

.b140 188 46.

U.O.V.S. BIBLIOTEK

01

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER  
GEEN OMSTANDIGHED E UIT DIE  
BIBLIOTEK VERWYDER WORD NIE

University Free State  
  
34300000973754  
Universiteit Vrystaat

**DIE VERBAND TUSSEN PSIGOFORTIGENE  
FAKTORE, TOEKOMSTYDPERSPEKTIEF  
EN LEWENSTEVREDENHEID BY PERSONE NA  
TRAUMATIESE HOOFBESERINGS**

deur

**Anneri Helmand**  
(B.A., B.A. Hons.)

Verhandeling

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

**Magister Artium**  
(Voorligtingsielkunde)

in die

Fakulteit Geesteswetenskappe  
(Departement Sielkunde)

aan die

**Universiteit van die Vrystaat**

Studieleier: Prof. P.M. Heyns

Mede-studieleier: Dr. H. van den Berg

Bloemfontein

Desember 2001

Universiteit van die  
Oranje-Vrystaat  
BLOEMFONTEIN

- 9 MAY 2002

UOVS SASOL BIBLIOTEEK

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad B.A. Voorligtingsielkunde aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg op die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

Anneri Helmand  
Anneri Helmand

8 Februarie 2002  
Datum

## **BEDANKINGS**

---

**Aan my Hemelse Vader vir Sy liefde,  
seën en onmeetbare genade**

Aan die volgende persone, my opregte dank:

My studieleier, **Prof. P.M. Heyns**, vir u professionele leiding en geduld.

My mede-studieleier, **Dr. H. van den Berg**.

**Dr. K.G.F. Esterhuise**, vir u hulp met die statistiese bewerkings.

**Mev. R. Oosthuizen**, vir die taalversorging.

**Mnr G. van Rooyen**, stigter van die Brain Injury Group, vir u belangstelling en advies.

**Die personeel van Headway Johannesburg** sonder wie se hulp die uitvoer van die studie nie moontlik sou wees nie.

**Leiers van die ondersteuningsgroepe en deelnemers aan die studie**, vir julle samewerking en bereidheid om van julle ervaringe te deel.

**My ouers, Oom Klopper, Herman, Sarina en familie**, vir julle aanmoediging, ondersteuning, geloof en vertrouwe deur die jare.

**Jodri**, vir jou liefde en bystand die afgelope vier jaar.

## OPSOMMING

---

### **DIE VERBAND TUSSEN PSIGOFORTIGENE FAKTORE, TOEKOMSTYD-PERSPEKTIEF EN LEWENSTEVREDENHEID BY PERSONE NA TRAUMATIESE HOOFBESERINGS.**

***Sleutelterme: Traumatiese hoofbeserings, psigofortologie, psigofortigene faktore, koherensiesin, fortaliteit, algemene weerstandshulpbronne, lewenstevredenheid, psigologiese welstand, toekomstydperspektief, motiverende objekte.***

Traumatiese hoofbeserings kom redelik algemeen voor en word beskou as die leidende oorsaak van gestremdhede en breinskade by jong volwassenes. Die opdoen van 'n traumatiese hoofbesering kan verreikende gevolge vir 'n persoon inhou en hom/haar op fisieke, emosionele en kognitiewe terrein benadeel. Vir dié persone mag dit gevolglik moeilik wees om 'n redelike mate van psigologiese welstand en lewenstevredenheid te ervaar, aangesien hul algemene weerstandshulpbronne dikwels negatief beïnvloed word deur die gevolge van die hoofbesering. Die doel van hierdie studie was om ondersoek in te stel na die rol van psigofortigene faktore soos koherensiesin en fortaliteit, asook toekomstydperspektief in die bevordering van lewenstevredenheid by persone wat 'n traumatiese hoofbesering ervaar het. Sou daar gevind word dat sodanige faktore wel van waarde is in die uitbouing en instandhouding van die mate van lewenstevredenheid van hoofbeseerdes, kan dit 'n betekenisvolle bydrae lewer tot effektiewe rehabilitasieprogramme vir hoofbeseerdes.

Die ondersoek was tweeledig van aard, aangesien kwantitatiewe en kwalitatiewe data-ontledingsmetodes gebruik is. Die ondersoekgroep het bestaan uit 26 persone tussen die ouderdomme van 20 en 54 jaar wat 'n ernstige hoofbesering

opgedoen het. Die lede van die onderzoekgroep was óf opgeneem in 'n plaaslike hospitaal se intensiewe sorgeneheid, óf het ingeskakel by rehabilitasieprogramme vir hoofbeseerdes. Benewens 'n biografiese vraelys het die onderzoekgroep ook vier ander vraelyste voltooi. Vir die kwantitatiewe ondersoek is drie van die vraelyste benut om die verband tussen lewenstevredenheid en die psigofortigene faktore, koherensiesin en fortaliteit vas te stel. Die Lewenstevredenheidskaal van Diener, Emmons, Larsen & Griffen (1985), die Fortaliteitsvraelys van Pretorius (1998) en die Koherensiesinskaal van Antovovsky (1987), is vir die doeleindes benut. Ter bepaling van die verbande tussen voorafgenoemde veranderlikes is hiërgiese regressie-ontledings uitgevoer. Vir die kwalitatiewe ondersoek is die Toekoms-tydperspektiefvraelys van Nuttin (1985) gebruik, waar die ondersoekgroep se response gekodeer is op grond van die koderingsriglyne wat deur die opsteller van die vraelys voorsien is.

Uit die kwantitatiewe ondersoek het dit na vore gekom dat beide die psigofortigene faktore, koherensiesin en fortaliteit, 'n statisties beduidende rol speel in die mate van lewenstevredenheid wat die hoofbeseerdes ervaar, maar dat die grootste bydrae tot hul lewenstevredenheid, deur die faktor koherensiesin gelewer word. Uit die kwalitatiewe ondersoek is 'n aantal motiverende objekte wat die hoofbeseerdes se mate van lewenstevredenheid positief mag beïnvloed, geïdentifiseer. Die strewe na persoonlike en fisieke onafhanklikheid en positiewe ervaringe soos liefde, vreugde en vrede, die stel van nuwe lewensdoelwitte en die betrokkenheid by 'n werk- of studietaak, blyk 'n betekenisvolle invloed op die hoofbeseerdes se psigologiese welstand te hê. 'n Groter aanvaarding van die self ná die traumatiese gebeurtenis, en minder negatiewe gevoelens jeens ander persone se hantering van die hoofbeseerde, het ook 'n positiewe invloed op die mate van lewenstevredenheid wat die hoofbeseerde ervaar. Hierdie faktore behoort dus in 'n rehabilitasieprogram verreken te word om die hoofbeseerde se aanpassing in die samelewing en by die veranderde omstandighede te vergemaklik.

## SUMMARY

---

**THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOFORTOGENIC FACTORS, FUTURE TIME PERSPECTIVE AND SATISFACTION WITH LIFE IN PERSONS AFTER TRAUMATIC HEAD INJURIES.**

***Key terminology: Traumatic head injuries, psychofortology, psychofortogenic factors, sense of coherence, fortitude, general resistance resources, satisfaction with life, psychological well-being, future time perspective, motivational objects.***

Traumatic head injuries occur fairly generally and are regarded as the leading causes of disablement and brain damage in young adults. The sustaining of a traumatic head injury can have far-reaching consequences for an individual and can affect him /her on a physical, emotional and cognitive level. For such people it may therefore be difficult to experience a reasonable degree of psychological well-being and satisfaction with life, due to the fact that their general resistance resources are often negatively influenced by the consequences of a head injury. The aim of this study was to analyse the role of psychofortogenic factors such as sense of coherence and fortitude, as well as future time perspective in the promotion of satisfaction with life in persons that have experienced a traumatic head injury. Should it be found that such factors play an important role in the advancement and maintenance of the measure of satisfaction with life of people who have sustained head injuries, a valuable contribution can be made to effective rehabilitation programs for the head injured.

In this research a dualistic framework was used, as quantitative and qualitative data-methods of analysis were applied. The research group was compiled of 26 persons between the ages of 20 and 54 years who had suffered a serious head injury. The members of the research group were either admitted to the intensive



care unit of a local hospital or they were included in a rehabilitation program for the head injured. In addition to a biographical questionnaire the research group also completed four other questionnaires. For the quantitative research, three of the questionnaires were used to investigate the relationship between satisfaction with life and the psychofortogenic factors, sense of coherence and fortitude. The Satisfaction With Life Scale of Diener, Emmons, Larsen & Griffen (1985), the Fortitude Questionnaire of Pretorius (1998) and the Sense of Coherence Scale of Antonovsky (1987), were used for this study. In determining the relationships between the previously mentioned variables, hierarchical regression analyses were used. In the qualitative investigation the Motivational Induction Method of Nuttin (1985) was used, where the research group's responses were coded according to the coding directives that were provided by the compiler of the questionnaire.

From the quantitative research it became evident that both the psychofortogenic factors, sense of coherence and fortitude, statistically played a significant role in the measure of satisfaction with life that the head injured experienced. However, the greatest contribution to their satisfaction with life, was due to the factor sense of coherence. From the qualitative research, a number of motivational objects were identified that could positively influence the measure of satisfaction of life of those with head injuries. The striving for personal and physical independence and positive experiences such as love, joy and peace, the setting of new goals in life and the involvement with a job or study project, appears to have a meaningful influence on their psychological well-being. A greater acceptance of the self after the traumatic occurrence, and less negative feelings towards other people's approach to those with head injuries, also have a positive influence on the measure of satisfaction with life that the subjects experienced. These factors ought to be taken into account in rehabilitation programs to facilitate the head injured's adjustment in society and to the changed circumstances.

# INHOUDSOPGAWE

---

## Bladsy

### Hoofstuk 1

Inleiding: Oorsig van die studie	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Noodsaaklikheid van die studie	2
1.3 Doel van die studie	4
1.4 Waarde van die ondersoek	4
1.5 Uiteensetting van die inhoud van die manuskrip	5
1.6 Samevatting	6

### Hoofstuk 2

Literatuurstudie	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Traumatiese hoofbeserings	7
2.2.1 Definisie	7
2.2.2 Etiologiese faktore by hoofbeserings	8
2.2.3 Die tipes hoofbeserings	9
2.2.4 Breinanatomie, -organisasie en die effekte van hoofbeserings	10
2.2.4.1 Breinorganisasie	10
2.2.4.2 Essensiële breinanatomie	11
2.2.4.3 Die twee hemisfere van die brein	11
2.2.4.4 Die breinlobbe	12
2.2.5 Ernstigheid van die besering	14

2.2.6	Die gevolge van traumatiese hoofbeserings	16
2.2.7	Faktore wat die prognose van hoofbeserings bepaal	17
2.2.7.1	Demografiese faktore	18
2.2.7.2	Persoonlikheidsfaktore	18
2.2.7.3	Sosiale faktore	19
2.2.7.4	Samevatting	19
2.2.8	Herstel en rehabilitasie	20
2.2.9	Samevatting	21
2.3	Die rol van psigofortigene faktore by traumatiese hoofbeserings	22
2.3.1	Inleiding	22
2.3.2	Die konsep van psigofortologie: oorsprong en definiëring	22
2.3.2.1	Psigofortigene faktore en die hoofbeseerde	24
2.3.2.2	Koherensiesin	25
2.3.2.3	Algemene weerstandshulpbronne	26
2.3.3	Psigologiese welstand en lewenstevredenheid	28
2.3.4	Samevatting	29
2.4	Toekomstydperspektief	29
2.4.1	Inleiding	29
2.4.2	Tydperspektief: oorsig en definiëring	30
2.4.3	Toekomstydperspektief en motivering	32
2.4.4	Toekomstydperspektief en die hoofbeseerde	34
2.5	Samevatting	35

### Hoofstuk 3

Metode van ondersoek	36
3.1 Inleiding	36

3.2	Die navorsingsvraag en die doel van die ondersoek	36
3.3	Die ondersoekgroep	37
3.4	Die meetinstrumente	38
3.4.1	Lewenstevredenheidskaal/Satisfaction With Life Scale	39
3.4.1.1	Rasionaal	39
3.4.1.2	Aard, administrasie en interpretasie	39
3.4.1.3	Betroubaarheid en geldigheid	39
3.4.1.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	40
3.4.2	Koherensiesinskaal / Sense of Coherence Scale (SOC)	40
3.4.2.1	Rasionaal	40
3.4.2.2	Aard, administrasie en interpretasie	41
3.4.2.3	Betroubaarheid en geldigheid	41
3.4.2.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	42
3.4.3	Fortaliteitsvraelys / Fortitude Questionnaire (FORQ)	42
3.4.3.1	Rasionaal	42
3.4.3.2	Aard, administrasie en interpretasie	42
3.4.3.3	Betroubaarheid en geldigheid	43
3.4.3.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	43
3.4.4	Toekomstydperspektief en Motivering / Motivational Inductionmethod (MIM)	43
3.4.4.1	Rasionaal	43
3.4.4.2	Aard, administrasie en interpretasie	44
3.4.4.3	Betroubaarheid en geldigheid	45
3.4.4.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	45
3.5	Die navorsingsontwerp	45
3.5.1	Die kriteriumveranderlike	46
3.5.2	Die voorspeller veranderlikes	46
3.6	Insameling van gegewens	46
3.7	Statistiese prosedure	47
3.8	Samevatting	49

## Hoofstuk 4

Resultate en interpretasie	51
4.1 Inleiding	51
4.2 Deel 1: Kwantitatiewe ontleding	51
4.2.1 Beskrywende statistiek	51
4.2.2 Resultate van hiërargiese regressie-ontledings	55
4.2.3 Samevatting	56
4.3 Deel 2: Kwalitatiewe ontleding	57
4.3.1 Inleiding	57
4.3.2 Bespreking van die resultate op grond van hoof- en subkategorieë	60
4.3.2.1 Die Self	60
▫ Positiewe ervarings	60
▫ Negatiewe ervarings	61
▫ Vaardighede en vermoëns	63
▫ Onafhanklikheid	64
▫ Selfperservering of selfbehoud	65
4.3.2.2 Selfaktualisering	67
▫ Lewensdoelwitte	67
▫ Werk- en studiedoelwitte	69
4.3.2.3 Sosiale kontak	70
▫ Intieme kontak	70
▫ Goedgesindheid teenoor ander	71
▫ Voorwaardes wat aan ander gestel word	72
▫ Behoeftes aan ander se goedkeuring, aanvaarding en respek	73
4.3.2.4 Transenderende objekte	74
▫ Geloof en godsdiens	74

▫ Die wêreld se beskouing van die hoofbeseerde	75
4.3.2.5 Besittings	76
4.3.2.6 Toetsresponse en ongeklassifiseerde of blanko response	77
▫ Toetsresponse	77
▫ Ongeklassifiseerde en blanko response	77
4.3.3 Samevatting	78
4.4 Samevatting	79

## Hoofstuk 5

Gevolgtrekkings en aanbevelings	80
5.1 Inleiding	80
5.2 Doelstellings van die studie	81
5.3 Bespreking van gevolgtrekkings	81
5.3.1 Lewenstevredenheid en die hoofbeseerde	82
5.2.2 Psigofortigene faktore en lewenstevredenheid by hoofbeseerdes	83
5.2.3 Toekomstydperspektief en lewenstevredenheid by hoofbeseerdes	84
5.2.4 Samevatting	87
5.4 Tekortkominge van die studie en aanbevelings vir verdere navorsing	88

## BRONNELYS

BYLAE A: Toestemmingsbrief

BYLAE B: Inleidende brief en biografiese vraelys

## LYS VAN TABELLE EN FIGURE

---

<b>Tabel:</b>	<b>Bladsy:</b>
2.1: Klassifikasie van die ernstigheidsgraad van die besering op grond van die duur van die PTA (posttraumatiese amnesie)	15
2.2: Psigososiale voorspellers vir die herstel na 'n traumatiese hoofbesering	20
3.1: Frekwensiedistribusie van ondersoekgroep volgens enkele biografiese veranderlikes	38
4.1: Gemiddeldes en standaardafwykings vir die totale ondersoekgroep	52
4.2: Interkorrelasies vir die totale groep	54
4.3: Bydraes van die verskillende veranderlikes tot die variansie ( $R^2$ ) in lewenstevredenheid	55
4.4: Voorstelling van hoofkategorieë en subkategorieë	58
4.5: Klassifikasie van respondente volgens tellings behaal op die lewenstevredenheidskaal	59

### **Figuur:**

2.1 Die vier lobbe van die regterhemisfeer van die korteks	13
--	----

# HOOFSTUK 1

## INLEIDING: OORSIG VAN DIE STUDIE

### 1.1 INLEIDING

“No family is ever prepared to comprehend the full magnitude of the life changes the head injury creates. Most manage from day to day, learning as they go and drawing on reserves to get them through what they hope will be a short term situation with a satisfactory conclusion. Everyone rejoices with the first signs of awakening, thrills at the first attempts to communicate or walk, and feels very confident that rehabilitation can restore functional abilities. However, the physical recovery may be very misleading in some cases and families may not be adequately prepared for the cognitive and behavioral changes that may persist and be difficult to manage...” (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000).

‘n Hoofbesering hou dus verskeie moontlike gevolge vir die slagoffers sowel as vir hulle families in. Aanvanklik is oorlewing en bewussynsherwinning die grootste bron van kommer - en van blydschap indien dit wel beskore is. Soos wat die tyd egter verloop en die hoofbeseerde sy lewe moet hervat, is daar dikwels nagevolge van die besering wat hulle aanpassingsvermoë tot die uiterste beproef en die mate van lewenstevredenheid en psigologiese welstand wat die hoofbeseerde ondervind, in gedrang bring. Hierdie studie teiken gevolglik die populasie hoofbeseerdes as ondersoekgroep. Die noodsaaklikheid, doel en waarde van die studie word vervolgens bespreek.



## 1.2 NOODSAAKLIKHEID VAN DIE STUDIE

Daar is tans 'n tendens in die Sielkunde om die fokus te verskuif vanaf 'n preokkupasie met die opheffing van die disfunksionele in die lewe, na die uitbouing van positiewe kwaliteite. Dié veld in die Sielkunde – die psigofortologie – betrek subjektiewe ervarings soos onder meer hoop, optimisme, tevredenheid, die beskikbaarheid van ondersteuningsbronne en geloof as potensiële bronne van psigologiese krag wat persone in staat kan stel om effektief aan te pas by moeilike lewensomstandighede (Seligman & Csikszentmihayi, 2000).

Dit is egter belangrik dat die psigofortologie die impak van die daaglikse eise en struikelblokke van die lewe probeer verreken. Hoofbeserings kom redelik algemeen voor, trouens min neurologiese versteurings is so prevalent soos traumatiese hoofbeserings, wat 'n geskatte voorkomssyfer van 290 000 tot 325 000 nuwe gevalle per jaar wêreldwyd het (Raskin & Mateer, 2000). Hoofbeserings is die leidende oorsaak van gestremdhede by kinders en jong volwassenes en ook die hoofoorsaak van breinskade by jong volwassenes (Miller, 1992).

Die komplekse aard van hoofbeserings en die moontlike impak daarvan op verskeie dimensies van menslike funksionering, is kwessies wat reeds deur vele navorsers bestudeer is en nie meer bevraagteken word nie. 'n Vraag wat egter nog onbeantwoord is, is of die teenwoordigheid van sekere bronne van psigologiese krag, dan moontlik ook 'n rol kan speel in die mate van psigologiese welstand en lewenstevredenheid wat persone wat hoofbeserings beleef het, later ervaar en dus kan bydra tot die 'herstel' van die pasiënt.

Luria het in 1966 alreeds bevind dat die herstel van sekere breinfunksies by persone wat soortgelyke hoofbeserings opgedoen het, nie ewe suksesvol was nie. In sommige gevalle was daar spoedige herstel in breinfunksie, terwyl dit in ander gevalle 'n langsame proses was wat later 'n onomkeerbare defek gelaat

het. Volgens hom is dit hier waar die mediese faktore alleenlik, faal met bevredigende verklarings vir die moontlike herstel na 'n hoofbesering. Hierdie bevinding gee te kenne dat daar moontlik ook ander faktore betrokke is en 'n invloed mag hê op persone se mate van herstel na 'n hoofbesering.

Volgens Walsh (1985), is daar groeiende bewyse dat die kognitiewe en psigososiale faktore 'n groter bydrae lewer tot voortdurende ongeskiktheid na traumatiese hoofbeserings, as die fisieke gebreke. In 'n studie op 60 oorlewendes na ernstige hoofbeserings, het 38 na 'n 12 – 18 maande opvolg, geen fisieke defek getoon nie en dié gevalle is beskryf as 'n goeie herstel na 'n hoofbesering. Na 'n deeglike neuropsigologiese ondersoek van die groep, het dit na vore gekom dat 27 uit die 38 slagoffers tekens van psigososiale tekorte met of sonder kognitiewe inperkings getoon het.

Prigatano (1991) beklemtoon verder die kragtige invloed van die pasiënt se subjektiewe belewenis van die ervarings tydens die herstelfase op hulle uiteindelijke gedrag en hantering van die oorblyfsels van die neurosielkundige inperkings.

Dit word dus duidelik dat 'n hoofbesering sekere nagevolge mag hê wat nie alleenlik deur die aard van die besering verklaar kan word nie, maar afhanklik is van sekere belewenisse van die pasiënt ná die besering. Volgens die psigofortologie, sal behandeling van die hoofbeseerde dus nie net aanpassing behels by dit wat vir die pasiënt verlore is nie, maar ook die uitbouing en erkenning van dit wat behoue gebly het. Daar sal dus gefokus word op die uitbouing van faktore wat 'n persoon op sielkundige of psigologiese terrein bekragtig sodat 'n redelike mate van psigologiese welstand en lewenstevredenheid gehandhaaf kan word.

Die literatuur op die terrein van die psigofortologie verwys onder meer na konsepte soos koherensiesin en fortaliteit. Nog 'n faktor wat egter beskou word as 'n bron van psigologiese krag vanweë die motiverende invloed daarvan op

menslike gedrag, is persone se siening rakende die toekoms en die stel van doelwitte in die nabye en verre toekoms, of te wel, toekomstydsperspektief (Nuttin 1985).

Deur die faktore wat 'n persoon op sielkundige terrein kan bekragtig, naamlik psigofortigene faktore en toekomstydsperspektief, tesame met die mate van lewenstevredenheid wat ondervind word na 'n traumatiese hoofbesering, te meet, mag dus 'n aanduiding gee van die rol wat hierdie faktore by die 'herstel' en lewenstevredenheid van die hoofbeseerde speel.

