

- 6 138 614 14

U.O.V.S. BIBLIOTEEK

at 1.

01

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

University Free State



34300000464796

Universiteit Vrystaat

**FORTOLOGIESE DIMENSIES BY BEJAARDES
MET ALZHEIMER SE SIEKTE
OF RUMATOÏDE ARTRITIS**

DEUR

MICHELLE VILJOEN

VOORGELê TER GEDEELTELIKE VERVULLING VAN DIE
VEREISTES VIR DIE GRAAD

MAGISTER SCIENTIAE (KLINIESE SIELKUNDE)

IN DIE

FAKULTEIT NATUURWETENSKAPPE
(DEPARTEMENT SIELKUNDE)

AAN DIE

**UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT
(BLOEMFONTEIN)**

STUDIELEIER: PROF. P.M. HEYNS
MEDESTUDIELEIER: MNR. D.C. ODENDAAL

JUNIE 2000

BEDANKINGS

Die skrywer wil graag die volgende persone bedank.:

- ♦ My studie leiers, Professor P.M. Heyns en Mnr. D.C. Odendaal. Besondere dank aan Professor Heyns. U geduld, bereidwilligheid en beskikbaarheid ter alle ure word opreg waardeer. Sonder u leiding sou die projek besonder arm wees.
- ♦ My ouers en familie. Dankie vir julle volgehoue ondersteuning en liefde. Julle aanmoediging het my deur die moeilike tye gedra.
- ♦ My verloofde, John Veitch. Baie dankie vir al die harde werk en moedhou. Hierdie is voorwaar ons skripsie.
- ♦ My vriende en mede klasmaats. Julle vriendskap verryk my lewe.
- ♦ Dank aan Mev. Thompson, haar nalating het die studie moontlik gemaak.
- ♦ Besonder woord van dank aan elkeen van die bejaardes wat hul huise en harte vir my oopgemaak het. Elkeen van u was vir my 'n inspirasie.
- ♦ Laastens wil ek al die eer aan my Hemelse Vader bring. Dit is slegs deur Hom dat ek tot alles in staat is.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

Opsomming

i

Summary

iii

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 AGTERGROND EN PROBLEEMSTELLING

1

1.2 HOOFSTUKINDELING

3

HOOFSTUK 2

PSIGOFORTOLOGIE

2.1 INLEIDING

5

2.2 DIE AARD VAN DIE SALUTOGENE PARADIGMA

6

2.2.1 Salutogene perspektief

6

2.2.2 Patogene perspektief

8

2.2.3 Die verskil tussen die patogene en salutogene
perspektiewe

9

2.3 KERNKONSTRUKTE VAN SALUTOGENESE

10

2.3.1 Koherensiesin

10

2.3.1.1 *Verstaanbaarheid*

11

2.3.1.2 *Hanteerbaarheid*

12

2.3.1.3 *Betekenisvolheid*

12

2.3.1.4 *Grense van die koherensiesin*

13

2.3.1.5	<i>Die graad van koherensiesin</i>	15
2.3.2	Weerstandshulpbronne	15
2.4	ONTWIKKELING VAN DIE KOHERENSIESIN	18
2.4.1	Inleiding	18
2.4.2	Ontwikkeling van die koherensiesin tydens die baba- en kinderjare	20
2.4.2.1	<i>Verstaanbaarheid</i>	20
2.4.2.2	<i>Hanteerbaarheid</i>	20
2.4.2.3	<i>Betekenisvolheid</i>	21
2.4.3	Ontwikkeling van die koherensiesin tydens adolessensie	22
2.4.4	Ontwikkeling van die koherensiesin tydens volwassenheid	22
2.5	VAN SALUTOGENESE TOT FORTIGENESE	25
2.6	SAMEVATTING	27

HOOFSTUK 3

LEWENSKWALITEIT

3.1	INLEIDING	30
3.2	KONSEPTUALISERING VAN LEWENSKWALITEIT	32
3.2.1	Verskillende perspektiewe	32
3.2.2	Samevatting	37
3.3	DETERMINANTE VAN LEWENSKWALITEIT	37
3.3.1	Intrapersoonlike deelsisteem	37
3.3.1.1	<i>Die self</i>	37
3.3.1.2	<i>Invloed van die verouderingsproses op die self</i>	38
3.3.1.3	<i>Die invloed van sielkundige en liggaamlike</i>	

	<i>verswakking op die self</i>	39
3.3.1.4	<i>Die invloed van outonomie op die self</i>	40
3.3.1.5	<i>Die invloed van fisieke aktiwiteit op die self</i>	42
3.3.1.6	<i>Die invloed van intellektuele funksionering op die self</i>	44
3.3.2	Interpersoonlike determinante	46
3.3.2.1	<i>Die rol van familie en vriende</i>	46
3.3.2.2	<i>Aftrede</i>	48
3.3.2.3	<i>Behuising</i>	50
3.4	DIE INVLOED VAN GODSDIENS	51
3.5	SAMEVATTING	52

HOOFSTUK 4

ALZHEIMER SE SIEKTE

4.1	INLEIDING	54
4.2	GENETIESE ETIOLOGIE VAN ALZHEIMERSE SIEKTE	56
4.3	RISIKOFAKTORE IN DIE ONTWIKKELING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	57
4.4	INSIDENSIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	57
4.5	DIE DIFFERENSIËLE DIAGNOSES VIR ALZHEIMER SE SIEKTE	58
4.5.1	Inleiding: Uitsluitingskriteria vir Alzheimer se siekte	58
4.5.2	Demensie by bejaardes	58
4.5.3	Veroudering	60
4.5.4	Depressie	61
4.5.5	Delirium	62
4.5.6	Psigose	63
4.6	DIE DIAGNOSERING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	63

4.6.1	Die evaluasie-onderhoud	64
4.6.2	Evaluering van kennis	64
4.6.3	Fisiese en neurologiese ondersoeke	65
4.6.4	Laboratoriumtoetse	65
4.6.5	Breinbeeldingstudies	65
4.6.6	Assessering van die nie-kognitiewe simptome	66
4.7	DIE DRIE FASES VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	66
4.8	DIE SIMPTOME VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	67
4.8.1	Kognitiewe simptome	68
4.8.2	Nie-kognitiewe simptome	69
4.9	BEHANDELING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	71
4.9.1	Inleiding	71
4.9.2	Behandeling van kognitiewe simptome	71
4.9.3	Behandeling van nie-kognitiewe simptome	72
4.9.3.1	<i>Inleiding</i>	72
4.9.3.2	<i>Antipsigotiese middels en die behandeling van psigose</i>	73
4.9.3.3	<i>Anxiolitiese middels en die behandeling van agitasie, angst en aggressie</i>	74
4.9.3.4	<i>Gemoedstabiliseerders en die behandeling van depressie en apatie</i>	76
4.9.3.5	<i>Behandeling van slaapversteurings</i>	77
4.9.3.6	<i>Behandeling van rond dwaal-gedrag</i>	78
4.9.4	Die sielkundige behandeling van Alzheimer se siekte	79
4.9.5	Versorging van die Alzheimer pasiënt	79
4.9.5.1	<i>Die primêre versorger</i>	79
4.9.5.2	<i>Die huweliksmaat as primêre versorger</i>	80
4.9.5.3	<i>Hulp aan die versorger</i>	81
4.10	SAMEVATTING	82

HOOFSTUK 5

RUMATOÏEDE ARTRITIS

5.1	INLEIDING	83
5.2	DIE DIAGNOSE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	83
5.3	DIE DIFFERENSIËLE DIAGNOSE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	84
5.3.1	Jig	84
5.3.2	Osteo-artritis	84
5.4	DIE ETIOLOGIE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	85
5.5	DIE VERLOOP VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	86
5.6	DIE PATOFISIOLOGIE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	86
5.7	DIE KLINIESE BEELD VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	87
5.8	DIE BEHANDELING VAN RUMATOÏDE ARTRITIS	88
5.8.1	Inleiding	88
5.8.2	Farmakologiese behandeling	88
5.8.3	Sielkundige behandeling	89
5.9	SAMEVATTING	91

HOOFSTUK 6

NAVORSINGSMETODOLOGIE

6.1	INLEIDING	92
6.2	DOEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK	92
6.3	AARD VAN DIE KWALITATIEWE METODOLOGIE	92
6.4	DIE GEVALLESTUDIE-METODE	93

6.5	NAVORSINGSPROSEDURE : DIE GEVALLESTUDIE- NAVORSINGSONTWERP	94
6.6	NAVORSINGSPROSEDURE	95
6.6.1	Ondersoekgroep	95
6.6.2	Data-insamelingstegnieke	97
6.6.2.1	<i>Ongestruktureerde onderhoud</i>	97
6.6.2.2	<i>Vraelyste</i>	97
6.6.3	Data-insameling	98
6.6.4	Data-ontleding	99

HOOFSTUK 7

NAVORSINGSRESULTATE

7.1	INLEIDING	100
7.2	DIE KWANTITATIEWE RESULTATE VAN DIE VRAELYSTE	100
7.3	ONDERSOEKGROEP 1: ALZHEIMER SE SIEKTE	104
7.3.1	PASIËNT NR. 1: MNR. VENTER	104
7.3.1.1	<i>Lewensoorsig</i>	104
7.3.1.2	<i>Ontleding van psigofortologiese faktore</i>	105
7.3.1.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	105
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	105
(b)	<i>Beheerbaarheid</i>	106
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	107
7.3.1.2.2	<i>Opsomming van data</i>	108
7.3.2	PASIËNT NR. 2: MEV. SMITH	110
7.3.2.1	<i>Lewensoorsig</i>	110
7.3.2.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	111
7.3.2.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	111

(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	112
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	112
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	113
7.3.2.2.2	<i>Opsomming van die data</i>	114
7.3.3.	PASIËNT NR. 3: MEV. NEL	115
7.3.3.1.	<i>Lewensoorsig</i>	115
7.3.3.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	116
7.3.3.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	116
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	116
(b).	<i>Hanteerbaarheid</i>	117
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	119
7.3.3.2.2	<i>Opsomming van data</i>	120
7.3.4	PASIËNT NR. 4: MEV. MEINTJIES	121
7.3.4.1	<i>Lewensoorsig</i>	121
7.3.4.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	122
7.3.4.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	122
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	122
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	122
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	123
7.3.4.2.2	<i>Opsomming van data</i>	124
7.3.5	PASIËNT NR. 5: MEV. SWANEPOEL	126
7.3.5.1	<i>Lewensoorsig</i>	126
7.4	ONDERSOEKGROEP 2: RUMATOÏDE ARTRITIS	128
7.4.1	PASIËNT NR. 1: MEV. KOTZE	128
7.4.1.1	<i>Lewensoorsig</i>	128
7.4.1.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	129
7.4.1.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	129
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	129
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	131

(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	133
7.4.1.2.2	<i>Opsomming van data</i>	134
7.4.2	PASIËNT NR. 2: MEV. LINDE	135
7.4.2.1	<i>Lewensoorsig</i>	135
7.4.2.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	136
7.4.2.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	136
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	136
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	137
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	139
7.4.2.2.2	<i>Opsomming van data</i>	140
7.4.3	PASIËNT NR. 3: MEV. DAISY	141
7.4.3.1	<i>Lewensoorsig</i>	141
7.4.3.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	142
7.4.3.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	142
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	142
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	143
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	145
7.4.3.2.2	<i>Opsomming van data</i>	146
7.4.4	PASIËNT NR. 4: MEV. POTGIETER	148
7.4.4.1	<i>Lewensoorsig</i>	148
7.4.4.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	150
7.4.4.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	150
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	150
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	151
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	152
7.4.4.2.2	<i>Opsomming van data</i>	154
7.4.5	PASIËNT NR. 5: MEV. HUMAN	156
7.4.5.1	<i>Lewensoorsig</i>	156
7.4.5.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	157

7.4.5.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	157
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	157
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	157
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	158
7.4.5.2.2	<i>Opsomming van data</i>	159
7.5	ONDERSOEKGROEP 3: GESONDE BEJAARDES	160
7.5.1	BEJAARDE NR. 1: MEV. BEZUIDENHOUT	160
7.5.1.1	<i>Lewensoorsig</i>	160
7.5.1.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	161
7.5.1.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	162
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	162
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	163
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	164
7.5.1.2.2	<i>Opsomming van data</i>	165
7.5.2	PASIËNT NR. 2: MEV. POOL	166
7.5.2.1	<i>Lewensoorsig</i>	167
7.5.2.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	168
7.5.2.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	169
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	169
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	169
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	170
7.5.2.2.2	<i>Opsomming van data</i>	171
7.5.3	BEJAARDE NR. 3: MEV. WILL	172
7.5.3.1	<i>Lewensoorsig</i>	172
7.5.3.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	173
7.5.3.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	173
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	174
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	174
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	175

7.5.3.2.2	<i>Opsomming van data</i>	176
7.5.4	BEJAARDE NR. 4: MEV. NEELS	177
7.5.4.1	<i>Lewensoorsig</i>	178
7.5.4.2	<i>Ontleding van die psigofortologiese faktore</i>	179
7.5.4.2.1	<i>Koherensiesin en weerstandshulpbronne</i>	180
(a)	<i>Verstaanbaarheid</i>	182
(b)	<i>Hanteerbaarheid</i>	183
(c)	<i>Betekenisvolheid</i>	184
7.5.4.2.2	<i>Opsomming van die data</i>	185

HOOFSTUK 8

INTERPRETASIE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

8.1	INLEIDING	186
8.2	ONDERSOEKGROEP 1 : INTERPRETASIE VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE VIR DIE PASIËNTE MET ALZHEIMER SE SIEKTE	186
8.2.1	Inleiding	187
8.2.2	Die ervaring van verstaanbaarheid	188
8.2.3	Die ervaring van hanteerbaarheid	189
8.2.4	Die ervaring van betekenisvolheid	190
8.2.5	Belangrike weerstandshulpbronne wat deur die pasiënte benut word	191
8.2.6	Samevatting	192
8.3	ONDERSOEKGROEP 2 : INTERPRETASIE VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE VIR DIE PASIËNTE MET RUMATOÏDE ARTRITIS	194

8.3.1	Inleiding	195
8.3.2	Die ervaring van verstaanbaarheid	196
8.3.3	Die ervaring van hanteerbaarheid	197
8.3.4	Die ervaring van betekenisvolheid	198
8.3.5	Prominente weerstandshulpbronne wat deur die pasiënte benut word	199
8.3.6	Samevatting	200
8.4	ONDERSOEKGROEP 3 : INTERPRETASIE VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE VIR BEJAARDES WAT NIE AAN ALZHEIMER SE SIEKTE OF RUMATOÏDE ARTRITIS LY NIE	201
8.4.1	Inleiding	202
8.4.2	Die ervaring van verstaanbaarheid	202
8.4.3	Die ervaring van hanteerbaarheid	203
8.4.4	Die ervaring van betekenisvolheid	204
8.4.5	Prominente weerstandshulpbronne wat deur die pasiënte benut word	205
8.4.6	Samevatting	205
8.5	SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE	206
8.6	EVALUERING VAN DIE HUIDIGE STUDIE	207
8.6.1	Die waarde van die studie	207
8.6.2	Die tekortkominge van die studie	208
8.6.3	Aanbevelings vir hierdie studie	208
8.7	SLOT	209
	BRONNELYS	210

LYS VAN TABELLE

Tabel 7.1	Die resultate vir die ondersoekgroepe op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).	101
Tabel 7.2	Die resultate van die onderlinge vergelyking tussen die tellings van die groepe vir die twee vraelyste te wete die Lewenstevredenheid-skaal van Diener et al. (1985) en die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997) met behulp van die Kruskal-Wallis nie-parametriese toets	103

OPSOMMING

Positiewe Sielkunde het sedert die tagtigerjare sterk op die voorgrond getree in teenstelling met die negatiewe aanslag wat die ontstaanjare van die Sielkunde gekenmerk het. Daar word toenemend nie net meer gefokus op die oorsprong, aard en remediëring van disfunksionele gedrag, te wete die psigopatologie nie, maar daar word ook gelet op situasies waarin die persoon sy of haar omstandighede kan trotseer. Die redes vir gesondheid eerder as die oorsake van siekte kom ook onder die soeklig.

Aaron Antonovsky (1979) doen baanbrekerswerk deur die oorsprong van gesondheid na te vors en sy konstrueer van "salutogenese" aan die wêreld bekend te stel. Dit het tot vele verdere opvolgstudies in die Sielkunde gelei. Die konsep van Antonovsky word mettertyd verbreed en aangepas om die sterktes van die mens te ondersoek. Die term psigofortologie word voorgestel deur Wissing en Van Eeden (1999) om spesifiek die faktore onderliggend aan sielkundige sterkte binne die mens te ondersoek.

Die doel van hierdie ondersoek is om te bepaal hoe die teorie van die psigofortologie vergestalt word indien daar 'n kroniese of selfs lewensbedreigende stressor teenwoordig is. 'n Vergelykende studie is gevolglik gedoen om die rol van die aanwesigheid van psigofortologiese faktore by bejaardes wat aan Alzheimer se siekte, rumatoïde artritis of nie een van voorafgenoemde siektes nie lei, te ondersoek.

'n Literatuurstudie is gedoen oor die aard van elkeen van die toestande ten einde die interaksie tussen die siektetoestande, psigofortologiese faktore en die konstruk "lewenskwaliteit" van die bejaarde te begryp.

'n Kwalitatiewe ontledingsbenadering is gebruik om die subjektiewe lewenservaring van elke lid van die ondersoekgroep te bepaal. Geen betekenisvolle verskille kon tussen die drie ondersoekgroepe aangedui word ten opsigte van die belewing van lewenskwaliteit nie. Die gevolgtrekking is gemaak dat die teenwoordigheid van fortologiese faktore by bejaardes wat aan uiteenlopende stressore blootgestel word, hulle in staat stel om steeds positiewe lewenskwaliteit te ervaar.

As gevolg van praktiese beperkings in die ondersoek (onder andere die klein ondersoekgroep) word aanbeveel dat hierdie navorsing op 'n meer omvattende skaal herhaal word.

SUMMARY

Since the 1980s, positive Psychology has become more prominent in contrast to the negative focus that characterized the early development of Psychology. Increasingly, the focus is not only on the origin, nature and treatment of dysfunctional behaviour, namely psychopathology, but also on situations in which the person can face his or her circumstances. The reasons for health rather than the causes of illness are also being investigated.

Aaron Antonovsky (1979) did pioneer work by doing research on health, and introduced his construct "salutogenesis" to the world. Many studies relating to his work followed. The concept of Antonovsky has been extended and adapted to investigate human strengths. The term psychofortology was introduced by Wissing and Van Eeden (1999) to specifically investigate the factors underlying the psychological strengths within the individual.

The purpose of this study is to determine how the theory of psychofortology is established, should a chronic and life threatening stressor be present. A comparative study was therefore done to investigate the role of the presence of psychofortological factors in the elderly who suffer from Alzheimer's disease, rheumatoid arthritis or neither of these diseases.

A literature study was conducted on the nature of each of the constructs in order to understand the interaction between the illness, psychofortological factors and the construct of quality of life of the aged.

A qualitative analysis approach was used to determine the subjective life experience of each of the study participants. No significant differences between the three groups under investigation regarding the experience of quality of life could be shown. The conclusion is that in the aged who are subjected to different stressors, the presence of fortological factors enable them to experience a positive quality of life.

Due to the practical restrictions of the study (inter alia, the small studygroup) it is recommended that this research be repeated on a larger scale.

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 AGTERGROND EN PROBLEEMSTELLING

Hierdie studie het enersyds sy oorsprong in 'n omvattende projek wat deur die Departement Sielkunde aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat geloods word, ten einde die lewenslot van pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly, te bepaal. 'n Eerste stap in hierdie rigting is om 'n kykie te kry in die leefwêreld van die pasiënt wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer is. Die doel is dus om in hierdie verband te probeer vasstel watter rol gespeel word deur sielkundige faktore wat gesonde funksionering onderlê.

Andersyds fokus hierdie studie ook op die sielkundige sterktes van die mens. Sedert die tagtigerjare fokus die Sielkunde toenemend op die positiewe Sielkunde. Waar die klem in die verlede op die psigopatologie van die mens gerus het, verskuif die klem nou na die sielkundige sterktes van die mens.

Antonovsky (1979) formuleer die konstruk van die salutogenese. Salutogenese fokus op dit wat die mens in staat stel om gesond te bly te midde van onvermydelike stressore. Hierdie outeur formuleer 'n konstruk, "koherensiesin" en algemene weerstandshulpbronne as die kernkonstrukte van salutogenese. Koherensiesin verwys na die lewensorientasie van die mens wat hom of haar in staat stel om die stressore, afkomstig uit die interne of eksterne omgewing, as verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol te beleef. Die algemene weerstandshulpbronne verwys na enige eienskap van 'n persoon,

groep, subkultuur of gemeenskap wat die vermyding of doeltreffende hantering van 'n verskeidenheid stressore fasiliteer (Strümpfer, 1990).

Die konsep "salutogenese" word deur Strümpfer (1990) uitgebrei om die mens se totale funksionering in te sluit. Daarvoor stel hy die term fortigenese voor. Fortigenese fokus dus op die sterktes wat voortspruit uit die wisselwerking tussen die koherensiesin en algemene weerstandshulpbronne. Wissing en Van Eeden (1998) pas die konstruk van fortigenese aan en noem dit psigofortigenese om meer spesifiek te fokus op die sielkundige sterkte van die mens.

Die bejaarde populasie in Suid-Afrika is tans bykans twee miljoen (Sentrale Statistiekdiens, 1995). Die voorkoms van kroniese siektetoestande is vanselfsprekend die hoogste in hierdie ouderdomsgroep. 'n Kroniese toestand kan nooit volledig genees nie, dus fokus die behandeling van hierdie toestande hoofsaaklik op die behoud van die persoon se lewenskwaliteit.

Die doel van hierdie studie is om te bepaal hoe die teorie van die psigofortologie vergestalt word teen die agtergrond van kroniese siektetoestande by bejaardes. Die studie sal poog om te bepaal of die teenwoordigheid van psigofortologiese faktore by die bejaardes met Alzheimer se siekte of rumatoïde artritis 'n invloed het op hul belewing van lewenskwaliteit. Hiermee word gepoog om die belewenisse van bejaarde pasiënte met Alzheimer se siekte, 'n onomkeerbare, kroniese, neurodegeneratiewe siekte, te kontrasteer met dié van bejaardes, gediagnoseer met rumatoïde artritis, ook 'n onomkeerbare, kroniese siekte, maar wat nie verstandelik inkapasiterend is nie. Die

belewensisse van oënskynlik gesonde bejaardes word as verdere vorm van vergelyking benut.

1.2 HOOFSTUKINDELING

Die ondersoek word in die hieropvolgende hoofstukke soos volg ingedeel:

♦ Hoofstuk 2: Psigofortologie

'n Breë uiteensetting van die geskiedenis van die ontwikkeling van die konstruk "psigofortologie" word onder meer gegee.

♦ Hoofstuk 3: Lewenskwaliteit

Die faktore wat die lewenskwaliteit van die bejaarde bepaal, word bespreek.

♦ Hoofstuk 4: Alzheimer se siekte

'n Bespreking van die etiologie, ontwikkeling, diagnosering en behandeling van die siekte word gerapporteer.

♦ Hoofstuk 5: Rumatoïde artritis

Die etiologie, diagnosering en behandeling van die siekte word bespreek.

♦ Hoofstuk 6: Navorsingsmetodologie

Die kwalitatiewe metodologie van hierdie ondersoek, doel van die studie asook die navorsingsprosedures word beskryf.

Hoofstuk 7: Navorsingsresultate

Die navorsingsdata word ontleed en die navorsingsresultate word weergegee.

♦ Hoofstuk 8: Interpretasie, gevolgtrekkings en aanbevelings

Hierdie hoofstuk bevat 'n interpretasie van die navorsingsresultate, asook die gevolgtrekkings, tekortkominge en aanbevelings van die studie.

HOOFSTUK 2

PSIGOFORTOLOGIE

2.1 INLEIDING

Siekte in die mens was deur die eeue heen 'n studieveld wat die belangstelling geprikkel het. Met die ontwikkeling van die tegnologie het die vermoë om die oorsake van siektes te bepaal en die siektes korrek te behandel ook toenemend verbeter. Vandag is daar slegs enkele siektes waarvan die oorsaak of behandeling nog nie bekend is nie.

Deur die geskiedenis heen was dit gewoonlik die verhale wat handel oor dapper mense wat uiterste omstandighede oorleef het, wat die verbeelding van die samelewing aangegryp het. Waaroor daar egter steeds vrae bestaan, is wat hierdie mense in staat gestel het tot sodanige uitsonderlike prestasies.

In 1955 lê Super vir die eerste keer klem op die verskil tussen *hygiologie* en *psigopatologie*. *Hygiologie* kan omskryf word as die normaliteit binne die abnormale persoon, en is die studieveld binne die voorligtingsielkunde wat fokus op die ontwikkeling van persoonlike en sosiale hulpbronne asook die aanpassingsmoontlikhede van die individu. In teenstelling hiermee fokus die kliniese sielkunde op die patologie van die mens (Super, 1955). Terselfdertyd begin die persoonlikheidsteoretici klem lê op die behoefte tot selfaktualisering en die funksionele persoonlikheid met die geneigdheid tot aktualisering (Maslow, 1954).

2.2 DIE AARD VAN DIE SALUTOGENE PARADIGMA

2.2.1 Salutogene perspektief

In 1979 omskryf Aaron Antonovsky, 'n mediese sosioloog wat tot sy dood verbonde was aan die Ben-Gurion Universiteit in Israel, hierdie verskynsel as 'n paradigma skuif na salutogenese. Salutogenese is afgelei van die Latynse woord *salus* wat gesondheid beteken, en die Griekse woord *genesis* wat oorsprong beteken.

Salutogenese maak 'n fundamenteel verskillende filosofiese aanname oor die funksionering van die mens as die patogene-paradigma. Die patogene-paradigma beskryf en bestudeer die oorsprong van siekte. Salutogenese rig studie tot die misterie van gesondheid te midde van die realiteit van mikrobiologiese en psigososiale entropie - 'n wêreld waarin die risikofaktore en stressore endemies en baie gesofistikeerd is (Antonovsky, 1987).

'n Sleutelaanname van die salutogene-paradigma stel dit dat die mens voortdurend blootgestel is aan verskillende grade en tipes druk in situasies wat verskillende moontlike uitkomst kan hê. Siekte is dus nie 'n ongewone verskynsel nie. Alle mense word as terminale gevalle beskou met 'n mate van gesondheid by elkeen aanwesig. Die mens word nou nie meer as siek of gesond geklassifiseer nie, maar word op 'n gesondheidskontinuum geplaas. Hierdie gesondheidskontinuum strek van gesondheid aan die een pool tot siekte aan die ander pool. Pearlin en Schooler (1978) sluit aan by hierdie gedagte en beweer dat baie van die probleme wat mense die hoof bied, nie buitengewone probleme is wat op buitengewone mense in seldsame situasies inwerk nie, maar wel moeilike tye wat ervaar word deur mense in die hoofstroom van die lewe. Antonovsky (1979) dui aan dat selfs mense

in gemaklike, veilige omgewings voortdurend blootgestel word aan ernstige stressore. Stressore is dus alomteenwoordig in die menslike bestaan.

Die salutogene paradigma het drie implikasies vir die mensbeskouing. **Eerstens** word daar weggedoen met die digotomiese denkpatroon dat die mens óf siek óf gesond is. Elke mens beklee 'n posisie op die gesondheidskontinuum. Die implikasie hiervan is dat die totale populasie die fokuspunt van navorsing word en dat navorsing gedoen word oor die totale kontinuum van siekte en gesondheid (Strümpfer, 1990).

Tweedens word die basiese aanname dat stressore inherent skadelik is, verwerp en word die salutogeniese potensiaal van 'n stressor erken. Stressore word as neutraal gesien ten opsigte van hul gesondheidsimplikasies en hierdie gesondheidsimplikasies is afhanklik van die persoon se reaksie op die stressor (Strümpfer, 1990).

'n Stressor kan moontlik lei tot 'n staat van spanning in die persoon. Indien hierdie spanning nie suksesvol hanteer word nie, lei dit tot stres. Stres ontstaan wanneer die eise wat deur die stressor gestel word die potensiaal van die persoon se weerstandshulpbronne oorskry. Hierdie situasie gee aanleiding tot 'n beweging na die siektepool van die gesondheidskontinuum. In gevalle waar die stres suksesvol hanteer word, kan die stressor as neutraal of selfs salutogenies gesien word. Gedurende hierdie proses leer die persoon nuwe, effektiewe hanteringsgedrag aan en kan 'n moontlike skuif na die gesondheidspool van die gesondheidskontinuum gemaak word. In teenstelling met die patogene perspektief, is die vraag vanuit die

salutogene perspektief nie hoe die stressor uit die weg geruim kan word nie, maar eerder hoe daar met die stressor saamgeleef kan word (Antonovsky, 1987).

Derdens fokus die salutogene perspektief op die weerstandshulpbronne van die mens. Weerstandshulpbronne is faktore wat aanleiding gee tot die behoud van die mens se posisie op die gesondheidskontinuum, of wat beweging na die gesondheidspool fasiliteer (Antonovsky, 1979).

2.2.2 Patogene perspektief

Vir die grootste deel van hierdie eeu volg die Sielkunde die "mediese model". Die navolging van hierdie model kan gesien word in die patogene oriëntasie wat in die Sielkunde gevolg word. Die patogene oriëntasie poog om die etiologie en verloop van menslike siekte te verklaar en te verstaan. Hierdie verstaan van siekte lei tot 'n kenmerkende manier van voorkoming en behandeling van elke siekte (Sullivan, 1993).

Die kern van die patogene paradigma is dus die aanname dat siekte veroorsaak word deur fisiese, biochemiese, mikrobiologiese en psigososiale agente (Strümpfer, 1990). Hierdie patogene oriëntasie fokus slegs op die mens se patologie. Die mens se totale lewensituasie word nie bestudeer nie en dit lei tot 'n gebrekkige poging om die etiologie van die mens se gesondheidstatus te verstaan. Hipoteses word geformuleer in terme van risiko-faktore of stressore. Hierdie stressore word as patogenies waargeneem en is dus 'n faktor wat gereduseer, gebuffer of waarteen ingeënt moet word. Stressore word gevolglik as negatief waargeneem (Sullivan, 1993).

2.2.3 Die verskil tussen die patogene en salutogene perspektiewe

Salutogenese verskaf 'n kragtige dryfveer om inligting op 'n alternatiewe manier te ondersoek. Die salutogenese-paradigma lei tot die formulering van vrae en hipoteses wat fokus op die faktore wat die mens in staat stel om te midde van moeilike lewensgebeure, gesond te bly (Strümpfer, 1990).

Die patogene oriëntasie lei navorsers om te konsentreer op spesifieke siekte-diagnoses of voorkoming van spesifieke siektes. Dit is veral waar met betrekking tot hoë-risiko individue of groepe. Salutogenese fokus op die oorkoepelende probleem van aktiewe aanpassing by 'n onvermydelik stressorryke omgewing. Hierdie aktiewe aanpassing is dus 'n neiging weg van wanorde wat lei tot 'n soektog na bruikbare insette in die sosiale sisteem, die fisiese omgewing en die organisasie om die onvermydelike neiging tot wanorde binne die sisteem teen te werk. Salutogene denke open die weg in die formulering en uitbouing van 'n teorie van suksesvolle hantering van stressore (Antonovsky, 1987).

Die patogene oriëntasie bestudeer die afwykende gevalle en is tevrede wanneer die hipoteses wat gestel word, die verhouding tussen 'n bepaalde siekte en stressor kan verklaar. Die salutogene oriëntasie fokus op die deel van die mens wat nie deur die patogene perspektief verklaar word nie en stel hipoteses wat suksesvolle gesondheidsuitkomstes verklaar.

Tog impliseer die aanvaarding van die salutogene perspektief nie die verwerping van die patogene perspektief nie. Voordele van die

patogenetiese oriëntasie word in al die verskillende velde binne die kliniese sielkunde aangetref. Hierdie twee oriëntasies het verskillende take in die wetenskap en daar moet eerder gefokus word op die gebiede waar hierdie twee oriëntasies mekaar komplementeer, en dus groei en verryking in die onderskeie oriëntasies stimuleer.

2.3 KERNKONSTRUKTE VAN SALUTOGENESE

2.3.1 Koherensiesin

Die teorie van salutogenese word in twee kernkonstrukte verdeel, te wete koherensiesin en algemene weerstandshulpbronne.

Koherensiesin kan gedefinieer word as 'n globale lewensoriëntasie wat uitdrukking gee aan die mate waarin 'n mens 'n deurlopende, standhoudende en tog dinamiese gevoel van vertrouwe het dat:

1. stimuli afgelei van sy of haar interne en eksterne omgewing in die daaglikse lewe gestruktureerd, voorspelbaar en verstaanbaar is;
2. hulpbronne beskikbaar is om die eise wat deur hierdie stimuli gestel word, aan te spreek; en
3. hierdie eise wat gestel word van so 'n aard is dat die mens die aanspreek daarvan as 'n uitdaging beskou waardeur dit die moeite werd gemaak word om energie daarin te belê (Antonovsky, 1979).

Koherensiesin verwys dus na 'n disposisionele oriëntasie en nie 'n toestand of eienskap nie (Antonovsky, 1979). Koherensiesin is verder ook nie 'n hanteringstyl of 'n hulpbron nie. Aangesien die mens soveel verskillende stressore moet konfronteer en hanteer, is daar geen spesifieke styl of eienskap wat in alle gevalle gepas sal wees nie. Koherensiesin vind neerslag en is omvat in komponente van

patroonmatigheid in die persoon se persepsies, geheue, informasieprosessering en affek wanneer 'n situasie beoordeel word. Hierdie patrone van beoordeling word gebaseer op herhaaldelike ondervindinge van sin-maak, soos gefasiliteer deur die algemene weerstandshulpbronne (GRR) (Strümpfer, 1990). Die sterkte van die koherensiesin is dus die bepalende faktor in die skepping van orde uit wanorde in die menslike organisme. Die mens met 'n sterk koherensiesin glo dat hy of sy die probleem sal verstaan, die probleem waarneem as 'n uitdaging en die mees gepaste instrument vir die taak op hande sal kan selekteer (Antonovsky, 1987).

Die koherensiesin kan ook beskryf word as 'n reeks konkrete gedragpatrone, gebaseer op die ervaring van sukses in konfrontasie met stressore in verskeie situasies. Koherensiesin bestaan dus uit 'n kognitiewe komponent (te wete verstaanbaarheid), 'n instrumentele komponent (te wete hanteerbaarheid) en 'n motiveringskomponent (te wete betekenisvolheid). Elkeen van hierdie komponente sal vervolgens bespreek word (Antonovsky, 1979).

2.3.1.1 Verstaanbaarheid

Die komponent "verstaanbaarheid" verwys na die mate waarin die persoon stimuli wat hom of haar uit die eksterne of interne omgewing konfronteer, waarneem as kognitief verstaanbaar. Die informasie word as georden, gestruktureerd, gelykmatig en duidelik, eerder as chaoties, ongeorden, toevallig en onverklaarbaar waargeneem (Antonovsky, 1987). Die persoon verwag dat stimuli wat in die toekoms teëgekom gaan word, ook voorspelbaar, of ten minste georden en verklaarbaar sal wees. Antonovsky definieer dit soos volg: "a high probability that things will work out as well as can reasonably

be expected" (Antonovsky, 1979, p.123). Die wenslikheid van alle stimuli word nie geïmpliseer in hierdie komponent nie. Dood, mislukking en oorlog kom nog steeds voor, maar die persoon kan sin maak daaruit.

2.3.1.2 *Hanteerbaarheid*

Hanteerbaarheid verwys na die manier waarop 'n persoon waarneem dat die beskikbare hulpbronne genoegsaam is om die eise wat deur die stimuli gestel word, te bevredig. Die hulpbronne waarna verwys word is onder die beheer van die persoon self, asook belangrike ander persone in hul lewe. Hierdie belangrike ander persone sluit in huweliksmaats, vriende, kollegas, God en enige ander persoon waarin die betrokke individu vertrou het (Strümpfer, 1990). Indien 'n persoon beskik oor 'n goed ontwikkelde gevoel van hanteerbaarheid, bestaan 'n veel kleiner moontlikheid dat die persoon kan voel dat hy of sy die slagoffer van gebeure is of dat die lewe 'n mens onregverdig behandel. Onaangename gebeure vind wel plaas, maar die persoon voel dat hy of sy die situasie sal kan hanteer en nie eindeloos hoef te rou nie (Antonovsky, 1987).

2.3.1.3 *Betekenisvolheid*

Die motiveringskomponent van die koherensiesin is in die komponent "betekenisvolheid" geleë. Hierdie komponent verwys na die mate waarin die lewe op emosionele wyse eerder as kognitiewe wyse, sinvol is. Die persoon glo dat die lewe en die eise wat aan hom of haar gestel word, sinvol is en die persoon wil dan ook graag die uitdagings wat hierdie eise stel, aanvaar. Gebeure in die areas van lewe wat vir die persone betekenisvol is en wat vir hulle belangrik is, word gesien as uitdagings wat 'n emosionele belegging en verbintenis werd is. Die

persoon het dus 'n gevoel dat die lewe op 'n emosionele vlak sin maak en dat dit die moeite werd is om energie te belê in sommige probleme wat deur die lewe meegebring word. Hierdie uitdagings word as 'welkom' beskou, eerder as 'n kwessie wat die persoon moet vermy. Antonovsky (1979) wys veral op die belang daarvan dat die persoon as deelnemer betrokke moet wees by die prosesse wat deel vorm van sy of haar toekoms en daaglikse bestaan. Ten tyde van 'n ongeluk is die persoon met 'n hoë vlak van betekenisvolheid wel uiteraard nie verheug nie, maar neem die uitdaging op om betekenis te verkry in die gebeure en doen sy of haar bes om die moeilike omstandighede te oorkom.

2.3.1.4 *Grense van die koherensiesin*

In elke mens se lewe sal areas bestaan wat nie verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol is nie. Hierdie toedrag van sake hoef egter nie 'n negatiewe invloed op die koherensiesin van die persoon te hê nie. 'n Sterk koherensiesin dui egter nie daarop dat die persoon sy totale wêreld as verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol ervaar nie, maar individue kan tog grense stel, en gebeure wat buite hierdie grense plaasvind, bekommer hulle dan nie. Sommige persone het byvoorbeeld min belang by die funksionering van die nasionale regering of by internasionale politiek en besluite wat op daardie vlakke geneem word, het dus relatief min invloed op die persoon se koherensiesin.

Die belangrike punt is dat daar wel areas van subjektiewe belang in elke persoon se lewe moet wees. Die persoon moet hierdie areas waarneem as verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol ten einde oor 'n sterk koherensiesin te beskik. Die vier areas van die lewe wat die

persoon binne sy of haar grense moet insluit, behels die persoon se innerlike gevoelswêreld, belangrike interpersoonlike verhoudinge, die hoof-area van aktiwiteit, byvoorbeeld die werk, en laastens eksistensiële aangeleenthede soos die dood, onvermydelike mislukking, konflik en isolasie (Antonovsky, 1987).

Hierdie vier areas word ingesluit, aangesien soveel van die mens se energie juis op hierdie areas gefokus is (Antonovsky, 1987). Dit is van belang om te onthou dat met verwysing na 'n persoon se primêre area van aktiwiteit, die vraag nie noodwendig handel oor die intrinsieke persoonlike bevrediging wat die persoon daaruit put nie. 'n Persoon kan min plesier uit sy werk put, maar dit nog steeds as betekenisvol ervaar, aangesien die werk byvoorbeeld sy of haar manier is om te voorsien in die gesin se behoeftes. Op hierdie wyse kan die persoon nog steeds 'n sterk koherensiesin ervaar ten spyte van 'n oënskynlik negatiewe situasie.

'n Effektiewe wyse waarop 'n persoon 'n sterk koherensiesin kan behou, is deur buigbare grense te hê. Dit sou impliseer dat sekere areas uitgesluit kan word namate dit toenemend onverstaanbaar en onhanteerbaar word, en dat nuwe areas wat toenemend betekenisvol word, weer binne die grense toegelaat word (Strümpfer, 1990). 'n Persoon met 'n sterk koherensiesin soek na balans tussen reëls en strategieë, asook tussen inligting waaroor die persoon reeds beskik en dit wat moontlik verkry kan word. Die persoon het vertroue dat sin gemaak kan word uit nuwe inligting en dat min gevaar bestaan in die persepsie dat die wêreld as 'n uitdaging beskou word.

2.3.1.5 Die graad van koherensiesin

'n Persoon met 'n sterk koherensiesin word gewoonlik deur sekere eienskappe gekenmerk. Hierdie persone is geneig om die aard en dimensies van akute of kroniese stressore te begryp, en gevolglik gesondheidsbedreigende aktiwiteite te vermy en eerder te belê in aktiwiteite wat promoverend vir gesondheid is. Tweedens neem hierdie persone stressore waar as hanteerbaar en kan daarom die toepaslike hulpbronne benut. Laastens is hierdie persone gemotiveerd om stressore wat betekenisvol genoeg is om energie daarin te belê, as uitdagings te beskou, eerder as verlammeende bedreigings waarop gereageer word met negatiewe gedrag (Antonovsky, 1987).

Persone met 'n swak koherensiesin neem normale lewensaktiwiteite waar as betekenisloos en gevolglik belê hulle weinig van hulself in hierdie areas. Die inisiële lae vlak van die koherensiesin word versterk tot die mate waarin die persoon nie effektief is in die vorming van sy of haar lewensgebeure nie.

'n Sterk koherensiesin word nie as sodanig deur doelbereiking bepaal nie, maar eerder deur geloof in die ordelikheid en logiese verwagting van gebeure (Sullivan, 1993). 'n Persoon met 'n sterk koherensiesin glo dat hy of sy die probleem sal verstaan, dit waarneem as 'n uitdaging en dan die mees gepaste instrument kies vir die taak voor hande (Antonovsky, 1987).

2.3.2 Weerstandshulpbronne

Weerstandshulpbronne kan gedefinieer word as enige eienskap van 'n persoon, groep, subkultuur of gemeenskap wat die vermyding of hantering van 'n verskeidenheid stressore fasiliteer (Strümpfer,

1990). Weerstandshulpbronne fasiliteer die skep van lewenservarings wat gekenmerk word deur konstantheid, deelname aan die vorming van uitkomst en 'n onderlading- teenoor oorladingbalans. **Oorlading** verwys na die situasie waarin die persoon nie oor die hulpbronne beskik om effektief daarmee om te gaan nie. Die waargenome hulpbronne sal dus as onvoldoende waargeneem word. Wanneer 'n gereelde of kroniese situasie van algehele oorlading voorkom, moet genoegsame geleentheid vir rus en herstel toegelaat word ten einde vermindering van die gevoel van hanteerbaarheid te voorkom (Antonovsky, 1987).

Die ander pool word as **onderlading** beskryf. Onderlading vind plaas wanneer 'n persoon se werkondervinding voortdurend ervaar word as 'n oefening waarin sy of haar vermoë om hul potensiaal te aktualiseer, onderbenut word. Voortdurende ervaring van onderlading dra daartoe by dat die persoon nooit die vertrouwe ervaar dat die wêreld hanteerbaar is nie (Antonovsky, 1987).

Hulpbronne wat dus die suksesvolle hantering van stres teweegbring, word weerstandshulpbronne genoem (Antonovsky, 1979). Hierdie suksesvolle hantering van stresvolle lewensituasies dra met verloop van tyd by tot die vorming van 'n sterk koherensiesin. Volgens Strümpfer (1990) skep so 'n situasie 'n wederkerigheid, aangesien 'n sterk koherensiesin weer daartoe sal bydra dat meer beskikbare weerstandshulpbronne gemobiliseer kan word tydens stresvolle lewensituasies.

