

**WYSHEID
AS PSIGOFORTIGENE KONSTRUK
IN DIE VERSORGING
VAN PASIËNTE MET ALZHEIMER SE SIEKTE**

deur

Giani Viljoen

(B.Soc.Sc., B.Soc.Sc. Hons.)

Verhandeling

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes
vir die graad

**Magister Societatis Scientiae
(Kliniese Sielkunde)**

in die

Fakulteit Geesteswetenskappe

(Departement Sielkunde)

aan die

Universiteit van die Vrystaat

Studieleier: Dr. J.C. Potgieter

Mede-studieleier: Prof. P.M. Heyns

Bloemfontein

November 2003

***“Die liefde is geduldig...
hou nie boek van die kwaad nie...
Dit bedek alles, glo alles, hoop alles,
VERDRA ALLES”***

1 Korintiërs 13: 4-7

Hierdie studie word opgedra aan my Ouma ‘Stouffie’ vir die liefde wat sy openbaar het tydens die versorging van Oupa wat aan Alzheimer se siekte ly, tot die einde toe...

Ek begin nou eers verstaan wat Ouma moes verduur.

BEDANKINGS

My Alwyse God... Vader, Seun en Heilige Gees, sonder U genade, liefde en sterke hand wat my regop hou, sou ek niks kon uitrig nie. U Naam ter ere!

My liefling man, Jaco... Daar is geen gelyke soos jy my man van God... Jou onvoorwaardelike liefde vir my laat my blom tot wat ek bedoel is om te wees. Ek het jou ontsaglik lief, vir ewig...

My ouers en skoonouers vir die oproepe, gebede en steunpilare wat hulle is my lewe deur... Dankie dat ek altyd seker kan wees van julle liefde.

My vriende en familie (veral Markus, Tanya, Zelda, Bartel en Cecile) vir hul voortdurende belangstelling, gebede en opregte omgee...

Johan Potgieter... Ek verwonder my aan die mate van toewyding en passie wat jy aan die dag lê in alles wat jy aanpak. Dankie vir al die leiding, lering en wysheid tydens hierdie studie. Ek sou nie vir 'n beter mentor kon vra nie.

Prof. P.M. Heyns, vir die feit dat ek altyd op u kon steun vir bystand en leiding, selfs op gebiede buiten hierdie studie.

Vir die versorgers wat aan hierdie studie deelgeneem het... Wat 'n besondere voorreg om deel te kon hê aan u intiemste belewenisse. Dit is my opregte wens dat ek die ervarings met teerheid en respek kon weergee... Ek bid u ware vrede toe.

Elize du Plessis, vir jou flinke, professionele transkribeerwerk, wat jy altyd met 'n glimlag verrig.

Dr. K.G.F. Esterhuize, vir die hulp met die kwantitatiewe data. Ek het waarlik tydens hierdie studie u hart van goud ontdek.

Dr. M.A. Erasmus vir die taalversorging van die studie wat u met soveel sorg uitgevoer het. Die liefde wat u vir u vakgebied openbaar is 'n inspirasie vir my.

OPSOMMING

WYSHEID AS PSIGOFORTIGENE KONSTRUK IN DIE VERSORGING VAN PASIËNTE MET ALZHEIMER SE SIEKTE

Sleutelterme: Alzheimer se siekte, versorgers, stres, coping, sielkundige welstand, wysheid, psigofortaliteit, psigofortologie, fortaliteit, koherensiesin.

Alzheimer se siekte het verreikende gevolge vir beide die pasiënt en sy/haar versorger. Hierdie studie het Alzheimer se siekte, sowel as die impak daarvan op die versorger van die pasiënt wat ly aan Demensie van die Alzheimer-tipe (DAT), beskryf. Die vraag ontstaan waarom sommige versorgers in hierdie uitmergelende omstandighede cope, en soms selfs floreer te midde van die uitdagings gestel deur die versorging van 'n DAT-pasiënt. Dieselfde vrae word gevra in die kader van 'salutogenese' en 'psigofortigenese', wat deel vorm van die veld van positiewe sielkunde en ook gemoeid is met dit wat 'n mens sterk en gesond hou te midde van erge stressore.

Die doel van hierdie ondersoek was in die eerste plek om die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte te bepaal. Daar is ook gepoog om die potensiële ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses te beskryf. Ten einde hierdie doelwitte aan te spreek, is 'n ondersoeksgroep van nege huweliksmaat-versorgers van pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly by die studie betrek. Hierdie versorgers het elkeen reeds 'n huweliksmaat wat aan DAT gely het aan die dood afgestaan, en het die Alzheimer-ondersteuningsgroepe in onderskeidelik Bloemfontein, Johannesburg of Vanderbijlpark gereeld bygewoon. Onderhoude wat gerig was op die identifisering van wysheidsverwante gedrag is volgens die riglyne van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) met hierdie versorgers gevoer. Bestaande ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal soos verkry vanuit Potgieter (2002) se studie is ook aangewend in hierdie ondersoek, ten einde bogenoemde doelwitte te bereik. Hoewel hierdie studie dus hoofsaaklik kwalitatief

van aard was, is daar egter ook 'n aantal kwantitatiewe vraelyste ter bevestiging van die kwalitatiewe data gebruik, waaronder die Lewenstevredenheidskaal (Diener, Emmonds, Larson & Griffin, 1985), die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1987, 1993) en die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998). 'n Verdere doelwit van hierdie studie was om die effektiwiteit van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, te bepaal. Vir hierdie doel is die ongestruktureerde onderhoude ook kwalitatief ontleed volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1998) se begroondeteorie-benadering, sowel as 'n kombinasie van Berg (1996), Miles en Hubermann (1994) en Patton (1990) se metodes van analise.

Die bydrae van wysheid as psigofortigene faktor in die suksesvolle hantering van die versorgingsproses van 'n eggenoot wat aan DAT ly, is beskryf. Dit het uit die resultate geblyk dat wysheid ten minste 'n bydrae maak tot die versorger se vermoë om te cope met die versorgingsproses. Die mate waartoe wysheid ontwikkel gedurende die versorgingsproses kon egter nie in hierdie ondersoek bepaal word nie, en kan dus deur opvolgondersoeke aangespreek word.

Wat betref die laaste doelwit van die studie (die bepaling van die effektiwiteit van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma'), is elemente soos liefde, geduld, hoop, aanvaarding, humorsin, dankbaarheid en lewenslus geïdentifiseer as elemente van 'n positiewe lewenshouding wat by hierdie ondersoeksgroep teenwoordig was. Hierdie positiewe lewenshouding kan moontlik as 'n bykomende kriterium toegevoeg word tot die BWP in sy bestaande vorm, ten einde dit meer effektief te maak in die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger.

Die studie se bevindinge kan moontlik aangewend word in programme of intervensies wat daarop gemik is om die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte (en verwante siektetoestande) op sielkundige vlak te ondersteun. Deur middel van voortgaande navorsing op hierdie gebied kan die lewenskwaliteit van beide die versorger en die pasiënt tydens hierdie uitmergelende ervaring bevorder word.

SUMMARY

WISDOM AS PSYCHOFORTOGENIC FACTOR IN THE CAREGIVING OF PATIENTS SUFFERING FROM ALZHEIMER'S DISEASE

Key words: Alzheimer's disease, caregivers, stress, coping, psychological well-being, wisdom, fortology, fortitude, sense of coherence.

Alzheimer's disease has a great impact on both the patient and his/her caregiver. This study described Alzheimer's disease, as well as the impact it has on the caregiver of the patient suffering from Dementia of the Alzheimer's type (DAT). The question arises however, why some caregivers cope in these impoverishing circumstances, and sometimes even flourish despite the challenge set by taking care of a DAT patient. The same questions are asked in the field of 'salutogenesis' and 'psychofortogenesis', that forms part of positive psychology and that are concerned with what keeps a human being strong and healthy despite the stressors they face.

The purpose of this study was in the first place to determine the value of wisdom as a potential fortogenic construct in the handling of the care giving of patients with Alzheimer's disease. In the second place the study aimed to describe the potential development of wisdom in the care giving process. A group of nine female caregivers who cared for their spouses diagnosed with DAT formed part of this study in order to address these goals. These caregivers' spouses have all passed away, and they attended Alzheimer's support groups in Bloemfontein, Johannesburg, or Vanderbijlpark. Interviews that were aimed at identifying wisdom related behaviour in the caregivers were administered by means of the guidelines set by the 'Berlin Wisdom Paradigm' (BWP). Pre-existing interviews and diary material that was attained from the Potgieter (2002) study was also utilized in this study in order to address the set goals.

Although this study was mainly of a qualitative nature, quantitative questionnaires were also used in order to verify the qualitative findings. These quantitative questionnaires are the following: the Satisfaction with life scale (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), the Sense of Coherence questionnaire (Antonovsky, 1987, 1993) and the Fortitude questionnaire (Pretorius, 1998). A Further goal for this study was to determine the efficacy of the BWP in conceptualising the construct wisdom, specifically with regard to the Alzheimer caregiver. The unstructured interviews was analysed qualitatively to address this goal by using the grounded theory approach (Strauss & Corbin, 1998), as well as a combination of Berg (1996), Miles and Hubermann (1994) and Patton's (1990) methods of qualitative analysis.

The contribution of wisdom as fortogenic factor in the successful handling of the care giving of a spouse that suffers from DAT was described. The studies results indicated that wisdom at least played a role in the successful coping during the care-giving process. The development of wisdom during the care giving process could not be determined during this study and could possibly be addressed in further research.

With regard to the last aim of the study (determining the effectiveness of the 'Berlin Wisdom Paradigm'), elements such as love, patience, hope, acceptance, humour, gratitude and love of life (vitality) were identified as a positive outlook on life and could be found in this sample-group. This positive life-perspective could be added as a new criterion in the BWP in its current form, in order to make the paradigm more effective in conceptualising the wisdom construct specifically with regard to the Alzheimer caregiver.

The studies findings could be applied in a programme or interventions aimed at supporting the caregivers of patients suffering from Alzheimer's disease (and other related diseases) on a psychological level. Through continuous research in this field both the caregiver and the patients' quality of life can be improved in these difficult circumstances.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

❖ BEDANKINGS	i
❖ OPSOMMING	ii
❖ SUMMARY	iv

HOOFSUK 1: INLEIDING EN MOTIVERING VIR DIE STUDIE 1

1.1 INLEIDING	1
1.2 DIE DOEL VAN DIE STUDIE	3
1.3 DIE NOODSAAKLIKHEID VAN DIE STUDIE	4
1.4 KONSEPOMSKRYWINGS	5
1.4.1 SIELKUNDIGE WELSTAND	5
1.4.2 SALUTOGENESE	5
1.4.3 FORTIGENESE	6
1.4.4 WYSHEID	6
1.5 'n BONDIGE UITEENSETTING VAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK	7
1.5.1 DIE LITERATUUROORSIG VAN DIE STUDIE	7
1.5.2 NAVORSINGSPROSEDURE	10
1.6 SAMEVATTING	12

HOOFSUK 2: ALZHEIMER SE SIEKTE 13

2.1 INLEIDING	13
2.2 EPIDEMIOLOGIE	14

2.3	DIAGNOSERING VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	16
2.3.1	KLINIESE DIAGNOSERING VAN DEMENSIE	16
2.3.2	DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	17
2.4	KLINIESE KENMERKE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	19
2.4.1	GEHEUE	19
2.4.2	ORIËNTASIE	20
2.4.3	TAALVERANDERINGE	20
2.4.4	PERSOONLIKHEIDSVERANDERINGE	22
2.4.5	GEDRAGSPROBLEME	22
2.4.6	HALLUSINASIES EN DELUSIES	23
2.4.7	ANDER TEKENS EN SIMPTOME	23
2.5	ETIOLOGIE	24
2.5.1	NEUROPATHOLOGIE BY DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	25
2.5.2	GENETIESE FAKTORE	26
2.5.3	DOWN-SINDROOM EN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	27
2.5.4	NEUROTRANSMITTERS	27
2.5.5	ANDER OORSAKE VIR DIE ONTSTAAN VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	28
2.5.6	FAMILIËLE MEERVOUDIGE SISTEEM TAUPATIE MET PRESENIELE DEMENSIE	29
2.6	VERLOOP EN PROGNOSE BY DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	30
❖	FASE 1	31
❖	FASE 2	31
❖	FASE 3	32
2.7	BEHANDELING EN BEHEER VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	34
2.8	DIE PASIËNT SE PERSPEKTIEF	35

2.9 SAMEVATTING	41
------------------------	-----------

HOOFTUK 3: DIE IMPAK VAN 'N DIAGNOSE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE OP DIE VERSORGER VAN DIE ALZHEIMER-PASIËNT	42
--	-----------

3.1 INLEIDING	42
----------------------	-----------

3.2 TUISVERSORGING VERSUS INSTITUSIONALISERING	43
---	-----------

3.3 'n MODEL VAN VERSORGERSTRES EN -COPING	45
---	-----------

3.4 VERSORGER-EIENSKAPPE EN -STRESSORE	48
---	-----------

3.4.1 PRIMÊRE VERSORGER-EIENSKAPPE	49
---	-----------

3.4.1.1 Ouderdom	49
-------------------------	-----------

3.4.1.2 Opvoedingspeil	50
-------------------------------	-----------

3.4.1.3 Persoonlikheid	50
-------------------------------	-----------

3.4.2 PRIMÊRE STRESSORE	52
--------------------------------	-----------

3.5 BEMIDDELINGSFAKTORE	54
--------------------------------	-----------

3.5.1 DIE VERSORGER SE PERSOONLIKE HULPBRONNE	55
--	-----------

3.5.1.1 Fisieke gesondheid	55
-----------------------------------	-----------

3.5.1.2 Sosiale ondersteuning	56
--------------------------------------	-----------

3.5.1.2.1 Formele hulp	56
-------------------------------	-----------

a) Voortdurende opleiding: Die rol van psigo- opleiding	57
--	-----------

b) Groepwerk en individuele terapie	58
--	-----------

3.5.1.2.2 Informele hulp	59
---------------------------------	-----------

a) Verhoudingsverwante verlies: Die psigososiale impak van versorging	59
--	-----------

b) Die huweliksverhouding van die versorger en die pasiënt wat ly aan Alzheimer se siekte	60
--	-----------

❖ Inleidend: Die huweliksverhouding	60
--	-----------

❖ Kommunikasie in die huwelik	61
--------------------------------------	-----------

❖ Kameraadskap in die huwelik	62
--------------------------------------	-----------

3.5.1.2.3	Finansiële hulp	63
3.5.2	VERSORGER-COPING	64
❖	Verhouding-gerigte coping	65
❖	Spiritualiteit	66
3.6	VERSORGER-UITKOMSTE	67
3.6.1	WANAANPASSING VAN DIE VERSORGER TYDENS DIE VERSORGING VAN 'N PASIËNT WAT AAN DEMENSIE LY	68
❖	Die onderskeid tussen normale rou en depressie	68
❖	Depressie soos dit voorkom onder versorgers van pasiënte wat aan Demensie van die Alzheimer-tipe ly	69
3.6.2	POSITIEWE AANPASSING	69
❖	Bevrediging (<i>satisfaction</i>) in die proses van tuisversorging	70
❖	Die vind van sin en betekenis in die proses van versorging	70
3.7	SAMEVATTING	71

HOOFTUK 4: SALUTOGENESE EN PSIGOFORTIGENESE 73

4.1	INLEIDING	73
4.2	DIE ONTSTAAN EN EVOLUSIE VAN GESONDHEIDSORG-MODELLE	74
4.3	STRES	77
4.4	COPING	80
4.4.1	WAT IS COPING?	80
❖	Probleem-gerigte coping	81
❖	Emosie-gerigte coping	82
4.4.2	COPING: 'n RESPONS OP STRES	82
4.4.3	PRIMÊRE EN SEKONDÊRE TAKSERING: DIE VERLOOP VAN DIE COPINGPROSES	83
4.4.4	SUKSESVOLLE COPING	85