### **1.3 DIE DOEL VAN DIE STUDIE**

Die volgende spesifieke doelstellings is vir hierdie ondersoek gestel:

- om vas te stel watter invloed het psigofortigene faktore soos koherensiesin en fortaliteit op die lewenstevredenheid van persone wat traumatiese hoofbeserings beleef het;
- om vas te stel watter invloed het hoofbeseerdes se toekomstydsperspektief op hul mate van lewenstevredenheid.

Oorkoepelend het hierdie studie dus ook ten doel om die toepaslikheid van faktore soos die psigofortigene faktore en toekomstydsperspektief in die konteks van die hoofbeseerde te ondersoek.

### **1.4 WAARDE VAN DIE ONDERSOEK**

Kennis oor die faktore wat 'n deurslaggewende rol kan speel in die bevordering van die lewenstevredenheid van persone wat traumatiese hoofbeserings opgedoen het, kan 'n belangrike bydrae lewer in die beplanning van

rehabilitasieprogramme tydens hierdie persone se herstelfase. Indien daar dus gevind word dat die psigofortigene faktore (koherensiesin en fortaliteit) en toekomstydsperspektief belangrike bydraes lewer in die lewenstevredenheid wat persone na 'n traumatiese hoofbesering ervaar, mag die insluiting van programme wat hierdie komponente tydens rehabilitasie versterk, 'n betekenisvolle bydrae lewer in die voorbereiding en aanpassing van die hoofbeseerde by sy/haar nuwe omstandighede.

### 1.5 'n KORT UITEENSETTING VAN DIE INHOUD VAN DIE MANUSKRIP

Die primêre elemente van hierdie navorsingsprojek is eerstens 'n literatuurstudie, waarna die empiriese ondersoek volg. Die hoofstukke is as volg ingedeel:

- In **Hoofstuk 2** word 'n literatuuroorsig gegee. Eerstens word daar aandag gegee aan die definisie, etiologie, aard en prognose van hoofbeserings, waarna die fokus verskuif na 'n bespreking van die invloed van faktore op die aanpassing van die hoofbeseerde. Verskillende konsepte uit die psigofortologie en die teoretiese agtergrond daarvan sal omskryf word.
- Die metodologie van die ondersoek word in **Hoofstuk 3** bespreek. Aspekte soos die navorsingsvraag, samestelling van die ondersoekgroep, die meetinstrumente wat gebruik is, die insameling van die gegewens, en die statistiese ontledingstegnieke wat toegepas is, sal aandag geniet.
- Die resultate en interpretasies van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe komponente van die studie word in **Hoofstuk 4** uiteengesit.
- **Hoofstuk 5** bied 'n kortlikse samevatting van die studie met gevolgtrekkings en aanbevelings wat spruit uit die resultate van die ondersoek.

## **1.6 SAMEVATTING**

In hierdie eerste hoofstuk is die doel en noodsaaklikheid van die studie bespreek en 'n kort oorsig oor die verdere verloop en hoofstukindeling van die manuskrip is verskaf. In die volgende hoofstuk, word 'n literatuuroorsig oor traumatiese hoofbeserings, die psigofortologie en psigofortigene konsepte, verskaf, waar die konseptualisering van hierdie terme ook duidelik uiteengesit sal word.

## HOOFSTUK 2

### LITERATUURSTUDIE

#### 2.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n literatuuroorsig oor traumatiese hoofbeserings, die psigofortologie en toekomstydsperspektief gegee. Die definiëring van traumatiese hoofbeserings, die etiologie en die gevolge daarvan sal eerstens bespreek word. Verskeie psigofortogene faktore asook die rol van verskillende weerstandshulpbronne in die bepaling van die psigologiese welstand van persone met traumatiese hoofbeserings sal dan bespreek word, waarna die konsep van toekomstydsperspektief verduidelik sal word.

#### 2.2 TRAUMATIESE HOOFBESERINGS

##### 2.2.1 Definisie

*"Head injury is any traumatic damage to the head resulting from penetration of the skull or deceleration of the brain within the skull." (Glanze, 1986)*

Die Brain Injury Association of Wisconsin (2000) beskryf 'n traumatiese hoofbesering as 'n impak op die brein, wat nie van degeneratiewe of kongenitale aard is nie, maar wat veroorsaak is deur 'n eksterne fisiese krag wat 'n verminderde of veranderde bewussynsstaat tot gevolg het. Dit het gewoonlik 'n tydelike of permanente verswakking in kognitiewe vermoëns of fisieke funksionering tot gevolg en kan ook 'n versteuring in gedrags- of emosionele funksionering teweegbring.

Die term 'hoofbesering' verwys na 'n besering aan die gedeelte van die skedel wat die brein omsluit, die omliggende vel en die inhoud van die kraniale holte (brein, kraniale senuwees, meninges en breinbloedvate). Dit is dus nie alleenlik beperk tot die brein nie en is gevolglik nie 'n eenvoudige besering met konstante kliniese manifestasies en 'n voorspelbare verloop nie. Intendeel, 'n besering van die brein en sy omringende lae mag 'n sneebaleffek van partefisiologiese response hê (Tyson, 1987).

In hierdie manuskrip word die term 'hoofbeserings' as 'n oorkoepelende term gebruik om al die vorme van breinbeserings en -versteurings in te sluit. Vervolgens word die etiologiese faktore betrokke by traumatiese hoofbeserings en die moontlike oorsake daarvan, bespreek.

### **2.2.2 Etiologiese faktore en die oorsake van hoofbeserings**

Drenth (1991) is van mening dat ongeveer 70% van alle ernstige ongelukke, beserings aan die brein, skedel of rugmurg sal veroorsaak. Die primêre oorsake van traumatiese hoofbeserings is motorongelukke, geweld – meestal deur vuurwapens – en valongelukke, veral onder die bejaarde deel van die bevolking. By mans is die risiko vir die opdoen van 'n traumatiese hoofbesering twee maal groter as by vrouens en jong mans tussen die ouderdomme van 18 en 35 jaar word die meeste deur hoofbeserings geraak (Rimel, Jane & Bond, 1990). Die feit dat jong aktiewe en gesonde mans dikwels deur hoofbeserings geraak word, maak dit een van die mees tragiese beserings (Jansen & Friedman, 1995).

Internasionale statistiek dui die volgende aan (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000):

- ◇ 'n Geskatte een miljoen mense word elke jaar vir traumatiese hoofbeserings in intensiewe sorgeenhede behandel.
- ◇ Meer as 50 000 mense sterf jaarliks as gevolg van 'n primêre hoofbesering.

- ◊ Motorongelukke is die primêre oorsaak van hoofbeserings. Dit veroorsaak 50% van alle traumatiese hoofbeserings.
- ◊ Valongelukke is die primêre oorsaak van hoofbeserings by bejaardes.
- ◊ Die voorkomssyfer van traumatiese hoofbeserings is die hoogste by adolessente, jong volwassenes en persone ouer as 75 jaar (nie in rangorde).

Wanneer daar na hoofbeserings in die Suid-Afrikaanse konteks gekyk word, beskryf Watts-Tunge en Tollman (1994) Suid-Afrika as een van die lande met die hoogste voorkoms van hoofbeserings ter wêreld. In Suid-Afrika is aanrandings egter die primêre oorsaak van traumatiese hoofbeserings, gevolg deur motorongelukke. Die risiko vir die opdoen van hoofbeserings, is nege keer groter by swart mense as by blankes.

Benewens die verskillende oorsake van hoofbeserings, word verskillende tipes hoofbeserings aangetref wat vervolgens bespreek sal word.

### **2.2.3 Die tipes hoofbeserings**

Twee tipes hoofbeserings kan geëien word (Holmes, 1988; Kaplan & Sadock, 1997; Kolb & Whishaw, 1990): 'n oop trauma, byvoorbeeld wanneer 'n skerp voorwerp die skedel binnedring, en 'n geslote besering, waar daar geen penetrasie van die skedel is nie. Laasgenoemde besering is baie meer algemeen en word grootliks deur motorongelukke veroorsaak.

Waar penetrerende (oop) beserings 'n gelokaliseerde area van die brein affekteer (daar waar die voorwerp binnedring), behels 'n geslote besering die aantasting van verskeie meganismes. Tydens die eintlike hoofbesering, stamp die brein dikwels verskeie kere heen en weer teen die skedel en verdere komplikasies ontstaan as gevolg hiervan. Breinbeserings kan dus 'n direkte of indirekte gevolg van 'n traumatiese hoofbesering wees en word vervolgens bespreek.



Breinbeserings kan in twee hoofkategorieë verdeel word, naamlik primêre en sekondêre breinbeserings (Giles & Clark-Wilson, 1993; Tyson, 1987):

'n **Primêre breinbesering** is 'n biomeganiese besering en word dikwels as 'n "impak" besering van die brein beskryf. Dit begin en eindig gewoonlik binne millisekondes en die kliniese effekte is onmiddellik en reeds maksimaal in aanvang. Die effek van die besering kan met 'n tydsverloop afneem, maar kan dus nooit in ernstigheidsgraad toeneem nie.

'n **Sekondêre breinbesering** word veroorsaak deur komplikasies van 'n biomeganiese besering van die brein, die omliggende strukture en lae, of die ekstrakraniale sisteme wat die brein ondersteun. In teenstelling met 'n primêre besering, kan 'n sekondêre besering 'n vertraagde aanvang hê en in ernstigheidsgraad toeneem.

Ter verduideliking van die impak van verskillende breinbeserings word die struktuur en organisasie van die brein vervolgens toegelig.

#### **2.2.4 Brein anatomie, -organisasie en die effekte van hoofbeserings**

'n Kort uiteensetting van die verskillende strukture van die brein asook die organisasie en funksies van die brein word kortliks in hierdie afdeling bespreek.

##### **2.2.4.1 Breinorganisasie:**

Die bekendste siening van breinfunksionering, is dié van die Russiese neuroloog en neurosielkundige, A.R. Luria (1966, 1973). Hy beskou die brein as 'n orgaan wat op grond van 'n wisselwerking tussen die onderliggende sisteme funksioneer, eerder as 'n orgaan wat bestaan uit blote diskrete areas wat afsonderlik funksioneer. Daarmee word bedoel dat 'n sekere funksie soos byvoorbeeld spraak, verskeie areas inkorporeer wat onderling met mekaar

verbind is. 'n Belemmering of onderbreking in die funksionering in enige van die betrokke areas kan dus lei tot 'n versteuring in die spesifieke funksie. 'n Kort uiteensetting en skets (figuur 2.1) van die anatomie van die brein, die funksionaliteit en die moontlike impak van skade, word vervolgens ter oriëntasie van die leser aangebied (Fouché, 1996; Howlett, 1993; Holmes, 1988; Kolb & Wishaw, 1990).

#### **2.2.4.2 Essensiële brein anatomie**

Die brein word omring deur verskeie beskermende membrane (meninges) wat weer omring word met serebrospinale vog wat die brein teen eksterne skade beskerm. Die brein is 'n voortsetting van die spinale koord (rugmurg) en waar die rugmurg die skedel binnedring, word die breinstam gevind wat bestaan uit die pons en die medulla. Die breinstam area reguleer basiese lewensfunksies soos asemhaling, temperatuur en hartklop. Skade aan een van dié dele is dikwels fataal. Net ná die breinstam, word die serebellum gevind wat 'n belangrike rol speel in motoriese koördinasie, veral fynspierkoördinasie.

#### **2.2.4.3 Die twee hemisfere van die brein**

Die brein kan grootliks verdeel word in twee hemisfere wat deur die corpus callosum met mekaar verbind word sodat inligting tussen die twee hemisfere uitgeruil kan word.

Die linkerhemisfeer word dikwels ook die verbale hemisfeer genoem aangesien die areas vir spraak hier geleë is. Verbale analises, wiskundige vermoëns en verbale begrip is funksies van die linkerhemisfeer. In die breë gesien, word dié hemisfeer geassosieer met logika, analitiese en gedetailleerde denke. Skade in dié gedeeltes van die brein lei gewoonlik tot motoriese of sensoriese probleme aan die regterkant van die liggaam, spraakprobleme en 'n mate van woordhanterings- of verbale probleme.

Die **regterhemisfeer** beheer weer motoriese en sensoriese funksies aan die linkerkant van die liggaam en word verder gekenmerk deur meer holistiese denke. Ruimtelike en musikale vermoëns word ook met die regterhemisfeer geassosieer. Skade aan dié hemisfeer lei gewoonlik tot motoriese en sensoriese probleme aan die linkerkant van die liggaam, ruimtelike probleme, 'n onvermoë om die gestalt van iets te begryp en probleme met die hantering van emosionele situasies. Dikwels word dit ook gevind dat diegene met regter-hemisferiese skade 'n onbewustheid van die inperkings na die hoofbesering openbaar, terwyl dié met linker-hemisferiese skade groter frustrasie beleef omdat hulle gewoonlik bewus is van die inperkings.

#### **2.2.4.4 Die breinlobbe**

Vir die doeleindes van die studie is 'n gedetailleerde uiteensetting van die anatomie van die brein en die spesifieke gelokaliseerde funksies daarvan, onnodig. 'n Bondige bespreking van die funksionaliteit van die brein, word bloot verskaf ter verduideliking van die diversiteit wat die effekte van hoofbeserings kan inhou. Die lokalisering van die breinlobbe word op figuur 2.1 aangetoon.

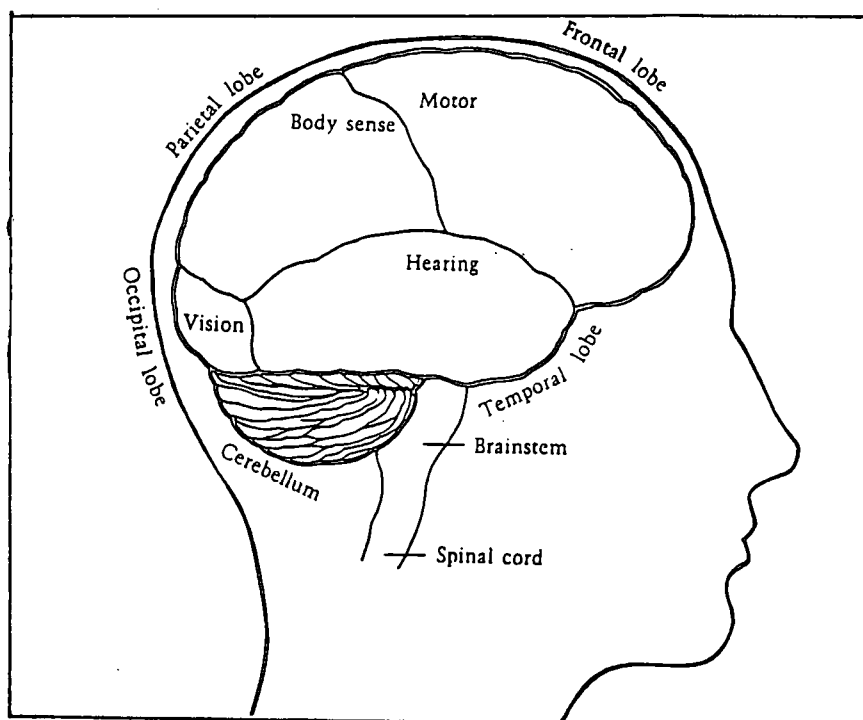
**Die oksipitale lobbe:** Die vername funksies van dié lobbe is visuele resepsie en analise. Skade hier lei normaalweg tot een of ander visuele versteuring, van blindheid tot beperkte visie of herkenning.

**Die pariëtale lobbe:** Die pariëtale lobbe is verantwoordelik vir die ontvangs en interpretasie van inkomende taktiele (gevoels-) sensasies van die liggaam. Skade in dié gedeelte van die brein lei dus tot probleme met fisieke sensoriese aspekte. Motoriese en ruimtelike probleme mag ook ervaar word vanweë die versteurde sensoriese terugvoer.

**Die temporale lobbe:** Behalwe vir die moontlike inperking van gehoor en klankdiskriminasie, kan skade aan dié gedeeltes van die brein ook probleme met geheue, emosionele reaksies asook die herkenning van emosies teweegbring.

**Die frontale lobbe:** Die prefrontale gedeeltes (net bo die oë), is die gedeelte van die brein wat sosiale gedrag en persoonlikheid beheer. Hierdie deel word ook met beplanning, organisasie en oordeel geassosieer. Die frontale lobbe bevat ook die area wat verantwoordelik is vir verbale uitdrukking (Broca se area). Swak oordeelsvermoë, impulsiwiteit, onvermoë om take af te handel en verlaagde sosiale diskresie, word dikwels aangetref by persone met skade aan die frontale lob.

'n Hoofbesering word nie net op grond van die lokalisering daarvan geklassifiseer nie, maar ook op grond van die ernstigheidsgraad van die besering. Dit word in die volgende afdeling bespreek.



**Figuur 2.1: Die vier lobbe van die regterhemisfeer van die korteks (Luria, 1973, p.45).**

### 2.2.5 Ernstigheidsgraad van die besering

Om 'n besering op grond van die ernstigheidsgraad te klassifiseer, is belangrik aangesien dit 'n essensiële faktor in die assessering, prognose en duur van herstel by die hoofbeseerde is (Long & Schmitter, 1992). Gewoonlik ervaar hoofbeseerdes ten minste 'n kort tydperk van bewussynsverlies met 'n daaropvolgende amnesie van die trauma en die periode wat onmiddellik daarop volg. Die duur van die post-traumatiese amnesie (PTA) word beskou as die beste indeks van die ernstigheidsgraad van die besering (Garner, 1990; Kaplan & Sadock, 1997; Russel, 1971) en verwys na die tydperk waarin die individu nie oor die vermoë beskik om nuwe inligting te stoor of te herroep nie. In Tabel 2.1 word die klassifikasie van die ernstigheidsgraad van die besering op grond van die duur van die PTA (Miller, 1992) uiteengesit. Die teenwoordigheid van PTA suggereer dat spesifieke neuronale meganismes van die brein beseer is – werklik 'n traumatiese hoofbesering!

By oop (penetrerende) beserings is die ernstigheidsgraad van die besering dikwels opsigtelik, terwyl dit by geslote beserings nie die geval is nie. In laasgenoemde gevalle is die duur en diepte van bewussynsverlies en die daaropvolgende amnesie die beste voorspellers van die ernstigheidsgraad van die besering (Garner, 1990). Die ernstigheidsgraad van oop en geslote beserings, strek van 'n algehele omkeerbaarheid van die versteuring in breinfunksie tot 'n onomkeerbare versteuring daarvan (Adams, Parsons, Culbertson & Nixon, 1996; Tyson, 1987).

Volgens Miller (1992) is daar by minimale tot ligte hoofbeserings (PTA van 24 uur en minder) 'n groter moontlikheid vir volkome herstel, terwyl daar by matige tot baie ernstige hoofbeserings (PTA van 'n dag of langer), 'n groter moontlikheid vir sekere blywende tekortkominge bestaan. Hy onderskei tussen geringe of ernstige hoofbeserings soos volg: 'n geringe hoofbesering behels slegs besering

van die vel rondom die skedel en chirurgiese behandeling van die brein is nooit nodig nie. Daarenteen behels 'n ernstige hoofbesering 'n besering van die

**Tabel 2.1. Klassifikasie van die ernstigheidsgraad van die besering op grond van die duur van die PTA (Miller, 1992).**

<u>Ernstigheid van besering</u>	<u>PTA</u>	<u>Hospitalisasie</u>	<u>Herstel-tydperk</u>	<u>Terugkeer na werk</u>
Minimaal	1-5 min			1 maand
Baie lig	5-60 min	2 dae	1 maand	2 maande
Lig	1-24 uur	7 dae	1-3 maande	4 maande
Matig	1-7 dae	>7 dae	3-9 maande	6 maande
Ernstig	8-28 dae		3-12 maande	1 jaar
	Baie ernstig	29+ dae		24+ maande

skedel, brein, senuwees en are van die brein, asook van die omringende dele van die brein. Laasgenoemde beserings verteenwoordig die veld van beserings waarop die onderhawige navorsing fokus. Sodanige beserings het dikwels sekere komplikasies wat 'n moontlike effek op die funksionering van die brein kan hê en die volgende kan insluit:

- ◊ Hematomas: 'n versameling van bloed in die weefsel buite die bloedvate van die brein. Die lokalisering van die hematoom (epiduraal, subduraal of intraserebraal) het 'n invloed op die prognose van die pasiënt se herstel en ernstigheidsgraad van die besering.
- ◊ Verhoogde intrakraniale (binne die skedel) druk
- ◊ Intrakraniale infeksies
- ◊ Breinswelling en edeem
- ◊ Epileptiese aanvalle

Ernstige hoofbeserings hou dikwels sekere gevolge in wat 'n invloed op die slagoffers se funksionering het. Hierdie moontlike gevolge word in die volgende gedeelte bespreek.

### **2.2.6 Die gevolge van traumatiese hoofbeserings**

Serebrale trauma is die mees algemene gevolg van 'n hoofbesering en kan die brein op verskeie maniere affekteer. Die trauma kan direk lei tot breinskade, die bloedtoevoer na die brein inhibeer, bloeding in die brein veroorsaak of lei tot swelling en verhoogde druk binne die skedel (Kolb & Whishaw, 1990). Die gevolge hiervan kan vir die beseerde kognitiewe, fisieke en emosionele implikasies inhou en kan soos volg opgesom word (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000; Kaplan & Sadock, 1997):

Kognitiewe gevolge kan die volgende insluit:

- ◇ verlies van korttermyn- en/of langtermyngeheue
- ◇ 'n vertraagde vermoë om inligting te proses
- ◇ probleme om te konsentreer of aandag te skenk vir sekere tydspanes
- ◇ probleme om gesprekke te volg; asook ander kommunikasie defekte soos woordvindingsprobleme
- ◇ ruimtelike disoriëntasie
- ◇ organiseringsprobleme en ingeperkte oordeel
- ◇ inperking van probleemoplossingsvaardighede
- ◇ onvermoë om meer as een ding op 'n slag te doen

Fisieke gevolge kan insluit:

- ◇ enige tipe epileptiese aanval
- ◇ spastiese spiere
- ◇ dubbel- of ingekorte visie; selfs blindheid

- ◇ verlies van reuk of smaak
- ◇ inkortings van spraak, byvoorbeeld stadige of sleeptong spraak
- ◇ hoofpyn of migraine
- ◇ moegheid; 'n verhoogde behoefte aan slaap
- ◇ koördinasie- of balansprobleme
- ◇ pyn

Emosionele gevolge kan insluit:

- ◇ probleme om take of aktiwiteite te inisieer of te voltooi
- ◇ verhoogde angs
- ◇ depressie en gemoedskommeling
- ◇ ontkenning van tekorte of inperkings
- ◇ impulsiewe gedrag
- ◇ verhoogde aggressie en irritasie
- ◇ egosentriese gedrag; beperkte insig in die effek van hul gedrag op ander

Ná 'n periode van posttraumatiese amnesie, is daar gewoonlik 'n 6 – 12 maande hersteltydperk waarna die oorblywende simptome gewoonlik permanent van aard is (Kaplan & Sadock, 1997). Faktore wat die prognose van 'n hoofbesering bepaal, sal vervolgens bespreek word.

