigofortaliteit en die rouproses	262
8.2.1.1	Verstaanbaarheid	262
	▪ Roufase 1	262
	▪ Roufase 2	264
8.2.1.2	Beheerbaarheid	265
	▪ Roufase 1	265
	▪ Roufase 2	266
8.2.1.3	Betekenisvolheid	268
	▪ Roufase 1	268
	▪ Roufase 2	269
8.2.1.4	Algemene weerstandshulpbronne	270
	▪ Roufase 1	270
	▪ Roufase 2	271
8.2.2	Samevatting	272

8.3	DIE VERBAND TUSSEN DIE ROUPROSES-BELEWING EN DIE TYDSPERSPEKTIEF VAN DIE ALZHEIMER- VERSORGER	275
8.3.1	Tydsperspektief van die ondersoekgroep as geheel	277
8.3.2	Die verband tussen die versorgingsproses en die tydsperspektief van die Alzheimer-versorger	279
8.3.2.1	Roufase 1	280
8.3.2.2	Roufase 2	285
8.4	DIE VERBAND TUSSEN DIE TYDSPERSPEKTIEF EN DIE SIELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ALZHEIMER-VERSORGER	289
8.4.1	Die sterk model	291
8.4.2	Die swak model	293
8.4.2.1	Die identiteit van die bejaarde	294
8.4.2.2	Die koherensiesin van die bejaarde	297
	▪ Verstaanbaarheid (Begrip)	298
	▪ Beheerbaarheid	300
	▪ Betekenisvolheid	302
8.5	GEVOLGTREKKINGS: DIE POTENSIËLE AANWENDING VAN TOEKOMS-TYDSPERSPEKTIEF BINNE DIE POSITIEWE SIELKUNDE	305
8.6	VERALGEMEENBAARHEID VAN RESULTATE: IMPLIKASIES VAN HIERDIE STUDIE VIR DIE HANTERING VAN VIGS-PASIËNTE EN HULLE PRIMÊRE VERSORGER	309
8.7	TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE ONDERSOEK	311
8.8	AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	313
8.9	TEN SLOTTE	315
	BRONNELYS	317
	BYLAE	334
	Bylae A	335

LYS VAN FIGURE

Bladsy

Figuur 1:	Aangepaste grafiese voorstelling van die Transaksionele Model (Kumpfer, 1999)	11
Figuur 2:	Omgewingsveranderlikes as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	14
Figuur 3:	Voorkoms van demensie (George, Landoman, Blazer & Anthony, 1991)	23
Figuur 4:	Moontlike meganismes wat veranderinge in die versorger se fisieke en geestesfunksionering mag voorspel (Pearlin <i>et al.</i> , 1990).	31
Figuur 5:	Persoon-omgewingsinteraksie as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	39
Figuur 6:	Weerbaarheidsfaktore as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	63
Figuur 7:	'n Voorstelling van die paradigmaskuif in die sielkunde (Viviers, 1998)	68
Figuur 8:	Die <i>General Adaptation Syndrome</i> -respons op stressore (Selye, 1975)	70
Figuur 9:	Die kontinuum van gevoelens wat volg op bedreiging of uitdaging (Barlow & Durand, 1995)	72

Figuur 10:	Aanpassing van die G.A.S. (<i>General Adaptation Syndrome</i>) -model van Selye (1975)	73
Figuur 11:	Primêre en sekondêre taksering in die copingproses (Kleinke, 1991)	75
Figuur 12:	Weerbaarheidsprosesse as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	91
Figuur 13:	Persentasies van positiewe toekomstige verandering voorspel deur verskillende ouderdomsgroepe (Ryff & Heidrich, 1997)	100
Figuur 14:	Die drie dimensies van kognisies oor die SElf en die LEwe soos gemeet deur die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997)	134
Figuur 15:	Uitkomste van die ondersoek as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	151
Figuur 16:	Resultate met betrekking tot die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	154
Figuur 17:	Resultate met betrekking tot die rouproses as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	158
Figuur 18:	Grafiese voorstelling van die rouproses van die Alzheimer-versorger	160
Figuur 19:	Grafiese voorstelling van die tweede rousiklus van die Alzheimer-versorger	193
Figuur 20:	Resultate rakende tydsperspektief as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	219

Figuur 21:	Grafiese illustrasie van groepverskille ten opsigte van tydsoriëntasie	244
Figuur 22:	Grafiese voorstelling van die verskillende groepe se gebruik van die toekoms as tydseenheid	248
Figuur 23:	Grafiese voorstelling van die reikwydte van onderskeidelik die ondersoek- en kontrolegroepe se toekoms-aspirasies	250
Figuur 24:	Grafiese illustrasie van die vier groepe se houding teenoor die verlede	252
Figuur 25:	Grafiese illustrasie van die verskillende groepe se houding teenoor die hede	253
Figuur 26:	Grafiese illustrasie van die verskillende groepe se houding teenoor die toekoms	254
Figuur 27:	Interaksie tussen die sielkundige welstand van die versorger en die rouproses as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	259
Figuur 28:	Interaksie tussen die rouproses en tydsperspektief as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	276
Figuur 29:	Interaksie tussen die tydsperspektief en sielkundige welstand van die versorger as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)	290
Figuur 30:	Die sterk (A) en swak (B) modelle as verklaring van die verband tussen toekoms-tydsperspektief en sielkundige welstand	306

LYS VAN TABELLE

	Bladsy
Tabel 1: Die ouderdomsverspreiding van die vier groepe van eggenotes	124
Tabel 2: Sinstamme vervat in die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997)	135
Tabel 3: Illustrasie van die koderingssteeem van die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997)	136
Tabel 4: Gemiddeldes en standaardafwykings vir die totale ondersoekgroep rakende die sielkundige welstandtellings	155
Tabel 5: Gemiddeldes (X), standaardafwykings (s) en Kruskal Wallis resultate (H) van die psigologiese welstandsindexe van die onderskeie groepe	156
Tabel 6: Uiteensetting van die inhoudsanalise van data bekom met behulp van die SELE-instrument	221
Tabel 7: Resultate van die tydsoriëntasiebepaling met behulp van die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997)	243
Tabel 8: Reikwydte van die onderskeie groepe se toekoms-aspirasies	247
Tabel 9: Resultate van reikwydte van toekoms-tydsperspektief (Ondersoekgroepe)	249

Tabel 10:	Resultate van reikwydte van toekoms-tydsperspektief (Kontrolegroepe)	249
Tabel 11:	Resultate van die bepaling van die tydshouding van respondente	251

HOOFSTUK 1 ORIËNTASIE

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Hierdie ondersoek volg op 'n vorige studie deur Potgieter (2000) waarin die sielkundige behoeftes van die versorgers van Alzheimer-pasiënte ondersoek is. Een van die mees opvallende aspekte van versorger-belewing wat tydens hierdie voorafgaande ondersoek na vore gekom het, was die unieke dinamika van die meeste versorgers se intrapsigiese belewing van die versorgingsproses. Die huweliksmaat-versorgers se belewing van die versorgingsituasie word spoedig 'n rou-ervaring, wat, bo en behalwe die ander versorgingstake, besondere eise stel aan die vermoë van die versorger om te cope. Hierdie rou-ervaring is een van die mees intense versorger-belewenisse, en bring van die grootste aanpassingseise na vore, selfs na afloop van die versorgingsproses. Die rouproses was dan ook die grootste enkele struikelblok wat die versorgers moes oorkom in hulle stryd om die behoud of herwinning van hulle sielkundige welstand. Dit het verder ook geblyk dat die rouproses 'n uniek intense en komplekse aard het.

'n Verdere verkenning van die aard van hierdie unieke rouproses sal hopelik 'n bydrae lewer tot beter begrip vir en hulpverlening aan die versorger van die Alzheimer-pasiënt.

Mediese navorsing bring die mensdom daaglik nader aan die ontdekking van 'n kuur vir Alzheimer se siekte. Totdat so 'n deurbraak egter gemaak is, sal die las van Alzheimer se siekte in baie gevalle deur die huweliksmaat-versorger van die Alzheimer-pasiënt gedra moet word. Eisdorfer (Miner *et al.*, 1989) is in hierdie verband van mening dat: "*When the major caregiver gives out, the care system gives out*". Eisdorfer se reël blyk veral van toepassing te wees in die lig van ons reeds oorlaaide gesondheidsorgsisteem, wat, soos dit uit die onderhoude met verskeie versorgers geblyk het, min doen vir die verligting van hulle lot. Dit is dus die taak en plig van die mensgerigte wetenskappe as geheel om die versorgers van demensie-pasiënte sover moontlik by te staan. Sukses op hierdie gebied sal nie slegs 'n bydrae

maak tot die lewenskwaliteit van versorgers nie, maar ook tot die kwaliteit van sorg wat hulle in staat is om te lewer. Indirek sal dit dus 'n bydrae lewer tot die lewenskwaliteit van die demensie-pasiënte onder hulle sorg. Dit mag ook lei tot langer tuisversorging, wat 'n kostebesparing sal meebring, en so die gesondheidsorgsisteem tot 'n mate verlig van die onkoste gekoppel aan hierdie intensiewe versorgingsproses.

Hierdie studie word dus geloods binne die konteks van die rouproses van die versorger van die Alzheimerpasiënt, in 'n poging om 'n bydrae te kan lewer tot die handhawing van die versorger se sielkundige welstand.

Die tradisionele hulpverlening aan die versorger van die demensie-pasiënt fokus gewoonlik op die opleiding van die versorger, die daarstel van ondersteuningsgroepe en die voorsiening van tuisbesoeke en -sorg. Daar bestaan egter bewyse dat die voorsiening van bogenoemde aspekte alleen nie die probleem van versorger-stres doeltreffend genoeg aanspreek nie. Dikwels is selfs hierdie basiese dienste nie tot die versorgers se beskikking nie. Daar behoort dus 'n klemverskuiwing plaas te vind, sodat daar meer gefokus word op aspekte soos die individuele persoonlike funksionering van die versorger. Derhalwe behoort die evaluering van versorger-funksionering en sy/haar vermoë om te cope, 'n standaard-komponent van die evaluering van die demensie-pasiënt uit te maak (Gesino & Haas, 1996).

Navorsing op die terrein van versorger-welstand is egter nie sonder probleme nie. Wanneer daar gefokus word op Alzheimer-pasiënte en hulle huweliksmaat-versorgers, word daar feitlik uitsluitlik met die bejaarde populasie gewerk, wat eiesoortige eise aan die navorser stel. In hierdie verband meen Dittmann-Kohli en Westerhof (1997) dat bejaardheid as ontwikkelingsstadium 'n baie kort navorsingsgeskiedenis het, en dat dit kultuurhistories 'n relatief 'jong' lewensperiode is. Dit is dus nie moontlik vir navorsers op hierdie gebied om alle nuanses van die diversiteit van die bejaarde se ervarings korrek te voorspel nie, veral nie deur middel van 'objektiewe' kwantitatiewe metings nie. Soos in ander areas van gerontologie, is die gebruik van kwalitatiewe navorsingsmetodes dus geregverdig.

Hoewel daar dus wel van sekere kwantitatiewe metings gebruik gemaak is, fokus hierdie studie grotendeels op 'n kwalitatiewe ontleding van versorgers se persoonlike belewinge van die versorgingsproses, en die rouproses wat hierdie verlieservaring vergesel.

1.2 DIE INVALSHOEK VAN HIERDIE NAVORSING

In 'n spesiale uitgawe van die tydskrif *American Psychologist*, waarin die onlangse opbloeï in die 'positiewe sielkunde' aandag geniet, maak Seligman en Csikszentmihalyi (2000) die volgende opmerking:

"A science of positive subjective experience, positive individual traits, and positive institutions promises to improve quality of life and prevent the pathologies that arise when life is barren and meaningless. The exclusive focus on pathology that has dominated so much of our discipline results in a model of the human being lacking the positive features that make life worth living. Hope, wisdom, creativity, future mindedness, courage, spirituality, responsibility and perseverance are ignored or explained as transformations of more authentic negative impulses." (p. 5)

Hierdie outeurs huldig die mening dat die huidige eeu 'n wetenskap en profesie (sielkunde) sal oplewer met toenemende begrip vir, en bevordering van daardie faktore wat individue, gemeenskappe en die samelewing as geheel in staat sal stel om te floreer, ten spyte van die daaglikse alomteenwoordigheid van stressore.

Binne hierdie oplewing in die sogenaamde positiewe sielkunde verteenwoordig salutogenese en psigofortigenese (bestudering van die oorsprong, aard, manifestasies en potensiaal van sielkundige welstand en krag) 'n antitese vir die patogene paradigma wat tradisioneel binne die sielkunde gehandhaaf is (Strümpfer, 2001). Hierdie terme word in afdeling 1.5 gedefinieer en in hoofstuk 4 meer breedvoerig toegelig. Dit is egter noodsaaklik dat die leser uit die staanspoor kennis neem van die feit dat die versorger se belewing van die rouproses in hierdie studie vanuit 'n psigofortigene paradigma beskou sal word.

1.3 DOELSTELLINGS

Die simptome van Alzheimer se siekte vorm deel van die domein van die demensies. Die versorging van pasiënte wat aan hierdie siektetoestand ly, toon egter groot ooreenkomste met talle ander siektetoestande waarvan die verloop chronies is, wat gekenmerk word deur die verlies van kognitiewe vermoë van die pasiënt, en waarvan die uiteinde onafwendbaar die dood is, byvoorbeeld MIV/VIGS. Identifisering van die psigofortigene faktore betrokke by die versorging van Alzheimer-pasiënte behoort dus van waarde te wees vir talle persone wat hulle in dieselfde situasie bevind, ten spyte daarvan dat die oorsaaklike patologie mag verskil. Die grondliggende waarde en oorkoepelende doel van hierdie ondersoek is dus om 'n bydrae te lewer tot die sielkundige welstand van primêre versorgers, soos dit in hoofstuk 8 bespreek word.

Hierdie projek is egter meer spesifiek daarop gerig om vanuit die veld van die positiewe sielkunde en 'n voorkomende benadering aandag te skenk aan die handhawing van die sielkundige welstand van die huweliksmaat-versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte. Soos genoem in afdeling 1.1 is daar op grond van die navorsingsresultate van Potgieter (2000) besluit om spesifiek aandag te verleen aan die versorger se ervaring van die rouproses. Hoewel genoemde studie reeds tot 'n mate lig gewerp het op die psigodinamika van die versorger se belewing van hierdie proses, is 'n meer breedvoerige beskrywing daarvan egter noodsaaklik. Hieruit volg die eerste spesifieke doelstelling van die huidige ondersoek, naamlik:

- Die bestudering en omskrywing van die huweliksmaat-versorger se psigodinamiese belewing van die rouproses wanneer daar na 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte omgesien word.

Daar is reeds melding gemaak van die potensiële rol wat die positiewe sielkunde mag speel in die hulpverlening aan die versorger. Seligman en Csikszentmihalyi (2000) noem onder andere dat 'n persoon se behoud van hoop en 'n toekomsgerigtheid te midde van stressore van die positiewe menslike eienskappe is wat in hierdie verband 'n rol mag speel. Hieruit volg die tweede spesifieke doelstelling van hierdie ondersoek, naamlik:

- Bestudering van die invloed wat hierdie belewing (naamlik die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte) op die tydsperspektief van die versorger het.

Daar was inderdaad dan ook aanduidings uit die vorige ondersoek deur Potgieter (2000) dat die behoud van hoop, motivering vir en betekenis van die eie bestaan 'n rol mag speel in die behoud van die versorger se sielkundige welstand. Soos uit die literaturomskrywing in hoofstuk 3 duidelik sal blyk, bestaan daar 'n noue verband tussen die konsepte hoop, motivering en toekomstydsperspektief.

Uit bogenoemde volg dan die derde spesifieke doelstelling van hierdie ondersoek, naamlik:

- Bepaling van die potensiële psigofortigene rol wat die behoud van toekomstydsperspektief tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte mag speel.

Meer duidelikheid oor die potensiële psigofortigene rol van hierdie konstruk sal waarskynlik bydra tot 'n beter insig in die vermoë van versorgers om die eise van die versorgingsituasie doeltreffend te hanteer vir die behoud van hul eie sielkundige welstand. 'n Duideliker definiëring van die kernbegrippe vervat in hierdie doelstellings volg in afdeling 1.5.

1.4 BASIESE HIPOTEESES

Die hipoteses wat in hierdie studie ondersoek sal word, kan kortliks soos volg gestel word:

- Daar is duidelike kwalitatiewe verskille tussen die rouproses-belewinge van persone wat hulle huweliksmaats aan Alzheimer se siekte verloor het, versus diegene vir wie die verlies van 'n huweliksmaat deur 'n ander faktor meegebring is.

- Die aard van hierdie verskille is sodanig dat die spesifieke ervarings van die Alzheimer-versorgers oor die algemeen 'n groter negatiewe impak sal hê op hulle vlakke van hoop, motivering en die behoud van toekoms-tydsperspektief, en dat die invloed daarvan op die Alzheimer-versorgers langer sal voortduur.
- 'n Persoon wat 'n huweliksmaat aan die dood afgestaan het, se behoud van toekoms-tydsperspektief (soos gedefinieer in afdeling 1.5, en in besonderhede bespreek in hoofstuk 5) sal positief korreleer met die persoon se vlak van sielkundige welstand.
- Die behoud van toekoms-tydsperspektief sal positief korreleer met salutogene en psigofortigene indekse, sodat hierdie konstruk homself sodoende sal onderskei as 'n potensiële psigofortigene faktor by die verwerking van soortgelyke verlieservarings.

In die lig daarvan dat hierdie grotendeels 'n kwalitatiewe studie is, is dit belangrik om daarop te let dat data en resultate hoofsaaklik beskrywend en eksploratief aangewend sal word.

1.5 TERMINOLOGIESE VERANTWOORDING

Hoewel die verskillende konsepte vervat in hierdie studie gedurende die literaturomskrywing in besonderhede omskryf sal word, is dit noodsaaklik dat die leser vooraf ingelig word ten opsigte van sekere van die terme en kernbegrippe wat 'n belangrike rol in hierdie ondersoek speel:

- **Versorgers**

Die term 'versorger' word dikwels in die literatuur aangewend vir die beskrywing van 'n hele reeks persone wat hulle op een of ander stadium in 'n hulpgewende rol, van watter aard ook al, bevind. Hierdie ondersoek fokus egter (om redes wat in hoofstuk 6, wat handel oor die metodologie, breedvoerig bespreek sal word) uitsluitlik op die

belewensisse van die *vroulike* huweliksmaats van persone wat aan Alzheimer se siekte ly. Die term 'versorger' sal dus slegs aangewend word om te dui op daardie dames wat die versorgingseise gestel deur 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte self (en meestal tuis) dra. Die meerderheid van hierdie versorgers was/is tans deel van Alzheimer-ondersteunersgroepe in Bloemfontein, Johannesburg of Vanderbijlpark. Hierdie persone het deurgaans geen formele opleiding in bejaardesorg ontvang nie. Elk van hierdie versorgers het hulleself ook geïdentifiseer as daardie familielid wat primêr gemoeid is met die versorging van hulle huweliksmaat. Die ondersoek- en kontrolegroepe wat in hierdie studie betrek is, sal ook in hoofstuk 6 in meer besonderhede bespreek word.

- **Rou**

Raphael (1983) spreek haar as volg uit oor die fyn nuanseverskille wat in die Engelse spreektaal bestaan rondom die presiese terminologie wat in verband met hierdie onderwerp gebruik word:

"Bereavement is the reaction to the loss of a close relationship. Sometimes grief is also used to describe this reaction, but in this work grief will be used to refer to the emotional responses to loss: the complex amalgam of painful effects including sadness, anger, helplessness, guilt, despair. Mourning will be used here to refer to the psychological mourning process that occur in bereavement: the process whereby the bereaved usually undoes the psychological bonds that bound him to the deceased." (p. 13)

Hoewel daar in Afrikaans 'n verskeidenheid van direkte vertalings vir elk van hierdie begrippe bestaan, is dit moeilik om woorde te vind wat die fyn nuanseverskille duidelik uitlig. Vir groter duidelikheid sal daar in hierdie studie van die volgende begrippe gebruik gemaak word:

- **Ontvalling** (as vertaling van *bereavement*) sal dui op die verlies van 'n nabye interpersoonlike verhouding, naamlik die huweliksverhouding in hierdie geval.

- *Droefheid* (as vertaling van *grief*) sal gebruik word om te dui op die komplekse reeks van emosies wat volg op so 'n verlies-ervaring; 'n pynlike aandoening van die gemoed.
- *Rou* (as vertaling van *mourning*) sal dui op die sielkundige rouproses wat volg na die verlies van 'n geliefde. Soos beskryf deur Raphael (1983), verteenwoordig hierdie proses die ontknoping van bande wat daar tussen die persoon en die oorledene bestaan het.

- **Salutogenese**

Die gesondheids- en sosiale wetenskappe is tradisioneel gekenmerk deur 'n *patogene* (Latyn: *patos* = siekte en *genesis* = oorsprong) paradigma (Strümpfer, 2001). Die verskyning van 'n nuwe paradigma, die positiewe soeke na wat reg en goed is, kan reeds gesien word in die werk van teoretici so vroeg as Alfred Adler. *Salutogenese*, 'n term geskep deur Antonovsky (1979), is een van die prominente konstrunkte wat in die onlangse opbloeï in die positiewe sielkunde sterk na vore gekom het. Soos die komponente van die samestelling impliseer (Latyn: *salus* = gesondheid en *genesis* = oorsprong), verteenwoordig hierdie term 'n soeke na die oorsprong van goeie gesondheid.

Antonovsky (1979) het die waarneming gemaak dat daar individuele verskille voorkom in die impak wat stresvolle situasies op mense se funksionering het. Sy soeke na 'n verklaring vir hierdie verskynsel het hom gelei tot die slotsom dat daar faktore bestaan wat 'n bufferrol speel in die mens se belewing van moeilike lewensomstandighede. Hierdie faktore was volgens hom die mate van verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid wat 'n individu aan hierdie stresvolle situasies kon koppel. Laasgenoemde drie terme is vervolgens deur hom saamgevat onder die term *koherensiesin*. Antonovsky (1979) het ook 'n aantal *weerstandshulpbronne* geïdentifiseer, naamlik daardie eienskappe wat 'n persoon, groep, subkultuur of gemeenskap in staat stel tot die suksesvolle hantering van stressore. Saam met koherensiesin vorm hierdie weerstandshulpbronne die kern van die salutogenese. Hierdie veld is verteenwoordigend van onlangse prominente bydraes wat tot 'n klemverskuiwing in die sielkunde (naamlik van 'n remediërings- na 'n voorkomingsbenadering) gelei het.

- **Psigofortigenese**

Strümpfer (1995) is van mening dat die term 'gesondheid' maar dui op een van die aspekte van menslike funksionering, terwyl 'n persoon se koherensiesin en die weerstandshulpbronne tot sy beskikking, betrekking het op die hele spektrum van menslike funksionering. Hy het dus die begrip *fortigenese* (Latyn: *fortis* = krag of sterkte en *genesis* = oorsprong) bekendgestel, wat verwys na die oorsprong van die krag wat die mens aan die dag lê om die lewenseise, wat op alle areas van funksionering aan hom/haar gestel word, te hanteer. Wissing en Van Eeden (1994) het hierdie term verder uitgebrei na *psigofortologie* – in teenstelling met *psigopatologie* – wat fokus op die bestudering van die oorsprong, aard, manifestering en ontwikkeling van sielkundige welstand. Waar psigofortologie dus die navorsingsveld en kennisgebied verteenwoordig, sal die term *psigofortaliteit* in hierdie studie aangewend word om te dui op sielkundige krag en weerstandbiedendheid as persoonlike, menslike eienskap. So kan 'n individu dus beskik oor 'n hoë of geringe mate van psigofortaliteit.

- **Tydsperspektief**

Lewin (1952), een van die eerste gesaghebbende skrywers in hierdie verband, het tydsperspektief gedefinieer as: *"the totality of the individual's views of his psychological future and his psychological past existing at a given time"*. Wat betref die invloed daarvan op menslike gedrag het Nuttin en Lens (1985) die rol van, nie slegs die hede nie, maar ook die toekoms en gebeure uit die verlede, beklemtoon in die bepaling van menslike gedrag.

Volgens Carstensen, Isaacowitz en Charles (1999) is die konsep tydsperspektief baie kompleks, en die begrip van die rol daarvan binne die gedragswetenskappe nog baie beperk. Die feit dat dit menslike gedrag tot 'n groot mate beïnvloed, blyk egter voor-die-hand-liggend te wees, en in hierdie opsig is dit veral die individu se siening van die toekoms wat bepalend kan wees.

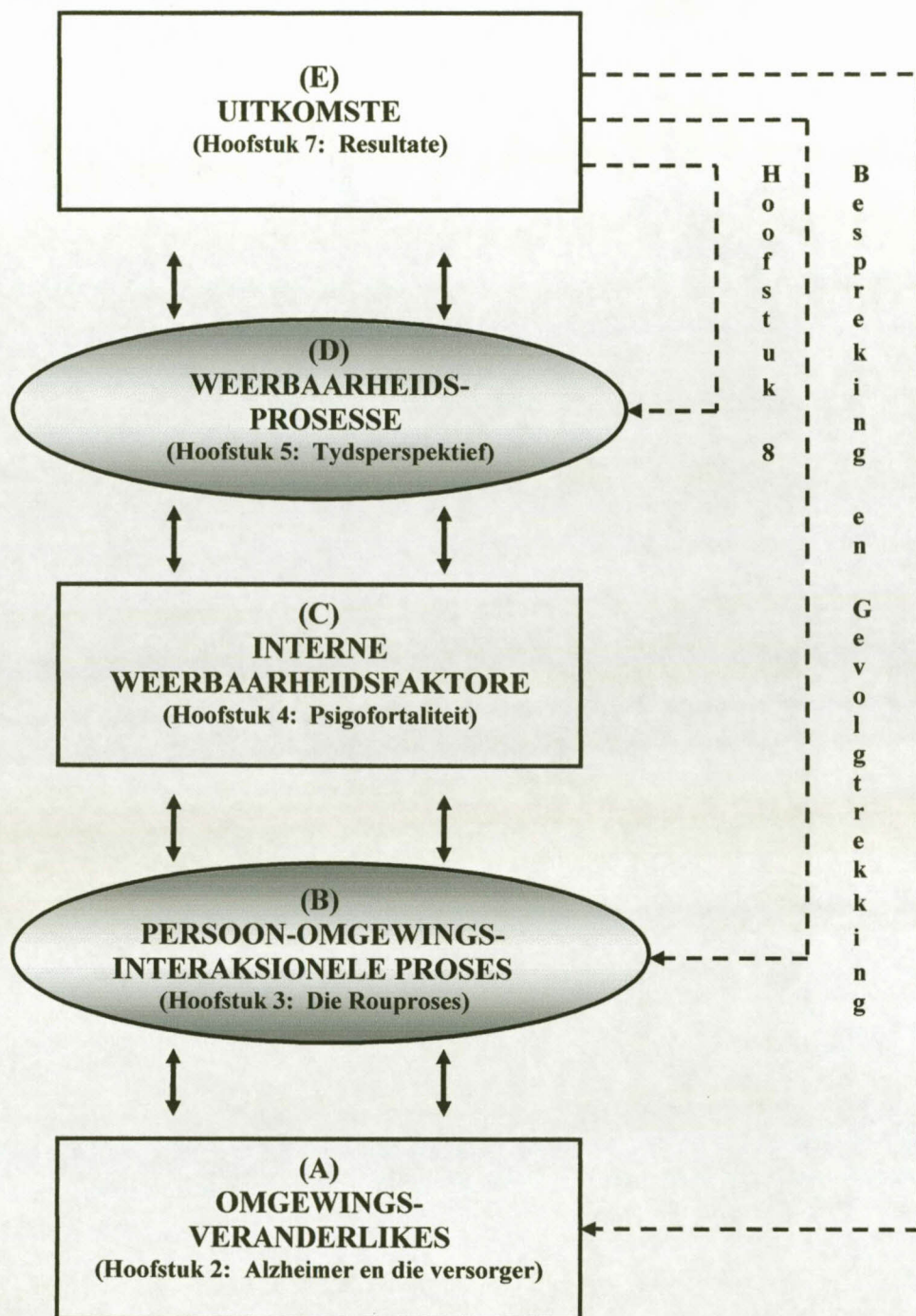
“...humans have the capability and tendency to organise their future, to create an image of what may come. This sphere, however, has a psychological character different from that of the past. Whereas no real changes can be made in the past, the future perspective is open, nondetermined. Thus, it offers an opportunity to create something new” (Zaleski, 1994).

Binne die veld van psigofortaliteit bied toekoms-tydsperspektief (en die behoud van die aanverwante konsep van hoop) dus ‘n moontlikheid vir die behoud van sielkundige welstand gedurende tye van geweldige stres, soos tydens die versorging van ‘n huweliksmaat met Alzheimer se siekte.

1.6 VOORUITSKOUING

Ten einde ‘n mate van orde aan die bespreking van die kernelemente van hierdie ondersoek te verleen, is daar besluit om gebruik te maak van die Transaksionele Model van Kumpfer (1999) soos aangedui in figuur 1. Wanneer daar tydens navorsing slegs van vae definisies en losse strukture gebruik gemaak word, loop konstruksie soos veerkragtigheid (‘resilience’) die gevaar om toutologies van aard te word. Kumpfer (1999) poog om met hierdie model die veranderlikes wat met verhoogde veerkragtigheid gepaard gaan, te organiseer in ‘n dinamiese raamwerk. Die doel van hierdie raamwerk is juis om die interaksies tussen die persoon en sy/haar hoë-risiko-omgewing (stimuli), asook tussen die persoon en die uitkoms duidelik tevoorskyn te laat kom.

Hierdie Transaksionele Model gaan dus verder as stimulus-respons behaviorisme, en sluit aan by die toenemende erkenning (veral binne die onlangse opbloei in die positiewe sielkunde) van die aktiewe rol wat die mens in sy/haar omgang met omgewingsveranderlikes speel, beide tydens die hantering van die stressor, en tydens die herintegrasie van die individu na die afloop van die stressor.



Figuur 1: Aangepaste grafiese voorstelling van die Transaksionele Model (Kumpfer, 1999)

Ses afsonderlike konstrakte (wat vir die doel van hierdie ondersoek verminder is na vyf) kan volgens hierdie model onderskei word.

Afdeling A (sien Figuur 1) behels die stressore en uitdagings waarmee die individu gekonfronteer word, dit wil sê die omgewingsveranderlikes. Hierdie stimuli veroorsaak disekwilibrium in die individu, groep, familie of gemeenskap wat bestudeer word, en aktiveer so die weerstandsproses. Ook die eksterne omgewingskonteks, wat deur Kumpfer (1999) beskou word as 'n aparte domein, word vir die doel van hierdie ondersoek by domein A ingesluit. Dit behels die risiko- en beskermende faktore wat deel uitmaak van die individu se eksterne omgewing. 'n Duidelike uiteensetting van die rol wat hierdie faktore in die lewe van die Alzheimer-versorger speel, word in hoofstuk 2 verskaf.

By die bespreking van afdeling B sal die dinamiese transaksionele proses tussen die individu en die omgewing ter sprake kom. Dit behels dat daar gefokus word op die persepsie wat die persoon van sy/haar omgewing handhaaf, en die wyse waarop die individu die uitdagings wat deur die omgewing gestel word, hanteer. 'n Literatuuroorsig oor die aard van hierdie proses, wat in die geval van die groep wat bestudeer word die vorm van 'n rouproses aanneem, word in hoofstuk 3 gegee.

Afdeling C van Kumpfer (1999) se Transaksionele Model handel oor die individuele karaktertrekke, en interne weerbaarheidsfaktore wat 'n rol mag speel in die suksesvolle hantering van die uitdagings wat deur die omgewing aan die individu se behoud van sielkundige welstand gestel word. In hoofstuk 4 sal daar gefokus word op die rol wat psigofortologie (as navorsingsveld binne die positiewe sielkunde) in hierdie verband speel. Hoofstuk 4 handel dus oor die teorie van en nuutste ontwikkeling binne die positiewe sielkunde. Veral die ontstaan van die navorsing rondom salutogenese, en die gevolglike ontwikkeling van die begrip psigofortaliteit, sal hier onder die loep geneem word.

In afdeling D word die weerbaarheidsprosesse onder die soeklig geplaas. Tydens hierdie ondersoek na die dinamiese copingprosesse wat die individu help om stressore en uitdagings die hoof te bied, of te herstel na die blootstelling aan langdurige stressore, sal daar gefokus word op die bespreking en verkenning van die konsep tydsperspektief. In hoofstuk 5 word daar veral aandag gegee aan die jongste

teoretisering rondom die begrip toekoms-tydsperspektief, en die rol wat dit volgens die literatuur mag speel as 'n dinamiese stres-weerbaarheidsfaktor.

Nadat die metode van ondersoek in hoofstuk 6 bespreek is, sal die resultate van hierdie ondersoek in hoofstuk 7 weergegee en geïnterpreteer word. Hierdie uitkomst maak deel uit van afdeling E van Kumpfer (1999) se Transaksionele Model. Dit is duidelik dat die navorsingsvrae en basiese hipoteses van hierdie ondersoek gesetel is in afelings A, B en D. Hoofstuk 8 behels die bespreking van resultate, en veral van die lig wat daardeur gewerp word op bestaande kennis in hierdie verband. Daar sal uiteindelik gefokus word op die maak van gevolgtrekkings en aanbevelings oor die rouproses van hierdie individue, en die potensiële psigofortigene rol wat toekoms-tydsperspektief tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte mag speel.

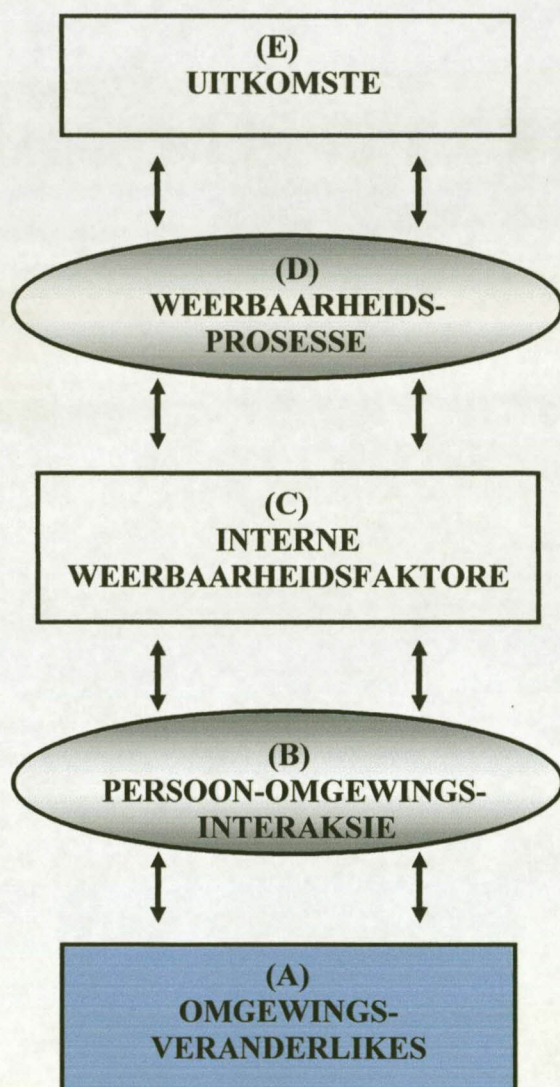
1.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar aangedui dat daar steeds 'n groot leemte in ons begrip vir die belewing van huweliksmaat-versorgers van Alzheimer-pasiënte bestaan. Daar is ook aangedui dat daar in die gedragswetenskappe slegs beperkte kennis bestaan van die invloed wat toekoms-tydsperspektief tydens hierdie omstandighede op menslike kognisie en gedrag uitoefen. Die rol daarvan as psigofortigene faktor tydens die belewing van stresvolle lewensomstandighede is, sover die skrywer se kennis strek, nog nie ondersoek nie. Een so 'n situasie is inderdaad die stres wat meegebring word deur die versorging van 'n huweliksmaat wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer is, soos in hoofstuk 2 in meer besonderhede bespreek sal word.

HOOFSTUK 2 ALZHEIMER SE SIEKTE EN DIE BELEWING VAN DIE VERSORGER

2.1 INLEIDING

Hierdie studie is uitsluitlik gerig op die belewenisse van die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte. In hoofstuk 2 sal die omgewingsveranderlikes (Kumpfer, 1999) wat 'n rol mag speel in hierdie versorgers se lewens (dit is afdeling A in figuur 2) onder die soeklig geplaas word.



Figuur 2: Omgewingsveranderlikes as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

As eerste domein in die Transaksionele Model van Kumpfer (1999) is dit vanselfsprekend dat die omgewingsveranderlike wat tydens hierdie ondersoek aandag sal kry, die eise is wat deur hierdie versorgingsproses meegebring word. Die patofisiologie van Alzheimer se siekte, en die gevolge daarvan vir die pasiënt, sal in hierdie literatuurhoofstuk ook kortliks bespreek word. Dit hou immers direk verband met die versorger se belewing van die situasie, en die behoeftes wat die versorgers en familieledes van die pasiënt na aanleiding van die pasiënt se simptome en gedrag ervaar. Daar sal in die tweede gedeelte van hierdie hoofstuk gefokus word op die belewenis van die persone direk gemoeid met die versorging (en meer spesifiek huweliksmaats as versorgers) van pasiënte met Alzheimer se siekte.

2.2 KORT HISTORIESE OORSIG OOR NAVORSING RAKENDE ALZHEIMER SE SIEKTE

Alzheimer se siekte is 'n neuro-degeneratiewe siektetoestand. Onlangse navorsingsbevindinge rakende die patofisiologie van hierdie toestand word in afdeling 2.5 in besonderhede bespreek. Die verstandelik inkapasiterende invloed wat dit op pasiënte het, is reeds in 1907 vir die eerste keer beskryf deur die Duitse psigiater en neuropatoloog, Alois Alzheimer (1864-1915) (Lavretsky & Jarvic, 1994). Alzheimer se beskrywing van hierdie 'atipiese vorm van seniele demensie' het gevolg op die observasie van 'n 51-jarige vrou wat aan 'n 'ongewone siekte van die serebrale korteks' gely het. Volgens hierdie eerste beskrywing manifesteer die toestand as 'n progressiewe agteruitgang van die geheueproses gepaardgaande met gedrags- en kognitiewe probleme, insluitende oormatige agterdogtigheid (Bogerts, 1993; Loebel, Dager & Kitchell, 1993). Sedert hierdie eerste beskrywing van wat vandag algemeen bekend staan as Alzheimer se siekte, het klinici egter groot vordering gemaak met die beskrywing van die kliniese beeld van hierdie siektetoestand.

2.3 DIE KENMERKE EN KLINIESE BEELD VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Soos genoem is, het Alzheimer se siekte 'n neurodegeneratiewe en verstandelik inkapasiterende effek op pasiënte (Lavretsky & Jarvik, 1994). As gevolg van 'n groot mate van oorvleueling met betrekking tot die simptomatologie, moet alle ander moontlike vorms van demensie deur vooraf-ondersoeke uitgesluit word alvorens

Alzheimer se siekte gediagnoseer kan word (Kaplan & Sadock, 1998). Alzheimer se siekte beïnvloed die fisieke en sielkundige welstand van beide die Alzheimer-pasiënt en die persoon verantwoordelik vir die versorging van die pasiënt. Dit is dus baie belangrik dat Alzheimer se siekte so vroeg as moontlik gediagnoseer sal word, ten einde die mees effektiewe behandeling en ondersteuning vir die pasiënt en sy/haar gesin daar te stel (Grossberg & Lake, 1998).

Volgens Kaplan en Saddock (1998) word demensie gekenmerk deur veelvuldige defekte in die pasiënt se kognitiewe funksionering, terwyl bewussyn ongeaffekteerd bly. Vir die Alzheimer-pasiënt manifesteer die vroeë tekens van Alzheimer se siekte as geheueverlies, verwardheid, die onvermoë om te redeneer en begrip vir basiese konsepte te toon, asook in probleme met die uitvoer van eenvoudige gedagteprosesse. Daar ontstaan gewoonlik probleme met die herroep van vooraf geleerde materiaal, en die aanleer van nuwe materiaal. Pasiënte begin waardevolle items soos beursies en sleutels verloor, vergeet kos op die stoof en verdwaal selfs later in 'n voorheen bekende omgewing. In die gevorderde stadium van hierdie siektetoestand vergeet hierdie persone dikwels wat hulle beroep is, hulle geboortedatums, hulle familieledes en later selfs hulle eie name. Later in die verloop van die siekte herken pasiënte selfs nie meer hulle eie weerkaatsing in 'n spieël nie (Potgieter, 2000).

Die kliniese beeld waarmee die pasiënt presenteer, kan volgens die DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) (American Psychiatric Association, 1994:142) soos volg opgesom word:

1. Sigbare bewyse dat die korttermyngeheue wel ingekort is; die pasiënt ervaar die onvermoë om nuwe gedrag aan te leer.
2. Inkorting van die langtermyngeheue; die pasiënt ervaar die onvermoë om persoonlike inligting uit die verlede te herroep.
3. Beneweling van abstrakte denke, soos geïllustreer deur die pasiënt se onvermoë om ooreenkomste tussen woorde te herken. Sodanige pasiënte ervaar ook probleme om woorde en konsepte te definieer.

4. Aantasting van die pasiënt se sosiale oordeel, aangedui deur sy/haar onvermoë om effektief te beplan met betrekking tot sy/haar interpersoonlike, familie- en werksverwante probleme.
5. Versteuring van die pasiënt se hoër kortikale funksies, wat die volgende sal insluit: afasie, apraksie, agnosie en die onvermoë om drie-dimensionele voorwerpe, soos blokontwerpe, te herbou.
6. Hierdie versteuring is van so 'n aard dat dit wel die pasiënt se werks-, sosiale en interpersoonlike funksionering tot 'n groot mate belemmer. Genoemde veranderinge verteenwoordig 'n noemenswaardige agteruitgang vanaf die persoon se voorafgaande vlak van funksionering.

Die pasiënt is dikwels die eerste persoon wat bewus raak van hierdie kognitiewe simptome. Die eerste verskynsels wat die familie en die persone gemoeid met die versorging van die pasiënt egter dikwels opval, is die gedragsveranderinge wat by die pasiënt voorkom, waaronder veranderinge in gemoed en persoonlikheids-funksionering (Venter, 2000). Hierdie veranderinge verteenwoordig 'n sogenaamde 'tweede stel van simptome' wat in die literatuur as die 'neuropsigiatriese simptome' van Alzheimer se siekte bekend staan. Laasgenoemde sluit simptome soos geïrriteerdheid, disforiese gemoed of depressie, psigose (waaronder veral delusies) en 'n apatiese ingesteldheid teenoor dinge wat vroeër belangrik was, in. Die neuropsigiatriese simptome is gewoonlik meer veranderlik as die kognitiewe simptome van Alzheimer se siekte, maar toon volgens Kaufer *et al.* (1998) wél dikwels 'n stadium-spesifieke patroon in die wyse waarop hulle presenteer. Dit is dan ook die neuropsigiatriese simptome wat die grootste bydrae maak tot die stres en depressie wat deur die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte ervaar word (Potgieter, 2000). Daar sal later (afdeling 2.6) in meer besonderhede na die spesifieke verloop van hierdie simptome en die invloed daarvan op die welstand van die versorger gekyk word.

2.4 DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

'n Finale diagnose van Alzheimer se siekte kan slegs gemaak word nadat 'n *post mortem* neuropatologiese ondersoek van die brein gedoen is. Dit is egter wel moontlik om 'n kliniese diagnose van Alzheimer se siekte te maak indien alle ander faktore met 'n moontlike etiologiese verband met die demensie (byvoorbeeld serebrovaskulêre siekte, Parkinson of Huntington se siekte, hipotiroidisme, MIV-infeksie, alkohol of hoofbesering), uit die weg geruim kan word. Volgens die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) is die diagnostiese kriteria van Demensie van die Alzheimer-tipe soos volg:

- A. Die ontwikkeling van veelvuldige kognitiewe disfunksies soos gemanifesteer deur beide:
 - (1) geheue-inkorting (verlaagde vermoë tot die aanleer van nuwe inligting of die herroep van vooraf geleerde inligting)
 - (2) een (of meer) van die volgende kognitiewe versteurings:
 - (a) afasie
 - (b) apraksie
 - (c) agnosie
 - (d) versteurings in uitvoerende funksies (*executive functioning*).
- B. Die kognitiewe versteurings in kriteria A1 en A2 veroorsaak 'n beduidende inperking van sosiale en beroepsfunksionering, en verteenwoordig 'n beduidende verskil van die voorafgaande vlak van funksionering.
- C. Die verloop word gekenmerk deur 'n geleidelike aanvang en deurlopende kognitiewe agteruitgang.
- D. Die kognitiewe versteuring van A1 en A2 is nie die gevolg van een van die volgende nie:
 - (1) ander sentrale sensuweestelsel-toestande wat progressiewe agteruitgang van die geheue en kennis veroorsaak (byvoorbeeld serebrovaskulêre siekte, Parkinson se siekte, Huntington se siekte, subdurale hematoom, normale druk-hidrokefalie of 'n breintumor);

- (2) sistemiese toestande bekend daarvoor dat hulle demensie kan veroorsaak (byvoorbeeld hipotiroidisme, vitamien D- of foliensuurtekort, hiperkalsemie, neurosifilis of MIV-infeksie); of
- (3) substans-geïnduseerde toestande.

E. Bogenoemde versteurings kom nie net voor tydens die verloop van delirium nie.

F. Die versteuring word nie beter verklaar deur 'n ander As 1-versteuring (byvoorbeeld Major Depressiewe Gemoedsversteuring of Skisofrenie) nie.

2.5 DIE NEUROFISIOLOGIESE PROSESSE BETROKKE BY ALZHEIMER SE SIEKTE

Fisiologies word Alzheimer se siekte beskryf as die premature veroudering van die brein, wat gewoonlik begin rondom middel-volwassenheid, en dan 'n vinnige en algehele verlies van verstandelike vermoë veroorsaak, soortgelyk aan dit wat by baie hoogs bejaarde persone waargeneem word (Guyton & Hall, 1994).

Hoewel die presiese etiologie van die siekte tot dusver onbekend is, is groot vordering reeds gemaak met betrekking tot die beskrywing van die neuropatologiese prosesse wat op molekulêre vlak plaasvind (Kaplan & Saddock, 1998). Een van die faktore wat waarskynlik direk verantwoordelik is vir die ontwikkeling en progressie van die toestand, is die veelvuldige plaaks van beta-ameloïed peptiede wat in en om die neurone vorm. Patologies word daar 'n geleidelike versameling van hierdie ameloïed-plaatjies in wydverspreide areas van die geaffekteerde brein waargeneem. Die huidige kontroversie oor die etiologie van Alzheimer se siekte gaan egter juis daaroor dat die navorsers nie klaarheid het oor of dit wat mikroskopies gesien kan word, naamlik die taai plaak buite die neurone en die draderige neurofibrillêre knope binne die neurone, deel is van die oorsaak of die gevolg van die toestand nie. Dit mag wees dat die plaak die merkers van plekke is waar breinselle dood is, en nie die oorsaak is van die dood van die neurone nie (Drouet, Pincon, Chambaz & Pillot, 2000; Vickers, Dickson, Adlard, Saunders, King & Mc Cormack, 2000).

(a) Makroskopiese beeld

Die makroskopiese beeld van die brein is 'n variërende beeld van kortikale atrofie met wye sulke wat die duidelikste in die frontale, temporale en pariëtale breinlobbe te bespeur is (Kaplan & Sadock, 1998).

(b) Mikroskopiese beeld

Die algemene histologiese beeld van hierdie toestand sluit in beta-ameloïed plaak op die neurone en in die bloedvate van die geaffekteerde brein, distrofiese neurone geassosieer met die plaak, en neurofibrillêre knope in die selliggame (Kaplan & Sadock, 1998). Daar vind ook 'n verlies van neurone (veral in die korteks en hipokampus) en sinapse (soveel as 50% in die korteks) plaas, saam met granulovaskulêre degenerasie van die neurone.

'n Konsekwente bevinding rakende Alzheimer se siekte is die progressiewe verlies van cholinergiese neurone in die limbiese sisteem. Daar ontstaan dus 'n tekort aan asetielcholien (die neurotransmitter verantwoordelik vir die 'kommunikasie' tussen hierdie neurone) asook die neurone wat van hierdie boodskapper gebruik maak. Hierdie tekort kom gewoonlik voor in daardie deel van die limbiese sisteem wat verantwoordelik is vir die geheue-prosesse, en veroorsaak 'n verlies van die geheuefunksie, wat deur die pasiënt sowel as die versorgers as katastrofaal ervaar word (Vander, Sherman & Luciano, 1994). Dit wil ook voorkom asof die neuronbane wat gebruik maak van die neurotransmitters noradrenalin, somatostatien en kortikotropien onderaktief blyk te wees in die breine van 'n groot persentasie van Alzheimer-lyers (Kaplan & Sadock, 1998).

2.6 DIE VERLOOP VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Die klassieke verloop van demensie behels die aanvang van simptome in die persoonse vyftiger- of sestigerjare, en die geleidelike agteruitgang in verskeie aspekte van funksionering totdat die dood na 5 tot 10 jaar intree. Die lewensverwachting van persone gediagnoseer met Alzheimer-tipe demensie kan wissel van 1 tot 20 jaar, met 'n gemiddeld van 8 jaar. In gevalle waar daar 'n vroeë aanvang van simptome is, of

waar daar 'n familiegeskiedenis van Alzheimer se siekte bestaan, het die siekte dikwels 'n vinnige verloop (Kaplan & Sadock, 1998). Soos genoem (in afdeling 2.3) toon Alzheimer se siekte dikwels 'n fase-spesifieke verloop wat betref die kognitiewe en neuropsigiatriese simptome waarmee die pasiënt presenteer. Miner, Winters-Miner, Blass, Richter en Valentine (1989) verdeel die verloop van hierdie siekte in 'n eenvoudige 'drie-fase-model' ten einde die familielede van hierdie pasiënte te help om toekomstige veranderinge met betrekking tot die funksionering van die pasiënt met redelike akkuraatheid te identifiseer en te antisipeer. Die volgende fases word onderskei:

- **Fase 1** (Tydsduur = 1 tot 3 jaar)

Die mees algemene verloop van hierdie siektetoestand behels die aanvang van 'n aantal baie subtiele tekens, sodat dit dikwels (ten minste aanvanklik) deur die pasiënt en sy/haar naaste familie geïgnoreer word. Daar ontstaan gewoonlik 'n onvermoë by die pasiënt om onlangse gebeure te onthou, gepaardgaande met disoriëntasie rondom die tyd en plek van die gebeure. Daar is 'n vermindering van konsentrasievermoë, asook episodes van vermoeidheid. Depressie- en angssimptome kom voor in 40-50% van gevalle, alhoewel die volle stel van simptome verteenwoordigend van 'n depressiewe versteuring slegs in 10-20% van gevalle voorkom.

Gesinslede mag ook agterkom dat daar persoonlikheidsveranderinge ontstaan, aangesien gedrag mag voorkom wat totaal en al verskil van dit wat hulle van die pasiënt gewoond is. Hierdie fase kan vir die familielede problematies wees, aangesien die pasiënt in hierdie fase steeds insig in die siekte het. Daar is 'n onvermoë by die pasiënt om besluite te neem of vir iets te beplan, daar sluip klein foutjies in die pasiënt se wyse van redenering en oordeel in, en daar is 'n geneigdheid om in die bekende omgewing te bly en die onbekende so ver as moontlik te vermy. Die pasiënt is in hierdie stadium dikwels nog bewus van hierdie veranderinge wat vir sy familielede meer geredelik waarneembaar is. Dit maak die gesinsituasie baie stresvol, omdat die pasiënt moontlik besef wat besig is om te gebeur en dat die familielede se gedrag teenoor hom/haar as persoon verander.

- **Fase 2** (Tydsduur = 2 tot 10 jaar)

Al die normale aspekte van geheue begin geleidelik agteruitgaan. Ander kognitiewe inperkinge, soos afasie, apraksie en agnosie word vir die familieledede al hoe makliker waarneembaar. In 5-10% van gevalle mag daar toevalle (*seizures*) ontwikkel. Aleksie (verlies van vermoë om die geskrewe woord te lees) en agrafie (verlies van die vermoë om te skryf) ontwikkel. Ander simptome mag die verlies van die vermoë om 'n sinvolle gesprek te voer, rusteloosheid saans, en die hardkoppige vasklou aan 'n idee of gedagte insluit. Die persoon verdwaal in 'n omgewing wat vir hom bekend behoort te wees en sukkel byvoorbeeld om die badkamer te vind, en moet gedurig herinner word om roetine-take uit te voer soos om tande te borsel of hare te kam. Familieledede neem ook dikwels waar dat die pasiënt dit al moeiliker vind om te loop. Die pasiënt struikel maklik of ontwikkel 'n skuifelgang, dikwels as gevolg van hipertonus ('n verhoogde spiertonus in sommige van die ledemate). Gedurende hierdie fase toon die pasiënt geen insig meer in sy/haar siekte of die ontwrigting wat dit vir familieledede veroorsaak nie.

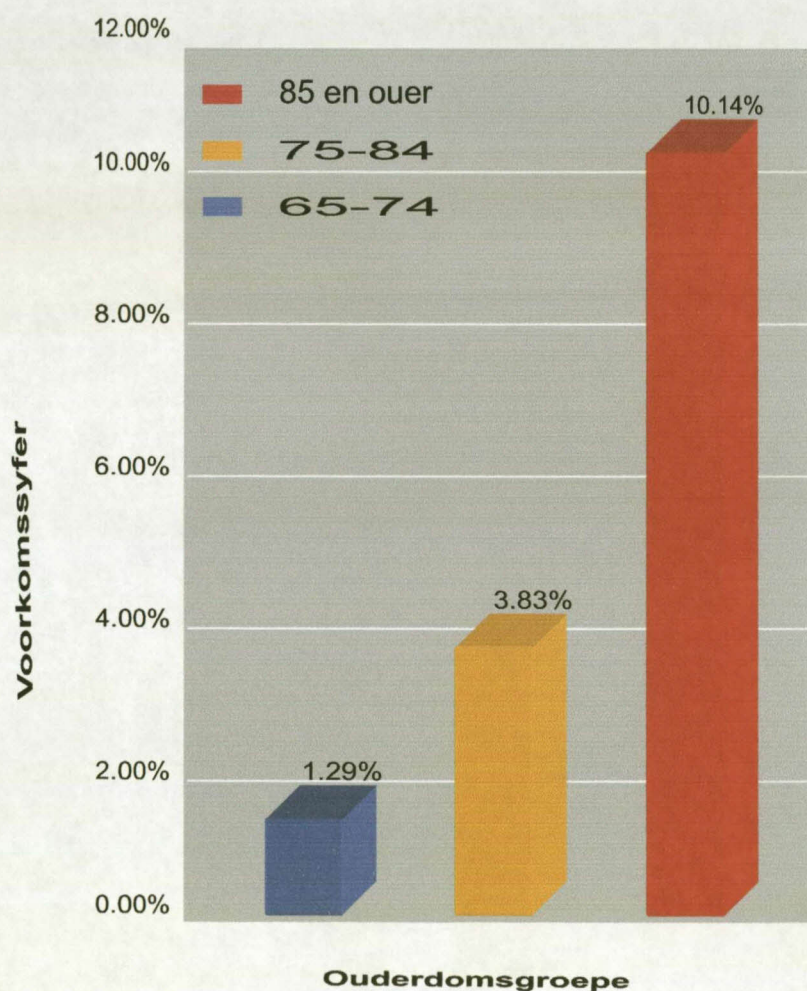
- **Fase 3** (Tydsduur = 2 tot 7 jaar)

In hierdie finale fase is daar groot verstourings in kognitiewe funksionering. Pasiënte het nou konstante toesig en aandag nodig. Hulle is gewoonlik glad nie in staat tot gesprekvoering nie, en familieledede en objekte is dikwels vir hulle onherkenbaar, of word met ander persone of objekte verwar. Daar vind emosionele disinhibisie plaas, en die oorspronklike persoonlikheid verdwyn stelselmatig. Uitskeidingsfunksies is dikwels nie meer onder die pasiënt se beheer nie, en pasiënte is gewoonlik ook teen hierdie tyd bedlêend. Die pasiënt mag selfs 'vergeet' hoe om te sluk en verstik dus maklik wanneer hy/sy gevoer word. Daar kom progressiewe gewigsverlies voor ten spyte van 'n hoëkalorie-dieet, en die pasiënt ontwikkel 'n totale hulpeloosheid rakende alle areas van funksionering. Hoewel Alzheimer se siekte 'n progressiewe, onomkeerbare verloop het, is dit opmerklik dat pasiënte soms vinniger agteruitgaan weens ander siektetoestande of faktore (Hamdy, 1994). Uiteindelik mag die pasiënt in 'n koma verval waarna die dood gewoonlik binne 'n kort tydsverloop intree. Die pasiënt sterf gewoonlik nie van Alzheimer se siekte nie, maar eerder van 'n ander

sekondêre siekte wat mag ontwikkel. Die mees algemene oorsake van dood is pneumonie, urineweginfeksie, geïnfekteerde bedseer of 'n onversorgde ulkus (Hamdy, 1994; Hamdy & Hudgins, 1994a).

2.7 DIE EPIDEMIOLOGIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

In 'n groot verteenwoordigende studie (George, Landoman, Blazer & Anthony, 1991) het navorsers gevind dat die voorkoms van demensie net bokant 1% is vir mense in die ouderdomsgroep 65-74 jaar, dat dit verhoog tot bykans 4% by die ouderdomsgroep 75-84 jaar, en dan styg tot meer as 10% vir hoogsbejaarde persone (85 jaar en ouer). Hierdie syfers word in figuur 3 grafies voorgestel.



Figuur 3: Voorkoms van demensie (George, Landoman, Blazer & Anthony, 1991)

Kaplan en Sadock (1998) huldig egter die opinie dat die voorkoms van demensie, en selfs net demensie as gevolg van Alzheimer se siekte, veel hoër is. Hierdie outeurs is van mening dat ten minste 5% van persone wat die ouderdom van 65 jaar bereik Alzheimer se siekte sal ontwikkel, en dat hierdie syfer styg na 15-25% van persone 85 jaar en ouer. Hoe dit ookal sy, dat die voorkoms van demensie van die Alzheimer-tipe 'n groeiende probleem is, blyk duidelik uit die feit dat 50% van die beddens van verpleeginrigtings in die VSA beset word deur pasiënte met Alzheimer se siekte.

In die VSA, waar die meeste navorsing rakende hierdie siektetoestand tot op hede gedoen is, was daar teen 1990 meer as 4 miljoen Alzheimer-pasiënte, en daar is beraam dat daar teen die jaar 2050 soveel as 15,4 miljoen persone met die diagnose van Alzheimer se siekte sal wees (Evans *et al.*, 1990). Hierdie dramatiese styging wat voorspel word, word toegeskryf aan die styging in gemiddelde ouderdom van populasies wat bykans wêreldwyd 'n tendens blyk te wees. Een van die redes wat moontlik hiervoor aangevoer kan word, is die verbetering in mediese hulp waartoe die meeste mense in ontwikkelde lande toegang het. Demensie kan op bykans enige ouderdom voorkom, hoewel die kans vir die ontwikkeling daarvan hoër is by ouer individue. In hierdie verband is die resultate van 'n studie deur Paykel *et al.* (1994), wat getoon het dat die jaarlikse insidensie-koers van Alzheimer-gevalle elke vyf jaar verdubbel, selfs meer ontstellend.

2.8 DIE ETIOLOGIE EN BEHANDELING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Die etiologie van Alzheimer se siekte op makro- en mikrofisiologiese vlak is reeds kortliks bespreek (afdeling 2.5). Uit dié bespreking is dit duidelik dat die bepaling van die oorsaak van demensie nie 'n eenvoudige proses is nie. Ten spyte van intensiewe navorsing kon wetenskaplikes dus nog nie die presiese patogene van Alzheimer se siekte bepaal nie. 'n Verskeidenheid van proteïene en ander chemiese substansie mag 'n rol speel in die ontwikkeling van hierdie toestand. Dit mag ook wees dat die vroeë en laat voorkoms van Alzheimer se siekte nie presies dieselfde etiologie het nie (Venter, 2000).

In die lig van hierdie onsekerheid rondom die oorsake van Alzheimer se siekte is dit nie verbasend nie dat daar 'n aantal addisionele teorieë rondom die etiologie daarvan

bestaan wat steeds ondersoek word. Wat betref oorerwing en familiële risiko toon sommige studies dat daar in soveel as 40% van gevalle van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n familiegeskiedenis van demensie van die Alzheimer-tipe bestaan. Dit wil dus voorkom asof genetiese faktore in ten minste sommige gevalle 'n rol mag speel. Die feit dat daar groter ooreenstemming in monosigotiese as in disigotiese tweelinge bestaan met betrekking tot die voorkoms van Alzheimer se siekte, lewer verdere bewyse in hierdie verband (Kaplan & Sadock, 1998). Die teenwoordigheid van die E4-geen is geïmpliseer as verbandhoudend met die voorkoms van Alzheimer se siekte. Persone met een kopie van hierdie geen het 'n drie maal hoër kans om Alzheimer se siekte te ontwikkel, terwyl die voorkoms van twee van hierdie gene die persoon agt maal meer vatbaar maak vir die voorkoms van Alzheimer se siekte. Vroue, persone met 'n naby-familie lid met Alzheimer se siekte en persone met 'n geskiedenis van kopbeserings blyk ook 'n groter risiko te hê vir die ontwikkeling van hierdie siektetoestand (Kaplan & Sadock, 1998).

Addisionele teorieë in verband met die etiologie van Alzheimer se siekte is dat abnormaliteite in die regulering van membraan-fosfolipiedmetabolisme lei tot die vorming van selmembrane wat minder vloeibaar is, en dat dit mag lei tot die atrofie van neurone soos waargeneem tydens Alzheimer se siekte. Nog teoretici stel aluminium-toksisiteit as moontlike oorsaaklike faktor as gevolg van die feit dat abnormaal hoë vlakke van aluminium in sommige gevalle gevind is in die breine van Alzheimer-pasiënte. Hierdie onsekerheid rondom die etiologie van Alzheimer's het 'n groot invloed op die versorger se belewing daarvan, soos sal blyk uit die volgende afdeling (Kaplan & Sadock, 1998).

Die verskillende tipes demensie word volgens die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) gegroepeer volgens die mees waarskynlike oorsaak van die persoon se kognitiewe agteruitgang. Ten einde 'n diagnose van Alzheimer se siekte te maak, word klinici, soos reeds genoem, genoodsaak om alle alternatiewe verklarings (met ander woorde alle ander faktore wat moontlik die demensie sou kon veroorsaak) te elimineer. Ten spyte van die heersende onsekerheid rondom die etiologie van hierdie siektetoestand, was klinici in 1988 reeds in 90% van gevalle akkuraat wanneer hulle hierdie toestand gediagnoseer het. Tog bly 'n *post mortem*-disseksie van die brein (ten einde te bepaal of sekere kenmerkende tipes breinskade teenwoordig is)

steeds die enigste finale aanduider van die teenwoordigheid van die siekte (Tierney *et al.*, 1988).

Wat betref die behandeling van hierdie siektetoestand, is spesifieke medikasies met 'n uitgesproke effek op die kognitiewe defekte en biologiese abnormaliteite van Alzheimer se siekte nog nie bekend of beskikbaar nie. Die psigotrope medikasies wat tans gebruik word vir Alzheimer-pasiënte is palliatief van aard, en word dus slegs as 'chemiese krukke' aangewend om die agteruitgang in die funksionering van pasiënte soveel moontlik te probeer vertraag. Uiteindelik dien dit dus slegs as tydelike teenvoeter teen die progressie van simptome wat met die siekte gepaard gaan, waaronder slapeloosheid, angstigheid, depressie, psigose, asook aggressiewe en wandelgedrag. Hoewel navorsing dus baie belofte inhou, bied medikasie tot op hede slegs simptomatiëse verligting (Miner *et al.*, 1989). In hierdie verband maak Miller en Morris (1993) die opmerking dat die biologiese aspekte van demensie die afgelope aantal jaar by verre die meeste navorsingsaandag ontvang het, maar dat dit nog relatief min opgelewer het in terme van kliniese, en prakties-uitvoerbare riglyne vir die hantering van hierdie siektetoestand.

Hoewel daar dus in die afgelope tien jaar groot vordering gemaak is op die gebied van demensie-navorsing, blyk die voorsiening van behoorlike voeding, oefening en supervisie van daaglikse aktiwiteit steeds die beste te wees wat vir Alzheimer-pasiënte gedoen kan word (Kaplan & Sadock, 1998). Die goue reël vir die behandeling van Alzheimer se siekte blyk steeds te wees om te verseker dat die pasiënt sy/haar menswaardigheid vir so lank moontlik behou, 'n taak waarvoor die verantwoordelikheid byna uitsluitlik op die versorger geplaas word (Potgieter, 2000).

2.9 ALZHEIMER SE SIEKTE EN DIE INVLOED DAARVAN OP DIE VERSORGER

Olmesdahl (1999) maak die volgende opmerking met betrekking tot die huidige toedrag van sake ten opsigte van die versorging van bejaardes:

"Community services for the elderly, in particular, rely heavily on the caregivers (who are often elderly themselves) to provide the supportive

care... Whilst advancements in the medical treatment of dementia are to be applauded, the development of support services and the promotion of skills development for caregivers is sadly lacking. If health professionals involved in the care of the elderly were to develop ways of enabling caregivers in the community to cope with their dementing relatives for as long as possible, this would be a cost effective method of addressing the ageing crisis, and could have a possible impact on the problems of caregiver depression and elder abuse."
(p. 4)

Volgens Corby, Downing, Lindeman en Sanborn (1991) is een so 'n vorm van ondersteuning die daarstel van dagsorg (*daycare* of *respite care*) -fasiliteite ten einde die versorgers van Alzheimer-pasiënte teen uitbranding te beskerm. Die beskikbaarheid van hierdie programme sou ook die onnodige institusionalisering van persone wat nog vir 'n lang tydperk tuis (met die regte supervisie) sou kon funksioneer, teenwerk. Ongelukkig wil dit voorkom asof hierdie tipe ondersteuning in die oorgrote meerderheid van gevalle in Suid-Afrika nie tot die beskikking van versorgers is nie. In Suid-Afrika is subsidies aan bejaardesorgeenhede afgeskaal. Dit het daartoe gelei dat bejaardes meer dikwels in die gemeenskap bly woon en tuis versorg word (Venter, 2000). Hierdie versorgers is dus tot 'n groot mate uitgelewer aan die negatiewe effek wat die 24-uur-versorging van hulle huweliksmaats op hulle fisieke en sielkundige welstand het.

Aan die einde van die vorige eeu was een van die belangrike veranderinge binne die veld van die Sielkunde die hernieuwe erkenning van die onderlinge verwantskappe en interafhanklikheid van die afsonderlike gesinslede. Daar was dus opnuut begrip vir die feit dat die homeostase van die gesin as 'n geheel geaffekteer word deur versteuring van enige van die lede (Light, Niederehe & Lebowitz, 1994). Laasgenoemde word beklemtoon en duidelik geïllustreer wanneer een van die lede van 'n gesin met Alzheimer se siekte gediagnoseer word. Die geaffekteerde individu se progressiewe afhanklikheid van konstante en deurlopende sorg stuur 'n skokgolf deur die gesin wat elke lid uiteindelik affekteer (Potgieter, 2000).

Dit is dus belangrik dat die effek wat hierdie veranderinge op die versorger se beleving van sy/haar lewenskwaliteit het, deurentyd in gedagte gehou word,

aangesien die behoud van die emosionele welstand van die versorger noodsaaklik is ten einde volgehoue versorging van die Alzheimer-pasiënt te verseker. Die implikasies wat Eisdorfer se reël, naamlik "*When the major caregiver gives out, the care system gives out.*" (Miner *et al.*, 1989), vir die pasiënt se versorging en welstand inhou, spreek vanself. Om die agteruitgang van 'n geliefde wat aan Alzheimer se siekte ly te aanskou, veroorsaak geweldige stres. Om vir so 'n persoon te sorg, is selfs meer stresvol en veroorsaak 'n rouproses wat in intensiteit en kompleksiteit uniek blyk te wees (Potgieter, 2000). Dit is dus die versorger se plig teenoor hom-/haarself, maar ook teenoor die pasiënt, om in die eerste plek vir die behoud van sy/haar eie fisieke en sielkundige welstand te sorg. Indien die versorger gebuk sou gaan onder 'n fisieke inperking, soos byvoorbeeld die nagevolge van 'n hartaanval, of 'n psigiese inperking sou ervaar (byvoorbeeld depressie), soos inderdaad dikwels die geval blyk te wees, kan daar met groot sekerheid voorspel word dat die welstand van die pasiënt ook daaronder sal ly (Potgieter, 2000). Daar is byvoorbeeld gevind dat die geldige voorspellers van institutionalisering van Alzheimer-pasiënte te vinde is binne die gesins- en familie-opset van die pasiënt en dat die kenmerke en simptome van die pasiënt self (byvoorbeeld insomnie, inkontinensie en dwaalgedrag) relatief onbelangrik is (Miner *et al.*, 1989).

Navorsing lewer konsekwent bewyse op dat die gesin van die Alzheimer-pasiënt, as die 'informele' sisteem van versorging, hoofsaaklik verantwoordelik is vir die voorsiening van die meeste van die daaglikse mediese, ondersteunende en maatskaplike behoeftes van die Alzheimer-pasiënt, soos onder meer bad, voeding, toiletgewoontes, aan- en uittrek, vervoer, finansiële bestuur, inkopies doen en veel meer. Daar is ook gevind dat minder as 15% van alle 'helperdae vir die sorg van Alzheimer-pasiënte' (wat oor die algemeen beskou word as 'n baie intensiewe vorm van sorg) voorsien word deur die 'formele' of ekstra-familiële sorgsisteem, en dat slegs 4% van die pasiënte wat sulke intensiewe sorg benodig, enige vorm van staatshulp ontvang om die finansiële kostes te help bestry (Evans *et al.*, 1990).

Ten spyte van die geweldige eise wat die daaglikse versorging van hierdie pasiënte dus aan die familie stel, word hulle deur staats- of formele instellings aangemoedig om vir so lank as moontlik die verantwoordelikhede van versorging op hulle eie te hanteer. In die meeste Europese lande word institutionalisering gesien as die absolute

laaste uitweg: eerstens omdat dit die pasiënt se prysgawe van bykans al sy/haar outonomie beteken, maar dan ook as gevolg van die geweldige finansiële implikasies daarvan vir die staat. Die groeiende insidensie van ouer mense met demensie (sien afdeling 2.7) skep potensiële institutionaliseringskoste wat deur die meerderheid van geïndustrialiseerde, maar veral ontwikkelende lande, as 'n ernstige ekonomiese probleem beskou word (Prince, 1997). Dit blyk dus 'n tendens te wees dat Alzheimer-pasiënte eers in 'n verplegingstehuis of plek van versorging geplaas word na langdurige en veeleisende pogings deur die familie om hulle (die pasiënte) so lank as moontlik as 'normale' lede van die gemeenskap te laat funksioneer (Brody, 1981). Hierdie tydperk van tuisversorging beteken dikwels dat versorgers oor 'n tydperk van jare groot opofferinge moet maak wat hulle eie fisieke en sielkundige welstand betref.

Terwyl sommige versorgers tot 'n sekere mate by hierdie veeleisende omstandighede aanpas, ervaar die meerderheid van versorgers talle van die simptome aanduidend van stres en beperkte sielkundige welstand, waaronder depressie, senuweeagtigheid, angs, slapeloosheid, frustrasie en verlaagde moraal. Die mees algemene sielkundige gevolg van versorging, naamlik depressie, verskyn volgens Burns, Eisdorfer, Gwyther en Sloane (1996) binne een jaar na die aanvaarding van die versorgingsrol. Navorsing toon dat meer as die helfte van die primêre versorgers gebuk gaan onder die negatiewe effekte van hierdie omstandighede. In vergelyking met die algemene publiek gebruik hierdie versorgers dan meer psigotrope medikasie, neem veel minder aan sosiale of ontspanningsaktiwiteite deel en rapporteer hulle drie keer meer stressimptome as die gemiddelde persoon (Cohen & Eisdorfer, 1988). Verskeie ondersoeke lewer verder bewys daarvan dat die fisieke gesondheid van versorgers swakker is as dié van persone wat hulle nie in die versorgingsrol bevind nie (Fuller-Jonap & Haley, 1995; Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask & Glaser, 1991). Daar is ook aangetoon dat versorgers hoër vlakke van psigologiese stres ervaar, en veral onder verhoogde vlakke van depressie gebuk gaan (Russo, Vitaliano, Brewer, Katon & Becker, 1995). In sommige gevalle kan die woede en afsku wat ontwikkel as gevolg van die versorgingsproses selfs daartoe lei dat die versorger die pasiënt op verbale of fisiese vlak, of deur middel van verwaarlosing mag mishandel. As gevolg van hierdie negatiewe effek op versorgers se geestes- en fisieke gesondheid en welstand, word al hoe meer aandag aan die stres wat deur hierdie gesinsversorgers

ervaar word, geskenk. Dit wil voorkom asof veral die vroulike geslag in hierdie verband die spit afbyt (Kaufer *et al.*, 1998).

Hierdie probleme rakende die geestesgesondheid van die versorger blyk verwant te wees aan faktore soos die beperking op persoonlike vrye tyd en die mate waartoe hierdie kwessies inmeng met sosiale en ontspanningsaktiwiteite; inkomste; planne vir vakansies en vir die toekoms; privaatheid en selfs die gebruik van ruimte in die huis. Kaufer *et al.* (1998) het bevind dat daar 'n onderskeid blyk te bestaan tussen die invloed wat onderskeidelik die kognitiewe en neuropsigiatriese simptome (afdeling 2.3) van die pasiënt op die sielkundige welstand van die versorger het. Die groter wisselvalligheid en onvoorspelbaarheid van die neuropsigiatriese simptome van Alzheimer se siekte (byvoorbeeld psigotiese en geïrriteerde gedragsvorme) blyk veral ontwrigtend vir die versorger te wees en 'n sterk impak op die welsyn van die primêre versorger te hê. Hoewel die psigodinamika verbonde aan hierdie afbrekende proses nog nie veel navorsingsaandag ontvang het nie, wil dit voorkom of die versorgers dikwels vasgevang voel in die middel van verskeie van hierdie faktore wat wedywer om hulle tyd en energie, byvoorbeeld verantwoordelikhede teenoor hulle werk, huishouding en kinders (Brody, 1981). Dit spreek dus vanself dat hierdie siektetoestand moeilik-hanteerbare en unieke eise stel, nie net aan die pasiënte self nie, maar veral ook aan hulle versorgers.

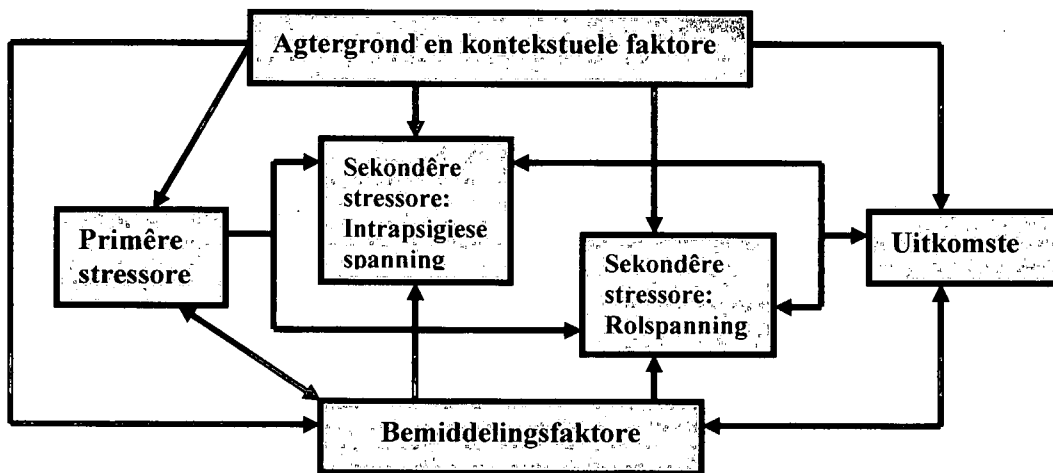
2.10 OPSOMMING VAN FAKTORE WAT 'N ROL SPEEL IN DIE STRESBELEWENIS VAN ALZHEIMER-VERSORGERS

Miller en Morris (1993) maak die volgende opmerking wat betref die belewenis van die versorgers van pasiënte wat aan demensie ly:

"The majority of dementia sufferers (five out of six) live in the community, and it has long been recognised that this would not be possible without the support of family and friends. Thus the needs and experience of informal carers are an important aspect in understanding the social impact of dementia. Caring for someone with dementia can stretch to the limit the resources of any individual and is held to cause a greater emotional burden than caring for a physically disabled older person. This is partly because of inevitable changes in the

relationship with the dementia sufferer, but also having to cope with the behavioural changes associated with the illness.” (p. 133)

Volgens Potgieter (2000) kan die verskillende faktore wat bydra tot die stresbelewenis van die versorgers van Alzheimer-pasiënt opgesom word met behulp van die stresprosesmodel van Pearlin, Mullan, Semple en Skaff (1990). Die model sien as volg daar uit:



Figuur 4: Moontlike meganismes wat veranderinge in die versorger se fisieke en geestesfunksionering mag voorspel (Pearlin *et al.*, 1990).

Die faktore wat volgens ‘n voorafstudie deur Potgieter (2000) ‘n belangrike rol speel in die stresbelewenis van die Alzheimer-versorger kan soos volg opgesom word.

2.10.1 Primêre stressore

Primêre stressore sluit al die versorgingstake, asook die tyd wat dit neem om dit uit te voer, in. Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die versorging van ‘n huweliksmaat met Alzheimer se siekte groot insette verg en bykans al die tyd waaroor die versorger beskik, in beslag neem. In ‘n uitgebreide studie rondom die stressore wat die versorgers van demensie-pasiënte ondervind, het Schneider, Murray, Banerjee en Mann (1999) gevind dat die gedragsversteurings geassosieer met demensie van die Alzheimer-tipe statisties die mees beduidende korrelasie toon met die las wat ervaar

word deur persone in die versorgingsrol. Hierdie gedragsversteurings is rofweg ekwivalent aan die neuropsigiatriese simptome van Alzheimer se siekte (afdeling 2.5) en hierdie bevinding stem dus in 'n groot mate ooreen met dié van Kaufer *et al.* (1998), naamlik dat hierdie simptome 'n groter las op die versorger plaas as die kognitiewe inperking van die pasiënt. Schneider *et al.* (1999) het ook gevind dat dit veral die gedrags-'tekorte' (soos hardkoppigheid, gebrekkige samewerking en 'n apatiese houding) is, eerder as gedrags-'oormaat' (soos aggressie, rusteloosheid en 'n labiele gemoed) wat die versorger se taak bemoeilik.

2.10.2 Sekondêre stressore

2.10.2.1 Rolspanning

In die meeste intieme verhoudinge is die rolle van die versorger en die ontvanger van die versorging wederkerig, en bestaan daar 'n noue verband tussen die emosionele welstand van beide die partye (Schreurs & de Ridder, 1997). In die geval van die versorging van 'n huweliksmaat met demensie skep hierdie wederkerigheid egter dikwels groot probleme. Al die vorme van rol- of verhoudingskonflikte by die huis of in die breër sosiale konteks wat direk voortspruit uit die versorgingsproses dra by tot die agteruitgang van emosionele welstand wat die versorger van 'n demensie-pasiënt ervaar. Dit wil voorkom asof daar voortdurend 'n psigologiese stryd in die versorger woed. Hóé goed die versorger se kennis van die siekte en insig in die pasiënt se simptome ook al is, dit blyk 'n onbegonne taak te wees om altyd die siekte van die pasiënt te skei (Potgieter, 2000). Die gevolg is ongelukkig dat daar dikwels 'n verswakking in die verhouding tussen pasiënt en versorger voorkom. 'n Voor-die-hand-liggende verklaring vir hierdie agteruitgang is uiteraard die verlies aan kommunikatiewe vermoë wat hierdie siektetoestand vir die pasiënt inhou. Volgens Roberto, Richter, Bottenberg en Campbell (1998) blyk non-normatiewe kommunikasie tussen die Alzheimer-pasiënt en sy/haar versorger aan die orde van die dag te wees. Die emosionele verwydering wat tussen pasiënt en versorger ontstaan, en met die verlies aan kommunikasie gepaard gaan, het uiteraard 'n groot impak op die gemoedstoestand van die lewensmaat-versorger (Potgieter, 2000).

Die Alzheimer-pasiënt se vermyding van onbekende omstandighede en persone, en die neiging van die pasiënte om hulleself te isoleer van almal behalwe die versorger,

hou ook implikasies in vir die versorger se verhouding met gesins- en familieledede en die gemeenskap in die breë (Potgieter, 2000). Waar die familie en vriende in sommige gevalle 'n onmisbare deel van die versorger se ondersteuningsstelsel word en bly, veroorsaak die isolasie wat die versorgingsituasie meebring egter dikwels eerder 'n verwydering tussen familieledede, en 'n verswakking van vriendskapsbande. Op sosiale terrein vervul die versorger dikwels die rol van bemiddelaar of middelman en moet hy/sy vure doodslaan, sodat sosiale interaksies met vriende en kontak met familie (wat vroeër 'n ontspanne aktiwiteit was) nou 'n besonder veeleisende taak, en selfs 'n bykomende bron van stres word. Dit wil dus voorkom asof die versorger in die meerderheid van gevalle sy/haar las alleen moet dra, en meestal met relatief min sosiale ondersteuning van vriende en selfs familie moet klaarkom (Potgieter, 2000).

Uit die bogaande bespreking is dit duidelik dat die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte 'n voltydse (en ook na-uurse) taak is. Dit wil voorkom asof voortgesette beroeps- en gemeenskapsbetrokkenheid vir die versorger wat wat poom die pasiënt so lank as moontlik tuis te versorg, bykans onmoontlik is. 'n Groot deel van hierdie isolasie en gebrek aan ondersteuning waarmee versorgers gekonfronteer word, kan teruggevoer word na 'n gebrek aan begrip en insig wat dikwels voorkom by mense wat nie direk betrokke is by die versorgingsituasie nie (Potgieter, 2000).

2.10.2.2 Intrapsigiese spanning

Sekondêre intrapsigiese spanning word veroorsaak deur die versorger se subjektiewe beleving van die versorgingstaak, die motivering vir die versorging en die invloed wat die versorgingsrol op die versorgers se persepsie van die self uitoefen.

Dit is duidelik dat die versorgingsrol geweldige fisieke eise aan die versorger stel. Die Alzheimer-pasiënt raak vir die uitvoer van selfs die mees basiese, alledaagse funksies van die versorger afhanklik. Hierdie fisieke eise veroorsaak noodwendig 'n mate van intrapsigiese spanning by die versorger. Probleme soos angstigheid, stres en gevoelens van uitbranding is aan die orde van die dag. Hierdie intrapsigiese spanning manifesteer dan dikwels weer as psigosomatiese ongesteldhede soos sooibrand, 'n spastiese dikderm en ander klagtes wat die versorgingstaak verder bemoeilik (Potgieter, 2000).

Die versorger se affektiewe beleving van die versorgingsituasie word meestal gekenmerk deur 'n verskeidenheid van emosies. Dit sou verteenwoordig kon word deur 'n kontinuum wat strek van gevoelens van geluk, hoop, tevredenheid en soms selfs uitbundige humor tot gevoelens van woede, angs, depressie en algehele magteloosheid. Soos vroeër genoem, is dit ongelukkig die pool van negatiewe affekbelewenis wat dikwels die swaarste weeg. Hierdie gevoelens blyk soms absoluut oorweldigend te wees, en staan dikwels in verband met die kompleksiteit van ervaringe wat die versorger moet deurloop (Potgieter, 2000). Daar sal in die volgende hoofstuk in meer besonderhede na hierdie proses gekyk word.

Die kognitiewe funksionering van die versorger word ook meermale geknou deur die feit dat die versorgingsituasie die versorger dwing om die pasiënt se wisselvallige gedrag as 'n baie sterk eksterne lokus van kontrole te ervaar. Die onvoorspelbaarheid van Alzheimer se siekte neem beheer, nie net van die pasiënt self nie, maar ook op 'n indirekte wyse van die lewe van die versorger (Potgieter, 2000).

Dit wil dus voorkom asof die versorgingsituasie op gedragsvlak byna bo-menslike eise aan die versorger stel. Alle verantwoordelikheid, van die mees basiese huishoudelike take tot die reël van finansies en ander take wat vroeër dié van die pasiënt was, word stelselmatig op die versorger verplaas. Hoewel hierdie geweldige eise soms die moontlikheid van persoonlike groei vir die versorger inhou, veroorsaak dit gewoonlik by die versorger 'n byna noodgedwonge ontkenning van die self en eie behoeftes, en skep dit geweldige intrapsigiese spanning. Vanselfsprekend is die tydies beskikbaar vir ontspanning baie skaars. Selfs van persoonlike ruimte of tyd is daar nie sprake nie. Die afleer van hierdie aangepaste lewenspatroon en die herwinning van 'n eie lewe veroorsaak dikwels vir die versorger groot aanpassingsprobleme wanneer die Alzheimer-pasiënt uiteindelik te sterwe kom.

Ten spyte van hierdie miskenning van eie behoeftes wil dit voorkom asof die versorgers tog in sommige gevalle 'n groot mate van vervulling vind in die feit dat hulle die situasie vir hulle huweliksmaats so gemaklik as moontlik maak. Afhangend van die versorgers se godsdienstige oortuiging vind hulle ook selfwaarde in die feit dat hulle hierdie 'god-opgelegde taak' met onderskeiding uitvoer (Potgieter, 2000).

Die versorger se godsdienstigheid en geloof sal as bemiddelingsfaktor in die volgende afdeling meer aandag kry.

2.10.2.3 Bemiddelingsfaktore

Al bogenoemde stressore kan 'n positiewe of 'n negatiewe uitwerking hê. Pearlin *et al.* (1990) se model maak dan ook voorsiening vir die feit dat al die verskillende stressore waarskynlik beïnvloed word deur die sogenaamde 'bemiddelingsfaktore'.

Die resultate van 'n voorafstudie deur Potgieter (2000) het getoon dat individuele geloofsoortuiging 'n besondere sterk rol gespeel het in die volgehoue funksionering van 'n bepaalde groep versorgers. Ten spyte van 'n mate van ambivalensie ten opsigte van godsdienstige geloof wat in sommige gevalle voorgekom het (en wat as 'n normale deel van die rouproses gesien kan word), het versorgers wat by laasgenoemde studie betrokke was, deurgaans te kenne gegee dat hulle baie by geestelike berading gebaat het. Dit het bygedra tot hulle aanvaarding van die situasie en die herwinning van 'n mate van persoonlike beheer. Waarby die versorgers egter waarskynlik die meeste baat gevind het met betrekking tot hulle langtermyn psigologiese welstand, is die vind van betekenis in die versorgingsituasie en die herontdekking van betekenis in die eie bestaan (Potgieter, 2000). Hierin het die versorgers se geloofsoortuiging 'n baie prominente rol gespeel. Resultate van 'n ondersoek deur Venter (2000) bevestig hierdie bevinding.

Individuele sielkundige berading en betrokkenheid by 'n ondersteuningsgroep het ook geblyk belangrike bemiddelingsfaktore te wees wat die versorgers se hantering van die versorgingsituasie betref. As gevolg van die feit dat die geloofsoortuiging van versorgers skynbaar so 'n belangrike rol speel in die hantering van versorger-stres, wil dit voorkom asof pastorale berading deur 'n persoon welbekend met die eise van hierdie versorgingsproses van groot hulp kan wees. Betrokkenheid by 'n ondersteuningsgroep blyk ook van onskatbare waarde te wees. Hoewel Schneider *et al.* (1999) geen verband tussen groeplidmaatskap en hoër vlakke van sielkundige welstand kon vind nie, het dit volgens Potgieter (2000) die enkele grootste bydrae gemaak tot langtermyn sielkundige welstand van Alzheimer-versorgers. Vanuit verskeie hoeke het die ondersoekgroep in genoemde studie se groepbetrokkenheid, en die aspekte wat dit outomaties blyk te vergesel, 'n betekenisvolle bydrae gelewer tot

die groeplede se suksesvolle hantering van stressore en die besondere behoeftes meegebring deur die versorgingsituasie (Potgieter, 2000). Dit wil egter voorkom asof die aard en dinamika van die groep baie belangrik is. 'n Blote 'weengroep', waar ondersteuners maandeliks bymekaarkom en op 'n ongestruktureerde wyse ervaringe binne 'n veilige klimaat deel en so 'n proses van katarsis fasiliteer, het geblyk van groot waarde te wees. Die groep as sodanig se potensiaal as weerstandshulpbron het dus duidelik geblyk. Indirek het die groep ook addisionele hulpbronne gemobiliseer, wat 'n uitgesproke effek gehad het op die versorgers se hantering van primêre stressore, asook die intrapsigiese stressore en rolspanning wat die versorgingsituasie meegebring het.

In die laaste plek is voortgaande sosiale ondersteuning en die daarstel van ingeligte formele hulp ook in die ondersoek van Potgieter (2000) aangedui as potensieel kragtige bemiddelingsfaktore wat die versorger tot groot hulp kan wees. Uit die gebruik van die woord 'potensieel' is dit egter duidelik dat hierdie vorm van hulpverlening, waaraan die versorgers 'n groot behoefte gehad het, dikwels in die gemeenskap ontbreek. In haar studie rapporteer Venter (2000) ook dat Alzheimer-versorgers die ondersteuning van vriende en familie hoog ag, maar tog word vriende minder en konflik tussen gesinslede dikwels meer. Die opleiding van die gesinslede van die versorgers, mediese personeel en die gemeenskap in die breë kan hierdie saak regstel. Die versorgers self sou moontlik tydens hierdie opleidingsproses 'n onmisbare rol kon speel (Potgieter, 2000).

2.11 DIE SIELKUNDIGE KWESBAARHEID VAN DIE HUWELIKSMAAT- VERSORGER

Die invloed van die versorgingsrol word dikwels bepaal deur die aard van die verhouding tussen die pasiënt en die versorger. Hierdie verhouding het dus 'n groot invloed op die las wat deur die versorger ervaar word (Donaldson, Tarrier & Burns, 1997; Hucle, 1994).

Schneider *et al.* (1999) is van mening dat die huweliksmaat-versorgers, en veral dan daardie huweliksmaats wat saam met die pasiënt woon, spesiale aandag vereis. Hulle voer die volgende ses redes aan:

- In die eerste plek bestee hierdie versorgers 'n geweldige hoeveelheid van hulle tyd in die versorgingsrol, selfs al word in berekening gebring dat hulle ook van die take sou uitvoer indien hul huweliksmaats nie aan demensie sou ly nie.
- Tweedens is die huweliksmaat-versorgers oor die algemeen ouer as ander informele versorgers, en is dus meer kwesbaar vir fisieke siektetoestande.
- Derdens is die huweliksmaat se versorgingsrol baie streng sosiaal gekondisioneer en in sommige lande selfs in die wet vasgelê. Hierdie tipe versorging het dus dikwels 'n groot 'onvrywillige' komponent.
- In die vierde plek ly die huweliksverhouding dikwels skade as gevolg van die demente toestand van een van die huweliksmaats, met die gevolg dat die wederkerigheid van die verhouding verlore gaan en die moeite wat deur die versorger gedoen word dikwels nie deur die persoon met demensie raakgesien word nie, en daar dus nie erkenning voor gegee word nie.
- Veranderende gesinstrukture in die hedendaagse samelewing (deur byvoorbeeld egskeiding en hertroues, groter beweeglikheid van familieledede en die feit dat al meer vroue tans die arbeidsmark betree) maak die reserwe van beskikbare intergeneratiewe informele versorgers minder en plaas sodoende meer druk op huweliksmaats.
- In die laaste plek plaas die versorgingsrol dan ook 'n geweldige geldelike las op die skouers van informele versorgers en bedreig dit hulle eie langtermyn finansiële sekuriteit.

Al die bogenoemde faktore maak van veral die huweliksmaats as informele versorgers 'n groep wat unieke uitdagings in die gesig staar en dus unieke aandag vereis.

In die ondersoek van Potgieter (2000) was een van die kernbevindinge rakende die spesifieke stressore waaraan huweliksmaat-versorgers onderwerp word tydens, maar ook na die afloop van die versorgingsproses, die intensiteit van die rouproses waardeur hierdie versorgers blyk te gaan. Al bogenoemde faktore dra by tot die

geweldige kompleksiteit van hierdie rouproses, en die groot moeite waarmee dit uiteindelik verwerk word.

2.12 DIE ROL VAN DIE ROUPROSES

“Die aard en intensiteit van hierdie proses blyk gesetel te wees in die unieke dinamika wat deur hierdie ‘dubbele afskeid’ van ‘n geliefde teweeggebring word.” (Potgieter, 2000, p. 158)

In die ondersoek na die sielkundige behoeftes van die versorgers van Alzheimer-pasiënte tydens genoemde studie, het dit tydens die ontleding van kwalitatiewe data duidelik geblyk dat hierdie versorgingsproses vir die versorger ‘n verlies van beheer behels, aangesien die eise van die versorgingsituasie die lewe van die versorger dikwels geheel en al oorneem en reguleer. Soos wat die pasiënt in sy/haar agteruitgang magteloos is in die greep van hierdie siektetoestand, ervaar die versorger ‘n soortgelyke magteloosheid, en word die weg gebaan vir die ontwikkeling van ‘n eksterne lokus van kontrole. Laasgenoemde het volgens Potgieter (2000) vanselfsprekend ‘n negatiewe invloed op die sielkundige welstand en die vermoë van die versorger om die situasie in die langtermyn suksesvol te hanteer. Dit is dan ook hierdie aspek van die versorger se belewing (naamlik die psigodinamika verbonde aan die rouproses) wat in hierdie studie aandag sal geniet.

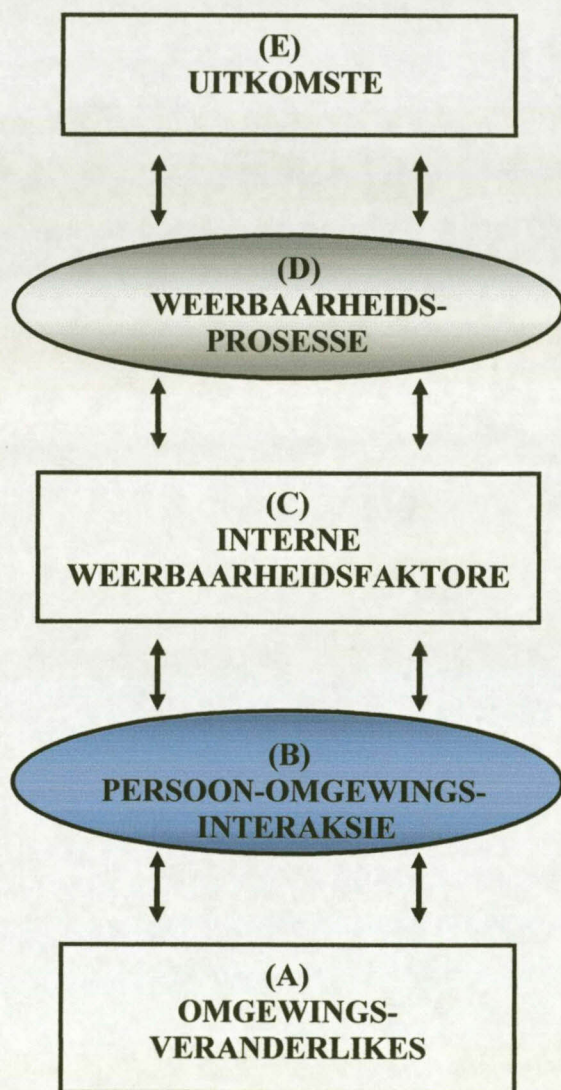
2.13 OPSOMMING

Alzheimer se siekte is ‘n neurodegeneratiewe siektetoestand wat gedurende die jarelange verloop daarvan grootskaalse veranderinge in die pasiënt se kognitiewe vermoë, gedrag en selfs persoonlikheid teweegbring. Dit is vanselfsprekend dat hierdie onomkeerbare agteruitgang ‘n geweldige verlies inhou vir die pasiënt se lewensmaat, wat daagliks met die harde realiteite van die siekte gekonfronteer word, en dit as versorger dikwels as baie traumaties beleef. Die groot persoonlike opofferinge wat die versorger maak, hetsy uit ‘n pligsgevoel of suiwer liefde, manifesteer in ‘n rouproses wat uniek blyk te wees wat betref die komplekse verloop en intensiteit daarvan. Die rouproses sal vervolgens in meer besonderhede bespreek word.

HOOFTUK 3 DIE ROUPROSES

3.1 INLEIDING

Soos deur die woord 'rouproses' geïmpliseer word, behels die suksesvolle hantering van 'n verlieservaring inderdaad 'n dinamiese interaksie (afdeling B in figuur 5) tussen die persoon en sy/haar omgewing (Kumpfer, 1999).



Figuur 5: Persoon-omgewingsinteraksie as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

Volgens die *Social Readjustment Rating Scale* van Holmes en Rahe (1967) is die afsterwe van 'n lewensmaat die enkele lewensgebeurtenis wat die heel grootste aanpassing op emosionele vlak verg. Die rouproses wat 'n persoon deurloop na so 'n geweldige verlies is in die sielkundeliteratuur reeds goed beskryf. John Bowlby (1977) het met sy *attachment theory* die mens se geneigdheid om sterk emosionele bande met ander te vestig teoreties begrond, en die intense emosionele reaksie wat volg wanneer hierdie bande bedreig of verbreek word, beskryf. Na aanleiding van hierdie teorie wil dit voorkom asof die mens, hetsy na die afloop van 'n geringe of 'n intense verlieservaring, deur bepaalde fases gaan ten einde die daaropvolgende aanpassing te hanteer en die gepaardgaande emosies te verwerk.

Terwyl die bepaalde fases of stappe van rou skynbaar by verskillende individue en in verskillende situasies sterk ooreenkomste toon, mag die intensiteit van die gepaardgaande emosies, afhangende van die impak van die spesifieke gebeurtenis, baie wissel (Spall & Callis, 1997). In 'n vorige studie deur Potgieter (2000) oor die sielkundige impak van die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte, is daar egter tekens waargeneem van 'n rouproses wat gekenmerk word deur 'n eiesoortige verloop. Inderdaad het dit ook geblyk dat hierdie proses unieke eise stel aan die versorgers met betrekking tot die behoud van hulle sielkundige welstand. Soos genoem in afdeling 1.3 is die deeglike beskrywing van hierdie proses, en die eise wat dit aan die versorger stel, een van die kerndoelwitte van hierdie ondersoek. Ten einde die unieke eienskappe daarvan te bepaal, is dit egter noodsaaklik dat 'n deeglike oorsig van bestaande literatuur oor die rouproses gegee word.

3.2 DIE ERVARING VAN LEWENSVERANDERING EN -VERLIESE

"All change in life, including desired change such as marriage or retirement, requires loss. We must give up or alter certain relationships, roles, plans, and possibilities in order to have others. And all losses require mourning, which acknowledges the giving up and transforms the experience, so we can take into ourselves what is essential and move on." (Walsh & McGoldrick, 1991, p. 2)

Die mens se lewenservaringe kan op 'n kontinuum geplaas word. Die een punt van hierdie kontinuum verteenwoordig lewenservaringe wat slegs 'n geringe mate van

aanpassing verg. Aan die ander kant van hierdie kontinuum is daar die lewensgebeure wat ernstige verlieservaringe verteenwoordig, en 'n groot mate van individuele aanpassing noodsaak. Dit wil egter uit die literatuur voorkom asof die mens op al hierdie lewensgebeure (met slegs geringe onderlinge verskille) reageer deur 'n aantal soortgelyke stappe of fases te deurloop (Spall & Callis, 1997). Die rede vir hierdie skynbare ooreenkoms in die hantering van 'groot' en 'klein' (of 'positiewe' en 'negatiewe') lewensveranderinge blyk te wees dat enige verandering 'n verlies inhou. Enige verlieservaring noodsaak op sy beurt 'n rouproses. In die hieropvolgende gedeelte word daar egter hoofsaaklik gefokus op ernstige verlieservaringe, soos die dood van 'n geliefde, wat 'n daadwerklike rouproses tot gevolg het.