4.5	SALUTOGENE KONSTRUKTE	86
4.5.1	KOHERENSIESIN	87
4.5.2	ALGEMENE WEERSTANDSHULPBRONNE	88
4.5.3	DIE ROETE VAN ALGEMENE WEERSTANDSHULPBRONNE NA 'N TOESTAND VAN SIELKUNDIGE WELSTAND	89
4.5.4	GEHARDE PERSOONLIKHEID	90
4.5.5	AANGELEERDE VINDINGRYKHEID/ <i>LEARNED RESOURCEFULNESS</i>	91
4.5.6	LOKUS VAN KONTROLE	91
4.5.7	SELF-EFFEKTIVITEIT/ <i>SELF-EFFICACY</i>	91
4.5.8	LEWENSKRAGTIGHEID/ POTENSIE	92
4.5.9	OPSOMMEND	93
4.6	DIE KONSEP PSIGOFORTIGENESE AS VERDERE UITBOUING VAN DIE KONSEP SALUTOGENESE	94
4.6.1	INLEIDEND	94
4.6.2	DIE KONSEP: FORTALITEIT/ <i>FORTITUDE</i>	95
4.7	SAMEVATTING	97
	HOOFTUK 5: WYSHEID AS PSIGOFORTIGENE KONSTRUK	99
5.1	INLEIDING	99
5.2	DIE 'MAN OP STRAAT' SE SIENING VAN WYSHEID (IMPLISIETE TEORIEË)	100
5.3	WETENSKAPLIKE TEORETISERING RONDOM WYSHEID (EKSPLISIETE TEORIEË)	103
5.4	DIE BERLYNSE WYSHEID-PARADIGMA (Baltes & Smith, 1990) (BWP)	106
5.4.1	TEORETIESE DEFINISIE EN OPERASIONALISERING VAN 'WYSHEID' VOLGENS DIE BWP	107

5.4.1.1 Fundamentele pragmatiese aspekte van die lewe	108
5.4.1.2 Deskundigheid/ <i>Expertise</i>	109
5.4.1.3 Die vyf wysheidsverwante kriteria	109
1. Uitgebreide feite-kennis	110
2. Uitgebreide prosedure-kennis	110
3. Lewenspan-kontekstualiteit	111
4. Relatiewiteit	111
5. Die kennis van lewensonsekerhede	112
5.4.2 DIE ONTWIKKELING VAN WYSHEID	112
5.4.3 DIE ONTWIKKELING VAN WYSHEID VOLGENS DIE ‘BERLYNSE WYSHEID-PARADIGMA’ (BWP)	115
5.5 WYSHEID EN INTELLIGENSIE	119
5.6 WYSHEID EN BEJAARDHEID	121
5.7 WYSHEID AS FORTALITEITSKONSTRUK	124
5.8 WYSHEID EN GELOOF	125
5.9 WETENKSAP EN WYSHEID: `n WAARSKUWING	128
5.10 SAMEVATTING	130
 HOOFSTUK 6: METODOLOGIE	 131
6.1 INLEIDING	131
6.2 DOEL VAN DIE STUDIE	131
6.3 ONDERSOEKGROEP	133
6.4 MEETINSTRUMENTE	133
6.4.1 BIOGRAFIESE VRAELYS	133
6.4.2 LEWENSTEVREDENHEIDSKAAL/ <i>SATISFACTION</i> <i>WITH LIFE SCALE (SWLS)</i> (Diener, <i>et al.</i> , 1985)	134
6.4.2.1 Rasionaal	134
6.4.2.2 Aard, administrasie en interpretasie	134
6.4.2.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	134
6.4.2.4 Motivering vir die gebruik van die instrument	135

6.4.3	KOHERENSIESINVRAELYS/ <i>SENSE OF COHERENCE SCALE</i>	
	(SOC) (Antonovsky, 1987, 1993)	135
6.4.3.1	Rasionaal	135
6.4.3.2	Aard, administrasie en interpretasie	135
6.4.3.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	136
6.4.3.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	136
6.4.4	FORTALITEITSVRAELYS /<i>FORTITUDE QUESTIONNAIRE</i>	
	(FORQ) (Pretorius, 1998)	137
6.4.4.1	Rasionaal	137
6.4.4.2	Aard, administrasie en interpretasie	137
6.4.4.3	Betroubaarheid en geldigheid van die instrument	137
6.4.4.4	Motivering vir die gebruik van die instrument	138
6.5	NAVORSINGSONTWERP	138
6.6	PROSEDURE	139
6.6.1	KWALITATIEWE DATA	139
6.6.1.1	Data bekom vanuit gestruktureerde wysheid- onderhoude	139
6.6.1.2	Data bekom vanuit ongestruktureerde onderhoude	142
6.6.1.3	Dagboekmateriaal	142
6.6.2	KWANTITATIEWE DATA	143
6.6.3	OPSOMMING VAN DIE NAVORSINGSPROSEDURE	143
6.7	SAMEVATTING	144
HOOFSUK 7:	RESULTATE EN INTERPRETASIE	145
7.1	INLEIDING	145
7.2	DEEL I: KWALITATIEWE ONTLEDING VAN DIE GESTRUKTUREERDE WYSHEID-ONDERHOUE	146
7.2.1	UITGEBREIDE FEITE-KENNIS	147
7.2.1.1.	Algemene kennis	148
❖	Motiewe	149

❖ Affektiewe beleving	150
❖ Kwesbaarhede	152
❖ Ontwikkelingsfases en mortaliteit	154
❖ Menslike gedrag	155
❖ Interpersoonlike verhoudinge	157
7.2.1.2. Spesifieke kennis	158
7.2.2 UITGEBREIDE PROSEDURE-KENNIS	159
❖ Besluitneming	160
❖ Die sistemativering en analisering van gebeure in die verlede	161
❖ Die opstel van lewensdoelwitte	162
❖ Die vermoë om advies te gee	163
7.2.3 LEWENSPAN-KONTEKSTUALITEIT	164
❖ Ouderdomsverwante kontekste	166
❖ Kulturele kontekste	167
❖ Biografiese kontekste	167
❖ Interaksie van die kontekste	168
❖ Konflik en spanning tussen lewenskontekste	169
❖ Prioriteite wat verander oor tyd	169
7.2.4 RELATIVISME	170
❖ Die distansiëring van persoonlike waardes	171
❖ Buigsaamheid en onpartydigheid	173
❖ Waarde-relativisme	173
❖ Universele waardes	174
7.2.5 KENNIS VAN LEWENSONSEKERHEDE	175
❖ Onverwagte individuele of sosiale gebeure	177
❖ Die vermoë om lewensonsekerhede te bestuur (deur skattinge en advies aangaande lewensonsekerhede)	178
7.2.6 SAMEVATTEND	179
7.3 DEEL II: KWANTITATIEWE ONTLEDING VAN DIE VRAELYSTE	181
7.3.1 BIOGRAFIESE VRAELYSTE	181

7.3.2	SIELKUNDIGE WELSTAND-VRAELYSTE	181
7.3.2.1	Lewenstevredenheidskaal/ <i>Satisfaction with life scale (SWLS)</i> (Diener <i>et al.</i> , 1985)	182
7.3.2.2	Koherensiesinvraelys/ <i>Sense of Coherence Scale (SOC)</i> (Antonovsky, 1987)	182
7.3.2.3	Fortaliteitsvraelys/ <i>Fortitude Questionnaire (FORQ)</i> (Pretorius, 1998)	184
7.3.2.4	Samevatting: Die bevindinge van die kwantitatiewe ontleding van die sielkundige welstand-vraelyste	185
7.4	DEEL III: KWALITATIEWE ONTLEDING VAN DIE ONGESTRUKTUREERDE ONDERHOUE EN DAGBOEKMATERIAAL	186
7.4.1	VERSTAANBAARHEID	187
7.4.1.1	Die verband tussen feitlike kennis en verstaanbaarheid	188
7.4.1.2	Die verband tussen prosedure-kennis en verstaanbaarheid	190
7.4.1.3	Die verband tussen kontekstualiteit en verstaanbaarheid	192
7.4.1.4	Die verband tussen relativisme en verstaanbaarheid	193
7.4.1.5	Die verband tussen kennis van lewensonsekerhede en verstaanbaarheid	194
7.4.1.6	Samevattend: Verstaanbaarheid en wysheid	195
7.4.2	BEHEERBAARHEID	196
7.4.2.1	Die verband tussen feitlike kennis en beheerbaarheid	196
7.4.2.2	Die verband tussen prosedure-kennis en beheerbaarheid	200
7.4.2.3	Kontekstualiteit	202
7.4.2.4	Die verband tussen relativisme en beheerbaarheid	202
7.4.2.5	Die verband tussen die kennis van lewensonsekerhede en beheerbaarheid	203
7.4.2.6	Samevattend: Beheerbaarheid en wysheid	206

7.4.3	BETEKENISVOLHEID	207
7.4.3.1	Die verband tussen feitlike kennis en betekenisvolheid	207
7.4.3.2	Die verband tussen prosedure-kennis en betekenisvolheid	210
7.4.3.3	Die verband tussen kontekstualiteit en betekenisvolheid	211
7.4.3.4	Die verband tussen relativisme en betekenisvolheid	212
7.4.3.5	Die verband tussen die kennis van lewensonsekerhede en betekenisvolheid	213
7.4.3.6	Samevattend: Betekenisvolheid en wysheid	214
7.4.4	SAMEVATTEND: 'KOHERENSIESIN' EN WYSHEID	214
7.4.5	PSIGOFORTALITEIT	215
❖	Positiewe beoordelende bewustheid van die self	215
❖	Positiewe beoordelende bewustheid van die gesinsomgewing	216
❖	Positiewe beoordeling van die ondersteuning van ander	217
7.4.6	SAMEVATTEND: 'PSIGOFORTALITEIT' EN WYSHEID	218
7.4.7	Positiewe beoordeling van die ondersteuning van ander	217
	WYSHEIDSVANWANTE ELEMENTE	
	DEUR LEWENSERVARINGE	218
7.5	SAMEVATTING	219

HOOFTUK 8: BESPREGING EN GEVOLGTREKKING

8.1	INLEIDING	221
8.2	BIOGRAFIESE FAKTORE EN DIE MATE VAN PSIGOFORTALITEIT BY HIERDIE ONDERSOEKGROEP	223
8.3	WYSHEID AS VERSKYNSEL BY HIERDIE ONDERSOEKGROEP	224
8.4	DIE WAARDE VAN WYSHEID AS PSIGO-	

FORTIGENE KONSTRUK IN DIE HANTERING VAN DIE VERSORGING VAN ‘n HUWELIKSMAAT MET ALZHEIMER SE SIEKTE	226
8.4.1 DIE KOGNITIEWE DIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN	227
8.4.1.1 Verstaanbaarheid en wysheid	228
8.4.1.2 Die kognitiewe vermoë tot refleksie en die verband met wysheid en verstaanbaarheid	232
8.4.2 DIE AFFEKTIEWE DIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN	234
8.4.2.1 Betekenisvolheid en wysheid	234
8.4.3 DIE GEDRAGSDIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN	239
8.4.3.1 Beheerbaarheid en wysheid	240
8.4.3.2 Die sosiale komponente van gedrag: Interpersoonlike verhoudinge	242
8.4.3.2.1 Altruïsme	242
8.4.4 DIE GEESTELIKE DIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN	245
8.5 DIE ONTWIKKELING VAN WYSHEID GEDURENDE DIE VERSORGINGSPROSES	247
8.5.1 DIE VERSORGERS SE BEHOUD VAN LEWENSTEVREDENHEID EN HUL PERSOONLIKE GROEI GEDURENDE DIE VERSORGINGSPROSES	247
8.6 DIE EFFEKTIWITEIT VAN DIE ‘BERLYNSE WYSHEID- PARADIGMA’ VIR DIE KONSEPTUALISERING VAN DIE WYSHEID- KONSTRUK, SPESIFIEK SOOS DIT BETREKKING HET OP DIE ALZHEIMER-VERSORGER	249
8.7 OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS	255
8.8 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	259

8.9 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE	260
8.10 TEN SLOTTE	261
❖ BRONNELYS	262
❖ BYLAE 1: BIOGRAFIESE VRAELYS	278
❖ BYLAE 2: TOESTEMMINGSBRIEF EN VERKLARING	279
❖ BYLAE 3: DIE LEWENSPROBLEEMTEKSTE SOOS	
UITEENGESIT IN DIE ‘BERLYNSE WYSHEID-	
PARADIGMA’	280

LYS VAN FIGURE

	Bladsy
Figuur 1: `n Voorstelling van die literatuuroorsig van hierdie studie	8
Figuur 2: `n Voorstelling van die bepreking van resultate	10
Figuur 3: Die insidensiekoers van demensie (Paykel <i>et al.</i> , 1994)	16
Figuur 4: `n Model van versorgerstres en -coping (Kramer, 1993)	46
Figuur 5: `n Model van versorgerstres en -coping met die klem op versorgereienskappe en -stressore (Kramer, 1993).	48
Figuur 6: `n Model van versorgerstres en -coping, met die klem op bemiddelingsfaktore (Kramer, 1993)	55
Figuur 7: `n Model van versorgerstres en -coping, met die klem op versorgeruitkomste (Kramer, 1993)	67
Figuur 8: Die <i>health ease/dis-ease</i> -kontinuum	76
Figuur 9: Die G.A.S.- (<i>Generalized Adaptation Syndrome</i>) respons op stressore (Selye, 1975)	78
Figuur 10: Primêre en sekondêre taksering in die copingproses (Kleinke, 1998)	84
Figuur 11: `n Raamwerk vir die beskrywing van bydraende faktore tot die kennis-sisteem (wysheid) (Baltes & Smith, 1990)	114
Figuur 12: Die patroon van voorspellers van wysheidsverwante taakverrigting (<i>performance</i>) (Baltes & Staudinger, 2000)	116
Figuur 13: `n Navorsingsraamwerk wat die bydraende en bemiddelingsfaktore beskryf vir die ontwikkeling en instandhouding van wysheidsverwante kennis en vaardighede tydens `n persoon se lewenspan (Baltes & Staudinger, 2000)	118

Figuur 14:	Die verwantskap tussen wysheid, kreatiwiteit en intelligensie (Knight & Parr, 1999)	120
Figuur 15:	'n Tweeledige prosesmodel van intelligensie (Baltes & Smith, 1990)	121
Figuur 16:	Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op uitgebreide feite-kennis as basiese kriterium van wysheid (Staudinger <i>et al.</i> , 1994)	148
Figuur 17:	Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op uitgebreide prosedure-kennis as basiese kriterium van wysheid (Staudinger <i>et al.</i> , 1994)	159
Figuur 18:	Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op lewenspan-kontekstualiteit as metavlak- kriterium van wysheid (Staudinger <i>et al.</i> , 1994)	165
Figuur 19:	Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op relativisme as metavlak- kriterium van wysheid (Staudinger <i>et al.</i> , 1994)	171
Figuur 20:	Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op die kennis van lewensonsekerhede as metavlak-kriterium van wysheid (Staudinger <i>et al.</i> , 1994)	176
Figuur 21:	Die verband tussen 'verstaanbaarheid' en wysheid as kognitiewe aspekte van die mens se bestaan	228
Figuur 22:	Die verband tussen 'betekenisvolheid' en wysheid as affektiewe aspekte van die mens se bestaan	234
Figuur 23:	Die verband tussen 'beheerbaarheid' en wysheid as gedragsaspekte van die mens se bestaan	239
Figuur 24:	Die samehang van die geestelike dimensie van die mens met psigofortigene faktore en wysheid	246