### **2.2.7 Faktore wat die prognose van hoofbeserings bepaal**

Traumatiese hoofbeserings het 'n baie onvoorspelbare verloop van herstel en verskeie faktore dra by tot die uiteindelijke uitkomst. Behalwe vir die ernstighedsgraad en die tipe besering, is daar ook ander psigososiale faktore wat 'n rol speel in die prognose van die hoofbeseerde. Dié faktore word vervolgens onder die volgende hoofde bespreek: demografiese faktore, persoonlikheidsfaktore en sosiale faktore (Adams *et al.*, 1996; Brain Injury



Association of Wisconsin, 2000; Giles & Clark-Wilson, 1993; Newcombe, 1982; Rosenthal & Muir, 1983).

### **2.2.7.1 Demografiese faktore**

'n Persoon se ouderdom tydens die opdoen van die besering is van die belangrikste voorspellers vir 'n goeie herstel. 'n Negatiewe korrelasie is gevind tussen die mate van herstel ná 'n hoofbesering en 'n toename in ouderdom. Soos volwassenes ouer word, styg die mortaliteitsyfer en die kanse vir 'n goeie herstel, verminder. Die verskeie navorsers het bevind dat persone tussen die ouderdom van 5 en 30, oor die algemeen 'n beter prognose het as ander ouderdomsgroepe. Die effek van ouderdom word veral betekenisvol ná die ouderdom van 40 en 'n swak prognose vir betekenisvolle herstel is by bejaardes (ouer as 60) gevind.

Faktore soos opvoedkundige vlak, beroep, gesinsgeskiedenis, vorige siektes, skool- en werksprestasie en sosio-ekonomiese status, gee gewoonlik 'n goeie aanduiding van 'n persoon se funksionering voor die trauma en is nodig om die subjektiewe ervarings van die persoon en die werklike impak van die beserings te begryp.

### **2.2.7.2 Persoonlikheidsfaktore**

Premorbiede persoonlikheidsaanpassing speel 'n belangrike rol in die prognose van die hoofbeseerde. Minder egosentriese, meer verantwoordelike en sosiaal-ingestelde persone, herstel gewoonlik beter na die trauma. Daar is ook gevind dat 'n redelike mate van persoonlike onafhanklikheid voor die hoofbesering, ook 'n positiewe korrelasie met goeie herstel het. Vorige bewyse van emosionele onstabieliteit, kriminele oortredings en substansmisbruik, korreleer weer negatief met goeie herstel. Garner (1990) het bevind dat persone met 'n sterk wil en innerlike motivering om positiewe doelwitte na te strew, neig tot 'n vinniger en

beter herstel. Persone wat betekenisvolle persoonlikheidsveranderinge ervaar ná 'n traumatiese hoofbesering, het gewoonlik 'n geringe neiging om terug te keer na hulle vorige werk, het minder belangstellings, toon 'n laer nie-verbale IK, ervaar meer geheueprobleme en het minder vriende.

### **2.2.7.3 Sosiale faktore**

Psigososiale faktore lewer dikwels 'n groter bydrae tot die totale tekortkominge wat die hoofbeseerde ervaar, as die neurologiese faktore. 'n Sterk sosiale ondersteuningsstelsel kan as 'n buffer teen stres dien, wat 'n persoon se kans op herstel verbeter. Daar is gevind dat individue wat tot 'n hoër vlak van funksionering of bo verwagting vinnig herstel, persone is wat goeie sosiale ondersteuning geniet. Die gesin kan beskou word as die hoofbron van sosiale ondersteuning en help die hoofbeseerdes in die proses om 'n nuwe identiteit te vorm en om bewus te raak van wie hulle was en wie hulle nou is.

### **2.2.7.4 Samevatting**

Die vlak van funksionering voor die besering speel 'n kritiese rol in die begrip van die effek van die hoofbesering op die persoon se huidige funksionering en die probleme wat ervaar word. Dit mag ook dien as 'n riglyn vir die persoon se prognose van herstel. In Tabel 2.2 word 'n kort uiteensetting verskaf van faktore wat op 'n positiewe prognose dui, teenoor dié wat op 'n negatiewe prognose mag dui (Adams *et al.*, 1996). Verskeie faktore dra dus by tot die prognose van 'n hoofbesering. Ná afloop van die rehabilitasieproses, beteken dit nie dat die hoofbeseerde sy/haar lewe net soos vroër sal kan hervat nie, maar die teenwoordigheid van sekere faktore mag egter 'n positiewe invloed hê op die prognose. Met goeie ondersteuningsstelsels en persoonlikheidskenmerke kan dié persone dus 'n hoër mate van tevredenheid in hulle lewe ervaar. (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000).

**Tabel 2.2: Psigososiale voorspellers vir die herstel na 'n traumatiese hoofbesering (Adams *et al.*, 1996)**

<b>Positiewe prognose:</b>	<b>Negatiewe prognose:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Jonger as 30 jaar</li> <li>▫ Geen vorige breinbesering</li> <li>▫ Geen geskiedenis van substans-misbruik</li> <li>▫ Goeie akademiese prestasies</li> <li>▫ 'n stabiele werksgeskiedenis</li> <li>▫ sterk sosiale ondersteuningsnetwerke</li> <li>▫ geen vorige botsing met die gereg</li> <li>▫ premorbiede finansiële en geografiese onafhanklikheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ ouer as 40</li> <li>▫ vorige breinbesering</li> <li>▫ 'n geskiedenis van substans-misbruik</li> <li>▫ swak akademiese prestasies</li> <li>▫ 'n onstabiele werksgeskiedenis</li> <li>▫ swak of geen sosiale ondersteuningsnetwerke</li> <li>▫ 'n kriminele geskiedenis</li> <li>▫ geen geskiedenis van onafhanklikheid</li> </ul>

Vervolgens word daar aandag gegee aan die herstel en rehabilitasie van die hoofbeseerde.

### **2.2.8 Herstel en rehabilitasie**

Die moontlike kanse op herstel na 'n traumatiese hoofbesering het in die afgelope tyd dramaties verbeter danksy vinniger en meer gesofistikeerde mediese behandelingstegnieke (Begali, 1987; Giles & Clark-Wilson, 1993). Of 'n persoon weer sy lewe kan hervat soos voor die besering, hang af van die mate van residuele fisieke inperkings, oorblywende kognitiewe vermoëns, sielkundige aanpassing en die mate van emosionele en sosiale ondersteuning wat die persoon tydens en ná die herstelfase ontvang (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000; Hackler & Tobis, 1983).

Die herstel na 'n traumatiese hoofbesering mag 'n redelike tyd in beslag neem. Die pasiënt mag vir 'n tyd gehospitaliseer wees, waarna spesifieke behandeling soos spraakterapie, fisioterapie en arbeidsterapie, asook die aanleer van kognitiewe, geheue, en sosiale tegnieke aangewese is. Persoonlike berading is ook 'n belangrike deel van die rehabilitasieprogram (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000).

Die grootste mate van herstel vind gewoonlik in die eerste 6 tot 12 maande na die besering plaas en 'n plato word gemiddeld na die eerste 2 jaar bereik (Adams *et al.*, 1996). Volgens Garner (1990) is daar egter bewyse dat herstel oor etlike jare na die besering nog kan voortduur. 'n Breinbeseerde moet dus nooit te haastig wees om al sy/haar vorige aktiwiteite te hervat nie, aangesien dit tot gevoelens van frustrasie en mislukking mag lei. Depressiwiteit, angs en sosiale onttrekking kan dan ontstaan. Indien die persoon 'n noodwendige en onvermydelike hersteltydperk verreken, kan negatiewe ervarings beter hanteer word.

### **2.2.9 Samevatting**

In die voorafgaande gedeelte is die term 'traumatiese hoofbeserings' gedefinieer en bespreek en die etiologie, tipes hoofbeserings, die ernstigheid, prognose en die moontlike gevolge van hoofbeserings, is toegelig. 'n Kort uiteensetting van die anatomie en organisasie van die brein en breinfunksies is verskaf as agtergrondkennis vir die dieper begrip wat nodig is om die "wêreld" van die hoofbeseerde te betree.

Daar word nou oorgegaan na die bespreking van die konsepte van psigofortologie en toekomstydsperspektief, asook die rol wat verskillende psigofortogene faktore by die hoofbeseerde kan speel.

## **2.3 DIE ROL VAN PSIGOFORTIGENE FAKTORE BY TRAUMATIESE HOOFBESERINGS**

### **2.3.1 Inleiding**

'n Hoofbesering is dikwels 'n katastrofiese gebeurtenis wat 'n drastiese impak op 'n persoon se funksionering tot gevolg kan hê. Aanpassing by die negatiewe gevolge van die hoofbesering, behels die besef dat omstandighede nie verander kan word nie, maar aanvaar moet word om lewenstevredenheid of –ervulling te ervaar (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000).

Met hierdie positiewe siening of uitkyk teenoor die lewe, word daar beweeg op die terrein van die psigofortologie waar die fokus op psigologiese welstand, eerder as op patologie val. Vervolgens gaan die oorsprong en definisie van die konsep 'psigofortologie' bespreek word, waarna kernkonsepte uit hierdie benadering bespreek en op die hoofbeseerde van toepassing gemaak sal word.

### **2.3.2 Die konsep van psigofortologie: oorsprong en definisie**

In 1979 ontwikkel Antonovsky die term “salutogenese” wat fokus op die oorsprong van gesondheid eerder as op dié van siekte (patogenese). Volgens Strümpfer (1990) verteenwoordig salutogenese 'n verskeidenheid van konstrukte soos krag, stamina, selfdoeltreffendheid, interne/eksterne lokus van kontrole, persoonlike oorsaaklikheid en selfrigtinggewendheid. 'n Gemeenskaplike fokuspunt van hierdie konstrukte is dat dit gegrond is op 'n nie-patologiese perspektief rakende die lewe en stresvolle gebeure, en dus op psigologiese welstand fokus.

In 1998 stel Wissing en Van Eeden die term “psigofortologie” voor wat as “die wetenskap van psigologiese kragte” gedefinieer kan word en fokus op die

bestudering van dit wat die mens op sielkundige terrein sterk maak en in staat stel om spanning suksesvol te hanteer.

Pretorius (1997) ontwikkel in die verband die konstruk "fortaliteit" (lewensmoed) as antwoord op die vrae van Antonovsky (1987) en Strümpfer (1995), naamlik: "hoe oorleef of cope sommige mense ten spyte van uiters moeilike omstandighede?" Fortaliteit is volgens Pretorius (1997) die vermoë om stres te hanteer en gesondheid te handhaaf en bestaan uit die volgende dimensies:

- 'n Positiewe beoordelende bewustheid van die self: dit strek van die beoordeling van spesifieke sake soos eie effektiwiteit, probleemoplossing en beheer en bevoegdheid waaroor die self beskik, tot 'n positiewe globale beoordeling van die self.
- 'n Positiewe beoordelende bewustheid van die gesinsomgewing: dit sluit 'n positiewe beoordeling in van die ondersteuning wat ontvang word van die gesin, die hoeveelheid konflik en kohesie tussen die verskillende gesinslede en die beoordeling van die waardes wat deur die gesin gehandhaaf word.
- 'n Positiewe beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander: dit sluit in die kwantiteit en kwaliteit van die ondersteuning en die effektiewe gebruik van hierdie ondersteuningsisteme.

Volgens Pretorius (1998) is dit relatief onafhanklike dimensies wat afsonderlik van mekaar bestudeer kan word. Hy is egter van mening dat hoë vlakke van psigologiese sterkte eers tot openbaring kom wanneer al die dimensies prominent teenwoordig is by 'n persoon. Hy vind verder dat fortaliteit 'n ondersteunende rol ten opsigte van gesondheid, lewenstevredenheid, positiewe affek en psigologiese welstand speel. Die vraag wat nou egter ontstaan, is watter rol sodanige psigofortigene faktore by hoofbeseerdes se herstelproses en aanpassingsvermoëns speel. Die rol van enkele psigofortigene faktore wat

moontlik 'n rol in die herstelproses van die hoofbeseerde persoon speel, sal vervolgens bespreek word.

### **2.3.2.1 Psigofortigene faktore en die hoofbeseerde**

Relatief min ondersoek van kwalitatiewe aard is tot dusver oor die ervarings en behoeftes van die hoofbeseerde en sy/haar gesin beskikbaar. Die literatuur konsentreer oor die algemeen op meer waarneembare belewenisse en behoeftes wat nie noodwendig die volle werklikheid weerspieël nie (Fouché, 1996). Die ervaring van hoofbeseerdes getuig egter van 'n lewe ná die traumatiese hoofbesering. Dié lewe is egter dikwels radikaal anders as die lewe voor die trauma (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000).

Ná 'n traumatiese hoofbesering is dit vir die slagoffer dikwels moeilik en 'n groot uitdaging om weer na 'n vorige werk terug te keer of om skoolopleiding of studie te hervat. Hulle moet dikwels aanpas by 'n nuwe en veranderende persoonlikheid met sekere beperkings, wat nie altyd verstaan word deur diegene rondom hulle nie (Rocchio, 1998). Nuwe doelwitte moet gestel word en besluite geneem word rakende die persoon se nuwe self en sy/haar plek in die samelewing. Gesinslede gaan dikwels deur 'n soortgelyke proses. Hulle sienings van die persoon met 'n breinbesering moet dikwels verander word, terwyl die gesinsrolle geherdefinieer word en die gesinslede by die veranderde rolle moet aanpas (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000). Die hele gesin word dus geraak en beleef 'n tydperk waar geweldige aanpassings gemaak moet word.

Die meeste hoofbeseerdes tref 'n duidelike onderskeid tussen die stadiums vóór en ná die trauma. Hulle praat ook dikwels van hulle "ou" en "nuwe" lewe. Sommige sien die trauma in retrospeksie, as 'n kritiese draaipunt in hulle lewe wat daartoe gelei het dat hulle meer vervullende lewens ervaar, meer van hulself aan ander en die lewe gee, en die talente waaroor hulle nog beskik, ten volle

benut (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000). Waar sommige 'n positiewe uitkoms van die trauma beleef, word ander egter hoofsaaklik negatief geaffekteer. Die vraag is dan wat die verskillende faktore is wat sommige help om die onvermydelike gevolge van 'n traumatiese hoofbesering te aanvaar en wat bogenoemde verskille kan verklaar.

In 'n soeke na 'n antwoord op die vrae is dit gepas om enkele van die kernkonsepte vanuit Antonovsky se siening van salutogenese (die psigofortologie), naamlik dié van koherensiesin en algemene weerstandshulpbronne kortliks te bespreek.

### **2.3.2.2 Koherensiesin**

Antonovsky beskryf dié sleutelterm soos volg (1987; p.19):

“A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; (3) these demands are challenges worthy of investment and engagement.”

Koherensiesin is dus 'n disposisionele oriëntasie – 'n oriëntasie teenoor die lewe met al sy eise en nie 'n persoonlikheidstrek of vaste gedragsgeneigdheid nie. Volgens Antonovsky (1987) kan drie komponente daarvan geëien word, naamlik verstaanbaarheid, beheerbaarheid en sinvolheid. Die terme word soos volg omskryf:



- 1) **Verstaanbaarheid** verwys na die mate waartoe die ervaring van stimuli op 'n eksterne of interne vlak, duidelik, georden en as gestruktureerd en konstant beleef word. Dit is dus aanduidend van die mate waartoe 'n persoon ervaar dat sy persepsies op 'n kognitiewe vlak sin maak en voorspelbaar is.
- 2) **Beheerbaarheid** kan weer gesien word as die mate waartoe persone die gebeure in hul lewe as draaglik ervaar, of as iets wat vir hulle hanteerbaar of selfs 'n uitdaging is. Die beskikbare hulpbronne wat iemand help om aan sekere eise te voldoen, is dus baie belangrik. Die kognitiewe aard van hierdie komponent kom ook duidelik na vore.
- 3) **Betekenisvolheid** het in teenstelling met die vorige twee komponente, 'n emosionele toon en kan gesien word as die mate waartoe 'n persoon voel dat sy/haar lewe op 'n emosionele, eerder as 'n kognitiewe vlak, sin maak en of sekere lewenseise of –uitdagings die energie en moeite werd is om aan te pak.

### 2.3.2.3 Algemene weerstandshulpbronne

Algemene weerstandshulpbronne het hoofsaaklik hul oorsprong in verskeie lewenservaringe soos onder meer opvoeding, sosiale rolle, interpersoonlike verhoudings en toevallige lewensgebeure. Volgens Strümpfer (1990) kan dit gedefinieer word as faktore wat teenwoordig is by 'n persoon, groep, subkultuur of die samelewing en 'n fasiliterende rol speel ten opsigte van die suksesvolle hantering van 'n wye reeks stressore. Persone wat oor goeie algemene weerstandshulpbronne beskik, beskik dus oor mobiliserende kragte wat hulle kan help om 'n stresvolle situasie aan te spreek of om patogeniese stres te voorkom (Antonovsky, 1979). Wanneer 'n persoon gewoond raak aan die beskikbaarheid van hierdie weerstandshulpbronne, ontwikkel persoonlikheidskonstrukte wat die persoon so te sê beskerm teen die blootstelling aan en die negatiewe effekte van sekere stressore.

Volgens Antonovsky kan die volgende voorbeelde van algemene weerstandshulpbronne wees:

- ◇ faktore wat 'n invloed op die liggaam se immuunsisteem kan uitoefen
- ◇ materiële hulpbronne soos geld, behuising, kleding en voeding, asook die waarde wat die kultuurgroep aan die inhoud van die hulpbronne verleen
- ◇ fisieke krag
- ◇ kennis en intelligensie
- ◇ 'n geïntegreerde en stabiele sin van die self, of te wel, ego-identiteit
- ◇ hanteringstyle en –strategieë
- ◇ die beleving van interpersoonlike verbintenisse en sosiale ondersteuning
- ◇ kultuur, geloof en rituele

Hierdie weerstandshulpbronne speel gewoonlik in mindere of meerdere mate 'n rol by alle persone. 'n Traumatisiese hoofbesering raak egter juis hierdie hulpbronne van die beseerde negatief. Die populasie hoofbeseerdes het dus dikwels heelwat minder weerstandshulpbronne tot hul beskikking.

Die interaksie tussen algemene weerstandshulpbronne en koherensiesin is interafhanklik en dinamies van aard (Antonovsky 1979) en 'n persoon se waarneming van die beskikbaarheid van dié hulpbronne mag die ontwikkeling van koherensiesin sterk beïnvloed, terwyl 'n sterk koherensiesin die persoon in staat sal stel om tydens 'n konfrontasie met 'n stressor, die algemene weerstandshulpbronne tot sy/haar beskikking, in werking te stel. Dit mag dalk wees dat die hoofbeseerde, as gevolg van sy opvoeding en gesinsopset voor die trauma, oor 'n sterk koherensiesin beskik. Dit kan hom/haar gevolglik in staat stel om die weerstandshulpbronne wat wel tot sy beskikking is, ten volle te benut.

### 2.3.3 Psigologiese welstand en lewenstevredenheid

Wissing en Van Eeden (1998) definieer die term "psigologiese welstand" as 'n siening of houding dat die lewe hanteerbaar, verstaanbaar en betekenisvol is en stem dus ooreen met Antonovsky (1987) se omskrywing van koherensiesin. Volgens dié navorsers sal só 'n houding persone in staat stel om meer buigsaam te dink en voel oor probleme wat oor hul pad mag kom. Emosionele stabiliteit, kognitiewe selfkontrole, selfaanvaarding en die oorgaan tot effektiewe aksie in respons tot 'n probleem, is uitvloeisels van psigologiese welstand. Daarenteen word die afwesigheid van psigologiese welstand gesien in sensitiwiteit vir mislukkings, verwerping en afkeur en kan dit gepaard gaan met die teenwoordigheid van onnodige stres gedurende blootstelling aan 'n probleem. Antonovsky toon aan dat 'n sterk koherensiesin indirek tot psigologiese welstand sal bydra.

Witmer en Sweeney (1992) beskryf 'n model van holistiese gesondheid wat vir die bevordering van psigologiese welstand gebruik kan word. Hulle onderskei tussen lewenstake en lewenskragte om die kenmerke van optimale gesondheid te bepaal. Die lewenstake behels aspekte soos spiritualiteit, selfregulering, werk, vriendskap en liefde. Die lewenskragte word gevind in familie, religie, opvoedingspraktyke, gemeenskap, media, regering en besighede. Globale lewensgebeure, kragte en take is in dinamiese interaksie met mekaar en indien daar 'n balans tussen hierdie aspekte is, ervaar die persoon welstand as 'n geheel.

Wanneer daar gekyk word na vorige studies en die konseptualisering van psigologiese welstand, is daar verskillende konseptualiserings wat na vore kom (Ryff & Keyes, 1995; Zika & Chamberlain, 1992). Een van die formulerings beklemtoon lewenstevredenheid (*satisfaction with life*) as 'n sleutelkomponent van psigologiese welstand (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Diener

(2000) stel dit dat lewensvredeheid hoofsaaklik verwys na die globale oordeel oor die kwaliteit van lewe.

Wissing en Van Eeden (1998) het gevind dat, alhoewel dit wil voorkom asof daar 'n algemene welstandsfaktor bestaan, psigologiese welstand multidimensioneel is. In dié studie gaan daar gekyk word na die mate van psigologiese welstand wat deur 'n groep persone na 'n traumatiese hoofbesering ervaar word. Vir die doeleindes van hierdie studie word daar egter gefokus op een dimensie, lewensvredeheid – wat as algemene indeks van lewenskwaliteit beskou word.

#### **2.3.4 Samevatting**

In die voorafgaande gedeelte, is verskillende konsepte uit die psigofortologie verhelder en vergelyk met vorige bevindinge uit die konteks van die hoofbeseerde. In die volgende gedeelte word die konsep 'toekoms-tydsperspektief' van naderby beskou en die verband tussen die teenwoordigheid van verskillende motiverende objekte in die toekoms en lewensvredeheid word verder bespreek.