In 1979 klassifiseer Antonovsky die volgende weerstandshulpbronne:

- ♦ **fisieke** en **biochemiese** weerstandshulpbronne, byvoorbeeld die immuñiteitsstelsel en gesondheid;
- ♦ **kunsmatige** weerstandshulpbronne wat geld, fisiese krag, skooling, voeding en ook interpersoonlike mag en status insluit;
- ♦ **kognitiewe** weerstandshulpbronne, byvoorbeeld intelligensie en gepaardgaande opvoeding asook die ontwikkeling van vaardighede en kennis vir gebruik in die alledaagse lewe;
- ♦ **emosionele** weerstandshulpbronne wat na die ego-identiteit verwys en dus die innerlike self, die geïntegreerde, buigsame self en die sosiale en kulturele self insluit;
- ♦ **waarde-houdingsgerigte** weerstandshulpbronne, waarmee na die hanteringsstrategieë van die persoon verwys word, met ander woorde die kognitiewe beoordeling van 'n stressor deur die persoon, die suksesvolle beraming van 'n geskikte hanteringsplan en die benutting van beskikbare hulpbronne;
- ♦ **interpersoonlike** weerstandshulpbronne wat na die persoon se onmiddellike interpersoonlike betrokkenheid en sosiale ondersteuning verwys; en laastens
- ♦ die **makrososiokulturele** weerstandshulpbronne wat die rol wat die persoon se kultuur in sy of haar lewe speel, omvat.

Die weerstandshulpbronne fasiliteer dus die kwessie dat sin gemaak word uit die talle stressore waarmee die mens daagliks gekonfronteer word (Antonovsky, 1987).

2.4 ONTWIKKELING VAN DIE KOHERENSIESIN

2.4.1 Inleiding

Alle faktore wat 'n rol in die ontwikkeling van die weerstandshulpbronne speel, beïnvloed 'n persoon se lewe ingrypend. Volgens Antonovsky werk alle weerstandshulpbronne van 'n persoon mee om bepaalde lewenservarings daar te stel wat akkummuleer en toenemend in die persoon 'n bepaalde lewensoriëntasie skep, wat hy 'n koherensiesin noem (Antonovsky, 1979). Konsekwente lewensondervindinge dra by tot die vorming van die basis van die verstaanbaarheidskomponent. Voldoende hulpbronne dra by tot die vorming van die hanteerbaarheidskomponent en deelname aan aktiwiteite van sosiale waarde dra by tot die vorming van die betekenisvolheidskomponent. 'n Wêreld wat ervaar word as onverskillig ten opsigte van wat elkeen doen, word gesien as 'n wêreld ontnem van betekenis.

Daar is drie punte wat in ag geneem moet word wanneer die ontwikkeling van die koherensiesin onder die vergrootglas geplaas word. Ten eerste kan die krag wat die kulturele konteks op die ontwikkeling van die persoon het, nie misken word nie. Tweedens moet die invloed wat vroeë sosialiserende ondervindinge in die gesin op die individu het, ook verreken word, aangesien hierdie gebeure en ondervindinge die konteks vorm waarbinne die sterkte van die koherensiesin binne 'n persoon ontwikkel. Laastens is dit belangrik om te onthou dat die ontwikkeling van 'n sterk koherensiesin op talle verskillende wyses kan plaasvind. 'n Sosiale struktuur wat 'n stel fundamentele beginsels daarstel, fasiliteer gedrag binne 'n bepaalde raamwerk. Binne hierdie raamwerk word gedrag versterk en beloon, en die sosiale struktuur dra op hierdie manier by tot 'n sterk

koherensiesin (Antonovsky, 1987). Die spesifieke aard van die fundamentele beginsels is tot 'n groot mate onbelangrik en daarom kan byna enige stelsel van politieke, religieuse of filosofiese idees benut word.

Antonovsky beweer dat die sterkte van die persoon se koherensiesin eers rondom die ouderdom van 30 jaar stabiliseer. Op hierdie ouderdom staan die meeste individue in 'n stabiele werk en gesin, en ondergaan hulle dikwels nie verdere radikale of standhoudende veranderinge in hul lewensomstandighede nie. Die persoon wat volwassenheid met 'n koherensiesin-versterkende gesin en werk bereik, sal moontlik hierdie vlak van koherensiesin behou (Antonovsky, 1984).

Die persoon wat volwassenheid met 'n swak koherensiesin betree, loop die gevaar om vasgevang te word in die bose kringloop van 'n steeds verswakkende koherensiesin. Al word die individu met 'n sterk koherensiesin dus ook gekonfronteer met radikale veranderinge in lewensomstandighede, sal hy of sy nuwe betekenis vind ooreenkomstig die verandering.

Vervolgens sal die ontwikkeling van die koherensiesin in die onderskeie lewenstadia bespreek word. Al die fases van ontwikkeling word behandel, aangesien koherensiesin 'n dinamiese oriëntasie is wat groei en verander gedurende elke ontwikkelingsfase.

2.4.2 Ontwikkeling van die koherensiesin tydens die baba- en kinderjare

2.4.2.1 *Verstaanbaarheid*

Boyce (1985) stel dit dat babas 'n inherente biologiese geneigdheid toon om nabyheid en kontak met versorgers te soek. Die kritieke vraag is na die mate waarin hierdie kontak met versorgers plaasvind en die gevolge daarvan. Volgens Erikson (1963) ontwikkel die basiese vertrouensverhouding tydens die babajare. Hierdie verhouding ontwikkel deur die liefdevolle versorging, konsekwente teenwoordigheid en omgee van die versorger. Boyce (1985) postuleer dat die baba 'n toenemende bewustheid het van sosiale verhoudinge. Die kind moet leer dat sommige persone en veral die belangrikste persone in sy of haar wêreld, vertrou kan word om wanneer hulle verdwyn, wel weer te verskyn. Met verloop van tyd word die baba of kind daarvan oortuig dat daar op sy of haar wêreld staatgemaak kan word om nie voortdurend te verander nie. Die mate waarin die kind 'n verskeidenheid van interne en eksterne stimulu as bekend en georden ervaar, bepaal die mate waarin die eerste beeld van die wêreld as verstaanbaar ervaar word.

2.4.2.2 *Hanteerbaarheid*

Ondervinding aangaande die ladingbalans, oftewel die balans tussen te moeilike en te maklike uitdagings, word verbind met die hanteerbaarheidskomponent. Eers wanneer die kind neurologies en fisiologies gereed is om te beweeg, te ondersoek en te wag, is die kind gereed vir die maak van keuses. Hierdie fisiologiese en neurologiese gereedheid stel die kind in staat om toiletopvoeding en voedingspatrone aan te leer. Indien die ouer té vroeg met hierdie opleiding begin, sal die kind die situasie as 'n té moeilike uitdaging

beskou. Indien hierdie situasie voortduur, sal dit tot 'n oorladingbalans lei wat 'n negatiewe invloed op die kind se ontwikkeling van die hanteerbaarheidskomponent sal hê.

Condry (1984) postuleer dat die sosiale wêreld van die kind sekere eise stel. Die kind het die keuse om te reageer of om nie te reageer nie. Enersyds stel die kind eise aan ander en sy of haar omgewing wat tot meer en minder belonende gevolge lei. Daar is vier moontlike reaksies op 'n kind se optrede: die optrede kan geïgnoreer word, geweier word, gekanaliseer word of dit kan aangemoedig en aanvaar word. Deur 'n gebalanseerde patroon van hierdie vier tipes reaksies te skep, word 'n sterk gevoel van hanteerbaarheid geskep.

2.4.2.3 Betekenisvolheid

Betekenisvolheid word gekoppel aan die kwaliteit van die reaksie op die kind se eise. Die baba is 'n proaktiewe wese wat druk op die omgewing toepas om sy gedrag te vorm. Die mate waarin die belangrike persone in sy of haar wêreld ooreenkomstig die kind se aksies reageer, kan daarop dui dat vroeë deelname in besluitneming plaasvind. Die belangrikste vraag bly steeds of die belangrike persone met warm en positiewe affek op die baba se eise reageer. Al is die respons deur die belangrike persone standhoudend, maar gaan gepaard met koudheid en vyandigheid, word 'n duidelike boodskap van waardeloosheid aan die baba oorgedra (Antonovsky, 1987).

Ouers is 'n belangrike faktor in elke kind se ontwikkeling. Ouers met 'n sterk koherensiesin is meer geneig om 'n buigsame lewensoriëntasie te handhaaf, met die uitgangspunt dat probleme hanteerbaar en oplosbaar is. 'n Kind wat in so 'n omgewing van

konstantheid en moontlikhede grootword, se lewensondervindinge kan moontlik bydra tot die ontwikkeling van 'n sterk koherensiesin.

2.4.3 Ontwikkeling van die koherensiesin tydens adolessensie

Na verwagting sal 'n aanslag op die adolessent se koherensiesin gedurende adolessensie plaasvind vanweë die konstante woeling, verwardheid en self-twyfel wat deur adolessente beleef word. Volgens die ontwikkelingstake wat Erikson (1963) gepostuleer het vir die adolessent, moet die adolessent sy of haar eie identiteit, persoonlikheid en waardes vind en vaslê. Adolessente is besig met die heromskrywing van hulself en hul rol in die samelewing (Louw, 1990). Die proses behels die ontwikkeling van 'n gedefinieerde persoonlikheid binne 'n sosiale konteks wat voortspruit uit die bewuswording van die adolessent dat hy of sy ervarings op 'n unieke, suksesvolle wyse bemeester. Volgens Antonovsky (1987) kan hierdie suksesvolle, unieke bemeestering gedefinieer word as verstaanbaarheid, erkenning van bemeestering, hanteerbaarheid en bewuswording van uniekheid as betekenisvolheid.

2.4.4 Ontwikkeling van die koherensiesin tydens volwassenheid

Slegs 'n tydelike koherensiesin kan deur die adolessent verkry word. Dit is eers met die toetrede tot volwassenheid dat langtermyn verbintenisse tot mense, sosiale rolle en werk aangegaan word en dat die ondervinding van die kinder- en adolessentejare versterk of uitgewis word. Gedurende die periode van vroeë volwassenheid word 'n persoon se posisie op die koherensiesin-kontinuum vasgestel (Antonovsky, 1987).

Volwassene persone bestee die grootste proporsie van hul tyd in hul werkomgewing. Hul werk is dus 'n dominante bron van sowel interne as eksterne stimuli wat verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol gemaak moet word (Strümpfer, 1990).

Antonovsky (1987) beweer dat, indien 'n persoon se werksituasie sosiaal gerespekteerd is, die persoon meer geneig is om op die algemene betekenis en waarde van die werksituasie te fokus. Hierdie betekenis en waarde wat die persoon vind in sy of haar werk, dien as motivering vir 'n positiewe ingesteldheid teenoor die werk ten spyte van werksomstandighede wat onaangenaam mag wees. In teenstelling hiermee fokus die persoon dikwels meer op die besonderhede van die werksomstandighede as die algemene beeld en betekenis van die werk, indien die werk nie so gerespekteerd is nie.

Die deurlopende ervaring van deelname in sosiaal belangrike besluitneming is 'n bron van betekenisvolheid in die persoon se werksomstandighede. 'n Werker wat voel dat dit binne sy of haar keuseveld val om die take te kies en die volgorde en die tempo van die werk te bepaal, is meer geneig om die werk as betekenisvol te sien. Hierdie betekenisvolheid vind uitdrukking in 'n gevoel van trots en genot (Antonovsky, 1987). Ter opsomming kan dus gesê word dat die ervaring van betekenisvolheid by die werk afhanklik is van die mate van deelname in besluitneming, die waarde wat die gemeenskap aan die onderneming heg en die aard van samewerking met kollegas.

Die werker se gevoel van hanteerbaarheid sal versterk word en ontwikkel indien hy of sy blootgestel word aan herhaalde werksondervindinge wat in pas is met die werker se vermoëns. Dit is

ook nodig dat hierdie werksondervindinge gekenmerk word deur omstandighede wat die toepaslike materiële, sosiale en organisatoriese hulpbronne bied, en selfs indien daar per geleentheid 'n tekort aan sodanige hulpbronne, geleenthede vir onttrekking en die opbou van energie bestaan. Ondervindinge van 'n toepaslike ladingsbalans word gesien as bepalend in die instandhouding en skepping van 'n gevoel van hanteerbaarheid (Antonovsky, 1987). Hoe meer die persoon te staan kom voor moeilike lewensgebeure, hoe meer is die persoon geneig om te voel dat hy of sy oor die hulpbronne beskik om die probleem op te los.

'n Gevoel van verstaanbaarheid word versterk indien herhaaldelik ervaar word dat die onbekende bevredigend verduidelik word en dat geordende patrone bestaan (Antonovsky, 1987). Indien die werker se rol asook dié van sy of haar medewerkers duidelik is en so ook hul interaksie, word die werksituasie as verstaanbaar ervaar.

Ter opsomming kan die volgende afleidings gemaak word: 'n Sterk koherensiesin sal aanleiding gee daartoe dat die werkplek as kognitief sinvol beskou word. Die stimuli word waargeneem as duidelik, georden, gestruktureerd, konsekwent en dat dit voorspelbare inligting oordra. Werk word waargeneem as 'n konstante ondervinding wat draaglik is of wat op een of ander wyse draaglik gemaak kan word. Hierdie proses bied die uitdaging aan die persoon wat bereik kan word deur persoonlike en ander hulpbronne te benut. Werkseise maak nou ook op 'n emosionele en motiverende vlak sin (Strümpfer, 1995).

Volwassenheid, soos elke ander fase in die mens se lewe, is onderworpe aan veranderinge en uitdagings. Die volwassene wat dus

tydens vroeë volwasseheid 'n sterk koherensiesin vaslê, leer om die weerstandshulpbronne tot sy of haar beskikking sodanig te mobiliseer dat elke uitdaging die hoof gebied kan word. Volwassenes wat dus bejaardheid binnegaan met 'n sterk koherensiesin sal hul weerstandshulpbronne gebruik om by die situasie aan te pas.

2.5 VAN SALUTOGENESE TOT FORTIGENESE

Strümpfer (1995) postuleer dat Antonovsky in 1979 in sy teorie reeds besig was met 'n studie wat meer gefokus het op die oorsprong van gesondheid en reeds besig was om die oorsprong van krag in die algemeen te beskryf. Reeds in Antonovsky se eerste boek (*Health, stres and coping*) skryf hy: "I began groping toward the question that occurs to one when examining lives such as those of my parents: Whence the strength?" (Antonovsky, 1979, p.7).

Tydens 'n studie wat in 1971 deur Antonovsky, Moaz, Dowty en Wijsenbeck uitgevoer is oor die ondervindinge van 'n groep vroue in 'n konsentrasiekamp, word die volgende aanhaling gemaak: "What, we must ask, has given these women the *strength*, despite their experience, to maintain what would seem to be the capacity not only to function well but even to be happy, at least on some level" (Antonovsky et al., 1971, pp.190-191). Bevindinge wat in bogenoemde studie gemaak is, strek reeds verder as slegs 'n fokus op gesondheidsaspekte en ondersoek ook die krag om algemene bekommernisse soos oor finansies, verandering en sekuriteit in die land, te hanteer.

Antonovsky se teorie beskryf dus die ontwikkeling van koherensiesin en die interaksie daarvan met die weerstandshulpbronne. Strümpfer

(1995) beweer dat hierdie teorie van salutogenese in werklikheid die oorsprong van krag verduidelik. Die inherente betekenis van gesondheid raak verlore indien dit oorveralgemeen word en gebruik word as metafoor vir algemene welstand. 'n Breër verduidelikende konstruk is dus nodig om die interaksie tussen die weerstandshulpbronne en die koherensiesin in verskeie areas van menslike ondervinding op die gesondheidskontinuum te beskryf. Daarom stel Strümpfer die term fortigenese, afgelei van die Latynse woorde *fortis* = *sterk* en *genesis* = oorsprong voor, wat meer beskrywend blyk te wees as die term "salutogenese". Hierdie konstruk ontken nie die behoefte om die oorsprong van gesondheid te ondersoek nie, maar sluit daarby aan deur die hele teorie van die salutogenese te aanvaar. Fortigenese is dus 'n meer holistiese en omvattende term as salutogenese en ondersoek nou ook die oorsprong van sterkte. Wissing en Van Eeden (1998) brei verder uit op hierdie konsep van fortigenese deur dit spesifiek van toepassing te maak op die Sielkunde. Hierdie navorsers beweer dat daar nog nie 'n spesifieke rigting in die Sielkunde bestaan wat uitsluitlik gemoeid is met die oorsprong van sielkundige sterkte nie. Die term psigofortigenese word gevolglik voorgestel. Die waarde van die ontwikkeling van 'n psigofortigene paradigma en 'n beter begrip van sielkundige gesondheid en sterkte is daarin geleë dat dit dalk kan dui op nuwe maniere om die individu se kapasiteit te vergroot, voorkomend op te tree en sodoende kwaliteit van lewe te verhoog (Wissing & Van Eeden, 1998).

2.6 SAMEVATTING

Salutogenese staan dus in verband met 'n lewensorientasie gekenmerk deur 'n gerigtheid op gesondheid en is nie 'n eienskap van 'n persoon as sodanig nie. Binne hierdie lewensorientasie poog die persoon om die wêreld as georden en voorspelbaar waar te neem, die nodige hulpbronne te benut om die eise wat die wêreld aan die hom of haar stel te bevredig en te ervaar dat die energie wat daarin belê word om hierdie eise wat die wêreld stel te bevredig, die moeite werd is. Die kernkonstrukte van salutogenese, te wete koherensiesin en algemene weerstandshulpbronne, ontwikkel voortdurend gedurende die lewensloop van die mens. Salutogenese fokus hoofsaaklik op die gesondheid van die mens vanuit 'n holistiese perspektief. Vandaar ontwikkel die konstruk van die psigofortigenese. Vervolgens word die wisselwerking van die koherensiesin en die algemene weerstandshulpbronne nou verbreed na die invloed daarvan op die totale funksionering van die mens. Die oorsprong van die krag binne die mens op alle terreine van menswees word dus nou ondersoek.

Antonovsky sê die volgende: "The human condition is basically stressful and life is a matter of heterostasis, disorder and pressure towards entropy" (Antonovsky, 1987, p.2). Hierdie aanhaling is tot 'n groot mate van toepassing op die Suid-Afrikaanse situasie. Op bykans alle vlakke van die samelewing ervaar die bevolking moeilike lewensomstandighede. Masschenga (1994) beweer dat verskille bestaan tussen mense en hul vermoë om met gebreke saam te leef. Daar is ook verskille in die invloed van so 'n gebrek op 'n persoon se lewensplan.

Die navorser beweer dat hierdie verskil nie die gevolg is van die verskillende gebreke of verskillende vlakke van funksionering voor die gebrek nie, maar wel die gevolg van die verskil in die hanteringsvermoë van die persone.

Dit is hierdie verskillende hanteringsvermoëns en die oorsprong daarvan wat die fokuspunt van hierdie studie vorm. Die ondersoekgroep van die studie bestaan uit bejaardes. Die bejaardepopulasie is wêreldwyd die vinnigste groeiende populasie en tog ook die populasie waarvan die wêreld die minste kennis dra. Statistiek toon dat ongeveer 20% van alle selfmoorde deur persone ouer as 65 jaar gepleeg word (Gagiano & Van Rensburg, 1993).

Hierdie tendens laat die vraag ontstaan waarom sekere bejaardes, ten spyte van verliese en kroniese siektes, steeds 'n hoë mate van lewenskwaliteit ervaar en ander nie. Die ondersoekgroep bestaan uit bejaardes wat aan verstandelik- en nie-verstandelik-inkapasiterende siektes ly, te wete Alzheimer se siekte en rumatoïde artritis.

Uit die teorie oor psigofortigenese is dit duidelik dat die krag wat die mens aan die dag lê om moeilike lewensomstandighede die hoof te bied, gevind word in die wisselwerking tussen die koherensiesin en die weerstandshulpbronne. Die vrae wat nou ontstaan is ten eerste die effek van hierdie kroniese siektetoestande op die lewenskwaliteit van die bejaarde en ten tweede wat die rede sou wees vir die effek, hetsy negatief, neutraal of positief.

In hierdie studie poog die navorser om die teorie van die psigofortigenese te ondersoek en te beproef ten einde 'n moontlike

verband uit te wys tussen die teorie van die psigofortigenese en die hantering van 'n verstandelik-inkapasiterende en 'n nie-verstandelik-inkapsiterende siekte. In die volgende hoofstuk sal die konsep van lewenskwaliteit bespreek word, aangesien die lewenskwaliteit van die bejaarde 'n aanduiding is van die mate waarin psigofortologiese faktore in die bejaarde se lewe teenwoordig is.

HOOFSTUK 3

LEWENSKWALITEIT

3.1 INLEIDING

Bejaardes is deur die eeue heen gerespekteer as die draers van tradisie en bronne van groot wysheid, maar tog bestaan daar ook 'n vrees vir bejaardheid en die gepaardgaande liggaamlike agteruitgang. Volgens die Wet op Bejaarde Persone van 1967 word vroue bo 60 jaar en mans bo 65 jaar as bejaard beskou (Louw, Van Eede & Louw, 1998). Tydens die Sensusopname van 1991 in Suid-Afrika (Sentrale Statistiekdiens, 1995) het bejaardes 4,5% van die bevolking uitgemaak. Dit impliseer dat daar in die totale Suid-Afrikaanse populasie van 40 miljoen, 2 miljoen bejaardes is. Die groeikoers van hierdie groep persone ouer as 65 jaar is vinniger as die groeikoers van die totale populasie. Hierdie is 'n tendens wat wêreldwyd waargeneem kan word en aan die hand van twee hoofstroomhipoteses verklaar word (Seiler, 1987). Die eerste hipotese handel oor die langtermyn afwaartse neiging in geboortesyfers wêreldwyd. Die populasie kinders word dus toenemend kleiner in vergelyking met die populasie bejaardes. Die tweede hipotese spreek die toename in lewensverwagting weens beter gesondheidsstrukture aan. As gevolg van verbeterde openbare gesondheidsstrukture en vooruitgang op mediese gebied, is die voorkoms van fetale infeksies en siektes tot 'n groot mate bekamp, wat aanleiding gee tot 'n hoër oorlewingsyfer by babas en kinders. Gevolglik word meer babas volwassenes en meer volwassenes, bejaardes (Bond, Coleman & Peace, 1993).

Alhoewel daar 'n bepaalde ouderdom is wanneer 'n persoon as bejaard beskou word, beteken dit geensins dat bejaardes 'n homogene groep persone is nie. Bejaardes is juis 'n baie diverse groep vanweë hul diverse lewensondervinding (Louw et al., 1998). Tydens bejaardheid vind steeds veelvuldige verandering op liggaamlike, kognitiewe, sosiale en persoonlikheidsterreine plaas. Om suksesvol te kan aanpas by die verandering wat tydens bejaardheid plaasvind, moet bejaardes die volgende ontwikkelingstake voltooi (Havighurst, 1979):

- ♦ Aanpassing by liggaamlike veranderinge.
- ♦ Handhawing van intellektuele vitaliteit.
- ♦ Aanpassing by aftrede en verandering in inkomste.
- ♦ Vestiging van bevredigende behuising en fisiese lewensomstandighede.
- ♦ Aanpassing by veranderinge by die huweliksmaat en by sy of haar afsterwe.
- ♦ Herkanalisering van energie na nuwe rolle en aktiwiteite.
- ♦ Nakoming van veranderde sosiale en gemeenskapsverpligtinge.
- ♦ Vestiging van affiliasie met die portuurgroep.

Peck (1968) sluit aan by Havighurst (1979) en verklaar dat voortgesette sielkundige groei en aanpassing tydens bejaardheid afhang van die uitkomste van drie verdere ontwikkelingstake. Eerstens moet die bejaarde in staat wees om persoonlike bevrediging en eiewaarde buite die beroepsrol te vind. Die bejaarde moet ook sy of haar verouderende liggaam aanvaar en laastens moet elke bejaarde vrede maak met die onvermydelikheid van sy of haar naderende dood.

Ook op die psigososiale vlak is daar sekere ontwikkelingskrisisse wat deur die bejaarde verwerk moet word. Volgens Erikson (1963) is die

ontwikkelingskrisis van ego-integriteit teenoor wanhoop op die voorgrond by die bejaarde. Ego-integriteit is die vermoë van die persoon om hom- of haarself te aanvaar as iemand met sowel positiewe as negatiewe eienskappe. Bejaardes moet vrede maak met die besluite wat hulle in hul lewe geneem het en daarin berus dat hulle gedoen het wat hulle kon met die middele en geleenthede tot hul beskikking. Wanhoop ontstaan wanneer die bejaarde sy of haar lewe beskou as 'n opeenvolging van verkeerde besluite, verlore geleenthede en onvervulde behoeftes, en terselfdertyd besef dat daar nie meer genoeg lewenstyd oor is om 'n ander, meer aanvaarbare lewensloop te vind nie. So 'n persoon is geneig tot bitterheid en depressie.

Samevattend kan gesê word dat die sentrale ontwikkelingstake van die bejaarde betrekking het op die uitdagings wat gestel word deur swakker gesondheid, erkenning en aanvaarding van hul eie sterflikheid en veral die integrasie van gevoelens rondom die self. Die bejaarde moet nou nuwe selfkennis en vaardighede inkorporeer in sy of haar bestaande konsep van die self, terwyl gepoog word om 'n gevoel van kontinuïteit binne die self te behou. Sukses in die deurwerk van hierdie ontwikkelingstake bevorder lewenstevredenheid en dus die kwaliteit van lewe (Peck, 1968).

3.2 KONSEPTUALISERING VAN LEWENSKWALITEIT

3.2.1 Verskillende perspektiewe

Alhoewel bejaardheid nie sinoniem met swak gesondheid is nie, is daar tog die assosiasie van bejaardheid met toenemende verswakking. Kay (1991) beweer dat een uit elke vyf bejaardes in die groep van 85 jaar en ouer, dementia sal ontwikkel en dat drie uit elke vyf bejaardes 'n beperkende kroniese siekte sal hê. Bejaardes ly meer aan kroniese

siektetoestande as enige ander groep in die totale populasie. Kroniese toestande kan nooit volledig genees word nie, na aanleiding waarvan genesing dus nie meer gebruik kan word as die maatstaf van sukses in die behandeling daarvan nie. Ander kriteria is dus nodig om suksesvolle behandeling van kroniese siektetoestande te evalueer. In hierdie gevalle dien die pasiënt se optimale funksionering te midde van sekere beperkinge as die maatstaf van suksesvolle behandeling. Hierdie standpunt rondom die behandeling van kroniese siektetoestande asook die groeiende populasie bejaardes waarvoor voorsiening gemaak moet word, lei tot die behoefte aan 'n goedgefundeerde perspektief op die lewenskwaliteit van bejaardes (Kajandi, 1994).

Die vraag is: Wat is die faktore wat die lewenskwaliteit van hierdie groep mense bepaal? Lawton (1978) definieer kwaliteit van lewe as 'n multi-dimensionele evaluasie met beide intrapersoonlike en sosiaal-normatiewe kriteria, van die persoon-omgewing-sisteem van 'n individu in die verlede, die hede en die toekoms. Uit hierdie definisie is dit duidelik dat alle fasette van die lewe binne 'n tydsperspektief ingesluit moet word om 'n volledige bepaling van kwaliteit van lewe te kan maak. 'n Sisteemteoretiese skema, soos saamgestel uit die werk van Schoeman (1983), Jordaan en Jordaan (1987) en Heyns (1991) kan die konseptualisering van die onderwerp vergemaklik. Volgens hierdie skema moet die mens binne die konteks van sy of haar ontwikkelingstadium met bepaalde ontwikkelingstake, asook binne 'n tydsperspektief geplaas word. Die tydsperspektief beklemtoon die belang van die invloed van gebeure op die persoon in sowel die verlede as in die toekoms, terwyl daar gekyk word na die suksesvolle

afhandeling van ontwikkelingstake van die vorige lewensfases wat die aanpassing by die huidige lewensfase fasiliteer.

Binne hierdie raamwerk kan daar nou gefokus word op die riglyne, maatstawwe of dimensies waarvolgens die individu se kwaliteit van lewe beoordeel word.

Bryant en Veroff (1986) identifiseer **vier beoordelingsdimensies** wat verband hou met die individu se subjektiewe beoordeling van sy of haar lewenskwaliteit deur middel van faktorontledingstudies. Die positiewe of negatiewe affektiewe beoordeling van 'n situasie of toestand is die **eerste** beoordelingsdimensie. Die **tweede** dimensie betrek die lokus van beoordeling wat verwys na die verwysingsbron vir evaluasie wat deur die persoon gebruik word. Die self of die eksterne wêreld kan as verwysingsbronne gebruik word. 'n Tydsaspek staan sentraal in die **derde** beoordelingsdimensie. Die persoon kan óf die verlede óf die toekoms as verwysingspunt gebruik by beoordeling van die bydrae van die huidige situasie of toestand tot sy of haar lewenskwaliteit. Die **vierde** dimensie behels die spontane beoordeling van lewenskwaliteit gebaseer op die kwaliteit van die onmiddellike situasie teenoor 'n meer refleksiwe, nadenkende beoordeling.

Ingelhart en Rabier (1986) ondersoek veranderlikes soos ouderdom, verandering in finansiële status, geografiese herkoms, waarde-oriëntasie en mate van godsdienstigheid. Hierdie navorsers rapporteer 'n interessante bevinding, naamlik 'n ooreenstemmende graad van voorkoms van 'n subjektiewe gevoel van welsyn by mense wat verskil ten opsigte van inkomste, huwelikstatus, beroep, ouderdom, opvoedkundige agtergrond, godsdiensoriëntasie, herkoms, geslag en

waarde-oriëntasie. 'n Redelike verskil in die subjektiewe evaluering van persoonlike welsyn kom egter wel voor waar die persoon in die onlangse verlede 'n verandering ervaar het ten opsigte van onstabiele veranderlikes soos inkomste en huwelikstatus. Hierdie bevinding bevestig die hipotese dat lewensgeluk en tevredenheid saamhang met die waargenome gaping tussen die persoon se huidige situasie en sy of haar aspirasiepeil (Cambell, Converse & Rodgers, 1976; Csikszentmihalyi, 1999). Met verloop van tyd pas die persoon egter aan by veranderinge in sy of haar huidige situasie en wysig die persoon sy of haar aspirasiepeil ooreenkomstig die situasie. Hierdie gebeure sou dus kon verklaar waarom onlangse verandering in die lewensituasie die gevoel van geluk en tevredenheid drasties kan beïnvloed.

Michalos (1986) brei hierdie teorie uit en meld dat lewenstevredenheid en lewensgeluk afhang van die waargenome gaping wat daar bestaan tussen wat die individu het en

- ♦ wat hy of sy spesifiek in die lewe wil hê
- ♦ wat hy of sy ideaal-gesproke behoort te besit
- ♦ wat hy of sy verwag om te kry
- ♦ die beste wat hy of sy in die verlede gehad het
- ♦ wat betekenisvolle ander het
- ♦ die besondere eise van die omgewing.

Die afleiding sou nou gemaak kon word dat lewenskwaliteit onder meer bepaal word deur die individue se persepsie van wat hulle het en wat hulle dink hulle behoort te hê (Parducci, 1995). Sandoe en Kappel (1994) sluit hierby aan en beweer dat die kwaliteit van 'n persoon se lewe afhang van die mate van ooreenstemming tussen die persoon se

voorkeure en sy of haar situasie. Hoe meer ooreenstemming of aanvaarding daar is, hoe beter is die kwaliteit.

Elke individu kan egter veelvuldige gapings in sy of haar lewe identifiseer tussen wat hul graag wil hê en wat hulle reeds het. Die gapings waarop die individu fokus as bepalers van sy of haar lewensgeluk berus op 'n implisiete keuse - 'n keuse wat afhanklik is van die individu se waardevoorkeure. Waardes is dus 'n bepalende aspek van feitlik alle menslike handeling. Waardes kan gedefinieer word as normatiewe oriëntasies wat 'n rol speel of kan speel in mense se opvattinge of optredes, beslissings en keuses, oordele, veroordelings en regverdigings. Die funksie van waardes is dus juis om vir die individu of groep uit te wys wat wenslik of verkieslik is (Joubert, 1986).

Hierdie waardes of motiewe en behoeftes kry aan die hand van doelwitte beslag in die individu se gedrag (Lee, Locke & Latham, 1989). Gepaste doelwitte rig die individu se aandag en handeling op taakverwante aktiwiteite, mobiliseer die energie en stimuleer volharding met die uitvoering van die taak sowel as die soeke na die gepaste uitvoeringstrategieë (Lee et al., 1989). Heyns (1991) sluit hierby aan deur daarop te wys dat lewenskwaliteit in werklikheid bepaal word deur die interaksie van doelnavolging en doelbereiking. Laasgenoemde navorser definieer dan ook lewenskwaliteit as die doeltreffendheid waarmee doelwitte wat voldoende realisties, haalbaar en waardeveranker is, nagejaag kan word.

3.2.2 Samevatting

Teen die agtergrond van bogenoemde definisie van Heyns (1991) sal kwaliteit van lewe vervolgens in hierdie studie bespreek word aan die hand van doelwitte op twee deelsisteme in die bejaarde se lewe. Eerstens sal die intrapsigiese deelsisteem bespreek word en wel in terme van die self en die invloed van veroudering, fisiese aktiwiteit, kognitiewe vermoëns en outonomie daarop. Tweedens sal die ekologiese deelsisteem bespreek word aan die hand van die rol van sosiale ondersteuning, aftrede en behuising.

3.3 DETERMINANTE VAN LEWENSKWALITEIT

3.3.1 Intrapersoonlike deelsisteem

3.3.1.1 *Die self*

Die self is die versameling gedagtes of gelowe wat 'n persoon oor hom- of haarself huldig. Die self bestaan as 'n samevoeging van 'n verskeidenheid konsepte, naamlik houdings, waardes, norme, kennis en geheue. Deur middel van hierdie konsepte is die persoon voortdurend besig met 'n proses waarin informasie oor die self gesoek, geprosesseer, waargeneem, geëvalueer, gekategoriseer, geanaliseer, onderdruk en in die geheue gestoor word (Filipp & Klauer, 1986).

Selfkennis word dan vervolgens in vier kategorieë verdeel, naamlik selfkonsep, die ideale self, selfevaluasie en selfagting (Atchley, 1982). Die selfkonsep dui op hoe die persoon dink hy of sy is, en die ideale self verwys na hoe die persoon dink hy of sy graag wil wees. Selfevaluasie is die morele beoordeling van hoe goed die persoon dink hy of sy is, relatief tot wat hy of sy behoort te wees en selfagting is die mate waarin die persoon van hom- of haarself hou (Atchley, 1994).

3.3.1.2 *Invloed van die verouderingsproses op die self*

Atchley (1994) bevind dat bejaardes in die meeste navorsingstudies hoër tellings behaal op 'n selfagtingtoets as die meeste jong volwassenes. Die navorser skryf hierdie verskil daaraan toe dat die bejaarde reeds 'n verskeidenheid lewensrolle vervul het en dus tydens bejaardheid 'n duidelike idee van sy of haar selfkonsep het. Hierdie sekerheid oor die selfkonsep lei tot 'n hoër mate van selfaanvaarding aangesien die persoon sy of haar ideale self nou kan aanpas om beter te vergelyk met die waargenome self. Deur die gaping tussen die selfkonsep en die ideale self te verklein, is die bejaarde meer in staat om hom- of haarself te aanvaar.

Bejaardes is meer geneig om hulleself te vergelyk met ander wat in soortgelyke situasies as hulle is en hulle gebruik meer dikwels hul eie observasies en konstrakte om die self te evalueer as in vroeër fases van hul lewens (Pearlin & Schooler, 1978).

Vir die persoon wat sy of haar ontwikkelingstake bemeester het, bring veroudering groter aanvaarding omdat die persoon sy of haar lewe in temas kan opsom. Hierdie temas bevat hul waardes, hul bronne van sukses, betekenis en selfagting (Kaufman, 1986). Hierdie proses waarin die persoon sy of haar lewe in temas opsom, bied die geleentheid om waardes te herevalueer en te verander. Die persoon fokus meer op sukses in sy of haar privaatlewe as in die sosiale of openbare konteks (Maehr & Kleiber, 1981).

3.3.1.3 Die invloed van sielkundige en liggaamlike verswakking op die self

Normale veroudering het tot gevolg dat die bejaarde se liggaamlike kragte afneem. Die bejaarde se vel is minder elasties, wonde genees stadiger en die hare verloor al hoe meer hulle glans, word gryser en minder. Die liggaamshouding word meestal krommer en die spiere verloor van hul veerkrachtigheid, sodat bewegings stadiger en skynbaar met groter inspanning plaasvind (Louw et al., 1998). Verskeie siektetoestande lei tot verswakking van die bejaarde, waarvan die meeste kronies van aard is; dit sluit artritis en demensie in (Louw et al., 1998). Bejaardes wat een of ander fisieke of geesteswakheid beleef, word as gestremd beskou. Daar kan dus verwag word dat die verswakking meer negatiewe as positiewe gevolge vir die self sal hê. Hierdie negatiewe gevolge sluit in: meer prominente sielkundige verdedigingsmeganismes word gebruik om die verliese te hanteer; en daar is veranderinge in verwysingsgroep en onttrekking van die sosiale omgewing (Atchley, 1994).

Verswakking vind gewoonlik geleidelik plaas, en dit gee die persoon geleentheid om aan te pas by die situasie en nuwe inligting omtrent hom- of haarself te verwerk. Verswakte bejaardes moet die betekenis wat hulle heg aan terme soos "selfgenoegsaam" en "bevoeg" herdefinieer sodat hul selfagting en selfevaluasie nie negatief beïnvloed word deur verliese van sekere aktiwiteite en rolle nie (Lawton, 1978). Wanneer die persoon nie meer basiese huistake kan verrig nie, word dit baie moeilik om die self as nuttig en bevoeg te beskou. Die persoon moet dus sy of haar definisie van bevoegdheid aanpas om ander aspekte van die self soos warmte, humor en interpersoonlike vaardighede ook te verreken ten einde negatiewe

selfagting teen te werk. Die mens wil hom- of haarself graag steeds sien as basies dieselfde persoon.

Dit is baie moeilik om 'n positiewe selfkonsep te behou wanneer die persone toenemend afhanklik raak van ander persone rondom hulle. In hierdie geval word sodanige persoon se selfkonsep van die verlede gebruik om sy of haar huidige selfkonsep te versterk as iemand van waarde en bevoegdheid te midde van verswakking. Dit is belangrik dat die persoon verlieservarings moet kan akkommodeer en positiewe informasie oor die self kan assimileer ten spyte van verswakking. Kroniese siekte en swakheid verander dalk die dinamika van die self, maar nie noodwendig die essensie daarvan nie (Atchley, 1982).

3.3.1.4 Die invloed van outonomie op die self

Outonomie is afgelei van die Griekse woorde *outos*=self en *omos*=regeer. Die term verwys dus na die individu se vermoë om hom- of haarself te regeer en impliseer vryheid, keuse, onafhanklikheid, eie wil en privaatheid (Collopy, 1988).

Piper en Langer (1986) bevind dat die fisiese en sosiale omgewing van die bejaarde die boodskap oordra dat hy of sy nie langer bevoeg is om enige invloed op hul lewensbesluite uit te oefen nie. Die vooroordele van die samelewing oor bejaardheid kan dikwels aanleiding gee tot die ontwikkeling van gevoelens van waardeloosheid by bejaardes wat weer 'n negatiewe invloed kan hê op bejaardes se selfkonsep.

Caplan (1990) bevind dat dit nie noodwendig die neem van belangrike besluite is wat die bejaarde se gevoel van outonomie versterk nie, maar die neem van alledaagse besluite oor lewensaktiwiteite

(voorbeeld hiervan is besluite aangaande wat om te eet, te doen en vir wie om te gaan kuier). Die mate waarin die bejaarde voel hy of sy het beheer oor eie gesondheid hou ook direk verband met die mate waarin hy of sy betrokke is en bly in gesondheidsbevorderende gedrag, byvoorbeeld om te gaan stap of om die dokter op 'n gereelde basis te besoek (Abeles, 1991). Beheer verwys hier na persone se verwagting dat hulle die gedrag sal kan uitvoer wat die verlangde uitkomst tot gevolg sal hê (Abeles, 1991). Hierdie konsep sluit baie nou aan by die hanteerbaarheidskomponent van Antonovsky (1979), aangesien beide handel oor die mens se persepsie dat die situasie hanteer sal kan word deur sekere aktiwiteite uit te voer of deur seker hulpmiddels te benut.

Atchley (1994) bevind dat slegs 3% tot 5% van bejaardes tussen die ouderdomme van 65 en 74 jaar hulp nodig het met die uitvoer van alledaagse aktiwiteite soos bad, aantrek en kosmaak. Teen die ouderdom van 85 jaar het slegs 25% van hierdie bejaardes hulp nodig met inkopies en bad en slegs 15% van bejaardes het hulp nodig met ligte huislike take. Erge gestremdheid is dus die uitsondering en nie die reël in bejaardheid nie. Om hierdie rede is dit belangrik om outonomie in daaglikse aktiwiteite te bevorder en dus bejaardes se konsep van bevoegdheid en vertroue in hul eie vermoëns te versterk. Instandhouding van outonomie dra by tot die verhoging van selfagting en die verbetering van die bejaarde se selfkonsep. Indien die bejaarde dus 'n aktiewe deelnemer is aan die prosesse wat sy of haar daaglikse bestaan vorm, sal die bejaarde ook 'n toenemende mate van betekenisvolheid ervaar (Antonovsky, 1987).

Bond et al. (1993), Atchley (1994) en Louw et al. (1998) is dit eens dat 'n gevoel van outonomie of beheer geestes- en fisieke gesondheid beïnvloed. Die presiese meganisme is nie bekend nie, maar daar word vermoed dat hoe sterker die persoon se gevoel van outonomie of beheer is, hoe sterker is die persoon se geneigdheid om te belê in gedrag wat gesondheidsprobleme voorkom of oorkom, byvoorbeeld selfsorg, aktiewe interaksie met mediese personeel en samewerking deur mediese voorskrifte uit te voer (Abeles, 1991).

'n Sterk gevoel van outonomie het 'n positiewe invloed op die doeltreffende funksionering van die individu en veral op die wyse waarop probleemsituasies hanteer word. Die individu voel dus dat die situasie hanteerbaar is en dat hy of sy oor die nodige hulpbronne beskik om die situasie doeltreffend te hanteer (Antonovsky, 1979). Die bejaarde se selfkonsep verbeter en selfagting verhoog indien die bejaarde outonomieit ervaar. Dit is dus duidelik dat 'n sterk gevoel van outonomie of beheer bydra tot 'n verbeterde konsep van die self en sodoende word die kwaliteit van lewe bevorder.

3.3.1.5 Die invloed van fisieke aktiwiteit op die self

In elke fase van die mens se lewe bepaal sy of haar fisieke kapasiteit die perke van ondervinding en dus die grootte van die mens se venster tot die wêreld. Atchley (1994) beweer dat fisieke aktiwiteit en vermoëns van die persoon veral in die vroeë en laat fases van die lewe die kwaliteit van lewe grootliks bepaal.

Tans word verskeie ondersteunende hulpmiddels, byvoorbeeld looprame, gebruik om die bejaarde by te staan en ontspanningsaktiwiteite moontlik te maak, aangesien verhoogde

positiewe sosialisering, verbeterde gesondheid en hoër kwaliteit van lewe aanvaarde voordele is van fisieke of ontspanningsaktiwiteite (Mace, 1987). Selfs op die mediese gebied het sieninge oor spesifieke gedrag, byvoorbeeld rondloop-gedrag van bejaardes in inrigtings, verander. Hierdie gedrag is voorheen as negatief beskou en daar is probeer om die gedrag in te perk deur fisieke beperkinge te plaas op die pasiënte wat sodanige gedrag openbaar. Tans word die oefening en stimulasie wat verkry word deur die gedrag besef en nuwe meganismes, byvoorbeeld persoonlike monitors, word nou gebruik om die pasiënt se doen en late te monitor (Mace, 1987).

Verlies van beheer oor fisieke vermoëns kan aanleiding gee tot 'n gevoel van verlies oor die persoon se totale lewensgebeure. Mense wat fisiek aktief is, neem hulself waar as gesond en voel meer selfversekerd dat hulle beheer het oor hul lewe. Fisieke aktiwiteit kan dus bydra tot 'n verhoging in 'n persoon se selfagting en selfkonsep, aangesien die bejaarde hom- of haarself as gesond en in beheer van sy of haar lewe beskou. Fisieke aktiwiteit hou dus ook voordele in vir geestes- en emosionele funksionering (Atchley, 1994).