LYS VAN TABELLE

Bladsy

Tabel 1:	Die fases van Alzheimer se siekte (Hamdy, 1994)	33
Tabel 2:	Tendens in pasiënt-response tot ses maande na die aanvang van DAT (Burgener & Dickerson-Putman, 1999)	37
Tabel 3:	Alledaagse (naïewe) teorie van wysheid en wyse persone (Baltes & Smith, 1990)	102
Tabel 4:	Opsomming van die definisie van wysheid volgens die BWP (Baltes & Smith, 1990)	107
Tabel 5:	Die vyf wysheidsverwante kriteria van die BWP (Baltes & Smith, 1990).	108
Tabel 6:	Die resultate van die subskale van die Koherensiesinvraelys	183
Tabel 7:	Die resultate van die subskale van die Fortaliteitsvraelys	184

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN MOTIVERING VIR DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

“Dis `n afbrekende, onmenswaardige siekte. Ek wil vir julle vandag sê, as julle iets kan doen vir julle mens..., laat ek so vir julle sê waaruit ek troos put – ek het vir Jan regtig van harte gedoen wat ek kon. Ek het daardie heerlike gevoel, ek het geen verwyte, of geen hang-up oor: ‘Ek kon nog dit vir hom, of ek kon nog dat vir hom gedoen het nie’... Dit is nie altyd lekker om die dinge te doen nie... – vernaam die fisiese dinge – ek weet nie vir wie is dit die meeste aftakelende nie – vir die fisiese versorger of vir die een wat so hanteer moet word nie. Maar, wat ek vir julle wil sê, daai rukke wanneer julle voel, ‘Here, hoe kon U en hoekom ek?’ Dan wil ek vir julle vandag, as ek terugkyk sê: ‘Dit was oor en oor die moeite werd’. Julle wat nog julle mensies het, moenie dink dit is tydmors om tyd by hom te spandeer nie, dit lyk vir ons of hy jou nie ken nie, ons ken hom... Niks, maar niks wat ons vir ons geliefdes doen, is tevergeefs nie. En dan wil ek `n ander ding sê: ‘Die wêreld kyk na ons’. Ons sê ons is kinders van die Here. Hoe ons ons saak met en saam met die Here hanteer, is `n preek vir die wêreld, ek sê dit op grond van die talle mense wat vir my sê: ‘Ons het na jou gekyk en dan het ons die Here se genade gesien.’ So, ja, ek het dit vir almal hier in ons binnekring gesê. Sonder julle klomp sou ek dit regtig nie gemaak het nie. Na die buitewêreld toe, beleef ek nou dat die mense gesien het ons het `n krag, maar ons bly steeds mens, ons verwerp die siekte, ons kom in opstand teen ons lot. Fisies is ons nie altyd in staat om by te bly nie, maar, ons bly lief vir die mens vir wie ons lief was, en ek sê vir julle, moenie dat een opstaan, een doek vervang tevergeefs wees nie... Dit is nie net vir daai mens nie. Ons lewe preek `n preek van die Here se genade en dít is in alle omstandighede genoeg.” (Potgieter, 2000, p. 146)

Hierdie gedeelte kom uit die hart van `n vrou wat omgesien het na haar man wat aan Alzheimer se siekte gely het. Die woorde is uitgespreek by een van die

groepbyeenkomste vir versorgers van Alzheimer-pasiënte wat maandeliks by die Oranje Vrouevereniging in Bloemfontein gehou is. Die vrou het etlike maande vantevore haar eggenoot aan die dood afgestaan, en sy het haar ervaringe gedeel met haar mede-versorgers in die groep.

Daar is betekenis en wysheid in hierdie vrou se belewenis van die versorgingsproses te bespeur. Dit is duidelik dat sy by nabetragting van haar ervaring van die versorgingsproses insig in die proses verwerf het, en dat sy op 'n besondere wyse vrede met haar ervaringe gemaak het sowel as met die rol wat sy daarin gespeel het. Die volgende vrae ontstaan egter: “Wat presies is wysheid?” en “Hoe hou dit verband met hierdie vrou se terugskouing op die versorgingsproses, en haar vermoë om daarmee te cope?” Daar blyk 'n leemte te bestaan in die empiriese bepaling van die mate van wysheid waaroor 'n persoon beskik, en die potensiële psigofortigene rol wat dit mag speel in tye van stres, soos byvoorbeeld tydens die versorging van 'n huweliksmaat wat ly aan Alzheimer se siekte. Hierdie studie poog om hierdie leemte ten minste deels aan te spreek, aandag aan voorafgaande vrae te gee en lig op moontlike antwoorde te werp.

Demensie van die Alzheimer-tipe is een van die mees vreesaanjaende siektetoestande van ons tyd. Dit is 'n kognitiewe versteuring wat lei tot 'n geleidelike agteruitgang van breinfunksionering, en dit beïnvloed onder andere die persoon se oordeel, geheue, taal en ander komplekse kognitiewe take en uitvoerende funksies (Jacques & Jackson, 2000). Die versorger van die pasiënt wat aan Alzheimer se siekte ly, sien hierdie agteruitgang daaglik voor hom/haar afspeel. Hierdie ervaring lei tot 'n rouproses (Potgieter, 2000) sowel as veranderende rolle in die huwelik en gesin wat die versorger eenvoudig moet aanvaar (Jacques & Jackson, 2000). Dit lei ook daartoe dat die versorger noodgedwonge nuwe copingmeganismes moet aanleer, en dat sekere ondersteuningstrukture in plek moet wees ten einde die versorgingsproses meer hanteerbaar te maak (Jacques & Jackson, 2000).

In hierdie hoofstuk sal die doel en noodsaaklikheid van hierdie studie ter sprake kom. Kernbegrippe en konsepte wat relevant is tot die onderwerp word ook duideliker omskryf, met 'n bondige uiteensetting van die navorsingsprojek wat daarop sal volg.

1.2 DIE DOEL VAN DIE STUDIE

Navorsing rakende wysheid as konstruk is nog relatief skaars, maar die bevindinge van bestaande wysheidsverwante navorsing dui wel daarop dat hierdie konstruk moontlik deel uitmaak van die weerstandshulpbronne (sien afdeling 1.4.2) wat 'n persoon in staat stel om beter te cope met 'n stressor. Hierdie ondersoek sal dus fokus op die potensiële rol wat wysheid as weerstandshulpbron mag speel tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Die definisie van wysheid wat in hierdie studie gebruik sal word, is dié van Baltes en Staudinger (2000). Laasgenoemde outeurs definieer wysheid as 'n strewe na uitnemendheid, en die soeke na die betekenis en pragmatika van die lewe, wat deur die toepaslike aanwending daarvan lei tot eie en ander se gewin.

Baltes en Staudinger (2000) het ook 'n empiriese model vir die bepaling van wysheidsverwante gedrag opgestel, naamlik die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) wat later in meer besonderhede bespreek sal word (sien hoofstukke vyf en ses). Die kriteria van die BWP is gebruik om onderhoude wat met die lede van die ondersoekgroep gevoer is, sowel as die kwalitatiewe ontleding daarvan, te struktureer. In hierdie ontleding is daar dus gelet op die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte, sowel as die potensiële ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses.

Die effektiwiteit van die BWP vir die bepaling van die voorkoms van wysheidsverwante gedrag by die versorgers van Alzheimer-pasiënte is ook onder die vergrootglas geplaas. Hierdie doelwit is ook aangespreek deur bykomende ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal kwalitatief te ontleed.

Hierdie studie het die volgende doelstellings:

- i. Om die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte te bepaal,

- ii. om die potensiele ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses te beskryf, en
- iii. om die effektiwiteit van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) vir die konseptualisering van die wysheid-konstruksie, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, te bepaal.

Vir 'n uiteensetting van die wyse waarop hierdie onderskeie doelwitte nagestreef is, sien afdeling 1.5.

1.3 DIE NOODSAAKLIKHEID VAN DIE STUDIE

Die lewe stel vraagstukke en eise wat elke individu op sy/haar unieke wyse moet beantwoord en hanteer. Die eise gestel deur die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte verteenwoordig egter 'n besondere groot uitdaging. Die toenemende afhanklikheid van die geaffekteerde individu stuur 'n skokgolf deur die familie wat as geheel hierdeur geraak word (Potgieter, 2000). Potgieter (2000) maak ook melding van die feit dat die stres wat versorgers ervaar meestal die versorger se hulpbronne maksimaal beproef. Dit wil egter tog voorkom asof diegene wat aan 'n bepaalde stressor blootgestel word, nie almal dieselfde negatiewe gevolge ervaar nie.

Antonovsky (1979) het, vanuit die veld van 'salutogenese', 'n groot bydrae gelewer tot die begrip wat tans bestaan vir individuele reaksies op stressore. Die konstruksie 'koherensiesin' en 'algemene weerstandshulpbronne' speel hier 'n sentrale rol. Strümpfer (1995) het later die begrip 'salutogenese' verder uitgebrei tot die begrip 'fortigenese'. Albei hierdie outeurs se werk het respektiewelik gefokus op faktore wat die mens 'gesond' en 'sterk' hou, en dit het gelei tot 'n klemverskuiwing binne die sielkunde na 'n meer voorkomende benadering, wat tans heelwat navorsingsaandag geniet. (Die begrippe 'salutogenese' en 'fortigenese' sal later in meer besonderhede omskryf word in hoofstuk vier.)

Die huidige ondersoek probeer lig werp op die moontlike ontwikkeling en aanwending van wysheidsverwante gedrag by die versorgers tydens hierdie uitmergelende versorgingsproses. In die lig van die voorkomende benadering wat pas

beskryf is, kan die ontwikkeling van begrip vir die rol wat wysheid moontlik in die behoud van die sielkundige welstand van die versorgers speel 'n bydrae maak tot toekomstige intervensies by die versorgers van terminale pasiënte.

1.4 KONSEPOMSKRYWINGS

Daar sal duidelikheidshalwe kortliks verwys word na die kernbegrippe wat relevant is tot hierdie studie. Hierdie begrippe, wat later ook meer omvattend aangeraak sal word, is die volgende: 'sielkundige welstand', 'salutogenese', 'fortigenese' en 'wysheid'.

1.4.1 SIELKUNDIGE WELSTAND

Wissing en Van Eeden (1994) het in 'n empiriese ondersoek 'n algemene sielkundige welstandsfaktor geïdentifiseer met spesifieke affektiewe, gedrags-, kognitiewe en interpersoonlike kwaliteite. Vir die doeleindes van hierdie studie word sielkundige welstand gekonseptualiseer en geoperasionaliseer in terme van die mate van 'lewenstevredenheid' (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), 'koherensiesin' (verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid) (Antonovsky, 1987), en die mate van 'psigofortaleiteit' (Pretorius, 1998) waaroor die versorgers van Alzheimer-pasiënte beskik. Hierdie onderskeie konstrakte is deur middel van vraelyste geassesseer ten einde 'n kwantitatiewe weergawe van elke respondent se mate van sielkundige welstand te verkry. Die teoretiese agtergrond van hierdie konstrakte sal in hoofstukke vier en ses in meer besonderhede bespreek word.

1.4.2 SALUTOGENESE

Soos voorheen vermeld, het Antonovsky (1979) die konsep van 'salutogenese' (salutos = gesondheid, en genesis = oorsprong van...) ontwikkel nadat hy die waarneming gemaak het dat mense wat aan dieselfde stressor blootgestel word, nie noodwendig aan dieselfde negatiewe gevolge gely het nie. Met die ontstaan van die konsep van salutogenese is daar wegbeweeg vanaf die patologie (pathos = siekte, en logos = kennis van...) -benadering. Die fokus het nou eerder geval op dit wat 'n

persoon in staat stel om te oorleef, en soms selfs te floreer te midde van 'n hoë stressorlading. Die fokus is dus op die mens se behoud van gesondheid in sy/haar algemene funksionering.

Binne hierdie nuwe navorsingsveld het Antonovsky (1979) die kernbegrippe 'koherensiesin' en 'weerstandshulpbronne' beskryf. Eersgenoemde verwys na die houding of oriëntasie wat 'n persoon teenoor 'n spesifieke stressor inneem en handhaaf. Koherensiesin behels in wese die mate van gestruktureerdheid wat die persoon ervaar, ten spyte van die ergheidsgraad van die stressor, die bewuswees van die beskikbaarheid van hulpbronne om die stressor te hanteer, asook die sin en betekenis wat die persoon ten spyte van die teenwoordigheid van die spesifieke stressor ervaar.

Weerstandshulpbronne (as die tweede kernbegrip binne die salutogenese) verwys na enige eienskap van 'n persoon, groep, subkultuur of gemeenskap wat die vermyding of suksesvolle hantering van verskeie stressore fasiliteer. Hierdie nuwe navorsingsveld se fokus op voorkoming, het die begin van 'n bykans paradigmaskuif binne die sielkunde verteenwoordig, naamlik vanaf die tradisionele mediese model na 'n voorkomende benadering.

1.4.3 FORTIGENESE

Strümpfer (1995) het die term 'salutogenese' verder uitgebrei tot 'n meer omvattende begrip, naamlik 'fortigenese', wat verwys na die mens se totale funksionering. Fortigenese (fortos= sterkte of krag, en genesis = oorsprong van...) verwys na die oorsprong van sterkte wat die mens gebruik om stressore te hanteer. Binne hierdie navorsingsveld word die interaksie tussen 'koherensiesin' (soos pas bespreek) en 'algemene weerstandshulpbronne' (soos vermeld in afdeling 1.4.2) in verskeie areas van menslike funksionering bestudeer.

1.4.4 WYSHEID

'Wysheid' word tradisioneel beskou as 'n edele eienskap om na te streef. Dit maak deel uit van die eeue-oue soeke na sin en betekenis in die lewe, en kan gesien word as

’n bepaalde denkwys oor en kundigheid omtrent die vraagstukke van die lewe. Baltes en Smith (1990) beskou wysheid as ’n hoogs ontwikkelde versameling van feitelike kennis en ’n fyn oordeelkundigheid by die toepassing daarvan. Verder beskou Baltes en Staudinger (2000), soos reeds vermeld, wysheid as die strewe na uitnemendheid in die soeke na die betekenis en pragmatika van die lewe, wat deur die toepaslike aanwending daarvan lei tot eie en ander se gewin. Die ‘wyse’ persoon is dus die individu wat, nadat ’n akkurate evaluasie van die situasie gemaak is, oorgaan tot ’n aksie wat die grootste waarskynlikheid vir ’n suksesvolle uitkoms toon. Dit is die rede daarvoor dat die ‘wyse’ persoon algaande beter raad kan verskaf. Wysheid neem dus toe met ervaring, maar word nie beperk tot ’n spesifieke ontwikkelings stadium (byvoorbeeld bejaardheid) nie. Die empiriese navorsingsresultate oor wysheid is egter nog relatief skaars en sal meer volledig uiteengesit word in hoofstuk vyf.

1.5 ’n BONDIGE UITEENSETTING VAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK

Hierdie studie bestaan uit ’n literatuuroorsig, wat gevolg sal word deur ’n beskrywing van die wysheid-konstruks soos dit voorkom by die ondersoekgroep, en die wyse waarop dit moontlik verband hou met die mate van psigofortraliteit wat by hierdie ondersoekgroep mag voorkom

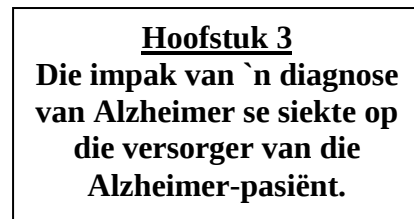
1.5.1 DIE LITERATUUROORSIG VAN DIE STUDIE

Die literatuuroorsig van hierdie studie sal opgedeel word in vyf hoofstukke (soos voorgestel in figuur 1). In die eerste hoofstuk van die literatuuroorsig (hoofstuk twee) sal Alzheimer se siekte beskryf word. Die respondente wat aan die studie deelgeneem het, was elkeen die vroulike versorger van ’n eggenoot wat gediagnoseer is met Alzheimer se siekte. Hierdie eggenote was egter reeds oorlede ten tyde van die studie. Ten einde hierdie siektetoestand, sowel as die stressore waaraan die Alzheimer-versorger blootgestel word beter te begryp, word hierdie eerste hoofstuk by die literatuuroorsig ingesluit. Die fisiologiese en ander eise wat hierdie siektetoestand aan beide die pasiënt en versorger stel, sal in hoofstuk twee aandag geniet.