### **2.4 TOEKOMSTYDSPERSPEKTIEF**

#### **2.4.1 Inleiding**

Volgens Fingerman en Perlmutter (1995) is volwassenes nie passief afhanklik van ontwikkeling nie, maar poog hulle om hul eie ontwikkeling te beheer en te optimaliseer. Een aspek van hierdie volwasse-identiteit, behels 'n ingesteldheid op die toekoms en sekere mikpunte in die lewe. Lewin (1935) was egter van mening dat mense van alle ouderdomme in die hede beïnvloed word deur hul verwagtinge van die toekoms en verskeie navorsers het reeds die belangrikheid van toekoms-tydsperspektief in menslike motivering beklemtoon (Seijts, 1998).

Teen hierdie agtergrond gesien, kan die afleiding gemaak word dat toekomstydperspektief ook 'n belangrike rol moet speel in mense se strewe na lewenstevredenheid. Om hierdie aspek verder te verken, word 'n oorsig en definiëring van toekomstydperspektief, asook die verband tussen toekomstydperspektief en motivering, nou verder bespreek.

#### **2.4.2 Tydperspektief: oorsig en definiëring**

Volgens Nuttin (1985) bevat psigologiese tyd drie belangrike aspekte:

- 1) **Tydperspektief** word in 1935 reeds deur Lewin gedefinieer as die totaliteit van 'n individu se siening van sy psigologiese toekoms, hede en verlede op 'n gegewe tydstip en verwys na konsepte soos struktuur, realisme, digtheid en ekstensie of verlenging van dié siening.
- 2) **Tyds houding** verwys weer na 'n persoon se positiewe of negatiewe houding rakende die toekoms, hede en verlede.
- 3) **Tyds oriëntasie** is aanduidend van die gerigtheid van 'n persoon se gedrag, met ander woorde die voorkeursoriëntasie van die persoon se gedrag tot die hede, toekoms of verlede.

Waar tydperspektief dus na 'n omvattende klassifikasie van 'n persoon se siening rakende sielkundige tyd verwys, verwys 'n persoon se houding en oriëntasie ten opsigte van tyd, na meer diskrete konstrakte wat afsonderlik bestudeer kan word.

Gedrag het altyd 'n temporale dimensie (Nuttin, 1985) en daarom sal 'n persoon se tydsoriëntasie 'n impak op sy/haar gedrag hê. Gedrag word dikwels gerig deur die verwagte uitkomstes van die gedrag. Al is 'n verwagte objek of uitkomst dikwels nie teenwoordig tydens die uitvoer van 'n aktiwiteit nie, is dit wel

teenwoordig in 'n persoon se kognitiewe voorstellings van die objek of uitkoms. Hierdie kognitiewe voorstellings van die verwagte objekte of uitkomstes en gebeure in die toekoms of verlede, vorm sy/haar tydperspektief en het 'n motiverende of inhiberende invloed op huidige gedrag (Nuttin). Die mens beskik dus oor die vermoë om tyd onbeperk te rek, omdat kognitiewe voorstellings ons in direkte kontak met gebeure plaas, selfs al is dit nog nie werklik teenwoordig nie.

'n Persoon se tydperspektief kan dus gesien word as 'n konfigurasie van verskillende objekte of uitkomstes teenwoordig in sy/haar temporale leefwêreld (as kognitiewe voorstellings) en is verteenwoordigend van die determinante wat sy/haar gedrag reguleer (Nuttin, 1985). Die inhoud (objekte) en temporale dimensie (kognitiewe voorstellings) is dus belangrike elemente van tydperspektief en beide aspekte moet in aanmerking geneem word wanneer tydperspektief ondersoek word.

Die volgende aspekte word ook in ag geneem tydens die meting van tydperspektief:

- ◇ Die ekstensie: die omvang van die tyd wat in ag geneem word wanneer besluite rakende doelwitte geneem word. Dit is ook 'n aanduiding van hoe ver vorentoe (of terug) 'n persoon sy denke projekteer. 'n Persoon kan dit byvoorbeeld oorweeg om oor 'n jaar of eers oor twee jaar 'n nuwe motor te koop.
- ◇ Die digtheid: die aantal doelwitte of motiverende objekte wat 'n sekere tydsruimte omsluit. 'n Persoon kan dit byvoorbeeld oorweeg om oor twee jaar sy motor te verkoop, vir 'n jaar oorsee te gaan en dan 'n vaste betrekking in Suid-Afrika te soek.

- ◊ Die mate van struktuur tussen die verskillende objekte, met ander woorde die teenwoordigheid of afwesigheid van verbande tussen die objekte. 'n Persoon kan byvoorbeeld besluit om sy motor te verkoop en die geld te gebruik om oorsee te gaan. Dit impliseer dus 'n noue verband tussen die handeling.
- ◊ Die mate van 'lewendigheid' of realisme waarmee die objekte deur die persoon waargeneem word. Die droom om op die maan te gaan woon, is waarskynlik ietwat onrealisties.

Aangesien 'n persoon se oriëntasie tot die toekoms of verlede, 'n invloed op sy huidige gedrag kan uitoefen as gevolg van kognitiewe voorstellings van die verwagte uitkomstes van sy gedrag, het 'n persoon se toekomstydperspektief gewoonlik sekere motiverende kragte. Die rol wat toekomstydperspektief in menslike motivering kan speel, sal nou aandag geniet.

#### 2.4.3 Toekomstydperspektief en motivering

*"The psychological future is not just a learning effect of the past, it is essentially related to motivation...the future is the time quality of the goal object; the future is our primary 'motivational space'."*

(Nuttin, 1964)

Frank (1939) en Lewin (1935) was twee van die eerste moderne sielkundiges wat die belangrikheid van die denkbeeldige toekoms in menslike motivering en gedrag aangespreek het. Hulle het toekomstydperspektief gesien as 'n oriëntasie tot toekomstige doelwitte en het aanvaar dat die vermoë om verwagte uitkomstes of gevolge van gedrag in gedagte te hou, uit die mens se ontwikkelingsprosesse ontstaan het. Soos wat 'n kind ouer word, word die doelwitte wat sy/haar gedrag bepaal, al verder in die toekoms geplaas.

Tydperspektief is dus die gevolg van 'n progressiewe ontwikkelingsproses. Soos wat 'n individu leer om sosiale rolle na te volg en deur vorige sukseservarings in sy/haar handelinge versterk word, word nuwe doelwitte gevorm en verander die inhoud en temporale dimensie van sy/haar tydperspektief. 'n Realistiese en aktiewe toekomstyperspektief is belangrik en nodig in die beplanning en vervulling van enige gedragsprojek en volgens Nuttin (1985) kan 'n persoon se doelwitte en toekomstyperspektief nie geskei word nie. Aan die een kant is 'n persoon se doelwitte ingebed in sy toekomstyperspektief en aan die ander kant word sy tydperspektief op die motiverende basis van dié objekte gebou.

Vorige navorsing (De Volder & Lens, 1982; Gjesme, 1976; Raynor & Entin, 1982, Seijts, 1998) het getoon dat persone se ekstensie of omvang van hul toekomstyperspektief, implikasies vir die persone se motivering inhou. Die verskille affekteer dus die sterkte waarmee doelwitte nagestreef word. Zaleski (1987, 1994) het gevind dat individue met 'n lang toekomstyperspektief, meer volhardend te werk gaan in die bereiking van die doelwit en ook meer bevrediging in hierdie tyd ervaar, as wat die geval is by persone met 'n kort toekomstyperspektief. Hulle is dus nie net gemotiveerd vir doelwitte in die verre toekoms nie, maar ook vir die subdoelwitte wat sal lei tot die bereiking van die finale doelwit.

Twee fundamentele kenmerke van 'n persoon se toekomstyperspektief bepaal egter die positiewe uitwerking daarvan op 'n persoon se gedrag (Nuttin, 1985). Eerstens is 'n sekere mate van temporale integrasie nodig sodat die toekoms as 'n voortgaande deel van die hede beskou sal word. Tweedens is die vermoë om die invloed van persoonlike aksies op die uitkomstes van gedrag te verreken, nodig. 'n Doelwit kan hiervolgens 'n impak op huidige gedrag hê indien die mens insig in die verband tussen persoonlike aksies en uitkomstes het, selfs al is daar 'n redelike tydsinterval tussen die aksie en die uitkomstes.



Die mees elementêre voorstellingsraamwerk van tyd is die verdeling daarvan in twee momente: die verlede en die toekoms, met die hede - die huidige moment - as verwysingspunt. Objekte word redelik maklik in een van dié drie momente ingedeel en die teenwoordigheid van 'n spesifieke tydperspektief lei tot 'n algemene gevoel van openheid of ingesteldheid teenoor hetsy die verlede of toekoms. Die afwesigheid daarvan beteken egter 'n gevangenskap in, of beperking tot die hede. Sommige mense het 'n redelike kort toekomstydperspektief en formuleer die meeste van hulle realistiese doelwitte in die nabye toekoms. Slegs die nabye chronologiese toekoms is deel van die temporale wêreld waarin hulle leef. Ander het weer 'n lang toekomstydperspektief met meer langtermyndoelwitte as korttermyndoelwitte. Hulle huidige temporale lewensruimte brei dus uit na die verre toekoms (Husman & Lens, 1999). Toekomstydsperspektief kan dus ook gedefinieer word as die huidige afwagting van toekomsdoelwitte.

Parallel tot die drie dimensies van tyd – die hede, toekoms en verlede – loop drie kognitiewe funksies van die mens: sy huidige persepsies van dinge en gebeure plaas die mens in direkte kontak met sy huidige situasie, sy selektiewe geheue maak sy ervarings van die verlede deel van die hede, en die toekoms word deel van sy bestaanswêreld deur kreatiewe voorstellings en verbeelding. Daarom is toekomstydperspektief 'n essensiële dimensie van 'n persoon se gedragswêreld en sy gemotiveerde, doelgerigte aksies in die hede (Nuttin, 1985).

#### **2.4.4 Toekomstydsperspektief en die hoofbeseerde**

Die nodigheid van insig in die verband tussen persoonlike aksies en die uitkomstes van gedrag vir die motiverende invloed van toekomstydsperspektief, is reeds beklemtoon. Die moontlikheid bestaan egter dat kognitiewe inperkings na 'n traumatiese hoofbesering, dié insig kan belemmer. Verder kan die hoofbeseerde se ervaring van die onderbreking in sy/haar bestaan, die duidelike

onderskeidingslyn wat dikwels getrek word tussen die verlede (voor die trauma) en hede (na die trauma), lei tot probleme op die terrein van temporale integrasie.

Die vraag of die hoofbeseerde se toekomstydperspektief wel 'n motiverende rol in sy/haar lewe sal speel en 'n invloed sal hê op die lewenstevredenheid wat diegene ervaar, ontstaan gevolglik.

## **2.5 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is daar eerstens aandag gegee aan die definiëring van traumatiese hoofbeserings en aspekte wat van belang is om die aard en gevolge van hoofbeserings te verstaan. Tweedens is daar aandag gegee aan die psigofortologie en psigofortigene faktore wat 'n invloed kan hê op die hoofbeseerde se rehabilitasie en mate van lewenstevredenheid wat ervaar word. Toekomstydperspektief as belangrike motiverende krag in die bereiking van lewensdoelwitte en die strewe na lewenstevredenheid, is ook bespreek. Daar is gepoog om hierdie konsepte (psigofortigene faktore en toekomstydperspektief) in die konteks van die hoofbeseerde te beskou.

In Hoofstuk 3, word die metode van ondersoek wat in hierdie studie gevolg is, weergegee en bespreek.

## HOOFSTUK 3

### METODE VAN ONDERSOEK

#### 3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die navorsingsvraag en doel van die studie weer kortliks genoem, voordat die ondersoekgroep, die meetinstrumente wat benut is, die navorsingsontwerp en die insameling van die data bespreek word. 'n Kort beskrywing van die kriterium- en voorspeller veranderlikes, asook die statistiese prosedures en tegnieke wat vir die ontleding gebruik is, word ook verskaf.

#### 3.2 DIE NAVORSINGSVRAAG EN DIE DOEL VAN DIE STUDIE

Persone wat traumatiese hoofbeserings ervaar het, se funksionering word dikwels op een of ander wyse nadelig beïnvloed weens die verskeie moontlike gevolge van die besering. Die logiese gevolgtrekking wat hieruit mag voortvloei, is dat dié effekte tog 'n invloed sal hê op die mate van lewenstevredenheid wat diegene ervaar.

Die navorsingsvraag van hierdie studie is om te bepaal of daar 'n verband bestaan tussen die voorkoms van psigofortigene faktore (tesame met enkele biografiese veranderlikes), toekomstydperspektief en die vlak van lewenstevredenheid by persone met traumatiese hoofbeserings. Sou sodanige verbande wel gevind word, kan die resultate die grondslag lê vir die ontwikkeling van sielkundige ondersteunende programme vir hoofbeseerdes.

Die doel van die studie was dus om vas te stel watter rol psigofortigene faktore en toekomstydperspektief speel ten opsigte van die lewenstevredenheid van persone wat traumatiese hoofbeserings ervaar het.

### 3.3 DIE ONDERSOEKGROEP

Die ondersoekgroep het bestaan uit 26 persone wat aan ernstige traumatiese hoofbeserings onderwerp was. Die insluitingskriteria wat vir die samestelling van die ondersoekgroep gegeld het, was 'n ouderdom tussen 16 en 60 jaar en die verloop van ten minste een jaar ná die opdoen van 'n ernstige hoofbesering. 'n Gemiddelde hersteltydperk van 6 maande tot 1 jaar is nodig voordat die oorblywende skade ná die hoofbesering, as permanent aanvaar kan word (Miller, 1992). Dit is gewoonlik ná hierdie hersteltydperk wat persone moet leer om weer in die samelewing aan te pas en gevolglik die frustrasies van hul tekorte en verliese begin ervaar.

'n Biografiese vraelys is saamgestel om inligting oor die ouderdom, geslag, huwelikstatus en werkstatus van die ondersoekgroep te bekom. Vrae oor die aard, omvang en tyd van die besering is ook ingesluit by die biografiese vraelys. Met die uitsondering van ouderdom, wat op die intervalskaal gemeet is, is die ander biografiese veranderlikes op die nominale skaal gemeet.

Inligting oor die verspreiding van die 26 hoofbeseerdes se biografiese veranderlikes wat op die nominale skaal gemeet is, word in tabel 3.1 verskaf. Dit is vanuit tabel 3.1 duidelik dat ongeveer 'n driekwart (76,9%) van die ondersoekgroep uit mans bestaan het. Alhoewel die ondersoekgroep te klein is om enige etiologiese afleidings te maak, korreleer hierdie bevinding met vorige bevindings dat mans 'n groter risiko as vrouens loop vir die opdoen van 'n traumatiese hoofbesering (Rimel, Jane & Bond, 1990). Die meerderheid van die ondersoekgroep (57,7%) is enkellopend, terwyl ongeveer slegs een derde van hulle (38,5%) wel werksaam is. Die gemiddelde ouderdom van die groep is 32,64 jaar met 'n standaardafwyking van 8.61 jaar. Die jongste persoon in die groep is 20 jaar terwyl die oudste persoon 54 jaar oud is.

**Tabel 3.1: Frekwensiedistribusie van onderoekgroep volgens enkele biografiese veranderlikes**

<b>Biografiese veranderlike</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Geslag:</b>		
Manlik	20	76,9
Vroulik	6	23,1
<b>Huwelikstatus:</b>		
Enkellopend	15	57,7
Getroud	6	23,1
Geskei	5	19,2
<b>Werkstatus:</b>		
Werk	10	38,5
Werk nie	11	42,3
Student	5	19,2

Daar sal nou oorgegaan word tot die bespreking van die verskillende meetinstrumente wat in die studie gebruik is.

### **3.4 DIE MEETINSTRUMENTE**

Die meetinstrumente wat in hierdie studie benut is en vervolgens bespreek sal word, is die volgende:

- Lewenstevredenheidskaal / Satisfaction of Life Scale (SWLS)  
(Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985)
- Koherensiesinskaal / Sense of Coherence Scale (SOC)  
(Antonovsky, 1987, 1993)
- Fortaliteitsvraelys / Fortitude Questionnaire (FORQ)  
(Pretorius, 1998)
- Toekomstydperspektiefvraelys (MIM)  
(Nuttin, 1985)

### **3.4.1 Lewenstevredenheidskaal / Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

**(Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985)**

#### **3.4.1.1 Rasionaal**

Die SWLS is 'n selfrapporteringsvraelys wat deur Diener *et al.* (1985) ontwikkel is om globale lewenstevredenheid te meet. Dit is dus gerig op die selfbeoordeling van 'n persoon se lewe in die geheel en nie net op sekere domeine daarvan nie. Volgens Diener *et al.* gee hierdie skaal 'n aanduiding van 'n persoon se subjektiewe ervaring van lewenstevredenheid in vergelyking met sekere standaarde wat hy/sy vir hom- of haarself stel. Die beoordeling op hierdie selfrapporteringsvraelys geskied dus op 'n kognitiewe eerder as 'n emosionele vlak (Diener *et al.*, 1985).

#### **3.4.1.2 Aard, administrasie en interpretasie**

Die SWLS bestaan slegs uit 5 items en kan betreklik vinnig voltooi word. By elke item word 'n stelling rakende lewenstevredenheid gemaak wat die respondent, volgens eie ervaring, op 'n sewepunt-Likertskaal moet beoordeel. Die instruksies van die vraelys is eenvoudig en duidelik. Die SWLS kan in groepe of individueel afgeneem word. 'n Waarde van een tot sewe word vir elke item toegeken volgens die antwoordkeuse en hierdie waardes word uiteindelik gesommeer om 'n totaalstelling te verkry. Die strekwydte van tellings is dus van vyf ('n lae mate van lewenstevredenheid) tot 35 ('n hoë mate van lewenstevredenheid).

#### **3.4.1.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument**

Goeie betroubaarheidsindekse van 0.82 en 'n alfakoëffisiënt van 0.87 is gevind nadat daar van die toets-hertoets-betroubaarheidsindeks gebruik gemaak is (Diener *et al.*, 1985). Pavot en Diener (1993) het 'n toets-hertoets-betroubaarheidsindeks van 0.84 tot 0.54 vir intervalle wat wissel van een maand

tot selfs vier jaar, gevind. Volgens Van Eeden (1996) vertoon die skaal hoë interne konsekwentheid en temporale betroubaarheid in die Suid-Afrikaanse konteks. 'n Goeie konstrugeldigheid is ook deur Diener *et al.* (1985) aangedui.

#### **3.4.1.4 Motivering vir die gebruik van die instrument**

Lewenstevredenheid word deur verskeie outeurs beskou as 'n kognitiewe komponent van psigologiese welstand (Wissing & Van Eeden, 1996; Diener *et al.*, 1985). Ten einde die mate van psigologiese welstand te evalueer, is die ondersoekgroep se mate van lewenstevredenheid gemeet. Vir die doel van hierdie studie was dit nodig om, as kriteriumveranderlike, die mate van lewenstevredenheid by die ondersoekgroep te meet. Soos reeds genoem, verskaf die vraelys 'n aanduiding van die globale oordeel van 'n persoon oor sy of haar subjektiewe belewenis van lewenstevredenheid (Diener *et al.*, 1985). Wanneer die verskeie moontlike komplikasies van 'n traumatiese hoofbesering in ag geneem word, maak die eenvoudige instruksies en korte duur van die vraelys, dit 'n gepaste meetinstrument vir dié studie.

#### **3.4.2. Koherensiesinskaal / Sense of Coherence Scale (SOC)**

(Antonovsky, 1987, 1993)

##### **3.4.2.1 Rasionaal**

Hierdie vraelys is deur Antonovsky (1987) ontwerp om die konsep van koherensiesin, wat hy ontwikkel het, op 'n kwantitatiewe wyse te meet en te evalueer. Die mate waartoe 'n persoon ondervind dat sy ervarings of uitdagings, verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol is, word met behulp van hierdie vraelys bepaal.

### **3.4.2.2 Aard, administrasie en interpretasie**

Hierdie skaal bestaan uit 29 items wat in drie komponente verdeel kan word, naamlik verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid (Antonovsky, 1987). By elke item word twee ankerfrases, wat die ekstreme response verteenwoordig, verskaf. Die stellings word dan op 'n 7-punt-semantiese differensiaalskaal deur die respondent beoordeel. Vir die doeleindes van hierdie studie, is slegs die totaalstelling van die koherensiesinskaal benut.

Die instruksies vir die beantwoording word op die vraelys voorsien en is duidelik en eenvoudig. Alhoewel geen tydsbeperking gestel word nie, neem dit die meeste persone ongeveer 20 minute om die vraelys te voltooi. 'n Totaalstelling word verkry deur die gewigte wat aan elke gemerkte respons toegeken is, te sommeer. By sekere items waar die stellings negatief geformuleer is, moet die gemerkte tellings egter die omgekeerde gewig dra. 'n Strekwydte van 29 tot 203 vir die totaalstelling bestaan, waar 'n hoë telling 'n aanduiding van 'n positiewe koherensiesin gee.

### **3.4.2.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument**

Antonovsky (1993) het gevind dat die Cronbach alfa-koëffisiënt vir interne konsekwenheid by 26 verskillende studies waar die SOC-skaal benut is, van 0.78 tot 0.93 gewissel het. Toets-hertoets betroubaarheidsindekse van 0.52 en 0.56 na afloop van een jaar is gevind, terwyl toets-hertoets betroubaarheidsindekse van 0.54 tot 0.55 na afloop van twee jaar gevind is. Goeie gesigs-, inhouds-, konstruk- en kriteriumgeldigheid, op grond van verskeie studies, is ook deur Antonovsky (1993) aangetoon. Wissing en Van Eeden (1994) het goeie interne konsekwenheid ook in die Suid-Afrikaanse konteks gevind, met 'n alfa-koëffisiënt wat wissel tussen 0.85 en 0.91.



#### **3.4.2.4 Motivering vir die gebruik van die instrument**

Die SOC-skaal meet faktore wat baie toepaslik is vir die aard van die studie en wat as 'n belangrike voorspeller van 'n persoon se psigologiese welsyn of lewenstevredenheid gesien kan word (Wissing & Van Eeden, 1994). Dit is verder 'n skaal wat universeel geldig vir verskillende kultuurgroepe, geslagte en sosiale groepe is (Antonovsky, 1993).