Uit bogenoemde is dit duidelik dat fisieke aktiwiteit 'n positiewe bydrae lewer tot die kwaliteit van lewe. Daar moet egter in gedagte gehou word dat die bydrae wat fisieke aktiwiteit tot die kwaliteit van lewe maak, van individu tot individu verskil. Die invloed van beperkinge op fisieke aktiwiteite moet gebaseer wees op die individu se fisieke, emosionele en sielkundige grense, eerder as op veralgemenings.

3.3.1.6 Die invloed van intellektuele funksionering op die self

'n Individue se persepsie van sy of haar totale lewenskwaliteit word gebaseer op die persoon se evaluasie van die vervulling van betekenis in die lewe. Hierdie evaluasie word gemaak op grond van die mate van vervulling wat in betekenisvolle areas van die persoon se lewe ervaar word. Hierdie betekenisvolle areas in die lewe is areas waarin die persoon streef tot meer betrokkenheid en verbintenis. Die vlak van vervulling wat die persoon in hierdie areas ervaar, bepaal hoe goed of hoe sleg die persoon daarvoor voel. Gebeure in hierdie areas word verbind met gebeure in die verlede, die huidige toestand en ook met wat moontlik in die toekoms in hierdie areas mag gebeur. Die evaluasie van hierdie betekenisvolle areas vind dus op drie tydsvlakke plaas. 'n Inklusiewe bepaling van lewenskwaliteit word dus verkry deur 'n evaluasie te maak van al hierdie betekenisvolle areas tesame (Svensson, 1991).

Daar kan verwag word dat hierdie betekenisvolle areas in die persoon se lewe sal verander soos die persoon verander. Die belang van elke area in elke fase van die lewe sal verskil omdat die behoeftes en ontwikkelingstake van fase tot fase verskil. Sekere betekenisvolle areas kan van meer belang vir die persoon word. So byvoorbeeld sal 'n man in sy dertigerjare sy beroep dalk meer op die voorgrond skuif, terwyl ander kwessies van minder belang word. Hierdie man sal byvoorbeeld moontlik minder aandag aan die beoefening van 'n sportsoort gee. Op dié manier kan die persoon deurlopend 'n hoë mate van lewenskwaliteit ervaar terwyl verskillende areas in die persoon se lewe van belang is. Om hierdie rede kan ook verwag word dat nuwe areas van belang in 'n persoon se wêreld mag ontstaan soos die persoon verander (Svensson, 1991). Hierdie konsep sluit aan by die konsep van grense wat Antonovsky (1987) gepostuleer het.

Intellektuele funksionering kan gesien word as so 'n betekenisvolle area. Die afleiding kan gemaak word dat kwaliteit van lewe nie noodwendig afneem met 'n afname in intellektuele funksionering nie, aangesien hierdie area van betekenis bloot afgeskaal kan word en die persoon betekenis in 'n ander area van sy of haar lewe kan verkry (Svensson, 1991). Volgens die fortologie sou die afleiding gemaak kon word dat hierdie area bloot buite die grense van die koherensiesin geskuif word.

Vir die meeste individue is dit nie noodwendig hoë intellektuele funksionering wat betekenisvol is nie, of wat positief bydra tot die persepsie van lewenskwaliteit nie, maar eerder die moontlikheid om die vermoëns waaroor die individu wel beskik suksesvol aan te wend. Negatiewe verandering in intellektuele funksionering van 'n matige aard kan deur verskillende hanteringstrategieë (byvoorbeeld lysies wat die persoon help om te onthou), hanteer word. Hoe meer intens die verandering is, hoe groter is die bedreiging vir die persoon se persepsie van vervulling en sukses en dus vir die persoon se selfkonsep. Perodes van stabiliteit lei egter tot 'n positiewe gevoel van bekwaamheid wat kan lei tot 'n verhoging van selfagting (Svensson, 1991).

Eers wanneer die verlies van intellektuele funksionering die perke oorskry waarbinne die individu nog kan kompenseer vir die verlies, kan dit 'n negatiewe effek hê op die persoon se waarneming van lewenskwaliteit. Hierdie negatiewe effek word egter bepaal deur die betekenis wat elke individu aan intellektuele funksionering koppel. Om hierdie rede kan selfs pasiënte met dementia of verstandelike vertraging 'n hoë vlak van lewenskwaliteit (Svensson, 1991).

Die self, met al die verskillende fasette, word dus gevorm deur ondervindinge in die verlede, hede en toekoms. Daar is verskeie faktore en lewensgebeure wat die persoon se konsep van die self positief of negatief kan beïnvloed. Tydens bejaardheid moet die persoon die konsepte van die self aanpas by afnemende fisieke krag, verminderde intellektuele funksionering en gevolglik verminderde outonomie. Al hierdie faktore beskik oor die potensiaal om 'n negatiewe effek op die bejaarde se selfkonsep, selfagting en selfevaluasie te hê, indien die bejaarde nie die konsepte van die self aanpas met behulp van die verlede nie. Al is daar dus verskeie aanpassings wat deur die bejaarde gemaak moet word, beteken die afname van fisieke vermoëns, intellektuele funksionering en outonomie, nie 'n noodwendige afname in kwaliteit van lewe nie.

3.3.2 Interpersoonlike determinante

3.3.2.1 *Die rol van familie en vriende*

Maguire (1980) definieer sosiale netwerke as die emosionele buffer wat individue help met die hantering van verandering, stres en fisiese probleme. Gottlieb (1983) sluit aan by die definisie van sosiale netwerk en beskryf dit verder as 'n vorm van interaksie wat op emosionele en gedragsvlak vir die individu voordelig is.

Gottlieb (1983) toon aan dat tot 94% van bejaardes wat nie geïnstitusionaliseer is nie, hulp en versorging van hul informele sosiale netwerk ontvang. Hierdie informele sosiale netwerk bestaan gewoonlik uit die naby familie en vriende van die bejaarde. Die ondersteuning en versorging van bejaardes behels nie slegs die ondersteuning en hulp in aktiwiteite soos huislike take, vervoer en inkopies nie, maar ook emosionele ondersteuning. Emosionele

ondersteuning verwys na kameraadskap en vertroulikheid. Gewoonlik is die persone met wie die bejaarde oor persoonlike sake praat ook die persoon wat kameraadskap verskaf.

Sosiale ondersteuning het twee invloede op die bejaarde. Eerstens is daar die direkte invloed, naamlik 'n verhoging in die persoon se kwaliteit van interpersoonlike verhouding en sielkundige welstand, en tweedens is daar die indirekte invloed van 'n emosionele buffer. Hierdie indirekte invloed verskaf die wete aan die persoon dat hulpbronne in stresvolle lewensituasies beskikbaar is met behulp waarvan die persoon die eie situasie kan oorkom (Kaufman, 1986). Sosiale ondersteuning bevorder dus hanteerbaarheid, soos deur Antonovsky (1979) gepostuleer. Taylor, Kemeny, Reed, Bower en Groenewald (2000) beweer verder dat stressore soos siekte dikwels tot addisionele stressore soos werkverlies, finansiële bekommernis en afhanklikheidstoename lei. Hierdie addisionele stressore word beter hanteer deur individue met goed ontwikkelde psigososiale hulpbronne.

Chappell en Badger (1989) bevind dat die twee eienskappe van die sosiale netwerk wat die duidelikste verband toon met lewenskwaliteit, kameraadskap en vertroulikheid is. Hierdie kenmerke word meestal gevind in die interpersoonlike verhouding tussen familie en vriende. Kaufman (1986) dui dus op die besondere potensiaal van sosiale ondersteuning om stres te verminder en gesondheidsvlakke te verhoog.

Salovey, Rothman, Detweiler en Steward (2000) beweer dat sosiale ondersteuning tot die ervaring van minder stres in 'n uitdagende situasie lei. Volgens hierdie navorsers help sosiale verhoudinge die

persoon om veilig te voel in die wete dat hulp beskikbaar is. Hierdie sosiale ondersteuning voorkom dus dat mense eensaam voel. Sosiale ondersteuning van familie en vriende het die potensiaal om lewenskwaliteit te verhoog.

3.3.2.2 Aftrede

Aftrede verwys na die verandering in werkstatus van 'n persoon. Die persoon beweeg van 'n posisie van voltydse werker tot 'n persoon wat ten minste gedeeltelik opgehou werk het (Parnes, 1989). Aftrede is 'n aanduiding van die einde van 'n verhouding tussen die tipe werk en die tipe lewenstyl van 'n persoon. 'n Werk word dikwels in verband gebring met lewenstyl aangesien 'n beroep of werk die vlak van inkomste van 'n persoon bepaal. Die vlak van inkomste van die persoon bepaal weer sy of haar lewenstyl. Met aftrede is daar dan gewoonlik 'n afname in 'n persoon se inkomste en daarmee saam meestal ook 'n veranderende lewenstyl.

'n Beroep kan ook baie persoonlike waarde vir die persoon hê indien sodanige persoon sy of haar beroep as 'n belangrike uitdrukking van die self ervaar (Atchley, 1982). 'n Beroep kan aan 'n persoon 'n geleentheid vir kreatiewe uiting bied en selfs in sommige gevalle die persoon se hele lewe oorheers.

Aftrede is aanvanklik voorgehou as 'n manier om mense te onderhou wat nie fisiek meer in staat was om werk te doen nie. Hierdie voorstelling het die konsep van aftrede verbind met funksionele bejaardheid en 'n onvermoë tot indiensneming. Daarna is die logiese afleiding gemaak dat 'n persoon wat ouer as 65 jaar is nie die kapasiteit tot funksionaliteit het nie.

Tans word die ouderdom van aftrede al hoe laer en die gesondheid van die afgetrede bejaarde populasie al hoe beter (Atchley, 1994). Die algemene persepsie dat aftrede aanleiding gee tot besliste agteruitgang in gesondheid kan nie deur die literatuur gestaaf word nie.

Finansiële laste kan 'n negatiewe uitwerking hê op die ervaring van aftrede vir die bejaarde. Veral vroue en ouer bejaardes beskik gewoonlik tydens aftrede oor onvoldoende fondse, wat veral die geval is by bejaardes wat nie familie of vriende het wat hulle kan ondersteun nie. Staatshulp aan bejaardes bied wel 'n mate van uitkoms aan hierdie bejaardes (Atchley, 1994).

Sosiale isolasie is nog 'n mite aangaande aftrede. Kay (1991) bevind dat patrone van betrokkenheid by sosiale netwerke gewoonlik konstant bly voor en na aftrede. Aftrede kan dus nie aangevoer word as oorsaak van sosiale isolasie nie, maar die persoon se interaksiepatrone voor aftrede wel.

Kay (1991) bevind dat afgetrede bejaardes in naastenby dieselfde aktiwiteite betrokke raak en in min of meer dieselfde mate as voor aftrede. Aanpassing by aftrede word bevorder deur voldoende inkomste, die vermoë om die werksituasie met waardigheid agter te laat en goeie gesondheid. Aftrede kan dus 'n positiewe of negatiewe invloed hê op die persoon se lewenskwaliteit en word bepaal deur die bejaarde se aanpassing by aftrede.

3.3.2.3 *Behuising*

In Suid-Afrika woon ongeveer twee derdes van die bejaarde populasie in 'n onafhanklike huishouding en 6% van blanke Suid-Afrikaners bly hoofsaaklik in tehuise vir bejaardes of verpleeginrigtings. Die bejaardes wat in die gemeenskap bly, woon meestal alleen of saam met 'n huweliksmaat. Met 'n toename in ouderdom is daar ook 'n toename in die tendens dat die bejaarde by ander familie inwoon. Veral die swart bejaardes is meer geneig om by familie te woon (Cilliers, 1993), terwyl die blanke bejaarde verkies om in 'n onafhanklike huishouding te bly met die tehuis vir bejaardes as slegs 'n laaste uitweg vir behuising. In teenstelling hiermee beweer Somers en Spears (1992) dat die inwoners van aftree-oorde se moraal baie hoog is. Gewoonlik is die groep bejaardes wat daar woon van dieselfde sosiale agtergrond, wat interaksie tussen die inwoners aanmoedig en sodoende lei tot die vorming van nuwe vriendskappe en verhoogde sosiale ondersteuning.

Die sterftesyfer van bejaarde mans is aansienlik hoër as dié van vrouens, wat aanleiding gee daartoe dat heelwat bejaarde vrouens alleen woon. In die groep bejaardes van 75 jaar en ouer, woon ongeveer 80% van die bejaarde mans by familie, in teenstelling met slegs 47% van bejaarde vrouens (Atchley, 1994).

Dit mag voorkom asof bejaardes alleen woon omdat hul families dit so verkies, maar in werklikheid toon die literatuur dat die bejaardes in die Westerse wêreld verkies om op hul eie te woon. Bejaardes verkies die mate van onafhanklikheid wat hulle kan behou terwyl dit fisies en finansieel nog moontlik is. Die familie van die bejaarde bly egter

steeds die hoofbron van ondersteuning wanneer die bejaarde hulp nodig het (Atchley, 1994).

3.4 DIE INVLOED VAN GODSDIENS

Uit die voorafgaande blyk dit dat daar veelvuldige faktore is wat die lewenskwaliteit van die bejaarde beïnvloed. Uit die konseptualisering van lewenskwaliteit is dit duidelik dat hoop en aanvaarding 'n baie belangrike rol speel in ervaring van lewenskwaliteit. Hierdie hoop wat die bejaarde ervaar, is meestal geleë in 'n geloofsisteem.

Tydens 'n opname wat in 1981 in Amerika gemaak is, is bevind dat persone ouer as 65 jaar meer geneig is as enige ander groep mense om deel te neem aan godsdienstige geleenthede soos Bybelstudie- en gebedsgroepe. Tydends hierdie opname is ook bevind dat bejaardes dit as baie belangrik ag om deur gebed God se wil vir hul lewens te vind en dat dit vir hulle baie belangrik is om hul godsdienstige beginsels toe te pas in hul interpersoonlike verhoudinge. Bejaardes het ook aangetoon dat hulle baie emosionele steun en vertroosting vind in hul godsdien (Moberg, 1993). Morse en Wisocki (1987) bevind dat bejaardes met hoër vlakke van godsdienstige aktiwiteite en gelowe, meer tevredenheid met hul lewens en meer sielkundige welstand ervaar asook hoër vlakke van optimisme toon. Bond et al. (1993) beweer dat godsdien een van die faktore is wat baie betekenis aan bejaardes se lewe verskaf. Hierdie navorsers beweer dat godsdienstige oortuigings een van die prominentste en suksesvolste maniere is om moeilike omstandighede te hanteer. Csikszentmihalyi en Patton (1997) sluit aan by hierdie bevinding nadat hulle 'n studie gedoen het en 'n korrelasie vind tussen godsdienstigheid en geluk. Hierdie navorsers

U.O.V.S. BIBLIOTEK

1 152 74652

beweer dan dat geloof in 'n bonatuurlike orde 'n subjektiewe gevoel van welstand verhoog.

Dit is uit bogenoemde duidelik dat godsdiens van groot belang is vir die bejaarde in die ervaring van lewenstevredenheid en geluk.

3.5 SAMEVATTING

In die bestudering van die literatuur oor lewenskwaliteit wil dit dus voorkom asof lewenskwaliteit en psigofortigenese baie nou verwant is. Verskeie faktore in die twee konsepte komplementeer mekaar, byvoorbeeld die konsep van outonomie en die konsep van betekenisvolheid asook die rol van algemene weerstandshulpbronne by die bepaling van lewenskwaliteit. Behuising en gesondheid is byvoorbeeld aspekte wat beide 'n sterk rol speel in die bepaling van lewenskwaliteit.

Bejaardes wat aan Alzheimer se siekte of rumatoïde artritis lei, ervaar onderskeidelik erge intellektuele en fisieke inkorting. Die mate van inkorting deur hierdie siektes lei tot erge verswakking van die betrokke bejaarde en inperking in hul outonomieit. Tot dusver is die teorieë oor wat die sterkte in die mens bepaal en ook wat die geluk en tevredenheid in die mens bepaal, bespreek.

Vervolgens sal twee hoofstukke gewy word aan elkeen van hierdie inkapasiterende siektes ten einde vas te stel hoe die opvattinge oor lewenskwaliteit en psigofortigenese toegepas kan word in die leefwêreld van individue wat aan Alzheimer se siekte of rumatoïde artritis lei.

Die vraag ontstaan of die opvattings oor die invloed van die intra- en interpersoonlike faktore op die kwaliteit van lewe nog van toepassing sou wees, selfs onder die aanslag van sulke uiters verswakkende siektetoestande.

HOOFSTUK 4

ALZHEIMER SE SIEKTE

4.1 INLEIDING

Alzheimer se siekte is die eerste keer in 1907 deur die Duitse sielkundige, Alois Alzheimer, beskryf en is aanvanklik preseniele dementia genoem. Vroeë simptome wat moontlik op Alzheimer se siekte kan dui, is herhaalde geheuestoornisse, vergeetagtigheid ten opsigte van tyd, geestesverwarring en agtelosigheid wat persoonlike voorkoms betref (Engel, 1994).

Alzheimer se siekte word beskryf as 'n neuro-degeneratiewe siekte wat lei tot die onomkeerbare afname van kognitiewe en funksionele vermoëns in die pasiënt (Edwards, Boucher, Haslett & Chilvers, 1995). Bryer (1997) noteer Alzheimer se siekte as 'n progressiewe, neuro-degeneratiewe versteuring met 'n stadige aanvangstempo gevolg deur 'n geleidelike deteriorasie in korttermyngeheue, intellektuele en kognitiewe funksionering. Volgens die Diagnostiese en Statistiese Handleiding van Geestesversteurings (1994) word dementia van die Alzheimer-tipe deur die volgende kriteria voorgestel:

- A. Die ontwikkeling van veelvuldige kognitiewe tekorte gemanifesteer deur beide van die volgende:
 - 1. Geheue-inkorting (ingeperkte vermoë om nuwe informasie te leer of om vorige geleerde informasie te herroep)
 - 2. Een of meer van die volgende kognitiewe versteurings:
 - a. afasie (taalversteuring)

- b. apraksie (ingeperkte vermoë om motoriese aktiwiteite uit te voer ten spyte van intakte motoriese funksies)
- c. agnosia (onvermoë om bekende voorwerpe te herken of te benoem ten spyte van intakte sensoriese funksies)
- d. inperking van uitvoerende funksies (byvoorbeeld beplanning en organisering).

B. Die kognitiewe inkorting beskryf in Kriteria A1 en A2 veroorsaak merkbare inkorting in sosiale en beroepsfunksionering. Daar is 'n duidelike afname in vlak van funksionering vanaf die vorige vlak van funksionering.

C. Die verloop word gekenmerk deur 'n geleidelike aanvang en voortdurende kognitiewe agteruitgang.

D. Die kognitiewe inkorting beskryf in Kriteria A1 en A2 is nie die direkte gevolg van een van die volgende nie:

1. Enige ander sentrale senuweestelseltoestand wat kognitiewe inkorting in geheue en kennis tot gevolg het
2. Sistemiese toestande wat bekend is daarvoor dat dit demensia veroorsaak
3. Substansgeïnduseerde toestande.

E. Hierdie inkorting kom nie uitsluitlik voor tydens 'n delirium nie.

F. Die versteuring word nie beter verklaar deur 'n ander As-1-versteuring (byvoorbeeld Major Depressie of Skisofrenie) van die Diagnostiese en Statistiese Handleiding van Geestesversteurings (1994) nie.

4.2 GENETIESE ETIOLOGIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Alzheimer se siekte het 'n stadige aanvangstempo en word geleidelik erger. Die tempo van deteriorasie wissel van fase tot fase en verloop dus in die vorm van 'n hiperbool (Potocnik, 1997).

Alzheimer se siekte spruit voort uit die vernietiging van massiewe hoeveelhede breinselle wat abnormale ineenstrengelings (plaak) vorm en 'n opeenhoping van proteïen binne die senuweeselle insluit. Dit is hierdie kenmerkende plaakvorming en toename in proteïeninhoud wat 'n definitiewe diagnose van Alzheimer se siekte met 'n nadoodse ondersoek moontlik maak (Engel, 1994).

Alzheimer se siekte is 'n stryd binne die senuweestelsel om 'n balans te handhaaf tussen skade aan senuweeselle en herstel van senuweeselle. Terwyl hierdie balans gehandhaaf word, bly die kognitiewe funksies intak. Die brein begin die stryd verloor wanneer die kapasiteit om die skade te herstel oorskry word deur die omvang van die skade. In daardie stadium begin die kognitiewe funksies agteruitgaan (D'Epiro, 1987).

Biochemiese studies en molekulêre genetiese tegnieke word gebruik om die molekulêre aard van die veranderinge in die brein, asook die gene wat betrokke is in familiële gevalle van Alzheimer se siekte, te ondersoek. Daar is vasgestel dat vir 'n persoon met 'n naby familielid, byvoorbeeld 'n gesinslid, wat aan Alzheimer se siekte ly, die risiko viervoudig toeneem om Alzheimer se siekte te kry teenoor die 10% risiko of minder van mense sonder 'n familielid met Alzheimer se siekte (Bryer, 1997).

Alzheimer se siekte word met Down-sindroom geassosieer. Persone met Down-sindroom ontwikkel byna almal Alzheimer se siekte teen die ouderdom van 40 jaar. Hierdie feit dui daarop dat chromosoom 21 betrokke is in die ontwikkeling van Alzheimer se siekte, aangesien hierdie chromosoom aanduidend is vir die ontwikkeling van Down-sindroom. Mutasies in drie verskillende gene, naamlik 14, 19 en 21, is geïdentifiseer. Hierdie gene lei vermoedelik tot Alzheimer se siekte in families (Engel, 1994). Daar moet egter ook genoem word dat slegs 5% van die totale populasie wat Alzheimer se siekte ontwikkel, mutasie van hierdie gene het. Alzheimer se siekte is dus heterogeen in oorsprong en huidige navorsing beklemtoon die komplekse interaksie tussen genetiese en nie-genetiese faktore in die ontwikkeling van Alzheimer se siekte (Bryer, 1997).

4.3 RISIKOFAKTORE IN DIE ONTWIKKELING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Die twee belangrikste risikofaktore is ouderdom en 'n familiegeskiedenis van Alzheimer se siekte (Howsian, 1998). Met 'n toename in ouderdom neem die risiko elke jaar na 65 met 5% toe. Ander risikofaktore sluit in Down-sindroom, gebrek aan formele opleiding en ernstige hoofbeserings (Bell, 1996).

4.4 INSIDENSIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Alzheimer se siekte is die vierde grootste oorsaak van sterftes in die Westerse wêreld. Ongeveer 4,6% tot 10% van die populasie ouer as 65 jaar word deur hierdie siekte geaffekteer. Dit beteken dat vier miljoen Amerikaners, 500 000 Britte en 80 000 Suid-Afrikaners aan hierdie siekte ly. Howieson et al. (1998) beweer dat ongeveer 2% van

bejaardes ouer as 65 jaar en 40% van bejaardes ouer as 90 jaar aan Alzheimer se siekte ly.

4.5 DIE DIFFERENSIËLE DIAGNOSES VIR ALZHEIMER SE SIEKTE

4.5.1 Inleiding: Uitsluitingskriteria vir Alzheimer se siekte

Dit is duidelik uit die vorige bespreking dat, alhoewel Alzheimer se siekte 'n baie groot bydrae tot die oorsake van dementia in bejaardes lewer, daar baie ander toestande is wat ook tot dementia kan lei. Dit is daarom belangrik om te probeer onderskei wanneer dit Alzheimer se siekte is en wanneer nie. Daar is vyf kliniese tekens wat die diagnose van Alzheimer se siekte onwaarskynlik maak (Bell, 1996):

- ♦ Tipiese Parkinsonistiese tekens soos 'n rustende tremor en tandrat rigiditeit is onwaarskynlik in Alzheimer se siekte.
- ♦ Afwesigheid van taalinkorting en veral inkorting wat benoeming, begrip en beskrywende taal uitsluit, is verdag.
- ♦ Afwesigheid van visueel-ruimtelike oriëntasie-inkorting, aangesien die spontane nateken van ingewikkelde ontwerpe swakker in Alzheimer pasiënte is as in 'n kontrolegroep bejaardes.
- ♦ Vroeë persoonlikheidsveranderinge wat irriteerbaarheid, hipergodsdiensdigheid en ontoepaslike geldbesteding insluit.
- ♦ Voorkoms van fokale neurologiese tekens (Bell, 1996).

4.5.2 Demensie by bejaardes

Alzheimer se siekte verklaar tussen 65% en 70% van alle demensie in bejaardes. Vaskulêre demensie, die ander groot groep van demensie, verklaar 25% tot 30% van demensie by bejaardes. Die res van die

demensies is omkeerbaar. Die bogenoemde twee oorsake van demensie is onomkeerbaar (Bell, 1996).

Daar is toestande wat kan lei tot 'n omkeerbare demensie. Hierdie toestande gee aanleiding tot die ontwikkeling van 'n demensiebeeld wat met medikasie opgeklaar kan word. Depressie, vitamien B-tekort, foliaat-tekort, 'n onderaktiewe skildklier, geneesmiddelmisbruik en alkoholmisbruik is omkeerbare oorsake van demensie in bejaardes. Ongeveer 10% tot 15% van demensie in bejaardes is omkeerbaar (Edwards et al., 1995).

Vaskulêre dementia is die tweede grootste oorsaak van dementia by bejaardes. Veral by inwoners van Afrika en Japan bestaan 'n baie hoë risiko om hierdie tipe dementia te kry. Tot 15% van pasiënte met Alzheimer se siekte het ook 'n vaskulêre dementia. Die nie-kognitiewe merkers van vaskulêre dementia sluit die volgende toestande en simptome in: die voorkoms van urinêre disfunksie, loopversteuring, Parkinsonagtige simptome soos maskeragtige gesigsuitdrukking en ledemaatrigiditeit. Hipertensie en fokale skade aan die brein, byvoorbeeld die inkorting van die visuele veld, is ook tekens van vaskulêre dementia (Bell, 1996).

Die algemeenste oorsake van dementia wat Alzheimer se siekte uitsluit, is vaskulêre dementia en Parkinson se siekte. Pick se siekte, Creutzfeldt-Jacob en Huntington's chorea is ander siektes wat lei tot dementia (Bell, 1996).

4.5.3 Veroudering

In 1998 is 'n studie in Kanada gedoen om die kognitiewe inkorting van 'n groep bejaardes ouer as 65 jaar vas te stel. Daar is bevind dat in 30% van die gevalle kognitiewe inkorting wel aanwesig was. Die individue het egter nie voldoen aan die kriteria vir Alzheimer se siekte nie (Howieson et al., 1998).

Tydens normale veroudering word die vermoë om inligting te herroep redelik behou, terwyl die vermoë om nuwe inligting by te leer en te behou, geleidelik afneem. In Alzheimer se siekte is daar egter 'n progressiewe afname in die vermoëns om nuwe inligting te leer of te herroep. Alzheimer pasiënte is ook geneig om hul geheueverlies te ontken en ander tekorkomings af te maak as vergeetagtigheid of moegheid. Hierdie ontkenning gee dikwels aanleiding tot die konfabulasie van stories om die gapings in hul geheue weg te steek (Engel, 1994).

Tydens die normale prosesse van veroudering toon visuele persepsie en visueel-ruimtelike konstruksie die grootste agteruitgang (Howieson et al., 1998).

Verlies van aptyt, geneigdheid om te val, inkontinensie en verwardheid is algemene komplikasies van veroudering. In teenstelling hiermee word eetversteurings, die verlies van seksuele inhibisie, bymekaarmaak- en wegsteekgedrag geassosieer met Alzheimer se siekte. Dit wil dus voorkom asof simptome van Alzheimer se siekte normale veroudering naboots, maar wel in 'n veel erger graad (Swingler, 1997).

4.5.4 DEPRESSIE

Depressie is een van die psigiatrisiese toestande wat die meeste saam met Alzheimer se siekte voorkom. Swingler (1997) beweer dat die komorbiditeit tussen depressie en Alzheimer se siekte tussen 15% en 20% is. Die diagnosering van depressie word bemoeilik deur die vele oorvleuelende simptome van depressie en Alzheimer se siekte.

Depressie is egter 'n toestand wat effektief behandel kan word en wat tot die opklaring van 'n dementiabeeld kan lei indien die dementiabeeld deur 'n depressie geïnduseer is. Die diagnosering daarvan is ook baie belangrik vir Alzheimer pasiënte, aangesien die suksesvolle behandeling van depressie in Alzheimer pasiënte kan lei tot die opklaring van veelvuldige gedragsimptome. Reifler (1996) dui ook daarop dat pasiënte wat nie depressief is nie, meer in staat is om met hul daaglikse aktiwiteite voort te gaan.

In die proses om depressie te diagnoseer, is dit raadsaam om die volgende faktore te ondersoek. Eerstens moet die pasiënt se omstandighede ondersoek word vir moontlike fisiologiese of sielkundige stres. Alle medikasie wat die pasiënt gebruik moet ook ondersoek word vir newe-effekte wat aanleiding kon gee tot die ontwikkeling van depressie. Laastens moet bedink word of die pasiënt nie moontlike aanpassingsprobleme by 'n nuwe omgewing of situasie ervaar nie. Die *Geriatric Depression Scale* kan ook gebruik word in die diagnosering van depressie in die Alzheimer pasiënt (Bell, 1996).

Depressie in die Alzheimer pasiënt ontwikkel veral in die vroeë fases van die siekte. Die verliese wat deur die pasiënte gely word as gevolg van hul siekte is moontlik die stressor wat aanleiding gee tot die

ontwikkeling van depressie. Hierdie verlies sluit in die verlies van kognitiewe en fisieke vermoëns, van outonomieit en ook die verlies van die vermoë om effektief met familie en vriende te kommunikeer (Reifler, 1996).

Tekens van depressie kan maklik verwar word met die simptome van Alzheimer se siekte, maar vae pyne, verlies van aptyt, onttrekking, insomnia en huilerigheid kan dien as moontlike tekens van depressie eerder as Alzheimer se siekte (McIntosh, 1992).

4.5.5 Delirium

Delirium in pasiënte met Alzheimer se siekte word ook baie moeilik onderskei van simptome van Alzheimer se siekte. Beide hierdie toestande het simptome van verwardheid en gedragsprobleme. Albei toestande toon ook tekens van daaglikse variasie in die intensiteit van simptome (Glaser, 1996).

Delirium moet vermoed word wanneer daar duidelik waarneembare veranderinge in die pasiënt se gewone gedrag is. Enige verandering in medikasie, omgewing of siektetoestande moet deeglik gemonitor word (Glaser, 1996).

Die tekens wat delirium van Alzheimer se siekte onderskei, behels die volgende: Eerstens moet die pasiënt se vlak van bewustheid ge-evalueer word. Indien daar wisselende vlakke van bewustheid is, dui dit moontlik eerder op delirium as op dementia aangesien die vlakke van bewussyn eers afneem in die latere fases van Alzheimer se siekte. Dieselfde reël geld vir die graad van georiënteerdheid in die pasiënt.

Verlies van oriëntasie is 'n verskynsel wat eers in 'n gevorderde fase van Alzheimer se siekte waargeneem word (Luxenberg, 1996).

4.5.6 Psigose

Psigose word onderskei van dementia deur die vroeë aanvang van psigotiese toestande, soos byvoorbeeld skisofrenie. Die aanvangsoudedom van skisofrenie is tussen 16 jaar en 25 jaar, terwyl die gemiddelde aanvangsoudedom van dementia 65 jaar is. Die kognitiewe inkorting wat in skisofreniepasiënte waargeneem word, is ook van 'n minder ernstige graad as die kognitiewe inkorting wat met dementia geassosieer word (Swingler, 1997).

4.6 DIE DIAGNOSERING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Die diagnose van Alzheimer se siekte was altyd 'n diagnose van uitsluiting. Dié sienswyse het verander en tans word 'n kriteria van insluiting aanvaar. Statistiek wat in 1998 bekend gemaak is, dui daarop dat Alzheimer se siekte verantwoordelik is vir ongeveer 65% van dementia in bejaardes (D'Epiro, 1998).

Verskeie kriteria word gebruik in die diagnosering van Alzheimer se siekte. Die twee bekendste stelle is dié van die Diagnostiese en Statistiese Handleiding van Geestesversteurings (1994) en dan ook kriteria wat in 1984 opgestel is deur die *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA). Alzheimer se siekte kan egter slegs onomwonde gediagnoseer word deur 'n nadoodse ondersoek. Daar is wel bevind dat die NINCDS-ADRDA-kriteria in byna 85% van die gevalle Alzheimer se siekte akkuraat gediagnoseer het (Bell, 1996).

Die diagnosering van Alzheimer se siekte behels volgens Bell (1996) 'n uitgebreide proses waarin sowel die pasiënt as die versorgers of familie betrek word. Tydens hierdie proses word 'n onderhoud gevoer, kognitiewe funksies ge-evalueer, fisieke en neurologiese ondersoeke asook laboratoriumtoetse en breinbeeldingstudies gedoen. Laastens word die nie-kognitiewe simptome geassesseer en word die differensiële diagnose gemaak. Elkeen van hierdie prosesse sal kortliks bespreek word.

4.6.1 Die evaluasie-onderhoud

Beide die pasiënt en die versorger is betrokke by die evaluasie-onderhoud. Daar moet verkieslik 'n aparte onderhoud met elkeen van die betrokke partye gevoer word. Verskillende simptome kan moontlik sodoende geïdentifiseer word om 'n duideliker beeld te gee van die huidige funksionering van die pasiënt. Op hierdie manier kan ook vasgestel word of daar wel agteruitgang teenwoordig is in die pasiënt se funksionering. Vrae oor die aard en die tydsduur van die simptome is in die verband van belang (Bell, 1996).

4.6.2 Evaluering van kognisie

Alle fasette van kognisie moet ge-evalueer word. Die *Mini-Mental State Examination (MMSE)* en die *Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS)* word gebruik om die geheue, oriëntasie, taalvaardighede, vermoë om berekeninge te maak, oordeel en gemoed te assesseer (D'Epiro, 1998).

4.6.3 Fisieke en neurologiese ondersoeke

Fisieke ondersoeke behels die neem van bloeddruk, polsslag, die luister van hartgeluide en beklopping van die borskas en abdomen. Neurologiese ondersoeke lewer meestal 'n nie-spesifieke bevinding en die resultate moet gekorreleer word met dié van ander toetse. Primitiewe refleksie mag teenwoordig wees (Bell, 1996).

4.6.4 Laboratoriumtoetse

Toetse word gedoen om ander toestande of siektes uit te wys wat moontlik soos Alzheimer se siekte presenteer. Die doel van hierdie toetse is dus om die teenwoordigheid van fisieke en geestesprobleme te bevestig wat alreeds vermoed word na die kliniese geskiedenis en fisieke ondersoek. Toetse vir veral 'n vitamien B12- of foliaatgebrek sowel as toetse vir sifilis en menslike immuniteitsvirus (MIV) is standaardprosedure (Bell, 1996).

4.6.5 Breinbeeldingstudies

Breinbeeldingstudies word gebruik om behandelbare en selfs omkeerbare oorsake van dementia uit te skakel, byvoorbeeld 'n tumor, ischemiese siektes, subdurale hematoom en ander breinletsels. Belangrike vordering is gemaak op hierdie gebied en breinbeeldingstudies word vandag gebruik om die patofisiologiese grondslag vir die kognitiewe inkorting wat Alzheimer se siekte kenmerk, te ondersoek. Sultzer (1996) bevind dat daar 'n verband is tussen serebrale atrofie, ventrikulêre vergroting en serebrale bloedvlakke met die inkorting van geheue, taal en visueel-ruimtelike vaardighede. Op hierdie manier is vasgestel dat psigiatrisie simptome en gedragsversteurings nie die toevallige gevolge van 'n vae

Gedurende fase twee begin die pasiënt meer drasties agteruitgaan. Pasiënte se woorde word meer en meer ontoepaslik en hul basiese self-higiëne gaan verlore. Persoonlikheidsverandering kan ook duideliker waargeneem word, soos wanneer iemand wat voorheen almal vertrou het, verander na iemand wat gedurig agterdogtig is (Engel, 1994). Verlangse familie word nie meer herken nie en die pasiënt sukkel om te kommunikeer, wat dikwels tot irritasie en frustrasie lei. Dag en nag word verwar en delusies en hallusinasies kom na vore (Bell, 1996).

Tydens die laaste fase van die siekte moet die pasiënt gevoed word en is gewoonlik inkontinent en bedlêend (Bell, 1996). Daar bestaan 'n totale gebrek aan reaksie op mense of aktiwiteite. 'n Agteruitgang in motoriese en geestesfunksies met stuipe en rukkings van die ledemate wat soms voorkom, verg voltydse verpleging (Engel, 1994). Gewoonlik bring pasiënte ongeveer die laaste vyf jaar van hul lewens in 'n inrigting deur. Die meeste Alzheimerpasiënte sterf binne ses maande tot 20 jaar na die aanvang van die siekte met 'n gemiddelde leeftyd tussen agt tot tien jaar (Potocnik, 1997). Die algemeenste oorsake van sterfte onder Alzheimerpasiënte is 'n long- of urineweginfeksie, maagseer, pulmonale embolis of sepsis (Bell, 1996).

4.8 DIE SIMPTOME VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Die simptome van Alzheimer se siekte kan volgens Swingler (1997) in kognitiewe en nie-kognitiewe simptome verdeel word. Vervolgens sal 'n kort bespreking van beide kategorieë gebied word.

4.8.1 Kognitiewe simptome

Die meeste pasiënte met Alzheimer se siekte ontvang aanvanklik hulp vanweë klagtes van familieleden oor probleme wat hulle ondervind met die roetine-aktiwiteite van die pasiënt. Klagtes rondom die beplanning van maaltye, die gebruik van die telefoon, bestuur van finansies en motorbestuur is algemeen. Daar kan ook emosionele veranderinge by die pasiënt teenwoordig wees, soos wanneer iemand wat altyd opgewek was, depressief of angstig raak (McIntosh, 1992).

Die simptome begin gewoonlik baie geleidelik en is aanvanklik moeilik onderskeibaar van normale veroudering. Daar is egter 'n progressiewe afname in kognisie met duidelike geheue-inkorting. Motoriese en sensoriese funksies bly gewoonlik intak tot laat in die verloop van die siekte (McIntosh, 1992).

Afasie of die onvermoë om deur middel van taal te kommunikeer, ontwikkel gewoonlik vroeg in die verloop van die siekte. Pasiënte ervaar toenemend moeite om die regte woord te vind en gedagtes uit te druk. Gevolglik sukkel die pasiënt ook al hoe meer om gesprekke te volg (Bell, 1996).

Die pasiënt se redenasievermoë word ingekort en hy of sy vind dit moeilik om redelik planmatig te reageer op probleme by die huis of werk; die pasiënt weet byvoorbeeld nie wat om te doen indien die badkamer sou oorstroom nie. Pasiënte toon ook onkenmerkende minagting vir sosiale reëls en etiket (McIntosh, 1992).

Die onvermoë om nuwe inligting te hanteer en te behou, is ook 'n duidelike simptoom van Alzheimer se siekte. Die pasiënt kan nie meer

onlangse gesprekke, afsprake of gebeure onthou nie, verlê voorwerpe en die hantering van komplekse take word byna onmoontlik. Pasiënte sukkel om take uit te voer wat veelvuldige stappe behels, byvoorbeeld die balansering van 'n tjekboek of die kook van 'n maaltyd (McIntosh, 1992).

Die ruimtelike vermoë en oriëntasie van pasiënte is ingekort, wat aanleiding gee tot probleme met die bestuur van 'n motor, organisering van objekte by die huis en die vind van bekende plekke (D'Epiro, 1998).

4.8.2 Nie-kognitiewe simptome

Die kenmerkende nie-kognitiewe simptome van Alzheimer se siekte is 'n swaar las op die versorgers van die Alzheimerpasiënte. Tans is die nie-kognitiewe simptome van Alzheimer se siekte ook meer behandelbaar as die kognitiewe verlies wat die siekte tot gevolg het (Swingler, 1997). Die nie-kognitiewe simptome bestaan uit gedragsversteurings, gemoedsversteurings en psigotiese simptome.

Gedragsversteurings kom in aggressiewe en nie-aggressiewe vorm voor. Hierdie gedragsimptome kom in soveel as 50% van gevalle voor. Gewoonlik is die pasiënte se gedrag meer passief en minder responsief.

Nie-aggressiewe gedrag behels gangmakery (heen-en-weer loopgedrag), ronddwaal, en herhaalde aan- of uittrekgedrag. Die herhaling van betekenislose handeling en 'n negativistiese houding word ook as nie-aggressiewe gedrag gereken. Die verbale gedrag sluit

gedurige klaerigheid, aandagsoekende gedrag en 'n konstante gepraat en geskree in (Begany, 1996).

Aggressiewe gedrag kan verskeie vorme aanneem. Slaan, skop, krap, byt, slegsêery en beskuldigings is die algemeenste vorme (Swingler, 1997). Hiperaktiwiteit, disinhibisie, slaapversteurings en weiering om persoonlike higiëne in stand te hou, kom meer dikwels in die later fases van die siekte voor (Glaser, 1996).

Gemoedsimptome soos depressie, angs, irriteerbare gemoed, apatie, skuld en sosiale onttrekking kom ook dikwels voor. Daar is 'n selfmoordrisiko onder hierdie pasiënte teenwoordig en selfmoordgeneigdhede moet goed gemonitor word, veral in die vroeë fases van die siekte terwyl die pasiënt die selfmoordplan nog kan deurvoer (Glaser, 1996).

Psigotiese simptome kom te voorskyn as visuele en ouditiewe hallusinasies. Hierdie hallusinasies moet egter onderskei word van delirium. Die versteuring van denke kom te voorskyn as delusies van vervolging, diefstal en die "phantom boarder" (die geloof dat 'n oorlede eggenote of vreemdeling in die huis is) (Swingler, 1997). Die verkeerde identifikasie van familie en vriende is 'n probleem wat baie moeilik hanteerbaar is vir die versorgers (Glaser, 1996). Die verskynsel gee aanleiding tot gedurige verduidelikings en gerusstelling.

In die lig van bogenoemde kognitiewe verandering wat die pasiënt ondergaan, is versteurings soos angs, geïrriteerdheid, depressie en aggressie te verstane. Pasiënte wat nie meer die bekende plekke,

mense of diere kan onthou nie, raak gedisoriënteerd, verward en bang.

4.9 BEHANDELING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

4.9.1 Inleiding

Tot op hede is daar geen geneesmiddel vir Alzheimer se siekte beskikbaar nie. Die verskeie terapieë fokus op die vertraging en beheer van die simptome van die siekte (Engel, 1994). Die behandeling van Alzheimer se siekte behels egter nie net die hantering van kognitiewe en nie-kognitiewe simptome nie, maar ook die voltydse versorging van die pasiënt. Die behandeling van pasiënte met Alzheimer se siekte sal dus bespreek word in terme van die behandeling van die verskillende simptome en ook die versorging van die pasiënt.

4.9.2 Behandeling van kognitiewe simptome

Kognitiewe versterkers word dikwels gebruik om die geheue en leervermoë te verbeter. Op hierdie manier word die vlak van intellektuele funksionering asook gedrag verbeter. Dit is egter onwaarskynlik dat 'n enkele middel gevind sal word om die ontstaan en verloop van die siekte teen te werk tensy die dinamika van die onderliggende prosesse begryp word (Potocnik, 1997).

Tans word 'n kombinasie van middels voorgestel om die verloop van die siekte te vertraag. Neurobeskermende agente soos anti-oksidente, gekombineer met neuro-oordragvervangingsmiddels, selmembraan-modifiseringsmiddels en nutriënte vorm 'n kragtige kombinasie (D'Epiro, 1996).

In 45% van pasiënte veroorsaak hierdie middels 'n toename van drie of meer punte op hul basislyntelling op die MMSE. In 30% van die pasiënte is daar 'n een- tot tweepunt-verandering en in 15% van pasiënte kan daar geen verandering of selfs 'n verminderde punttelling op die MMSE waargeneem word. Hierdie medikasie word dus hoofsaaklik vir die voordeel van die versorger geneem; wat dus belangriker is as die klein herstel of tydelike stabilisering van geheue, is die terugkeer van persoonlikheid, inisiatief en emosionele resonansie in die pasiënt met die gebruik van die medikasie (Potocnik, 1997).