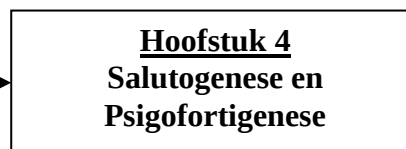
Stressor



Impak van hierdie stressor op die versorger



Die versorger moet cope met die versorgingsproses. Wat is coping?



Is wysheid moontlik een van hierdie copingmeganismes? Wat is wysheid?



Vraagstukke wat ontstaan vanuit die literatuuroorsig (Doelwitte van hierdie studie):

- Wat is die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte?
- Vind daar potensieel ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses plaas?
- Hoe effektief is die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger?

Figuur 1: 'n Voorstelling van die literatuuroorsig van hierdie studie

In hoofstuk drie word daar gefokus op die sielkundige impak wat 'n diagnose van 'Alzheimer se siekte' op die huweliksmaat-versorger van die gediagnoseerde pasiënt het. Sodanige fokus is noodsaaklik ten einde die effek wat die versorgingsproses op die versorger van hierdie Alzheimer-pasiënt het, sowel as die wyse waarmee hulle poog om daarmee te cope, te verstaan.

Die vraag ontstaan egter wat presies die copingproses behels. In hoofstuk vier volg daar dus 'n bespreking van 'salutogenese' en 'psigofortigenese'. Daar sal spesifiek verwys word na die konsepte 'stres' en 'coping', en die salutogene en fortigene faktore wat 'n rol in hierdie copingproses mag speel. Een van die konstrakte wat potensieel 'n rol mag speel by die suksesvolle coping met die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt is 'wysheid'. Die vraag ontstaan egter wat presies bedoel word met die term 'wysheid'.

Ten einde die laaste vraag te beantwoord, word hoofstuk vyf van die literatuuroorsig daaraan gewy om 'wysheid' as die sentrale konstruk van hierdie ondersoek te beskryf soos dit na vore kom in die bestaande literatuur. Die literatuuroorsig word met hierdie hoofstuk afgesluit.

Vanuit die literatuur ontstaan daar egter die volgende vrae:

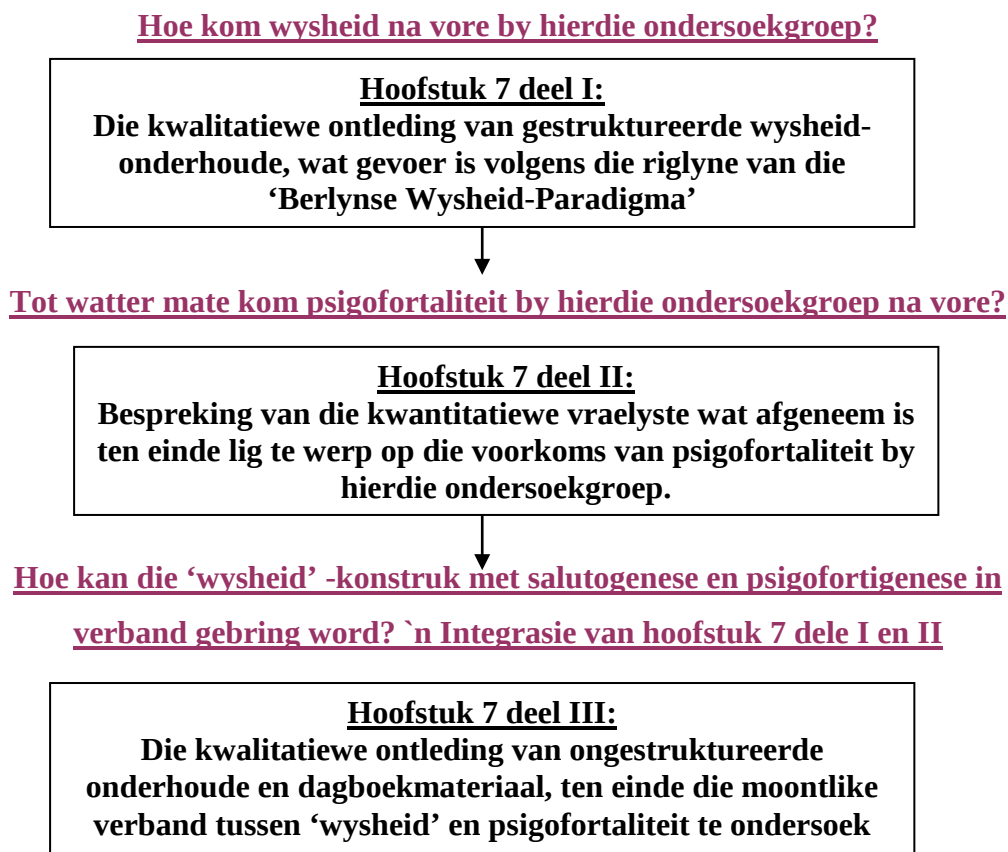
- Wat is die waarde van wysheid as 'n potensiele psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte?
- Vind daar potensieel ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses plaas?
- Hoe effektief is die BWP vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger?

Dit is hierdie vraagstukke wat die navorsingsprosedure van hierdie studie sal rig, soos bespreek word in afdeling 1.5.2.

1.5.2 NAVORSINGSPROSEDURE

Die spesifieke metodologie wat in hierdie studie aangewend is, word volledig uiteengesit in hoofstuk ses. Dus sal die doel van die studie, die aard en samestelling van die onderzoekgroep, die meetinstrumente wat gebruik is, die navorsingsontwerp en -prosedure, asook die metode van dataverwerking in genoemde hoofstuk in meer besonderhede toegelig word.

In hoofstuk sewe van hierdie studie word die resultate soos dit na vore gekom het tydens die proses van dataverwerking, bespreek. Hierdie hoofstuk word in drie dele opgedeel, na aanleiding van die vrae wat deur die navorser gestel is (soos voorgestel in figuur 2):



Figuur 2: `n Voorstelling van die bespreking van resultate

Deel I van hoofstuk sewe word aangewend om die voorkoms van wysheid by die groep versorgers te ondersoek. Die rol wat wysheid mag speel tydens en ook na

afloop van die versorgingsproses, sal ook aandag ontvang. Die BWP, wat die volgende vyf kriteria voorsien, sal vir die bepaling van wysheidsverwante gedrag aangewend word: (1) ryke feitelike kennis, (2) ryke prosedure- of metodologiese kennis, (3) sensitiwiteit vir die lewenspankonteks, (4) begrip vir die relatiewiteit van waardes, en (5) die vermoë vir hantering van onsekerheid (sien hoofstuk vyf vir 'n verdere omskrywing van hierdie begrippe).

In deel II van hoofstuk sewe sal die kwantitatiewe resultate bekom met behulp van die vraelyste, weergegee word. Verskeie vraelyste, waaronder die Lewenstevredenheidvraelys (Diener *et al.*, 1985), die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1993) en die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998), is aangewend ten einde 'n beeld te verkry van die mate van psigofortaliteit waaroor hierdie groep versorgers beskik.

In deel III van hoofstuk sewe sal daar gepoog word om 'wysheid' as konstruk met salutogenese en psigofortaliteit in verband te bring deur gebruik te maak van die kwalitatiewe ontleding van ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal. Hierdie data het deel uitgemaak van 'n meer omvattende studie (Potgieter, 2002), waarby dieselfde onderzoekgroep betrokke was. Deur middel van hierdie ontleding sal die potensiële verwantskap tussen wysheid en psigofortaliteit ondersoek word.

In hoofstuk sewe van die studie sal die eerste twee doelwitte van hierdie ondersoek dus aandag ontvang. In die eerste plek sal die waarde van wysheid as potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte bepaal word. Tweedens sal daar ook bepaal word of die ervaring van die versorgingsproses moontlik 'n bydrae maak tot die ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses.

Die derde doelwit van hierdie studie, naamlik die bepaling van die effektiwiteit waarmee die BWP die voorkoms van wysheidsverwante gedrag by hierdie onderzoekgroep kon vasstel, sal in hoofstuk agt hanteer word. In hoofstuk agt sal die bespreking van die bevindinge van hierdie studie en die maak van gevolgtrekkings in hierdie verband ook aandag geniet.

Hierdie ondersoek sal dus poog om die konstruk 'wysheid' duideliker te omlyn. Die mate van stresweerbaarheid wat deur wysheid meegebring mag word, sal dan onder die vergrootglas geplaas word ten einde die potensiële psigofortigene aard daarvan tydens moeilike omstandighede te bepaal. Die resultate van hierdie ondersoek mag moontlike `n bydrae maak tot toekomstige intervensies vir die voorkoming van stres en uitbranding by versorgers van terminale siek pasiënte.

1.6 SAMEVATTING

In hierdie eerste hoofstuk is die doel en noodsaaklikheid van die navorsingsprojek bespreek, en die belangrikste konstrunkte is kortliks aangeraak en gedefinieer. Daar is vervolgens `n kort oorsig gegee van die navorsingsprojek, sowel as `n uiteensetting van die studie.

In hoofstuk twee sal Alzheimer se siekte bespreek word ten einde `n beter begrip vir die implikasies wat `n diagnose van Alzheimer se siekte vir beide die pasiënt en die versorger inhou, te ontwikkel.

HOOFTUK 2

ALZHEIMER SE SIEKTE

2.1 INLEIDING

Hierdie studie is toegespits op die psigofortigene rol wat wysheid tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte speel. Die mate waartoe Alzheimer se siekte die pasiënt beïnvloed hou implikasies in vir die versorger van hierdie pasiënt, en 'n kortlikse bespreking van Alzheimer se siekte is dus noodsaaklik. In hierdie hoofstuk sal daar dus verwys word na die ontstaan en verloop van Alzheimer se siekte, sowel as die voorkoms daarvan in die algemene populاسie. Die diagnostiese kriteria en kliniese kenmerke sal ook aandag geniet, sowel as die prognose van die pasiënt wat onder dié siektetoestand gebuk gaan. Die behandeling en beheer van Demensie van die Alzheimer-tipe sal oorsigtelik bespreek word en die klem sal dan verskuif na die ervaring van die Alzheimer-pasiënt self.

In 1906 het Alois Alzheimer 'n toestand beskryf wat later na hom vernoem sou word (Salzer, 1994). Hy het 'n 55-jarige vrou behandel met 'n vier-en-'n-half-jaar lange verloop van progressiewe demensie. Haar simptome het op 51-jarige ouderdom 'n aanvang geneem met ontoepaslike jaloesie teenoor haar man. Soos die toestand gevorder het, het sy progressiewe geheueverlies ervaar tesame met oormatige agterdogtigheid. Hierdie geval was uniek met betrekking tot die ouderdom van die pasiënt, die snelle agteruitgang van haar toestand en die uitsonderlike neuropatologiese simptome. Sy het slegs vier-en-'n-half jaar na die ontstaan van hierdie siektetoestand gesterf. Alois Alzheimer het met 'n outopsie bepaal dat daar seniele plaatjies in die brein van hierdie pasiënt voorgekom het, en terselfdertyd ook sogenaamde neurofibrillêre knope ontdek. (Hierdie terme sal in afdeling 2.5.1 meer volledig bespreek word.) Hy het hierdie toestand vir die eerste maal beskryf as 'n "vreemde, onbekende siekte", wat andersoortige kenmerke toon as seniele demensie (demensie met 'n laat-aanvangsouderdом) wat in daardie stadium reeds bekend was (Salzer, 1994).

Alzheimer se siekte is aanvanklik beskou as 'n toestand wat ontstaan en voorkom by individue voor die ouderdom van 65 jaar (Salyer, 1994). Nadoodse ondersoeke en kliniese bevindinge het egter ook pasiënte ouer as 65 jaar uitgewys wat ly aan Alzheimer se siekte. Daar is dus weggedoen met die mite dat Alzheimer se siekte slegs tydens vroeë ouderdom voorkom. 'n Debat het onder neurologie-navorsers ontstaan rondom die vraag of preseniele (met aanvang by 'n vroeë ouderdom) en seniele (met aanvang op 'n gevorderde ouderdom) demensie dieselfde siektetoestand is. Die vraag was dus of die versteuring een siektetoestand is wat 'n vroeë (preseniele demensie) of 'n laat (seniele demensie) aanvang mag hê, maar wat somtyds dieselfde of soortgelyke kenmerke toon. Daar is egter in die vroeë 1980's tot die gevolgtrekking gekom dat hierdie twee toestande inderdaad dieselfde siekte omskryf, naamlik **Alzheimer se siekte**, wat kan voorkom met vroeë of laat aanvang (voor of ná die ouderdom van 65 jaar respektiewelik) (Salyer, 1994).

2.2 EPIDEMIOLOGIE

Die voorkoms van Demensie van die Alzheimer-tipe (DAT) word nog grootliks onderskat, en so ook die sosiale en ekonomiese impak daarvan. In die Verenigde State van Amerika (VSA) alleen word die jaarlikse finansiële las wat deur hierdie siektetoestand op die samelewing geplaas word op ongeveer 100 biljoen dollar beraam (Ernst, 1997). Die ouer populasie is meer geneig om geraak te word deur DAT, alhoewel dit tydens enige ouderdom kan voorkom (Evans *et al.*, 1990).

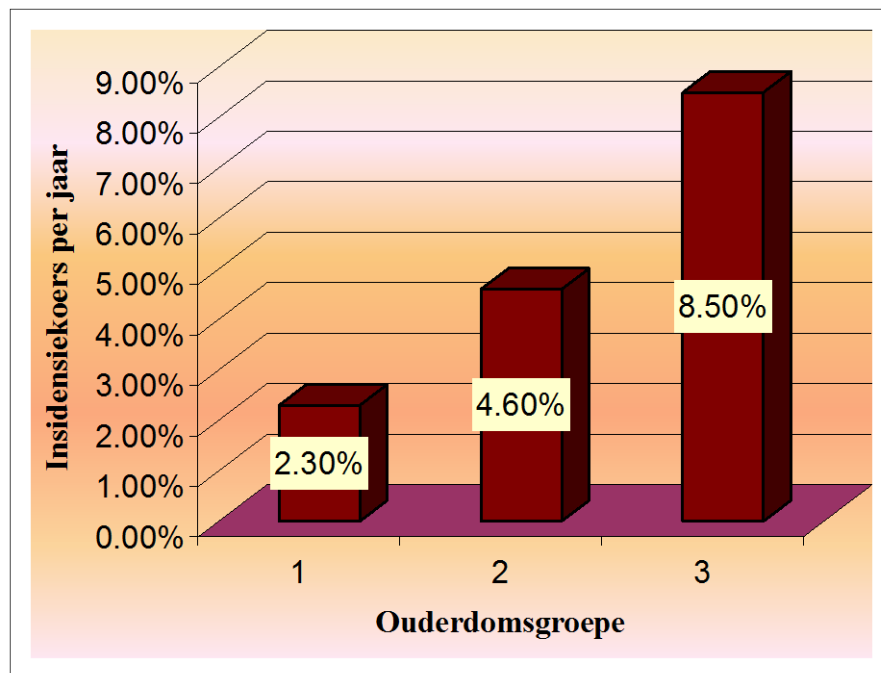
Navorsing wat toegespits was op DAT in die VSA het aangedui dat die voorkoms van hierdie kliniese, demente toestand redelik algemeen bo die ouderdom van 65 jaar is. Daar is ook bevind dat daar 'n definitiewe toename in die hoeveelheid DAT-pasiënte voorkom, aangesien daar 'n styging in die gemiddelde ouderdom van populasies in ontwikkelde lande is vanweë beter mediese dienste (Evans *et al.*, 1990). Max (1993) het bevind dat daar in 1993 sowat 3,75 miljoen gediagnoseerde DAT-pasiënte in die VSA was. 'n Berekening is gemaak dat die getal DAT-pasiënte mag toeneem tot 9 miljoen teen die jaar 2040 (Max, 1993).