#### **3.4.3 Fortaliteitsvraelys / Fortitude Questionnaire (FORQ) (Pretorius, 1998)**

##### **3.4.3.1 Rasionaal**

Volgens Pretorius (1997) verwys die konsep 'fortaliteit' na die mate van sielkundige sterktes of innerlike krag waarvoor 'n persoon beskik ten einde hom of haar in staat te stel om spanning en stresvolle lewensgebeure te hanteer. Hierdie mate van innerlike krag waarvoor 'n persoon beskik, spruit uit positiewe persepsies van die self, die gesin en die beskikbare ondersteuning van andere.

##### **3.4.3.2 Aard, administrasie en interpretasie**

Hierdie vraelys bestaan uit 20 items wat die drie domeine van fortaliteit dek, naamlik die beoordeling van die self (sewe items), die mate van ondersteuning deur die gesin (sewe items) en die mate van ondersteuning van ander in die sosiale dampkring (ses items). Slegs die totaaltellings van die Fortaliteitsvraelys is egter in hierdie studie benut. 'n Volledige en duidelike uiteensetting van die instruksies wat gevolg moet word, gaan die vraelys vooraf. Geen tydsbeperking is nodig nie en die vraelys neem gemiddeld ongeveer 15 minute om te voltooi.

'n Gegradeerde vierpuntskaal word verskaf vir die beoordeling van die 20 stellings, waar 1 'n mening van "*is nie van toepassing nie*" en 4 'n mening van "*is*

*baie sterk van toepassing*” verteenwoordig. ‘n Totaaltelling word verkry deur die verskillende itemtellings te sommeer. Slegs item 20 se puntetelling word omgekeer weens die negatiewe formulering van die vraag. Die strekwydte van die totaaltellings strek van 20 (‘n lae vlak van fortaliteit) tot 80 (‘n hoë vlak van fortaliteit). Totaaltellings van 58 en laer, kan aanduidend wees van lae vlakke van psigologiese sterkte en dié van 65 en meer, weer van hoë vlakke van psigologiese sterkte.

### **3.4.3.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument**

Volgens Pretorius (1998) dra alle items van die FORQ betekenisvol by tot die totale betroubaarheid van 0.85. Die drie subskale beskik oor bevredigende alfa-koëffisiënte en wissel tussen 0.74 en 0.82. Pretorius (1998) toon aan dat die vraelys oor bevredigende inhouds-, voorspellings- en samevallende geldigheid beskik en die geldigheid dus as hoogs bevredigend beskou kan word.

### **3.4.3.4 Motivering vir die gebruik van die instrument**

Weer eens maak die eenvoud en duur van die vraelys dit ‘n geskikte instrument om by die hoofbeseerde te benut. Verder is die fortaliteitsfaktore wat met hierdie vraelys gemeet word, belangrike komponente van psigologiese welstand en ook faktore wat volgens die literatuur (kyk hoofstuk 2) belangrik geag word wanneer daar gekyk word na die hoofbeseerde en sy omgewing.

## **3.4.4 Toekomstyperspektief en Motivering (MIM) (Nuttin, 1985)**

### **3.4.4.1 Rasionaal**

Die MIM is ‘n sinsvoltooiingstegniek wat in 1985 deur Nuttin ontwikkel is om ‘n persoon se perspektiewe rakende die toekoms te meet. Volgens Nuttin (1985)

het toekomstyperspektief 'n motiverende invloed op 'n persoon se gedrag as gevolg van kognitiewe voorstellings wat gemaak word van die verwagte uitkomstes van aksies. Dié meetinstrument het ten doel om die objekte van motivering, asook die lokaliteit daarvan in tyd, na vore te bring.

#### **3.4.4.2 Aard, administrasie en interpretasie**

Die instrument word in boekvorm aan deelnemers verskaf wat 'n bladsy met die instruksies insluit. Die doel van die navorsing en verdere verduidelikings word ook daarop uiteengesit. Bo-aan elke bladsy word 'n motiverende stelling in die eerste persoonsperspektief begin. 'n Werkwoord wat uitdrukking kan gee aan 'n neiging, behoefte of begeerte, word ook altyd voorsien, byvoorbeeld: "Ek hoop..." of "Ek strewe ernstig daarna om...". Deur voltooiing van die stelling word daar dus uitdrukking gegee aan 'n objek van persoonlike motivering. Die korter vorm van die instrument is in hierdie studie benut en bestaan uit 20 positiewe stellings gevolg deur 10 negatiewe stellings.

'n Koderingsstelsel is ontwikkel vir die analisering van die inhoud van die MIM (Nuttin, 1985). Die motiverende objekte wat na vore kom uit die vraelys, word deur Nuttin verdeel in 10 moontlike hoofkategorieë en verskeie moontlike subkategorieë. Die aantal kategorieë wat benut word, kan egter aangepas word om aan die vereistes van die spesifieke studie te voldoen. Vir die doel van hierdie studie, is ses hoofkategorieë met 'n aantal subkategorieë gebruik (wat in hoofstuk 4 verder bespreek word). In hierdie studie is die kodering deur die navorser self gedoen. By die interpretasie van die MIM, kan die gegewens kwantitatief of kwalitatief ontleed word. Vir hierdie studiedoeleindes gaan die inhoud van die motiverende stellings kwalitatief verder ondersoek word.

#### **3.4.4.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument**

Volgens Nuttin (1985) het hierdie instrument ten doel om 'n verteenwoordigende monster te bekom van die motiverende objekte van 'n spesifieke ondersoekgroep. Verskeie studies het bevredigende resultate in dié opsig opgelewer en die afleiding kan gemaak word dat die MIM oor genoegsame gesigsgeldigheid beskik. Wat die stabiliteit van die MIM-data betref, mag die algemene aard van die verskillende kategorieë 'n hoër mate van stabiliteit verseker. Die inter-koderingsbetroubaarheid wat gevind is tussen opgeleide beoordelaars het gewissel van 0.9 tot 0.95 (Nuttin, 1985). Toets-hertoets betroubaarheidsindekse het gewissel van 0.95 tot 0.96 na 'n tydperk van twee weke.

#### **3.4.4.4 Motivering vir die gebruik van die instrument**

Min ondersoek van kwalitatiewe aard oor die ervarings en behoeftes van die hoofbeseerde en sy gesin is beskikbaar. In die literatuur word daar hoofsaaklik gekonsentreer op die waarneembare belewenisse en behoeftes, wat nie noodwendig die werklike ervarings van diegene weerspieël nie (Fouché, 1996). Dié instrument is dan in hierdie studie benut om op 'n kwalitatiewe wyse meer uit te vind omtrent die hoofbeseerde se behoeftes en om die moontlikheid van verbande tussen die ondersoekgroep se ervaring van lewenstevredenheid en die voorkoms van sekere motiverende objekte te ondersoek.

### **3.5 DIE NAVORSINGSONTWERP**

Die empiriese gedeelte van die ondersoek bestaan uit 'n kwantitatiewe en 'n kwalitatiewe komponent. Wat die kwantitatiewe deel van die studie betref, is daar volgens Huysamen (1993) met 'n nie-eksperimentele prospektiewe ontwerp in die studie gewerk. Die verband tussen lewenstevredenheid en die

psigofortigene faktore (fortaliteit en koherensiesin) is ondersoek deur van hiërargiese regressie-ontledings gebruik te maak. Vir die bepaling van die verband tussen toekomsydperspektief en lewenstevredenheid is die data kwalitatief ondersoek.

### **3.5.1 Die kriteriumveranderlike**

Die mate van lewenstevredenheid wat ervaar word deur die ondersoekgroep, verteenwoordig die kriteriumveranderlike by beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe komponente van hierdie studie. Lewenstevredenheid verwys na die globale oordeel wat 'n persoon oor sy lewe vel en is verteenwoordigend van 'n persoon se subjektiewe ervaring van psigologiese welstand (Diener, 2000). Die Lewenstevredenheidskaal (SWLS) van Diener *et al.* (1985) is benut om die mate van lewenstevredenheid by die hoofbeseerdes te bepaal. Die vraelys is volledig in Paragraaf 3.4.1 bespreek.

### **3.5.2 Die voorspeller veranderlikes**

Twee voorspeller veranderlikes is in die kwantitatiewe ondersoek ingesluit. Beide veranderlikes het met psigofortigene faktore te doen, naamlik fortaliteit en koherensiesin. 'n Enkele totaalstelling is vir elke respondent vir hierdie twee faktore verkry. Slegs die totaalstellings is benut, omdat die ondersoekgroep net uit 26 persone bestaan het. By die kwalitatiewe deel van die studie is een voorspeller veranderlike naamlik toekomsydperspektief, ondersoek.

## **3.6 INSAMELING VAN DIE GEGEWENS**

Die grootste uitdaging wat hierdie ondersoek gestel het, was om 'n groot genoeg ondersoekgroep te bekom. Dit was nie moontlik om 'n steekproef te trek nie, omdat alle beskikbare persone wat 'n ernstige traumatiese hoofbesering

opgedoen het (PTA van 8 dae of langer, hospitalisasie in 'n intensiewe sorgeneheid of inskakeling by 'n neuro-rehabilitasiesentrum na die ongeluk) en aan die insluitingskriteria voldoen het, vir deelname aan hierdie ondersoek genader is.

Eerstens is persoonlike besoeke aan 'n plaaslike privaathospitaal in Bloemfontein gebring en toestemming is bekom om deur die intensiewe sorgeneheid se opnameboeke te gaan en relevante lêers te trek (bylae A verskaf 'n voorbeeld van die toestemmingsbrief). Weens die navorser se beperkte kennis van mediese terminologie, is die hulp van die intensiewe sorgeneheid se hoofverpleegkundige ingeroep. Heelwat name (50) van persone wat traumatiese hoofbeserings opgedoen het, is op die manier bekom. 'n Verdere probleem het egter ontstaan by die pogings om die betrokke persone op te spoor. Kontaknommers het intussen verander en die navorser kon uiteindelik net met 10 persone van die oorspronklike lys van 50 kontak maak. Die persone is telefonies gekontak en vrywillige deelname is gevra, waarna die vraelyste per pos versend is. In Bylae B word 'n voorbeeld van die inleidende brief en die biografiese vraelys wat die vraelyste vergesel het, verskaf.

In die Vrystaat en Noordkaap is geen ondersteuningsgroepe vir persone wat traumatiese hoofbeserings gehad het, gevind nie. Daar is egter kontak gemaak met 'n rehabilitasiesentrum in Johannesburg asook 'n ondersteuningsgroep in Pretoria en nog persone is op die manier bekom om die ondersoekgetal van 26 te kry. 'n Lae responskoers is egter steeds gevind. Van die 45 vraelyste wat uitgestuur is, is net 26 terug ontvang.

### **3.7 STATISTIESE PROSEDURE**

'n Kort uiteensetting van die statistiese prosedures wat tydens die kwantitatiewe deel van die studie benut is, gaan nou verskaf word.

Beskrywende statistiek ten opsigte van elkeen van die voorspeller veranderlikes en die kriterium veranderlike, is eerstens bereken. Ten einde vas te stel in watter mate die variansie in lewensvredeneid deur die psigofortigene faktore (fortaliteit en koherensiesin) verklaar word, is hiërgiese regressie-ontledings uitgevoer. Interkorrelasies tussen die voorspellers onderling, sowel as met die kriterium veranderlike sal ook bereken word.

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

Om te bepaal of 'n spesifieke veranderlike se bydrae tot die  $R^2$ -waarde statisties beduidend was, is die hiërgiese  $F$ -toets benut. Die wyse waarop hierdie toets bereken kan word, word vervolgens verskaf:

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

waar:

$R^2_{y.1...k_1}$  = Gekwadredeerde meervoudige korrelasiekoëffisiënt vir die groter getal onafhanklike veranderlikes

$R^2_{y.1...k_2}$  = Gekwadredeerde meervoudige korrelasiekoëffisiënt vir die kleiner getal onafhanklike veranderlikes

$k_1$  = Groter getal onafhanklike veranderlikes

$k_2$  = Kleiner getal onafhanklike veranderlikes

$N$  = Totale aantal gevalle

(Van der Walt, 1980)

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

$$f^2 = \frac{R^2 - R^2_1}{3 - R^2}$$

waar:

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

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

Die riglynwaaardes wat volgens Cohen gebruik kan word, is die volgende:

$f^2 = 0,01$  : klein effek

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

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

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

### 3.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsmetode wat tydens die ondersoek gevolg is, uiteengesit. Die navorsingsvraag, doel van die studie, die ondersoekgroep en



insameling van data is eerstens bespreek, waarna daar aandag gegee is aan die meetinstrumente wat benut is, asook die statistiese prosedures wat gevolg is.

In die volgende hoofstuk word 'n uiteensetting van die resultate van die ondersoek (kwantitatief en kwalitatief) gegee en die bevindings word bespreek. Benewens die hiërargiese regressie-ontledings, sal die interkorrelasies tussen die voorspellers onderling, sowel as met die kriteriumveranderlike aangedui en kortliks bespreek word. Beskrywende statistiek (gemiddeldes en standaardafwykings) van die twee voorspeller veranderlikes by die kwantitatiewe ondersoek, sal ook bereken en aangedui word.

## HOOFSTUK 4

### RESULTATE EN INTERPRETASIE

#### 4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die resultate van die studie aan die hand van die statistiese prosedures wat in die vorige hoofstuk bespreek is, ontleed en bespreek. Die kwantitatiewe resultate van die studie sal eers bespreek word, voordat daar aan die kwalitatiewe resultate aandag gegee gaan word.

Alvorens daar oorgegaan word na die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings en die bespreking daarvan, sal die beskrywende statistieke (gemiddeldes, standaardafwykings en korrelasies) van al die betrokke veranderlikes vir die ondersoekgroep as geheel aangedui en kortliks bespreek word.

#### 4.2 DEEL 1: KWANTITATIEWE ONTLEDING

##### 4.2.1 Beskrywende statistiek

Die beskrywende statistiek word ten opsigte van die kriteriumveranderlike sowel as die voorspeller veranderlikes vir die totale ondersoekgroep in tabel 4.1 aangetoon. Om die interpretasie van die waardes te vergemaklik, word die teoretiese totale minimum- en maksimumtellings ook in die tabel verskaf.

Op die lewenstevredenheidskaal (SWLS) is 'n gemiddelde telling van 17.04 vir die 26 respondente gevind met 'n standaardafwyking van 6.39. Die strekwydte van die skaal wissel van 5 tot 35, waar 'n hoër telling aanduidend van 'n hoër

mate van lewenstevredenheid is. Twee van die respondente het die laagste moontlike telling van 5 behaal, wat dus dui op 'n baie lae ervaring van lewenstevredenheid. Die hoogste telling was 29 (ook deur twee respondente behaal).

**Tabel 4.1: Gemiddeldes en standaardafwykings vir die totale  
ondersoekgroep**

Veranderlike	N	X	S	Teoretiese totaalstelling	
				Minimum	Maksimum
<b>Kriteriaveranderlike:</b>					
Lewenstevredenheid (SWLS)	26	17.04	6.39	5	35
<b>Voorspellerveranderlikes:</b>					
Fortaliteit (FORQ)	26	54.46	11.52	20	80
Koherensiesin (SOC)	26	130.27	29.36	29	203

Hierdie resultate toon dat, alhoewel die opdoen van 'n traumatiese hoofbesering oor die algemeen tot baie verliese en moeilike aanpassings kan lei, sommige persone goed aanpas en 'n redelike mate van lewenstevredenheid kan ervaar, terwyl ander nie daarin slaag nie.

Wanneer die gemiddelde telling op die SWLS behaal met gemiddelde tellings van vorige studies vergelyk word, word daar gevind dat die gemiddelde van hierdie studie tog laer is. Wissing en Van Eeden (1998) het 'n studie op 550 persone uit verskillende professies gedoen waar die gemiddelde telling op die SWLS 23.45 was. Gemiddelde tellings van 19.86 en 22.55 is gevind by studies waar lewenstevredenheid by die versorgers van Alzheimerpatiënte ondersoek is (Potgieter, 2000; Venter, 2000). Die gemiddelde tellings van hierdie ondersoekgroep is dus laer as dié wat in ander Suid-Afrikaanse ondersoeke

gerapporteer word. Dit wil dus voorkom asof lede van die ondersoekgroep oor laer vlakke van lewenstevredenheid beskik.

Pretorius het in 'n studie op 484 voorgraadse sielkundestudente 'n gemiddelde telling van 57.79 op die Fortaliteitsvraelys verkry. Die huidige ondersoekgroep behaal egter 'n laer gemiddelde telling van 54.46 op die FORQ. Volgens Pretorius (1998), kan tellings onder 58 beskou word as aanduidend van lae fortaliteit. Dit impliseer dat negatiewe beoordelings van die self, die familie en die hulp en ondersteuning wat van ander ontvang word, verwag kan word. Net 5 van die respondente toon relatief hoë vlakke van fortaliteit (tellings van 65 en hoër).

In hierdie studie is 'n gemiddelde telling van 130.27 op die koherensiesinskaal behaal. In 'n studie waar die voorkoms van major depressie en koherensiesin ondersoek is (Carstens & Spangenberg, 1997), het 50 persone wat met major depressie gediagnoseer is, 'n gemiddelde telling van 100.56 op die SOC behaal. Die kontrolegroep het bestaan uit persone wat nie aan die kriteria van major depressie voldoen nie en nog nie voorheen 'n major depressiewe episode gehad het nie. 'n Gemiddelde telling van 137.24 is deur die kontrolegroep behaal. In die studie wat deur Wissing en Van Eeden (1998) op 'n verteenwoordigende steekproef van 550 persone uit die algemene populasie gedoen is, is 'n gemiddelde telling van 136.52 op die SOC aangedui.

Dit wil dus voorkom asof die ondersoekgroep van hierdie studie, hulle lewensomstandighede oor die algemeen as minder verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol sien in vergelyking met die algemene Suid-Afrikaanse populasie. Hulle beleef egter steeds 'n hoër mate van koherensiesin as persone wat 'n intense mate van depressiwiteit ondervind.

Die verbande tussen die twee voorspeller veranderlikes onderling (fortaliteit en koherensiesin) asook met die kriterium (lewenstevredenheid) is ondersoek. Vir

hierdie doel is Pearson se produkmomentkorrelasiekoëffisiënte met behulp van die SAS-programmatuur (SAS Institute, 1985) bereken. Dit is vir die totale ondersoekgroep gedoen en die resultate word in tabel 4.2 aangetoon.

**Tabel 4.2: Interkorrelasies vir die totale groep (N=26)**

Veranderlike	2 (fortaliteit)	3 (koherensiesin)
1) Lewenstevredenheid	33	48*
2) Fortaliteit	-	72**
3) Koherensiesin		-

L.W. Desimale tekens is weggelaat

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Die korrelasiekoëffisiënte in tabel 4.2 toon aan dat:

- a) die psigofortigene faktor koherensiesin positief met die kriterium (lewenstevredenheid) korreleer en dat hierdie koëffisiënte op die 5%-peil beduidend is. Dit is dus duidelik dat persone met traumatiese hoofbeserings wat hoë tellings op die koherensiesinskaal gekry het, ook neig om hoë tellings rakende lewenstevredenheid te kry.
- b) die twee psigofortigene faktore, naamlik fortaliteit en koherensiesin, beduidend positief op die 1% peil korreleer. Persone met traumatiese hoofbeserings wat hoë vlakke van fortaliteit ervaar, sal dus ook geneig wees om hoë vlakke van koherensiesin te ervaar en omgekeerd.

Vanuit die korrelasiematriks in tabel 4.2 wil dit reeds op hierdie stadium voorkom of dit veral die psigofortigene faktor koherensiesin is wat die grootste deel van die variansie in lewenstevredenheid by persone wat traumatiese hoofbeserings beleef het, verklaar. Om hierdie aangeleentheid verder te ondersoek, word daar

nou oorgegaan tot die bespreking van die resultate van die hiërargiese regressie-ontledings.

#### 4.2.2 Resultate van hiërargiese regressie-ontledings

Hiërargiese regressie-ontledings is met behulp van die SAS-programmatuur (SAS Institute, 1985) gedoen ten einde ondersoek in te stel na die bydraes van die verskillende psigofortigene veranderlikes tot die verklaring van die variansie in lewenstevredenheid by persone wat traumatiese hoofbeserings opgedoen het.

Die persentasie variansie van die kriterium wat deur elk van die voorspeller veranderlikes verklaar word, word deur  $R^2$  aangedui. Ten einde te bepaal wat die spesifieke bydrae is wat elke voorspeller tot 'n bepaalde kriterium se variansie lewer, is die  $R^2$ -waarde met, en weer sonder, die bepaalde voorspeller bereken. Die beduidendheid van die verskil in  $R^2$  wat voorkom, is met behulp van die hiërargiese  $F$ -toets bereken, terwyl die effekgroottes ( $f^2$ ) ook bereken en aangetoon word. Die resultate van die hiërargiese regressie-ontleding word in tabel 4.3 verstrekk.

**Tabel 4.3: Bydraes van die verskillende veranderlikes tot  $R^2$  vir lewenstevredenheid**

Veranderlikes in ontleding: vergelykingsmodelle	$R^2$	Bydrae tot $R^2$ : die volledige – verminderde model	$F$	$f^2$
1. [fortaliteit] + [koherensiesin]	0,2358	1 - 2 = 0,0007	0,021	
2. [koherensiesin]	0,2351	1 - 3 = 0,127	3,822	0,17
3. [fortaliteit]	0,1088			

Die resultate in tabel 4.3 dui eerstens aan dat die twee voorspeller veranderlikes gesamentlik 23,58% ( $R^2 = 0.2358$ ) van die variansie in *lewenstevredenheid* by persone met 'n geskiedenis van traumatiese hoofbeserings verklaar. Hierdie

berekende  $R^2$ -waarde is op die 5%-peil beduidend [ $F_{2;23} = 3,548$ ]. Wanneer die bydraes van die onderskeie voorspellers tot die verklaring van die variansie in lewenstevredenheid ontleed word, blyk dit eerstens dat koherensiesin 12,7% tot  $R^2$  in die volledige model (model 1 – model 3) bydra. Met ander woorde koherensiesin alleen, verklaar 12,7% van die variansie in lewenstevredenheid by die ondersoekgroep [ $F_{1;25} = 3,822$ ]. Hierdie  $F$ -waarde is egter nie op die 5% peil beduidend nie. Die tweede voorspeller, naamlik fortaliteit verklaar op sy eie slegs 0,07% van die variansie in lewenstevredenheid van persone wat traumatiese hoofbeserings beleef het. Na aanleiding van die rigtingwaardes van die verskillende effekgroottes (kyk paragraaf 3.7) is dit vanuit tabel 4.3 duidelik dat die bydrae van koherensiesin, hoewel nie statisties beduidend nie, wel 'n medium effekgrootte toon.