Die beste geleentheid vir behandeling is in die presimptomatiese stadium van die siekte, voor onomkeerbare breinskade reeds plaasgevind het (Howieson et al., 1998). Die doel van behandeling is om 'n intrepunt te vind sodat die skade aan die brein vertraag of afgeskaal kan word en die kliniese simptome van neuro-degenerasie vertraag kan word. Om hierdie rede is dit baie belangrik om die siekte so vroeg as moontlik te diagnoseer en te begin behandel ten einde die proses so veel as moontlik te vertraag (D'Epiro, 1998).

Met elke tree nader aan die verstaan van die patogenese van Alzheimer se siekte word nuwe terapeutiese intervensies voorgestel, met die onmiddellike doel om neuronale destruksie te voorkom en met die uiteindelijke doel om kognitiewe funksies te verbeter (D'Epiro, 1996).

4.9.3 Behandeling van nie-kognitiewe simptome

4.9.3.1 Inleiding

Die hantering van gedragssimptome vorm deel van 'n multi-modale benadering tot Alzheimerpasiënte. Die fase en verloop van die siekte

bepaal die toepaslike behandeling. Die beginsel dat behandeling die veiligste, effektiefste middel moet benut en dat die omgewing so min as moontlik beperkend moet wees, word gevolg (Glaser, 1996). Behandeling is daarop gemik om simptome en geassosieerde gedragsversteurings te verminder en sodoende die pasiënt en versorger se veiligheid en gemak te vermeerder (Glaser, 1996).

Kortliks sal van die belangrikste middels wat gebruik word in die behandeling van Alzheimer se siekte en die prominentste simptome wat daarmee behandel word, bespreek word.

4.9.3.2 Antipsigotiese middels en die behandeling van psigose

Ongeveer 50% van pasiënte met Alzheimer se siekte ervaar delusies en hallusinasies. Die voorkoms van psigose is prominent gedurende die tweede en derde fase van die siekte. Hierdie pasiënte benodig 'n antipsigotikum. Die medikasie van keuse in hierdie kategorie is Haloperidol. Hierdie middel vertoon hoë potensie-eienskappe in lae doserings. Die middel is 'n redelik nie-sederende kalmeermiddel met beperkte posturale hipotensierisiko. Die ander antipsigotikum wat gebruik word is Thiaridiazine. Hierdie middel word veral in die aand toegedien aangesien dit sterk sederende eienskappe vertoon en slaap induseer. Medikasie moet gereeld geherevalueer word en sodra die pasiënt vir twee tot drie maande vry is van simptome, moet die medikasie stelselmatig verminder word ten einde dit heeltemal te staak. Daar moet voortdurend gewaak word teen die ontwikkeling van ekstrapirimidaalbaan newe-effekte soos tardiewe diskinesie (Glaser, 1996).

Behandeling met 'n antipsigotikum kan simptome van geïrriteerdheid en agitاسie verminder. Die delusionele intensiteit van sekere gelowe kan meestal ook verminder word. Afleiding van die pasiënt se gedagtes word gebruik om die geassosieerde angs en irritاسie van die psigose te verlig (Burns, 1996).

4.9.3.3 *Anxiolitiese middels en die behandeling van agitاسie, angs en aggressie*

Geagitاسeerde en aggressiewe gedrag kom in tot soveel as 80% van pasiënte met Alzheimer se siekte voor. Pasiënte kan geagitاسeerd wees as gevolg van pyn, angs, 'n gevoel van oorweldiging deur die omgewing, psigose, depressie of weens woede en ontsteltenis. Katastrofering van gebeure weerspieël die pasiënt se toenemende onvermoë om sy of haar omgewing te hanteer. Angs kan ontstaan weens die onrealistiese vrese dat bekende persone nou onbekendes is.

Wanneer nuwe ontstellende gedrag, byvoorbeeld skreegedrag, na vore kom, moet enige fisieke oorsaak vir die ontsteltenis eers uitgeskakel word met 'n mediese ondersoek. 'n Pasiënt wat die vermoë verloor het om te kommunikeer en wat oorweldig is deur pyn, kan hierdie gedrag openbaar in reaksie op tandpyn, blaasinfeksie of 'n besering wat tydens 'n val voorgekom het.

Indien alle mediese oorsake uitgeskakel is, kan daar van gedragsterapeutiese beginsels gebruik word om 'n situاسie-analise te doen en vas te stel of daar enige oorsaak of voorloper was vir hierdie gedrag, of die gedrag self behandeling nodig het en of die pasiënt ekstra aandag kry deur hierdie gedrag te openbaar. Indien die omgewing verander kan word om die gedrag te verminder, moet dit

verkieslik gedoen word voordat farmakologiese alternatiewe oorweeg word. Ander gedragsterapeutiese intervensies wat aangewend kan word, fokus daarop om nie die gedrag van die pasiënt te versterk deur te oorreageer nie, maar eerder te probeer om die pasiënt se aandag af te lei en sodoende die gedrag uit te wis.

Dit is ook raadsaam om stimuli van die televisie en radio te beperk. Sagte musiek kan gebruik word om die pasiënt te kalmeer. Probeer om enige onterapeutiese verandering aan die omgewing te vermy en die pasiënt se daaglikse roetine eenvoudig en dieselfde te hou. Om frustrasie te vermy moet opdragte, instruksies en informasie wat aan die pasiënt deurgegee word, herhaal word en in eenvoudige enkelstappe deurgegee word. Voortdurende versekering aan die pasiënt dat hy of sy veilig is en altyd iemand sal hê wat hulle versorg en ondersteun, kan die ang van die pasiënt beperk.

Medikasie word gebruik indien die gedrag van so aard word dat dit vir die pasiënt of versorger gevaar in hou. Met behandeling moet die doel altyd wees om die pasiënt se onafhanklikheid en funksionele kapasiteit maksimaal te behou terwyl versorging gefasiliteer word (Glaser, 1996). In hierdie kategorie is bevind dat die Bensodiasepiene geen voordeel bo antipsigotiese middels het om gedrag te beheer nie en boonop het Bensodiasepiene veelvuldige kognitiewe, gedrags- en afhanklikheidsvormende nuwe-effekte. Die rol van laasgenoemde middels is beperk tot spesifieke situasies, wat akute noodgevalle, slaapversteurings en kroniese gebruik insluit. Buspiroon is 'n middel wat dikwels met sukses gebruik word.

4.9.3.4 Gemoedstabiliseerders en die behandeling van depressie en apatie

Apatie is 'n baie algemene gedragsverandering in pasiënte met Alzheimer se siekte en is reeds vroeg in die siekte teenwoordig. Apatie manifesteer as verminderde belangstelling in aktiwiteite, verminderde motivering om nuwe dinge aan te pak, verminderde affek, verminderde belang in familiesake asook verminderde belang in interpersoonlike verhoudinge.

Dit kan wees dat die pasiënte ondergestimuleer word en dat daar te min aktiwiteite is waarin hulle geïnteresseerd is. Hierdie pasiënte kan goed reageer op verandering in die omgewing asook verandering in hul daaglikse roetine. Hierdie verandering kan hul belangstelling weer prikkel en samewerking in meer aangename aktiwiteite aanvuur (Glaser, 1996).

Pasiënt met reaktiewe depressie sal baat vind by psigoterapeutiese intervensies wat aan hulle die geleentheid bied om te praat oor hul verliese en frustrasies. Ander nie-farmakologiese strategieë behels die verskaffing van nuwe aktiwiteite en stimulasie. Die pasiënt moet byvoorbeeld meer uitgeneem word en sosialisering moet aangemoedig word (Glaser, 1996).

Op farmakologiese gebied word die serotinerge antidepressante met groot sukses gebruik om agitasie en aggressie te verminder. Tiasodoon toon besonder bemoedigende resultate. Trisikliese antidepressante is steeds die eerste linie van behandeling in depressie, ten spyte van anticholenergiese en hartritme-afwykings as kontra-indikasie. Imipramien en amitriptilien is aangedui in pasiënte met

slaapversteurings. Op die gebied van die serotinen-heropname-inhibeerders is Citalopram die middel van keuse ten op sigte van effektiwiteit in depressiewe bejaarde pasiënte (Swingler, 1997).

4.9.3.5 *Behandeling van slaapversteurings*

Slaapversteurings is 'n baie algemene verskynsel onder pasiënte met Alzheimer se siekte en daar word beweer dat tot 70% van hierdie pasiënte aan 'n slaapversteuring ly. Hierdie versteuring word hoofsaaklik sielkundig behandel en farmakologiese behandeling vind slegs in uiterste gevalle plaas.

Die eerste stap van behandeling behels die leer van toepaslike slaapgewoontes. 'n Konstante slaap-wakker-skedule, die uitstel van slaapyd totdat die pasiënt vaak is, vermyding van kafeïen, baie blootstelling aan direkte daglig, beperkte inname van vloeistof in die aand, toiletbesoek voor slaapyd en 'n rustige atmosfeer voordat die pasiënt gaan slaap, is hierby ingesluit (Glaser, 1996). Verlengde slaapye gedurende die dag moet vermy en sover as moontlik uitgeskakel word. Oefening gedurende die dag kan ook help dat die pasiënt makliker slaap in die aand.

Farmakologies kan 'n middel gekies word wat moontlik ander gedragsversteurings aanspreek met sedering as bykomende effek. Lae dosisse trasadoon of nuwe nie-bensodiasepiene hipnotiese middels kan met sukses gebruik word.

Indien die probleem nie op een van hierdie maniere opgelos kan word nie, is dit nodig om 'n veilige omgewing te skep waarin die pasiënt gedurende die nag kan loop of net wakker kan wees.

4.9.3.6 *Behandeling van ronddwaal-gedrag*

Ronddwaal-gedrag kan weens verskeie faktore voorkom. Die gewildste hipotese hieroor is dat die pasiënt op soek is na iets of iemand bekend, aangesien dit vir die pasiënt voorkom asof daar geen bekende voorwerpe of mense in sy of haar omgewing is nie. Hierdie gedrag kan ook voorkom weens ooraktiwiteit. Dit is beter om 'n veilige omgewing te skep waar die pasiënt kan ronddwaal. Indien moontlik, kan daar 'n alarm aan die deur geheg word wat alarm maak sodra die deur oop of toegemaak word. 'n Deur met kombinasieslotte kan ook gebruik word. Op die manier word die pasiënte beperk, aangesien hulle nie weet hoe om die kombinasie te hanteer nie. Dit is ook raadsaam om vriende en bure in die omgewing in kennis te stel van die pasiënt se gedrag en 'n kontaknommer te verskaf indien die pasiënt op 'n buitengewone plek opgemerk word (Begany, 1996).

In die behandeling van gedragsimptome is dit baie belangrik om vas te stel of daar 'n oorsaak vir die gedragsimptome is wat uitgeskakel of verander kan word. Die uitwerking of interaksie van ander medikasies moet ook in gedagte gehou word as moontlike oorsaak van die probleemgedrag. Alle behandeling behels nie mediese intervensie nie, maar wanneer medikasie gebruik word, is dit belangrik dat die medikasie op 'n lae dosis begin word en geleidelik verhoog word. Bejaardes se metabolisme is stadiger en metaboliseer nie die middels so effektief en vinnig as by 'n jonger persoon nie. Om hierdie rede kan dit maklik gebeur dat toksiese vlakke van 'n middel bereik kan word wat sal lei tot orgaanskade. Medikasie moet gereeld hersien word vir effektiwiteit en nut (Glaser, 1996).

4.9.4 Die sielkundige behandeling van Alzheimer se siekte

Die sielkundige hantering van Alzheimer se siekte behels gedragsterapie, ontspanningsterapie, psigoterapeutiese berading en ondersteuning vir sowel die pasiënt as die versorger. Die gedragsterapeutiese beginsels van straf en beloning kan met groot vrug aangewend word om negatiewe gedrag uit te wis en die ontspanningsterapeutiese ingrepe kan angs en spanning in die pasiënt verminder. Die psigoterapeutiese berading vir pasiënte (veral in die beginfase van Alzheimer se siekte) en die versorgers is waardevol met die deurwerk van verliese en frustrasies as gevolg van die siekte.

4.9.5 Versorging van die Alzheimerpasiënt

4.9.5.1 Die primêre versorger

Versorgers van Alzheimerpasiënte het 'n werk wat hulle 24 uur van die dag besig hou. Dit is 'n uiters uitputtende taak wat die versorger fisiek en emosioneel dreineer.

Die literatuur toon aan dat tussen 30% en 50% van versorgers van Alzheimerpasiënte, aan depressie ly. Begany (1996) beweer dat versorgers van Alzheimerpasiënte meer spanning ervaar, omdat hulle iemand versorg wat nie meer in staat is om dankbaarheid of waardering uit te druk nie. Boonop is hierdie pasiënte dikwels eerder onsamewerkend, hardkoppig en agterdogtig.

Studies gedoen deur Saad, Hartman, Ballard, Kurian, Graham en Wilcock (1996), toon aan dat 'n toename in alkoholverbruik by versorgers lei tot 'n toename in voorkoms van mishandeling onder bejaardes. Intervensies wat geleentheid bied vir die eksplorاسie van negatiewe kognisies en emosies oor temas van magteloosheid,

hulpeloosheid, rou en die opleiding in stresshanteringsmeganismes, kan van groot waarde wees vir die welstand van die versorger.

Versorgers van Alzheimerpasiënte bestee soveel tyd aan die versorging van die pasiënt dat hul eie behoeftes aan ontspanning, oefening, rekreasie en algemene gesondheid afgeskeep word. 'n Empatiese luisteraar doen wondere vir die gemoed van 'n versorger. Baie versorgers is nogtans onwillig om enige gevoelens van skuld, stres, woede, depressie of weersin te erken weens die skuldgevoelens teenoor die pasiënt. In daardie geval is dit belangrik om klem te lê op die belangrike werk wat die versorger elke dag vermag (Begany, 1996).

4.9.5.2 Die huweliksmaat as primêre versorger

Die persoon wat sekerlik die meeste geaffekteer word deur Alzheimer se siekte, is die huweliksmaat van die pasiënt. Die kognitiewe, gedrags- en persoonlikheidsverandering wat Alzheimer se siekte meebring, versteur die normale huwelikspatroon. Die huweliksmaat moet toenemend hulp verskaf met daaglikse aktiwiteite en elemente van kameraadskap, emosionele ondersteuning en gedeelde verantwoordelikhede in besluitneming val weg. Gevoelens van las en lae moraal gaan gewoonlik gepaard met hierdie veranderinge.

'n Studie wat in Europa in 14 van die 15 lande gedoen is, dui daarop dat verlies van kameraadskap as gevolg van verminderde kwaliteit van kommunikasie, agteruitgang in hul maat se sosiale gedrag en die maat se toenemende afhanklikheid, die faktore is wat versorging van hul maat die onaangenaamste maak (Murray et al., 1999).

'n Gevoel van werkbevreëdiging, wedersydse affek, kameraadskap en die vervulling van 'n troubelofte is alles redes waarom die huweliksmaat die Alzheimerpatiënt versorg. Die verliese wat gely word as gevolg van die pasiënt se kognitiewe en emosionele inkorting, dra by tot verhoogde werklading, verminderde emosionele ondersteuning en sosiale isolasie - alles risikofaktore vir die ontwikkeling van psigiatriese toestande in die versorger (Murray et al., 1999).

4.9.5.3 *Hulp aan die versorger*

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat hierdie groep mense, naamlik die versorgers, elke dag 'n geweldige taak verrig. Hul hulpbronne en reserwes is ook beperk en daarom is dit nodig om vir hulle 'n ondersteuningsnetwerk daar te stel. Reg oor die wêreld bestaan daar organisasies vir die ondersteuning van die versorgers van Alzheimerpatiënte. In Suid-Afrika het die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Alzheimer- en Verwante Siektes (ARDA) hierdie rol opgeneem. Hierdie organisasie poog om hulp te verskaf aan die families ten op sigte van sowel inligting as ondersteuning. Daar is verskeie ondersteuningsgroepe vir die versorgers wat reg oor die land funksioneer.

Tydens hierdie groepbyeenkomste kry die versorgers geleentheid om hul emosies te ventileer en word 'n geleentheid geskep waartydens raad en hulp aan mekaar gebied word. Dit is dan ook op hierdie gebied waar die psigoterapeutiese berading 'n waardevolle bydrae lewer deur die versorger te begelei deur die verskillende fases van die agteruitgang van die Alzheimerpatiënt.

4.10 SAMEVATTING

Vanuit die literatuur is dit duidelik dat Alzheimer se siekte 'n kroniese kondisie is met veelvuldige verliese. Die pasiënt verloor die vermoë om te kommunikeer, onafhanklik te eet, aan te trek en selfs te bad. Van outonomie en onafhanklikheid bly daar weinig oor. Die verlede en geliefdes verdwyn in die verwardheid.

Alzheimer se siekte is 'n terrein waarin die medici en farmakologiese maatskappye baie aandag en geld belê. Die Sielkunde bied hoofsaaklik hulp en ondersteuning aan die versorger omdat die algemene opvatting bestaan dat die pasiënt in elk geval nie weet wat rondom hom of haar gebeur nie. Na die bestudering van die literatuur tree die vraag oor hoe hierdie pasiënte hul lewe ervaar, na vore. Is hulle depressief, moedeloos, aggressief of dalk moontlik tevrede en gelukkig? Die voortspruitende vrae is: Hoekom kom hierdie emosies na vore? Watter faktore lewer 'n bydrae tot antwoorde 'op hierdie vrae? Is dit dus moontlik dat hierdie pasiënte tog 'n redelike mate van lewenskwaliteit kan ervaar en wat sou die aanleidende redes daarvoor wees? Die doel van hierdie studie is om antwoorde op hierdie vrae te vind.

HOOFSTUK 5

RUMATOÏEDE ARTRITIS

5.1 INLEIDING

Rumatoïde artritis (RA) is 'n kroniese, sistematiese, progressiewe, inflammatoriese siekte van die bindweefsel binne die gewrig. Die siekte word gekenmerk deur die simmetriese infeksie van die voering van die sinoviale gewrigte wat tot die vernietiging van die gewrig lei. RA kom algemeen voor in die perifere gewrigte, byvoorbeeld die hande en voete, maar kan ook die bindweefsel in die oë, longe en bloedvate aantast (Beare & Myers, 1994). RA word gedurende die laaste dekade in 'n baie ernstige lig gesien, aangesien minder as 50% van pasiënte met die siekte 10 jaar na die aanvang daarvan nog in staat is om hul werk te behou (Brooks, 1998).

5.2 DIE DIAGNOSE VAN RUMATOÏEDE ARTRITIS

Ongeveer 6% van vroue en 2% van mans wêreldwyd word deur RA geaffekteer (Moll, 1997). Die diagnosering van RA word gestandaardiseer deur die kriteria van die *American Rheumatism Association* te gebruik. Tussen drie en sewe van die simptome moet vir 'n tydperk van ses weke teenwoordig wees voor die pasiënt met RA gediagnoseer kan word (Symmons, 1995). Die kriteria behels die volgende simptome:

- ♦ Oggendstyfheid wat vir meer as 60 minute duur.
- ♦ Pyn met beweging of teerheid van ten minste een gewrig.
- ♦ Swelsel van sagte weefsel van ten minste een gewrig.
- ♦ Swelsel van minstens een ander gewrig as bogenoemde.

- ♦ Simmetriese gewrigswelling, met ander woorde betrokkenheid van dieselfde gewrig aan beide kante van die liggaam tegelykertyd, byvoorbeeld beide hande of knieë.
- ♦ Teenwoordigheid van subkutane nodules.
- ♦ Pasiënt toets positief vir die rumatoïde faktor ('n spesifieke teenliggaampie wat RA aandui).
- ♦ Rumatoïde artritisiologiese verumatoïde artritiserandering in die gewrig moet waargeneem kan word.

5.3 DIE DIFFERENSIËLE DIAGNOSE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS

5.3.1 Jig

Jig en osteo-artritis word algemeen met RA verwar. Jig word veroorsaak deur die opbou van uriensuur in die liggaam. Die uriensuur vorm kristalle wat tot hewige irritasie van die sinoviale membrumatoïde artritisan lei. Die kristalle kan in enige gewrig voorkom, maar gewoonlik begin 'n jigaanval in die gewrig aan die onderkant van die groottoon. So 'n aanval kan 'n paar dae duur en besorg die persoon geweldige pyn in die aangetaste gewrig. Jig word soms veroorsaak deur die eet van te veel ryk kosse en oormatige alkoholgebruik. Die gewoontes lei tot 'n toestand van oorversadiging van uriensuur in die bloed wat tot die vorming van die uriensuurkristalle lei (Moll, 1997).

5.3.2 Osteo-artritis

Osteo-artritis is 'n toestand waarin die krumatoïde artritisaakbeen van die gewrig aangetas word. Die kraakbeen in die gewrig word dunner en growwer en lei tot die beskadiging van die onderliggende been. Pyn

en stywe gewrigte, veral in die aand is 'n tipiese kenmerk van osteoarthritis (Moll, 1997).

5.4 DIE ETIOLOGIE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS

RA is 'n progressiewe inflammatoriese arthritis wat deur periodes van opvlamming of verergering en periodes van verbetering of remissie van die simptome gekenmerk word. Die siekte het 'n hoër voorkoms onder vroue. Ongeveer twee tot drie keer meer vroue ly aan hierdie siekte as mans. Individue tussen die ouderdomme van 25 tot 55 jaar val in die hoë-risikogroep (Ollier & MacGregor, 1995).

Die etiologie van RA kan aan die hand van genetiese en omgewingsfaktore bepreek word hoewel die presiese oorsaak van die siekte nog onbekend is. Die verhouding tussen die genetiese en omgewingsfaktore is hoogs kompleks aangesien beide faktore 'n beskermende of ontlokkende rol in die siekte kan speel (Ollier & MacGregor, 1995).

Die presiese omgewingsfaktore is steeds vaag maar die geen, HLA-DRg, word sterk geassosieer met die siekte. Rumatoïde arthritis is 'n poligeniese siekte waarvan bereken word dat tot die helfte van die genetiese komponent deur die HLA-geen verklaar word. Genetiese studies tot dusver het hoofsaaklik gefokus op die bestudering van RA in disigotiese, of monosigotiese tweelinge. Weens die metodologiese beperkinge van so 'n skaars ondersoekgroep is die enigste afleidings wat tot dusver gemaak kon word, dat persone met familieledes wat aan RA ly, wel 'n beduidend groter risiko het om RA te ontwikkel as individue wat nie naby familieledes het wat aan die siekte ly nie (Wordsworth, 1995).

5.5 DIE VERLOOP VAN RUMATOÏDE ARTRITIS

RA kan op verskeie maniere begin. Gewoonlik het die siekte 'n stadige aanvang, maar by ongeveer 50% van pasiënte begin die siekte skielik. Gedurende die eerste paar maande word verskeie gewrigte gelyktydig aangetas en dit is nie noodwendig net van die kleiner gewrigte wat eerste aangetas word nie (Beare & Myers, 1994).

'n Groot aantal pasiënte presenteer gedurende die eerste vyf jaar van die siekte nooit met die volledige lys van simptome nie. Spontane remissie van die simptome vind gewoonlik binne die eerste twee jaar na die aanvang van die siekte plaas. Eberhardt en Fex (1998) beweer dat tot 32% van pasiënte periodes van remissie ervaar. Die gemiddelde tyd van remissie is tien maande. Pasiënte wat periodes van remissie ondervind, het 'n beter prognose as pasiënte wat kroniese, deurlopende RA het (Eberhardt & Fex, 1998).

Die oorgrote persentasie van pasiënte met RA ervaar 'n geleidelike progressiewe verloop van die siekte. Pasiënte ondervind siklusse van maande of jare waarin die siekte opvlam en aktief is en periodes waarin daar weer 'n verbetering van die siekte ervaar word. Wat ook al die verloop is van die siekte, al die pasiënte ondervind 'n dag tot dag en week tot week fluktuasie in die kliniese aktiwiteit van die siekte en, hierdie verandering kan deur fisieke, omgewings- of emosionele faktore teweeg gebring word (Eberhardt & Fex, 1998).

5.6 DIE PATOFISIOLOGIE VAN RUMATOÏDE ARTRITIS

Met die aanvang van die siekte ontsteek die sinoviale voering van die gewrig. Die sinoviale membraan is 'n dun deursigtige membraan wat die gewrigskapsule uitvoer en voorkom dat die gewrigsvloeistof verlore

gaan. Op hierdie manier kan die gewrig dus sonder wrywing tussen die onderskeie dele beweeg. As gevolg van die voortdurende ontsteking van die voering en die liggaam se prosesse om dit te bekamp, vorm 'n tipe weefsel wat die pannus genoem word. Hierdie pannus vernietig die kraakbeen en dring die gewrigskapsule binne. Die pannus word vervang met veselagtige bindweefsel wat die tendons en ligamente affekteer en wat lei tot gedeeltelike ontwigting van die gewrig of samesmelting van die gewrig (Moll, 1997).

5.7 DIE KLINIESE BEELD VAN RUMATOÏDE ARTRITIS

Aanvanklik kla die pasiënt van vae spierpyne, moegheid en gewigsverlies. Warm, geswelde, pynlike en stywe gewrigte van die pols, vingers en voetballe is algemene simptome van RA. Die siekte begin algemeen in die klein gewrigte van die hand, pols en voete. Areas wat ook moontlik aanvanklik aangetas kan word is die knieë, skouers, heupe en rugrumatoïde artritis. Tot 25% van RA pasiënte ontwikkel subkutane nodules in die omgewing van die elmboog. Hierdie subkutane nodules is gewoonlik ferm en nie-teer. Die nodules ontwikkel onder die oppervlak van die vel (Beare & Myers, 1994).

'n Algemene vervorming van die hande word die swaan-nek vervorming genoem. Tydens die vervorming neig die vingers om na die ulna te draai. Enige van die tipes vervormings lei uiteindelik tot ingeperkte vermoë om die hande of voete te gebruik en tot die totale onvermoë om die aangetaste gewrig te gebruik (Moll, 1997).

Daar is nie 'n enkele toets wat die waarskynlike teenwoordigheid van RA by 'n pasiënt kan voorspel nie. Gewoonlik toon 'n pasiënt met RA 'n verhoogde eritrosiet sedimentasie-tempo en tot 80% van pasiënte

toets positief vir die rumatoïede-faktor. Hierdie rumatoïede-faktor is 'n spesiale teenliggaampie wat 'n aanduiding kan gee van die ernstigheid van die infeksie en ook hoe die pasiënt op behandeling reageer (Palmer, 1995).

Radiologiese bevindinge is afhanklik van die stadium waarin die siekte is. X-strale in die vroeë fase van die siekte sal moontlik slegs die swelling van die sagte weefsel uitwys, terwyl osteoperose en selfs gewrigspasieervormings, kraakbeenvernietiging en vervorming van die been later waargeneem kan word (Symmons, 1995).

5.8 DIE BEHANDELING VAN RUMATOÏDE ARTRITIS

5.8.1 Inleiding

Terapeutiese behandeling poog om pynverligting te verskaf, gewrigsbeskadiging te verminder en laastens om gewrigsfunksie te verbeter (Beare & Myers, 1994).

Behandeling sluit in warm en koue behandeling, gewigsbeheer en balans tussen gewrigsgebruik en gewrigsbeperkinge. Behandeling kan ook verder opgedeel word in sielkundige en farmakologiese behandeling wat chirurgiese ingrepe insluit.

5.8.2 Farmakologiese behandeling

Gewoonlik word die behandeling begin met die gebruik van 'n anti-inflammatoriese middel. Die middels het geen steroïde-eienskappe nie en die langdurige gebruik daarvan kan lei tot vloeistofretensie en gastro-intestinale irritasie (Brooks, 1998).

Indien die pasiënt se ongemak nie op hierdie manier beheer kan word nie, word 'n adrenokortikosteroïed bygevoeg. Die adrenokortikosteroïed lei tot pynverligting, maar nuwe-effekte van die middel is onder andere hipertensie, gastriese irritasie en 'n ingekorte immuunrespons (Brooks, 1998).

Medikasie wat goudverbindings bevat, lei tot verbetering van die simptome in tot soveel as 70% van gevalle. Pasiënte moet egter gereeld toetse ondergaan om toksiese vlakke van die middel te voorkom. Lewer- en nierfunksies moet ook gereeld getoets word, aangesien die goudsamestellings in toksiese vlakke kan lei tot lewer- en nierskade (Beare & Myers, 1994).

Chirurgiese ingrepe word uitgevoer om funksie en vervorming tot 'n mate te herstel. Gewrigsvervanging en heupvervanging is die algemeenste chirurgiese prosedure en kan tot pynverligting en die herstel van die funksie van 'n ledemaat lei. Kunsmatige gewrigte word vir verumatoïde artritis in die skouer, elmboog en pols gebruik om pyn te verlig (Beare & Myers, 1994).

5.8.3 Sielkundige behandeling

Beare en Myers (1994) beweer dat, alhoewel emosionele spanning nie RA veroorsaak nie, sodanige spanning wel die toestand kan vererger. Die hantering van emosionele spanning deur die pasiënt is dus baie belangrik.

Met die sielkundige behandeling van die RA-pasiënt moet die volgende in gedagte gehou word.

- ♦ Die pasiënt ervaar kroniese pyn weens die gewrigsinfeksie.

- ♦ Die pasiënt se slaappatroon word versteur weens die ervaring van pyn.
- ♦ Die pasiënt se aktiwiteite word gekortwiek deur pyn, moegheid en ingekorte gewrigsbeweging.
- ♦ Die pasiënt ervaar ingekorte selfsorg weens moegheid en beperkte gewrigsomvang.
- ♦ Die pasiënt se selfbeeld word versteur as gevolg van sigbare gewrigsvervorming.

Die sielkundige behandeling fokus dus daarop om die pasiënt te begelei deur 'n proses van aanpassing by 'n veranderde selfbeeld weens die fisieke gebrek, die ervaring van rolverlies en ook die inkorting van sekere aktiwiteite (Beare en Myers, 1994). Routerapie, kognitiewe terumatoïde artritispie, hipnose en ontspannings terapie word met sukses aangewend.

Whalley, Mckenna, De Jong en Van Der Heijde (1997) het 'n ondersoek na die lewenskwaliteit van die rumatoïde-artritis-pasiënt gedoen. Onderhoude is met die pasiënte gevoer waarin die volgende na vore gekom het. Die pasiënte se ingeperkte beweeglikheid het gelei tot 'n groter mate van afhanklikheid van ander mense en 'n gevolglike gevoel van hulpeloosheid. Emosies van frustrasie, woede en depressie het ook algemeen voorgekom. Die ondersoekgroep het dit duidelik gestel dat die siektetoestand 'n belangrike invloed uitgeoefen het op byna alle vlakke van hul lewe.

5.9 SAMEVATTING

RA het die potensiaal om die pasiënt hulpeloos, eensaam en totaal afhanklik te laat voel. Tog is daar 'n deel van die RA-pasiënte wat elke dag vol moed aanpak, pasiënte wat dit steeds geniet om elke dag te begin. Hierdie verskynsel vorm die kern van hierdie navorsing, aangesien die navorsingsvraag handel oor 'n poging om te verstaan hoe sekere mense te midde van moeilike omstandighede, steeds 'n hoë mate van lewenskwaliteit kan handhaaf.

HOOFSTUK 6

NAVORSINGSMETODOLOGIE

6.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word 'n uiteensetting gegee van die metode wat gevolg is om die ondersoek uit te voer. Eerstens word die doel van hierdie navorsing bespreek en daaropvolgend word die keuse van sowel die navorsingsmetode as die navorsingsmetode self uiteengesit. Vierdens word die ondersoekgroep bespreek en daaropvolgend die metodes van data-insameling.

6.2 DOEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK

In die navorsingsprojek poog die navorser om die aanwesigheid van psigofortigeniese faktore by bejaardes met Alzheimer se siekte en rumatoïde artritis asook gesonde bejaardes te bestudeer. Op hierdie manier poog die navorser om die toepassingswaarde van die teorie van die psigofortigenese te ondersoek na aanleiding van hierdie inkapasiterende siektes wat so 'n groot meerderheid van die bejaarde-bevolking wêreldwyd raak. Die studie poog dus om die funksionering van die bejaarde met Alzheimer se siekte, met rumatoïde artritis en die gesonde bejaarde te bestudeer, te evalueer en te vergelyk teen die agtergrond van die belewing van lewenskwaliteit en die teorie van die psigofortologie.

6.3 AARD VAN DIE KWALITATIEWE METODOLOGIE

Kwalitatiewe benaderings word deur 'n onderliggende opvatting gekenmerk. Die kenmerkende opvatting onderliggend aan die metodologie verskil fundamenteel van die opvatting van ander wetenskaplike benaderings. Hierdie opvatting van die kwalitatiewe

metodologie sentreer rondom die betekeniskonstruksie van die mens. Betekenisse, konsepte, definisies, kenmerke, metafore en simboliese beskrywings van die mens vorm dus die fokuspunt van hierdie benadering tot navorsing (Berg, 1995). Die kwalitatiewe metodologie kan as verkennend-beskrywend opgesom word. Die metodologiese proses fokus op die behoud van die unieke betekeniskonstruksies van die navorsingssubjekte (Patton, 1990).

Volgens Berg (1995) is die doel van navorsing om antwoorde op vrae te vind deur die toepassing van sistematiese prosedures. Die antwoorde op vrae word gesoek deur die verskeie sosiale omstandighede en die individu in hierdie omstandighede te bestudeer. Kwalitatiewe tegnieke laat dus die navorser toe om te eksplloreer hoe mense struktuur en betekenis aan hul daaglikse lewe gee.

Die doel van hierdie navorsingsprojek is juis om die daaglikse subjektiewe lewenservaring van elkeen van die kandidate te ondersoek. Om hierdie rede is die kwalitatiewe tegniek van die gevallestudie-metode gekies.

6.4 DIE GEVALLESTUDIE-METODE

Volgens Bromley (1986) laat hierdie tipe navorsingsontwerp die individualiteit van die persoon na vore kom, terwyl genoeg ruimte gelaat word om te eksplloreer met die oog op 'n oplossing van 'n bepaalde probleem binne 'n bepaalde konteks. Die gevallestudie is ook ideaal in hierdie navorsingstudie, aangesien die beskikbaarheid van kandidate met veral die vroeë fase van Alzheimer se siekte baie seldsaam is. Die individuele pasiënt kan dus intensief bestudeer word

met die verwagting dat inligting blootgelê sal word wat lig sal kan werp op die bepaalde probleem. 'n Beperking van hierdie metode sluit in dat daar verskeie alternatiewe verklarings kan wees vir die huidige status van die individu benewens dié wat deur die navorser aangedui word (Kazdin, 1992). In hierdie ondersoek sal hierdie aspek aandag kry deurdat soveel as moontlik verbatim aanhalings weergegee sal word. Daar sal ook gebruik gemaak word van twee vraelyste wat as objektiewe data sal dien waarteen die subjektiewe verslag van die navorser getoets kan word. Tweedens is die dilemma van veralgemeenbaarheid van die gevallestudie 'n belangrike beperking wat in ag geneem moet word. Kazdin (1992) wys daarop dat met die toevoeging van meerdere gevalle, die gevolglike resultate al hoe meer oortuigend word. Veralgemeenbaarheid is dus 'n beperking van hierdie studie aangesien slegs 'n beperkte aantal kandidate betrek kon word.

6.5 NAVORSINGSPROSEDURE : DIE GEVALLESTUDIE-NAVORSINGSONTWERP

In die voorafgaande gedeelte is die voordele en die beperking van die gevallestudie-metode bespreek. Vervolgens sal die navorsingsmetode bespreek word.

♦ STAP 1: Selekteer die teiken.

Ten einde 'n antwoord op die navorsingsvraag te vind, is besluit om 'n vergelykende studie te doen oor die lewenskwaliteit en aanwesige psigofortigeniese faktore by pasiënte met Alzheimer se siekte ('n onomkeerbare, kognitief-inkapasiterende siekte), pasiënte met rumatoïde artritis ('n onomkeerbare, nie-kognitief-inkapsiterende siekte) en relatief gesonde bejaardes.

♦ **STAP 2:** Identifiseer gevalle waar die teiken ondersoek kan word.

In hierdie ondersoek is bejaardes wat aangewys is deur die mediese personeel van 'n tehuis vir bejaardes en 'n aftree-oord as die geïdentifiseerde gevalle geneem.

♦ **STAP 3:** Verkry 'n instrument om die teiken van nader te ondersoek.

In hierdie ondersoek is gebruik gemaak van oudiobande en selfrapportering, aan die hand van 'n lewenstevredenheidskaal en 'n psigofortologieskaal.

♦ **STAP 4:** Insameling van die data.

Data is verkry deur te luister na die ondersoekgroep se lewensverhale.

♦ **STAP 5:** Die ontleding van die data ten einde onderliggende betekenis te bepaal.

In hierdie ondersoek gaan dit oor die bepaling van die ondersoekgroep se belewenis van lewenskwaliteit en die teenwoordigheid van psigofortologiese faktore.

6.6 NAVORSINGSPROSEDURE

6.6.1 Ondersoekgroep

Die ondersoekgroep is verteenwoordigend van die blanke, Afrikaansprekende middelklas Suid-Afrikaners. Ter beskerming van die identiteite van die ondersoekgroep word fiktiewe name en vanne deurgaans toegeken. In hierdie ondersoek verwys in aftree-oord na selfversorgende wooneenhede wat op dieselfde perseel gebou is, maar wat onafhanklik van mekaar funksioneer. 'n Tehuis vir bejaardes verwys na 'n sentrum waar die bejaarde voltydse versorging ontvang.

Elkeen van die bejaardes woon in 'n kamer en benut 'n gemeenskaplike eetsaal waar voedsel aan hulle voorsien word. Voltydse verpleegpersoneel is ook beskikbaar. Slegs een van die Alzheimerpasiënte was ten volle bewus van die diagnose. Die res van die pasiënte word nie ingelig oor hul diagnoses nie, weens die mening van medici dat dit 'n negatiewe invloed op die pasiënt se gemoedstoestand sal hê. In die hieropvolgende uiteensetting van die ondersoekgroepe is fiktiewe vanne gebruik om die persone se identiteit te beskerm.

GROEP 1: PASIËNTE MET ALZHEIMER SE SIEKTE

PASIËNT 1: Mnr. Venter, 'n 72-jarige getroude man. Woon in 'n aftree-oord.

PASIËNT 2: Mev. Smith, 'n 85-jarige weduwee. Woon in 'n tehuis vir bejaardes.

PASIËNT 3: Mev. Nel, 'n 86-jarige weduwee. Woon by haar seun in 'n woonstel.

PASIËNT 4: Mev. Meintjies, 'n 84-jarige weduwee. Woon in 'n tehuis vir bejaardes.

PASIËNT 5: Mev. Swanepoel, 86-jarige getroude dame. Woon in 'n aftree-oord.

GROEP 2: PASIËNTE MET RUMATOÏDE ARTRITIS

PASIËNT 1: Mev. Kotze, 'n 78-jarige weduwee. Woon in 'n aftree-oord.

PASIËNT 2: Mev. Linde, 'n 75-jarige weduwee. Woon in 'n aftree-oord.

PASIËNT 3: Mev. Daisy, 73-jarige weduwee. Woon in 'n aftree-oord.

PASIËNT 4: Mev. Potgieter, 83-jarige weduwee. Woon in 'n aftree-oord.

PASIËNT 5: Mev. Human, 77-jarige weduwee. Woon in 'n aftree-oord.

GROEP 3: GESONDE BEJAARDES

- BEJAARDE 1: Mev. Bezuidenhout, 'n 81-jarige weduwee. Woon in 'n aftree-oord.
- BEJAARDE 2: Mev. Pool, 'n 88-jarige weduwee. Woon in 'n tehuis vir bejaardes.
- BEJAARDE 3: Mev. Will, 'n 81-jarige geskeide vrou. Woon in 'n aftree-oord.
- BEJAARDE 4: Mev. Neels, 'n 79-jarige weduwee. Woon in 'n tehuis vir bejaardes.

6.6.2 Data-insamelingstegnieke

6.6.2.1 *Ongestruktureerde onderhoud*

Ongestruktureerde onderhoud is in hierdie studie gebruik om 'n klimaat te skep wat die maksimum ruimte laat vir die ondersoekgroep om hul gevoelens en oortuigings spontaan te verbaliseer. Hierdie tipe onderhoud bied aan die navorser die vryheid om die pasiënt se ervarings te akkommodeer en nie rigied volgens 'n onderhoudskedule te werk nie (Huysamen, 1993). Die oorhoofse fokus van die onderhoud was die lewensverhaal en die daaglikse belewenisse van elke lid van die ondersoekgroep.

6.6.2.2 *Vraelyste*

Tydens die studie is daar gebruik gemaak van die Lewenstevredenheidskaal van Diener, Emmons, Larson en Griffen (1985). Die skaal bestaan uit vyf items en is ontwikkel om globale lewenstevredenheid te meet. Diener et al. (1985) vermeld 'n toets-hertoetskorrelasiekoëffisiënt van 0,82.

Daar is ook gebruik gemaak van die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997). Die skaal bestaan uit 20 items en is ontwikkel om die sterkte van die ondergroep se vlak van psigofortologiese funksionering te bepaal. Die betroubaarheid van hierdie skaal word op 0,85 beraam. Die "Sense of Coherence"-skaal van Antonovsky (1987) is oorweeg, maar is as te lank beskou om by hierdie groep bejaardes af te neem.

By beide vraelyste is daar van 'n Afrikaanse weergawe gebruik gemaak. Die weergawes is deur 'n vertalings- en terugvertalingsmetode bekom. Aangesien beide vraelyste baie kort is en uit relatief eenvoudige vrae bestaan, is die ekwivalensie van die vraelyste met betrekking tot die oorspronklike Engelse weergawes nie problematies nie.

6.6.3 Data-insameling

Elkeen van die lede van die ondergroep is primêr deur die mediese personeel van die onderskeie aftree-orde of tehuise vir bejaardes in beide Kimberley en Bloemfontein geïdentifiseer en ook persoonlik gekontak. Die mediese personeel het ook hulle bereidwilligheid om aan die ondersoek deel te neem bepaal, waarna die navorser die persoon per telefoon gekontak het en 'n afspraakdatum gereël het. Daar is met elkeen van die persone 'n onderhoud gevoer in die bekende omgewing van die persoon se eie woning. Elkeen van die onderhoude het tussen 60 en 90 minute geduur. Daar is gebruik gemaak van 'n klein bandopnemer wat uit die oog geplaas is, nadat toestemming vir die maak van 'n bandopname verkry is. Die persone is verseker van die vertroulikheid en anonimiteit van die gesprek. Die persoon het dan geleentheid gekry om sy of haar lewensverhaal aan die navorser te vertel. Die navorser het

voortdurend die temas van die navorsing in gedagte gehou en belangrike areas wat nie spontaan deur die persoon gedek is nie, is deur navrae verder geëksploreer. Na afloop van die onderhoud is die twee vraelyste aan die bejaarde gegee om in te vul. Elkeen het dan die geleentheid gehad om enige vrae in verband met die vraelys of die navorsing as geheel te vra.

6.6.4 Data-ontleding

Elkeen van die onderhoude is getranskribeer. Die navorser het die NUD*IST-program vir die ontleding van kwalitatiewe data gebruik om die ontleding van die data te fasiliteer. Die data is gekodeer op grond van die kernkonstrukte wat in die literatuurstudie aangaande psigofortologie en lewenskwaliteit geïdentifiseer is. Daar is dus van 'n deduktiewe strategie gebruik gemaak. Die navorser het spoedig bewus geraak van die ooreenkomste tussen die konstrunkte van psigofortologie en lewenskwaliteit en het besluit om liewer hoofsaaklik te fokus op die lede van die ondersoekgroep se persoonlike belewenisse van die aanwesige psigofortogeniese faktore, soos dit in die verbatims na vore gekom het. Die afleidings wat die navorser uit die onderhoud gemaak het, is hierna in verband gebring met die resultate verkry vanuit die vraelyste.

Die navorsingsresultate sal in die volgende hoofstuk bespreek word.