Die oorlewingkoers van die DAT-pasiënte beïnvloed egter die resultate van prevalensiestudies (aantal persone in 'n betrokke gemeenskap wat op 'n spesifieke tydstip 'n bepaalde siekte of psigiese versteuring het) en daarom word daar eerder gefokus op insidensie-koers. Laasgenoemde verwys na die aantal nuut-gediagnoseerde DAT-pasiënte per jaar. Dit word beskou as 'n meer betroubare bepaling (Evans *et al.*, 1990). Evans *et al.* (1990) vermeld verder dat voorkomssyfers ook beïnvloed word deur die eliminasië-proses wat plaasvind by die diagnose van DAT. Alle moontlike verklarings vir die demensie moet eers geïdentifiseer word en ander, alternatiewe etiologie vir die verlies van kognitiewe vermoëns moet uitgeskakel word, alvorens die voorkomssyfer 'n ware weergawe van die epidemiologie sal wees.

Paykel *et al.* (1994) het in hul studie bevind dat die aantal nuut-gediagnoseerde DAT-pasiënte selfs kan verdubbel met die verloop van elke vyfjaar-periode. In laasgenoemde outeurs se studie is daar bevind dat die jaarlikse insidensie-koers 2.3% is vir persone tussen die ouderdom van 75 en 79 jaar, 4.6% vir persone in die ouderdomsinterval 80 tot 84 jaar, en 8.5% vir die populasie van 85 tot 90 jaar (sien figuur 3).

Die insidensiekoers sal egter afhang van die spesifisiteit van die studie, naamlik die reikwydte van kognitiewe afwykings wat in ag geneem is by die studie (Evans *et al.*, 1990).

(1 = 75 tot 79 jaar; 2 = 80 tot 84 jaar en 3 = 85 tot 90 jaar)



Figuur 3: Die insidensiekoers van demensie (Paykel *et al.*, 1994)

Daar is verder ook bevind dat die voorkomssyfer van DAT effens hoër is onder vroulike individue, as dié van hul manlike genote (DSM-IV, 2000). 'n Rede hiervoor mag die toenemende lewensverwagting wees onder die vroulike geslag, aangesien die voorkoms van demensie veral toeneem na die ouderdom van 75 jaar (Barlow & Durand, 1999).

2.3 DIAGNOSERING VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

2.3.1 KLINIESE DIAGNOSERING VAN DEMENSIE

'n Diagnose van Alzheimer se siekte kan tans nog slegs na 'n neuropatologiese ondersoek (outopsie) met sekerheid gemaak word. Hierdie diagnose word egter dikwels in die kliniese praktyk gemaak nadat die ander moontlike oorsake van demensie uitgeskakel is (Kaplan & Sadock, 1998). Diagnoserig van Demensie van die Alzheimer-tipe word hoofsaaklik gebaseer op 'n volledige kliniese ondersoek wat 'n geestestoestand-

ondersoek (*mental status examination*) insluit (Kaplan & Sadock, 1998). Kollaterale inligting word verkry van die familie, werkgewers en vriende, en vermelding van persoonlikheidsveranderinge by 'n pasiënt ouer as 40 jaar word ook in ag geneem vir die moontlike diagnosering van demensie (Kaplan & Sadock, 1998).

Kaplan en Sadock (1998) meld dat die klinikus veral moet let op kognitiewe inkorting en vergeetagtigheid wat by die pasiënt mag voorkom. Met die aanvang van die toestand van demensie, het sodanige persone normaalweg nog insig in hul toestand en mag daar ontwyking, ontkenning en rasionalisering plaasvind ten einde die kognitiewe defekte te verberg.

Kaplan en Sadock (1998) meld verder dat oormatige ordelikheid, sosiale onttrekking en skielike uitbarstings van aggressie en sarkasme mag plaasvind. Verdere simptomatologie van DAT wat vermeld word, sluit die volgende in: labiliteit van emosies, swak selfsorg, snedige opmerkings en/of grappe, asook 'n eentonige, apatiese of leë gesigsuitdrukking. Laasgenoemde simptome word veral as belangrik beskou wanneer dit met geheueverlies gepaard gaan.

2.3.2 DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Die vierde uitgawe van die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV, 2000) benadruk die teenwoordigheid van geheue-inkorting, sowel as geassosieerde, meervoudige kognitiewe inperkinge, wanneer die diagnose van Demensie van die Alzheimer-tipe gemaak word.

Die kognitiewe disfunksies wat wel mag voorkom, is onder andere die volgende: afasie, 'n abnormale neurologiese toestand waar die taalfunksie defektief of afwesig is vanweë 'n aantasting of besering van sekere areas van die serebrale korteks (Anderson, Anderson & Glanze, 1994), of disfasie, 'n aantasting van die spraakfunksie, maar met 'n verminderde ergheidsgraad as by afasie. (Sien ook die bespreking van taalveranderinge in afdeling 2.4.3 vir verdere subkategorieë.) Apraksie ('n onvermoë om spesifieke

motoriese take uit te voer, ten spyte van intakte motoriese en sensoriese sisteme) is 'n verdere kognitiewe disfunksie wat mag voorkom en so ook agnosie ('n onvermoë om objekte te herken of identifiseer, ten spyte van intakte sensoriese funksies). 'n Onvermoë om uitvoerende funksies (byvoorbeeld beplanning en organisering van take) suksesvol uit te voer, mag ook voorkom, wat die volgende insluit: beplanning, organisering, opeenvolgende verwerking en abstraksie (Kaplan & Sadock, 1998).

Die diagnostiese kriteria van **Demensie van die Alzheimer-tipe** word vervolgens vermeld (DSM-IV, 2000):

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

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

- E. Bogenoemde versteurings kom nie net voor tydens die verloop van delirium nie.
- F. Die versteuring word nie beter verklaar deur 'n ander As I-versteuring (byvoorbeeld Major Depressiewe Gemoedsversteuring of Skisofrenie) nie.

Die DSM-IV (2000) stel voor dat die aanvangsouderdome geklassifiseer sal word as: 'met vroeë aanvang' indien die versteuring ontstaan voor die ouderdom van 65 jaar, of as 'met laat aanvang' na die ouderdom van 65 jaar. Daar kan verder ook gespesifiseer word of die toestand gepaard gaan met 'n gedragsversteuring al dan nie.

2.4 KLINIESE KENMERKE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Met die aanvang van demensie (oor die algemeen, nie net DAT nie), presenteer die pasiënt met vermoeidheid, swak konsentrasie en die onvermoë om vreemde of komplekse take suksesvol uit te voer. Nuwe probleemoplossingstegnieke word algaande moeiliker aangeleer en minder aangewend (Kaplan & Sadock, 1998). Die toestand veroorsaak stelselmatige deteriorasie wat lei tot die onvermoë om selfs basiese take uit te voer. Intensiewe supervisie en sorg vir die pasiënt word dus met die verloop van tyd genoodsaak.

Die kliniese kenmerke van Alzheimer se siekte word vervolgens bespreek.

2.4.1 GEHEUE

Alzheimer se siekte word geassosieer met disfunksie in die korteks-gedeelte van die brein. Daar kom dus tipies 'n aantasting van die geheue voor, selfs in die vroeë fase van hierdie toestand, alhoewel dit gering is in hierdie fase van DAT. Die geheueverlies het gewoonlik betrekking op die mees onlangse gebeure, met ander woorde dit is die korttermyngeheue wat aanvanklik tot die grootste mate beïnvloed word. Die persoon

mag dit moeilik vind om telefoonnommers, gesprekke of gebeure vroeër die dag te onthou. Langtermyngeheue word stelselmatig meer aangetas soos die siektetoestand sy verloop neem, totdat slegs geheue aangaande die gebeure uit die verre verlede (eerste geleerde informasie) behoue bly (Kaplan & Sadock, 1998).

Geheueverlies is die belangrikste kenmerk van Alzheimer se siekte, maar beslis nie die enigste eienskap van hierdie toestand nie. Dit is belangrik om die geheueverlies wat by DAT voorkom te onderskei van skadelose vergeetagtigheid soos wat voorkom by 'normale' veroudering. Eersgenoemde vorm van geheueverlies het 'n beduidende impak op die persoon se sosiale en/of beroepsfunksionering, terwyl normale vergeetagtigheid skadeloos is, en niks meer as frustrasie en irritasie by die persoon wek nie (Hamdy, 1994).

2.4.2 ORIËNTASIE

Disoriëntasie ten opsigte van tyd en plek kom voor by Alzheimer se siekte, en die persoon mag dit byvoorbeeld moeilik vind om terug te keer na 'n vertrek na 'n besoek aan die badkamer. Die geheue-aantasting affekteer ook die persoon se oriëntasie ten opsigte van ander persone, tot op die punt dat die geaffekteerde individue nie hul naasbestaendes herken nie (Kaplan & Sadock, 1998). Hierdie graad van disoriëntasie kom egter gewoonlik eers tydens die gevorderde fase van DAT voor.

Die pasiënt met DAT se visueel-ruimtelike vermoëns word ook mettertyd aangetas, en apraksie (sien afdeling 2.3.2) mag by hierdie pasiënte ontstaan (Hamdy, 1994).

2.4.3 TAALVERANDERINGE

'n Pasiënt met DAT mag dit moeilik vind om objekte te benoem en gebruik dikwels vae, stereotipe taal wat as omslagtige uitdrukkings bestempel kan word (Kaplan & Sadock, 1998). Hierdie onvermoë om objekte te benoem en beskryf word al hoe meer opvallend, in so 'n mate dat selfs die buitestaander dit waarneem. Aan die begin is hierdie 'anomie'

beperk tot objekte waarmee die DAT-pasiënt nie baie in kontak kom nie, maar dit sluit later alle objekte in soos die persoon se kognitiewe funksies deterioreer (Hamdy, 1994). Dit kan ook voorkom as ‘agnosie’, waar die persoon `n objek nie kan benoem nie, en dit later selfs nie meer kan identifiseer nie. Sodanige persone se gedagteprosesse raak versteurd, en hulle mag dele van vorige gesprekke op `n ontoepaslike wyse inkorporeer by huidige gesprekke.

Met die verloop van die toestand ontwikkel daar dikwels ook ‘afasie’ (Hamdy, 1994). Daar word onderskei tussen ‘reseptiewe afasie’ en ‘ekspressiewe afasie’. Eersgenoemde staan ook bekend as Wernicke-, vloeibare of sensoriese afasie, en word gekenmerk deur `n verlies van die vermoë van die pasiënte om te verstaan wat aan hul gekommunikeer word. Die pasiënte behou die vermoë om vloeibaar en skynbaar samehangend te praat, maar die inhoud daarvan is onverstaanbaar en maak nie sin nie. Die pasiënte verloor dus die vermoë om woorde te verstaan (beide hul eie woorde en dié van ander). Hierdie pasiënte mag dus ook nie bewus wees van hul ontoepaslike gebruik van woorde en sinlose frases nie, en dit lei selde tot ongemak as hul onder die indruk is dat hul perfekte sinne praat. Sensoriese afasie kan ook gesien word in die vorm van disleksie of aleksie (verlies van vorige vermoë om te lees, wat nie verklaar kan word deur `n afname in sig nie) (Anderson *et al.*, 1994).

Ekspressiewe afasie daarteenoor word ook beskryf as Broca-, nie-vloeibare of motoriese afasie. Met hierdie tipe afasie behou die persoon begrip vir wat aan hom/haar gekommunikeer word, maar hy/sy verloor die vermoë om verbaal daarop te reageer (Kaplan & Sadock, 1998), of om te kan skryf en woorde te struktureer (disgrafie) (Anderson *et al.*, 1994). Die kommunikasie van die pasiënt word tot so `n mate aangetas dat die versorger dikwels moet raai wat die behoefte van die pasiënt is (Hamdy, 1994). Pasiënte met ‘ekspressiewe disfasie’ herken egter die verbale foute wat hul begaan, en dit lei tot frustrasie en ongemak (Jacques & Jackson, 2000).

Die volgende kommunikasie- en/of gedagteversteuringe is ook soms teenwoordig by pasiënte met DAT: ‘egolalie’ (die patologiese herhaling van `n ander persoon se woorde),

‘paralalie’ (die herhaling van een woord) of ‘logoconia’ (die eerste lettergreep van `n woord word herhaaldelik geverbaliseer) (Hamdy, 1994).

In die gevorderde stadium van demensie (alle demensies) word die pasiënt se spraak dikwels onverstaanbaar en totale mutisme mag voorkom (Hamdy, 1994).

2.4.4 PERSOONLIKHEIDSVERANDERINGE

Die familie van DAT-pasiënte word normaalweg die meeste geaffekteer deur die persoonlikheidsveranderinge wat by die pasiënt voorkom tydens die verloop van die demente toestand. Voorafbestaande persoonlikheidskenmerke mag versterk word in die verloop van DAT. Die pasiënt met Demensie van die Alzheimer-tipe mag egter ook neig na introversie, en hul kan ook apaties voorkom en `n verminderde belangstelling in die gevolge van hul gedrag en die effek daarvan op ander toon. Indien die frontale en temporale lobbe van die brein geaffekteer is, mag dit lei tot beduidende persoonlikheidsveranderinge en irriteerbaarheid wat gepaard mag gaan met aggressiewe uitbarstings. Pasiënte met DAT wat paranoïede delusies ondervind, is oor die algemeen vyandig teenoor familieleden en/of versorgers (Kaplan & Sadock, 1998).

2.4.5 GEDRAGSPROBLEME

Die pasiënt met DAT mag toenemend vreemde gedrag toon, wat ongemak veroorsaak vir beide die pasiënt en die versorger (Hamdy, 1994). Die vreemde gedrag sluit onder andere die volgende in: hardkoppigheid, weerstand teen sorg, onbetaamlike taalgebruik, reaksies op delusies en/of hallusinasies, die deursoek van ander se private besittings, steelgedrag, wegsteek van objekte in die huis, urinering op ontoepaslike plekke en aggressiewe uitbarstings (katastroferende reaksies). Laasgenoemde mag uitgelok word deur verskeie gebeure, maar mag selfs voorkom sonder `n spesifieke stimulus wat dit uitlok. `n Pasiënt met demensie mag rusteloos voorkom en ronddwaal, wat hom/haar in gevaar mag stel. `n Ommekeer van die slaap-wakker-siklus mag voorkom. Die pasiënt

mag ook ontoepaslike seksuele gedrag (byvoorbeeld selfstimulasie) toon in 'n openbare plek (Hamdy, 1994).

Hierdie vreemde gedrag is dikwels die rede waarom die versorger besluit op institusionalisering. Dit is egter ironies dat sodanige gedrag dikwels juis die rede is waarom hierdie pasiënte deur inrigtings geweier word. Wanneer hulle wél opgeneem word, word hulle as gevolg van die ontoepaslikheid van hulle gedrag dikwels met sterk sedeermiddels behandel (Hamdy, 1994).