3.3 DIE ROUPROSES

3.3.1 'Normale' rou

Reeds so vroeg as die laat-negentiende eeu het Carles Darwin beskryf hoe diere, kinders en volwassenes verlies ervaar en daaraan uiting gee. As voorbeeld hiervan het hy die gedrag van 'n sekere gansspesie beskryf nadat die wyfie haar maat verloor het:

"The first response to the disappearance of the partner consists in the anxious attempt to find him again. The goose moves about restlessly by day and night, flying great distances and visiting places where the partner might be found, uttering all the time the penetrating trisyllabic long-distance call... The searching expeditions are extended farther and farther and quite often the searcher itself gets lost, or succumbs to an accident... All the objective observable characteristics of the goose's behavior on losing its mate are roughly identical with human grief."

Verliese is, soos verandering, deel van ons daaglikse bestaan. Hierdie verliese kan enige vorm aanneem, van die verlies van 'n beroep of die verbreking van 'n verhouding, tot die verlies van 'n geliefde aan die dood. Verskillende verliese beteken verskillende dinge vir verskillende mense, vandaar die omsigtige gebruik van

die woorde *normale rou*. Soos genoem, blyk daar egter sekere aspekte aan die verwerking van 'n verlies verbonde te wees wat kenmerkend is van iedereen se belewing daarvan. Dit is dus belangrik om hierdie stappe te verstaan en begrip te hê vir die feit dat verlies en rou iets is waarvan niemand gespaar word nie (Kleinke, 1991). Volgens Kleinke (1991) is rou 'n aktiewe proses waartydens verskeie emosies 'n rol speel, en waartydens dit vir die mens nodig is om sekere take te verrig. Die verskillende belewenisse en geïmpliseerde take van die rouproses word vervolgens bespreek:

3.3.2 Die rou-ervaring

Hoewel die ervaring van 'n groot persoonlike verlies nooit aangenaam is nie, is dit van pas om hierdie ervaring te sien as universeel tot die menslike ervaringswêreld. Die ervaring van rou beïnvloed die mens se emosies, liggaam, gedagtes en gedrag normaalweg op die maniere wat vervolgens uiteengesit word (sien Kleinke, 1991).

▪ Emosies

Afhangend van die aard van die verlies, kan diegene wat rou enige van die volgende emosies beleef:

Hartseer: Die persoon mag leeg voel, of neerslagtig en depressief, en daar mag onverwagse huilbuie voorkom. Die ervaring en uitlewing van sodanige emosies is egter dikwels 'n belangrike voorwaarde vir die vermoë om te kan beweeg na 'n toestand van aanvaarding van die verlieservaring en om daarmee versoen te raak.

Woede: Die persoon mag gefrustreerd voel as gevolg van 'n gevoel van die 'onregverdigheid' van die verlies en die feit dat die persoon waarskynlik geen beheer daarvoor gehad het nie.

Skuldgevoel: Die persoon mag skuldig voel omdat hy/sy nie 'perfek' was nie, en omdat hy/sy niks kon doen om die verlies te voorkom nie.

Angstigheid: Die persoon mag dalk wonder: "Gaan ek hierdie verlies oorleef?" Die mens word na so 'n verlieservaring skielik gekonfronteer met sy/haar eie kwesbaarheid en verganklikheid.

Eensaamheid: Dit is 'n leë gevoel wat dikwels 'n kombinasie van hartseer en angstigheid is.

Uitputting: Die persoon mag moeg en afgemat voel.

Skok: Skok, ongeloof en 'n gevoel van lamheid vorm dikwels deel van die emosies wat tydens die eerste fase van die rouproses ervaar word, veral as die verlieservaring skielik en onverwags was. (Die fases sal hierna bespreek word.)

Verligting: Dit gebeur dikwels dat sommige verliese (byvoorbeeld na langdurige siekte) gesien word as 'n bedekte seën en dit kan dan 'n kombinasie van gevoelens van hartseer, skuld en verligting veroorsaak. Aangesien dit so dikwels die geval is, beskou Kleinke (1991) dit in sommige gevalle as 'n 'normale reaksie'.

▪ **Fisiese reaksies**

Die emosies wat 'n persoon beleef na die ervaring van 'n verlies beïnvloed hom/haar ook fisiek 'n Hol kol op die maag, die gevoel dat die bors en keel toetrek, oormatige sensitiwiteit vir harde klanke, vlak en vinnige asemhaling, lamheid of swakheid van die spiere, 'n droë mond en 'n tekort aan energie kan alles deel uitmaak van hierdie fisiese reaksie.

▪ **Gedagtes**

Sommige gedagtes vorm deel van die normale belewenis van 'n persoon wat rou. Hierdie gedagtes kan die volgende insluit:

Ongeloof: Hierdie gedagte kom dikwels voor tydens die eerste fase van rou, veral wanneer dit geweldig moeilik is om aanvanklik die realiteit van 'n groot verlies te aanvaar.

Verwarring: Die persoon mag verward voel, en dit moeilik vind om sy/haar gedagtes op een onderwerp te rig.

Preokkupasie: Dit mag wees dat die persoon se denke feitlik uitsluitlik gerig is op die verlieservaring en op die begeerte om terug te keer na die verlede. Preokkupasie kom algemeen voor tydens die tweede fase van die rouproses.

Verbeelding: Die persoon mag hom verbeel dat dinge soos voorheen daar uitsien, of dat hy of sy terug is in die verlede toe die oorledene (in die geval van 'n afsterwe) nog daar was. Ook hierdie denke vorm dikwels 'n normale deel van die tweede fase van rouwerk.

▪ Gedrag

Die persoon se alledaagse gedrag kan deur die ervaring van 'n verlies beïnvloed word. Soos met die fisiese reaksies is dit volgens Kleinke (1991) belangrik om bewus te wees van die feit dat 'abnormale' gedrag onder 'abnormale omstandighede' weliswaar 'normaal' is. Gedragsvorme wat dikwels voorkom na die ervaring van 'n verlies kan die volgende insluit:

Slaapgedrag: Na 'n groot verlies is dit normaal om dit moeilik te vind om te slaap.

Eetgedrag: Eetgedrag word ook beïnvloed. Sommige mense eet meer terwyl ander 'n verlies aan eetlus ervaar.

Sosiale onttrekking: Daar mag aanvanklik 'n sterk behoefte daaraan wees om in afsondering tyd te spandeer aan die hantering van eie gedagtes en gevoelens. Tydens die latere verloop van die rouproses sal die persoon waarskynlik weer sosiaal betrokke en aktief raak.

Drome: Dit is normaal om baie oor die afgestrowene te droom.

Aktiwiteit: Die persoon wat rou sal waarskynlik 'n verandering waarneem in sy/haar aktiwiteitsvlak. Hy/sy mag lusteloos, gevoelloos en apaties voel, of rusteloosheid ervaar en dit moeilik vind om stil te sit.

Huil-gedrag: Huil is 'n normale reaksie op verlies.

3.3.3 Fases van die rouproses

Daar is reeds baie geteoretiseer oor die fases van rou waardeur individue moet werk nadat hulle 'n groot verlies beleef het, en voordat hulle 'n toestand van aanvaarding kan bereik. Daar bestaan 'n groot mate van eenstemmigheid oor die fases van rouwerk, asook oor die feit dat die tempo van die deurwerk van hierdie fases van individu tot individu verskil. Die belangrikste is dat 'n tempo en styl gevind word wat

die beste by die individu se behoeftes en omstandighede pas (Wortman & Silver, 1989). Die fases van die rouproses kan soos volg opgesom word:

- i. **Skok, ongeloof en lamheid:** Die persoon voel stomgeslaan. Dit is geweldig moeilik om die verlies te erken, en die persoon is geneig om, as gevolg van pyn daarmee geassosieer, te ontken dat dit ooit gebeur het. Die onmiddellike impuls is dus om die oorweldigende pyn te blokkeer wat dan tot ontkenning aanleiding gee.
- ii. **Verlange en soeke:** Die persoon is geneig om te vra: “*Hoekom het dit met my gebeur?*” Daar is soms woede wat gepaard gaan met die onvermoë om die verlies om te keer. Daar ontstaan dikwels ook ‘n geneigdheid om vas te klou aan onrealistiese verwagtinge dat die situasie na normaal gaan terugkeer.
- iii. **Wanhoop en disorganisasie:** Daar ontstaan ‘n depressiewe gemoedstoestand met die besef van die realiteit van die verlies en die afsien van alle hoop dat die situasie sal verbeter.
- iv. **Aanvaarding en herorganisasie:** Uiteindelik word alle valse hoop laat vaar, en word die realiteit van die verlies aanvaar. As gevolg van hierdie aanvaarding begin die persoon planne maak en druk op hom- of haarself te plaas om voort te gaan met sy of haar lewe.
- v. **Nuwe identiteit:** Daar vind ‘n aanpassing plaas rakende die lewe wat nou anders daar uitsien as in die verlede. Daar is dikwels ook die besef van en erkenning vir die persoonlike groei wat moontlik as gevolg van die rouproses plaasgevind het.

Soortgelyk aan die aanpassingsproses by veranderingsgebeure, is dit volgens Worden (1991) vir die suksesvolle hantering van die rouproses belangrik dat die persoon self die verantwoordelikheid moet neem om deur die fases te werk. So ‘n ingesteldheid sal die persoon se gevoel van beheer en selfdoeltreffendheid versterk. ‘n Sienswyse dat die fases van rou iets is wat ‘met die persoon gebeur’ is geneig om so ‘n persoon passief en afhanklik te maak wat gevolglik sy/haar vertrouwe in eie probleemoplossingsvaardighede ondermyn. Die volgende aspekte is egter volgens Wortman en Silver (1989) hier van belang:

- Dit is belangrik om te beseef dat aanpassing by 'n verlieservaring en die uiteinde van die rouproses nie noodwendig die totale opheffing van die verlieservaring en die integrasie daarvan in 'n 'voortaan totaal gelukkige en ongeskonde self' impliseer nie. Dit behels eerder 'n proses waardeur die verlies in perspektief geplaas word, en daar nuwe maniere gevind word om voort te gaan met die lewe. Aanpassing volg dus nie 'n vaste tydskedule of volgorde nie, en daar bestaan 'n moontlikheid dat erge of traumatiese verlies dalk nooit opgelos sal word nie (Wortman & Silver, 1989).
- Nog 'n belangrike beseef is dat die rouproses in praktyk nie die progressiewe afhandeling van die onderskeie fases behels nie. Inderdaad kan 'n persoon heen en weer tussen fases beweeg, of in een van die onderskeie stadia vasval (Worden, 1991).

3.3.4 Take tydens die rouproses

Aangesien rou 'n dinamiese proses is, en nie 'n statiese toestand nie, is Worden (1991) ten gunste van die indeling van hierdie proses in verskillende 'take', in plaas van die meer tradisionele indeling in 'fases'. Ten einde dus erkenning te gee aan die aktiewe rol wat die 'agtergeblewene' tydens hierdie proses speel, ondersteun Worden (1991) die siening dat hierdie proses 'grief work' of 'rouwerk' vereis. Spall en Callis (1997) is van mening dat hierdie take ook kenmerkend is van die alledaagse proses van aanpassing by verandering, wat 'n integrale deel van die menslike bestaan is.

Taak # 1: Die eerste taak is die aanvaarding of erkenning van die realiteit van die verandering of verlies. Daar blyk groot individuele verskille te bestaan rakende die tydperk wat die afhandeling van hierdie taak in beslag kan neem.

Taak # 2: Die tweede taak is om die pyn en emosies wat negatiewe veranderingsgebeure teweeggebring het te verwerk. Dit gebeur dikwels dat meer as een van die emosies (sien afdeling 3.3.2) deel uitmaak van 'n persoon se belewenis na so 'n verlieservaring. Indien 'n persoon byvoorbeeld sy/haar werk verloor, sou hy/sy moes cope met 'n reeks van gevoelens en ervarings, byvoorbeeld die skaamte van verwerping, verlies van identiteit of die afbreek

van sy/haar selfbeeld, vermindering van interpersoonlike kontak, en verlies van 'n gevoel van verbondenheid. Vermyding van die erkenning van hierdie emosies staan dikwels in die pad van die suksesvolle verwerking daarvan. Persone mag byvoorbeeld vermy om aan hierdie verlieservaringe of die gepaardgaande emosies te dink deur geweldig betrokke te raak by nie-verwante aktiwiteite, byvoorbeeld sportaktiwiteite en reise.

Taak # 3: Die derde taak is aanpassing by die veranderde omgewing nadat hierdie verandering of verlies plaasgevind het. Dit mag die aanleer van nuwe vaardighede behels in 'n poging om 'n mate van beheer oor die lewe te herwin.

Taak # 4: Die laaste taak behels dat die verandering in perspektief gesien word, en dat daar 'n herwinning plaasvind van die persoon se vermoë om 'aan te gaan met die lewe'. Hierdie proses kan gefasiliteer word deur verhoogde waarde aan ander aspekte van die lewe te heg, byvoorbeeld die familielewe, opvoeding of stokperdjies.

3.4 PATOLOGIESE ROU

Die rouproses wat volg na die verlies van 'n geliefde is soortgelyk aan die proses wat volg na 'n traumatiese liggaamlike besering. Die rouproses verteenwoordig, soos in die geval van 'n fisieke besering, 'n vertrek vanuit 'n toestand van gesondheid en welsyn. Daar is in beide gevalle dan 'n hersteltydperk nodig om na die homeostatische toestand wat voor die verlieservaring of die traumatiese besering gegeld het, terug te keer (Worden, 1991).

Soos met fisieke herstel, kan volledige of byna volledige herwinning van funksionering voorkom, maar daar is ook gevalle van onvolledige herstel en geremde funksionering na die tyd. Net soos die terme 'gesond' en 'patologies' dus van toepassing is op die fisiologiese helingsproses, is dit ook van toepassing op die emosionele helings- of rouproses. Die mate van funksionele beperking wat na die tyd bly voortbestaan, verskil egter in graad van individu tot individu, en is afhanklik van die sukses waarmee die onderskeie routake afgehandel is.

Daar is volgens Kleinke (1991) verskeie redes waarom persone wat 'n groot emosionele verlies gely het, probleme mag ondervind om die rouproses suksesvol te voltooi. In die eerste plek is dit maklik om die pyn en hartseer wat met die rouproses gepaard gaan te probeer vermy of ontken. In die tweede plek is daar dikwels 'n huiwering om werklik van die 'verlore persoon' afskeid te neem. Mense wat deur 'n onvoltooide rouproses gekniehalter word, ondervind dan dikwels ook probleme in die langtermyn, want daar bestaan onafgehandelde sake wat voortdurend hulle energie tap en waaraan aandag geskenk moet word voordat hulle normaalweg met hulle lewens kan voortgaan. Die volgende blyk volgens Kleinke (1991) voorbeelde van gekompliseerde of onafgehandelde rou te wees:

- **Afwesige rou:** Gevoelens van droefheid en rou is totaal en al afwesig. Dis asof die verlieservaring nooit plaasgevind het nie. Dit is moontlik dat die persoon in 'n toestand van skok of totale ontkenning verkeer.
- **Geïnhibeerde rou:** Dit is vir die persoon net moontlik om oor sekere aspekte van die verlies te rou. In so 'n geval word die persoon wat rou dikwels tot so 'n mate deur naasbestaendes vertroetel dat dit nie vir hom/haar moontlik is om die rouproses in totaliteit te voltooi nie.
- **Vertraagde rou:** Die rouproses word vir 'n onbepaalde tyd uitgestel. Dit mag gebeur dat 'n ander verlieservaring of stresvolle gebeurtenis 'n vertraagde rouproses veroorsaak. Die persoon mag dan die ander rouproses eers afhandel wat tot gevolg het dat die ter sprake rouproses agterweë bly.
- **Strydende rou:** Kleinke (1991) beskryf dit as '*conflicted grief*' wat volg op 'n verlieservaring. Sekere emosies neem tydens die rouproses 'n persoon se lewe tot so 'n mate oor dat die rouwerk self onafgehandel bly. So 'n persoon mag byvoorbeeld al sy/haar energie belê in gevoelens van woede of skuld.
- **Onverwagte rou:** Hierdie reaksie mag voorkom na 'n katastrofiese verlieservaring wat vir die persoon totaal en al onverwags was. Die geweldige emosionele trauma wat deur so 'n gebeurtenis veroorsaak word, veroorsaak dat die persoon dit moeilik vind om met die take van die rouproses voort te gaan.

- **Chroniese rou:** Die persoon voel die verlies ten volle, maar begin nooit met die rou te nie. Die droefheid en smart hou onbepaald aan tot op die punt dat die persoon patologiese reaksies soos depressie, paniek of totale onttrekking mag ontwikkel.
- **Verkorte rou:** Hierdie is die verkorte vorm van die rouproses. Hoewel nie patologies nie, word dit gesien as 'n andersoortige rouproses. Dit word soms verwar met onafgehandelde rou, aangesien die rouproses in hierdie geval skynbaar relatief vinnig afgehandel word. Verkorte rou vind dikwels plaas wanneer die persoon tyd gehad het om hom of haarself vir die verlies voor te berei. 'n Groot gedeelte van die rouproses is dus reeds afgehandel nog voordat die persoon werklik die verlies ly.

3.5 DIE ROUPROSES EN TYDSVERLOOP

Volgens Worden (1991) vorder die rouproses aanvanklik vinnig, veral tydens die eerste paar weke of maande, wat hy die 'krisis-fase' van die verlies noem. Na die verloop van 6 weke tot 2 maande na die dood van die geliefde begin die tempo van die rouproses gewoonlik afneem. Daar is steeds die hartseer, steeds die soms dringende behoefte om met die afgestorwene te kommunikeer, steeds die aanhoudende herinneringe aan vroeëre bande, maar die proses neem nie meer die versorger se hele lewe in beslag nie. Daar is selfs tye wanneer die persoon gelukkig voel, of tye waartydens hy/sy nie aan die geliefde dink nie. Dit is gewoonlik 'n aanduiding dat die herstelproses 'n aanvang geneem het. Na die verlies van 'n geliefde sal die rouproses egter gewoonlik 'n volle jaar duur. Met die eerstejaarherdenking van die verlies vind die oorlewende gewoonlik troos in die feit dat hy of sy die jaar wel oorleef het. Hoewel daar nie vaste tyd gekoppel is aan die afhandeling van die rouproses nie, word baie van die rouwerk gewoonlik dus reeds binne die eerste paar maande afgehandel. Vandaar gaan die proses egter geleidelik voort, in stappe of fases, vir ten minste nog 'n jaar (Worden, 1991). Daar is nog baie herinneringe, wat noodwendig 'n besliste uitwerking op die versorger se emosies en gedrag het, maar hierdie invloed neem af, aangesien dit nie meer deur die teenwoordigheid van die geliefde in stand gehou word nie.

Die langtermynaanpassing by die verlieservaring behels, soos genoem, talle prosesse. Die agtergeblewene het nodig om te rou en uiteindelik ou rolle, patrone van interaksie en die bronne van bevrediging wat die afgestorwene voorsien het, prys te gee. Die meeste van die status-veranderinge wat met so 'n verlies gepaard gaan is negatief. Die persoonlike identiteit van die agtergeblewene is een van die faktore wat die heel sterkste geraak word deur die dood van 'n naasbestaande. Hierdie identiteit is moontlik gedefinieer deur wederkerige rolle, deur die beloning opgesluit in 'n wedersyds-bevredigende verhouding met die afgestorwene, of deur 'n gevoel van afhanklikheid van die persoon wat gesterf het. Die definisie van die self is dus dikwels baie afhanklik van 'n ander persoon, en in die afwesigheid van daardie persoon moet daar gesoek word na 'n nuwe identiteit sonder hom of haar (Worden, 1991). Dit mag 'n geweldige pynlike en moeilike proses vir sommige mense impliseer. Wanneer dit suksesvol hanteer is, lei dit egter dikwels tot 'n identiteit wat meer standvastig en stabiel is, en beter met die kernaspekte van die self verband hou.

Die tyd wat dit neem vir hierdie langtermynveranderinge om plaas te vind, wissel natuurlik baie. Worden (1991) haal 'n weduwee in haar sestigerjare soos volg aan: "*Mourning never ends. Only as time goes on, it erupts less frequently*" (p. 18). Worden maak dan ook die waarneming dat minder as die helfte van dames wat hulle mans aan die dood afstaan, na een jaar weer optimaal funksioneer. Hy vind dat die meerderheid van weduwees en wewenaars na 'n tydsverloop van twee jaar eers 'n mate van stabiliteit aan hulle eie bestaan toeskryf. In terme van die tydsverloop van hierdie prosesse is die belangrikste steeds om te onthou dat die prosesse nie 'n lineêre verloop neem nie en dat, hoewel die prosesse stelselmatig vorder, sekere aspekte daarvan weer mag herverskyn wat dan opnuut hanteer moet word.

3.6 DIE VERLIES VAN 'N LEWENSMAAT

Die mees intieme interpersoonlike verhoudinge, deur Raphael (1982) beskryf as *attachment*, het volgens hom spesiale aandag nodig wanneer dit kom by die rouprosesse. Hierdie verhoudinge groei dikwels byna tot die krag van 'n fisieke band tussen twee persone, van daar die gebruik van die woord *attachment*. Bowlby (1977) verskil lynreg met teoretici wat glo dat *attachments* of verbintenisse tussen individue gevorm word bloot ten einde sekere biologiese behoeftes te bevredig. Met verwysing

na werk wat met ape en in ander dierestudies gedoen is, is hy van mening dat hierdie verbintnisse gevorm word selfs in die afwesigheid van versterking deur die bevrediging van enige biologiese behoeftes. Volgens Bowlby (1977) het hierdie verbintnisse hulle oorsprong in 'n behoefte aan sekuriteit en veiligheid. Die individu vorm dikwels reeds vroeg in sy/haar lewe hegte interpersoonlike bande wat gewoonlik 'n paar spesifieke individue insluit. Hierdie bande is geneig om vir 'n groot gedeelte van die individu se lewensiklus voort te bestaan. Die vorming van sodanige verbintnisse word beskou as normale menslike gedrag, nie net vir die kind nie, maar ook vir die volwassene.

Aangesien die doel van die 'attachment'-gedrag die behoud van 'n emosionele band is, sal situasies wat gesien word as 'n bedreiging vir hierdie band sekere baie spesifieke reaksies ontlok. Hoe groter die potensiaal is vir hierdie verlies om plaas te vind, hoe meer intens en gevarieerd sal die reaksie wees:

"In such circumstances, all the most powerful forms of attachment behavior become activated – clinging, crying and perhaps angry coercion...when these actions are successful, the bond is restored, the activities cease and the states of stress and distress are alleviated. If the danger is not removed, withdrawal, apathy, and despair will then ensue." (Bowlby, 1977, p. 42)

In die ontwikkelingstadium van die groep onder bespreking (persone in laatvolwassenheid) is daar selde 'n verhouding van meer belang as dié tussen twee huweliksmaats wat dikwels vir dekades reeds in 'n huweliksverhouding betrokke is. Die huweliksverhouding is op hierdie stadium dikwels die bron van betekenis en identiteit vir die betrokke individue, die kern van hulle bestaan. 'n Moeder mag byvoorbeeld voel dat haar selfbeeld bepaal word deur haar rol as moeder vir haar kinders en vrou vir haar man. As gevolg van die feit dat kinders op hierdie ontwikkelingstadium gewoonlik reeds hul onafhanklikheid bereik het, vervul die huweliksverhouding in die meeste gevalle 'n sodanige identiteitgewende rol. Die beeld wat die onderskeie huweliksmaats van hulleself het, is dikwels gesetel in hierdie verhouding wat oor dekades heen gebou, gevorm en vertroetel is (Tedeschi & Calhoun, 1995).



3.7 BELEWING VAN ROU DEUR DIE BEJAARDE

Epidemiologiese studies het getoon dat die dood van 'n familielid die kwesbaarheid vir siekte en dood by agterblywende familieledede verhoog, veral in die geval van die dood van 'n huweliksmaat of die onlangse verlies van 'n kind (Huygen, Van Den Hoogen, Van Eijk, & Smits, 1989).

In 'n deeglike opsomming van kwantitatiewe navorsingsgegewens rakende die impak en verloop van die rouproses met spesifieke verwysing na bejaardes, kom Lund (1989) tot die volgende gevolgtrekkings:

- Rouerwante aanpassings is multi-dimensioneel, en byna elke aspek van die persoon se lewe kan geraak word deur die verlies.
- Die rouproses na so 'n geweldige verlies veroorsaak baie stres, maar ouer oorlewende huweliksmaats is dikwels baie weerbaar.
- Die algehele impak van rou op die fisieke en geestesgesondheid van ouer huweliksmaats is nie so oorweldigend as wat daar verwag is nie.
- Hierdie persone ervaar dikwels beide positiewe en negatiewe gevoelens gelyktydig.
- Eensaamheid en probleme geassosieer met die daaglikse lewe is twee van die mees algemene en moeilikste aanpassings waarmee hierdie persone na so 'n verlies te make het.
- Die verloop van die rouproses na die verlies van 'n huweliksmaat kan beskryf word as 'n proses wat op sy moeilikste is gedurende die eerste aantal maande, en dan geleidelik, hoewel onreëlmatig, sal verbeter oor die daaropvolgende maande.
- Daar is 'n groot mate van diversiteit in die wyse waarop ouer individue by die verlies van 'n huweliksmaat aanpas.
- Die rouproses wat volg op onderskeidelik egskeiding en die verlies van 'n geliefde aan die dood is soortgelyk in die sin dat beide groot aanpassing en soortgelyke coping-vaardighede verg. Daar bestaan egter genoegsame verskille om te dien as waarskuwing dat veralgemening van een situasie na die volgende met groot omsigtigheid hanteer moet word.

Die intensiteit van die beleving van verlies na die dood van 'n familielid word volgens Bowen (1976) bepaal deur twee faktore:

- Die emosionele band tussen die betrokke persone ten tyde van die verlies.
- Die funksionele belangrikheid van die familielid wat aan die dood afgestaan is.

'n Verhouding gekenmerk deur 'n hegte band sal dikwels 'n erge owerste reaksie net na die verlies veroorsaak met goeie of vinnige aanpassing daarna, terwyl 'n swak verhouding 'n kleiner onmiddellike reaksie sal veroorsaak, maar met die risiko dat daar later fisieke of emosionele probleme mag intree (Bowen, 1976).

Die hedendaagse gesin- of familiesisteem word sterk beïnvloed deur die toename in grootte van die bejaarde populasie wat reeds geliefdes aan die dood afgestaan het. Waar die maksimum ouderdom van die mens die afgelope aantal jare nie noemenswaardig toegeneem het nie, het die getal persone wat tot in hulle sewentigs en tagtigs leef, wél baie toegeneem, en daar word voorspel dat hierdie syfers sal aanhou groei. Hierdie groei word vergesel deur 'n toename in die hoeveelheid bejaarde persone wat 'n rouervaring beleef, veral as gevolg van die verlies van 'n lewensmaat (Worden, 1991). Volgens hierdie outeur vereis die rouproses wat tydens bejaardheid voorkom, spesiale aandag, en veral as gevolg van die volgende faktore wat dikwels die bejaarde se verlieservaring vergesel:

- **Interafhanklikheid:** Waar interafhanklikheid deel is van enige huweliksverhouding, het bejaarde weduwees en wewenaars oor die jare gewoonlik besondere sterk verbintenisse met hulle lewensmaats opgebou, en sal die rouproses waarskynlik bemoeilik word deur die feit dat daar oor die jare 'n afhanklikheid van die afgestorwene ten opsigte van sekere rolle en aktiwiteite ontwikkel het.
- **Veelvuldige verliese:** Die aantal verliese wat 'n persoon ly, sal neig om met ouderdom toe te neem. Behalwe vir die dood van familie en vriende is daar byvoorbeeld die verlies van werk, liggaamlike gesondheid en kognitiewe helderheid wat hanteer moet word. Met die hantering van soveel verliese in 'n

kort tydsverloop, loop enige persoon die gevaar om die vermoë tot die deurvoering van 'n suksesvolle rouproses te verloor.

- **Bewustheid van persoonlike sterflikheid:** Soos vriende, familie en die huweliksmaat langs die pad wegval, lei dit tot toenemende bewustheid van die eie kwesbaarheid en sterflikheid, en dit kan 'n toestand van 'eksistensiële angs' teweegbring.
- **Eensaamheid:** Talle bejaardes wat hulle in 'n toestand van rou bevind, leef alleen. Veral ouer individue neig om in dieselfde omgewing en woning te bly woon na die verlies van 'n lewensmaat, en is dus 'n hoërisikogroep wanneer dit kom by die belewing van intense eensaamheid. Navorsingsgegevens dui volgens Worden (1991) interessant genoeg daarop dat bejaardes wat na die dood van 'n huweliksmaat gedwing word om te verhuis, 'n hoër mortaliteitsyfer toon.
- **Rolwysiging:** Met die dood van 'n lewensmaat word die agtergeblewene gekonfronteer met nuwe rolle wat voorheen deur die ander persoon vervul is. Bejaarde mans moet byvoorbeeld leer om self die huishouding te hanteer, terwyl die vrou dikwels vir die eerste keer blootgestel word aan die hantering van finansiële sake. Hierdie aanpassing hoef egter nie noodwendig in 'n negatiewe lig gesien te word nie, aangesien die suksesvolle bemeestering daarvan dikwels tot verhoogde selfvertroue lei, asook tot 'n herontdekking van die betekenisvolheid van die lewe.
- **Gebrek aan sosiale ondersteuning:** Bejaarde persone het dikwels 'n gebrekkige ondersteuningsstelsel, en is dus blootgestel aan sosiale isolasie, veral na die dood van 'n huweliksmaat. Die beskikbaarheid van strukture soos ondersteuningsgroepe voorsien gevolglik dikwels belangrike interpersoonlike kontakte vir bejaardes wat andersins baie eensaam sou wees.
- **Behoeftes na aanraking:** Baie bejaardes, en veral bejaarde mans, ervaar 'n intense behoefte aan fisiese aanraking na die dood van 'n huweliksmaat. In die afwesigheid van hierdie persoon bly hierdie behoefte vir lang tye

onvervuld. Worden (1991) noem fisieke aanraking as 'n nuttige vorm van sielkundige intervensie in sommige gevalle.

- **Geneidheid tot terugskouing (*Reminiscing*):** Dit word ook soms genoem *life review* of lewenshersiening. Hoewel die lewensmaats van bejaarde persone aan die dood afgestaan is, bly die kognitiewe voorstelling van hierdie persone dikwels behoue. Dit word aanvaar dat hierdie proses 'n aanpassingsfunksie vir die bejaarde vervul, en dat dit nie noodwendig 'n teken van intellektuele agteruitgang is nie. Dit dra dikwels by tot die behoud van identiteit tydens bejaardheid.
- **Verhuising:** Hierdie besluit hang dikwels af van die vermoë van die bejaarde om vir hom- of haarself te sorg. Die belangrikheid van 'n tuiste, wat dikwels dien as 'n 'plakboek' vol herinneringe, moet egter nooit uit die oog verloor word nie. 'n Gedwonge skuif van hierdie welbekende omgewing lei tydens bejaardheid dikwels tot 'n verlies van eie identiteit, en lewer 'n bydrae tot die gevoel van verwydering van die afgestorwe lewensmaat. Die behoud van 'n tuiste beteken dikwels vir die bejaarde behoud van 'n mate van beheer, en voorsien 'n veilige omgewing waar die kosbare herinneringe uit die verlede opgeroep kan word.
- **Afhanklikheid van familieledede:** Dit mag gebeur dat 'n bejaarde na die verlies van 'n lewensmaat oormatig van sy of haar kinders en ander direkte familie afhanklik raak. Dit blyk 'n direkte gevolg te wees van die intense eensaamheid wat die bejaarde dikwels na die verlies van 'n lewensmaat beleef.

Laastens maak Worden (1991) die belangrike opmerking dat die spanning wat bejaardes beleef rakende die verlies van die lewensmaat dikwels meer intens is voor die dood van hulle lewensmaat as daarna. Dit is volgens Worden (1991) veral die geval waar die persoon die primêre versorger van 'n baie sieklike eggenoot was. Indien dit die geval was, spreek dit vanself dat dit baie voordelig sou wees om 'n sielkundig ondersteunende intervensie reeds voor die dood van die huweliksmaat te begin, en nie te wag tot hierdie verlies reeds plaasgevind het nie. Lund (1989) maak

die volgende voorstelle vir rou-intervensie met spesifieke verwysing na die ervaring en behoeftes van bejaardes:

- Baie van die ouer persone wat treur oor 'n huweliksmaat het nie behoefte aan sielkundige intervensie as sodanig nie.
- Intervensies moet, wanneer dit wel verlang word, reeds vroeg in die rouproses beskikbaar wees, en dan ook vir 'n relatief lang periode nadat die persoon die verlies gely het.
- As gevolg van die multidimensionele impak van rou, is dit noodsaaklik dat enige intervensie deeglike en diverse dienste bied of lewer.
- Verskeie modaliteite van intervensie en 'n verskeidenheid van professionele lui is noodsaaklik vir die suksesvolle hantering of hulpverlening tydens rou.
- Diegene wat nou betrokke is by die rouproses (in 'n hulpverlenende hoedanigheid, byvoorbeeld sielkundiges) behoort ook intervensie te ontvang rakende hulle eie rou om hulle sodoende tot beter hulpverlening in staat te stel.
- Daar bestaan 'n behoefte vir addisionele en innoverende intervensies ten einde positiewe aanpassing vir ouer persone by die rouproses te fasiliteer.
- Intervensies behoort 'n evalueringskomponent in te sluit ten einde hulle prosesse, uitkomst en impak te beoordeel.

3.8 DIE VOORSPELBARE HEENGAAN VAN 'N GELIEFDE

Wanneer die heengaan van 'n geliefde voorspel kan word, soos dikwels die geval is tydens bejaardheid en veral tydens die voorkoms van 'n chroniese siektetoestand waarvan die uiteinde onafwendbaar die dood is, behels dit dikwels nie noodwendig 'n 'sagte heengaan' nie. Dit gaan dikwels gepaard met swak gesondheid en toenemende liggaamsversaking aan die kant van die sterwende. Die stresvlakke van die gesonde huweliksmaat (wat dikwels tydens bejaardheid die versorgingsrol vervul) is gewoonlik hoog, selfs in die afwesigheid van liggaamlike pyn by die pasiënt. Die dood word selfs in hierdie gevalle nie as 'normaal' gesien nie en dit het 'n uitgesproke effek, nie net op die sterwende persoon nie, maar ook op diegene wat agterbly en sy/haar dood betreur. Die las van so 'n dood kan óf met aanvaarding óf met woede deur die persone wat agterbly gedra word. Waar die skielike en onverwagse dood van

'n familielid gewoonlik baie traumaties ervaar word, skeep 'n verlengde rouproses egter sy eie unieke probleme (Worden, 1991).

Dit mag in sommige gevalle wel vir die versorger en ander agtergeblewenes die geleentheid gee om van die routake voor die heengaan van die sterwende persoon af te handel. Die kernvraag in hierdie verband is dus: "Hanteer diegene wat geleentheid tot voordoodse rou gehad het die rouproses beter, en rou hulle vir 'n korter tydperk as die persone wat sonder waarskuwing 'n huweliksmaat aan die dood afgestaan het?" Volgens Worden (1991) is daar geen eenstemmigheid in die beskikbare literatuur hieroor nie. Hy kom tot die gevolgtrekking dat daar te veel veranderlikes bestaan wat 'n rol speel in die wyse waarop die rouproses hanteer word, en dat 'n fokus op hierdie een veranderlike 'n eensydige en simplistiese weergawe van die werklikheid sou verskaf.

Volgens Worden (1991) kan die proses van voordoodse rou wel die hantering van die routake (afdeling 3.3.4) op die volgende wyse beïnvloed:

Rakende routaak # 1 (Aanvaarding van die verlies): Daar ontstaan vroeg reeds 'n bewustheid en aanvaarding van die feit dat die persoon gaan sterf, en die hantering van hierdie realiteit kan dus reeds lank voordat die dood intree, begin. In die meeste gevalle sal hierdie bewustheid egter afgewissel word met 'n baie sterk ontkenningservaring, naamlik dat die sterwende persoon op een of ander wyse gespaar sal bly. Van al die routake word die afhandeling van taak 1 egter die sterkste bevorder deur die geleentheid tot voordoodse rou.

Rakende routaak # 2 (Verwerking van emosies): Van die verskeidenheid van emosies wat die rouproses vergesel, is die beleving van ang by die versorger of naasbestaandes seker een van die prominentste. Baie persone beleef 'n toename van hierdie ang hoe langer die tydperk van voorspelbare dood voortduur, en hoe nader die persoon aan die dood kom. Saam met hierdie toenemende skeidingsang is daar ook 'n verhoging in die eksistensiële ang soos die bewustheid van eie sterflikheid en naderende dood vergroot.

Rakende routake # 3 en 4: Routaak 3 behels die gewoonde raak aan 'n lewe en omgewing sonder die oorledene. Een van die potensiële gevare gekoppel aan 'n te lang tydperk van voorspelbare dood en voordoodse rou is dat die versorger te vroeg emosioneel van die sterwende persoon kan onttrek, met voor-die-hand-liggende implikasies vir die verhouding tussen pasiënt en versorger. Hierdie is volgens Worden (1991) nie 'n ongewone situasie nie, veral indien die sterwende persoon in 'n erg verswakte toestand is en baie intensiewe sorg nodig het.

Worden (1991) meld egter ook dat daar 'n ander, teenoorgestelde tipe gedrag mag voorkom. In plaas van 'n emosionele verwydering van die pasiënt is sommige gesinslede geneig om emosioneel weer oorbetrokke te raak. Oorweldig deur gevoelens van skuld en verlies is hulle geneig om die versorging van die pasiënt in oordad te hanteer. Dit is volgens hom dikwels die geval wanneer iemand sterk ambivalente gevoelens teenoor die sterwende persoon het, en die skuldgevoel wat hy of sy ervaar op hierdie wyse probeer hanteer.

Dit gebeur dikwels dat die sterwende persoon (veral in die geval van degeneratiewe siektetoestande) 'sielkundig anders' daar uitsien of 'n persoonlikheidsverandering as gevolg van die siektetoestand en die invloed daarvan ondergaan. Die siektetoestand van die individu het dan dikwels 'n uitgesproke effek op die verhouding tussen die sterwende persoon en sy/haar lewensmaat. Daar mag 'n rouproses ontstaan oor die 'verlies van die persoon' selfs voordat die dood nog ingetree het. Hierdie proses sal in die volgende afdeling in meer besonderhede bespreek word.

Daar is dikwels tydens hierdie proses van 'voorspelbare' dood, die belangrike taak van afskeid neem, en die hantering van die waar's en wanneer's daaraan verbonde. Hierdie afskeid mag op 'n formele of informele basis geskied, aangesien daar dikwels 'n overte of kovert besef of erkenning van die feit is dat die dood naby is. In die geval van chroniese siektetoestande soos Alzheimer se siekte of Huntington's Chorea, lewe die sterwende en die naasbestandes dikwels vir 'n lang tydperk saam met hierdie besef van die naderende dood. Die dood word deel van die lewe. Geen einde is in sig nie, maar almal betrokke weet dat dit uiteindelik en onvermydelik sal kom. In hierdie omstandighede ondervind die sterwendes asook die persone wat sal

agterbly dikwels probleme met die 'enigma' van die toekoms. Die verhouding tussen die sterwende en sy en haar versorgers ondergaan dikwels groot veranderinge as gevolg van hierdie 'doodsverwagting'. Daar mag groter nabyheid en intimiteit wees, of die ontstaan van groter afstand en onttrekking. Daar mag groter ambivalensie voorkom, of vroeëre ambivalensie mag plek maak vir groter liefde. Die feit is egter dat die dood en rou anders daar sal uitsien as tydens onverwagse en skielike dood, aangesien die teenwoordigheid daarvan bekend is (Raphael, 1983).

3.9 DIE UNIEKE ROUPROSES VAN DIE ALZHEIMER-VERSORGER

Soos reeds genoem was die treffendste aspek van versorger-belewing wat gedurende die verloop van 'n vorige kwalitatiewe ondersoek (Potgieter, 2000) na vore gekom het, die intense rouproses wat die intieme gesinslid as die versorger van 'n Alzheimer-pasiënt deurloop. Dit het geblyk dat die rouproses wat volg op die verlies van 'n geliefde aan Alzheimer se siekte 'n eiesoortige karakter het, en inderdaad eiesoortige eise aan die huweliksmaat-versorgers stel, veral wat betref die behoud van hulle sielkundige welstand. Ter illustrasie kan die woorde van een van die versorgers betrokke by die voorafgaande ondersoek aangehaal word. Die dame het haarself soos volg uitgespreek reeds voor die dood van haar man:

"En ek verlang so na hom, ek kan nie hom hanteer soos wat 'n mens iemand wat dood is hanteer nie. Dis nie 'n afgehandelde saak nie, dis vir my soos 'n rou, ek wil die woord 'vrot' gebruik, want dit is hoe ek dit beleef het, want elke keer as ek daaraan raak in my gedagte, dan spoel die etter. Ek kan nie van dit onslae raak nie, dit is 'n iets wat aan my vaskleef." (Uittreksel uit 'n groepgesprek. Potgieter, 2000, p. 132)

Die intensiteit van hierdie rouproses, en die feit dat dit 'n proses is wat dikwels 'n aanvang neem reeds voor die dood van die pasiënt, is weerspieël in bogenoemde aanhaling. Die gekompliseerdheid van hierdie rouproses wat betref die emosionele belewing daarvan deur die versorger blyk duidelik uit die volgende:

"En na die gesprek met ds. Daneel het ek nog baie met die Here baklei, maar ds. Daneel het my gehelp om te verstaan dat dit nie sonde is nie. Man, almal het

vir my gesê jy is in 'n rouproses. Ek het reeds my eerste man aan die dood afgegee. My rouproses was heeltemal anders... my wrokkigheid! Goed, my eerste man het nie 'n siekbed gehad nie, en my wrokkigheid teenoor die Here het baie gouer bedaar as wat hierdie bedaar het. Op die oomblik is ek soos die mense wat daar by Stormsrivier in daardie koue water geland het. (Daar was kort tevore 'n insident in die nuus waartydens verskeie vakansiegangers tydens 'n fratsongeluk in die Stormsrivier verdrink het.) Soms kom my kop vir 'n paar dae bo die water uit. Baie dae is ek in daai modderige slik... Hy het nou so drie tot vier maande wat hy my nie herken nie en dit het my in die ergste put. Dis verskriklik om 'n mens te hê, maar nie 'n mens te hê nie. Ek beleef dit so: dat as hy my nie ken nie, dan is ek vir hom dood, maar hy is nie vir my dood nie. Ek moet aanvaar dat my man nie weer sal huis toe kom nie, maar daar is geen finaliteit nie." (Uittreksel uit 'n groepgesprek. Potgieter, 2000, p. 132)

Tydens bogenoemde ondersoek is die gevolgtrekking gemaak dat die persoon wat die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte behartig, inderdaad deur 'n dubbele rouproses gaan. Soos duidelik uit die bostaande aanhalings blyk, behels die tydperk na die aanvang van die simptome alreeds 'n afskeid. Hierdie tydperk verteenwoordig die *eerste rousiklus* van die versorger se belewing. Persoonlikheidsveranderinge en ander neuropsigiatriese simptome (hoofstuk 2), die gepaardgaande onvoorspelbaarheid van gedrag en die implikasies daarvan vir die huweliksverhouding, vergestalt 'n verlies wat deur die bejaarde versorger en lewensmaat as baie traumaties beleef word. Dit is egter vir die versorger 'n verlies 'sonder finaliteit', aangesien die pasiënt (veral kort voor die dood intree) nog fisiek teenwoordig, maar geestelik en emosioneel totaal afwesig is.

Hoewel die jarelange verloop van hierdie siektetoestand in sommige gevalle vir die versorger 'n tydperk van voorbereiding gee, is hulle dikwels totaal ónvoorbereid vir die *tweede siklus* van die rouproses, wat volg nadat die Alzheimer-pasiënt aan die dood afgestaan word. In bogenoemde studie (Potgieter, 2000) het een van die versorgers haar in hierdie verband in haar dagboek soos volg uitgespreek:

"En as die dood intree? Die Here het my vyf jaar opleiding gegee om as weduwee te funksioneer. En ek het vyf maande gehad om te leer om alleen in

my huis te bly. Almal wat ek gebel het na my man se dood, het gesê dis vir hom 'n verlossing. En ek het saamgestem. Ek het ál die reëlings vir die begrafnis heroïes oorleef en die boedelsake in orde gebring. So het twee of drie weke verbygegaan. Toe is daar niks meer om te doen nie. Die foon wat aanhoudend gelui het, is doodstil. Besoeke hou op. Toe sien ek die gevaartekens. Ek word elke nag twee-uur wakker. Staan op. Kyk TV, maar die volgende oggend kan ek glad nie onthou wat ek gekyk het nie. Sooi-brand. Dikderm. Rusteloosheid en angstigheid. En toe nooi ek die kinders in die middel van die week om by my te kom eet en ek maak aanmekaar kos van twee tot ses. Die kinders kyk die spul kos so en sê, 'Sjoe Ma, maar jy het gekook! En ek weet ek het 'n probleem. Ek diagnoseer myself. MY SIEL SE KOMBUIS HET IN DUIE GESTORT. My basiese behoefte as vrou, om te sorg en te versorg, is van my weggeneem. Gedurende verlede jaar is my man Mooihawe ('n versorgingsoord vir verswakte bejaardes) toe, maar ek was nog verantwoordelik vir sy behoeftes. Toe sterf hy en skielik was daar niks meer oor nie. Nou wou ek kos maak om te kompenseer. Volgens berading, moes ek die verlies en hartseer nie onderdruk nie. Ek moes die Alzheimer eenkant sit en my man weer in my hart sit. Dan moes ek die leemte wat gelaat is dat ek byvoorbeeld nie meer Mooihawe toe gaan en vir alles sorg nie, met iets anders vol maak, iets wat betekenis en sin aan my lewe sal gee. Ek het dit alles geweet, maar ek kon dit nie alleen regkry nie.'"

(Potgieter, 2000, p. 133)

Hierdie dubbele rouproses maak deel uit van die belewenis van bykans al die persone wat huweliksmaats gediagnoseer met Alzheimer se siekte vir 'n tydperk tuis versorg (Potgieter, 2000). Die uiteindelijke afsterwe en finale afskeid word voorafgegaan deur die aanvanklike afskeid en verlies teweeggebring deur die aanvang van die simptome van Alzheimer se siekte, en die gevolglike emosionele distansiëring tussen die pasiënt en versorger. Die unieke eise wat hierdie proses aan die huweliksmaat-versorger stel, hou waarskynlik direk verband met die feit dat die versorgers van demensie-pasiënte die behoud van hulle eie sielkundige welstand kwalik alleen kan behartig (afdeling 2.9). Dit is dus noodsaaklik dat die psigodinamika verbonde aan hierdie proses deeglik nagevors word, ten einde effektiewe hulpverlening aan huweliksmaat-versorgers in die hantering daarvan te bied.

3.10 OPSOMMING

Hoewel die psigodinamika verbonde aan die hantering van verlieservaringe reeds deeglik nagevors en goed gedokumenteer is, blyk die versorging van 'n huweliksmaat gediagnoseer met Alzheimer se siekte unieke eise aan die versorger te stel wat betref die behoud van sielkundige welstand. Hierdie eise blyk gesetel te wees in die eiesoortige verloop van hierdie neurodegeneratiewe siektetoestand, en die feit dat dit 'n dubbele rouproses by die versorger veroorsaak. In die eerste plek sal hierdie studie dus fokus op die deeglike beskrywing van hierdie proses soos blyk uit onderhoude met huweliksmaat-versorgers. In die tweede plek sal daar in hierdie ondersoek ook gefokus word op die hulpverlening aan versorgers wat aan hierdie eise blootgestel is. Aangesien die belewinge van die versorgers beskou sal word vanuit die veld van psigofortologie, sal die volgende hoofstuk fokus op die beskrywing van die kernbeginsels van hierdie relatief nuwe navorsingsveld binne die sielkunde.

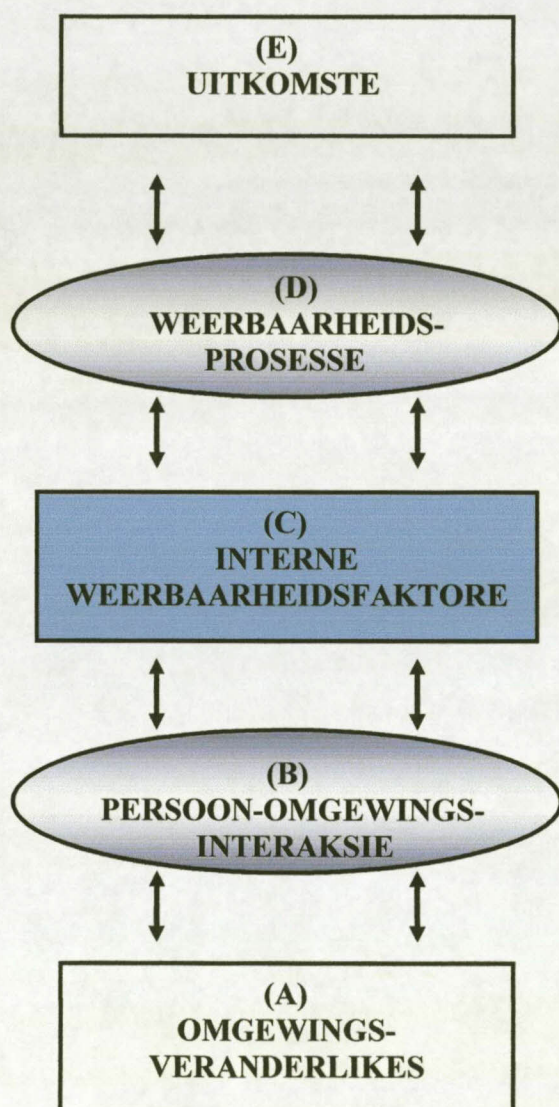
HOOFSTUK 4 POSITIEWE SELKUNDE EN PSIGOFORTALITEIT

“Although the world is full of suffering, it is also full of overcoming it.”

-Helen Keller, 1904

4.1 INLEIDING

Die faktore van interne weerbaarheid (afdeling C in figuur 6), soos aangedui in die Transaksionele Model van Kumpfer (1999), sal vervolgens bespreek word.



Figuur 6: Weerbaarheidsfaktore as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

Die siening dat gesondheid meer as die blote afwesigheid van patologie is, is niks nuuts nie. Meer as vyftig jaar het verloop sedert die Wêreld-Gesondheidsorganisasie (WHO, 1948) gesondheid gedefinieer het as *"a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"* (p. 28). Volgens Ryff en Singer (1998) is die teleurstellende stand van sake egter dat daar intussen weinig vordering gemaak is in die toepassing van hierdie definisie in die wetenskap en praktyk. Gesondheidsorg in die Westerse wêreld fokus steeds tot 'n groot mate op siekte en ongesteldheid, en die behandeling daarvan volgens die tradisionele mediese model (sien afdeling 4.2). Die onderling-verwante konsepte van salutogenese (Latyn: *salus* = gesondheid) (Antonovsky, 1994), fortigenese (Latyn: *fortis* = sterk) (Strümpfer, 1995) en psigofortologie (soos teenoor psigopatologie) (Wissing & Van Eeden, 1997) verteenwoordig egter 'n navorsingsveld waarbinne die paradigma van die positiewe sielkunde wel aansienlike empiriese aandag ontvang.

Hierdie konsepte het ontwikkel uit die gewaarwording dat, hoewel die beleving van stres so 'n universele verskynsel is dat daar dikwels na verwys word as die 'siekte van ons tyd' (Viviers, 1998), dit duidelik is dat nie alle mense wat aan dieselfde stressore blootgestel word, dieselfde negatiewe gevolge daarvan ervaar nie. Met betrekking tot die stres meegebring deur die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte maak Corby *et al.* (1991) die volgende opmerking:

"...Alzheimer's Disease and the related dementias affect individuals differently; symptoms, rates of progression, and impact differ from person to person. Similarly, the impact of the disease on the caregivers' ability to manage under the physical, emotional and financial stress it brings differs dramatically."
(p. 31)

Hooker, Monahan, Bowman, Frazier en Shifren (1998) sluit hierby aan met die volgende opmerking:

"A consistent theme in caregiving research is the attempt to understand why caregivers under similar circumstances show such great variability in their ability to adapt to the situation. Some cope well with overwhelming daily stress, whereas others do not..." (p. 73)

Ten spyte van die feit dat hulle met geweldige stresvolle omstandighede gekonfronteer word, toon sommige van die versorgers relatief goeie aanpassing onder stresvolle omstandighede. Een van die sentrale doelstellings van navorsers binne die salutogenese en psigofortologie is om 'n verklaring of verklarings vir hierdie universele verskynsel te formuleer en dit dan empiries te toets.

In hierdie hoofstuk sal tradisionele en huidige konseptualiserings van stres en die mens se hantering daarvan aandag geniet. Onlangse verwikkelinge op die gebied van salutogenese, sowel as psigofortologie sal ook bespreek word.

4.2 'n HISTORIESE BLIK OP GESONDHEIDSORGMODELLE

Sedert Descartes in 1637 die dualistiese skeiding van die menslike wese in verstand en liggaam voorgestel het, was daar 'n toenemende gaping tussen mediese konseptualiserings oor gesondheid, en die filosofiese of mensgerigte wetenskappe se siening van optimale en gesonde funksionering. Die gevolg hiervan was dat gesondheid toenemend gesien is as liggaamlike welstand, of die afwesigheid van liggaamlike ongesteldheid (Ryff & Singer, 1998). As voorbeeld hiervan fokus die mediese model sterk op die velde van die Biologie, Genetika en Biochemie. Die sentrale vraagstelling binne hierdie model is: "Hoekom word mense siek, en waaraan is die ontwikkeling van sekere patologiese toestande te danke?" Die sentrale doelstelling binne hierdie model is die herstel van die liggaam vanaf 'n toestand van negatiewe funksionering (siekte of wanfunksionering) na neutraal, of die herstel na 'n toestand van homeostase. Stelselmatig het hierdie model ook binne die sielkunde 'n groot invloed begin uitoefen. Die siening is gehandhaaf dat sielkundige ongesteldheid eers gediagnoseer word, en daarna behandel kan word met die fokus op herstel. Hierdie mediese model het hoofsaaklik die volgende kritiek ontlok (Thoresen & Eagleson, 1985):

- Daar is 'n voortdurende soeke na 'n 'beste behandeling', wat die oorsaak van die siekte heeltemal uitskakel tydens die hantering daarvan. Die negatiewe implikasies wat so 'n benadering vir die hantering van chroniese siektetoestande inhou (waar daar dikwels meervoudige oorsake en geen 'beste behandeling' mag bestaan nie), is voor-die-hand-liggend.

- Dit veroorsaak 'dehumanisasie' van gesondheidsorg as gevolg van oormatige vertroue op gesofistikeerde tegnologie en oorspesialisering deur gesondheidsorgwerkers.
- Daar is slegs erkenning vir die fisieke faktore rakende siektetoestande terwyl die sosiale, sielkundige en gedragsdimensies daarvan afgeskeep word.
- Dit vorm eerder 'n model van siektesorg as gesondheidsorg.

Vir kritici was die ontstaan van die gemeenskapsgesondheidsorgmodel 'n handige en welkome alternatief, en 'n groot verbetering op die kliniese/mediese model, aangesien hierdie model groter klem lê op die voorkoming eerder as die rehabilitasie en herstel van ernstige siektetoestande. Die fokus verskuif dus na die vroeë identifisering van siektetoestande en risikofaktore as alternatief vir diagnose en terapie, en die klem word dus op voorkoming geplaas (Pretorius, 1998).

Hoewel gesondheidsorgnavorsing en -teoretisering histories vanuit 'n disfunksie- of siekte-georiënteerde denkraamwerk beoordeel is, het daar dus 'n andersoortige en meer positiewe konseptualisering van gesondheid ontstaan, wat ook binne die Sielkunde besig is om momentum op te bou. Norine Johnson (2001), huidige president van die APA (*American Psychiatric Association*), het byvoorbeeld onlangs 'n beroep gedoen op lede en geaffilieerdes om toe te sien dat die missieverklaring van hierdie organisasie so gou moontlik verander word.

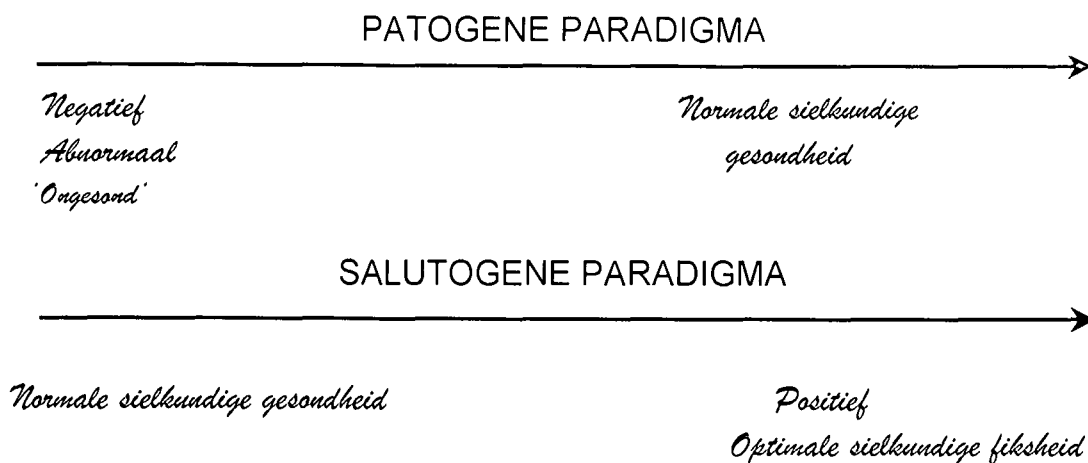
"Health needs to be inserted. The essence of what so many psychologists dedicate their careers to needs to be part of our mission statement. ... Psychologists are uncovering the factors involved in resilience and successful aging. Some are turning their research skills to population-based preventative approaches. After all, together we psychologists are building a healthy world. Isn't it time we do so?" (p. 5)

Hierdie wegbeweeg van die tradisionele oorsaak-gevolgmodel of -benadering voorspel vanselfsprekend ook groot veranderinge binne die veld van stresnavorsing. Kobasa, Maddi, Pucetti en Zola (1985) vra byvoorbeeld vir so 'n verandering wat ons in staat sou stel:

“...to test some of the more optimistic interpretations of human functioning. Staying healthy in the face of stressful life events is... seen as an indicator of adjustment and even optimal behavior... Given this, one can argue that the determination of those characteristics that keep people healthy under stress furthers the understanding of human development and well-being.” (p. 528)

Die definiëring van een konsep, naamlik gesondheid, in terme van die afwesigheid van 'n ander fenomeen, naamlik siekte of disfunksie, skep konseptuele probleme (Pretorius, 1998). Bogenoemde kritiek teen die tradisionele mediese model impliseer dus volgens hierdie outeur nie 'n nuwe of ongeërgde ingesteldheid teenoor die pyn en trauma van individue, families, gemeenskappe en nasies en die invloed daarvan op hulle sielkundige welstand nie. Dit impliseer volgens Strümpfer (2001) wél die verwerping van die gesag van psigopatologie, en van die idee dat diegene wat deur 'n tydperk van lyding, mishandeling of viktimisering gaan, noodwendig in mindere, kwesbare, wanaangepaste individue sal verander. Pretorius (1998) spreek die mening uit dat beide die kliniese en die gemeenskapsgesondheidsorgsisteme belangrike elemente van die totale gesondheidsorgsisteem is.

Binne die positiewe sielkunde vorm salutogenese en psigofortologie 'n relatief nuwe en proaktiewe paradigma in die bestudering van stres, coping en welsyn. Hierdie begrippe (wat in afdeling 4.6 in meer besonderhede bespreek sal word) handel onderskeidelik oor die oorsprong van gesondheid en krag vir mense in hulle daaglikse omgang met diverse lewensomstandighede. Dit is dan ook besig om die tradisionele, reaktiewe en patogene paradigma met sy remediërende benadering tot die bevordering van coping-gedrag te verplaas. Volgens Viviers (1998) skep die salutogene paradigma 'n nuwe uitdaging binne die sielkunde. Die fokus hier is weg van siekte en patologie, en meer gerig op optimale coping in die konteks van die alledaagse handel en wandel sowel as die hantering van alledaagse stressore. In terme van gedrag plaas hy hierdie 'beweging' op 'n kontinuum. Daar word wegbeweeg van die negatiewe, abnormale en ongesonde staat van wees deur (of verby) normale sielkundige gesondheid in die rigting van 'n positiewe, optimale toestand van sielkundige 'fiksheid'. Figuur 7 beeld hierdie skuif grafies uit.



Figuur 7: 'n Voorstelling van die paradigmaskuif in die sielkunde (Viviers, 1998)

Vanuit hierdie paradigma word stres, die siekte van ons tyd, volgens Viviers (1998) gesien as 'n multidimensionele en dinamiese proses wat individue op 'n negatiewe, neutrale of selfs positiewe wyse mag beïnvloed. Salutogenese impliseer volgens hom dat stres in die werkplek en die private lewe van individue nie noodwendig 'n negatiewe of skadelike effek hoef te hê nie. Die salutogene benadering sien daaglikse konfrontasie met stresvolle gebeure en omstandighede as potensieel hanteerbaar, en wel tot so 'n mate dat dit potensieel tot positiewe gevolge kan lei en uiteindelik optimale coping en funksionering in die hand kan werk.

Volgens Strümpfer (1990) verteenwoordig salutogenese tot 'n mindere of meerdere mate 'n verskeidenheid van konstruksies soos krag, stamina, selfdoeltreffendheid, interne/eksterne lokus van kontrole, persoonlike oorsaaklikheid en selfrigtinggewendheid. Al hierdie konstruksies het een basiese beginsel in gemeen, naamlik dat hulle op die nie-patologiese wyse van lewe met die stresvolle gebeure wat daarmee gepaardgaan betrekking het, en dus eerder met psigologiese welsyn in verband staan. Beide salutogenese en psigofortigenese is konstruksies wat verteenwoordigend is van ontwikkeling wat tans op die gebied van positiewe sielkunde gemaak word. Huidige teoretisering rondom hierdie twee konstruksies sal later in meer besonderhede bespreek word. Ten einde lig te werp op hierdie positiewe aspekte van sielkundige funksionering ten spyte van stresvolle omstandighede, is dit

in die eerste plek noodsaaklik om na die stres-fenomeen, en die potensiële gevolge daarvan vir die mens en sy/haar sielkundige welstand, te kyk.

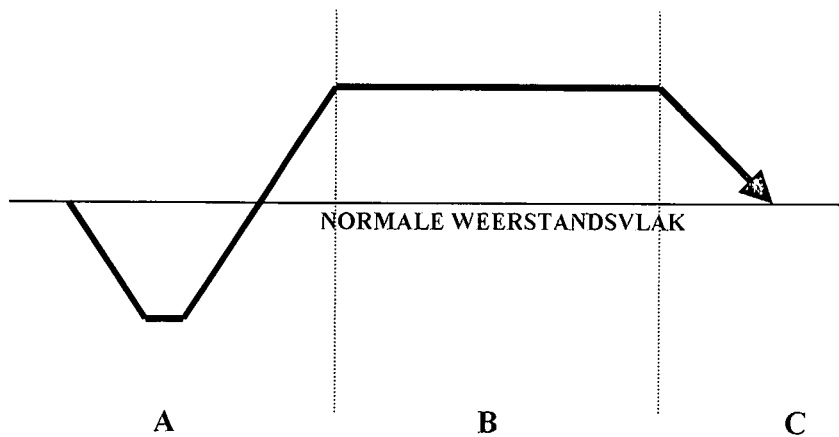
4.3 STRES

Die verwantskap tussen lewensomstandighede, emosie en gesondheid het in eksperimente waar daar onderskeidelik van diere en van mense gebruik gemaak is, reeds eksplisiete aandag gekry (Ryff & Singer, 1998). Die term 'stres', wat die verwantskap tussen bogenoemde veranderlikes saamvat, het sy ontstaan te danke aan die eksperimentering deur 'n jong wetenskaplike met die naam Selye (1936). Na aanleiding van sy herhaalde waarneming van 'n 'nonspesifieke reaksie op diverse omgewingsveranderinge', het hy 'n term uit die ingenieurswese geleen en dit **stres** genoem. Soos dikwels in die veld van wetenskaplike navorsing gebeur, het hierdie 'kans'-waarneming die begin gevorm van 'n totaal nuwe veld van studie, naamlik stres-fisiologie. Uiteindelik sou dit dan ook aanleiding gee tot die bestudering van die stres-fenomeen binne die sielkunde.

Selye (1975) het gepostuleer dat die menslike liggaam (en so ook dus die psige as daar na die mens gekyk word as 'n bio-psigo-sosiale eenheid) in respons op langdurige blootstelling aan stres, deur verskeie fases beweeg. Op 'n baie praktiese wyse illustreer hy die mens se 'trifasiese respons' op 'n stressor met die G.A.S. (*General Adaptation Syndrome*) -skema soos uitgebeeld in Figuur 8. Die elemente van figuur 8 word soos volg verklaar:

- A. **ALARMREAKSIE:** Die liggaam of organisme toon veranderinge kenmerkend van 'n eerste blootstelling aan 'n stressor. Die liggaam se weerstand word verlaag, en indien die stressor sterk genoeg is, kan die dood of 'burnout' op sielkundige vlak intree.
- B. **WEERSTANDSFASE:** Weerstand teen die invloed van die stressor ontstaan wanneer die liggaam in staat is om by die stressor aan te pas. Die kenmerkende tekens van die alarmreaksie verdwyn en die weerstandsvlak styg bo die normale.
- C. **FASE VAN UITPUTTING:** Na langdurige blootstelling aan dieselfde stressor waarby die liggaam aanvanklik kon aanpas, word die

aanpassingsenergie uiteindelik uitgeput. Tekens van die alarmreaksie kom weer tevoorskyn, maar is nou onomkeerbaar en die individu sterf, of beleef uitbranding op sielkundige vlak.



Figuur 8: Die *General Adaptation Syndrome* -respons op stressore (Selye, 1975)

Die stres-fenomeen word in die literatuur op verskillende maniere gedefinieer, soms in terme van die interne toestand van die individu (responsteorieë), soms in terme van eksterne gebeure (stimulusteorieë) en soms in terme van die interaksie tussen die persoon en die omgewing (Lazarus & Folkman, 1984). Selye (1975) definieer stres egter as die non-spesifieke respons van die liggaam op enige eise wat daaraan gestel word. Waar hierdie definisie hoofsaaklik die fisiologiese aspekte van stres en die beleving daarvan betrek, trek Selye self 'n parallel tussen die liggaam se respons op stres op sellulêre vlak, en die respons van die individu en selfs die gemeenskap op hierdie fenomeen.

In die literatuur word daar 'n sterk verband gelê tussen die stres-fenomeen en fisieke asook sielkundige patologie. Volgens Spielberger en Frank (1992) is die onmiddellike oorsake van baie siektes (veral die akute en infektiewe siektes) onlangs onder beheer gebring, en verkeer die veld van gesondheidsorg tans in 'n nuwe en baie meer komplekse fase. Die fokus val volgens hom tans op die meer subtiele en minder bekende oorsake van siektes. So kan **stres** op ten minste vyf maniere aan siektetoestande gekoppel word:

- Akute stres, soos 'n skielike geweldige skok, mag korttermyn- en soms fatale gevolge hê, soos byvoorbeeld die indusering van kardiaale disritmes.
- Chroniese stres mag vergesel word van outonome en endokriene veranderinge wat direk kan lei tot weefselskade in kwesbare organe, soos byvoorbeeld in die geval van maagsere.
- Sommige van die fisiologiese veranderinge wat met stres gepaard gaan (byvoorbeeld die sekresie van adrenokortikale steroïede), mag 'n sekondêre effek hê, soos inhibering van die immuunsisteem. Die gevolg hiervan is 'n verhoogde kwesbaarheid vir 'n verskeidenheid van siektes wat kan wissel van verkoue tot kanker.
- Stres kan ook lei tot disfunksionele coping-gedrag (byvoorbeeld dwelmmisbruik, roekeloosheid en 'n ongesonde dieet) wat natuurlik ook die risiko van siekte en besering verhoog.
- Stres kan verder die persoon se respons op 'n siekte wat reeds opgedoen is verander, en dus so die verloop van die siekte (byvoorbeeld simptoombesondering en die gebruik van gesondheidsdienste) beïnvloed.

Volgens Barlow en Durand (1995) kan die afleiding met reg gemaak word dat stresvolle lewensgebeure, gekombineer met sielkundige kwesbaarheid soos 'n gevoel van onvoldoende beheer oor die persoon se lewe of omstandighede, 'n groot rol speel in die ontstaan en instandhouding van psigologiese en fisieke versteurings.

Op 'n vraag na die verband tussen emosionele versteurings en fisieke ongesteldheid antwoord Vaillant (1979) met 'n longitudinale studie waarin hierdie twee veranderlikes in 200 mans oor 'n tydperk van 30 jaar gemonitor is. Hy bevind dat 'n hoë persentasie van die mans wat by die aanvang van die studie reeds probleme soos depressie en angstversteurings of baie stres ervaar het, later chronies siek geword het of vroeg oorlede is. Hierteenoor het die goed-aangepaste individue sonder enige ernstige sielkundige versteuring later veel minder fisieke klagtes gehad. Hierdie

studie toon dus dat dieselfde tipes stresverwante sielkundige faktore wat bydra tot sielkundige versteurings, ook later tot die ontwikkeling van fisieke versteuring kan lei.

Dieselfde studie het ook getoon dat daar 'n sterk verband blyk te bestaan tussen die konstruk stres en ander emosionele steurnisse soos angs en depressie. Vir die leek is dit moeilik om presies tussen die gevoelens van stres, angs, depressiwiteit en opgewondenheid te onderskei. Die spesifieke 'gevoel' wat mens beleef, hang waarskynlik af van die mate van beheer wat die mens voel hy of sy oor die situasie het, en die persepsie van hoe goed daar met die spesifieke uitdaging of stressor gecoep kan word (Barlow & Rapee, 1991). Hierdie kontinuum van gevoelens strek dus van opgewondenheid, deur stres en angs na depressiwiteit soos in figuur 9 aangetoon word.

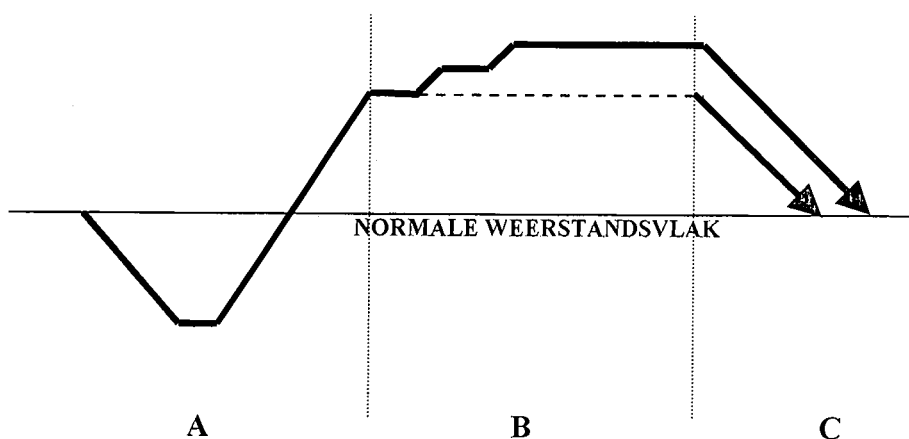
Individue wat die lewe deurentyd as bedreigend of gevaarlik takseer, mag later alle hoop verloor om ooit in beheer van hulle omstandighede te wees, en gly dan geleidelik in 'n staat van depressie in. Dit wil voorkom asof sulke persone alle hoop verloor dat hulle ooit iets sal kan verander en dat hulle uitendelik selfs ophou om te probeer cope (Barlow & Durand, 1995).



Figuur 9: Die kontinuum van gevoelens wat volg op bedreiging of uitdaging (Barlow & Durand, 1995)

So kan die stres-fenomeen dus ook lei tot langtermyn sielkundige disfunksionaliteit. Dit wil dus voorkom of die persepsie van die persoon van die stressor en sy/haar eie vermoë om in beheer te bly, 'n belangrike invloed uitoefen op die effek wat die stressor op sy/haar gesondheid het. Die vraag ontstaan nou of die weerstand waaroor die individu beskik, en die vlakke van sy/haar aanpassingsenergie nie verhoog kan word nie.

So 'n verandering sou dan lei tot verbeterde aanpassing indien stresvolle situasies sou opduik, en kan as buffer dien teen die uitbranding van individue tydens stresvolle lewensomstandighede. Teoreties sou die oorspronklike G.A.S.-model van Selye (1975), wat die mens se tipiese respons op enige stressor voorstel (figuur 8), dus aangepas kon word om soos dit in figuur 10 uitgebeeld word daar uit te sien:



Figuur 10: Aanpassing van die G.A.S. (*General Adaptation Syndrome*) -model van Selye (1975)

Dit verteenwoordig ook 'n voorkomende siening van gesondheidsorg, aangesien hierdie veranderinge profilakties in werking gestel kan word (selfs voordat die stressor intree), en sodoende sal bydra tot die stresweerbaarheid van die persoon. Die individu se persepsie van beheer oor hierdie stresvolle omstandighede sal sodoende ook verhoog word, wat kan bydra tot die behoud van fisieke en sielkundige welstand, en die vermoë om te cope ten spyte van die teenwoordigheid van stressore. Tradisioneel was dit 'n veld binne die geneeskunde (asook sielkunde) waaraan daar nie 'n groot mate van aandag en energie bestee is nie.

4.4 COPING

Soos deur Du Toit (1999) voorgestel, word 'coping' hier as leenwoord uit Engels gebruik, aangesien daar in die Afrikaanse literatuur nog nie 'n bevredigende alternatief geskep of gevind kon word wat die essensiële betekenis van hierdie begrip saamvat nie.

Soos die geval is met die meeste wetenskaplike terme, veral dié in die Sielkunde, blyk die definiëring van hierdie begrip 'n moeilike taak te wees, as gevolg van die feit dat daar reeds so wyd oor die begrip 'coping' geskryf is. Die volgende werksdefinisie van coping, geformuleer deur Wissing (1995), word deur Du Toit (1999) aanbeveel:

"Coping verwys na verskillende perseptuele, kognitiewe of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik/moeilik/bedreigend/oorskreidend van bronne (eksterne of interne eise) getakseer word, die hoof te bied, te vermy, te oorleef, te kontroleer of om die interpretasie van die gebeure of konsekwensies daarvan te beïnvloed." (p. 16)

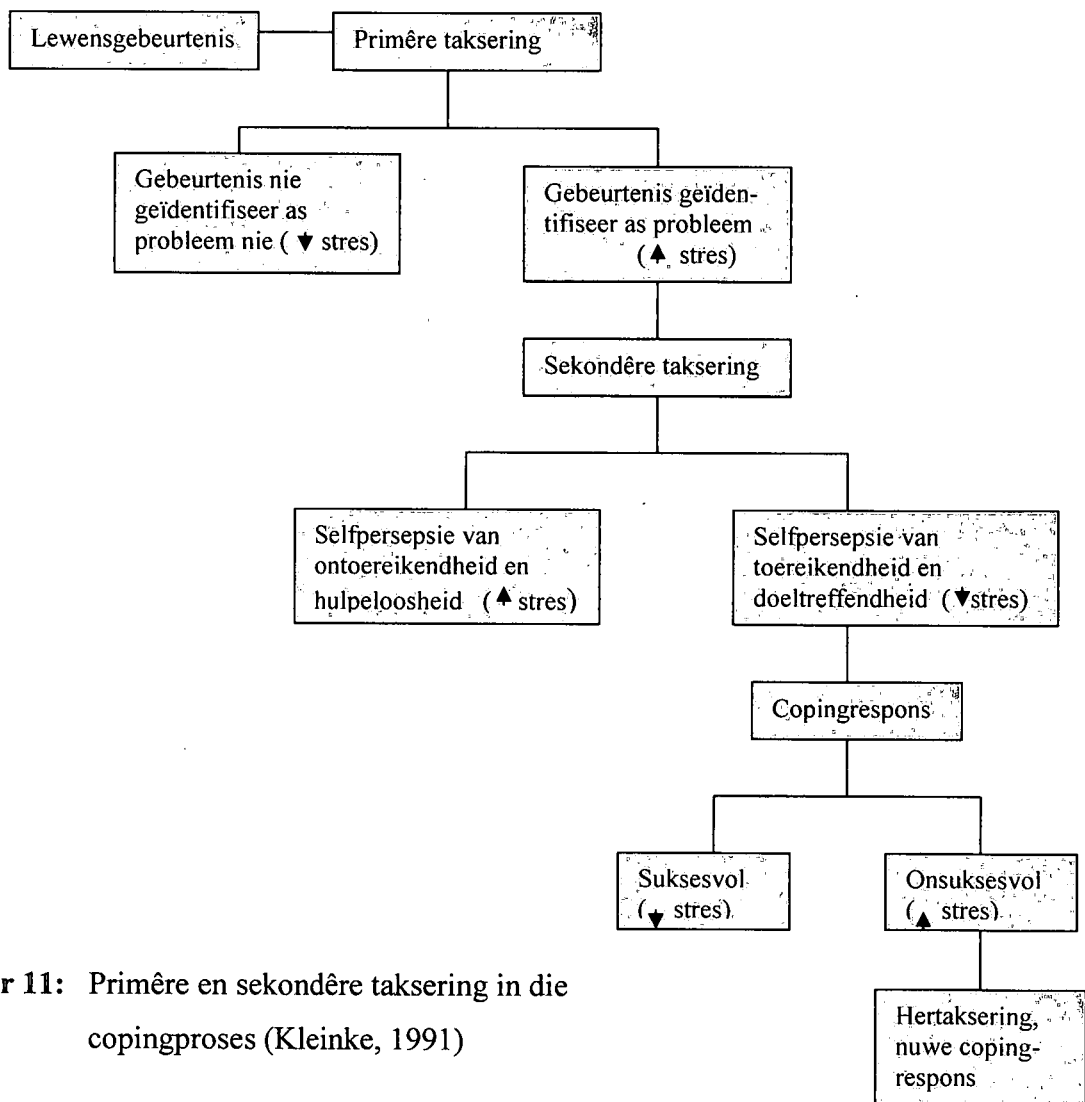
Coping kan ook gedefinieer word as die pogings wat ons aanwend om situasies wat ons as potensieel bedreigend of stresvol sien, te hanteer. Sodanige definisie van coping, soos deur Lazarus en Folkman (1984) geformuleer, besit drie kernelemente:

- (1) Coping vereis 'n sekere mate van beplanning en verg aktiewe insette. Dit is nie bloot 'n outomatiese of refleks-respons op 'n uitdaging nie.
- (2) Die definisie impliseer nie noodwendig 'n positiewe uitkoms nie. Sommige van ons pogings om te cope is suksesvol en ander nie.
- (3) Die definisie beklemtoon coping as 'n proses wat met tydsverloop plaasvind.

4.4.1 Verloop van die copingproses

Kleinke (1991) verwys in sy verduideliking van die copingproses na die proses van taksering soos deur Lazarus en Folkman (1984) beskryf. Hulle het in die eerste plek tussen primêre en sekondêre taksering onderskei. Wanneer 'n persoon 'n potensieële uitdaging in die gesig staar, bepaal hy/sy eerstens of hy/sy in gevaar is en of sy/haar

welsyn bedreig word. Die vraag word met ander woorde gevra of dit die moeite werd is om hom/haar oor die huidige situasie te ontstel. Dit is naamlik primêre taksering, en het te doen met die individu se fisieke, sielkundige en emosionele welsyn. As so 'n persoon dan bepaal dat sy/haar welsyn wel bedreig word, vra hy/sy hom-/haarself af of daar enige iets is wat aan die situasie gedoen kan word en, indien wel, wat? Laasgenoemde vorm dan die sekondêre deel van die takseringsproses. Hierdie proses word in figuur 11 grafies uitgebeeld.



Figuur 11: Primêre en sekondêre taksering in die copingproses (Kleinke, 1991)

Volgens Lazarus en Folkman (1984) is primêre taksering noodwendig subjektief, en ook onder beheer van die beoordelaar. Die kern van die saak is dat hierdie primêre taksering realisties en rasioneel moet wees ten einde 'n suksesvolle en goed-

aangepaste uitkoms te verseker. Wanneer die persoon se primêre taksering van die situasie dan aandui dat daar wel rede is vir kommer, is die volgende belangrike stap dat hy/sy 'n sekondêre taksering moet maak wat buigsaam en aanpasbaar is. Ideaal gesproke moet die individu dus in staat wees om die volgende vir hom-/haarself te sê: *"Hierdie situasie lyk werklik na 'n probleem. Ek sal regtig met 'n paar goeie planne vorendag moet kom om hierdie uitdagings die hoof te bied, so, kom ek kyk in my sak van copingvaardighede en maak 'n plan A, 'n plan B en moontlik ook 'n plan C."*

4.4.2 Verskillende copingmeganismes

Lazarus en Folkman (1984) identifiseer dan ook twee algemene vorme van coping, naamlik probleemgerigte en emosie-gerigte coping.

Probleemgerigte coping behels definitiewe pogings wat aangewend word om die probleem te verstaan, te omskryf en te definieer, asook pogings om 'n aantal moontlike oplossings te formuleer. Hierdie tipe coping kan dan verder onderverdeel word in 'na-binne-gerigte' en 'na-buite-gerigte' coping. Emosie-gerigte coping fokus op die hantering van emosionele distres. Hierdie strategieë sluit in fisieke oefening, meditasie, die uitdruk van gevoelens en die soeke na ondersteuning.

Volgens Windle en Windle (1996) dui navorsingsbevindings konsekwent daarop dat die probleemoplossende strategieë geassosieer word met beter aanpassing en funksionering, en emosioneel-gefokuste coping (soos selfblaam en die uitleef van negatiewe emosie) met emosionele, gedrags- en sosiale disfunksie. Endler en Parker (1994) sluit aan by bogenoemde outeurs met hulle mening dat emosioneel-gefokuste coping dikwels vermyding-georiënteerde fantasieë en selfblaam behels en dus dikwels met depressie geassosieer word.

Die neiging blyk te wees om meer te fokus op probleemgerigte coping wanneer ons voel dat daar iets is wat ons aan die probleem of situasie kan doen. Wanneer dit voel asof die situasie totaal buite ons beheer is, neig ons om meer te steun op emosie-gerigte coping (Folkman & Lazarus, 1980). Die mening word dan ook deur laasgenoemde outeurs uitgespreek dat ons in die meeste gevalle waarskynlik maksimum voordeel sal trek uit 'n kombinasie van bogenoemde twee strategieë.

Soos genoem, beklemtoon Folkman *et al.* (1991) die feit dat verskillende probleemsituasies verskillende hanteringstrategieë noodsaak. Daar moet dus 'n realistiese passing wees tussen die probleemsituasie en die spesifieke copingstrategie. Die vermoë tot kognitiewe taksering waaroor die individu beskik, is noodsaaklik en belangrik aangesien hy of sy die probleemsituasie gepas en realisties moet kan takseer. Die moontlikheid bestaan verder ook dat hierdie twee vorms van coping (naamlik die probleem- en emosie-gerigte strategieë) mekaar in vele stresvolle situasies kan aanvul. 'n Persoon kan egter ondoeltreffend optree wanneer hy/sy die situasie of probleem verkeerd takseer en daarom 'n onvanpaste copingstrategie aanwend.

Lazarus en Folkman (1984) se definisie van coping (afdeling 4.4) lê klem op voorkomende optrede tydens die hantering van negatiewe lewensgebeure; en dit is naamlik 'n veld wat onlangs onder die soeklig van die positiewe sielkunde geplaas is.

4.5 POSITIEWE SIELKUNDE: 'n OORSIG

"A science of positive subjective experience, positive individual traits, and positive institutions promises to improve quality of life and prevent the pathologies that arise when life is barren and meaningless. The exclusive focus on pathology that has dominated so much of our discipline results in a model of the human being lacking the positive features that make life worth living. Hope, wisdom, creativity, future mindedness, courage, spirituality, responsibility and perseverance are ignored or explained as transformations of more authentic negative impulses." (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 5)

Bogenoemde is die siening van Seligman en Csikszentmihalyi (2000) in 'n spesiale uitgawe van die tydskrif *American Psychologist*, waarin die onlangse opbloeï in die 'positiewe sielkunde' aandag geniet. Hierdie outeurs huldig die mening dat die huidige eeu 'n wetenskap en professie (sielkunde) sal oplewer met toenemende begrip vir, en bevordering van daardie faktore wat individue, gemeenskappe en die samelewing as geheel in staat sal stel om te floreer ten spyte van die alomteenwoordigheid van stressore.

Volgens Seligman en Csikszentmihalyi (2000) het die veld van die sielkunde voor die Tweede Wêreldoorlog drie duidelike doelstellings gehad, naamlik die herstel van geestesgesondheid, bevordering van die effektiwiteit en produktiwiteit van mense, en die identifisering en uitbouing van begaafdheid of talent. Hierdie vroeë fokus op die positiewe aspekte van die mens se funksionering word verteenwoordig deur byvoorbeeld die werk van Terman (1939) oor begaafdheid en huweliksgeluk (Terman, Bottenwieser, Furgeson, Johnson & Wilson, 1938), Watson (1928) se navorsing oor doeltreffende ouerskap en Jung (1933) se werk oor die soeke na en ontdekking van lewensbetekenis. Seligman en Csikszentmihalyi (2000) is van mening dat twee gebeure, beide ekonomies, kort na die oorlog hierdie oorspronklike positiewe karakter van die sielkunde as 'n wetenskap verander het. In die eerste plek het sielkundiges besef dat hulle 'n bestaan kan maak uit die behandeling van psigopatologie, en in die tweede plek het navorsers besef dat subsidiëring van navorsing rakende psigopatologie maklik bekombaar is.

Hierdie klemverskuiwing het, wat die werklike oorsaak daarvan ook al was, natuurlik groot voordele vir die sielkunde ingehou. Daar was 'n toenemende begrip vir en ontwikkeling op die terrein van psigoterapeutiese tegnieke vir die behandeling van geestesversteurings. Ten minste 14 versteurings, wat voorheen totaal onbehandelbaar was, is deur navorsing met genoemde fokus tot so 'n mate verken dat die herstel, of ten minste aansienlike verligting daarvan, vandag byna gewaarborg kan word (Seligman, 1994). Ongelukkig is twee van die oorspronklike kerndoelstellings van die sielkunde, naamlik die uitbouing van menslike effektiwiteit en produktiwiteit, en die koestering van besondere talent, totaal geïgnoreer. Die gevolg is dat sielkundiges tans slegs oor gebrekkige kennis beskik wat betref die positiewe aspekte van die mens se bestaan, en dat die potensiële aanwending daarvan vir die bevordering van individuele welsyn verlore gaan.

Mihaly Csikszentmihalyi (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) het gedurende die Tweede Wêreldoorlog reeds terdeë bewus geword van die behoefte aan die ontwikkeling van 'n positiewe sielkunde:

"As a child I witnessed the dissolution of the smug world in which I had been comfortably ensconced. I noticed with surprise how many of the adults I had

known as successful and self-confident became helpless and dispirited once the war removed their social supports. Without jobs, money, or status, they were reduced to empty shells. Yet there were a few who kept their integrity and purpose despite the surrounding chaos. Their serenity was a beacon that kept others from losing hope. And these were not the men and women one would have expected to emerge unscathed: They were not necessarily the most respected, better educated, or more skilled individuals. This experience set me thinking: What sources of strength were these people drawing on?" (p. 5)

Seligman en Csikszentmihalyi (2000) is verder van mening dat 'n deeglike besef van die volgende van allergrootste belang is:

"...that psychology is not just the study of pathology, weakness and damage; it is also the study of strength and virtue. Treatment is not just fixing what is broken; it is nurturing what is best. Psychology is not just a branch of medicine concerned with illness or health; it is much larger. It is about work, education, insight, love, growth and play. And in the quest for what is best, positive psychology does not rely on wishful thinking, faith, self-deception, fads, or hand waving; it tries to adapt what is best in the scientific method to the unique problems that human behavior presents to those who wish to understand it in all its complexity." (p. 7)

Sielkundiges het die afgelope 50 jaar toenemend tot die besef gekom dat die tradisionele siektemodel die veld van die sielkunde nie in staat stel tot die voorkoming van prominente probleme soos depressie, substansmisbruik en skisofrenie nie. Daar bestaan 'n aantal bronne van krag wat inherent aan sommige individue is. Hierdie faktore, wat dikwels as buffers teen geestesversteuring dien, is byvoorbeeld toekomsgerigtheid, optimisme, geloof, hoop, eerlikheid en uithou vermoë. Die taak van wetenskaplikes in die komende eeu sal volgens Seligman en Csikszentmihalyi (2000) die ontwikkeling van 'n wetenskap oor sielkundige sterktes wees, met die vestiging van hierdie buffers in individuele lewens as einddoel. Op hierdie wyse sal individue nie meer gesien word as passiewe entiteite wat bloot op stimuli reageer nie, maar as besluitnemers met keuses en voorkeure. Die einddoel van so 'n 'nuwe sielkunde' sou dus weer wees om 'normale' mense sterker en meer doeltreffend te

maak, en die verwesenliking van hoë menslike potensiaal weereens as 'n realistiese einddoel van die sielkunde te herstel (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Die potensiaal vir die behoud van toereikendheid en suksesvolle optrede (in stede daarvan om in moeilike omstandighede hulpeloos en hopeloos te raak) sal in hierdie studie onder die soeklig kom. Hierdie nuwe klem wat deur die positiewe sielkunde geplaas word op die mens se vermoë om suksesvol te leef, selfs in die aangesig van lewenstressore, word vergestalt binne die velde van Salutogenese en Psigofortologie.

4.6 SALUTOGENESE

Daar is 'n aantal aannames wat sentraal staan tot die ontstaan en ontwikkeling van die positiewe sielkunde as nuwe paradigma. Die eerste hiervan is dat stressore en teenspoed 'n inherente deel vorm van die mens se alledaagse bestaan. Die tweede sentrale aanname is egter dat daar bronne van krag bestaan met behulp waarvan hierdie stressore en teenspoed verduur, en selfs oorkom kan word. Hieruit vloei die derde aanname, naamlik dat fisieke, emosionele en sosiale beproewings vir baie individue 'n gunstige nadraai mag hê. Dit mag byvoorbeeld groei en versterking stimuleer as gevolg van die ontdekking van vermoëns, insigte en deugde wat weens hierdie omstandighede tot uiting gekom het (Strümpfer, 2001).

4.6.1 Die salutogene model

'n Belangrike onderafdeling van ontwikkeling van die nuwe (positiewe) paradigma binne die sielkunde was Antonovsky (1984; 1987; 1994) se bekendstelling van die konstruk van salutogenese (Latyn: *salus* = gesondheid, Grieks: *genesis* = oorsprong) (Strümpfer, 2001). Die fokus van die salutogene model is op suksesvolle coping en die oorsprong van gesondheid, en verteenwoordig 'n radikale en nuwe manier van dink oor die hantering van algemene lewenstressore. Die sentrale stelling waarom die salutogene model gebou is, is dat stressore alomteenwoordig is in die menslike beleweniswêreld, en dat sommige mense met 'n hoë stressorlading goed funksioneer en selfs floreer (Antonovsky, 1979; 1987). Die vraag wat die essensie van hierdie model dus saamvat, is die volgende: "*Waarom cope sommige mense baie goed ten spyte van hierdie alomteenwoordige stressore, en ander nie?*"

Volgens Carpenter (1992) is daar verskeie faktore wat 'n rol mag speel in 'n persoon se hantering (suksesvol al dan nie) van lewenstressore. Hierdie faktore kan volgens hom verdeel word in (a) gebeurtenisverwante faktore (soos die duur, die voorspelbaarheid van die aanvang, en die beheerbaarheid van die stressor); (b) persoonlike faktore (soos sosiodemografiese veranderlikes, temperament, selfbeheer en die belewing van vorige krisiservaringe); en (c) omgewingsfaktore (soos informele sosiale ondersteuning, familiekohesie, en die beskikbaarheid van gemeenskapshulpbronne). In sy antwoord op bogenoemde vraag het Antonovsky vorendag gekom met die salutogene model van gesondheid waarvolgens die individu volgens sy/haar funksionering geplaas word op wat hy die *health-ease/disease* - kontinuum noem. Die fokus binne die salutogenese is op "gesondwees" en sluit die mens se algemene funksionering en hantering van lewenseise en stres in (Cilliers, Viviers & Marais, 1998). Daar bestaan 'n aantal begrippe wat 'n sentrale rol speel binne die veld van salutogenese. Hierdie konstrukte word vervolgens bespreek.

4.6.2 Salutogene konstrukte

4.6.2.1 Koherensiesin

Hierdie term verwys na die houding of oriëntasie wat die persoon inneem teenoor die spesifieke stressor waarmee hy of sy te doen kry. Antonovsky (1987) beskryf hierdie konstruk as 'n globale oriëntasie wat aanduidend is van die mate waartoe die individu:

1. 'n gevoel van vertrouwe het dat die stimuli waarmee hy/sy gedurende die verloop van die lewe in sy/haar interne en eksterne omgewings te doen kry, gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar is (VERSTAANBAARHEID);
2. vertrouwe het dat daar hulpbronne beskikbaar is wat hom/haar sou help om die uitdagings wat deur genoemde stimuli daargestel word, te kan hanteer (BEHEERBAARHEID); en
3. dat hierdie wel uitdagings is wat die moeite werd is om aan te pak en dat energie aan die hantering daarvan bestee behoort te word (BETEKENISVOLHEID).

4.6.2.2 Algemene weerstandshulpbronne

Antonovsky (1979) is van mening dat enige mens deur middel van sy/haar lewenservaringe algemene weerstandshulpbronne of *generalized resistance resources* (*GRR*'s) ontwikkel. Laasgenoemde definieer hy dan as enige kenmerk van die individu wat hom/haar in staat stel om 'n wye verskeidenheid van stressore te vermy of te beveg. Voorbeelde hiervan is materiële *GRR*'s soos geld, skuiling en voedsel; kognitiewe *GRR*'s soos intelligensie en kennis; interpersoonlike *GRR*'s soos sosiale verbondenheid en ondersteuning; en makro-sosiokulturele *GRR*'s soos geloof en rituele (Strümpfer, 1995). Wanneer 'n persoon gewoon raak aan die beskikbaarheid van hierdie weerstandshulpbronne, ontwikkel persoonlikheidskonstrukte (ook genoem 'n sterk koherensiesin) wat die persoon so te sê beskerm teen die blootstelling aan die negatiewe effekte van sekere stressore. Afhangende van vorige ervaringe van die suksesvolle hantering van stressore, sal die weerstandshulpbronne wat ontwikkel het die salutogene persoonlikheidskonstrukte versterk, wat op hulle beurt weer 'n positiewe wederkerige effek sal hê op die ontwikkeling van addisionele weerstandshulpbronne (Cilliers *et al.*, 1998). Die stelling word ook deur Cilliers *et al.* (1998) gemaak dat hierdie 'nuwe' denkrigting binne die sielkunde ons in staat stel om met meer respek, empatie en deernis te kyk na daardie persone wat binne 'n gegewe situasie nié cope nie. Dit behoort uiteindelik as inspirasie te dien vir deskundiges op hierdie gebied om die salutogene faktore wat betrokke is by elke veeleisende of stresvolle situasie te identifiseer. Derhalwe kan navorsing geloods word ter ontwikkeling van opvoedkundige programme wat vir individue in enige denkbare stresvolle situasie van onskatbare waarde en hulp kan wees.

Ter samevatting kan gesê word dat Antonovsky (1987) die term **salutogenese** geskep het, wat beteken dat daar gelet word op faktore (kragte/reserwes) wat mense in staat stel om ten spyte van lewenstressore te oorleef, gesond te wees en selfs te floreer. Hierdie 'gesond wees' word beoordeel op 'n kontinuum met pole van algehele en optimale gesondheid tot totale siekte en aftakeling ('health-ease' tot 'dis-ease'). Een van die fokuspunkte van hierdie studie sal wees om vas te stel watter invloed 'n persoon se toekoms-tydsperspektief het in die bepaling van waar op hierdie kontinuum die versorgers van Alzheimer-pasiënte hulle bevind met die unieke eise en stressore wat hulle beleef.

4.7 PSIGOFORTIGENESE AS UITVLOEISEL VAN DIE KONSEP VAN SALUTOGENESE

"Know how sublime a thing it is to suffer and be strong."

(Henry Wordsworth Longfellow, 1893)

4.7.1 Inleiding

Volgens Strümpfer (1995) is fisieke gesondheid slegs een van die dimensies van welstand, en sou 'n teorie of paradigma rakende menslike funksionering ernstig ingeperk word indien hierdie een dimensie as die einddoel van so 'n teorie gestel word. Strümpfer (1990) brei dus die teorie van salutogenese uit om betrekking te hê op die mens se totale funksionering. Hy stel dan ook die begrip van fortigenese (Latyn: *fortis* = sterk, Grieks: *genesis* = oorsprong) bekend. Fortigenese verwys na die oorsprong van die sterkte of krag wat mense aan die dag lê om die lewenseise wat aan hulle gestel word te hanteer. Die fortologie bestudeer die interaksie tussen koherensiesin (afdeling 4.6.2) en algemene weerstandshulpbronne in die verskillende areas van menslike funksionering. Gedurende die ontwikkeling van die begrip 'fortigenese' as 'n breër en meer beskrywende begrip as 'salutogenese', sluit Strümpfer (1995) aan by die konsepte wat deur Antonovsky en sy kollegas ontwikkel is. Hy noem byvoorbeeld dat die begrippe 'koherensiesin' en 'algemene weerstandshulpbronne' ook op ander en meer diverse *health-ease/dis-ease*-kontinuums toegepas kan word. Voorbeelde hiervan is die eise wat aan persone gestel word wat byvoorbeeld aftrede in die gesig staar, aan een of ander gebrek ly of werk- verwante stres ervaar. In sy fokus op die fortigene faktore, kyk hy dus na die mens se funksionering in geheel, en kom Strümpfer (1995) tot die gevolgtrekking dat fortigenese 'n term is wat die paradigmaskuif vanaf patologie na optimale funksionering beter beskryf:

"Antonovsky could not help but point to the closely related origins of strength needed to be effective at other end-points of human functioning too. This total endeavour should be acknowledged: 'fortigenesis' is more embracing, more holistic, than 'salutogenesis'." (p. 82)

Dit sou natuurlik 'n fout wees om die bestaan van siekte en psigopatologie te ontken. Fortigenese fokus dus eerder op die ontkenning van die aanname dat alle mense wat op een of ander stadium pyn en trauma ervaar, noodwendig hulpeloos is as gevolg daarvan, en dus oorgelewer word aan die noodlot sodat psigopatologie bykans voorspel kan word. Die vermoëns, talente, bekwaamhede en hoop van individue, families en gemeenskappe om hierdie veeleisende omstandighede suksesvol te hanteer en oorkom, word eerder onder die soeklig geplaas (Pretorius, 1998).