HOOFSTUK 7

NAVORSINGSRESULTATE

7.1 INLEIDING

Die resultate van die data-insamelingsproses sal vervolgens bespreek word. Daar sal eerstens kortliks aandag gegee word aan die kwantitatiewe resultate van die twee vraelyste wat afgeneem is. Daarna sal die kwalitatiewe ontledings van die gespreksdata gegee word, wat die eintlike fokus van hierdie hoofstuk is.

7.2 DIE KWANTITATIEWE RESULTATE VAN DIE VRAELYTE

Die resultate van die ondersoek word vervolgens in Tabel 7.1 verstrekk.

Tabel 7.1 Die resultate vir die ondersoekgroepe op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

(Fiktiewe name vir groeplede)

Groep	Lewenstevredenheidskaal	Fortaliteitskaal
Alzheimergroep		
Mnr. Venter	29	68
Mev. Smith	27	71
Mev. Nel	28	62
Mev. Meintjies	24	59
Mev. Swanepoel	-	-
Groepgemiddeldes	27.00 (s = 2.16)	65.00 (s = 5.48)
Rumatoïde-artritisgroep		
Mev. Kotze	30	69
Mev. Linde	34	70
Mev. Daisy	30	71
Mev. Potgieter	30	65
Mev. Human	31	69
Groepgemiddeldes	31.00 (s = 1.73)	68.8 (s = 2.28)
Gesonde groep		
Mev. Bezuidenhout	32	70
Mev. Pool	31	68
Mev. Will	30	70
Mev. Neels	28	71
Groepgemiddeldes	30.25 (s = 1.71)	69.75 (s = 1.26)
Gemiddelde tellings	29.54 (s = 2.47)	67.92 (s = 3.73)

Uit die resultate van die Lewenstevredenheidskaal blyk dit dat al hierdie bejaardes 'n relatief hoë vlak van lewenstevredenheid openbaar (algemene gemiddelde telling: 29,54. Sien Tabel 7.1). Die klein getalle van die ondersoekgroepe noop egter dat die resultate van die inferensiële statistiese ontledings versigtig beheer moet word. Diener et al. (1985) rapporteer byvoorbeeld 'n ondersoek waarin 'n groep van 53 bejaardes met 'n gemiddelde ouderdom van 75 jaar 'n gemiddelde telling van 25.8 behaal het. Al die subgroepe van hierdie ondersoek het hoër tellings.

Ewe-eens word groepe in hierdie ondersoek gekenmerk deur relatief hoë vlakke van fortaliteit. Die algemene gemiddelde telling is 67,92 wat heelwat hoër is as wat Pretorius met die konstruksie van die vraelys verkry het van 484 voorgraadse studente van die Universiteit van Wes-Kaapland. Hierdie studente se gemiddelde telling was 57.79 ($s = 2.89$).

Daar was ook feitlik geen onderlinge verskille tussen die tellings van die onderskeie groepe nie, soos blyk uit Tabel 7.2.

Tabel 7.2 Die resultate van die onderlinge vergelyking tussen die tellings van die groepe vir die twee vraelyste te wete die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997) met behulp van die Kruskal-Wallis nie-parametriese toets

Vergelyking	Kruskal-Wallis H-statistiek	Grade van vryheid	p-waarde
Lewenstevredenheidvraelys			
Groepe 1-2	6.207	1	0.01**
Groepe 2-3	3.563	1	0.06
Groepe 1-3	.066	1	0.80
Fortaliteitvraelys			
Groepe 1-2	1.236	1	0.27
Groepe 2-3	0.395	1	0.53
Groepe 1-3	1.383		0.24

Nota:

- Groepe: 1) Alzheimer-pasiënte; 2) Rumatoïde pasiënte;
 3) Gesonde groep
- **: $p<0.01$

Uit Tabel 7.2 blyk die onbeduidende verskille tussen die groep. Die enigste betekenisvolle verskil is tussen die gesonde bejaardes en diegene wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer is.

Die gevolgtrekking sou dus gemaak kon word dat daar by al die lede van hierdie ondersoekgroep hoë vlakke van lewenstevredenheid is.

Daar is ook 'n besondere samehang tussen die hoë vlakke van fortaliteit en lewenstevredenheid. (Die korrelasie tussen die tellings van die twee vraelyste is 'n beduidende $r = 0.57$ ($p < 0.05$).)

7.3 ONDERSOEKGROEP 1: ALZHEIMER SE SIEKTE

7.3.1 PASIËNT NR. 1: MNR. VENTER

7.3.1.1 Lewensoorsig

Mnr. Venter is 'n 72-jarige man wat aan Alzheimer se siekte ly. Hy het grootgeword as een van vier kinders op 'n plaas in die Boshoff-distrik. Hy ervaar sy ouers as liefdevol en hardwerkend. Na skool studeer hy vir twee jaar aan die Universiteit van Pretoria. Na sy tweede studiejaar staak hy sy studies en keer terug plaas toe. Gedurende sy studiejaar ontmoet hy sy vrou, Mia, met wie hy tot vandag baie gelukkig getroud is. Daar is vier kinders uit hul huwelik gebore, waarvan slegs een seun tans in Bloemfontein woonagtig is. Mnr. Venter was vir 28 jaar 'n veeboer. Nadat 'n saaipoging skeefgeloop het, verkoop hy die plaas aan sy broer en trek na Bloemfontein. In die stad werk hy as inspekteur by die Departement van Arbeid (Mannekrag). Hy vind geweldige bevreding in sy werk en weens sy werk verhuis hy en sy gesin na Upington en ook Pretoria. Die aanpassing in Pretoria is vir hom baie moeilik en op 60-jarige leeftyd tree hy af en kom woon weer in Bloemfontein. Dit is in die tydperk nadat hy afgetree het dat daar vasgestel word dat hy Alzheimer se siekte onder lede het. Hy is bewus daarvan, maar hanteer die simptome deur homself te vergelyk met persone in meer gevorderde stadiums van Alzheimer se siekte. Met verloop van tyd verkoop hy sy woonhuis en trek na 'n aftree-oord. Hier verwyf hy sy tyd deur met sy vrou en van die ander inwoners *Rummy-cup* te speel. Sy pensioen is genoegsaam om in die egpaar se behoeftes te voorsien. Hulle bly in 'n selfversorgende eenheid en geniet die teenwoordigheid van ander bejaardes. Tans ervaar hy

meestal nie die simptome van Alzheimer se siekte negatief nie en sy algemene gesondheid is bevredigend.

7.3.1.2 Ontleding van psigofortologiese faktore

7.3.1.2.1 Koherensiesin en weerstandshulpbronne

(a) Verstaanbaarheid

Alzheimer se siekte veroorsaak kognitiewe inkorting by mnr. Venter. Hy is nie meer in staat om op 'n abstrakte wyse oor die lewe te dink nie. Gebeure word steeds as gelykmatig ervaar, maar slegs indien dit deel van 'n roetine vorm. Mnr. Venter gebruik aktiewe hanteringsmeganismes om sy wêreld meer verstaanbaar te maak. Hy besef nou dat hy op sy vrou se hulp kan steun om bykans enigiets te doen. Sekere van die aktiwiteite waarvan hy altyd gehou het, kan hy nou nie meer doen nie, dus belê hy energie in ander aktiwiteite. Hy mag byvoorbeeld nie meer self bestuur nie en nou vergesel sy vrou hom. Hy verstaan dus die gevolge van sy siekte.

♦ "Ek kan nie onthou as ek bestuur nie, ek verdwaal ..."

In sosiale omstandighede raak hy ook duideliker van die inkorting van sy geheue bewus en daarom maak hy gebruik van rasionalisering om die omstandighede te vermy deur homself te oortuig dat dit in elk geval beter is by die huis.

♦ "Ag nee man, dit is baie lekkerder by die huis ... Ek maak soos ek wil ..."

♦ "Ek moet eerlik wees, as ons by sulke funksies is, voel dit asof ons nie gou genoeg daar kan wegkom nie en hoe vinniger, hoe blyer is ek."

Mnr. Venter se finansiële sake is goed in orde en daarom kan hy en sy vrou baie gemaklik leef. Sy lewe is dus gestruktureerd en gelykmatig.

- ♦ **"Ek is nou wel op pensioen en so aan, maar ek en my vrou kom daarmee uit, ons moet daarmee uitkom, en hm ons bly baie lekker hier in Bloukoppie, die plekkie is ook net vir ons groot genoeg ..., so ek sien die toekoms vir ons net as baie lekker ..."**

(b) Beheerbaarheid

Mnr. Venter het 'n baie besondere verhouding met sy vrou. Sy is sy metgesel en vriend en geheue vir 24 uur van die dag. Sy is altyd byderhand om te help as hy iets vergeet of as hy iets wil doen. Sy aanvaar hom en is lief vir hom al kan hy nie meer so maklik gesprekke volg of self winkel toe ry nie. Hul huweliksverhouding skep vir hom 'n veilige atmosfeer sonder enige spanning, met baie stabiliteit. Sy is dus die weerstandshulpbron wat hy sekerlik die meeste benut om die omstandighede in sy lewe sinvol te hanteer.

- ♦ **"... maar my vrou sal beter kan antwoord ..."**
- ♦ **"... maar ek vertel nou baie gou vir haar ..."**
- ♦ **"Jong as ek sien ek kan dit nie behartig nie, dan vertel ek maar ... dan kry ek hulp of sy vat my na 'n plek waar ek kan hulp kry."**
- ♦ **"Ma, nou moet jy darem hier vir my help jong ..."**

Mnr. Venter gebruik ook 'n verwysingsgroep wat slegter daaraan toe is as hy om sy vrese te bedwing en sy selfkonsep positief te hou. Op hierdie stadium van sy lewe kan hy dus nog die eise van sy lewe goed hanteer, ten spyte van die Alzheimer se siekte. Hy weet dus sy situasie is tans goed onder sy beheer. Dus, as die situasie dieselfde bly en die siektetoestand nie gou erger word nie, dan voorsien hy geen rede hoekom hy nie die situasie in die toekoms sal kan hanteer nie.

- ♦ "... die Alzheimer, as die gedagtes nou nie meer altyd so lekker is nie, maar darem nou nie so dat jy nou sal, ek het al baie erger mense gesien wat Alzheimer het as wat ek is ..."
- ♦ "Gereken as die Alzheimer so is, dan is ek nie bekommerd nie want ek het gereken ek is nie, dit gaan darem nie so sleg nie, kyk as dit nie slegter gaan nie ..."

(c) *Betekenisvolheid*

Mnr. Venter ervaar betekenis in sy lewe, moontlik omdat hy nog steeds in staat is om finansiële goed vir hom en sy vrou te sorg. Die huisie waarin hulle bly is binne 'n aftree-oord en hy het dus kontak met ander mense, en verder hoef hy nie so hard te werk aan die instandhouding van sy tuin en huis nie. Sy verhouding met sy vrou is die sleutel tot mnr. Venter se begrip en hantering van Alzheimer se siekte en ook die belangrikste faktor wat bedra tot sy gevoel van tevredenheid en geluk in sy lewe.

- ♦ "Jy moet vir die klomp weduwees vra wat hier bly, ha-ha, ag nee, dit is vir my lekker en ek het 'n baie goeie, hm, slegte, ha-ha, vrou jy weet en ons kom baie goed oor die weg, en sy help my ook baie ..."

Die beskikbaarheid van die algemene weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning, behuising en finansies stel hom in staat om al die fasette van sy lewe te integreer tot 'n betekenisvolle geheel.

- ♦ "... ek kry 'n redelike pensioen, ons kan ordentlik lewe, ek is eintlik bly ..."
- ♦ "Ek is nou wel op pensioen en so aan, maar ek en my vrou kom daarmee uit, ons moet daarmee uitkom, en hm ons bly baie lekker hier in Bloukoppie, die plekkie is ook net vir ons

groot genoeg ..., so ek sien die toekoms vir ons net as baie lekker ..."

7.3.1.2.2 Opsomming van data

Die insette van sy liefdevolle ma en streng pa, lewer 'n positiewe bydrae tot die ontwikkeling van mnr. Venter se koherensiesin tydens sy kinderjare. Die staking van sy studies en die mislukte boerdery het 'n negatiewe invloed op sy ontwikkeling tydens volwassenheid. Sy werk by Mannekrag lei egter tot die herstel van die koherensiesin: **"... ek het my werk baie goed gedoen, ek het regtig gevoel kyk, ek is net 'it', jy weet 'die koning van kafferland' ..."**

Mnr. Venter ervaar positiewe lewenskwaliteit te midde van sy kroniese siekte. Hy gebruik aktiewe hanteringsmeganismes om aan te pas by sy swak geheue. Hy maak lysies van wat hy moet koop, kry vaste bêreplek vir sy sleutels en vra mev. Venter om saam te ry wanneer hy iewers heen wil gaan. Hy vergelyk homself met ander bejaardes wat 'n meer gevorderde graad van Alzheimer se siekte as hy het, en op hierdie manier behou hy 'n positiewe selfkonsep en is die situasie vir hom hanteerbaar. Hy maak gebruik van humor om die gapings in sy geheue weg te steek en die situasie te ontloft. Hy sal voortdurend grappies maak oor die ander weduwees in die aftree-oord. Sy vrou se voortdurende ondersteuning dien as 't ware as sy geheue wat hy verloor het en dra dus by tot hoë vlakke van hanteerbaarheid en betekenisvolheid in sy lewe. Hy maak ook gebruik van passiewe hanteringsmeganismes en wel deur eerder by die huis te bly en met bekende mense omgang te hê as met onbekendes vir ingeval hy nie meer die gesprekke kan volg nie. Hy stel homself sodoende nie bloot

aan enige situasie waar hy verveeld kan wees of wat vir hom 'n verleentheid kan veroorsaak nie.

Met die eerste oogopslag wil dit voorkom asof mnr. Venter baie gelukkig en tevrede is met alles in sy lewe; dit is asof sy siekte en die effek daarvan byna geen uitwerking op hom het nie. Tog is daar oomblikke in die gesprek wanneer daar wel 'n verlieservaring by hom te bespeur is as gevolg van die Alzheimer se siekte: **"Ek dink my werk was van so aard, ek het dit vreeslik geniet en orraait ek is nou al lank daar weg, maar daar is tog dinge soos byvoorbeeld my vrou wil nooit meer hê ek moet alleen kar ry nie en ek neem haar nie kwalik nie, ek sou ook ... Nee sy kan nie vir my sê gaan koop dit en dat nie, ek sal die helfte nie onthou nie, maar met 'n lysie dan weet ek, maar dis definitief, een ding waar ek altyd goed kon onthou het, dis nou 'n baie groot verlies dat ek nou ..."**

Hierdie ervaring van verlies kom en gaan met tye en dan is dit die teenwoordigheid en getroue ondersteuning van sy vrou wat hom help om weer betekenis en geluk in die lewe te vind.

Vanuit 'n psigofortologiese perspektief sou die afleiding gemaak kon word dat mnr. Venter se posisie op die gesondheid-siekte-kontinuum in stand gehou word deur die wisselwerking tussen die komponente van hanteerbaarheid en betekenisvolheid sowel as die algemene weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning, behuising en finansiële onafhanklikheid. Hierdie wisselwerking verseker dat die verliese gely deur mnr. Venter as gevolg van Alzheimer se siekte, wel ondervang kan word en sodoende kan hy steeds positiewe lewenskwaliteit ervaar.

Hierdie bevindinge word gestaaf deur mnr. Venter se telling van 29 uit 'n moontlike 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en 'n telling van 68 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.3.2 PASIËNT NR. 2: MEV. SMITH

7.3.2.1 Lewensoorsig

Mev. Smith is 'n 85-jarige dame wat in 'n tehuis vir bejaardes woon. Sy is op 'n plaas in die Boshoff-distrik gebore. Haar moeder is kort na haar jongste sussie se geboorte oorlede toe mev. Smith drie jaar oud was. Sy het 'n ouer suster en twee ouer broers. Met verloop van tyd trou haar vader weer. Haar stiefmoeder het geen liefde vir die kinders nie. Mev. Smith se ouer broers verlaat hul ouerhuis op 'n vroeë ouderdom en haar ouer suster moes op die ouderdom van 15 jaar na 'n koshuis gaan omdat die dokter gevrees het dat sy 'n sielkundige ineenstorting sal kry weens die spanning in die ouerhuis. Die stiefmoeder het die kinders baie hard laat werk. Hulle moes byna al die huislike take doen. Sy het veral 'n afsku gehad in mev. Smith se jonger sussie. Sy vertel dat haar stiefmoeder die dogtertjie so geslaan het dat sy die heeltyd gebid het dat sy haar nie doodslaan nie. Hulle het hierdie geheim goed vir haar vader verberg uit vrees dat sy die dogtertjie net erger sal aanrand.

Op 14-jarige ouderdom verlaat sy en haar jonger sussie die huis en gaan bly in 'n koshuis naby haar oudste suster, wat in daardie stadium al getroud was. In hierdie tyd onderhou haar ouer broers en haar suster hulle. Hulle neem dan as 't ware die rol van ouers vir die twee dogters oor. Na skool begin die soektog na werk. Dit was gedurende die depressietydperk en werk was baie skaars. Net toe dit lyk of dinge

nooit gaan uitwerk nie, kry mev. Smith werk en kon sy vir haarself begin sorg. In hierdie tyd ontmoet sy haar eggenoot. Hul huwelik is 'n baie groot sukses en sy ervaar dit baie positief. Mev. Smith werk steeds nadat sy in die eg verbind is en spaar genoeg geld om twee oorsese reise te onderneem. Uit hulle huwelik word daar drie dogters en een seun gebore. Mev. Smith se oudste dogter sterf in 1955 in 'n motorongeluk. Dit was vir haar 'n baie groot skok. Sy is die trotse ouma van ses kleinkinders en sewe agterkleinkinders. Haar man is ongeveer 40 jaar gelede aan 'n hartaanval oorlede. Die verlies was vir haar baie groot en daarna is sy nooit weer in die eg verbind nie.

Bykans ses jaar gelede het sy besluit om haar woonstel op te gee en in die tehuis vir bejaardes te gaan woon. Sy en haar man het voldoende fondse gespaar sodat sy kommervry van die rente kan leef. Mev. Smith is betrokke by die *Christian Science*-groep en sy gebruik haar dae vir die bestudering van geestelike literatuur en Bybelstudie. Sy geniet dit ook om by geleentheid kaart te speel saam met van die ander bejaardes.

Mev. Smith ly aan Alzheimer se siekte. Die siekte is nog in die vroeë fase en die tekens en simptome lyk nog net na vergeetagtigheid. Duidelike taalinkorting en verlies aan benoemingsgeheue kan egter waargeneem word. Haar vertelling van haar lewensverhaal word ook aangepas soos sy die storie vertel, en duidelike inkonsekwenthede kan waargeneem word. Sy is in hierdie stadium nog baie onafhanklik, aangesien sy nog vrylik met haar motortjie kort afstande van en na die tehuis vir bejaardes kan aflê.

7.3.2.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.3.2.2.1 Koherensiesin en weerstandshulpbronne

(a) Verstaanbaarheid

Mev. Smith vind die bestudering van die literatuur van haar geloofsgroep baie waardevol. Die groep glo daaraan dat indien jy reg dink oor sake jy enige situasie kan genees. Die volgelinge se taak is dus om noukeurig hul literatuur te bestudeer ten einde die klasse te kan bywoon waarna jy enigiemand deur gebed kan genees. Die beoefening van hierdie godsdiens verskaf 'n patroonmatigheid en lewensfilosofie aan mev. Smith sodat sy haar wêreld as voorspelbaar en gestruktureerd kan ervaar.

- ♦ **"This is the sacrament week. You have six studies and that's your seventh one for Sunday. But now, I do the whole thing every day and the more you get out of it ... You go to class and then you can start to heal ..."**
- ♦ **"I went to had my eyes tested, because I was supposed to get new glasses ... He said to me you don't need them (optometrist) ... So I thought is what because I was thinking right. If you think right, you'll heal any situation ..."**
- ♦ **"I just prayed about it and he got better ..."**

(b) Hanteerbaarheid

Die twee algemene weerstandshulpbronne wat mev. Smith die meeste benut om haar lewe betekenisvol en hanteerbaar te maak, is die sosiale ondersteuning van haar dogter in Bloemfontein asook van haar ander kinders, en haar geloofsfilosofie. Haar gesondheid is ook vir haar belangrik en veral in die mate waarin dit haar in staat stel om nog steeds haar eie inkopies te doen en gereeld haar

Die beginsels van haar geloof help haar om die dood van haar man en dogter te hanteer en te verwerk.

- ♦ **"It is just the old body cast away, but your true spirit, your consciousness, your true self that is spiritual, that just goes away to a better life ... I do not think of them as dead, I think of them as if they are in God's care, so I think of them where they are in God's hands ..."**
- ♦ **"I know the courage that I got when my daughter died. I was uplifted because I thought of her where sy was ..."**
- ♦ **"It is only God that gives you strength ..."**

Haar gesondheid laat haar ook toe om nog die eise van die lewe te hanteer. As sy iets nodig het dan kan sy óf ry en dit by die winkel naby haar huis gaan koop óf sy kan met haar dogter reël dat hulle dit by die winkel gaan koop. Haar dogter is dus ook 'n belangrike weerstandshulpbron in die hantering van die eise wat die lewe stel.

- ♦ **"I've never spent a day in bed. I never had anything brought to me in the six years that I am here."**
- ♦ **"I do my own shopping. I've got my little car and now they got the shop right here."**
- ♦ **" ... and then go with my daughter to Hyperama or so and help her with her shopping too, we always go together."**

Mev. Smith se pensioen stel haar in staat om finansiëel onafhanklik te wees. Finansiële sekuriteit is dus 'n algemene weerstandshulpbron wat haar help in die instandhouding van haar koherensiesin.

- ♦ **"I get my pension, I manage on my pension ..."**
- ♦ **" ... and so I saved until I've got ample to help them all ..."**

(c) *Betekenisvolheid*

Mev. Smith se interaksie met haar kinders is vir haar baie lekker, veral noudat sy so baie kleinkinders en agterkleinkinders het.

- ♦ **"Once a year I go to Pretoria for a week with John and a week with Elsa ..."**
- ♦ **"We were all together for Christmas, except those two that are in Londen, but they phoned us and we spoke a long time with each one ..."**

Mev. Smith se geloof is sekerlik een van die weerstandshulpbronne wat die grootste bydrae lewer tot die ervaring van betekenis in haar lewe. Haar geloof verskaf aan haar die dryfkrag van haar daaglikse aktiwiteite, 'n doel om na te streef en ook 'n lewensfilosofie waarvolgens sy gebeure op 'n sinvolle wyse kan interpreteer. Hier is dit dus duidelik hoe die komponente van verstaanbaarheid en hanteerbaarheid verweef is in betekenisvolheid. Hierdie geloofsbeginsele is 'n weerstandshulpbron wat verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid van haar lewe fasiliteer.

- ♦ **"O yes, I always progress. I want to heal people."**
- ♦ **"I keep a lot to myself, I got so much that I still want to read and do, all spiritual ..."**
- ♦ **"They absolutely gave me such an understanding of God and our relationship with Him and of Jesus Christ ..."**

7.3.2.2.2 Opsomming van die data

Die verlies van mev. Smith se moeder op so 'n vroeë ouderdom en die mishandeling deur haar stiefmoeder is beide faktore wat 'n negatiewe invloed gehad het op die ontwikkeling van haar koherensiesin. Haar broers en susters wat mettertyd vir haar sorg, lewer egter daarenteen 'n positiewe bydrae tot haar ontwikkeling. Hulle dien dus as 'n sosiale ondersteuningsbron in haar lewe. Gedurende die depressietydperk moet sy begin werk en die gebrek aan werk het weer 'n negatiewe impak op haar gehad. Haar huwelik en werk later in haar lewe lewer 'n baie positiewe bydrae tot die opbou van haar koherensiesin. Tans word haar koherensiesin in stand gehou deur die wisselwerking tussen verstaanbaarheid, betekenisvolheid en die algemene weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning en haar geloof. Ondanks die negatiewe invloed wat haar huislike omstandighede gehad het op die ontwikkeling van haar koherensiesin, ervaar sy nou haar lewe as duidelik, gestruktureerd, hanteerbaar en sinvol. Die algemene weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning en geloof stel mev. Smith dus in staat om selfs te midde van kognitiewe agteruitgang weens Alzheimer se siekte, steeds 'n doel in die lewe te hê en op die manier haar lewe as betekenisvol te ervaar: **"We had a hard life, but it turned out all right ... I am quite happy ..."**

Hierdie bevindinge word ondersteun deur die tellings wat mev. Smith behaal op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985), naamlik 27 uit 'n moontlike 35 en haar telling op die Fortaliteitvraelys van Pretorius (1997), naamlik 71 uit 'n moontlike 80.

7.3.3 PASIËNT NR. 3: MEV. NEL

7.3.3.1 Lewensoorsig

veral 'n invloed op haar abstrakte redenering. Sy beleef die lewe as gelykmatig en gestruktureerd as gevolg van die roetine-aktiwiteite wat sy elke week uitvoer.

- ♦ **"Jy vra my nou vreeslik vas. Wat het ek na skool gedoen ... gewerk?"**
- ♦ **"Sy sê, onthou jy my nie meer nie, toe sê ek maar dat ek onthou, want 'n mens kan mos nie sê jy onthou nie."**
- ♦ **"Ja, my ou skat, ek gaan elke week vir my hare, want solank jy leef moet jy aanvaarbaar wees vir jou kinders ..."**
- ♦ **"Ja dit is deel van my lewe om kerk toe te gaan, ek vra dit nie vir Herman nie, hy doen dit ..."**

Sy woon tans by haar seun en sy ondersteuning op fisieke sowel as geestelike gebied, help haar om die wêreld as gelykmatig te ervaar.

- ♦ **"Ek het my eie ou woonstelletjie, hulle moet vir my kos gee ..."**
- ♦ **"Nee, dit was 'n lekker ou lewetjie gewees wat ek tot dusver gehad het, want ek het nou 'n seun wat baie vir my omgee."**

(b) Hanteerbaarheid

Mev. Nel se eggenoot het voor sy afsterwe baie goed voorsiening gemaak vir sy vrou se finansiële versorging en hy het ook vir haar 'n woonstelletjie agter sy seun se huis laat bou sodat sy veilige huisvesting het. Sy finansiële voorsorg verskaf dus aan mev. Nel die nodige middele om van te leef sonder om oor enigiets bekommerd te wees.

- ♦ **"... my man het voorsorg vir ons gemaak, die dag as ons te oud word, ons het op 'n plot gebly en hy het vir ons 'n huisie laat bou by my seun, nou ja nou bly ek by hom en sy vrou ..."**

veral 'n invloed op haar abstrakte redenering. Sy beleef die lewe as gelykmatig en gestruktureerd as gevolg van die roetine-aktiwiteite wat sy elke week uitvoer.

- ♦ **"Jy vra my nou vreeslik vas. Wat het ek na skool gedoen ... gewerk?"**
- ♦ **"Sy sê, onthou jy my nie meer nie, toe sê ek maar dat ek onthou, want 'n mens kan mos nie sê jy onthou nie."**
- ♦ **"Ja, my ou skat, ek gaan elke week vir my hare, want solank jy leef moet jy aanvaarbaar wees vir jou kinders ..."**
- ♦ **"Ja dit is deel van my lewe om kerk toe te gaan, ek vra dit nie vir Herman nie, hy doen dit ..."**

Sy woon tans by haar seun en sy ondersteuning op fisieke sowel as geestelike gebied, help haar om die wêreld as gelykmatig te ervaar.

- ♦ **"Ek het my eie ou woonstelletjie, hulle moet vir my kos gee ..."**
- ♦ **"Nee, dit was 'n lekker ou lewetjie gewees wat ek tot dusver gehad het, want ek het nou 'n seun wat baie vir my omgee."**

(b) Hanteerbaarheid

Mev. Nel se eggenoot het voor sy afsterwe baie goed voorsiening gemaak vir sy vrou se finansiële versorging en hy het ook vir haar 'n woonstelletjie agter sy seun se huis laat bou sodat sy veilige huisvesting het. Sy finansiële voorsorg verskaf dus aan mev. Nel die nodige middele om van te leef sonder om oor enigiets bekommerd te wees.

- ♦ **"... my man het voorsorg vir ons gemaak, die dag as ons te oud word, ons het op 'n plot gebly en hy het vir ons 'n huisie laat bou by my seun, nou ja nou bly ek by hom en sy vrou ..."**

veral omdat sy nie met die nuwe skoondogter oor die weg kom nie. Herman is daar om saam met haar te stap in die onveilige wêreld van vandag, hy neem haar na die haarsalon en die kerk en hy is ook die een met wie sy gesels oor dingetjies wat haar pla. Hy gee dus vir haar die versekering dat wat ook al in haar lewe gebeur, sy en hy dit saam sal aanpak.

- ♦ "Na my man se dood, kyk dit is waar my kind ingetree het, toe is ek, toe word ek deur hom ge-ondersteun ..."
- ♦ "Herman, hy stap saam met my om net 'n bietjie uit te kom en om bietjie oefening te kry, want 'n oumens kan nie meer alleen stap nie ...'
- ♦ " ... as daar iets is wat my pla, dan aanvaar ek dit maar en bespreek dit met Herman."
- ♦ "Herman, hy sê vir my: 'Ou Mamma moet jy nie bekommer nie, ek sorg vir jou ...' "

(c) *Betekenisvolheid*

Die teenwoordigheid van mev. Nel se vriende en veral Lottie, dra by tot vele tye van geluk en kameraadskap in haar lewe.

- ♦ "Ek sien net daarna uit om my vriende te kan behou, my vriende wat ek het, soos Lottie, dit is nou een van my goeie vriendinne, ons het lekker saam gekuier en lekker gesels."
- ♦ "My vriende baklei met my as ek nie kom nie ..."
"... vriende soos Lottie, verlede week het ek vir haar gaan kuier, ek sien haar nog al die tyd ... ons was soos familie gewees."

veral omdat sy nie met die nuwe skoondogter oor die weg kom nie. Herman is daar om saam met haar te stap in die onveilige wêreld van vandag, hy neem haar na die haarsalon en die kerk en hy is ook die een met wie sy gesels oor dingetjies wat haar pla. Hy gee dus vir haar die versekering dat wat ook al in haar lewe gebeur, sy en hy dit saam sal aanpak.

- ♦ "Na my man se dood, kyk dit is waar my kind ingetree het, toe is ek, toe word ek deur hom ge-ondersteun ..."
- ♦ "Herman, hy stap saam met my om net 'n bietjie uit te kom en om bietjie oefening te kry, want 'n oumens kan nie meer alleen stap nie ..."
- ♦ " ... as daar iets is wat my pla, dan aanvaar ek dit maar en bespreek dit met Herman."
- ♦ "Herman, hy sê vir my: 'Ou Mamma moet jy nie bekommer nie, ek sorg vir jou ...' "

(c) *Betekenisvolheid*

Die teenwoordigheid van mev. Nel se vriende en veral Lottie, dra by tot vele tye van geluk en kameraadskap in haar lewe.

- ♦ "Ek sien net daarna uit om my vriende te kan behou, my vriende wat ek het, soos Lottie, dit is nou een van my goeie vriendinne, ons het lekker saam gekuier en lekker gesels."
- ♦ "My vriende baklei met my as ek nie kom nie ..."
"... vriende soos Lottie, verlede week het ek vir haar gaan kuier, ek sien haar nog al die tyd ... ons was soos familie gewees."

spanningsvolle situasie met haar skoondogter, maar mobiliseer haar weerstandshulpbronne, naamlik ondersteuning deur vriende en haar geloof in God, om haar te help om die situasie te hanteer. Sy blyk totaal onbewus te wees van die kognitiewe inkorting as gevolg van Alzheimer se siekte en beskou, intendeel, haar geheue as nog redelik goed.

Alhoewel mev. Nel se kognitiewe funksies ingekort is vanweë haar siekte, ervaar sy tog dat haar lewe gelykmatig, gestruktureed en voorspelbaar is. Sy handhaaf 'n geroetineerdheid. Die belangrikste weerstandshulpbronne wat sy benut in die instandhouding van haar koherensiesin is die ondersteuning van haar seun, haar vriendin, Lottie, en haar geloof. Haar seun se teenwoordigheid en versekering van sy versorging vir haar, help haar om in enige omstandighede steeds veilig te voel en om die situasie met selfvertroue aan te pak. Herman is dus die belangrikste sleutel tot haar ervaring van hanteerbaarheid en betekenisvolheid, en dus is hy die sleutel tot haar ervaring van lewenstevredenheid en geluk. Hierdie afleidings word bevestig deur mev. Nel se telling van 28 uit 'n moontlike 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en haar telling van 62 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.3.4 PASIËNT NR. 4: MEV. MEINTJIES

7.3.4.1 Lewensoorsig

Mev. Meintjies is 'n 84-jarige vrou wat aan Alzheimer se siekte ly. Mev. Meintjies is een van drie kinders. Sy het 'n ouer suster en haar jonger broer is reeds op 'n vroeë leeftyd oorlede. Haar moeder sterf toe sy vier jaar oud is. Hierna gaan woon sy en haar suster by haar ouma. Haar ouma is baie liefdevol en help haar om die verlies van haar

moeder te verwerk. Nadat ongeveer 'n jaar verloop het, trou haar vader weer en die kinders gaan woon weer by hom. Mev. Meintjies het 'n baie spesiale band met haar vader en dit is deur sy inset in haar lewe dat sy die verlies van haar moeder kon verwerk. Haar ouer suster speel ook 'n baie belangrike rol in haar lewe en ondersteun haar jonger sussie voortdurend. Na skool gaan studeer mev. Meintjies en behaal 'n graad. Sy begin werk en ontmoet so haar eggenoot. Hulle het 'n gelukkige huwelik en hy ondersteun haar baie. Uit hul huwelik word daar net een seun gebore. Sy sou graag nog kinders wou hê, maar die baba moes met 'n keisersnee verlos word en daarom was haar man daarna bang dat sy vrou iets sou oorkom indien hulle nog kinders sou hê. Hy is skielik aan 'n hartaanval oorlede. Na sy dood bly sy alleen in 'n woonstel en ongeveer twee jaar gelede trek sy na 'n tehuis vir bejaardes. Hier is sy baie gelukkig. Sy het 'n kamer en 'n badkamer en verder word al hul etes en geriewe verskaf. Haar seun woon tans in die Kaap en daarom geniet sy die ander inwoners se geselskap. Sy het gapings in haar geheue en die uitwerking van die siekte kan ook duidelik gesien word in die inkonsekwentheid van die feite oor haar lewensverhaal. Sy ontken egter enige probleme met haar geheue. Andersins blyk haar gesondheid baie goed te wees en kan sy nog op haar eie rondstap en haar eie inkopies doen.

7.3.4.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.3.4.2.1 *Koherensiesin en weerstandshulpbronne*

(a) *Verstaanbaarheid*

Vanweë mev. Meintjies se kognitiewe inkorting is die verstaanbaarheidskomponent van haar koherensiesin ingeperk. Daar is wel 'n patroonmatigheid wat haar lewe elke dag aanneem. Hierdie konkrete roetine verskaf aan haar 'n gevoel van geordenheid en gelykmatigheid.

- ♦ "Ja, ek het vanoggend 'n hele ent gestap hier na die winkel-sentrum toe en ek het my goedjies gaan koop, toe is dit etenstyd, toe het ek gaan lê en slaap en toe wou ek nou net my goedjies begin wegpak ..."
- ♦ "Ja, ek gaan gereeld, ek gaan elke Sondag kerk toe."

(b) *Hanteerbaarheid*

Mev. Meintjies se behuising is 'n algemene weerstandshulpbron wat haar help om haar koherensiesinsterkte te behou. Sy geniet die geselskap, die versorging en die wete dat hulp beskikbaar is indien sy dit sou nodig kry. Veral omdat haar eie seun so ver van haar af bly, is die ondersteuning van die res van die inwoners vir haar van groot waarde en versterk dit haar gevoel dat haar situasie hanteerbaar is.

- ♦ "Ja-nee, dis die ideale plek vir oumense om te bly, hulle is baie goed en gaaf, jy weet."
- ♦ "Ons het 'n siekeboeg hier, jy weet, wat die suster, as iets verkeerd is, dan kan ons net siekeboeg toe gaan, daai susters daar is baie bekwaam en enige tyd van die dag of nag, ek het 'n klokkie wat ek kan lui, as ek nie lekker voel nie, dan lui dit in die siekeboeg en dan kom hulle, jy weet."
- ♦ "Ja, ek is vriende met almal, ons speel partykeer so bietjie rummy of so ..."

Haar gesondheid is ook vir haar baie belangrik en dit help haar om aan te pas by haar nuwe omstandighede. Haar denke is wel ingekort, maar haar begrip van haar gesondheidsituasie help haar in die daaglikse ordening van haar lewe. Sy vergelyk ook haar gesondheid met dié van ander bejaardes wat dalk meer probleme het as sy en op hierdie

manier is haar eie beperkinge vir haar aanvaarbaar en hanteerbaar.

- ♦ **"Ek is baie gesond vir my ouderdom, ek het niks kwale nie ..."**
- ♦ **"Ek dink my geheue is redelik goed vir my ouderdom ..."**
- ♦ **"Ja, mens moet te hard dink met brug ..."**
- ♦ **"Daar is mense wat goed kan aanpas en wat nie goed kan aanpas nie, ek het myself nog altyd goed aangepas by my omstandighede, jy weet ..."**

(c) Betekenisvolheid

Die ondersteuning van haar seun en haar suster het haar vantevore baie gehelp om moeilik omstandighede te bowe te kom. Veral gedurende die afsterwe van haar man het haar familie haar gehelp om weer met haar lewe voort te gaan.

- ♦ **"Ek is baie geheg aan my suster en sy was baie goed vir my, jy weet."**
- ♦ **"Wel, gelukkig het ek vir André gehad, jy weet, en hy was nog altyd baie goed vir my, my seun ..."**

Die komponente wat bydra tot mev. Meintjies se gevoel van beheerbaarheid, hou ook grootliks haar gevoel dat haar lewe die moeite werd is, in stand. Sy ervaar baie betekenis omdat haar gesondheid nog so goed is.

- ♦ **"Ek is baie dankbaar dat ek so gesond is soos wat ek is, want eintlik het ek niks kwale nie ... ek brei en hekel nog en maak somtyds rokke."**

Die aard van mev. Meintjies se behuising verseker dat sy ander bejaardes het met wie sy kan gesels en saam met wie sy dinge kan doen, juis omdat haar familie nie naby haar bly nie. Die omgewing verskaf dus aan haar die sosiale ondersteuning wat sy nodig het om geluk en betekenis te ervaar.

- ♦ **"Ja, ek is vriende met almal hier, ek is groot vir sit en gesels en doen dinge saam ... ek speel nie brug nie, *rummy* en daai speel ek ..."**

Sy is tevrede met alles wat sy in die lewe bereik het en nou wag sy heeltemal rustig op die einde van haar lewe. Terwyl sy wag, geniet sy elke dag.

- ♦ **"... ek het maar al die dinge gedoen wat ek wou, ek is universiteit toe, ek het my graad gekry, en het gewerk en hm, toe getrou ... ek het min of meer gedoen wat ek wou in die omstandighede, jy weet."**
- ♦ **"Wel ek lewe van dag tot dag en probeer die meeste maak van elke dag."**

7.3.4.2.2 Opsomming van data

Die liefdevolle ondersteuning van haar ouma, haar suster en haar vader dra daartoe by dat mev. Meintjies die dood van haar moeder kon verwerk. Sy vind dus baie sterk sosiale ondersteuningsbronne in haar gesin wat 'n positiewe bydrae lewer tot die ontwikkeling van haar koherensiesin. Haar huwelikslewe is bevredigend en sy ervaar baie betekenis in die versorging van haar gesin. Haar seun en haar sussie se ondersteuning help haar om die moeilike tye in haar lewe te

trotseer. As bejaarde pas sy dus goed aan by haar nuwe rolle en aktiwiteite en geniet sy dit om met ander bejaardes te affilieer. Deur haar eie gesondheid en geheue met die van ander bejaardes te vergelyk wat meer kwale het as sy, behou sy 'n positiewe beeld van manier wees om te kompenseer vir die verlies van geheue wat sy bes moontlik oplet, maar probeer verberg. Sy roem daarop dat sy iemand is wat baie goed kan aanpas by die omstandighede en hierdie eienskap help haar om die eise van 'n veranderende wêreld te hanteer. Sy haar gesondheid en in effek ook van haarself. Dit kan moontlik ook 'n ervaar ego-integriteit en is baie tevrede met die verloop van haar lewe. Die effek van Alzheimer se siekte kan duidelik gesien word in die herhaling van sekere frases, die armoede van inhoud van denke en totale ontkenning van enige geheuegapings. Uit haar gesprek is dit egter duidelik dat sy gapings in haar geheue invul soos sy aangaan. Later in die gesprek sal sy dalk iets onthou en dan weer 'n ander weergawe van die feite gee: **"... ons het 'n huis in daardie straat gehad en ek het elke oggend skool toe gery met my fiets, wat is daai skool se naam nou weer? ... Was ek toe by die universiteit gewees en hm, my B.Sc.-graad daar gekry ... maar hm. Wat het ek toe gedoen? ... My man was van Bloemhof, hy was seker op vakansie by sy broers gewees of so iets, toe ontmoet ek hom."**

Tans word haar koherensiesin in stand gehou deur die wisselwerking van die komponente van beheerbaarheid en betekenisvolheid en die algemene weerstandshulpbronne van gesondheid, gepaste behuising en sosiale ondersteuning. Mev. Meintjies se begrip van geordenheid is nou net op 'n baie konkrete vlak. Roetine verskaf, byvoorbeeld, aan haar 'n gevoel dat haar wêreld gelykmatig is. Sy ervaar dus 'n mate van geluk en tevredenheid in haar lewe as gevolg van die ondersteuning van die tehuis waar sy woon en ook vanweë haar begrip

van haar "goeie gesondheid". Hierdie afleidings kan gestaaf word deur haar telling van 24 uit 'n moontlike 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en die telling van 59 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.3

7.3.5.1 Lewensoorsig.5 PASIËNT NR. 5: MEV. SWANEPOEL

Mev. Swanepoel is 'n 86-jarige getroude dame. Sy ly aan Alzheimer se siekte. Tans woon sy nog saam met haar eggenoot. Mnr Swanepoel versorg haar en voorsien in al haar persoonlike behoeftes, aangesien sy nie meer in staat is om dit self te doen nie.

Mev. Swanepoel het vir 'n geruime tyd antipsigotiese middels gebruik en dit het gelei tot die vervorming van haar tong. Haar spraak word dus geweldig ingekort en bemoeilik. Mev. Swanepoel se korttermyn- en langtermyngeheue is baie ingekort. Die inkorting is van so 'n aard dat sy nie meer 'n samehangende gesprek kan voer nie. Sy kan nie die vraag wat gestel word onthou nie. Teen die tyd dat sy, vanweë die spraakdefek, uiteindelik die woorde kan uitspreek, het sy vergeet wat sy wou sê. Daar is oomblikke wanneer sy sinvolle insette tot die gesprek kan lewer en met tye kan sy weer glad nie 'n betekenisvolle antwoord verskaf nie.

Haar eggenoot se versorging en ondersteuning is van groot waarde vir haar. Hy is nie net haar versorger nie, hy is ook 'n groot deel van haar geheue. Hy het die hele huishouding oorgeneem en behartig al die huishoudelike take.

Die bepaling van psigofortologiese faktore teenwoordig in mev. Swanepoel se lewe word belemmer deur die inkorting van haar korttermyn- en lantermyngeheue. Voorbeelde van die gesprek wat die navorser met mev. Swanepoel gevoer het, sal ter illustrasie van die bogenoemde feite gemeld word.

MEV. SWANEPOEL: "En wat is dit pa? Waaroor het ons nou gesels?"

NAVORSER: "Kan tannie vir my vertel waar kom tannie vandaan?"

MEV. SWANEPOEL: "Man my, ons was 'n, wag hoe sê ek nou die ding, vir my kinders het hy ingegaan, ons weet nie eens waar nie, het dit nou regtigwaar, altyd by die ma, en dit was vir almal regtig waar, dat ons die ouers, so, nou ja, ek weet nie, was jy hier gewees, o, nee dit was nog die tyd wat ons ... ai, my kop is nie so lekker nie, nou moet ek bietjie dink."