2.4.6 HALLUSINASIES EN DELUSIES

Kaplan en Sadock (1998) rapporteer dat 20% tot 30% van pasiënte met Alzheimer se siekte hallusinasies ondervind en dat 30% tot 40% delusies ervaar. Die delusies is hoofsaaklik van 'n paranoïede aard, soos byvoorbeeld 'n toename in jaloesie ten opsigte van hul maats, en delusies van vervolging waar die pasiënt byvoorbeeld glo dat iemand op die televisie van hulle praat of na hulle verwys. Die pasiënte met DAT mag ongesistematiseerde delusies hê, maar komplekse, volgehoue delusies word ook soms van hierdie pasiënte gerapporteer (Kaplan & Sadock, 1998).

2.4.7 ANDER TEKENS EN SIMPTOME

'n Major Depressiewe Gemoedsversteuring kom voor in 10% tot 20% van Alzheimers-pasiënte. Lag- of huilbuie mag voorkom sonder enige stimulus wat dit ontlok. Daar kan ook toevallye (*seizures*) ontwikkel by tot 10% van die Alzheimer-pasiënte (Kaplan & Sadock, 1998).

Die demente persone verloor dikwels stelselmatig die vermoë om nuwe inligting te assimileer of te prosesseer, en hulle slaag dus nie daarin om dit te akkommodeer of te integreer met inligting wat hulle voorheen aangeleer het nie. Pasiënte met DAT toon normaalweg gebrekkige oordeelsvermoë as dit kom by sosiale situasies (Hamdy, 1994). Hulle sosiale oordeel kan byvoorbeeld bepaal word deur middel van vrae soos die

volgende: ‘Verstaan die pasiënt die waarskynlikste gevolge van sy/haar gedrag en word hy/sy beïnvloed deur hierdie insig?’, en ‘Kan die pasiënt voorspel wat hy/sy sou doen in `n denkbeeldige situasie?’. `n Voorbeeld van die laasgenoemde vraag sou wees: ‘Wat sal die pasiënt doen as hy/sy rook ruik in `n fliekteater waar daar baie mense teenwoordig is?’ (Kaplan & Sadock, 1998). Die oordeel van die pasiënt met DAT word progressief tot so `n mate ingeperk dat die familie uiteindelik besef dat die pasiënt nie net vreemd of eksentriek optree nie, maar dat daar `n dieperliggende probleem is (Hamdy, 1994).

DAT-pasiënte se selfsorg mag afneem en dié pasiënte is dikwels ongeërg oor die manier waarop hul hulself voorhou aan ander. Hul fisieke toestand gaan ook dikwels later in die verloop van die demente toestand agteruit. Hulle verloor dikwels hulle balans en val gereeld as gevolg van toenemende spierrigiditeit, sodat hierdie pasiënte later totaal bedlêend word. Die drie algemeenste oorsake van die dood in pasiënte met DAT is *pneumonia* (longontsteking), urienweg-infeksies en geïnfekteerde *decubitis ulcers*, `n inflammasie, seer of ulkus op die vel by plekke met prominente bene as gevolg van verhoogde druk op daardie deel by `n bedleënde pasiënt (Hamdy, 1994).

2.5 ETIOLOGIE

Soos in afdeling 2.3.1 vermeld, word Alzheimer se siekte alleenlik gediagnoseer nadat al die ander moontlike oorsake van demensie uitgeskakel is. Met betrekking tot die etiologie (moontlike redes vir die ontstaan van die siekte-toestand), kan daar hoofsaaklik onderskei word tussen die volgende tipes demensie: Demensie van die Alzheimer-tipe, vaskulêre demensie, demensie as gevolg van algemene mediese oorsake, substans-geïnduseerde blywende demensie, demensie as gevolg van meervoudige oorsake en demensie wat nie andersins gespesifiseerd is nie (DSM-IV, 2000). Laasgenoemde diagnose word gemaak wanneer die voorkoms van demensie nie deur enige van die vooraf-vermelde spesifieke oorsake van demensie verklaar kan word nie (Kaplan & Sadock, 1998).

2.5.1 NEUROPATHOLOGIE BY DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Die patologie wat gepaard gaan met Alzheimer se siekte is reeds goed nagevors, maar dit is steeds moeilik om die simptomatologie in die vroeë stadium van DAT te onderskei van die veranderinge wat met normale veroudering gepaard gaan (Jacques & Jackson, 2000).

Op makroskopiese anatomiese vlak, is die atrofie in die brein van die pasiënt met Alzheimer se siekte sigbaar, met plat kortikale sulci en diffuse atrofie (Kaplan & Sadock, 1998). Hierdie atrofie kan met behulp van gerekenariseerde aksiale tomografie ('CAT-scan') duideliker waargeneem word in jonger pasiënte. Hierdie wyse van diagnosering is egter minder betroubaar by ouer pasiënte omdat die breingrootte meer by hierdie ouderdomsgroep varieer (selfs by pasiënte wat nie aan 'n demente toestand ly nie) (Jacques & Jackson, 2000). Neuronale en sinaptiese verlies kan in sommige gevalle in tot 50% van die korteks waargeneem word (Kaplan & Sadock, 1998).

Op mikroskopiese vlak kan die neerlegging van kenmerkende ameloïedplaatjies (seniele plaatjies) in breinareas soos die korteks, die hippocampus, basale ganglia, talamus en serebellum waargeneem word. Die digtheid en hoeveelheid van hierdie seniele plaatjies in die brein toon normaalweg 'n direkte verband met die graad van erns van Alzheimer se siekte waarmee die pasiënt presenteer. Die ameloïedplaatjies se grootte verskil van 10 mikrometer tot etlike honderde mikrometer in wydverspreide areas in die brein (Guyton & Hall, 1996). Daar word ook normaalweg neurofibrillêre knope in die brein van 'n persoon met Alzheimer se siekte gevind (Salyer, 1994). Hierdie laasgenoemde knope word beskryf as dik, gekronkelde (gedraaide) vesels in die sitoplasma van die serebrale-korteksneurone.

Die hippocampus, wat dikwels aangetas word by DAT, word geassosieer met geheue en dit word as verklaring aangebied vir die feit dat die geheue-prosesse van die pasiënt aangetas word (Kaplan & Sadock, 1998). Die verlies van neurone in hierdie deel van die limbiese stelsel is 'n konsekwente bevinding by Alzheimer-pasiënte. Die geheue-prosesse wat dus verlore gaan, het 'n groot effek op die pasiënt (Guyton & Hall, 1996).

2.5.2 GENETIESE FAKTORE

Families wonder dikwels wat die oorerflikheid van Demensie van die Alzheimer-tipe is, aangesien dit vir hulle groot implikasies mag inhou. Dit is wel so dat die voorkoms van Alzheimer se siekte by die pasiënt dikwels geassosieer word met 'n familiegeskiedenis van demensie (Kaplan & Sadock, 1998). Tot soveel as 40% van Alzheimer-pasiënte het 'n familielid wat ook aan die toestand ly of gely het. Genetiese faktore speel dus wel 'n rol by die ontwikkeling of ontstaan van hierdie demente toestand, ten minste in sommige gevalle. Tweelingstudies ondersteun hierdie bevinding van genetiese etiologie. 'n Hoër voorkomssyfer van demensie word aangedui by monosigotiese tweelinge as by disigotiese tweelinge, naamlik 43% en 8% respektiewelik. Daar is ook bewyse gevind vir die moontlikheid dat die versteuring oorgedra mag word deur 'n outosomale dominante geen, alhoewel hierdie tipe oordrag selde plaasvind (Kaplan & Sadock, 1998).

Miner, Winters-Miner, Blass, Richter en Valentine (1989) bevestig hierdie moontlikheid van outosomale, dominante-geen-oordrag. Hierdie outeurs vermeld dat daar in sommige families talle familieleden (hoofsaaklik in hul 40's tot 50's) met DAT gediagnoseer word. Die aanvangsouderdom is spesifiek binne 'n paar jaar vir 'n gegewe familie. Die ontleding van verkreeë data vanuit hierdie families dui daarop dat DAT oorgedra word op 'n dominante outosomale wyse. Die feit dat dominante-geen-oordrag hier ter sprake is, beteken dat slegs een van die ouers 'n siekte-veroorsakende geen hoef te hê vir die toestand om oorgedra te word na die kind. Die outosomale oordrag beteken weer dat dit nie deur geslagschromosome oorgedra word van ouer na kind nie en daarom word nakomelinge van beide geslagte van die geendraer-ouer geaffekteer. In die oordragpatroon wat pas beskryf is, het die kind dus 'n 50% kans om ook die toestand te ontwikkel.

Alhoewel genetika dus 'n rol speel by die ontstaan van demensie, is daar ook gevalle wat sporadies van aard is, waar demensie lukraak binne enige familie mag ontstaan. Dit is soms ook moeilik om die rol van genetika te bepaal, aangesien soveel potensiële slagoffers van demensie sterf aan nie-verwante oorsake voor die ouderdom waarop hul

moontlik demensie sou ontwikkel. Dit kan hoofsaaklik aan die laat aanvangsouderdome van demensie toegeskryf word (Jacques & Jackson, 2000).

2.5.3 DOWN-SINDROOM EN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Down-sindroom-pasiënte ontwikkel byna almal die tipiese patologiese veranderinge kenmerkend van DAT, sowel as die neuro-oordragstofveranderinge indien hulle hul middeljarige bereik (Jacques & Jackson, 2000). Die Down-sindroom word geassosieer met 'n abnormaliteit van die 21ste chromosoom. Die geen wat verantwoordelik is vir beta-ameloïedproteïen (wat betrokke is by ameloïedneerleggings in die brein), is ook gesetel in die 21ste chromosoom. Die vraag het dus ontstaan of 'n abnormale geen op die 21ste chromosoom 'n aandeel mag hê in die ontstaan van DAT (Jacques & Jackson, 2000).

Abnormale gene is wel gevind by families met vroeë-aanvang DAT, maar dit is baie skaars. Ander abnormaliteite wat geïdentifiseer is by seldsame familie-variëteite van DAT is op chromosome 1, 14 en 19 onderskeidelik gevind (Jacques & Jackson, 2000).

2.5.4 NEUROTRANSMITTERS

In die brein is daar verskeie neuro-oordragstowwe (of -transmitters), wat gewoonlik 'n neuronale 'boodskap' oordra van een neuron na 'n ander. Hierdie neuro-oordragstof veroorsaak 'n elektriese verandering in die tweede neuron (by die sinpatiese verbinding) en maak dit op sy beurt meer, of minder geneig tot die vrystelling van sy eie oordragchemikalieë. Die funksionering van die brein maak dus grootliks staat op miljoene der miljoene van hierdie 'boodskappe' tussen neurone (Jacques & Jackson, 2000).

Daar is hoofsaaklik twee neurotransmitters wat tydens navorsingstudies as hipo-aktief (onderaktief) aangedui is by Alzheimer se siekte, naamlik asetielcholin (ACh) en noradrenalin (NA). Hierdie data word ook bevestig deur die feit dat cholinerge

antagoniste (byvoorbeeld atropien) lei tot kognitiewe inperking, waar cholinerge agoniste weer kognitiewe werking stimuleer. Somatostatien, gamma-amino-bottersuur (GABA) en kortikotropien is ook al in verminderde hoeveelhede gerapporteer by Alzheimer se siekte (Kaplan & Sadock, 1998).

Die Ach-vrystellende neurone is hoofsaaklik in die middel van die serebrale hemisfere by die kern van basalis (*nucleus basalis* van Meynert) te vinde. Afgestorwe neurone in hierdie area van die brein by pasiënte gediagnoseer met DAT is duidelik waarneembaar. Die *locus coeruleus* wat verantwoordelik is vir NA-afskeiding word gewoonlik ook geaffekteer in hierdie pasiënte (Jacques & Jackson, 2000).

2.5.5 ANDER OORSAKE VIR DIE ONTSTAAN VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Studies met betrekking tot die fosfo-lipiedmembraan-metabolisme van die brein dui aan dat Alzheimer-pasiënte se selmembrane minder vloeibaar (met ander woorde meer rigied) is as normaalweg (Kaplan & Sadock, 1998). Verder is aluminium-toksisiteit ook as 'n moontlike oorsaak vir die ontstaan van DAT aangedui (Kaplan & Sadock, 1998). Vry-radikale wat vermeerder met 'n toename in ouderdom is ook aangedui as 'n moontlike bydraende faktor tot die ontstaan van hierdie siektetoestand (Jacques & Jackson, 2000).

Jacques en Jackson (2000) maak melding van die moontlikheid dat apolipo-proteïene, wat betrokke is by die vervoer van lipiede (vette) in die liggaam en gevind word in die membrane van neurone, 'n potensiële bydraende rol speel tydens die ontwikkeling van DAT. Hierdie proteïene kom voor in drie hoofgroepe, naamlik ApoE2, ApoE3 en ApoE4. Dit wil voorkom of die teenwoordigheid van ApoE4 'n hoë risiko vir die ontwikkeling van DAT inhou, veral as daar twee van hierdie lipo-proteïene teenwoordig is. Die teenwoordigheid van ApoE2 blyk weer 'n beskermende faktor te wees teen DAT. Hoewel dit aanduidend mag wees daarvan of 'n persoon 'n hoë risiko het vir die ontwikkeling van DAT word daar tans nie op groot skaal siftingstoetse gedoen om die teenwoordigheid van hierdie lipo-proteïene te bepaal nie. Verdere navorsing hieroor

word gedoen, maar die standaardisering van so 'n toets hou egter groot etiese implikasies in. Die persoon wat 'n hoë risiko het vir die ontwikkeling van DAT, behoort in elk geval vir 'n groot gedeelte van sy/haar lewe 'normaal' te funksioneer voordat die simptome 'n aanvang neem. Indien die persoon dus sou weet dat daar 'n hoë risiko is om DAT te ontwikkel as gevolg van hoë ApoE4-telling, kan dit lei tot depressie of byvoorbeeld probleme om lewensversekering te verkry.

Die bydrae van 'n moontlike infektiewe agent by die ontwikkeling van DAT word in twyfel getrek en die navorsing hieroor is nog beperk. Onlangse navorsing stel egter voor dat blootstelling aan 'n relatiewe algemene bakterie of virus in die vroeë lewe van 'n persoon, mag lei tot 'n verhoogde risiko om DAT te ontwikkel (Jacques & Jackson, 2000). Navorsingsresultate met betrekking tot die rol van herhaalde hoofbeserings soos die *punch drunk*-sindroom wat voorkom by bokkers is ook gering. Daar is egter reeds bewys dat hierdie *punch drunk*-sindroom tesame met die normale verouderingsprosesse, mag veroorsaak dat die pasiënt die 'drempel' vir die ontwikkeling van demensie mag oorskry. Die konneksie tussen veelvuldige hoofbeserings en die ontwikkeling van DAT is nog nie bewys nie, maar hierdie herhaaldelike hoofbeserings lei wel tot die produsering van skadelike beta-ameloïed (Jacques & Jackson, 2000).

2.5.6 FAMILIËLE MEERVOUDIGE SISTEEM TAUPATIE MET PRESENIELE DEMENSIE

'n Tipe demensie wat onlangs ontdek is, naamlik Familiële Meervoudige Sisteem Taupatie, deel sekere vorme van breinpatologie met Alzheimer se siekte (Kaplan & Sadock, 1998). Hierdie nuutgevonde tipe demensie word geassosieer met 'n geen op chromosoom 17, en die simptomatologie daarvan sluit in: korttermyn geheueverlies en swak koördinasie en/of vermoë om normaal te loop. Die versteuring neem gewoonlik 'n aanvang tussen die ouderdomme van 40 en 50 jaar, en mense met hierdie siektetoestand leef 'n gemiddeld van 11 jaar ná die aanvang van die toestand. Tauproteïen word opgebou in die neurone en glia-selle van gediagnoseerde persone, soos by DAT. Die siektetoestand word nie geassosieer met seniele plaatjies soos by Alzheimer se siekte

nie, maar die opbou van proteïene laat breinselle mettertyd degenerereer (Kaplan & Sadock, 1998).