4.7.2 Die konsep: Fortaliteit (*Fortitude*)

Uit bogenoemde is dit duidelik dat die fortologiese paradigma fokus op die vraag: "Waar kom die krag vandaan?" Navorsing was dus daarop gerig om te bepaal watter individuele en omgewingsfaktore 'n beduidende rol speel rakende stresvermindering of die effektiewe hantering daarvan.

In sy soeke na die antwoord op bogenoemde vrae het Pretorius (1998) die volgende veranderlikes in sy studie ingesluit: selfkonsep, neiging tot self-miskenning, eiewaarde, persoonlike bevoegdheid, persoonlike doeltreffendheid, persepsie van die ondersteuning (en die beskikbaarheid daarvan) van ander, persepsie van eie probleemhanterings-vaardighede, persepsie van die ondersteuning van vriende asook van familie en die familie-omgewing. Faktor-ontledings het egter aangetoon dat al hierdie veranderlikes in een van drie breë dimensies van 'fortaliteit' geplaas kan word.

Fortaliteit handel oor die krag wat nodig is om spanning suksesvol te hanteer. Hierdie krag spruit uit die siening wat die mens handhaaf omtrent hom-/haarself, sy/haar familie en van die mate van ondersteuning wat hy/sy van ander ontvang (Pretorius, 1998). Die drie dimensies van die begrip van 'fortaliteit' is, volgens Pretorius (1998) die volgende:

- 'n Positief-beoordelende bewustheid van die self: Laasgenoemde sluit dan beide 'n positiewe globale beoordeling van die self, sowel as spesifieke beoordeling van sake in, soos eie effektiwiteit rakende probleemoplossing, en die beheer en bevoegdheid waaroor die self beskik.

- 'n Positief-beoordelende bewustheid van die gesinsomgewing, naamlik 'n positiewe beoordeling van die ondersteuning ontvang van die gesin, van die hoeveelheid konflik en kohesie tussen verskillende gesinslede, asook die beoordeling van gesinswaardes.
- 'n Positief-beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander. Laasgenoemde sluit in die beoordeling van beide die kwantitatiewe (vlakke van ondersteuning) en kwalitatiewe (kwaliteit en tevredenheid) dimensies van ondersteuning. Beoordeling van die effektiwiteit van die gebruik van hierdie ondersteuningsisteme word hierby ingesluit.

Pretorius (1998) spreek die mening uit dat, hoewel daar bewyse gevind kan word vir die bestaan van elk van die drie domeine afsonderlik en hulle dus apart van mekaar bestudeer kan word, hoë vlakke van psigologiese sterkte eers tot sy volle reg kom in die som van die drie domeine. Die moontlikheid bestaan wel dat hulle na aanleiding van sekere meganismes met mekaar in interaksie verkeer. Positiewe beoordeling van die een domein kan byvoorbeeld kompenseer vir minder positiewe beoordeling op 'n ander. Hierdie domeine kan egter vir navorsingsdoeleindes geskei en bestudeer word ten einde te bepaal hoe hulle interreageer en saamwerk om uiteindelik 'fortaliteit' as breë konsep te vorm.

As gevolg van die ingebore geneigdheid van die mens om hom-/haarself en sy/haar omgewing gedurig te beoordeel en te takseer na aanleiding van sy/haar eie diverse ervarings (Folkman & Lazarus, 1980), ontwikkel elke individu 'n vasgestelde patroon van oortuigings rakende hom-/haarself en die omgewing/wêreld waarin hy/sy verkeer. Die hipotese kon dus gestel word dat die geestesgesonde individu (wat spanning suksesvol hanteer en lae vlakke van depressie ervaar) positiewe beskouings het van die self, van familie en van die ondersteuning van ander. Wanneer dit as 'n eienskap kenmerkend van individuele funksionering bespreek is, is daar in die verlede konseptuele probleme teëgekome. Die Engelse benaming vir hierdie kenmerk, naamlik '*fortitude*', het ten tyde van hierdie skrywe nog nie 'n Afrikaanse eweknie gehad wat die volle betekenis daarvan sou kon saamvat nie. Ten einde hierdie gaping te vul, is daar in hierdie ondersoek gebruik gemaak van die term 'fortaliteit' om die fortologiese faktor as eienskap van individuele funksionering te beskryf.

Die begrip 'fortaliteit' kan dus formeel gedefinieer word as die krag om stres suksesvol te hanteer, en ten spyte van die teenwoordigheid daarvan in 'n toestand van geesteswelstand te verkeer as gevolg van 'n positiewe beoordeling van die self, van die familie en van die ondersteuning van ander (Pretorius, 1998).

4.8 VERWANTE KONSEPTE

Strümpfer (2001) het dit goed gedink om, in 'n opsomming van die ontwikkeling van fortologie as 'n wetenskap tot op hede, vier aspekte van fortologiese denke uit te sonder as verteenwoordigend van die kern van hierdie navorsingsveld. Daar sal vervolgens kortliks na elk hiervan gekyk word.

4.8.1 Welstand / Geluk

Strümpfer beskou welstand as die as waarom die positiewe sielkunde draai. Daar blyk nie 'n eenduidige definisie vir die konstruk 'sielkundige welstand' in die literatuur te bestaan nie. Volgens Du Toit (1999) word soortgelyke terme soos geesteswelsyn, positiewe welsyn en psigologiese welsyn in die literatuur aangetref. Die term 'psigologiese welsyn' word egter deur Wissing en Du Toit (1994) gedefinieer as 'n siening of houding dat die lewe verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol is, en stem ooreen met die omskrywing van die begrip koherensiesin deur Antonovsky (1984). 'n Belangrike onderskeid word deur Strümpfer (2001), asook Ryan en Deci (2001) getref tussen die twee tradisionele konseptualiserings van welstand of geluk. Hierdie onderskeid kan soos volg omskryf word:

- **Hedonisme** (Grieks: *hedone* = plesier) verteenwoordig die siening dat welstand meegebring word deur die ervaring van genot en die vermyding van pyn. Volgens Ryan en Deci (2001) is dit die gevoel wat gepaard gaan met 'n persoon se belewing van positiewe affek wanneer sy/haar behoeftes, hetsy fisiek, intellektueel of sosiaal, bevredig word. Dit wil egter voorkom of hierdie tipe geluk van 'n verbygaande aard is, aangesien die mens voortdurend aanpas by dit wat vroeër plesier verskaf het, en dus voortdurend nuwe vlakke van stimulasie soek ten einde ou vlakke van plesierervaring in stand te hou.

- **Eudemonisme** (Engels: *Eudaimonism*) (Grieks: *eu-* = goed, *daimon* = innerlike gees) verteenwoordig 'n meer permanente vorm van welstand of geluk, maar ook een waaraan die houer daarvan aktief moet werk. In onlangse werke oor eudemonisme (Ryff & Keyes, 1995; Ryan & Deci, 2001) is 'n aantal faktore geïdentifiseer, wat beskou word as bydraend tot die verwerwing daarvan. Hieronder tel byvoorbeeld die vind van lewensbetekenis, persoonlike groei, die realisering van eie potensiaal, die aankweek van kwaliteit-verhoudinge met ander, 'n gevoel van beheer oor die lewe, self-aanvaarding, outonomie, omgewingsbemeestering en persoonlike bevoegdheid, om maar 'n paar te noem.

Met betrekking tot die verhouding tussen hedonisme en eudemonisme in die bepaling van 'n persoon se welstand of geluk, is Ryff en Keyes (1995) en Ryan en Deci (2001) van mening dat welstand beskou moet word as 'n multidimensionele fenomeen, en een waarin aspekte van beide hedonisme en eudemonisme 'n belangrike rol speel.

4.8.2 Voordeel trek (*Benefit-finding*)

Nog 'n belangrike area van ondersoek binne die psigofortologie is volgens Strümpfer (2001) die bestudering van die positiewe of voordelige gevolge van stresvolle lewensgebeurtenisse. Waar die tradisionele mediese of patologiese model van gesondheidsorgnavorsing hoofsaaklik gefokus het op die negatiewe gevolge van stresvolle lewensgebeurtenisse, is daar volgens Strümpfer (2001) 'n groeiende bewustheid van, en groeiende empiriese bewyse vir die moonlikheid van langtermynvoordele wat sodanige gebeure vir die welstand van individue en groepe mag inhou.

4.8.3 *Agency en communion*

Beide hierdie konstrakte het volgens Strümpfer (2001) 'n groot hoeveelheid empiriese aandag binne die veld van psigofortologie ontvang. *Agency* behels onder meer die motiveringskonstrukte van individualisme, onafhanklikheid, selfdoeltreffendheid, outonomie, beheer en dominansie. Die verwante konsep van *communion* behels aan die ander kant behoeftes aan liefde, vriendskap, intimiteit, affiliasie, sorg, en 'n strewe na die 'common good'. Hoewel hierdie konsepte lank reeds die rondte doen, is die

bepaling van die positiewe invloed daarvan op die sielkundige en fisieke welstand van die mens binne die positiewe sielkunde 'n relatief nuwe verskynsel.

4.8.4 Gewoonheid

Die mensdom se bewondering vir die 'buitengewone individu' het onlangs binne die positiewe sielkunde plek gemaak vir die siening dat weerstandbiedendheid as fenomeen beskou kan word as 'n doodgewone gedeelte van die mens se funksionering. Hierdie siening is die gevolg van tallose beskrywings van hoe gewone mense, deur middel van hulle basiese, inherente aanpassingsvermoë en die gebruik van die normale menslike hulpbronne, geweldig stresvolle omstandighede te bowe gekom het. Vertellings van persone wat die konsentrasiekampe van die Tweede Wêreldoorlog en (nader aan die huis) die Anglo-Boereoorlog (Pretorius, 1999) oorleef het, dien ter illustrasie hiervan. Fortalteit blyk dus tot 'n groot mate ingebed te wees in die genetiese samestelling van die mensdom (Strümpfer, 2001). Die krag van hierdie stelling is te vinde in die feit dat fortigene eienskappe tot die beskikking is van ALLE individue, en dat die ontginning en gebruik daarvan in die praktyk van gesondheidsorg geweldige potensiaal het.

4.9 SAMEVATTING

Die paradigmaskuif wat onlangs binne die sielkunde plaasgevind het vanaf die tradisionele mediese model na die meer voorkomende gemeenskaps-gesondheidsorgmodel, het 'n nuwe dimensie verleen aan die siening van die mens en sy/haar welstand.

Ook die huidige denke oor stres en die effek daarvan op menseleuens word vanuit 'n nuwe, meer positiewe hoek benader. Binne hierdie nuwe paradigma van voorkomende eerder as remediërende optrede in die gesondheidswetenskappe, het die velde van salutogenese (en later ook fortigenese) hulle plek gevind en word daar tans uitgebreide navorsing gedoen oor die verdere identifisering, ontwikkeling en verfyning van konsepte wat binne hierdie velde as belangrik beskou word. Adams, Bezner en Steinhardt (1997) is van mening dat die fokuspunt van salutogene praktykvoering nie patologie en die etiologie en behandeling daarvan behoort te wees

nie, maar wel gesondheid en optimale balans van die menslike bestaan. Die fokus van salutogene navorsing behoort dus te wees op die bepaling van watter faktore betrokke is by en geassosieer word met sielkundige welstand. Uit die literatuur met betrekking tot positiewe sielkunde, asook voorlopige navorsing in hierdie verband, wil dit voorkom asof die tydsperspektief wat 'n persoon handhaaf tydens stresvolle lewensomstandighede een so 'n faktor is wat potensieel 'n psigofortigene rol mag speel.

In hoofstuk 5 sal die tradisionele en ook meer onlangse konseptualiserings rondom tydsperspektief en die mens se gebruik daarvan in meer besonderhede aandag geniet.

HOOFSTUK 5 TYDSPERSPEKTIEF

"I often feel that death is not the enemy of life, but its friend, for it is the knowledge that our years are limited that makes them so precious."

-Rabbi Joshua L. Liebman

5.1 INLEIDING

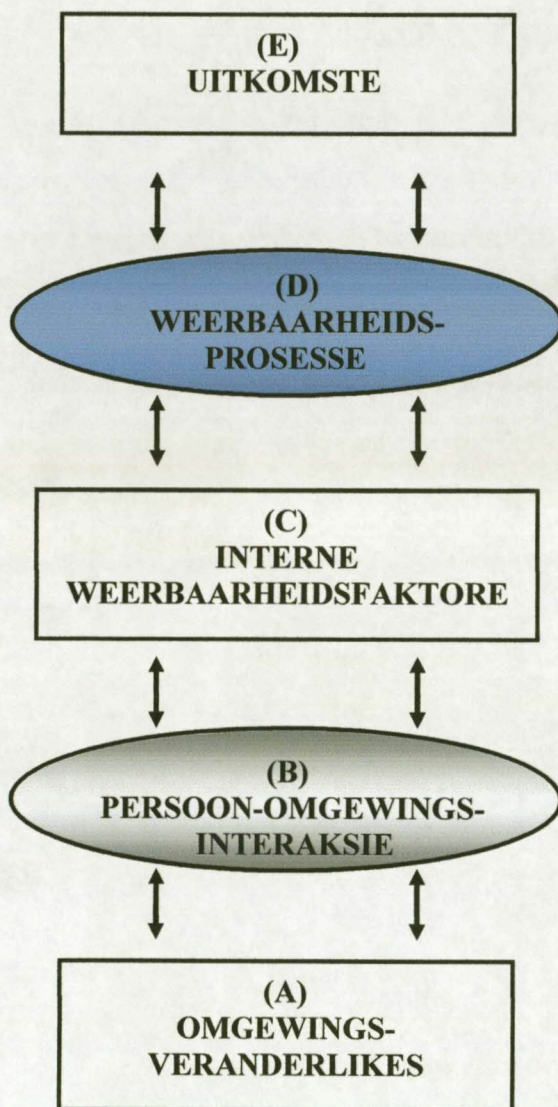
Die tradisionele mediese model van gesondheidsorg, wat in afdeling 4.2 bespreek is, is deur Barnard (1994) beskryf as:

"...an obsessive proclivity for 'deficit detecting' to the exclusion of acknowledging strengths and resources... So much of our pathological focus is geared toward the past, in contrast to a focus on elements of resiliency and on the future, which would further enhance and 'ripen' our clients' tools of resiliency. As we increase our sensitivity to elements of human resiliency, we can encourage individuals and families we work with to become more cognisant of their own resilient behaviours, to embrace those elements and to regard them as the 'hammer' that they can use to construct a more satisfying future" (p. 136)

In 'n onlangse uitgawe van die tydskrif *American Psychologist*, wat uitsluitlik handel oor die onlangse opbloei in die veld van positiewe sielkunde, skryf Seligman en Csikszentmihalyi (2000):

"The field of positive psychology at the subjective level is about valued subjective experiences: well-being, contentment, and satisfaction (in the past), hope and optimism (for the future); and flow and happiness (in the present)."
(p.5)

Beide hierdie aanhalings dui op die belangrike rol wat die verlede, hede en die toekoms, dit wil sê TYD speel, en op die dinamiese proses wat die gebruik en subjektiewe belewenis daarvan deur die individu in moeilike omstandighede verteenwoordig. As een van die potensiële weerbaarheidsprosesse wat 'n rol mag speel tydens die hantering van stresvolle omstandighede (afdeling D in figuur 12), sal kennis rondom hierdie faktor wat in die literatuur bestaan vervolgens meer aandag ontvang.



Figuur 12: Weerbaarheidsprosesse as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

Die bewustheid van tyd is 'n eienskap uniek aan die mens, en die vermoë om tyd te monitor is so 'n natuurlike deel van die menslike bestaan dat dit waarskynlik 'n

bydrae gelewer het tot die evolusieproses van die menslike gedagtegang en kognisie (Suddendorf & Corballis, 1997). Hoewel mense van verskillende kulture onderling beduidend verskil in hulle persepsie en gebruik van tyd, soos dit byvoorbeeld tot uiting kom in die lewenstempo wat gehandhaaf word, is 'n basiese bewustheid van tyd en tydsverloop 'n universele verskynsel. Sielkundiges was egter tot op hede in 'n groot mate onbetrokke by die bespreking en bestudering van hierdie onderwerp (Carstensen *et al.*, 1999).

Die kompleksiteit van die mens se gebruik van tyd is waarskynlik die oorsaak daarvan dat die begrip van die rol daarvan binne die gedragswetenskappe nog baie beperk is (Carstensen *et al.*, 1999). Die belang daarvan in die mens se sielkundige funksionering kan egter nie ontken word nie. Die individu se konseptualisering van tyd staan sentraal in sy/haar motivering om 'n sekere tipe gedrag te toon. Met betrekking tot die toekoms as tydseenheid, het Nuttin en Grommen reeds in 1975 daarna verwys as '*the primary motivational space*'. Soos fisiese objekte gelokaliseer is in die ruimte, is die mens se motiveringsobjekte gelokaliseer in die toekoms. Die invloed van hierdie konstruk op die sielkundige welstand van die individu sal later (afdeling 5.3) meer aandag geniet. Dit wil egter voorkom asof veral die siening wat 'n persoon van die toekoms as tydseenheid handhaaf, 'n belangrike rol speel wat die behoud van sielkundige welstand betref:

"...humans have the capability and tendency to organise their future, to create an image of what may come. This sphere, however, has a psychological character different from that of the past. Whereas no real changes can be made in the past, the future perspective is open, nondetermined. Thus, it offers an opportunity to create something new." (Zaleski, 1994, p. 11)

Hierdie siening wat die mens van die toekoms handhaaf, word vergesel van 'n kontinuum van emosies, waarvan die eindpunte verteenwoordig word deur hoop, en aan die ander kant ang en vrees (Zaleski, 1994). Die affektiewe komponent van elke individu se tydsperspektief, die feit dat dit berus op 'n kognitiewe voorstelling van gebeure, tesame met die feit dat tydsperspektief die struktuur vorm waarvolgens die mens alle kort- en langtermyn doelwitte beplan en interpreteer (dus beïnvloeding op gedragsvlak), bevestig die besondere belang van hierdie konsep vir al die sfere van

die mens se sielkundige bestaan. Dit is daarom te betreur dat dit tot op hede so min aandag geniet het.

Hierdie hoofstuk bestaan uit twee onderafdelings. In die eerste word die belangrikste definisies en huidige teoretiese standpunte oor die konsep 'tydsperspektief' binne die sielkunde verstrekk. In die tweede gedeelte sal die aanverwante konsep 'hoop' bespreek word.

AFDELING A: (TOEKOMS-) TYDSPERSPEKTIEF

5.2 DEFINIËRING EN KONSEPOMSKRYWING

Breedweg kan tydsperspektief gedefinieer word as die wyse waarop 'n persoon reflekteer oor die verlede, besorgd is oor die hede, en die toekoms antisipeer (Lennings, 2000). Meer spesifiek definieer Zimbardo en Boyd (1999) hierdie konsep as die dikwels onbewuste proses waardeur die voortdurende vloei van persoonlike en sosiale ervarings aan 'n temporale kategorie of tydsraam toebedeel word. Hierdie proses verleen orde, koherensie en betekenis aan die ervarings van die verlede en hede, en die geantisipeerde gebeure in die toekoms. Hoewel onbewus, berus tydsperspektief dus in die eerste plek op verteenwoordiging van hierdie ervarings en tydsdimensies op hetsy verbeeldings- of kognitiewe vlak. Nuttin (1975) is van mening dat tydspersepsie (bewustheid van die bestaan en verloop van tyd) eers die karakter van ware *tyds-perspektief* kry wanneer die menslike kognisie 'n rol begin speel en die mens se herinnerings, planne, projekte en intensies in verhouding tot mekaar geplaas word.

Toekoms-tydsperspektief (TTP) behels daardie gedeelte van 'n persoon se tydsperspektief wat gevul is met kort- en langtermyn doelwitte, asook *means-end structures* soos gedragsprojekte en planne (Nuttin, 1975). Kortweg behels dit die kognitiewe voorstelling van gebeure, doelwitte en planne in die toekoms. Boonop besit TTP 'n kognitief motiverende karakter, wat beteken dat die aspirasies wat die gegewe individu vir homself in die toekoms gestel het, 'n motiverende inhoud of aard het (Zimbardo & Boyd, 1999).

Die multidimensionele aard en invloedssfeer van tydsperspektief (en toekomstyperspektief in besonder) word weerspieël in die feit dat die affektiewe, kognitiewe en gedragsaspekte van 'n persoon se sielkundige funksionering daardeur betrek word (afdeling 5.1). Ten einde verwarring te voorkom, is dit belangrik om te onderskei tussen tydsperspektief, soos hierbo gedefinieer, en 'n aantal verwante terme:

- *Tydsoriëntasie* is die individu se voorkeur- of dominante temporale dimensie (verlede, hede of toekoms) met betrekking tot die kognitiewe verteenwoordiging van gebeure.
- Die *ekstensie* of *reikwydte* van die individuele tydsperspektief word verteenwoordig deur die 'temporale afstand' van herinneringe, gebeure en antisipasies wat in die persoon se gedagtes voorkom.
- Voorts word 'n persoon se tydsperspektief ook gekenmerk deur 'n sekere *digtheid*, naamlik die mate waartoe temporale gebeure saamgegroepeer is binne 'n sekere tydspanne.
- *Tyds houding* reflekteer die houding wat die persoon handhaaf teenoor die kognitief-verteenwoordigde gebeure in enige van die drie tydsdimensies, en teenoor die tydsdimensie self.
- In die laaste plek word daar dikwels melding gemaak van die *realiteitsvlak* van 'n persoon se tydsperspektief, veral met betrekking tot antisipasies en drome vir die toekoms as tydsdimensie. (Lapierre, Bouffard & Bastin, 1993)

Die feit dat tydsperspektief tot op hede so min aandag geniet het, kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat dit aan die een kant so 'n vanselfsprekende deel van die menslike bestaan is, en aan die ander kant so moeilik is om te operasionaliseer, te manipuleer (ons het geen beheer oor die verloop van tyd nie) en te meet (Lennings, 2000). Ten spyte van die verskille in teoretiese perspektiewe rondom hierdie konsep, is daar onder navorsers 'n groot mate van eenstemmigheid oor die belangrike invloed wat 'die vermoë om te antisipeer' oor die algemeen het op motivering, prestasie en geestesgesondheid (Lapierre, Bouffard & Bastin, 1993). Hierdie aspek of invloed van 'n persoon se (toekoms-) tydsperspektief sal in die volgende afdeling meer aandag geniet.

Dit is belangrik om te noem dat die verwante veld van *transendentale toekomstperspektief* (TTTP) tans relatief baie navorsingsaandag trek. Hierdie 'buitengewone' tydsperspektief, wat 'n persoon se persepsie van die toekoms verdeel in pre- en post-dood fases, strek van die punt van voorgestelde dood van die fisieke liggaam tot in ewigheid, en het waarskynlik 'n uitgesproke invloed op die individu se gedrag in die hede. Boyd en Zimbardo (1997) postuleer in hierdie verband: "...clearly many people view the transcendental future as a distinct and meaningful dimension of their temporal orientation" (p. 47). Hoewel hierdie aanhaling talle interessante vrae genereer oor die verband tussen TTTP en die individu se gedrag, emosies en kognisies, veral in die hantering van moeilike lewensomstandighede, sal die transendentale dimensie van TTP in hierdie studie slegs beperkte aandag ontvang.

5.3 TYDSPERSPEKTIEF EN SIELKUNDIGE WELSTAND

"Psychological wellness is defined as a general perception that one will experience positive outcomes to the events and circumstances of life. This definition refers to a psychic resource called dispositional optimism. An individual who is dispositionally optimistic believes that every situation and circumstance will ultimately produce positive outcomes." (Adams, Bezner & Steinhardt, 1997, p. 210).

Per implikasie is tydsperspektief dus op een of ander wyse verteenwoordig wanneer daar van sielkundige welstand van die individu gepraat word.

Lennings (2000) stel die teorie dat tydsperspektief 'n persoon se gedrag en kognisie op een van twee wyses mag beïnvloed: of direk deur die 'sterk' model, of indirek deur die 'swak' model. Volgens die swak model word die invloed van tydsperspektief op kognisie en gedrag gemedieer deur ander veranderlikes. Selfvertroue voorspel byvoorbeeld sukses in 'n eksamen-situasie, en 'n positiewe TTP is 'n sterk voorspeller van 'n gevoel van selfdoeltreffendheid. 'n Goeie TTP beïnvloed dus akademiese sukses deur middel van die positiewe invloed daarvan op selfvertroue (swak model). Die sterk model behels egter die direkte invloed van TTP op gedrag of kognisie, soos as die reikwydte en houdingsaspek van TTP byvoorbeeld direkte voorspellers van herstel na besering sou wees.

Die stel van doelstellings en die behoud van TTP mag ook in verband staan met 'n persoon se koherensiesin (afdeling 4.6.2), en wel die *betekenisvolheid* en *beheerbaarheid* wat 'n persoon aan sy situasie koppel. Volgens Lapierre, Bouffard en Bastin (1993) toon die behoud van TTP 'n positiewe verband met aanpassing, lewenstevredenheid en sielkundige welstand en *die behoud van lewensbetekenis*. In kort noem hierdie outeurs dat TTP beskou kan word as 'n kernelement van geestesgesondheid. Hoewel die verwantskap tussen die inhoud van doelstellings en lewensbetekenis nog nie in die literatuur beskryf is nie, is beduidende korrelasies gevind tussen langtermynprojekte en 'n sin vir betekenis in die lewe (Lapierre, Bouffard en Bastin, 1997). Daar blyk ook 'n verband te bestaan tussen die stel van doelstellings en die *beheerbaarheid* van die situasie (Lapierre, Bouffard en Bastin, 1997), wat nog een van die kernelemente is van koherensiesin wat Antonovsky in verband bring met sielkundige welstand. Indien daar bevestig sou kon word dat TTP 'n invloed op sielkundige welstand mag hê via die bemiddeling van beheerbaarheid en betekenisvolheid (dus 'n persoon se koherensiesin), sou dit moontlik dui op die bestaan van 'n "swak model" rakende die invloed van TTP op die behoud van sielkundige welstand. Hoewel daar uit die literatuur 'n afleiding gemaak kan word oor die verband tussen die twee veranderlikes, naamlik TTP en sielkundige welstand, het die potensiaal van TTP as psigofortigene faktor in persoonlikheidsfunksionering nog nie eksplisiete aandag gekry nie.

Dit is al aangetoon dat die konsep van optimisme (waarmee TTP nou verweef is) 'n positiewe verband het met faktore soos weerbaarheid, algemene welstand, geluk, beplanning en doelwitstelling, die oorwinning van alkoholisme, post-operatiewe herstel, en die kwaliteit van eie lewe soos beskryf deur oorlewendes na 'n koronêre hartomleiding. Terselfdertyd het dit 'n negatiewe verband getoon met angs, vermydingsgedrag en distres (Lapierre, Bouffard en Bastin, 2000). Optimisme, en die behoud van TTP, is dus aanduidend van 'n probleem-gerigte coping-styl (Lightsey, 1996), wat oor die algemeen beskou word as meer voordelig as 'n emosie-gerigte coping (afdeling 4.4.2) wanneer dit kom by die behoud van sielkundige welstand tydens moeilike lewensomstandighede.

'n Interessante bevinding is deur Lennings (2000) gemaak, naamlik dat wat die tydsperspektief van persone ouer as 75 jaar betref, 'n positiewe verhouding met die

hede 'n sterker voorspeller was van lewensvrede as die aard van die persoon se toekoms-tydsperspektief. Dit verteenwoordig volgens hom 'n tipe realisme wat tydens bejaardheid ontwikkel, en verband hou met 'n sterk fokus op daaglikse gebeure en die bereiking van realistiese doelstellings. Die vraag kan egter met reg gevra word of hierdie fokus op doelstellings nie tog 'n mate van toekomsgerigtheid (hoewel korttermyn van aard) impliseer nie. Lennings (2000) maak naamlik self vroeër in die artikel die opmerking dat, "*by definition goal setting invokes temporality, the objects of goals are always set in the future.*" (p. 168)

5.4 DIE ONTWIKKELING VAN TYDSPERSPEKTIEF

Wanneer chronologiese ouderdom as indeks van die verloop van tyd gebruik word, is dit duidelik dat die subdissipline ontwikkelingsielkunde op die konsep van tydsverloop gebaseer is. Volgens Erikson (1981) is die doeltreffende hantering van tyd en die ontwikkeling van 'n tydsperspektief een van die integrale ontwikkelingsake tydens die adolessente ontwikkelings stadium. Vir die suksesvolle ontwikkeling van 'n eie identiteit tydens die adolessente jare (versus 'n gevoel van rolverwarring) is dit vir die adolessent noodsaaklik om te besef dat hy/sy genoeg tyd het om sy/haar doelwitte te bereik. Hiermee saam moet hy/sy egter ook besef dat hierdie tyd nie onbeperk is nie. Die ontwikkeling van so 'n tydsperspektief stel die adolessent in staat om 'n begrip van die kontinuïteit van die lewe te bekom, wat hom of haar weer in staat stel om 'n verband tussen die verlede, hede en toekoms te kan lê. Hierteenoor lei tydsdiffusie tot die neiging om óf onmiddellik óf andersins glad nie op te tree nie, en dit het ongekoördineerde en ondoeltreffende gedrag tot gevolg (Louw, 1990).

Die teorie dat 'n individu se tydsperspektief bloot die gevolg van normale menslike ontwikkeling is, word egter gekompliseer deur die teenstrydige navorsingsresultate met betrekking tot die onderlinge verskille in die tydsperspektief van volwassenes. Volgens Hagestad (1990) is dit steeds onduidelik waarom individue van dieselfde ouderdom in verskeie studies aansienlike verskille ten opsigte van hulle tydsperspektief toon. Indien die tydsperspektief bloot sou afhang van die individu se ouderdom, sou daar met reg voorspel kon word dat die toekoms-tydsperspektiefbepalings onder persone van dieselfde ouderdom in 'n groot mate

ooreen moet stem. So 'n patroon word egter nie dikwels in navorsingsresultate gevind nie (Hagestad, 1990).

Menslike ontwikkeling is 'n lewenslange proses, en die individu ervaar voortdurend dinamiese veranderinge. Binne hierdie konteks wil dit voorkom asof die mens se normale intrapsigiese subjektiewe belewing van tyd sterk beïnvloed word deur faktore soos *temporale konseptualiserings uit die verlede, huidige ontwikkelingstemas en omgewingsinvloede* (Calarusso, 1998). Die invloed van hierdie faktore kan aan die tydsperspektief van die individu 'n unieke karakter gee. Brandtstaedter, Rothermund en Schmitz (1998) meen in hierdie verband dat volwassenes nie op 'n passiewe wyse ontwikkel nie, maar dat hulle voortdurend aktiewe bydraes lewer tot die beheer en optimalisering van hulle eie ontwikkeling. Een van die tersaaklike aspekte van die identiteitsvorming van die volwassene, behels ook die individu se ontwikkeling van 'n eie siening van die toekoms wat as bron van motivering dien.

Lewin (1939) het lank tevore reeds die mening gehuldig dat mense van alle ouderdomme in die hede beïnvloed word deur wat hulle voorsien in die toekoms gaan gebeur. Hy het veral dan 'n verbreding in die toekoms-tydsperspektief by adolessente voorspel ten einde hulle in staat te stel om die uitdagings en nuwe doelstellings van volwassenheid (wat om die draai lê) suksesvol te hanteer. Volgens Fingerman en Perlmutter (2001) voorspel hierdie teorie van Lewin (1939) nie noodwendig 'n inkorting in die toekoms-tydsperspektief in die jare na adolessensie nie. Die diversiteit van lewenservaringe en toekomstige gebeure wat gepaard gaan met veroudering sal ook tydens bejaardheid bydra tot 'n uitbreiding van die toekoms-tydshorison. Die deurlopende aard van menslike ontwikkeling bring dus mee dat hierdie individuele faktore steeds tydens die 'herfsjare' van menslike ontwikkeling 'n invloed uitoefen op die bejaarde individu se subjektiewe belewing van tyd (Calarusso, 1998). In die lig hiervan is dit dus verrassend dat die invloed van toekoms-tydsperspektief by ouer mense veel minder navorsingsaandag ontvang het as wat die geval is met byvoorbeeld die jonger leeftydsgroepe (Vangrieken, 2001).

Lewenservaringe kan volgens Ryff en Heidrich (1997) in twee breë kategorieë verdeel word met betrekking tot die invloed daarvan op die individu se selfpersepsie (die bydrae daarvan tot vordering/agteruitgang van die self dus), naamlik:

- 1) die beplande, tipiese gebeurtenisse en veranderinge gedurende die persoon se lewensloop (normatiewe ervarings), en
- 2) die a-tipiese en onbeplande stressore (non-normatiewe of idiosinkratiese ervarings).

Uit bogenoemde bespreking wil dit voorkom asof beide hierdie stelling faktore ook ter sprake kom tydens die konseptualisering van die ontwikkeling van die individuele tydsperspektief.

5.5 SPESIFIEKE ONTWIKKELINGSTAKE VAN MIDDEL- EN LAAT-VOLWASSENHEID: DIE 'NORMATIEWE' FAKTORE

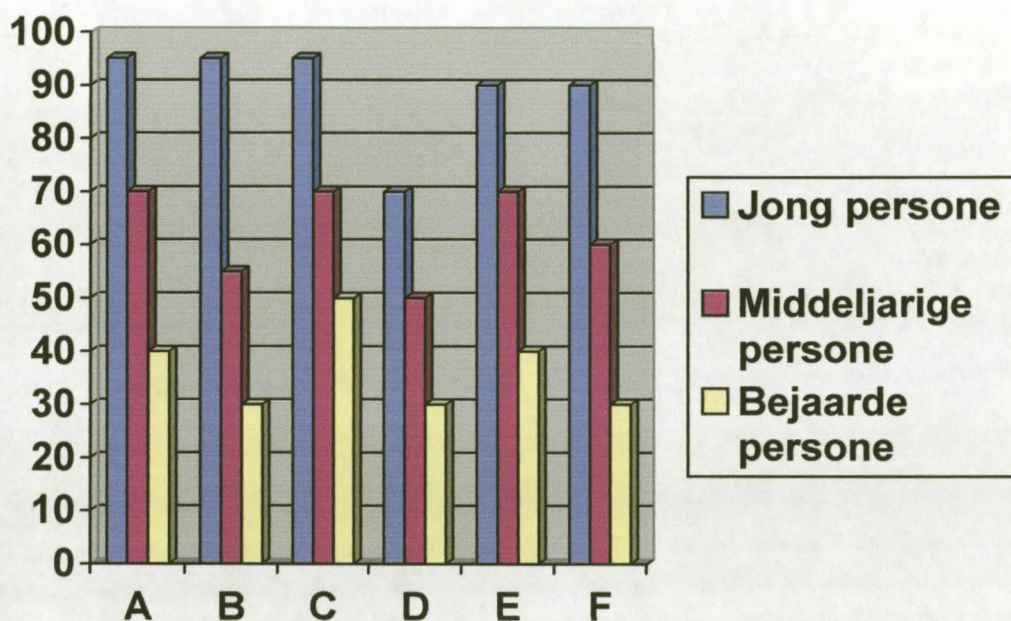
Die ontwikkelingstake wat met bejaardheid geassosieer word, kan tot 'n groot mate voorspel word en daarom as die 'normatiewe faktore' geklassifiseer word.

Soos pas genoem, is voortdurende verandering 'n kernelement van selfs die bejaarde se lewe. Die meerderheid van hierdie veranderinge tydens bejaardheid verteenwoordig egter 'n verlies of afname wat aanpassing noodsaak en volgens Louw (1990) 'n groot uitdaging daarstel. Daar bestaan volgens Ryff en Heidrich (1997) 'n geneigdheid onder bejaardes om 'n afname eerder as 'n toename in verskeie aspekte van hulle toekomstige welstand te voorspel. Volgehoue sielkundige groei en positiewe aanpassing tydens bejaardheid is volgens Gerdes, Moore, Ochse en Van Ede (1988) egter wel moontlik, afhangend van:

- a) hoe die bejaarde sy/haar aftrede uit die beroepsrol verwerk,
- b) hoe die bejaarde die fisieke agteruitgang wat met veroudering gepaard gaan, verwerk, en
- c) of die bejaarde persoon die onvermydelikheid van sy naderende dood aanvaar, en ook sin daarin vind.

Figuur 13 gee 'n uiteensetting van bejaardes se persepsies van positiewe ontwikkeling wat steeds moontlik is op verskillende lewensterreine, naamlik (A) selfaanvaarding, (B) omgewingsbemeestering, (C) outonomie, (D) persoonlike groei, (E) positiewe verhoudings en (F) lewensbetekenis.

Dit is uit die figuur duidelik dat bejaardes veel minder potensiaal vir positiewe verandering in hulle eie lewens en toekoms voorsien, in vergelyking met jong en middeljarige persone.



Figuur 13: Persentasies van positiewe toekomstige verandering voorspel deur verskillende ouderdomsgroepe (Ryff & Heidrich, 1997)

Neugarten (1979) maak die volgende stelling: *“Even death is normal and expectable for the old. Death is tragic only if it occurs at too young an age. Even the death of one’s spouse, if it occurs on time, does not create a psychiatric crisis for most men or women.”* (p. 891)

Die aanvaarding van eie sterflikheid en die besef van die beperktheid van tyd is dus een van die prominente ontwikkelingstake tydens bejaardheid. Soos genoem in afdeling 5.4 bied hierdie ontwikkelingstake, wat tot ‘n groot mate voorspel kan word, egter nie ‘n volledig bevredigende verduideliking vir die voorkoms van verskillende tydsperspektiewe by persone van dieselfde ouderdom nie. Hierdie verskynsel kan slegs verklaar word deur die voorkoms van sogenaamde ‘non-normatiewe’ of idiosinkratiese invloede wat vervolgens meer aandag sal geniet.

5.6 DIE IDIOSINKRATIESE ('NON-NORMATIEWE') FAKTORE WAT TOEKOMS-TYDSPERSPEKTIEF MAG BEÏNVLOED

Fingermann en Perlmutter (2001) gebruik die metafoor dat individue hulle ontwikkeling as 'n reis sien. Tyd kan volgens hierdie outeurs gesien word as die atmosfeer waarbinne hierdie reis plaasvind. Soos die volwasse persoon op sy/haar reis vorder, beweeg hy/sy deur tyd na sekere persoonlike doelstellings, veranderinge en eindbestemmings. Tyd, soos die reis wat dit simboliseer, word afgebaken deur hierdie lewensgebeurtenisse. Soos 'n persoon 'n sekere bestemming op hierdie reis nader, sal sy/haar gedagtes gerig wees op daardie bestemming of lewensgebeurtenis. Hierdie gerigtheid op 'n sekere bestemming sal tot 'n groot mate struktuur verleen aan die persoon se siening van die reis, en bepaal hoe ver hy/sy vorentoe sal kyk. Dit heet volgens Fingerman en Perlmutter (2001) die 'lewensgebeurtenis-model' van toekoms-tydsperspektief.

Fingerman en Perlmutter (2001) maak die volgende gevolgtrekkings rakende idiosinkratiese lewensgebeurtenisse en die invloed daarvan op die individu se toekoms-tydsperspektief:

- Daar bestaan 'n noue verband tussen tyd en lewensgebeurtenisse. Dit is te danke aan lewensgebeurtenisse dat die mens oor 'n tydpersepsie of 'n tydsperspektief beskik. Individue ervaar byvoorbeeld 'n sekere tydsinterval as korter wanneer dit gevul is met gebeure. Fingerman en Perlmutter (2001) rapporteer dat individue wat 'n verskeidenheid van gebeure ervaar, die huidige tydsinterval as relatief kort sal ervaar, maar terselfdetyd die toekoms sal sien as 'n relatief lang tydperiode. Met ander woorde, hulle sal, as gevolg van hierdie gebeure, redelik gereeld aan die verafgeleë toekoms dink.
- Veral belangrike lewensgebeurtenisse het 'n groot invloed op individuele belewing van tyd. Gedurende periodes van akute stres is die mens byvoorbeeld geneig om op die hede te fokus eerder as op die verlede of die toekoms.
- Die aard van die invloed van lewensgebeurtenisse op die toekoms-tydsperspektief mag wissel na aanleiding van die individu se subjektiewe beoordeling van die gebeurtenisse. Hoewel stresvolle lewensgebeurtenisse

dus verband hou met 'n verkorte tydsperspektief, hou positief-geantisipeerde gebeurtenisse verband met uitbreidende of verbredende toekomstsperspektief.

- Persone wat lewensveranderinge of verandering van omstandighede voorsien wat vir hulle 'n mate van persoonlike aanpassing en rolwysiging sal inhou, is meer geneig om oor die toekoms te dink as diegene wat verwag dat hulle toekoms baie dieselfde as hulle huidige situasie daar sal uitsien.
- Die individu se lokus van kontrole speel ook 'n belangrike rol in die bepaling van sy/haar toekoms-tydsperspektief. 'n Individue wat glo dat hy/sy geen beheer oor sekere toekomsgebeure het nie, sal dit moeilik vind om 'n denkbeeld te vorm van die resultaat van daardie gebeure, of om verder as daardie gebeure in die toekoms te dink.
- 'n Verbreding van toekoms-gerigte denke tydens bejaardheid hou verband met 'n groter mate van lewenstevredenheid. Daar is reeds genoem dat 'n sterk eksterne lokus van kontrole dikwels lei tot 'n 'verkorte' toekomstsperspektief. Soortgelyk aan persone wat hulle in baie stresvolle situasies bevind, toon depressiewe individue ook 'n drastiese inkorting in toekomstgerigte denke.

Met hierdie voorgestelde verband tussen toekoms-tydsperspektief en doelgerigte gedrag, lewenstevredenheid en emosionele welstand ontstaan die vraag of die handhawing van 'n langer toekomstsperspektief tydens stresvolle lewensomstandighede moontlik 'n psigofortigene (hoofstuk 4) rol mag speel in die hantering daarvan. Soos duidelik blyk uit die bespreking in hoofstuk 2, skep die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte 'n geweldig stresvolle situasie vir die huweliksmaat. Die meeste van die faktore (hierbo genoem) wat 'n invloed uitoefen op die individu se toekomstsperspektief het direk betrekking op die versorger se belewing van die versorgingsituasie. Ten einde die toekomstsperspektief as potensiële psigofortigene konstruk te ondersoek, is dit daarom nodig om te bepaal of daar kwalitatiewe verskille bestaan in die toekomstsperspektiewe van versorgers van Alzheimer se siekte en persone wat nie gemoeid is met hierdie versorgingstaak nie. Daar sal dus vervolgens gekyk word na die gebruik van tyd soos dit daar uitsien in die lewe van die 'normale bejaarde'.

5.7 TYDSPERSPEKTIEF TYDENS BEJAARDHEID

Die feit dat die oorgrote meerderheid van navorsing oor tydsperspektief tot op hede op adolessente gefokus het, het veroorsaak dat daar baie min bekend is oor die verandering van *temporal understanding* wat met menslike veroudering tydens bejaardheid gepaard gaan (Lennings, 2000). Carstensen *et al.* (1999) is van mening dat die monitering van tyd en die verloop daarvan gereeld op onbewuste vlak geskied en dat hierdie persepsie van tyd periodiek beïnvloed en gewysig word deur spesifieke gebeurtenisse wat as landmerke vir die verloop van tyd dien. So sal die veelvuldige verlieservaringe geassosieer met bejaardheid uiteraard 'n invloed uitoefen op die bejaarde se subjektiewe siening van die toekoms. Die erkenning van die invloed van hierdie faktore het egter gelei tot die stereotipering van bejaardheid en die aard van die toekoms-tydsperspektief tydens hierdie ontwikkelingsfase.

5.7.1 Stereotipering en mites rondom tydsperspektief tydens bejaardheid

"... planning for the future has positive connotations, whereas ruminating about the past is associated with stagnation. Time perspective is not considered a static aspect of personality, however. Rather, it is thought to shift as individuals age. Younger adults are portrayed as vibrant future thinkers. Older adults are portrayed as nostalgic. Empirical evidence for such changes in time perspective remain scant, however." (Fingerman & Perlmutter, 2001, p.95)

Hierdie soort stereotipering kom dikwels voor wanneer iets (soos tydsperspektief) 'n integrale deel van alle individue se bestaan uitmaak. In hulle bestudering van nie-gehospitaliseerde mans tussen die ouderdomme van 78 en 90 jaar deur middel van ongestruktureerde onderhoude, het McMahon en Rudick (1964) gevind dat 66% van die proefpersone se response betrekking gehad het op die verre verlede, 32% op die meer onlangse verlede en die hede, en slegs 2% op die toekoms. Hierdie outeurs is dit dus eens dat bejaarde individue dikwels aan die verlede dink. Fingerman en Perlmutter (2001) benadruk egter die uiteenlopende navorsingsresultate in hierdie verband, en rapporteer bevindinge wat die volgende meld:

“Research pertaining to changes in time perspective in adulthood is marked by discrepant results. Some research have found that most individuals think about the future to some degree. Others have found that older adults concentrate on the past more than the present. Still other researchers have found that both future and past time perspectives increase in older age, or that both future and past time perspectives decrease in old age.” (Fingerman & Perlmutter, 2001, p.96)

In hulle eie studie vind Fingerman & Perlmutter (2001) geen ouderdoms- of geslagsverskille met betrekking tot die toekoms-tydsperiode waaraan proefpersone die meeste dink nie. Jong (20 tot 37 jaar) én ou (60 tot 81 jaar) persone het volgens hierdie outeurs gerapporteer dat hulle meer aan die volgende aantal maande dink as aan enige ander toekomstige tydsperiode (wat wissel van die volgende aantal dae tot verskeie jare). Wat wél die geval is, is dat jonger persone rapporteer dat hulle ook gereeld aan tydsperiodes dink wat in die verafgeleë toekoms lê. Dit was egter nie die geval by ouer individue nie. Weens die verwagting dat die toekoms van ouer persone minder uitgestrek is in tyd as die van jonger persone, is die ondersoek na die ekstensie en diepte van TTP in hierdie leeftydsgroep in die verlede tot 'n groot mate verwaarloos. Volgens Lapierre, Bouffard en Bastin (1993) bly ook ouer individue tog geïnteresseerd in hulle toekoms, en regverdig dit dus die ondersoek na die aard en potensiële impak van hierdie fenomeen tydens bejaardheid.

Lens en Gailly (1980) kom tot die slotsom dat die resultate van empiriese bepaling van die reikwydte van TTP hoogs afhanklik is van die indeks wat vir hierdie doel aangewend word, en dat veral 'n bepaling van die subjektiewe belewing van hierdie veranderlike (die ekstensie van die TTP) konseptuele en empiriese probleme skep. Dit wil egter voorkom asof daar 'n mate van kontinuïteit of temporale integrasie bestaan tussen die verlede, hede en toekoms in die geestesgesonde individu, wat volgens Nuttin en Lens (1985) bekend staan as *tydskompetensie*. 'n Persoon wat beskik oor tydskompetensie se aksies vind dus plaas in die hede, maar dit word gerig deur vorige ervarings en gelei deur toekomstige doelstellings. Hierdie voorwaarde blyk te geld vir persone van alle ouderdomme. Sou 'n persoon dus nie die verlede en toekoms beskou as die agtergrond van sy huidige lewe en aksies nie, word daar gepraat van ongeïntegreerde tydsgebruik (Hulbert & Lens, 1988), en kan daar

gewoonlik onderskei word tussen persone wat patologies ten opsigte van die verlede, hede, of toekoms georiënteerd is.

▪ **Verlede**

Met betrekking tot die invloed van die verlede is Ryff en Heidrich (1997) van mening dat vorige lewensgebeure by alle ouderdomsgroepe wél 'n belangrike invloed uitoefen op die persepsie van toekomstige sielkundige welsyn. Veral in die lewens van persone wat hulle in die fase van laat-volwassenheid bevind, het vorige lewenservaringe 'n uitgesproke effek. Hierdie invloed is waarskynlik die gevolg van 'n kombinasie van twee faktore. In die eerste plek antisipeer ouer persone 'n baie kleiner mate van verandering in hulle toekomstige funksioneringvlak in vergelyking met die huidige vlak van funksionering (Ryff, 1991). In die tweede plek lê die grootste gedeelte van hulle lewens in die verlede, en nie meer voor hulle nie. Vorige lewensgebeurtenisse blyk dus normaalweg tydens bejaardheid toenemend op die voorgrond te tree rakende die persepsie van huidige en toekomstige sielkundige welsyn wanneer die horison van nuwe lewenservaringe kleiner en kleiner word.

Vir diegene met fisieke of geestelike gebreke en/of beperkte interpersoonlike verhoudinge, mag dit wees dat die hede dikwels 'n relatief steriele intellektuele en emosionele omgewing verteenwoordig. In sulke gevalle sal die persoon dus ook neig om te breek met die hede en die toekoms, en uit noodsaak in die verlede lewe waaruit herinnering van vorige sukses en verhoudinge gehaal word om die selfbeeld te bevorder en, al is dit net tydelik, die onbevredigende hede te oorskadu (McMahon & Rudick, 1964).

▪ **Hede**

Laasgenoemde bevinding word gestaaf deur die werk van Lennings (2000). Hierdie outeur is van mening dat bejaardes se toenemende fokus op die hede 'n belangrike aanpassingsfunksie vervul. Die bevinding dat bejaardes dikwels verkies om 'van dag tot dag te lewe' reflekteer volgens Lennings (2000) 'n gesonde ingesteldheid op die hede en 'n realisme met betrekking tot die korttermyn doelstellings wat, as deel van hulle daaglikse roetine, steeds binne hulle bereik is.

Ook Lapierre, Bouffard en Bastin (1993) noem egter dat voorlopige resultate daarop dui dat bejaardes wat blootgestel word aan stresvolle lewensomstandighede soos siekte, armoede of rou, 'n verkorte of beperkte TTP toon. Dit mag dus wees dat individue in stresvolle omstandighede 'n oormatige ingesteldheid op die hede sal toon, ten koste van 'n fokus op die toekoms.

▪ Toekoms

In die geval van geestesgesonde bejaardes word die natuurlike fokus op die verlede en hede volgens McMahon en Rudick (1964) in die meeste gevalle tot 'n mate gebalanseer deur 'n sterk en deurlopende fokus op die steeds ryke en belonende hede en toekoms. Indien dit die geval is, is die individu steeds in staat om 'n groot hoeveelheid energie te bestee aan *late life generativity*. Sielkundig gesonde ouer persone het dus 'n kleiner behoefte aan *reminiscing* as hulle tydgenote wat moontlik 'n onbevredigende hede beleef. 'n Oormatige klem op die verlede word dus geassosieer met depressie, terwyl chronologiese ouderdom geen duidelike verband toon met so 'n oormatige ingesteldheid op die verlede nie (Holman & Silver, 1998).

Lapierre, Bouffard en Bastin (1993) het twee kenmerkende doelstelling-profiel by bejaardes geïdentifiseer wat afhang van hulle omstandighede. In die eerste plek word aspirasies van selfhandhawing of self-behoud (soos die behoud van eie gesondheid en outonomie, die vermyding van eensaamheid, en die wens vir 'n goeie dood) geassosieer met persone met moeilike lewensomstandighede soos 'n baie hoë ouderdom, funksionele inperking, 'n lae vlak van opvoeding en lae sosio-ekonomiese status, asook met eensaamheid en institutionalisering. Hierdie bejaardes rapporteer dikwels swak fisieke gesondheid, 'n lae mate van omgewingsbemeestering of -beheer, 'n verlies van lewensbetekenis, ontevredenheid met die wyse waarop tyd bestee word, ontevredenheid met die huidige lewe, en negatiewe verwagtinge van die toekoms. Hierdie persone is geneig om gepreokkupeerd te wees met hulleself, hulle gesondheid, eensaamheid en die dood.

Die tweede groep persone toon aspirasies vir self-realiserings, realiserings van 'n diversiteit van aktiwiteite, eksplorasië, besittings, begeertes vir intieme en altruïstiese kontak, en wense vir ander. Hierdie profiel word gekenmerk deur 'n gerigtheid op

self-ontwikkeling en positiewe interpersoonlike verhoudinge, en word geassosieer met beter omstandighede, 'n laer ouderdom, fisieke outonomie, 'n hoër sosio-ekonomiese status en vlak van opvoeding, 'n huweliksmaat en verblyf in 'n eie huis. Hierdie ingesteldheid gaan gepaard met gevoelens van bekwaamheid, die ervaring van selfbeskikking, lewensbetekenis, 'n tevredenheid met die wyse waarop tyd bestee word, en 'n gerigtheid op die huidige en positiewe verwagtinge vir die toekoms. Hierdie profiel hou dus verband met persoonlike groei, sowel as belangstelling in die welstand van ander. Die profiel toon ooreenkomste met elemente van die behoeftehiërargie van Maslow.

Ter opsomming noem Fingerman en Perlmutter (2001) dus dat hulle geen bevestiging kon vind vir die spekulasies dat ouer individue onder normale omstandighede minder aan die toekoms dink as jonger persone nie. Verskille in TTP blyk eerder 'n funksie van lewensinhoud en die subjektiewe ervaring daarvan op 'n gegewe ouderdom te wees. Hierdie siening word ondersteun deur die werk van Bouffard, Bastin en Lapierre (1996) waar hulle vind dat TTP-ekstensie, soos gemeet in terme van die verhouding korttermyn- en langtermynaspirasies, konstant bly tydens volwassenheid: "*As one grows older, one can keep an orientation towards the future by maintaining meaningful personal goals*" (p. 274). Hulle gaan voort deur te sê: "*The influence of social role – with or without the interaction with age – supported the theory stating that one's future perspective, as many other aspects of life, is modulated by the environment and by the role the individual is fulfilling at that time in life*" (p. 279). So sal individuele lewensomstandighede en die individu se subjektiewe beleving daarvan 'n groot rol speel in die bepaling van 'n persoon se TTP.

5.7.2 Tydsperspektief en identiteit tydens bejaardheid

Rickabauch en Tomlinson-Keasy (1997) het die prosesse van sosiale en *temporale vergelyking* ondersoek vir sover dit betrekking het op identiteitsvorming tydens veroudering. Volgens hierdie outeurs is volwassenes geneig om betrokke te raak in die proses van self-evaluasie deur van veral 'intrapersoonlike vergelyking' gebruik te maak. Hierdie proses behels die evaluering van die ontwikkeling van sekere aspekte van die self met die verloop van tyd.

Die bewustheid van die progressiewe agteruitgang tydens bejaardheid kan moeilik verbloem word. Bejaardes het nie 'n ander keuse as om direk met die gevolge van veroudering en die gepaardgaande agteruitgang in verskeie lewensdomeine (die relatiewe deprivasie-teorie van Rickabaugh en Tomlinson-Keasy, 1997) saam te leef en dit daagliks direk in die gesig te staar nie. Dit beteken dat hierdie persone dikwels rapporteer dat hulle met die verloop van jare 'n agteruitgang rakende eie funksionering ervaar, oftewel probleme ondervind met die aanpassing by ouderdomsverwante veranderinge.

Hulbert en Lens (1988) is van mening dat, om die self te ken en goed daarvoor te voel, en dus oor 'n self-identiteit te beskik as 'n bron van positiewe 'esteem income', 'n belangrike doelstelling van die volwasse lewe is. 'n Betekenisvolle eie identiteit tydens bejaardheid is volgens hierdie outeurs tot 'n groot mate die gevolg van die suksesvolle integrasie van die ervarings wat met tydsverloop opgedoen word. So kan *esteem income* voortvloei uit die verlede, die hede, of die toekomstige deel van die persoon se sielkundige bestaan.

Bogenoemde outeurs haal in hierdie verband vir Raynor (1981) aan wat die mening huldig dat, om sielkundig jonk te wees, beteken dat 'n persoon hierdie *esteem income* hoofsaaklik kry vanuit die geantisipeerde toekoms. 'Wie is ek?' word beantwoord met, 'Ek is wat ek sal wees'. Hierdie persone is toekoms-gerig en gedurig 'in wording'. Persone wat 'sielkundig oud' daar uitsien, definieer hulle identiteit in terme van wat hulle in die verlede bereik het, en verwerf in die hede selfvertroue uit dit wat hulle in die verlede vermag het. Hulle is dus wat hulle was, en is hoofsaaklike gerig op die verlede. Om sielkundig middeljarig te wees, beteken vir Raynor (1981) dat 'n mens selfwaarde kry vanuit die hede, en uit die huidige fase van strewe op die lewenspad. Sulke mense is gerig op die hede, en definieer hulleself in terme van hulle huidige prestasies: 'Ek is wat ek is.' Die hede word in sulke gevalle egter dikwels gesien as 'n produk van die verlede, en die persepsie bestaan dat dit (die hede) ook lei tot die toekoms. Hoewel Raynor (1981) 'n mate van korrelasie tussen sielkundige en chronologiese ouderdom voorspel, is 'uitsonderings' volgens hom beide moontlik en insiggewend. Lapierre, Bouffard en Bastin (1993) gaan verder deur te sê dat die stel van doelwitte nie noodwendig afneem tydens bejaardheid nie en dat die behoud van toekoms-gerigheid, en meer spesifiek 'n toekoms-tydspespektief, beskou kan word

as 'n belangrike aanduider van 'suksesvolle veroudering'. Dit is dus duidelik dat toekoms-gerigte ouer persone, wat dus steeds in die fase van 'becoming' verkeer, meer is as net 'n uitsondering op die reël.

Raynor (1981) maak ook in sy werk 'n belangrike onderskeid tussen 'n geslote en oop pad in die proses van kennisverwerwing oor die self en die ontwikkeling van 'n goeie selfkonsep. In die geslote pad bly doelstellings vir die toekoms dieselfde soos die individu stap vir stap nader daaraan beweeg. In teenstelling hiermee sal die toekomstige doelstelling in 'n oop pad voortdurend verander soos die individu stap vir stap op die lewenspad vorder. Die vorige doelstellings word dus voortdurend met nuwes vervang, en dien slegs as 'nog 'n doelstelling' op die lewenspad. In so 'n oop pad is daar geen afname in die belangrikheid van 'becoming' soos die waarde van 'having been' met die ouderdom toeneem nie. Hoewel selfwaarde dus steeds 'n produk is van prestasies in die verlede, behou die persoon momentum in die proses van 'becoming' deur die strewe na nuwe, toekomstige doelstellings. Hierdie siening is vir die doel van die studie van belang, aangesien dit lig mag werp op die 'identiteitskrisis' waarmee baie Alzheimer-versorgers probleme ondervind (Potgieter, 2000). Hierdie krisis is volgens Raynor gesetel in die feit dat individue wat hulle op 'n geslote pad bevind steeds vasklou aan 'n vorige definisie van hulleself in terme van 'becoming', die vorige vasgestelde einddoel, terwyl die situasie tot so 'n mate 'n beperking op hulle eie groei geplaas het dat daar nie meer sprake van 'becoming' kan wees nie. So kan omstandighede 'n oop pad in 'n geslote pad verander, en beperkinge stel op die individu se persepsie van wat hy/sy steeds kan bereik. Dit kan egter ook gebeur dat sukses of 'n veranderde situasie nuwe toekomstige doelstellings moontlik mag maak, en so 'n geslote pad in 'n oop pad verander.

5.8 TOEKOMS-TYDSPERSPEKTIEF EN DIE HUWELIK

Soos genoem in afdeling 5.5 is die aanvaarding van eie veroudering, sowel as die besef van 'n beperkte lewenspan en naderende dood, van die ontwikkelingstake eie aan die stadium van laat-volwassenheid, en het dit 'n definitiewe invloed op die bejaarde individu se belewenis van tyd (Louw, 1990). Volgens die sosio-emosionele selektiwiteitsteorie van Carstensen en Charles (1998) het hierdie besef van eie

sterflikheid en beperkte tyd tot die individu se beskikking belangrike gevolge vir die motivering en gepaardgaande gedrag van die individu. In teenstelling met die verwagte fokus op die agteruitgang en aftakeling geassosieer met bejaardheid teken hierdie teorie 'n prentjie van ten minste gedeeltelike vooruitgang en positiewe groei. Die bejaarde individu fokus oor die algemeen toenemend op sy/haar eie emosionele doelstellings. Hierdie klemverskuiwing na emosionele beleving veroorsaak dikwels 'n meer suksesvolle regulering van alledaagse emosionele ervarings.

'n Sosio-emosionele studie deur Carstensen (1993) het getoon dat die aantal interpersoonlike verhoudings tydens laat-volwassenheid verminder (die relatiewe deprivasie-teorie van Rickabaugh en Tomlinson-Keasy, 1997), terwyl die diepte of intensiteit van die bestaande verhoudings toeneem. Een emosionele doelstelling wat byvoorbeeld tydens hierdie fase sterk op die voorgrond tree is die voorkeur vir interaksie met individue wat emosioneel-ervullende of betekenisvolle ervarings verskaf. Carstensen en Charles (1998) meen dat, wanneer individue vrygestel word van bekommernis oortokoms, meer aandag aan huidige gevoelens geskenk kan word. Daar ontstaan 'n bewustheid van die kwesbaarheid en waarde van die menslike bestaan, en langtermynverhoudings met familie en vriende neem toe in waarde. As gevolg van die onlosmaaklike verband tussen ouderdom en lewensyd tot die individu se beskikking, sal die bewustheid van beperkte lewenspan (soos tydens bejaardheid of die kennisname van 'n terminale siektetoestand soos Alzheimer's of VIGS) 'n voorkeur vir emosioneel-intieme interpersoonlike verhoudings teweegbring. Dit heet die sosio-emosionele selektiwiteitsteorie van Carstensen en Charles (1998). Volgens hierdie teorie sal daar meer energie in laasgenoemde verhoudings belê word. Hierdie toenemende intimiteit in bestaande interpersoonlike verhoudings hou natuurlik belangrike implikasies vir veral die huweliksverhouding in. Die rouproses van huweliksmaat-versorger word dikwels geïntensifiseer in daardie gevalle waar 'n terminale siektetoestand by die lewensmaat gediagnoseer is (hoofstuk 3).

Die huweliksverhouding is een van die belangrikste intrapsigiese bepalers van tydsperspektief gedurende volwassenheid. Hierdie verbintenis lewer 'n groot bydrae tot verwagtinge van hoe tyd bestee sal word, en ook tot die definiëring van hoe tyd bewustelik en onbewustelik gekonseptualiseer word. Gedurende volwassenheid

vervang die huweliksverhouding uiteraard met die verloop van tyd die ouer-kindverhouding as die belangrikste bepaler van tydsperspektief (Calarusso, 1998).

Die generasie of ouderdomsgroep wat die kwesbaarste is vir die direkte asook indirekte (versorgings-) invloed van Alzheimer se siekte, is persone in middel- tot laat volwassenheid (Lefrancoise, 1993). Die verhouding met die huweliksmaat kan sekerlik gesien word as een van die mees intieme interpersoonlike verhoudinge tydens hierdie lewensperiode. Na aanleiding van die sosio-emosionele selektiwiteitsteorie van Carstensen en Charles (1998), kan daar verwag word dat die huweliksverhouding tydens bejaardheid sal toeneem in intensiteit soos die besef van beperkte lewenstyd 'n realiteit word. In vergelyking met middeljarige egpare rapporteer 'gesonde' (gesond in terme van die afwesigheid van fisieke en geestelike ongesteldheid) ouer persone oor die algemeen reeds minder huwelikskonflik en 'n groter mate van tevredenheid met hulle huwelike (Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993).

Die huweliksverhouding word baie sterk geraak wanneer 'n diagnose van Alzheimer se siekte by een van die huweliksmaats gemaak word (Potgieter, 2000). In hierdie studie sal daar vervolgens gefokus word op die invloed van die versorging van 'n huweliksmaat gediagnoseer met Alzheimer se siekte op die tydsperspektief en emosionele welstand van die huweliksmaat-versorgers sodanige pasiënte wat aan Alzheimer se siekte blyk te ly. Die aanverwante konsep 'hoop' sal vervolgens in meer besonderhede bespreek word.

AFDELING B: HOOP

5.9 DIE KONSEP 'HOOP'

"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, p.491)

Veertig jaar het verloop sedert Karl Menninger (1959) die mediese gemeenskap uitgedaag het om hierdie noodsaaklike, tog dikwels geïgnoreerde komponent van geneeskunde die erkenning te gee wat dit verdien. Sedertdien het gesondheidsorgwerkers toenemend die belangrike invloed van hoop in hulle werk beklemtoon. Volgens Nikolaichuk, Jevne en Maguire (1999) het hulle pasiënte hoop geïdentifiseer as 'n 'lewegewende krag' wat dikwels versterk is deur die noue emosionele verhoudinge met hulle versorgers. Volgens Snyder (2000) beskou klinici hoop as die *'stuff'* (p. 58) wat verandering fasiliteer. Ewe belangrik dien dit as 'n indeks vir die meting van die sterkpunte van pasiënte. In plaas daarvan om te bepaal wat fout is of waar die pasiënt tekort skiet, fokus hoop die aandag op die bates van die pasiënt, wat dan soos benodig vermeerder of versterk kan word (Snyder, 2000). Die potensiaal van die hoop-konstruksie binne die positiewe sielkunde (hoofstuk 5) is indrukwekkend.

Potgieter (2000) het aangetoon hoe navorsing uitwys dat persoonlike hulpbronne soos sosiale ondersteuning, behoud van selfwaarde en van hoop belangrik mag wees vir die behoud van die sielkundige welstand van die versorger. Navorsing het ook getoon dat die vind van betekenis en bevrediging of beloning in die versorgingsrol, asook hoop, die versorger 'n nuwe bewustheid van die self gee, en bydra tot die persoon se vermoë om die huidige situasie te bowe te kom (Irvin & Acton, 1997).

In essensie poog die onderhawige studie om voort te bou op die bevindinge van 'n vorige studie deur Potgieter (2000), en fokus die studie op persoonlike hulpbronne noodsaaklik vir die vermindering van die negatiewe impak van stressore. In besonder

is hoop geïdentifiseer as potensiële tussenganger in die verhouding tussen stres en sielkundige welstand. Dit was juis hierdie bevinding, en die sterk verband wat daar tussen tussen die konsep van hoop en (toekoms-) tydsperspektief bestaan (sien afdeling 5.11) wat gelei het tot die vrae waarop hierdie ondersoek hopelik meer lig sal werp. Daar blyk groeiende konsensus te wees dat beide hierdie konsepte komplekse en multidimensionele hulpbronne is wat bydra tot aanpassing en coping tydens siekte, en dat beide 'n positiewe invloed het op die welsyn van sowel die pasiënt as die versorger.

Die aard van die verband tussen 'n persoon se toekoms-tydsperspektief en sy/haar vlak van hoop, asook die betekenis wat die konsep van hoop inhou as potensiële psigofortigene faktor binne die kader van die positiewe sielkunde, verdien meer aandag.

5.10 DEFINISIE VAN HOOP

Volgens Strümpfer (2001) is die psigofortigene potensiaal van hoop voor-die-hand-liggend, maar het navorsers tot onlangs toe weggeskram van hierdie konsep. Ten spyte van herhaalde pogings om die betekenis en die begrip van hoop, sowel as die konsepte onderliggend daaraan vas te lê en hierdie kennis aan te wend in die lewens van mense wat ly aan 'n verskeidenheid van siektetoestande, bly dit 'n vae konsep. Volgens Nekolaichuk *et al.* (1999) is een van die oorsake hiervan waarskynlik die unieke betekenis wat hierdie konsep vir elke individu inhou. Hoop kry immers beslag op grond van die individu se eie besondere persoonlike ervaringe. Daarom is Nekolaichuk *et al.* (1999) ten gunste van die gebruik van kwalitatiewe metodes in die bestudering van hierdie ontwykende konsep. In een so 'n kwalitatiewe studie het Morse en Doberneck (1995) die volgende komponente en patrone van hoop geïdentifiseer:

"...components included having a realistic assessment of the threat and personal resources available to manage the predicament, envisioning alternative solutions, bracing the negative outcomes, and actively seeking out supportive relationships, setting goals, continually reevaluating choices made and having the energy and determination to get through the situation." (p. 279)

Snyder (1995) beskou hoop as 'n konstruk bestaande uit twee komponente. In die eerste plek behels hoop die persepsie van suksesvolle *agency* wat betref persoonlike doelstellings. Dit behels 'n vasberadenheid dat doelstellings in die hede en toekoms suksesvol bereik sal word. In die tweede plek behels hoop die persepsie dat daar *pathways* beskikbaar is waarlangs hierdie doelstellings suksesvol bereik kan word. Hierdie komponent van hoop behels dus die vertrouwe dat daar suksesvolle planne gemaak kan word ten einde hierdie doelstellings te bereik.

Coward (1996) definieer hoop eenvoudig as, "*the positive expectation of goal fulfillment, ... (hope) has been proposed both as an antecedent and as an outcome of self-transcendence*" (p. 117). Sy sluit aan by Menninger (1959) deur te sê dat daar groeiende erkenning bestaan vir die feit dat hoop 'n onmisbare hulpbron is wanneer dit kom by die bevordering van welstand en die aanpassing by siekte. Waar die toekoms-tydsperspektief dus bepalend is vir die toekomsgerigte gedrag van die betrokke individu (afdeling 5.3), sluit die term 'hoop' die emosionele gevolge van so 'n toekomsgerigtheid op die gemoed van die persoon in.

5.11 HOOP EN TYDSPERSPEKTIEF

In hulle teoretisering rondom die begrip 'hoop' maak Lopez, Floyd, Ulven en Snyder (2000) onder andere die volgende aannames:

- Alle individue het die vermoë tot hoopvolle denke.
- Die vlak van hoopvolle denke kan verhoog word.
- Die mens is tydsgeoriënteerd, en evaluasies van die verlede en toekoms beïnvloed die individu in die hede.

So vorm die konsep van tydsperspektief 'n belangrike komponent van byna alle gesaghebbende definisies van hoop. Wanneer die woord 'hoop' in die algemene spreektaal gebruik word, sluit dit bykans altyd 'n element van toekomsgerigtheid in. Navorsing oor hierdie konsep het tot op hede hierdie tyds-element onderskryf. By 'n bespreking van toekoms-tydsperspektief is die raakpunte daarvan met doelwitstelling (en hoop vir die bereiking daarvan) en die rol wat dit speel met betrekking tot die behoud van sielkundige welstand voor-die-hand-liggend. Hoewel daar dus 'n mate

van ooreenkoms of oorvleueling tussen die konsepte toekoms-tydsperspektief en hoop is, is dit belangrik dat hulle nie as sinonieme beskou word nie. Hoop verteenwoordig eerder die positiewe emosionele (psigofortigene) uitdrukking of gevolg van 'n gesonde TTP.

Dit wil dus voorkom asof die betekenis van die hoop-konsep vir hierdie studie tweeledig is: eerstens weens die potensiële psigofortigene aard daarvan, en tweedens weens die verband daarmee met die individuele toekoms-tydsperspektief. Na aanleiding van die voorafgaande bespreking van toekoms-tydsperspektief, kan hoop gedefinieer word as 'n basiese gerigtheid op die toekoms (*tydsoriëntasie*), met 'n voldoende realiteitsvlak en graad van gestruktureerdheid, en gekenmerk deur 'n positiewe siening van die toekoms (*tydshouding*).

5.12 DIE KOGNITIEWE, EMOSIONELE EN SPIRITUELE ASPEKTE VAN HOOP

Volgens Spencer, Davidson en White (1996) is die bespreking van die kognitiewe, emosionele en spirituele aspekte van hoop noodsaaklik ten einde die kompleksiteit daarvan tuis te bring, hoewel empiriese onderskeid tussen die verskillende aspekte dikwels kunsmatig is. Individue sal neig om op daardie aspek van hoop te fokus wat op daardie stadium die toeganklikste en bruikbaarste is vir sy/haar individuele behoeftes, "...recognising that the development of reasonable hopes is typically a process that evolves over time during major life change" (p. 192).

5.12.1 Kognitiewe aspekte van hoop

Die kognitiewe aspekte van hoop behels dat die persoon moontlikhede en doelstellings vir die toekoms daarstel, asook die beperkinge en realiteite daaraan verbonde oorweeg (Spencer *et al.*, 1996). Daar bestaan 'n sterk verband tussen hierdie kognitiewe aspek van hoop en toekoms-tydsperspektief. Soos reeds genoem, is die vermoë om alternatiewe moontlikhede vir die toekoms op kognitiewe vlak voor te stel 'n eienskap uniek aan die mens. Hierdie 'verbeeldingsproses' laat die persoon toe om te bou op ervaringe uit die verlede en, deur 'n terugblik op hierdie ervaringe, op hipotetiese vlak te redeneer oor wat moontlik kan gebeur in die toekoms. Volgens

Farran, Herth en Popovich (1995) verleen die stel van doelwitte begronding of 'n realiteitsbasis aan die ervaring van hoop.

5.12.2 Emosionele aspekte van hoop

In hulle beskrywing van die emosionele aspekte van hoop, tref Farran *et al.* (1995) 'n onderskeid tussen 'betwiste' en 'onbetwiste' hoop. Laasgenoemde vorm van hoop verteenwoordig volgens hierdie outeurs die ekwivalent van wensdenkery, naamlik die gedagte dat probleme op wonderbaarlike wyse soos mis voor die son sal verdwyn. Betwiste hoop, daarteenoor, behels die erkenning van probleme, maar ook die ontwikkeling van 'n positiewe houding en positiewe gevoelens dat hierdie probleme suksesvol hanteer kan word. Hoop behels dus begrip vir beperkinge en die negatiewe emosies, soos byvoorbeeld rou en wanhoop, wat dit vergesel, maar ook verheugheid oor die ontdekking van moontlikhede vir die toekoms. Spencer *et al.* (1996) maak in hulle teoretisering rondom die emosionele aspekte van hoop gebruik van woorde soos weerstand, gehardheid, stamina en koherensiesin. Hierdie begrippe verwys almal na die vermoë om 'n sin van rigting en betekenis lewend te hou ten spyte van die emosionele erkenning van groot verliese.

5.12.3 Spirituele aspekte van hoop

Die spirituele aspekte van hoop verwys na 'n persoon se vermoë om sy/haar lewe en toekoms te vul met 'n gevoel van betekenis. In die literatuur rondom spiritualiteit en spirituele welsyn word daar dikwels verwys na 'n soeke na die betekenis opgesluit in lyding, en die vermoë om 'n doel of betekenis in die lewe te vind ten einde moeilike omstandighede te transendeer (Dossey & Guzzetta, 1994). Dit herinner sterk aan die onderskeid wat reeds tussen hedonisme en eudemonisme gemaak is (afdeling 4.8.1) in die bepaling van 'n persoon se emosionele welstand of geluk. In die daaglikse handel en wandel word die 'spirituele uitdaging' beskryf as die persoon se verbintenis tot 'n soeke na betekenis en hoop, selfs in die moeilikste van omstandighede. Die spirituele aspekte van hoop lei dus tot die mens se oortuiging dat sy/haar toekoms 'n doel en betekenis het, óf deur die persoon se inherente waarde as 'n individu, óf deur die persoon se verbintenis met 'n 'groter' entiteit waardeur sy/haar aksies dan betekenis verkry.

5.13 DIE ONTWIKKELING VAN 'HOOP VIR DIE TOEKOMS'

"Thinking about the future and helping clients develop reasonable hopes has been identified as crucial aspects of clinical reasoning" (Spencer *et al.*, 1996, p. 197). Laasgenoemde navorsers in arbeidsterapie het óók die gebruik van kwalitatiewe metodes in die navorsing rondom hoop voorgestaan. Arbeidsterapeute het volgens hierdie outeurs dikwels te doen met kliënte wat hulle in die middel van 'n proses van lewensverandering bevind, dikwels as gevolg van die invloed van 'n siektetoestand of die verlies van 'n huweliksmaat. Of die gepaardgaande onsekerheid oor die toekoms dan lei tot hoop of wanhoop, hou belangrike implikasies in vir die vermoë van die persoon om teenspoed en moeilike omstandighede suksesvol te hanteer. Indien terapeute (en hierby kan sielkundiges, verpleegpersoneel, en pastorale beraders ingesluit word) die pasiënt kan help om hierdie onsekerhede rakende die toekoms te hanteer, word die ontwikkeling van hoop 'n gesamentlike proses (Spencer *et al.*, 1996):

*"We use the term **hope** to refer to a general state of positive belief about the future and the term **hopes** to refer to particular outcomes that are desired, believing that the development of particular hopes appears to contribute to a broader state of hope and hopefulness."* (p. 192)

Hierdie beskrywing van die terme verwant aan 'hoop' hou sterk verband met die werk van Herth (1991). Sy maak 'n onderskeid tussen 'n veralgemeende of globale sin van hoop, en 'n meer spesifieke vorm van hoop wat aan sekere gebeure en doelstellings gekoppel is. Die globale vorm van hoop transendeer volgens haar die grense van tyd, en mag veral 'n rol begin speel wanneer die spesifieke vorm van hoop, wat tydsgebonde is, afneem in krag. Hierdie verandering word dikwels waargeneem in die toekoms-perspektief van ernstig of terminaal siek persone.

Weereens is daar 'n duidelike verwysing na die koppeling van 'n (toekoms-) tydselement aan die konsep van hoop. Daar bestaan 'n verskeidenheid wyses waarop terapeute pasiënte kan aanspoor tot hierdie 'hoopwerk', of die ontwikkeling van hoop vir die toekoms. Die kognitiewe voorstelling en evaluering van moontlikhede vir die toekoms, die hantering van beide positiewe en negatiewe emosies geassosieer met

groot lewensveranderinge, en die identifisering en bevestiging van 'n betekenisvolle en doelgerigte toekoms (Spencer *et al.*, 1996) is van die tegnieke waarvan terapeute gebruik kan maak. Die suksesvolle gebruik daarvan noodsaak egter die bestudering van die persoon se toekoms-tydsperspektief en hoop, en byvoorbeeld die invloed wat die versorging van 'n huweliksmaat wat ly aan 'n terminale siektetoestand daarop het.

5.14 WAAROM TYDSPERSPEKTIEF AS POTENSIËLE PSIGOFORTIGENE FAKTOR ONDERSOEK?

Salovey, Rothman, Detweiler en Steward (2000) huldig die volgende mening:

“the primary function of positive emotional experience is that it facilitates the availability of personal resources that afford innovation and creativity in thought and action. Positive emotional states may offer people the opportunity to consider and plan for future outcomes, whereas negative emotional states orient people to respond to proximal, immediate events.” (p.115)

Hierdie outeurs noem dat daar bevindinge is wat strook met hierdie perspektief, hoewel daar nog nie data bestaan wat hierdie hipotetiese verbintenis tussen positiewe emosionele beleving en die beskikbaarheid van persoonlike sielkundige hulpbronne bevestig nie. Hulle noem byvoorbeeld dat humor mense help om meer effektief met lewenstressore te cope, en dat dit as buffer dien tussen negatiewe lewensomstandighede en die ontwikkeling van gemoedsversteurings ('n bevinding wat ook deur Potgieter (2000) in sy studie oor Alzheimer-versorgers gemaak is). Meer spesifiek noem hulle egter dat positiewe emosionele ervaringe wat verband hou met die verlede (byvoorbeeld die herroep van vorige dae van vriendelikheid), en veral met die toekoms (saamgevat onder die terme hoop en optimisme), 'n bydrae mag lewer tot mobilisering en beskikbaarheid van persoonlike weerstandshulpbronne ten einde moeilike omstandighede die hoof te bied. Hulle beskou ook hierdie ervaringe as aspekte wat deur die gesondheidsorgwerker in sy/haar pasiënt se lewe ingebou kan word. Hoewel hulle dus nie baie lig werp op die spesifieke dinamika van hierdie proses nie, voorsien Salovey *et al.* (2000) dat hierdie verband tussen positiewe emosionele beleving en persoonlike weerstandshulpbronne terapeutiese en praktiese potensiaal het.

"Although the tendency to experience positive emotions may be a function of stable individual differences such as optimism and hope, it can also be manipulated by activities or interventions that elicit positive affect. The positive mood experience that comes from a renewal of hope, particularly among those who are struggling with illness, reaps health benefits that cannot be underemphasized." (Salovey *et al.*, 2000, p.115)

Kastenbaum (1987) meen in hierdie verband dat,

"The restoration of a lively interest in things-to-come would be a valuable therapeutic outcome." (p. 120)

5.15 OPSOMMING

Volgens die sosio-emosionele selektiwiteitsteorie van Carstensen *et al.* (1999) is die fokus op ouderdomsverwante agteruitgang van die bejaarde individu 'n eensydige en negatiewe prentjie, en bestaan daar inderdaad areas van voortdurende groei en positiewe ontwikkeling tydens bejaardheid. Volgens Carstensen en Charles (1998) speel individue se tydsperspektief 'n uiters belangrike rol rakende hierdie voortgesette ontwikkeling van veral emosionele belewings en regulerings. Opsommend kan daar gesê word dat dit 'n unieke menslike eienskap is om van tyd en die verloop daarvan bewus te wees. Dit, tesame met die onvermydelike feit van ons sterflikheid, verhoog die klem wat die bejaarde individu op sy/haar emosionele beleving plaas en verdiep die kompleksiteit van emosionele ervaring soos die mens ouer word. Hierdie bevinding word gestaaf deur die gewaarwording dat bejaardes dikwels, ten spyte van goed gedokumenteerde en veelvuldige verliese, oor die algemeen meer tevrede is met hulle lewens as jonger mense, *met die uitsondering van persone met demensies en ander organiese breinsindrome* (Carstensen & Charles, 1998).

Hierdie onderskeid tussen gesonde bejaardes en diegene wat gebuk gaan onder demensie van een of ander aard, is uit die aard van die saak vir die doel van hierdie ondersoek baie belangrik, aangesien al die proefpersone op 'n direkte of indirekte wyse beïnvloed word deur sekerlik die mees problematiese van demensies, naamlik Alzheimer se siekte. Die feit dat hierdie siektestoestand dikwels ook 'n groot

persoonlikheidsverandering by die pasiënt teweegbring, het uiteraard ook 'n geweldige invloed op die gewoonlik besondere emosioneel-intieme verhouding tydens bejaardheid, naamlik die huwelik. Die vraag kan dus met reg gevra word watter invloed hierdie intense stressor (die voorkoms van Alzheimer se siekte by die lewensmaat) op die tydsperspektief, hoop en voorspelling van toekomstige sielkundige welstand van die versorger het.

Ter opsomming kan Ryff en Singer (1998) soos volg aangehaal word met betrekking tot die waarskynlike verband tussen TTP en sielkundige welstand:

“Taken together, these philosophical and scientific formulations converge in their depiction of the good and healthy life as one that involves setting and pursuing goals, finding out what one is good at, exercising such talents, and hence, realising one’s potential. We posit that this is a universal feature of human wellness, not being culture or time specific, although its forms (i.e. how purpose is expressed) may be quite varied.” (p. 3)

HOOFSTUK 6 METODOLOGIE

6.1 INLEIDING

In hoofstuk 5 is die literatuur oor tydsperspektief as tema binne die positiewe sielkunde (hoofstuk 4) bespreek, veral met verwysing na bejaardes. Hoofstuk 6 handel oor die navorsingsontwerp van die empiriese studie, en die metodologie wat in hierdie ondersoek gevolg is. Daar word vervolgens gefokus op die doel van hierdie ondersoek, die aard en samestelling van die ondersoekgroep, besonderhede van die meetinstrumente wat gebruik is, die aard van die navorsingsontwerp en die prosedure wat gevolg is.

Ter inleiding kan genoem word dat daar in hierdie navorsingsprojek grootliks van kwalitatiewe ontledingsmetodes gebruik gemaak is. Die resultate van hierdie ontleding is dan aangevul deur enkele kwantitatiewe bevindinge.

6.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Soos reeds gemeld is die afsterwe van 'n huweliksmaat volgens die *Social Readjustment Scale* van Holmes en Rahe (1967) die enkele lewensgebeurtenis wat die grootste aanpassing op emosionele vlak verg. Wanneer die huweliksmaat met Alzheimer se siekte gediagnoseer word, is die verloop van die verlieservaring egter soveel meer gekompliseerd en ingrypend. Hierdie proses is in hoofstuk 3 beskryf. Potgieter (2000) toon aan hoedat die rouproses wat met die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte gepaard gaan, unieke eise aan die sielkundige welstand van die huweliksmaat-versorger stel. In 'n soeke na psigofortigene konstrunkte wat die rouproses mag beïnvloed, is daar op grond van die resultate van Potgieter (2000) se studie besluit om op die volgende konstrunkte te fokus:

- **TYDSPERSPEKTIEF:** Tydsperspektief (sien hoofstuk 4) is 'n komplekse begrip wat binne die gedragswetenskappe nog relatief min aandag geniet het.

Tog staan tydsperspektief sentraal in menslike motivering (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Motivering speel op sy beurt 'n belangrike psigofortigene rol. Tydens laat-volwassenheid is die huweliksverhouding die belangrikste en mees bindende interpersoonlike verhouding, asook die belangrikste intrapsigiese rolspeler by die organisering van die individu se tydsperspektief (Calaruso, 1998). Hierdie lewensfase is dan ook die stadium waarin die aftakelende effek (ook ten opsigte van die kwaliteit van die huweliksverhouding) van Alzheimer se siekte en ander chroniese siektetoestande die sterkste na vore tree. Hierdie studie het dus gefokus op die identifisering van die potensiële invloed van die konstruk tydsperspektief op die behoud van die versorger se koherensiesin en sielkundige welstand tydens die hantering van die eise gekoppel aan die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte.

Wat die huidige ondersoek betref, is daar drie spesifieke doelstellings gestel, naamlik:

1. 'n Bestudering en omskrywing van die huweliksmaat-versorger se psigodinamiese belewing van die rouproses terwyl 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte versorg word.
2. Bestudering van die invloed wat hierdie belewing op die tydsperspektief van die versorger het.
3. Die bepaling van die potensiële psigofortigene rol wat die behoud van toekoms-tydsperspektief tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte mag speel.

Die simptome van Alzheimer se siekte vorm deel van die domein van die demensies. Die versorging van pasiënte wat aan hierdie siektetoestand ly, toon egter groot ooreenkomste met talle ander siektetoestande waarvan die verloop chronies is en die uiteinde onafwendbaar die dood is, byvoorbeeld MIV/VIGS. Identifisering van die psigofortigene faktore betrokke by die versorging van Alzheimer-pasiënte behoort dus van hulp te wees vir talle persone wat hulle in dieselfde situasie bevind, ten spyte daarvan dat die oorsaaklike patologie van die pasiënt mag verskil. Daar word beoog

om vanuit 'n psigofortigene perspektief te kyk na die potensiaal wat (toekoms-) tydsperspektief inhou vir die behoud van die langtermyn sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger. Die grondliggende doel van hierdie ondersoek is dus om 'n bydrae te lewer tot die sielkundige welstand van primêre versorgers oor die algemeen.

6.3 INSAMELING VAN GEGEWENS

6.3.1 Die ondersoekgroep

'n Onderzoekgroep van 40 deelnemers, met ouderdomme bo 50 maar onder 80 jaar, is by die studie betrek. Tien van hulle is ewekansig getrek uit 'n steekproef van persone, gekontak via ARDA (*'Alzheimer's and Related Diseases Association'*) -takke in Bloemfontein, Johannesburg en Vanderbijlpark, wat betrokke was by die versorging van 'n lewensmaat met Alzheimer se siekte. 'n Verdere 10 persone is gekies wat reeds 'n huweliksmaat (gediagnoseer met Alzheimer se siekte) na 'n tydperk van versorging aan die dood afgestaan het. Ook hierdie persone was vir ten minste 'n tydperk verbonde aan een van die ARDA-ondersteuningsgroepe, en is via hierdie organisasie gekontak. Die feit dat hierdie persone bykans deurgaans verkies het om hulle verbondenheid aan die onderskeie ondersteuningsgroepe te staak sodra die huweliksmaats oorlede is, het die opsporing van hierdie persone aansienlik bemoeilik.

Twee addisionele groepe (bekom met behulp van die sneeubal-steekproeftegniek) is gebruik ten einde 'n vergelykingsbasis te bekom. Die eerste het bestaan uit 10 persone wat hulle in 'n relatief 'gesonde huwelik' (dit wil sê vry van die aftakelende effek van Alzheimer se siekte of enige ander vorm van demensie) bevind het. Die tweede was 'n groep van soortgelyke grootte wat bestaan het uit bejaarde persone wat hul lewensmaats aan die dood afgestaan het, maar as gevolg van ander faktore as Alzheimer se siekte. Deelname aan hierdie navorsingsprojek het geheel en al op 'n vrywillige basis geskied.

Vir die doel van die verwerking en bespreking van data wat sal volg, sal die volgende groeipindelings en -benaminge dus geld:

Onderzoekgroep 1: Persone wat tans 'n huweliksmaat gediagnoseer met Alzheimer se siekte versorg.

Onderzoekgroep 2: Persone wat in die verlede 'n huweliksmaat gediagnoseer met Alzheimer se siekte versorg het, maar reeds daardie huweliksmaat aan die dood moes afstaan.

Kontrolegroep 1: Persone wat hulle in 'n relatief gesonde huwelik bevind (dit is vry van die invloed van Alzheimer se siekte of enige ander vorm van demensie).

Kontrolegroep 2: Persone wat hulle huweliksmaats aan die dood moes afstaan, maar dan weens 'n ander oorsaak as Alzheimer se siekte.

Die totale groep het dus bestaan uit 40 proefpersone wat in ouderdomme gewissel het tussen 53 en 82 jaar met 'n mediaanouderdom van 68 jaar. In Tabel 1 word die ouderdomsverspreiding van die vier groepe tesame met hulle mediaanouderdomme aangetoon.

Tabel 1: Die ouderdomsverspreiding van die vier groepe van eggenotes

Groep	Aantal persone		Ouderdom		
	N	%	Min	Med	Maks
Onderzoekgroep 1	10	25%	54	72	76
Onderzoekgroep 2	10	25%	66	73	82
Kontrolegroep 1	10	25%	59	68,5	80
Kontrolegroep 2	10	25%	53	65,5	75

Die meetinstrumente wat in die studie gebruik is sal vervolgens bespreek word.

6.3.2 Meetinstrumente

"Since old age has a much shorter research tradition and is a historically rather new period of life, it is difficult to predict beforehand the changes in self-concepts which will occur in later life. Hence, as in other areas of

gerontology, the use of qualitative methods seems justified." (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997, p. 10)

Dittmann-Kohli en Westerhof (1997) is van mening dat die gebruik van kwalitatiewe navorsingsmetodes die voordeel bied dat nie alle moontlike bydraende faktore vooraf deur die navorser geantisipeer hoef te word nie. In plaas hiervan kan bejaarde proefpersone antwoorde in hulle eie woorde verskaf, en sodoende van hulle eie skematiese kennisies gebruik maak. Daarom is die kernkonsepte wat in hierdie studie ondersoek is (naamlik die beleving van die rouproses van versorgers, asook hulle tydsperspektief), ondersoek deur van kwalitatiewe metodes gebruik te maak.

Daar is tydens 'n tuisbesoek by elkeen van die proefpersone wat reeds hulle huweliksmaats aan die dood afgestaan het, semi-gestruktureerde onderhoude gevoer rakende hulle persoonlike verlieservaringe en die rouproses wat deurleef is. Aan elk van die deelnemers aan hierdie navorsingsprojek is ook 'n vraelysboekie oorhandig waarin onder andere die kwalitatiewe SELE-instrument vir die bepaling van tydsperspektief (Westerhof & Bode, 1999) ingebind is. Soos aangedui sal word in paragraaf 6.5, is die afhanklike veranderlike in hierdie studie die sielkundige welstand van die eggenote. Ten einde 'n meting hiervan te verkry, is die metings rakende hulle vlakke van hoop, lewenstevredenheid, fortaliteit en koherensiesin verkry. Die vraelyste wat hiervoor gebruik is, is die Hoop-skaal vir Volwassenes (HSV) / *'Adult Dispositional Hope Scale'* (Snyder, 2000); die Lewenstevredenheidskaal / *'Satisfaction with Life Scale'* (SWLS) (Diener, Emmonds, Larsen & Griffin, (1985); Antonovsky se Koherensiesin-vraelys / *'Sense of Coherence Scale'* (SOC) (Antonovsky, 1987, 1993); en die Fortaliteit-vraelys / *'Fortitude Questionnaire'* (Pretorius, 1998). Deelnemers kon hierdie toetsboekie op hulle eie tyd tuis invul, waarna dit ingeneem en ontleed is.

Elk van die vraelyste wat in die studie gebruik is, sal vervolgens in meer besonderhede bespreek sal word.

6.3.2.1 Biografiese vraelys

'n Biografiese vraelys is gebruik om inligting oor ouderdom, huwelikstatus, en kontakbesonderhede te bekom. Verdere inligting wat hierop vermeld is, was byvoorbeeld die tydperk wat die persoon al die versorgingsrol beklee (het), die hoeveelheid tyd per dag wat aan die uitvoer van versorgingstake bestee word/is, en die presiese aard van die omstandighede (byvoorbeeld of die persone nog saam woon en of institusionalisering reeds plaasgevind het).

6.3.2.2 Die Hoop-skaal vir Volwassenes (HSV) / 'Adult Dispositional Hope Scale' (Snyder, 2000)

6.3.2.2.1 Rasionaal

Die Hoop-skaal vir Volwassenes (HSV) is ontwikkel binne die konteks van die positiewe sielkunde, en is gebaseer op die ontwerper se 'drie-komponent'-konseptualisering van hoop. In hierdie instrument fokus Snyder (2000) naamlik op die identifisering van doelstellings (*goals*); die weë en strategieë wat gevolg word (*pathways and strategies*); en die werking of bemiddeling (*agency*) as die boustone van die individu se mate van hoop. Met die meting van hierdie boustone van hoop kan die terapeut die kliënt help met die identifisering van sy of haar sterkpunte ten opsigte van 'n gesonde sielkundige funksionering (Snyder, 2000). Dit is in ooreenstemming met die kernbeginsels van die veld van psigofortologie (hoofstuk 4), waarbinne hierdie studie dan ook ingebed is.

Vir die doel van die empiriese bepaling van 'hoop' is daar met behulp van 'n proses van bevestigende faktor-analise besluit om gebruik te maak van 'n twee-komponent (dit is *pathways* en *agency*)-model van hoop (Babyak, Snyder & Yoshinobu, 1993), wat ook in hierdie studie gebruik is.

6.3.2.2.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die HSV (Snyder *et al.*, 1991) is 'n self-rapporteringvraelys vir volwassenes (persone 15 jaar en ouer), en bestaan uit 12 items. Wanneer dit afgeneem word, word

dit eerder die 'Doelstellings-vraelys' genoem, as gevolg daarvan dat die wete dat die meting op hoop betrekking het, gemengde gevoelens by toetslinge mag ontlok, en so die toetsresultate mag beïnvloed. As gevolg van die self-rapporteringsformaat van die toets vereis dit minimale betrokkenheid van die toetsafnemer. Hierdie kort vraelys neem slegs 2-5 minute om te voltooi, en kan binne 1 minuut met die hand nagesien word.

'n Vier-puntkontinuum (wat strek van 1 = Definitief onwaar tot 4 = Definitief waar) word meestal gebruik tydens punttoekenning. Totaaltellings kan wissel van 'n minimum van 8 tot 'n maksimumtelling van 32. Vier van die 12 items gee 'n aanduiding van die individuele werking (*agency*) van hoop (2, 9, 10 & 12), vier fokus op die weë (*pathways*) van hoop (1, 4, 6, & 8), en vier items dien as afleiers (3, 5, 7, & 11). Die *agency*- en *pathway*-subskaalettellings word bymekaar getel vir 'n totale hoop-telling. Die afleier-items word nie gebruik tydens punttoekenning nie. Snyder *et al.* (1991) het bevind dat die telling van 24 gebruik kan word as 'n 'gemiddelde hoop-telling' vir persone wat hulle in hul vroeë volwassenheid bevind. 'n Soortgelyke 'gemiddelde telling' vir persone in laat-volwassenheid was egter ten tyde van hierdie skrywe nog nie beskikbaar nie.

6.3.2.2.3 Betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument

Die resultate rakende die betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument is belowend (Snyder *et al.*, 1991), hoewel daar tydens die standaardisering van die instrument nie uitsluitlik op die ontwikkelingstadium van laat-volwassenheid gefokus is nie. Betroubaarheidsindekse het 'n Cronbach-alfakoëffisiënt van tussen .74 en .84 gelewer. Toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse was konstant .80 of hoër oor tydperke van 10 weke en langer (Snyder *et al.*, 1991).

Geldigheidsbepalings het telkens hoë korrelasies (.50 en .60) getoon met die response op skale wat soortgelyke sielkundige prosesse (byvoorbeeld optimisme en selfbeeld) meet (Snyder *et al.*, 1991). Soos verwag, het tellings op hierdie skaal negatief gekorreleer (-.51 en -.42) met skale wat aangewend word vir die bepaling van die teenpool van hoop, byvoorbeeld hopeloosheid en depressie.

6.3.2.2.4 Motivering vir die gebruik van hierdie instrument

Die ontwerpers van hierdie instrument stel die hipotese dat hoop in die alledaagse lewe, veral in die teenwoordigheid van 'n stressor, manifesteer (Snyder *et al.*, 1991). Hulle het byvoorbeeld gevind dat hoë- in vergelyking met lae-hoop-individue, beter in staat is tot die handhawing van *agency* en *pathways* in hulle gedrag wanneer hulle met 'n probleem in die bereiking van hulle doelstellings gekonfronteer word. Daar is ook gevind dat die aantal doelstellings wat 'n persoon kan identifiseer 'n positiewe korrelasie toon met tellings op die hoop-skaal. Hoë-hoop-individue is geneig om vir hulle meer uitdagende doelstellings te stel, en dit dan gewoonlik ook te bereik. Die oorsaak hiervan kan moontlik teruggevoer word na die geneigdheid van hierdie persone om doelstellings as uitdagings of positiewe lewenselemente te sien (Snyder *et al.*, 1991). Die teoretiese begroning van hierdie instrument vind dus aansluiting by twee kernkonstrukte van hierdie studie, naamlik tydsperspektief en psigofortaliteit. In verskeie studies was die tellings wat met behulp van die hoop-skaal bekom is, suksesvolle voorspellers van coping, sielkundige welstand en gerapporteerde sielkundige gesondheid (Snyder, 2000).

6.3.2.3 Lewenstevredenheidskaal / '*Satisfaction with Life Scale*' (*SWLS*) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

6.3.2.3.1 Rasionaal

Volgens Du Toit (1999) gee hierdie skaal 'n aanduiding van die mate van lewenstevredenheid wat 'n persoon ervaar deurdat die persoon sy ervaring vergelyk met 'n standaard wat hy vir homself stel. Beoordeling op hierdie selfrapporteringsvraelys geskied volgens Diener *et al.* (1985) op 'n kognitiewe eerder as 'n emosionele vlak.

6.3.2.3.2 Aard, administrasie en interpretasie

Hierdie skaal bestaan uit slegs vyf items en kan dus baie vinnig voltooi word. Selfbeoordeling geskied met behulp van 'n sewepuntskaal waarvan die waardes gesommeer word ten einde 'n totaalstelling te verkry. Hierdie telling kan strek van vyf

(wat aanduidend sou wees van lae lewenstevredenheid) tot 35 (wat sou dui op 'n hoë mate van lewenstevredenheid).

6.3.2.3.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Diener *et al.* (1985) rapporteer goeie betroubaarheidsindekse (0.82) nadat daar van die toets-hertoetsbetroubaarheidstoets gebruik gemaak is. 'n Toets-hertoetsbetroubaarheidsindeks wat wissel van 0.84 tot 0.54 is dan ook vir intervalle van een maand tot vierjaarintervalle gerapporteer (Pavot & Diener, 1993). Wissing en Du Toit (1994) asook Du Toit (1999) vind betroubaarheidsindekse (Cronbach alfa) van 0.83. Diener *et al.* (1985) is ook van mening dat die *SWLS* oor 'n goeie konstrugeldigheid beskik.