NAVORSER: "Het tannie nog broers en susters?"

MEV. SWANEPOEL: "Nee, jy meen, groot of hoe?"

NAVORSER: "Broers en susters van tannie?"

MEV. SWANEPOEL: "O, man daar was baie broers en susters."

NAVORSER: "En leef hulle nog?"

MEV. SWANEPOEL: "Haai man nee, die meeste van hulle, want dit is al oor die daad, nou ja, toe is ons nou op die, nou hoe nou, ek wil nie eintlik nie."

Haar man vra die navorser waar haar(die navorser) geboortedorp is. Daarna antwoord mev. Swanepoel.

MEV. SWANEPOEL: "Ek wil vreeslik graag, my hele lewe lank, wil ek net die mooi kant van die lewe sien, alles moet net vir my reg wees, en nou moet, my suster, ek weet nou nie, soos ek nou vir jou sê, daar is klomp van ons familie, nou ja, nou's ons 'n bietjie, ja ons is taamlik lang ruk hierso, maar hm, hulle is so na aan mekaar dat jy hulle, dat hulle mekaar kan soen."

NAVORSER: "Bly tannie lekker hierso?"

MEV. SWANEPOEL: "Nee ons het eers in Boshoff gebly, nou ja, toe besluit ons, ons gaan planne maak dat ons, nou net voor ek iets wil sê, dan val dit weg, dan kry ek dit nie ... en hm, wag ek wil nou voor daai ding, ja toe pappa!"

Dit wil tog voorkom of mev. Swanepoel gelukkig is. Haar huishouding is georden en haar man bied baie goeie ondersteuning aan haar. Sy het haar roetine wat sy elke dag volg en sy kom baie ontspanne en gemaklik voor.

7.4 ONDERSOEKGROEP 2: RUMATOÏDE ARTRITIS

7.4.1 PASIËNT NR. 1: MEV. KOTZE

7.4.1.1 Lewensoorsig

Mev. Kotze is 'n dame van 78-jarige ouderdom. Sy is deel van 'n gesin van ses. Sy het twee broers en drie susters oorleef. Sy word groot in 'n plattelandse gemeenskap. Haar moeder beleef sy as baie streng. Etiketreëls en godsdienstige beginsels vorm die grondslag van haar opvoeding. Haar vader is 'n sagter persoon as haar moeder en hy verseker die kinders van hul ouers se liefde vir hulle. Sy is die jongste kind en geniet die geselskap van haar vriende by die skool. Na matriek gaan woon sy weer op die plaas en versorg haar siek moeder. Op 20-jarige ouderdom ontmoet en trou sy met haar eggenoot. Hulle was vir bykans 49 jaar getroud. Mev. Kotze ervaar haar huwelik baie positief. Hul huwelik word geseën met vier kinders. Slegs een dogter is woonagtig in Bloemfontein. Haar man ontwikkel gesondheidsprobleme waarna hulle eers na haar seun op sy plaas en later na Bloemfontein verhuis het. Terwyl hulle nog besig was om in te trek by die aftreeoord, is haar man oorlede. Sy woon die afgelope 11 jaar in die aftreeoord. Sy is na haar man se afsterwe weer getroud. Sy beskryf haar

tweede eggenoot as iemand met 'n soortgelyke geaardheid as haar eerste man. Albei eggenote was saggeaarde mense. Mev. Kotze was vir twee jaar baie gelukkig getroud met haar tweede eggenoot. Hy het baie skielik aan longprobleme beswyk. Sedertdien woon sy alleen.

Sy het al vir 'n geruime tyd die rumatoïde artritis. Sy kan nog met gemak bak en brou. Sy is 'n aktiewe diaken in haar kerk en voorbereiding vir die basaar hou haar elke jaar baie besig. Sy was nog altyd iemand wat besig was. Terwyl sy en haar man nog geboer het, het sy op die Landbou-unie se komitee en op die susterskomitee by die kerk gedien en sy het verskeie pryse gewen met die varke wat sy grootgemaak het asook met haar gebak. Sy het steeds 'n baie skerp sin vir humor wat telkens gedurende die gesprek opduik.

7.4.1.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.4.1.2.1 Koherensiesin en weerstandshulpbronne

(a) Verstaanbaarheid

Mev. Kotze se onafhanklikheid en outonomie is vir haar baie belangrik. Sy het haar hele lewe as onafhanklike vrou gefunksioneer en sy wil graag hierdie patroon bly handhaaf. As diaken werk sy baie in die siekeboeg en daar sien sy al die bejaardes wat so siek is dat hulle nie meer kan opstaan en dinge vir hulself doen nie. Sy merk hul afhanklikheid op. Om haar wêreld vir haar gelykmatig en gestruktureerd te hou, volg sy 'n sekere lewensfilosofie.

- ♦ **"Ek is nog diaken hierso in die kerk en ek weet nie of is dit reg nie, maar ek sê vir my kinders en my vriendinne, mens moet nooit te gou gaan sit nie, jy weet, as 'n mens eers gaan sit dan dink jy, jy kan nou niks meer doen nie."**
- ♦ **"'n Mens moet belangstelling hê, dit is wat ek natuurlik glo, mens moet belangstelling hê, ek is lief vir brei en jy bak ..."**

dit gee weer vir 'n mens, dit maak die lewe sinvol jy weet, jy sien dat jy darem kan."

Haar geloof in die beplande wil van die Here, verskaf 'n gevoel van geordenheid en gestruktureerdheid aan haar lewe.

- ♦ **"... ek bly baie lekker, kyk 'n mens moet besef alleen is nie altyd lekker nie, maar dis nou dinge wat kom, as die Here besluit jou tyd is nou verby, dan is dit verby en dan moet jy met ekstra op Sy genade steun en aangaan."**
- ♦ **"Weet jy, ek glo toe ek die dag gebore is, het die Here my pad vir my beplan. Hy het geweet waarlangs Hy vir my lei en as persoon dink ek nie ek kan iets daaraan doen nie, wat oor my kom dit voel ek, het die Here mee 'n doel waarom Hy dit doen."**

Mev. Kotze onderskei tussen haar gesondheid en die artritis. Met die res van haar gesondheid gaan dit goed, dit is net die artritis wat haar pla. Deur hierdie onderskeid te tref, kan sy nog steeds haar gesondheidstoestand as gelykmatig en voorspelbaar ervaar.

- ♦ **"Man, met my gesondheid gaan dit nie sleg nie, ek het natuurlik die artritis wat my baie pla."**

(b) Hanteerbaarheid

Mev. Kotze heg baie waarde aan haar outonomie. Dit is vir haar baie belangrik dat sy nog haar huishouding in stand kan hou, self kan motorbestuur en onafhanklik van haar kinders kan funksioneer. Tans dra haar gesondheid daartoe by dat sy nog outonoom kan funksioneer.

- ♦ "... ek kan natuurlik nie 'n kwart doen van wat ek altyd kon doen nie, maar ek sien darem ek kan nog iets doen, jy sit darem nie heeldag nie."
- ♦ "... ek bestuur darem nog deur die Here se genade my kar, ry nog waar ek wil wees en so ..."
- ♦ "Twee jaar gelede het ek 'n skouervervanging gehad en ek bespreek toe vir my plek vir 'n maand in die siekeboeg dat ek darem net die arm kan gebruik om self aan te trek en so, hoor hierso, die agste dag toe is ek terug by my huis. Ek bel my dogter en sê dat ek terug is by my huis en dat ek vir myself kan sorg ..."
- ♦ "Ek kook my kos, ek kook konfyt en ek bak, want as dit basaar is, kyk ons het mos ons eie gemeente hier. Nou ja, as die basaar verby is dan begin ek dadelik brei en ek bak elke week so ses of sewe dosyn muffins wat ek verkoop."
- ♦ "Ek sal liewer op 'n plek wees waar ek meer selfstandig sal wees as by 'n kind, ek sal graag my ou potjie wil bly krap so lank as wat ek kan."

Haar vriende en familie is 'n baie sterk sosiale ondersteuningsbron wat haar help om die eise wat haar lewe elke dag stel, te hanteer.

- ♦ "Ek dank die Here dat so ver dit my kennis strek, is ek met niemand kwaai-vriende nie. Elkeen wat ek kry groet ek en

ons gesels en hier is niemand wat ek selfs in die nag sal gaan wakker klop wat my nie sal help nie."

- ♦ "As ons nou die dag voel, jy weet die lewe druk 'n bietjie, dan laai jy maar een of twee vriendinne op en dan ry jy net Pick & Pay toe en drink daar 'n koeldrank of so, as jy terugkom dan is dit nie meer so donker nie, jy weet."
- ♦ "Ek bly dan liewer hier, dan kom die een inloer en dan kom daardie een inloer en jy gesels en jy maak 'n ou grappie en die en jy is nie so alleen soos wat jy by 'n werkende dogter byvoorbeeld is nie ..."

Mev. Kotze wend aktiewe pogings aan om haar artritis te verbeter omdat sy weet dat hierdie siekte die rede sal wees hoekom sy eendag nie meer op haar eie dinge sal kan doen nie. Terwyl die artritis dus nog nie haar funksionaliteit heeltemal affekteer nie, voel sy dat sy die

situasie	te	bowe	kan	kom.
----------	----	------	-----	------

- ♦ "Ek kry nou knoppe op my vingers en hulle gaan krom, al die rigtings in, maar hulle doen darem nog wat ek wil hê hulle moet doen."
- ♦ "... my vingers is nou nie elke dag ewe seer nie, maar ek dink as ek nie so baie gebrei en gehekel het nie, dan sou dit erger gewees het, maar kyk, my vingers kry baie oefening, want ek werk in my ou tuintjie, ek spit maar en so."
- ♦ "die pyntablette drink ek nie elke dag nie, net as ek weet, soos nou het ek nie 'n bediende nie en dis skottelgoed, potte en panne, dan drink ek maar 'n pynstiller of twee, dan gaan ek die dag deur."

- ♦ **"Ek besef daar is nie geneesmiddels nie, maar ek wil bietjie oorslaan na kruie toe, die natuur, dan wil ek kyk of dit nie wil help nie."**

(c) *Betekenisvolheid*

Die sosiale ondersteuning wat mev. Kotze ontvang van haar vriende in die aftree-oord en haar kinders, help haar nie net om moeilike omstandighede te oorbrug nie, dit dra ook daartoe by dat sy voel haar lewe is sinvol.

- ♦ **"Ons ry lekker rond en Saterdagoggende dan geniet ons dit so om hier na Langenhovenpark toe te gaan na daai kwekery toe, jy weet. Daar tussen die struik en die blomme 'n koppie tee te drink."**
- ♦ **"My kinders is vir my baie goed, en ook my kleinkinders, hulle is baie goed vir my."**

Mev. Kotze se behuising dra baie by tot haar gevoel van outonomie. Outonomie is vir haar 'n belangrike faktor in die handhawing van haar lewenskwaliteit, derhalwe dra haar behuising by tot haar gevoel van lewenstevredenheid en geluk.

- ♦ **"Ek bly baie lekker en ek kan ook nie sê ek is eensaam nie ..."**

'n Kombinasie van weerstandshulpbronne, naamlik sosiale ondersteuning, gesondheid en haar geloof, word deur mev. Kotze aangewend om haar leefwêreld te verstaan en te hanteer. Die kombinasie van die suksesvolle wisselwerking tussen die komponente en hierdie weerstandshulpbronne lei tot 'n gevoel van tevredenheid

met

haar

lewe.

- ♦ "Ek is tevrede, maar ek besef ek het ook tekortkominge."
- ♦ "As ek my lewe kon oorkry, dan is daar miskien 'n paar punte wat ek definitief sou wou verbeter, maar ek kan regtig nie kla nie."

7.4.1.2.2 Opsomming van data

Mev. Kotze se streng en tog liefdevolle opvoeding speel 'n belangrike rol in die ontwikkeling van haar koherensiesin tydens haar kinderjare. Haar ouers dien as haar primêre bron van sosiale ondersteuning aangesien haar ander broers en susters heelwat ouer was as sy. Sy het 'n positiewe beleving van haar huwelik en haar gesin. Tydens bejaardheid word haar koherensiesin in stand gehou deur die wisselwerking tussen verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid en die weerstandshulpbronne, naamlik sosiale ondersteuning van haar vriende, haar geloof in God se wil en haar gesondheid.

Outonomie is 'n baie belangrike faktor in mev. Kotze se lewe. Gedurende haar lewe het sy geleer om onafhanklik te funksioneer. Aanvanklik was sy die jongste kind in die huis en moes sy haarself besig hou. Daarna trou sy met 'n boer. Op die plaas het sy haar eie varke en bak en brou sy. Dit is dus geen verrassing nie dat dit nou gedurende die laaste fase van haar lewe nog vir haar baie belangrik is om onafhanklik te kan funksioneer. Die feit dat sy nog gemaklik kan stap, brei, hekel en bak ten spyte van die rumatoïde artritis, help haar om nog outonoom te funksioneer en dit lewer dus 'n belangrike bydrae tot haar ervaring van positiewe lewenskwaliteit.

Vanuit 'n psigofortologiese perspektief sou die afleiding nou gemaak kon word dat mev. Kotze haar lewe as betekenisvol kan ervaar omdat sy die nodige hulpbronne het. Haar gesondheid, behuising en sosiale ondersteuning van haar vriende, help haar om haar leefwêreld as gestruktureerd en hanteerbaar te ervaar. Haar telling van 30 uit 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en haar telling van 69 uit 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997) bevestig dat sy wel positiewe lewenskwaliteit ervaar en dat die psigofortologiese faktore in haar lewe baie sterk is.

7.4.2 PASIËNT NR. 2: MEV. LINDE

7.4.2.1 Lewensoorsig

Mev. Linde is 'n 75-jarige rumatoïde-artritis-lyer. Sy het twee broers en een suster. Sy word groot in 'n huis waarin albei ouers baie hardwerkend en liefdevol is. Sy beskryf haar ouers as vrygewige mense - vrygewig met hul liefde en hul materiële middele. Haar ouers is dus die belangrikste sosiale ondersteuningsbron in haar lewe en dra op hierdie manier by tot die ontwikkeling van haar koherensiesin. Sy ervaar baie pyn in haar voete van 'n vroeë ouderdom af. Aanvanklik is die pyne in haar voete as groeipyne beskryf en eers heelwat later in haar lewe is die rumatoïde artritis gediagnoseer. Op die ouderdom van 16 jaar verlaat sy die skool en begin werk as 'n argiefassistent. Sy is getroud op die ouderdom van 22 jaar en haar eerste kind is gebore toe sy 25 jaar oud was. Haar liefde vir haar gesin is 'n baie belangrike dryfveer in haar lewe. Die dokter moedig haar aan om nie in te gee as gevolg van die pyn nie, want as sy ingee, is dit byna seker dat sy bedlêend sal word. Sy glo daaraan om haarself sielkundig te motiveer.

Sy was vir 42 jaar gelukkig getroud. Uit hul huwelik is drie kinders gebore. Haar seun sterf op die jong ouderdom van 15 jaar. Hy het aan

'n vuisgeveg deelgeneem en het net skielik inmekaargesak. Sy dood was die inleiding tot 'n baie moeilike tyd in die gesin se bestaan. Mev. Linde se jonger seun het wraak gesweer en het vir lank sielkundige behandeling gekry. Haar man het mettertyd baie sieklik geword en sy afsterwe was ook vir haar baie moeilik. Sy woon nou al vir ses jaar in 'n selfonderhoudende eenheid in 'n aftree-oord. Sy het deur haar hele lewe nog altyd pyn gehad. Ondanks die pyn stap sy nog en kan sy nog haar persoonlike sorg waarneem. Haar lewensfilosofie is dat jy nie moet toelaat dat enigiets in hierdie lewe jou onderkry nie en hierdie filosofie hou sy reg deur haar lewe in stand.

7.4.2.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.4.2.2.1 *Koherensiesin en weerstandshulpbronne*

(a) *Verstaanbaarheid*

Mev. Linde se geloof is 'n algemene weerstandshulpbron wat haar help om haar wêreld as georden en gestruktureerd waar te neem.

- ♦ **"Ek glo wat die Here vir jou daar sit is Sy wil."**
- ♦ **"Daai tyd was my pad vir my uitgelê deur die Here, want Hy was my vier dinge vooruit ..."**
- ♦ **"Daai tyd het Hy besluit sal jy gebore word en daai tyd sal jy doodgaan en jy sal nie daar verbygaan nie."**
- ♦ **"Kyk niks gebeur teen Sy wil nie.."**

Mev. Linde het 'n bepaalde uitgangspunt oor hoe 'n mens situasies in die lewe moet hanteer. Hierdie beginsels help haar om in enige situasie die lewe as gelykmatig waar te neem.

- ♦ **"Daar is baie hartseerdinge wat kom en daar is baie vreugdedinge wat kom en daar is baie keer moedswillige**

dinge wat gebeur, maar dit hang af hoe jy hulle vat. Jy moet vergewensgesind wees anders help dit nie."

- ♦ "En wat in die Bybel gebeur het jare terug, gebeur nou. Dit herhaal maar net weer homself."
- ♦ "Dis jou wilskrag wat tel. Ek dink ek het nogal seker baie daarvan, want ek doen baie dinge nog."
- ♦ "Nee, dit moet jy nie doen nie. Dis jou groot terugkom in die lewe. Jy moenie dat hartseer, verlies en verdriet, ek het nie dat dit my onderkry nie."

Sy ken die beperkinge wat haar siekte aan haar stel en sy verstaan ook die eise wat hierdie toestand aan haar stel.

- ♦ "Maar ek glo ek moet nog loop om my in beweging te hou ..."
- ♦ "Nooi, ek vat hom eintlik van nou af maar dag vir dag, want dit help nie om vir jou te sê ek gaan 'n tafeldoek hekel en ek weet ek kan nie daai pen vashou nie ..."
- ♦ "Ek loop hierdie hele gronde om in die middag, want ek weet ek moet. Ek is partykeer doodmoeg as ek daarvan terugkom en ek is seer ..."
- ♦ "Ag, om by alles uit te kom, dit is altyd die moeilikheid, want dit gaan nie meer so vinnig nie ..."

(b) *Hanteerbaarheid*

Mev. Linde maak gebruik van haar kognitiewe vaardighede en wel van humor om 'n slegte situasie te hanteer en nie te swig voor die pyn van die siekte nie. Sy moes vir die grootste deel van haar lewe skoene dra wat opgebou is en wat staalplate in het. Die skoene het dikwels daartoe gelei dat sy geval het.

- ♦ **"Ek het baiekeer geval en dan vra mense of hulle my kan ophelp en dan sit ek en lag ... ek het net gelag as ek geval het ..."**

Haar geloof in God help haar om ook in omstandighede wat ander al sou laat moed opgee, steeds aan te hou. Sy moes op 'n stadium werk om hul gesin te onderhou terwyl haar man baie siek was na 'n mynongeluk. Terselfdertyd moes sy ook nog na die drie kinders omsien.

- ♦ **"... en selfs daardeur het die Here ons gehelp."**

Dit is vir haar om hierdie rede baie belangrik om kerk toe te gaan. Sy kan ongelukkig nie meer so lank sit nie en daarom moet sy 'n ander manier vind om nog steeds by die dinge van die Here betrokke te wees sonder om vir sulke lang tye te sit.

- ♦ **"Ek luister na my kerk hier en ek gaan baie keer hier na die saal toe, want kyk daai aanhoudende sit, dit kan ek eintlik nie meer doen nie. Die leraar kom en hy kom sien my en ons gesels lekker."**

Daar is ook sekere ander aanpassings wat mev. Linde gemaak het om aan te pas by die beperkinge van die siekte te aanvaar en steeds te voel dat die situasie onder beheer is.

- ♦ **"Kyk, stap maak die gewrigte losser, maar dit veroorsaak meer pyn, maar dan kom ek terug en dan vat ek twee Panado's of 'n poeier om die pyn te stil en dan is dit darem al baie na aan bedtyd ..."**
- ♦ **"Hulle het nou vir my kos bestel dat ek nie hoef te kook nie ..."**

- ♦ "Ek kom nog reg. Ek was my vloere met die mop en die bediendetjie kom suig die mat, want dit kan ek nie meer doen nie."

Die sosiale ondersteuning van haar kinders en vriendinne by die sentrum lewer 'n positiewe bydrae tot die versterking van mev. Linde se gevoel van hanteerbaarheid.

- ♦ "Ek en hy (seun) kom baie goed oor die weg. Hy help my ook baie in die lewe, want my pensioen is nie so vreeslik groot nie, maar hy help my hier en daar as ek vashaak."
- ♦ "Daai Sondagaand toe sê ek vir daai vriendinnetjie van my, nou moet jy my seun bel dat hy my na die dokter toe vat."
- ♦ "Ek sit baie dae hier vingeralleen, dan kom soek hulle my op. Dan klop hulle aan my deur of lui my klokkie en dan sê ek kom in. Dan kuier ons lekker."
- ♦ "Is ek eensaam? Nee, nee, nee, ek het party dae te veel ..."

(c) *Betekenisvolheid*

Mev. Linde se familie is vir haar 'n belangrike bron van sosiale ondersteuning en hierdie weerstandhulpbron help haar nie net om haar wêreld as hanteerbaar en verstaanbaar te beleef nie, hul vul ook haar lewe met betekenis.

- ♦ "My twee broers en my suster, ons kuier nog baie oor en weer ..."
- ♦ "As ek by hulle (kleinkinders) kom, dan's dit kaartspeel of dis TV-speletjies of daar's altyd iets wat ek saam met hulle moet doen."

- ♦ **"Dan sit ek en my broer tot watter tyd in die nag so, hy aan die eenkant en ek aan die eenkant met twee boeke en so speel ons ..."**

Haar onmiddellike sosiale ondersteuningsbron by die sentrum is haar vriende. Hulle maak seker dat sy nooit eensaam is nie.

- ♦ **"Jong ek word party dae te bang om hier uit te gaan, want as hulle my sien, dan praat hulle en groet hulle en gesels."**
- ♦ **"Maar ek en hierdie een vriendinnetjie van my, ons loop gewoonlik saans, dan loop ons 'n ent."**

Daar is baie beperkinge in mev. Linde se lewe as gevolg van die artritis, maar daar is tog sekere dinge wat sy nog op haar eie kan doen. Hierdie aktiwiteit help haar om nog funksioneel in haar lewe te voel en dit stel haar in staat om nog op haar eie te woon.

- ♦ **"Wat ek wel nog baie doen, is ek lees graag en ek stap graag en ek gaan nog af na die snoepie toe, na die kantoor toe en ek bring my bakke terug met my stutte."**

7.4.2.2.2 Opsomming van data

Mev. Linde se siektetoestand het al baie vroeg in haar lewe begin. Danksy die ondersteuning wat sy van haar ouers en haar gesin ontvang, is die negatiewe invloed daarvan op die ontwikkeling van haar koherensiesin beperk. Haar gesin en huwelik is belangrike weerstandshulpbronne wat haar aangespoor het om nie die stryd teen haar siekte te laat vaar nie. Sy voer aan: **"Hoe maak jy kinders groot as jy bedlêend is, jy moet loop en daarom het ek geloop."**

Haar hele lewe het sy geleer om van kognitiewe vaardighede, byvoorbeeld humor, gebruik te maak om haarself te help om die effek van die pyn van haar siekte op haar lewe te hanteer. Tydens haar lewe het sy baie moeilike omstandighede hanteer en haar lewensfilosofie, dat sy nie kan toelaat dat enige pyn haar onderkry nie, het deur baie toetse gegaan. Haar geloof, sosiale ondersteuning en kognitiewe vaardighede is die belangrikste weerstandshulpbronne wat sy gebruik om te midde van erge pyn positiewe lewenskwaliteit te kan ervaar: **"Die pyn vreet my nou op. Dit voel ek kan soos 'n klein kindjie staan en skree."**

Vanuit 'n psigofortologiese perspektief sou die afleiding gemaak kon word dat mev. Linde haar leefwêreld verstaan en die besef dat sy oor die nodige hulpbronne beskik om hierdie eise wat haar leefwêreld stel, aan te spreek. Dit lei tot die ervaring van tevredenheid, geluk en die vermoë om aan te pas. Hierdie afleiding word bevestig deur 'n telling van 34 uit 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en 'n telling van 70 uit 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.4.3 PASIËNT NR. 3: MEV. DAISY

7.4.3.1 Lewensoorsig

Mev. Daisy is 'n 73-jarige weduwee. Sy is gebore en het grootgeword op 'n plaas in die Noord-Kaap. Sy is deel van 'n gesin waarin sy twee susters en drie broers het. Haar ouers was streng, maar ook baie lief vir hulle. Haar pa was 'n loodgieter en het baie min tyd by die huis deurgebring. Haar broers en susters het die gaping van die afwesigheid van haar vader in haar lewe gevul. Sy was in 'n klein plaasskool en het haar skoolopleiding gestaak nadat sy standerd ses voltooi het. Sy wou graag verder studeer en haarself as verpleegster bekwaam, maar ongelukkig het haar ouers nie oor die nodige

finansiële middele beskik nie. Sy gaan werk na skool in die stad vir ongeveer twee jaar. Hierna keer sy terug na die plaas om haar siek moeder te versorg. Gedurende hierdie tyd gaan bly haar moeder by haar broer en sy ontmoet haar eerste eggenoot. Sy beskryf hul huwelik as baie gelukkig en uit hierdie huwelik word drie seuns gebore.

Haar skoonma woon by haar gesin vir bykans 10 jaar nadat haar skoonpa oorlede is. Haar eerste man sterf terwyl hul jongste seun in standerd agt is. Sy en die kinders kom woon in Bloemfontein nadat sy die perseel waarop hulle gewoon het, verkoop het. Met die geld en die rente wat sy daarvan kry, stuur sy haar kinders universiteit toe. In Bloemfontein ontmoet sy haar tweede eggenoot. Hulle is vir agt jaar baie gelukkig getroud voordat hy aan 'n hartaanval beswyk. Hierna verlaat sy hulle huis en gaan woon in 'n aftree-oord met selfversorgende eenhede. Tans kan sy nog al haar huislike takies self behartig en ervaar sy kameraadskap en vriendskap met die ander inwoners. Mev. Daisy ondervind probleme met haar hart en is ook 'n diabeet. Sy het 'n hartomleidingsoperasie ondergaan terwyl haar tweede eggenoot haar versorg het. Sy is al vir 'n geruime tyd 'n artritislyer.

7.4.3.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.4.3.2.1 Koherensiesin en weerstandshulpbronne

(a) Verstaanbaarheid

Mev. Daisy verstaan dat sy vanweë haar gesondheid, na haar twee eggenote se afsterwe, haar eie huis moes opgee en tussen ander bejaardes in 'n omgewing gaan woon waar die eise wat 'n huishouding stel heelwat minder is, aangesien die wooneenhede heelwat kleiner is. Sy besef en verstaan die beperkinge van haar aktiwiteite vanweë die

rumatoïde artritis asook die verouderingsproses.

- ♦ "Ja toe kom ek maar hiernatoe, ek het 'n groot tuin dit was te kwaai vir my. Ek het tog vir 'n paar jaar so aangegaan, maar 'n mens het mos 'n knou weg van die operasie en al daai dinge, dan het jy nie meer die krag wat jy gehad het nie."
- ♦ "... jy kan nie meer doen wat jy gedoen het nie, dan raak 'n mens natuurlik 'n bietjie frustreerd, soos party dae dan het ek nie die krag om 'n koeldrankbottel oop te draai nie, dan word jy maar half opstandig en dit net as gevolg van, ek bedoel dit is seker ouderdom ..."

Mev. Daisy is 'n verstandige vrou wat haar seun deur universiteit kon sien deur haar geldsake goed te beplan. Sy ervaar die finansiële eise wat die lewe stel as gelykmatig en gestruktureerd. Hier is dit duidelik dat sy ook haar kognitiewe vaardighede inspan om die situasie korrek te hanteer. Die komponente van hanteerbaarheid en verstaanbaarheid word dus interverweef.

- ♦ "Ja 'n mens weet jy kan nie spandabelrig aangaan nie, ek koop wat ek nodig het, ek het nooit gebrek gely nie, nooit, maar ek weet hoe om met my geld te werk om deur te kom."

Mev. Daisy ken haar kwale deeglik en weet dat dit goed is vir haar om ligte oefening te doen na die hartomleidingsoperasie. Haar daaglikse roetine gee struktuur en voorspelbaarheid aan haar lewe.

- ♦ "Ek stap baie, kyk ek moet stap, ek stap na die sentrum toe en na tannie Sannie en tannie Nola en by al my vriendinne, en dan stap ek tot by my dokter in Elbagstraat. Dit is vir my

lekker om te stap, vroeg in die oggend, hier is ook 'n ander dame wat ook so 'n hartomleidingsoperasie gehad het, dan loop ons tot by die hek en om, dan stap ons saam."

(b) *Hanteerbaarheid*

Mev. Daisy gebruik die volgende algemene weerstandshulpbronne om haar te help om enige situasie in haar lewe te hanteer, naamlik sosiale ondersteuning van kinders en vriende, geloof en gesondheid. Elkeen van die genoemdes sal toegelig word met 'n voorbeeld.

Haar seun wat in Bloemfontein bly, is vir haar 'n bron van hulp veral met alledaagse takies wat sy nie meer kan verrig nie. Haar seuns is ook 'n bron van troos en ondersteuning toe haar eggenote sterf. Haar seun monitor haar gesondheid gereeld en as sy enige klagtes het, gaan sy na hom toe vir raad om die situasie te hanteer.

- ♦ "Ja, hulle het my baie goed bygestaan in daardie tyd ..."
- ♦ " ... ek bel toe my seun en hy vat my hospitaal toe. Toe ons daar kom sê ek vir hom 'Seun, pa-David is dood'."
- ♦ Dan los ek dit net uit, ek los dit totdat my seun hier kom, dan sê ek vir hom: 'Draai vir my die bottel oop' of doen dit of dat wat ek nie kan doen nie, help hy my mee, jy weet as hy kom, sal hy my kom help."
- ♦ "... ek kan voel my oë gaan baie agteruit, dan voel ek party dae baie moeg, dan doen die seun maar weer toetse en dan sê hy vir my ma, so en so en so, dan gaan ek maar weer aan."

In die aftree-oord waar mev. Daisy bly, het sy baie goeie vriende gemaak. Hierdie gemeenskap kyk regtig na mekaar en onderskraag mekaar in tye wanneer dit swaar gaan. So ondersteun hulle ook vir mev. Daisy. Wanneer dit goed gaan met haar, maar ook in tye wanneer dit nie so goed gaan nie, weet sy daar is vriende wat omgee en wat gaan kom kyk hoe dit met haar gaan.

- ♦ **"Ag, baie lekker, jy weet daar is nie een dag wat ek kan sê ek is nou vies vir die een of daai een nie, en as ek nie gesond voel nie, daai tannie Sannie, hoor hier sesuur, dan is sy by my deur, dan lui sy daai klokke en dan kom sy en dan maak ons koffie en ons sit heerlik en gesels."**

Mev. Daisy se geloof in God en die vertrouwe in Sy almag dra haar deur moeilike tye in haar lewe en help haar op haar oudag om haarself vir die dood voor te berei. Na haar man se dood maak sy die volgende uitspraak nadat sy gevra word hoe sy dit hanteer het:

- ♦ **"Man, gebed, want 'n ander kan jou nie help nie."**
- ♦ **"Ja, enige ou mens, hy kan nie sonder die Here wees nie ..."**

Dit is duidelik dat geloof 'n belangrike plek in mev. Daisy se lewe inneem. Haar gesondheid stel haar in staat om nog op gereelde basis die kerk te besoek en dit dra daartoe by dat sy hierdie weerstandshulpbron kan gebruik om haar lewe betekenisvol te maak.

- ♦ **"Ja, ek loop nog elke Sondag kerk toe, en dan eenkeer in 'n week, dan het ons biduur, somer hier ..."**

Mev. Daisy se gesondheid stel haar in staat om ten spyte van die rumatoïde artritis nog steeds haar eie huislike takies te behartig. Sodoende kan sy haar outonomie behou en steeds voel dat sy haar huishouding kan behartig.

- ♦ " ... ek is nog goed aan die gang, ek doen nog al my huiswerkies self."
- ♦ "Man, met my gesondheid gaan dit eintlik goed, behalwe as dit onweer is en is my vingers bietjie seer van die artritis, maar wat, nie so erg dat ek nie my werk kan doen nie."
- ♦ "Ag, ek hoop maar hy bly soos hy is, ek dink nie, ek glo nie die artritis is my grootste probleem nie, my hande voel styf en warm en seer en die knoppe is bietjie pynlik en so, maar ek steur my nie baie aan die artritis nie."

(c) *Betekenisvolheid*

Mev. Daisy voel dat haar lewe tot dusver baie gelukkig was en dat sy alles gedoen het wat sy as belangrik beskou het. Die laaste jare van haar lewe is betekenisvol as gevolg van die teenwoordigheid van haar familie en ook haar vriende wat sy in die sentrum het. Sy is voorbereid om te sterf en streef daarna om gereed te wees.

- ♦ "... ek sou nie omgee het as een van my kinders 'n ou dogtertjie kon gewees het nie, maar ek het hulle en hulle is gesonde kinders en ek het drie skoondogters en hulle is net so goed vir my ..."
- ♦ "Ag, dit was lekker, baie lekker, dit was net een fees, almal was, almal vriende, my een vriendin kom nou in Januarie terug, na ses maande oorsee, dan is ons almal weer voltallig ..."

- ♦ "Jy doen dinge wat as jy oud is nie meer sou doen nie, maar jy kom nader aan jou Here ..."
- ♦ "Ag, nee ek het nou genoeg gelewe, ek verlang nie om so oud soos tannie Sannie te word nie, mens voel as jy klaar is, is jy klaar ... ek het my kinders grootgemaak, twee van my kleinkinders al gesien trou en ek het sewe van hulle, nee wat ek is doodtevrede."

7.4.3.2.2 Opsomming van data

Mev. Daisy is deel van 'n groot gesin en het voortdurende ondersteuning van die ander gesinslede. Haar moeder speel 'n baie prominente rol om 'n veilige ondersteunende atmosfeer te skep en sodoende 'n sterk gevoel van verstaanbaarheid en hanteerbaarheid by haar te vestig. Haar gesin dien dus as 'n goeie sosiale ondersteuningsbron wat 'n positiewe bydrae lewer tot die ontwikkeling van haar koherensiesin. Haar stabiele huwelik en gesinslewe in haar volwasse lewe lewer 'n verdere positiewe bydrae tot haar ontwikkeling: **"... ons het uitgehou en bymekaar gebly en ons kinders saam grootgemaak ..."**. Haar eggenoot se afsterwe word hanteerbaar gemaak deur die ondersteuning van haar kinders en vriende. Tydens bejaardheid affilieer sy met haar portuurgroep, pas aan by haar verouderde liggaam en belê in nuwe rolle en aktiwiteite.

Haar lewe weerspieël twee baie gelukkige huweliksverhoudinge. Beide hierdie huwelike het baie tot betekenis in haar lewe bygedra. Haar eerste eggenoot was wel heelwat ouer as sy, maar sy sê: **"... toe ons eers getroud is, sou ek hom nie meer verruil vir 'n ander een nie."** Haar eerste eggenoot was 'n plaasboer en sy en hy het saam geboer en hul kinders saam grootgemaak. Van hom sê sy die volgende: **"My man was 'n baie goeie man gewees, nee dit is 'n**

seker storie, hy was baie goed, vir my was hy baie goed." Dit is duidelik dat hierdie twee mense 'n besonder band gehad het en dat die huwelik vir mev. Daisy baie betekenisvol was. Haar tweede huwelik het 'n heeltemal ander karakter, aangesien sy en haar tweede eggenoot op daardie stadium al afgetree het. Hulle het dus heeltemal ander aktiwiteite aangepak. Haar tweede eggenoot was dalk meer soos 'n kameraad en dit het daardie tyd in haar lewe met baie geluk en tevredenheid gevul. Hy het saam met haar gebak en gebrou en hy het haar ook versorg tydens en na haar hartomleidingsoperasie. Sy ondersteuning in daardie tyd van haar lewe het die situasie vir haar baie hanteerbaar gemaak. Van hom sê sy die volgende: **"Hy het my met alles gehelp, hy het gekook en gestryk. Hy het die wasgoed opgehang en afgehaal en hy het vir my as die stofsuier op die vloer moet kom, dan het hy dit gedoen ... Ja ons het baie lekker saamgewerk."**

Mev. Daisy gebruik dus die weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning deur sowel vriende as familie, gesondheid, geloof en behuising om haar gevestigde koherensiesin in stand te hou. Haar twee huweliksverhoudinge het op belangrike tye in haar ontwikkeling grootliks bygedra tot die instandhouding en bevordering van haar koherensiesin. Nou op 73-jarige ouderdom is haar omstandighede vir haar hanteerbaar omdat die artritis nog nie haar totale funksionering belemmer nie en ook omdat sy baie goeie ondersteuning ontvang van haar familie en vriende. Op hierdie stadium voel sy sy het nou genoeg geleef en het vrede met haar Skepper en medemens.

Die psigofortologiese raamwerk verklaar dus hoekom mev. Daisy, te midde van die verlies van haar eggenote en ook die inkorting van haar fisieke aktiwiteite weens die rumatoïde artritis, nog haar lewe as verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol kan sien. Hierdie resultate

word gesteun deur haar telling van 30 uit 'n moontlike 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en haar telling van 71 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.4.4 PASIËNT NR. 4: MEV. POTGIETER

7.4.4.1 Lewensoorsig

Mev. Potgieter is 'n dame van 83 jaar oud. Sy bly tans in 'n aftreeoord. Sy is in die Kaap gebore as deel van 'n gesin van 14 kinders. Sy is die oudste van die kinders en moes van jongs af help om die kleiner kinders te versorg. Sy is eers op 10-jarige ouderdom skool toe en het slegs standerd vyf voltooi. Sy ervaar haar ouers as baie hardwerkende persone. Sy het baie groot verering vir haar moeder wat soveel kinders versorg het. Haar gesin dien dus as sosiale ondersteuningshulpbron in die ontwikkeling van haar koherensiesin. Na skool gaan werk sy. Sy het die hele land vol geswerf. Haar ouers het in hierdie tyd na Suidwes verhuis. Sy het bejaardes opgepas, kinders opgepas en ook in 'n weeshuis gewerk. Sy het net eenkeer vir haar ouers gaan kuier en tydens die besoek het sy malaria opgedoen. Sy het hulle nooit weer gesien nie. Sy het nie van die werk in die weeshuis gehou nie en het gesukkel om die kinders te verstaan. Op die ouderdom van 28 jaar is sy getroud met 'n man wat op 'n kleinhoewe gebly het. Die huwelik word gekenmerk deur min liefde en omgee vir mekaar. Haar man was baie jaloers en weier dat sy weer gaan werk. Uit die huwelik is daar twee kinders gebore. Mev. Potgieter se dogterjie sterf op die ouderdom van ses maande aan 'n kindersiekte. Haar seun woon tans in dieselfde dorp as sy. Mev. Potgieter se skoonfamilie en sy het nie langs dieselfde vuur gesit nie. Sy is 'n baie selfstandige vrou en glo dat wat jy vir jouself kan doen, dit moet jy doen. Die skoonfamilie het egter daarvan gehou om haar rond te stuur. Sy sê self dat sy nooit weer sal trou nie. Haar eie familie het net so 'n negatiewe impak op

haar gehad. Etlike van die jonger kinders het by haar kom bly en uit haar huis skoolgegaan, gewerk en getrou. Tans het sy net kontak met twee van haar broers. Die res kontak haar baie min, indien ooit. Sy het twee susters wat ook in dieselfde dorp as sy woon, maar hulle kom kuier nooit vir haar nie. Die gebeure het 'n negatiewe impak op mev. Potgieter. Haar man is in 1986 oorlede. Sy woon nou al 11 jaar in die oord waar sy tans is. Sy ly al vir 'n geruime tyd aan rumatoïde artritis, maar kan nog haar persoonlike sorg en huishouding hanteer. Sy het goeie vriendinne binne die sentrum wat haar al geleer het om haar nie meer aan norske bejaardes te steur nie. Haar seun en sy vrou bied baie goeie ondersteuning op sowel sosiale as finansiële gebied.

7.4.4.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.4.4.2.1 Koherensiesin en weerstandshulpbronne

(a) Verstaanbaarheid

Mev. Potgieter het in haar lewe 'n groot getal ander mense versorg. Hierdie persone het egter dikwels geen dankbaarheid teenoor haar bewys vir haar versorging nie. Mev. Potgieter woon nou in 'n aftree-oord en sy betaal haar huur net soos enige ander bejaarde en soos sy die wêreld verstaan, het sy nou genoeg ander mense versorg en het sy geen verpligting teenoor enigiemand verder nie.

- ♦ **"Ek het genoeg opgepas. Ek was die oudste van die familie en ek moes boeties en sussies so help grootmaak. Toe het ek oumense opgepas en ek was in 'n hostel vir seuns gewees."**
- ♦ **"Ek het boeties en sussies opgepas, ek het oumense opgepas, ek het in die hostel gewerk en ek het in die weeshuis gewerk, van oppas is ek klaar."**

In die aftree-oord waar sy woon is daar onderlinge struwelinge en mev. Potgieter weet hoe dit is as ander mense jou misbruik. Sy is nou in 'n plek waar sy net soos enige ander bejaarde bly en sy gaan nie toelaat dat enigiemand haar weer in 'n 'oppas' posisie plaas nie. Sy spreek dus 'n ander bejaarde dame aan toe sy voel dat die dame haar in 'n posisie plaas waarin sy haar moet versorg.

- ♦ **"Ons het almal hiernatoe gekom omdat ons gesondheid ingegee het. Ons kan nie meer by ons huise bly nie. Jy is nie meer alleen siek nie, dit help nie om van 'n ander een 'n Jantjie-my-kneg te maak nie en ek gaan dit nie meer doen nie ..."**

Mev. Potgieter se artritis is nie meer vir haar 'n onbekende faktor in haar lewe nie. Sy ken en verstaan die siekte en weet wat om te doen om die simptome te verbeter.

- ♦ **"As jy die môre opstaan, klim jy in die bed in, dan is jou rug en litte en goed, is seer, klim jy uit is jy ook seer, maar in die dag dan gaan dit redelik goed ... sodra jy bietjie beweeg het en so, dan gaan dit beter."**

Sy is 'n selfstandige vrou wat nie daarvan hou om heeldag en aldag geselskap te hê nie en daarom is die gematigde hoeveelheid interaksie met die ander bejaardes vir haar genoeg. Sy verstaan dus haarself en haar sosiale wêreld.

- ♦ **"Ek is 'n selfstandige mens. Ek hou nie daarvan om vir iemand te sê doen dit vir my of doen dat vir my nie."**
- ♦ **"Ja ons kuier oor en weer, maar 'n mens moet nie ander se drempel deurtrap nie, ek en sy verstaan mekaar goed."**

(b) *Hanteerbaarheid*

Die sosiale ondersteuning van haar seun en sy vrou is vir haar van groot waarde. Hulle maak dit vir haar moontlik om haar inkopies te gaan doen en as sy iets nodig kry of in die nood is, kan hulle gekontak word. Sy het ook die ondersteuning van 'n paar vriendinne op wie sy altyd kan reken.

- ♦ **"My kinders doen vir my inkopies en dan is hier ander mense wat my ook help, Mary Pretorius sy help en so en Larie se skoonma was nou hier by my gewees."**
- ♦ **"My seun is hierso, hy bly net hier naby. Ek is baie lief vir sy vrou ook. As ek 'n dingetjie nodig het, kan ek maar net na haar toe gaan."**

- ♦ "As daar iets gebeur moet sy die groot biblioteek vir my skoondogter bel, want my seun is baie weg."

Mev. Potgieter leef van haar man se pensioen. Die pensioen is nie baie groot nie en sy oorleef met die hulp van haar seun. Sy maak dus alternatiewe planne om die finansiële moeilikhede te oorbrug.