2.6 VERLOOP EN PROGNOSE BY DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Kaplan & Sadock (1998) vermeld dat Demensie van die Alzheimer-tipe normaalweg gedurende die pasiënt se sestigerjare 'n aanvang neem. 'n Geleidelike deteriorasie mag plaasvind vir 'n periode van 5 tot 10 jaar. Daar bestaan groot variasie met betrekking tot die verloop van die toestand, maar die pasiënt se gemiddelde lewensverwagting is ongeveer 8 jaar, met 'n reikwydte van sowat 1 tot selfs 20 jaar. Data wys daarop dat die toestand in persone wat 'n vroeë aanvang van demensie het (voor 65 jaar), en diegene wat 'n familiegeskiedenis van demensie het, geneig is om vinniger te verloop.

By die diagnosering van demensie behoort 'Ribot se wet' (Jacques & Jackson, 2000) in ag geneem te word. Hoewel 'Ribot se wet' op sterk veralgemening gebaseer is, mag dit bydra tot die begrip vir die verloop van demensie. Hierdie wet dien as 'n basiese veralgemening dat die gevorderde koördinerende en konneksie-funksies van die brein wat later in 'n persoon se lewe ontwikkel, die eerste sal deterioreer, wanneer wydverspreide (diffuse) skade voorkom by demensie.

'Ribot se wet' stel dat basiese en spesifieke funksies van die serebrum, soos byvoorbeeld gehoor en sig, definieerbare, verteenwoordigende areas in die serebrale korteks het, wat vroeg in 'n persoon se lewe ontwikkel. Tog bly hierdie areas dikwels onaangetas tydens die vroeë fases in die verloop van DAT (Jacques & Jackson, 2000). Aantasting van die fisiese funksies (byvoorbeeld urinêre inkontinensie) volg volgens Ribot se wet normaalweg eers nadat psigiese inperking (byvoorbeeld geheueverlies) ingetree het. Daar is egter ook 'n groot mate van varieerbaarheid wat die verloop van DAT by elke individuele pasiënt betref (Jacques & Jackson, 2000).

Miner *et al.* (1989) het 'n driefase-model opgestel wat die verloop van demensie beskryf. Hierdie model sien soos volg daar uit:

❖ FASE 1

In die eerste fase word die vermoë om onlangse gebeure te onthou tot 'n groot mate aangetas. Die pasiënt mag gedisoriënteerd wees ten opsigte van tyd, plek en persoon. Die familie mag ondervind dat die pasiënt swak konsentrasie toon en voortdurend vermoeid is. Gemoedsversteurings soos depressie kom gewoonlik slegs vlugtig voor, en die familielede van die pasiënt mag persoonlikheidsveranderinge waarneem wat nie eie is aan die pasiënt nie. Paradoksale emosionele belewenisse mag voorkom, soos aggressiewe uitbarstings wat voorkom by 'n innemende persoon en 'n spraaksame individu wat periodes van stilte mag ervaar. In hierdie vroeë fase van DAT is dit ook duidelik dat die pasiënt se vermoë om besluite te neem, begin afneem. Delusies van vervolging mag voorkom (die pasiënt voel asof hul agtervolg of dopgehou word), en oordeels- en berekeningsfoute kom soms in hul denke voor. Die pasiënt het normaalweg nog insig ten opsigte van hierdie verandering wat in hom/haar plaasvind in hierdie fase van DAT. Die pasiënt mag verkies om in 'n bekende omgewing te bly, en skram dus weg van die onbekende (Miner *et al.*, 1989).

Die subtiele tekens van demensie word aan die begin gewoonlik deur die pasiënt en sy/haar naasbestaandes geïgnoreer (Kaplan & Sadock, 1998). Vir die familie regverdig die geleidelike ontstaan van simptome dikwels nie onmiddellike opsoek van professionele hulp nie. Soos die toestand vorder, word die simptome egter algaande meer opvallend en beperkend vir beide pasiënt en versorger (Kaplan *et al.*, 1998).

❖ FASE 2

Die normale aspekte van geheue gaan geleidelik agteruit by die pasiënt. Familielede begin ook tekens van afasie, apraksie en agnosie (sien afdeling 2.3.2) by die pasiënt waarneem. Sowat 5% tot 10% van pasiënte kry ook toevalle (*seizures*) in hierdie fase

van DAT. Die pasiënt mag aleksie en agrafie ontwikkel. Ander simptomatologie sluit in, die onvermoë tot insig in en handhawing van 'n gesprek, rusteloosheid in die nag en 'n oordrewe vasklou aan sekere rigiede idees.

Die demente persoon verdwaal tydens hierdie fase dikwels in 'n voorheen bekende omgewing, en hy/sy sukkel byvoorbeeld om die badkamer te kry vanweë die aantasting van visueel-ruimtelike vermoëns. Die pasiënt moet ook voortdurend herinner word aan roetinetakies, soos om tande te borsel. Familielede mag 'n verandering in die pasiënt se balans waarneem as hy/sy dit soms moeilik vind om te loop. Die ontwikkeling van 'n skuifelgangloop (moontlik as gevolg van verhoogde spiertonus), mag lei tot beserings as die pasiënt struikel of val.

Sommige demente pasiënte is oormatig sensitief vir middels soos benzodiasepiene of alkohol, en mag daarop reageer met geagiteerde, aggressiewe of psigotiese gedrag (Kaplan & Sadock, 1998).

❖ FASE 3

In die terminale fase van demensie, soos Kaplan en Sadock (1998) tereg stel dat “*patients become empty shells of their former selves*” (p. 342). Teen hierdie eindfase van Alzheimer se siekte is die persone uitermatig gedisorïenteerd, onsamehangend, en toon hulle byna totale geheue-aantasting en inkontinensie (Kaplan & Sadock, 1998).

Miner *et al.* (1989) meld dat hierdie fase gekenmerk word deur 'n uitgesproke versteuring van die kognitiewe funksies. Die pasiënt beskik normaalweg nie meer oor die vermoë om 'n gesprek te voer nie, en hy/sy herken in hierdie stadium van DAT selfs nie meer hul naasbestaendes nie. Die DAT-pasiënt verwar ook soms persone en objekte en is emosioneel gedisinhibeer. Inkontinensie van beide die uriene en ontlasting kom voor en die pasiënt mag dit op hierdie stadium van die verloop van Alzheimer se siekte selfs moeilik vind om te sluk. Die pasiënt verstik dus gereeld tydens etes, en 'n afname in gewig vind plaas, ten spyte van hoë kalorie-inname. Die pasiënt word in hierdie laat

stadium van DAT totaal hulpeloos en afhanklik van versorging. Mettertyd mag die pasiënt in 'n koma verval en die dood tree normaalweg kort daarna in.

Hierdie verloop van Alzheimer se siekte word ook bevestig deur die kliniese fases wat beskryf is deur Hamdy (1994), soos voorgestel in tabel 1.

Tabel 1: Die fases van Alzheimer se siekte (Hamdy, 1994)

Fase	Verloop in jare (mag varieer)	Kenmerke
Fase 1	1-3	• Onlangse geheue is swak • Aanleer van nuwe inligting is beperk • Ligte anomie (pasiënt ervaar 'n onvermoë om name van waargenome voorwerpe te herroep) • Minimale visueel-ruimtelike inperking • Persoonlikheidsveranderinge
Fase 2	2-10	• Uiterste geheueverlies • Beduidende aantasting van ander kognitiewe parameters • Ernstige aantasting van oordeelsvermoë
Fase 3	8-12	• Erge inkorting van alle kognitiewe funksies • Fisieke inperking: onstabiliteit, herhaalde struikeling, beperkte mobiliteit • Verlies van vermoë om selfsorg toe te pas

Psigo-sosiale faktore speel ook 'n belangrike rol by die verloop van Alzheimer se siekte. Hoe beter die persoon se premorbiëde intelligensie en opleiding, hoe makliker is hul aanvanklik in staat om te kompenseer vir die kognitiewe defekte wat mag ontstaan (Kaplan & Sadock, 1998).

2.7 BEHANDELING EN BEHEER VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Wanneer daar 'n vermoede ontstaan dat 'n persoon aan demensie van een of ander aard ly, behoort 'n volledige mediese ondersoek uitgevoer te word, insluitend laboratoriumtoetse en breinskanderings (Kaplan & Sadock, 1998). Die pasiënt het dikwels 'n behoefte aan ondersteunende mediese sorg en die pasiënt se familie, wat ook deur hierdie situasie geaffekteer word, benodig 'n ondersteunende omgewing.

Farmakologiese behandeling word aangewend vir die behandeling van simptome. Die pasiënt se ontwrigtende gedrag toon dikwels 'n afname met die gebruik van die korrekte medikasie. Miner *et al.* (1989) meld egter dat dit slegs 'n simptomatiese behandeling is, en dat dit alleenlik verligting bring vir sekondêre simptome en nie vir die demensie self nie. Verdere simptomatologie word behandel deur die regte dieet, oefening, ontspannings- en aktiwiteitsterapieë, en ook die behandeling van mediese probleme. Die behandeling word dus dikwels op die simptome toegespits tydens die beheer van hierdie onomkeerbare toestand (Kaplan & Sadock, 1998).

Aan die begin van die demente toestand, mag notas van hulp wees om die pasiënte te oriënteer ten opsigte van hul omgewing. Die disoriëntasie neem egter later tot so 'n mate toe dat dié pasiënte angstig en depressief mag raak oor hul simptomatologie. Soos die toestand vorder, raak pasiënte se insig egter al hoe meer beperk totdat hulle mettertyd totaal afhanklik is van versorging (Hamdy, 1994).

Die pasiënt het 'n behoefte aan die behoud van menswaardigheid, en die versorger word gewoonlik die taak opgelê om aan hierdie wens te voldoen (Potgieter, 2000). Soveel as

30% van versorgers van Alzheimer-pasiënte ontwikkel depressiewe verstourings, en die bystand van 'n huishulp en tuissorgpersoneel is essensieel ten einde die versorger se taak te verlig (Kaplan & Sadock, 1998).

Daar is dus ook by die versorgers van hierdie pasiënte 'n geweldige behoefte aan ondersteuning wanneer die diagnose gemaak word (Potgieter, 2000). Die versorger beleef 'n rouproses na die diagnosering van Alzheimer se siekte, en dan weer by die finale afsterwe van die pasiënt. Hierdie verlieservaring neem dus die vorm van 'n dubbele rouproses aan (Potgieter, 2000), waarop daar later in meer besonderhede gefokus sal word (sien afdeling 3.6.1). Die versorgers van DAT-pasiënte speel dus 'n kardinale rol in die behandeling van die pasiënt en daar moet gevolglik ook na hul unieke behoeftes omgesien word. Dit sluit in die opleiding van die familie met betrekking tot die siekte van die pasiënt, asook die voorsiening van hulp met finansiële besluite, testamente en ander praktiese reëlins, soos dat die pasiënt in 'n stadium nie meer mag bestuur nie. Groep terapie en organisasies wat toegespits is op Alzheimer se siekte blyk 'n belangrike bron van hulp te wees, en individuele terapie het ook 'n plek in die hulpverlening aan die versorger (Potgieter, 2000).

Potgieter (2000) maak verder melding daarvan dat die behandeling by DAT-pasiënte ook die behoud van die fisieke en sielkundige welstand van die versorger moet insluit. Die Alzheimer-pasiënt sal ook daaronder ly indien die versorger gebuk sou gaan onder fisieke beperkinge (byvoorbeeld 'n hartaanval) of sielkundige uitputting (byvoorbeeld depressie) tydens die proses van versorging. Dit is daarom van kardinale belang om die behoeftes van beide die pasiënt en versorger aan te spreek (Potgieter, 2000).

2.8 DIE PASIËNT SE PERSPEKTIEF

Die pasiënt wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer word, beleef 'n geweldige stresvolle proses tydens die verloop van hierdie siektetoestand. Tog is daar tot op hede weinig navorsing gedoen oor die pasiënt se belewenis van DAT. Lawton (1994) vermeld dat die impak van DAT op die pasiënt tot op hede agterweë gelaat is in navorsing gerig

op hierdie siektetoestand. `n Begrip vir die aard van die Alzheimer-pasiënt se behoeftes, asook vir die faktore wat suksesvolle aanpassing by hierdie toestand fasiliteer, is egter noodsaaklik vir doeltreffende hulpverlening aan hierdie persone (Lawton, 1994).

Lawton (1994) is van mening dat hierdie pasiënt-gesentreerde intervensies tot `n meer positiewe beleving deur versorgers kan lei. Indien daar aandag gegee word aan die pasiënt se behoeftes en persoonlike toestand, mag dit aanleiding gee tot verskeie 'positiewe pasiënt-uitkomst'. Hierdie positiewe uitkomst sluit die volgende in: die handhawing van die DAT-pasiënt se menslikheid, `n toename in die positiewe terugvoer aan versorgers deur die pasiënt en die verminderde voorkoms van depressiewe versteurings by individue wat ly aan Alzheimer se siekte (Lawton, 1994).

Cohen (1991) meld dat eienskappe soos geloof, hoop en liefde, sowel as die wil om te lewe steeds voorkom by die demente pasiënt tot laat in die verloop van hierdie siektetoestand. Cohen (1991) is ook van mening dat begrip vir die pasiënt se persepsies, oortuiginge en begeertes noodsaaklik is ten einde die welstand en gesondheid van die pasiënt te verseker.

Burgener en Dickerson-Putman (1999) het `n longitudinale studie met ses-maandelikse intervalle geloods waar `n kwalitatiewe sowel as kwantitatiewe ontleding van die ervarings van 84 Alzheimer-pasiënte en hul versorgers gedoen is. Die doelstelling van hierdie navorsers was om die bestaande gaping in navorsing met betrekking tot die persoonlike impak van Alzheimer se siekte op die pasiënt self aan te spreek. Daar is veral gefokus op die veranderlikes wat `n bydrae maak tot die pasiënt se lewenskwaliteit tydens die aanpassing by hierdie toestand. Daar is in die Burgener en Dickerson-Putman-studie (1999) op die volgende twee komponente van lewenskwaliteit gelet wat voorheen deur Lawton (1994) beskryf is:

- sielkundige welstand, soos aangedui deur die pasiënt se affektiewe stemming
- die vermoë van die pasiënt om sekere uitvoerende funksies te vervul (*behavioural competence*).

Burgener en Dickerson-Putman (1999) het hul studie op die volgende bykomende vraagstukke gerig:

- a.) Wat is die verwantskap tussen individueel-gesentreerde veranderlikes (byvoorbeeld persoonlikheidseienskappe en handhawing van aktiwiteite van die verlede), eksterne veranderlikes (byvoorbeeld die versorger se karaktereienskappe, sosiale ondersteuning, die kwaliteit van die pasiënt-versorger-verhouding en die mate van versorger-stres) en die lewenskwaliteit van pasiënte met demensie?
- b.) Wat is die pasiënt se persepsie van die volgende: die impak van die siekte op hul funksionering, veranderinge in betekenisvolle verhoudinge met familie en vriende, en die waardes en persepsies van die self?
- c.) Watter aspekte van betekenisvolle ervarings van die verlede bly behoue gedurende die vroeë fases van DAT?

Die voorlopige bevindings van hierdie studie ses maande sedert die aanvang daarvan word opgesom in tabel 2.