6.3.2.3.4 Motivering vir die gebruik van hierdie instrument

Die *SWLS* hou met verskeie aspekte van psigologiese welstand verband (Du Toit, 1999) en gee 'n goeie aanduiding van die deelnemer se subjektiewe belewenis van sy/haar lewenstevredenheid. In die lig van die omstandighede van die ondersoekgroep betrokke by hierdie studie, is daar gereken dat hierdie instrument 'n redelike goeie aanduiding sal gee van die impak van die rouproses op die psigologiese welstand van die versorger ten tyde van die toetsing (en dus op daardie spesifieke fase van die rouproses). Soos reeds genoem is, geskied beoordeling volgens hierdie vraelys op kognitiewe vlak. 'n Belangrike voordeel is uiteraard ook dat die vraelys kort is en dus vinnig en maklik afgeneem word.

6.3.2.4 Antonovsky se Koherensiesin-vraelys / 'Sense of Coherence Scale' (SOC) (Antonovsky, 1987, 1993)

6.3.2.4.1 Rasionaal

Hierdie vraelys bied die moontlikheid om die koherensiesin van die respondent op 'n kwantitatiewe wyse te evalueer. Die mate van voorspelbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid wat die persoon in die teenwoordigheid van alledaagse stressore

ervaar en aan sy/haar eie situasie toeskryf, word met behulp van hierdie vraelys bepaal.

6.3.2.4.2 Aard, administrasie en interpretasie

Daar bestaan twee weergawes van hierdie vraelys, naamlik die 29-itemweergawe en 'n verkorte 13-itemweergawe. Eersgenoemde is in hierdie ondersoek gebruik, waarvan die vrae dan op 'n 7-punt semantiese differensiaalskaal met twee ankerfrases beantwoord word.

Die afneem van hierdie vraelys is eenvoudig. Die instruksies word op die vraelys voorsien en is maklik verstaanbaar. Hoewel geen tydsbeperking op die respondente geplaas word nie, behoort die invul van die vraelys nie langer as 20 minute te duur nie. Die vraelys word nagesien deur eers die tellings by sekere van die items om te keer en dan die gewigte van elke gemerkte respons bymekaar te tel. 'n Totaaltelling met potensiële minimum- en maksimumwaardes van onderskeidelik 29 en 203 word so verkry (Antonovsky, 1987). 'n Hoë telling sou dan weerspieël dat die respondent die stressore waarmee hy/sy in die alledaagse leefwêreld gekonfronteer word, beskou as voorspelbaar, beheerbaar en betekenisvol.

6.3.2.4.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

In twee verskillende ondersoeke het Antonovsky (1993) baie goeie betroubaarheids- en geldigheidsindekse verkry wat gewissel het tussen 0.88 en 0.91. Toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van 0.52 en 0.56 is na een jaar gevind, en van 0.54 tot 0.55 na twee jaar (Antonovsky, 1993). Antonovsky (1993) bevind volgens Du Toit (1999) ook op grond van verskeie studies dat die *SOC* oor goeie gesigs-, inhouds-, konstruk- en kriteriumgeldigheid beskik. In 'n ondersoek deur Du Toit (1999) is 'n betroubaarheidsindeks van 0.88 verkry by die gebruik van hierdie skaal.

6.3.2.4.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die *SOC* toon 'n positiewe korrelasie met sielkundige en fisieke welstand, en koherensiesin word as 'n belangrike determinant gesien vir 'n persoon se sielkundige

welstand (Du Toit, 1999; Wissing & Van Eeden, 1994). Verder is die SOC volgens Antonovsky (1993) 'n skaal wat universeel geldig is vir verskillende kultuurgroepe, geslagte en sosiale groepe. Veral laasgenoemde eienskap het die instrument geskik gemaak vir gebruik in die huidige studie.

6.3.2.5 Fortaliteit-vraelys / *Fortitude Questionnaire* (Pretorius, 1998)

6.3.2.5.1 Rasionaal

Die konsep 'fortaliteit' word formeel gedefinieer as die krag wat nodig is om spanning te hanteer en welstand behoue te laat bly ten spyte van die aftakelende invloed van daaglikse en alomteenwoordige stressore. Hierdie 'krag' spruit uit 'n persoon se positiewe beoordeling van drie dimensies van sy/haar bestaan, naamlik die self, die familie en die mate van ondersteuning deur ander. Die Fortaliteit-vraelys het die kwantitatiewe bepaling van die kwaliteit wat die persoon aan elkeen van hierdie dimensies toeskryf, ten doel.

6.3.2.5.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die vraelys kan vinnig voltooi word en is maklik verstaanbaar aangesien dit slegs uit 20 items bestaan, en deur 'n volledige uiteensetting van die instruksies voorafgegaan word. Genoemde items verteenwoordig die drie domeine van fortaliteit soos volg: taksering van die self (sewe items), taksering van die familie (sewe items) en taksering van die mate van ondersteuning (ses items).

Daar word geen tydsbeperking op die voltooiing van die vraelys geplaas nie. 'n Vierpuntskaal wat wissel van '*nie van toepassing*' tot '*baie sterk van toepassing*' word gebruik tydens beoordeling en die totaalstelling word daarvolgens bereken. Totaaltellings van 58 en laer op hierdie vraelys word beskou as aanduidend van lae 'psigologiese sterkte' en totaalstellings van 65 en meer dui weer op hoë vlakke van psigologiese sterkte.

6.3.2.5.3 Betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument

Die betroubaarheid van die individuele subskale word soos volg deur Pretorius (1998) gerapporteer: taksering van die self – subskaalbetroubaarheid van 0.74, taksering van die familie – subskaalbetroubaarheid van 0.82 en taksering van die mate van ondersteuning – subskaalbetroubaarheid van 0.76. Elkeen van die subskale het 'n betekenisvolle bydrae tot die totale toetsbetroubaarheid gemaak. Laasgenoemde is deur middel van die alfa-koëffisiënt bereken as 0.85 te wees, wat volgens Pretorius (1998) as hoogs bevredigend beskou kan word.

Ondersoeke oor hierdie instrument se inhoudsgeldigheid, faktorgeldigheid, voorspellingsgeldigheid en samevallende geldigheid het almal bevredigende resultate gelewer. Die geldigheid van die Fortaliteit-vraelys is dus bevestig (Pretorius, 1998).

6.3.2.5.4 Motivering vir die gebruik van hierdie instrument

Die fortaliteitsfaktore wat in hierdie vraelys gemeet word, word beskou as belangrik vir die sielkundige welstand en die optimale funksionering van die mens op talle terreine van sy of haar bestaan, selfs wanneer daar konfrontasie is met die stressore kenmerkend van die alledaagse bestaan (Strümpfer, 1995). 'n Kwantitatiewe bepaling van die drie dimensies van fortaliteit sal ons dus in staat stel om 'n meer akkurate bepaling van die spesifieke behoeftes en sterkpunte van die versorgers van Alzheimer-pasiënte te maak.

6.3.2.6 Die SELE-instrument vir die bepaling van tydsperspektief (Westerhof & Bode, 1999)

6.3.2.6.1 Rasionaal

Die SELE (SElf en LEwe) -instrument is ontwerp met die Persoonlike Betekenissisteem (*Personal Meaning System*) as teoretiese begronding (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997). Vanuit hierdie teoretiese konstruk word die mens beskou as 'semiotiese wese' (Schweder & Sullivan, 1990). Met ander woorde, die mens

word gesien as 'n aktiewe agent in die soeke na betekenis met betrekking tot die self en eie bestaan, aktiwiteite, sosiale verhoudinge en ander 'betekenisdomeine van die lewe'. Aangesien alle taal gemotiveerd is (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997), is hierdie instrument dus gerig op die kognisies wat as 'betekenisvol' bekou word, of wat 'betekenis verleen' aan die lewe op daardie lewensmoment wanneer die vraelys voltooi word. Hierdie teoretiese konstruk besit drie dimensies (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997), en kan grafies deur 'n gelyksydige driehoek (sien figuur 14) voorgestel word.

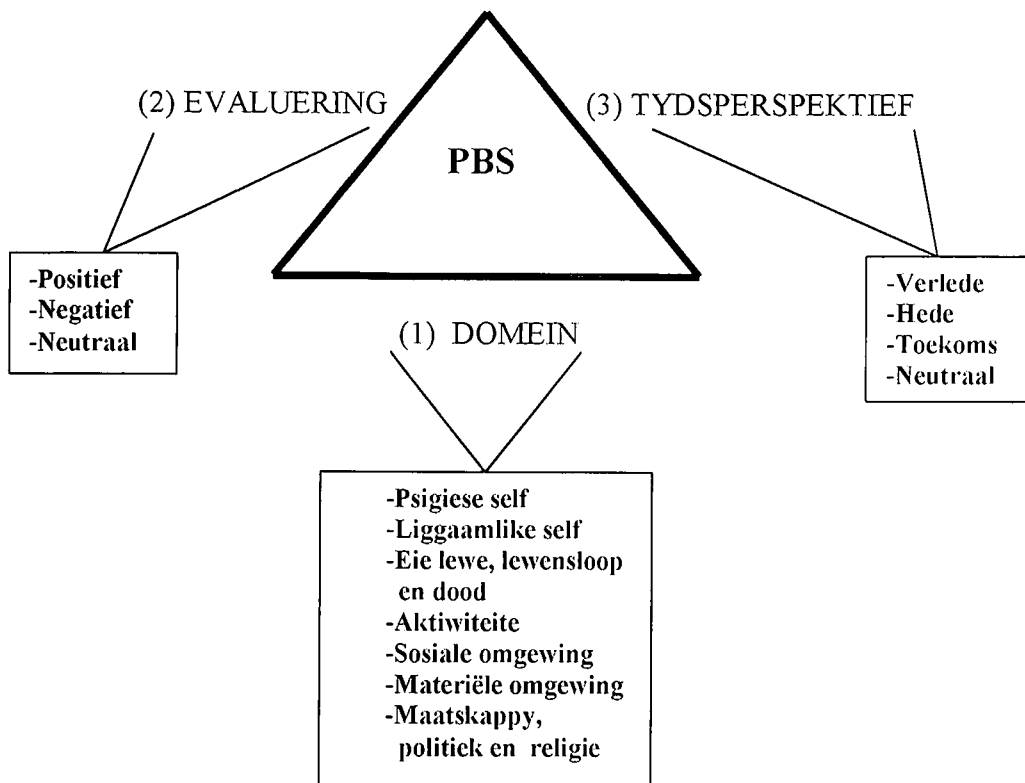
Die Persoonlike Betekenisstelsel bestaan in die eerste plek uit sewe verskillende betekenisdomeine, wat elk lig werp op 'n spesifieke vraag met betrekking tot die persoon se bestaan.

BETEKENISDOMEIN

VRAAG

1.	Psigiese self	Wie is ek?
2.	Liggaamlike self	Hoe sien my liggaam daar uit?
3.	Eie lewe, lewensloop en dood	Hoe sien my lewe daar uit?
4.	Aktiwiteite	Wat doen ek?
5.	Sosiale omgewing	Hoe sien my verhoudinge daar uit?
6.	Materiële omgewing	Wat besit ek?
7.	Maatskappy, politiek en religie	Waar staan ek in die maatskappy?

Elk van hierdie betekenisdomeine word verder onderverdeel in 'n aantal subkategorieë, wat uiteengesit is in die verkorte kodeerskema van Westerhof en Bode (1999) wat vir die doel van hierdie navorsingsprojek gebruik sal word (Bylaag A). Aan elk van die 'betekenisdomeine van die lewe' word ook 'n evalueringselement (positief, negatief of neutraal) en 'n tydsperspektief (verlede, hede, toekoms of neutraal) gekoppel (sien tabel 2). Behalwe vir inligting met betrekking tot die betekenis wat die persoon toeskryf aan elk van die verskillende lewensdomeine, verskaf die SELE dus addisionele inligting (byvoorbeeld oor aspekte rakende die persoon se tydsperspektief) wat goed inskakel by die doel van hierdie ondersoek soos verwoord in afdeling 6.2.



Figuur 14: Die drie dimensies van kennisies oor die SELF en die LEwe soos gemeet deur die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997).

6.3.2.6.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die SELE-vraelys (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997) is gebaseer op die 'Motivational Induction Method' (M.I.M.) wat vroeër deur Nuttin en Lens (1985) ontwerp is om toekomsgerigte kennisies by proefpersone te ontlok. Die SELE bestaan uit 28 sinstamme (onvoltooide sinne) wat deur die respondēt voltooi moet word. Dit word vergesel van 'n uitgebreide koderingskema, wat ontwerp is met die doel om kennisies rakende die self (*SElbst*) en lewe (*LEben*) te reduseer, te orden en te bestudeer. Waar die M.I.M oorspronlik ontwerp is met die spesifieke doel om die motiverende wense, planne, doelstellings en vrese in die toekoms te ondersoek, het die SELE 'n breër invalshoek (Vangrieken, 2001), aangesien sommige van die items ook op die verlede en hede as tydspanne gerig is. Hoewel die SELE dus gerig is daarop om uitsprake of kennisies oor die self en die lewe te bekom, spreek

laasgenoemde outeur hom gunstig uit oor die geskiktheid van hierdie instrument om die inhoudelike kant van die individu se toekoms-tydsperspektief na te gaan. Met geringe toevoegings wat met die ontwerper van hierdie vraelys se toestemming aan die koderingsstelsel aangebring is, was dit ook moontlik om die tydsoriëntasie en tydhouding van die individuele respondente na te gaan, asook 'n idee te verkry van die reikwydte van die toekoms-tydsperspektief van individue uit die verskillende groepe. Die presiese wyse waarop daar te werk gegaan is tydens die ontleding van data bekom met behulp van die SELE sal in die volgende afdeling ('Werkswyse') meer aandag ontvang. Tabel 2 voorsien 'n oorsig oor die verskillende sinstamme wat in die SELE aangewend word.

Tabel 2: Sinstamme vervat in die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997)

EVALUASIE			
TYD	<i>Positief</i>	<i>Negatief</i>	<i>Neutraal</i>
Huidig	1 Ek is taamlik goed met... 6 Die belangrikste vir my is... 13 Ek voel baie goed...	3 Ek vind dit moeilik... 5 My swakhede is... 7 Dit maak my kwaad... 19 Wat my die afgelope tyd pla is... 25 Ek voel nogal sleg wanneer...	10 Ek voel dikwels... 16 My liggaam... 23 In vergelyking met ander... 9 In vergelyking met vroeër...
Toekomstig	14 Ek beplan om... 21 Ek beplan om...	17 Ek is bang dat ek... 24 Ek is bevrees dat...	11 In die komende paar jaar... 15 Later, wanneer ek ouer is...
Verlede		27 Wanneer ek my lewe tot op hede in oënskou neem is ek spyt dat...	
Neutraal	2 Ek sou graag... 18 Dit sal lekker wees as... 26 Wat my wel van ouer word aanstaan...	22 Wat my nie van ouer word aanstaan nie... 28 As ek sekere dinge nie meer kan doen nie...	8 Wanneer ek oor myself nadink... 12 Ek dink dat ek... 20 Ek het agtergekom dat ek...

Met betrekking tot die aard van die sinstamme moet daar genoem word dat die woord 'ek' in die eerste persoon gebruik word in elk van die sinstamme van die SELE, as gevolg van die feit dat die mens gesien word as 'n aktiewe soeker na lewensbetekenis.

Elke sinstam voorsien ook 'n sielkundige modus of verwantskap tussen die 'ek' en die objek wat dan deur die toetsling voorsien moet word. Hierdie modus spesifiseer telkens die evaluerende en temporale verwantskap tussen die 'ek' as betekenisgewende agent en die objek wat dan deur die toetsling geformuleer word, behalwe wanneer dit kom by die sogenaamde neutrale items.

Tabel 3: Illustrasie van die koderingsstelsel van die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997)

<i>BETEKENISDOMEINE</i>			
<i>Eerste vlak</i>	<i>Tweede vlak</i>	<i>Derde vlak</i>	<i>Vierde vlak</i>
1	Sielkundige self	1.1 self in die algemeen 1.2 karaktertrekke 1.3 emosies 1.4 motivering ens.	1.3.1 positief 1.3.1.1 gelukkig 1.3.1.2 tevrede ens. 1.3.2 negatief 1.3.2.1 ongelukkig 1.3.2.2 ontevrede 1.3.2.3 eensaam ens.
2	Fisiese self		
3	Lewe in die algemeen		
4	Aktiwiteite		
5	Sosiale verhoudinge		
6	Materiële lewensomstandighede		
7	Gemeenskaps-lewensomstandighede		
Ander dimensies: persoon, evaluasie, modus, stabiliteit en verandering, tydsperspektief			

Soos genoem, word daar van die toetsling verwag om AL die sinne te voltooi, al lyk die sinstamme dikwels baie soortgelyk. Die sinsvoltooiings wat opgelewer word, is dikwels baie verskillend en kompleks, en ten einde dit te struktureer, te reduseer en te orden en sodoende meer toeganklik vir wetenskaplike analise te maak, word 'n uitgebreide kodeerskema (Westerhof & Bode, 1999) tydens analise aangewend. Op grond hiervan word die antwoorde in een van 7 betekenisdomeine (sielkundige self, fisiese self, lewe in die algemeen, aktiwiteite, sosiale verhoudinge, materiële

lewensomstandighede en gemeenskaps-lewensomstandighede) ingedeel, en word daar telkens 'n evaluerings- of tydsdimensie toegevoeg.

Op grond van die inhoud van die sinsvoltooiings kan elk van die respondente se antwoorde dus een van 56 kodes of 'adresse' gegee word. Die kodes word toenemend kompleks soos wat daar in elke betekenisdomein van eerste vlak tot vierde vlak van kodering beweeg word. Tabel 3 dien ter illustrasie hiervan.

Na die kwantifisering hiervan is statistiese ontleding van onderlinge verbande natuurlik moontlik. Vir hierdie doel is die NUD*IST program aangewend. Die presiese werkswyse wat gedurende hierdie data-ontledingsproses gevolg is, sal vervolgens in besonderhede bespreek word.

6.3.2.6.3 Werkswyse

Reeds tydens die ontstaan van die voorloper van die SELE, naamlik die M.I.M., is die teoretiese uitgangspunt gehuldig dat die bestudering van die individu se tydsperspektief (en die tydsoriëntasie en tydshouding as komponente daarvan) gepaard moet gaan met die bestudering van die kategorieë en objekte waarvoor individue besorgd is en waarna hulle streef (Nuttin & Grommen, 1975). Vandaar die betekenisdomeine soos beskryf in afdeling 6.3.2.6.1. Tydens die verwerking van data wat bekom is met behulp van die SELE is daar van 'n tweeledige koderingsproses gebruik gemaak. Daar is in die eerste plek op die inhoudelike aspekte van die onderskeie groeplede se sinsvoltooiings gelet, terwyl daar terselfdetyd, met behulp van 'n aparte koderingsstelsel, op die tydsperspektief van die respondente, soos gereflekteer deur die sinsvoltooiings, gefokus is. Hoewel hierdie prosesse gelyktydig verloop het, sal elk duidelikheidshalwe kortliks afsonderlik bespreek word.

▪ Inhoudskodering

Ten einde die sinsvoltooiings te struktureer, te reduseer en te orden, is die inhoud daarvan gekodeer volgens die verkorte kodeerskema van Westerhof en Bode (1999), wat in Bylaag A weergegee word. Tydens hierdie koderingsproses is elkeen van die SELE-sinsvoltooiings dus in een van sewe inhoudskategorieë geplaas, wat op hulle

beurt verteenwoordigend is van die sewe betekenisdomeine (afdeling 6.3.2.6.1). Soos gesien kan word in die uiteensetting van hierdie koderingsstelsel (Bylaag A), word elk van die inhoudskategorieë verder onderverdeel in verskeie subkategorieë, en word die koderingsproses dus toenemend kompleks.

Tydens die ontwikkeling van die koderingsstelsel is daar besluit dat die inhoudskategorieë meer gerig moet wees op die sinsvoltooiings van respondente self, as op spesifieke wetenskaplike konsepte (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997). Die voordeel hiervan is dat die koderingsstelsel baie buigsaam aangewend kan word. Die nadeel is egter dat die rekonstruksies van kodes self gedoen moet word ten einde spesifieke navorsingsvrae te beantwoord. Tydens die kodering van die inhoud van die sinsvoltooiings van hierdie ondersoek, is daar 'n aanvanklike 'breë' koderingsproses gevolg waartydens items in een van die sewe betekenisdomeine geplaas is. In 'n volgende fase van kodering is die koderingsproses egter verfyn en is aan items hulle plekke in die onderskeie subkategorieë toegeken. Die wyse waarop die rekonstruksies van data gedoen is ten einde lig te werp op die onderwerp onder bespreking, sal in hoofstuk 7 (Resultate) in meer besonderhede toegelig word.

▪ Tydsperspektief-kodering

Die tydsoriëntasie, tydshouding en die reikwydte van die persoon se toekoms-tydsperspektief het gedurende hierdie gedeelte van die koderingsproses aandag ontvang, en wel op die volgende wyse:

➤ Tydsoriëntasie

In teenstelling met die M.I.M., waaruit die SELE ontwikkel is, gebruik laasgenoemde instrument nie net sinstamme wat op die toekoms gerig is nie, maar ook sinstamme gerig op die kognisies rondom die self en die lewe in die verlede en hede as tydseenhede. Soos duidelik blyk uit tabel 1, is die meerderheid van die items vervat in die SELE dus toegewys aan 'n spesifieke tydskategorie, naamlik die verlede, hede of toekoms. Hierdie items het sonder uitsondering dan ook response ontlok wat op daardie onderskeie tydperiodes gerig is. Agt van die items (nrs. 2, 8, 12, 18, 20, 22, 26 en 28) is egter op so 'n wyse geformuleer dat hulle nie aan een van bogenoemde

tydsperiodes gekoppel kan word nie, sodat dit aan die respondent oorgelaat word om die tydsoriëntasie van sy/haar keuse te gebruik in die voltooiing van die item. Aangesien tydsperspektief op die kognitiewe voorstelling of verteenwoordiging van gebeure (hetsy in die verlede, hede of toekoms) berus, kan daar aangeneem word dat die tydsdimensie wat in die persoon se kennis oorheers (of daardie persoon se tydsoriëntasie) op 'n spontane wyse in die response op bogenoemde items na vore behoort te kom. Daar is dus bepaal hoe die response op hierdie items tussen die onderskeie groepe verskil, ten einde lig te werp op die dominante tydsoriëntasie van elk van hierdie groepe.

➤ Diepte of reikwydte van toekoms-tydsperspektief

Soos reeds genoem, spreek Vangrieken (2001) hom positief uit oor die geskiktheid van die SELE om die inhoudelike kant van (toekoms-) tydsperspektief na te gaan. Wat die ontleding van die toekomsgerigte items betref, is die koderingsstelsel wat tydens die huidige ondersoek aangewend is (Westerhof & Bode, 1999) slegs geskik om die inhoudelike aspek van die individuele toekoms-tydsperspektief na te gaan. Tydens die verloop van die ondersoek het die behoefte egter ook ontstaan om die reikwydte of diepte van proefpersone se toekoms-tydsperspektief, soos uitgedruk in hulle sinsvoltooiings, te bepaal. Vir hierdie doel is daar, met die toestemming van die ontwerpers van die SELE, 'n vereenvoudigde weergawe van die *Future Time Extension Profile* soos beskryf in Nuttin en Grommen (1975), tot die bestaande koderingsstelsel toegevoeg.

Tydens die voltooiing van die toekomsgerigte sinstamme van hierdie instrument, gebeur dit selde dat respondente 'n spesifieke temporale indikasie gee van waar die genoemde objekte of gebeure in die toekoms gestasioneer is. (Byvoorbeeld item 21: Ek is van plan... om volgende jaar na die Bahamas te reis.) Om hierdie rede is daar besluit om uitsprake oor die toekoms soos volg te hanteer ten einde 'n idee van die reikwydte van individuele toekomsaspirasies te bekom. Nuttin en Grommen (1975) maak die opmerking dat die meeste doelwitte wat die mens beplan of hoop om te bereik, 'n min of meer implisiete temporale konnotasie het wat betref die tydperke waarin daar verwag word dat hierdie doelwitte bereik of gerealiseer sal word. In die konteks van 'n sekere (ouderdoms-)groep kan daar dus met redelike sekerheid

voorspel word dat 'n persoon wat 'n uitspraak maak dat hy/sy badkamer toe wil gaan, dorp toe wil gaan, of op 'n oorsese reis wil gaan, gemoeid is met doelwitte wat gelokaliseerd kan word in een van 'n verskeidenheid spesifieke tydspanes. Die toekoms-tydsperspektief van 'n groep persone kan volgens Nuttin en Grommen (1975) op so 'n wyse gerekonstrueer word. Hoewel item 11 (In die komende jare...) en tot 'n mindere mate item 15 (Later, as ek ouer is...) wel 'n suggestie laat van die tydspane waarin die doelwit waarskynlik sal val, is die res van die items glad nie spesifiserend ten opsigte van waar in die toekoms die doelwit geleë behoort te wees nie. Die oorgrote meerderheid van die items is dus geformuleer in ooreenstemming met die beginsel van Nuttin en Grommen (1975) vir die M.I.M. Individue se toekoms-tydsperspektief kan bestudeer word na aanleiding van hulle gewone en spontane opmerkings van waar in die toekoms die objekte waarmee hulle hulleself bemoei, geleë is.

Wanneer dit kom by die tydsperspektief-kodering sal die inhoud van daardie items wat aangedui is as gerig op die verlede en hede (sien tabel 1) dus as sulks gekodeer word. Wat betref die kodering van daardie items (ook die neutrale items) wat gerig is op die toekoms, sal die toekomsskaal onderverdeel word in die onmiddellike, intermediêre, verafgeleë en transendentale toekoms, asook 'n kategorie wat bekend staan as die *open present*. Elk van hierdie tydspanes kan soos volg gedefinieer word:

Die *onmiddellike toekoms* omvat daardie doelwitte wat binne een dag, een week of een maand vanaf die huidige oomblik gerealiseer kan word. Die *intermediêre toekoms* gaan wyer en sluit daardie doelwitte en aspirasies in wat na alle waarskynlikheid binne die twee jaar vanaf die huidige oomblik geplaas kan word. Die *verafgeleë toekoms* (VAG) gaan steeds wyer en dien as kategorie waarbinne alle aspirasies wat langer as twee jaar sal duur om te realiseer, maar steeds binne die individue se leeftyd val, geplaas kan word. Die *transendentale toekoms* omvat dan daardie doelwitte en aspirasies wat buite die grense van die huidige leeftyd val, en dus dikwels met die hiernamaals te doen het. Die kategorieë kan egter nie hier stop nie. Soos Nuttin en Grommen (1975) tereg opmerk, het daar in die huidige studie sinsvoltooiings na vore gekom wat, as gevolg van hulle aard, nie binne een van hierdie temporale skale geplaas kan word nie. Hierdie items is dikwels gerig op die

hede (byvoorbeeld: EK BEPLAN OM...*bloot voort te gaan met my huidige lewensbestaan omdat ek nie beplan of gedroom het oor die tyd wanneer ek nie meer 'n versorger sal wees nie.*), maar kan nie tot daardie tydseenheid, soos dit vir die doel van ons studie gedefinieer is, beperk word nie. Hoewel gerig op die hede, besit dit ook 'n implisiete verwysing na die toekoms. Ten einde hierdie tipe items te akkomodeer is die *open present*-kategorie ook tot die huidige koderingsstelsel toegevoeg.

Die beskrywing van die persoon se kennisies rondom die toekoms sal die hoofklem dra tydens die ontleding en bespreking van die resultate. Die vraelys bestaan egter ook uit items wat gerig is op die verlede en hede, en dus sal die betekenisgewende elemente van hierdie tydseenhede, soos uitgedruk deur die proefpersone, ook tydens die bespreking van resultate aandag ontvang.

➤ Tydshouding

Die meeste van die items vervat in die SELE het 'n evalueringselement daaraan gekoppel. Die meerderheid van die sinstamme is dus op só 'n wyse geformuleer dat hulle response oor die positiewe of negatiewe aspekte van die respondent se belewing ontlok. Sommige van die sinstamme (nrs. 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 20 & 23) besit egter geen evalueringselement nie. Tydens die voltooiing van hierdie sinne staan dit die respondent dus vry om 'n positiewe, negatiewe of neutrale uitspraak te maak ten opsigte van een van die betekenisdomeine. Deur te bepaal of die uitspraak op hierdie 'neutrale items' oorwegend positief of negatief is, mag daar 'n prentjie ontstaan van of die persoon positief, negatief of neutraal staan teenoor die verlede, hede en toekoms, oftewel die tydshouding wat die persoon teenoor die hede en toekoms neig te handhaaf. (Daar is ongelukkig nie items in die SELE wat gerig is op die verlede en terselfdetyd neutraal is ten opsigte van die evalueringselement nie.) Daar sal dan ook na moontlike intergroep-verskille in hierdie verband gelet word.

6.3.2.6.4 Betroubaarheid en geldigheid van hierdie instrument

Die bepaling van die betroubaarheid van die kodering van antwoorde deur ses onafhanklike kodeerders het 'n interbeoordelaarsbetroubaarheid met betrekking tot inhoudskodering van die orde van 0.75 opgelewer. Onderlinge variasies tussen die items, kodes en kodeerders het wel voorgekom. Tot op die eerste vlak van inhoudskodering is die interbeoordelaarsbetroubaarheid in die omgewing van 0.87. Gegewe die kompleksiteit van die koderingskema, is die betroubaarheidsyfers van die inhoudskodering bevredigend (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997).

In 'n Nederlandse studie is die samevallende geldigheid van die SELE-instrument met die *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Brink *et al.*, 1982) en die Koherensiesin-vraelys (Antonovsky, 1987) ondersoek. SELE-tellings wat verkry is vanaf die inhoudskodering van betekenisloosheid ('n kombinasie van inhoudskodes met evalueringkodes) het 'n relatief sterk verband getoon met die *GDS* (Spearman $\rho=0.37$) asook met 'n Koherensiesin-vraelys ($\rho=-0.31$). 'n Voorlopige vergelyking tussen die SELE-evalueringdimensies en die resultate van die *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* (Pavot & Diener, 1993) het ook 'n relatief hoë korrelasie tussen SELE-tellings en *SWLS*-tellings opgelewer ($r=0.38$; Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997).

6.3.2.6.5 Motivering vir die gebruik van hierdie instrument

'n Voordeel van die gebruik van hierdie toets blyk uit die bevinding dat die gebruik van kwalitatiewe tegnieke die gewenste metode is by die bestudering van kognisies by die bejaarde populasie. Hierdie siening is gebore uit die feit, soos reeds gemeld, dat bejaardheid 'n relatief kort navorsingsgeskiedenis het, en histories as 'n relatiewe 'nuwe' lewenstadium beskou word (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997). As gevolg hiervan is dit moeilik om die veranderinge in tydsperspektief en kognisies wat tydens bejaardheid voorkom, korrek te voorspel. Soos in ander areas van geriatrie is die gebruik van kwalitatiewe tegnieke (waarvan die SELE-instrument 'n voorbeeld is) dus geregverdig. Voorts is hierdie instrument opgestel met die spesifieke behoeftes

van die bejaarde leeftydsgroep, sover dit wel bekend is, in gedagte (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997).

Soos reeds genoem, lewer die instrument in die konteks van hierdie ondersoek ook belangrike addisionele inligting. Anders as wat die geval is by die M.I.M., besit die SELE ook items wat gerig is op die hede en verlede, en kan dit dus aangewend word om lig te werp op die dominante tydsoriëntasie van die respondente. Soos uit die literatuur (hoofstuk 5) blyk, is hierdie 'n faset van die bejaarde se belewing waarvoor navorsers inderdaad nog nie eenstemmigheid kon bereik nie. Hoewel daar tot 'n groot mate dus gefokus sal word op die toekomsgerigte items, sal daardie aspekte van die individu se verlede en hede wat deur haar as betekenisvol beskou word, ook aandag ontvang.

Voorts fasiliteer die teoretiese uitgangspunt van die SELE (naamlik die ontleding van die individu se *personal meaning system*) 'n ontdekking van die betekenisgewende elemente van die bejaarde versorgers se belewing van die versorgingsproses. Behalwe vir die bestudering van tydsperspektief, word daar dus ook lig gewerp op die bejaarde individu se kennisies oor 'n verskeidenheid van lewensdomeine. Die bepaling van die betekenisgewende aard van elk van hierdie domeine sluit goed aan by die psigofortigene benadering, waarbinne 'betekenisvolheid' beskou word as 'n kernaspek van koherensiesin, of sielkundige welstand. Aangesien hierdie studie geloods is vanuit die psigofortigene paradigma, verleen die SELE hom dus uitsekend tot die verantwoording van die derde doelstelling, naamlik die bepaling van die potensiele psigofortigene invloed van die individu se toekoms-tydsperspektief.

6.4 NAVORSINGSONTWERP

Die ondersoek bestaan uit twee dele, te wete 'n kwantitatiewe en 'n kwalitatiewe ondersoek.

Kwantitatiewe data, wat in hierdie studie slegs aanvullend tot die kwalitatiewe ondersoek gebruik word, is deur die voltooiing van vier vraelyste (afdeling 6.3.2) bekom. Die resultate daarvan is met behulp van beskrywende statistiese tegnieke

ontleed. Tydens hierdie ontleding is 'n ex post facto (nie-eksperimentele) -benadering gevolg, en van 'n kriteriumgroepontwerp gebruik gemaak (Huysamen, 1993). Die posisie of rol van die eggenoot met Alzheimer se siekte het gedien as die onafhanklike veranderlike, terwyl die afhanklike veranderlike (die sielkundige welstand van die individu) geoperasionaliseer is deur die meting van hoop, lewensvrede, fortologie en koherensiesin. Gegewe die beperkte grootte van die ondersoekgroep (n = 40) kon slegs beperkte inferensiële statistiese ontledings gedoen word. Op grond van die genoemde hoofdoelstellings van hierdie studie kan die kwalitatiewe gedeelte van die ondersoek in twee afsonderlike onderdele verdeel word.

Vir die eerste gedeelte van die kwalitatiewe ondersoek (naamlik die bespreking van die psigodinamika gekoppel aan die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte soos verwoord in doelstelling nommer 1) is diepte-onderhoude met Alzheimer-versorgers gevoer om die rouproses wat hulle beleef so goed moontlik te beskryf.

In die tweede kwalitatiewe deel van hierdie ondersoek is die SELE-instrument aangewend ten einde lig te werp op onder andere die individu se tydsperspektief. Die kwalitatiewe data, soos bekom met behulp van die SELE-instrument, is verwerk volgens die stappe uiteengesit in afdeling 6.3.2.6.3. Die NUD*IST (1999) kwalitatiewe data-ontledingsprogram is daarna aangewend om hierdie ontledingsproses rekenaarmatig te vergemaklik. Die kwalitatiewe ontleding van die individuele onderhoude is gedoen aan die hand van riglyne verskaf deur Berg (1996), Miles en Hubermann (1994); Patton (1990); en Straus en Corbin (1998). Die ontledingstappe het onder meer die volgende behels: a) beskrywing van data; b) die konseptuele ordening van data na aanleiding van 'n selektiewe en gespesifiseerde stel kriteria en dimensies; c) die stel van goedontwikkelde konsepte, gekoppel deur stellings van verwantskap, ten einde 'n geïntegreerde raamwerk te vorm; en d) die toets van hipoteses wat mag opduik uit die data, en die soeke na verklarings vir die gestelde verwantskappe tussen die onderskeie konsepte. Daar sal in hoofstuk 8 in meer besonderhede op hierdie proses ingegaan word.

6.5 PROSEDURE

Soos genoem is, het hierdie studie van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes van ondersoek gebruik gemaak. Die prosedure wat tydens die toepassing van elk van hierdie metodes aangewend is, sal vervolgens individueel aandag ontvang.

6.5.1 Kwantitatiewe ontleding

Die kwantitatiewe gedeelte van die studie het behels dat die onderskeie vraelyste (afdeling 6.3.2) en antwoordvelle in boekievorm saamgebind en aan die proefpersone uitgedeel is. Die boekies het 'n inligtingstuk bevat waarin die doel van die studie asook die vraelyste kortliks verduidelik is. Toestemmingsbriefies is vooraf deur al die proefpersone onderteken. Die vraelyste is dan individueel voltooi, en na voltooiing gekontroleer vir volledigheid en akkuraatheid. Response is rekenaarmatig gekodeer en met behulp van rekenaarprogramme nagesien waardeur totaaltellings vir skale verkry is.

6.5.2 Kwalitatiewe ontleding

Vir die doel van kwalitatiewe ontleding is daar soos volg te werk gegaan:

- **Die rouproses:** Semi-gestruktureerde individuele onderhoude is gebruik ten einde lig te werp op die belewenis van die rouproses van die huweliksmaatversorger van die Alzheimer-pasiënt. Hierdie onderhoude is op klankband vasgelê, getranskribeer, en dan met behulp van die NUD*IST (1999) kwalitatiewe data-ontledingsprogram gekodeer en ontleed.
- **Tydsperspektief:** Die individue se tydsperspektief is ondersoek deur gebruik te maak van die SELE-instrument (SE=self, LE=lewe) wat ontwikkel is deur Dittmann-Kohli en Westerhof (1997). Hierdie instrument is ontwikkel spesifiek met die bejaarde-groep in gedagte, en behels die voltooiing van 28 onvoltooide sinne.

Daar is afsonderlike Kruskal-Wallis-toetse uitgevoer om verskille tussen die vier groepe ten opsigte van elk van die genoemde veranderlikes te ondersoek. Verder is gepoog om moontlike onderlinge verbande tussen veranderlikes in die groepe op te spoor.

6.6 HIPOTESEFORMULERING

Op grond van 'n voorafondersoek deur Potgieter (2000) kan die volgende navorsingshipotese ten opsigte van die eerste spesifieke doelstelling van hierdie ondersoek (afdeling 6.2) geformuleer word:

Die versorgende huweliksmaat van 'n Alzheimer-pasiënt beleef 'n rouproses wat eiesoortige eise aan die sielkundige welstand van die versorger stel weens die unieke psigodinamika daaraan verbonde.

Rakende die tweede spesifieke doelstelling kan 'n tweede navorsingshipotese soos volg geformuleer word:

Daar bestaan 'n verband tussen die groeplidmaatstap (dit wil sê die rol van die eggenoot) en die tydsperspektief wat deur lede van daardie groep gehandhaaf word.

Weens 'n gebrek aan ondersteunende empiriese inligting is dit nie moontlik om 'n rigtinggewende hipotese ten opsigte van die derde spesifieke doelwit van die studie te formuleer nie. Gevolglik kan die volgende nie-rigtinggewende navorsingshipotese geformuleer word:

Daar bestaan beduidende korrelasies tussen die toekoms-tydsperspektief en die sielkundige welstand (hoop, lewenstevredenheid, fortaliteit en koherensiesin) van eggenotes betrokke by die versorging van gades met Alzheimer se siekte.

6.7 STATISTIESE ONTLEDINGS

Soos duidelik blyk uit paragraaf 6.3.1 was die ondersoekgroep klein. Gevolglik bestaan daar twyfel oor die aannames van normaliteit en homogeniteit van tellings bekom met behulp van die onderskeie kwantitatiewe instrumente, en is dit nie moontlik om die geformuleerde statistiese hipoteses deur middel van parametrisiese statistiewe tegnieke te ondersoek nie. Daar is dus hoofsaaklik van nie-parametrisiese toetse gebruik gemaak in die kwantitatiewe ontleding. As gevolg van die feit dat die hooffokus van hierdie studie kwalitatief van aard is, was dit egter nie wenslik om van groter groepe gebruik te maak nie.

Soos reeds aangedui, is daar bepalings van die vier groepe bejaardes se sielkundige welstand gedoen. Die kwantitatiewe resultate was meetbaar op intervalskaal, en gevolglik kan die Kruskal-Wallis eenrigting variansie-ontleding gebruik word, aldus Howell (1995). Laasgenoemde tegniek kan volgens hierdie outeur in die plek van die Mann-Whitney-toets gebruik word wanneer meer as twee onafhanklike groepe ter sprake is. Met hierdie toets word ondersoek of die variasie in rangordes tussen die groepe die variasie in rangordes binne die groepe betekenisvol oorskry. Gevolglik word alle tellings eers in rangorde geplaas, ongeag groeplidmaatskap, waarna die som van die rangordes vir die verskillende groepe gesommeer word. Hierdie somtotale word aangedui met R_j . Die toetsstatistiek wat gebruik kan word om te toets of die verskillende R_j van mekaar verskil, is die volgende:

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum \frac{R_j^2}{n_j} - 3(N + 1)$$

(Howell, 1995)

waar: n_j = die getal waarnemings in die j de groep

R_j = die som van rangordes in die j de groep

$N = \sum n_j$ = totale steekproefgrootte

Die gestelde statistiese hipotese suggereer dat 'n nie-riktig-gewende hipotese ondersoek word. In die geval van 'n tweekantige toets kan die volgende beslissingreël gebruik word:

Indien $H > \chi_{1-\alpha}^2$ met $J - 1$ vryheidsgrade, verwerp H_0 .

In hierdie studie word op die 5%-peil ($\alpha = 0,05$) van beduidendheid gewerk. Die resultate van die studie sal in die volgende hoofstuk aangedui en bespreek word.

6.8 ORIËNTERING TEN OPSIGTE VAN DIE KWALITATIEWE NAVORSINGSPROSES

In die volgende hoofstuk sal beide die kwalitatiewe en die kwantitatiewe resultate van hierdie ondersoek volledig weergegee word. Die doel van hoofstuk 8 is om die diversiteit van data uit die drie onderafdelings van die resultate-hoofstuk sinvol te integreer, en met bestaande literatuur oor die verbandhoudende onderwerpe (hoofstukke 2-5) in verband te bring. Ten einde die leser te oriënteer ten opsigte van die verloop van die kwalitatiewe navorsingsproses, is dit noodsaaklik dat daar aandag geskenk word aan enkele van die beginsels van kwalitatiewe navorsing, soos beskryf deur Strauss en Corbin (1998).

In hulle beskrywing van die kwalitatiewe navorsingsproses, identifiseer en definieer Strauss en Corbin (1998) drie begrippe wat volgens hulle die kern van hierdie tipe navorsing behoort te vorm. Hierdie begrippe is:

- **Beskrywing:** Die gebruik van woorde om 'n beeld, 'n gebeurtenis, 'n ervaring, 'n emosie of 'n sensasie uit die perspektief van die persoon wat die beskrywing doen, oor te dra.
- **Konseptuele ordening:** Die organisering van (en dikwels ook die toekenning van rangordes aan) data na aanleiding van 'n selektiewe en gespesifiseerde stel kriteria en dimensies.

- *Teorie of teoretisering: 'n Stel goed-ontwikkelde konsepte, gekoppel deur stellings van verwantskap, wat saam 'n geïntegreerde raamwerk vorm . Hierdie raamwerk kan dan gebruik word om sekere fenomene te verduidelik of te voorspel. (p. 15)*

Die ontwikkeling van 'n teorie is dus 'n komplekse proses, wat verder gaan as die blote ontdekking, beskrywing en ordening van feite en konsepte. Dit behels die formulering van hierdie konsepte in 'n logiese, sistematiese en beskrywende skema. Hierdie sistematiese ontwikkeling van 'n teorie berus op interpretasie van die verwantskap tussen verskillende konsepte deur die prosesse van induktiewe en deduktiewe redenering. Die einddoel van hierdie navorsingsprojek is dus nie die blote skep van begrip vir, of 'n helder prentjie van die lot van die versorger nie, maar wel die verklaring en die voorspelling van gebeure, en uiteindelik die daarstel van riglyne vir praktiese hulpverlening aan die betrokke persone of groepe.

Tydens die weergee van die resultate van hierdie ondersoek in hoofstuk 7 sal daar van die prosesse van beskrywing en konseptuele ordening van data, soos pas gedefineer, gebruik gemaak word. Hoewel hierdie twee prosesse 'n onmisbare deel van die kwalitatiewe navorsingsproses vorm, en deels in hoofstuk 8 (Bespreking en Gevolgtrekking) voortgesit sal word, sal daar in 'n toenemende mate gefokus word op die belangrike volgende stap, naamlik die sistematiese formulering van 'n teorie op grond van die verbande wat daar tussen die verskillende konsepte bestaan. Strauss en Corbin (1998) waarsku dat die navorser tydens hierdie proses so na as moontlik behoort te bly aan die roudata waarop die ondersoek betrekking het. Deur die implikasies van die navorsing in gedag te hou, moet daar ook deurentyd gelet word op die *scope* of veralgemeenbaarheid van die resultate. Met ander woorde, daar moet voortdurend aandag geskenk word aan die lig wat resultate mag werp op vrae wat nie noodwendig betrekking het op die groep/kwessie onder bespreking nie. Aan die einde van hoofstuk 8 sal 'n afdeling spesifiek hieraan gewy word.

6.9 OPSOMMING

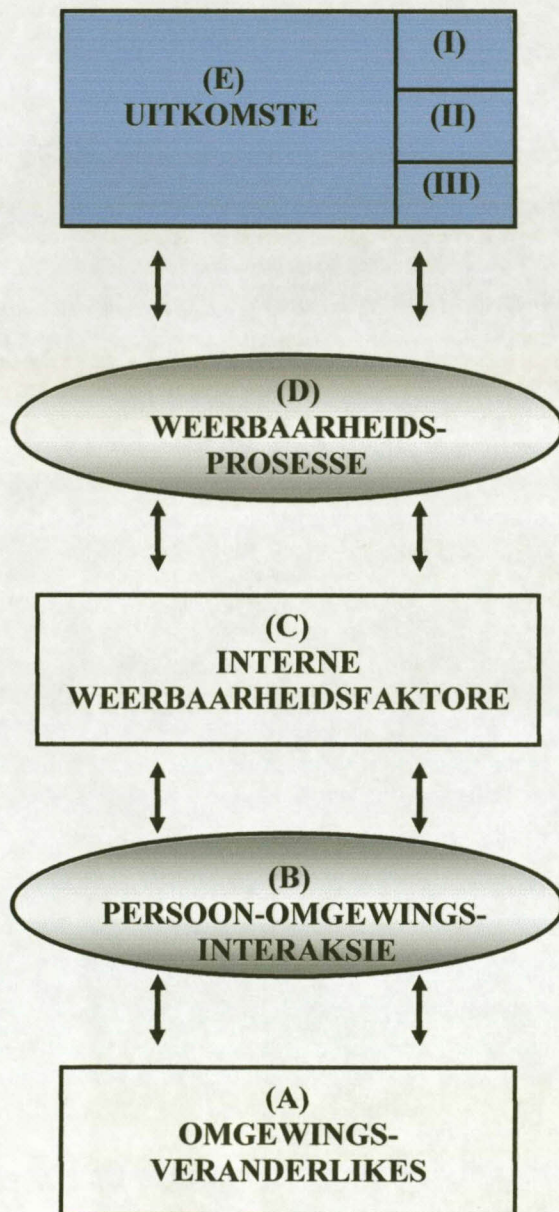
In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die metode wat gebruik is vir die insameling van die data soos benodig vir die empiriese ontleding. Die doel van die

studie, die aard en eienskappe van die ondersoekgroep, asook die meetinstrumente is bespreek. Die navorsingsontwerp, die ondersoekprosedure asook die statistiese verwerking van die data is daarna in besonderhede bespreek. In Hoofstuk 7 sal die resultate wat verkry is, uiteengesit word.

HOOFSTUK 7 RESULTATE

7.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal 'n uiteensetting van die resultate van die ingesamelde data gegee word. Hierdie resultate sal aan die hand van die 'uitkomste' (afdeling E van figuur 15), soos vervat in Kumpfer (1999) se Transaksionele Model, bespreek word.



Figuur 15: Uitkomste van die ondersoek as fokuspunt van bespreking (Kumpfer,1999)

Soos bespreek is in hoofstuk 6, het hierdie ondersoek drie onderskeibare stelle data opgelewer, wat vervolgens in drie afsonderlike onderafdelings weergegee sal word.

In **Afdeling I** sal die resultate van die kwantitatiewe vraelyste wat in hierdie studie toegepas is, weergegee word.

Afdeling II sal fokus op die beskrywing van data soos bekom met behulp van 'n semi-gestruktureerde onderhoud wat met twee van die vier groepe proefpersone gevoer is. Hierdie onderhoude het gefokus op die persone se beleving van die rouproses nadat hulle 'n huweliksmaat aan die dood moes afstaan. Afdeling II sal dus fokus op 'n beskrywing van die rouproses van die Alzheimer-versorger, en die unieke psigodinamiese eise wat hierdie proses aan die versorgende huweliksmaat stel in die handhawing van haar sielkundige welstand.

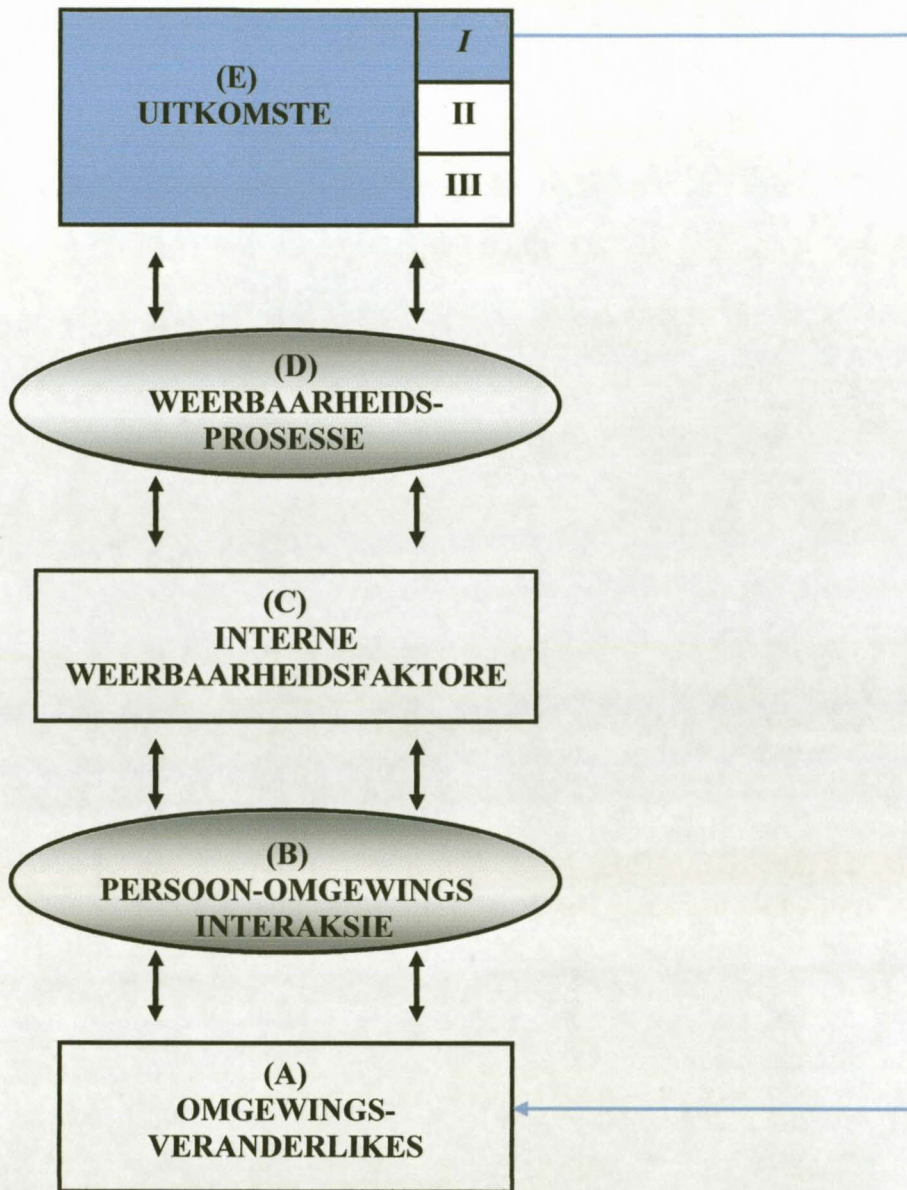
Afdeling III sal fokus op die resultate (veral met betrekking tot individuele tydsperspektief) soos bekom met behulp van die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997). Dit is dus duidelik dat hierdie studie in hoofsaak 'n kwalitatiewe ontleding van data (afdelings II en III) behels.

AFDELING I: KWANTITATIEWE RESULTATE

7.2 INLEIDING TOT DIE BESPREKING VAN KWANTITATIEWE RESULTATE

Die hipoteses van hierdie ondersoek is reeds in hoofstuk 6 verskaf. Voordat die hipoteses bespreek word, word beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) van die betrokke afhanklike veranderlikes vir die groep as geheel, asook vir die vier subgroepe, eers verskaf. Dit is nodig ten einde 'n aanduiding te gee van hoe die ondersoekgroep ten opsigte van sielkundige welstand presenteer. Ten einde te bepaal of die literatuurbespreking (hoofstuk 2) 'n getroue weerspieëling bied van die sielkundige welstand van hierdie ondersoekgroep (afdeling I in figuur 16), sal die resultate van die vraelyste wat in hierdie studie aangewend is, in hierdie afdeling weergegee word. Hierdie vraelyste is:

- Die Hoop-skaal vir Volwassenes (HSV) / *Adult Dispositional Hope Scale* (Snyder, 2000),
- Lewenstevredenheidskaal / *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985),
- Antonovsky se Koherensiesin-vraelys / *Sense of Coherence Scale (SOC)* (Antonovsky, 1987, 1993), en die
- Fortaliteit-vraelys / *Fortitude Questionnaire* (Pretorius, 1998).



Figuur 16: Resultate met betrekking tot die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

7.3 BESKRYWENDE STATISTIEK

Die beskrywende statistiek van die faktore van sielkundige welstand vir die totale ondersoekgroep (N=40) word in tabel 4 verskaf.

Wanneer die *pathways* en *agency* -tellings van die Hoop-skaal bymekaar getel word, lewer dit 'n gemiddelde hoop-telling van 24.36 vir die groep as geheel. Snyder *et al.*

(2000) rapporteer dat 'n totale telling van 24 beskou kan word as 'n gemiddelde Hoop-telling vir persone in vroeë volwassenheid (sien afdeling 6.3.2.2.2). Hoewel soortgelyke kriteria rakende gemiddelde tellings vir bejaarde persone nie beskikbaar is nie, wil dit voorkom asof die groep proefpersone wat in hierdie ondersoek betrokke was dus oor 'n gemiddelde mate van hoop beskik het. Bykomende redes wat moontlik 'n rol gespeel het in hierdie feitlik identiese Hoop-tellings van die onderskeie groepe sal in die volgende hoofstuk (afdeling 8.2.2) kortliks bespreek word.

Tabel 4: Gemiddeldes en standaardafwykings vir die totale ondersoekgroep rakende die sielkundigewelstandtellings (n = 40)

Afhanklike veranderlike	X	s
Lewenstevredenheid	24,35	5,80
Koherensiesin	139,68	18,43
Fortaliteit	62,38	9,17
Hoop: <i>agency</i>	12,73	1,81
Hoop: <i>pathway</i>	11,63	2,08

Die gemiddelde lewenstevredenheidtelling van die groep as geheel (naamlik 24.35) lê tussen die tellings van 5 en 35, wat volgens Diener *et al.* (1985) beskou kan word as aanduidend van onderskeidelik lae en hoë mates van lewenstevredenheid. Wat die groep as geheel betref, toon hulle dus 'n gemiddelde mate van subjektiewe lewenstevredenheid en sielkundige welstand.

Wat betref die telling behaal op die Fortaliteit-vraelys van Pretorius (1998) lê die groepgemiddelde van 62.38 ook tussen die tellings van 58 en 65, wat volgens Pretorius beskou kan word as aanduidend van onderskeidelik lae en hoë vlakke van sielkundige sterkte. Die ondersoekgroep toon dus ook 'n gemiddelde mate van sielkundige krag of sterktes.

Met potensiële minimum- en maksimumtellings van 29 en 203, het die ondersoekgroep se groepgemiddeld van 139.68 op die Koherensiesin-vraelys daarop gedui dat groeplede oor die algemeen 'n redelike mate van verstaanbaarheid,

beheerbaarheid en betekenisvolheid aan hulle onderskeie lewensomstandighede en gepaardgaande stressore toegeskryf het.

7.4 KWANTITATIEWE HIPOTESETOETSING

Daar is vervolgens 'n Kruskal-Wallis eenrigtingvariensie-ontleding met behulp van die BMDP-rekenaarprogrammatuur (Dixon, 1985) gedoen en die resultate verskyn in tabel 5. Hier is gevolglik ondersoek ingestel of die gemiddeldesielkundige welstandstellings (hoop, lewenstevredenheid, fortaliteit en koherensiesin) vir die vier groepe statisties beduidend verskil.

Tabel 5: Gemiddeldes (X), standaardafwykings (s) en Kruskal-Wallis-resultate (H) van die psigologiese welstandsindekse van die onderskeie groepe

Psigologiese welstandsfaktore	Groep 1		Groep 2		Groep 3		Groep 4		H	p
	X	s	X	s	X	s	X	s		
Lewenstevredenheid	21,40	6,04	23,40	6,09	26,50	4,58	26,10	5,67	4,65	0,1992
Koherensiesin	128,9	21,02	144,9	15,73	147,9	18,84	137,0	13,61	5,80	0,1220
Fortaliteit	59,50	12,75	60,70	11,11	65,10	5,47	64,20	4,92	1,12	0,7731
Hoop: <i>agency</i>	12,70	2,16	12,70	1,77	12,80	2,15	12,70	1,34	0,18	0,9809
Hoop: <i>pathway</i>	11,30	3,09	12,10	1,37	11,40	2,01	11,70	1,70	0,99	0,8047

Die resultate in tabel 5 toon aan dat daar nie een van die gevalle statisties beduidende verskille (op minstens die 5%-peil) in die gemiddelde sielkundige welstandsindekse voorkom nie. Die nulhipotese kan dus ten opsigte van al die afhanklike veranderlikes nie verwerp word nie. Die feit dat daar nie statisties beduidende verskille gevind is nie, kan moontlik verband hou met die feit dat, weens die kwalitatiewe aard van die studie, die grootte van die groepe beperk was tot 10 persone per groep.

Ten spyte van die feit dus dat daar geen statisties beduidende verskille voorgekom het nie, val dit op dat groep 1, en tot 'n mindere mate ook groep 2, tellings behaal het wat gemiddeld laer is as wat die geval is in die ander twee (kontrole) groepe. Dit geld vir tellings op die Lewenstevredenheid-, Fortaliteit- en Koherensiesin-vraelyste (met die uitsondering van groep 2 wat 'n relatief hoë koherensiesin gerapporteer het). Dit wil dus voorkom asof hierdie groepe (groepe 1 en 2) wél moontlik laer vlakke van

sielkundige welstand ervaar, wat moontlik deur 'n groter steekproef blootgelê sou kon word. Sodanige resultate sou in ooreenstemming wees met die literatuurbevindinge in hierdie verband, en veral ook die bevindinge van Potgieter (2000). As gevolg van die kwalitatiewe aard van hierdie ondersoek was 'n groter steekproef van proefpersone egter nie haalbaar nie.

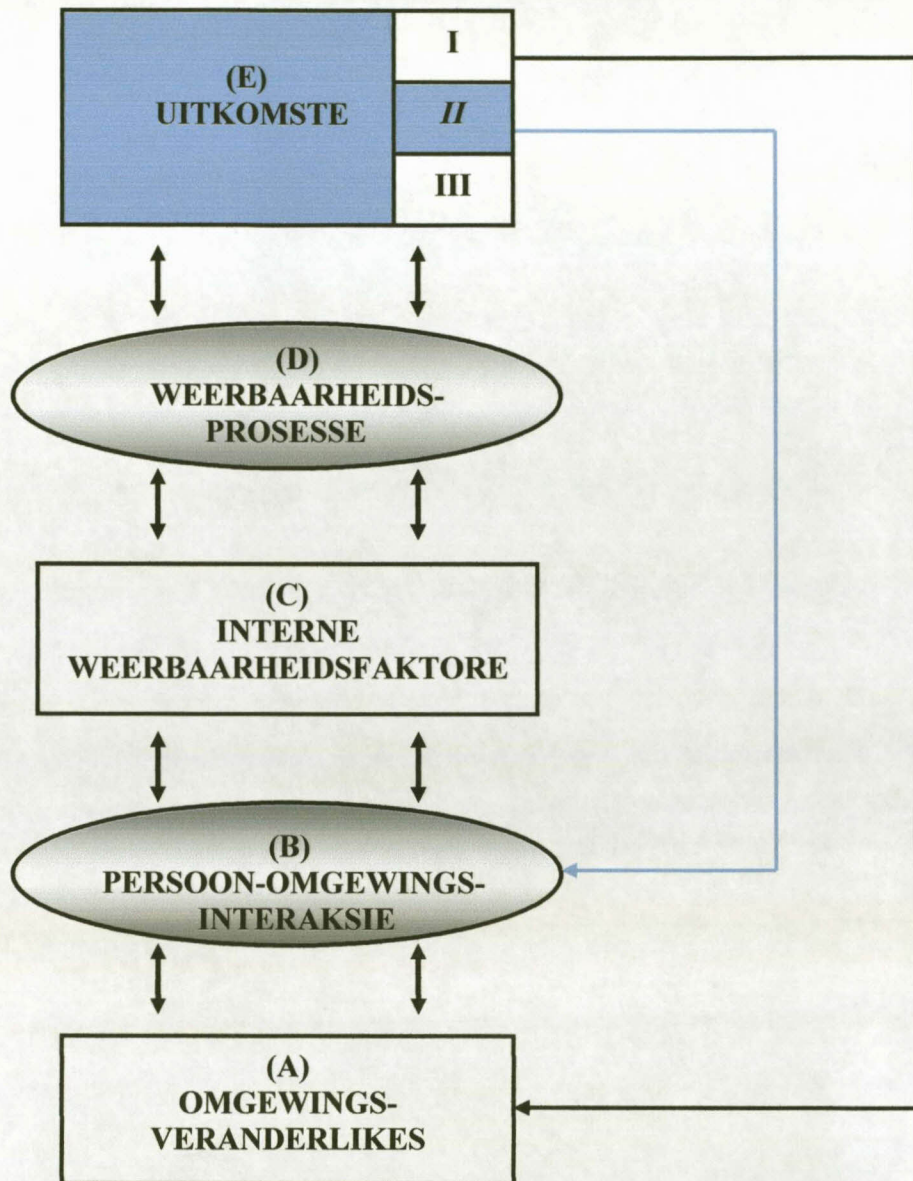
AFDELING II: DIE ROUPROSES

7.5 INLEIDING TOT DIE BESPREKING VAN DIE ROUPROSES

Soos reeds genoem, het Potgieter (2000) in sy ondersoek na die sielkundige behoeftes van die huweliksmaat-versorgers van Alzheimer-pasiënte, aanduidings gevind van stressore wat uniek blyk te wees tot hierdie situasie. Die psigodinamiese beleving van hierdie versorgingsproses het elemente van 'n rouproses bevat. Dit het duidelik na vore gekom dat die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte, veral met betrekking tot die intensiteit en verloop van die gepaardgaande rouproses, anders daar uitsien as wat die geval sou wees by die versorging van 'n ander (selfs chroniese) siektetoestand. Hoewel die rouproses dus 'n hoogs individuele proses is, en die mate van funksionele en emosionele inperking wat na die tyd bly voortbestaan ook verskil van individu tot individu, was dit egter uit die staanspoor duidelik dat daar redelik uitgesproke verskille tussen die groepe individue wat in hierdie studie gebruik is, bestaan het. Die volgende uittreksel uit 'n groepgesprek (Potgieter, 2000) dien ter illustrasie van die aard en intensiteit van emosies wat tydens die versorgingsproses beleef word:

“En ek verlang so na hom, ek kan nie hom hanteer soos wat 'n mens iemand wat dood is hanteer nie. Dis nie 'n afgehandelde saak nie, dis vir my soos 'n rou, ek wil die woord 'vrot' gebruik, want dit is hoe ek dit beleef het, want elke keer as ek daaraan raak in my gedagte, dan spoel die etter. Ek kan nie van dit ontslae raak nie, dit is 'n iets wat aan my vaskleef.” (Uittreksel uit 'n groepgesprek. Potgieter, 2000, p. 132)

Die resultate van hierdie ondersoek met betrekking tot die rouproses van die huweliksmaat-versorger van die Alzheimer-pasiënt (afdeling II in figuur 17) sal vervolgens meer aandag ontvang.



Figuur 17: Resultate rakende die rouproses as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

Waar bostaande aanhaling 'n aanduiding gee van die intensiteit waarmee hierdie verlies beleef word, dien die volgende aanhaling ter illustrasie van die komplekse verloop daarvan:

“Man, almal het vir my gesê jy is in 'n rouproses. Ek het reeds my eerste man aan die dood afgegee. My rouproses was nou heeltemal anders... my wrokkigheid! Goed, my eerste man het nie 'n siekbed gehad nie, en my wrokkigheid teenoor die Here het baie gouer bedaar as wat hierdie bedaar het. Op die oomblik is ek soos die mense wat daar by Stormsrivier in daardie koue

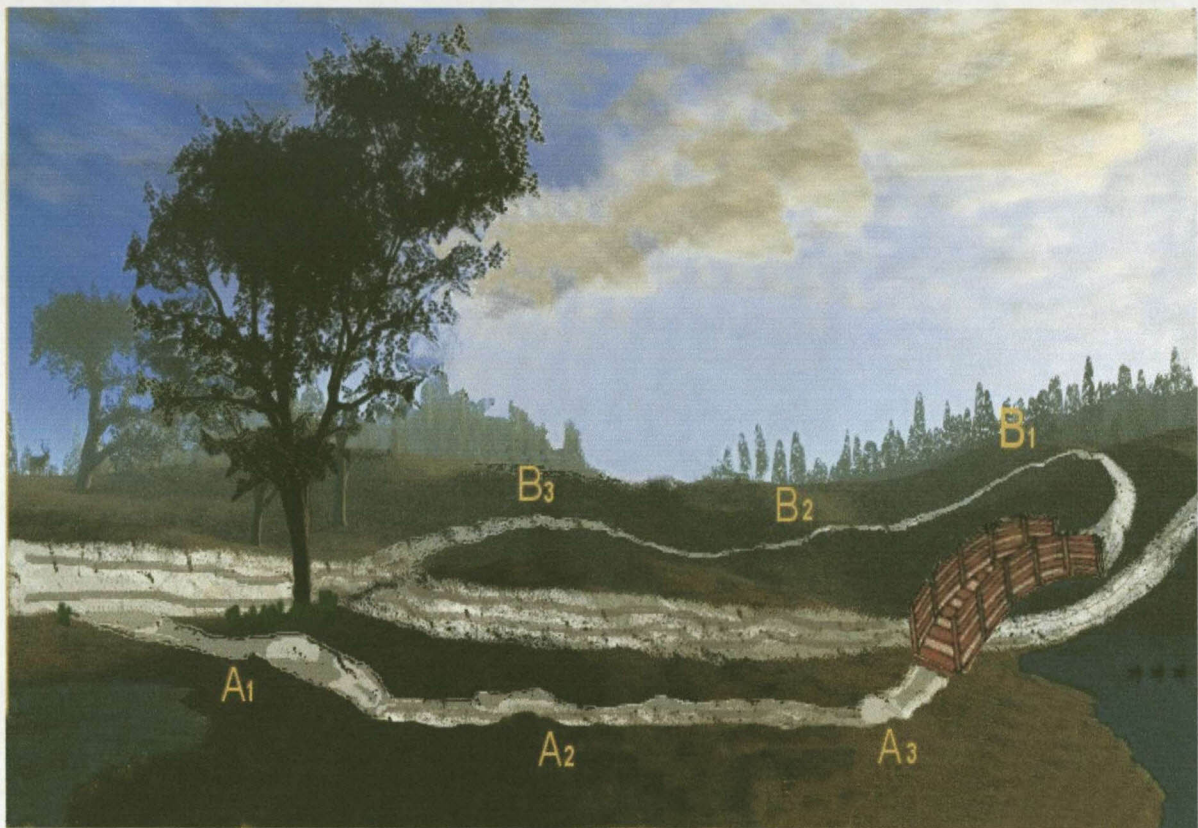
water geland het. (Daar was kort tevore 'n insident in die nuus waartydens verskeie vakansiegangers tydens 'n fratsongeluk in die Stormsrivier verdrink het.) Soms kom my kop vir 'n paar dae bo die water uit. Baie dae is ek in daai modderige slik... Hy het nou so drie tot vier maande wat hy my nie herken nie en dit het my in die ergste put. Dis verskriklik om 'n mens te hê, maar nie 'n mens te hê nie. Ek beleef dit so: dat as hy my nie ken nie, dan is ek vir hom dood, maar hy is nie vir my dood nie. Ek moet aanvaar dat my man nie weer sal huis toe kom nie, maar daar is geen finaliteit nie..."

Hierdie unieke rouproses is dan ook aangedui as een van die mees waarskynlike redes vir die feit dat die versorgers van Alzheimer-pasiënte tydens die versorgingsproses, maar veral ook na die afloop daarvan, probleme ondervind het met die behoud en herwinning van hulle eie sielkundige welstand, soos beskryf in hoofstuk 2.

Ten einde die presiese psigodinamika verbonde aan hierdie proses beter te beskryf, is daar in hierdie ondersoek met 'n groter groep proefpersone onderhoude gevoer as wat die geval was in die Potgieter (2000)-studie. 'n Tweede stel onderhoude is ook gevoer met persone wat hulle huweliksmaats aan 'n ander oorsaak as Alzheimer se siekte afgestaan het, ten einde kwalitatiewe verskille in die onderskeie groepe se belewenisse op te spoor. Hierdie gebruik van 'n kontrolegroep, asook die vertellinge van Alzheimer-versorgers wat voorheen gades aan 'n ander oorsaak as Alzheimer se siekte verloor het, het interessante aspekte aan die lig gebring van die unieke beleving van rou wat met Alzheimer se siekte gepaard gaan. Aangesien die rouproses *per sé* reeds goed in die literatuurgedeelte (hoofstuk 3) beskryf is, sal daar in die volgende bespreking gefokus word op daardie aspekte van hierdie rouproses wat kwalitatief anders daar uitsien, en waarskynlik besondere eise aan versorges stel (figuur 17). Aangesien hierdie in wese 'n psigofortaliteit-studie is (dus ingebed in die positiewe sielkunde soos beskryf in hoofstuk 4), sal daar sover moontlik tydens die bespreking aangedui word hoe die versorger se beleving verband hou met, of 'n invloed mag hê op haar koherensiesin, asook die beskikbaarheid van algemene weerstandshulpbronne (*GRR's*). Daar sal ook tydens hierdie bespreking soveel as moontlik verbatim na die onderhoude terugverwys word ten einde die bespreking toe te lig en in die data te begrond.

7.6 VERLOOP VAN DIE ROUPROSES

Die bespreking van die kwalitatiewe data rakende die rouproses sal gedoen word aan die hand van 'n metafoor, soortgelyk aan dié van Fingermaan en Perlmutter (2001) wat in afdeling 5.6 aangehaal is. Hierdie metafoor kan grafies voorgestel word deur 'n driedimensionele vloeiagram van die rouproses (figuur 18), wat tydens die verloop van hierdie ondersoek ontwikkel is. Hoewel 'n metafoor meestal mank gaan aan bepaalde swakhede, soos dat dit slegs tot 'n beperkte mate verteenwoordigend van die volle werklikheid kan wees, is daar op hierdie wyse van databeskrywing besluit ten einde die bespreking te vergemaklik en dit terselfdetyd meer illustratief te maak. Waar die model tekort geskiet het, is daar volledigheidshalwe kortliks van addisionele bespreking gebruik gemaak.



Figuur 18: Grafiese voorstelling van die rouproses van die Alzheimer-versorger

Volgens hierdie metafoer word die lewe gesien as 'n reis. Die woord 'lewenspad' is vir ons goed bekend en maak deel uit van ons daaglikse taalgebruik. Ons verkeer almal op een of ander stadium van hierdie 'lewenspad' of '-reis'. Vir die gelukkiges onder ons sal hierdie pad, vir ten minste dele van ons lewensloop, die vorm van 'n snelweg aanneem. Gedurende hierdie 'goeie tye' is die pad breed, die oppervlakte goed en sonder slaggate, en die weg vorentoe dikwels só goed verlig dat ons redelik vêr die toekoms in kan sien en ons aksies vroegtydig en dienooreenkomstig kan rig. Dit gebeur egter selde dat hierdie gladde verloop van sake onbepaald voortduur. In die meerderheid van mense se lewens word die voorspoedige reis soms deur 'n storm ontwig, wat veroorsaak dat daar versperrings oor die lewenspad val. Hierdie versperrings is soms klein en lig genoeg om self van die pad te verwyder, sodat die reis na slegs 'n kortstondige vertraging voortgesit kan word. In ander gevalle is die versperring egter te swaar om self deur die reisiger van die pad verwyder te word, en is dit onmoontlik om selfs met die kragtigste viertrekvoertuig daaroor of daarby verby te kom. Die verlies van 'n lewensmaat kan gesien word as een so 'n versperring.

Indien die persoon besluit om op die lewenspad voort te gaan (en inderdaad besluit sommige mense dat dit die 'einde van die pad' is), is daar die opsie van 'n ompad wat hom/haar rondom die versperring sal neem. Dié pad is gewoonlik van 'n veel swakker gehalte as die snelweg, en die reis daarop verloop gewoonlik baie langsaam en moeilik. So 'n pad, dikwels weinig meer as 'n tweespoorpaadjie, is egter dikwels die enigste opsie tot die persoon se beskikking. Die rouproses verteenwoordig een so 'n ompad wat dikwels 'n onvermydelike deel van die mens se lewensreis uitmaak. Die reis op hierdie pad word gekenmerk deur talle slaggate waarin die persoon mag vasval. Hierdie reis mag mense se lewens ook op 'n verskeidenheid van wyses (hetsy positief of negatief) beïnvloed. Ten einde die pad na die snelweg terug te vind, is dit egter noodsaaklik dat die hindernisse en belewenisse op hierdie ompad suksesvol bemeester moet word.

Daar is reeds verwys na die unieke rouproses wat die Alzheimer-versorger openbaar. Ten einde 'n bespreking daarvan te vergemaklik en reg te laat geskied aan die rykheid van data in hierdie verband, is daar besluit om dit te doen aan die hand van twee onderskeibare rousiklusse. Hierdie twee siklusse (in 18 figuur verteenwoordig deur onderskeidelik A en B) word elk gekenmerk deur eiesoortige belewenisse deur die

versorger op affektiewe, kognitiewe sowel as gedragsvlak. Tydens elk van hierdie siklusse word die versorger dan ook gekonfronteer met unieke situasionele eise. Die tydperk ná die aanvang van die voorkoms van simptome van Alzheimer se siekte by die pasiënt, verteenwoordig alreeds 'n afskeid gekenmerk deur verskeie verlieservaringe vir beide die pasiënt en versorger, en vorm die *eerste siklus* van die rouproses. Persoonlikheidsveranderinge wat dikwels by die pasiënt voorkom, die gepaardgaande onvoorspelbaarheid van gedrag en die implikasies daarvan vir die huweliksverhouding, vergestalt slegs enkele van 'n reeks van verlieservaringe wat deur die bejaarde versorger en lewensmaat as baie traumaties beleef word. Dit is egter vir die versorger 'n verlies 'sonder finaliteit', soos blyk uit die volgende aanhaling uit een van die versorgers se dagboek:

"Wat my die meeste pla, is dat ek deur sielkundiges deur 'n sogenaamde rouproses geneem is om my probleme te aanvaar, maar dit was alles 'n klug. Ek weet nou dit was 'n fout. By 'n rouproses moet daar 'n lyk wees. Die rouproses het my net verder van my eie man verwyder, in so 'n mate dat ek nie kan verdra dat hy my aanraak nie. Op die oomblik is dit my grootste probleem. Ek beseef ek sal net met iemand moet praat. Ek kan dit nie alleen hanteer nie."

Die pasiënt is op hierdie stadium nog fisiek teenwoordig, maar (veral kort voor die dood intree) geestelik en emosioneel totaal afwesig. Die onvoorspelbaarheid en trauma van elke dag se versorging van 'n persoon wat dikwels soos 'n totale vreemdeling optree en voel, kan vir jare op hierdie wyse voortgesit word.

Ten spyte van die dikwels lang tydperk van versorging en die begrip en antispasie wat dit gewoonlik meebring vir die onafwendbare uiteinde van die siektetoestand, naamlik die dood, is daar 'n *tweede siklus* van die rouproses wat volg nadat die pasiënt beswyk het, of die versorger die verantwoordelikheid van versorging aan iemand anders moes oorgee. As gevolg van die aard van die versorger se ervarings tot op daardie stadium, stel hierdie nuwe fase dikwels unieke, onverwagse en angswekkende eise aan die versorger wat betref die behoud van haar sielkundige welstand. Om terug te keer na die metafoor: Waar 'n persoon normaalweg na die belewing van 'n verlieservaring en die hantering van die gepaardgaande rouproses weer die 'snelweg' bereik, is dit in die geval van hierdie langtermynversorgers asof

daar 'n brug oor die snelweg gebou is wat hulle na 'n herhaling van die rouproses as 'n geheel lei, wat 'n vernietigende uitwerking op die sielkundige welstand van versorgers kan hê. In die studie van Potgieter (2000) het een van die versorgers haar in haar dagboek soos volg uitgespreek:

"En as die dood intree? Almal wat ek gebel het om te sê van my man se dood, het gesê dis 'n verlossing. En ek het saamgestem. Ek het ál die reëlins vir die begrafnis heroïes oorleef en die boedelsake in orde gebring. So het twee of drie weke verbygegaan. Toe is daar niks meer om te doen nie. Die foon wat aanhoudend gelui het, is doodstil. Besoeke hou op. Toe sien ek die gevaartekens. Ek word elke nag twee-uur wakker. Staan op. Kyk TV, maar die volgende oggend kan ek glad nie onthou wat ek gekyk het nie. Sooi-brand. Dikderm. Rusteloosheid en angstigheid. En toe nooi ek die kinders in die middel van die week om by my te kom eet en ek maak aanmekaar kos van twee tot ses. Die kinders kyk die spul kos so en sê, 'Sjoe Ma, maar jy het gekook! En ek weet ek het 'n probleem. Ek diagnoseer myself. MY SIEL SE KOMBUIS HET IN DUIE GESTORT. My basiese behoefte as vrou, om te sorg en te versorg, is van my weggenem. Gedurende verlede jaar is my man Mooihawe ('n versorgingsoord vir verswakke bejaardes) toe, maar ek was nog verantwoordelik vir sy behoeftes. Toe sterf hy en skielik was daar niks meer oor nie. Nou wou ek kos maak om te kompenseer. Volgens berading, moes ek die verlies en hartseer nie onderdruk nie. Ek moes die Alzheimer eenkant sit en my man weer in my hart sit. Dan moes ek die leemte wat gelaat is dat ek byvoorbeeld nie meer Mooihawe toe gaan en vir alles sorg nie, met iets anders vol maak, iets wat betekenis en sin aan my lewe sal gee. Ek het dit alles geweet, maar ek kon dit net nie alleen regkry nie." (p.132)

Soos in die vorige gedeelte genoem is, en duidelik deur hierdie aanhaling geïllustreer word, behels die ervaring van die versorger 'n dubbele rouproses wat uniek blyk te wees aan hierdie situasie, en unieke eise aan die versorgers blyk te stel. Hierdie proses maak deel uit van die belewenis van bykans al die persone wat huweliksmaats gediagnoseer met Alzheimer se siekte vir 'n tydperk tuis versorg (Potgieter, 2000). Elk van hierdie siklusse van die rouproses sal vervolgens in besonderhede bespreek word.

7.6.1 Die eerste rou siklus (A)

Soos voorheen genoem, is dit duidelik dat die rouproses van die huweliksmaat- versorger van die pasiënt met Alzheimer se siekte 'n aanvang neem reeds lank voordat die persoon aan die gevolge van hierdie tragiese siekte beswyk. Die simptome van hierdie siektetoestand (soos bespreek in hoofstuk 2) het 'n impak op alle aspekte van die versorgende huweliksmaat se bestaan, naamlik die biologiese, sielkundige, asook sosiale aspekte. Hoewel daar dus in hoofsaak tydens hierdie bespreking gefokus sal word op die rouproses se invloed op die individu se sielkundige funksionering, kan die impak daarvan (as gevolg van die geïntegreerde bio-psigo-sosiale aard van die mens) op die ander aspekte van menslike funksionering nie agterweë gelaat word nie, en sal aandag volledigheidshalwe ook daaraan geskenk word.

7.6.1.1 Biologiese funksionering (A1)

Die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte het inderdaad geblyk 'n verskeidenheid van fisieke eise aan versorgers te stel, wat op die lange duur dikwels bygedra het tot die voorkoms van sielkundige probleme tydens hierdie rouproses. Versorgers het gerapporteer dat hulle gedurende die versorgingsproses 'gewoond moes raak aan onmoontlike, ondenkbare goed' wat die fisieke versorgingsproses betref. Hierdie eise het op sigself bygedra tot verlieservaringe met betrekking tot persoonlike ruimte, vryheid en tyd.

"Hulle (met verwysing na die pasiënt) kan naderhand niks meer vir hulself doen nie. Ek moes hom skeer, ek moes hom was, en al sy higiëniese goed behartig. Hy kon nie meer bad nie. Ek het een aand van 11:00 die aand tot 5:00, elke keer as hy toilet toe gaan, 'n strepie gemaak. Toe is dit 14 keer. Ons kry nie geslaap nie, want as ons in die bed is, dan wil hy uitgaan. Vir my eie gesondheid was dit 'n vreeslike ding gewees."

Hierdie gebrek aan voldoende rus maak van die versorgingsproses op die lang duur 'n uitmergelende ervaring. Die rusteloosheid en onvoorspelbare gedrag van pasiënte speel skynbaar 'n groot rol in die feit dat die meerderheid van versorgers die

versorgingsproses beskou as 'n taak wat "nie 23 en 'n half nie, maar 24 uur per dag in beslag neem, sonder aflos". Versorgers moet dikwels vir maande sonder voldoende nagrus klaarkom, wat vanselfsprekend in talle gevalle 'n ernstige las op die versorger se fisieke sowel as sielkundige welstand gehad het, soos duidelik geïllustreer word deur die volgende:

"Kyk, op daardie stadium het hy nie meer die vertrekke uitmekaar geken nie. Hy het verdwaal in die huis. En daardie fase het uitgeloop op my stressaanval. Die spanning laai net al hoe hoër. In die tyd voor ek die hartaanval gehad het, het ek 11 keer in 'n nag met hom hierdie gang heen en weer geloop. Ek dink hy het nie geweet dit is nag nie. Dit het nie binnegedring dat hy veronderstel was om te slaap nie."

Interessant genoeg was daar by die kontrolegroepe slegs 'n enkele verwysing na aftakeling op fisieke vlak (Groep 4: dames wat hulle mans aan 'n ander oorsaak as Alzheimer se siekte aan die dood afgestaan het). Dit het direk te doen gehad met die feit dat die pasiënt voor sy dood vir 'n kort tydjie deliriek was en nie na homself kon omsien nie. Die versorging van 'n huweliksmaat wat aan kognitiewe inperking van enige aard ly blyk dus duidelik eise te stel wat selfs op fisieke vlak kwalitatief anders daar uitsien as die versorging van iemand wat nie kognitiewe inperking ervaar nie.

Daar kon dus uit die onderhoude bevestiging gevind word vir die opmerking van Potgieter (2000) dat hierdie versorgingsproses, selfs op fisieke vlak, unieke eise aan die versorger stel, en wel op een van twee wyses:

- In die eerste plek stel die versorging van 'n kognitief-ingeperkte persoon geweldige fisieke eise aan die versorger, aangesien die Alzheimer-pasiënte vir selfs die uitvoer van die basiese, alledaagse funksies van die versorger afhanklik raak. Dit het nie geblyk 'n noemenswaardige probleem te wees in gevalle uit die kontrolegroep waar daar vir 'n soortgelyke periode vir byvoorbeeld kankerpatiënte gesorg is nie.
- Soos duidelik uit die aanhalings blyk, word hierdie versorgingsrol ook aan verskeie psigosomatiese ongesteldhede gekoppel, wat waarskynlik veroorsaak

word deur die uitputting, stres en uitbranding wat die versorgingsituasie meebring. Fisieke probleme wat strek van sooibrand en spastiese dikderm tot senuwee-ineenstortings, suikersiekte en hartkwale is in hierdie verband genoem.

Tydlike hulpverlening deur selfs bekwame persone het in die meerderheid van gevalle klaarblyklik nie noemenswaardige verligting van die stres van die versorgers meegebring nie. Dit was waarskynlik een van die redes waarom Alzheimer-versorgers meer melding gemaak het van fisieke klagtes as persone wat byvoorbeeld 'n huweliksmaat met kanker versorg het. Die aard van Alzheimer se siekte het die vind van bekwame persone om die versorgingrol vir kort tydies oor te neem, uitermate bemoeilik.

“Ek is moeg, verskriklik moeg, maar ek moet aangaan. Jy weet jy kan hom vir 'n uurtjie vir iemand anders gee, maar in daardie uur is jy so oorspanne, dat jy nie kan rus of slaap nie. Mens is gedurig, selfs toe hy in bekwame hande was, bekommerd oor hom. Jy is bang hy loop weg. Jy is bang hy is ongelukkig. Ek het probeer dat hy 'n goeie ervaring het. Maar ek dink dit was naderhand vir my te veel. Die dokter het vir my gesê, jy moet hom laat gaan, jy kan dit nie doen nie. En dit is omdat ek glad nie meer weerstand gehad het nie.”

Versorgers, wat self bejaard is en dus self kwesbaar is, het dus inderdaad kwale opgedoen wat, volgens hulle, op 'n direkte of indirekte wyse met die eise van die versorgingsituasie verband gehou het. Hierdie fisieke aftakeling dra weer indirek by tot die versorger se kwesbaarheid vir die sielkundige stressore wat verband hou met die rouproses. Hierdie sielkundige aspekte van versorger-belewing sal vervolgens meer aandag geniet.

7.6.1.2 Sielkundige funksionering (A2)

In hierdie beskouing van die versorger se sielkundige belewing van die rouproses wat met die versorgingstaak gepaard gaan, sal daar vervolgens aandag geskenk word aan onderskeidelik die kognitiewe en gedragservaringe, asook die affektiewe belewinge (hetsy positief of negatief) wat met hierdie eerste fase van die rouproses gepaard gaan.

▪ Kognitiewe beleving (A2.1)

'n Verskeidenheid van kognitiewe belevinge is by versorgers geïdentifiseer, wat dikwels kwalitatief anders daar uitgesien het as wat die geval was by lede van die kontrolegroep. Hierdie verskille in versorgers se kwalitatiewe belevinge het dikwels die gevolg geblyk te wees van die eiesoortige verloop en simptomatologie waarmee die Alzheimer-pasiënt presenteer.

Een van die eerste kognitiewe elemente wat prominent was tydens die eerste siklus van die rouproses was die groot mate van **ontkenning** wat aanvanklik by Alzheimer-versorgers voorgekom het. Die aanvang van hierdie siektetoestand is deur een van die versorgers beskryf as 'n *'sluipende erosie'*. As gevolg van hierdie geleidelike progressie van Alzheimer se siekte is veral die meer subtiele simptome tydens die aanvang van die siektetoestand dikwels gerasionaliseer of aan ander oorsake toegeskryf. Versorgers het hulle dikwels nog lank na die diagnosering van Alzheimer se siekte in hulle huweliksmaats afgepra: *"Hoe lank het ek die veranderinge misgekyk, die waarheid amper doelbewus ontken?"*

Die irrasionele aard van die Alzheimer-pasiënt se gedrag en woorde het vir versorgers die hantering van hulle situasie dikwels uitermate bemoeilik weens die feit dat versorgers dit as geheel en al **onverstaanbaar** ervaar het. Dit was een van die kernelemente van versorger-beleving op kognitiewe vlak tydens die eerste rou siklus. Een van die versorgers het haar frustrasie met haar man se onverklaarbare gedrag in haar dagboek soos volg uitgedruk: *"– niks van sy gedrag is meer logies of relevant nie. Dis so dêm Grieks."* Die aard van die versorgingsituasie het versorgers genoop om 'n mate van verstaanbaarheid en voorspelbaarheid op ander plekke te soek. Dit het deurgaans geblyk dat die versorgers se spiritualiteit en geloofsoortuiging in dié verband 'n belangrike rol gespeel het. In 'n situasie waar hulle eie kognitiewe vermoë en begrip ontoereikend was, het hulle dikwels na die 'Alwetende God' gegaan vir antwoorde. Hierdie soeke na antwoorde by God word geïllustreer deur die volgende dagboek-aanhaling:

"Gistermiddag het ek die Here aangeval, gehuil en gehuil en Hom gevra hoekom Hy my uitgekies het vir hierdie werk. Hy weet tog ek kan dit nie doen

nie. Hy weet alles. Hoekom doen Hy dit aan my? Ek was weer hewig ontsteld en het vannag heelnag gedroom. 'O Here, ek kan nie die sin daarvan sien nie. Wees my genadig. Ek is beslis nie die regte maat wat u gekies het om vir Paul op te pas en by te staan nie – ek is te sleg om my huweliksbelofte na te kom. Here, wat gaan U met my doen? Ek is bang wat U met my gaan doen, maar ek wil U aanvat daaroor dat U my tog ken, U het my geskape en U ken al my swakhede. Hoekom dan Here? Hoekom? Vanaand (as ek nog sal slaap, dit is al twaalfuur) moet U weer in my slaap die oplossing gee en my nuwe krag gee, want ek kan nie meer nie. U sal sê ek is ondankbaar. U het so baie vir my gegee en my so gehelp, maar niks, niks weeg op teen die feit dat ek nie die kruis kan opneem nie. Ek ken al U beloftes, U juk is sag, U las is lig, maar vanaand het alles net te veel geword. Ek wil vir U sê dat dit nou 'n vreemdeling is saam met wie U verwag dat ek moet bly. Dis mos godsonmoontlik, Here. Ek weet alles is by U moontlik Here, maar ek is net Sandra, ek is net 'n mens ... 'n mens wat aan die einde van sy paadjie gekom het.'"

Hierdie spirituele soeke na verstaanbaarheid van die situasie het dikwels, soos ook hier die geval was, vir die versorger vrugte afgewerp.

"Gisteraand het ek gevra, 'Hoekom ek?' Vandag weet ek ek moet vra, 'Hoekom nie ek nie?' Here, U rus ons tog toe vir die taak wat ons moet verrig. Maar Here, U sal regtig aan my moet werk. U het bietjie opgeslip. Asseblief, moet my net nie los nie, al is ek geneig om U te los."

Terwyl die onverstaanbaarheid van die huweliksmaat se gedrag en die versorgingsituasie op sigself 'n stressor was, het dit ook aanleiding gegee tot ander uitdagings wat op kognitiewe vlak die versorger se sielkundige welstand belemmer het. Die feit dat daar geen logiese oorsaak of verklaring vir hulle huweliksmaats se toenemend vreemde gedrag gevind kon word nie, het byvoorbeeld vir baie versorgers 'n periode van intense **selfvertwyfeling** veroorsaak oor hulle eie funksionering en oordeel.

"Ek was ook gewoonnd daaraan dat hy hom saans in sy studeerkamer in sy werk verdiep en dan skaars merk as ek 'n arm om sy skouers slaan of 'n koppie koffie

inbring. Hy raak egter meer en meer afsydig. Ek soek tevergeefs oogkontak. Hy hoor baie keer nie as ek praat nie en as ek aanhou is hy ongeduldig en sonder begrip. Die leegheid tussen ons begin aan my knaag. Ek wil nie lollerig en pruilerig wees nie en bly liewer stil. Ek lees oor huweliksbehoud en besluit om meer aan hom te vat."

Die onvoorspelbare helder tye of 'eilande' wat dikwels by die pasiënt voorkom en deel uitmaak van die normale verloop van Alzheimer se siekte, het daartoe bygedra dat hierdie versorgers dikwels gevrees het dat die situasie en hulle kognitiewe beleving daarvan 'n produk is van hulle eie verbeelding. Die rol hiervan in die verskillende belewenisse van 'n Alzheimer-versorger wat vroeër reeds 'n huweliksmaat as gevolg van 'n ander oorsaak afgestaan het aan die dood, kom duidelik na vore in die volgende:

"En kyk, my eerste man het siek geword, wat ook tot die dood gelei het. Pieter (die huweliksmaat wat aan Alzheimer gely het) het egter siek geword, en ek het vir ses jaar geslinger tussen die realiteit en 'verbeel ek my nie maar nie?' Selfs nadat die vermoede bevestig is dat dit Alzheimer was, was die vraag gedurig, 'Is hulle diagnose nie verkeerd nie?' Elke dag wat hy goed was het ek vir myself gesê, 'Hulle is verkeerd, hy het nie Alzheimer nie, kyk net hoe oulik is hy vandag.' Daardie slinger, daardie langdurige twyfel, selfs wanneer dit 'n uitgemaakte saak is, ek dink dit was net so erg soos nou se rou."

Wanneer die simptome tot so 'n mate gevorder het dat dit beslis nie meer ontken kon word nie, was dit die afskeid van 'n lewensmaat van dikwels by die 50 jaar, wat in die vlees nog teenwoordig is, maar in wese lank reeds nie meer dieselfde persoon is nie, wat vir versorgers 'n groot mate van kognitiewe dissonansie geskep het. Versorgers is daagliks gebombardeer met oorweldigende versorgingseise, en dit vir 'n persoon wat, hoewel hy vleeslik steeds veronderstel was om die huweliksmaat te wees, toenemend 'n vreemdeling geword het. Hierdie verlies 'sonder finaliteit' het geblyk een van die grootste dilemmas tydens hierdie rouperiode te wees. Versorgers het dan dikwels op hulle eie manier gepoog om die situasie kognitief te verwerk en vir hulleself so verstaanbaar en beheerbaar as moontlik te maak. Hulle het dan op verskillende maniere kognitief probeer cope met die realiteit van die situasie en die

verwarrende emosies wat daarmee gepaard gaan (ek is lief vir hom, maar tog soms woedend vir hom oor die dinge wat hy doen, en dit laat my skuldig voel).

“Op 'n stadium het ek daarin geslaag om die Alzheimer en die mens van mekaar te skei. Ek en hy het aan die een kant gestaan en hierdie ou siekte het aan die anderkant gestaan. Dit is net hierdie ewigdurende buffer wat jy vorm tussen jou geliefde en hierdie dinge wat Alzheimer met hom doen. Jy is permanent op 'n adrenalienpomp om te keer dat Alzheimer hom nie vernietig nie.”

Die **vasberadenheid** waarmee Alzheimer-versorgers hierdie onmoontlike taak deurgaans aangepak het, spreek ook duidelik uit die aanhaling. Daar was sonder uitsondering by die betrokke versorgers van hierdie ondersoek 'n kognitiewe of wilsbesluit om die huweliksmaat so goed as moontlik (en feitlik uitsluitlik altyd self) te versorg. Ten einde hulleself in staat te stel om hierdie taak (vir 'n onbepaalde periode) met toewyding deur te voer, het hierdie besluit noodwendig 'n groot mate van **self-miskenning** en **self-opoffering** by die versorgers genoodsaak. Beperkings op persoonlike tyd het in die vorige afdeling aandag ontvang. Ook met betrekking tot 'n eie persoonlike ruimte het daar by versorgers 'n intense behoefte bestaan.

“Dis eintlik so min wat ek vra, net 'n bietjie RUIMTE. Om net 'n slag in my eie huis te kan beweeg sonder dat my elke beweging dopgehou en bevraagteken word, sonder om beskuldig en belaster en gevloek te word, sonder om te verduidelik. Sonder om vrae te beantwoord as ek weet ek gaan keer op keer tog net die verkeerde ding sê. Ek begin aan myself twyfel...”

Hierdie self-opoffering wat by versorgers waargeneem is, het egter verder gegaan as die gebrek aan ruimte en tyd soos blyk uit die aanhaling. Die eise van hierdie situasie is van so 'n aard dat eie behoeftes, asook drome en ideale noodwendig vir 'n onbepaalde tydverloop op die lange baan geskuif moes word, sodat die suksesvolle versorging van die huweliksmaat dikwels met tydverloop die allesoorheersende doel in die lewe van talle versorgers geword het. 'n Totale verandering in die gedagtegang was noodsaaklik, sodat eie behoeftes eenkant geplaas is, en dit plek moes maak vir die eise van die pasiënt en hierdie allesomvattende versorgingstaak.

“Maar jy stel jouself heel laaste, jy bestaan net nie meer nie. Dit gaan alles oor hom, niks anders maak meer saak by jou nie. Self nou nog, ek voel ek is nou hy, ek lewe so in hom in. Ek kan baie dingetjies nie uit myself kry nie. Daardie tyd besef mens dit nie. Jy begin in hom inlewe. Jy raak weg en net daardie persoon is nou vir jou belangrik. Ek het dae nooit geëet nie. Hy kon nie sluk nie, dan kan ek ook nie eet nie. Só baie het vir my gesê, jy moet na jouself kyk, jy moet lewe. Ek kon nie. Ek kan dit nie vir 'n ander beskryf nie. Hy is vir my die belangrikste.”

Weens die onverstaanbaarheid van en onkunde oor hierdie siektetoestand het versorgers ook byna op 'n outomatiese wyse hulle **hoop** geplaas op enige iets wat die geleidelike wegwyn van hulle lewensmaats moontlik sou kon rem of omkeer. In die ondersoekgroep was talle van die versorgers byvoorbeeld voorheen betrek by 'n navorsingsprojek wat in een van die stede geloods is vir die ontwikkeling van 'n medikasie vir die behandeling van Alzheimer se siekte. Tydens hierdie projek was versorgers se hoop in baie gevalle gevestig op die moontlikheid van herstel van hulle huweliksmaats. Wanneer die hopeloosheid van die situasie egter 'n realiteit geraak het, het dit die versorgers uitermate negatief beïnvloed.

“Hier in jou agterkop het jy daardie hoop dat hulle iets kan doen vir daardie mense en dit gaan hom help en dit is nie so nie. Ons het nooit eers uitslae gekry nie. Hulle het net gesê dit is nie 'n suksesvolle ding nie. Dit het mens 'n klomp hoop gegee, en vir ons as familie was dit baie traumaties.”

Aanvaarding van die versorgingsituasie was op die lange duur dus dikwels vir die versorger hulle enigste behoud. 'n Verskeidenheid van faktore het bygedra tot versorgers se besluit om self die versorgingstaak te behartig. Of dit gedoen is as 'n selfopofferende liefdesdaad, of uit pligsbesef teenoor die huweliksmaat en terwille van die instandhouding van die huweliksbelofte (*“for better or worse, until death do us part...”*), daar was altyd die volgende faktor ter sprake: Die besluit om self te versorg was, in 'n lewensituasie wat totaal onvoorspelbaar en buite die beheer van die versorger is, die enigste wyse waarop versorgers kognitiewe sin aan die ervaring kon gee, en 'n mate van begrip van en beheer oor die situasie kon herwin. Die besluit van versorgers om hulle spreekwoordelike kruis te dra, was dus dikwels die enigste en

onwillekeurige uitweg om aan hierdie situasie 'n mate van verstaanbaarheid, voorspelbaarheid en beheer te verleen. Een van die versorgers het dit in haar dagboek soos volg uitgedruk:

“Ek wil dit hier neerskryf: aanvaarding is die begin van oorlewing. Ek sal beslis sekere dinge vir myself moet uitwerk om te kan oorleef.”

En later:

“Dit het in my ryf geword tot ek op 'n dag weet hoe gouer ek my selfsug nek omdraai en hierdie taak wat die Vader op my skouers gelê het as eerste prioriteit aanpak, hoe beter sal dit vir almal wees, maar veral vir myself. Dit is al manier wat ek die ongeduld en frustrasie kan oorkom om alle ander belangstellings ondergeskik te maak en my ten volle toe te wy aan hierdie eerste verantwoordelikheid, my man. En ek voel dit pas in.”

“Daar is blydskap en kalmte as mens doen wat jy moet doen omdat jy omgee. Wat my situasie betref: ek het my man se siekte aanvaar in die feit dat ek verantwoordelikheid daarvoor aanvaar het. Ek versorg hom, gee hom alles, doen alles in verband met ons finansies, doen alles wat hy vroeër gedoen het. Ek kon net sowel my tas gepak en verdwyn het, maar ek het nie.”