- ♦ "As jou kinders jou nie help nie, of jy besonders goed nagelaat is nie, kan jy nie hier leef nie."
- ♦ "Spoorweg, ons medies is betreurenswaardig, jy kan dit nie bystaan nie."
- ♦ "Jy kan nie eens meer vir jouself klere maak nie en jy kan ook nie bekostig om te koop nie, dis maar moeilik in die dae ..."
- ♦ "Ek is so bly dat ek van meet en pas bymekaar gekom en nou kan jy die goed bymekaargooi en jy kan as jy twee goedjies gekoop het wat bymekaar pas, dan kan jy hulle uitruil, jy lyk darem of jy anders aangetrek is as jy kerk toe gaan."
- ♦ Ek het hierdie jaar wat verby is, taamlik ingegaan met hekelwerk. Ek het naaldwerksakkies gemaak, ek het elf agtermekaar gemaak ..."

Mev. Potgieter kan weens die simptome van die artritis nie meer al haar huishoudelike take verrig nie. Sy beskik oor die nodige toerusting in haar huis. Sodoende kan sy steeds onafhanklik bly, ten spyte van die simptome van die artritis.

- ♦ **"Die rumatiek, hy pla my. Ek moet so versigtig wees as ek vat. As ek wasgoed was, dan moet ek hom net so 'n drukkie gee. Gelukkig het ek 'n wasmasjien wat 'spin'."**

(c) *Betekenisvolheid*

Mev. Potgieter is 'n baie onafhanklike mens en dit is vir haar belangrik om nie heeltyd vir iemand anders te vra om vir haar dinge te doen nie. Sy is ten spyte van die simptome van haar artritis nog steeds in staat om basiese takies self te verrig en dit is vir haar baie betekenisvol.

- ♦ **"Ek moet vir baie dinge dankbaar wees. Ek doen my wasgoed nog self, ek doen my woonstel self, ek kan nog in die bad klim en ek kan my hare was en ek kan hulle indraai."**

Dit is vir haar nog baie belangrik om haar hare self te kan was omdat sy baie waarde daaraan heg as haar hare mooi gedoen is en omdat dit ook vir haar 'n manier is om die finansiële swaar tye te hanteer waarin sy nie meer na willekeur vir haar net nuwe rokke kan koop nie.

- ♦ **"... want kyk, jy kan maar 'n ou rokkie aan hê, maar boeta as jou haartjies darem reg gekam is, dan lyk dit darem goed."**

Haar seun en sy vrou dien as 'n sosiale weerstandshulpbron wat haar help om nie te voel dat sy eendag sonder versorging sal wees nie. Hulle teenwoordigheid maak haar lewe ryker.

- ♦ **"Ek was by my kinders vir Kersfees, hulle het my die oggend hier opgelaai en ons is deur plaas toe hier naby Boshoff."**
- ♦ **"Ek dink my kind sal altyd sorg. Ek het nie 'n dogter nie, maar Rina (skoondogter) is my dogter."**

Mev. Potgieter glo in die voorsiening van die Here en haar geloof hierin help haar om die omstandighede in haar lewe te aanvaar en te hanteer.

- ♦ **"Die Here het my gemaak en ek is so. Ek is deur my lewe gelei en as ek dink hoe wonderbaarlik 'n mens gelei word. Jy word beskerm en as dit nie genade van Bo is nie, jy kan jouself nie beskerm nie."**
- ♦ **"Ek glo nie ek het tye in my hand nie, maar ek het my vreugdes gehad, ek het swaar gehad, so daar is nie meer nie ..."**
- ♦ **"Ag wat, jy kry leiding van Bo."**
- ♦ **"Ek het nie verwyt nie of niks nie, en ek verwyt nog nie vandag nie."**

7.4.4.2.2 Opsomming van data

Mev. Potgieter beleef moeilike kinderjare. Sy moet altyd die ander kinders oppas en syself kan vir slegs vyf jaar skool toe gaan. Haar ouers se hardwerkendheid en liefde lewer egter 'n positiewe bydrae tot haar ontwikkeling. Sy word 'n swerwer wat vir die grootste deel van haar lewe sonder vaste wortels rondswerf en mense versorg vir 'n inkomste. Uiteindelik trou sy omdat sy die lewe by die kinderhuis nie meer kon uithou nie. Haar eggenoot bied haar nie baie ondersteuning nie. Sy vertel dat sy eenkeer geval het dat haar knie soos 'n tennisbal opgeswel het. Haar eggenoot se familie het nie geglo aan mediese sorg nie en hulle wou haar nie dokter toe neem nie. Haar buurvrou ondersteun haar in die tyd en neem haar na die hospitaal en gaan haal haar weer. Gedurende hierdie tyd het die familie nie hospitaal toe gegaan om haar te besoek nie en haar man se reaksie op die nuus dat

sy hospitaal toe gaan, was soos volg: **"Hy het vir my gesê: 'Wat gaan van die huis word as jy in die hospitaal lê'."**

Haar huwelik lewer dus 'n negatiewe bydrae tot die ontwikkeling en vaslegging van haar koherensiesin. Haar familie maak ook misbruik van haar goedhartigheid. Sy het 'n paar van haar broers en susters gehelp om hul voete te vind in die lewe en noudat sy afgetree is, behou slegs twee van haar broers kontak met haar. Hierdie situasie het 'n baie negatiewe impak gehad en het steeds op haar ontwikkeling. Sy beskryf dit as volg: **"My broers en susters het na my toe gekom, ek het gedoen wat ek kon dat hulle kan aangaan met hulle lewens. Die een broer het vier jaar uit my huis skoolgegaan, plus uit my huis uit gewerk, uit my huis uit getroud. Ek hoor nie eens 'n woord van hom nie, maar dit maak nie saak nie ... Kyk my jongste suster, sy was seker twee jaar in my huis. Hierdie enetjie, ek sien haar nekkie is so styf. Uit my huis uit het hulle op hulle voete gekom en ek is dankbaar dat hulle nog op hulle voet is, maar dit maak seer. Sy is net anderkant die kerk en sy moet hier verbyry Spar toe, sy kan nie net hier aankom en sê: 'Hallo Ralie'."**

Haar seun en sy vrou bied goeie ondersteuning vir mev. Potgieter op sowel sosiale as finansiële gebied. Hulle dien dus as hulpbronne wat haar in staat stel om die simptome van haar artritis te kan hanteer. Sosiale ondersteuning van familie en vriende, haar geloof in God en haar gesondheid is die weerstandshulpbronne wat daartoe lei dat mev. Potgieter haar lewe as sinvol kan ervaar. Hierdie ervaring van betekenis word belemmer deur hierdie gevoel van verwerping wat mev. Potgieter ervaar omdat haar broers en susters nie kontak met haar behou nie.

Haar telling op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985), is 30 uit 'n moontlike 35 en haar telling op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997) is 65 uit 'n moontlike 80. Hierdie tellings weerspieël moontlik 'n rooskleuriger prentjie van mev. Potgieter se leefwêreld as die kliniese indruk wat tydens die onderhoud verkry is. Hierdie verskil tussen die kliniese indruk en die tellings op die psigometriesse toetse sou toegeskryf kon word aan mev. Potgieter se teleurstelling oor haar familie se onbetrokkenheid in haar lewe. Sy ervaar dus relatiewe positiewe lewenskwaliteit, waarskynlik in 'n mindere mate as wat die psigometrie aandui. Sy benut die weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning, geloof en gesondheid in interaksie met verstaanbaarheid en hanteerbaarheid om haar lewe as sinvol te ervaar.

7.4.5 PASIËNT NR. 5: MEV. HUMAN

7.4.5.1 Lewensoorsig

Mev. Human is 'n dame van 77 jaar oud. Sy word gebore op 'n plaas in die Brandfort-omgewing en is die jongste kind. Haar ouer broer is in 1981 oorlede. Haar pa was 'n onderwyser wat moeite gedoen het om baie tyd met elkeen van sy kinders deur te bring. Sy respekteer haar moeder as 'n sagte en tog ook 'n streng vrou. Haar ouers dien dus as sosiale weerstandshulpbronne tydens haar ontwikkeling. Hul liefdevolle ondersteuning vorm mev. Human se vroeë persepsies dat die wêreld 'n gestruktureerde en hanteerbare plek is. Mev. Human se eggenoot is 'n man met 'n rustige geaardheid. Hy boer terwyl mev. Human onderwys gee nadat sy haar studies aan die Universiteit van Pretoria voltooi het. Sy werp haar gewig in by die boerdery na die troue. Sy begin haar eie winkeltjie en neem deel aan die Vroue Landbou-Unie. Sy het baie

vriendinne op die plaas en geniet dit om so 'n suksesvolle besigheid te bestuur. Daar is drie kinders uit hul huwelik gebore. Mev. Human het klaarblyklik 'n baie spesiale verhouding met haar seun. Haar betrokkenheid by haar gesin dra positief by tot die ontwikkeling en vaslegging van haar koherensiesin.

Sy verloor haar regteroog nadat sy 'n infeksie in die oog verwaarloos het. Dit was vir haar 'n baie groot skok. Sy het vandag nog 'n kunsoog. Die oog het altyd baie goed gelyk, maar in die laaste paar jaar sak die ooglid oor die oog. Dit is vir mev. Human baie sleg en sy voel dat sy nou nie meer 'n aanvaarbare gesig het nie. Haar eggenoot is ongeveer drie jaar gelede aan kanker oorlede. Hy en mev. Human het saam na die aftree-oord getrek. Hy is egter oorlede nadat hulle slegs twee maande daar gewoon het. Sy beskryf hul huwelik as stil en nie vreeslik romanties nie, maar tog het hulle alles saam gedoen. Sy geniet dit om in die aftree-oord te bly en het baie nuwe vriende daar gemaak. Sy ly al 'n geruime tyd aan rumatoïde artritis. Aanvanklik het sy net simptome in haar hande ervaar, maar nou het die simptome na haar knieë versprei. Sy bestuur nog haar eie motor en kan al haar huishoudelike take ook behartig.

7.4.5.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.4.5.2.1 *Koherensiesin en weerstandshulpbronne*

(a) *Verstaanbaarheid*

Mev. Human se lewe het 'n gemaklike roetine vandat sy in die aftree-oord bly. Hierdie roetine help haar om haar leefwêreld as gelykmatig en gestruktureerd waar te neem.

- ♦ **"Ek luister radio, ek leer nog elke dag iets nuuts oor die radio. Ek kyk televisie en doen maar my huiswerkies, maak**

klere heel wat stukkend is, kuier bietjie by ander mense en hou Bybelstudie."

Mev. Human verstaan dat die artritis sekere beperkinge plaas op haar lewe en sy pas daarby aan.

- ♦ **"Ek was 'n baie bedrywige mens, ek het tennis gespeel, maar daai soort goed moet ek nou los, want ek kan nie al die dae tot daar bo loop by die kantoor, ek meen dan moet ek my kar vat en ry."**

(b) Hanteerbaarheid

Haar seun en ander kinders is 'n goeie bron van sosiale ondersteuning vir haar. Hulle help haar om deur moeilike tye soos die afsterwe van haar eggenoot te werk. Hy was vir vyf maande bedlêend en hulle het haar gehelp om hom te versorg.

- ♦ **"My seun was baie behulpsaam en my dogter se oudste seun. Hulle het daai tyd by ons kom bly want hy (eggenoot) was 'n groot man, ek kon hom nie behartig nie, maar tussen hulle twee het hulle hom opgetel en omgedraai."**
- ♦ **"Die kinders kom kuier so nou en dan hier, my seun kom baie hier."**

Haar geloof in God help haar om sterk te bly ten spyte van moeilike omstandighede, soos die verlies van haar oog en ook die afsterwe van haar eggenoot.

- ♦ **"Die Here help mens deur dit alles, jy kan nie op jou eie daardeur kom nie."**

Sy moes leer om aan te pas by die beperkinge wat die artritis meebring sodat sy nog steeds onafhanklik kan bly. Sy gebruik dus die

voertuig wat sy het om haar te neem wanneer sy nie meer kan stap nie.

- ♦ **"Ek leer om aan te pas - ek is baie aanpasbaar. Ek sukkel nie om te loop nie, maar hierdie been word seer as ek ver loop en dan sukkel ek, dan vat ek altyd my kar, my kar staan hieronder by die voordeur."**

(c) *Betekenisvolheid*

Die weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning en geloof word benut om die laaste jare van haar lewe sinvol en gelukkig te maak. Haar spesiale verhouding met al haar kinders, en in besonder met haar seun, is vir haar baie waardevol. Wanneer sy van hulle praat kan die liefde wat sy teenoor die familie het, duidelik aangevoel word. Hulle lewer 'n belangrike bydrae tot haar gevoel van lewenstevredenheid.

- ♦ **"Hulle is baie erg oor my, veral hierdie drie, hulle is my drie kleindogters."**
- ♦ **"My seun en ek is baie na aan mekaar, ons was maar altyd naby aan mekaar."**
- ♦ **"My beste vriend is maar my seun, hy het my altyd baie gehelp en my twee dogters ook, baie liewe kinders ... hulle kyk mooi na my en die kleinkinders is baie lief vir my."**

Haar nuwe vriende wat sy in die aftree-oord gemaak het, speel ook 'n belangrike rol in haar lewe, en veral op 'n daaglikse basis dien hulle as die sosiale ondersteuningsbron wat haar in staat stel om die lewe as betekenisvol te ervaar.

- ♦ **"Ek het baie vriendinne gehad, ek het hier ook baie vriendinne, ek hier hier nou ook 'n klomp vriende."**

- ♦ **"Ek sal maar hier bly, ek geniet dit, baie goeie vriende, baie gawe mense, regtig aangename mense. Hier was vanmiddag drie van hulle."**

Mev. Human se geloof het haar gehelp om moeilike tye in haar lewe te oorbrug. Haar geloof help haar om die betekenis van gebeure in haar lewe te vind en vanuit 'n geestelike perspektief te beoordeel. Op daardie manier ervaar sy haar lewe as sinvol.

- ♦ **"Die Here, die Here gee maar vir jou krag, ek lewe naby aan die Here, soos iemand eendag sê sy gaan bid, toe sê ek, ek praat omtrent die heeldag met die Here."**
- ♦ **"Ek kan my nie verander nie, as ek iets kan verander, sal ek graag my oog wil terughê, as die Here dit so wil."**

7.4.5.2.2 Opsomming van data

Die liefdevolle ondersteuning van mev. Human se ouers lewer 'n positiewe bydrae tot haar ontwikkeling tydens haar kinderjare. Sy geniet haar werk en die opvoeding van haar eie gesin bring haar baie vreugde. Sy beleef dus haar volwasse lewe as betekenisvol. Sy is 'n baie onafhanklike vrou en die simptome van die artritis beperk haar wel in 'n mate, maar dit is nie van so 'n aard dat dit haar lewenstevredenheid beïnvloed nie. Van die artritis sê sy die volgende: **"Julle jongmense sal dit nie verstaan nie, maar dit is nie so ernstig nie."** Sy gebruik die weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning en geloof om haar te help om haar wêreld te orden, te hanteer en gelukkig te wees. Sy ervaar nou dat haar lewe sinvol was en die afleiding kan gemaak word dat sy ego-integriteit ervaar. **"Ek was 'n goeie ma vir my kinders en ek het baie besigheid gedoen, ek het baie goed gedoen."**

Vanuit 'n psigofortologiese perspektief sou die afleiding gemaak kon word dat mev. Human ten spyte van haar beperking vanweë haar siekte, tog positiewe lewenskwaliteit ervaar. Hierdie afleiding word gestaaf deur haar telling van 31 uit 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en haar telling van 69 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.5 ONDERSOEKGROEP 3: GESONDE BEJAARDES

7.5.1 BEJAARDE NR. 1: MEV. BEZUIDENHOUT

7.5.1.1 Lewensoorsig

Mev. Bezuidenhout is tans 86 jaar oud en woon in 'n aftree-oord te Bloemfontein. Sy is gebore op 'n plaas in die Brandfort-distrik en is deel van 'n gesin van agt kinders. Op sesjarige ouderdom verhuis haar gesin na Bloemfontein waar sy haar skoolopleiding by 'n bekende skool voltooi. Na voltooiing van haar skoolloopbaan werk sy as winkelassistent. Ongeveer vier jaar daarna ontmoet sy haar gade. Na die troue hou sy op met werk en is die trotse moeder van drie kinders. Sy ervaar haar ouers as baie stabiel en godsdienstig. Haar pa was betrokke in die Boereoorlog en was vir drie jaar op St.Helena gevange gehou. Met sy terugkoms het hy erge asma ontwikkel, 'n beeld wat vir mev. Bezuidenhout uitstaan as sy aan haar vader dink. Sy was die jongste van die kinders en die res van haar broers en susters het haar baie bederf. Haar moeder is oorlede in haar twintigste lewensjaar. Dit was vir haar 'n baie groot verlies.

Tans woon sy in 'n selfversorgende eenheid in die aftree-oord. Sy is fisiek nog baie aktief en geniet dit om onafhanklik te funksioneer. Haar dogter, Adel, is nog woonagtig in Bloemfontein en bied goeie ondersteuning aan haar moeder. Mev. Bezuidenhout se gesondheid is

vir haar 'n belangrike bate. Sy het tans gehoorprobleme en is nie meer so beweeglik soos vroeër in haar lewe nie, maar andersins gebruik sy geen medikasie nie. Sy is 'n opgeruimde persoon wat die lewe hanteer deur te probeer om eerder die humor in 'n situasie te sien.

7.5.1.2 Ontleding van die psigofortologiese faktore

7.5.1.2.1 Koherensiesin en weerstandshulpbronne

(a) Verstaanbaarheid

Mev. Bezuidenhout ervaar haar wêreld as georden vanweë haar benutting van die weerstandshulpbronne van behuising en onafhanklikheid. Sy kan nou lekker haar eie gang gaan en bak en brou soos dit vir haar aangenaam is. Haar lewe word elke dag gevul met dinge wat vir haar aangenaam is. Sy is baie gesond en dit stel haar in staat stel om nog aktief naaldwerk te doen, asook te bak en te brou. Sy is 'n intelligente vrou wat haar tyd goed kan benut.

- ♦ **"Adel, sy is so bang ek is eensaam, maar ek is nie eensaam nie, ek is nie 'n eensame mens nie. Ek amuseer myself, ek het altyd iets om te doen en ek dink dit is net goed, ek kan nie sit en niks doen nie."**
- ♦ **"... as ek nie naaldwerk doen nie, dan gaan ek in die kombuis in en dan besluit ek, ek gaan dit of dat doen. Ek is baie gelukkig."**
- ♦ **"As ek so moet terugdink, ek het 'n baie egalige lewe gehad ..."**

Haar man se dood ses jaar gelede kon sy verwerk omdat sy kon verstaan dat 'n persoon wat nie meer kon eet nie en wat elke dag so verskriklik baie pille moes drink, nie meer kon leef nie. Teen die einde van sy lewe was hy dus baie verswak en baie maer.

- ♦ "... dit was so hartseer toe die AVBOB daar wegtrek, maar ek was tevrede want ek het nie kans gesien dat hy so moet lê nie."

(b) *Hanteerbaarheid*

Mev. Bezuidenhout se gesondheid is vir haar 'n baie groot bate. Sy kan nog bak, naaldwerk doen, blokkiesraaisels invul, haar hare laat kap en kuier by ander bejaardes. Sy geniet haar onafhanklikheid baie en benut die vryheid van 'n huis sonder kinders en ander mense om voor te sorg. Sy kan nou enige aktiwiteit aanpak waaraan sy behoefte het, sonder om eers iemand te raadpleeg. Die eenheid waar sy woon is baie gerieflik en daar is heelwat mense van haar ouderdom met wie sy goed bevriend is. Haar kinders, Adel, Isabel en Wynand, bied goeie ondersteuning vir hul moeder.

- ♦ "... ek doen alles self, ek het my gesondheid, ek sorg vir myself. Ek kook, ek eet elke dag, ek slaan nie oor nie en ek slaap goed in die nag. Dit is baie veilig hier. Ek huur die plek en my seun en skoondogter betaal vir my. Ek het so bietjie geld, jy weet, die rente wat ek kry."
- ♦ "... ek is net dankbaar dat my verstand so helder is, my verstand is, ek doen nog geweldig blokkiesraaisels."
- ♦ "Weet jy ek kry nooit, nooit hoofpyn nie, ek het geen pyn van 'n aard nie. Al wat ek het is, is ek is bietjie onvas op my voete en die gehoor, maar wat my eetgewoontes betref en ek slaap soos 'n bom. As ek gaan lê in die aand weet ek nie hoekom ek so gelukkig is nie ..."
- ♦ "... ja ek praat elke dag met almal, ek praat twee keer per dag met Adel, ek praat elke dag met Isabel en my skoondogter bel my elke tweede dag."

- ♦ "... jy weet as die Here een deur toemaak, maak Hy altyd weer 'n ander een oop ..."

(c) *Betekenisvolheid*

Daar is baie aspekte wat mev. Bezuidenhout se lewe betekenis gee. Al die faktore wat haar help om die lewe as verstaanbaar en hanteerbaar te ervaar asook haar geloof in die beskikking van God dra daartoe by dat haar lewe betekenisvol is.

- ♦ "Ja, Saterdagmiddag was hier drie vriendinne gewees. Ons het gesit en Noot vir Noot saam gekyk, saam tee gedrink en lekker saam gekuier."
- ♦ "... ek is baie naby aan my seun, ek en Wynand is baie geheg aan mekaar ..."
- ♦ "Nooit, nooit, nooit was ek spyt nie. My lewe was baie geseënd en as ek my lewe kon oor hê, sal ek seker dieselfde hê ..."

Die volgende gedeelte som mev. Bezuidenhout se ervaring van betekenisvolheid baie goed op en is terselfder tyd ook 'n baie goeie beskrywing van die ervaring van koherensie in haar lewe.

- ♦ "Michelle, kan ek jou sê, ek lewe van dag tot dag. As ek gaan slaap in die aand, dan sê ek dankie vir die Here dat Hy vir my nog 'n dag gespaar het en ek sê dankie vir alles wat ek het, vir kos en gesondheid en alles. As Hy my deur die dag neem is ek gelukkig, dit is al, ek sien nie uit nie, ek praat gereeld met my kinders, ek is opgeruimd as hier mense kom, ek geniet die vriende en die grappe ... ek sê net dankie vir elke dag, dankie, ek het heerlike vriende gehad, lekker geëet, daar is baie om voor dankbaar te wees ..."

7.5.1.2.2 Opsomming van data

Mev. Bezuidenhout se stabiele kinderlewe en veral die ondersteuning van haar broer en haar moeder lewer 'n positiewe bydrae tot die ontwikkeling van haar koherensiesin. Die sterk godsdienstige reëls in haar ouerhuis verskaf die fondament vir die ontwikkeling van verstaanbaarheid en beheerbaarheid. Die koherensiesin word vasgelê in haar volwasse lewe deur 'n stabiele huwelik en gelukkige gesinslewe. Nou, tydens die fase van bejaardheid ervaar sy ego-integriteit en maak sy gebruik van verskeie algemene weerstandshulpbronne om haar lewe vir haar betekenisvol te maak. Sosiale ondersteuning van haar kinders en vriende, haar kognitiewe vaardighede, haar gesondheid, behuising en geloof dra by tot die instandhouding en bevordering van haar koherensiesin. Hierdie hulpbronne dra ook by tot die bevordering van haar lewenskwaliteit aangesien outonomie en fisieke aktiwiteit vir haar baie belangrik is. Sy sê die volgende: **"... ek hou nie daarvan om op ander staat te maak nie ... ek maak soos ek wil."**

Mev. Bezuidenhout het vir 56 jaar 'n gelukkige huwelik gehad. Die reëls van 'n man en vrou se verhouding het sy by haar ouers geleer en daarom pas sy dit in haar huwelik ook toe. Haar man was die hoof van die huis en sy woord was wet. Sy het hom nooit teëgegaan nie en hom gerespekteer. Die volgende aanhaling gee meer duidelikheid oor die aspek van hul verhouding: **"Ek kan sê ek het altyd na sy pype gedans, wat hy gesê het, het ek gedoen, jy weet, en hy was baie, hoe sal ek nou sê, hy het geweet wat reg en wat verkeerd is, jy weet en dan het ek maar so aangegaan, maar ons was baie gelukkig."** Die dominasie van haar man in haar volwasse lewe kon moontlik aanleiding gee tot haar sterk voorkeur vir

onafhanklikheid wat sy nou in haar latere lewe kan geniet. Sy het ook haar man versorg terwyl hy baie siek was en niks meer kon eet nie. Hy was totaal hulpeloos en haar dogter moes hom bad en aantrek. Dit was baie sleg vir mev. Bezuidenhout om dit te sien en daarom heg sy moontlik soveel waarde aan haar gesondheid en is dit vir haar baie belangrik om nog aktief en onafhanlik te wees. Sy sê dan ook: **" ... as ek kan bly soos ek nou is, gee ek nie om nie, maar ek wil nie lê nie, so as ek moet kies tussen 'n siekbed en die dood, kies ek die dood ..."**.

Mev. Bezuidenhout is 'n opgeruimde bejaarde wat tot 'n groot mate die ontwikkelingstake van die bejaarde bemeester het. Sy affilieer goed met haar portuurgroep, sy neem deel aan nuwe aktiwiteite en rolle en sy het goed aangepas by haar verouderende liggaam. Haar lewe was vir haar baie betekenisvol en nou, op die ouderdom van 86 jaar, ervaar sy geluk en tevredenheid. Op haar ouderdom bring mooi koormusiek of 'n mooi storie oor die liefde tussen 'n man en vrou tranes in haar oë en sluit sy elke dag af met 'n gevoel van dankbaarheid teenoor haar Skepper.

Vanuit 'n psigofortologiese perspektief sou die afleiding dus gemaak kon word dat sy die algemene weerstandshulpbronne van gesondheid, geloof, sosiale ondersteuning en behuising benut, in wisselwerking met die komponente van hanteerbaarheid en betekenisvolheid. Die wisselwerking tussen die psigofortologiese faktore lei dus tot die positiewe ervaring van lewenskwaliteit. Hierdie bevindinge word gestaaf deur haar telling van 32 uit 'n moontlike 35 op die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) en 'n telling van 70 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997).

7.5.2 PASIËNT NR. 2: MEV. POOL

7.5.2.1 Lewensoorsig

Mev. Pool is 'n dame van 88 jaar oud. Sy is een van ses kinders. Twee van haar susters is al oorlede en die ander vier kinders bly almal in Bloemfontein. Mev. Pool word groot op 'n plaas in die Noord-Kaap. Haar ouers volg 'n streng godsdienstige benadering in hul opvoeding. Haar moeder beskryf sy as baie sieklik en haar pa as 'n baie sagte, dog streng mens. Haar ouers se stabiliteit en liefde, asook die onderlinge kameraadskap van die broers en susters speel 'n belangrike rol in die ontwikkeling van haar koherensiesin. Na skool gaan woon sy by haar ouers op die plaas. Dit is gedurende hierdie tyd dat sy haar eggenoot ontmoet en trou. Hul huwelik is stabiel en gelukkig. Mev. Pool beskryf haar eggenoot as 'n baie goeie, maar streng vader. Mev. Pool is die trotse moeder van vier dogters. Drie van haar dogters woon ook in Bloemfontein en twee van hulle het ook al afgetree.

Mev. Pool het in Bloemfontein kom woon nadat haar man van 'n leer afgeval het en vir vyf weke in die hospitaal was. Na die ongeluk het hy nooit weer sy kragte herwin nie en het hulle besluit om die plaas te verkoop. Hy het saam met haar in die tehuis vir bejaardes kom woon en is in die siekeboeg oorlede. Tans woon sy dus op haar eie. Sy geniet die versorging van die verpleegpersoneel en is ook baie dankbaar dat haar dogters so getrou na haar sake omsien. Haar gesondheid is volgens haar dokter nog goed en sy gaan gereeld elke maand vir 'n ondersoek. Sy moet nog haar tweede gehoorapparaat gaan haal. Haar oordrom het 'n paar jaar gelede gebars en die verlies aan gehoor is vir haar baie lastig. Sy het twee heupvervangings gehad nadat sy in haar eie huis geval en die heup gebreek het. Die eerste heupvervangings was nie baie suksesvol nie en daarom is 'n tweede een gedoen. Sy kan nog geredelik rondbeweeg, maar sy is versigtig en

- ♦ **"Ek kan regtig nie kla nie, die susters is almal baie goed vir ons en hm, dit is nou nie soos wanneer jy jou eie huis het, maar dit moet ons ook nou maar verstaan. Dit kan nie nou meer so wees nie."**

Mev. Pool monitor haar gesondheid baie goed. Sy vergelyk haar gesondheid met die van die ander inwoners wat meestal meer gesondheidsprobleme as sy ervaar en tesame met haar dokter se aanmoediging, beleef sy haar gesondheid as konstant en goed. Hierdie wete verskaf 'n gevoel van duidelikheid en gelykmatigheid aan haar lewe.

- ♦ **"Ag nee, ek meen daar is baie oumense wat baie erger is as ek, ek kan regtig nie kla nie. Soos gister was ek by die dokter toe sê sy: 'Tannie jy is baie gelukkig jy is nog baie gesond en jy het maar ook jou aan en af daggies, jou probleempies ...', maar ek kan regtig nie kla nie."**

(b) Hanteerbaarheid

Mev. Pool se gesondheid is vir haar 'n baie gerusstellende faktor in haar lewe. Sy weet egter dat die sentrum waar sy bly, goeie versorging sou verskaf indien enigiets sou fout gaan.

- ♦ **"Ja ek kry hoë bloeddruk, maar ons het mos susters hier wat jou bloeddruk kom neem as jy nie lekker voel nie, as jy sê jy voel nie lekker nie, dan kom hulle en besluit of jy 'n dokter moet sien en hulle stuur jou na die dokter toe, so ons word goed versorg hier."**

Die ondersteuning van mev. Pool se dogters is die belangrikste weerstandshulpbron wat sy gebruik om enige situasie te bemeester.

- ♦ "Hulle twee doen nou al my besigheid vir my, waar ek moet wees en gaan, vat hulle my en sorg vir medisynes en dinge wat ek self moet kry."
- ♦ "As jy op jou ouderdom is, dan doen hulle vir jou baie. Ek het die vier dogters soos ek sê en drie van hulle is in die stad en dingetjies wat ek nou nie hier kry nie, of so, dit doen hulle vir my alles, neem my dokters toe, koop maar die goedjies wat ek nodig het ..."
- ♦ "Hulle kyk mooi na my, gister weer was ek na die dokter toe en sy was oral saam met my ..."

(c) *Betekenisvolheid*

Mev. Pool se begrip van haar lewensomstandighede en hoe sy daarby aangepas het, dra daartoe by dat sy haar interaksie met die ander inwoners as baie betekenisvol kan hanteer. Sy vind in hulle 'n bron van sosiale ondersteuning wat haar oudag ophelder.

- ♦ "Ja ek is baie gelukkig, jy weet, ons boer nie bymekaar nie, maar in die eetsaal is almal bymekaar en jy maak maar daar vriende en so op 'n manier kom kuier iemand vir jou en jy gaan kuier vir 'n ander en so is ons maar saam ... ons is maar so een gesin."
- ♦ "Ja, baie keer is hier 'n span wat kom musiek maak of kom volkspele hou, ons gaan gereeld kyk daarna ..."

Haar behuising is ook 'n weerstandshulpbron wat haar help om gelukkig, tevrede en versorg te voel.

- ♦ "Want hier kry ek alles wat ek wil hê en ek word dokter toe gevat, elke maand en as dit nodig is, dan laat hulle 'n dokter kom en soos ek sê ons kry ons medisynes, die suster deel

elke aand vir ons uit en ons kry ons etes op ons tyd ... ja nee, ek is gelukkig hierso."

Mev. Pool ervaar ego-integriteit en daarom kan sy in hierdie tyd in van haar lewe fokus op veral die eksistensiële krisis van die dood en haar lewe sinvol afsluit deur die krisis goed deur te werk.

♦ **"Ek dink daar is nou net een paadjie en dit is die end. Ons moet daarvoor regmaak, iets anders is daar nie wat ek begeer nie, ek soontoe of ek wil soontoe nie. Ek is gelukkig hierso en ons het die geleentheid om vir ons reg te maak ... so as ons tyd kom, moet ons tevrede wees."**

7.5.2.2.2 Opsomming van data

Mev. Pool se ouers en gesin is baie goeie sosiale ondersteuningsbronne gedurende haar kinderlewe en lewer 'n positiewe bydrae tot die ontwikkeling van haar koherensiesin. Haar stabiele huwelik het 'n versterkende invloed op haar koherensiesin. Nou, op haar oudag, is die sosiale ondersteuning wat sy ontvang van haar dogters en vriende in die sentrum, behuising en gesondheid die weerstandshulpbronne wat sy benut om haar lewe te leef en af te sluit soos dit vir haar gepas is. Sy is 'n bejaarde wat haar ontwikkelingstake van affiliasie met die portuurgroep, aanpassing by haar liggaamlike verandering en aanvaarding van nuwe rolle, goed bemeester het. Sy ervaar haar omstandighede as gelukkig en voorspelbaar.

Vanuit 'n psigofortologiese oogpunt sou die afleiding gemaak kon word dat mev. Pool positiewe lewenskwaliteit kan ervaar weens die interaksie van die koherensiesin en weerstandshulpbronne wat sy benut. Hierdie afleidings kan gestaaf word deur te let om mev. Pool se stellings op onderskeidelik die Lewenstevredenheidskaal van Diener et

al. (1985) en die Fortaliteitskaal van Pretorius (1997). Sy behaal 'n telling van 31 uit 35 op die Lewenstevredensheidskaal en 68 uit 'n moontlike 80 op die Fortaliteitskaal.

7.5.3 BEJAARDE NR. 3: MEV. WILL

7.5.3.1 Lewensoorsig

Mev. Will is 'n 81-jarige dame. Sy woon tans in 'n selfversorgende eenheid in 'n aftree-oord in Bloemfontein. Sy is deel van 'n gesin van tien kinders. Sy beskryf haar kinderdae as baie gelukkig. Haar ouers woon op 'n plaas en daar is nie 'n oorfloed van materiële besittings nie. Mev. Will gaan woon op 11-jarige ouderdom by haar tannie in 'n ander dorp. Daar gaan sy skool tot en met standerd agt. Na standerd agt gaan sy weer terug na haar ouers. Gedurende die vakansie kom familie van die Kaap kuier en sy trek saam met hulle verder. In die Kaap voltooi sy standerd 10. Na skool gaan doen sy 'n sekretariële kursus en begin werk. Sy wou graag 'n verpleegster geword het, maar kon nie die 10 pond vir die uniform bymekaar kry nie. Sy werk vir ongeveer agt jaar en tree daarna in die huwelik. Haar eggenoot het 'n alkoholprobleem. Mev. Will skenk geboorte aan vier kinders binne 'n tydperk van vyf jaar. Die huwelik is baie onstabiel en haar eggenoot mishandel haar en die kinders. Haar vierde kind ly aan Downsindroom. Sy probeer die huwelik red en gee selfs vir haar onwetende eggenoot "*aniti-boose*"-medikasie in 'n poging om sy alkoholprobleem onder beheer te kry. Haar kinders ly geweldig onder die spanning in die huis en nadat haar eggenoot 'n buite-egtelike verhouding aanknoop, besluit sy om van hom te skei. Sy stuur die kinders na familie in Bloemfontein terwyl sy die skeisaak afhandel. In Bloemfontein kry sy weer 'n werk en met die hulp van haar familie verkry sy 'n huis en begin sy selfstandig vir haar gesin sorg. Sy leer ook bestuur en werk baie lank by dieselfde maatskappy. Op 74-jarige

HOOFTUK 8

INTERPRETASIE, GEVOLGTREKKINGS EN

AANBEVELINGS

8.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word daar 'n opsommende interpretasie van die navorsingsbevindinge asook die gevolgtrekkings gegee.

Hierdie bespreking sal bevindinge omtrent die verskillende ondersoekgroepe asook 'n samevatting van die ondersoekgroep as geheel insluit. Elkeen van die groepe sal aan die hand van die volgende kriteria bespreek word:

- ♦ Die ervaring van verstaanbaarheid.
- ♦ Die ervaring van hanteerbaarheid.
- ♦ Die ervaring van betekenisvolheid.
- ♦ Die prominentste algemene weerstandshulpbronne wat benut is in die instandhouding van die koherensiesin van die bejaardes.
- ♦ Samevatting van die bevindinge.

8.2 ONDERSOEKGROEP 1: INTERPRETASIE VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE VIR DIE PASIËNTE MET ALZHEIMER SE SIEKTE

8.2.1 Inleiding

Tydens die gesprekke met die Alzheimerpasiënte kon die effek van die siekte duidelik waargeneem word. Die herhaling van sekere woordfrases is die algemeenste verskynsel wat by al die pasiënte voorgekom het. Mev. Nel herhaal ses keer die volgende frase: "... ou mamma, moenie jy bekommer nie, ek sorg vir jou." Die verlies

van hul geheue word ontken en meestal word daar gekompenseer vir die verlies met humor of met versinsels van die verhaal. Mnr. Venter antwoord op die vraag of hy 'n stokperdjie het, die volgende: **"My vrou slaan, ha ha ... nee ek, ek weet nou nie."** Hierdie pogings van die pasiënte om die geheuegapings weg te steek, word deur Bell (1996) voorspel.

Al hierdie bejaardes, behalwe mev. Swanepoel, is in die eerste fase van die siekte. Die pasiënte toon duidelike simptome. Hulle sukkel byvoorbeeld om woorde te vind, verlê items en herhaal sekere vrae of stellings. Mev. Smith maak die volgende stelling: **"You just sometimes can't remember, ordinary things that you know very well..."** Die ervaring van hierdie simptome in die eerste fase van Alzheimer se siekte stem ooreen met wat Engel (1994) asook Bell (1996) beskryf. Persoonlikheidsveranderinge soos deur Engel (1994) beskryf, kon egter nie geverifieer word nie.

8.2.2 Die ervaring van verstaanbaarheid

Antonovsky (1979) definieer verstaanbaarheid as die mate waarin 'n persoon ervaar dat stimuli wat afkomstig is vanuit sy of haar eksterne en interne omgewing in die daaglikse lewe gestruktureerd, voorspelbaar en gelykmatig is. Weens die kognitiewe inkorting wat pasiënte met Alzheimer se siekte ervaar, is daar 'n mate van inperking van hierdie komponent. Die Alzheimerpasiënt se langtermyn- en korttermyngeheue word in so 'n mate aangetas, dat die verstaanbaarheidskomponent slegs op 'n konkrete wyse ervaar kan word. Hierdie groep is dus hoofsaaklik gerig op vaste roetines in hul daaglikse lewe. Die roetine wat hulle elke dag of elke week volg, verskaf aan hulle die ervaring dat hul leefwêreld georden is: **"Ja, ek**

het vanoggend 'n hele ent gestap hier na die winkelsentrum toe en ek het my goedjies gekoop, toe is dit etenstyd, toe het ek gaan lê en slaap en toe wou ek nou net my goedjies begin wegpak."

8.2.3 Die ervaring van hanteerbaarheid

Die wete dat die nodige hulpbronne beskikbaar en onder beheer van die persoon self of belangrike ander is, is die kern van die hanteerbaarheidskomponent (Antonovsky, 1979). Elkeen van die pasiënte ervaar wel dat die nodige hulpbronne tot hul beskikking is, hetsy onder die beheer van 'n familielid, 'n huweliksmaat of God.

Die Alzheimer se siekte lei tot 'n verlies van outonomie. Elkeen van hierdie pasiënte het dus versorging tot 'n mindere of 'n meerdere mate nodig. Hierdie versorging word in 'n tehuis vir bejaardes gebied: **"... dis die ideale plek vir oumense om te bly ... ons het 'n siekeboeg hier, as iets verkeerd is, dan kan ons net siekeboeg toe gaan"**, of die versorging van 'n familielid: **"Herman, hy is 'n wonderlike kind vir my gewees ... dan sê hy mamma moet nie bekommer nie, ek sorg vir jou"**. Die beheer van God word ook dikwels in die gesprekke van drie van die pasiënte gemeld. Dit is duidelik dat geloof in God, Sy Voorsiening en Almagtige Wil, 'n baie belangrike bron van hanteerbaarheid is: **"It's only God that gives you strength."**

Die pasiënte vergelyk hulself met ander bejaardes, meestal met bejaardes wat meer beperkinge as hulself ervaar. Hierdie proses lei tot die positiewe evaluering van hul eie gesondheid en dra dus by tot positiewe emosionele belewenis. Hierdie emosionele belewenis lei tot

die ervaring dat hulle die nodige hulpbronne het om hul leefwêreld te hanteer: " ... **maar wat hierdie klomp hierso, is net sulke ou goed soos ek, jy weet, opgeroes en ek dink partykeer, ek onthou beter as party van hulle.**" Hierdie bevinding is in ooreenstemming met die teorie van Solovey, Rothman, Detweiler en Steward (2000) wat postuleer dat positiewe affek ontlok kan word deur jouself te vergelyk met ander wat slegter daaraan toe is. Dit bring mee dat die persoon beter oor hom- of haarself voel en die positiewe affek wat daarmee saamgaan, verskaf die nodige sielkundige hulpbronne om sy of haar siektetoestand doeltreffer te hanteer.

Taylor, Kemeny, Reed, Bower en Gruenewald (2000) beweer dat groot stressore soos siekte dikwels lei tot addisionele stressore soos werkverlies, finansiële bekommernis en 'n toename in 'n gevoel van afhanklikheid. Hierdie addisionele stressore word egter beter hanteer deur individue met toegang tot goed ontwikkelde psigososiale hulpbronne. Hierdie teorie word ook deur die Alzheimerpatiënte bevestig. Elkeen van hierdie pasiënte het of 'n familielid of 'n vriend wat voortdurende psigososiale ondersteuning bied en dus bydra tot die doeltreffende hantering van hul siektetoestand: "**Jong as ek sien ek kan dit nie behartig nie, dan vertel ek vir haar (eggenoot) ek kry hulp of sy vat my na 'n plek waar ek hulp kry.**"

8.2.4 Die ervaring van betekenisvolheid

Vir die ervaring van betekenisvolheid is dit baie belangrik dat die persoon as deelnemer betrokke moet wees by die prosesse wat sy of haar toekoms en daaglikse bestaan vorm (Antonovsky, 1979). Die mate van goeie gesondheid wat die Alzheimerpatiënt nog wel ervaar, kan bydra tot sy of haar ervaring van betekenisvolheid. Die oorgrote

persentasie van die pasiënte ervaar hul geheue en gesondheid as baie goed wat hulle dus in staat stel om betrokke te bly in die besluitnemingprosesse van hul lewe: **"Ek is baie dankbaar dat ek so gesond is soos wat ek is,... ek brei en hekel nog en maak somtyds rokke."** Caplan (1990) se teorie word dus ook bevestig, naamlik dat dit nie noodwendig die neem van groot besluite is wat die gevoel van outonomie versterk nie, maar die alledaagse besluite oor lewensaktiwiteite.

Volgens Antonovsky is betekenisvolheid die motiveringskomponent van die koherensiesin. Gebeure in die persoon se lewe moet dus op emosionele vlak sin maak en die persoon motiveer om betekenis te vind, selfs in moeilike omstandighede (Antonovsky, 1979). Die teenwoordigheid van God in die kandidate se lewe dra daartoe by dat die lewe op 'n emosionele vlak sin maak: **"Ek wil net sê, die Here is baie goed vir my ... ek het nog baie om voor dankbaar te wees."**

Die teenwoordigheid van vriende of familie wat die pasiënte ondersteun en versorg is sekerlik die faktor wat die grootste bydrae lewer tot die ervaring van betekenisvolheid in die Alzheimerpasiënte se bestaan. Die vriende of familie tree nie net op as versorgers nie, hulle is ook hierdie pasiënte se metgeselle en die persone by wie hulle veilig en geliefd voel: **"Lottie, sy is nou eintlik my beste vriendin, jy weet daar is iemand wat alles van jou weet en wil weet, dit is Lottie ..."**

Belangrike weerstandshulpbronne wat deur die pasiënte benut word

Die resultate van die ondersoek dui op die deurlopende teenwoordigheid van faktore wat die Alzheimerlyer se vlak van psigofortigeniese funksionering in stand help hou. Hierdie faktore is die algemene weerstandshulpbronne wat deur Antonovsky (1979) geformuleer is. Eerstens kan daar gelet word op die fisiese of biochemiese weerstandshulpbron, naamlik gesondheid. Die relatiewe vlak van gesondheid wat elkeen van die pasiënte wel ervaar, bevorder 'n gevoel van outonomieit en op daardie manier word die ervaring van betekenisvolheid, hanteerbaarheid sowel as verstaanbaarheid in die hand gewerk. Die weerstandshulpbron help die persoon dus om op 'n daaglikse basis deel te wees van die alledaagse lewensbesluite wat geneem moet word. Die interpersoonlike weerstandshulpbronne is die tweede belangrike groep hulpbronne wat Antonovsky (1979) noem. In hierdie groep kan veral gelet word op die ondersteuning en versorging van die familie, kinders of eggenote, en die vriende. Verder tree die makro-sosiokulturele weerstandshulpbronne sterk na vore. Geloof in God is hier van groot belang. Geloof in God dra by tot die verstaan van die lewe en ook tot die sinvolheid van die lewe.