#### 4.2.3 Samevatting

Die spesifieke doelwit van die kwantitatiewe deel van die studie was om die bydrae van fortaliteit en koherensiesin tot die voorspelling van die vlak van lewenstevredenheid by persone met 'n geskiedenis van traumatiese hoofbeserings te ondersoek.

Wat die voorspelling van dié persone se lewenstevredenheid betref, word dit duidelik dat koherensiesin en fortaliteit gesamentlik ongeveer 24% van die variansie in lewenstevredenheid verklaar, wat beduidend op die 5%-peil is. Hoewel nie beduidend nie, is dit verder opvallend dat, in vergelyking met fortaliteit, koherensiesin die grootste persentasie van die variansie in hierdie persone se lewenstevredenheid verklaar.

Die mate waartoe die ondersoekgroep ervaar het dat hulle persepsies op kognitiewe vlak sin maak en konstant is, die gebeure in hul lewe hanteerbaar is en die moeite werd is om energie aan te spandeer, het dus positief gekorreleer met hul ervaring van lewenstevredenheid. Dit wil dus voorkom asof

voorafgenoemde aspekte 'n belangriker bydrae lewer tot lewenstevredenheid as positiewe beoordelings van die self, die gesin en die ondersteuning wat ontvang word van ander. In die lig van die hoë interkorrelasie tussen fortaliteit en koherensiesin (beduidend op die 1%-peil), toon dié twee faktore egter steeds 'n hoë mate van interafhanklikheid.

Daar gaan nou vervolgens aandag gegee word aan die kwalitatiewe komponent van die studie waarna 'n kort opsomming van belangrike bevindinge aangetoon sal word.

## **4.3 DEEL 2: KWALITATIEWE ONTLEDING**

### **4.3.1 Inleiding**

Die doel van hierdie deel van die studie was om moontlike verbande tussen faktore wat 'n motiverende invloed op persone uitoefen (motiverende objekte) en die mate van lewenstevredenheid wat ervaar word na traumatiese hoofbeserings, te ondersoek.

Saam met die vorige vraelyste wat kwantitatief verwerk is, is die ondersoekgroep ook gevra om 'n vraelys oor toekomstyperspektief (Motivational Induction Method) in te vul. Hierdie vraelys is gebaseer op 'n sinvoltooiingstegniek wat kwalitatief ontleed kan word. Die data is met behulp van 'n koderingsstelsel ontleed wat deur die opsteller van die vraelys (Nuttin, 1985) ontwikkel is. Volgens hierdie koderingsstelsel is daar 10 moontlike hoofkategorieë en 100 moontlike subkategorieë waarin data verdeel kan word. Die hoof- en subkategorieë wat benut word, moet egter aangepas word by die doel van die betrokke studie. In hierdie studie is ses hoofkategorieë benut, waarna subkategorieë geïdentifiseer is. Die hoofkategorieë en subkategorieë waarvolgens die data gekodeer is, is in tabel 4.4 uiteengesit.



**Tabel 4.4: Voorstelling van hoofkategorieë en subkategorieë**

HOOFKATEGORIEë	SUBKATEGORIEë
<b>1. DIE SELF</b>	<b>1.1</b> Positiewe ervaringe <b>1.2</b> Negatiewe ervaringe <b>1.3</b> Vaardighede en vermoëns <b>1.4</b> Onafhanklikheid <b>1.5</b> Selfbehoud (selfpreservering)
<b>2. SELFAKTUALISERING</b>	<b>2.1</b> Lewensdoelwitte <b>2.2</b> Werks- en studiedoelwitte
<b>3. SOSIALE KONTAK</b>	<b>3.1</b> Intieme kontak (familie- en liefdes- verhoudings) <b>3.2</b> Goedgesindheid teenoor ander <b>3.3</b> Voorwaardes wat aan ander gestel word <b>3.4</b> Behoeftes aan ander se goedkeuring en respek
<b>4. TRANSENDERENDE OBJEKTE</b>	<b>4.1</b> Geloof en godsdiens <b>4.2</b> Die 'wêreld' se sieninge rakende hoofbeseerdes
<b>5. BESITTINGS</b>	<b>5.1</b> Behoeftes aan sekere besittings
<b>6. TOETSRESPONSE EN ONGEKLASSIFISEERDE RESPONSE</b>	<b>6.1</b> Response wat verwys na die vraelys self <b>6.2</b> Ongeklassifiseerde en blanko response

'n Beskrywing van die betekenis van elke kategorie word in paragraaf 4.4.3 gegee, waarna die bespreking van die bevindinge in elke kategorie sal volg. Ten einde meer struktuur aan die ondersoek te gee en die doel van die ondersoek, naamlik om verbande tussen lewenstevredenheid en die voorkoms van sekere motiverende faktore in die deelnemers se lewe (toekomstydsperspektief), voortdurend in aanmerking te neem, is die respondente in 3 groepe geklassifiseer volgens hul tellings behaal op die lewenstevredenheidskaal (SWLS). Die klassifikasie word in tabel 4.5 uiteengesit.

**Tabel 4.5: Klassifikasie van respondente volgens tellings behaal op die lewenstevredenheidskaal (SWLS)**

<b>SWLS-TELLINGS</b>	<b>AANTAL RESPONDENTE</b>	<b>MATE VAN LEWENS- TEVREDENHEID</b>
<b>Groep 1: 1 – 13</b>	8	Baie laag
<b>Groep 2: 14 – 19</b>	10	Laag tot gemiddeld
<b>Groep 3: 20 – 35</b>	8	Gemiddeld tot hoog

Wanneer die mate van lewenstevredenheid van die ondersoekgroep met dié van die algemene populasie vergelyk word, kan daar egter die afleiding gemaak word dat tellings van 23,45 en hoër eintlik eers sou dui op 'n redelike mate van lewenstevredenheid wat ondervind word (kyk paragraaf 4.2.1). Slegs 4 respondente uit die ondersoekgroep behaal 'n telling hoër as 23,45 wat daarop dui dat hulle 'n redelike mate van lewenstevredenheid ervaar. Die verdeling is gevolglik aangepas op grond van die ondersoekgroep se tellings en die respondente is in drie naastenby ewe groot groepe verdeel om 'n meer sinvolle verkenning van die data moontlik te maak. Ten einde 'n betekenisvolle vergelyking moontlik te maak, is daar van drie groepe eerder as van twee gebruik gemaak, sodat daar 'n beduidende verskil in die mate van lewenstevredenheid tussen die groep met hoër en dié met laer SWLS-tellings is (Groep 1 en 3).

Vervolgens word die data aan die hand van die hoof- en subkategorieë wat geïdentifiseer is, uiteengesit. 'n Beskrywing van elke kategorie gaan gegee word waarna daar verwysings gemaak sal word na die verskille tussen die drie groepe waarin die respondente verdeel is. Wanneer voorbeelde van die response wat verkry is, gegee word, sal die induseerder wat verskaf is, in vetgedruk aangedui word.

#### **4.3.2 Bespreking van die resultate op grond van hoof- en subkategorieë**

##### **4.3.2.1 Die self**

Dié kategorie verwys na motiverende objekte wat verwant is aan positiewe en negatiewe ervarings van die respondent, sy/haar vaardighede en vermoëns, persoonlike onafhanklikheid en selfpreservering of selfbehoud.

##### **▫ Positiewe ervarings**

Hierdie subkategorie verwys na ervarings soos liefde, vrede, geluk en vreugde wat nagestreef word ter verryking van die self. Dit kan as 'n motiverende objek beskou word, omdat die strewe daarna 'n persoon se gedrag kan rig.

Die lede van **Groep 1** (wat 'n baie lae mate van lewensvrede ondervind), blyk minder ingestel te wees op die verryking van die self ten opsigte van sekere ervarings soos liefde, geluk en vrede as wat by die ander twee groepe gevind is. Vyf van die lede het melding gemaak van hierdie positiewe ervarings en 10 sulke stellings het na vore gekom. Wanneer so 'n behoefte of strewe wel uitgedruk word, blyk dit 'n doelwit te wees wat nie werklik as binne bereik ervaar word nie:

***Ek het 'n sterk verlange na...liefde en geluk in my lewe vorentoe (#11);***

***Ek het 'n sterk begeerte... om vrede te verkry (#14).***

By Groep 2 het 3 lede melding gemaak van behoeftes na sulke verrykende ervaringe en 13 sulke stellings het na vore gekom. Groep 3 se lede, wat die meeste mate van lewenstevredenheid ondervind, het die meeste daarvan melding gemaak. Ses van die lede het melding gemaak van positiewe ervaringe wat nagestreef word en 17 sulke stellings het na vore gekom:

*I am striving to...enjoy life and have fun (#1);*

*Quite strongly I strive to...spend some time with myself (#4);*

*Ek het 'n sterk verlange na...rustigheid, liefde en intellektuele stimulasie (#17).*

▫ **Negatiewe ervaringe**

Baie van die respondente blyk in 'n stryd gewikkel te wees teen hul eie negatiewe gedagtes en 'n vrees vir mislukking in die lewe. Sulke response wat dui op 'n vrees vir mislukking en depressiewe gevoelens, is onder die subkategorie 'negatiewe ervaringe' gekodeer en het die hoogste voorkoms by Groep 1 gehad. Vyf van die lede het daarvan melding gemaak en 24 sulke stellings het na vore gekom:

Respondent #5:

*It displeases me very much...decisions I keep making that is not helping my future, the frustrations I feel day to day*

*I am afraid that... everything I do is for nothing...*

*I would regret it very much if...my plans for the future never happen;*

*I really don't want...my future to land up like my past or worst;*

*I will do everything possible to...have a more positive picture of the future.*

Respondent #7:

*Ek wil...n wil hê – het geen wilskrag;*

*Ek sou graag in staat wou wees om...my huis en tuin in stand te hou, fisies makeer ek niks, is liggaamlik in staat tot bykans alles, geestelik, tot niks;*

*Ek het besluit om...op te hou antwoorde soek, het die Bybel al deurgesoek en net meer vrae as antwoorde gekry.*

Respondent #11:

*Ek is bang dat...ek nie sal slaag in my mikpunte nie, maar ek hoop net dat dit nie weer eens tot depressie sal lei nie.*

By een respondent (#19) in Groep 1 het intense depressiewe gevoelens en selfmoordgedagtes na vore gekom:

*I hope...I was dead;*

*I intensely desire...nothing;*

*I am striving to ...end things soon in my life;*

*I would like so much...to drown myself and never have any panic attacks and sleepless nights, pain and look like a fool;*

*I will be happy when...it ends.*

By Groep 2 het sulke intense gevoelens van depressiwiteit baie minder voorgekom, maar 'n vrees vir mislukking het nog gefigureer (6 stellings):

*I am afraid...of failure (#20);*

*Ek sou graag wou... 'n beter sukses van my loopbaan gehad het, ek wil hê dat my kinders dalk beter kan vaar in hul loopbane as ek (#18);*

*Ek sal baie jammer wees...as ek verval (#23).*

Net een persoon in Groep 3 het 'n vrees vir mislukking uitgespreek:

*Ek is bang...ek sal stagneer en moed verloor (#10).*

## ▫ Vaardighede en vermoëns

Hierdie subkategorie verwys na 'n behoefte om sekere fisieke, intellektuele of emosionele vaardighede of vermoëns aan te leer of te ontwikkel. **Groep 1** het die minste kere 'n behoefte uitgespreek om sekere vaardighede aan te leer of te verbeter. Slegs 16 sulke stellings het na vore gekom in teenstelling met die 28 uit **Groep 2** en die 24 uit **Groep 3**. Wat egter interessant is, is dat daar nie 'n noemenswaardige verskil tussen die fisieke probleme wat **Groep 1** en **Groep 2** se lede na die ongeluk ervaar, is nie. Beide groepe ervaar baie probleme met geheuetake. Balans- en koördinasie is ook meestal aangetas. In beide groepe is daar persone wat spraak-, sig-, gang- en konsentrasieprobleme ervaar. Die groot verskil blyk egter te wees by die emosionele probleme wat ervaar word na die ongeluk. Net een persoon uit **Groep 2** het melding gemaak van probleme met humeurigheid, terwyl 'n hele paar van **Groep 1** se lede probleme met emosionele beheer, dryfkrag, motivering en interpersoonlike verhoudings meld. Dit is egter verbasend dat drie van die agt lede uit **Groep 3** ook melding gemaak het van emosionele of interpersoonlike verhoudingsprobleme.

Wanneer persone uit **Groep 1** en **2** se response vergelyk word met dié van **Groep 3**, wil dit voorkom asof eersgenoemdes dikwels nie hul eie aandeel in die bereiking van hierdie doelwitte erken nie:

*I intend to...getting better (#20);*

*Ek hoop... om ten volle te herstel van my liggaamlike gebreke (#16);*

*I am resolved to...one day be able to run again (#21).*

By **Groep 3** se response word dikwels 'n ander motiverende en meer vasberade toon opgemerk:

*Ek span my in om...name en vanne te onthou (#6);*

*I am afraid that...I will not be able to walk, but I know I will (#3);*

***Ek sou graag... in staat wou wees om myself beter uit te druk en beter die lewe te kan trotseer, die lewe gaan aan en ek wil nie vir 'n oomblik selfs 'n effense blykie laat toon dat ek wel stadiger is nie – maar tog van waarde is! (#8);***

***I would like to be able to...do incredible designs (#3).***

#### ▫ **Onafhanklikheid**

Onafhanklikheid sluit 'n persoon se strewe na fisieke sowel as persoonlike of emosionele onafhanklikheid in. Die mens se strewe na onafhanklikheid is dikwels 'n motiveerder van sy of haar gedrag en word dus as 'n motiverende objek beskou.

Uit Groep 1 het net twee lede 'n strewe na meer onafhanklikheid uitgedruk:

***Ek wil hê dat...mense moet weet dat ek die vermoë het om sekere dinge self te doen;***

***Ek wil graag in staat wees om...volkome beheer oor alle afdelings van my lewe te hê (#11);***

***Ek het 'n sterk verlange na... om alleen te bly en my sake alleen te doen (#24).***

Tussen Groep 2 en Groep 3 was daar nie groot verskille te vind ten opsigte van hul strewe na onafhanklikheid nie. Beide groepe het baie sterk behoeftes uitgespreek na fisieke sowel as persoonlike onafhanklikheid en vryheid (7 persone uit groep 2 en al 8 persone uit groep 3). Die kwessie van onafhanklikheid blyk 'n groot bron van frustrasie by hoofbeseerdes te wees:

***Ek sou graag in staat wou wees om...alleen reg te kom en op my eie te wees (#12);***

*Ek sal tevrede wees wanneer... ek 'n plek van my eie het wat ek vir myself kan mooi maak (#16);*

*I have a great longing ...to support myself and not rely on anyone;  
I wish to... walk and talk and work, to be independent (#3);*

*Ek sal in opstand kom as...iemand my vermoëns betwyfel of nie wil toelaat dat ek vir myself moet dink of verantwoordelikheid neem nie (#17);*

*Ek sou nie daarvan hou as...iemand my bestaansreg ignoreer nie (#10).*

▫ **Selfperservering of selfbehoud**

Hierdie subkategorie verwys na stellings wat gemaak word oor wie die persoon was voor die ongeluk en ook na vrese of twyfel oor hul eie hanteringsmeganismes – om te kan “cope” met situasies. Hierdie faktore kan 'n aanduiding gee van die persone se mate van aanvaarding van hulself na die ongeluk en hul bereidwilligheid om voort te gaan met 'n “nuwe lewe”.

By **Groep 1** het elke lid (al 8) 'n behoefte uitgespreek om weer te wees soos hy of sy was voor die ongeluk en dikwels is 'n verlange uitgespreek dat die ongeluk nie moes plaasvind nie:

*Ek sal alles doen wat ek kan om...te wees wie ek was voor die ongeluk;  
Ek sou nie graag wou hê dat...my huidige situasie en omstandighede vir veel langer op dieselfde trant moet voortduur nie, ek is nou al gatvol (#7);*

*Ek probeer voorkom...dat die ongeluk nie eintlik gebeur het nie;  
Ek het 'n sterk verlange na...om my ou self te wees (#24);*



***Ek sou graag wou... 'n 'normale' lewe lei, soos voorheen met werk van Maandag tot Vrydag, naweke om te herstel van die werksweek en dan vakansietye wanneer 'n persoon die lewe regtig kan geniet;***

***Ek probeer voorkom dat... ek angstig raak oor die feit dat ek nie meer in staat is om te doen wat ek voorheen gedoen het nie (#11);***

***I wish... I could start from the day before the accident;***

***I am afraid that... I will not cope anymore (#19).***

Groep 2 se lede het minder verwysings gemaak na wie hulle was voor die ongeluk (16 stellings), maar het meer melding gemaak van onsekerhede oor hul huidige hanteringsmeganismes (24 stellings):

***Ek sou nie daarvan hou as... ek weer drink nie;***

***Ek wil nie hê dat... ek myself in 'n swak lig stel nie (#23);***

***Ek wil nie hê dat... ek moet teruggaan op my ou weë nie (#12);***

***Ek sou nie daarvan hou as... ek weer 'n "retrenchment" en 'n groot ongeluk in een jaar moet deurmaak nie;***

***Ek verlang... na die dae in die verlede wanneer ek nie so baie probleme ondervind het nie (#18);***

***I do not want... to become gay;***

***I would regret it very much if... I became gay (#1);***

***I would not want... to be morbid and insane;***

***I am afraid that... I will die without fulfilling any of my desires;***

***I don't want... to die (#22).***

By **Groep 3** het geeneen 'n verwysing gemaak na omstandighede voor die ongeluk nie en dit wil dus voorkom asof hierdie groepslede meer bereid is om aan te pas by hul huidige omstandighede. Net twee van die lede het kommer uitgespreek oor hul hanteringsmeganismes:

*Ek is bang dat... ek alles wat ek bereik het sal verloor en dat die lewe ondraaglik sal raak vir almal om my (#8);*

*Ek is bang dat...ek later komplikasies kan ontwikkel as gevolg van die hoofbesering (#17).*

Wat die hoofkategorie die 'Self' betref, wil dit voorkom asof **Groep 3**, die persone wat die meeste lewenstevredenheid na 'n hoofbesering ondervind, meer ingestel is op die verryking van hul lewens deur ervarings soos liefde, geluk en vrede, die ontwikkeling of verbetering van vaardighede en vermoëns en 'n groter strewe na onafhanklikheid openbaar. Hulle ervaar minder negatiewe gevoelens en vrese vir mislukking, toon 'n groter bereidwilligheid om aan te pas by hulle nuwe lewens en is minder geneig om verwysings te maak na hul lewe voor die hoofbesering.

#### **4.3.2.2 Selfaktualisering**

Dié hoofkategorie verwys na doelwitte wat 'n persoon vir hom- of haarself stel ten einde sy/haar behoeftes na selfaktualisering te verwesenlik. Hierdie doelwitte kan lewensdoelwitte of werk- en studiedoelwitte wees.

##### ▫ **Lewensdoelwitte**

Baie lewensdoelwitte is deur die lede van **Groep 1** uitgespreek en net een respondent het geen doelwitte gestel nie. Dikwels wentel hierdie doelwitte rondom herstel na die hoofbesering, om struikelblokke te oorkom en hul lewe te hervat. Die doelwitte word egter baie vaag gestel en geen spesifieke aksies of strategieë wat benut kan word om die doelwitte te bereik, word genoem nie:

*Ek strewe ernstig daarna...om 'n bestaan te maak, my sterkpunte aan te wend en 'n sukses van my lewe te maak;*

*Ek doen my bes om... 'n betekenisvolle lewe te lei (#14);*

*Quite strongly I strive for...pursuit of excellence (#2);*

*Ek sal baie bly wees as...ek dit regkry om al die struikelblokke wat ek nou voor my ervaar, as uitdagings te sien en dit kan regkry om hulle te oorbrug (#11);*

*I ardently desire...to change circumstances around me for the better (#5).*

By Groep 2 se response het die doelwitte weer eens gewentel rondom sukses in die lewe, herstel na die hoofbesering en om drome te realiseer. Dit was steeds redelik vaag gestel. Net een respondente was meer spesifiek in sy doelstellings:

*Ek wil graag... alles wat ek aanpak klaar maak...ek beplan om...vinniger besluite te neem (#9).*

Die meeste lewensdoelwitte is deur Groep 3 se lede gestel. Al agt lede van die groep het lewensdoelwitte uitgespreek en 41 sulke stellings is gemaak. Hul bereidheid om self verantwoordelikheid vir die bereiking van die doelwitte te neem, het ook na vore gekom:

*I am trying...to improve myself and get better (#4);*

*Ek sal alles doen wat ek kan om...my doelwitte in die lewe na te streef;  
Ek het besluit om...voluit te gaan en myself op soveel as moontlik terreine te stimuleer (#17);*

*Ek hoop met my hele hart om...dit wat ek vir myself neergelê het om te doen, deur te voer;*

*Ek het 'n sterk begeerte om...my plek in die samelewing vol te kan staan (#10);*

*I will do everything possible to...become the best that I can be (#15).*

▫ **Werk- en studiedoelwitte**

Uit Groep 1 en Groep 2 het net twee respondente doelwitte rakende werks- of studie aangeleenthede uitgespreek, terwyl daar uit Groep 3 vyf respondente was wat sulke doelwitte uitgespreek het. Dit kom ook na vore dat baie van hierdie lede reeds besig was met een of ander werk- of studietaak:

*Ek strewe ernstig daarna om...my werk reg te doen (#6);*

*Ek strewe ernstig daarna om... my studies suksesvol af te handel (#17);*

*Ek het 'n sterk begeerte...om te leef as 'n pionier in die veld van my beroep, ek maak tog met tye 'n verskil op 'n geringe wyse, maar ek wil tog 'n groter impak hê en meer mense in ons land bereik om meer selfstandig en verantwoordelik te kan leef (#8);*

*Ek span my in om...mense te help, spesifiek – 'n pad met 'n breinbeseerde te stap, gemeenskapsprojekte te onderneem, kunstalent uit te leef, ek is besig met 'n sertifikaat-kursus in krisis-ontlonting en basiese traumaberading deur Unisa (#10).*

Wat die stel van doelwitte in die lewe betref, wil dit voorkom asof al die respondente sekere doelwitte voor oë stel. Dit kom egter duidelik na vore dat die lede van Groep 3 hulle doelwitte meer spesifiek stel en ook hul eie

verantwoordelikheid in die uitvoer en nastreef daarvan aanvaar. Dit is ook dié lede wat tans konstruktief besig is met werk- of studieaktiwiteite.