Hierdie gedagte het in die onderhoude ook telkens te voorskyn gekom:

“Jy staan in die oggend só moeg op, omdat jy die heel nag nie geslaap het nie, want jou pasiënt het nie geslaap nie. En jy moet aanvaar, dit is maar my lewe in totaliteit. Na soveel jaar, na ses jaar, aanvaar mens dit. Die ou mense het 'n woord gehad 'gelate'. Jy is daarteen baklei nie. Jy kan dit nie verander nie, jy kan niks doen daaraan nie, dit is nou hoe dit is, en jy aanvaar dit gelate.”

Dit wil egter voorkom asof hierdie besluit dikwels 'n proses van kognitiewe aanvaarding is, terwyl versorgers dikwels steeds gesukkel het met die emosionele aanvaarding van hierdie ervaring (wat later meer aandag sal ontvang):

“Ek kan dus ook sê ek het die werklikheid van Alzheimers aanvaar, maar elke keer as ek hom so sien sit en niksdoen nie, dan ervaar ek steeds die emosies van hartseer, soms woede, as hy so moeilik is en frustrasie oor ek meer moet doen as waartoe ek in staat is. En oor die emosies het ek geen beheer nie. As dit dus afhang van my emosies sal ek nooit by die punt kan kom om te sê: Vandag 22 Januarie, het ek dit aanvaar nie. Om myself weer te herhaal: Enige mens wat op 'n sekere tydstip vir homself sê: 'Kyk, die ding het met my gebeur. Ek gaan nie bly lê nie, ek gaan iets daaraan doen. Ek gaan vir my 'n 'houtbeen' kry.’ Daardie persoon het dit aanvaar. Maar dit vrywaar hom nog glad nie van gevoelens van skuld, woede en hartseer nie. Geen mens kan homself distansieer van gevoelens nie. Dis abnormaal. Dis onmenslik en onnatuurlik.”

Die noue verband wat daar tussen die versorger se kognitiewe en emosionele beleving van hierdie rouproses bestaan, blyk duidelik uit bogenoemde aanhaling. Dit wil voorkom asof versorgers se kognitiewe hantering van die rouproses (en veral die proses van selfmiskenning wat met die aanvaarding gepaard gaan), wat gewoonlik oor 'n tydperk van 5 tot 10 jaar uitgestrek word en in daardie tydperk toeneem in intensiteit, belangrike implikasies het vir hulle uiteindelijke terugkeer na die 'normale' lewe. Daar sal tydens die bespreking van die tweede rou siklus meer aandag aan hierdie kwessie gegee word. Met betrekking tot die kognitiewe hantering van die eerste fase van verlies is dit egter duidelik dat die self en die eie drome of ideale vir 'n lang tydperk tweede gestel moet word ten einde die versorgingstaak so goed moontlik te hanteer en die oorlewing van die versorger te verseker.

▪ Gedragsbeleving (A2.2)

“Ek vlug vir 'n leeu. Ek klim op mure, probeer my (of ons) toesluit, maar daar is elke keer weer 'n swak slot, 'n lae muur, 'n half-oop heining. Die leeu vang my pa, of my man. Ek weet nie wie nie. Ek hoor hoe hy gil en skree om hulp. Ek hoor hoe sy vleis uitgeskeur word. Ek hoor sy gekerm. Ek hardloop, hardloop, skreeu om hulp maar daar is niemand om te help nie. Uiteindelik word ek wakker. Ek bewe van ang. Ek huil met 'n onnoemlike hartseer.”

Die rou vrees vir die onbekendheid en onbeheerbaarheid van die situasie, soos dit tot uiting gekom het in een van haar drome tydens die vroeë stadium van haar man se siekte, is deur hierdie versorger in haar dagboek aangeteken.

Soos duidelik blyk uit afdeling 7.6.1.1, het die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte 'n groot invloed gehad op veral die **slaapgedrag** van versorgers, wat deurgaans 'n drastiese inperking van hulle vrye tyd vir rus en ontspanning gerapporteer het. Hoewel gedragsverandering, soos die voorkoms van **huil** en die versteuring van **eetpatrone** ook in die kontrolegroep gerapporteer is, was daar 'n aantal kwalitatiewe verskille wat aan die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte 'n unieke kleur gegee het, selfs op gedragsvlak.

Een van die kernaspekte rakende die bepaling van versorgers se gedrag was die kwessie van beheer. Soos die Alzheimer-simptome stelselmatig in erns en graad toegeneem het, het dit geleidelik beheer oorgeneem, nie net oor die gedrag van die pasiënt nie, maar ook oor die lewe en gedrag van die versorger.

Die situasie was vir die meeste versorgers, ten minste aanvanklik, 'n absoluut oorweldigende ervaring. Die onverstaanbaarheid en onvoorspelbaarheid wat die versorgingsproses meegebring het, soos in die vorige afdeling bespreek is, in die meerderheid van gevalle ook 'n gevoel van totale magteloosheid en beheerverlies veroorsaak. 'n Tydperk gekenmerk deur 'n sterk eksterne lokus van kontrole by die versorger het dikwels na die aanvang van simptome gevolg, waartydens Alzheimer se siekte en die onvoorspelbare gedrag van die pasiënt die bepalers was van hoe die versorger haar dag sou leef en inrig. 'n Interessante bevinding was egter dat versorgers in 'n aantal gevalle stelselmatig beheer teruggeneem het oor die situasie en 'n meer interne lokus van kontrole ontwikkel het. Daar het geblyk 'n inherente begeerte of soeke na beheer te wees, wat in 'n verskeidenheid van gedragswyses tot uiting gekom het. Die volgende aanhaling uit een van die versorgers se dagboeke dien ter illustrasie daarvan:

"Ek het weereens beseef ek moet nie so hard op myself wees nie. Om beter te voel, het ek die week weer begin lappe verf. Dit was goed om te beseef ek is daar

in beheer. As 'n lap nie reg lyk nie, kan ek hom reg laat lyk. Die kleur byvoorbeeld skerper maak. Ek kan dit doen. En dit het my weer beter laat voel."

Sommige pogings om beheer oor te neem oor die situasie, selfs op simboliese wyse, was noodwendig meer suksesvol as ander:

"Deon (die versorger se seun) het my gisteraand gevat om na 'n karavaan te gaan kyk. Ek het hom met my spaargeld gekoop. Ek voel dis 'n belegging sodat ons so nou en dan bietjie kan wegkom sonder om 'n plaas se geld te betaal. Ek moes dit in die geheim doen met my effektrust-geldjies wat nou genoeg is. Pieter was nog altyd teen 'n karavaan. Eintlik was hy sy hele lewe teen ALLES wat nie deur hom geïnisieer is nie en op die stadium is dit vir my nodig om die stukkie van my lewe wat nog oor is (al is dit in so 'n gemors) beter te benut en self my besluite te neem."

'n Interessante voorbeeld van hoe beheer deur die versorger teruggeneem is wat in bykans al die gevalle voorgekom het, is die feit dat versorgers, ten spyte van onmoontlike omstandighede, die paradoksale besluit geneem het om so lank as moontlik self die versorgingsproses te behartig. Hetsy dit gedoen is as 'n liefdesdaad, of beskou is as 'n godgegewe plig, die besluit om self te versorg het 'n mate van beheerbaarheid in die situasie teruggeplaas. Die volgende dien as voorbeeld van hoe 'n versorger as gevolg van spirituele oortuiging die verantwoordelikheid van die versorgingstaak op haarself geneem het en op so 'n wyse beheer oor die situasie geneem het.

"My dae is so vol en besig dat ek soms verwonderd staan oor die feit dat ek nog nie ingegee het nie. Dis dan dat ek telkens die Heer se genade beseef. En gisteraand toe ek weer twyfel of ek die regte ding doen, het ek in die Bybel in Rut 3 gelees en die verklaring in 'Bybel in Praktyk' daarby gelees: 'Mense het 'n verpligting om hulle intelligensie en hulle vermoë om te beplan so aan te wend dat hulle lewensomstandighede kan verbeter. Natuurlik sluit dit nie uit dat God die een is wat dinge laat gebeur nie. Maar ons mag nooit ons verantwoordelikheid misken deur passief te wag vir God se ingrype nie. Biddend slaan ons ons hand aan die ploeg om die take wat ons opgelê word, af te handel

en in Sy genade laat God ons beplanning en werk tot voltooiing kom.' (Toe Rut by Boas se voete gaan slaap het)."

Die feit dat die versorgingsproses as 'n wilsbesluit beskou is, het beheer beteken in plaas daarvan om 'n ongevraagde en ongewenste situasie te moet hanteer. Die besluit om die pasiënt so lank as moontlik self te versorg, het egter op gedragsvlak van versorgers geweldige aanpassings en opofferinge geverg.

"Een ding wat op dié stadium nog werk, is om soggens baie vroeg op te staan en hier in die kombuis iets te doen, soos skilder of skryf. Soms is dit nodig dat ek brood of beskuit moet bak, maar ek sal maar moet probeer om iets te doen wat my laat goed voel. Die kans op onderbreking is soggens nie so erg nie. Hy sal miskien een keer kom hoor waar is ek of wat doen ek."

Ten spyte daarvan het hierdie besluit beheer in die hande van die versorger teruggeplaas, en was institusionalisering in die meerderheid van gevalle 'n absolute laaste uitweg. Dit het slegs gevolg nadat versorgers alles in hulle vermoë gedoen het om die pasiënt vir so lank as moontlik tuis te hou. Hoewel 'n grootskaalse wantroue in medici en die personeel van versorgingsoorde soms 'n rol gespeel het, was die aanvaarding van die versorgingsrol (afdeling A2.1) en die *eie* besluit om dit met toewyding te doen, 'n bemagtigende ervaring vir talle versorgers, en 'n terugneem van beheer oor 'n hopelose situasie. Hierdie beheer sou prysgegee moes word sodra die besluit om die pasiënt institusioneel te laat versorg geneem word. Dit is dus glad nie verbasend dat versorgers so moeilik van hierdie taak afstand gedoen het nie.

Die gebrek aan vrye tyd en aktiwiteite wat nie meer gedoen kan word nie, het 'n noodwendige en vanselfsprekende inperking op gedrag tot gevolg gehad. Bo en behalwe die fisieke versorging van huweliksmaats wat deur die versorgers behartig moes word, was aktiwiteite wat vroeër saam met die huweliksmaat onderneem is, nou onmoontlik om vol te hou. Huishoudelike take, wat vroeër uitsluitlik die verantwoordelikheid van die pasiënt was, moes noodgedwonge deur die versorger oorgeneem word. Die impulsiewe gedrag van pasiënte veroorsaak boonop dat versorgers hulle planne dienooreenkomstig moet inrig:

“Ek het afgetree, en ek moes vinnig Johannesburg toe, en toe ek terugkom sê hy vir my, ‘I’m finishing up, ek maak Vrydag klaar’. Hy het dit nooit met my bespreek nie. Hy het net besluit dit is nou klaar. Sy pensioen sou eers op 65 uitbetaal en hy was toe 59. Sy eerste maand se pensioen was R300, en ons kon nie van R300 leef nie. Daar was niks bespreek nie. Hy het net gesê hy maak klaar, hy is moeg. Gelukkig het Oom Hans (haar vorige werkgewer) gesê, ‘Wil jy nie vir my kom help vir ‘n maand nie?’ Toe sê ek ja, en ek het 11 jaar en 9 maande gebly.”

Vreemde terreine wat versorgers noodgedwonge moes betree (byvoorbeeld motorbestuur, die koop en verkoop van eiendom, en die verantwoordelikheid van verhuising en finansies) het vanselfsprekend vir die versorgers groot angs, maar ook die geleentheid tot positiewe groei en persoonlike ontwikkeling meegebring. Die progressie van simptome en die aard van die versorgingseise wat dit meegebring het, het egter op een of ander stadium in alle gevalle institusionalisering genoodsaak. As gevolg van die behoudende invloed wat die besluit om self te versorg gehad het, het hierdie fase van die proses vir versorgers dikwels opnuut ‘n verlies van beheer en ‘n mislukking geïmpliseer. As gevolg daarvan was dit dikwels vir die versorgers moeilik om self tot hierdie besluit te kom en het dit dan gehelp as iemand anders, soos byvoorbeeld ‘n geneesheer of die persoon se kinders, die finale besluit geneem het.

Waar egter voorspel sou kon word dat institusionalisering vir die versorger bevryding op gedragsvlak sou beteken, wil dit voorkom asof die invloed van hierdie siektetoestand op die gedrag van die versorger voortduur na institusionalisering, soos duidelik uit die volgende aanhaling blyk:

“Daardie laaste week was ek al die ure wat hy wakker was by hom. Ek het in die oggende vroeg gegaan en ek is saans so tienuur, elfuur van die hospitaal af weg.”

Die versorgingsituasie was dus steeds te bindend om selfs vir kort tydies daarvan te ontsnap. Waar dit in die geval van byvoorbeeld ‘n kankerpatiënt nog moontlik was om die pasiënt (ten minste aanvanklik) saam te neem wanneer die versorger die huis

verlaat het of tydelik in iemand se sorg te laat, het dit het egter vir Alzheimer-versorgers baie moeiliker geblyk te wees om die versorgingsituasie tydelik te ontsnap.

“Ek het toe nog gewerk, maar toe vra ek vir hulle as ek vroeg in die oggende begin, dat ek so eenuur by die huis kan wees. Van die bure het so af en toe gehelp en ingeloer en my bediende was gereeld daar. Sy het baie vir hom gedoen en water en so aan aangedra. In ‘n mate was die feit dat ek nog gewerk het vir my nogal ‘n uitlaatklep, laat jy darem met mense gekommunikeer het. Dit het jou aandag so bietjie afgetrek. Ek dink daarsonder sou mens verward of dalk geweldig depressief geraak het.”

Hierdie tydelike wegkom en kontak hou met die ‘normale’ lewe is telkens deur persone uit die kontrolegroep, wat hulle ook in ‘n versorgingsituasie bevind het, beskryf as hulle behoud. Die impak van hierdie kwessie op die versorger se sosiale funksionering was dramaties, en sal in ‘n volgende gedeelte meer aandag geniet. Al sou dit vir die Alzheimer-versorger prakties moontlik wees om fisiek weg te kom, was hulle gedagtes voortdurend by die pasiënt. Die langtermyn-aard van hierdie gedragsinvloede op die lewe van die versorger voorspel egter weereens ‘n moeilike terugkeer na die ‘normale lewe’; ‘n proses wat tydens die bespreking van die tweede rousiklus meer aandag sal geniet.

Binne die versorgingsituasie het die versorger se gedrag teenoor die pasiënt dikwels ook ‘n grootskaalse verandering ondergaan, soos wat die rolle noodgedwonge moes verander.

“En weet jy, die begin van daardie jaar toe die ding nou trigger, eers met gewigsverlies en opstandigheid, snaakse goed het voorgekom en toe ek hom uiteindelik by die dokter kry, om vir hom te sê, vandag gaan jy saam met my, dat jy hoor wat sê die dokter wat makeer ek, toe dink hy nogal hy is nou vreeslik braaf dat hy nou saam met my gaan.”

Maak nie saak hoe hard die versorger probeer keer het nie, sy sou uiteindelik noodwendig faal in haar pogings om die agteruitgang in die huweliksmaat en huweliksverhouding te stuit en te probeer beheer. Daar sal in die gedeelte wat handel

oor die versorger se sosiale funksionering meer aandag aan die sosiale aspek van versorger-belewing geskenk word, wat die verhouding tussen pasiënt en versorger as een van die fasette insluit.

- **Affektiewe belewing (A2.3)**

"My gevoelens was 'n mengsel van bitter opstandigheid, kwaad en jammer. So 'n deurmekaar mengsel..., jy is jammer vir die man, maar hulle doen sulke snaakse goed dat jy kwaad raak. Jy word só kwaad."

Soos geïllustreer deur hierdie aanhaling uit een van die onderhoude, het die meeste versorgers gevoel dat hulle deurentyd gebombardeer is met 'n absolute warboel van wisselende emosies, wat 'n intense labiliteit van gemoed tot gevolg het. Dit was in talle gevalle duidelik dat hierdie verwarrende emosies die direkte gevolg was van die feit dat die lewensmaat fisiek nog teenwoordig was, maar dat daar in 'n groot mate reeds emosioneel van hom afskeid geneem moes word.

Een van die mees prominente emosies, wat dikwels ook vroeg in hierdie eerste siklus van die rouproses tevoorskyn gekom het, was dié van **skok**. Die oorgrote meerderheid van versorgers het, in retrospeksie, gevoel dat die aanvang van die simptome baie geleidelik was. Die versorger het wel in enkele gevalle toenemend bewus geraak van vreemde gedrag by die huweliksmaat. Die 'skelm' aard van Alzheimer se siekte het egter in die meerderheid van gevalle veroorsaak dat die pasiënt se toenemend vreemde gedrag dikwels vir 'n lang tyd weggeredeneer, ontken of aan ander faktore toegeskryf kon word. Versorgers het soms die ervaring gehad dat hulle deur 'n spesifieke insident wakker geskud is en dat hulle oë op so 'n wyse oopgegaan het vir die eintlike oorsaak van jare se rusies of onverklaarbare gedrag. In sommige gevalle moes 'n familielid selfs daarop aandrang dat hulle mediese hulp soek. So 'n insident is deur versorgers as baie traumaties en ontstellend ervaar, soos blyk uit die volgende aanhaling:

"... there were probably little things that he did, for instance, driving the car. He was sometimes a bit careless with that, I think his mind was up there somewhere. So, that we noticed, but the first was when we went to Cape Town

and he never came out of the bathroom and I went to see him, and he said, 'Lovey, I can't get dressed'. He was putting his legs in the armholes of his vests. That was the first indication we had. I was very upset about it. Then I spoke to my brother and he said, 'No Betty, there is something wrong with him'."

As gevolg van die onvoorspelbare aard van die simptomatologie van hierdie siektetoestand blyk daar ongelukkig geen buffer te bestaan teen herhalende 'skokkende' ervarings soos die simptome progressief erger word nie. Dit was die ervaring van verskeie lede van een van die ondersteuningsgroepe dat 'n inligtingsessie wat gehou is ten einde versorgers voor te berei op wat hulle te wagte kon wees as geweldig traumaties ervaar is. Daar is baie **spanning** en **angs** opgewek rakende die moontlike probleme waarmee versorgers in die toekoms gekonfronteer sou word, terwyl die uiteindelijke verloop van die siektetoestand in baie gevalle heeltemal anders daar sou uitsien.

"Iemand het vir ons 'n video gewys van hoe die siekte verloop en hoe dit eindig. Toe ek daar uitkom, toe kon ek vir 'n week nie praat oor Alzheimer nie, ek het my morsdood gehuil. Ek sê vir die professor, wil hy sê my man gaan ook so lyk? Dit was vir my traumaties, ek kon dit nie verwerk nie. Dit is sleg dat jy weet, as jy al die praatjies hoor en jy sien die goed op TV, dit is baie sleg. So in 'n mate gee dit mens dalk 'n kans om voor te berei, maar nog steeds... Nee, jy kan nooit voorberei nie. Elkeen loop sy eie pad."

Weens die onvoorspelbare verloop van Alzheimer se siekte, was versorgers dit eens dat niks hulle kon voorberei op dit wat vir hulle voorgelê het nie. Die eerste kennismaking met die harde feite van demensie was intendeel dikwels baie traumaties, en het die versorger dikwels in 'n staat van absolute **vrees** en **paniek** gelaat, soos geïllustreer deur die inleidende aanhaling van hierdie afdeling. Die klaarblyklike gebrek aan kennis en begrip van mediese personeel wat die hantering van die demensie-pasiënt en sy/haar versorger betref het meermale daartoe bygedra dat versorgers gevoel het dat hulle uitgelewer is aan die noodlot. Daar was die gevoel dat hulle nie 'n groot mate van hulp ontvang het oor hoe om die situasie te hanteer nie, selfs van die sogenaamde deskundiges op die gebied, terwyl hulle desperaat was vir struktuur en leiding in hierdie verband.

“Weet jy, ek het absoluut 'n paniek ervaar. Want dit het net gelyk of niemand my wil glo nie, en niemand het verstaan as ek daaroor kla nie. En niemand kon help nie, selfs die dokters het net so vaagweg gepraat van 'dementia'. Maar as ek vra, 'Is dit nie Alzheimers nie?', dan sê hulle nee hulle weet nie. Ek het een dag uitgery na die plot toe by 'n kollega van my man, ek het geweet hulle het so 'n dik mediese boek en ek het daardie boek gaan haal en 'n fotostaat laat maak oor demensie. Toe het ek nou gesien by die gedeelte oor Alzheimers dat my man dieselfde simptome het. Ek moes dit absoluut self doen. Jy voel so alleen en so paniekbevange en magteloos dat jy regtig nie weet waarheen om te gaan nie.”

Die **eensaamheid** wat in bogenoemde aanhaling duidelik na vore kom, was ook een van die prominente emosies tydens die versorgingsproses. Alzheimer se siekte by die huweliksmat blyk 'n geweldige isolerende invloed te hê op die versorger, wat vererger word deur die feit dat versorgers dikwels gevoel het dat selfs medici hulle nie behoorlik kan bystaan in die hantering van die proses nie. As gevolg van die vreemde gedrag van die pasiënt, en die **verleentheid** wat dit in sosiale omstandighede mag skep, is die versorger ook geneig om haarself, wetend of onwetend, totaal van die buitewêreld af te sny ('n verskynsel wat in afdeling 7.6.1.3 meer omvattend beskryf sal word). 'n Verdere bydraende faktor tot die emosionele labiliteit van die versorger is dat die verhouding tussen die versorger en pasiënt, wat op hierdie ouderdom onder normale omstandighede een van die mees ondersteunende interpersoonlike verhoudings behoort te wees, geleidelik kwyn sodat daar dikwels later slegs 'n *'leë dop'* van oorbly, en daar van ondersteuning van die pasiënt se kant geen sprake meer is nie. Een van die versorgers het byvoorbeeld in 'n dagboek wat sy ten tyde van die versorgingsproses gehou het, die volgende gesê:

“'Ik ben bang, want ik ben zo alleen' (Nel Benschop).

Vandat ek die aanhaling gelees het, weet ek dit is soos ek ook voel. Bang en alleen – al allener en al eensamer met die wete dat alle besluite in die huis deur my geïnisieer sal moet word, maar al die pad sonder samewerking en meestal in die geheim.”

Hierdie gevoel van verwydering van die huweliksmaat, en die intense eensaamheid wat dit tydens die eerste fase van die rouproses vergesel, word duidelik uitgebeeld deur die volgende aanhalings:

“Ek lê in die donker in sy arms, maar daar is geen troos nie. My trane week sonder geluid of snik in die kussing in sodat ek hom nie ontstel nie. Ek voel of ek verkrag is.”

“Ek het probeer dat hy 'n goeie ervaring het. Maar ek dink dit was naderhand vir my te veel. Die gevoel wat verlore was... dit het gevoel of daar 'n afskeid gekom het voordat hy dood is. Daar was nie meer 'n verhouding nie. Wat was oor? Iemand wat jou nie verstaan nie.”

‘n Verdere baie prominente emosie tydens die versorgingsproses was een van **simpatie** met die pasiënt. Wanneer versorgers besef het dat hulle lewensmaats se vreemde gedrag simptome was van die siekte en nie bloot moedswillige handeling nie, het die bekommernis van versorgers gepaard begin gaan met ‘n geweldige simpatie vir hulle kwynende pasiënte.

“Hy (die pasiënt) vra elke dag of ek genoeg uie het. Dan sê ek ja. Maar as ek weer sien, sit hy tog en uie skoonmaak. Dis al, dis regtig al wat hy nog doen. En elke keer as ek hom sien uie skoonmaak, wil dit my hart breek, want hy was regtig ‘n mens wie se hande vir niks verkeerd gestaan het nie. En nou is sy lewe afgestroop tot by uie skoonmaak. En as die uie oprak, is daar niks meer oor nie!”

As gevolg van die feit dat hulle vir hulle huweliksmaats so jammer was, is daar op individuele wyse hanteringstrategieë ontwerp ten einde die pasiënt so min as moontlik te ontstel. Dit het egter dikwels neergekom op ‘n groot mate van selfopoffering aan die kant van die versorger. Versorgers het hulle huweliksmaats dikwels hanteer op ‘n wyse wat herinner aan hoe ‘n ouer met sy kind sal omgaan en beskerm. Eers later, in die pasiënt se afwesigheid, is die geweldige intense emosies soos skuld en absolute gebrokenheid daaromtrent beleef.

"I felt terribly sorry for him, very, very sorry, because I feel here was a man that was clever with his hands, he used to do everything. One day he came and he said to me, there is your coffee, and it was just boiling water. So, I thought I was not going to upset him. I said to him, 'Look Ray, it is a little bit weak, I am just going to put a little bit more coffee in it.' Because I feel you must never upset a person like that. You just make it worse."

Wanneer omstandighede die oorhand gekry het, het pasiënte se vreemde gedrag gelei tot **frustrasie**, **opstandigheid** en selfs **woede** by die versorger, veral teenoor die pasiënt.

"En ek word al banger. Hierdie keer het ek vir die eerste keer bewustelik gedink dat ek sy kop met die rooi hamer wil inmekaar slaan. En dit was die ergste. Dis dit wat my siek gemaak het, siek en bang vir wat ek dalk in my ellende aan hom kan doen."

En later:

"Hy weet iets was verkeerd en nou is dit weer reg en hy karring al om my, wat aan my as hy verby loop en ek is so kwaad dat ek wil sterf as hy aan my raak. Ek het gisteraand by die Here gehuil en vir Hom alles gesê."

Hierdie woede is egter ook soms gerig op die familie, die dokter, die predikant of die Here. Versorgers het dikwels wipplank gery tussen hierdie intense simpatie vir en meelewing met die huweliksmats, en hulle eie emosionele frustrasie met 'n situasie wat dikwels onmoonlik was om net te aanvaar. Die ambivalensie wat versorgers in hierdie verband ervaar het, blyk duidelik uit die volgende aanhalings:

"Ek het probeer om vir hom lief te wees, maar mens raak op. Partykeer is jy kwaad, maar ek het altyd probeer om hom te kalmeer."

"So 'n mengsel, jy is jammer vir die man, maar hulle doen sulke snaakse goed, dat jy kwaad raak. Jy word so kwaad. Jy wil hom sommer byloop en hom aanrand."

se beswil die huweliksmaat soos 'n kind moes hanteer, het dikwels daartoe gelei dat versorgers met die verloop van tyd intense **skuldgevoelens** ervaar het. Vrae soos, 'Kon ek dit nie beter hanteer nie?', en 'Het ek myself nie maar verbeel oor die erns van die situasie en oorreageer nie?' het dikwels by versorgers opgekom en net bygedra tot hierdie skuldgevoelens. Dit het dan gewoonlik 'n beradingsproses, óf in individuele óf groepsverband, geneem om te beseft dat dit bloot 'n menslike reaksie op 'n dikwels ondraaglike situasie was:

"Jy word só kwaad. En ek het natuurlik gedink dit is net ek, totdat ek nou by die ondersteuningsgroep was. Ek het meer as een aand so skuldig gaan slaap. Jinne, hier is die man siek en ek is so ongeduldig met hom - totdat jy hoor dit is almal se ervaring. Jy kan nie goed bly met so 'n snaakse ding nie. Dit is maar normaal, dit is hoe 'n mens reageer. Hulle doen sulke snaakse goed, jy kan regtig nie net wil goed bly en lief bly en lag daaroor nie."

Bogenoemde verteenwoordig slegs die mees prominente van 'n hele kontinuum van emosies wat deel uitmaak van die versorger se affektiewe belewing van hierdie eerste gedeelte van die rouproses. Hoewel die oorweldrweidige aspekke van affektiewe belewing soos die woede, angs en magteloosheid wat deur versorgers ervaar is baie prominent was, het positiewe gevoelens soos **humor** soms 'n rol gespeel om die spanning wat meegebring is deur die versorgingsituasie effens te verlig.

"Maar jy weet daar is ook nog baie humor in die siekte. Eendag praat hy en hy praat en praat. Nou sit ek hier, en sê, 'Pa, ek kan nie verstaan wat jy sê nie. Sê weer, dan sit ek en luister'. En hy praat en praat. Ek kon steeds nie hoor nie, toe gee ek hom 'n pen en papier. Nou skryf hy vir my hierso. Ek vat die papier, maar ek kan nie lees of uitmaak wat daar geskryf staan nie. Ek sê, 'Ek kan nie lees nie, kan jy lees wat jy geskryf het?' Hy sê, 'Ek het daar geskryf ek kan nie meer so aangaan nie. Maar toe lag ek, dit was vir my so snaaks dat hy weet wat hy daar geskryf het. Maar dit is net strepe, dit wys jou die koördinasie was nie meer nie. Die brein het geweet wat hy wil skryf, maar ons lag so, dat hy

naderhand ook maar lag. Een môre gaan ons buitentoe, hy wil vir my vee. Ek gee die besem, maar ek sê, jy kan nie vee nie. Maar hy wil die blare optel. Nou slaan hy neer en nou sit hy daar, daar is stene en nou sit hy en ek kry hom nie op nie. Op die ou end is altwee van ons op die grond. Toe sit ons nou daar en lag en sê as die mense ons nou sien, toe het hy op sy boude nader geskuif en nader geskuif tot by die sekuriteitshek, dat hy kan vat en ek hom kan optel. Maar ons lag so, maar dit wys jou, jy moet regtig maar jou kop ook hou, anders gaan jy regtig van jou trollie afraak.”

Behalwe vir die gebruik van humor het versorgers ‘n groot mate van **betekenis** vir hulle eie bestaan in die versorgingsituasie geblyk te vind. Hierdie soeke na betekenisvolheid in die eie bestaan, klaarblyklik ‘n kernelement van die menslike bestaan en welstand, was deurgaans ‘n prominente element in versorger-belewing. Die volgende dien as voorbeeld van hoe daar op ‘n spirituele wyse betekenis aan die versorgingsituasie toegeken is:

“Ek is een van baie. Spikkeltjies in die deining van die eeue waarin ons trane verdamp. Maar bo die eeue en die getye is die Skepper Vader wat glimlag omdat daardie onbemellige traantjies ons hardvogtigheid, ons selfverheffing en selfsug wegwas sodat ons na mekaar toe kan uitreik, mekaar kan dien en Sy liefde op aarde so deur ons in werking kan kom. Van al ons strewes gee net medemenslikheid regtig vervulling.”

In ‘n tydperk waarin alle verstaan van en beheer oor hulle eie bestaan deur hierdie siektetoestand van hulle gestroop is, en die versorging van ‘n huweliksmat, wat niks meer vir homself kon doen nie, die totale lewe van die versorger begin vorm het, het hulle dikwels nie ‘n keuse gehad as om juis in hierdie situasie die sin en doel vir hulle bestaan te vind nie. Die versorgingstaak, wat die mees inkapasiterende aspek van hulle lewens was, het die nuutgevonde betekenisgewende element in hulle lewens geword. Daar is dikwels op spirituele gebied bevestiging gevind vir die feit dat daar ‘n mate van betekenis uit juis die versorgingsituasie te ontgin was, soos blyk uit die volgende:

“Op 'n moedverloor dag bid ek: ‘Ag Here, ek brokkel in mekaar.’ Ek lees willoos in die Bybel ‘Op hierdie berg...’ Ek voel die Here is by my en Hy praat met my. ‘Op hierdie berg gaan die Here, die Almagtige 'n feesmaal gereed maak vir al die volke.’ Jes 25:6. Ek is nie Israel nie en nie 'n volk nie, maar Hy is nog altyd die Almagtige Here. Hy het 'n doel met hierdie berg en Hy kan dit vir my met 'n feesmaal dek as Hy wil. Hy sal dit doen as ek Hom toelaat. ‘Dankie, dankie Here. U dek vir my 'n tafel van seëninge. Ek weet ek is nou al geestelik verryk in hierdie proses. Gee my die vermoë om met U saam te werk sodat U U doel kan bereik.’”

Hierdie paradoks, naamlik die vind van lewensbetekenis in juis die versorgingsproses, het belangrike implikasies ingehou vir die versorger se emosionele hantering van hierdie situasie. Dit het ook 'n groot invloed gehad op die emosionele beleving van die tweede siklus van die rouproses wanneer die graad van die demensie of die dood selfs die versorgingstaak van hulle weggeneem het. Hierdie aspek van versorger-beleving sal in Siklus 2 van die rouproses in meer besonderhede bespreek word.

Hoewel daar dus soms sprake was van positiewe emosies soos meegebring deur humor en 'n gevoel van tevredenheid wanneer die situasie goed hanteer is, was dit ongelukkig die negatiewe affekbeleving van versorgers wat die swaarste geweeg het tydens die eerste siklus van hierdie rouproses.

7.6.1.3 Sosiale funksionering (A3)

“Ek voel skuldig oor alles en ek beseft al hoe meer, al sê wie ook wat ook al, dit bly net MY PROBLEEM. Al sê wie ook al die hele gesin is daarby betrokke, dit is nie waar nie. Hulle gaan na hulle huise toe, maak hulle deure toe en los die probleem buite op hulle stoepe. Dit sal so 'n bietjie soos 'n hond aan hulle deure krap, maar dan gaan dit weg. Ek gaan slaap met die probleem, staan op met die probleem, eet, bad, lees, kyk TV met die probleem en snaaks genoeg ek raak nie gewoond aan die probleem nie. Want 'n probleem is nie iets lekkers nie, dis iets wat nooit ophou pla nie.”

Die vereensaming wat met die versorging van 'n lewensmaat met Alzheimer se siekte gepaard gaan, is reeds in die afdeling oor versorgers se affektiewe beleving tydens die eerste siklus van die rouproses aangeraak. Hierdie vereensaming blyk die gevolg te wees van toenemende verwydering tussen die versorger en (a) die huweliksmaat van om en by die vorige 50 jaar reeds, en (b) die gemeenskap as 'n geheel. Die invloed van hierdie proses op die sosiale funksionering van die versorgers verteenwoordig dus nog een van 'n reeks van verliese, naamlik die verlies aan sosiale ondersteuning as 'n moontlike weerstandshulpbron en kontakpunt met die 'normale' lewe.

▪ **Die verhouding tussen versorger en pasiënt**

"Gisteraand toe hy moes dank by die ete het hy net gebreek en vreeslik begin huil. Ek het opgestaan en hom vasgehou en gevra wat makeer. Toe hy eindelijk kon praat het hy gestamel hy dink aan Wyndford, hoe jonk ons was, en nou is alles verby en hy is oud. Ek het opgelet hy't nie gesê ons nie. (Wyndford was die vakansieplaas naby Fouriesburg waar ons ons wittebrood gehou het.) Ek dink ook dikwels terug – dit was die enigste tyd dat ons volmaak gelukkig was. Daarna het ons saam 'n pad geloop waar ons dikwels maar verskil het en mekaar seergemaak het. Dit was seker nodig om my te laat beseef hy is ook weerloos, ook gebreek, net soos ek. In oomblikke van helderheid beseef hy ook die benardheid van ons situasie, sy magteloosheid en bowe-al, die onvermydelike oorgawe aan sy lot. Gelukkig vir hom vergeet hy so gou – selfs die hartseer van gisteraand was gou weer verby en vir altyd verlore. Hy sal nie weer daarvan praat nie."

Hierdie uittreksel uit 'n dagboek van een van die versorgers weerspieël die geweldige deernis wat versorgers met hulle kwynende huweliksmaats het, maar ook die intense eensaamheid waarmee die las van hierdie afskeid gedra moet word.

Sowat die helfte van die kontrolegroep het hulle in 'n versorgingsituasie bevind voor die dood van hulle mans, en uit onderhoude met hierdie groeplede was opmerkings soos die volgende redelik algemeen:

“En hy het baie dae gevra wat eet jy en dan sê ek niks, dan sê hy, kom wys my, want hy wil nie hê dat ek nie moet eet nie.”

Dit was aanduidend van 'n mate van ondersteuning en die behoud van 'n intimiteit tussen die huweliksmaats, selfs tot net voor die dood ingetree het. Van hierdie intimiteit in die huweliksverhouding was daar egter nie sprake tydens onderhoude met die Alzheimer-versorgers nie. Die vereensaming en self-miskenning wat met die versorging van 'n demente huweliksmaat gepaard gegaan het, het te doen met die feit dat 'n huweliksverhouding stelselmatig oorskakel in 'n verhouding wat meer herinner aan ouer-kind tipe interaksie. Die verhouding met 'n Alzheimer-huweliksmaat het grotendeels 'n skrilte kontras getoon met dit wat in die kontrolegroep die geval was.

“Ek's bang en alleen – al allener en al eensamer met die wete dat alle besluite in die huis deur my geïnisieer sal moet word, maar al die pad sonder samewerking en meestal in die geheim. Daardie persoon is nie meer homself nie. Hy weet nie meer nie. Met ander woorde, jy kan nie met hom gesels en vir hom raad vra nie. Ek het baie vir my ou man gevra, dan kyk hy my net so. So, die band wat mens gehad het, na 42 jaar, die emosionele band bly daar niks van oor nie.”

“Elke keer as ek sy boude moet skoon maak, soms al drie en vier maal op 'n dag is dit 'n stoeiery wat die hele ellendige taak in 'n gespat en gemorsery laat ontaard. Maar sy weerstand is niks teen die slegsêery nie. ‘Jou vuil ding! Loop! Loop!’ skreeu hy vir my op die lelikste manier. Ek paai en pamperlang. Ek praat met 'n sagte troostende stem en hou hom so ver moontlik in 'n sagte greep, met strelende hande. Dit kalmeer hom tot op 'n punt en dan skel hy weer. Sommige dae kan ek dit hanteer. Ander dae begin ek die taak al klaar uitgerafel. ‘Jou vuil ding! Vuil ding! Vuilgoed!’ skree hy vir my met haat op sy gesig. Hy beur met geweld weg van die badkamer af. Ek moet al my oorredingsvermoë en fisiese krag inspan om hom by die wasbak te hou. Hy bly wegduwing. Ek gryp sy swaaiende arms vas, druk hom hard na die wasbak toe terug. Toe spoeg hy my in die gesig. Ek is buite myself van woede. Ek klap hom. ‘Jy doen dit nie weer nie, hoor jy! Nie weer nie!’”

In 'n ouderdomsfase waartydens die huweliksverhouding dikwels gekarakteriseer word deur die stabiliteit daarvan, het Alzheimer se siekte 'n vernietigende invloed op hierdie bron van sekuriteit. Die toenemende emosionele verwydering tussen pasiënt en versorger is in talle gevalle toegeskryf aan die agteruitgang van kommunikasie (beide verbaal en nie-verbaal) wat daar plaasgevind het:

“Sy spraak word al hoe meer onsamehangend en as ek nie begryp wat hy wil sê nie, word hy woedend. Ek hoor daagliks een van die volgende: ‘Jy luister nie wat ek sê nie! Jy ken nie jou eie taal nie!’”

“...he deteriorated very quickly. You can ask my daughter, he could not speak any more. Only a few words, and he got so upset to get it out, that he got quiet. So he got quieter and quieter so that he hardly spoke any more. Also his eyes, which were dark brown, gradually faded. There was just nothing. The expression, it goes completely.”

Verandering in die pasiënt se persoonlikheid het ook 'n groot bydrae gelewer tot die toenemende emosionele verwydering tussen die huweliksmaats:

“Nou weet ek nie of dit met almal so gaan nie, maar my man het partykeer aggressief geraak. Ek kon nie verstaan hoekom nie, want dit was nie in sy aard om aggressief te wees nie. Basies het hy verander. Hy sou my nooit 'n skewe woord gesê het in die ou dae nie. Dit is asof hy meer aggressief geword het, dalk omdat hulle voel hulle is minderwaardig.”

Hierdie aggressiewe gedrag veroorsaak dikwels dat versorgers moet saamspeel en toneelspeel met die pasiënt, wat geweldige skuldgevoelens by versorgers laat ontstaan het en vanselfsprekende implikasies vir die verhouding gehad het.

“Dit plaas 'n geweldige skuld las op my. Dit is nie lekker om te praat, feitlik te skinder (so voel dit) van my eie man nie. Om die kinders te bel en te sê: Pa doen dit of dat. Om stilletjies te bel, soms van bure af – want dit wat jy moet bespreek, het hy vergeet en een vonkie kan 'n hele hel laat losbars.”

Die eensaamheid en angs wat versorgers gevoel het, selfs terwyl die huweliksmaat nog gelewe het, is dus verklaarbaar wanneer in ag geneem word watter geweldige veranderinge die huweliksverhouding ondergaan.

"They are in a world of their own. And then you know that is not the person I know."

Dit wil voorkom asof daar 'n ommekering van rolle plaasvind, en dat die leidende lewensmaat en ouer (in die geval van die pasiënt se kinders) met die verloop van tyd die afhanklike lewensmaat of 'kind' word, wat voortdurend deur die versorger opgepas moet word:

"Kyk mens kan nie met hulle argumenteer nie. Hulle het nie meer rede nie, dit help nie om kwaad te word nie en jy moet probeer om hulle te kalmeer en mens moet hulle baie vertroetel, jy moet hulle vashou en vasdruk, want dit het gehelp, maar daardie gevoel tussen ons was verlore, want syne was weg."

"Hy het vanaand die toiletvloer papnat gepiepie. Ons seun kom toe daarop af en baklei toe, maar hy sê net hy't buite gepiepie, dis nie hy nie."

Een van die moeilikste dinge, veral later in die verloop van die versorgingsproses, is wanneer die pasiënt die versorger nie meer herken nie. Dit is egter steeds vir hierdie persoon onmoontlik om finaal alle emosionele bande met die pasiënt te breek, want die twyfel bestaan steeds, en dit is onmoontlik om te bepaal hoeveel die pasiënt nog inneem en verstaan.

"And then, I would say to him, Who am I? He just smiled and said nothing, but when I would appear at the door, to go see him, he knew it was someone that meant something to him. So, I never know, or none of us will ever know, how much he really understood. Communication was really quite a shock and I think it was from then, that one became so very upset. About that person."

"As ek net kon weet hoe sy denke is. Hoe ver die nag is..."

- **Die verhouding tussen die versorger en die familieledede/gemeenskap**

“Vriende kom ons besoek en hy sprankel, al is die grappies vir my al afgesaag. My vriendin beny my dat ek so 'n belese man het en ek wonder, is ek aan die mal word? Dis net ek wat fout vind met hom en as ek dink daar is regtig iets radikaal verkeerd dan is hy weer sy ou self. Ly ek aan hallusinasies?”

Die vereensaming van die versorger strek veel wyer as die blote emosionele verwydering van die lewensmaat.

“Dit is glad nie die mens nie, die ID-boekie sê dit is hy, maar dit is nie dieselfde mens wat jy getrou het nie. Ons was 30 jaar getroud. Dit is asof hy geleidelik, weggedryf het, jy verwyder van mekaar. Jy besef dit miskien nie, maar ek het maar alleen kerk toe gegaan en ek het ook nie meer dat mense hierheen kom nie.”

Dit het oor die algemeen makliker geblyk te wees vir versorgers uit die kontrolegroep om na die dood van die huweliksmaat in te skakel by die gemeenskap, moontlik as gevolg van die feit dat hierdie proses nie so 'n langdurige vereensamingsproses ingehou het soos die eerste rousiklus van die Alzheimer-versorger nie. Ten spyte van 'n groot verlange na sosiale ondersteuning, het die versorger toenemend verwyderd geraak van vriende, en selfs familie.

“En weet jy, ek het op 'n kol na al my vriende toe gery en vir hulle gesê, daar is groot fout en ek weet nie wat dit is nie, hulle moet tog maar verskoon as hy dit of dat sê, of dit of dat doen, want dit lyk nie of hy meer weet wat hy doen nie. En ek het by almal 'n draai gaan maak. Ek het eintlik seker maar net hulp en ondersteuning gesoek.”

Die feit dat hulle nog nou en dan by die lewens van ander betrokke kon bly, was vir baie persone in die kontrolegroep 'n redding en behoudende faktor, selfs al was hulle soms vir baie lank self in 'n versorgingsituasie betrokke.

“Maar depressief was ek nie heeltemal nie, miskien omdat ek in ‘n mate geneig is om uit te reik na ander mense. Deur andere te help, vergeet jy van jouself. Dit het my situasie vir my ligter gemaak en dit is nou maar hoe ek dit hanteer het.”

Vir Alzheimer-versorgers het sosiale interaksie reeds tydens hierdie eerste siklus van die rouproses byna nie meer bestaan nie, en indien wel, moes hulle die rol speel van die middelman wat moes medieer tussen die pasiënt en vriende of familie wat die situasie, en die pasiënt se gedrag, dikwels nie verstaan het nie.

“As ons mense het, kom ek al hoe meer agter dat ek die gesprek so angstig volg om te probeer keer as hy op ‘n dwaalspoor kom, maar dit leer ek my ook nou al af. Sondag toe die Lotze hier was, het hy dieselfde storie drie keer herhaal in ‘n baie kort bestek.”

Kontak met familie en vriende was dus eerder ‘n bykomstige bron van stres, aangesien selfs die naaste familie nie altyd beskik oor insig en begrip rakende die pasiënt se gedrag, of die vermoë of bereidwilligheid om vir kort tydperiodes na die pasiënt om te sien nie.

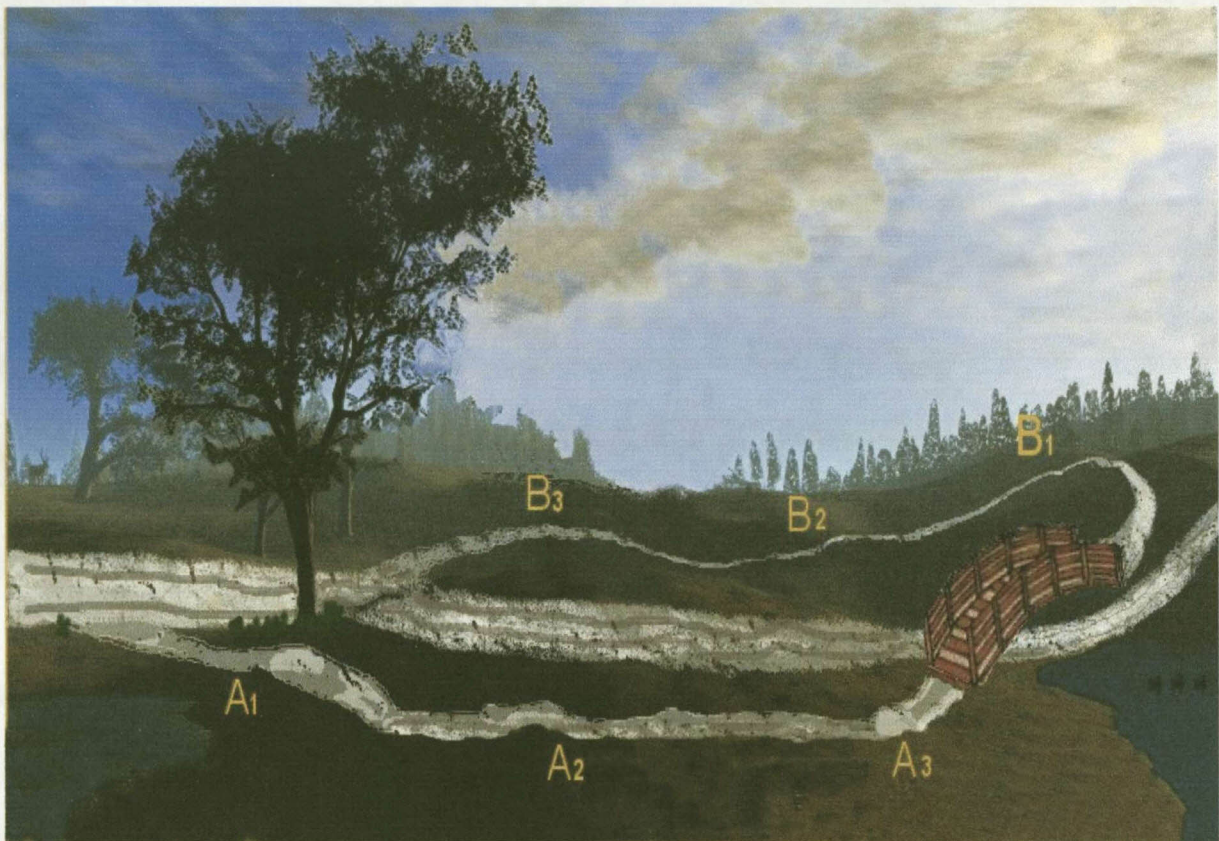
“Dokters weet nie, vriende en familie weet nie wat in die ‘binnegevegte’ plaasvind nie.”

Die isolasie en die gevoel dat sy absoluut uitgelewer is aan die noodlot, is duidelik uit bogenoemde aanhaling uit een van die versorgers se dagboek. Versorgers moet dus noodgedwonge byna alle sosiale aktiwiteite prysgee.

“Ja, jy moet beskerm, jy word in die skande gesteek, jy voel skaam. Baie mense weet nie wat dit is nie. Hulle dink, ‘Nou met watse tipe mens is sy getroud? Hy wil nie eers kerk toe gaan nie’. Alles het verander. As hier wyksbyeenkoms is by ons, dan sit hy in die kombuis, of hy loop in en uit, in en uit, maar hy wil nie deelneem nie. Dan voel jy skaam. Dan dink hulle met watse tipe van ‘n buffel is sy getroud?’”

Waar die vereensaming 'n geweldige stressor op sigself is, laat hierdie langdurige patroon van isolasie van die huweliksmaat, en die ander gevolge van die eerste rousiklus soos dit so pas bespreek is, letsels op die versorger wat dikwels eers na die dood van die pasiënt hulle vernietigende uitwerking het. Die terugkeer na die 'normale lewe' is dikwels 'n kloof te wyd om oor te steek.

7.6.1 Die tweede rousiklus (B)



Figuur 19: Grafiese voorstelling van die tweede rousiklus van die Alzheimer-versorger

Soos reeds genoem, is die unieke dinamika en verloop van die rouproses onder bespreking deels toe te skryf aan die proses van 'afskied neem' (tydens die versorgingsfase) van 'n persoon wat fisiek nog teenwoordig is, maar lank reeds nie

meer die huweliksmaat is waarmee die versorger jare tevore getroud is nie. Soos in afdeling 7.6.1 bespreek is, behels die eerste rou siklus inderdaad 'n 'verlies sonder einde'. Uit die voorafgaande bespreking van die eerste fase van die rouproses volg byna onwillekeurig die vrae: 'Wat gebeur wanneer die pasiënt uiteindelik sterf?', en 'Impliseer die afsterwe van die huweliksmaat, weens die duidelik inkapasiterende invloed van die versorgingsproses, vir die versorger 'n verligting?'

Om terug te keer na die metafoor: Die veelvuldige verlieservaringe wat deel uitmaak van die versorgingsproses hou die versorger vir 'n onbepaalde tydsverloop op die tweespoorpaadjie van rou. Die emosies, kognisies en gedrag van versorgers op hierdie reis toon 'n sterk verband met die rouproses soos beskryf in die literatuur, en soos ook in sekere gevalle van die kontrolegroep waargeneem is. Daar is egter ook 'n aantal belangrike kwalitatiewe verskille tussen die rouproses soos beskryf in die literatuur en die belewing daarvan deur die Alzheimer-versorger uitgelig. Dit wil byvoorbeeld voorkom asof die versorger byna noodgedwonge uiteindelik die versorgingsproses aanvaar en dat dit (die versorgingsproses) dikwels die betekenisgewende faktor in die versorger se lewe word. Wanneer hierdie versorgingstaak uiteindelik tot 'n einde kom as gevolg van die dood van die huweliksmaat, is 'n terugkeer na die snelweg van die lewe egter steeds nie vir die versorger moontlik nie. Juis sekere aspekte van versorgerbelewing tydens die eerste rou siklus, en die feit dat sekere aspekte daarvan vir die versorger 'n behoudende krag geword het, skep 'n 'brug' oor die snelweg wat lei tot nóg 'n tweespoorpaadjie, en die aanvang van 'n tweede rouproses. Ook hierdie proses is uniek in sy aard en in die uitdagings wat dit aan die sielkundige welstand van versorgers stel oppad na uiteindelijke herstel. Dit wil dus voorkom asof selfs nie die veelvuldige verliese van die eerste rou siklus die versorger kan voorberei vir die tweede fase van hierdie komplekse proses nie, en dat aspekte daarvan dit inderdaad vir die versorger onmoontlik maak om 'n direkte terugkeer na die 'normale lewe' te maak. Die gevolg is dat talle versorgers, wanneer die pasiënt uiteindelik te sterwe kom, se sielkundige welstand in hierdie fase opnuut 'n ernstige en dikwels langdurige knou toegedien word. Die dinamika en verloop van hierdie fase sal vervolgens aandag geniet. Daar sal weer eens aan alle aspekte van versorger-belewing tydens hierdie beskrywing aandag gegee word.

7.6.2.1 Biologiese funksionering (B1)

Dit wil voorkom asof die algemene fisieke uitputting wat dikwels tydens die versorgingsproses opgedoen word weens die uitmergelende en voltydse aard daarvan (sien afdeling 7.6.1.1), meestal langtermyngevolge vir die gesondheid van die versorger mag hê. Die volgende aanhaling getuig van die absolute oorgawe waarmee versorgers hierdie taak hanteer, en die fisieke tol wat dit uiteindelik geeis het:

"En die dokter sê toe hy is siek en dat ek nie meer na hom kan kyk nie. Hierdie man moet hospitaal toe. Toe sê ek wanneer; toe sê hy nou. Maar ek wou nie, toe sê ek môreoggend... Die ergste vir my is dat ek nou verwyte het. Ek voel ek kon beter vir hom gekyk het, ek moes nie dat hy daar na die siekeboeg toe gegaan het nie. Ek het dit nou nog, en dit ontstel my. En ek weet ek kon dit nie doen nie. Ek het nie meer die krag gehad nie. Die dokter het dan vir my gesê, jy moet hom laat gaan, jy kan dit nie doen nie. In daardie tyd is ek gehospitaliseer en ek was amper dood. Ek het emfiseem en my regterhartkamer het vergroot en ek was regtig amper dood. Dit is twee jaar terug. En dit is omdat ek glad nie meer weerstand gehad het nie."

Die stres en gepaardgaande psigosomatiese toestande het ook dikwels langtermyngevolge vir die fisieke en sielkundige welstand van die versorger gehad. Veral vanweë die ouderdom van bykans al die versorgers, en die ontwikkelingstadium waarin bykans alle versorgers hulle bevind het, het hierdie eise bygedra tot die algemene fisieke verval so kenmerkend van bejaardheid.

"Ek dink dit waardeur ek en die oom is, beïnvloed nou nog my gesondheid. Soos ek jou gesê het, ek is daar by die hartspan. Lyk my na my hartaanval (wat sy tydens die versorgingsproses gehad het) het ek permanente hartskade opgedoen. Daardie slegte ondervindings wat ek gehad het, het seker toe nou maar skade gedoen."

"Ek het ekseem gekry, verskriklik. Toe ek dokter toe gaan, toe vra hy vir my of ek 'n skok of iets gehad het. En toe sê ek nie 'n skok nie, maar ek het baie

spanning gehad. So die dokter dink die spanning het dit geaktiveer en ek het dit nou nog. Dit word nie gesond nie."

Waar fisieke beserings dikwels gering van aard is en relatief vinnig herstel het, blyk die letsels van die emosionele wroeging van die versorgingsproses groter littekens te laat, wat moeiliker herstel en 'n groter negatiewe impak op die langtermyn-funksionering van die versorger het. Dit blyk juis hierdie 'beserings' te wees wat groot eise aan die sielkundige welstand van die versorger stel op die pad na algehele herstel. In die kontrolegroep was daar nie een persoon wat soortgelyke psigosomatiese klagtes tydens of na die of rouproses gerapporteer het nie, selfs onder diegene wat wel in 'n versorgingsituasie betrokke was.

7.6.2.2 Sielkundige funksionering (B2)

Die sielkundige impak van versorgers se belewing tydens die aanloop tot hierdie rou siklus (soos bespreek in afdeling 7.6.1.2), het gelei tot unieke belewing op hierdie gebied wanneer die versorgingsrol uiteindelik beëindig is. Weer eens sal die versorger se affektiewe, kognitiewe en gedragsbelewing tydens hierdie fase in afsonderlike onderafdelings aandag geniet.

▪ Kognitiewe belewing (B2.1)

"Ek is dikwels soekend, dwalend. En dis moeilik. Ek beseft nou ek het elke dag vir 'n paar jare maniere probeer vind om ontvlugting in my situasie te vind. Daar was 'n dryfkrag, adrenalien wat my gedryf het. En skielik is dit nie meer nodig nie. Ek is nie meer die gejaagde nie. En nou vou ek. Ek is sonder dryfkrag. En die rustigheid is oorweldigend. Dis absoluut die teenoorgestelde pool. Ek het in 'n roetine geleef en elke minuut van my lewe georganiseer om my man tevrede te hou. En nou is daar skielik niks nie."

Verbeelding, ontkenning, hoop en aanvaarding het alles deel uitgemaak van die kognitiewe belewing van beide die proef- en kontrolegroepe. Daar was egter 'n aantal belewenisse wat spesifiek tot die groep van Alzheimer-versorgers geblyk het te wees; en dit word duidelik deur die volgende aanhaling geïllustreer:

"O ja, dit was absoluut... Ek sê nou die dag vir die kinders, dis hoekom ek nog nie myself kan wees nie, ek het so in die oom in geleef - van die dag wat die dokter vir ons gesê het hy het Alzheimer in 1992, het my lewe net so omgeslaan."

Die proses van miskenning van die self en die eie behoeftes tydens die versorgingsfase is in afdeling 7.6.1.2 breedvoerig bespreek. Soos baie ander aspekte van versorgers se belewing op daardie stadium, was die noodwendige gevolg van Alzheimer se siekte vir haar ten minste net so 'n inkapiterende faktor as vir die pasiënt self. Soos duidelik blyk uit die voorafgaande aanhaling, het die belewinge uit die eerste rousiklus 'n groot invloed op die hantering van emosies wanneer die huweliksmat sterf, weens die toestand van absolute verwarring waarin die 'abnormale lewenswyse' tydens versorging die versorger skielik laat. Terwyl versorgers, en inderdaad ook mense uit hulle ondersteuningsisteme, 'n sug van verligting slaak en verwag dat hulle die lewe nou sou kon hervat, voel versorgers dikwels verlore in hulle eie 'nuwe' lewens, weens die feit dat die onmoontlike situasie waarin hulle hulleself vir jare bevind het, hulle baie geleidelik kontak laat verloor het met die werklikheid, en die eie lewe en toekoms. Die kern van wat die versorger beleef en wat dit vir hulle so moeilik maak om op te staan en aan te gaan, word saamgevat deur die volgende:

"Ek het vir ure gelê, hy het so graag met my hare gespeel, dan lê ek voor hom, dan krap hy my hare om, heerlik, dit het hom gelukkig gemaak. Nou, dit is 'n voorbeeld van hoe niks daar van jouself oorbly nie. En dan gaan hierdie mens dood, en dan kry jy nou weer met hierdie werklike lewe te doen wat nie vir jou daardie klein genoegdoenings gee van hy wat my hare deurmekaar krap nie. Die versorgingsplesiertjies, as mens aanvaar het dat dit my taak is om hom te probeer gelukkig en so gemaklik as moontlik te hou, dit is my lewe, verdwyn skielik. Skielik sterf daardie pasiënt en dan is selfs daardie taak van mens af weggevat. Daar was 'n mate van verligting net na oom Hans se dood, want hy is verlos van hierdie pyn en ... Toe ek die oom versorg het het ek geleef vanuit sy perspektief. En ek het steeds, soos wat ek vir ses jaar nie een gehad het nie, nie nou 'n perspektief nie. Ek gaan op momentum aan."

Ek probeer deur te ontvlug in boeke dat daar moet tyd verloop en dat die Here se genade vir my genoeg moet word. Dat ek kan teruggryp oor daardie gaping van die ses jaar om weer by die werklike lewe uit te kom. Want by watter lewe sluit ek nou aan? Daardie pad wat jy vir my gewys het, die snelweg, wat is normaal vir daardie pad? Ek het bitter min om aan te meet wat normaal was. My dae het ek by Mooihawe geslyt. Sondag is vir my die allerverskriklikste dae, want dit is die dag wanneer ek kerk toe gegaan het en daaruit gekom het, al die lekkernye bymekaar gemaak het, afgesit het na oom Hans toe, by hom gebly het tot ek hom vanaand gewas het, tande geborsel het en dan 'n 'sweet' gegee het, op sy sy gedraai het en vir hom gesê het, slaap nou, ek gaan nou ry, ek moet nou huis toe gaan. Dit was my Sondag, nou by watter normale Sondag sluit ek nou aan? Wat is normaal vir Sondag? As jy vir sewe jaar nie 'n Sondag gehad het nie, hoe moet ek dit nou beleef? Ek het beleef dat Hans vir my oneindig goed was en dat ek vir hom verskriklik lief was en nou kom ek terug na hierdie lewe toe, ek kan net nie begin nie, want hy is nie daar nie. Nou moet ek anderkant hierdie ervaring weer begin lewe, maar hoe moet ek daar begin? Wat is daar? Wat is normaal vir my ouderdom? Wat is normaal? Waarna streef ek waar ek vanmôre voor jou sit, sê my? Waarna streef ek? Ek streef na die dood, want wat is normaal in die lewe? Ek weet nie. Ek het verdwaal. Ek is in die oomblik in 'n nagdonker doolhof. Ek het nie 'n deur na die lig toe nie. Want in sewe jaar was daar nie deure nie, daar was net Alzheimer se siekte. Dit is al wat daar was. Ja, ek doen baie dinge nou, maar niks wat ek doen het vir my werklike plesier of behae nie. Dit is dinge wat ek nooit gedoen het vir sewe jaar lank nie. Nou, hoe normaal is my belewenis van dinge nou? Sommige dinge beleef ek soos 'n kind, van 'n eerste. Ander dinge beleef ek soos 'n toeskouer, ek kyk na die ander, hoe hulle dit beleef en dan is dit nogal soms vir my 'n 'eye opener'."

Die verwydering wat die versorgingsituasie geskep het van die normale lewe, veroorsaak dat die versorger soms met 'n gevoel van depersonalisasie en verwydering aardig ontuis voel in die lewe buite die versorgingsituasie. Die implikasies hiervan vir die versorger se gemoed spreek eintlik vanself.

"Op die oomblik is ek nog besig, ek is nog soekend, my lewe is nog glad nie wat dit moet wees nie. Ek wonder of dit ooit weer, Alzheimer is so 'n ding, ek weet nie of mens ooit weer sal ontslae raak van wat dit aan jou gedoen het nie. Ek kan nie vir jou sê of ek ooit weer daarvan verlos sal word nie. Ek dink ek sê dit vanuit 'n punt, as dit die Here nie behaag om my te vat nie, dan hoop ek sal die tyd vorentoe beter lyk. Maar as Hy my vat, is dit eintlik beter."

Hierdie verlies van perspektief op die lewe en eie toekoms is vir die versorgers nog meer problematies in die lig van die feit dat die herwinning daarvan moet plaasvind in 'n tyd wanneer die versorger in elk geval nie seker is hoeveel tyd daar oor is om voor te beplan nie. Die persoon weet nie in watter tipe tydsgebonde aktiwiteite om weer 'n eie lewensbetekenis te gaan soek nie, veral nie na die belewing van die eerste rou siklus en nadat 'n huweliksmaat van by die 50 jaar, saam met wie al die lewensplanne oorspronklik gemaak is, op so 'n wyse wegval nie. Die 'tydsberekening' van Alzheimer se siekte is dus baie sleg.

"Ja, weet jy, my probleem op die oomblik, is eintlik dat ek beseef my lewe is amper verby. Ek was nou 70 gewees Dinsdag en dit maak my amper paniekerig oor wat ek nog wil doen. En dat ek nie weet hoeveel tyd ek nog het nie. Dit is vir my op die oomblik 'n groot probleem."

'n Kleiner mate van verlorenheid het dalk daartoe bygedra dat daar in die kontrolegroep na 'n relatief kort tydsverloop sprake was van aanvaarding, hoewel die hartseer oor die verlies voortgeduur het. In die geval van Alzheimer-versorgers het die afbrekende kognitiewe ervarings, en die gepaardgaande gedrag en emosies (wat vervolgens in meer besonderhede bespreek sal word) baie langer geblyk voort te duur.

▪ Gedragsbelewing (B2.2)

Versorgers is na die verlies van die huweliksmaat gekonfronteer met die gewone lewensaspekte wat gewoonlik na so 'n verlies aandag ontvang, soos byvoorbeeld die praktiese implikasies wat alleen woon vir bejaardes in Suid-Afrika inhou:

"Yes, and you know it is such a different life now. Everybody comes and says to me, 'Bettie, you must get out of the house, it is not safe.' That is why we had these fences put up. And I said to them, no, I will know when I can't live here any more."

Vermydingsgedrag was 'n prominente gedragsvorm in die kontrolegroep na die verlies van die huweliksmaat. Persone het óf gedurig by familie gaan kuier om die huis (en veral die eensaamheid) te ontsnap, óf hulleself voortdurend besig gehou en die gedagtes so afgelei van die verliese van die verlede wat nog so onlangs en prominent was. 'n Interessante bevinding was egter dat die meerderheid van Alzheimer-versorgers 'n verlange getoon het na juis daardie aspek van die verlede wat vir hulle so uitmergelend was. Ook op gedragsvlak is daar dus aanduidings van die verlorenheid waarmee versorgers op hierdie stadium te make het:

"Ek leef gemaklik na die uiterlike, maar ek leef baie ongemaklik na die innerlike. Ek het gister vir iemand gesê ek het lus en ry Mooihawe toe (waar haar man tot en met sy dood geïnstitusioneel is) en gaan huil my hart uit daar by Mooihawe. En kyk of ek nie dan sal beter voel nie."

Ten spyte van 'n kognitiewe besef dat 'n terugkeer na die normale lewe noodsaaklik was vir hulle eie herstel en pogings op gedragsvlak om weer daarby aan te sluit, het hierdie versorgers totaal en al verlore en verwyderd van enige normaliteit gevoel:

"Ek het al oorweeg om weer met dominee Daneel 'n afspraak te gaan maak. As hy vir my kan sê, man, ek het ondervinding van daardie mens dat hy het hom al hoe besiger gehou, en dit het gehelp, dan doen ek dit onmiddellik. Ek is desperaat om te wil beter leef en te wil beter voel en te wil mens wees."

Hierdie strewe van die Alzheimer-versorger is egter deur die volgende beleving gekortwiek:

"Waar ek na die verlies van my eerste man kon aangaan, het mens as 'n Alzheimer-versorger, nie die voorreg nie, want jy het nie lewe oor nie. Jy het nie 'n lewenspatroon wat jy voortsit nie. Weet jy, as mense nou na my kyk, sal

hulle dink maar hierdie vrou - hoe is sy nou? Ek behoort aan verskillende klubs, hier leer ek om sepies te maak en daar leer ek om gaaf te wees met myself en daar leer ek die lewe is baie positief. Ek doen sulke dinge in 'n poging om my uit hierdie ding te kry. Maar as ek weer tot stilstand en weer tot myself kom, dan bly net hierdie onderskeid oor van hierdie lewe wat ek nou probeer lewe en hierdie sesjaarpatroon waaruit ek kom en daar is nie 'n plek in daardie pad wat met mekaar versoenbaar is nie."

Vir Alzheimer-versorgers is die tydperk na die dood van die huweliksmaat dus gekenmerk deur 'n intense vermyding van alles wat herinner aan Alzheimer se siekte, maar ook 'n kragtige terugverlang na die huweliksmaat en selfs elemente van die versorgingsproses. Dit bevestig die invloed van die kognitiewe copingstrategie waarvan versorgers dikwels gedurende die versorgingsperiode gebruik gemaak het, naamlik om 'n duidelike onderskeid te tref tussen die siekte en die persoon.

"...ek kom nie by oom Frits se graf nie, want dit is baie gevaarlik in die kerkhof. En as ek daar is, dan dink ek, 'Sê nou ek kom by die huis en hy is daar.' Nou ek weet mos hy is nie hier nie, maar ek wens só. Ek wil nie weer die siekte hê nie, maar ek wil vir die oom hê. Ek het ook nou besluit ek gaan nog na die afsluiting van die Alzheimer-groep toe, en dan gaan ek Alzheimer uit my lewe uitsny, my vriendin ook uit my lewe uitsny, omdat ek nie kans sien om nog 'n jaar langer as sewe jaar, die slagoffer te wees van dit wat Alzheimer aan jou doen nie."

Een van die versorgers het selfs haar vermyding van die Alzheimer-groep na 'n volgende bywoning soos volg beskryf:

"Ek was vanoggend by die Alzheimer-ondersteuningsgroep. Dit was amper 'n gemis. Alles waarvan hulle praat, is vir my verby. En dis juis die probleem. Daar het 'n gat oorgebly. Die gat moet gevul word anders gaan ek in hom val."

Aangesien Alzheimer se siekte dikwels vir so 'n lang tydperk so 'n integrale deel uitgemaak het van beide die pasiënt en versorger se lewens, behels die vermyding van alles wat herinner aan die siekte dikwels ook 'n vermyding van die talle ander aspekte van die versorger se lewe tydens die versorgingsperiode. Soos duidelik blyk uit die

voorafgaande aanhaling, behels dit dikwels ook 'n vermyding van kennis en vriendskappe wat die versorgingsproses oorleef het. Die invloed hiervan sal in die afdeling oor sosiale ondersteuning meer aandag ontvang.

Opmerkings soos die volgende het wel voorgekom:

"Ek dink dit is ook normaal as jy die dag voel ek doen vandag niks, ek het nie lus vir iets nie, dat jy op daardie dag miskien moedeloos voel. Ek meen, ek wil dit nie elke dag hê nie, maar wat ek bedoel, ek dink dit is normaal om so te voel."

Tog is hierdie fase van die rouproses dikwels gekenmerk deur gedrag wat aanduidend was van die feit dat versorgers dit moeilik gevind het om die pad terug na die normale lewe te vind. 'n Uittreksel uit 'n vorige aanhaling illustreer dit:

"Die ding wat ek nou aktief doen om te probeer help dat tyd verloop, omdat my hoop in die eerste instansie in die Here gevestig is, en in die tweede instansie in verloop van tyd gevestig is, lees ek geweldig. Ek het nou die nag weer vir 'n paar uur gelê en lees. Ek probeer deur te ontvlug in boeke dat daar moet tyd verloop en dat die Here se genade vir my genoeg moet word. Dat ek kan teruggryp oor daardie brug van die ses jaar om weer by die werklike lewe uit te kom."

▪ Affektiewe belewing (B2.3)

Soos wat daar tydens die eerste fase van die rouproses by versorgers 'n kognitiewe aanvaarding van die versorgingsproses was, maar ook die besef dat dit hulle nie vrywaar van die ervaring van talle negatiewe emosies in daardie verband nie, het 'n soortgelyke diskrepansie tussen kennis en affek hom dikwels tydens hierdie tweede fase van die rouproses afgespeel. Die institusionalisering van die pasiënt het byvoorbeeld op kognitiewe vlak by die versorger 'n besef van **stresverligting** gebring, maar weer eens haar nie gevrywaar van die emosionele gevolge van hierdie verlieservaring nie. Een van die versorgers het haar ervaring in hierdie verband op 'n baie eerlike wyse in haar dagboek soos volg beskryf:

"Ek moet my bernis. Die Here het so baie stres van my weggevat en ek bly so ondankbaar.

- 1. Ek hoef nie meer self te besluit wanneer die dokter moet kom nie.*
- 2. Ek hoef hom nie meer hospitaal toe te vat nie.*
- 3. Ek luister net ± 'n halfuur op 'n dag na sy baie vrae.*
- 4. Ek het vryheid van spraak en beweging in my huis.*
- 5. Ek is nie meer bang ek gaan 'n moord pleeg nie.*

Ek weet dit alles. Maar dis so bleddie eensaam en alleen!"

Haar man is kort tevore in 'n inrigting vir Alzheimer-lyers opgeneem nadat sy hom vir etlike jare tuis versorg het. Die betekenis vir haar eie bestaan wat sy, soos vele ander, uit die versorgingsproses geput het, het met hierdie gebeurtenis uit haar lewe verdwyn, met direkte negatiewe gevolge vir haar emosionele belewenis en welstand.

"Vanmôre toe ek by Jaco (haar man) kom, was Erna (verpleegpersoneellid van die versorgingsoord) besig om op te ruim nadat sy hom gewas en aangetrek het. Toe's dit sy tande se beurt. Hy vra toe so ewe vir haar hoeveel tande borsel sy in 'n jaar se tyd. Altyd nog met syfers te doen, soos in sy skooldae toe hy vir alles altyd 'n antwoord, 'n verklaring wou hê. En toe sy die tande terugsit, kom dit... die mooiste glimlag. Toe besef ek daardie glimlag is nou vir hulle. Nie meer vir my nie – al waarmee hy my assosieer is die eetgoedjies wat ek elke dag bring. Hy groet my soms nie eers nie, wil dadelik weet wat is daar om te eet."

Een van die mees prominente emosies wat tydens hierdie fase van die rouproses na vore gekom het, was dus die hartseer oor die verlies van die versorgingsrol en die gemis van die betekenis wat hierdie selfopofferende taak vir die huweliksmaat meegebring het. Die opgee van die versorgingsproses het dus dikwels vir die versorgers 'n baie prominente verlieservaring ingehou.

Hoewel die eensaamheid wat gepaard gaan met die verlies van die lewensmaat deurgaans ook by die kontrolegroep te bespeur was, was daar die een kernverskil in die verskillende persone se belewenisse, naamlik die verwarring wat Alzheimer-versorgers op emosionele vlak ervaar het na die uiteindelijke institusionalisering van

die pasiënt. Die **ambivalensie** waarmee hierdie gebeurtenis deur versorgers beleef is, spreek duidelik uit die volgende:

“Ek het rose in die tuin gepluk. Die mooi helderpienkes wat altyd vir Pieter so mooi was. Ek wil dit vir hom saamvat, maar nou is daar die tweestrydigheid: As ek sê dis rose uit ons tuin, dan sal die gesprek soos volg wees soos vantevore:

“Weet jy, ek kan glad nie meer onthou hoe lyk dit by ons huis nie. Dit pla my. Lyk my ek is nou heeltemal mal. En dan moet ek lieg: Toemaar, dis maar net omdat jy so siek was, dit sal weer regkom. Dink jy so? Ja. Wat sê die dokter van my? Hy sê jy's mooi beter, nog net bietjie swak. Dan is hy tevrede, maar ek is so ontsteld. Veral saans wonder ek en kla dit my aan, oor hoe lank die nag vir hom is. Wat sy vrese is. Al word daar aanhoudend vir my gesê daar is gesê daar is geen logika nie, geen tysduur, geen niks, kan ek dit nog nie met die logika wat ek het, begryp nie, want saam met my logika het ek nog 'n hart en 'n gewete, is sy verloreheid en niksheid ook my verloreheid en smart.”

Tog steeds die ambivalensie:

“Die suster het Vrydag gesê ek moet Pieter se klere bring sodat hulle hom kan aantrek – ek het dit nog nie gedoen nie. Sal môre-oggend vroeg maar ry. Dis of iets my terughou. Dalk is ek bang dat as hy sy klere aantrek wil hy huis toe kom en ek sien nie kans daarvoor nie. Dit bring weer vir my skuldgevoelens. Dit maak my beangs sodat ek Vrydagnag so sleg geslaap het. Ek ervaar nog erge stres as ek TV kyk. Miskien omdat dit altyd 'n stryd was as ek en Pieter gekyk het. Dit was of te hard of nie iets in sy smaak nie. Of dit was rugby. Hy haat rugby. Dit sal seker ook later regkom.”

En dan die skuldgevoelens wat noodwendig hierdie ambivalensie vergesel het:

“Ek loop nog die hele week met 'n klip in my hart vandat suster Zietsman gevra het of ek nie vir Janus vir 'n kuiertjie huis toe wil vat nie. Toe ek sê: ‘Sê nou hy wil nie weer terugkom nie’, vra sy of hy dan nie na die kinders geneem kan word vir byvoorbeeld 'n Sondagmiddagete nie. Ek weet dit kan gedoen word. Dit is

baie maklik. Maar wat sal die gevolge wees? Dit bly 'n waagstuk waarvoor ek nog nie die krag het nie. Net toe ek begin rustig raak en my lewe in die nuwe patroon begin inpas, toe kom die ding en sit my weer in sak en as. Vandag toe ek Janus besoek, het ek vir hom uit die Bybel gelees. Toe ek klaar is, het hy my hand gevat en gebid. So samehangend, so suiwer en logies soos vantevore, sodat ek beskaamd daar moes sit, sodat ek nou al my motiewe weer moet bevraagteken."

'n Faktor wat 'n prominente rol gespeel het in versorgers se affektiewe beleving van hierdie finale fase van hierdie rouproses, is die feit dat die Alzheimer's tydens die eerste rou siklus dikwels 'uitgewoed' was nog voordat die pasiënt oorlede is. Dit was dikwels die geval dat die vreemde gedrag (en neuropsigiatriese simptome) wat 'n baie ontstellende deel van die Alzheimer-sindroom is, dan tot 'n einde gekom het en nie meer as daaglikse herinnering dien van die teenwoordigheid van die siekte nie. Die pasiënt is bedlêend en die versorger versorg hom asof hy 'n normale persoon is wat in die hospitaal lê.

"En in daardie tyd, het ek hom geniet asof die Here Alzheimer van hom sou weggevat het. Dit was weer ek en hy. Toe kon hy nie die dinge doen wat jou elke minuut van die dag herinner dat hierdie man nie toerekeningbaar is nie. En die Alzheimer is 'n realiteit nie. Toe hy daar lê, en ek hom kan koester en kan troetel en kan bederf met eetgoedjies, ... Dit kon net sowel 'n gesonde man gewees het."

Hoewel daar geredeneer kan word dat die gewoonlik uitgerekte versorgingsproses die versorger die geleentheid sou bied om haar vir die onafwendbare dood van die pasiënt voor te berei, was die mees prominente emosionele beleving van die versorger by die afsterwe van die pasiënt altyd dié van **skok**. (Dit was dikwels ook die geval in die kontrolegroep wanneer daar sprake was van 'n versorgingsproses.)

"Maar dit is vir mens vreeslik traumaties, mens kan nie regtig vir 'n ander vertel nie. Ek het nie geweet die dood is so nie."

“Die dood het altyd sy prys, of jy dit verwag het of nie. Hy het sy eie tyd en hy kom ongenooïd en vra nie waarmee jy besig is en of jy gereed is nie. En sy prys is selfverwyt en rou.”

Dit wil juis voorkom asof die lang versorgingsproses die versorger dikwels met die illusie laat dat dit onbepaald so sal voortduur, sodat die heengaan van die pasiënt deur die versorger as baie skielik beleef word.

“And I went up to Spar, because I needed a few groceries and I came back and that was about 10 past 12, not even that, and the phone rang and this women said to me, Mrs Bouwer, I am sorry to tell you your husband passed away three minutes ago. I could not believe it. It was so quick.”

Die Alzheimer-versorgers het ook dikwels getuig van **skuldgevoelens** by die afsterwe van die pasiënt. Hulle het soms gevoel dat hulle meer vir die pasiënt kon gedoen het, ten spyte van geweldige opofferinge wat hulle wel tydens die versorgingsproses gemaak het.

“Die ergste vir my is dat ek verwyte het. Ek voel ek kon beter vir hom gekyk het, ek moes nie dat hy daar na die siekeboeg toe gegaan het nie. Ek het dit nou nog. Dit ontstel my. Ek weet nie, ek weet ek kon dit nie doen nie. Ek het nie meer die krag gehad nie.”

In ander gevalle is die volgende tipe beleving gerapporteer:

“Ek besef nou dit was vir my 'n voorreg dat ek so lank vir hom kon sorg. Maar ag, jy doen wat jy kan, maar agterna dink jy jy kon nog meer gedoen het. Ek voel nie skuldig nie, ek het regtig uit myself gegaan om te help.”

Nog 'n prominente emosie van versorgers nadat die dood ingetree het, was dié van **verligting**. Daar kan egter in hierdie verband onderskei word tussen altruïstiese en egoïstiese verligting. Laasgenoemde het slegs in een geval geblyk deel uit te maak van die versorger se affektiewe beleving.

"But, no, I would not like to go through that again. I think it is the most terrible thing. And we are lucky that he did go so quickly."

Daar was egter dikwels sprake van altruïstiese verligting, naamlik dat die versorger bly was dat die pasiënt nie meer die pyn en vernedering wat met hierdie siektetoestand gepaard gaan hoef te beleef nie.

"Aan die begin, net kort na oom Frits se dood toe kon ek daaraan vashou dat hy nie daardie pyn van die gebreekte been meer het nie, dat hy nie terug hoef te gaan na 'n versorgingseenheid nie, dat hy nie in die hospitaal hoef te bly lê nie. Weet jy, ek het direk na sy dood - ek sal sê 'n relatief goeie tyd beleef in die sin dat ek myself getroos het met al die negatiewe wat vir hom weggevat is, maar toe dit oorgaan, toe kom hierdie gemis."

Soos duidelik uit hierdie aanhaling blyk, het hierdie verligting aanvanklik troos gebied en as buffer gedien teen die hartseer wat met die besef van die finaliteit van die dood ingetree het. Met die verloop van tyd raak die finaliteit van die verlies egter 'n realiteit. Dit was ook dikwels die geval by die kontrolegroep, veral in daardie gevalle waar daar sprake was van 'n versorgingsproses voordat die dood ingetree het.

Eensaamheid was, ook onder die kontrolegroep, een van die mees vernietigende nagevolge van die verlies aan 'n lewensmaat. In die geval van die Alzheimer-versorger neem die gemis rakende die lewensmaat egter 'n besondere ambivalente vorm aan:

"Dit gaan nie goed met my nie. Omdat oom Koos vir my verskillende fasette in my geheue aanneem. Ek het daardie oom Koos wat ek lief was, getrou het, dan het ek hierdie oom Koos wat so onmoontlike dinge gedoen het en dan het ek hierdie stryd in my: Sou ek hom nie liever maar hier wou gehad het nie, selfs al was hy dan nou hierdie onhebbelike ene?"

Die eensaamheid wat met die versorgingsproses gepaard gaan, het ook dikwels tydens hierdie fase 'n **woede** en **opstandigheid** by die versorger laat ontstaan oor dit wat Alzheimer se siekte van die versorger weggeneem het.

"Ek sien my vriende gister, en nou sien ek ou Danie sit sy hand so vertroulik op Connie se hand en hy sê nie 'n woord nie, en sy sê vir hom, 'Ja, Pappa ek weet ons moet gaan'. Hy het nie 'n woord gesê nie, hy het net sy hand op hare gesit. En as ek dit sien, dan kom daar 'n stuk bitterheid in my. En tussen daardie verskillende gevoelens leef ek op die oomblik. Ek is baie lief vir tuinmaak, die blomme gaan oop. Oom Frits was uit en uit 'n mens met groen vingers. Hy was die man wat vir my die eerste bloeiseltjie elke jaar gebring het met 'n briefie om te sê hy is lief vir my. Hy was die een wat gesien het die blommetjie het 'n knop, of by my gekom het en gesê het ons moet 'n plan maak, het jy gesien die plant is nie gelukkig nie. Dit is vir my baie lekker, die tuin. Nou vir wie sê ek nou kyk hoe vinnig gaan die rose oop?"

Die paradoks van die versorgingsrol kom dus duidelik na vore: Enersyds is dit 'n besonder veeleisende taak, andersins speel dit 'n sterk singewende rol. Die versorger raak afhanklik daarvan vir haar eie welstand, en sodra dit tot 'n einde kom, beleef sy dit as 'n lewenskrisis. Hierdie paradoks het baie dikwels voorgekom:

"Jy was so gewoon om 24 uur saam met die man te leef, al was hy in die inrigting. Jy het nog huis toe gekom, en sy bondel vuil nagklere kom was, en die foon het gelui en jy het geslaap en nie geslaap nie. En toe is hy dood. Nou het jy hierdie eensaamheid. Die eerste maand bel almal en almal sien jou en almal kuier en dan raak hulle so weg. En namate hulle wegraak, tree die eensaamheid in."

Die sosiale implikasies van hierdie tweede fase van die rouproses, wat in bogenoemde aanhaling aangeraak word, sal vervolgens meer aandag geniet.

7.6.2.3 Sosiale funksionering (B2)

Uit die kontrolegroep het een van die dames haar soos volg uitgedruk oor haar funksionering na die dood van haar man:

"...wat my ook gehelp het nadat hy weg is, toe moes ek gaan werk. Jy kon nie byvoorbeeld die kamer toetrek en die gordyne toetrek nie en afsluit nie. Dit is

ook wat my gehelp het om bietjie makliker daaroor te kom, dat jy besig gebly het. So dit is een van die dinge wat vir my baie beteken het, jou mense rondom jou wat baie tegemoetkomend was."

In die geval van die Alzheimer-versorgers het dit egter dikwels gebeur dat daar van hulle sosiale ondersteuningsnetwerk min oorgebly het, hoofsaaklik weens die aard van die versorgingsproses. Die opbou van 'n nuwe sosiale struktuur het in hierdie tweede fase van die rouproses vir die versorgers besondere probleme geskep:

"Dit is baie moeilik. Ek is nou eers besig om drade op te tel. Ek het nou drie weke gelede vir 'n ou skoolmaat van my geskryf. Sy is in Kommetjie in die Kaap. Ons het mekaar in 1964 laas gesien. Maar ons het al die jare gekorrespondeer. En toe die siekte begin, het ons nou vir 10 jaar nooit van mekaar gehoor nie. En ek het nou weer vir haar geskryf. En ek was nog nooit weer terug op Reitz nie. Ek het nou eergister verjaar en die hele Reitz, al my vriende, almal het gebel, maar ek was nog nooit weer op Reitz om by hulle te gaan kuier nie, dit is nou ses jaar. Jy is so gedreineer, emosioneel, dat jy nie aan verhoudings kan werk nie. Jy is so besig om die verhoudings rondom hierdie siekte te probeer normaliseer of net daar die vrede te bewaar in jou situasie, want dit is so 'n aggressiewe, plofbare situasie waarin jy is, dat jy geen emosionele krag het om aan buite-verhoudings te werk nie. En nou moet jy weer begin. Nee, jy het jou vriende nodig. Jy kan dit nie in stand hou nie. En dan is daar party van hulle wat half wegraak en nou is ek weer besig om daaraan te bou. Dit is 'n lang proses. Dit is 'n lang pad en ek beseft nou jy kan dit nie in 'n dag se tyd doen nie, want jy is nog steeds emosioneel nie sterk genoeg om nou skielik alles te kan doen wat jy voorheen gedoen het nie. Jy is net nog... jy moet maar elke dag stukkie vir stukkie bou en ek wat eintlik geneig is tot depressie, ek val baie keer weer terug en dan moet ek van onder weer begin. Dit is val en opstaan nog maar al die pad. Ek kan nog nie op 'n gelykpad kom nie."

Die kontakte wat wel tydens die tydperk van versorgings opgebou en behou word, is egter dié met persone wat hulle in dieselfde situasie bevind, soos byvoorbeeld kennisse en vriende wat by ondersteuningsgroepe ontmoet is. Terwyl hulle dikwels

'n belangrike bron van ondersteuning tydens die versorgingsituasie is, is dit egter dikwels die geval dat versorgers hierdie bande wil breek en van die afbrekende kontak met Alzheimer se siekte ontslae wil raak sodra hulle self nie meer by die siekte betrokke is nie. Hier is dus weereens sprake van 'n sterk ambivalensie wat by versorgers bestaan, naamlik 'n teruggryp na die versorgingsituasie waarin die versorger na jare hulle identiteit gevorm het, en terselfdertyd 'n intense vermyding van alles wat met die verlede en versorgingstaak verband hou.

"Ek kry tans baie swaar. Daaroor sê ek vir jou ek ontvlug in boeke. Daarom is dit baie swaar om na Hanmetjie toe te gaan, daarom probeer ek so min as moontlik na Chrissie toe gaan. Want dit vat my terug na die normaliteit van die abnormale lewe."

Deur middel van hierdie vermydingsgedrag voel versorgers dat hulle hulleself beskerm teen verdere blootstelling aan hierdie afbrekende siektetoestand. Daar is dus ook 'n sterk neiging om verdere kontak met die Alzheimer-ondersteuningsgroepe te breek, ten spyte van die ondersteunende rol wat die groep voorheen wel gespeel het.

Dit wil dus voorkom asof die versorgers van Alzheimer-pasiënte op sosiale gebied 'n

die kontrole van hulle terugtog na normaliteit ervaar as watas wat die
Tydens hierdie proses van die heropbou en herwinning van nuwe en verlore interpersoonlike bande, is sosialisering met vriende wat nie by hierdie proses betrokke was nie moeilik omdat hulle dikwels nie kennis en begrip het van al die ervarings wat die versorger vir baie jare moes deurmaak nie.

Ook op sosiale gebied het die invloed van jare se versorging dus sy tol geëis, en is versorgers in hierdie stadium van die rouproses in die duister gelaat oor hóé om die pad terug na die normale lewe te vind.

7.7 DIE ROUPROSES EN DIE TOEKOMS

Die doelstelling van hierdie eerste kwalitatiewe deel van die huidige ondersoek was die bestudering en omskrywing van die huweliksmaat-versorger se psigodinamiese belewing van die rouproses wanneer daar na 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte

omgesien word. Daar is verdere ondersoek ingestel na die bevinding van Potgieter (2000) dat hierdie versorgers 'n rouproses wat eiesoortig in sy aard is (wat die verloop en intensiteit daarvan betref), blyk te beleef. Die moontlikheid dat hierdie belewing verband hou met die gebrek aan sielkundige welstand wat hierdie persone neig te rapporteer, sal in die volgende hoofstuk meer aandag geniet. Hoewel die aard van die versorger se tydsperspektief eers tydens die kwalitatiewe ontleding van die SELE-instrument (afdeling III) onder die soeklig sou kom, het aspekte daarvan reeds in die rouproses-onderhoude wat met die dames gevoer is op 'n spontane wyse ter sprake gekom. Ten spyte van die feit dat hierdie aspek van hulle belewing in die rouproses-onderhoude geen eksplisiete aandag ontvang het nie, het verskeie van die versorgers (asook lede van die kontrolegroep) uitgesprake gemaak oor hulle gebruik en persepsie van tyd, en hoe dit verband hou met hulle belewing van hulle onderskeie verlieservaringe. Die feit dat hierdie uitsprake, weens hulle ryk en spontane aard, self reeds lig werp op die potensiaal van toekoms-tydsperspektief as psigofortigene faktor tydens die hantering van hierdie lewensituasie, verleen bykomende regverdiging vir die deeglike omskrywing daarvan in hierdie afdeling.

7.7.1 Toekoms-tydsperspektief tydens die eerste rou siklus

Dit het uit die onderhoude geblyk dat persone uit beide die ondersoek- en kontrolegroepe tydens krisissituasies op 'n byna refleksiewe wyse 'n inperking van toekoms-tydsperspektief ervaar het. So was uitsprake soos die volgende volop wanneer lede van die kontrolegroep gereflekteer het op die hantering van die afsterwe van die huweliksmaat:

"So, I was handling it that way, sort of step by step."

Hierdie toenemende fokus op die hede en nabye toekoms het inderdaad 'n aanpassingsfunksie geblyk te verrig. Deur op vandag te fokus en nie té bekommerd te wees oor die verafgeleë toekoms nie, het voorkom dat hierdie persone deur hulle verlieservaring oorweldig word. Dit is egter interessant dat soortgelyke opmerkings deur versorgers van Alzheimer-pasiënte gemaak is in verband met hulle hantering van die versorgingsituasie. Daar was dus sprake van 'n inperking van hierdie persone se toekoms-tydsperspektief reeds voor die dood van die huweliksmaat.

"No, you take it day to day. You just never know when or what is going to happen."

Hierdie drastiese inperking van toekoms-tydsperspektief wat gevolg het op die aanvang van die simptome van Alzheimer se siekte het telkens duidelik geblyk uit die onderhoude met versorgers. Aftrede het byvoorbeeld geblyk 'n lewensaspek te wees waarna die persone in hierdie leeftydsgroep uitsien en het dus aanvanklik 'n integrale deel van die toekoms-tydsperspektief gevorm. In haar dagboek het een van die versorgers se opgewondenheid daaroor duidelik na vore gekom:

"Ek is tot barstens toe gelukkig. Een van die dae is hy afgetree, dan kan ons saam in die tuin sit, weer saam boeke lees, weer gesels soos in die ou dae. Toere onderneem..."

Hierdie aanhaling staan in skrilte kontras met dieselfde versorger se beleving van die toekoms nadat Alzheimer se siekte sy verloop geneem het, en die volle realiteit van die siektetoestand tevoorskyn gekom het:

"Ek wil mens-mens wees met hom. Ek wil oor ons seun se toekomsplanne gesels, maar Bertus reageer vaag, sonder belangstelling. Daar is geen gesprek meer tussen ons nie. Hy verstaan nie 'n probleem nie. Ons geselskap bly vlak. 'Bertus', verwyt ek, 'ek het daarna uitgesien dat ons alles saam-saam sou doen, maar nou moet ek alles alleen doen en jou werk ook nog vir jou doen. Jy help my met niks.' 'Ek wil jou help', sê hy hartseer. 'Ek weet nie hóé nie' Dit ruk my. Hy weet régtig nie hoe nie."

In haar dagboek het 'n ander Alzheimer-versorger haar tydens die versorgingsproses soos volg uitgedruk oor die toekoms:

"Ek moenie die toekoms as een donker geheel sien nie, moet dit opbreek in 'chewable chunks' ('n Comrades-marathon-term)."

Dit is dus duidelik dat hierdie verkorte fokus met betrekking tot die toekoms die versorger se ervaring meer hanteerbaar gemaak het en voorkom het dat sy deur die volle impak van die versorgingsproses oorweldig word.

7.7.2 Toekoms-tydsperspektief tydens die tweede rou siklus

Die herwinning of herlewing van die toekoms-tydsperspektief het na afloop van die dood van die huweliksmaat in die kontrolegroep moontlik geblyk te wees. Die onomkeerbaarheid van die verlies is met verloop van tyd as deel van die rouproses aanvaar en die persoon kon voortgaan met die lewe, soos weerspieël word in die volgende aanhaling:

"Dit sal nie help om op daardie pad te wil terugloop nie. Dit is 'n deel van jou lewe wat verby is. Jy moet nou vorentoe gaan."

Wat hierdie aspek van hulle herstelproses betref, het talle Alzheimer-versorgers egter geblyk vas te val. Terwyl 'n ingeperkte toekoms-tydsperspektief (deur net op vandag se versorgingstake te fokus) aanvanklik ook deur hierdie versorgers as 'n oorlewingsstrategie aangewend is, het 'n volgehoue verkorte toekoms-tydsperspektief oor 'n periode van 5-15 jaar van versorging ernstige gevolge vir die herstel van die versorger geblyk in te hou. Die eise van die versorgingsituasie, soos dit vroeër in hierdie afdeling in besonderhede bespreek is, het dit vir die versorger vir 'n onbepaalde tyd geweldig moeilik gemaak om 'n lang toekoms-tydsperspektief te behou, of selfs die bestaan van 'n 'lewe anderkant Alzheimer' te oorweeg. Die aanvanklike versugting na die behoud van eie toekomsdrome wat daar tydens die vroeë fase van die versorgingsituasie bestaan het, blyk duidelik uit die volgende dagboek-aanhaling:

"MY DROME 1998

1. *Ek wil nog in 'n ou huis met baie stories bly (al is dit net vir 'n kuiertjie).*
2. *Ek wil nog iets maak of doen wat mense aan die praat sal sit. En vir my 'n kniebroek koop as ek maer genoeg is.*
3. *Ek wil een roman skryf en nog baie kortverhale.*
4. *Ek wil 'n digbundel uitgee. Al moet ek dit self doen.*

5. *Ek wil dinge vir my kinders sê wat ek nog nie gesê het nie.*
6. *Ek wil vir mense vertel van Alzheimers en vir die versorgers probeer hoop gee.*
7. *Ek wil meer saam met my kleinkinders kuier.*
8. *Ek wil 'n huisie by die see hê – met 'n dakvenstertjie.*
9. *Ek wil probeer verstaan hoekom my lewe so baie vreemde draaie gemaak het.*
10. *Ek wil kontak maak met my familie en my vriende probeer behou, ten spyte van...*

Ten spyte van hierdie aanvanklike pogings om 'n houvas op die eie lewe, belangstellings en drome te behou, het die eise gekoppel aan die versorgingsituasie met die verloop van tyd eenvoudig te veel geraak. Ter bevestiging van die voorafgaande bespreking van die eerste rou siklus, die volgende:

“Regtig, jou eie lewe kom heeltemal tot stilstand.”

Dit is duidelik uit die voorafgaande beskrywing van die rouproses dat die eise wat daaraan gekoppel word die versorger op alle sferes van haar bestaan affekteer. Die ononderbroke en veeleisende aard van hierdie simptome het inderdaad ook geblyk by te dra tot die feit dat die versorger met die verloop van tyd so ver verwyderd raak van die normale lewe dat hulle dit baie moeilik vind om bande met die eie toekoms te behou. Die realiteit van die impak wat hierdie proses op die versorger se toekomstgerigte denke gehad het, kom duidelik na vore in die volgende aanhaling:

“Selfs terwyl ek nog die oom versorg het, het ek nie meer beplan nie, want toe het Oom Frans nog gelewe. Sy belange was my belange, sy belange en sy welstand was myne. As ek nou vir jou moet mooi sê hoe ek dink, dan dink ek ek het saam met hom die golwe van Alzheimer gery. Ek het baie gebid en ek het baie geglo dat die Here hierdie siekte van ons sal wegvat. Maar ek het in die fase van oom Frans se versorging nooit ooit gedink ek sal sus of so maak as hy nie meer hier is nie, as hierdie siekte nie meer met ons is nie. Ek het dit nooit beplan nie, miskien is dit 'n fout wat ek gemaak het. Mens sou toe kon sien, mens sou nie kon voorspel hoe dit vorentoe sou gaan nie. Ek het ook nie drome gehad van as oom Frans regtig baat vind by daardie behandeling nie. Ek het

meer 'n houding gehad van 'as vandag net genadig so kan wees dat ons 'n mate van normaliteit kan hê...'. Dit was so ver my droom gestrek het."

'n Ander dame het dit kortliks soos volg opgesom:

"... there is no future in that sort of life, it is so limited."

Om die pad terug te vind na die normale lewe, wanneer die versorgingstaak na 'n onbepaalde tydsverloop tot 'n einde kom, het geblyk 'n onbegonne taak te wees. Die onbekendheid van die toekoms en die leefwyse van hulle eie leeftydsgroep, en die vertwyfeling wat by die versorgers bestaan het oor hoeveel leeftyd daar nog tot hulle beskikking was, het alles bygedra tot die ontstaan van 'n vrees vir die onbekende en 'n geneigdheid om vas te klou aan die bekendheid van die versorgingsituasie. Hoewel hierdie situasie vër van ideaal is, word dit deur die versorger as gerusstellend ervaar weens die bekendheid daarvan, en die feit dat hulle die situasie dikwels tot 'n groot mate reeds aanvaar het. Die verskil wat daar op hierdie gebied bestaan tussen die verskillende verlieservaringe (naamlik verlies van 'n huweliksmaat aan Alzheimer se siekte versus enige ander oorsaak), het duidelik na vore gekom in een van die dames se ervaring van beide kante van die muntstuk:

"Die lyding met my eerste man se dood, beide sy eie lyding en ons gesin se spanning, was daardie kort tydjie. Oom Kobus (die dame se tweede man, wat aan Alzheimer se siekte gely het) se siekte was bykans ses jaar. Ons het met my eerste man se dood 'n hoogspanning gehad in die tyd wat hy bewusteloos was, en hy is dood en ons het hom begrawe. Ons het 'n kort terugtog gehad na wat die lekker en die goeie en die mooi was. Met Alzheimer se siekte het ek hierdie lieflike man gehad, en wel, dit was by tye 'n helse stryd. Dit was ses jaar, en nou is ek aan die ander kant daarvan. Waar ek in die eerste geval daardie kort treetjie moes gee om na die lekker toe te kom, wil ek amper sê is die sprong nou te groot. Dit wat ek in daardie ses jaar saam met hom gely het, het veroorsaak dat, in plaas van heeltemal oor te gaan na die goeie jare, land ek elke keer weer in hierdie situasie."