8.2.5 Samevatting

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat alhoewel die kognitiewe komponent van die koherensiesin by die pasiënt met Alzheimer se siekte ingeperk is, dit steeds vir die pasiënte moontlik is om die wêreld as georden waar te neem. Slegs een van die pasiënte is egter bewus daarvan dat hy Alzheimer se siekte het. Die res van die pasiënte leef saam met die beperkinge wat die siekte bring deur onbewustelik aktiewe hanteringsmeganismes aan die dag te lê. Daar

was geen opvallende verskil tussen die pasiënt wat ingelig is oor sy siektetoestand en die wat oningelig is nie. Pasiënte in hierdie groep benut die weerstandshulpbron van sosiale ondersteuning om hul leefwêreld ten spyte van beperkinge hanteerbaar te maak en steeds positiewe lewenskwaliteit te ervaar: **"Ek is nou op pensioen en so aan, maar ek en my vrou kom daarmee uit ... ons bly lekker hier ... so ek sien die toekoms vir ons net as baie lekker."** Selfs mev. Swanepoel, die pasiënt wie se Alzheimer se siekte al meer gevorderd is as fase een, toon te midde van verskeie onsamehangende sinsnedes dat sy gelukkig is: **"Ja ek bly lekker, ek kan nie kla nie."** Hierdie positiewe ervaring van haar lewe kan heel moontlik toe geskryf word aan die liefdevolle versorging deur haar eggenoot. Al kan die teenwoordigheid van die psigofortologiese faktore dus nie meer betroubaar afgelei word uit die onderhoud met haar nie, kan sy steeds positiewe lewenskwaliteit ervaar met die hulp van haar sosiale ondersteuningsbron.

Die afleiding sou dus gemaak kon word dat sosiale ondersteuning van familie en vriende en hulle relatiewe gesondheidsvlak, afgesien van die Alzheimer-simptome en hulle geloof in God, van kardinale belang is vir die instandhouding van die Alzheimerpasiënte se koherensiesin. Hierdie twee weerstandshulpbronne verseker dat die Alzheimerpasiënte die nodige sielkundige sterkte het om die kognitiewe en fisieke beperkinge wat hul siektetoestand meebring, suksesvol te kan hanteer en steeds positiewe lewenskwaliteit te ervaar.

8.3 ONDERSOEKGROEP 2: INTERPRETASIE VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE VIR DIE PASIËNTE MET RUMATOÏDE ARTRITIS

8.3.1 Inleiding

Ollier en McGregor (1995) beweer dat twee tot drie keer meer vroue as mans aan rumatoïde artritis ly. Derhalwe is dit nie vreemd dat al die pasiënte in hierdie bepaalde ondersoekgroep vroue is nie. Eberhardt en Fex (1998) beweer dat die kliniese beeld van die siekte van dag tot dag wissel en dat hierdie wisselinge deur fisieke, ongewings- of emosionele faktore teweeg gebring kan word. Die ondervindinge van die ondersoekgroep staaf die opvattinge: "**... my vingers is nou nie elke dag ewe seer nie ... behalwe as dit onweer is dan is my vingers bietjie seer van die artritis ...**".

Die teenwoordigheid van die kenmerkende tekens van rumatoïde artritis, soos beskryf deur Beare en Myers (1994), is ook bevestig. Hulle beweer dat tot 25% van pasiënte subkutane nodules ontwikkel. In hierdie ondersoek word hierdie bevinding bevestig en subkutane nodules was teenwoordig by twee van die pasiënte: "**Ek kry nou knoppe op my vingers en hulle gaan krom, al die rigtings in.**"

Whalley et al. (1997) bevind dat pasiënte se ingeperkte beweeglikheid tot 'n groter mate van afhanklikheid by die pasiënte lei met die gevolglike hoër voorkoms van emosies soos woede, frustrasie en depressiwiteit. Hierdie onderhawige studie bevestig wel dat emosies van frustrasie ervaar word deur die pasiënte weens die inperking van hul beweging: "**Jy kan nie meer doen wat jy gedoen het nie, dan raak jy natuurlik 'n bietjie gefrustreerd, soos party dae het ek**

nie die krag om 'n koeldrankbottel oop te draai nie, dan word jy maar half opstandig."

8.3.2 Die ervaring van verstaanbaarheid

Volgens Antonovsky (1979) is dit belangrik dat die persoon die stimuli wat hy of sy van sowel die interne as die eksterne omgewing ontvang as voorspelbaar en gestruktureerd waarneem. Die pasiënte in hierdie ondersoek verstaan die beperkinge wat hul siektetoestand op hul lewe plaas. Hierdie kognitiewe begrip wat hulle het van die siekte, lei daartoe dat hul wêreld voorspelbaar is. Die presiese beperkinge en aktiwiteite kan voorspel word en daarom kan hul leefwêreld as verstaanbaar waargeneem word: **"... die pyntablette drink ek nie elke dag nie, net as ek weet, soos nou het ek nie 'n bediende nie en dis skottelgoed, potte en panne, dan drink ek maar 'n pynstiller of twee, dan gaan ek die dag deur."**

Die pasiënte het ook 'n baie sterk geloof in die wil van God in hul lewens. Hul geloof dat God hulle lewe se tydperk en roete beplan en bepaal het, lei daartoe dat elke dag as georden waargeneem kan word: **"Weet jy, ek glo toe ek die dag gebore is, het die Here my pad vir my beplan. Hy het geweet waarlangs Hy vir my lei en as persoon dink ek nie ek kan iets daaraan doen nie, wat oor my kom dit voel ek, het die Here mee 'n doel waarom Hy dit doen."**

Op kognitiewe vlak speel die pasiënte se lewensfilosofieë ook 'n kardinale rol in die ordening en ook in die voorspelling van gebeure. Hierdie lewensfilosofieë verskaf 'n riglyn van hoe elke situasie hanteer behoort te word, wat dus 'n mate van voorspelbaarheid van die situasie bewerkstellig. Dit kan trouens ook bydra tot die ervaring van

sinvolheid: "mens moet nooit te gou gaan sit nie, jy weet, as jy eers gaan sit dan dink jy, jy kan nou niks meer doen nie ... 'n mens moet 'n belangstelling hê, dit is wat ek natuurlik glo, mens moet belangstelling hê, ek is lief vir brei en bak ... dit gee weer vir 'n mens, dit maak die lewe sinvol jy weet, jy sien dat jy darem kan."

Die pasiënte maak 'n onderskeid tussen hul algemene gesondheid en hul rumatoïde artritis. Hierdie onderskeid help hulle dus om steeds 'n positiewe opvatting omtrent hul gesondheid te hê te midde van die simptome van die artritis: **"Man, met my gesondheid gaan dit eintlik goed, behalwe as dit onweer is dan is my vingers bietjie seer van die artritis, maar wat nie so erg dat ek nie my werk kan doen nie."**

8.3.3 Die ervaring van hanteerbaarheid

Volgens Strümpfer (1990) is dit belangrik dat die persoon waarneem dat die beskikbare hulpbronne genoegsaam is om die eise wat deur die stimuli gestel word, suksesvol te kan hanteer. Die wete van die beskikbaarheid van ondersteuning van vriende in tye wanneer die pasiënt in nood is, of moontlik in nood sou verkeer, lei tot 'n gevoel van hanteerbaarheid by hierdie pasiënte: **"Elkeen wat ek kry groet ek en ons gesels en hier is niemand wat ek selfs in die nag sal gaan wakker klop wat my nie sal help nie."** Die waarde van hierdie sosiale ondersteuningshulpbron blyk dus duidelik.

Familieledede wat betrokke is by die pasiënte se versorging dra ook by tot die pasiënte se waarneming van hul situasie as hanteerbaar, veral aangesien die vriende gereedlik beskikbaar is: **"Dan los ek dit net,**

ek los dit tot my seun kom, dan sê ek vir hom, 'Draai vir my die bottel oop of doen dit of doen dat, wat ek nie kan doen nie, help hy my mee, jy weet as hy kom, sal hy my kom help.'"

Kaufman (1986) se siening dat sosiale ondersteuning as emosionele buffer dien wat aan die persoon die wete verskaf dat in stresvolle lewensituasie, hulpbronne beskikbaar is, word dus bevestig.

Huishoudelike masjiene soos wasmasjiene dien in sommige gevalle ook as 'n hulpbron wat die pasiënte help om hulle dagtake af te handel: **"Ek moet versigtig wees as ek vat. As ek wasgoed was, dan moet ek hom net so 'n drukkie gee, gelukkig het ek 'n wasmasjien wat kan 'spin'."**

8.3.4 Die ervaring van betekenisvolheid

Dit is nodig vir 'n persoon om te voel dat hy of sy deel is van die prosesse wat hul daaglikse bestaan vorm, ten einde 'n ervaring van betekenisvolheid te beleef (Antonovsky, 1979). Dit impliseer immers dat die persoon aktief betrokke in sy of haar lewensituasie en besluitneming is en dus 'n mate van outonomie kan geniet. Tydens hierdie studie is bevind dat outonome funksionering en die vermoë tot die suksesvolle hantering van dagtake vir die pasiënt van besondere waarde is: **"Ek is vir baie dinge dankbaar. Ek doen nog my wasgoed self, ek doen my woonstel self, ek kan nog in die bad klim, ek kan my hare was en ek kan hulle indraai."** Mace (1987) beweer dat gereelde oefening en ontspanning dikwels bydra tot beter sosialisering, gesondheid en hoër lewenskwaliteit. Hierdie siening word byvoorbeeld deur die volgende bevestig: **"Ek stap baie, kyk ek moet stap, ek stap na die sentrum toe en na tannie Sannie en tannie**

Nola en by al my vriendinne, en dan stap ek tot by my Dokter in Elbagstraat. Dit is vir my lekker om te stap, vroeg in die oggend is hier ook 'n ander dame wat ook so 'n hartomleidingsoperasie gehad het, dan loop ons tot by die hek en om, dan stap ons saam."

Die ondersteuning en liefde wat die pasiënte van hul familie ontvang, dra grootliks by tot hul ervaring van geluk en tevredenheid: **"My beste vriend is maar my seun, hy het my altyd gehelp en my twee dogters ook, baie liewe kinders. Hulle kyk mooi na my en die kleinkinders is baie lief vir my."** Net so is die ondersteuning en kameraadskap van die pasiënte se vriende vir hulle van groot waarde: **"As ons nou die dag voel, jy weet die lewe druk 'n bietjie, dan laai jy maar een of twee vriendinne op en dan ry jy net na Pick 'n Pay en drink daar 'n koeldrank of so, as jy terugkom dan is dit nie meer so donker nie, jy weet."** Hierdie bevindinge bevestig die opvatting van Solovey et al. (2000) wat postuleer dat sosiale ondersteuning tot die ervaring van minder stres in 'n uitdagende situasie lei. Die navorsers beweer ook verder dat die ervaring van hartlike sosiale verhoudinge by die persoon 'n gevoel van veiligheid aanwakker in die wete dat hulp beskikbaar is. Dit voorkom dat mense eensaam voel.

Die pasiënte se geloof in God se wil en Sy versorging vir hulle, gee hulle die moed en krag om elke dag aan te pak: **"Die Here het my gemaak en ek is so. Ek is deur my lewe gelei en as ek dink hoe wonderbaarlik 'n mens gelei word. Jy word beskerm en as dit nie Genade van Bo is nie ... "** Csikszentmihalyi en Patton (1997) se

bevinding dat die geloof in 'n bonatuurlike orde, subjektiewe welstand verhoog, word dus hiermee bevestig.

8.3.5 Prominente weerstandshulpbronne wat deur die pasiënte benut word

Antonovsky (1979) klassifiseer gesondheid as fisieke en biochemiese weerstandshulpbronne. Dit lewer 'n bydrae tot outonome funksionering en verhoogde belewenis van betekenisvolheid. In die groep van kognitiewe weerstandshulpbronne word daar van kognitiewe vaardighede gebruik gemaak wat die persoon in staat stel om 'n lewensfilosofie daar te stel en te handhaaf. Die proses help die pasiënt om die eise wat aan hom of haar gestel word as voorspelbaar waar te neem. In die groep van interpersoonlike weerstandshulpbronne word daar van die sosiale ondersteuning van sowel familie as vriende gebruik gemaak. In die groep makro-sosiokulturele weerstandshulpbronne word geloof in God benut as 'n weerstandshulpbron.

8.3.6 Samevatting

Antonovsky (1987) beweer dat daar in elke mens se lewe areas sal wees wat nie betekenisvol, hanteerbaar of verstaanbaar is nie. Die individu kan gevolglik 'n grens stel wat hierdie area in sy of haar lewe nie insluit nie en sodoende 'n negatiewe invloed op die koherensiesin vermy. Verskeie pasiënte tref 'n onderskeid tussen hulle gesondheid en hul rumatoïde artritis. Die rumatoïde artritis word dus as iets 'apart' van die pasiënt se gesondheid beskou. Die onderskeid help hulle om steeds 'n positiewe beeld van hul gesondheid te handhaaf ten einde steeds hul dagtaak te kan voltooi en dus hul lewens as betekenisvol en hanteerbaar waar te neem. Die teorie van Antonovsky (1987) word

dus bevestig in hierdie groep deurdat hulle in werklikheid hul siektetoestand buite die grense van hul koherensiesin skuif terwyl die res van hul gesondheid binne die grense van die koherensiesin behou word. Op die manier kan die siektetoestand nie 'n skuif na die siektepool van die gesondheidskontinuum veroorsaak nie. Die rumatoïde-artritis-pasiënt is dus in staat om steeds positiewe lewenskwaliteit te ervaar te midde van die fisieke beperkinge wat hierdie siektetoestand stel, deur die siektearea van sy of haar lewe buite die grense van die koherensiesin te stel: **"... ek dink nie, ek glo nie die artritis is my grootste probleem nie, my hande voel styf en warm en seer en die knoppe is bietjie pynlik en so, maar ek steur my nie baie aan die artritis nie."**

Soos vir ander bejaardes, is dit ook vir hierdie groep pasiënte belangrik om outonoom te kan funksioneer. Goeie gesondheid is daarom vir hulle ook 'n belangrike weerstandshulpbron wat hulle in staat stel om steeds aktief aan die lewensgang deel te neem en betekenisvolheid te kan ervaar. Deur die rumatoïde artritis buite die bestek van 'gesondheid' te plaas, kan die relatiewe goeie gesondheid wat hulle andersins geniet, steeds die rol van 'n positiewe weerstandshulpbron vervul. Die afleiding sou dus gemaak kon word dat weerstandshulpbronne soos gesondheid, sosiale ondersteuning en geloof, die belangrikste bydraes lewer tot hierdie persone se ervaring van hul leefwêreld as sowel voorspelbaar en georden as hanteerbaar en sinvol, en derhalwe tot 'n goeie koherensiesin. Hierdie pasiënte ervaar dus steeds positiewe lewenskwaliteit te midde van die fisieke beperkinge wat die rumatoïde artritis aan hulle stel: **"Dit was lekker, baie lekker, dit was net een fees, almal was, almal vriende, my een vriendin kom nou in Januarie terug ... dan is ons almal**

weer voltallig ... ek het my kinders grootgemaak, twee van my kleinkinders al sien trou en ek het sewe van hulle, nee wat ek is doodtevrede."

8.4 ONDERSOEKGROEP 3: INTERPRETASIE VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE VIR BEJAARDES WAT NIE AAN ALZHEIMER SE SIEKTE OF RUMATOÏDE ARTRITIS LY NIE

8.4.1 Inleiding

In hierdie groep bejaardes was daar net vroue. Die lede van hierdie bepaalde ondersoekgroep is baie gesond en 75% van die lede gebruik geen medikasie nie. Hierdie bejaardes het die meerderheid van die ontwikkelingstake van die bejaarde, soos deur Havighurst (1979) uiteengesit, bemeester. Hulle affilieer goed met hul portuurgroep: "... ons boer nie bymekaar nie, maar in die eetsaal is almal bymekaar en jy maak maar daar nuwe vriende en so op 'n manier kom kuier iemand vir jou en jy gaan kuier vir 'n ander een en so is ons maar saam ... ons is maar so een gesin". Die bejaardes het ook aangepas by nuwe rolle en aktiwiteite: "Ja, Saterdagmiddag was hier drie vriendinne gewees. Ons het gesit en Noot vir Noot saam gekyk, saam tee gedrink en lekker saam gekuier." Die grootste persentasie van hierdie groep ervaar ego-integriteit en is baie tevrede met hul lewe: "Nooit, nooit, nooit was ek spyt nie. My lewe was baie geseënd en as ek my lewe kon oor hê, sal ek seker dieselfde hê."

8.4.2 Die ervaring van verstaanbaarheid

Drie van die vier lede van hierdie bepaalde ondersoekgroep ervaar hul lewens as verstaanbaar. Die vierde lid is nog in 'n aanpassingsfase by haar nuwe tuiste aangesien haar huidige behuising, naamlik 'n tehuis

vir bejaardes, vir haar nog redelik onaanvaarbaar is en heeltemal buite haar verwysingsraamwerk val: **"So ek ken nie eintlik hierdie opset nie, my grootouers, altwee van hulle is by ons in die huis oorlede."** Die ander lede van hierdie onderzoekgroep se lewensoriëntasie word egter deur 'n bepaalde doelgerigtheid gekenmerk wat hulle in staat stel om hul leefwêreld as georden en gestruktureerd waar te neem: **"Ek dink die groot ding is 'n ou moet nie gaan sit nie, jy moet besig bly ... hier is, jy kan eintlik so baie vir mense beteken hierso ... die begeerte om daardie tipe werk te doen, het ek nooit eintlik vergeet nie."**

8.4.3 Die ervaring van hanteerbaarheid

Die lede van hierdie bepaalde onderzoekgroep ervaar dat of hulleself of belangrike persone in hul lewe die nodige hulpbronne beskikbaar sal kan stel om enige onverwagte situasie die hoof te kan bied. Hierdie belangrike persone sluit in familie, vriende en ook die personeel by die tehuis vir bejaardes: **"Ek kry hoë bloeddruk, maar ons het mos susters hier wat jou bloeddruk kom neem as jy nie lekker voel nie. As jy sê jy voel nie lekker nie, dan kom hulle en besluit of jy 'n dokter moet sien en hulle stuur jou na die dokter toe, so ons is goed versorg hier."** Familie is 'n baie belangrike bron van veral emosionele ondersteuning en hulle bystand in moeilike situasies is van groot waarde vir die ervaring van hanteerbaarheid: **"As jy op hierdie ouderdom is, dan doen hulle vir jou baie. Ek het die vier dogters en soos ek sê, drie van hulle is in die stad en dingetjies wat ek nou nie hier kry nie, of so, dit doen hulle vir my alles, neem my dokters toe, koop maar die goedjies wat ek nodig het."**

Dan is daar ook nog die ervaring dat hulle die inherente vermoë het om die eise wat hul leefwêreld stel, self te hanteer: **"Adel is so bang ek is eensaam. Maar ek is nie 'n eensame mens nie, ek amuseer myself, ek het altyd iets om te doen en ek dink dit is net goed, ek kan nie sit en niks doen nie."**

8.4.4 Die ervaring van betekenisvolheid

Die lede van hierdie bepaalde ondersoekgroep ervaar dat hulle nog aktief kan deelneem aan die daaglikse lewensprosesse. Hulle gesondheid stel hulle in staat om self te kan besluit oor wat hulle elke dag wil doen: **"As ek nie naaldwerk doen nie, dan gaan ek in die kombuis in en dan besluit ek, ek gaan dit of dat doen. Ek is baie gelukkig."**

Hierdie bejaardes kan ook weens hul goeie gesondheid uitreik na ander bejaardes en dit is 'n baie groot bron van betekenis en motivering vir hul daaglikse bestaan: **"Met my gaan dit sommer baie goed want, nou doen ek die dinge (sny ander bejaardes se naels en ry hulle rond) dink ek wat ek altyd in my lewe wou gedoen het."** Selfs die lid van die ondersoekgroep wat oënskynlik 'n lae vlak van verstaanbaarheid ervaar, vind betekenis in die hulp wat sy aan ander kan bied: **"En hier as ek net vir iemand nog 'n stukkie kan lees of ek kan net vir hom 'n bottel optel of 'n dingetjie uit die yskas haal, is ek doodtevrede."**

Die bejaardes se geloof in God versterk hulle en motiveer hulle om elke dag met selfvertroue binne te gaan: **"maar wat my vasgehou het, wat my ondersteun het, was dat ek geglo het ... my godsdiens trek my deur."** Die teenwoordigheid van vriende en

familie wat hul liefhet en ondersteun is vir hierdie pasiënte van groot waarde: **"Hulle kyk mooi na my, gister weer was ek na die dokter toe en sy was oral saam met my."**

8.4.5 Prominente weerstandshulpbronne wat deur die pasiënte benut word

Fisieke gesondheid skyn die weerstandshulpbron te wees wat die meeste deur hierdie groep benut word. Hierdie weerstandshulpbron stel die pasiënte in staat om onafhanklik te funksioneer en om uit te reik na ander bejaardes. Hierdie proses waarin die een bejaarde uitreik na 'n ander bejaarde is 'n baie kragtige wapen omdat dit die pasiënte die geleentheid bied om van hulself vir 'n ander persoon te 'gee' en op 'n baie konkrete manier te kan ervaar dat hulle 'n positiewe verskil maak in 'n ander persoon se lewe. Sodoende kom die bejaarde ook in aanraking met bejaardes met meer beperkinge as die persoon self. Dit is vir die bejaardes uiteraard 'n positiewe ervaring om in staat te wees om hulself gunstig met ander te vergelyk. Soos ook by die ander ondersoekgroepe, vorm die sosiale ondersteuning van vriende en familie 'n belangrike weerstandshulpbron wat grootliks bydra tot ervaringe van hanteerbaarheid en betekenisvolheid. Laastens word die makro-sosiokulturele weerstandshulpbron van geloof in God en Sy onderskraging aan die persoon benut om die lewe as sinvol en verstaanbaar te ervaar.

8.4.6 Samevatting

Lede van hierdie groep gebruik basies dieselfde weerstandshulpbronne om die ervaring van verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid te fasiliteer as die bejaardes in die ander twee groepe. Die bejaardes in hierdie groep ervaar positiewe

lewenskwaliteit as gevolg van die teenwoordigheid van genoegsame weerstandshulpbronne in hulle lewe, asook die lewensoriëntasie dat stimuli afgelei uit die omgewing verstaanbaar, hanteerbaar en betekenisvol sal wees. Die een pasiënt in die groep wat verminderde verstaanbaarheid ervaar vanweë die feit dat haar familie nie wil hê dat sy by hulle moet bly nie, ervaar tog ook 'n relatief hoë mate van lewenskwaliteit. Selfs sy is besig om aan te pas by haar omstandighede deur weer betekenis daarin te probeer verkry en sy doen dit deur haar toe te spits op die hulp wat sy aan ander kan verleen.

8.5 SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE

In hierdie studie is ondersoek ingestel na die faktore wat die ervaring van lewenskwaliteit van die bejaardes met Alzheimer se siekte, rumatoïde artritis en ook bejaardes wat nie een van hierdie twee siektes het nie, moontlik maak. Die teorie van die psigofortigenese is dus ondersoek om vas te stel of die teorie ook geldig sou wees indien daar 'n kroniese lewensbedreigende stressor soos Alzheimer se siekte in die persoon se lewe teenwoordig is.

In die studie is bevind dat die teenwoordigheid van so 'n kroniese siektetoestand nie bepalend vir die ervaring van positiewe lewenskwaliteit is nie. Daar was slegs een pasiënt in die rumatoïde-artritis-groep wat 'n mindere mate van lewenskwaliteit ervaar het en die bepalende oorsaak vir die ervaring van die verminderde lewenskwaliteit kon toegeskryf word aan haar ervaring van verwerping deur haar familie, wat in werklikheid niks met haar siektetoestand te make het nie.

Tydends die studie is bevind dat die algemene weerstandshulpbronne van sosiale ondersteuning, geloof en gesondheid, die belangrikste faktore in die belewing van die elemente van koherensiesin, naamlik verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid is. Veral die weerstandshulpbron van "sosiale ondersteuning deur vriende en familie" is van groot belang in die belewing van 'n positiewe lewenskwaliteit by die bejaardes. Dit is ook juis die afwesigheid van hierdie hulpbron in twee van die pasiënte se lewens wat aanleiding gee tot hul verminderde ervaring van lewenskwaliteit.

Otonomie is ook geïdentifiseer as 'n belangrike faktor in die belewing van hanteerbaarheid en betekenisvolheid. Otonomie word bevorder indien die bejaarde sy of haar gesondheid as goed kan beskou en dus nog algemene selfversorgende take kan behartig. Daar word twee meganismes aangewend om hul gesondheid as positief te kan beskou. In die Alzheimergroep is die bejaardes geneig om hulself te vergelyk met bejaardes met meer beperkinge as hulself en in die rumatoïde-artritis-groep is die bejaardes geneig om die artritis te isoleer as 'n aparte gesondheidsentiteit wat dus nie deel vorm van die belewenis van hulle algemene gesondheidstoestand nie. Op die wyse kan die bejaardes steeds hul gesondheid as positief beskou. In die kontrolegroep bejaardes word daar wel van vergelyking met ander bejaardes gebruik gemaak, maar in 'n baie geringe mate.

Uit die studie kon ook afgelei word dat die vaslegging van die koherensiesin werklik eers gedurende volwassenheid plaasvind. Antonovsky (1979) beweer dat die konsolidering van die koherensiesin rondom die ouderdom van 30 jaar plaasvind. Hierdie bevinding kan tot 'n mate gestaaf word deurdat die invloed van negatiewe ervarings

gedurende die kindertyd en selfs tydens middel-volwassenheid in die latere jare teengewerk kon word deur koherensiesinversterkende faktore soos 'n sterk huwelik, 'n goeie werk en stabiele gesinslewe, en wat dan bydra tot die vestiging van 'n positiewe koherensiesin.

Tydens hierdie studie kon ook gelet word op die oorvleueling tussen die konsepte "psigofortologie" en "lewenskwaliteit" soos gekonseptualiseer deur die navorser. Oorvleueling vind plaas tussen weerstandshulpbronne en faktore wat lewenskwaliteit bepaal, en wel op die gebied van outonomie, fisieke aktiwiteit, sosiale ondersteuning en behuising.

Somers en Spears (1992) beweer dat die moraal in 'n aftree-oord baie hoog is en dat die bejaardes wat daar woon gelukkiger is as die bejaardes wat in tehuise vir bejaardes woon. In hierdie studie is daar wel gelet op die verskille in die ervaring van positiewe lewenskwaliteit wat moontlik mag voorkom tussen die inwoners van die tehuis vir bejaardes en bejaardes wat in 'n aftree-oord met selfversorgende eenhede woon. Daar kon egter nie bevestiging vir hierdie bevindinge verkry word nie. Daar is slegs een bejaarde wat in 'n tehuis vir bejaardes woon wat verminderde lewenskwaliteit ervaar en dit is slegs omdat sy hoegenaamd nie daaraan glo dat 'n bejaarde ouer nie deur sy of haar kinders versorg word nie. Die res van die inwoners van die tehuis vir bejaardes geniet die versorging wat hul ontvang binne die tehuis. Selfs al beteken dit dat hulle minder outonoom is omdat hulle nie meer enige huishoudelike take self verrig nie, is dit duidelik dat hulle vrede gemaak het met hul vlak van outonome funksionering en regtig die versorging geniet en waardeer. Die aftree-oord bied wel geleentheid vir outonome funksionering, maar daar is ook 'n

kameraadskap tussen die inwoners onderling wat 'n positiewe effek op hul ervaring van lewenskwaliteit het: **"Ek bly dan liewer hier, dan kom die een inloer en dan kom daardie een inloer en jy gesels en jy maak 'n ou grappie en die en jy is nie so alleen nie."**

Hierdie studie bevestig dus die teorie van die psigofortigenese as bepalende faktor in die belewing van lewenskwaliteit by bejaardes ongeag die teenwoordigheid van verstandelik-inkapasiterende of nie-verstandelik-inkapasiterende kroniese siektes. Dit is die bevinding van hierdie studie dat bejaardes aanpas by hul omstandighede en dat die moontlikheid bestaan dat die oorgrote persentasie van bejaardes positiewe lewenskwaliteit kan ervaar ten spyte van sub-optimale omstandighede.

8.6 EVALUERING VAN DIE HUIDIGE STUDIE

Vervolgens word opmerkings gemaak oor die waarde, tekortkominge en moontlikhede van die studie.

8.6.1 Die waarde van die studie

Hierdie studie verskaf inligting omtrent die subjektiewe belewing van die bejaardes wat aan Alzheimer se siekte, rumatoïde artritis of aan geeneen van voorafgenoemde siektes nie ly. Hierdie navorsing werp lig op die subjektiewe ervaring van psigofortigeniese faktore en lewenskwaliteit by bejaardes en wys ook spesifiek op die belang van weerstandshulpbronne soos sosiale ondersteuning, godsdiens en gesondheid in die instandhouding van 'n koherensiesin by die bejaarde. Hierdie ondersoek kan moontlik dien as vertrekpunt vir verdere studie oor psigofortologiese faktore by die Alzheimerpatiënt of

in die artritis pasiënt, asook in die ondersoek by pasiënte met ander kroniese toestande. Verdere aanbevelings word later bespreek.

8.6.2 Die tekortkominge van die studie

Veralgemening word bemoeilik wanneer so 'n beperkte getal persone in elkeen van die ondersoekgroepe gebruik word. Die navorser stel voor dat meer persone per kategorie vir verdere navorsing gebruik word en ook dat die steekproeftrekking meerdere kategorieë van die bevolking insluit en nie slegs 'n blanke middelklasgroep nie. Die gebrek aan ondervinding van die navorser in die kuns van onderhoudvoering kon bydra tot die verlies van waardevolle inligting. Hier volg 'n voorbeeld waarin die navorser inligting met duidelike emosionele inhoud misgekyk het in 'n poging om vas te stel wat die pasiënt se ervaring van haar ouers was.

MEV. DAISY: "Dit is deur hom dat ek baie pak gekry het, maar ons was baie na aan mekaar, ons was ..."

NAVORSER: "En waar is tannie se boetie nou?"

MEV. DAISY: "Hy is oorlede."

NAVORSER: "Is dit nou lank wat hy oorlede is?"

MEV. DAISY: "Ja, seker so ses of sewe jaar, wat hy oorlede is."

NAVORSER: "En tannie se pappie, was hy 'n kwaai pa?"

Mev. Daisy se broer was vir haar van groot emosionele betekenis, maar die navorser bly in gebreke om dit verder te eksploreer.

8.6.3 Aanbevelings vir hierdie studie

Die proses van kwalitatiewe navorsing is 'n baie sensitiewe proses waar baie berus op die navorser se waarnemingsvermoë. Die navorser beveel aan dat hoogstens twee onderhoude per dag gevoer moet word. Die navorser moet ook poog om so gou as moontlik die protokol

te ontleed ten einde 'n vars, kliniese indruk van die onderhoud vas te vang tydens die interpretasie van die navorsingsresultate. Die navorser beveel ook aan dat meer persone per kategorie gebruik word en dat die onderhoudvoerder eers 'n ontspanne gesprek met die pasiënt voer voordat met die onderhoud begin word.

8.7 SLOT

Die navorser het deur hierdie ondersoek gepoog om die subjektiewe belewing van bejaardes met Alzheimer se siekte en rumatoïde artritis vas te vang. Die belewing van hierdie bejaardes se verhale vervul die navorser met 'n diepe verwondering oor die aanpassingsvermoë van die mens. Hierdie verhale spreek van oorlewing in uiters slegte toestande sowel as lewensterkte om bo die omstandighede uit te styg en boonop vrylik van jouself aan ander te gee. Daar is 'n welbekende aanhaling van Helen Keller wat lui: ***"The world is full of suffering, and the overcoming of it."*** Hierdie aanhaling verwoord die gevolgtrekking waartoe die navorser tydens hierdie studie gekom het.

BRONNELYS

Abeles, R.P. (1991). *Schemas, sense of control, and aging*. New York: Lawerence Erlbaum Associates.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual* (4th ed.). Washington, D.C: APA Press.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1984). A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer - the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2, 1-13.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A., Moaz, B., Dowty, N. & Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6, 185-193.

Atchley, R.C. (1982). The aging self. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 388-396.

Atchley, R.C. (1994). *Social forces and aging*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Beare, J. & Myers, H. (1994). *Principles and practice of adult, health, nursing*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Inc.

Begany, T. (1996). Caring for the caregiver. *Patient Care*, November, 1996.

Bell, R.T. (1996). Dementia in the elderly: Is it Alzheimer's? *Patient Care*, November, 1996.

Berg, B.L. (1995). *Qualitative research methods for the Social Sciences*. London: Allyn & Bacon.

Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. (1993). *Ageing in society: an introduction to social gerontology*. London: Sage Publications.

Boyce, W.T. (1985). Social support, family relations, and children. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds), *Social support and health*. Orlando: Academic Press.

Bromley, D.B. (1986). *The case-study method in psychology and related disciplines*. Chichester: John Wiley & Sons.

Brooks, P.M. (1998). The Heberden oration 1997. Treatment of Rheumatoid Arthritis: from symptomatic relief to potential cure. *British Journal of Rheumatology*, 37, 1265-1271.

Bryant, F.H. & Veroff, J. (1986). Dimensions of subjective mental health in American men and women. In F.M. Andrews (Ed.), *Research*

on the quality of life . Ann Arbor, Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Bryer, A. (1997). Genetics of Alzheimer's Disease. *JARD*, July, 1997.

Burns, A. (1996). Misidentifications. *International Psychogeriatrics*, 8, 393-397.

Cambell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

Caplan, A.L. (1990). The morality of the mundane: Ethical issues arising in the daily lives of nursing home residents. In R.A. Kane & A.L. Caplan (Eds), *Everyday ethics: Resolving dilemmas in nursing home life*. New York: Springer.

Chappell, N.L. & Badger, M. (1989). Social isolation and well-being. *Journal of Gerontology*, 44, 169-176.

Cilliers, S.P. (1993). South Africa. In E.B. Palmore (Ed.), *Developments and research on aging*. London: Greenwood Press.

Collopy, B.J. (1988). Autonomy in long term care: Some crucial distinctions. *The Gerontologist*, 28, 10-17.

Condry, J.C. (1984). Gender identity and social competence. *Sex Roles*, 11, 485-511.

Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, Why aren't we happy? *American Psychologist*, 54(10), 821-827.

Csikszentmihalyi, M. & Patton, J.D. (1997). Happiness, the optimal experience and spiritual values: An empirical study of adolescents. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18, 167-190.

D'Epiro, N.W, (1996). Treating Alzheimer's disease: Today and tomorrow. *Patient Care*, November, 1996.

D'Epiro, N.W. (1998). Alzheimer's disease: Current progress, future promise. *Patient Care*, May, 1998.

Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Eberhardt, K. & Fex, E. (1998). Clinical course and remission rate in patients with early rheumatoid arthritis: relationship to outcome after 5 years. *British Journal of Rheumatology*, 37, 1324-1329.

Edwards, C.R.W., Boucher, I.A.D., Haslett, C. & Chilvers, E.R. (1995). *Principles and practice of medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Engel, J. (1994). *Die volledige Suid-Afrikaanse gesondheidsgids*. Wes-Kaap: Nasionale Boekdrukkers.

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.

Filipp, S. & Klauer, T. (1986). Conceptions of self over the life span: Reflections on the dialectics of change. In M.M. Bates & P.B. Bates (Eds), *The psychology of control and aging*. New York: Hillsdale.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Gagiano, C.A. & Van Rensburg, P.H.J.J. (1993). *Depressie by die bejaarde*. Departement van Psigiatrie, UOVS.

Glaser, V. (1996). Managing behavioral problems in AD. *Patient Care*, November, 1996.

Gottlieb, B.H. (1983). The contribution of natural support systems of primary prevention among four subgroups of adolescent males. *Adolescence*, 10, 701-706.

Havighurst, R.J. (1979). Developmental tasks and education (4th ed.). New York: McKay.

Heyns, P.M. (1991). *Sielkunde en die verbetering van lewenskwaliteit*. Departement Sielkunde, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.

Howieson, D.B., Dame, B.A., Camicioli, M.D., Sexton, G., Payami, H. & Kaye, J.A. (1998). Cognitive markers preceding Alzheimer's dementia in the healthy oldest old. *JARD*, March, 1998.

Huysamen, G.K. (1993). *Metodologie vir die sosiale en gedragwetenskappe*. Johannesburg: International Thomson Publishing Ltd.

Inglehart, R. & Rabier, J.R. (1986). Aspirations adapt to situations – But why are the Belgians so much happier than the French? A cross-cultural analysis of the subjective quality of life. In F.M. Andrews (Ed.), *Research on the quality of life*. Ann Arbor, Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Jordaan, W.J. & Jordaan, J.J. (1987). *Mens in konteks*. Pretoria: Lexicon.

Joubert, D. (1986). *Waardes: Navorsing, metodologie en teorie*. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

Kajandi, M. (1994). A psychiatric and interactional perspective on quality of life. In L. Nordenfelt (Ed.), *Concepts and measurement of quality of life in health care*. London: Kluwer Academic Publishers.

Kaufman, S.R. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. Madison: University of Wisconsin Press.

Kay, D.W.I.L. (1991). Psychiatry of old age. The epidemiology of dementia: A review of recent work. *Reviews in Clinical Gerontology*, 1, 55-66.

Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Keller, H. (1904). *My key of life: optimism. An essay*. London: Ibister.

Lawton, M.P. (1978). Leisure activities for the aged. *Annual of American Academy of Political and Social Sciences*, 438, 349-357.

Lee, T.W., Locke, E.A. & Latham, G.B. (1989). Goal setting theory and job performance. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Louw, D.A. (1990). *Menslike ontwikkeling*. Pretoria: Haum.

Louw, D.A., Van Ede, D.M. & Louw, A.E. (1998). *Menslike ontwikkeling*. Pretoria: Kagiso Tersiêr.

Luxenberg, J.S. (1996). Differentiating behavioral disturbances of dementia from symptoms of delirium. *International Psychogeriatrics*, 8, 425-427.

Mace, N. (1987). Principles of activities for persons with dementia. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 5, 13-27.

Maehr, M.L. & Kleiber, D.A. (1981). The graying of achievement motivation. *American Psychologist*, 36, 787-793.

Maguire, L. (1980). The interface of social workers with personal networks. *Social Work with Groups*, 3, 39-49.

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

McIntosh, I.B. (1992). Psychological considerations in die care of the elderly. *JARD*, June, 1992.

McKhan, G. Drachman, D., Folstein, M. et al. (1984). Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939-944.

Michalos, A.C. (1986). Job satisfaction and the quality of life: a review and preview. In F.M. Andrews (Ed.), *Research of the quality of life*. Ann Arbor, Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Moberg, D.O. (1993). Religion and aging. In J. Johnson and R. Slater (Eds), *Aging and later life*. London: SAGE Publications.

Moll, M.H. (1997). *Rheumatology*. New York: Churchill Livingstone.

Morse, C.K. & Wisocki, P.A. (1987). Importance of religiosity to elderly adjustment. *Journal of Religion and Aging*, 4, 15-26.

Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S. & Mann, A. (1999). Eurocare: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: A qualitative analysis of the experience of the caregiver. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 662-667.

Musschenga, A.W. (1994). Quality of life and handicapped people. In L. Nordenfelt (Ed.), *Concepts and measurement of quality of life in health care*. London: Kluwer Academic Publishers.

Ollier, W.E.R. & McGregor, A. (1995). Genetic epidemiology of rheumatoid disease. *British Medical Bulletin*, 51(2), 267-285.

Palmer, D.G. (1995). The anatomy of the rheumatoid lesion. *British Medical Bulletin*, 51(2), 286-295.

Parducci, A. (1995). *Happiness, pleasure and judgment*. New York: Erlbaum.

Parnes, S. (1989). Post-retirement employment: How much is true? How much is wanted? *Generations*, 13, 23-26.

Patton, M.Q. (1990). *How to use qualitative methods in evaluation*. Menlo-Park: Addison-Wesley.

Pearlin, L.J. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 2-21.

Peck, R.C. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago.

Piper, A.I. & Langer, E.J. (1986). Aging and mindful control. In M.M. Bates & P.B. Bates (Eds), *The psychology of control and aging*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Potocnik, F. (1997). Current specific drug therapy for Alzheimer's disease. *JARD*, March, 1997.

Pretorius, T.B. (1997). *Salutogenic resistance resources and environmental characteristics in stress-resistance*. Unpublished doctoral dissertation, University of the Orange Free State, Bloemfontein.

Reifler, B.V. (1996). Depression, anxiety and sleep disturbances. *International Psychogeriatrics*, 8, 415-418.

Reisberg, B., Auer, S.R. & Monteiro, I.M. (1996). Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *International Psychogeriatrics*, 8, 301-313.

Saad, K., Hartman, J., Ballard, C., Kurian, M., Graham, C. & Wilcock, G. (1996). Coping by the carers of dementia sufferers. *JARD*, September, 1996.

Salovey, S. E., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., Stewart, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.

Sandoe, P. & Kappel, K. (1994). Changing preferences: Conceptual problems in comparing health-related quality of life. In L. Nordenfelt (Ed.), *Concepts and measurement of quality of life in health care*. London: Kluwer Academic Publishers.

Schoeman, W.J. (1983). *'n Teoretiese model vir psigo-opleiding*. Bloemfontein: Departement Sielkunde, Universiteit van die Oranje-Vrystaat.

Seiler, S. (1987). Developing retirement communities for profit. *Juta's South African Journal of Property*, 3, 36-37.

Sentrale Statistiekdiens (1995). Demografiese statistieke. Pretoria: Outeur.

Somers, A.R. & Spears, N.L. (1992). *The continuing care retirement and community*. New York: Springer.

Strümpfer, D.J.W. (1990). Salutogenesis: A new paradigm. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Sielkunde*, 20(4), 470-473.

Strümpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: From salutogenesis to fortigenesis. *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-89.

Sullivan, G.C. (1993). Toward clarification of convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1772-1778.

Sultzer, D.L. (1996). Neuroimaging and the origin of psychiatric symptoms in dementia. *International Psychogeriatrics*, 8, 239-243.

Super, D.E. (1955). Transition: From vocational guidance to counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 2, 3-9.

Svensson, T. (1991). Intellectual exercise and quality of life in the frail elderly. In T.J. Birren (Ed.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.

Swingler, D. (1997). The non-cognitive symptoms of dementia. *JARD*, November, 1997.

Symmons, D.P.M. (1995). What is rheumatoid arthritis? *British Medical Bulletin*, 51(2), 243-248.

Tariot, P.N. (1996). Cerad Behaviour Rating Scale for Dementia. *International Psychogeriatrics*, 8, 317-320.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Read, G.M., Bower, J.E. & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.

Whalley, D., McKenna, S.P., De Jong, Z. & Van Der Heijde, D. (1997). Quality of life in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 36, 884-888.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1998). Psychological well-being: A fortigenic conceptualization and empirical clarification. In L. Schlebusch (Ed.). *South Africa beyond transition: Psychological well-being* (pp. 379-393). Proceedings of the 3rd Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, PsySSA: Pretoria.

Wordsworth, P. (1995). Genes and arthritis. *British Medical Bulletin*, 51(2), 249-266.

U.O.V.S. BIBLIOTHEEK