#### **4.3.2.3 Sosiale kontak**

Hierdie kategorie handel oor die respondente se houdings en behoeftes aan sosiale kontak. Areas soos intieme kontak tussen vriende en familie, hul gesindhede jeens ander persone en ook die voorwaardes en verwagtinge wat aan ander gestel word, word gedek.

##### **▫ Intieme kontak**

Intieme kontak as subkategorie verwys na die behoeftes aan die spesiale tipe kontak wat gewoonlik in familie-, vriendskaps- en liefdesverhoudings gevind word. Dit kan beskou word as 'n motiverende objek, omdat 'n persoon se gedrag deur hierdie behoeftes gerig kan word.

Dit wil voorkom asof die meeste respondente 'n intense behoefte en verlange het na sekere intieme verhoudings. Sulke stellings het by al die respondente na vore gekom, ongeag die groep waarin hulle ingedeel is:

*Ek het 'n sterk verlange na... 'n baie goeie vriend wat net dalk 'n lewensmaat vir die toekoms kan word (#2);*

*I have a great longing to... have my own loving family (#26);*

*Ek is bang dat... ek nie 'n vrou en kinders eendag sal hê nie (#12);*

*Ek verlang na... vriende wat ek op skool gehad het (#16);*

*Ek hoop met my hele hart om... eendag 'n eie gesinnetjie te hê (#17);*

*Ek het 'n sterk verlange na... 'n lewensmaat met wie ek*

*“onvoorwaardelik” oor die weg sal kom en betekenisvolle verhoudings (#10);*

*I hope...that one day I can find someone to love, because I am very lonely after my accident (#1).*

Die enkele persone wat wel betrokke is in huweliks- of gesinsverhoudinge, spreek dikwels vrese uit oor die duur of kwaliteit van die verhouding:

*Ek sou nie daarvan hou as...my vrou vir my sê om te gaan nie;  
Ek probeer voorkom dat...my vrou my nie los nie en ek sal nooit weer drink nie (#13);*

*Ek sou nie graag wou hê dat...ek sonder Ella, my vrou, moet wees nie;  
Ek wil...’n goeie gesinsman wees (#23);  
Ek sou nie daarvan hou as...my kinders kwaad vir my is nie (#6).*

▫ **Goedgesindheid teenoor ander**

Hierdie subkategorie handel oor persone se gesindheid van welwillendheid en harmonie met ander mense en die vergunning van liefde en geluk ook vir ander. Van Groep 1 se lede het slegs een respondente so ’n stelling gemaak:

*I would not want...somebody special would go through what I have (#5).*

Daar was nie ’n verskil gevind tussen Groep 2 en Groep 3 en die voorkoms van stellings wat ’n gesindheid van welwillendheid uitdruk nie. In beide groepe was daar elkeen ses respondente wat glad nie melding van hul goedgesindheid jeens ander gemaak het nie. Daar is dus nie ’n betekenisvolle verskil gevind tussen persone wat ’n hoër en laer mate van lewenstevredenheid ervaar, en ’n gesindheid van welwillendheid nie. Voorbeelde van stellings wat wel ’n mate van goedgesindheid uitdruk, is:

*Ek wil nie hê dat...dieselfde wat met my gebeur het met enigeen gebeur nie (#16);*

*I would so much...for the world feel happy; I am resolved to...helping people (#20);*

*Ek wil nie hê dat...mense te na gekom moet word nie;*

*Ek sal baie jammer wees as...mense belemmer word om hul volle potensiaal te bereik (#10);*

*Ek probeer om ...konsidererend teenoor ander te wees;*

*Ek sal tevrede wees wanneer...my mense om my geluk, liefde en gesondheid ervaar (#17);*

*I wouldn't like...people to suffer (#3).*

▫ **Voorwaardes wat aan ander gestel word**

Uit Groep 1, 2 en 3 se response kom een gemeenskaplike voorwaarde wat die ondersoekgroep aan ander stel, na vore: om nie teen iemand te diskrimineer wat 'n hoofbesering gehad het nie en sulke persone nie te bejammer of as 'n invalide te sien nie. Voorbeelde van sulke stellings is:

*I don't want...the sympathy of people;*

*I would oppose it if...people want to help me because they feel sorry for me (#26);*

*Ek sou nie daarvan hou as...mense my sien as dom nie;*

*Ek wil nie hê dat...ek jammer gekry word omdat ek breinbeseerd is nie (#14);*

*Wat my erg ontstel is...mense sê ek is 'n invalide en ek is nie een nie, ek sal regkom – ek gaan regkom (#13);*

*Wat my erg ontstel is...as mense my verkeerd opneem of nie ernstig opneem nie (#16);*

*Ek sal tevrede wees wanneer...ek my lewe so kan lei dat ek tevrede is en mense my kan aanvaar vir wie ek is en nie "was", dit voel soms of mense my net verdra omdat ek "probleme" het en van die mens agter die naam Amor vergeet (#10);*

*Ek probeer voorkom dat...mense my probeer maak wat ek nie is nie en my probeer afbreek tot invalide wat ek ook nie is nie, dat mense my as invalide wil gebruik sodat hulle beter kan lyk (#8);*

*I would oppose it if...strangers dismiss my ideas because I'm disabled (#15).*

▫ **Behoeftes aan ander se goedkeuring, aanvaarding en respek**

Lede uit Groep 1 en 2 het meer melding gemaak van behoeftes aan respek, goedkeuring en aanvaarding van ander mense, as die lede van Groep 3. Uit Groep 1 het 4 persone en uit Groep 2, 3 persone daarvan melding gemaak:

*I am striving...to ensure that my family and friends will look up to me (#26);*

*I try to avoid...disappointing those close to me (#5);*

*I don't want...to be known as an unfit mother (#19);*

*Ek wil nie hê dat...ek my familie in 'n swak lig stel nie, ek doen my bes om 'n goeie mens te wees (#23);*

*I hope with all my heart to...please all the people I meet and know (#22).*

Die moontlikheid bestaan dat persone uit Groep 1 en 2 nie baie goedkeuring en aanvaarding van ander persone ervaar nie, vandaar hul sterk behoefte daarna.



In teenstelling daarmee het net twee respondente uit **Groep 3** 'n soortgelyke behoefte uitgespreek:

*Ek verlang...daarna om bevoeg te voel, sodat mense kan weet wie ek is en wat ek doen soos byvoorbeeld "hy is 'n goeie onderwyser/werker!" (#10);*

*Ek wil...'n verskil maak en die mense om my wys dat ek wel die vermoë het om te kan sorg (#8).*

Wat die hoofkategorie 'sosiale kontak' betref, wil dit voorkom asof alle respondente oor die algemeen 'n sterk behoefte aan intieme kontak het. 'n Sterk gemeenskaplike voorwaarde wat aan ander gestel word - die afwesigheid van diskriminasie of bejammering vir persone wat hoofbeserings opgedoen het en/of gestrem is – het ook na vore gekom. Wat wel 'n verskil tussen die drie groepe blyk te wees, is hul behoefte aan goedkeuring en respek. Persone wat 'n hoër mate van lewenstevredenheid ervaar (groep 3), is geneig om 'n laer behoefte aan die goedkeuring en respek van ander te hê.

#### **4.3.2.4 Transenderende objekte**

Transenderende objekte verwys na motiverende doelwitte of waardes wat godsdienstig, eksistensiële of transenderend van aard is. Twee subkategorieë is geïdentifiseer waaronder geloof en godsdiens en persone se gesindheid rakende die wêreld se sienings oor die hoofbeseerde.

##### **▫ Geloof en godsdiens**

Nie een van die respondente uit **Groep 1** het melding gemaak van enige godsdienstige- of geloofstandpunte wat hulle nastreef of as belangrik ag nie. Dit is egter wel reeds gevind dat geloof as transenderende objek, een van die mees

uitstaande motiverende objekte is wat gedeel word deur hoofbeseerdes wêreldwyd, en wat diegene help om tot by die punt van aanvaarding te kom (Brain Injury Group of Wisconsin, 2000).

Drie van die respondente uit **Groep 2** en twee respondente uit **Groep 3** het egter van geloof of godsdiens melding gemaak:

*Ek het 'n sterk verlange na...liefde en vrede in volmaaktheid te beleef soos ek my voorstel in die hemel is;*

*Ek sou graag in staat wou wees om...korrek in alle omstandighede op te tree – nie volgens wêreldstandaarde nie, soos wat die Here se volmaakte beplanning is (#9);*

*Ek doen my bes om...’n beter mens te wees vir Liewe Jesus eerste, dan vir ander mense; ek wil...meer weet van Liewe Jesus, dink ek...(#13);*

*Ek wil...altyd baie na aan my Vader leef (#17);*

*Ek sal baie bly wees as...ek my eie “swakhede” kan oorwin en my medemens en gevolglik my God tot beter diens kan wees (#10).*

▫ **Die wêreld se beskouing van die hoofbeseerde**

**Groep 1** het die hoogste voorkoms van negatiewe ervarings oor die publiek se kennis en gedrag rakende hoofbeserings uitgespreek (14 stellings). Dit word duidelik dat die persone wat wel sulke uitsprake gemaak het, ervaar dat hulle geëtiketeer word deur die gemeenskap:

*Wat my erg ontstel is...die breë publiek se tekort aan kennis oor hoofbeserings, die meeste mense het geen idee wat 'n hoofbesering is of hoe dit die slagoffers raak nie (#11);*

*Wat my erg ontstel is...dat die "gewone" mense 'n breinbeseerde behandel en hanteer asof ons geen brein of intelligensie het nie (#7);*

*Wat my erg ontstel is...dat almal breinbeseerdes oor een kam skeer, ons was individue voor die ongeluk en is steeds unieke persone na die ongeluk;*

*Ek sou nie graag wou hê...dat die breinbeseerde gemeenskap die stille epidemie bly nie (#14).*

By Groep 2 (2 stellings) en Groep 3 (6 stellings) het van die respondente ook sterk menings uitgespreek oor die publiek se hantering van die hoofbeseerde – dit was egter in 'n mindere mate in vergelyking met groep een se lede:

*I wouldn't like...it if everyone would be so against brain injury (#1);*

*I really don't want...people dismiss disabled people for no rhyme-or-reason;*

*I ardently desire...to inform the public about C.H.I (closed head injury) (#15);*

*Ek sou nie graag wou hê dat...daar diskriminasie plaasvind omdat mense 'n agterstand het nie (#10).*

#### 4.3.2.5 Besittings

By die drie groepe is daar nie 'n betekenisvolle verskil gevind tussen die respondente se behoeftes aan sekere materiële objekte nie. Baie van die respondente het 'n behoefte aan meer geld uitgespreek:

*I intensely desire...to be a wealthy man (#26);*

*I will be very happy when...I win the national lottery (#22);*

*I ardently desire...enough money to give me power (#21);*

*Ek het 'n sterk begeerte na... baie geld omdat ek nie nou kan werk nie (#13);*

*Ek sou graag wou... geld en tyd hê om al my belangstellings uit te leef (#17);*

*Ek sou graag wou... geld wen (#6).*

#### 4.3.2.6 Toetsresponse en ongeklassifiseerde of blanko response

Hierdie response verwys na response wat nie werklik bruikbaar in die ondersoek na motiverende objekte was nie.

##### ▫ Toetsresponse

Sekere respondente het hulle sinne voltooi deur verwysings na die vraelys self te maak. Sulke response is afsonderlik gekodeer. Daar is egter nie betekenisvolle verskille tussen die drie groepe gevind wat toetsresponse aanbetref nie. Voorbeelde van hierdie stellings is:

*I wouldn't like... to be asked questions over and over again (#19);*

*I will be glad when... what I have written does come true (#1);*

*I really don't want... to keep repeating myself (#3);*

*Ek wil nie hê dat... ons soveel tyd mors om al die vrae oor en oor te beantwoord, ek hoop dat jy iets hiervan sal maak (#8).*

##### ▫ Ongeklassifiseerde en blanko response

Ongeklassifiseerde response verwys na response waaruit die navorser nie sin kon maak nie, byvoorbeeld:

*I intend to... fly without wings (#2);*

*I wouldn't like to...be a big sister (#25);*

*Ek verlang...na jou (Carika Keuzenkamp) (#3).*

Twee persone uit groep een, een uit groep twee en drie persone uit groep drie het response gegee wat nie geklassifiseer is nie.

Blanko response verwys na dele van die vraelys wat nie ingevul is nie. Uit die drie groepe was daar vier respondente uit elke groep wat dele oningevul gelaat het. Daar is dus nie betekenisvolle verskille tussen die drie groepe gevind nie.

#### **4.3.3 Samevattend**

Uit die kwalitatiewe ondersoek het dit na vore gekom dat hoofbeseerdes wat 'n hoër mate van lewenstevredenheid ervaar, 'n sterker strewe na positiewe ervaringe soos liefde, vrede en geluk in hul lewe het en minder negatiewe ervaringe soos mislukking en depressiwiteit beleef. Hierdie groep het 'n sterk behoefte aan fisieke en persoonlike onafhanklikheid en 'n groter behoefte aan die aanleer of ontwikkeling van sekere vaardighede en vermoëns as wat die geval blyk te wees by hoofbeseerdes wat 'n laer mate van lewenstevredenheid ervaar. Waar laasgenoemde groep sterk behoeftes het om weer te wees wie hulle was voor die ongeluk, toon die groep met 'n hoër mate van lewenstevredenheid, 'n groter bereidwilligheid om hul nuutgevonde self te aanvaar en voort te gaan met die lewe.

Die groep wat 'n hoër mate van lewenstevredenheid ervaar, is ook meestal konstruktief besig met werk- of studietake en neem self verantwoordelikheid vir die bereiking van sekere lewensdoelwitte. Behoeftes aan die goedkeuring en respek van ander kom in 'n mindere mate voor by dié persone. Dit wil dus voorkom asof persone wat 'n mindere mate van lewenstevredenheid beleef, 'n groter behoefte aan goedkeuring en respek van ander het, moontlik omdat hulle dit in 'n mindere mate beleef.

Persone wat 'n groter mate van lewensvrede beleef, blyk ook meer ingestel te wees op transenderende objekte soos geloof en godsdiens. Daar is nie betekenisvolle verskille gevind tussen die voorkoms van besittings as motiverende objek nie.

Wat die hoofbeseerde in die geheel betref, blyk die redelike mate van afhanklikheid van ander oor die algemeen 'n groot bron van frustrasie te wees. Sterk menings teen ander se onkunde rakende hoofbeserings en die diskriminasie teen en etiketering van die hoofbeseerde, kom na vore.

#### **4.4 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die resultate, soos verkry uit die kwantitatiewe en kwalitatiewe metingsprosedures uiteengesit en bespreek. In die volgende hoofstuk gaan daar gepoog word om dié bevindinge van die ondersoek te integreer en die onderlinge korrelasies wat gevind is, gaan kortliks uiteengesit word.

## HOOFSTUK 5

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 5.1 INLEIDING

Die literatuur toon duidelik aan dat 'n traumatiese hoofbesering verreikende gevolge vir 'n persoon kan inhou. Dit kan 'n persoon op fisieke, kognitiewe sowel as emosionele terrein beïnvloed. In hierdie studie is die impak van hoofbeserings egter vanuit 'n psigofortigene perspektief bestudeer. Die klem val op die invloed van positiewe kwaliteite en faktore wat 'n persoon op psigologiese terrein sterk maak en in staat stel om effektief aan te pas by moeilike lewensomstandighede soos 'n traumatiese hoofbesering. Die literatuur toon ook aan dat die stel van doelwitte en die teenwoordigheid van sekere objekte in 'n persoon se toekomsydperspektief, 'n motiverende invloed op 'n persoon se gedrag het en sy/haar mate van lewenstevredenheid kan beïnvloed.

In die voorafgaande hoofstukke is literatuur rakende traumatiese hoofbeserings, psigofortigene faktore en toekomsydperspektief bespreek. Die navorsingsmetode en die resultate van die kwantitatiewe en kwalitatiewe ondersoeke is ook uiteengesit. Hierdie laaste hoofstuk handel oor die gevolgtrekkings wat uit die studie voortspruit. Die tekortkominge van die studie en aanbevelings vir verdere navorsing, word ook bespreek.

Om aansluiting te vind by die doel van die ondersoek, word die spesifieke doelstellings van hierdie studie vervolgens weer uiteengesit.

## **5.2 DOELSTELLINGS VAN DIE STUDIE**

In hierdie studie is die verband tussen psigofortigene faktore en die mate van lewenstevredenheid wat ervaar word na 'n traumatiese hoofbesering, by 'n groep hoofbeseerdes (26) ondersoek. Die verband tussen die hoofbeseerdes se toekomstydperspektief en hul mate van lewenstevredenheid is ook ondersoek.

Die spesifieke doelstellings vir hierdie ondersoek, soos voorheen gestel, is:

- om vas te stel watter invloed het psigofortigene faktore soos koherensiesin en fortaliteit op die lewenstevredenheid van persone wat traumatiese hoofbeserings beleef het;
- om vas te stel watter invloed het hoofbeseerdes se toekomstydperspektief op hul mate van lewenstevredenheid.

Oorkoepelend het hierdie studie ook ten doel gehad om die toepaslikheid van faktore soos die psigofortigene faktore en toekomstydperspektief in die konteks van die hoofbeseerde te ondersoek.

As antwoorde op voorafgenoemde vraagstukke, word die bespreking van die gevolgtrekkings wat spruit uit die voorafgaande hoofstukke, vervolgens uiteengesit.

## **5.3 BESPREKING VAN GEVOLGTREKKINGS**

Eerstens gaan die bevindinge rakende die lewenstevredenheid van die hoofbeseerde (die kriteriumveranderlike) met gegewens uit die literatuur gekoppel word, ten einde sinvolle gevolgtrekkings te maak oor aspekte wat die lewenstevredenheid van die hoofbeseerde kan beïnvloed.



### 5.3.1 Lewenstevredenheid en die hoofbeseerde

Lewenstevredenheid, wat verwys na die globale oordeel wat 'n persoon oor sy lewe vel, was in hierdie ondersoek die kriteriumveranderlike. Die Lewenstevredenheidskaal (SWLS) van Diener *et al.* (1985) is benut om die ondersoekgroep se mate van lewenstevredenheid te meet. Daar is bevind dat die hoofbeseerdes oor die algemeen 'n laer mate van lewenstevredenheid ervaar, as wat in vorige Suid-Afrikaanse ondersoeke gevind is (Wissing & Van Eeden, 1985; Potgieter, 2000; Venter, 2000). 'n Verklaring vir die bevinding blyk uit die volgende:

Die literatuur toon aan dat traumatiese hoofbeserings die leidende oorsaak van breinskade en gestremdhede by jong volwassenes is. In hierdie studie was die gemiddelde ouderdom van die 26 lede van die ondersoekgroep 32.64 jaar. Wanneer daar uit die oogpunt van die ontwikkelingsielkunde na dié ouderdomsgroep (vroë volwassenskap) gekyk word, is dit die ouderdom waar individue se ontwikkelingstake en die verwagtinge van die samelewing hoofsaaklik rondom die volgende aspekte wentel (Louw, Van Ede & Louw, 1998):

- die bereiking van onafhanklikheid en verantwoordelikheid
- die stabilisering van identiteit
- die ontwikkeling van intimiteit en toegewydheid
- die keuse van 'n huweliksmaat en die vestiging van 'n betekenisvolle verhouding
- die vestiging in 'n beroep
- die lewering van 'n bydrae in die gemeenskap ten einde 'n plek in die gemeenskap te vind

Weens die moontlike fisieke, kognitiewe en emosionele inperkings wat kan ontstaan na 'n traumatiese hoofbesering, word die voltooiing van hierdie ontwikkelingstake dikwels belemmer en het dit noodwendig 'n invloed op die

slagoffers se mate van lewenstevredenheid. Hierdie ontwikkelingstake vergelyk egter ook met die algemene weerstandshulpbronne wat deur Antonovsky (1979) geïdentifiseer is as faktore wat 'n fasiliterende rol speel ten opsigte van die suksesvolle hantering van stressore. Die resultate van die ondersoek, gegee die gemiddelde ouderdom van die ondersoekgroep, is dus nie verrassend nie. Die meerderheid van die ondersoekgroep (57.7%) was enkellopend, terwyl ongeveer slegs een derde van hulle (38.5%) wel werksaam was. Die relatief lae vlakke van fortaliteit en koherensiesin wat die ondersoekgroep getoon het, gee dus uitdrukking aan dié persone se gebrekkige ervaring van 'n stabiele identiteit, die relatiewe afwesigheid van betekenisvolle verhoudinge en lae vlakke van onafhanklikheid en selfverantwoordelikheid.

Die kwalitatiewe ondersoek na die invloed van toekomsydperspektief op die lewenstevredenheid van die ondersoekgroep, het onder andere aan die lig gebring dat dié persone 'n mindere mate van aanvaarding vanuit die gemeenskap ervaar en in 'n groot mate hul onafhanklikheid en selfverantwoordelikheid moes prysgee ná die opdoen van die hoofbesering.

Die opdoen van 'n traumatiese hoofbesering hou dus dikwels onaangename gevolge in, beproef slagoffers se aanpassingsvermoëns tot die uiterste en mag hul ervaring van lewenstevredenheid negatief beïnvloed. Tog is daar gevind dat die teenwoordigheid van sekere faktore (koherensiesin, fortaliteit en toekomsydperspektief) hoofbeseerdes help om beter aan te pas by hul veranderde lewensomstandighede en 'n redelike mate van lewenstevredenheid te ervaar. Dié faktore word vervolgens bespreek.

### **5.3.2 Psigofortigene faktore en lewenstevredenheid by hoofbeseerdes**

Met die kwantitatiewe deel van die studie is daar gepoog om die verband tussen lewenstevredenheid en die psigofortigene faktore, koherensiesin en fortaliteit, by die ondersoekgroep deur middel van hiërgargiese regressie-ontledings te

ondersoek. Die psigofortigene faktore was dus die voorspeller veranderlikes in die navorsingsontwerp. Daar is gevind dat beide faktore gesamentlik ongeveer 24% van die variansie in lewenstevredenheid by die ondersoekgroep verklaar en dié bevinding op die 5%-peil beduidend is. Die teenwoordigheid van hierdie faktore, oftewel bronne van psigologiese krag, het dus 'n beduidende invloed op die mate van en behoud van lewenstevredenheid wat persone na die opdoen van 'n traumatiese hoofbesering ervaar.