"Kom ek sê vir jou, na my eerste man se dood, het ek ook gerou, maar ek het absoluut voortgegaan. Ek het voortgegaan met die dinge wat ek en hy in die beplanning mee was. Ek het iets gehad om mée voort te gaan. Ja, want toe was dit 'n kwessie van - ek en Pa wou nog dit gedoen het, kom ons doen dit nou gou. Ek wil amper sê, daar was vir my riglyne vir die lewe vorentoe. En nou, nou is daar geen riglyne nie. Johan, ek is só eerlik as ek vir jou sê, ek het nie 'n 'chit' wat is normaal nie. Alzheimer het ons lewe planloos gemaak, want ons was slagoffers van die siekte. Die siekte het bepaal hoe jy jou dag beleef. As jy vanmôre opstaan en jy sien dit is een van die deurmekaarste dae, al het jy melk nodig, al het jy brood nodig, jy beweeg nie uit die huis uit nie. Jy wag vir die oomblik wanneer die situasie reg genoeg lyk, voordat jy kan gaan melk en brood koop. Waar ek met my eerste man se dood voortgegaan het met ons beplanning, het ek en Frans nie 'n beplanning meer gehad nie. Ja, voordat hy siek geword het, het ons presies geweet hoe wil ons maak, wat ons wil doen en hoe wil ons dit doen. Maar in ses jaar het die beplanning verval. Wie kan oor ses jaar beplan maar met 'n siekte wat nie logies is nie? My eerste man het altyd vir my gesê, 'Ma, as ek iets oorkom, bly hier in hierdie huis en maak ons kinders groot'. En dit is wat ek gedoen het, ek het daar gebly, pennieloos, en ek het ons kinders groot gemaak. Hy het vir my so gesê. Frans kon nie vir my so iets sê nie. Hy was dan ses jaar, ek kan amper sê, die draer van die manipuleerder Alzheimer, want Alzheimer is niks anders as 'n manipuleerder nie. Hy manipuleer jou soos hy jou wil hê. Jy het nie 'n besluitvermoë van 'n dag oud nie. Dit sal almal vir jou kan sê wat nou op die oomblik pasiënte versorg."

"Want by watter lewe sluit ek nou aan? Ek het bitter min om aan te meet wat normaal was. My dae het ek by Mooihawe geslyt. Sondag is vir my die allerverskriklikste dae, want dit is die dag wanneer ek kerk toe gegaan het en daar uitgekóm het, al die lekkernye bymekaar gemaak het, afgesit het na oom Frans toe, by hom gebly het tot ek hom vanaand gewas het, tande geborsel het en dan 'n 'sweet' gegee het, op sy sy gedraai het en vir hom gesê het, slaap nou, ek gaan nou ry, ek moet nou huis toe gaan. Dit was my Sondag, nou by watter normale Sondag sluit ek nou aan? Wat is normaal vir Sondag as jy vir sewe jaar nie 'n Sondag gehad het nie? Ek het beleef dat Frans vir my oneindig goed was en dat ek vir hom verskriklik lief was en nou is hy weg. Nou kom ek terug

na die normale lewe toe, en ek kan nie daar begin nie, want hy is nie daar nie. Noudat ek begin soek na die normale lewe weet ek nie eers waar om te begin nie? Wat is normaal vir my ouderdom? Wat is normaal tussen wat ek wil doen en wat ek kan doen? Wat is normaal? Waarna strewende ek waar ek vanmôre voor jou sit, sê my? Waarna streef ek? Ek streef na die dood, want wat is normaal in die lewe? Ek weet nie. As jy, Johan, moet teruggaan na waar jy sewe jaar terug was, wat sal jy doen?"

Uit bogenoemde blyk beide die desperate soeke na die drade van die normale lewe, maar ook die verlorenheid wat die versorgingsituasie wat oor jare uitgestrek is, meegebring het. Daar het geblyk 'n onbewuste begrip te bestaan vir die voordeel wat die herstel van die vermoë om te beplan (dus van 'n lang toekoms-tydsperspektief) vir hulle sou inhou. Die versorgingseise het egter veroorsaak dat hulle oor 'n kwessie van jare so vêr van alle normaliteit verwyder geraak het, dat hulle nie geweet het waar om te begin soek nie, en dikwels 'n surrogaat-toekoms-tydsperspektief aangeneem het:

"Selfs nou, daar is soveel dinge wat hy gesê het hy wil doen, dat ek voel ek wil dit nou doen. Daardie tyd besef mens dit nie. Jy begin in hom inlewe. Jy raak weg en net daardie persoon is nou vir jou belangrik."

Dit is uit die aanhaling duidelik dat hierdie verlies van toekoms-tydsperspektief in wese gekoppel blyk te wees aan die verlies van die betekenisvolheid of doelgerigtheid van die lewe, wat in essensie 'n psigofortigene konstruksie is.

"Jy is op die oomblik in 'n patroon om te studeer. Dis jou vertrekpunt en jou doel vir die dag. Daardie mense wat nou versorgers is, wie se mense nog leef, hulle het geen, maar geen lewe nie. Soos wat my lewe vir ses jaar was, is dit die doel van my lewe, om net hierdie mens wat jy liefhet, te help, sy seer wat jy namens hom beleef, minder te maak. Ek kan nie vir mense sê, 'Julle sal oorleef, want daar sal weer doel kom' nie, want ek kan selfs nou die doel nie sien nie. Ek stry self 'n oorlewingstryd."

Uit hierdie aanhalings kan daar voorlopig dus bevestiging gevind word vir die moontlike rol wat die behoud van 'n toekoms-tydsperspektief as psigofortigene konstruk mag speel weens die verband wat dit toon met die behoud van betekenisvolheid van die individuele bestaan. Die essensie van die bespreking tot dusver is egter dat Alzheimer-versorgers, weens die aard van die versorgingsproses, die fase na die dood van die pasiënt as baie problematies beleef en dat dit hulle welstand op biologiese, sielkundige en sosiale vlak negatief raak. Die behoud van betekenisvolheid van die lewe en 'n persoonlike toekoms-tydsperspektief blyk 'n sentrale rol te speel in die psigodinamika van hierdie proses.

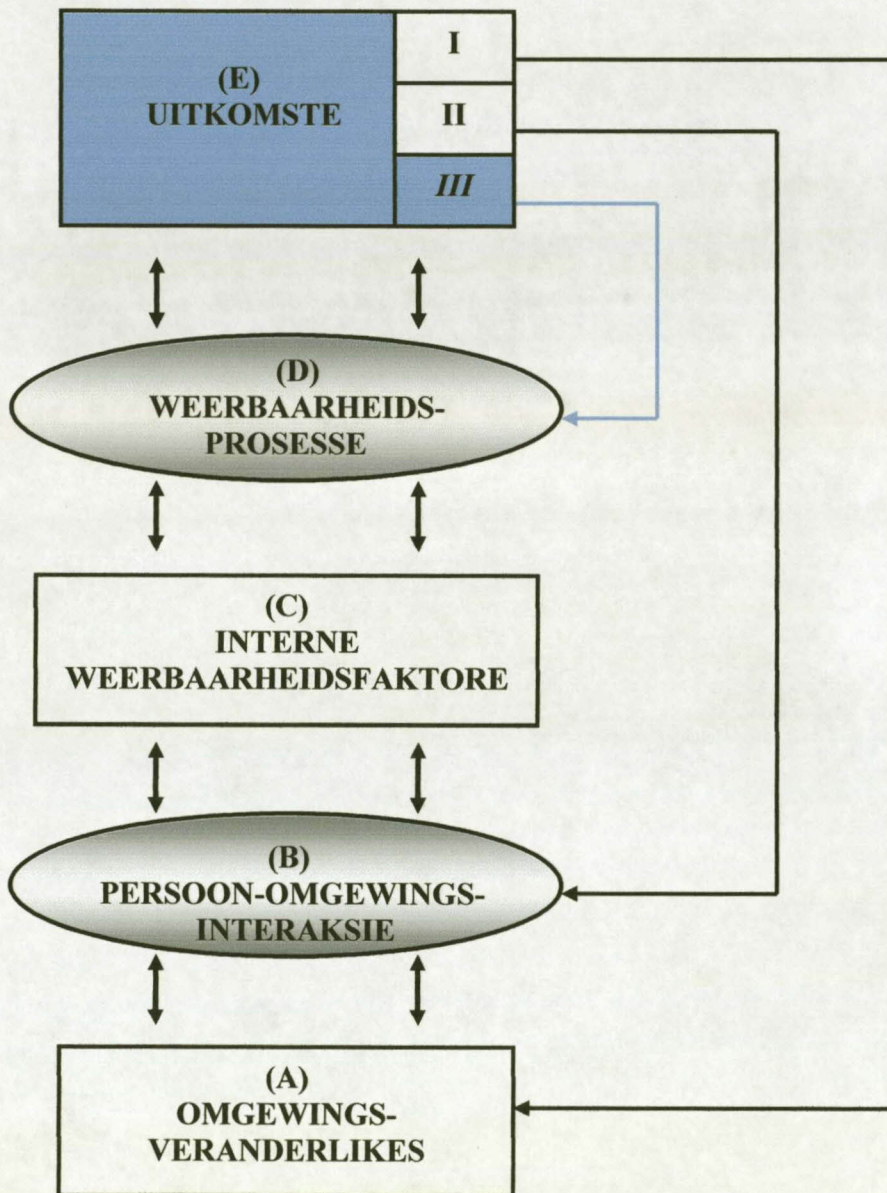
7.8 OPSOMMING: DIE ROUPROSES

Uit die voorafgaande bespreking van die rouproses is dit duidelik dat die elemente van die rouproses soos dit in die literatuur beskryf word, wél by die versorgers van Alzheimer-pasiënte voorkom. Die emosies, kognisies en gedrag wat gepaard gaan met die rouproses, soos beskryf deur byvoorbeeld Kübler-Ross en Worden (hoofstuk 3), het dikwels voorgekom by diegene wat 'n huweliksmaat aan die dood afgestaan het. Daar is dan ook 'n mate van ooreenstemming gevind tussen die belewing van die rouproses deur lede van onderskeidelik die ondersoek- en kontrolegroepe. Veral die dames uit die kontrolegroep wat hulle in 'n versorgingsrol bevind het voor die afsterwe van hulle huweliksmaats aan byvoorbeeld kanker, het tot 'n sekere mate (met betrekking tot sommige van die emosies, kognisies en gedrag) 'n soortgelyke ervaring gehad as diegene wat vir die versorging van 'n Alzheimer-lyer verantwoordelik was. Dit is egter ook duidelik uit die beskrywing van die rouproses van Alzheimer-versorgers dat talle elemente van hierdie ervaring uniek blyk te wees tot dié proses. Eiesoortige belewinge tydens die versorgingsperiode (beskryf as rousiklus 1), wat gewoonlik oor 'n tydperk van 5-10 jaar uitgestrek is, het 'n beduidende invloed geblyk te hê op die versorger se herstel (of problematiek in hierdie verband) na afloop van die versorgingsproses (beskryf as rousiklus 2). Daar was tydens die bespreking van die rouproses ook reeds aanduidings van die moontlike rol wat die betrokke persone se tydsperspektief mag speel tydens en na afloop van die versorgingsproses. Die aard van die versorgers se tydsperspektief, soos dit bepaal is met behulp van die SELE-instrument, sal in die volgende afdeling in besonderhede bespreek word.

AFDELING III: ONTLEDING VAN DATA BEKOM MET BEHULP VAN DIE SELE-INSTRUMENT

7.9 INLEIDING

Soos beskryf is in hoofstuk 6 (afdeling 6.3.2.6.3), is daar met behulp van die SELE-instrument inligting ingewin oor proefpersone se tydsoriëntasie, die reikwydte van toekoms-tydsperspektief, asook die tydshouding wat hulle openbaar het.



Figuur 20: Resultate rakende tydsperspektief as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

Daar is met behulp van 'n aparte koderingsproses ook 'n inhoudsanalise van respondente se sinsvoltooiings gemaak. Laasgenoemde ontleding het lig gewerp op die betekenisdomeine wat 'n prominente rol speel in respondente uit die verskillende groepe se denke oor onderskeidelik die verlede, hede en toekoms. Die verskillende stelling resultate wat deur die onderskeie koderingsprosesse opgelewer is, wat lig werp op die tydsperspektief van respondente uit die verskillende groepe as potensiële weerbaarheidsfaktor (afdeling III in figuur 20), sal vervolgens afsonderlik weergegee word. Aangesien hierdie studie in wese kwalitatief van aard is, sal die resultate van die inhoudsanalise eerste weergegee word.

7.10 INHOUDSANALISE

Ten einde 'n idee te vorm van die inhoud van respondente se denke oor hulleself en hulle lewens, is daar in hierdie gedeelte van die data-verwerkingsproses gebruik gemaak van die verkorte kodeerskema van Westerhof en Bode (1999). Na aanleiding van die hierdie skema (wat in Bylae A weergegee word) kon daar bepaal word watter rol elk van die sewe betekenisdomeine (sien afdeling 6.3.2.6.2) speel wanneer individue uit die verskillende groepe uitsprake gemaak het oor verskillende aspekte van hulleself en hulle lewens. Daar kon sodoende ook 'n idee gevorm word van watter lewensdomeine die lede van die verskillende groepe beskou as die betekenisgewende elemente van hulle huidige bestaan.

Hierdie analise van die inhoud van respondente se sinsvoltooiings is egter nie los van die tydsperspektiefbepalings (wat in afdeling 7.11 bespreek sal word) gedoen nie. Vir die doel van hierdie ondersoek is die inhoudsanalise van proefpersone se sinsvoltooiings gekombineer met die koderingsstelsel wat gebruik is om die tydsoriëntasie (afdeling 7.11.1), tydshouding (afdeling 7.11.3) en reikwydte (afdeling 7.11.2) van respondente se tydsperspektief te bepaal. Waar daar egter in bogenoemde afdelings slegs op die neutrale items ten opsigte van tydsoriëntasie en -houding gelet is, is daar tydens die inhoudsanalise van al die items vervat in die SELE gebruik gemaak. Op hierdie wyse kon daar bepaal word watter van die domeine betrokke is wanneer 'n individu 'n positiewe of negatiewe uitspraak oor aspekte van die verlede, hede of toekoms sou maak. Die resultate van hierdie gesamentlike koderingsproses verskyn in tabel 6.

Tabel 6: Uiteensetting van die inhoudsanalise van data bekom met behulp van die SELE-instrument

GROEP	TYDS-DIMENSIE	EVALUASIE	BETEKENISDOMEIN								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
Groep 1	Verlede	(+)	1	0	6	0	0	0	0	0	
		(-)	0	0	1	5	4	1	1	0	
		(+/-)	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Hede	(+)	10	3	6	8	18	1	2	1	
		(-)	18	16	9	5	31	1	0	2	
		(+/-)	8	14	11	1	3	1	0	1	
	Open present	(+)	1	0	1	0	4	0	0	0	
		(-)	0	4	4	0	5	1	1	2	
		(+/-)	1	0	3	0	0	1	0	0	
	Toekoms	Onmidd.	(+)	2	0	0	0	0	0	0	1
			(-)	0	0	2	0	2	0	0	0
			(+/-)	0	0	8	0	0	0	0	4
		Intermed.	(+)	2	0	0	2	0	1	0	0
			(-)	0	2	1	0	1	1	0	0
			(+/-)	0	0	4	0	1	0	0	0
		VAG	(+)	2	0	2	1	0	1	0	0
			(-)	2	2	5	0	3	0	0	0
			(+/-)	2	0	3	2	1	1	1	0
		Trans.	(+)	0	0	0	0	0	0	1	0
			(-)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(+/-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Groep 2		Verlede	(+)	2	0	4	0	0	0	1	0
			(-)	3	0	7	4	2	1	0	0
			(+/-)	2	0	4	2	0	0	0	0
	Hede	(+)	8	2	8	6	21	1	2	3	
		(-)	10	11	9	4	32	0	4	2	
		(+/-)	9	10	16	0	3	0	1	0	
	Open present	(+)	4	2	3	2	5	0	0	0	
		(-)	1	1	3	0	3	0	0	0	
		(+/-)	1	0	3	0	0	0	0	0	
	Toekoms	Onmidd.	(+)	2	0	2	1	3	0	0	0
			(-)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(+/-)	0	0	2	0	0	0	0	0
		Intermed.	(+)	4	0	1	0	1	0	0	0
			(-)	0	0	1	0	4	0	0	0
			(+/-)	3	0	1	1	2	0	1	0
		VAG	(+)	0	0	3	0	1	1	1	0
			(-)	0	1	5	0	9	0	0	0
			(+/-)	2	0	5	0	2	1	0	0
		Trans.	(+)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(-)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(+/-)	0	0	0	0	0	0	0	0

GROEP	TYDS-DIMENSIE	EVALUASIE	BETEKENISDOMEIN								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
Groep 3	Verlede	(+)	0	0	4	1	0	0	0	0	
		(-)	0	0	5	4	6	0	0	0	
		(+/-)	0	0	1	4	2	0	0	0	
	Hede	(+)	10	0	12	9	18	1	1	1	
		(-)	17	8	4	3	27	1	2	0	
		(+/-)	8	11	12	4	7	1	0	0	
	Open present	(+)	3	0	7	4	5	0	1	0	
		(-)	2	1	3	0	3	0	1	0	
		(+/-)	0	0	3	0	0	0	1	0	
	Toekoms	Onmidd.	(+)	1	0	0	1	0	0	1	0
			(-)	0	0	0	1	0	0	0	0
			(+/-)	0	0	0	0	1	0	0	0
		Intermed.	(+)	2	2	1	2	1	1	0	0
			(-)	0	2	0	1	1	1	0	0
			(+/-)	1	1	2	1	0	0	0	0
		VAG	(+)	1	1	10	4	1	0	1	0
			(-)	0	2	1	0	9	0	0	0
			(+/-)	1	2	2	4	4	0	0	0
		Trans.	(+)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(-)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(+/-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Groep 4		Verlede	(+)	2	0	1	0	0	0	0	0
			(-)	1	0	6	1	6	0	0	0
			(+/-)	0	0	2	1	1	0	0	0
	Hede	(+)	8	0	8	10	19	1	7	0	
		(-)	7	8	4	2	33	2	6	0	
		(+/-)	9	12	14	1	4	0	2	1	
	Open present	(+)	7	1	2	0	6	1	2	0	
		(-)	2	2	1	1	5	0	0	0	
		(+/-)	0	1	0	0	0	0	0	0	
	Toekoms	Onmidd.	(+)	2	0	1	3	2	0	0	0
			(-)	0	0	0	0	1	0	0	0
			(+/-)	1	0	0	0	0	0	0	0
		Intermed.	(+)	3	0	3	0	1	2	0	0
			(-)	1	0	1	0	1	1	0	0
			(+/-)	2	1	2	1	2	0	1	0
		VAG	(+)	1	1	7	0	2	3	1	0
			(-)	0	0	4	0	9	0	0	0
			(+/-)	0	1	6	2	5	0	0	0
		Trans.	(+)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(-)	0	0	0	0	0	0	0	0
			(+/-)	0	0	0	0	0	0	0	0

Hoewel daar in die tabel slegs 'n onderskeid gemaak is tussen die verskillende hoofdomeine, sal die rol van die betrokke subdomeine tydens hierdie kwalitatiewe bespreking ook dikwels na vore kom.

Dit is met die eerste oogopslag duidelik dat die omvang van die data dit onprakties sou maak om tydens hierdie kwalitatiewe bespreking afsonderlik aandag aan al die selle in die tabel te skenk. Omdat sommige van die betekenisdomeine beter verteenwoordig is as ander, is daar vir die doel van hierdie bespreking besluit op die algemene reël om op die inhoud van daardie selle (waarvan die kodes telkens vermeld word) wat by benadering 10% of meer van die data binne elke tydseenheid gedra het, te fokus. Elk van hierdie selle is in tabel 6 donker omlyn. Hoewel hierdie inhoudsanalise baie ooreenkomste tussen groepe uitwys (wat eerste bespreek sal word), fokus die bespreking hoofsaaklik op die verskille tussen groepe met betrekking tot die inhoudelike aspekte van die groepslede se tydsperspektief. Ten einde die bespreking te verryk en in die data te begrond, is daar telkens van voorbeelde uit die data (tussen hakies) melding gemaak.

7.10.1 Gemeenskaplikhede tussen groepe

7.10.1.1 Verlede

As gevolg van die bewoording en toewysing van SELE-sinstamme aan een van die tydskategorieë, is die verlede as tydseenheid by al die groepe relatief swak verteenwoordig. Positiewe uitsprake oor die verlede het geneig om te fokus op 'n tevredenheid met die lewe (kode 30 met verwysing na Bylae A) en die wyse waarop dit vroeër daar uitgesien het, en is dikwels deur lede van al vier die groepe in 'n sekere mate in verband gebring met 'genade van Bo'. 'n Verdere aspek rakende die verlede wat genoem is (veral deur lede van groepe 2 en 4), was die feit dat lewenservaring (kode 10) wat veral deur die moeilike en negatiewe ervarings van die verlede opgedoen is, 'n positiewe nadraai gehad het. Respondente het gevoel dat hulle in hierdie tye dikwels iets van hulleself geleer het, wat volgens hulle oordeel 'n groot bydrae tot hulle wysheid en ryphed as volwassenes gemaak het. (*"WHAT I LIKE ABOUT GETTING OLDER... is that my experiences in the past have taught me to be more accepting and self-reliant."*)

Wanneer daar op die negatiewe aspekte van die verlede gefokus is, was spyt en selfverwyte oor verspeelde kansen van die verlede prominent by al die groepe. (*"WANNEER EK MY LEWE TOT OP HEDE IN OËNSKOU NEEM, IS EK SPYT DAT... daar tog geleenthede by my verbygegaan het wat ek weens verskeie redes, nie kon of wou bemit nie."*) Oor die algemeen het hierdie spyt gesentreer rondom die aktiwiteite (kode 40), en meer spesifiek die studieloopbane en beroepskeuses van respondente (kode 44), asook die feit dat daar nie in die verlede méér tyd ingeruim is vir genotvolle aktiwiteite vir die self (kode 41) nie. (*"EK SOU GRAAG... my talente beter wou ontwikkel deur klas- te neem in binneshuisversiering en landskapsargitektuurklasse"*, en *"WANNEER EK MY LEWE TOT OP HEDE IN OËNSKOU NEEM, IS EK SPYT DAT... ek nie meer dinge gedoen het waarin ek belang gestel het nie."*) Daar was dus 'n versugting om meer lekker dinge te kon doen wat die eie belangstelling prikkel.

Nog 'n belangrike oorsaak van negatiewe evaluering van die verlede was geleë in die sosiale betekenisdomein (kode 50). Weer eens het reponse gesentreer rondom 'n gevoel van selfverwyte oor verspeelde geleenthede. Groeplede uit die verskillende groepe het byvoorbeeld hulle spyt uitgespreek oor die feit dat daar nie meer dikwels na kinders, huweliksmaats en familieledes, en selfs na God uitgereik is nie, en dat daar nie meer liefde bewys is toe die geleentheid daarvoor nog bestaan het nie. (*"WANNEER EK MY LEWE TOT OP HEDE IN OËNSKOU NEEM, IS EK SPYT DAT... ek nie my eie kinders kon geniet het soos ek my kleinkinders geniet nie"*, en *"WANNEER EK MY LEWE TOT OP HEDE IN OËNSKOU NEEM, IS EK SPYT DAT... ek nie meer liefde gegee het nie."*) Dit was inderdaad 'n belewenis wat deur lede van al die groepe gedeel is en mag te doen hê met die feit dat hulle almal in dieselfde ontwikkelingsfase (bejaardheid) verkeer. Daar sal egter in hoofstuk 8 meer besonderhede op die moontlike redes vir hierdie ooreenkomste gelet word.

7.10.1.2 Hede en open present

Hoewel die items gekodeer in die *open present*-tydskategorie implisiete verwysings na die toekoms bevat, het dit tydens die koderingsproses geblyk dat die inhoud daarvan groot ooreenkomste toon met uitsprake wat oor die hede gemaak is. Die inhoud van items gerig op hierdie twee tydseenhede sal dus saam weergegee word.

Wat onmiddellik uit tabel 6 opval, is die feit dat groepe 1, 2, 3 en 4 die sosiale omgewing (kode 5) as beide die mees positiewe en mees negatiewe betekenisdomein van hulle funksionering in die hede, sowel as in die *open present* beskou. Die ooreenkoms tussen hierdie twee tydseenhede is nie verrassend nie, aangesien die *open present* tot 'n groot mate gerig is op die hede, terwyl dit elemente van die toekoms insluit (soos hierbo verduidelik). Die ooreenkomste (en verskille) tussen die onderskeie groepe met betrekking tot hulle uitsprake oor hierdie tydseenhede hou egter interessantheide in wat meer aandag verdien. Die faktore wat vervolgens bespreek word, het 'n prominente bydrae tot al vier die groepe se belewing van die hede en *open present* gemaak.

Wat die positiewe belewing van die hede betref, het die sosiale omgewing (kode 50), met ander woorde menseverhoudinge, deurgaans een van die mees prominente bydraes gemaak. Die potensiaal daarvan as betekenisgewende lewensdomein vir persone uit al die groepe het geblyk gesetel te wees in die behoud van die vermoë om te dien (kode 54), en 'n volgehoue positiewe bydrae tot die huwelik, gesin of gemeenskap te maak. Uitsprake soos die volgende het byvoorbeeld dikwels voorgekom: "*I AM PROUD THAT... I am as good a wife and mother as I am able to be*", en "*EK VOEL BAIE GOED... as ek 'n instrument is om mense van groot bekommernis of vrees te verlos.*" Dit was die enkele grootste betekenisgewende faktor wat die groepe gedeel het. Goeie wense vir en besorgdheid oor die welstand van ander (kode 57) was nou hieraan verwant, en het ook 'n prominente bydrae gemaak. Die betekenisvolheid wat hierdie domein potensieel vir die individuele bestaan inhou, word goed opgesom deur die volgende voorbeeld: "*DIE BELANGRIKSTE VIR MY IS... dat ek ervaar ander het my nodig.*"

Aangesien hierdie betekenisdomein ewe prominent in al die groepe (almal bejaardes) was, bestaan die moontlikheid dat dit 'n weerspieëling is van die bejaardegroep as geheel se siening en ervaring van die sosiale betekenisdomein. Die bespreking van hierdie moontlikheid sal egter in die volgende hoofstuk meer aandag ontvang.

Met die voor-die-hand-liggende uitsondering van diegene wat 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte versorg, is groei rakende die kwaliteit van verhoudinge (kode 56) van die respondente met ander (kennisse, vriende, huweliksmaats en familieledede),

dikwels gerapporteer. Hierdie verhoogde kwaliteit van interpersoonlike verhoudinge het 'n groot rol geblyk te speel as betekenisgewende faktor (in die hede) in die lewens van individue uit al die ander groepe. Ervaring wat met die verloop van jare opgedoen is en gelei het tot beter vaardighede in sosiale situasies, het 'n belangrike bydrae gemaak tot die kwaliteit van verhoudinge: *"EK IS TAAMLIK GOED MET... mense se lyftaal te lees, veral as dit iemand na aan my is."*

Sinsvoltooiings uit al die groepe het dikwels 'n fyn empatiese ingesteldheid teenoor ander weerspieël: *"EK VOEL NOGAL SLEG WANNEER... ek ontakvol was en miskien iets gesê of gedoen het wat iemand kon seermaak."* Die gewig wat respondente toegeken het aan die sosiale karaktertrekke van ander (kode 55) - soos begrip, aanvaarding, eerlikheid en hulpverlening - dien as verdere bevestiging van die belangrike rol van die sosiale omgewing as betekenisdomein tydens hierdie ontwikkelings stadium. Wat waarskynlik nou hiermee saamhang, is die feit dat onnodige kwetsende en ongeskikte gedrag van mense (kode 55) baie negatief geëvalueer is. (*"DIT MAAK MY KWAAD... om kennis te neem van enige vorm van wreedheid."*) Dit wil dus voorkom asof hierdie (bejaarde) individue vir hulleself in baie gevalle die taak toegeeien het om as die sosiale waghonde van die gemeenskap op te tree.

Die feit dat hulle kon staat maak op die hulp en ondersteuning van familie en getroue vriende het ook 'n positiewe bygedrae gemaak tot die potensiaal van die sosiale omgewing as betekenisdomein. (*"EK VOEL BAIE GOED... dat ou vriende ons nog onthou en vir ons bid, en dankbaar oor nuwe vriende wat ons bystaan"*, en *"EK VOEL BAIE GOED... oor my dierbare kinders en goeie vriende."*) Aan die negatiewe kant was die stelselmatige prysgee van onafhanklikheid (kode 52) sonder twyfel die grootste enkele negatiewe faktor wat met betrekking tot die sosiale omgewing genoem is. (*"WAT MY NIE VAN OUER WORD AANSTAAN NIE... is die onvermoë om dinge behoorlik te doen. Om altyd van iemand afhanklik te wees en nie self te kan doen wat ek wil of moet doen nie."*) Toenemende hulpbehoewendheid (kode 59) het vir lede van al vier die groepe dus toenemend probleme geskep. (*"EK VOEL NOGAL SLEG WANNEER... iemand vir my iets moet doen. Ek dien eerder."*) Die feit dat die gevoel van nuttigheid (dat hulle nog iets vir iemand kan beteken, soos by die bespreking van kode 57 genoem is) so 'n prominente positiewe bydrae gemaak

het tot hierdie mense se lewensbetekenis, skep begrip vir hulle negatiewe evaluasie van omstandighede wanneer hulle deur omstandighede gedwing is om aan die ontvangkant van hulp en ondersteuning te wees. Weer eens is dit waarskynlik 'n belewenis kenmerkend van bejaardheid, wat tydens die bespreking van resultate (hoofstuk 8) meer aandag sal geniet.

7.10.1.3 Toekoms

7.10.1.3.1 Onmiddellike toekoms

Die onmiddellike toekoms is relatief swak verteenwoordig in al die groepe. Hoewel daar nie duidelike ooreenkomste tussen groepe was met betrekking tot hulle denke oor hierdie tydseenheid nie, het 'n aantal interessante verskille wel na vore gekom. Hierdie verskille sal in afdeling 7.10.2.3.1 in besonderhede bespreek word.

7.10.1.3.2 Intermediêre toekoms

Met betrekking tot die ooreenkomste tussen die groepe wat hulle uitsprake oor sake wat waarskynlik in die intermediêre toekoms geleë is betref, is daar weer eens by al die groepe (met die uitsondering van groep 1) groot klem geplaas op die sosiale omgewing (kode 50). Meer spesifiek het dit gegaan om die vooruitsig na 'n besondere sosiale uitreiking in die intermediêre toekoms. Sinsvoltooiings soos die volgende het dus algemeen uit groepe 2, 3 en 4 gekom: "*EK BEPLAN OM... as my gesondheid dit toelaat, meer vir die behoefdiges en instansies te doen*", en "*IN DIE KOMENDE PAAR JAAR... wil ek soveel moontlik kuiergeleenthede maak vir my kinders en vriende.*" Vir die lede van groep 1 het denke oor hierdie tydspanne, soos oor die hede, *open present* en onmiddellike toekoms, tot 'n groot mate gesentreer rondom die versorgingsproses, en is daar weinig melding gemaak van sosiale kontak en interaksie. Hierdie belangrike verskil sal in afdeling 7.10.2.3.2 in meer besonderhede bespreek word.

Nog 'n belangrike betekenisdomein wat binne hierdie tydsinterval in al die groepe na vore gekom het, was dié van aktiwiteite (kode 40). Meer spesifiek is daar in al die groepe groot klem gelê op die voorneme om meer tyd vir die self in te ruim, en meer

genotvolle aktiwiteite in die afsienbare tyd aan te pak. Uitsprake soos die volgende het hierdie voorneme verteenwoordig: *"DIT SAL LEKKER WEES AS... ek nog baie toere kan onderneem met mense van my eie ouderdom."* By nadere ondersoek het hierdie ooglopende ooreenkoms tussen groepe wat betref beplande aktiwiteite egter ook 'n belangrike verskil uitgewys. Hieroor sal in afdeling 7.10.2.3.2 meer gesê word.

7.10.1.3.3 Verafgeleë toekoms

Wanneer die respondente betrokke in hierdie studie se ouderdom in ag geneem word, is dit nie verbasend dat daar 'n groot mate van ooreenstemming is wat betref die inhoud van hulle denke oor die verafgeleë toekoms nie. Uitsprake soos die volgende: *"EK IS BEVREES DAT... die toekoms vir ons ouer mense nie rooskleurig lyk nie, maar ek glo dat die Here ons op ons knieë dwing. Want Hy alleen kan ons help"*, en *"EK IS BEVREES DAT... ouderdom nie vir sissies is nie,"* het dikwels voorgekom en uitdrukking gegee aan die feit dat bejaardheid, en die aanpassings wat dit noodsaak, voorop gestaan het in respondente se denke oor hulle verafgeleë toekoms.

Uit tabel 6 is dit duidelik dat die sinsvoltooiings van respondente uit al vier die groepe wat op hierdie tydsinterval betrekking het, hoofsaaklik gesentreer het rondom twee spesifieke betekenisdomeine, naamlik die eie lewe, lewensloop en dood (kode 30), en die sosiale omgewing (kode 50).

Met betrekking tot die respondente se uitsprake oor die eie lewensloop, was daar uit al die groepe telkens tekens van voorspelling van en voorbereiding vir die veranderinge wat met toenemende ouderdom geassosieer word. Sinsvoltooiings soos die volgende dien ter illustrasie hiervan: *"EK DINK DAT EK... myself moet voorberei vir die komende ouderdom, dat ek nie nog baie jare so gelukkig en onafhanklik sal kan bly nie."*

Hierdie voorspelde veranderinge is dikwels in 'n positiewe lig gesien. Daar is byvoorbeeld sterk gefokus op die behoud van sekere aspekte wat met toenemende ouderdom nog moontlik sou wees: *"AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... sal ek dinge doen wat ek nog kan doen, ek is seker daar is dinge wat 'n*

mens kan besig hou vir die res van jou lewe.” Daar was ‘n deurlopende besef van die aftakelingsproses wat waarskynlik voorlê. Aanvaarding van daardie verlieservaringe wat wél met die ouderdom gepaard sou gaan, het ook dikwels ter sprake gekom en kan ook in ‘n positiewe lig gesien word: *“AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... wil ek dit graag so kan aanvaar en dit wat ek wel nog kan doen, beter doen.”* Uit die vorige aanhaling is dit ook duidelik dat daar vir die agteruitgang wat voorspel word (wat met bejaardheid gepaard sou gaan), dikwels gekompenseer word op ander gebiede. Hierdie positiewe benadering tot verandering is soms selfs verteenwoordig deur ‘n humoristiese beskouing van die gevolge van bejaardheid: *“WAT MY WEL VAN OUER WORD AANSTAAN... is dat mense meer dinge aanvaar van oud word en dat jy maar partykeer vir mekaar kan lag oor al die kwale.”*

Hoewel uitsprake oor die aanvaarding van hierdie veranderinge dus dikwels voorgekom het en in die meeste gevalle deur die beoordelaar as ‘n positiewe uitspraak beskou is, het aanhalings soos die volgende weerspieël dat dit nie altyd die gelukkige toedrag van sake was nie. Aanvaarding van die agteruitgang wat op die langtermyn deur respondente voorspel is, het vir hulle dikwels ‘n mate van beheerverlies oor die eie lewensloop ingehou: *“AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... sal dit my frustreer maar ek sal dit probeer aanvaar”*, en *“AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... moet ek dit maar net aanvaar.”* Dit was dus duidelik dat die onbekendheid en onvoorspelbaarheid van die jare wat voorlê, ten spyte van die besef dat hulle dit moes aanvaar, tog dikwels vir hierdie persone ‘n bedreiging ingehou het: *“AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... bid ek werklik dat ek dit met grasia as onveranderbaar sal kan aanvaar.”*

Met betrekking tot die sosiale omgewing (kode 50) is die vrees dikwels uitgespreek dat die laaste lewensjare alleen deurgebring sou moes word: *“EK IS BANG DAT EK... sal vereensaam, ... alleen sal agterbly”*, en *“I FEAR THAT... if I become ill, who would take care of me?”*

Die aspekte van die sosiale omgewing as betekenisdomein wat egter by verre die meeste aandag gekry het, was die vrees vir die afstand doen van onafhanklikheid en selfstandigheid (*“EK IS BEVREES DAT... ek ook maar met tyd dalk my onafhanklikheid sal moet prysgee wat vir my glad nie lekker sal wees nie”*) en die

sosiale afhanklikheid wat daarmee sou saamgaan. Die volgende aanhalings dien ter illustrasie: *"LATER, WANNEER EK OUER IS... moet ek seker ook versorg word. Vraag is wie? Dit sal maar die ouetehuis wees"*, en *"WHEN I AM NO LONGER CAPABLE OF DOING CERTAIN THINGS... I will have to reconsider my position, sell my house and move to some place that will care for me"*. In uitsonderlike gevalle is die hulpverlening deur ander in 'n positiewe lig gesien en soms selfs as 'n voorreg beskou: *"AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... moet ek blymoedig toelaat dat ander dit vir my doen, veral onthou om dankie te sê, sommige mense beskou dit as hul reg dat dinge vir hulle gedoen moet word."*

In die oorgrote meerderheid van gevalle is hulpbehoewendheid en afhanklikheid egter as 'n ernstige verlieservaring beskou en in 'n baie negatiewe lig geëvalueer. 'n Groot bydraende faktor hiertoe was die feit dat bejaardes nie vir hulle familieledes tot las wou wees nie: *"I AM AFRAID THAT... at my age the time will come when I will lose my independence and perhaps become a burden to my family"*, en *"LATER, WANNEER EK OUER IS... sal ek eerder in 'n versorgingsoord wil wees. Ek wil nie vir my kinders tot las wees nie."* 'n Verdere faktor wat egter 'n selfs groter rol gespeel het, was dat die verlies van die vermoë om die self te versorg vir persone van hierdie ouderdom 'n groot verleentheid skep en inderdaad 'n groot persoonlike verlies verteenwoordig: *"WAT MY NIE VAN OUER WORD AANSTAAN NIE... is dat mens afhanklik raak van ander. Dit sal ek moeilik verwerk"*; *"EK IS BEVREES DAT... ek my selfstandigheid en selfversorgendheid eendag sal moet prysgee en daarom van ander afhanklik moet wees"*; en *"AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... soos om jou eie persoonlike versorging nie meer te behartig nie, is vir my 'n massiewe kwelling. Omdat ek 'n baie private en onafhanklike mens is, is dit soos 'n afgrond wat vir my wag."*

7.10.1.3.4 Transendentale toekomst

In die protokolle van al die deelnemers aan hierdie studie het daar slegs een eksplisiete verwysing na die dood en die lewe na die dood voorgekom. Dit sal in afdeling 7.10.2.3.4 in meer besonderhede bespreek word.

7.10.2 Verskille tussen groepe

7.10.2.1 Verlede

Wanneer positiewe uitsprake oor die lewe in die verlede gemaak is, het twee nuanseverskille duidelik na vore gekom tussen die onderskeie groepe. Waar 'n positiewe evaluering van die verlede vir lede uit groep 3 gefokus het op die feit dat die verlede nie altyd maklik was nie, maar deur genade en harde werk suksesvol bemeester is, was lede van veral groep 1 geneig om die verlede te onthou as 'n amper idilliese tydperk sonder enige probleme. Vergelyk byvoorbeeld: "*WHEN I THINK ABOUT MYSELF... I admit that I have had an easy life*" (Groep 1), en "*WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... weet ek dat ek 'n begenadigde persoon is. Hoewel nie altyd maklik nie, het ek bereik wat ek wou en kon tog ook 'n geringe bydrae tot die gemeenskap lewer. Ek is egter nie 'n besonderse mens nie*" (Groep 3). Veral die lede van groep 3 was dus geneig om 'n mate van genoegdoening te ervaar wat betref die positiewe ervarings van die verlede.

Die tweede belangrike verskil rakende die verlede, wat moontlik nou met bogenoemde saamhang, was dat slegs die lede van groep 1 die versugting uitgespreek is (en dan ook redelik dikwels) om na hierdie tydspanne terug te keer, soos blyk uit die volgende voorbeeld: "*WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... het ek 'n wonderlike lewe gehad. Dit sal lekker wees as ek die horlosie so 'n bietjie kon terugdraai.*" Dit wil dus voorkom asof die lede van groep 1, waarskynlik as gevolg van 'n onbevredigende hede en die onbekendheid van die toekoms, geneig is om die verlede te idealiseer as 'n tydspanne sonder probleme, en dikwels droom om na hierdie 'kommervrye' tyd terug te keer.

Die algemene aspekte (domeine) wat tydens die negatiewe evaluering van die verlede by al die groepe na vore getree het, is in die vorige gedeelte (afdeling 7.10.1.1) bespreek. Wat die verskille betref wat tussen die groepe blyk te bestaan met betrekking tot hulle siening van die verlede, kan die lede van groep 2 uitgesonder word. Dit is geensins verrassend dat daar in hulle sinsvoltooiings wat betrekking het op die verlede, tot 'n groot mate gefokus is op die negatiewe emosionele belewenis wat deur hulle spesifieke verlieservaring (verlies van die huweliksmat aan die dood

as gevolg van Alzheimer se siekte) teweeggebring is nie. Sinsvoltooiings soos die volgende weerspieël die feit dat hierdie verlieservaring 'n allesoorheersende faktor was in groep 2 se siening van die verlede: *"WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... I feel very sad to have gone through the trauma of seeing my husband slipping away from me"*, en *"I THINK, THAT I... would never like to handle this sort of situation again. It is very draining and brings a lot of heartache"*. Wat voorts kenmerkend was van lede van hierdie groep se hantering van hierdie aspek van die verlede, is dat hulle telkemale skuldgevoelens uitgespreek het oor die wyse waarop hulle die versorgingsituasie hanteer het. (*"WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... is ek nou baie spyt dat ek so onkundig was toe my man baie dinge vergeet het en ek ongeduldig was"*, en *"WANNEER EK MY LEWE TOT OP HEDE IN OËNSKOU NEEM, IS EK SPYT DAT... daar tye was wat ek ook maar baie ongeduldig was met my omstandighede, tye wat ek nie my dankbaarheid vir my man bewys het vir sy verstaan en saamstaan nie, en dat ek aan die begin van sy siekte ongeduldig was omdat ek gedink het hy wou nie beter word nie."*) Hierdie skuldgevoelens is ook in afdeling II geïdentifiseer as een van die mees inkapasiterende emosies geassosieer met hierdie versorgings- en rouproses.

7.10.2.2 Hede en open present

Soos genoem in afdeling 7.10.1.2, het individue van groep 1, 2, 3 en 4 hulle sosiale omgewing (kode 50) as een van die mees positiewe aspekte van hulle funksionering in die hede beskou. Hoewel die behoud van die vermoë om te dien en 'n positiewe bydrae tot die lewenskwaliteit van ander te maak in al die groepe 'n prominente betekenisgewende element in die hede was, het dit uit die inhoud van die onderskeie sinsvoltooiings duidelik geblyk dat daar op hierdie gebied ook belangrike verskille tussen die groepe bestaan. Die belangrikste verskil was geleë in die grootte of reikwydte van die individue uit die verskillende groepe se sosiale wêreld. Die sosiale omgewing van die lede van groep 1 het in weinig gevalle wyer gestrek as die versorger se verhouding met die huweliksmaat. As gevolg van die aard en impak van Alzheimer se siekte het die kwaliteit van ook hierdie verhouding sonder uitsondering met die verloop van tyd agteruitgegaan. (*"DIT MAAK MY KWAAD... wanneer ek en my man mekaar nie verstaan nie. Ons kommunikeer sleg"*; en *"EK VIND DIT MOEILIK OM... hom te bad, aangesien hy baie opstandig en aggressief is"*; en in 'n

selfs meer ernstige graad: *"WAT MY DIE AFGELOPE TYD PLA... is dat hy my nie meer sien as sy vrou nie maar as sy suster en soms sy moeder."*) Die implikasies hiervan vir die versorger se emosionele welstand spreek vanself.

Ten spyte van die agteruitgang van hierdie verhouding, was dit duidelik dat die versorgingsproses die mees betekenisgewende aspek van persone uit groep 1 se belewing in die hede was. Een van die lede van groep 1 het haar in die items wat betrekking het op die positiewe beleving van die hede onderskeidelik soos volg uitgedruk: *"EK IS TAAMLIK GOED MET... die huidige versorging van my eggenoot. Dit behels bad, aantrek en uittrek en toediening van medikasie. DIE BELANGRIKSTE VIR MY IS... dat hy elke dag goed versorg moet word"*, en *"EK VOEL BAIE GOED... as ek geslaag het met die badproses."* Bogenoemde aanhalings weerspieël byna 'n preokkupasie met die versorgingsproses en sonder dit uit as die allesoorheersende faktor in die bepaling van die versorger se emosionele belewenis. Hierdie aspek van versorger-beleving het ook in die ondersoek na die rouproses van versorgers (afdeling 7.6.1.2) as 'n belangrike psigodinamiese aspek van die versorger se beleving na vore getree.

Die betekenisvolheid wat die sosiale domein (kode 50) en die versorgingsproses vir lede van groep 1 ingehou het, het die proses self geblyk te transendeer en het dus ook in die belewenis van lede van groep 2 steeds sterk na vore getree. Selfs na die dood van die eggenoot as gevolg van Alzheimer se siekte was die toegewyde en selfopofferende versorging van die lewensmaat een van die mees prominente betekenisgewende faktore vir individue uit hierdie groep. (*"EK IS TROTS OP DIE FEIT DAT... ek met die hulp van die Here my ou man tot op die laaste oomblik kon bystaan."*) As gevolg van die gewig wat hierdie aspek dra, het dit vir versorgers 'n ewe groot negatiewe rol gespeel wanneer hulle, selfs momenteel, nie daartoe instaat was om so goed moontlik te kon voorsien in die behoeftes van die pasiënt nie. (*"EK VOEL NOGAL SLEG WANNEER... ek lelik is met my man of antwoord voor ek mooi gedink het."*)

'n Verdere belangrike bevinding binne die sosiale betekenisdomein (kode 50) was dat versorgers gevoel het dat hulle deur hierdie ervaring gesensitiseer is vir die leed van ander (*"I AM PROUD THAT... I have far more compassion now with people having a*

terminal illness after having experienced this in my family.") Hoewel 'n empatiese ingesteldheid teenoor ander 'n gemeenskaplike kenmerk van al die groepe was (afdeling 7.10.1.2), het die versorgingsproses die mense van groep 2 tot so 'n mate vir die swaarkry van ander gesensitiseer, dat individue uit hierdie groep dikwels aan die kortste ent daarvan getrek het. Sinsvoltooiings soos die volgende het gereeld by hierdie groep voorgekom: *"MY SWAKHEDE IS... ek laat my maklik manipuleer. Ek wil almal om my gelukkig maak, en ek kry mense te gou jammer"*; *"MY SWAKHEDE IS... dat ek baie maklik 'n ander persoon se swaarkry my eie maak en daarom nie neutraal kan staan teenoor lyding nie"*; en *"WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... weet ek dat ek baie van my swaarkry self oor my bring omdat ek nie los kan staan van mense wat op my hulp of raad staatmaak nie. Ek sê nie maklik nee nie. Ek kan nie!"* Dit blyk dus, veral na afloop van die versorgingsproses, 'n aspek van versorger-belewing te wees wat in die breër sosiale konteks teen die versorger kan tel en die persoon se herintegrasie in die gemeenskap mag strem.

Dit is verstaanbaar dat die negatiewe evaluering van die hede vir lede van beide groepe 2 en 4 dikwels sentreer rondom eensaamheid, en die gemis na 'n lewensmaat. (*"MY SWAKHEDE IS... ek kan die eensaamheid en alleenwees nie hanteer nie."*) Gevoelens van sosiale isolasie het egter veral in die sinsvoltooiings van lede van groep 2 'n prominente rol gespeel: *"EK VIND DIT MOEILIK... om soms by getroude pare te gaan kuier"*, en *"IT ANNOYS ME... when others do not respond to friendly overtures"*. Interessant genoeg het lede van groep 1 soortgelyke ervarings gehad en dikwels uitsprake soos die volgende gemaak: *"IT IS DIFFICULT FOR ME... to have a partner who does not remember and cannot share our past-life memories"*, en *"IT WOULD BE NICE IF... we could have some conversation, he could tell me how he feels and what I must do"*. Hierdie situasie van vereensaming is vir lede van groep 1 soms vererger deur die feit dat die simptome van die huweliksmaat dikwels gelei het tot die verbrokkeling van die versorger se sosiale ondersteuningsnetwerk (sien ook afdeling 7.6.1.3). (*"EK IS BEVREES DAT... my kinders nie die siekte aanvaar nie."*) Ten spyte daarvan dat hierdie versorgers (lede van groep 1) dikwels 'n gevoel van vereensaming beleef, selfs voor die afsterwe van die huweliksmaat, is daar 'n geneigdheid om vas te klou aan hierdie verhouding, aangesien dit dikwels die versorger se totale sosiale omgewing verteenwoordig. Die gedagte dat daar 'n einde

aan sal kom, is dikwels vir versorgers vreesaanjaend: *"I FEEL RATHER MISERABLE WHEN... I think I may be without him."*

Wat betref uitsprake wat oor die psigiese self (kode 10) gemaak is in die hede, is dit interessant dat aspekte van hierdie betekenisdomein (soos negatiewe karaktertrekke: kode 12) dikwels 'n prominente rol gespeel het wanneer lede van groep 3 hulle negatief oor die hede uitgespreek het. Van al hierdie negatiewe eienskappe wat aan die self toegedig word (waaronder onvergenoegdheid, humeurigheid, besluiteloosheid, angstigheid en puntenerigheid) was oorhaastigheid en ongeduld die algemeenste negatiewe karaktereieskappe wat genoem is.

Ook vir die lede van ondersoekgroep 1 het aspekte van hulle psigiese self en psigiese funksionering (kode 10) 'n belangrike negatiewe bydrae gemaak tot hulle belewenis van die hede. Interessant genoeg het hulle feitlik nooit gekla oor die belewing van negatiewe emosies (kode 13) nie. Lae vlakke van motivering en die onsuksesvolle hantering van die versorgingstaak (kode 14) is dikwels eerder deur hierdie groeplede aangedui as belangrike oorsake van die negatiewe belewing op psigiese vlak in die hede. (*"WAT MY DIE AFGELOPE TYD PLA... is dat ek baie sukkel om my man se siekte reg te hanteer. Ek maak soveel foute"*; *"DIT MAAK MY KWAAD... as ek nie dinge kan hanteer nie"*; *"EK HET AGTERGEKOM DAT EK... baie ingee en moeg word"*; en *"IT ANNOYS ME... that I sometimes lose my temper with a person who doesn't even know that he is being difficult."*) Negatiewe karaktertrekke (kode 12) is as gevolg hiervan dikwels deur lede van groep 1 by hulleself geïdentifiseer: *"MY SWAKHEDE IS... kragteloosheid, ongeduld en moedeloosheid. Ek wonder gedurig hoekom het die Vader hierdie moeilike taak op my geplaas."* Soos met die ander betekenisdomeine en tydseenhede, het lede van groep 1 se belewing van die psigiese self weer eens gesentreer om die versorgingstaak en dikwels tot 'n negatiewe sielkundige belewing van die self gelei, wat nie noodwendig voorheen die geval was nie: *"WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... ek herken myself nie meer nie."*

Wanneer uitsprake oor die psigiese self gemaak is, het lede van groep 4 egter dikwels melding gemaak van wysheid en ervaring (kode 16) wat met die verloop van jare opgedoen is. (*"WAT MY WEL VAN OUER WORD AANSTAAN... dat jy weet wat werklik vir jou belangrik is en om vrede te maak met dit waaraan jy niks kan doen"*

nie", en *"WAT MY WEL VAN OUER WORD AANSTAAN... is dat 'n mens soveel ryper geword het met die jare. Daar is meer tyd wat jou eie is, en jy kan met meer liefde en deernis na jou kleinkinders luister."*)

Hoewel nie heeltemal 10% van response nie, het 'n groot aantal van die individue in groep 1 uitlatings gemaak oor die liggaamlike self (kode 20), en meer spesifiek hulle bekommernis uitgespreek oor hulle verlies aan psigofisiese vermoëns (kode 22). Uitsprake oor die afname in liggaamskragte het dikwels by lede van hierdie groep voorgekom. Hulle het herhaalde male spesifiek melding gemaak van die feit dat hulle maklik en vinnig moeg word (*"EK HET AGTERGEKOM DAT EK... nou gouer moeg word as vroeër"*), en het 'n grootskaalse verlies van die vermoë om te konsentreer ervaar (*"EK HET AGTERGEKOM DAT EK... baie vergeet en niks meer behoorlik kan doen. Niks nuut wil aanpak nie. I HAVE NOTICED THAT I... am becoming forgetful and this scares me"*). Laasgenoemde het waarskynlik te doen met die eise van die versorgingsituasie, soos bespreek in onder andere afdeling 7.6.1.1. Daarmee saam het die uitgesproke vrees dikwels voorgekom dat die versorger voor die huweliksmat sal sterf, met gepaardgaande bekommernis oor wie na hom sou omsien. (*"EK IS BANG DAT EK... my gesondheid en krag sal verloor voordat ek my afhanklikes tot die einde toe kon versorg."*) Uitsprake soos hierdie het uitsluitlik by groep 1 voorgekom.

Ter afsluiting van die bespreking van die inhoudelike aspekte geassosieer met uitsprake oor die hede, kan daar genoem word dat sinsvoltooiings soos die volgende ook dikwels by groep 1 voorgekom het: *"EK SOU GRAAG... weer sorgvry wou lewe soos toe my man nog al die verantwoordelikhede gedra het."* Soortgelyke uitsprake is tydens die bespreking van groep 1 se siening van die verlede gemaak. In baie gevalle het hulle geneigdheid om die verlede as 'n positiewe tydseenheid te evalueer, egter ook geblyk 'n negatiewe uitspraak of ontevredenheid met die eie lewe (kode 32) in die hede te reflekteer. Laasgenoemde hou waarskynlik direk verband met die ambivalente gevoelens oor die eie lewe wat deur persone uit groep 2 rapporteer is. Aan die een kant: *"IN VERGELYKING MET VROEËR... my lewe is rustiger in die sin dat ek kan kom en gaan sonder om deur die dag te jaag om na my man om te sien."* Aan die ander kant: *"COMPARED TO THE PAST... after companionship and safety for so long it is difficult as life changes completely."* Persone uit groep 2 het dikwels

gerapporteer: *"EK VOEL DIKWELS... asof my lewe nie werklik sin en doel het nie."* Die rede hiervoor word akkuraat deur die volgende aanhaling opgesom: *"EK VOEL DIKWELS... nog steeds hartseer en verlang, of ek nêrens inpas, of soms sonder 'n doel omdat my lewe so nou in die van my siek man verweef was. Dit is baie moeilik om daaruit te kom."*

7.10.2.3 Toekoms

7.10.2.3.1 Onmiddellike toekoms

Soos geblyk het tydens die bespreking van die hede as tydseenheid, het uitsprake feitlik sonder uitsondering op 'n direkte of indirekte wyse betrekking gehad op die versorgingsproses wanneer lede van groep 1 hulle uitgespreek het oor die onmiddellike toekoms. (*"EK BEPLAN OM... niks te doen nie. Ek bly by die huis en versorg my man."*) Hoewel daar uit groep 1 enkele positiewe uitsprake was oor hierdie tydseenheid (*"I PLAN TO... make an effort to exercise 2 kilometres on the trainer bike."*) het negatiewe uitsprake gesentreer rondom die versorger se bekommernis dat sy iets sou oorkom en die Alzheimer-pasiënt so aan die noodlot oorgelaat sou word. Die talle neutrale uitsprake oor die onmiddellike toekoms het almal een tema in gemeen gehad, soos duidelik uit die volgende voorbeelde blyk: *"EK BEPLAN OM... elke dag te neem soos dit kom en te bly bid vir krag en wysheid, EK BEPLAN OM... van dag tot dag te leef."* Hierdie groep se tydsoriëntasie, naamlik die sterk ingesteldheid op die hede wat hulle getoon het, het dus in die inhoud van sinsvoltooiings soos hierdie duidelik na vore gekom. Die feit dat hierdie sinstam dikwels ontken is, het verder lig gewerp op die redes van lede van groep 1 se gebruik van tyd: *"EK BEPLAN OM... Op die oomblik is dit moeilik om planne te maak. EK BEPLAN OM... Nee, ek kan niks beplan nie. Omdat ek gebonde is aan die huis en die versorging van my man."* Dit wil dus voorkom asof die resultate wys op 'n situasie-gebonde onvermoë wat lede van groep 1 beleef het om te beplan vir die toekoms.

"I PLAN TO... try and not feel sorry for myself, but take each day as it comes", en *"EK BEPLAN OM... net myself te wees en elke dag met ywer aan te pak."* Hierdie sinsvoltooiings deur lede van groep 2 dien ter illustrasie van die groep se ingesteldheid op die onmiddellike toekoms. Dit wil voorkom asof hierdie

ingesteldheid van groep 1 op die onmiddellike toekoms nie net voortduur wanneer die Alzheimer-pasiënt te sterwe kom nie, maar waarskynlik die direkte oorsaak daarvan is dat hierdie persone dikwels tydens die versorgingsproses verloor om sinvol met die toekoms om te gaan. Die volgende sinsvoltooiings van groep 2 dien ter illustrasie: *"EK BEPLAN OM... bloot voort te gaan met my huidige lewensbestaan omdat ek nie beplan of gedroom het oor die tyd wanneer ek nie meer 'n versorger sal wees nie"*, en *"EK BEPLAN OM... ek vat op die stadium een dag op 'n slag. Dinge val so voor dat ek nie kan beplan nie"*.

Hoewel die onmiddellike toekoms relatief min aandag gekry het in die sinsvoltooiings van groep 3, het 'n nadere ondersoek na die kwalitatiewe aspekte van hulle sinsvoltooiings 'n verdere verskil tussen groepe ontbloot. Die opmerking is reeds vroeër gemaak dat sinsvoltooiings van groep 1 feitlik altyd met die versorgingsituasie te doen gehad het. Dit word geïllustreer in aanhalings soos: *"EK BEPLAN OM... niks te doen nie. Ek bly by die huis en versorg my man"*, en *EK BEPLAN OM... besig te wees om en in die huis."* Hierdie noue fokus is ook weerspieël deur aanhalings soos die volgende uit groep 2: *I INTEND TO... make my life simpler and try to depend less on the company of others"*, en *EK BEPLAN OM... die lewe kalmer te vat."* Al die voorbeelde van sinsvoltooiings wat pas genoem is, kom neer op 'n afskaal van aktiwiteite en 'n vereenvoudiging van die individu se eie bestaan. Wat egter die sinsvoltooiings van groep 3 betref, het hulle kwalitatief anders daar uitgesien: *"EK SOU GRAAG... my verhoudinge met my kinders, kleinkinders en vriende wil vertroetel. EK IS BANG DAT EK... mitteloos sal wees/voel wanneer ek ophou werk (aftree) EK SOU GRAAG... Soveel mense moontlik wou vertel dat Christus se Wederkoms voor die deur is en hulle hul gereed moet maak."* Die groot verskil blyk daarin geleë te wees dat die sinsvoltooiings van lede van groep 3 'n groter mate van generatieweit vir die toekoms behels het as wat die geval was met groepe 1 en 2.

Die lede van groep 4 se sinsvoltooiings het 'n groter ooreenstemming met die sinsvoltooiings van groep 3 getoon. *"EK DINK DAT EK... tog nog 'n positiewe bydrae kan lewer"*; *"EK DINK DAT EK... 'n gemiddelde mens is met genoeg gawes en talente om my eie lewe en dié van ander te verryk"*; *"EK BEPLAN OM... my ideale te probeer uitleef"*; *"EK SOU GRAAG... wou staproetes wou doen"*; en *"EK*

BEPLAN OM... my huis mooi en reg te maak." Die generatiwiteit wat volgens Lapiere *et al.* (1993) (afdeling 5.7.2) dus steeds moontlik is tydens bejaardheid en as aanduider van 'suksevolle veroudering' kan dien, blyk dus inderdaad afhanklik te wees van die lewensituasie en -omstandighede van die betrokke persoon. Hierdie verband geld in die geval van die Alzheimer-versorger waarskynlik via die invloed wat die lewensomstandighede van hierdie spesifieke situasie op die persoon se (toekoms-) tydsperspektief uitoefen.

7.10.2.3.2 Intermediêre toekoms

Waar daar by die res van die groepe (afdeling 7.10.1.3.2) 'n grootskaalse sosiale uitreiking (kode 50) voorspel is, was die oorheersende tema van individue uit groep 1 se sinsvoltooiings wat op die intermediêre toekoms betrekking het, dié van bekommernis oor die toekoms (kode 30). Weer eens het sinsvoltooiings gesentreer rondom die siekte en die versorgingsituasie, en die grootste bydraende faktor tot hierdie bekommernis was dus die onvoorkombare agteruitgang in die huweliksmaat wat deur die Alzheimer se siekte veroorsaak word, en die feit dat dit vir die versorger 'n voortdurende stressor verteenwoordig. Opmerkings soos die volgende was dus volop: *"IN DIE KOMENDE PAAR JAAR... weet ek sal my lewe heel moontlik baie verander, ...sien ek baie swaar dinge vir my voorlê, en ...sal die toestand deterioreer - soos die verloop van die fases sal volg."* Die onsekerheid oor wat presies die impak daarvan sal wees en oor hoe om voor te berei daarvoor, blyk duidelik uit hierdie aanhalings.

Vir die lede van groep 2 het bekommernis oor die huweliksmaat en die progressie van die siektetoestand plek gemaak vir bekommernis oor die self en die feit dat hulle op ander se versorging sou moes staatmaak indien 'n soortgelyke lot hulle sou moes tref. Hierdie vrees het waarskynlik baie te doen met die feit dat die versorgingsproses waardeur hulle is, hulle gesensitiseer het vir die moontlikheid dat dieselfde lot hulle mag tref. Opmerkings soos die volgende het dus verskeie kere voorgekom: *"EK IS BANG DAT EK... afhanklik sal word van my kinders en geliefdes en dieselfde veeleisende versorging van hulle sal verg as wat my oorlede man se Alzheimer-siekte van my geveg het."*

Tydens die ondersoek van die kwalitatiewe aspekte van groep 3 se sinsvoltooiings het daar weer eens 'n verskil tussen groepe se uitsprake oor hierdie tydseenheid na vore gekom. Daar is in afdeling 7.10.1.3.2 melding daarvan gemaak dat daar by al die groepe uitsprake oor die toekomstige aanpak van genotvolle aktiwiteite vir die self (en meer spesifiek rondreis) voorgekom het. Hierdie uitsprake het onder meer soos volg daar uitgesien:

Groep 1: *"EK BEPLAN OM... nog saam met die familie na 'n vakansieoord te gaan"*, en *"DIT SAL LEKKER WEES AS... ek my man kan weg vat op 'n verfrissende vakansie see toe terwyl hy nog kan onthou."*

Groep 2: *"IN DIE KOMENDE PAAR JAAR... wil ek graag reis, en weer probeer om werklik die ou ek te wees wat positief kan dink en optree"*, en *"IN THE NEXT FEW YEARS... I would love to travel while I still can."*

Groep 3: *"EK BEPLAN OM... so lank as moontlik aktief te bly, die kinders te help as hulle ons nodig het, aan aktiwiteite wat die oord bied, deel te neem en my agterstallige besoeke by te bring"*, en *"EK BEPLAN OM... volgende jaar 'n heupoperasie te hê, en indien moontlik in Namibië te gaan toer."*

Wanneer die inhoud van hierdie sinsnedes bestudeer word, lyk dit met die eerste oogopslag baie soortgelyk. By nadere bestudering wil dit egter tóg voorkom of daar sprake mag wees van 'n baie fyn nuanseverskil. Die verskil is daarin geleë dat lede van groep 3 baie meer spesifieke en konkrete uitsprake oor die toekoms gemaak het. In vergelyking daarmee lyk die mededelings deur die lede van groepe 1 en 2 meer na wensdenkery.

Ook in die geval van groep 4 was individue geneig om hulleself meer spesifiek oor hulle aktiwiteite in die intermediêre toekoms uit te druk (*"EK BEPLAN OM... my huislike verantwoordelikhede te verminder, miskien huis te verkoop"*). Behalwe vir die sosiale uitreiking (kode 50) wat lede van hierdie groep beplan het en ook met ander groepe gedeel het, het dit vir individue in groep 4 tot 'n groot mate gegaan oor rustig voortleef (kode 33) (*"EK BEPLAN OM... my lewe so rustig moontlik in te rig"*), sonder enige groot en drastiese lewensveranderinge (*"EK BEPLAN OM... niks drasties te verander nie"*). Dit het naamlik uit talle van die sinsvoltooiings geblyk dat

hulle besig was om voor te berei vir die laaste lewenskof: *"DIT SAL LEKKER WEES AS... ek 'n kleiner opset kan hê met sagte leemgrond en baie gratis water."*

7.10.2.3.3 Verafgeleë toekoms

Uitsprake oor die voorspelling en aanvaarding van die proses van ouer word (kode 37), het by al die groepe voorgekom en is reeds in afdeling 7.10.1.3.3 bespreek. Soos genoem tydens hierdie bespreking, is opmerkings oor die aanvaarding van hierdie veranderinge oor die algemeen deur die beoordelaar as positief geëvalueer, tensy daar 'n eksplisiete negatiewe uitspraak gemaak is. Uitsprake in hierdie verband deur lede van groep 3 het egter 'n unieke kleur gehad, en dit het hierdie groep in dié verband laat uitstaan. Behalwe vir aanvaarding van ouer word en die aanpassing wat daarmee gepaard gaan, het uitsprake deur lede van groep 3 'n element van selfverwesenliking en selfs groei ingesluit. Waar lede van ander groepe hulle soos volg sou uitspreek: *"AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... vertrou ek dat ek dit sal kan aanvaar"*, het uitsprake deur die respondente uit groep 3 gereeld soos volg daar uitgesien: *"AS EK SEKERE DINGE NIE MEER KAN DOEN NIE... sal ek afskaal en probeer doen wat ek nog kan, moontlik iets anders begin doen wat wel binne my vermoë is. 'n Mens moet vrede maak met jou omstandighede."* Of ook: *"EK BEPLAN OM... te probeer nuttig wees solank ek fisies/psigies kan"*, en *"EK DINK DAT EK... met die hulp van Bo alles sal kan bereik en doen wat ek nog altyd wil doen."*

Al bogenoemde aanhalings weerspieël 'n meer aktiewe omgang met die toekoms (soos in afdeling 7.10.2.3.2 ook voorgekom het) as wat by die ander groepe die geval was. Hierdie weerspieëling word bevestig deur die feit dat lede van groep 3 in hulle sinsvoltooiings oor die toekoms dikwels van die 'Aktiwiteite' (kode 40) as betekenisdomein melding gemaak het. Sinsvoltooiings in hierdie verband het soos volg daar uitgesien: *"EK BEPLAN OM... tot die einde voluit te lewe tot in die mate wat my gesondheid my toelaat"*; *EK BEPLAN OM... so gesond en fiks moontlik oud te word"*; *"IN DIE KOMENDE PAAR JAAR... wil ek elke dag so goed as moontlik benut, lekker dinge doen, af en toe 'n kort toer onderneem na plekke waar ek nog nooit was nie, veral binnelands. Ek wil ook saam met my familie kuier"*; *DIT SAL LEKKER WEES AS... ek baie geld kan hê om dikwels te kan toer na verre lande - dis*

my passie!", en *EK BEPLAN OM... so lank moontlik aan sport en aktiwiteite buite die huis deel te neem*".

Daarteenoor is groep 1 die enigste groep waar die 'psigiese self' (kode 10) as betekenisdomein aandag ontvang het wanneer uitsprake oor die verafgeleë toekoms gemaak is. Hoewel hierdie uitsprake soms in 'n positiewe lig beoordeel kon word (naamlik dat dit versugtinge vir 'n beter en meer bevredigende toekoms verteenwoordig het), het dit meerendeels 'n ontsnapping van die onbevredigende hede verteenwoordig: *"WAT MY WEL VAN OUER WORD AANSTAAN... is om weer die goeie dinge te beleef in die lewe."*

Die lede van groep 1 was ook dikwels geneig om negatiewe uitsprake oor die toekoms as sodanig te maak, soos byvoorbeeld: *"EK HET AGTERGEKOM DAT EK... baie negatief en moedeloos raak en die toekoms vir my baie donker lyk"*, en *"EK IS BANG DAT EK... dat ek dit nie gaan kan hanteer nie, veral in die later jare."* Dieselfde het vir lede van groep 2 gegeld: *"LATER, WHEN I AM OLDER... I will look back on my husband's illness as one of the saddest times of my life"*, terwyl lede uit die ander groepe hulle as volg uitgespreek het: *"LATER, WANNEER EK OUER IS... sal ek kan terugkyk op 'n vol lewe."* Die nuanseverskille tussen die ondersoeksgroepe (groepe 1 en 2) en die kontrolegroepe (groepe 3 en 4) se denke oor die toekoms as tydseenheid is dus duidelik. Die moontlike verband hiervan met die sielkundige welstand van individue uit die verskillende groepe sal in die volgende hoofstuk meer aandag ontvang.

7.10.2.3.4 Transendentale toekoms

Die enigste eksplisiete verwysing na die transendentale toekoms is gemaak deur een van die lede van groep 1: *"DIT SAL LEKKER WEES AS... ek en al my geliefdes in die nuwe, heerlike hemelse woning kan bymekaar wees."* Hoewel dit nie noodwendig die transendentale toekoms insluit nie, was die enigste ander voorbeeld van 'n sinsvoltooiing waar die dood genoem is, gemaak deur 'n lid van groep 2: *"EK DINK DAT EK... sal moet ophou om die dood as verkieslik bo die lewe te sien."* Volgens die beoordelaar het hierdie sinsvoltooiing eerder 'n negatiewe beoordeling van die hede verteenwoordig en dit is dus as sodanig gekodeer. Dit is egter insiggewend dat

die enigste verwysings na hierdie tydseenheid gemaak is deur lede van daardie groepe wat by die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte betrokke was.

7.11 TYDSPERSPEKTIEFBEPALING

Die tydsoriëntasie, die reikwydte van die toekoms-tydsperspektief, en die tyds-houding van individue uit die verskillende groepe sal vervolgens as afsonderlike onderdele van die tydsperspektiefbepaling aandag geniet.

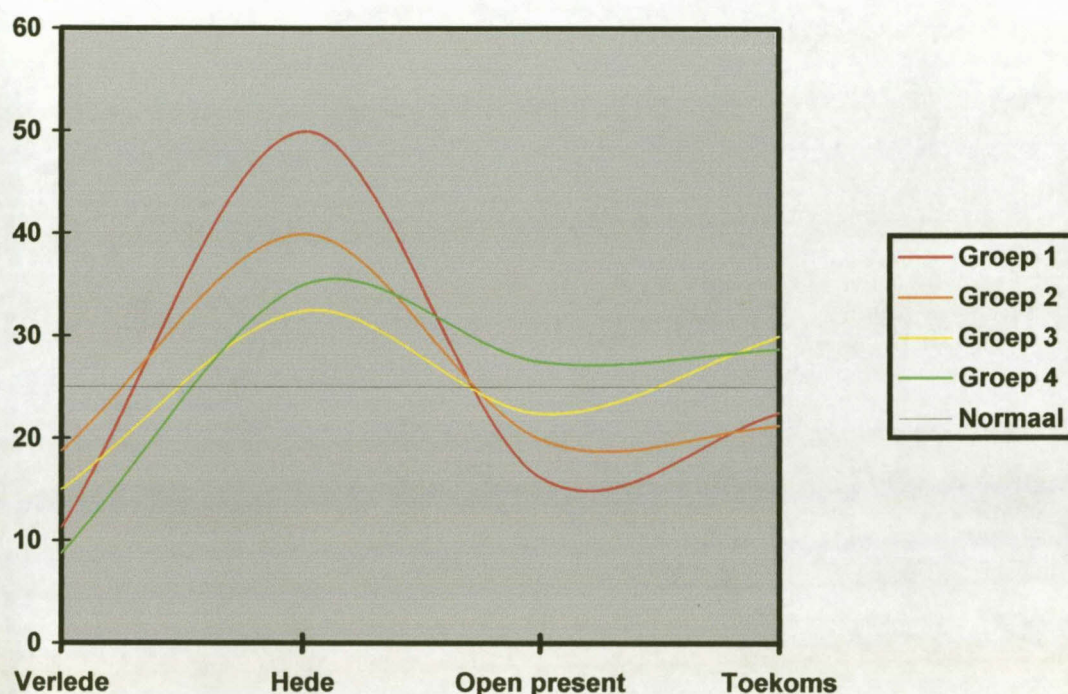
7.11.1 Tydsoriëntasie

Die respondente se response op daardie items van die SELE (tabel 2) wat ní op een van die tydskategorieë (verlede, hede of toekoms) gerig is nie, is gebruik om 'n aanduiding te kry van die tydsoriëntasie van individue uit die verskillende groepe. Aangesien hierdie items (nrs. 2, 8, 12, 18, 20, 22, 26 en 28) dit tot 'n groot mate aan die respondent oorlaat om haarself op 'n spontane wyse oor die verlede, hede of toekoms uit te druk, kan daardie tydskategorieë wat die meeste by die onderskeie groepe voorgekom het, en dus ook die grootste mate van kognitiewe verteenwoordiging ontvang, 'n aanduiding gee van die dominante tydsoriëntasie van persone in die betrokke groep. Tabel 7 lewer 'n opsomming van resultate in hierdie verband.

Tabel 7: Resultate van die tydsoriëntasiebepaling met behulp van die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhoff, 1997)

GROEP	Verlede (%)	Hede (%)	Open present (%)	Toekoms as geheel (%)
1	9 (11.25)	40 (50)	13 (16.25)	18 (22.5)
2	15 (18.75)	32 (40)	16 (20)	17 (21.25)
3	12 (15)	26 (32.5)	18 (22.5)	24 (30)
4	7 (8.75)	28 (35)	22 (27.5)	23 (28.75)
Totaal	43	126	69	82
Gemiddeld	10.75 (13.43)	31.5 (39.38)	17.25 (21.56)	20.5 (25.63)

Soos duidelik blyk uit tabel 7 bestaan daar 'n aantal ooreenkomste, maar ook ooglopende verskille in wyse waarop individue uit die verskillende groepe hierdie items voltooi het. Hierdie verskille word in figuur 21 grafies geïllustreer.



Figuur 21: Grafiese illustrasie van groeiverskille ten opsigte van tydsoriëntasie.

Wat onmiddellik opval, is dat al vier groepe se gebruik van die vier tydseenhede min of meer dieselfde patroon volg. Wanneer daar op die response van al die respondente gelet word, het relatief min van die respondente se sinsvoltooiings betrekking gehad op die verlede (13.43%). Daarenteen het die hede as tydseenheid die grootste mate van verteenwoordiging geniet (39.38%), gevolg deur die toekoms (25.63%). Die *open present*-kategorie, wat elemente van beide die hede en die toekoms bevat (afdeling 6.3.2.6.3), is ook goed verteenwoordig (21.56%). Hierdie verskille in die gebruik van die vier tydseenhede deur die bejaardegroep **as geheel** is beduidend op die 1%-peil ($\text{Chi-kwadraat} = 22.24$) met 3 vryheidsgrade. Daar kan dus gekonstateer word dat bejaardes skynbaar geneig is om response te lewer wat eerder op die hede (en tot 'n effens mindere mate op die toekoms) betrekking het as op die verlede.

Om te bepaal of daar verskille tussen die vier groepe voorkom in die proporsies van hulle response met betrekking tot die vier verskillende tydseenhede, is die Chi-kwadraattoets vir homogeniteit weer eens benut. Vir die gegewens in tabel 7 is die Chi-kwadraatwaarde 11.35 met 9 vryheidsgrade. Hierdie waarde is op die 5%-peil ($p = 0.252$) nie beduidend nie. Geen beduidende tussen-groepverskille kon dus met behulp van die Chi-kwadraatstatistiek opgespoor word nie. In die lig daarvan dat al die groepsprofile (figuur 21) dieselfde makroskopiese profiel van die bejaardegroep as geheel se gebruik van die vier tydseenhede tot 'n groot mate blyk te weerspieël, is hierdie resultaat nie verrassend nie. Ten spyte van die feit dat daar geen statisties beduidende verskille voorgekom het nie, val dit egter tóg op dat groep 1, en tot 'n mindere mate ook groep 2, profile opgelewer het wat meer blyk af te wyk van 'n horisontale lyn ('normaalkurwe'), wat naamlik verteenwoordigend sou wees van 'n meer geïntegreerde gebruik van die vier tydseenhede. Dit wil dus voorkom asof groep 3 en tot 'n effens minder mate ook groep 4, wél moontlik oor 'n groter mate van tydskompetensie (afdeling 5.7.1) beskik, wat deur Lens en Nuttin (1985) in verband gebring word met 'n hoër mate van geestesgesondheid. Hoewel die resultate dit dus nie regverdig om groepe 1 en 2 te klassifiseer as patologies hede-georiënteerd nie, wil dit tog voorkom asof hierdie persone 'n meer ongeïntegreerde gebruik van die tydseenhede toon, wat moontlik deur 'n groter steekproef van proefpersone beter blootgelê sou word. As gevolg van die kwalitatiewe aard van hierdie ondersoek was 'n groter steekproef van proefpersone egter nie haalbaar nie.

Ter opsomming kan daar dus genoem word dat, wat betref tydsoriëntasie, die individue in groepe 1 en 2 tot 'n groot mate gerig blyk te wees op die hede, en tot 'n veel kleiner mate op die *open present* en toekoms. Hoewel daar in groepe 3 en 4 ook 'n ingesteldheid op die hede blyk te bestaan, word dit in hierdie gevalle grootliks gebalanseer deur 'n byna ewe groot ingesteldheid op die *open present* en die toekoms. Hierdie resultate is deur die kwalitatiewe ontleding van die onderskeie groeplede se sinsvoltooiings bevestig. Die verlede het in al vier die groepe slegs 'n geringe mate van verteenwoordiging ontvang.

7.11.2 Reikwydte van toekoms-tydsperspektief

Soos genoem, is die SELE in die verlede reeds gebruik om die inhoudelike aspekte van individue se toekoms-tydsperspektief te ondersoek (Vangrieken, 2001). Ten einde egter ook 'n idee te kry van die omvang of reikwydte van die toekomsgerigte denke en aspirasies van individue uit die verskillende groepe moes daar, soos bespreek in afdeling 6.3.2.6.3, 'n struktuur soortgelyk aan die *Future Time Extension Profile* (Nuttin & Grommen, 1975) vir die doel van hierdie ondersoek tot die bestaande koderingsstelsel toegevoeg word. Op grond van die implisiete temporale konnotasie vervat in elk van die sinsvoltooiings, kon items dus in die onmiddellike, intermediêre, verafgeleë en transendentale toekoms gegroepeer word. Die definisies van die verskillende tydseenhede is volledig in afdeling 6.3.2.6.3 weergegee.

Al die items van die SELE-vraelys wat aan die toekoms toegewys (sien tabel 2) is en 'n ooreenstemmende respons uitgelok het, is dus op hierdie wyse hanteer. Ook die sogenaamde 'neutrale' items ten opsigte van tydsperspektief waarvan die sinsvoltooiings beoordeel is as behorende tot die toekoms, is by hierdie koderingsproses ingesluit. Sodoende kon daar 'n idee gevorm word van hoe vêr in die toekoms die lede van die onderskeie groepe se aspirasies neig te lê. Soos Nuttin en Grommen (1975) tereg opmerk, kon 'n aantal van die toekomsgerigte items egter, as gevolg van die aard van die sinsvoltooiings, nie in een van bogenoemde toekoms-kategorieë geplaas word nie. Hierdie items is gerig op die hede, maar kan nie tot hierdie tydseenheid beperk word nie aangesien dit ook 'n implisiete verwysing na die toekoms bevat. As voorbeeld kan genoem word: "WANNEER EK OOR MYSELF NADINK... *sal ek graag meer spontaan wil wees en makliker uiting kan gee aan my gevoelens.*" Ten einde hierdie items te akkommodeer is die *open present*-kategorie bygevoeg. Aangesien die *open present* as tydseenheid dus elemente van die hede, maar inderdaad ook van die toekoms bevat, is items wat tot hierdie kategorie behoort ook vermeld. Tabel 8 gee 'n uiteensetting van resultate in hierdie verband.

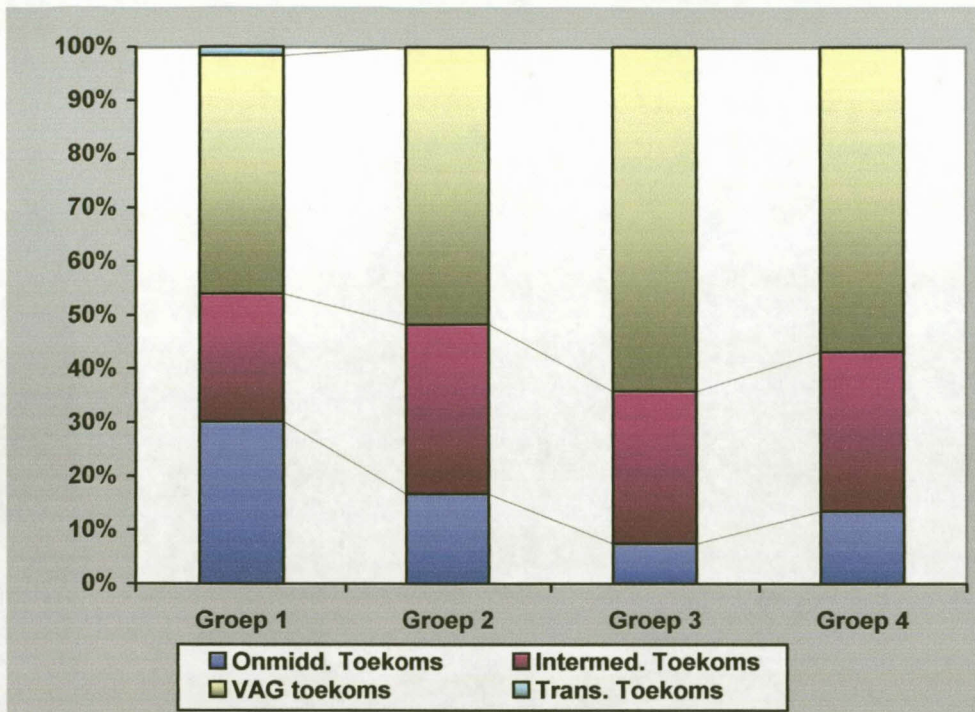
Figuur 22 gee 'n grafiese uiteensetting van die verspreiding van die verskillende groepe se response binne die verskillende toekoms-kategorieë en gee dus ook 'n aanduiding van die omvang of reikwydte van individue uit die onderskeie groepe se toekoms-tydsperspektiewe.

Tabel 8: Reikwydte van die onderskeie groepe se toekoms-aspirasies

GROEP	<i>Open present</i>	Toekoms as geheel	Onmid. toekoms (%)	Intermed. toekoms (%)	VAG toekoms (%)	Trans. toekoms (%)
1	27	63	19 (30.16)	15 (23.81)	28 (44.44)	1 (1.59)
2	28	60	10 (16.67)	19 (31.67)	31 (51.67)	0 (0)
3	34	67	5 (7.46)	19 (28.36)	43 (64.18)	0 (0)
4	31	74	10 (13.51)	22 (29.73)	42 (56.76)	0 (0)
Totaal	120	264	44	75	144	1
Gemiddeld	30	66	11 (16.67)	18.75 (28.41)	36 (54.55)	0.25 (0.38)

Die kategorisering van die groep **as geheel** se response het weer eens beduidende verskille in hulle gebruik van die verskillende toekoms-tydskategorieë uitgewys (Chikwadrat = 104,091; $p < 0,000$). Wanneer die respondente hulleself oor die toekoms uitgespreek het, het daar dus weer eens 'n makroskopiese patroon geblyk te bestaan, wat deur die totaaltellings in tabel 8 weerspieël word. Die respondente-groep as 'n geheel het relatief min na die onmiddellike toekoms verwys (naamlik slegs in 16.67% van gevalle). Terwyl daar in al die groepe tot 'n redelike mate na die intermediêre toekoms verwys is (met 'n gemiddeld van 28.41%), het die verafgeleë toekoms in al die gevalle (gemiddeld 54.55%) die grootste mate van verteenwoordiging ontvang. Sinsvoltooiings gerig op die transendentale toekoms was by al die groepe afwesig, met die uitsondering van groep 1 waar daar 'n enkele verwysing na hierdie tydseenheid was.

Binne hierdie makroskopiese patroon blyk daar egter 'n aantal betekenisvolle intergroep-verskille te bestaan. Ten einde te bepaal of daar verskille tussen die vier groepe voorkom rakende die proporsies van hulle response met betrekking tot die verskillende toekoms-tydseenhede, is die Chikwadrattoets vir homogeniteit weer eens ingespan. Vir die gegewens in tabel 8 is 'n Chikwadratwaarde van 17.133 met 9 vryheidsgrade gevind. Hierdie waarde is op 'n 5%-peil ($p = 0.047$) beduidend.



Figuur 22: Grafiese voorstelling van die verskillende groepe se gebruik van die die toekoms as tydseenheid

Wanneer daar na die profile van die onderskeie groepe (figuur 22) gekyk word, het diegene wat tans 'n eggenoot met Alzheimer se siekte versorg (groep 1) tot 'n groter mate (30.16%) as die ander drie groepe gebruik gemaak van uitlatings wat op die onmiddellike toekoms gerig was. In teenstelling hiermee het die lede van groep 3 (wat hulle in 'n gesonde huwelik bevind) hulle relatief selde (7.46%) oor die onmiddellike toekoms uitgespreek. Wanneer daar na die meer verafgeleë toekoms-tydsintervalle gekyk word, wil dit egter voorkom asof 'n omgekeerde situasie geld. Al vier die groepe het tot min of meer dieselfde mate aspirasies genoem wat binne die intermediêre toekoms geplaas kon word. Daar is egter heelwat meer verwys na aspirasies wat in die verafgeleë toekoms lê deur lede van groep 3 (64.18%) as wat die geval in groep 1 (44.44%) en groep 2 (51,67%) was. Sinsvoltooiings wat op die lewe na die dood (die transendentale toekoms) gerig was, het net in groep 1 gefigureer en daar is ook slegs 'n enkele melding van gemaak.

Die ondersoekgroepe (veral groep 1) het dus wel steeds tot 'n groot mate aan die verafgeleë toekoms gedink, maar hierdie tydseenheid het in vergelyking met die kontrolegroepe (veral groep 3) heelwat minder gewig gedra. Hoewel daar dus nie van

'n verkorte toekoms-tydsperspektief gepraat kan word nie, is dit duidelik dat daar in die geval van groepe 1 en 2 heelwat meer op die onmiddellike, en heelwat minder op die verafgeleë toekoms gefokus word, soos gereflekteer deur die 'digtheid' (afdeling 5.2) van toekoms-aspirasies in hierdie onderskeie tydseenhede.

Dit is duidelik uit figuur 22 dat die profiele van onderskeidelik die ondersoekgroepe (groepe 1 en 2) en die kontrolegroepe (groepe 3 en 4) nader aan mekaar blyk te lê. Wanneer die tellings van hierdie groepe saamgevoeg word, lewer dit die resultate wat in tabelle 9 en 10 weergegee word.

Tabel 9: Resultate van reikwydte van toekoms-tydsperspektief (Ondersoekgroepe)

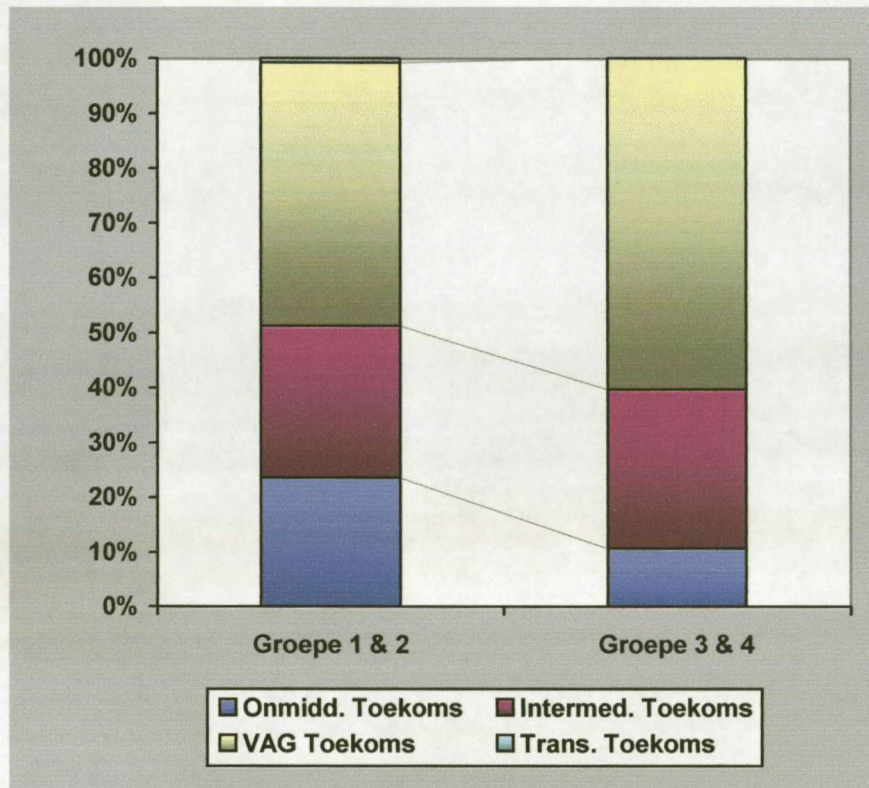
GROEP	<i>Open present</i>	Toekoms as geheel	Onmid. toekoms (%)	Intermed. toekoms (%)	VAG toekoms (%)	Trans. toekoms (%)
1	27	63	19 (30.16)	15 (23.81)	28 (44.44)	1 (1.59)
2	28	60	10 (16.67)	19 (31.67)	31 (51.67)	0 (0)
Totaal	45	123	29	34	59	1
Gemiddeld	22.5	61.5	14.5 (23.58)	17 (27.64)	29.5 (47.97)	0.5 (0.81)

Tabel 10: Resultate van reikwydte van toekoms-tydsperspektief (Kontrolegroepe)

GROEP	<i>Open present</i>	Toekoms as geheel	Onmid. toekoms (%)	Intermed. toekoms (%)	VAG toekoms (%)	Trans. toekoms (%)
3	34	67	5 (7.46)	19 (28.36)	43 (64.18)	0 (0)
4	31	74	10 (13.51)	22 (29.73)	42 (56.76)	0 (0)
Totaal	65	141	15	41	85	0
Gemiddeld	32.5	70.5	7.5 (10.64)	20.5 (29.08)	42.5 (60.28)	0 (0)

Met betrekking tot hierdie skeiding tussen die resultate van die ondersoek- (Groepe 1 en 2) en kontrolegroepe (Groepe 3 en 4), is daar vir die gemiddeldes in tabelle 9 en 10 'n Chi-kwadraatwaarde van 9.62 met 3 vryheidsgrade gevind. Hierdie waarde is op die 5%-peil ($p = 0.022$) beduidend. Uit hierdie resultate is dit duidelik dat die individue uit groepe 1 en 2 beduidend meer (23.58%) gerig is op die onmiddellike toekoms as wat die geval is by groepe 3 en 4 (10.64%). Die ondersoek- en kontrolegroepe het tot dieselfde mate (27.64% en 29.08% van gevalle onderskeidelik van die intermediêre toekoms as tydseenheid gebruik gemaak. Wat betref die

verafgeleë toekoms het die kontrolegroep (60.28%) weer in 'n beduidend groter proporsie van gevalle na hierdie tydseenheid verwys in hulle uitsprake oor die toekoms as wat die geval in die ondersekgroep (47.97%) was. Figuur 23 toon 'n grafiese uiteensetting van hierdie verskil tussen die resultate van die ondersekgroep (Groepe 1 en 2) en kontrolegroepe (Groepe 3 en 4).



Figuur 23: Grafiese voorstelling van die reikwydte van onderskeidelik die ondersekgroep- en kontrolegroep se toekoms-aspirasies

Daar blyk dus 'n mate van ooreenstemming te bestaan wat betref groepe 1 en 2 se tydsoriëntasie, aangesien dit uit die resultate bespreek in afdeling 7.11.1 geblyk het dat hierdie groepe tot 'n groter mate as die lede van die die kontrolegroepe op die nabygeleë tydseenhede gerig is.

7.11.3 Tydshouding

Hoewel meeste van die sinstamme van die SELE 'n evalueringskomponent besit, is sommige van die items (nrs. 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 20 & 23) op so 'n wyse

geformuleer dat dit die respondent vry laat om op 'n spontane wyse 'n positiewe, negatiewe of neutrale uitspraak te maak oor een van die tyds-eenhede (sien tabel 2). Deur te bepaal of die uitsprake op hierdie 'neutrale items' oorwegend positief of negatief is, word daar 'n aanduiding gevind van die tydshouding wat hierdie persone teenoor die verlede, hede en toekoms neig te handhaaf (of die individue uit die verskillende groepe dus positief, negatief of neutraal staan teenoor die verlede, hede en toekoms). Waar daar nie 'n definitiewe positiewe (+) of negatiewe (-) uitspraak gemaak is nie, is die item in die 'neutrale' (+/-) kategorie geplaas. Resultate in hierdie verband word in tabel 11 weergegee.

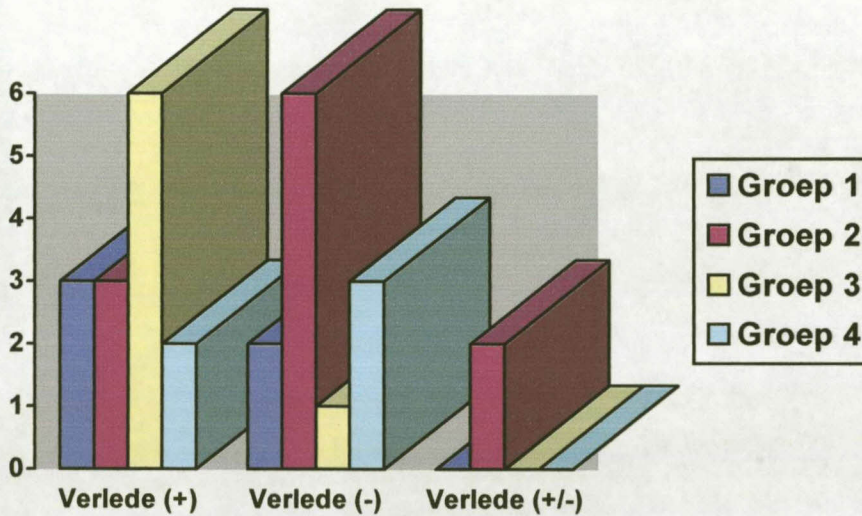
Tabel 11: Resultate van die bepaling van die tydshouding van respondente.

GROEP	Verlede			Hede			Toekoms		
	Pos. (+)	Neg. (-)	Neut. (+/-)	Pos. (+)	Neg. (-)	Neut. (+/-)	Pos. (+)	Neg. (-)	Neut. (+/-)
1									
Frekw.	3	2	0	14	34	8	4	23	2
%	(40.00)	(60.00)	(0.00)	(25.00)	(60.71)	(14.29)	(13.79)	(79.31)	(6.90)
2									
Frekw.	3	6	2	26	27	3	8	8	7
%	(27.27)	(54.55)	(18.18)	(46.43)	(48.21)	(5.36)	(34.78)	(34.78)	(30.43)
3									
Frekw.	6	1	0	31	16	11	15	2	8
%	(85.71)	(14.29)	(0.00)	(53.45)	(27.59)	(18.97)	(60.00)	(8.00)	(32.00)
4									
Frekw.	2	3	0	36	16	10	11	3	9
%	(40.00)	(60.00)	(0.00)	(58.06)	(25.81)	(16.13)	(47.83)	(13.04)	(39.13)

Verskille tussen die onderskeie groepe wat betref die houding wat hulle ten opsigte van elk van die tydseenhede handhaaf, kom duidelik na vore wanneer die resultate in tabel 11 grafies voorgestel word.

7.11.3.1 Tydshouding ten opsigte van die verlede

Figuur 24 gee 'n uiteensetting van die houding teenoor die verlede as tydseenheid wat uit die verskillende groepe na vore gekom het.

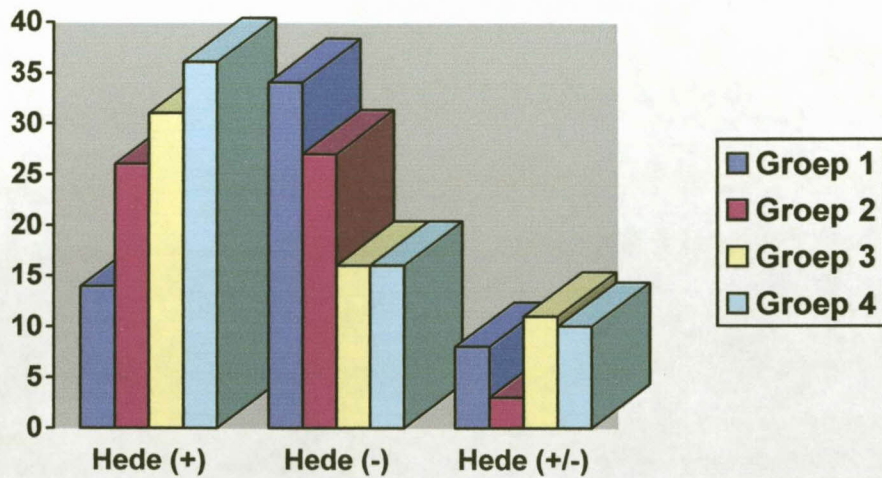


Figuur 24: Grafiese illustrasie van die vier groepe se houding teenoor die verlede

Hoewel dit uit die figuur wil voorkom asof groep 3 'n positiewe houding ten opsigte van die verlede handhaaf, terwyl groep 2 'n negatiewe tydshouding ten opsigte van die verlede openbaar en die ander groepe relatief neutraal teenoor hierdie tydseenheid blyk te staan, het die Chikwadraat toets vir homogeniteit selfs op 'n 5% peil geen beduidende groepverskille uitgewys nie. Hierdie resultaat mag ten minste deels verklaar word deur die feit dat nie een van die 'neutrale items' (ten opsigte van tydshouding) van die SELE (sien tabel 2) op die verlede gerig is nie. Soos duidelik uit tabel 11 blyk, het relatief min van die respondente se sinsvoltooiings dus uiteindelik na hierdie tydseenheid verwys. Dit mag wees dat 'n beter verteenwoordiging van hierdie tydseenheid in die SELE-instrument inter-groepverskille duideliker na vore sou laat kom.

7.11.3.2 Tydshouding ten opsigte van die hede

Die houding van die verskillende groepe teenoor die hede word grafies geïllustreer in figuur 25. Soos duidelik blyk uit beide die figuur en tabel 11 is baie meer van die neutrale items ten opsigte van tydshouding gerig op die hede as tydseenheid.



Figuur 25: Grafiese illustrasie van die verskillende groepe se houding teenoor die hede

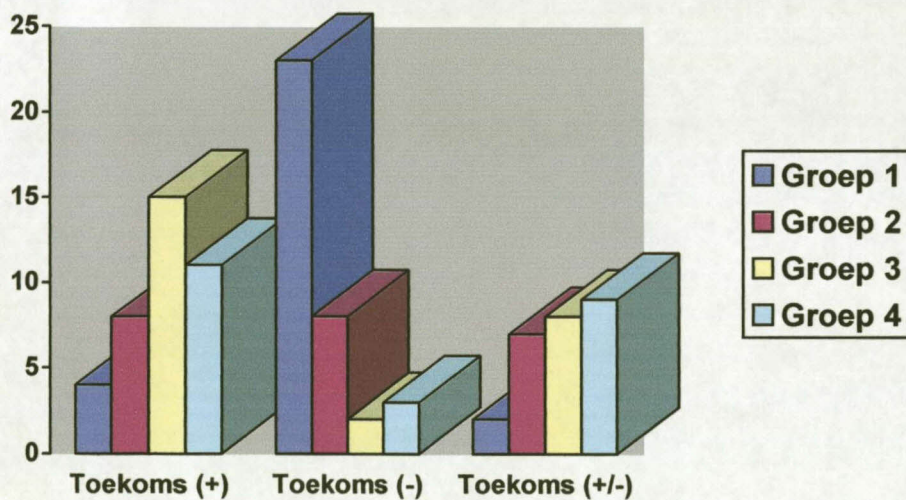
Die Chi-kwadraattoets het aangetoon dat daar beduidende verskille tussen die vier groepe bestaan met betrekking tot die proporsies van hulle response wat onderskeidelik 'n positiewe en negatiewe houding ten opsigte van die hede weerspieël het. Vir die gegewens ten opsigte van die hede in tabel 11 is 'n Chi-kwadraat waarde van 24.56 met 6 vryheidsgrade gevind. Hierdie waarde is op 'n 1%-peil ($p = 0,001$) beduidend. Wat betref die onderlinge groepverskille het groep 1 die kleinste proporsie (25.00%) positiewe en die grootste proporsie (60.71%) negatiewe uitsprake met betrekking tot die hede gemaak. Aan die ander kant wil dit voorkom asof groepe 3 en 4 (met 53.45% en 58.06% onderskeidelik) in vergelyking met beide groepe 1 en 2 'n heelwat groter proporsie van positiewe uitsprake oor die hede gemaak het. Beide groepe 3 en 4 het hulle ook in 'n veel kleiner mate as die twee ondersoekgroepe (met 27.59% en 25.81% onderskeidelik), negatief uitgespreek oor die hede.

Ter opsomming word gestel dat dit voorkom asof die individue van groep 1 'n sterk negatiewe tydshouding teenoor die hede openbaar het. In teenstelling hiermee het die lede van groepe 3 en 4 tot 'n groot mate 'n positiewe tydshouding teenoor die hede openbaar. Die lede van groep 2 het oor die algemeen neutraal geblyk te staan teenoor hierdie tydseenheid met min of meer ewe veel positiewe en negatiewe uitsprake (46.43% en 48.21% respektiewelik) oor die hede.

7.11.3.3 Tydshouding ten opsigte van die toekoms

'n Grafiese voorstelling van die tydshouding wat lede van die onderskeie groepe teenoor die toekoms openbaar het, volg in figuur 26. Daar het weer eens 'n aantal beduidende verskille tussen die vier groepe met betrekking tot die houding wat hulle teenoor die toekoms as tydseenheid handhaaf bestaan. Vir die gegewens ten opsigte van die toekoms in tabel 11 is 'n Chi-kwadraattelling van 38.35 met 6 vryheidsgrade gevind. Hierdie waarde is op 'n 1%-peil ($p = 0,001$) beduidend.

Die mees opvallende van hierdie verskille is die feit dat die lede van groep 1 in vergelyking met die res van die groepe 'n baie groter proporsie (79.31%) negatiewe as positiewe (13.79%) uitsprake oor die toekoms gemaak het. Die individue uit groep 2 het ewe veel positiewe as negatiewe uitsprake (34.78%) oor die toekoms gemaak. In vergelyking met die ondersoeksgroepe het groep 3 (60.00%) en tot 'n mindere mate ook groep 4 (47.83%) heelwat meer positiewe uitsprake oor die toekoms gemaak. Beide die kontrolegroepe het ook veel minder (8.00% vir groep 3 en 13.04% vir groep 4) negatiewe uitsprake oor die toekoms gemaak as wat by die twee ondersoeksgroepe die geval was.



Figuur 26: Grafiese illustrasie van die verskillende groepe se houding teenoor die toekoms

Dit wil dus voorkom asof groep 1 'n baie negatiewe ingesteldheid en groep 2 'n neutrale houding teenoor die toekoms openbaar het, in vergelyking met die kontrolegroepe se positiewe houding ten opsigte van die toekoms as tyds-eenheid.

Die bespreking van die resultate wat aan die lig gekom het met betrekking tot individue se tydsoriëntasie, asook die maak van gevolgtrekkings in hierdie verband, sal in hoofstuk 8 aandag geniet.

7.12 OPSOMMING: TYDSORIENTASIE

Uit die resultate wat in Afdeling III weergegee is, is dit duidelik dat daar uitgesproke verskille tussen die onderskeie ondersoek- en kontrolegroepe bestaan wat betref die tydsperspektief wat tipies vir die lede van elk van hierdie groepe geld. Spesifiek wat hulle gebruik van die toekoms as tydseenheid betref, het die lede van groepe 1 en 2 hulle onderskei as individue wat 'n unieke ingesteldheid openbaar. Die volgende aanhalings uit hierdie twee groepe dien as treffende opsomming en illustrasie van die eise waarmee hulle in hierdie verband gekonfronteer word:

"IN DIE KOMENDE PAAR JAAR... kan ek niks vooruit beplan nie. Ek moet wag en sien wat hou die toekoms in."

"LATER, WANNEER EK OUER IS... sal ek, omstandighede in ag genome, besluit hoe om verder te gaan."

"EK IS BEVREES DAT... ek nie altyd weet hoe om die toekoms in te gaan nie."

Die verband hiervan met die resultate wat in Afdelings I en II weergegee is, sal in die volgende hoofstuk bespreek word.

7.13 OPSOMMING

Hoofstuk 7 het uitsluitlik gefokus op die beskrywing van data. Hierdie beskrywing is gedoen aan die hand van drie afdelings. In Afdeling I is die resultate van die kwantitatiewe deel van hierdie ondersoek weergegee. Hierdie data is met behulp van vier vraelyste, naamlik die Hoop-skaal vir Volwassenes (Snyder, 2000), die

Lewenstevredenheidskaal (Diener *et al.*, 1985), Antonovsky se Koherensiesin-vraelys (Antonovsky, 1987, 1993) en die Fortaliteit-vraelys (Pretorius, 1998) ingewin. Hoewel die getal proefpersone wat betrek is by hierdie (hoofsaaklik kwalitatiewe) studie streng gesproke te klein was om statisties beduidende kwantitatiewe resultate op te lewer, het daar 'n aantal insiggewende verskille tussen die groepe geblyk te bestaan wat betref hulle gemiddelde tellings op sommige van die genoemde skale.

In Afdeling II is daar gefokus op die kwalitatiewe beskrywing van die presiese aard van versorgers se belewing van die versorgingsproses, soos blyk uit individuele onderhoude wat in hierdie verband met twee van die groepe individue gevoer is. Versorgers se belewing van hierdie situasie neem die vorm van 'n dubbele rouproses aan, wat in talle opsigte unieke eise aan hierdie individue se behoud van hulle eie sielkundige welstand blyk te stel. Daar het ook reeds in hierdie gedeelte aanduidings na vore gekom van die rol wat die individue se tydsperspektief in hierdie verband mag speel.

In Afdeling III is daar gefokus op die (toekoms-) tydsperspektief van Alzheimer-versorgers en hoedanig dit verskil van individue wat hulle in dieselfde ontwikkelingsstadium bevind, maar nie 'n versorgingsposisie beklee (het) nie. Data in hierdie verband is met behulp van die SELE-instrument (Dittmann-Kohli & Westerhof, 1997) ingesamel.

Die bespreking en interpretasie van hierdie data, die beantwoording van die navorsingshipoteses, teoretisering in hierdie verband, en die begronding van hierdie teorie in die empiriese data volg in hoofstuk 8. Daar sal ook ten slotte in hoofstuk 8 gefokus word op die maak van gevolgtrekkings in verband met die potensiële psigofortigene waarde van toekoms-tydsperspektief.

HOOFSTUK 8 BESPREKING EN GEVOLGTREKKING

8.1 INLEIDING

Olmesdahl (1999) is reeds vroeër soos volg aangehaal wat betref sy siening oor die versorging van bejaardes:

“Community services for the elderly, in particular, rely heavily on the caregivers (who are often elderly themselves) to provide the supportive care... Whilst advancements in the medical treatment of dementia are to be applauded, the development of support services and the promotion of skills development for caregivers is sadly lacking. If health professionals involved in the care of the elderly were to develop ways of enabling caregivers in the community to cope with their dementing relatives for as long as possible, this would be a cost effective method of addressing the ageing crisis, and could have a possible impact on the problems of caregiver depression and elder abuse.” (p. 4)

Die veld van voorkoming kry toenemende navorsingsaandag binne die positiewe sielkunde (hoofstuk 4). As gevolg van die feit dat befondsing vir hulpverlening aan hoërisiko-individue en -families meestal onvoldoende is, is inligting en navorsing oor potensiële laekostemetodes om die weerstandbiedendheid van byvoorbeeld Alzheimer-versorgers te verhoog, broodnodig (Kumpfer, 1999). Die bejaardegroep is een van die mees prominente voorbeelde van so ‘n hoërisikogroep. Dit is juis hier waar die beginsels van psigofortaliteit met groot vrug aangewend kan word.

Die negatiewe uitwerking van die versorgingstaak op die Alzheimer-versorger se sielkundige en fisieke welstand kom in die literatuur (afdeling 2.9) duidelik na vore. Uit die bevindinge van hoofstuk 7 (Afdeling I) het dit geblyk dat die resultate van hierdie ondersoek bestaande kennis in hierdie verband bevestig. Daarenteen het dit egter ook (Afdeling II) geblyk dat die huweliksmaat-versorgers van persone met Alzheimer se siekte ‘n eiesoortige rouproses deurloop en met unieke eise

gekonfronteer word. Uit Afdeling III wil dit ook voorkom asof die (toekoms-) tydsperspektief van hierdie versorgers anders daar uitsien as wat die geval is met ander bejaardes.

'n Blote kennisname van hierdie feite doen egter weinig om die lot van die versorger noemenswaardig te verlig. Ten einde daadwerklik te probeer om hierdie versorgers te help, is dit noodsaaklik dat 'n aantal tot nog toe onbeantwoorde vrae aandag ontvang. Vrae waarmee die bestaande kennis ons dus laat, is onder andere die volgende: "*Hoe hou hierdie resultate verband met die bestaande kennis in die literatuur?*"; "*Watter onderliggende dinamika tree uit die resultate van die ondersoek na vore?*", en "*Hoe kan bestaande kennis van hierdie onderliggende dinamika potensieel aangewend word in die praktiese hulpverlening aan persone wat hulle in 'n versorgingsituasie bevind?*"

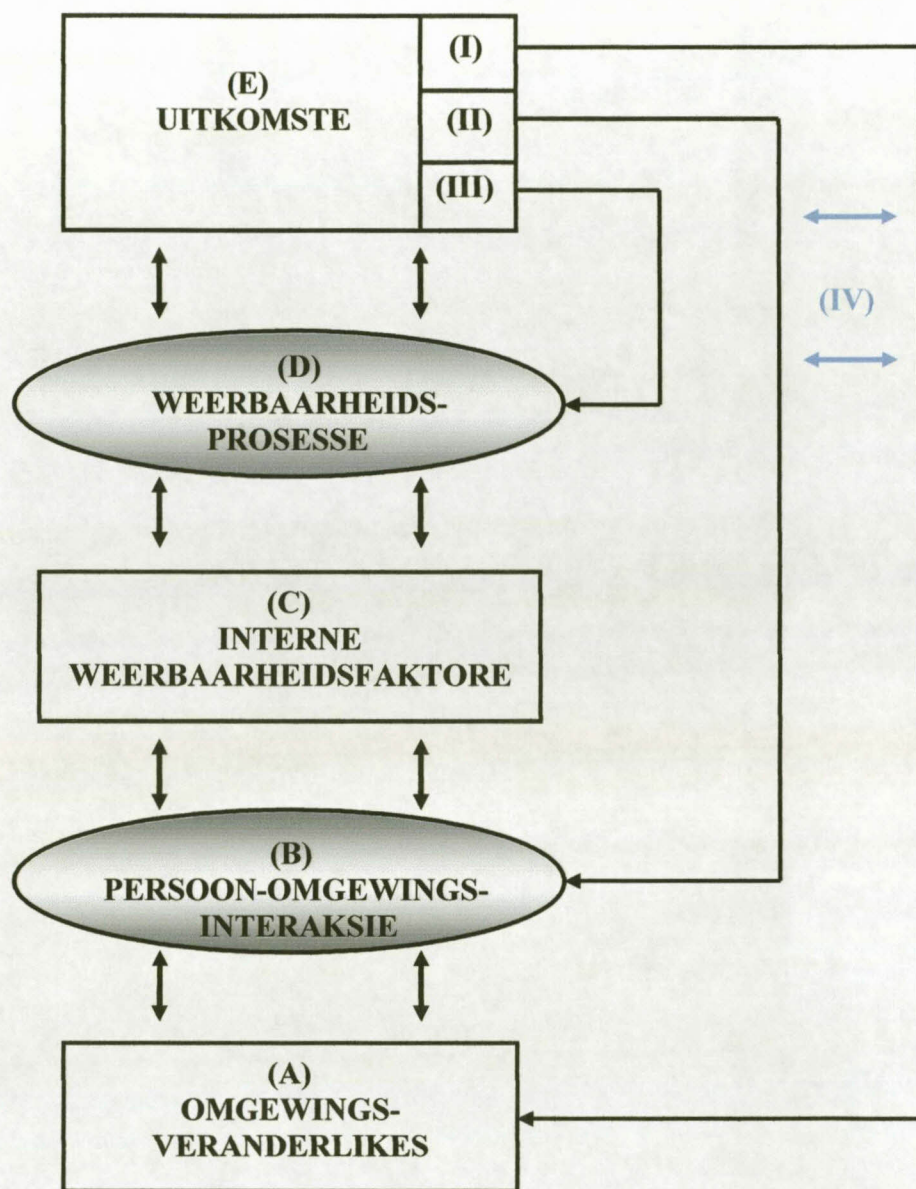
Daar sal dus in hierdie hoofstuk gefokus word op die interpretasie en integrasie van die verkreeë resultate in hierdie studie, en die vergelyking en integrasie daarvan met dit wat reeds in die literatuur bekend is. Die einddoel van hierdie hoofstuk is verder die daarstel van riglyne vir hulpverlening aan hierdie hoë-risiko groep in die hantering van die versorgingsituasie.

Daar sal in die eerste plek aandag geskenk word aan die interpretasie van resultate rakende die sielkundige welstand van die betrokke groepe en hoe dit in verband mag staan met die rouproses wat so uniek tot hierdie situasie blyk te wees.

8.2 DIE VERBAND TUSSEN DIE ROUPROSES-BELEWING EN DIE SIELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ALZHEIMER-VERSORGER

Soos beskryf is in afdeling 7.3, het die groep as geheel (met ander woorde wanneer die tellings van beide die ondersoek- en kontrolegroepe saam beskou is), wat die kwantitatiewe toetsresultate betref, deur die bank gemiddelde tellings opgelewer, wat dui op 'n vlak van sielkundige welstand wat nóg as hoog nóg as abnormaal laag beskou kan word. Dit is egter nie verrassend nie aangesien daar verwag kan word dat die profiel van die vier groepe saam teoreties minder sal verskil van die 'normale profiel' van die bejaarde as enige van die subgroepe afsonderlik. So het die groep as

geheel gemiddeld presteer met betrekking tot hulle vlakke van lewenstevredenheid, koherensiesin, fortaliteit en hoop.



Figuur 27: Interaksie tussen die sielkundige welstand van die versorger en die rouproses as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

Binne hierdie prentjie van die ‘gemiddelde bejaardegroep’ wat deur die navorsingsgroep as geheel opgelewer is, was daar egter wel verskille tussen die onderskeie subgroepe verskuil. Hoewel nie statisties betekenisvol nie (as gevolg van redes genoem in afdeling 7.4) het die twee groepe persone wat met Alzheimer se siekte moes saamleef (groepe 1 & 2), byna deurgaans laer sielkundige

welstandtellings (dit is subjektiewe lewenstevredenheid, koherensiesin en psigofortaliteit) as die kontrolegroepe (groepe 3 & 4) opgelewer. Hierdie resultate stem ooreen met wat ander navorsers (soos bespreek in afdeling 2.9) reeds in hierdie verband gevind het. Soos uitgebeeld in figuur 27, sal die rol wat die rouproses en die spesifieke ervaring wat daarmee gepaard gaan (soos beskryf in afdeling II van hoofstuk 7) moontlik speel in die bepaling van die versorgers se mate van sielkundige welstand (soos onder andere beskryf in afdeling I van hoofstuk 7) in hierdie afdeling ondersoek word.

Soos bespreek is in hoofstuk 4, staan die term 'psigofortaliteit' en die soeke na faktore wat die mens 'sterk' en weerstandbiedend maak in stresvolle omstandighede, sentraal in die navorsingsveld van die positiewe sielkunde. In beide die salutogenese (Antonovsky, 1993) en die psigofortigenese (Strümpfer, 2001) as navorsingsterreine word die interaksie tussen 'n persoon se koherensiesin en sy/haar gebruik van algemene weerstandshulpbronne tydens die hantering van stresvolle lewensomstandighede bestudeer. 'n Sterk koherensiesin, sowel as die beskikbaarheid en suksesvolle gebruik van algemene weerstandshulpbronne, word op hulle beurt in verband gebring met 'n nie-patologiese wyse van lewe ten spyte van die alomteenwoordigheid van stressore (afdeling 4.6.2). So word 'n sterk koherensiesin en beskikbaarheid van hierdie hulpbronne as sinoniem met sielkundige welstand beskou (afdeling 4.8.1). In teenstelling hiermee sal 'n swak koherensiesin en 'n gebrek aan hulpbronne volgens teoretici aanduidend wees van 'n verlaging in die sielkundige welstand van die persoon.

In hierdie verband is dit van kardinale belang om kennis te neem van die feit dat 'n persoon se koherensiesin en of hy/sy oor die nodige weerstandshulpbronne beskik (inderdaad dus psigofortaliteit), nie noodwendig konstante aspekte van sy/haar funksionering en persoonlikheidsamestelling verteenwoordig wat ten spyte van diverse omgewingsveranderlikes onveranderd behoort te bly nie. Antonovsky self noem dit 'n dinamiese aspek van enige persoon se funksionering, wat gevorm word en ontwikkel na aanleiding van ervaringe regdeur die kinderjare en adolessensie. Uit die resultate van hierdie ondersoek wil dit inderdaad voorkom asof selfs gebeure en lewensomstandighede tydens bejaardheid 'n invloed op 'n persoon se koherensiesin mag uitoefen. Dit is dus veilig om te voorspel dat, indien 'n stressor 'n sterk en

langdurige negatiewe uitwerking op die koherensiesin of psigofortaliteit van 'n persoon sou hê, daardie persoon se sielkundige welstand noodwendig daaronder sal ly. Dit is dus belangrik om te bepaal hoe en in watter mate die versorgingservaring en die koherensiesin (dit wil sê die sielkundige welstand) van die bejaarde huweliksmaat mekaar wedersyds mag beïnvloed.

Dit is 'n gegewe dat die betrokkenheid by en versorging (tans of in die verlede) van 'n huweliksmaat gediagnoseer met Alzheimer se siekte al dan nie, 'n prominente faktor was wat tussen die ondersoek- en kontrolegroepe onderskei het, en dat dit waarskynlik ten minste deels verantwoordelik was vir die verskille met betrekking tot die sielkundige welstand van hierdie twee groepe individue. Die presiese aard van die onderlinge dinamika tussen hierdie ervaring (die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte) en die versorger se verlies van sielkundige welstand tydens die versorgingsproses, bly egter tot op hede 'n onbeantwoorde vraag. Veral die laer sielkundigewelstandtellings wat deur die lede van ondersoekgroep 2 gerapporteer is, dui op 'n komplekse proses, en die moontlikheid bestaan dat die versorgingsproses, selfs na die dood van die huweliksmaat met Alzheimer se siekte, 'n residuele impak op die funksionering van die bejaarde versorger mag hê. Ten einde lig te werp op die psigodinamika van hierdie verlies van sielkundige welstand, kan die rouproses soos dit in afdeling II van hoofstuk 7 beskryf word, in verband gebring word met laer sielkundigewelstandtellings van hierdie individue soos dit in afdeling I van hoofstuk 7 gerapporteer is.

Ter wille van groter duidelikheid sal die twee roufasies (verteenwoordig deur onderskeidelik ondersoekgroepe 1 en 2) telkens apart bespreek word.

8.2.1 Psigofortaliteit en die rouproses

8.2.1.1 Verstaanbaarheid

▪ Roufase 1

Sullivan (1993) beskou verstaanbaarheid (een van die komponente van 'n persoon se koherensiesin) as die vind van 'n sekere logika in die volgorde van gebeure en 'n mate van bestendigheid van een ervaring na die volgende sodat, as 'n algemene reël, daar nie sprake van onverklaarbare gebeure is nie. Sullivan (1993) haal Antonovsky soos volg in hierdie verband aan:

"A complete arbitraryness, however, a progression of events which is neither predictable nor logically explainable, would tend to weaken one's sense of coherence (Antonovsky, 1979)."

Tydens die ondersoek van veral die versorgers se kognitiewe beleving van die eerste siklus van die rouproses (afdeling 7.6.1.2), het dit aan die lig gekom dat Alzheimer se siekte, en die gepaardgaande simptomatologie waarmee die Alzheimer-pasiënt presenteer, in wese onlogies, onvoorspelbaar en gewoonlik totaal onverstaanbaar is. Die volgende faktore het hierin 'n rol gespeel:

- Die irrasionele, onverklaarbare en dikwels bizarre gedrag van die pasiënt, dikwels lank reeds voor die formele diagnose van Alzheimer se siekte gemaak word, het die situasie vir die huweliksmaat vroeg reeds totaal onverstaanbaar gemaak.
- Die eiesoortige verloop van die siekte, en meer spesifiek die voorkoms van 'helder eilande' in die pasiënt se funksionering, het dit vir die versorger onmoontlik gemaak om 'n mate van voorspelbaarheid aan die situasie te koppel, selfs nadat die diagnose bevestig is.
- Medici se gebrekkige begrip van hierdie siektetoestand, hulle huiwerigheid om so 'n diagnose te maak, en die feit dat hulle aan die versorger dikwels slegs gebrekkige raad in die hantering daarvan kan gee, het verder bygedra tot die onverstaanbaarheid van Alzheimer-versorging.

- Die geleidelike afskeid van 'n huweliksmaat wat fisiek nog teenwoordig en gesond is, het by versorgers 'n groot mate van kognitiewe dissonansie geskep. Hierdie dissonansie het verder tot die onverstaanbaarheid bygedra.

'n Interessante verskynsel, naamlik die kompensatoriese soeke na 'verstaan' wat dikwels by die versorger voorgekom het, dien as bevestiging van die waarde, moontlik op onbewuste vlak, wat aan 'begrip' geheg word. Hierdie byna outomatiese soeke na begrip en voorspelbaarheid het onder andere op die volgende wyses na vore gekom:

- Die kognitiewe oorlewingstrategie (soos beskryf in afdeling 7.6.1.2), naamlik die kognitiewe skeiding wat die versorger tussen die pasiënt en Alzheimer se siekte gemaak het, het in sommige gevalle 'n mate van begrip aan die situasie verleen.
- Tydens hierdie inherente soeke na begrip vir die situasie of 'n verstaan daarvan, is daar dikwels antwoorde in die spirituele dimensie gesoek. Die versorger het dan dikwels vir antwoorde op haar vrae in haar geloofslewe gedelf.
- Die vasberadenheid waarmee die versorger besluit het om self die versorgingstaak te behartig en die kognitiewe aanvaarding van haar lot, het 'n mate van kognitiewe sin, voorspelbaarheid, maar ook beheerbaarheid (wat vervolgens bespreek sal word) aan die situasie verleen. Hierdie winste het egter teen 'n duur prys gekom. Dit het dikwels die langdurige miskennis van die self en eie behoeftes, drome en ideale beteken wat langtermyn sielkundige welstand ondermyn het.

Hierdie kompensatoriese meganismes is met 'n wisselende mate van sukses aangewend om die situasie as voorspelbaar en beheerbaar te kan sien. Terwyl dit dui op 'n inherente soeke na hierdie belangrike elemente van koherensiesin en sielkundige welstand, is dit uit die genoemde resultate duidelik dat daar dikwels reeds tydens die eerste fase van die rouproses probleme ervaar is om die verloop van sake te 'verstaan'.

▪ Roufase 2

Uit die bespreking van die kognitiewe aspekte van die versorger se belewing van die tweede fase van die rouproses (afdeling 7.6.2.2), was dit duidelik dat hierdie fase versorgers dikwels in 'n staat van groot kognitiewe verwarring gelaat het.

Die uitgeroktheid van die versorgingsproses het versorgers dikwels laat glo dat die situasie onbepaald sou voortduur, aangesien die verloop van die proses (en die dood van die pasiënt) nie voorspel kon word nie. Die aanbreek van hierdie fase is dus dikwels deur versorgers as 'n groot skok beleef.

Uit die bespreking van roufase 1 was dit duidelik dat daar tydens die eerste rousiklus op kompensatoriese wyse begrip en voorspelbaarheid gevind is juis in die versorging van die huweliksmaat, waarskynlik weens die bekendheid van hierdie situasie wat jare se versorging vergesel het. Wanneer die dood hierdie situasie verander het, het versorgers (en veral ook lede van die gesin, familie en gemeenskap) dikwels verwag dat dit 'n verligting van hulle omstandighede sou beteken, en daarmee saam die aanvang van 'n herstelproses. Die gewoond raak aan die abnormale lewenswyse tydens versorging en die feit dat die versorgers geleidelik kontak verloor het met die alledaagse gang van sake, 'n eie lewe, eie behoeftes en 'n toekomspektief het versorgers egter dikwels in 'n staat van kognitiewe verwarring gelaat wanneer hulle dae nie meer uitsluitlik aan die versorging van hulle huweliksmaats gewy kon word nie. Versorgers het hulleself byvoorbeeld dikwels beskryf as soekend/dwalend, of dat hulle dinge 'soos 'n kind vir die eerste keer beleef het', wat dui op die vreemdheid wat die 'normale lewe' buite die roetine van die versorgingsituasie vir hulle ingehou het.

As gevolg van die verwydering van die 'normale lewe' wat deur aspekte van die eerste rousiklus meegebring is, het versorgers dus dikwels aardig ontuis gevoel wanneer hulle die nuwe lewe sonder die verantwoordelikhede van versorging moes aanpak. Die onverstaanbaarheid van hierdie situasie, en veral die feit dat hierdie toedrag van sake selde deur versorgers voorspel is, het dikwels op die lang termyn negatiewe gevolge vir hulle sielkundige welstand gehad.

8.2.1.2 Beheerbaarheid

▪ Roufase 1

Soos in afdeling 4.6.2 bespreek is, het die fortigene konsep 'beheerbaarheid' te doen met die versorger se persepsie van beheer oor die situasie en die vertroue dat daar hulpbronne beskikbaar is vir die hantering van die uitdagings wat die versorgingsituasie stel.

Uit die bespreking van veral die gedragsbeleving (7.6.1.2) van die versorger tydens die eerste fase van die rou siklus, het dit duidelik geblyk dat 'n integrale deel van versorgers se beleving tydens hierdie fase van die versorgingsproses dié van totale beheerverlies was. Die onbekendheid, onvoorspelbaarheid en onverstaanbaarheid van die versorgingsproses (wat pas bespreek is) het letterlik die versorger se lewe in beheer geneem. In die lig van die feit dat (on)verstaanbaarheid en (on)beheerbaarheid van die situasie hand aan hand gaan, en mekaar wedersyds versterk, is dit vanselfsprekend dat al die faktore wat in afdeling 8.3.1.2 genoem is as faktore wat 'n bydrae sou kon lewer tot die versorger se verlies aan verstaanbaarheid van die situasie, ook 'n aandeel gehad het in die gevoel van beheerverlies wat dikwels met hierdie situasie gepaard gaan.

Soos geïllustreer word deur talle aanhalings in die gedeelte van afdeling 7.6.1.2, wat handel oor die gedragsbeleving van die versorger, is Alzheimer se siekte dus geneig om progressief beheer oor te neem, nie net van die pasiënt nie, maar stelselmatig ook van die Alzheimer-versorger. Faktore soos die gebrekkige hulp vanaf medici in die hantering van hierdie siektetoestand, wat reeds genoem is as bydraend tot die onverstaanbaarheid van die versorgingsproses, het 'n verdere bydrae tot hierdie gevoel van beheerverlies van die versorger gemaak. Die gevolg is dus byna noodwendig die ontwikkeling van 'n eksterne lokus van kontrole, met Alzheimer se siekte as die bepaler van beide die pasiënt en versorger se lot.

Weer eens het dit egter geblyk dat die soeke na beheer 'n inherente begeerte, byna 'n oorlewingsdrang by die versorger verteenwoordig. Die wyse waarop versorgers gebruik gemaak het van enige vorm van hulp ten einde beheer oor die situasie terug te

neem, hetsy deur individuele berading, betrokkenheid by ondersteuningsgroepe of 'n opgaan in hulle eie spiritualiteit en geloofsoortuiging, dien as bewys hiervan.

Die paradoksale besluit wat versorgers feitlik deur die bank geneem het, naamlik die wilsbesluit om self (of soos die meeste geglo het, met die hulp God) die versorgingstaak te behartig, dien egter as die beste voorbeeld van hierdie poging tot die terugneem van beheer. Hierdie aanvaarding van die versorgingsproses was dikwels simbolies van die versorger se terugneem van beheer, en 'n aanduiding van persoonlike groei, sowel as vordering met betrekking tot die hantering van die rouproses, wat die versorger ondergaan het.

As gevolg van die onomkeerbare verloop van die siektetoestand was hierdie terugneem van beheer egter tydelik van aard. Die agteruitgang van die pasiënt, die huweliksverhouding en die lewenskwaliteit van die versorger was noodwendige gevolge van hierdie siektetoestand, wat uiteindelik in wese dus 'n onbeheerbare situasie was. Dit het geïmpliseer dat die versorger, ten spyte van die korttermynvoordele wat hierdie besluit in terme van die terugneem van beheer gebied het, uiteindelik tog alle beheer aan Alzheimer se siekte sou moes oorgee. Hierdie verlieservaring het belangrike gevolge vir die versorger se hantering van die tweede fase van die rouproses.

▪ Roufase 2

As gevolg van die teenwoordigheid van eksterne faktore buite die beheer van die versorger wat deur die versorgingsituasie meegebring is (en in die vorige afdeling bespreek is), was die terugwen van beheer in die tweede fase uitermate moeilik, soos blyk uit aanhalings soos die volgende: "*...omdat my hoop in die eerste instansie in die Here gevestig is, en in die tweede instansie in die verloop van tyd gevestig is, lees ek geweldig*". Omdat die versorger (as gevolg van hierdie eksterne lokus van kontrole) dus geneig is om die versorgingsproses te beskou as 'iets is wat met haar gebeur' is dit waarskynlik dat dit sou lei tot 'n aangeleerde hulpeloosheid, wat dikwels in die versorgers se verbatims na vore gekom het. Dit lei waarskynlik dan tot 'n passiewe benadering tot die routake **en die toekoms**, en maak so 'n bydrae tot die

moeilike hantering van die rouproses en selfs die uiteindelijke ontwikkeling van depressie (Kleinke, 1991).

Die beheerbaarheidsaspek van koherensiesin het tydens die tweede roufase weer ter sprake gekom, en veral tydens die bespreking van die gedrag (afdeling 7.6.2.2) van versorgers wat hulle in hierdie situasie bevind het. Waar die besluit om die versorgingstaak tydens die eerste rou siklus self te behartig op simboliese vlak die terugneem van beheer oor die situasie verteenwoordig het, het die onvermydelikheid van die dood weens hierdie terminale toestand uiteindelik die versorger ook van hierdie beheer beroof. Die totale lewensverandering wat deur die afsterwe van die lewensmaat meegebring is (veral in die lig daarvan dat elke beskikbare tydjie kort tevore aan sy optimale versorging bestee is) en die gaping wat daardeur in die versorger se lewe gelaat is, het opnuut 'n verlies van beheer vir die versorger beteken. Dit het waarskynlik, soos tydens die eerste rou siklus, hand aan hand gegaan met die verlies van begrip en voorspelbaarheid wat versorgers ook tydens hierdie fase ervaar het.

Die kompensatoriese gedrag wat voorgekom het ten einde 'n mate van 'normaliteit' en beheer te behou, weerspieël die verwardheid van versorgers in hierdie fase, en die outomatiese soeke na 'n mate van beheer waarna hulle so desperaat op soek was vir hulle eie sielkundige welstand. Daar was byvoorbeeld by versorgers tydens hierdie tweede roufase dikwels 'n intense vermyding van kontak met iets wat hulle aan die versorgingsituasie herinner, en terselfdetyd 'n teruggryp en verlange na of gemis aan die bekendheid daarvan. As gevolg van die bekendheid van die versorgingsituasie, die onbekendheid met die 'normale' lewe, en feit dat juis die versorgingsituasie 'n behoudende element verskaf het, was dit vir versorgers baie moeilik om vordering te maak met betrekking tot die hantering van die rouproses. Die onvermydelikheid van die feit dat Alzheimer se siekte uiteindelik totale beheer van die pasiënt neem en die gaping wat die afsterwe van die pasiënt in die lewe van die versorger gelaat het, het 'n verloreheid en opnuut 'n verlies aan beheer meegebring.

8.2.1.3 Betekenisvolheid

▪ Roufase 1

Hierdie derde komponent van die koherensiesin-konsep het te doen met die oortuiging van die versorger dat die uitdagings wat deur die situasie gestel word, wél die moeite werd is om aan te pak, en dat energie bestee behoort te word aan die hantering daarvan (afdeling 4.6.2).

Behalwe vir die hoeveelheid en intensiteit van emosies wat as deel van die 'affektiewe beleving' van versorgers beskryf is, was dit ook duidelik uit hierdie gedeelte (afdeling 7.6.1.2) dat die soeke na die sin, doel en betekenis van die eie bestaan deurgaans 'n prominente element van versorger-beleving was. Soos die geval was by die bespreking van verstaanbaarheid en beheerbaarheid as elemente van koherensiesin, het dit dus ook 'n kernelement van die menslike bestaan, oorlewing en welstand geblyk te verteenwoordig. In 'n situasie wat gekenmerk is deur die absolute betekenisloosheid van die huweliksmaat se gedrag, waarin alle begrip van en beheer oor hulle eie bestaan van hulle weggestroop is, het versorgers op paradoksale wyse dikwels op filosofiese of spirituele wyse betekenis vir hierdie ervaring, en inderdaad vir hulle eie bestaan, juis in hulle toegewyde hantering van hierdie omstandighede gevind.

Aangesien die versorgingstaak, veral tydens die latere in die verloop van die siekte, dikwels die versorger se lewe in geheel oorgeneem het, is dit nie verrassend nie dat versorgers noodgedwonge juis binne hierdie omstandighede na die sin en doel vir hierdie ervaring, asook vir hulle eie bestaan, gesoek het. Faktore soos die volgende is deur versorgers geïdentifiseer as faktore wat tydens die versorgingsproses sin en betekenis aan hulle lewens verleen het:

- Persoonlike ontwikkeling en groei is dikwels genoem as een van die direkte gevolge van hierdie ervaring. Versorgers het dus dikwels gevoel dat hierdie ervaring van hulle 'ryker individue' gemaak het.

- Versorgers het betekenis en vervulling gevind in die wete dat hulle hierdie selfopofferende liefdeswerk met toewyding vir die lewensmaat kon doen.
- Versorgers het hierdie tydperk gesien as een van geestelike verryking en het gereken dat die Here 'n doel daarmee wil bereik.
- Die feit dat hulle vir ander 'n 'preek gepreek het', en dus as voorbeeld vir buitelanders opgetree het, het ook dikwels 'n groot mate van sin en betekenis aan die lyding van versorgers-verleen.

Dit is dus duidelik dat die spirituele domein weer eens 'n prominente rol tydens hierdie soeke na betekenis gespeel het. Die tendens wat by versorgers voorgekom het om sin en betekenis vir hulle eie bestaan in die versorgingsituasie te vind, en vervulling te vind in die feit dat hulle hierdie taak met verantwoordelikheid en onderskeiding kon uitvoer, het 'n belangrike nadraai gehad met betrekking tot hulle sielkundige welstand. Weer eens het die voordele wat die soeke na betekenis in die hede (dus tydens die versorgingsituasie) op emosionele terrein aan die versorger gebied het, op die lang termyn (na afloop van die versorgingsituasie) teen 'n geweldige prys gekom. Een van die nadele daarvan dat versorgers hierdie situasie die sin en doel van hulle bestaan gemaak het, is onder andere die sosiale isolasie wat byna 'n noodwendige gevolg van hierdie inkapiterende taak was. Wanneer die erns van die siekte, en uiteindelik die dood, die versorgingstaak as betekenisgewende element van hulle weggeneem het, is versorgers tydens die tweede rousiklus opnuut gekonfronteer met die betekenisloosheid van hierdie oorweldigende verlieservaring.

▪ Roufase 2

Die mees prominente faktor met betrekking tot die affektiewe beleving van die versorger tydens hierdie fase van die rouproses is die feit dat dit (die versorgingsproses) vir sodanige versorger dikwels 'n behoudende faktor is, hoewel (en moontlik juis omdat) die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte 'n baie moeilike ervaring is. Versorgers raak dus dikwels daarvan afhanklik vir hulle eie welstand en sodra dit tot 'n einde kom, beleef hulle dit as 'n lewenskrisis. Hierdie ervaring is dus 'n onmiddellike gevolg van die dinamika gekoppel aan die eerste rousiklus. Die betekenisloosheid waarmee die dood van die pasiënt die versorger laat, spruit direk uit die feit dat sy geweldig baie prysgee, en groot persoonlike verliese ly

in haar stryd teen Alzheimer se siekte wat sy van die begin af gedoem was om te verloor.

Die betekenis vir hulle eie bestaan wat versorgers uit die versorgingsituasie geput het, soos beskryf in afdeling 8.3.1.3, verdwyn vanselfsprekend met die begin van institusionalisering of die afsterwe van die Alzheimer-pasiënt, met direkte gevolge vir die versorger se emosionele beleving en welstand. Daar is dus weer eens aspekte van die versorger se hantering van die eerste fase van rou (soos die outomatiese soeke na betekenis in die versorgingsproses, die verlies van betekenis van byna alles buite die versorgingsituasie, en die vind van betekenis in die 'versorgingspleiertjies', veral nadat die neuropsigiatryse simptome die wyk geneem het), wat vir versorgers addisionele probleme skep rakende die herstelproses tydens die tweede roufase.

8.2.1.4 Algemene weerstandshulpbronne

▪ Roufase I

Uit die bespreking van die rouprosesbeleving van die Alzheimer-versorger (hoofstuk 7: afdeling II) was dit duidelik dat, behalwe vir die verlies aan koherensiesin (dit is verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid) wat pas bespreek is, daar verliese van addisionele faktore geïdentifiseer kan word. Die verlies van hierdie faktore, wat normaalweg as potensiële weerstandshulpbronne tydens die verwerking van spanning sou kon dien, lewer 'n verdere bydrae tot die verlaging van die vlak van sielkundige sterkte of krag (psigofortaliteit) van die individu, en verminder so ook die persoon se stresweerbaarheid.

Een van die belangrike verlieservaringe met betrekking tot weerstandshulpbronne, was die verlies aan sosiale ondersteuning (afdeling 7.6.1) wat deur talle versorgers gerapporteer is. Weens (a) die agteruitgang van die eens emosioneel-intieme huweliksverhouding, en die isolasie wat geskep word met betrekking tot (b) die familie en (c) die gemeenskap as geheel, ervaar die versorger 'n groot mate van sosiale isolasie. Verdere verlieservaringe met betrekking tot potensiële weerstandshulpbronne was onder andere:

- Die agteruitgang van die huweliksverhouding as hoofbron van geborgenheid en emosionele sekuriteit tydens hierdie ontwikkelingstadium.
- Verlies van finansiële sekuriteit as weerstandshulpbron as gevolg van versorgingskoste of impulsiewe finansiële besluite wat deur die pasiënt gemaak is.
- Die verlies aan selfvertroue weens die onverstaanbaarheid en selfvertwyfeling wat met hierdie ervaring gepaard gegaan het.
- Die verlies van die vrye tyd en die geleentheid om by selfvullende aktiwiteite betrokke te bly (byvoorbeeld 'n deeltydse betrekking, stokperdjies of enige iets anders wat die versorger se belangstelling prikkel); hierdie geleentheid is deur lede van die kontrolegroep as behoudende faktore geïdentifiseer.
- 'n Verlies aan selfrespek weens die gedrag wat hulle dikwels noodgedwonge teenoor die pasiënt moes toon, deur byvoorbeeld saam te speel met die skeefgetrekte denke van die persoon.
- Verlies aan fisieke gesondheid as weerstandshulpbron (soos gerapporteer in afdeling 7.6.1), het nog 'n prominente verlies van sodanige hulpbronne verteenwoordig.
- Waarskynlik die grootste verlies van almal, die verlies van lewensdrome en – ideale, en van die strewe na 'n toekoms wat iets groter of beter mag inhou tydens die herfsjare van hulle lewe.

Die proses het egter nie hier gestop nie. Die effek van hierdie veelvuldige verliese met betrekking tot versorgers se koherensiesin en weerstandshulpbronne, asook van kompensatoriese meganismes, het dikwels eers tydens die tweede roufase na vore gekom.

▪ Roufase 2

Die volgende verlieservaringe met betrekking tot die algemene weerstandshulpbronne is tydens die tweede roufase gerapporteer:

- Weer eens die verlies van fisieke gesondheid. Die fisiek-uitmergelende aard van die versorgingstaak blyk op 'n direkte en indirekte wyse (veral via

psigosomatiese toestande, wat nie deur die kontrolegroep gerapporteer is nie) 'n langdurige negatiewe invloed op die versorger se gesondheid te hê, wat die herstel tydens die tweede fase van die rouproses verder bemoeilik.

- Voortgaande sosiale betrokkenheid, al was dit in 'n werksomgewing, is deur lede van die kontrolegroep geïdentifiseer as 'n behoudende faktor, wat ook na die afsterwe van die huweliksmaat die pad terug na die 'normale lewe' vir hulle makliker gemaak het. Die teendeel was uiteraard waar vir die versorgers van persone met Alzheimer se siekte. Die oorweldigende eise van die proses (beide in terme van die tyd en emosionele reserwes van die versorger) het 'n vernietigende invloed op die persoon se sosiale netwerk gehad. Sosialisering met persone wat nie begrip het vir die proses van versorging nie, was ook problematies.
- Waar versorgers tydens die eerste fase van rou dikwels 'n groot mate van sosiale ondersteuning van ondersteunersgroepe en deur individuele berading ontvang het, het hulle dikwels na die afsterwe van die pasiënt alle bande met dergelike groepe verbreek. Dit het uiteraard verdere negatiewe implikasies vir versorgers in terme van beskikbaarheid van weerstandshulpbronne ingehou.
- Weens die feit dat hulle hulleself nou in 'n situasie bevind het waarvoor hulle nooit beplan het nie, en waarop hulle dus nie voorbereid was nie, het versorgers dikwels 'n totale verlies aan gerigtheid in hulle lewens gerapporteer. Hierdie aspek van die versorger se belewing sal in die volgende afdeling meer aandag geniet.

8.2.2 Samevatting

Dit is duidelik dat versorgers van Alzheimer-pasiënte deur hierdie proses gekonfronteer is met eise wat die behoud van hulle koherensiesin uitermate bemoeilik het en die pad na herstel dikwels verleng het. Dit is met huiwering dat hierdie verlengde rouproses van die Alzheimer-versorger as 'n voorbeeld van patologiese rouproses genoem word. Die dinamika daarvan, soos in hoofstuk 7 beskryf is, herinner egter sterk aan die definisie wat Worden (1991) van 'geïnhibeerde rou' gee (afdeling 3.4). Daar vind dus 'n rouproses oor sekere verliese plaas, maar as gevolg van die aard van die versorgingsituasie is dit vir die versorger vir 'n baie lang tyd nie moontlik om finaliteit of 'closure' te bereik rakende die rouproses as geheel nie.

Hierdie situasie blyk verreikende gevolge te hê vir die suksesvolle afhandeling van al vier die routake soos gestel deur Worden (1991) en bespreek in afdeling 3.3.4.

- 1) Wat betref routaak nommer 1: dit mag aanvaarding in die hand werk, of 'n uitgesproke ontkenningrespons teweegbring,
- 2) Routaak nommer 2: dit gebeur dikwels dat, hoe langer en meer intensief die versorgingsproses voor die dood is, hoe meer angs ervaar die persone wat agterbly, en
- 3) Routaak nommer 3 en 4: persone mag hulle voor die dood reeds (en soms te vroeg) op emosionele vlak van die sterwende distansieer, of mag die teenoorgestelde respons toon en oormatig op emosionele vlak met die persoon bind as gevolg van skuldgevoelens of ander moontlike redes.

Die byna outomatiese wyse waarop hierdie persone na begrip, beheer en betekenis gesoek het, dien as bevestiging van die belangrike behoudende rol wat hierdie faktore in die sielkundige welstand van die mens speel. In die geval van die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte het versorgers egter, as gevolg van die inkapasiterende aard van die versorgingsproses, noodgedwonge na hierdie faktore binne die versorgingsituasie gaan soek. Hierdie taak is so omvattend dat versorgers se totale identiteit dikwels met die verloop van tyd daarin gesetel raak. Tydens die bespreking van die take van rou (afdeling 3.3.4) het dit duidelik geblyk dat die soeke na 'n eie identiteit 'n baie belangrike aspek van die suksesvolle hantering van rou is. Omdat dit uit die resultate duidelik is dat die versorger se hele identiteit dikwels gesetel raak in die versorgingsrol, en dat sy aspekte van haar identiteit soos vriendskaps- en ander verhoudinge ter wille van die suksesvolle uitvoer van haar versorgingspligte vir 'n aantal jare prysgee, skep dit besondere probleme wanneer hierdie lewensfasette weer, tydens die soeke na eie identiteit, geïntegreer moet word. Hoewel daar ter wille van oorlewing of self-preservering dus behoudende elemente selfs binne die versorgingsproses gevind kon word, het die feit dat Alzheimer 'n terminale siektetoestand bly, veroorsaak dat versorgers by die afsterwe van die pasiënt opnuut in 'n krisis en 'n stryd om oorlewing gedompel is. Meer spesifiek wil dit voorkom asof die prysgee van die versorgingsrol op 'n paradoksale wyse vir die versorger opnuut 'n prysgee van begrip, beheer en betekenis beteken het. Hoewel nie statisties beduidend nie, het die laer tellings rakende die sielkundige welstand van

versorgers in die kwantitatiewe gedeelte van hierdie ondersoek hierdie resultate geblyk te bevestig. Die versorger se stryd om verlore lewenskwaliteit te herwin, word dikwels ook bemoeilik deur die feit dat persone in die versorger se ondersteuningsstelsel, en dikwels die versorger self ook, aanneem dat die beëindiging van die versorgingsproses noodwendig 'n verbetering in die versorger se sielkundige welstand sal meebring. Dit het telkens geblyk nie die geval te wees nie.

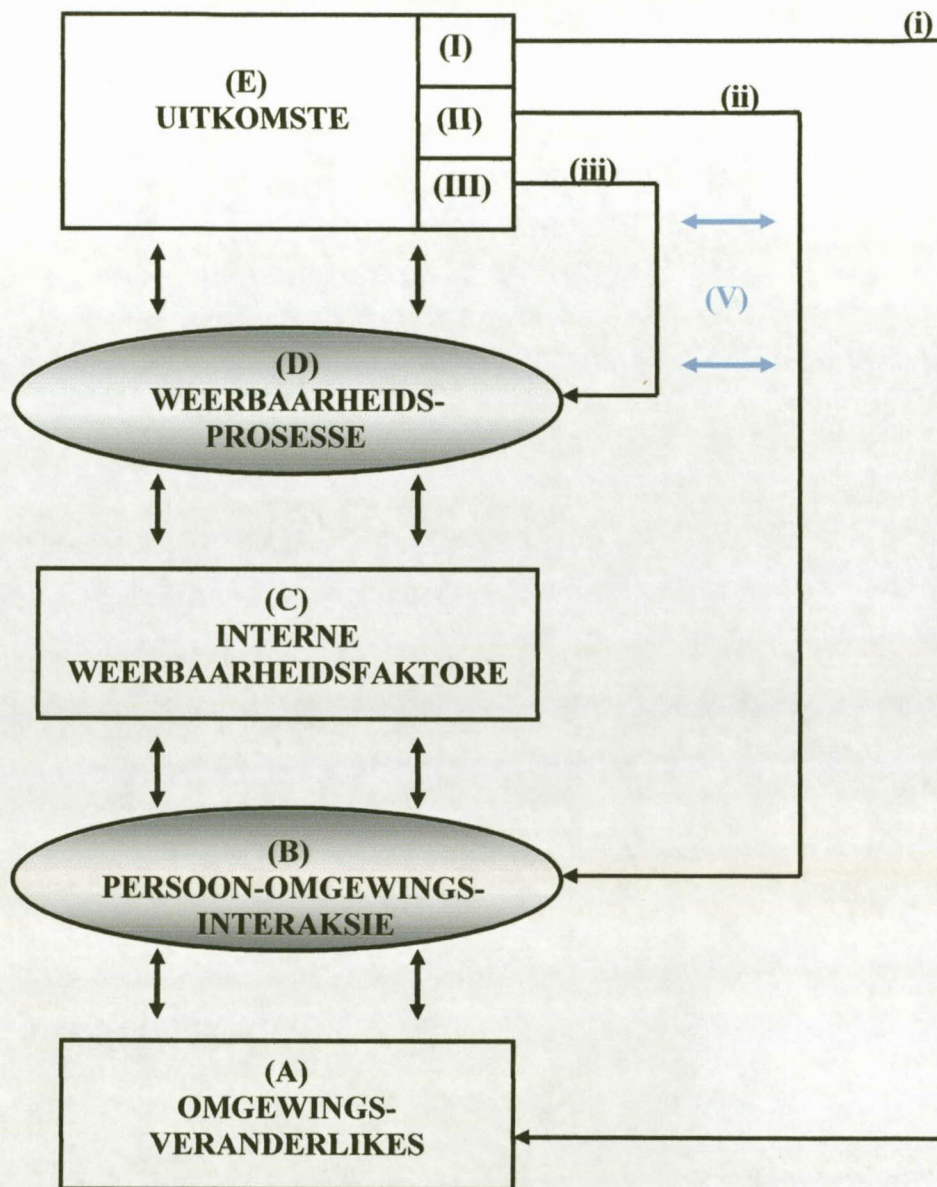
'n Verdere problematiese aspek van die tweede roufase is dat die herwinning van koherensiesin moet plaasvind in 'n tyd/ontwikkelings stadium wanneer die versorger in elk geval nie weet hoeveel tyd daar nog beskikbaar is vir die herwinning van begrip van, beheer oor en die vind van betekenis in die lewe nie. Soos vermeld in afdeling 3.6, meen Bowlby (1977) dat die verbintnisse tussen mense nie bloot gevorm word ter wille van die bevrediging van biologiese behoeftes nie, maar dat die oorsprong daarvan geleë is in 'n behoefte aan sekuriteit en veiligheid. Inderdaad het dit uit hierdie studie geblyk dat die huweliksverhouding een van die belangrikste bronne van begrip, beheer en betekenis (en dus koherensiesin en sielkundige welstand) vir die bejaarde individu uitmaak tydens hierdie ontwikkelings stadium. Dit ondersteun die sosio-emosionele selektiwiteitsteorie van Carstensen en Charles (1998) wat tydens bejaardheid geld, soos in afdeling 5.8 bespreek is. Beide die aard en die tydsberekening van Alzheimer se siekte veroorsaak dus vir die versorger probleme met betrekking tot die behoud van sielkundige welstand.

Uit bogenoemde wil dit voorkom asof daar sterk aanduidings is van 'n dinamiese verband tussen die sielkundige welstand van versorgers (soos geoperasionaliseer in terme van die persone se psigofortaliteit) en die spesifieke rouproses waardeur hierdie persone blyk te gaan. Die hipotese kan dus met reg gestel word dat hierdie eise wat die rouproses aan die koherensiesin en weerstandshulpbronne (dus psigofortaliteit) van die versorgers stel, verantwoordelik gehou kan word vir sodanige versorgers se verlies aan sielkundige welstand, soos gerapporteer in hoofstuk 2. Dit onderstreep die belangrikheid van 'n voorkomende benadering tot hulpverlening aan hierdie hoërisikogroep, sodat persone hulle lewenskwaliteit so ver as moontlik kan behou, eerder as dat hulle op 'n gevorderde ouderdom in 'n stryd gewikkel moet raak vir die herwinning daarvan.

8.3 DIE VERBAND TUSSEN DIE ROUPROSES EN DIE TYDSPERSPEKTIEF VAN DIE ALZHEIMER-VERSORGER

Dit blyk duidelik uit die resultate met betrekking tot individue uit die verskillende groepe se tydsperspektief (hoofstuk 7, afdeling III) dat daar enkele gemeenskaplikhede tussen lede van die onderskeie groepe se gebruik van tyd bestaan. Uit die uitgesproke verskille met betrekking tot tydsperspektief wat daar wél tussen die groepe bestaan, is dit egter ook duidelik dat die ontwikkeling van hierdie konstruksie nie noodwendig ouderdomsgekoppel is nie en dat idiosinkratiese faktore en/of die omgewing wél 'n groot invloed op die ontwikkeling van hierdie konstruksie uitoefen. Daar kan dus voorlopig bevestiging gevind word vir die aanname dat individue se tydsperspektief dinamies van aard is en voortdurende verandering of ontwikkeling mag ondergaan na aanleiding van lewenservaringe, ook tydens bejaardheid. Soos aangedui word in figuur 28, sal die aard en dinamika van hierdie veranderinge in respondente se tydsperspektief, sover dit verband hou met die ervaring van die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte, vervolgens onder die soeklig geplaas word.

Hoewel die ondersoekgroep as geheel nie beskou kan word as verteenwoordigend van die algemene bejaardepopulasie nie, en veralgemening dus nie sonder risiko wêreld as die grense van die huidige ondersoekgroep gemaak kan word nie, lewer die waargenome gemeenskaplikhede met betrekking tot die individue se tydsperspektief, soos vervolgens bespreek sal word, 'n handige standaard waarteen die verskille tussen die groepe gemeet kan word. In die lig van die uiteenlopende aard en samestelling van die groepe, werp hierdie gemeenskaplikhede lig op daárdie aspekte van tydsperspektief wat, ten spyte van 'n diversiteit van ervaringe, gemeenskaplik en konstant blyk te wees in die verskillende groepe. Dit lewer ook uitsluitel oor talle van die onbeantwoorde vrae (afdeling 5.7) rakende die aard van die tydsperspektief tydens bejaardheid, sover dit die bejaardegroep van hierdie ondersoek betref.



Figuur 28: Interaksie tussen die rouproses en tydsperspektief as fokuspunt van bespreking

Alvorens daar op die verskille tussen die groepe met betrekking tot hulle tydsperspektief gefokus word, sal die tydsperspektief van die ondersoekgroep as geheel na aanleiding van die gemeenskaplike aspekte daarvan eers kortliks bespreek word.

8.3.1 Tydsperspektief van die onderzoekgroep as geheel

Uit die bespreking in hoofstuk 5 is dit duidelik dat daar slegs gebrekkige kennis met betrekking tot die aard en ontwikkeling van tydsperspektief tydens bejaardheid bestaan, en dat die enkele navorsingsprojekte wat wél in hierdie verband geloods is, dikwels teenstrydige resultate opgelewer het. Die onkunde wat in hierdie verband bestaan, het waarskynlik bygedra tot die stereotipering van die bejaarde se gebruik van tyd, en ook die ontstaan van 'n aantal mites in hierdie verband in die hand gewerk. Een van die prominente mites is byvoorbeeld dat bejaardes, as gevolg van die veelvuldige verlieservaringe wat met bejaardheid geassosieer word, hulle kognitief en emosioneel sal onttrek van die hede en toekoms, en tot 'n groot mate gerig sal wees op die verlede as tydseenheid. Hoewel hierdie navorsingsprojek nie die deeglike beskrywing van die 'normale' bejaarde se tydsperspektief en die wegdoen met (of bevestiging van) alle mites in hierdie verband ten doel het nie, het dit wél 'n aantal interessante verskynsels met betrekking tot die bejaarde respondente se gebruik van tyd na vore gebring.

Die tydsoriëntasiebepaling (afdeling 7.11.1) het (hoewel vir sommige groepe meer so as vir ander) 'n profiel opgelewer wat aanduidend is van 'n relatief sterk fokus op die hede as tydseenheid, gevolg deur die toekoms en die *open present*, terwyl die verlede deurgaans relatief swak verteenwoordig is. In die eerste plek kon daar dus nie, sover dit hierdie onderzoekgroep betref, enige bevestiging gevind word vir die aanname dat bejaardheid noodwendig met 'n toenemende fokus op die verlede gepaard gaan nie.

'n Sterk ingesteldheid op die hede, soos die geval hier blyk te wees met die onderzoekgroep as geheel, kan volgens Fingerman en Perlmutter (2001) dikwels in verband gebring word met die voorkoms en hantering van stresvolle lewensomstandighede. Daar kon inderdaad uit die inhoudsontleding van die sinsvoltooiings bewyse gevind word vir die feit dat hierdie groep bejaardes, deur die proses van 'temporale vergelyking' (soos beskryf in afdeling 5.7.2), deurgaans pynlik bewus was van die agteruitgang in talle areas van hulle funksionering wat met die verloop van jare gepaard gegaan het, en dikwels probleme ervaar het met die aanpassing by hierdie ouderdomsverwante veranderinge. Dit wil dus voorkom asof 'n fokus op die hede, in die lig van hierdie verlieservaringe, wél vir individue uit hierdie

navorsingsgroep 'n belangrike aanpassingsfunksie verrig het, soos voorspel deur Lennings (2000) – 'n kwessie wat in afdeling 5.7.1 bespreek is.

In hierdie verband is dit insiggewend dat die sosiale omgewing die mees prominente invloed (beide positief en negatief) op hierdie bejaarde individue se lewensbetekenis en identiteit gehad het, en 'n baie sterk bydrae tot hulle fokus op die hede gelewer het. Die rede hiervoor is waarskynlik dat die verliese geassosieer met bejaardheid hulle invloed die sterkste in die sosiale betekenisdomein of funksioneringsarea laat geld. Die feit dat hulle stelselmatig van hulle eie onafhanklikheid moes afstand doen en toenemend op die hulp van ander moes staatmaak, het naamlik die enkele grootste verlies en aanpassing vir hierdie groep persone verteenwoordig. Dit het egter ook 'n motiverende element ingehou. Die behoud van die vermoë om, ten spyte van die genoemde agteruitgang, van dag tot dag 'n positiewe bydrae te lewer tot die lewens van veral diegene met wie hulle 'n hegte verhouding gehad het, het weer 'n sterk positiewe bydrae gemaak tot die behoud van lewensbetekenis van die bejaarde respondente in die hede. Die gepaardgaande toenemende fokus op die kwaliteit van interpersoonlike verhoudinge, en so ook hulle eie emosionele behoeftes, het die sosio-emosionele selektiwiteitsteorie van Carstensen en Charles (1998), wat in afdeling 5.8 bespreek is, bevestig.

Ten spyte van hierdie sterk ingesteldheid op die sosiale konteks in die hede, is dit duidelik dat die lede van hierdie navorsingsgroep nie uitsluitlik op die hede as tydseenheid aangewese is vir hulle identiteit nie. Hoewel daar verskille tussen groepe bestaan het met betrekking tot die mate waartoe, en die wyse waarop hulle na die toekoms verwys het, het talle respondente 'n sterk ingesteldheid op hierdie tydseenheid behou. In hierdie verband het daar inderdaad 'n groot mate van ooreenstemming tussen lede van die onderskeie groepe voorgekom. Verwysings na die voorgestelde aktiwiteite van die toekoms, veral met betrekking tot doelstellings in die sosiale omgewing, en 'n besef van die beperktheid van tyd daarvoor, het relatief dikwels voorgekom. Met betrekking tot die kontrolegroepe kon daar uit die kwalitatiewe ontleding geen bewyse daarvoor gevind word dat die toekoms vir respondente 'n bedreiging ingehou het, of in 'n negatiewe lig beskou is nie. Intendeel, daar kon ten spyte van die talle voorspelde verliese en gepaardgaande

frustrasies, dikwels op innoverende en doeltreffende wyse op ander gebiede gekompenseer word.

Die verskille wat wél voorgekom het, en wat moontlik met situasionele of omgewingsfaktore in verband gebring kan word, sal hierna meer aandag geniet. Ter opsomming kan dit genoem word dat dit wil voorkom of hierdie bejaardegroep as geheel se geneigdheid om tot 'n groot mate op die hede ingestel te wees, nie noodwendig ten koste van die behoud van die fokus op die toekoms voorgekom het nie. Anders as wat verwag sou kon word, is hierdie bejaardegroep as geheel, en veral die kontrolegroepe, se tydsperspektief dus gekenmerk deur die behoud van ten minste 'n mate van tydskompetensie, en kon daar nie kwantitatiewe of kwalitatiewe bewyse vir 'n patologiese fiksasie op een van die tydseenhede gevind word nie. Binne hierdie makroskopiese patroon het daar egter 'n aantal uitsonderings geblyk te bestaan, en het daar uitgesproke kwalitatiewe verskille tussen die onderskeie groepe se gebruik van tyd aan die lig gekom. Die aard hiervan, en die rol wat omgewingsinvloede in hierdie verband gespeel het, sal vervolgens bespreek word.

8.3.2 Die verband tussen die versorgingsproses en die tydsperspektief van die Alzheimer-versorger

Hoewel die aard van versorgers se tydsperspektief met behulp van die SELE-instrument ondersoek sou word, het dit tydens die rouproses-onderhoude (afdeling 7.7) reeds op spontane wyse aan die lig gekom dat die Alzheimer-versorgers 'n eiesoortige benadering tot tyd en die gebruik daarvan openbaar het. Dit wil dus voorkom of sodanige persone met unieke eise gekonfronteer word met betrekking tot die invloed wat hierdie situasie op hulle tydsperspektief uitoefen. Hierdie bevinding is deur die resultate wat bekom is met behulp van die SELE-instrument bevestig, en is weerspieël in die duidelike verskille wat daar tussen die ondersoek- en kontrolegroepe bestaan het met betrekking tot hulle tydsperspektief. Dit het geblyk dat die versorgers se tydsperspektief beïnvloed is deur hulle belewenis van beide siklusse van die rouproses soos beskryf in hoofstuk 7. Hierdie invloed sal vervolgens bespreek word.

8.3.2.1 Roufase 1

Uit afdeling 8.3.1 is dit duidelik dat daar by al die groepe steeds 'n ingesteldheid op die toekoms (of 'n toekoms-tydsoriëntasie) voorgekom het, ten spyte van die tendens om meer op die hede gerig te wees. Behalwe vir die feit dat daar bewyse vir 'n ingesteldheid op die toekoms gevind kon word, en die teenwoordigheid of bestaan van 'n toekoms-tydsperspektief dus bevestig is, is hóé die toekoms-tydsperspektief daar uitsien egter ook uiters belangrik.

Een so 'n aspek van 'n persoon se toekoms-tydsperspektief, wat waarskynlik selfs van groter belang is as die blote reikwydte van die individu se toekomsgerigte denke, is die emosionele konnotasie daarvan. Vir die doel van hierdie projek, naamlik die bepaling van die verband tussen die versorger se toekoms-tydsperspektief en haar sielkundige welstand, sou 'n blote bepaling van die teenwoordigheid van 'n basiese gerigtheid op die toekoms nie voldoende wees nie. 'n Neutrale stelling soos, "*Ek dink die son sal môre skyn*", weerspieël die feit dat die persoon aan die toekoms dink, maar dit hou geen implikasies in vir die emosionele welstand van die individu nie. "*Ek hoop die son sal môre skyn*" ('n positiewe stelling) en "*Ek is bang dit reën môre*" ('n negatiewe stelling) sê wél iets oor die persoon se subjektiewe ingesteldheid teenoor die nabygeleë toekoms. 'n Persoon se toekoms-tydsperspektief sal dus alleen 'n invloed op die emosionele welstand van die individu uitoefen as daar 'n affektiewe element aan gekoppel word (uit 'n persoonlike gesprek met prof. W. Lens, KU Leuven). Bouffard, Dubé, Lapierre en Bastin (1994) stel dit as volg: "*The FTP is made of personal aspirations, concerns, self-projectons or goals; they are cognitive anticipations and are affectively loaded.*"

Om hierdie rede is daar veral op die inhoud van respondente se toekomsgerigte denke gefokus. Die noodsaaklikheid van 'n inhoudsontleding is geleë in die feit dat 'n toekoms-tydsperspektief wat opgebou is uit toekomsverwagtinge met 'n negatiewe emosionele konnotasie, waarskynlik 'n meer negatiewe invloed op die sielkundige welstand van die betrokke persoon sal hê as die totale afwesigheid van 'n toekoms-tydsperspektief. Dieselfde geld waarskynlik ook vir 'n toekoms-tydsperspektief wat uitsluitlik opgebou is uit 'n reeks onrealistiese en onmoontlike toekomsverwagtinge, wat die respondent sou predisponeer tot 'n reeks van mislukkinge. Uit die inhoud van

die data was dit ook moontlik om die mate van realisme (in terme van die tyd en bereikbaarheid van hulle doelstellings) van respondente se toekomsplanne te bepaal.

Wat hierdie verskillende aspekte van die toekoms-tydsperspektief betref, kan die resultate van die SELE-instrument oor die toekoms-tydsperspektief van die groep persone wat hulle in die eerste rousiklus bevind het (in vergelyking met die kontrolegroepe) soos volg opgesom word:

- Wat die tydsoriëntasie betref was dit duidelik dat die profiel van die versorgergroep die tydsoriëntasie van die onderzoekgroep as geheel weerspieël het. Versorgers het selfs tot 'n groter mate op die hede gefokus as wat in enige van die kontrolegroepe die geval was (afdeling 7.11.1). Hierdie sterk ingesteldheid op die hede en nabygeleë toekoms het gepaard gegaan met 'n kleiner ingesteldheid of fokus op die toekoms as tydseenheid as wat in die kontrolegroepe die geval was. Die respondente wat hulle in 'n versorgingsituasie bevind het, het dus 'n laer mate van tydskompetensie as die kontrolegroepe getoon.
- Wat die reikwydte van die toekomstydsperspektief betref is dit belangrik om in ag te neem dat die onderzoekgroep se ouderdomme alreeds 'n natuurlike beperking op hierdie aspek van die tydsperspektief sou plaas, en dat resultate in die lig hiervan beskou moet word. So sal 'n toekoms-tydsperspektief van 5 jaar op 'n ouderdom van 70 relatief lank wees in vergelyking met 'n toekoms-tydsperspektief van 10 jaar op 'n ouderdom van 30. Wanneer die respondente wél na die toekoms verwys het, het Alzheimer-versorgers in vergelyking met die kontrolegroepe 'n beperking in die reikwydte van hulle toekoms-tydsperspektief getoon deur veel meer na die nabygeleë toekoms (die volgende aantal maande) te verwys, en terselfdetyd veel minder van die verafgeleë toekoms (die toekoms oor 2 jaar of langer) (afdeling 7.11.2) melding te maak.
- Wat hulle tydshouding betref, het die Alzheimer-versorgers 'n sterk negatiewe ingesteldheid ten opsigte van die hede (afdeling 7.11.3.2) openbaar, in vergelyking met die kontrolegroepe wat tot 'n groot mate positief ingestel was teenoor hierdie tydseenheid. In hierdie verband het versorgers 'n selfs sterker negatiewe houding teenoor die toekoms (afdeling 7.11.3.3) geopenbaar, terwyl

die kontrolegroepe ook teenoor hierdie tydseenheid 'n baie positiewe houding openbaar het.

Met betrekking tot die inhoudsanalise het dit reeds uit die rouproses-onderhoude (afdeling 7.7) geblyk dat versorgers, as gevolg van ervaringe gekoppel aan die versorgingsproses, reeds voor die dood van hulle huweliksmaats 'n beperking met betrekking tot hulle toekoms-tydsperspektief ervaar het. Weens die onvoorspelbare aard van die simptome waarmee Alzheimer-pasiënte van dag tot dag presenteer, was dit vir die versorgers onmoontlik om effektiewe beplanning met betrekking tot die onmiddellike toekoms te doen. Weens die onvoorspelbare verloop van die siektetoestand op die lang termyn, het dit 'n ewe onmoontlike taak geblyk te wees om enige mate van beplanning te doen met betrekking tot hulle verafgeleë toekoms.

Verskeie faktore verbonde aan die versorgingsituasie het waarskynlik bygedra tot hierdie inperking van versorgers se toekoms-tydsperspektief, waaronder die volgende:

- Die spanning wat met die versorgingsproses gepaard gaan. Volgens Fingerman en Perlmutter (2001) (soos aangedui in afdeling 5.6) is die mens geneig om tydens periodes van akute stres op die hede eerder as die verlede en die toekoms te fokus. Waar daar in die vorige gedeelte aanduidings gevind is dat bejaardheid gekenmerk word deur verskeie verlieservaringe, wat alreeds 'n fokus op die hede fasiliteer, blyk die veelvuldige verlieservaringe geassosieer met die versorgingsproses hierdie tendens in die persoon se tydsperspektief selfs sterker na vore te bring. In die lig van die eise wat daar daagliks aan die sielkundige oorlewingsvermoë van die versorger (op kognitiewe, emosionele en gedragsvlak) gestel word, vervul hierdie toenemende fokus op die hede waarskynlik 'n aanpassings- of oorlewingsfunksie. Waar dit aanvanklik die versorger se suksesvolle hantering van die eise gekoppel aan die rouproses fasiliteer, het hierdie inperking van die versorger se toekoms-tydsperspektief oor 'n tydperk van jare egter drastiese gevolge, en belemmer dit die emosionele herstelproses van die versorger na die dood van die huweliksmaat, soos in die volgende afdelings aangetoon sal word.

- Die invloed van hierdie siektetoestand op die kwaliteit van die huweliksverhouding. In afdeling 5.8 is daar aangedui dat die huweliksverhouding 'n bepalende rol speel in die wyse waarop tyd tydens volwassenheid gekonseptualiseer word, en dat die belang van die huweliksverhouding in hierdie verband slegs toeneem met die verloop van tyd. Die feit dat daar, as gevolg van die vernietigende invloed van Alzheimer se siekte, van die huweliksverhouding (afdeling 7.6.1.3) byna niks oorbly nie, beteken noodwendig dat die versorgende huweliksmaat in 'n krisis gedompel word wat betref haar beplanning rondom en gebruik van tyd en die toekoms as tydseenheid.
- Die individu se lokus van kontrole. Uit afdeling 7.6.1.2 is dit duidelik dat Alzheimer se siekte vir die versorger met 'n grootskaalse verlies van beheer (nie net oor die voortslepende agteruitgang van die huweliksmaat nie, maar ook oor persoonlike aspekte soos eet- en slaapgedrag, en vryetydsbesteding) gepaard gaan. Ten spyte van die pogings van die versorger om in beheer van die situasie te bly, was die ontwikkeling van 'n eksterne lokus van kontrole dikwels die gevolg. Volgens Fingerman en Perlmutter (2001) sal 'n individu wat voel dat hy/sy geen beheer oor die verloop van geantisipeerde toekomstige gebeure het nie (soos inderdaad by die hantering van Alzheimer se siekte die geval is) dit moeilik vind om 'n denkbeeld te vorm van daardie gebeure, of om die toekoms wat daardie gebeure transendeer, te konseptualiseer (afdeling 5.6).

Die wyse waarop die verskille in die tydsperspektief van die onderskeie groepe met die versorgingsproses verband hou, is deur die inhoudsontleding van die SELE-sinstamme verder toegelig. Die eise meegebring deur hierdie taak was van so 'n aard dat Alzheimer se siekte die versorger in terme van tyd en ruimte so te sê in die hede gevange gehou het. Dit blyk duidelik uit die preokkupasie wat versorgers met die versorgingstaak getoon het, soos weerspieël deur die inhoud van hulle sinsvoltooiings in die SELE. Die aard van die versorgingstake; die verlies van psigofisiese vermoëns as gevolg van uiterste uitputting; die vereensaming wat met die verbrokkeling van hulle huweliksverhouding en sosiale ondersteuningsnetwerk gepaard gegaan het; die negatiewe evaluering van die psigiese self as gevolg van die onkunde met die uitvoer van die versorgingstake; deurlopende kommer oor die lewensmaat; en talle ander

aspekte van die versorgingstaak het veroorsaak het dat versorgers die hede uiters negatief ervaar het. Hierdie daaglikse spanning meegebring deur die versorgingstaak het terselfdertyd veroorsaak dat versorgers die verlede gesien het as 'n tydspanne sonder probleme, en dan dikwels na hierdie idilliese tydspanne terugverlang het. Die feit dat daar min wegomkans was van die oorweldigende eise wat hierdie taak gestel het, het egter op ironiese wyse veroorsaak dat die versorgingstaak die enkele grootste betekenisgewende en motiverende faktor in die lewe van die versorger geword het. Die realiteit van die agteruitgang in die huweliksmaat en huweliksverhouding wat oor jare voortgesleep het, het stelselmatig ook 'n verwydering tussen die versorger en haar eie toekoms as betekenisgewende element van haar eie bestaan laat ontstaan. Die uitreik na die toekoms, en die hoop en verwagting op iets mooier en beter, het dus geleidelik verdwyn.

Wanneer versorgers hulle wél oor die toekoms uitgelaat het, het die sterk ingesteldheid wat hulle op die onmiddellike toekoms (afdeling 7.10.2.3.1) getoon het, die gelyktydige swak ingesteldheid op die verafgeleë toekoms en die negatiewe aard van die opmerkings wat ten opsigte van hierdie tydseenheid gemaak is (afdeling 7.10.2.3.3), die feit beklemtoon dat die versorgingsituasie die versorger feitlik geen beplanning of positiewe toekomsgerigtheid toegelaat het nie. Hierdie wurggreep wat die versorgingsituasie op die drome en aspirasies van die versorger het, het 'n definitiewe invloed op die langtermyn sielkundige welstand van die versorger, soos wat in die volgende afdeling bespreek sal word.

Die feit dat die inhoud van die kontrolegroepe se uitlatings oor die toekoms kwalitatief totaal anders daar uitgesien het, naamlik dat die fokus-area daarvan baie wyer was, en daar 'n veel groter, meer realistiese en optimistiese ingesteldheid op veral die meer verafgeleë toekoms (afdeling 7.10.2.3.3) na vore gekom het, dien as bevestiging van die twee doelstellingsprofiel van Lapierre *et al.* (1993), soos beskryf in afdeling 5.7.1. Die generatieweit wat hierdie toekoms-gerigtheid meegebring het, was inderdaad aanduidend van die meer 'suksesvolle veroudering' van die lede van die kontrolegroep, terwyl die stagnasie en beperktheid van die versorgers in skrilte kontras hiermee gestaan het.

Ter opsomming: Daar kon daar by lede van die kontrolegroepe 'n baie groter en meer positiewe ingesteldheid op die toekoms geïdentifiseer word. Dit wil dus voorkom of die versorgingsproses, en die ervarings en stres wat daarmee gepaard gaan, nie net 'n groot beperking op die tidsoriëntasie en reikwydte van veral die toekoms-tydsperspektief geplaas het nie, maar terselfdetyd die houding van versorgers teenoor hierdie tydseenheid baie negatief beïnvloed het. Die invloed wat dit moontlik tydens die versorgingsproses op die sielkundige welstand van die persone gehad het, sal in die volgende afdeling meer aandag ontvang. Dit wil egter voorkom of hierdie geïnhibeerdheid om gemaklik met die toekoms om te gaan, miskien tydens die versorgingsproses in 'n mate 'n aanpassingsfunksie vervul, maar vir die versorgers belangrike langtermyngevolge inhou met betrekking tot hulle aanpassing na die dood van die Alzheimer-pasiënt.

8.3.2.2 Roufase 2

Die aard van die versorger se toekoms-tydsperspektief na die dood van die Alzheimer-pasiënt, soos bepaal met behulp van die SELE-instrument, kan soos volg opgesom word:

- Wat hulle tidsoriëntasie betref, het respondente wat hulle in hierdie roufase bevind het (hoewel minder so as persone wat steeds versorg het) steeds 'n groter ingesteldheid op die hede getoon as die lede van die kontrolegroepe. Hierdie persone was terselfdertyd ook minder ingestel op die toekoms as lede van die kontrolegroepe. Dit wil dus voorkom of die hierdie dames, selfs na afloop van die versorgingsproses, soos diegene wat hulle steeds in die versorgingsrol bevind het, oor 'n kleiner mate van tydskompetensie beskik as wat die geval by die twee kontrolegroepe was.
- Wat die reikwydte van die toekoms-tydsperspektief betref, was die verskille tussen diegene wat hulle in die tweede fase van rou bevind het en die kontrolegroep weer eens minder duidelik as in die geval van die groep wat steeds versorg het. Respondente wat hulle in die tweede rou siklus bevind het, het egter 'n baie soortgelyke ingesteldheid as lede van die versorgergroep getoon, deur weer eens tot 'n groter mate op die onmiddellike toekoms te fokus, en 'n kleiner ingesteldheid op die verafgeleë toekoms te toon.

- Wat die tydshouding betref, was hierdie groep respondente die enigste wat 'n duidelike negatiewe ingesteldheid teenoor die verlede getoon het. Teenoor die hede het hierdie persone tot 'n groot mate neutraal geblyk te staan. Hulle was naamlik nie so negatief teenoor die huidige toedrag van sake soos die persone wat tans versorg het nie, maar het ook nie so 'n positiewe ingesteldheid teenoor die hede gehad soos die lede van die kontrolegroepe nie. Dieselfde scenario het ten opsigte van die toekoms as tydseenheid gegeld. Versorgers het neutraal teenoor hierdie tydseenheid gestaan, en was nie so negatief daarvoor soos die lede van groep 1 nie, maar ook nie so positief daarvoor soos lede van die kontrolegroepe nie. Die ambivalensie wat hierdie groep persone met betrekking tot hulle tydshouding ervaar het, weerspieël 'n verlorenheid wat tydens die inhoudsanalise weer ter sprake gekom het.

Die wyse waarop hierdie resultate verband hou met die rouproses-belewing van die versorger ná die afsterwe van die huweliksmaat, het weer eens duidelik na vore gekom uit die kwalitatiewe analise van data.

Verskeie aanhalings uit die rouproses-onderhoude (afdeling 7.7) het bevestig dat die verlies van 'n huweliksmaat aan die dood 'n inperking met betrekking tot respondente se toekoms-tydsperspektief meegebring het, wat die oorsaak van die verlies ook al was. Die herstel van 'n gesonde en positiewe belang in die eie toekoms, die hervestiging van persoonlike doelstellings, en die herontdekking van sin en betekenis in die eie bestaan, het inderdaad ook geblyk deel uit te maak van die helingsproses na afloop van hierdie verlieservaring. Waar hierdie herstel van die toekoms-tydsperspektief egter deel was van die helingsproses van lede van die kontrolegroep, het die aanhalings in afdeling 7.7 ook op spontane wyse onomstootlike bewys gelewer dat die tydsperspektief van die Alzheimer-versorger, ook na die afloop van die versorgingsproses, 'n ernstige en dikwels langdurige knou toegedien is deur die eise van die versorgingsituasie. Hierdie bevinding, wat die resultate soos bekom met behulp van die SELE bevestig, het getoon dat die emosionele helingsproses van die versorger na die afsterwe van die huweliksmaat uitermate bemoeilik is.

Uit die vorige gedeelte is dit duidelik dat die ervaringe wat met roufase I gepaard gaan 'n klaarblyklike invloed op die versorger se tydsperspektief het. Ten spyte van

die aanpassingsfunksie wat die toenemende fokus op die hede tydens die eerste rousiklus vervul, was dit egter duidelik dat versorgers in die vroeë fases van die versorgingsproses steeds aan die eie toekoms, en die gepaardgaande drome en doelstellings vasgehou het. Dit wil egter voorkom of die Alzheimer-versorger, na jare van versorging waarin daar ter wille van selfbehoud slegs op die hede en onmiddellike toekoms gefokus is, verleer om op 'n sinvolle wyse met die toekoms om te gaan, of die vermoë verloor of sinvol te beplan vir die toekoms. Die toekoms het dus toenemend 'n bedreiging geword, en tot so 'n mate dat versorgers dikwels na die afsterwe van die pasiënt na die versorgingsituasie terugverlang het (ten spyte van hulle skuldgevoelens en negatiewe evaluering van die verlede soos hierbo vermeld is) eerder as om die enigma van die toekoms aan te durf. Die tendens om bloot van dag tot dag voort te gaan met die lewe, het dus tydens die tweede fase van rou geblyk voort te leef, en so die herwinning van toekoms-tydsperspektief, wat so nodig was vir die sielkundige herstel van die versorger, uitermate bemoeilik.

Hierdie aftakeling van toekoms-tydsperspektief het hand aan hand gegaan met die verlies aan lewensbetekenis. Nadat die momentum wat die versorgingstaak nog aan die lewe van die versorger gegee het in terme van lewensbetekenis en beheer (afdeling 8.2.1.3) saam met die versorgingstaak verdwyn het, het die versorger se lewe dikwels feitlik alle dryfkrag verloor totdat dit byna stagnant geword het. Anders as wat die geval in die kontrolegroep was, het die versorgers dus na die dood van die huweliksmaat dikwels vasgeval wat hierdie aspek van hulle herstel betref. Vir die lede van die kontrolegroep was hulle toekoms-tydsperspektief steeds tot 'n groot mate intak, en het daar steeds riglyne bestaan waarvolgens hulle die toekoms as tydseenheid kon aanpak. Die tendens het te voorskyn gekom dat die generatiewiteit wat deur hierdie vermoë tot die hernieude fokus op die toekoms meegebring is, die lede van kontrolegroep geweldig gebaat het tydens die herstelproses na die verlies van hulle huweliksmats, en bygedra het tot die suksesvolle hantering van die rouproses.

In die geval van die Alzheimer-versorger het dit egter geweldig moeilik geblyk te wees om 'n toekoms-tydsperspektief, wat tot 'n groot mate gedisintegreer het deur die invloed van die versorgingsproses, te herwin. Die essensie hiervan word saamgevat deur die volgende aanhaling: *"Ja, voordat hy siek geword het, het ons presies geweet hoe wil ons maak, wat ons wil doen en hoe wil ons dit doen. Maar in ses jaar het die*

beplanning verval. Wie kan oor ses jaar beplan maar met 'n siekte wat nie logies is nie?" Die feit dat die versorger ter wille van selfbehoud tydens die versorgingsproses op niks anders as vandag se eise kon fokus nie, en dus nooit vir 'n toekoms (of 'n lewe na Alzheimer) beplan het nie, het veroorsaak dat hulle hulleself na afloop van die versorgingsproses in 'n eksistensiële vakuum bevind het, wat deur baie beskryf is as 'n gevoel van totale verlorenheid wat die doel en betekenis van hulle bestaan betref. Hoewel die versorgingservaring hulle geweldig gesensitiseer het ten opsigte van die hulpverlening aan ander, het die feit dat die jarelange fokuspunt van hulle hulpverlening skielik in die niet verdwyn het, hulle in die duister gelaat oor hoe om hulleself in die gemeenskap te herintegreer. Hierdie reeds moeilike taak raak byna onmoontlik wanneer die ouderdom (en die gepaardgaande twyfel oor die leeftyd tot hulle beskikking), die sosiale isolasie, en die afstand van die 'normale lewe' as verwysing wat deur jare se versorging geskep is, ook in berekening gebring word. Waar diegene wat hul huweliksmaats aan 'n ander oorsaak as Alzheimer se siekte verloor het, dikwels melding gemaak het van ervaring en wysheid wat met die verloop van jare opgedoen is en bygedra het tot hulle positiewe ervaring van die hede, was dit, as gevolg van al die jare wat uitsluitlik aan die versorgingsproses bestee is, ongelukkig nie die geval met die ondergroep nie. Soos duidelik uit die rouproses-onderhoude (afdeling 7.7) na vore gekom het, het die eie toekoms met verloop van tyd nog een van die veelvuldige verlieservaringe geword wat met hierdie versorgingsproses gepaard gaan.

Ter opsomming: Dit wil dus voorkom of daar in beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge met betrekking tot hulle tydsperspektief sterk aanduidings was van die ambivalensie waarmee persone wat hulle in hierdie tweede fase van die rouproses bevind het, die hede en toekoms bejeën het. Die verlies aan toekoms-tydsperspektief wat in die eerste fase van die rouproses begin het, was klaarblyklik verantwoordelik vir die feit dat versorgers totaal onvoorbereid was vir 'n toekoms sonder die versorgingstaak as betekenisgewende agent. Waar lede van die kontrolegroepe dus dikwels deurentyd 'n gesonde en oorwegend positiewe ingesteldheid op die hede en toekoms behou het, het die Alzheimer-versorgers wat hulle in die tweede rou siklus bevind het 'n eksistensiële vakuum beleef wat hulle herstel van die geweldige verlieservaring wat hulle pas deurleef het, uitermate bemoeilik het.

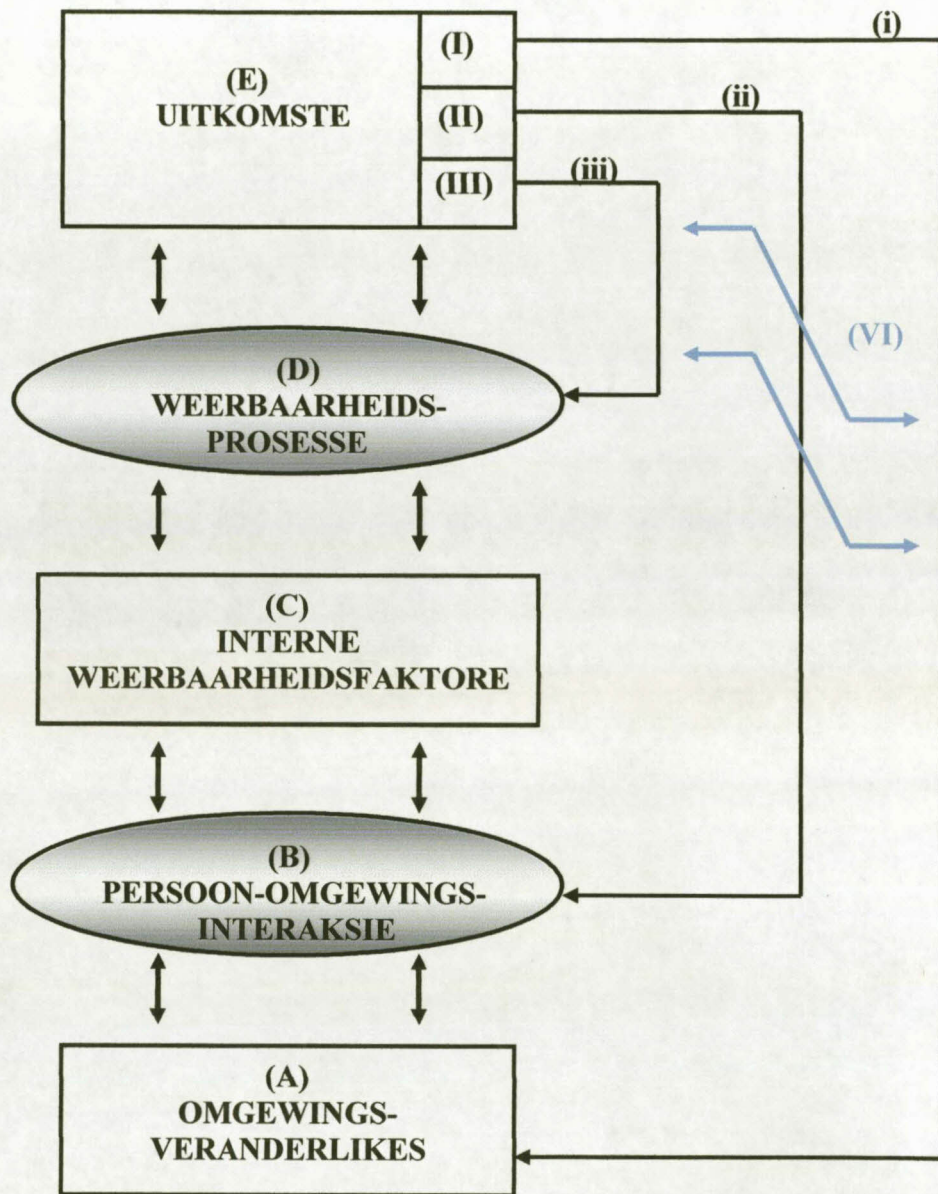
8.4 DIE VERBAND TUSSEN DIE TYDSPERSPEKTIEF EN DIE SIELKUNDIGE WELSTAND VAN DIE ALZHEIMER-VERSORGER

Die essensie van die bespreking van resultate tot dusver kan soos volg opgesom word: Die huweliksmaat-versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte word oor 'n tydperk van jare deurlopend gekonfronteer met 'n verskeidenheid van stressore. Hierdie stressore, wat 'n dubbele rouproses tot gevolg het, stel geweldige eise aan die versorgers in hulle stryd om die behoud van hulle eie sielkundige welstand. Dit het inderdaad uit die resultate geblyk dat versorgers in die meerderheid van gevalle op die lang termyn 'n verlies van sielkundige welstand ervaar. Voorts was dit duidelik dat hierdie eiesoortige ervaring 'n gelyktydige ontwrigting met betrekking tot die versorgers se toekoms-tydsperspektief veroorsaak het.

Die oorkoepelende doelstelling van hierdie projek is om die potensiaal van 'n gunstige toekoms-tydsperspektief as moontlike teenvoeter vir die genoemde gebrek aan sielkundige welstand van hierdie individue te bepaal. Die gelyktydige verandering wat tydens hierdie rouproses waargeneem is met betrekking tot versorgers se sielkundige welstand en toekoms-tydsperspektief, impliseer reeds die bestaan van 'n verband tussen hierdie faktore. Uiteraard is die blote waarneming van die bestaan van so 'n verband egter nie genoegsaam om enige aannames ten opsigte van oorsaaklikheid te maak nie. Alvorens die moontlike behoudende rol van tydsperspektief ten opsigte van die Alzheimer-versorger se sielkundige welstand bevestig kan word, sal die verband tussen hierdie veranderlikes eers van naderby beskou moet word. Deur op grond van huidige resultate 'n aantal hipoteses te genereer, word die geleentheid geskep om die presiese aard daarvan tydens 'n opvolg-onderzoek empiries te bepaal. Soos aangedui in figuur 29 (afdeling VI), sal die aard van die verband tussen die sielkundige welstand en die (toekoms-) tydsperspektief van die Alzheimer-versorger vervolgens aandag geniet.

In ooreenstemming met die stelling van Lennings (2000) wat in afdeling 5.3 aangehaal is, beïnvloed toekoms-tydsperspektief (vervolgens TTP) 'n persoon se gedrag en kognisie waarskynlik op een van twee maniere, naamlik deur middel van 'n sogenaamde swak of sterk model. Dit mag in die eerste plek dus wees dat TTP 'n direkte invloed op die versorger se sielkundige welstand het (sterk model). Indien dit

egter die geval blyk te wees dat die invloed van TTP op versorger-welstand eerder op indirekte wyse verloop (swak model), is dit belangrik dat die tussenganger-veranderlikes ('*intervening variables*') geïdentifiseer word.



Figuur 29: Interaksie tussen die tydsperspektief en sielkundige welstand van die versorger as fokuspunt van bespreking (Kumpfer, 1999)

In die volgende gedeelte sal verskillende hipoteses met betrekking tot die aard van die verband (hetsy volgens die sterk of swak model) tussen die Alzheimer-versorger se TTP en haar sielkundige welstand bespreek word.

8.4.1 Die sterk model

Met betrekking tot die verband tussen TTP en sielkundige welstand tydens bejaardheid is Lennings (2000) in afdeling 5.3 aangehaal as te sê dat 'n positiewe verhouding met die hede 'n sterker voorspeller van lewensvredeheid blyk te wees as die aard van die persoon se toekoms-tydsperspektief. Volgens genoemde outeur staan dit in verband met die ontwikkeling van 'n tipe realisme tydens bejaardheid, wat dan lei tot 'n sterk fokus op dag-tot-dag gebeure en die realisering van realistiese doelstellings. Die punt is egter in hoofstuk 5 reeds gemaak dat hierdie fokus op doelstellings (hoewel dan korttermyn van aard) tóg steeds 'n mate van toekomsgerigtheid impliseer. Lennings (2000) self is byvoorbeeld soos volg aangehaal: "*by definition goal setting invokes temporality, the objects of goals are always set in the future*" (p. 168).

Inderdaad het dit uit die resultate, veral met betrekking tot die kontrolegroepe, geblyk dat bejaardheid gepaard gaan met 'n inperking van die reikwydte van toekoms-tydsperspektief, en dat dit nie noodwendig negatiewe implikasies vir die sielkundige welstand van die bejaarde persoon blyk te hê nie. Bewyse vir so 'n 'meer realistiese' of 'minder ambisieuse' toekoms-tydsperspektief kon dus wel gevind word. Gegewe die beperking wat deur hulle ouderdom op die lewensjare tot hulle beskikking geplaas is, is hierdie aanpassing van toekoms-tydsperspektief te verwagte. Dit het egter geensins beteken dat hierdie persone enige vorm van toekomsgerigtheid as sodanig noodwendig prysgegee het nie. Intendeel, die positiewe gerigtheid op elemente van die toekoms wat steeds binne hulle bereik was, en die motivering tot aksie en generatieweit wat deur hierdie antisipasie geskep is, het ten minste 'n ewe belangrike rol geblyk te speel as genoemde fokus op die hede in hierdie persone se behoud van sielkundige welstand. Inderdaad was die toekoms as tydseenheid steeds hulle *primary motivational space*.

Die resultate van hierdie ondersoek met betrekking tot die TTP en sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger dien ter staving van bogenoemde punt. Indien positiewe aanpassing tydens bejaardheid slegs afhanklik sou wees van 'n toename in die realistiese gerigtheid op die hede, sou daar uit die resultate met betrekking tot individue se TTP wat tydens hierdie ondersoek bekom is, voorspel kon word dat die

versorgers van Alzheimer-pasiënte inderdaad beter daaraan toe sou wees wat hulle sielkundige welstand betref. Die feit dat die resultate bewys het (soos die literatuur inderdaad ook voorspel) dat die teendeel nader aan die waarheid is, naamlik dat beperkinge van die persoon se toekoms-tydsperspektief eerder met 'n verlies van sielkundige welstand gepaard blyk te gaan, impliseer die betrokkenheid van addisionele faktore. Hoewel dit waarskynlik nie 'n volle verklaring vir die toedrag van sake bied nie, het dit geblyk dat sekere aspekte van die TTP van die persone onder bespreking 'n direkte invloed op die sielkundige welstand van die betrokke persone gehad het. Hierdie direkte verband kan soos volg opgesom word:

- Die waarneming dat die toenemende fokus op die hede tydens die versorgingsproses gepaard gegaan het met 'n byna gelyke inperking van die versorger se TTP, wat terselfdetyd 'n gebrek aan sielkundige welstand ervaar het, dien as bewys vir die moontlikheid van 'n direkte verband (volgens die sterk model) tussen TTP en sielkundige welstand.
- Die verdere waarneming dat die versorger se TTP toenemend gekenmerk word deur 'n negatiewe tydshouding teenoor beide die hede en die meer verafgeleë tydsintervalle het skynbaar ook 'n direkte (negatiewe) invloed op die versorger se sielkundige welstand gehad.
- In die derde plek speel die feit dat daar by talle geleenthede nuanseverskille tussen die toekomsgerigte denke van lede van die ondersoek- en kontrolegroepe gevind kon word, wat die meer realistiese en konkrete ingesteldheid op die toekoms van lede van die kontrolegroep uitgewys het, waarskynlik ook 'n rol. By hierdie geleenthede het dit voorgekom of lede van die ondersoekgroep se toekomsgerigte denke dikwels slegs vae verwysings na drome in 'n geïdealiseerde toekoms behels het. Hierdie faktor kan ook moontlik direk met die versorger se verlies aan sielkundige welstand in verband staan.

Die generatiwiteit wat met die behoud van toekoms-tydsperspektief gepaard gaan, en volgens Lapierre *et al.* (1993) (afdeling 5.7.2) steeds moontlik is tydens bejaardheid, het uit hierdie resultate geblyk afhanklik te wees van die lewensituasie en omstandighede van die betrokke persoon. Die afwesigheid van hierdie 'aanduider van suksesvolle veroudering' het inderdaad een van die gevolge geblyk te wees van die

psigodinamiese beleving verbonde aan die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Dit het die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger 'n ernstige knou toegedien, beide in terme van die aanpassing tydens versorging, en die herstelproses na afloop daarvan.

Daar kon dus inderdaad bevestiging gevind word vir die stelling gemaak deur Fingerman en Perlmutter (2001), naamlik dat 'n verbreding van toekomsgerigte denke tydens bejaardheid verband hou met 'n groter mate van lewensvrede. Resultate het getoon dat Alzheimer-versorgers 'n wysiging of beperking in hulle toekomsgerigte denke ondervind soortgelyk aan (wat in die literatuur bekend is) persone wat hulle in ander baie stresvolle situasies bevind, asook depressiewe individue. Kyk byvoorbeeld weer die aanhaling van een van die versorgers (p. 216) wat aanvanklik geweldig na 'n aftrede saam met haar man uitgesien het. Die direkte invloed wat die beperking in haar toekoms-tydsperspektief na die aanvang van Alzheimer's in haar man op haar eie sielkundige welstand gehad het, spreek duidelik uit hierdie aanhaling uit haar dagboek.

Hoewel daar dus sterk aanduidings was dat bogenoemde faktore, wat almal in verband staan met die individu se TTP, 'n direkte invloed op die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger mag hê, kon daar uit die aard van die ondersoek nie aannames van oorsaaklikheid gemaak word nie.

Daar was ook sterk indikasies van faktore wat tussen die persone se TTP en hulle sielkundige welstand blyk te medieer, en dus veroorsaak dat TTP op indirekte wyse met hierdie groep persone se sielkundige welstand in verband mag staan. Hierdie 'swak model' sal vervolgens in meer besonderhede bespreek word.