Die faktor koherensiesin, verklaar egter die grootste deel van die variansie in lewenstevredenheid. Die mate waarin die hoofbeseerdes dus ervaar dat hul persepsies sin maak op kognitiewe vlak en hulle die lewe as verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol ondervind, korreleer dus positief met die mate van lewenstevredenheid wat hulle ervaar. Hierdie ervaringe speel dus blykbaar 'n relatief belangriker rol as die persone se positiewe ervaringe rakende die self, die gesin en ander persone (fortaliteit). Beide faktore het 'n sterk kognitiewe komponent en die moontlike kognitiewe inperkings by hoofbeseerdes kan dus nie alleenlik hierdie verskil verklaar nie. Hoë interkorrelasies is egter gevind tussen die twee faktore (koherensiesin en fortaliteit) wat impliseer dat die faktore in 'n hoë mate eintlik interafhanklik is. Vorige literatuurverwysings ondersteun die hoë interkorrelasies wat tussen die psigofortigene faktore in hierdie ondersoek gevind is (Pretorius, 1998).

### **5.3.3 Toekomstyperspektief en lewenstevredenheid by hoofbeseerdes**

Die kwalitatiewe deel van die studie het ten doel gehad om die invloed wat die teenwoordigheid van sekere motiverende objekte in die hoofbeseerdes se toekomstyperspektief, op die mate van lewenstevredenheid wat hulle ervaar, te ondersoek. Op grond van die tellings wat behaal is op die Lewenstevredenheidskaal, is die ondersoekgroep in drie groepe verdeel, naamlik lae, gemiddelde en hoër lewenstevredenheid. Die drie groepe is met mekaar vergelyk ten opsigte van die teenwoordigheid en voorkoms van sekere

motiverende objekte. Hierdie objekte word beskou as determinante wat gedrag reguleer, vandaar die motiverende invloed daarvan.

Daar is verskille tussen die drie groepe gevind met betrekking tot die teenwoordigheid van motiverende objekte rakende hul toekomsydperspektief. Die groep wat 'n hoër mate van lewenstevredenheid ervaar en gevolglik beter by die moeilike situasie aanpas, blyk persone te wees wat sterker strewe na positiewe ervarings en die verbetering van sekere vaardighede en vermoëns. Hulle toon ook 'n groter strewe na fisieke en persoonlike onafhanklikheid en is meer bereid om aan te pas by hul veranderde omstandighede en nuwe lewensituasie.

In teenstelling met die groep wat 'n laer mate van lewenstevredenheid ervaar, stel die groep wat 'n hoër mate van lewenstevredenheid ervaar, meer spesifieke doelwitte vir hul lewe en erken hul eie verantwoordelikheid en persoonlike aandeel in die bereiking van dié doelwitte tot 'n hoër mate. Ryan en Deci (2000), het bevind dat die voortsetting en bereiking van sekere lewensdoelwitte 'n relatief direkte effek op die bevrediging van basiese behoeftes het en gevolglik die subjektiewe, psigologiese gevoel van welstand en lewenstevredenheid verhoog. Hierdie literatuurbevinding ondersteun dus die verskille wat tussen voorafgenoemde groepe ten opsigte van lewenstevredenheid en die stel van lewensdoelwitte gevind is.

Dit het ook na vore gekom dat die groep wat 'n hoër mate van lewenstevredenheid ervaar, reeds konstruktief besig is met een of ander werk- of studietoekomsyd. Dit is egter belangrik om te noem dat daar nie groot verskille voorgekom het met betrekking tot die selfrapportering van fisieke, kognitiewe en emosionele inperkings wat die lede van die verskillende groepe ervaar nie. Daar blyk gevolglik nie 'n realistiese verklaring vir die verskille in werk- of studiestatus van die verskillende groepe te wees nie. Csikszentmihalyi (soos aangehaal deur Myers, 2000) beweer dat mense 'n groter mate van psigologiese welstand ervaar

wanneer hulle in verstandelike uitdagings betrokke raak en ondersteun dus die bevinding van 'n verband tussen die mate van lewensvrede wat ervaar word en die betrokkenheid by een of ander werk- of studietoek.

Om terug te keer na 'n vorige werk of om skoolopleiding of studies te hervat, kan vir persone ná 'n traumatiese hoofbesering 'n baie groot uitdaging wees weens die verskeie moontlike gevolge van die besering. Weens die ernstigheidsgraad van die besering is die terugkeer na 'n vorige beroep of skool egter vir sommige persone nie 'n opsie nie. Vorige lewensdoelwitte kan dus nie altyd meer nagestreef word nie en die stel van nuwe lewensdoelwitte wat die uitbouing van die positiewe (of behoue) kwaliteite betrek, is dus nodig. In hierdie gevalle loop daar 'n egter fyn lyn tussen 'n gevoel van depressiwiteit en 'n gevoel van motivering. Dit is hier waar sekere persoonlikheidseienskappe en genoegsame ondersteuning egter 'n belangrike rol kan speel volgens die Brain Injury Association of Wisconsin (2000) en die teenwoordigheid van sekere bronne van psigologiese krag (fortaliteit en koherensiesin) 'n verskil kan maak. Hierdie literatuurverwysing ondersteun dus die kwantitatiewe resultate van hierdie studie, naamlik dat die psigofortigene faktore 'n beduidende rol speel in die mate van lewensvrede wat die ondersoekgroep ervaar.

'n Hoër voorkoms van geloof en godsdiens as motiverende objek, is ook gevind by persone wat 'n hoër mate van lewensvrede ondervind. Die bevinding word ondersteun deur die rapporterings van hoofbeseerdes en hul gesinne binne 'n gespreksforum (Brain Injury Association of Wisconsin, 2000) naamlik, dat geloof een van die belangrike faktore was wat hulle deur die moeilike tyd ná die besering gedra het. Gesinne wat glad nie voorheen godsdienstig was nie en selfs nog nooit voorheen gebid het nie, rapporteer dat dit die enigste bron van krag in dié tyd was.

#### 5.3.4 Samevattend

Soos in die inleidende hoofstuk van hierdie studie reeds vermeld is, is daar groeiende bewyse dat psigososiale faktore 'n groter bydrae lewer tot voortdurende ongeskiktheid na 'n traumatiese hoofbesering, as wat voorheen besef is. Die kragtige invloed wat die slagoffers se subjektiewe belewenisse tydens en ná die herstelfase op hul uiteindelijke gedrag en hantering van die neurosielkundige inperkings het, is ook beklemtoon.

In hierdie studie is daar gevind dat sommige persone, ten spyte van die traumatiese gevolge van 'n hoofbesering, wel daarin slaag om 'n redelike mate van lewenstevredenheid te ervaar, terwyl ander nie daarin slaag nie. Die vraag wat aanvanklik by die navorser ontstaan het, naamlik watter faktore sommige persone dan help om weer 'n redelike mate van lewenstevredenheid na die hoofbesering te ervaar, kon met behulp van die resultate van die studie redelik beantwoord word.

Die resultate van die studie toon dat die teenwoordigheid van die psigofortigene faktore, koherensiesin en fortaliteit, 'n betekenisvolle bydrae lewer in die mate van lewenstevredenheid wat die ondersoekgroep ondervind en hulle gevolglik help om aan te pas by moeilike omstandighede in hul lewe. Daar is ook gevind dat die hoofbeseerdes se sieninge rakende die toekoms en die teenwoordigheid van sekere motiverende objekte, 'n positiewe invloed op hul mate van lewenstevredenheid het. In die breë gesien, kom die kwalitatiewe resultate daarop neer dat hoofbeseerdes wat op 'n passiewe, negatiewe wyse op hulle self gerig is, 'n laer mate van lewenstevredenheid ervaar. Diegene wat 'n meer positiewe, uitgaande gerigtheid teenoor die lewe openbaar, ervaar daarenteen 'n hoër mate van lewenstevredenheid.

#### 5.4 TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE EN AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Soos reeds voorheen vermeld, is daar nog nie veel navorsing, veral op kwalitatiewe gebied, oor die emosionele behoeftes en ervarings van lewensvrede deur hoofbeseerdes gedoen nie. Dit is dus nog 'n relatief 'oop' veld met vele onontgind moontlikhede. Vorige navorsing fokus meestal op die evaluering van die neurosielkundige inperkings by hoofbeseerdes.

Wat hierdie navorsingsveld egter 'n uitdagende terrein maak, is die vele faktore (steuringsveranderlikes) wat in ag geneem moet word wanneer daar met die hoofbeseerde gewerk word. 'n Deeglike kennis oor en begrip vir die neurologiese, psigososiale en predisponerende faktore wat 'n invloed op die prognose van hoofbeserings het, is nodig.

In hierdie studie is daar met 'n relatief klein ondersoekgroep gewerk, omrede die lae responskoers wat gevind is. Die klein ondersoekgroep het die statistiese beduidendheid van die resultate negatief beïnvloed. Die navorser het egter gevind dat dit tot voordeel van die studie strek om met ander professionele persone saam te werk, waar hulp met die voltooiing van vraelyste en terugsending daarvan, voorsien kon word.

Uit die literatuur het dit na vore gekom dat die hoofbeseerde se funksionering voor die opdoen van die hoofbesering, 'n belangrike rol speel in die prognose van dié persone. Die inwinning van kollaterale inligting, byvoorbeeld deur onderhoude met betekenisvolle ander persone in die hoofbeseerde se lewe, mag dus belangrike inligting verskaf oor hul funksionering voor die besering asook hul huidige funksionering. Dit kan dus as 'n tekort gesien word in hierdie studie en mag 'n betekenisvolle aanbeveling vir verdere navorsing wees.

Die invloed van geloof en godsdiens in die mate van aanvaarding en lewenstevredenheid wat hoofbeseerdes en hul gesinne ervaar, is 'n faktor wat verder ondersoek kan word , veral in die Suid-Afrikaanse konteks.

'n Verdere uitdaging in hierdie veld lê in die ontwikkeling van 'n rehabilitasieprogram wat die faktore wat hoofbeseerdes se mate van lewenstevredenheid kan verhoog, versterk en ontwikkel. In reeds bestaande rehabilitasieprogramme kan aktiwiteite wat hierdie faktore by die hoofbeseerde versterk, geïnkorporeer word.



## BRONNELYS

---

- Adams, R.L., Parsons, O.A., Culbertson, J.L., Nixon, S.J. (1996). *Neuropsychology for Clinical practice: etiology, assessment, and treatment of common neurological disorders*. Washington DC: American Psychological Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, **36**, 725-733.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Begali, V. (1987). *Head injury in children and adolescents*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Company.
- Brain Injury Association of Wisconsin. (2000). *The costs and causes of traumatic brain injury*. [internet:] <http://www.biaw.org/brain.htm>. [date of access: 4 July 2001].
- Carstens, J.A. & Spangenberg, J.J. (1997). Major depression: A breakdown in sense of coherence? *Journal of the Royal Anthropological Institute*. **3**, 1211-1221.

- De Volder, M. & Lens, W. (1982). Academic achievement and future time perspective as a cognitive-motivational concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**, 566–571.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, **55**, 34-41.
- Diener, E. & Emmons, R., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, **49**, 71-75.
- Drenth, C.M. (1991). *Die psigo-sosiale implikasies van 'n hoofbesering vir die pasiënt en sy gesin: Die taak van die geneeskundige maatskaplike werker*. Ongepubliseerde skripsie, Universiteit van Pretoria, Pretoria.
- Fingerman, K. L. & Perlmutter, M. (1995). Future time perspective and live events across adulthood. *Journal of General Psychology*. **122**, 17.
- Fouché, M. (1996). *Die evaluering van 'n rehabilitasieprogram vir hoofbeserings en beroerte*. Ongepubliseerde D.Phil. proefskrif, UOVS, Bloemfontein.
- Frank, L.K. (1939). Time perspectives. *Journal of Social Philosophy*. **4**, 239 – 312.
- Garner, R. (1990). *Acute head injury: practical management in rehabilitation*. London: Chapman & Hall.
- Giles, G.M. & Clark-Wilson, J. (1993). *Brain injury rehabilitation: a neuro-functional approach*. London: Chapman & Hall.
- Gjesme, T. (1976). Future-time gradients for performance in test anxious individuals. *Perceptual and Motor Skills*. **42**, 235–242.

- Glanze, W.D. (1986). *Mosby's medical and nursing dictionary*. (2<sup>nd</sup>. Ed.). St. Louis: C.V. Mosby Company.
- Hacker, E., & Tobis, J. S. (1983). Reintegration into the community. In Rosenthal, M., Griffith, E., Bond, M., & Miller, J.: *Rehabilitation of the head injured adult*. Philadelphia, F.A.: Davis.
- Holmes, C.B. (1988). *The head-injured college student*. Springfield, Ill.: Charles Thomas Publisher.
- Howlett, K. (1993). Understanding traumatic brain injury. [internet: ] <http://www.headwayvictoria.org.au/traumatic.rtf>. [date of access: 4 July 2001].
- Husman, J. & Lens, W. (1999). The role of the future in student motivation. *Educational Psychologist*. 34, 113–126.
- Huysamen, G.K. (1993). *Metodologie vir die sosiale en gedragwetenskappe*. Halfweghuis: Southern.
- Jansen, P., & Friedman, B. (1995). Liason with medical professionals following traumatic brain and spinal cord injury: Relative's reports. Paper presented at the 1<sup>st</sup> Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, Pietermaritzburg.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1997). *Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, (8ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkens.
- Kolb, B., & Whishaw, I.Q. (1990). *Fundamentals of human neuropsychology*. New York: Freeman and Company.

- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality: Selected papers*. New York: Mc Graw-Hill.
- Long, C.J. & Schmitter, M.E. (1992). Cognitive sequelae in closed head injury. In C.J. Long & L.K. Ross (Eds). *Handbook of head trauma: Acute care to recovery*. New York: Plenum Press.
- Louw, D.A., Van Ede, D.M. & Louw, A.E. (1998). *Menslike ontwikkeling* (3<sup>rd</sup> ed.). Pretoria: Kagiso.
- Luria, A.R. (1966). *Higher cortical functions in man*. New York: Basic Books.
- Luria, A.R. (1973). *The working brain*. New York: Basic Books.
- Miller, J.H. (1992). Management and evaluation of head trauma. In C.J. Long, & L.K. Ross (Eds.), *Handbook of head trauma: Acute care to recovery* (pp.3-17). New York: Plenum Press.
- Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, *55*, 56-65.
- Newcombe, F. (1982). The psychological consequences of closed head injury: Assessment and rehabilitation, *Injury*, *14*, 111-136.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nuttin, J. (1964). The future time perspective in human motivation and learning. *Acta Psychologica*, *23*, 60-82.

- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pretorius, T. B. (1998). *Fortitude as stress-resistance: Development and validation of the Fortitude Questionnaire (FORQ)*. Bellville: University of the Western Cape.
- Pretorius, T.B. (1997). *Salutogenic resistance resources and environmental characteristics in stress-resistance*. Unpublished doctoral dissertation. University of the Orange Free State, Bloemfontein.
- Potgieter, J. C. (2000). *Die sielkundige behoeftes van die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte*. Ongepubliseerde Magister-verhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Prigatano, G. P. (1991). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Raskin, S. A. & Mateer, C. A. (2000). *Neuropsychological management of mild traumatic brain injury*. New York: Oxford University Press.
- Raynor, J. O. & Entin, E. E. (1982). *Motivation, career striving, and aging*. Washington DC: Hemisphere.
- Rimel, R.W., Jane, J.A., & Bond, M.R. (1990). Characteristics of the head-injured patient. In M. Rosenthal, E. R. Griffith, M. R. Bond & J.D. Miller (Eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury* (pp. 8-18). Philadelphia: F.A. Davis.

- Rocchio, C. (1998). Entering or re-entering the work place after brain injury. In Brain injury association's monthly publication, *Family news and views*, 5, June. [internet:] <http://www.biausa.org/index.htm>. [date of access: 4 July 2001].
- Rosenthal, M., & Muir, C. A. (1983). Method of family intervention. In M. Rosenthal, E. R. Griffith, M. R. Bond, & J.D. Miller (Eds.), *Rehabilitation of head injured adults* (pp. 407-418). Philadelphia: Davis.
- Russel, W. R. (1971). *The traumatic amnesias*. New York: Oxford University Press.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-76.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- SAS Institute (1985). SAS user's guide: Statistics version (5<sup>th</sup> edition). Cary: Author.
- Seijts, G.H. (1998). The importance of future time perspective in the theories of work motivation. *Journal of Psychology*, 132, 15p.
- Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-13.
- Strümpfer, D. J. W. (1990). Salutogenesis: a new paradigm. *South African Journal of Psychology*, 20, 265-276.

- Strümpfer, D. J. W. (1995). The origins of health and strength: From salutogenesis to fortigenesis. *South African Journal of Psychology*, 25, 81-89.
- Tyson, G.W. (1987). *Head injury management for providers of emergency care*. Baltimore: Williams & Wilkens.
- Van der Walt, H.S. (1980). Die wetenskaplike gebruik van inligting by voorligting en keuring vir vakleerlingopleiding. *Humanitas*, 6, 85-96.
- Van der Westhuizen, G. J., Monteith, J.L. de K. & Steyn, H.S. (1989). Relative contribution of different sets of variables to the prediction of the academic achievement of black students. *South African Journal of education*, 9, 769-773.
- Venter, J.H. (2000). *Die verband tussen psigofortologiese faktore en uitbranding by verpleegkundiges van Alzheimer-pasiënte*. Ongepubliseerde Magister-verhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Walsh, K. W. (1985). *Understanding brain damage: A primer of Neuropsychological evaluation*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Watts-Runge, A. D., & Tollman, S.G. (1994). Neuropsychological rehabilitation: Vocational outcomes. Poster presented at the *International Neuropsychological Society Seventeenth European Conference*, Angers, France.
- Wissing, M. P. & Van Eeden, C. (1998). Psychological well-being: A fortigenic conceptualization and empirical clarification. In L. Schlebusch (Red.), *South Africa beyond transition: Psychological well-being*. (pp 379-393). Proceedings of the 3<sup>rd</sup> Annual Congress of the Psychological Society of South-Africa, PsySSA: Pretoria.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1994). *Psychological well-being: Measurement and construct clarification*. Paper. 23<sup>rd</sup> International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain. July, 17-22, 1994.

Witmer, J.M. & Sweeny, T.J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the life span. *Journal of Counseling and Development*, **71**, 140 - 148.

Zaleski, Z. (1987). Behavioural effects of self-set goals for different time ranges. *International Journal of Psychology*, **22**, 17-18.

Zaleski, Z. (1994). *Psychology of future orientation*. Lublin, Poland: Towarzystwo Naukowe KUL.

Zika, S. & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, **83**, 133-145.



BYLAE A

TOESTEMMINGSBRIEF

**TOESTEMMINGSBRIEF**

**2001-04-09**

Hiermee word toestemming gevra vir die gebruik van sekere inligting vir navorsingsdoeleindes. Die navorser beplan om 'n studie te doen oor die mate van lewenstevredenheid wat ervaar word by persone na traumatiese hoofbeserings. Die studie word gedoen vir 'n M-verhandeling in sielkunde.

Die identifiserende besonderhede van die pasiënt (geslag, ouderdom, moontlike kontaknommers en adresse) asook die lokalisering en aard van die besering word verlang. Verder beplan die navorser om die proefpersone te kontak om verdere samewerking en toestemming aan te vra, waarna hulle gevra sal word om sekere vraelyste te voltooi vir verdere statistiese bewerkings.

Die konfidensialiteit van die inligting sal behou en gerespekteer word.

By voorbaat dank.

A. Helmand (navorser)

Matrone Van Eeden

---

---

---

BYLAE B

INLEIDENDE BRIEF EN  
BIOGRAFIESE VRAELYS

## **NAVORSINGSPROJEK: Traumatiese hoofbeserings**

Geagte Deelnemer

Na aanleiding van ons telefoongesprek vroeër in die jaar (April) waartydens u ingestem het om deel te neem aan die navorsingsprojek, stuur ek nou die volgende vraelyste aan u om in te vul.

Eerstens wil ek net my dankbaarheid uitspreek oor u bereidwilligheid om saam te werk. My belangstelling in hoofbeserings spruit uit my persoonlike ondervinding en ek voel eintlik geroep om verder in dié rigting in te gaan.

Wat die pakkie wat u nou ontvang het betref, net die volgende: dit blyk 'n baie groot hoeveelheid te wees wat dit in werklikheid nie is nie. Die laaste vraelys beslaan ongeveer 17 bladsye, maar dit behels eintlik net twee sinnetjies op 'n bladsy. Dit behoort u ongeveer 1 uur in totaliteit te neem om alles te voltooi.

Ingeslote sal u 'n geadresseerde koevert en seëls vind wat die onkoste van die terugsending sal dek. Ek sal dit hoog op prys stel indien u dit so spoedig moontlik aan my kan terugstuur.

Nogmaals baie dankie vir u samewerking – dit word opreg waardeer!

Anneri Helmand

Adres: Posbus 11437  
Universitas  
9321

Tel: 051 – 4012775 (w)  
051 – 5225882(h)  
092 922 9799 (sel)

## Navorsingsprojek: Traumatiese hoofbeserings

Geagte deelnemer

Hierdie navorsingsprojek handel oor die lewenstevredenheid en lewenskwaliteit wat persone ervaar na traumatiese hoofbeserings. Om dit te kan doen het ons egter u hulp baie nodig. Daar word dus van u gevra om asseblief die volgende vraelyste so eerlik as moontlik te voltooi. Dit kan ongeveer 'n uur van u tyd in beslag neem

Die vraelyste is anoniem en konfidensialiteit word dus gewaarborg!

Baie dankie vir u samewerking en u bydrae.

Anneri Helmand (UOVS)  
Tel: 0828228788

### **BIOGRAFIESE INLIGTING**

**Geslag (manlik/vroulik)** \_\_\_\_\_

**Ouderdom (jare en voltooide maande):** \_\_\_\_\_

**Huwelikstatus (getroud/ongetroud/geskei ens.)** \_\_\_\_\_

**Beroep (indien van toepassing)** \_\_\_\_\_

**Hoe het u die hoofbesering opgedoen?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wanneer het u die besering opgedoen?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Watter probleme ervaar u na afloop van die ongeluk?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_