8.4.2 Die swak model

Ten einde die moontlikheid van 'n swak model (naamlik die moontlikheid dat TTP op 'n indirekte wyse met sielkundige welstand verband hou) te ondersoek, is dit noodsaaklik om duidelikheid oor die presiese aard en rol van die tussenganger-veranderlikes te kry. Die volgende veranderlikes is tydens hierdie studie geïdentifiseer:

8.4.2.1 Die identiteit van die bejaarde

Volgens Erikson (1981) se psigososiale stadia van die mens se ontwikkeling, is die identiteit van die bejaarde gesetel in die tweestryd tussen die toestande van generatiwiteit en stagnasie. Uit die resultate met betrekking tot die respondente se tydsperspektief, wil dit voorkom of die lede van die kontrolegroepe, in vergelyking met die persone betrokke by Alzheimer-versorging, 'sielkundig jonk' daar uitsien. Na aanleiding die literatuurbespreking (afdeling 5.7.2) beteken dit dat hierdie persone se identiteit nog tot 'n relatief groot mate gesetel is in die toekoms, en dat hulle tot 'n sekere mate nog hulle *esteem income* verkry deur die suksesvolle integrasie van hierdie positief-geantisipeerde toekomstige gebeure in hulle huidige funksionering. Ten spyte van hulle ouderdom, het die groot mate van generatiwiteit kenmerkend van hierdie individue se identiteit, wat deur hulle toekomsverwagtinge geskep is, duidelik geblyk uit die inhoud van hulle toekoms-gerigte denke. Hierdie antisipasie van nie net die verlieservaringe wat noodwendig sou volg nie, maar ook die moontlikheid tot groei en ontwikkeling ('I am what I will be'), het inderdaad via die persoonlike identiteit, 'n invloed op die sielkundige welstand van respondente geblyk te hê.

In skrilte kontras hiermee het die Alzheimer-versorgers se geneigdheid tot 'n ingesteldheid op die hede meestal 'n beperking van hulle toekoms-tydsperspektief meegebring. In teenstelling met die lede van die kontrolegroepe het die Alzheimer-versorgers, wat veel meer op 'n onbevredigende hede gefokus was, 'n groot mate van hulle *esteem income* uit hierdie tydsfase verkry ('I am what I am'), en dus in vergelyking met die kontrolegroepe sielkundig oud (of middeljarig dan) daar uitgesien. Gegewe die beperkinge wat die versorgingsproses op die versorger se funksionering in die hede uitoefen, is dit te verwagte dat die identiteit van die bejaarde hierdeur beïnvloed sou word, en dat die sielkundige welstand van die persone hieronder sou lei. Die generatiwiteit wat steeds deel uitgemaak het van die identiteit van bejaardes in die kontrolegroep, en die gevolg was van 'n behoud van hulle positiewe ingesteldheid op die toekoms, was dus vir die Alzheimer-versorgers verlore. Die gevolg is dat daar tydens asook na afloop van die versorgingsproses tekens van stagnasie was, in teenstelling met die volgehoue sielkundige groei wat uit resultate met betrekking tot die kontrolegroep steeds tydens hierdie ontwikkelings stadium moontlik blyk te wees.

So het dit inderdaad geblyk dat die ervaring van Alzheimer-versorging geneig is om die versorger te dwing om 'n 'geslote pad' met betrekking tot die toekoms te volg. Die doelstellings van hierdie persone moes oor 'n kwessie van jare (hoe lank die versorgingsproses ook al uitgerek is) op die rak geplaas word, aangesien die versorgingsituasie hulle letterlik nie kans gun om te dink oor die toekoms (p. 112), en individuele doelstellings na aanleiding daarvan aan te pas nie. Dit lewer 'n belangrike bydrae tot die identiteitskrisis wat die Alzheimer-versorger, veral na afloop van die versorgingsproses (afdeling 7.6.2.2), ervaar.

Op grond van die twee doelstellingsprofiel wat deur Lapierre *et al.* (1993) onder bejaardes geïdentifiseer is, kon daar met gemak tussen die ondersoek- en kontrolegroep in hierdie ondersoek onderskei word. Aspirasies vir self-realisering, realisering van 'n diversiteit van aktiwiteite, eksplorاسie, besittings, begeertes vir intieme en altruïstiese kontak, en wense vir ander het dikwels by bejaarde lede van die kontrolegroep voorgekom. 'n Profiel soos hierdie word volgens Lapierre *et al.* (1993) gekenmerk deur 'n gerigtheid op volgehoue self-ontwikkeling en positiewe interpersoonlike verhoudinge, en word geassosieer met beter omstandighede, 'n laer ouderdom, fisieke outonomie, 'n hoër sosio-ekonomiese status en vlak van opvoeding, 'n huweliksmaat en 'n verblyf in 'n eie huis. Hierdie ingesteldheid gaan volgens hulle gepaard met gevoelens van bekwaamheid, die ervaring van selfbeskikking, lewensbetekenis, en 'n tevredenheid met die wyse waarop tyd bestee word, asook 'n gerigtheid op die huidige en positiewe verwagtinge vir die toekoms. Hierdie profiel hou dus verband met 'n identiteit van volgehoue persoonlike groei tydens bejaardheid.

In teenstelling hiermee het die aspirasies van Alzheimer-versorgers 'n baie nouer fokus getoon, en dikwels neergekom op aspekte soos selfhandhawing of selfbehoud (soos weerspieël deur die bekommernis oor eie gesondheid en outonomie, en die vermyding van eensaamheid). So 'n profiel, wat volgens Lapierre *et al.* (1993) geassosieer word met persone met moeilike lewensomstandighede soos 'n baie hoë ouderdom, funksionele inperking, 'n lae vlak van opvoeding en lae sosio-ekonomiese status, asook met eensaamheid en institutionalisering, is dikwels by versorgers van Alzheimer-pasiënt geïdentifiseer. Hierdie bejaardes het inderdaad dikwels swak fisieke gesondheid, 'n lae mate van omgewingsbemeestering of -beheer, 'n verlies van

lewensbetekenis, ontevredenheid met die wyse waarop tyd bestee word, ontevredenheid met die huidige lewe, en negatiewe verwagtinge van die toekoms gerapporteer. In hierdie verband blyk die analogie deur Hulbert en Lens (1988) gestel spesifiek op hierdie bejaardegroep van toepassing te wees:

"Imagine travelling in an automobile on a flat straight highway stretching out as far as one can see both behind and in front, along which are telephone poles at regular intervals. Although the poles are the same size and equally spaced, they appear to become gradually smaller, closer together, and less real, the further away they are in the distance. At the furthest horizon in either direction, the poles seem to merge and fade away as if to eternity. The apparent motion associated with the telephone poles at varying distances from the traveller is remarkable. The poles closest to the traveller rapidly approach, quickly go by, and then speedily go behind. A pole in the intermediate distance also seems to approach, but very slowly. In either direction on the horizon, however, the tiny poles seem to be unchanging and unmoving. Only very gradually do the poles at the horizon become more of a reality as they move closer to the traveller, who now can see a new horizon. These telephone poles can be compared to sources of feedback for self-identity situated in time. The most immediate experiences in one's life, although the most real, are also potentially the most transient as a source of self-identity. This is what can happen in an open path system when an experience, like a close-by telephone pole, is simply a temporary milestone as part of an overall journey. In a close path system, on the other hand, the potential exists for overly connecting oneself with a temporary experience or phase of life, resulting in a feeling of leaving a part of oneself behind or being a 'has been'" (p. 298).

Hierdie aanhaling verwoord die verskille wat in hierdie ondersoek tussen die kontrole- en ondersoekgroepe met betrekking tot hulle tydsperspektief gevind is. Hulbert en Lens (1988) vervolg deur te sê:

"... to be effective in feedback for self-identity, the more distant references must be part of an integrated experience which emphasizes the importance of present behavior in fully realising past investments and future potentials" (p. 298).

Die beperking wat deur die versorgingsituasie op hulle vermoë om 'n geïntegreerde benadering tot hulle gebruik van tyd te volg, het dus in die geval van die Alzheimer-versorgers 'n groot invloed gehad op die eie identiteit. Die gevolg hiervan het 'n drastiese inperking van hulle sielkundige welstand geblyk te wees. Dit wil dus inderdaad voorkom of die behoud van 'n gerigtheid op die toekoms (toekoms-tydsperspektief) beskou kan word as 'n aanduider van 'sukcesvolle veroudering' of sielkundige welstand tydens bejaardheid, soos Lapierre *et al.* (1993) dit stel, en wel via die sterk invloed wat dit (of die beperking daarvan) op die mate van generatiewe, en dus ook die identiteit van die bejaarde, blyk te hê.

8.4.2.2 Die koherensiesin van die bejaarde

Soos aangetoon in afdeling 8.4.1, is daar ten spyte van die verskille in teoretiese perspektiewe rondom tydsperspektief onder navorsers 'n groot mate van eenstemmigheid oor die belangrike invloed wat 'die vermoë om te antisipeer' oor die algemeen op motivering, prestasie en geestesgesondheid (Lapierre *et al.*, 1993) het. Die moontlikheid van 'n direkte verband tussen die TTP en die sielkundige welstand van die spesifieke groep onder bespreking is reeds deur die resultate van hierdie ondersoek bevestig. Die feit dat die toekoms-tydsperspektief ook via die invloed daarvan op die identiteit van die bejaarde op 'n indirekte wyse verband mag hou met die individu se geestesgesondheid, is ook in die vorige afdeling aangetoon. Daar is egter ook 'n verband gevind tussen TTP en die koherensiesin van die bejaarde. Hoewel dit 'n voorbeeld van 'n swakmodel-verband, soos geïdentifiseer deur Lennings (2000) is, omdat TTP deur middel van 'n tussenganger-veranderlike (koherensiesin) 'n indirekte invloed op die sielkundige welstand van die versorger sou uitoefen, het dit inderdaad 'n noemenswaardige verband geblyk te wees. Die aard van hierdie verband sal vervolgens bespreek word.

Uit die bespreking in afdeling II (hoofstuk 7) was dit duidelik dat die belewinge wat met die versorging van 'n demente huweliksmaat gepaard gaan, 'n rouproses ontketen wat 'n definitiewe negatiewe impak op die sielkundige welstand van die versorger het. In afdeling 8.2 het dit geblyk dat die versorger tydens beide siklusse van hierdie rouproses 'n verlies aan 'n begrip vir, beheer oor en betekenis vind in die situasie ervaar het, en dat hierdie daling in die koherensiesin van die versorger 'n goeie

verklaring bied vir die verlies aan sielkundige welstand wat deur versorgers gerapporteer is. Daar is voorts in afdeling 8.3 aangetoon dat dieselfde rouproses die toekoms-tydsperspektief van die versorger negatief beïnvloed. Hoewel die gelyktydige voorkoms van hierdie veranderinge in die versorger se funksionering nie onomstootlike bewyse in hierdie verband lewer nie, kan die hipotese gestel word dat daar, binne die konteks van die rouproses, 'n verband tussen die tydsperspektief en die koherensiesin van die versorger mag bestaan. Ten einde die bestaan van so 'n verband te eksploreer en (indien dit wel sou blyk te bestaan) die aard daarvan te ondersoek, is dit nodig dat die inhoud van respondent se mededelings in hierdie verband met bestaande literatuur in verband gebring word.

➤ Verstaanbaarheid (Begrip)

In sy navorsing en skrywe oor geluk, maak Russell (1958) die volgende twee opmerkings:

"Fundamental happiness depends more than anything else upon what may be called a friendly interest in persons and things" (p. 155); en

"Even in the most fortunate lives, there are times when things go wrong. ... At such times a capacity to become interested in something outside the cause of anxiety is an immense boon" (p. 228).

Hierdie aanhalings reflekteer die aanname dat lewensgeluk en sielkundige welstand gepaard gaan met 'n gesonde omgang met mense en dinge buite die onmiddellike stres-veroorsakende situasie. Uit die resultate was dit duidelik dat individue wat 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte versorg deurgaans 'n groot mate van verlies aan psigofisiese vermoë rapporteer, en tot so 'n mate op kognitiewe vlak gepreokkupeer word deur die eise van die situasie, dat alle belangstelling buite hierdie konteks verlore gaan. Dit het uit talle aanhalings ook duidelik geblyk dat die toekoms-tydsperspektief van die bejaarde direk in verband staan met die begrip van, en veral dan ook die voorspelbaarheid wat die versorger aan haar situasie (en veral die versorgingsituasie) toegeskryf het, soos aangedui deur die volgende voorbeeld:

"No, you take it day to day. You just never know when or what is going to happen."

Ook uit die dagboek van een van die dames het die verband tussen die drome en aspirasies (die toekoms-tydsperspektief) en die (on-)verstaanbaarheid van die situasie duidelik geblyk:

"MY DROME 1998

1. *Ek wil nog in 'n ou huis met baie stories bly (al is dit net vir 'n kuiertjie).*
2. *Ek wil nog iets maak of doen wat mense aan die praat sal sit. En vir my 'n kniebroek koop as ek maer genoeg is.*
3. *Ek wil een roman skryf en nog baie kortverhale.*
4. *Ek wil 'n digbundel uitgee. Al moet ek dit self doen.*
5. *Ek wil dinge vir my kinders sê wat ek nog nie gesê het nie.*
6. *Ek wil vir mense vertel van Alzheimers en vir die versorgers probeer hoop gee.*
7. *Ek wil meer saam met my kleinkinders kuier.*
8. *Ek wil 'n huisie by die see hê – met 'n dakvenstertjie.*
9. *Ek wil probeer verstaan hoekom my lewe so baie vreemde draaie gemaak het.*
10. *Ek wil kontak maak met my familie en my vriende probeer behou, ten spyte van ..."*

Hierdie is slegs enkele van die voorbeelde van die wyse waarop toekoms-tydsperspektief dikwels deur versorgers tydens en ook na afloop van die versorgingsproses, met die voorspelbaarheid en begrip van die situasie in verband gebring is. Die feit dat versorgers deur hulle daaglikse stryd om oorlewing stelselmatig so te sê in die hede vasgevang word, het die toekoms verduister. Die begrip van die eie bestaan in hierdie tydsfase, veral van 'n bestaan buite die versorgingsituasie, het dus geleidelik verdwyn en in die weinige gevalle waar daar wél aan gedink is, grotendeels negatiewe voorspellings ontlok. Hoewel oorsaaklikheid nie deur die data aangetoon kon word nie, is dit interessant dat die veranderinge wat die versorgingsituasie in die tydsperspektief van die versorger teweegbring het, saamgeval het met hierdie verlies aan begrip en voorspelbaarheid

wat by hulle voorgekom het. Dat daar wel 'n verband bestaan, en dat dit implikasies inhou vir die sielkundige welstand van die versorger tydens en ook na afloop van die versorgingsproses, het uit die kontras wat daar in hierdie verband tussen die versorgers en die lede van die onderskeie kontrolegroepe bestaan het, duidelik geblyk.

➤ **Beheerbaarheid**

"Ek moenie die toekoms as een donker geheel sien nie, moet dit opbreek in 'chewable chunks'."

Die aard van haar toekoms-tydsperspektief, en die verband daarvan met die beheerbaarheid wat die versorger in die situasie beleef het, blyk duidelik uit hierdie voorbeeld. Daar was talle voorbeelde van hoe 'n verkorting van hulle tydsperspektief, soos vergestalt deur 'n toenemende fokus op die suksesvolle hantering van vandag se oorlewingsake, 'n mate van beheerbaarheid aan versorgers teruggegee het. Die stryd om beheer van hulle lewens, en die rol wat hulle tydsperspektief hierin gespeel het, word treffend uitgebeeld deur die volgende aanhaling uit 'n onderhoud met een van die versorgers na die dood van haar man:

"Selfs terwyl ek nog die oom versorg het, het ek nie meer beplan nie, want toe het Oom Frans nog gelewe. Sy belange was my belange, sy belange en sy welstand was myne. As ek nou vir jou moet mooi sê hoe ek dink, dan dink ek ek het saam met hom die golwe van Alzheimer gery. Ek het baie gebid en ek het baie geglo dat die Here hierdie siekte van ons sal wegvat. Maar ek het in die fase van oom Frans se versorging nooit ooit gedink ek sal sus of so maak as hy nie meer hier is nie, as hierdie siekte nie meer met ons is nie. Ek het dit nooit beplan nie, miskien is dit 'n fout wat ek gemaak het. Ek kon nie toe sien..., ek het nie toe voorspel hoe dit vorentoe sou gaan nie. Ek het ook nie drome gehad van as oom Frans regtig baat vind by daardie behandeling nie. Ek het meer 'n houding gehad van 'as vandag net genadig so kan wees dat ons 'n mate van normaliteit kan hê...' Dit was sover my droom gestrek het."

Lapierre *et al.* (2000) het die bestaan van 'n verband tussen die stel van doelstellings (dus toekoms-tydsperspektief) en die beheerbaarheid wat aan 'n situasie toegeskryf

word, bevestig. Met spesifieke verwysing na die versorgingsituasie, toon bogenoemde aanhalings die impak wat die versorgingsproses het op beide die toekoms-tydsperspektief en die ervaring van beheer wat die versorger aan die situasie toeskryf. Hoewel daar weer eens nie aanspraak op 'n oorsaaklike verband tussen bogenoemde veranderlikes gemaak kan word nie, is dit duidelik dat daar wel 'n verband blyk te bestaan.

"Kom ek sê vir jou, na my eerste man se dood, het ek ook gerou, maar ek het absoluut voortgegaan. Ek het voortgegaan met die dinge wat ek en hy in die beplanning mee was. Ek het iets gehad om méé voort te gaan. Ja, want toe was dit 'n kwessie van - ek en Pa wou nog dit gedoen het, kom ons doen dit nou gou. Ek wil amper sê, daar was vir my riglyne vir die lewe vorentoe. En nou, nou is daar geen riglyne nie. Johan, ek is só eerlik as ek vir jou sê, ek het nie 'n 'clue' wat is normaal nie. Alzheimer het ons lewe planloos gemaak, want ons was slagoffers van die siekte. Die siekte het bepaal hoe jy jou dag beleef. As jy vanmôre opstaan en jy sien dit is een van die deurmekaarste dae, al het jy melk nodig, al het jy brood nodig, jy beweeg nie uit die huis uit nie. Jy wag vir die oomblik wanneer die situasie reg genoeg lyk, voordat jy kan gaan melk en brood koop. Waar ek met my eerste man se dood voortgegaan het met ons beplanning, het ek en Frans nie 'n beplanning meer gehad nie. Ja, voordat hy siek geword het, het ons presies geweet hoe wil ons maak, wat ons wil doen en hoe wil ons dit doen. Maar in ses jaar het die beplanning verval. Wie kan oor ses jaar beplan maar met 'n siekte wat nie logies is nie? My eerste man het altyd vir my gesê, 'Ma, as ek iets oorkom, bly hier in hierdie huis en maak ons kinders groot'. En dit is wat ek gedoen het, ek het daar gebly, pennieloos, en ek het ons kinders grootgemaak. Hy het vir my so gesê. Frans kon nie vir my so iets sê nie. Hy was dan ses jaar, ek kan amper sê, die draer van die manipuleerder Alzheimer, want Alzheimer is niks anders as 'n manipuleerder nie. Hy manipuleer jou soos hy jou wil hê. Jy het nie 'n besluitvermoë van 'n dag oud nie. Dit sal almal vir jou kan sê wat nou op die oomblik pasiënte versorg."

Uit die aanhalings wil dit voorkom of die onvoorspelbaarheid van Alzheimer se siekte enige vorm van toekomsgerigtheid of beplanning byna onmoontlik gemaak het, en 'n byna uitsluitlike fokus op die hede tot gevolg gehad het. Hierdie aanpassing van

toekoms-tydsperspektief op die lang termyn het egter 'n afstand tussen die versorger en haar eie toekoms geskep, en so ook die tydperk na afloop van die versorgingsproses geleidelik van alle beheer gestroop, aangesien die versorger op daardie stadium totaal onvoorbereid was vir 'n lewe buite die eise van versorging. Dit wil dus voorkom of beheerbaarheid, as nog een van die kernelemente van koherensiesin (wat Antonovsky in verband bring met sielkundige welstand), deur hierdie aanhaling in verband gebring word met die tydsperspektief van die versorger.

Weer eens wil dit dus voorkom of tydsperspektief (via die verband daarmee met die beheerbaarheid van die situasie) volgens Lennings (2000) se swak model 'n invloed op die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger mag uitoefen.

➤ **Betekenisvolheid**

Waar aanhalings in die vorige twee gedeeltes 'n verband tussen versorgers se toekoms-tydsperspektief en hulle begrip van en beheer oor die situasie demonstreer, het dit egter geblyk dat die sterkste verband by verre dié tussen die tydsperspektief en die betekenisvolheid van die versorger se lewe was.

In die literatuur is daar reeds gespekuleer oor die verband tussen TTP en die betekenisvolheid van die individuele bestaan. Volgens Lapierre *et al.* (1993) toon TTP 'n positiewe verband met aanpassing, lewensvrede en sielkundige welstand en die behoud van lewensbetekenis. In kort noem hierdie outeurs dat TTP dus beskou kan word as 'n kernelement van geestesgesondheid. Dieselfde skrywers het in 2000 resultate gepubliseer wat dui op beduidende korrelasies tussen langtermynprojekte en 'n sin vir betekenis in die lewe. Hulle stel dit egter ook duidelik dat die aard van hierdie verband, en meer spesifiek die verwantskap tussen die inhoud van doelstellings en lewensbetekenis, nog nie in die literatuur beskryf is nie (Lapierre *et al.*, 2000). In hierdie verband het die huidige studie die volgende lig gewerp, spesifiek met betrekking tot die ervaring van die Alzheimer-versorger:

"... there is no future in that sort of life, it is so limited."

Implisiete verwysings soos hierdie na die verband tussen die toekoms-tydsperspektief en lewensbetekenis in hierdie situasie het telkemale na vore gekom. Hierdie verband is egter dikwels op 'n selfs meer direkte wyse bespreek:

"Ek kan byvoorbeeld nog nie na ander kyk wat nou self versorgers is nie. Daaroor is dit baie swaar om na Hannelie toe te gaan, daaroor probeer ek so min as moontlik na Chrissie toe gaan. Want dit vat my terug na die normaliteit van die abnormale lewe. Kyk, normaalweg maak tyd stukkende plekke heel. Maar ek kan nog nie na daardie mense kyk en dink ek kan vir hulle sê, toemaar julle sal dit oorleef nie. Want ek weet, wat help dit hulle oorleef dit soos ek dit oorleef het, maar vorentoe is daar nog maar steeds niks nie. Jy is op die oomblik in 'n patroon om te studeer. Dis jou vertrekpunt en jou doel vir die dag. Daardie mense wat nou versorgers is, wie se mense nog leef, hulle het geen, maar geen lewe nie. Soos wat my lewe vir ses jaar was, is dit die doel van my lewe, om net hierdie mens wat jy liefhet, te help, sy seer wat jy namens hom beleef, minder te maak. Ek kan nie vir mense sê, 'Julle sal oorleef, want daar sal weer doel kom' nie, want ek kan selfs nou die doel nie sien nie. Ek stry self 'n oorlewingstryd."

Hierdie aanhaling dien as voorbeeld van die verband wat daar tussen die versorgers se verlies van toekoms-tydsperspektief en hulle persepsie van die betekenisloosheid van hierdie ervaring bestaan. Dit is egter duidelik dat die verlies aan betekenis die situasie dikwels transendeer, en mettertyd 'n verlies van betekenis van die individuele bestaan in geheel word. Daar is in afdeling 7.6.1.2 aangetoon dat die versorgingstaak geneig is om die versorger se lewe totaal oor te neem, en dat dit met 'n miskennis van die self, die eie lewe en inderdaad ook die eie toekoms gepaard gaan. Wanneer die uitvoer van die daaglikse versorgingspligte vir so lank die uitsluitlike doel en betekenisgewende element in die versorger se lewe was, skep die 'betekenisloosheid' van 'n toekoms wat aanbreek sonder die eise van versorging, en waarvoor daar nie beplan is nie, inderdaad vir die versorger groot probleme in terme van die behoud van sielkundige welstand.

"Selfs nou, daar is soveel dinge wat hy gesê het hy wil doen, dat ek voel ek wil dit nou doen. Daardie tyd besef mens dit nie. Jy begin in hom inlewe. Jy raak

weg en net daardie persoon is nou vir jou belangrik. Ek het dae nooit geëet nie, en dan kan hy nie sluk nie, dan kan ek nie eet nie. So baie het vir my gesê, jy moet na jouself kyk, jy moet lewe. Ek kon nie. Ek kan dit nie vir 'n ander beskryf nie. Hy is vir my die belangrikste."

En later:

"Ek het vir ure gelê, hy het so graag met my hare gespeel, dan lê ek voor hom, dan krap hy my hare om, heerlik, dit het hom gelukkig gemaak. Nou, dit is 'n voorbeeld van hoe niks daar van jouself oorbly nie. En dan gaan hierdie mens dood, en dan kry jy nou weer met hierdie werklike lewe te doen wat nie vir jou daardie klein genoegdoenings gee van hy wat my hare deurmekaar krap nie. Die versorgingsplesiertjies, as mens aanvaar het dat dit my taak is om hom te probeer gelukkig en gemaklik as moontlik te hou, dit is my lewe, verdwyn skielik. Skielik sterf daardie pasiënt en dan is selfs daardie taak van mens af weggevat. Daar was 'n mate van verligting net na oom Hans se dood, want hy is verlos van hierdie pyn en... Toe ek die oom versorg het, het ek geleef vanuit sy perspektief. En ek het steeds, soos wat ek vir ses jaar nie een gehad het nie, nie nou 'n perspektief nie. Ek gaan op momentum aan."

"En by watter lewe sluit ek nou aan? Ek het bitter min om aan te meet wat normaal is. My dae het ek by Mooihawe geslyt. Sondae is vir my die allerverskriklikste dae, want dit is die dag wanneer ek kerk toe gegaan het en daar uitgekom het, al die lekkernye bymekaar gemaak het, afgesit het na oom Frans toe, by hom gebly het tot ek hom vanaand gewas het, tande geborsel het en dan 'n 'sweet' gegee het, op sy sy gedraai het en vir hom gesê het, slaap nou, ek gaan nou ry, ek moet nou huis toe gaan. Dit was my Sondag, nou by watter normale Sondag sluit ek nou aan? Wat is normaal vir Sondag as jy vir sewe jaar nie 'n Sondag gehad het nie? Ek het beleef dat Frans vir my oneindig goed was en dat ek vir hom verskriklik lief was en nou is hy weg. Nou kom ek terug na die normale lewe toe, en ek kan nie daar begin nie, want hy is nie daar nie. Noudat ek begin soek na die normale lewe weet ek nie eers waar om te begin nie? Wat is normaal vir my ouderdom? Wat is normaal tussen wat ek wil doen en wat ek kan doen? Wat is normaal? Waarna strewende ek waar ek vanmôre voor

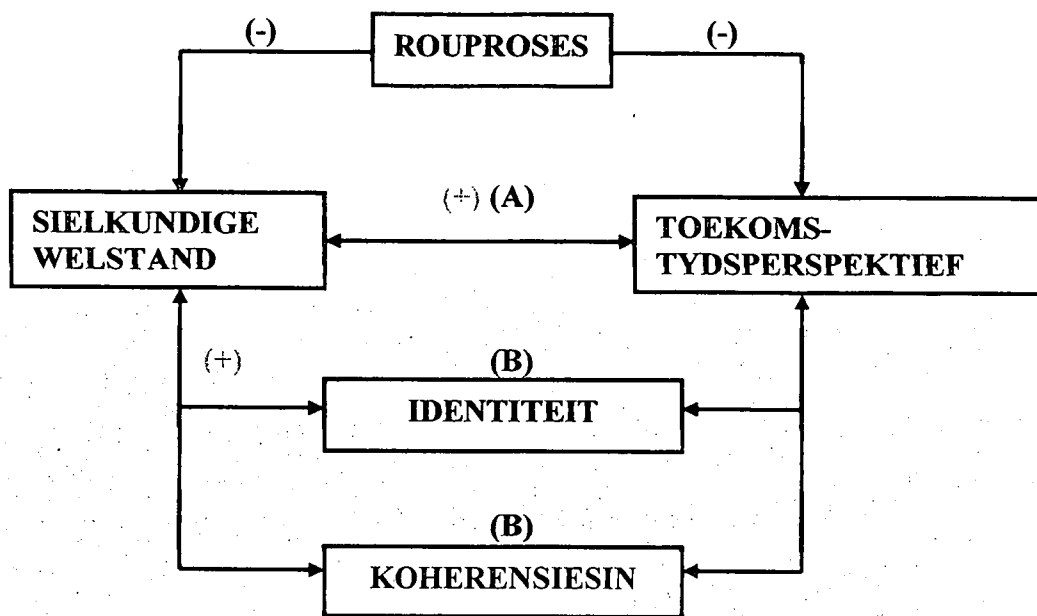
jou sit, sê my? Waarna streef ek? Ek streef na die dood, want wat is normaal in die lewe? Ek weet nie. As jy, Johan, moet teruggaan na waar jy sewe jaar terug was, wat sal jy doen?"

Dit blyk dat die toekoms, as gevolg van die verlies van toekoms-tydsperspektief tydens veral die tweede fase van rou, self 'n bedreiging raak, aangesien hierdie tydseenheid self in wese onverstaanbaar, onbeheerbaar en betekenisloos word.

Zimbardo en Boyd (1999) definieer tydsperspektief as die dikwels onbewuste proses waardeur die voortdurende vloeï van persoonlike en sosiale ervaringe aan 'n temporale kategorie of tydsraam toebedeel word. Hierdie proses verleen orde, koherensie en betekenis aan die ervaringe van die verlede en hede, en die geantisipeerde gebeure van die toekoms (afdeling 5.2). Die motiverende aard daarvan het duidelik geblyk uit die gebruik daarvan deur lede van die kontrolegroepe as hulle *primary motivational space*. Die kontras wat daar bestaan het tussen die Alzheimer-versorgers en hierdie kontrolegroepe se gebruik van veral die toekoms as tydseenheid maak die invloed daarvan op die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger voor die hand liggend. Die feit dat hierdie invloed blyk te geld deurdat die persoon se verandering in toekoms-tydsperspektief in verband staan met die gelyktydige verlies aan koherensiesin (naamlik die verlies aan begrip van, beheer oor en 'n betekenis in die versorger se bestaan), dien ter staving van 'n swak model volgens Lennings (2000).

8.5 GEVOLGTREKING: DIE POTENSIELE AANWENDING VAN TTP BINNE DIE POSITIEWE SIELKUNDE

Dit is uiteraard onmoontlik om die verlede, of gebeure wat binne hierdie tydsinterval geleë is, ongedaan te maak. So kan die invloed wat gebeure uit hierdie tydperiode op die individu se sielkundige welstand het ook slegs met langdurige en dikwels baie duur terapeutiese ingrepe, met geen waarborge van sukses nie, aangespreek word. Uit die resultate van hierdie ondersoek wil dit egter voorkom of die toekoms as 'oop' tyds-eenheid ons voorsien van die geleentheid om op kognitiewe, emosionele en gedragsvlak 'n voorkomende en dikwels meer koste-effektiewe benadering tot die hantering van individue in hoë-risiko- of stresvolle omstandighede te volg.



Figuur 30: Die sterk (A) en swak (B) modelle as verklarings van die verband tussen toekoms-tydsperspektief en sielkundige welstand

Soos uitgebeeld in figuur 30, kan die resultate van hierdie studie kortliks soos volg opgesom word:

Die rouproses van die Alzheimer-versorger lei tot 'n verlaging in sodanige versorger se vlak van sielkundige welstand. Dit lei terselfdertyd ook tot 'n aantal 'beperkings' met betrekking tot die individu wat die versorgingstaak behartig se toekoms-tydsperspektief. Meer spesifiek word die versorgers se tydsperspektief gekenmerk deur 'n baie sterk fokus op die hede ten koste van 'n volgehoue fokus op die toekoms, en is hulle houding teenoor beide hierdie tydseenhede geïdentifiseer as baie negatief. In die lig van hierdie gelyktydige (negatiewe) invloed wat die rouproses op beide die toekoms-tydsperspektief en die sielkundige welstand van die versorger blyk uit te oefen, het die vraag ontstaan of die behoud van TTP moontlik 'n bydrae sou kon lewer om die sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger onder hierdie omstandighede te beskerm en te bevorder.

Met terugverwysing na die navorsingshipoteses soos gestel in afdeling 1.4 is die volgende dus bevind:

- i. Daar is in die eerste plek duidelike kwalitatiewe verskille te bespeur tussen die rouproses-belewinge van persone wat hulle huweliksmaats aan Alzheimer se siekte verloor het, versus diegene vir wie die verlies van 'n huweliksmaat deur 'n ander faktor meegebring is.
- ii. Die rouproses van die Alzheimer-versorgers het 'n negatiewe impak op die sielkundige welstand van die huweliksmaat-versorger gehad.
- iii. Die rouproses van die Alzheimer-versorgers het oor die algemeen ook 'n negatiewe impak geblyk te hê op hulle vlakke van hoop, motivering en die behoud van toekoms-tydsperspektief.
- iv. Die verband wat daar tussen die versorger se toekoms-tydsperspektief en sielkundige welstand blyk te bestaan, dui dus reeds op die potensiële psigofortigene rol daarvan, en wel volgens die sogenaamde 'sterk' model (Lennings, 2000).

Uit die bespreking van die resultate het dit egter geblyk dat die tydsperspektief en die sielkundige welstand van die individu ook op ander maniere as deur die rouproses met mekaar verbind kan word. As voorbeeld van die 'sterk' model is daar getoon dat die versorger se TTP wel 'n direkte positiewe invloed op die bejaarde versorger se sielkundige welstand mag uitoefen. Belangriker egter was die bevinding dat die persoon se TTP op indirekte wyse, of via Lennings (2000) se sogenaamde 'swak model', deur middel van die invloed daarvan op die bejaarde se identiteit, en veral koherensiesin, 'n groot invloed op die persoon se sielkundige welstand blyk te hê.

As gevolg van die feit dat daar waarskynlik 'n noue verwantskap tussen 'n persoon se identiteit en koherensiesin bestaan, wil dit dus ook voorkom of die verband wat daar tussen die individu se TTP en koherensiesin blyk te bestaan as model aangewend kan word waarvolgens die invloed van TTP op individuele geestesgesondheid gekonseptualiseer en gemeet kan word. Voorts kan dit dien as verwysingspunte vir die ontwikkeling van 'n program wat gerig is op die behoud of herstel van die TTP van die persone onder bespreking. Dit blyk dus dat individue wat 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte versorg moontlik sou baat vind by 'n program gerig op die

herstel of behoud van toekoms-tydsperspektief. Die doel van so 'n program sou nie wees om 'n onrealistiese fokus op die positiewe en idilliese toekoms te vestig nie, maar wel om by die versorger 'n antisipasie te kweek van 'n eie bestaan en toekoms (met potensiële positiewe sowel as negatiewe aspekte) sonder Alzheimer, al sou die versorgingstake die hele lewe in die hede in beslag neem. Dit sal waarskynlik die verstaanbaarheid (voorspelbaarheid), beheerbaarheid en betekenisvolheid, asook die beskikbaarheid van algemene weerstandshulpbronne vir die versorger in die hand werk, en ook 'n positiewe identiteit by die bejaarde skep. Die verhoging van die psigofortaliteit van die versorgende huweliksmaat op hierdie wyse, asook die vestiging van 'n positiewe identiteit, sou moontlik die geestesgesondheid van die individu onder bespreking daadwerklik kan verbeter. Die uitbouing van TTP hou dus belofte in om binne die positiewe sielkunde 'n belangrike voorkomende rol te speel. Veral 'n fokus op die onderskeie aspekte van koherensiesin kan waarskynlik in die verband 'n besondere bydrae lewer.

Voorlopige resultate deur Bouffard *et al.* (1994) met betrekking tot die ontwikkeling en behoud van TTP by bejaardes was belowend hoewel beskeie, veral in die lig daarvan dat baie navorsers dit eens is dat die verandering van houding en gedrag by bejaardes 'n baie moeilike taak is. Bouffard *et al.* (1994) kom tot die gevolgtrekking dat *"the reported results, in accordance with qualitative data and case studies, suggest that the future-oriented intervention would be a useful and relevant approach for professional practice among the elderly...."*

Die resultate van hierdie ondersoek blyk hierdie stelling te bevestig, spesifiek met betrekking tot die fokus op die TTP van die Alzheimer-versorger. So 'n benadering sou die fokus dus verskuif na die vroeë identifisering van siektetoestande (Alzheimer se siekte) en risikofaktore (die versorgingseise gestel aan die bejaarde huweliksmaat) as alternatief vir diagnose en terapie met die oog op die herstel van sielkundige welstand, en die klem sal sodoende na voorkoming verplaas word. Toekomsgerigtheid, of die behoud van toekoms-tydsperspektief tydens hierdie omstandighede, is dus geïdentifiseer as een van die buffers of psigofortigene faktore wat tydens hierdie uiters veeleisende omstandighede 'n rol mag speel in die Alzheimer-versorger se behoud van sielkundige krag of welstand. Op grond hiervan kan navorsing geloods word met die oog op die ontwikkeling van opvoedkundige programme wat vir

individue in hierdie (en moontlik ook ander) stresvolle situasies van waarde mag wees. Die ontwerp van so 'n program sou kon bydra tot die ontwikkeling van 'n wetenskap (positiewe sielkunde) wat handel oor sielkundige sterktes, met die vestiging en versterking van hierdie buffers in individuele lewens as einddoel. Dit sou waarskynlik ook dien om die 'normale' mens sterker en meer doeltreffend te maak, en om die verwesentliking van hoë menslike potensiaal, soos bepleit deur Seligman en Csikszentmihalyi (2000), weer eens as 'n realistiese einddoel van die sielkunde te herstel.

8.6 VERALGEMEENBAARHEID VAN RESULTATE: IMPLIKASIES VAN HIERDIE STUDIE VIR DIE HANTERING VAN VIGS-PASIENTE EN HULLE PRIMÊRE VERSORGERS

Binne die afgelope dekade is 'n toenemende aantal persone met verworwe immuniteitsgebrek-sindroom (VIGS) gediagnoseer en het 'n groot aantal persone as gevolg van die komplikasies daaraan verbonde gesterf. In 1991 het Worden reeds voorspel dat daar teen die jaar 2000 reeds 500 000 mense in die VSA alleen aan VIGS-verwante oorsake sou sterf. Skaars 10 jaar later blyk dit dat hierdie 'n konserwatiewe raming was, en wanneer daar in gedagte gehou word dat Afrika die hoogste VIGS-syfers ter wêreld toon, blyk die gevolge daarvan in ons midde inderdaad katastrofies te wees.

Wat is die verwantskap van hierdie vernietigende siektetoestand (VIGS) met hierdie studie?

Haas elke VIGS-pasiënt wat aan die sindroom (of die komplikasies daarvan) beswyk, laat vriende en familie na 'n langdurige en intensiewe versorgingsproses agter om die gevolge van hierdie verlies te moet dra. Versorgers van diegene wat gediagnoseer word met die menslike immuniteitsgebreksvirus (MIV) verteenwoordig 'n populasie van mense wat in rou gedompel is met weinig riglyne rakende versorging en die hantering van die spesifieke eise gestel deur hierdie situasie. Soos duidelik blyk uit hierdie ondersoek, word die taak van die Alzheimer-versorger aansienlik bemoeilik deur sodanige gebrek aan riglyne. Afgesien van die unieke patologie verbonde aan onderskeidelik Alzheimer se siekte en VIGS, en die feit dat daar groot verskille

bestaan met betrekking tot die mediese hantering van hierdie twee siektes, is daar heelwat 'gedeelde grond' of ooreenkomste, veral met betrekking tot die ervaring van die versorger. Hoewel aansteeklikheid byvoorbeeld geen rol in die versorging van die Alzheimer-pasiënt speel nie, is daar sommige faktore verbonde aan beide VIGS en Alzheimer se siekte wat die rouproses tydens en na afloop van die versorging sterk beïnvloed. Hierdie faktore is onder andere die volgende:

- **Stigmatisering**

Beide hierdie siektetoestande veroorsaak 'n groot mate van sosiale stigmatisering. Dit blyk dat versorgers slegs gebrekkige riglyne ontvang vir die hantering van die realiteit van stigmatisering en die gepaardgaande verlies van sosiale ondersteuning.

- **Verlies aan sosiale ondersteuning**

Deels verbonde aan die stigmatisering van die pasiënt is die amper onvoorkombare sosiale isolasie van sy/haar versorger. 'n Groot bydraende faktor in hierdie verband is onkunde omtrent die siektetoestand self, asook met betrekking tot die geweldige eise wat dit in werklikheid aan die primêre versorger stel.

- **Veelvuldige verliese**

Soos reeds genoem verteenwoordig die ontwikkelingstadium van laat volwassenheid 'n tydperk van veelvuldige verliese. Dieselfde geld dikwels vir families of gemeenskappe wat hulle in die wurggreep van VIGS bevind. Sulke veelvuldige verliese kan lei tot 'n oorlading vir die versorger en die stagnasie van die rouproses, met dikwels katastrofiese langtermyngevolge vir die agtergeblewene.

- **Verlengde siektetydperk**

Beide die HI virus en Alzheimer se siekte het 'n langdurige aftakelende invloed op die pasiënt se gestel en immuunsisteem, met gevolglike blootstelling aan opportunistiese infeksies wat die liggaam kan aantast. Hierdie infeksies lei dikwels tot 'n geleidelike aftakeling van fisiese en verstandelike vermoë, totdat die dood uiteindelik intree. Dit

skep vir die versorger, asook die uitgebreide familie en vriende geweldige emosionele trauma om die pasiënt in hierdie toestand te sien, en die rouproses wat dit ontketen word dikwels moeilik verwerk.

▪ Neurologiese komplikasies

Nog 'n belangrike aspek van beide VIGS én Alzheimer se siekte wat die rou-ervaring tot 'n groot mate beïnvloed is die neurologiese komplikasies wat hierdie siektetoestande vergesel. Waar dit noodwendig die geval is by Alzheimer se siekte, is daar met behulp van outopsies bevind dat soveel as 80% van persone wat aan VIGS beswyk het, skade aan die sentrale senuweestelsel getoon het. Hierdie neurologiese aantasting veroorsaak dikwels slegs subtiele persoonlikheidsveranderinge, maar in die meerderheid van gevalle kan daar uitgebreide kognitiewe agteruitgang waargeneem word, afhangende van die area van die brein wat aangetas word. Hierdie agteruitgang van verstandsfunksionering toon dikwels groot ooreenkomste met die beskadiging en verswakking wat by die Alzheimer-pasiënt waargeneem word (Worden, 1991), en die versorgingsproses dikwels verder kompliseer, soos duidelik in hierdie studie aangetoon is. Soos die demensie vorder, verloor die versorgers, familie en vriende stelselmatig die persoon wat eens deel was van hulle lewens, en mag daar, soos in die geval van Alzheimer se siekte, 'n vroeë rouproses in aanvang neem.

Uit bogenoemde is dit dus duidelik dat daar heelwat gemeenskaplikhede tussen die ervarings van diegene wat omsien na pasiënt wat ly aan VIGS en Alzheimer se siekte (en inderdaad 'n verskeidenheid van ander waarskynlike siektetoestande) bestaan, en dat hulpverlening aan die primêre versorger in baie gevalle dieselfde daar sal uitsien. Hierdie studie, en meer spesifiek die resultate met betrekking tot die invloed van toekoms-tydsperspektief, mag dus ook toepassingswaarde hê wanneer dit kom by die hulpverlening aan hierdie vinnig-groeiende populasie van primêre versorgers wat in rou verkeer, naamlik die versorgers van die VIGS-pasiënte.

8.7 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE

Daar het tydens die verloop van hierdie navorsingsprojek 'n aantal faktore aan die lig gekom wat moontlik as leemtes beskou kan word:

1. Dit was tydens die beplanningsfase van hierdie ondersoek reeds duidelik dat die relatief klein ondersoekgroep dit as gevolg van die tipe II-fout baie moeilik sou maak om beduidende tussen-groepverskille met behulp van kwantitatiewe meetinstrumente te identifiseer. Weens die hoofsaaklik kwalitatiewe aard van die studie, tesame met die feit dat potensiële deelnemers skaars en wyd verspreid was en dus slegs met groot moeite en koste betrek is, was 'n verdere uitbreiding van die ondersoekgroep nie haalbaar nie. Hoewel daar dus, ten spyte van die relatief klein ondersoekgroep, in talle gevalle beduidende verskille tussen groepe met betrekking tot hulle kwantitatiewe toetsresultate gegevind is, sou 'n groter steekproef van respondente waarskynlik 'n groter hoeveelheid beduidende verskille oplewer.
2. In die lig van die veralgemeenbaarheid van resultate soos bespreek in die vorige afdeling, is dit belangrik om kennis te neem van die feit dat al die Alzheimer-versorgers betrokke by hierdie studie ten tyde van die ondersoek, of in die verlede, by 'n Alzheimer-ondersteunersgroep betrokke was. Dit mag dus die mate waartoe die resultate geldig is vir individue wat hulle buite die konteks van so 'n ondersteunersgroep bevind, beïnvloed.
3. 'n Verskeidenheid van faktore (waaronder die klein groep respondente soos pas bespreek) het waarskynlik 'n rol gespeel in die feit dat die tellings van die HSV (hoofstuk 7, afdeling I) nie noemenswaardige verskille tussen die groepe uitgewys het nie. Weens die feit dat hierdie konstruk 'n unieke betekenis vir elke individu inhou (afdeling 7.4.1), is die voorstel van Nikolaichuk *et al.* (1999) dat hierdie ontwykende onderwerp eerder met behulp van kwalitatiewe metodes ondersoek moet word, waarskynlik nie ongegrond nie. In retrospek sou so 'n kwalitatiewe benadering tot respondente se vlakke van hoop, en die verband daarvan met die individu se TTP waarskynlik beter inpas by die res van die studie, en intergroep-verskille waarskynlik ook beter blootlê.
4. Die huidige ondersoek is uitsluitlik gerig op die ervaringe van die vroulike eggenoot as versorger, terwyl dit in die literatuur bekend is (afdeling 2.8) dat die vroulike geslag eintlik meer vatbaar is vir Alzheimer-demensie. Dit sou beteken dat daar waarskynlik 'n groter populasie mans bestaan wat hulle in die versorgerrol bevind. Dit was egter reeds tydens die aanvang van hierdie ondersoek duidelik dat manlike versorgers nie graag die ondersteunersgroepe

bywoon nie. Hierdie toedrag van sake laat ons tydens die afsluiting van die huidige studie onder andere met die volgende vrae: Behartig mans wie se eggenote aan Alzheimer se siekte ly self die versorgingstaak? Watter faktore (byvoorbeeld sosiale kondisionering) speel 'n rol in die feit dat hulle nie groepe bywoon nie? Toon hierdie versorgingsproses dieselfde psigodinamika en, indien wel, sou hulle baatvind by dieselfde tipe intervensie? 'n Herhaling van hierdie ondersoek met manlike versorgers sou waarskynlik meer lig op hierdie vrae werp.

5. Dit was duidelik uit aanhalings uit al die gedeeltes van hierdie ondersoek dat die spirituele domein van versorger-funksionering 'n oorkoepelende struktuur vorm, wat by al die ander areas van versorger-belewing 'n geweldige belangrike rol gespeel het. Uit die onderhoud met versorgers was dit duidelik dat hierdie element deurgaans bygedra het tot die begrip van, beheer oor en 'n insien van die betekenisvolheid van die versorgingsituasie tydens, asook na die afloop van die versorgingsproses. Daar sou dus met 'n opvolg-ondersoek in meer besonderhede op hierdie belangrike area van versorger-funksionering, en die moontlike verband daarvan met die individuele TTP gelet kon word.

8.8 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Lund (1989) maak onder andere die volgende voorstelle met betrekking tot navorsing oor die rouproses na die dood van 'n eggenoot tydens bejaardheid:

- Meer navorsing is noodsaaklik om die effektiwiteit van verskillende tipes navorsing (kwantitatief versus kwalitatief) te bepaal.
- Daar is 'n behoefte aan longitudinale studies met kort intervalle tussen metings, maar wat 'n lang tydsverloop behels, en waarvan die metings begin reeds voordat die dood van die huweliksmaat intree.
- Navorsing waarby groot steekproewe ingesluit word is noodsaaklik sodat multifaktoriale analise 'n moontlikheid is.
- Heterogene en kruiskulturele vergelykings is noodsaaklik om die universele en unieke aspekte van rou te identifiseer.

- Navorsing rakende die rouproses behoort aspekte soos die selfbeeld, die invloed van sosiale ondersteuning ensovoorts in te sluit.
- Navorsing moet 'n breër reeks van voorspeller-veranderlikes dek en meer teoretiese modelle toets.

Na aanleiding van die unieke rouproses wat pas in hierdie ondersoek beskryf is, dit wil sê die rouproses wat gepaard gaan met die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte, blyk bogenoemde voorstelle (hoewel hulle meer as tien jaar gelede reeds gemaak is) steeds sinvol te wees. In die lig van die resultate van hierdie ondersoek kan die volgende voorstelle egter bygevoeg word:

- Die resultate van hierdie ondersoek het die hipotese opgelewer dat verskillende fasette van die versorger se tydsperspektief wél 'n rol mag speel in die behoud van sielkundige welstand van die Alzheimer-versorger. Daar het ook aanduidings na vore getree oor die aard van die verband (via die koherensiesin en identiteit van die versorger) tussen hierdie twee faktore. 'n Belangrike volgende stap is egter om, op grond van hierdie resultate, 'n program saam te stel wat op Alzheimer-versorgers gerig is en waarmee die effektiwiteit van toekoms-tydsperspektief as psigofortigene konstruksie in die praktyk ondersoek kan word. So 'n voorkomingsprogram, gebou op die beginsels van die positiewe sielkunde, behoort gefokus te wees op die bewustelike voorneme om die *resilience* van die persone onder bespreking te bevorder. Op grond van bestaande kennis is dit dus nodig om 'n praktiese-uitvoerbare program te ontwikkel om drome en doelstellings by bejaardes, en spesifiek die groepe wat in die ondersoek betrek is, aan te moedig, en die invloed daarvan op hulle sielkundige welstand empiries te bepaal.
- Die feit dat dit uit onderhoude met versorgers telkens geblyk het dat die spirituele domein 'n oorkoepelende struktuur vorm, wat in alle die areas van versorger-belewing 'n uiters belangrike rol blyk te speel, noodsaak verdere navorsing in hierdie verband. 'n Verdere verkenning van die bydrae wat dit tot die verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid van hierdie rouproses blyk te verleen, sou die potensiële rol van hierdie faktor in hulpverlening aan die versorger duidelik maak.

8.9 TEN SLOTTE

Die behoud van TTP is nie net 'n moontlikheid nie, maar 'n noodsaaklikheid vir die behoud van sielkundige welstand tydens veroudering. Terwyl 'n groot deel van hulle lewe in terme van die chronologiese verloop van jare in die verlede geleë is, beskik bejaardes steeds oor die vermoë om sinvol met die toekoms om te gaan, en deur die daarstel van nuwe doelstellings en die aanpassing van oues 'n groot mate van genot uit die herfsjare van hulle bestaan te put.

Bo en behalwe die feit dat stresvolle omstandighede, wat dikwels deur toenemende ouderdom self meegebring word, soms 'n beperking plaas op die individuele vermoë om te beplan en te antisipeer, is daar verskeie faktore in die psigodinamika van die Alzheimer-versorger wat hierdie vermoë nog verder beperk. Die versorger word op haar oudag gekonfronteer met 'n siekte wat haar huweliksmaat stelselmatig van haar vervreem, en toenemende eise ten opsigte van versorging stel. Die feit dat hierdie siektetoestand oor 'n tydperk van tot 20 jaar mag verloop, en na alle waarskynlikheid die versorger se bestaande toekoms-tydsperspektief sal oorskry, veroorsaak dat die versorger noodgedwonge vrede moet maak met die feit dat die hede (die versorgingstaak) ook haar lewe in die toekoms verteenwoordig. Die gevolg is dikwels stagnasie en 'n verlies van sielkundige welstand wat so dikwels by die versorger waargeneem word, terwyl volgehoue generatiewiteit, self-aktualisering en 'n diepe 'eudaimoniese' geluk steeds in wese moontlik is tydens hierdie ontwikkelingstadium. Die feit dat daar toenemende begrip is vir die wyse waarop Alzheimer se siekte ontvou, asook van die stressore en risiko-faktore verbonde aan versorging (byvoorbeeld 'n verlies van TTP), skep die geleentheid om vroegtydig maatreëls in te stel om die sielkundige impak van hierdie gebeure te bekamp.

Op grond van die resultate van hierdie ondersoek wil dit voorkom of 'n intervensie gerig op die behoud van TTP waarskynlik 'n positiewe impak op (1) die behoud van sielkundige welstand tydens die versorgingsproses, en (2) die herstel van sielkundige welstand na afloop van die versorgingsproses sal hê. Op grond van die verband wat die behoud van TTP toon met koherensiesin, en in die lig van die invloed wat so 'n intervensie waarskynlik op die psigofortaliteit en die sielkundige welstand van die versorger sal hê, kan die aanbeveling ook gemaak word dat 'n 'positief beoordelende

bewustheid van die toekoms' by Strümpfer (1995) se definisie van psigofortaliteit geplaas word. Dit sou 'n tydsdimensie by die bestaande definisie van fortaliteit plaas en dit meer volledig maak in die lig van die voortgaande ontwikkeling van die mens en die rol wat die toekoms in elke ontwikkelingsfase speel. Inderdaad hou die konsep toekoms-tydsperspektief nie slegs moontlikhede in vir die herstel van patologie, of die herwinning van 'n homeostatiese toestand van normaliteit nie, maar dit blyk deure oop te maak na die meer ontwykende fasette van optimale funksionering en selfaktualisering, ook (of veral) tydens bejaardheid.

- Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualisation and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-218.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer - the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2(1), 1-11.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1994). The sense of coherence: A historical and future perspective. In H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson & J.A. Fromer (Eds), *Sense of coherence and resiliency* (pp. 3-20). Madison, WI: University of Wisconsin System.
- Babyak, M.A., Snyder, C.R., & Yoshinobu, L. (1993). Psychometric properties of the Hope Scale: A confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 27, 154-169.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (1995). *Abnormal psychology*. California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Barlow, D.H., & Rapee, R.M. (1991). *Mastering stress: A lifestyle approach*. Dallas, Texas: American Health Publishing.

- Barnard, C.P. (1994). Resiliency: A shift in our perception? *The American Journal of Family Therapy*, 22(2), 135-143.
- Berg, B.L. (1996). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bogerts, B. (1993). Images in psychiatry: Alois Alzheimer. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1868.
- Bouffard, L., Bastin, E., & Lapierre, S. (1996). Future time perspective according to women's age and social role during adulthood. *Sex Roles*, 34(3/4), 253-285.
- Bouffard, L., Dubé, M., Lapierre, S., & Bastin, E. (1994). *Psychological benefits of a future-oriented intervention for elderly people*. Communication presented at the 23rd International Congress On Applied Psychology, Madrid, Spain. July, 1994.
- Bouffard, Lapierre en Bastin, (1993). Motivational goal objects in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 36, 279-292.
- Bowen, M. (1976). Family reaction to death. In P. Geurin (Ed.), *Family therapy*. New York: Gardner.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds, I & II. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Boyd, J.N., & Zimbardo, P.G. (1997). Constructing time after death. The transcendental-future time perspective. *Time and Society*, 6(1), 35-54.
- Brandtstaedter, J., Rothermund, K., & Schmitz, U. (1998). Maintaining self-integrity and efficacy through adulthood and later life: The adaptive functions of assimilative persistence and accomodative flexibility. In I. Heckhausen & C.S. Dweck (Ed.), *Motivation and self-regulation across life span*. New York: Cambridge University Press.

- Brink, T.L., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Adey, M., & Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, *1*, 37-43.
- Brody, E.M. (1981). "Women in the middle" and family help to older people. *The Gerontologist*, *21*, 471-480.
- Burns, R., Eisdorfer, C., Gwyther, L., & Sloane, P. (1996). Caring for the caregiver. *Patient Care*, Nov. '96, 108-130.
- Calarusso, A.C. (1998). A developmental line of time sense. In late adulthood and throughout the life cycle. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *53*, 113-140.
- Carpenter, B.N. (1992). *Personal Coping: Theory, Research and Application*. New York: Praeger.
- Carstensen, L.L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. In J. Jacobs (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: 1992. Developmental perspectives on motivation* (Vol. 40, pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen, L.L., & Charles, S.T. (1998). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science: A Journal of the American Psychological Association*, *7*(5), 144-149.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, *54*(3), 165-181.
- Cilliers, F., Viviers, R., & Marais, C. (1998). Salutogenesis: A model to understand coping with organisational change. *Psychologia*, *25*(2), 32-39.
- Cohen, D., & Eisdorfer, C. (1988). Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *36*, 885-889.

- Corby, N.H., Downing, R., Lindeman, D.A., & Sanborn, B. (1991). *Alzheimer's Day Care: A Basic Guide*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Coward, D.D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, *45*(2), 116-121.
- Darwin, C. (1872). *The Expression of Emotions in Man and Animals*. London: Murray.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.
- Dittmann-Kohli, F., & Westerhof, G.J. (1997). The SELE sentence completion questionnaire: A new instrument for the assessment of personal meaning in research on aging. *Anuario de Psicología*, *73*, 7-18.
- Dixon, W.J. (1985). *BMDP statistical software manual*. Los Angeles: University of California Press.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 62-68.
- Dossey, B., & Guzzetta, C. (1994). Implications for bio-psycho-social-spiritual concerns in cardiovascular nursing. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *8*(4), 72-88.
- Drouet, B., Pincon, R.M., Chambaz, J. & Pillot, T. (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Science*, *57*(5), 705 -715.
- Du Toit, M.M. (1999). *Die dinamiek van lewenskonteks, persoonlike faktore, copingprosesse en psigologiese welsyn by jeugdiges, met die oog op programontwikkeling vir kapasiteitsbou*. Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Fakulteit Lettere en Wysbegeerte.

- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.
- Erikson, E.H. (1981). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Evans, D., Funkenstein, H., Albert, M., Scherr, P., Cook, N., Crown, M., Herbert, L., Hennekens, C., & Taylor, J. (1990). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2551-2556.
- Farran, C., Herth, K. & Popovich, J. (1995). *Hope and hopelessness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fingerman, K., & Perlmutter, M. (2001). Future time perspective and life events across adulthood. *Journal of General Psychology*, 122, 95-111.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D.S., & Coates, T.J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 239-260). New York: Plenum Press.
- Fuller-Jonap, F., & Haley, W.E. (1995). Mental and physical health of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal of Aging and Health*, 7, 99-118.
- George, L.K., Landoman, R., Blazer, D.G., & Anthony, J.C. (1991). Cognitive impairment. In L.N. Ribons & D.A. Regier (Eds), *Psychiatric disorders in America* (pp. 291-327). New York: Free Press.
- Gerdes, L.C., Moore, C., Ochse, R., & Van Ede, D. (1988). *Die Ontwikkellende Volwassene* (2de uitg.). Pretoria: Butterworths.

Gesino, J.P., & Haas, M.L. (1996). Inclusion of a family mental health component in an Alzheimer's assessment program. Paper read at the Fifth National Alzheimer's Disease Education Conference, U.S.A.

Grossberg, G.T. & Lake, J.T. (1998). The role of the psychiatrist in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(9), 3-6.

Guyton, A.C., & Hall, J.E. (1994). *Textbook of Medical Physiology* (9th edition). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Hagestad, G.O., (1990). Social perspectives of the life course. In R.H. Binstock & L.K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 151-163). San Diego, CA: Academic Press.

Hamdy, R.C. (1994). Clinical presentation. In R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds.), *Alzheimer's disease: A handbook for caregivers* (2nd ed.) (pp. 102-116). Boston: Mosby.

Hamdy, R.C. & Hudgins, L. (1994a). Factors that aggravate Alzheimer's disease. In R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds.), *Alzheimer's disease: A handbook for caregivers* (2nd ed.) (pp. 131-144). Boston: Mosby.

Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *5*, 39-51.

Holman, E.A., & Silver, R.C. (1998). Getting 'stuck' in the past: Temporal orientation and coping with trauma. In Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A life span theory of social selectivity. *American Psychologist*, *54*, 165-181.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218.

- Hooker, K., Monahan, D.J., Bowman, S.R., Frazier, L.D., & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology*, **53B**(2), 73-85.
- Howell, D.C. (1995). *Fundamental statistics for the behavioral sciences*. Belmont: International Thomson Publishing.
- Hucle, P.L. (1994). Review: Families and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **9**, 735-741.
- Hulbert, R.J., & Lens, W. (1988). Time and self-identity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, **27**(4), 293-303.
- Huygen, F.J.A., Van den Hoogen, H.J.M., Van Eijk, T.J.M., & Smits, A.J.A. (1989). Death and dying: A longitudinal study of their medical impact on the family. *Family Systems Medicine*, **7**, 374-384.
- Huysamen, G.K. (1993). *Metodologie vir die sosiale en gedragswetenskappe*. Halfweghuis: Southern.
- Irvin, B.L., & Acton, G.J. (1997). Stress, hope en well-being of women caring for family members with Alzheimer's disease. *Holistic Nursing Practice*, **11**(2), 69-79.
- Johnson, N.G. (2001). Psychology's mission includes health: an opportunity. *Psychological Monitor*, April 2000, 5.
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry (8th ed.)*. Baltimore, USA: Williams & Wilkins.
- Kastenbaum, R. (1987). Past versus future orientation in psychotherapy for the elderly. *Psychotherapy in Private Practice*, **5**(1), 115-121.

- Kaufert, D.I., Cummings, J.L., Christine, D., Bray, T., Castellon, S., Masterman, D., MacMillan, A., Ketchel, P., & DeKosky, S.T. (1998). Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, *46*, 210-215.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Dura, J.R., Speicher, C.E., Trask, O.J., & Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 345-362.
- Kleinke, C.L. (1991). *Coping with Life Challenges*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Pucetti, M.C., & Zola, M.A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*(5), 525-533.
- Kumpfer, K.L. (1999). *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Academic/Plenum Publishers.
- Lapierre, S., Bouffard, L., & Bastin, E. (1993). Motivational goal objects in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, *36*(4), 279-292.
- Lapierre, S., Bouffard, L., & Bastin, E. (1997). Personal goals and subjective well-being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, *45*(4), 287-303.
- Lavretsky, E.P. & Jarvik, L.F. (1994). Etiology and pathogenesis of Alzheimer's disease: Current concepts. In R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds.), *Alzheimer's disease: A handbook for caregivers* (2nd ed.) (pp. 80-91). Boston: Mosby.

- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lefrancoise, G.R. (1993). *The Lifespan*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Lennings, C.J. (2000). Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 51(3), 167-181.
- Lens, W., & Gailly, A. (1980). Extension of future time perspective in motivational goals of different age groups. *International Journal of Behavioral Development*, 3, 1-17.
- Levenson, R.W., Carstensen, L.L., & Gottman, J.M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313.
- Lewin, K. (1939). Field theory and experiment in social psychology concepts and methods. *American Journal of Sociology*, 44, 868-897.
- Lewin, K. (1952). *Field theory in social science. Selected theoretical papers* (edited by D. Cartwright). New York: Harper & Row.
- Light, E., Niederehe, G., & Lebowitz, B.D. (1994). *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Springer.
- Lightsey, O.R. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in well-being. *The Counseling Psychologist*, 24(4), 589-735.
- Loebel, J.P., Dager, S.R., & Kitchell, M.A. (1993). Alzheimer's disease. In D.L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy* (pp. 59-65). Philadelphia: W.B. Saunders.

- Lopez, S.J., Floyd, R.K., Ulven, J.C., & Snyder, C.R. (2000). In Snyder, C.R. (Ed.), *Handbook of Hope. Theory, Measures and Applications* (p. 125). California: Academic Press.
- Louw, D.A. (1990). *Menslike Ontwikkeling*. (2de uitg.). Pretoria: HAUM-Tersiër.
- Lund, D.A. (1989). *Older Bereaved Spouses. Research with Practical Applications*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Maslow, A.H. (1973). *The farther reaches of human nature*. Harmondsworth: Pelican.
- McMahon, A.W., & Rhudick, P.J. (1964). *Psychodynamic Studies on Aging: Creativity, Reminiscing and Dying*. New York: International Universities Press.
- Menninger, K. (1959). The academic lecture: hope. *American Journal of Psychiatry*, **116**, 481-491.
- Miles, M.B., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Miller, E., & Morris, R. (1993). *The psychology of dementia*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Miner, G.D., Winters-Miner, L.A., Blass, J.P., Richter, R.W., & Valentine, J.L. (1989). *Caring for Alzheimer's patients. A guide for family & healthcare providers*. New York: Plenum Press.
- Morse, J.M., & Doberneck, B. (1995). Delineating the concept of hope. *Image, the Journal of Nursing Scholarship*, **27**(4), 277-285.
- 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.

- Neugarten, B.L. (1979). Time, age, and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 136(7), 887-894.
- NUD*IST (1999). Qualitative Solutions and Research Pty Ltd. Melbourne: La Trobe University.
- Nuttin, J., & Grommen, R. (1975). *Future Time Perspective in Adulthood and Old Age in Three Socio Economic Groups*. University of Leuven (Louvain), Belgium.
- Nuttin, J., & Lens, W. (1985). *Future Time Perspective and Motivation: Theory and Research Method*. Leuven University Press: Leuven.
- Olmesdahl, I. (1999). Comment: Dementia and the caregiver. *The Journal of Age and Related Disorders*, 11(5), 4.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). London: Sage.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Paykel, E.S., Brayne, C., Huppert, F.A., Gill, C., Barilley, C., Gehlhaar, E., Beardsall, L., Girling, D.M., Pollitt, P., & O'Connor, D. (1994). Incidence of dementia in a population older than 75 years in the United Kingdom. *Archives of General Psychiatry*, 51, 325-332.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-593.
- Potgieter, J.C. (2000) *Die Sielkundige behoeftes van die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte*. Universiteit van die Vrystaat: Fakulteit Geesteswetenskappe.

- Pretorius, F. (1999). *Life on Commando during the Anglo-Boer War*. Human & Rousseau: Cape Town.
- Pretorius, T.B. (1998). *Fortitude as stress-resistance: Development and validation of the Fortitude Questionnaire (FORQ)*. University of the Western Cape, Bellville.
- Prince, M. (1997). The need for research on dementia in developing countries. *Tropical Medicine and International Health*, 2, 993-1000.
- Raphael, B. (1983). *The Anatomy of Bereavement*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Raynor, J.O. (1981). Future Orientation and Achievement Motivation: Toward a Theory of Personality Functioning and Change, in *Cognition in Human Motivation and Learning*, G. d'Ydewalle and W. Lens (eds.), Leuven University Press, Leuven; Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, pp. 199-231, 1981.
- Rickabaugh, C.A., & Tomlinson-Keasy, C. (1997). Social and temporal comparisons in adjustment to aging. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(3), 307-328.
- Roberto, K.A., Richter, J.M., Bottenberg, D.J., & Campbell, S. (1998). Communication patterns between caregivers and their spouses with Alzheimer's disease: A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 202-208.
- Russell, B. (1958). *The conquest of happiness*. New York: Liveright. (Original work published in 1930)
- Russo, J., Vitaliano, P.P., Braver, D.D., Katon, W., & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 197-204.

- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166.
- Ryff, C.D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, *6*, 286-295.
- Ryff, C.D., & Heidrich, S.M. (1997). Experience and well-being: Explorations on domains of life and how they matter. *International Journal of Behavioral Development*, *20*(2), 193-206.
- Ryff, C.D., & Keyes, L.M. (1995). The structure of 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), 1-28.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, *55*(1), 110-121.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). Eurocare: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I-Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*, 651-661.
- Schreurs, K.M.G., & de Ridder, D.T.D. (1997). Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, *17*(1), 89-112.
- Schweder, R.A., & Sullivan, M.A. (1990). The semiotic subject of cultural psychology. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and research* (pp. 399-419). New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (1994). *What you can change & what you can't*. New York: Knopf.

- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, *138*, 32.
- Selye, H. (1975). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, U.S.A.
- Snyder, C.R. (1995). Conceptualising, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, *73*, 355-360.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of Hope. Theory, Measures and Applications*. California: Academic Press.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 570-585.
- Spall, B., & Callis, S. (1997). *Loss, Bereavement and Grief*. United Kingdom: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Spencer, J., Davidson, H. & White, V. (1996). Helping clients develop hopes for the future. *The American Journal of Occupational Therapy*, *51*(3), 191-198.
- Spielberger, C.D., & Frank, R.G. (1992). Injury control: A promising field for psychologists. *American Psychologist*, *47*(8), 1029-1030.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Strümpfer, D.J.W. (1990). Salutogenesis: A new paradigm. *South African Journal of Psychology*, *20*(4), 265-276.

- Strümpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: from "salutogenesis" to "fortigenesis". *South African Journal of Psychology*, **25**(2), 81-89.
- Strümpfer, D.J.W. (2001). *Psychofortology: Review of a New Paradigm Marching On*, Rand Afrikaans University: Department of Psychology, Johannesburg.
- Suddendorf, T., & Corballis, M.C. (1997). Mental time travel and the evolution of the human mind. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, **123**, 133-167.
- Sullivan, G.C. (1993). Towards clarification of convergent concepts. *Journal of Advanced Nursing*, **18**, 1772-1778.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks: Sage.
- Terman, L.M. (1939). The gifted student and his academic environment. *School and Society*, **49**, 65-73.
- Terman, L.M., Bittenwieser, P., Ferguson, L.W., Johnson, W.B., & Wilson, D.P. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. New York: McGraw-Hill.
- Thoresen, C.E., & Eagleson, J.R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, **13**, 15-87.
- Tierney, M.C., Fisher, R.H., Lewis, A.J., Zorzitto, M.L., Snow, W.G., Reid, D.W. & Nieuwstraten, P. (1988). The NINCDS-ADRDA work group criteria for the clinical diagnosis of probable Alzheimer's disease: A clinicopathologic study of 57 cases. *Neurology*, **38**, 359-364.
- Vaillant, G.E. (1979). Natural history of male psychological health. *New England Journal of Medicine*, **301**, 1249-1254.

- Vander, A.J., Sherman, J.H., & Luciano, O.S. (1994). *Human Physiology: The mechanisms of body function*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Vangrieken, E. (2001). *Motivatie en Toekomstperspectief bij mensen in de tweede lewenshelft*. Ongepubliceerde magisterverhandeling: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.
- Venter, A. (2000). *Belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte*. Ongepubliceerde magisterverhandeling: Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Vrystaat.
- Vickers, J.C., Dickson, T.C., Adlard, P.A., Saunders, H.L., King, C.E. & McCormack, G. (2000). The cause of neuronal degeneration in Alzheimer's disease. *Progress in Neurobiology*, 60 (2), 139 - 165.
- Viviers, A.M. (1998). Salutogenesis as a means of optimising work and life in the new millenium. *Psychologia*, 25(2), 26-31.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (1991). *Living Beyond the Loss. Death in the Family*. New York: W.W. Norton & Company, Ltd.
- Watson, J. (1928). *Psychological care of infant and child*. New York: Norton.
- Westerhof, G.J. & Bode, C. (1999). Handleiding en Beknopt Codeschema voor het SELE-instrument (Versie 3.0). Nijmegen: Forschungsgruppe Psychogerontologie, Universität Nijmegen.
- Windle, M., & Windle, R.C. (1996). Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents. Associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 551-560.

- Wissing, M.P. (1995). *Die dinamiek van lewenskonteks, individuele verskille, copingprosesse en psigologiese welsyn van jeugdiges met die oog op kapasiteitsbou en prevensie*. Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys: Fakulteit Lettere en Wysbegeerte.
- Wissing, M.P., & Du Toit, M.M. (1994). *Relations of NEO-PI-R dimensions (NEO-FFI) to sense of coherence (SOC) and other measures of psychological well-being*. Paper. 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain. July, 17-22, 1994.
- Wissing, M.P., & Van Eeden, C. (1994). *Psychological well-being: Measurement and construct clarification*. Paper. 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain. July, 17-22, 1994.
- Wissing, M.P., & Van Eeden, C. (1997, September). *Psychological well-being: A fortigenic conceptualisation and empirical clarification*. Paper presented at Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, Durban, South Africa.
- Worden, J.W. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- World Health Organization. (1948). *Basic Documents*. (15th ed.). Geneva, Switzerland.
- Wortman, C.B., & Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Zaleski, Z. (1994). *Psychology of Future Orientation*. Poland: Catholic University of Lublin.
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.



Bylae A:

**BEKNOPT CODESCHEMA VOOR HET
SELE-INSTRUMENT**

10 Het psychisch zelf

11 Zelf als geheel

- positieve uitspraken over het zelf als geheel, bv. zelfkennis, zelfbewustzijn, zelfvertrouwen, eigenwaarde, tevredenheid met zichzelf, zelfverzekerd zijn...
- negatieve uitspraken over het zelf als geheel, bv. twijfel aan zichzelf, zelfingenomenheid,...
- persoonlijke groei, zichzelf ontwikkelen, zichzelf veranderen, ...
- zichzelf zijn, op zichzelf letten, ...
- een goed mens zijn
- dezelfde blijven, niet veranderen

☞ Tevreden zijn met zichzelf hier coderen; tevreden met het leven als 32 coderen; tevreden zijn zonder meer als gevoel coderen (13)

12 Karaktertrekken, gedragsdisposities, temperament, persoonlijkheidseigenschappen

- positieve karaktertrekken, zoals optimisme, positief denken, humor, vermogen te genieten, wilskracht, zelfbeheersing, geduld, zelfcontrole, dankbaar zijn, toegeven aan...
- negatieve karaktertrekken, zoals pessimisme, onvermogen te genieten, ongeduld, gebrek aan wilskracht, zelfbeheersing of doorzettingsvermogen, piekeren, tekortkomingen ...

☞ Keuzes maken als 31 coderen.

☞ Eigenschappen en karaktertrekken, die niet zonder de aanwezigheid van een *sociale omgeving* denkbaar zijn, als 54 coderen: eerlijk zijn, zich inleven, begrip hebben, ...

13 Emoties

- positieve emoties, zoals gelukkig, vrolijk, rustig, kalm, tevreden, lachen, zich tevreden voelen, in evenwicht zijn, zich goed voelen, ...
- negatieve emoties, zoals verdrietig, gedeprimeerd, depressief, wanhopig, ongelukkig, ontevreden, zich ergeren, agressief, sacherijng, nerveus, onrustig, gestrest, overwerkt, te zwaar belast, angstig, bang, ...

✓ Als bij inductor 10 de oorzaak voor de emotie het gedrag van concrete andere personen is, 55 met Persoon coderen. Als het gaat om inperking van de vrijheid door andere personen 52 met Persoon coderen. Ongerust zijn, zorgen hebben over mensen altijd als 57 coderen. Als de oorzaak het gedrag van politici of de regering is 75 coderen. Bij elke andere oorzaak alleen de emotie coderen.

☞ Bij angst voor iets, zorgen om iets wordt doorgaans het object waarover men angst of zorgen heeft gecodeerd; met name bij de neutrale inductoren komt dit voor. Voor inductor 10 zie hierboven.

☞ Emoties van *andere personen* als 57 met Persoon coderen.

☞ Tevreden met *zichzelf* als 11 coderen; tevreden met het *leven* als 32 coderen; tevreden bij inductor 16 als 21 coderen.

☞ Zich energiek of krachtig voelen, te weinig energie hebben, moe of uitgeput zijn als 22 coderen.

☞ Zich alleen, eenzaam, verlaten voelen als 51 coderen.

☞ Stress als *gevoel* hier coderen. *Omgaan* met stress als 31 coderen. Stress in *beroep* als 44 coderen. Alle andere uitlatingen over stress als 33 coderen.

☞ Zich lichamelijk goed voelen, goed in z'n vel zitten, ... als 21 coderen.

☞ *Omgaan* met emoties (snel boos worden, zelfbeheersing verliezen) als 12 coderen.

14 Motivatie en prestatie

- (geen) doelen, plannen, voornemens, toekomstdromen, wensen hebben, ...
- doelen, plannen, wensen, voornemens etc. bereiken, realiseren of afmaken, ...
- succes hebben, succesvol zijn, presteren, eisen aan zichzelf stellen, iets voor elkaar krijgen, iets afmaken,...
- falen, fouten maken, niet aan de eisen voldoen, ...
- verantwoordelijkheid, plichten hebben, ...
- succes in het leven, geen succes in het leven, falen in het leven, ...
- alles gaat naar verwachting
- iets durven doen, te veel willen doen
- dingen anders doen of hebben gedaan

☞ Iets niet durven in de zin van angst hebben voor iets als 13 coderen.

☞ Het antwoord is expliciet over doelen, plannen, voornemens, toekomstdromen, wensen en het realiseren daarvan.

☞ Het *terugschreeven* van eisen als 31 coderen.

☞ Als het gaat om motivatie en prestatie in een *werkcontext*, 44 coderen.

16 Cognitieve vermogens, wijsheid en levenservaring

- denkvermogen, analytische intelligentie, logisch kunnen denken, dingen snel of goed begrijpen, inschattingsvermogen, gezond verstand, ...
 - een taal beheersen, een taal kunnen spreken, ...
 - wijsheid, rijpheid, bezonnenheid, ...
 - naïef zijn, dom zijn, ...
- ☞ Mentaal *fit* zijn, mentaal *gezond* zijn, *functioneren* van het geheugen, vergeetachtigheid, goede of slechte concentratie etc. als 22 coderen
- ☞ Iets leren, een taal leren, ... als 48 coderen
- ☞ Creatief zijn, technisch zijn, ... als 48 coderen

20 Het lichamelijk zelf

21 Lichaam

- omgang met het lichaam, zoals verzorging, cosmetica, in de badkamer, bij het douchen, in het bad, ...
 - belang van het lichaam
 - vertrouwdheid met het lichaam
 - lichamelijk welbevinden
 - uiterlijk, zoals rimpels, grijze haren, kaal worden, ...
 - gewicht en omvang van het lichaam, ook afvallen, gewichtstoename, figuur, ...
- ✓ De codes 21 worden voornamelijk bij inductor 16 (Mijn lichaam ...) gebruikt.
- ✓ Wanneer bij inductor 16 het antwoord 'tevreden' gegeven wordt dit hier coderen.
- ☞ Het *functioneren* van het eigen lichaam als 22 coderen.
- ☞ *Beweging en sport* als 48 coderen.

22 Psychofysieke vermogens

- goede psychofysieke gesteldheid, alles kunnen, beweeglijkheid, mobiliteit, energie, uithoudingsvermogen, fit zijn, sterk zijn, adaptabiliteit, belastbaarheid, flexibiliteit, menstruatie, menopauze, seksualiteit, ...
 - gebreken, klachten, problemen met de zintuigen, pijn, langdurig lijden, seksuele problemen, vermoeidheid, gespannen zijn, uitgeput zijn, niet kunnen lopen, rugklachten, ...
 - mentaal fit zijn, mentaal gezond zijn, goed of slecht geheugen, goede of slechte concentratie, ...
 - goed kunnen slapen, slecht slapen, ...
- ☞ Dingen *alleen* of *zelfstandig* kunnen als 52 coderen.
- ☞ Hulpbehoefendheid als 59 met Persoon coderen.
- ☞ Aandoeningen aan het bewegingsapparaat (reuma, artritis, jicht) als 23 coderen wanneer de naam van de *ziekte* gebruikt wordt.
- ☞ Seks als *activiteit* als 48 coderen.

23 Gezondheid en ziekte

- gezondheid als waarde en toestand
 - niet gezond zijn
 - gezondheidsgedrag, zoals bezoeken aan artsen, operaties, medicijnen, ziekenhuisopname, gezond leven...
 - ziekten, ziek zijn, ook specifieke ziektes, zoals hart- en vaatziekten, kanker, neurologische aandoeningen (dementie, alzheimer, parkinson), psychische aandoeningen (fobieën, dwangmatig gedrag), ...
- ☞ Gezondheid of ziekte van *andere personen* als 57 met Persoon coderen.
- ☞ Lichamelijk of geestelijk gezond *oud worden* als 37 coderen.
- ☞ *Functionele* storingen aan het bewegingsapparaat als 22 coderen wanneer niet de naam van de ziekte gebruikt wordt.
- ☞ Gedeprimeerd zijn, zich depressief voelen, depressies, angst hebben als 13 coderen.
- ☞ Seksuele problemen als 22 coderen.

25 Eten, drinken, roken

- ook: veel eten, teveel eten, minder eten, minder drinken, stoppen met roken, minder willen roken, ...

30 Eigen leven, levensloop en dood

- Signaalwoorden: leven, alles, zo, ...

31 Omgang met leven en alledaagse werkelijkheid

- zich aan veranderende situaties aanpassen, verwachtingen terugschroeven, van iets afzien, zich bij iets neerleggen, ergens het beste van maken, verschillende levensdomeinen combineren, omgang met concrete problemen, stress en crises, compensatie, ...
- goed kunnen leven, ...
- oplossingen vinden, bedenken, ...
- controle over het leven hebben, hulpeloos zijn, machteloos zijn, ...
- organiseren, plannen, ...
- relativiseren

☞ Wanneer het omgaan met specifieke problemen genoemd wordt, dan worden doorgaans deze problemen gecodeerd. Bv. alleen leven goed aankunnen als 51 coderen, goed met pensioen kunnen omgaan als 44 coderen.

☞ *Omgang* met stress hier coderen. Stress als *gevoel* als 13 coderen. Stress in *beroep* als 44 coderen. Alle andere uitlatingen over stress als 33 coderen.

☞ *Zelfcontrole* als 12 coderen.

☞ Oncontroleerbaarheid van de *politiek* als 75 coderen.

32 Evaluaties van het eigen leven

☺ Bij uitspraken over het *eigen* leven samen met concrete anderen, ook Persoon coderen.

- Positieve evaluaties van het eigen leven, zoals tevredenheid met het leven, zich lekker voelen in het leven, goed gaan in het leven, niet ontevreden met het leven, niet slecht gaan in het leven, gelukkig leven, er goed voorstaan, niet mogen klagen...
- Negatieve evaluaties van het eigen leven, zoals niet tevreden zijn met het leven, ontevredenheid met het leven, slecht gaan in het leven, zich zorgen maken, ...
- Het leven is anders gelopen dan men gedacht heeft, ergens spijt van hebben, ...
- Het leven is zo gelopen als men gedacht heeft, het leven weer zo overdoen, ...

☞ *Succes en falen* in het leven als 14 coderen, ook al wordt het woord leven gebruikt.

☞ *Lang* leven als 34 coderen.

33 Levensstijl, manier van leven

☺ Bij uitspraken over het eigen leven samen met concrete andere, ook Persoon coderen.

- *zo* verder leven, het leven blijft zoals het is, ...
- mijn manier van leven veranderen, anders gaan leven, ...
- genieten van het leven, plezier in het leven, een zinvol leven, voldoening in het leven, een rustig leven, kalm leven, stress in het leven, nieuwe dingen willen beleven (openness to experience), ...

☞ Stress als *gevoel* als 13 coderen; *omgang* met stress als 31 coderen; stress in het *beroep* als 44 coderen; alle andere uitlatingen over stress hier.

☞ *Gezond* leven als 23 coderen.

34 Leven en sterven, eindigheid van het leven

- Beperkte levensduur, eindigheid van het leven, de resterende tijd, ...
- De tijd gaat snel voorbij
- Eigen dood
- Sterven, gewenste manier van sterven, zoals niet alleen sterven, snel verlost zijn, zonder pijn sterven, plotseling sterven, zonder lijdensweg sterven, een (lang) ziekbed hebben of krijgen ...
- Blijven leven, lang willen leven, niet willen sterven...
- Blij zijn dat men nog leeft, het leven is het belangrijkste, ...

☞ De dood van *andere personen* als 57 met Persoon coderen.

☞ Iemand *verliezen* als 51 coderen.

☞ *Oud (willen) worden* als 37 coderen.

36 **Belangrijke levensgebeurtenissen van de respondent**

- ☺ Eventueel Persoon coderen, wanneer het gaat om sociale levensgebeurtenissen als huwelijk.
 - Ook als een belangrijke levensgebeurtenis uitgebleven is.
 - Concrete gebeurtenissen zoals huwelijk, gouden huwelijk, kinderen krijgen, vader of moeder worden, geboorte van kinderen, kleinkinderen krijgen, grootvader of grootmoeder worden, scheiding, uit elkaar gaan, het vertrek van kinderen uit huis,...
 - Ook niet concrete levensgebeurtenissen, zoals ongeluk, slag van het noodlot, vallen
- ☞ Ziekte, werkloosheid en eigen dood resp. als 23, 44, 34 coderen.
- ☞ *Omgang* met belangrijke levensgebeurtenissen als 31 coderen.
- ☞ Belangrijke levensgebeurtenissen van *andere personen* als 57 met Persoon coderen.
- ☞ Kinderen, kleinkinderen hebben als 58 met Persoon coderen.

37 **Beleving van het eigen ouder worden**

- ☺ Bij uitspraken over samen met iemand oud worden ook Persoon coderen.
 - Oud zijn, oud worden, ...
 - Op een bepaalde manier oud worden, bv. bij goede lichamelijke of geestelijke gezondheid
 - Jonger willen zijn, zich jonger voelen
 - Het proces van ouder worden

38 **Oriëntering in de tijd als inhoud**

- Gerichtheid op het verleden, zich met het verleden bezighouden, herinneringen ophalen.
- Gerichtheid op het heden
- Gerichtheid op de toekomst
- ☞ Deze codes alleen gebruiken als de oriëntering in de tijd expliciet genoemd is.
- ☞ Zich dingen kunnen herinneren in de zin van cognitief functioneren als 22 coderen.

39 **Dagelijks tijdsbudget, vrije tijdsbudget**

- (Te) veel of (te) weinig tijd hebben
- Meer tijd hebben of willen hebben.
- Goed met de beschikbare tijd kunnen omgaan
- Een bepaald tijdstip noemen, zoals morgen, avond, ...
- Ook vroeg opstaan, laat naar bed gaan e.d.
- ☞ Tijd *voor* iets of iemand als een middel-doel relatie interpreteren: de activiteit resp. Persoon coderen; tijd *voor jezelf* als 41 coderen.

40 Activiteiten

☺ Voor alle codes 40 tm/ 49 geldt: Als de activiteit *samen* met andere personen wordt uitgevoerd, ook Persoon coderen. Activiteiten van *andere* personen als 57 met Persoon coderen.

41 Iets voor zichzelf doen, meer aan zichzelf denken, meer voor zichzelf doen, tijd voor zichzelf hebben

42 Actief zijn

- iets ondernemen, veel te doen hebben, bezigheden hebben, het druk hebben ...
- niet actief zijn, lui zijn, niets ondernemen, het rustiger aan doen, ontspannen, uitrusten, relaxen, ...

44 Beroepsloopbaan, werk, beroep, arbeid

- scholing en opleiding
- militaire of vervangende dienstplicht
- pensionering, VUT
- werkloosheid, werk zoeken, werk vinden, werk krijgen, ...
- (te)veel, (te) weinig werken, minder werken, meer werken
- carrière, succes in het werk, iets in het beroep bereiken, prestaties in het werk, ...
- omgang met werk

☞ Stress in het *beroep* als 44 coderen; Stress als *gevoel* als 13 coderen; *Omgang* met stress als 31 coderen; Alle andere uitlatingen over stress als 33 coderen.

45 Huishoudelijk werk

- poetsen, boodschappen doen, huishouden doen, huisvrouw zijn, huisman zijn, koken, bakken, ...

☞ Het *zelfstandig* voeren van een huishouden als 52 coderen.

48 Activiteiten in de vrije tijd

- hobby's, leuke dingen doen, leuke bezigheden, het naar de zin hebben, ...
- werk in de tuin, in de tuin zijn
- handwerken: breien, naaien, haken, kantklossen, macramé, borduren, ...
- handenarbeid, repareren, klussen, knutselen, behangen, schilderen, ...
- schilderen, tekenen, zingen, dichten, muziek maken, schrijven, ...
- bezig zijn met computers
- lezen van kranten, tijdschriften en boeken
- schaken, bridgen, kaarten, kruiswoordpuzzelen ...
- educatie, vorming, iets leren, zijn kennis uitbreiden, een taal leren ...
- op de hoogte blijven of zijn
- sport en lichaamsbeweging, zoals zwemmen, wandelen, dansen, ...
- in de natuur of buiten zijn
- vakantie, reizen, ergens heengaan
- naar een concert, film, theater, museum, tentoonstelling gaan
- auto rijden, rijbewijs hebben, rijbewijs halen, ...
- naar de radio luisteren, televisie kijken, naar muziek luisteren
- seks als activiteit, vrijen
- dieren hebben of verzorgen
- ergens zijn, zoals in warmere streken, in Praag, ...

☞ Lopen in de zin van het *functioneren* van het bewegingsapparaat als 22 coderen.

☞ Seksuele *problemen* als 22 coderen.

☞ Een taal spreken of beheersen als 16 coderen.

49 Maatschappelijk engagement

- vrijwilligerswerk, verenigingswerk, politiek actief zijn, iets voor het milieu doen, ...

☞ *Concrete* anderen helpen als 54 met Persoon coderen.

50 Sociale omgeving

☺ Voor alle codes 50 t/m 59 geldt: eventueel Persoon coderen.

51 Alleen zijn, zich eenzaam voelen

☺ Eventueel Persoon coderen.

- Geen partner hebben, alleenstaand zijn, alleen leven, ...
- Zich alleen, eenzaam of verlaten voelen, iemand missen, ...
- Contactbreuk, verlies van iemand, afscheid nemen ...
- Overledene missen, overledene terug willen hebben, aan overledene denken, ...

☞ Scheiding of uit elkaar gaan als 36 coderen.

52 Onafhankelijkheid, zelfstandigheid

☺ Eventueel Persoon coderen.

- Vrijheid, vrijheid van handelen, doen wat je zelf wil, ...
- Voor zichzelf zorgen, zelfstandig voeren van het huishouden, zichzelf kunnen redden, ...
- Zichzelf bezig kunnen houden, ...
- Voor zichzelf opkomen, assertiviteit, 'nee' kunnen zeggen, ...
- Te goed zijn voor anderen, geen 'nee' kunnen zeggen, ...
- Inperking van de persoonlijke vrijheid door concrete anderen.
- Eigen tempo bepalen.
- *Alleen* kinderen opvoeden.

☞ Een duidelijke aanwijzing dat zelfstandigheid bedoeld is moet aanwezig zijn. Signaalwoorden: zelf, zelfstandig, zonder hulp. *Ik ben er trots op dat ik mijn huishouden nog kan doen* als 45 coderen.

59 Hulpbehoevend zijn

☺ Eventueel Persoon coderen.

- afhankelijk zijn, hulp nodig hebben, op hulp aangewezen zijn, hulpbehoevend zijn, verpleegd worden, hulp willen ...
- anderen tot last zijn

☞ De behoefte aan hulp hier coderen. Hulp *krijgen* als 55 met Persoon, hulp *geven* als 54 met Persoon coderen.

53 Contact met andere mensen

☺ Eventueel Persoon coderen.

- Contacten hebben, bij anderen zijn, met anderen samen zijn of samen leven...
- Nieuwe contacten willen hebben, meer contacten leggen, ...
- Contacten onderhouden

☞ Kinderen, een partner, vrienden *hebben* als 58 met Persoon coderen.

54 Sociale karaktertrekken en gedrag van de respondent op anderen gericht R=>A

☺ Eventueel Persoon coderen.

- Een sociale rol goed vervullen
- Begrip, acceptatie, tolerantie, inlevingsvermogen, ...
- Vertrouwen, openheid, openhartigheid, te goed zijn ...
- Praten, vertellen, een redevoering houden, praten voor een groep, klagen, mopperen...
- Goed kunnen luisteren, aandacht geven, ...
- Eigenwijs zijn, ...
- Klagen, mopperen, ...
- Iemand bezoeken, iemand bellen, iemand een brief schrijven, ...
- Hulp geven, steun geven, ...
- Zich bekommeren om, zorgen voor, er voor iemand zijn, iemand materieel of financieel helpen, emotionele hulp, iemand raad geven, iemand opmonteren, ervaringen verder geven, hulp bij praktische dingen, ...
- Zorgen voor kinderen, kinderen opvoeden, ...
- Iemand verplegen, iemand verzorgen, ...
- Iets voor anderen betekenen, ...
- Spontaan zijn, zijn gevoelens kunnen uiten, ...

☞ Als het initiatief bij anderen ligt (bezoek, hulp *krijgen*, ...) 55 met Persoon coderen.

☞ *Alleen* kinderen opvoeden als 52 coderen.

55 Sociale karaktertrekken en gedrag van anderen gericht op de respondent: A=>R

☺ Eventueel Persoon coderen.

- Bezoek krijgen, gebeld worden, brief krijgen ...
- Positieve sociale karaktertrekken of gedrag van anderen tegenover de respondent
- Negatieve sociale karaktertrekken of gedrag van anderen tegenover de respondent
- Hulp krijgen, ondersteuning krijgen, respect krijgen, raad krijgen, opgemonterd worden, financieel geholpen worden, verzorgd worden, emotionele ondersteuning krijgen, ...
- Geen hulp krijgen, ...
- Hulp vragen, hulp aannemen, ...

✓ Als bij inductor 10 (Ik voel mij vaak ...) de oorzaak voor de emotie het gedrag van concrete andere personen is, hier coderen. Als het gaat om inperking van de vrijheid door andere personen 52 met Persoon coderen. Als de oorzaak het gedrag van politici of de regering is 75 coderen. Als een andere oorzaak genoemd wordt, alleen de emotie als 13 coderen.

☞ Ook als het gedrag van anderen een emotie veroorzaakt hier coderen, de emotie coderen. *Ik voel mij vaak boos als mijn moeder mij bekritiseert* (13, Persoon 07).

☞ Als het initiatief bij de respondent (bezoek *brengen*, ...) ligt 54 met Persoon coderen.

☞ Inperking van de vrijheid door concrete anderen als 52 met Persoon coderen.

☞ Hulp *nodig hebben* als 59 met Persoon coderen.

56 Kwaliteit van relaties die de respondent met anderen heeft: R<=>A

☺ Eventueel Persoon coderen.

- Huwelijk, vriendschap, relatie, ...
- Een gelukkige familie, een goed gezin, ...
- Positieve kwaliteit van relaties, zoals harmonie, rust, begrip, geluk in een relatie, gezelligheid, respect, liefde, solidariteit, geborgenheid, tederheid, genegenheid, ...
- Negatieve kwaliteit van relaties (ook zonder verdere specificatie), zoals ruzie, ergernis, agressie, wanbegrip, elkaar verkeerd begrijpen, teleurstelling, onverschilligheid, ...

57 Wensen, zorgen, gedachten die betrekking hebben op concrete anderen

☺ Persoon coderen, behalve wanneer onduidelijke aanduidingen gebruikt worden, zoals mijn omgeving, iedereen, mijn naasten.

- welzijn, gezondheid, ziekte, levensgebeurtenissen, opleiding, beroep, werk, levensonderhoud, financiële zekerheid, emoties van concrete andere personen ...

☞ Een gelukkige familie, een goed gezin, ... als 56 met Persoon coderen.

☞ Een familie, kinderen, partner, vrienden, ... *hebben* als 58 met persoon coderen.

☞ Activiteiten die de respondent samen met anderen uitvoert als 4f en Persoon coderen.

☞ Moreel gedrag van niet nader genoemde anderen als 74 coderen.

58 Persoon zonder meer

☺ Persoon coderen, behalve wanneer alleen een sociale rol genoemd is.

☞ Een goede uitoefening van een sociale rol als 54 met Persoon coderen. Het louter benoemen van een sociale rol hier coderen, bv. moeder zijn of echtgenote zijn (géén Persoon coderen). Een rol krijgen, bv. moeder worden als 36 coderen.

60 Materiële omgeving

61 Geld, financiële situatie, bezit

- goed met geld kunnen omgaan, sparen
- geld hebben, voldoende geld hebben, financiële zekerheid, rijk zijn ...
- de loterij winnen
- een goed pensioen hebben
- bezit, zoals auto

☞ Iemand financieel helpen als 54 met Persoon coderen.

☞ Huisbezit als 63 coderen.

63 Woonsituatie

☺ Bij samenwonen met anderen ook Persoon coderen.

- huis en woning, zoals eigen huis of woning hebben, huis of woning kopen of verkopen, huis bouwen, veranderen of renoveren, ...
- thuis zijn, in de eigen woning zijn, de tijd die men thuis doorbrengt, in bed liggen, ...
- verandering van de woonsituatie, zoals verhuizen, bejaardenhuis, verpleegtehuis, seniorenwoning, kleinere woning, aangepaste woning, dicht bij of verder weg van andere personen gaan wonen, ...
- Geluidsoverlast
- Stankoverlast

☞ Douche of bad als 21 coderen.

65 Het weer, jaargetijde

70 Maatschappij, politiek, religie

71 Eigen positie in de maatschappij

- Integratie, aanpassen aan de maatschappij, respect, waardering krijgen, ...
- Genegeerd, gepasserd worden, ...
- Nuttig zijn, nodig zijn, ...
- Politieke voorkeur, links, rechts, conservatief, progressief zijn, ...

☞ Nuttig zijn en nodig zijn voor concrete personen als 54 met Persoon coderen.

☞ Waardering en respect van concrete personen als 55 met Persoon coderen.

72 Kerk, geloof, religie, transcendentie

74 Politieke en maatschappelijke kwesties

- economie, milieu, werkloosheid, geweld, criminaliteit, oorlog, vrede, ...
- slechte moraal, algemene waarden bv. eerlijkheid ...
- geschiedenis, zoals Tweede Wereldoorlog, onafhankelijkheid Suriname, Indonesië, ...

☞ Gedrag van de respondent op dit gebied als 49 coderen.

75 Maatschappelijke instituties

- gedrag van politici en regering
- gedrag en mentaliteit van politici, politiek, oncontroleerbaarheid van de politiek, ...
- massamedia

✓ Als bij inductor 10 (Ik voel mij vaak ...) de oorzaak voor de emotie het gedrag van politici of de regering is hier coderen. Als de oorzaak het gedrag van concrete andere personen is, 55 met Persoon coderen. Als het gaat om inperking van de vrijheid door andere personen 52 met Persoon coderen. Als een andere oorzaak genoemd wordt, alleen de emotie coderen (13).

☞ Het gebruik van media als 48 coderen.

90 Overige, problematische uitspraken etc.

91 Inductor wordt bevestigd

- Bijvoorbeeld: *Wat mij aan het ouder worden bevalt... alles.*

92 Bij inductor 26: iedereen wordt ouder.

93 Geen antwoord

94 Weet niet

95 Ontkenning van de zinstam

- Bijvoorbeeld: *Ik voel me nogal slecht als... ik voel me nooit slecht.*

96 Uitspraak over het instrument

97 Onleesbaar antwoord

Personenlijst

- ☞ Als alleen een persoon genoemd wordt, 58 met Persoon coderen
- ☞ Een sociale rol *goed* vervullen als 54 met Persoon coderen; een sociale rol hebben zonder Persoon coderen.
- ☞ Alleen concrete andere personen coderen dus niet: men, iedereen, niemand, vrouwen, mannen, de mensheid.

00 Geen persoon genoemd

01 Partner; Partner *en ik*

- ☞ Indien *wij* genoemd is in de betekenis van partner en ik, hier coderen, bv. *Ik ben er trots op, dat...wij onze kinderen zo goed hebben opgevoed*. Indien niet duidelijk is of partner en ik bedoeld zijn, wij als Persoon 03 coderen. Inhoud coderen alsof er 'ik' staat.

03 Gezin, familie, vrouw *en kinderen*, man *en kinderen*, gezin *en kinderen*, ...

- ☞ Indien *wij* genoemd is in de betekenis van partner en ik, Persoon 01 coderen. Indien onduidelijk is wie met *wij* bedoeld is, dan hier coderen, bv. *Ik voel me pas echt goed...als wij op vakantie in Griekenland zijn*. Inhoud coderen alsof er 'ik' staat.

04 Eigen kinderen, schoonzoon of -dochter

- ☞ Eigen kinderen hier coderen; andermans kinderen met Persoon 11 coderen.

05 Kleinkinderen, achterkleinkinderen

- ☞ Eigen kleinkinderen hier coderen; andermans kleinkinderen met Persoon 11 coderen.

06 Kinderen *en* kleinkinderen

07 Ouders, schoonouders

08 Overige concrete familieleden: broer, zus, zwager, schoonzus, nicht, neef, ...

09 Vrienden en kennissen

10 Vrienden/kennissen *en* familie

11 Andere concrete personen, zoals collega's, burens, ...