Tabel 2: Tendens in pasiënt-response tot ses maande na die aanvang van DAT
(Burgener & Dickerson-Putman, 1999)

Betekenis van Demensie van die Alzheimer-tipe as siekte vir die pasiënt

- I. Gevolge van die identifisering van betekenisvolle verliese
 - A. Verlies van die vermoë om te bestuur en verlies van onafhanklikheid
 - B. Verlies van die vermoë om betekenisvolle werk te doen
 - C. Verlies van vorige, betekenisvolle verhoudinge, veral vriende
 - D. Verlies van positiewe ontspanningsaktiwiteite (byvoorbeeld golf en ander stokperdjies)
 - E. Vrees vir vernedering
 - F. Verlies van beheer oor lewensbesluite

II. Identifiseerbare veranderinge in familie-verhoudinge

- A. Verlies van intimiteit met eggenote
- B. Verhoogde mate van supervisie nodig
- C. Voorgeskrewe beperkinge op aktiwiteite

III. Selfkonseppersepsies

- A. Sterk identifisering met die siekte-toestand
- B. Vind dit moeilik om hulself te beskryf. Inhoud daarvan is tóg gewoonlik in positiewe terme (byvoorbeeld, 'Ek probeer om gaaf te wees met ander'). Gee selde `n rol- of funksionele beskrywing van hulself en vermy ook fisieke beskrywings van hulself.

IV. Onverwagte bevindinge

- A. Sielkundige impak wat neuropsigologiese toetse op individue het, naamlik dat dit lei tot `n negatiewe selfbeeld indien hul nie die vrae kan antwoord nie.

Lewensgeskiedenis-hersiening

- I. Die pasiënte was geneig om gebeure langer terug in chronologiese tyd te onthou en te bespreek by die opvolg-onderhoude op 6 maande sedert die aanvang van die studie (by die basis-onderhoud is meer onlangse gebeure bespreek).
- II. Werk is die sentrale fokus vir beide mans en vroue wat werksaam is of was buite die huis. Vroue wat nie buite die huis gewerk het nie onthou familie-verwante herinneringe, geassosieer met die huwelik en kinders.
- III. Konkrete gebeure in die verlede word makliker bespreek as abstrakte aspekte van die verlede (byvoorbeeld gevoelens).

Daar is met betrekking tot pasiëntgesentreerde en omgewingsveranderlikes bevind dat `n hoër opvoedingspeil by die pasiënt in verband blyk te staan met `n beduidende laer voorkoms van depressie, sowel as `n groter mate van sielkundige welstand en produktiewe gedrag. Pasiënte gediagnoseer met DAT wat beskik oor die

persoonlikheidseienskap van ekstroversie is geneig om 'n hoër mate van lewenskwaliteit te geniet. 'n Pasiënt wat oor vyandigheid en neurotiese eienskappe (angs, vyandigheid, depressie, selfbewustheid, impulsiwiteit en kwesbaarheid) beskik, is egter minder geneig om goeie lewenskwaliteit (sielkundige welstand en vermoë om uitvoerende funksies te vervul) te handhaaf. Hierdie resultate mag 'n aanduiding gee van watter pasiënte meer kwesbaar is vir die impak van Alzheimer se siekte (Burgener & Dickerson-Putman, 1999).

Burgener en Dickerson-Putman (1999) bevind in hul studie dat, wat die versorger-verwante veranderlikes betref, die pasiënt-versorger-verhouding en die mate van versorger-stres 'n beduidende invloed op die pasiënt se welstand, gemoed (spesifiek ten opsigte van depressie) en produktiewe gedrag het. Die versorger se ouderdom is ook geassosieer met die behoud van die funksionele vermoëns van die pasiënt, waar 'n hoër versorger-ouderdom dikwels in verband blyk te staan met beter funksionering by die pasiënt (Burgener & Dickerson-Putman, 1999). Hierdie bevinding blyk egter in teenstelling te wees met ander studies se bevindinge wat betref die verband tussen versorger-ouderdom en die pasiënt se welstand. Hierdie verband sal egter meer volledig bespreek word in afdeling 3.4.1.1.

Die versorger se affektiewe response het ook 'n groot invloed op die welstand van die pasiënt. Die pasiënt is sensitief vir negatiewe emosies en interaksie wat teenoor hom/haar geopenbaar word deur die versorger en ander. Ten spyte hiervan is daar steeds 'n neiging by versorgers, die algemene publiek en gesondheidswerkers om 'oor' die pasiënt te praat in hul teenwoordigheid asof hul nie verstaan wat gesê word nie. Die inhoud van hierdie uitsprake is dikwels van 'n negatiewe aard en dit mag die pasiënt ontstig (Burgener & Dickerson-Putman, 1999).

Burgener en Dickerson-Putman (1999) maak die volgende aanbevelings met betrekking tot die hantering van die pasiënt ten einde 'n bydrae tot sy/haar lewenskwaliteit te maak:

- Dat sosiale aktiwiteite, sowel as aktiwiteite van die verlede voortgesit word, aangesien dit in verband gebring word met die behoud van die pasiënt en die versorger se sielkundige welstand.
- Daar kan ook gepoog word om die kwaliteit van die pasiënt-versorger-verhouding te verbeter en die versorger-stres te verminder, aangesien dit die pasiënt se funksionering op die lange duur beïnvloed.
- Daar kan met meer aandag na pasiënte se perspektief geluister word, met die oog op 'n versterking van hul gevoel van eiewaarde. Hul gewaarwording van die verliese wat hulle ly, en die insig in hierdie veranderinge waaroor hulle vroeg in die verloop van die siektetoestand steeds beskik, kan aangespreek word met 'n verhoogde deelname aan ondersteuningsgroepe. Versorgers kan ook op hul beurt by 'n soortgelyke groep aansluit.
- Die pasiënte se selfagting kan verhoog word, deur hulle te betrek by besluitneming en gesprekke. Die behoud van hul outonomie en onafhanklikheid kan op hierdie manier gefasiliteer word.

Die pasiënt wat bewus raak van vorige vermoëns wat begin faal, kan verskeie emosies beleef. Hierdie emosies sluit onder andere gevoelens van depressie, angs, frustrasie, skaamte en skuld in (Jacques & Jackson, 2000). Paranoïede denke mag ook ontstaan as die pasiënt die omgewing as vreemd ervaar (Jacques & Jackson, 2000). Die pasiënt kan byvoorbeeld nie glo dat hy/sy iets op die stoof vergeet het nie, dus word iemand blameer, en as die pasiënt soek na items in die huis, word die huishulp byvoorbeeld van diefstal beskuldig. Pasiënte wat reseptiewe agnosie het, mag meer geneig wees tot paranoïede denke, aangesien dit vir hulle moeilik is om ander te verstaan en die wêreld dus as vreemd en bedreigend ervaar word (Jacques & Jackson, 2000).

Aanvanklik probeer pasiënte hulle agteruitgang ontken. Ten einde hul dilemma te verberg, onttrek hulle hulself van sosiale situasies, en word dit al makliker om te ontvlug

in hul eie wêreld. Die pasiënt mag selfs ‘konfabuleer’ (gapings in hul geheue onbewustelike opvul met verbeelde of valse ervarings) wanneer hulle nie weet wat die antwoord op `n vraag is nie, ten einde hul tekortkominge vir ander weg te steek (Jacques & Jackson, 2000).

Laasgenoemde wyses van ontkenning vind plaas terwyl die pasiënt nog insig het in die impak van Alzheimer se siekte. Soos die toestand verder verloop, begin die pasiënt se egosentrisme egter algaande toeneem, en hulle neem nie die effek van hul gedrag op ander in ag nie. Soms ontstaan daar wél `n gevoel van altruïsme by die pasiënt, sodat hy/sy die behoeftes van die versorger en familie beklemtoon. Daar behoort egter altyd `n gesonde balans gehou te word tussen die behoeftes van die pasiënt en die versorger, wanneer daar met demensie-lyers gewerk word (Jacques & Jackson, 2000)

Jacques en Jackson (2000) kom tot die gevolgtrekking dat daar nie `n ‘normale’ reaksie op demensie bestaan nie, maar dat dit byna altyd met `n mate van ‘distres’ gepaard gaan, wat op individuele vlak hanteer behoort te word by beide die versorger en pasiënt.

McKee (2001) maak die volgende stelling in hierdie verband:

“If, as I suspect, there is a connection, and not a discontinuity, between the worlds of those with dementia and the worlds of those without, and if there is the slightest possibility that a kernel of tranquillity persists at the heart of the chaos of dementia, then we have been culpable in the past of a hideous sin: that of denying humanity to those who, in their vulnerability, are perhaps most human. In so doing we have probably not only exacerbated that vulnerability, but also heightened the terror of the experience.” (p. 162)

2.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar gefokus op die epidemiologie en etiologie van demensie van die Alzheimer-tipe. Die diagnoseringproses en -kriteria is aangeraak, met `n beskrywing

van die kliniese kenmerke wat by hierdie toestand na vore kom. Die verloop en prognose van Alzheimer se siekte is toegelig, met `n verdere verwysing na die behandeling en beheer van die toestand. Die hoofstuk is afgesluit met `n blik op die Alzheimer-pasiënt se perspektief op dié siekte. In die volgende hoofstuk sal daar in meer besonderhede gekyk word na die impak wat hierdie toestand het op die primêre versorgers van pasiënte wat gediagnoseer is met Alzheimer se siekte.

HOOFSTUK 3

DIE IMPAK VAN 'N DIAGNOSE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE OP DIE VERSORGER VAN DIE ALZHEIMER-PASIËNT

“Caring for a loved one with Alzheimer’s disease takes the patience of Job, the wisdom of Solomon and the selflessness of a saint”

(<http://www.alzheimers.com./health>. 1999. Caring for your loved one)

3.1 INLEIDING

Die vorige hoofstuk het gehandel oor Alzheimer se siekte en die pasiënt se belewenis tydens die diagnosering en verloop van dié siektetoestand. Daar sal in hierdie hoofstuk op die impak van Alzheimer se siekte op die huweliksmaat-versorger gelet word. Die besluite en verantwoordelikhede van die versorgingsproses word immers gewoonlik hoofsaaklik aan die huweliksmaat-versorger oorgelaat. Hierdie impak van die versorgingstaak en die stres wat daarmee gepaard gaan, strek dan gewoonlik ook verder as net die versorgingsituasie, sodat die versorger se lewe in geheel daardeur geraak word (Wallsten, 1993). Die fisieke, sielkundige, finansiële en sosiale impak wat hierdie taak op die lewe van die versorger het, sal vervolgens aandag ontvang.

Soos duidelik geblyk het uit die voorafgaande hoofstuk, word die gevolge van DAT intens deur beide die pasiënt en die versorger ervaar. Die unieke wyse waarop die versorger reageer tydens die hantering van hierdie uitmergelende siektetoestand, sal grootliks afhang van die psigofortigene en ander bemiddelingsfaktore wat in die versorgingsituasie ter sprake is (Kramer, 1993). Die konsep **psigofortaliteit** sal in hoofstuk vier in meer besonderhede bespreek word. Daar sal egter in die huidige hoofstuk verwys word na die copingmeganismes wat die versorger moontlik mag inspan ten einde die proses van versorging van die DAT-pasiënt te vergemaklik. Die impak van 'n diagnose van Alzheimer se siekte op die huweliksmaat-versorger van die DAT-pasiënt word vervolgens bespreek.

Hierdie studie sal uitsluitlik fokus op huweliksmaat-versorgers wat hul eggenote wat aan demensie ly tuis versorg het. Die kwessie van tuisversorging versus institusionalisering verdien verdere aandag.

3.2 TUISVERSORGING VERSUS INSTITUSIONALISERING

Die intense impak van die versorging van 'n DAT-pasiënt blyk uit die volgende (Schneider, Murray, Banerjee & Mann, 1999):

- Eerstens bestee hierdie versorgers 'n groot hoeveelheid van hulle tyd aan die versorgingstaak.
- Tweedens is huweliksmaat-versorgers oor die algemeen ouer as informele versorgers, en is hulle dus meer kwesbaar vir fisieke siektetoestande.
- Derdens word die eggenote van die Alzheimer-pasiënte in sommige lande deur die wet verplig om na hul huweliksmaats om te sien, wat die versorgingsrol 'n sosiaal gekondisioneerde taak maak. Die versorging mag dus dikwels deur 'n groot onvrywillige komponent gekenmerk word.
- Die wederkerigheid in die huweliksverhouding kan ondermyn word deur die teenwoordigheid van demensie by die pasiënt. Die pasiënt laat gewoonlik na om erkenning aan sy/haar huweliksmaat-versorger te gee, terwyl die versorger emosioneel van sodanige erkenning en waardering afhanklik is.
- Veranderde gesinstrukture (deur egskeiding, hertroue, groter gesinsmobilititeit en 'n verhoogde voorkoms van vroue in die arbeidsmark) het die beskikbaarheid van inter-generasie, informele versorgers verminder. Die druk van versorging berus dus dikwels grootliks op die pasiënt se huweliksmaat.
- Die koste van langtermyn-institusionalisering en -versorging bedreig gewoonlik die finansiële sekuriteit van die huweliksmaat wat omsien na sy/haar eggenoot wat aan demensie ly. Hierdie langtermyn-sorg het dikwels ook 'n impak op die maatskaplike en finansiële begrotinge op nasionale vlak. Vanweë hierdie koste-implikasies word institusionalisering dus dikwels as 'n finale uitweg gesien.

Bannister, Ballard, Lana, Fairburn en Wilcock (1999) bevind in hierdie verband dat geïnstitusioneerde pasiënte met Alzheimer se siekte dikwels ontoereikende kognitiewe stimulasie ontvang, moontlik vanweë 'n inkorting van omgewingstimuli (Schneider *et al.*, 1999). In Europa word die behoeftes van die pasiënt wat aan demensie ly dus so ver as moontlik aangespreek deur middel van tuisversorging.

Die hoofrede vir institusioneisering van die pasiënt is dikwels die primêre versorger se onvermoë om die versorgingsituasie doeltreffend te kan hanteer. Bannister *et al.* (1999) stel voor dat copingvaardighede by die versorgers bevorder word ten einde plasing van pasiënte in inrigtings en pleegsorg-tehuise te voorkom. Winslow (1997) meld egter dat, ongeag hoe goed die persoonlikheidsfunksionering of copingvaardighede van die versorger ook al mag wees, permanente institusioneisering van die DAT-pasiënt dikwels uiteindelik die enigste uitweg is. Dit word genoodsaak deur die verloop van DAT en die gepaardgaande deteriorasie van die pasiënt, sowel as die verhoging in intensiteit van versorging wat uiteindelik vereis word.

Die familie moet meestal die moeilike besluit neem om die pasiënt wat aan DAT ly te laat institusioneiseer (Burns, Eisdorfer, Gwyther & Sloane, 1996). Familielede mag skuldgevoelens ervaar selfs wanneer hul bloot net die gedagte van institusioneisering oorweeg. Versorgers voel dikwels dat hulle die pasiënt in die steek laat wanneer hulle die besluit van plasing van die pasiënt in 'n inrigting oorweeg. Verdere bydraende faktore tot skuldgevoelens van versorgers mag wees dat die versorger moontlik aan die pasiënt 'n belofte gemaak het om hom/haar nie in 'n inrigting te laat opneem nie, of dat sy/haar kultuur nie die institusioneisering goedkeur nie. Soms klou die versorger nog vas aan herinneringe van hoe die pasiënt voorheen gefunksioneer het, wat hom/haar verhoed om die pasiënt te laat institusioneiseer (Gwyther, 1998). Gwyther (1998) meld ook dat kwessies soos die versorger se verlies van beheer oor die pasiënt se versorging en 'n tekort aan beskikbare en bekostigbare opsies verder tot probleme met besluitneming oor die institusioneisering van die pasiënt met Alzheimer se siekte kan lei.

In die lig van bogenoemde faktore is dit duidelik dat die besluit om die pasiënt te laat institusioneiseer dikwels by die versorger lê, en dat dit 'n uitermate moeilike besluit

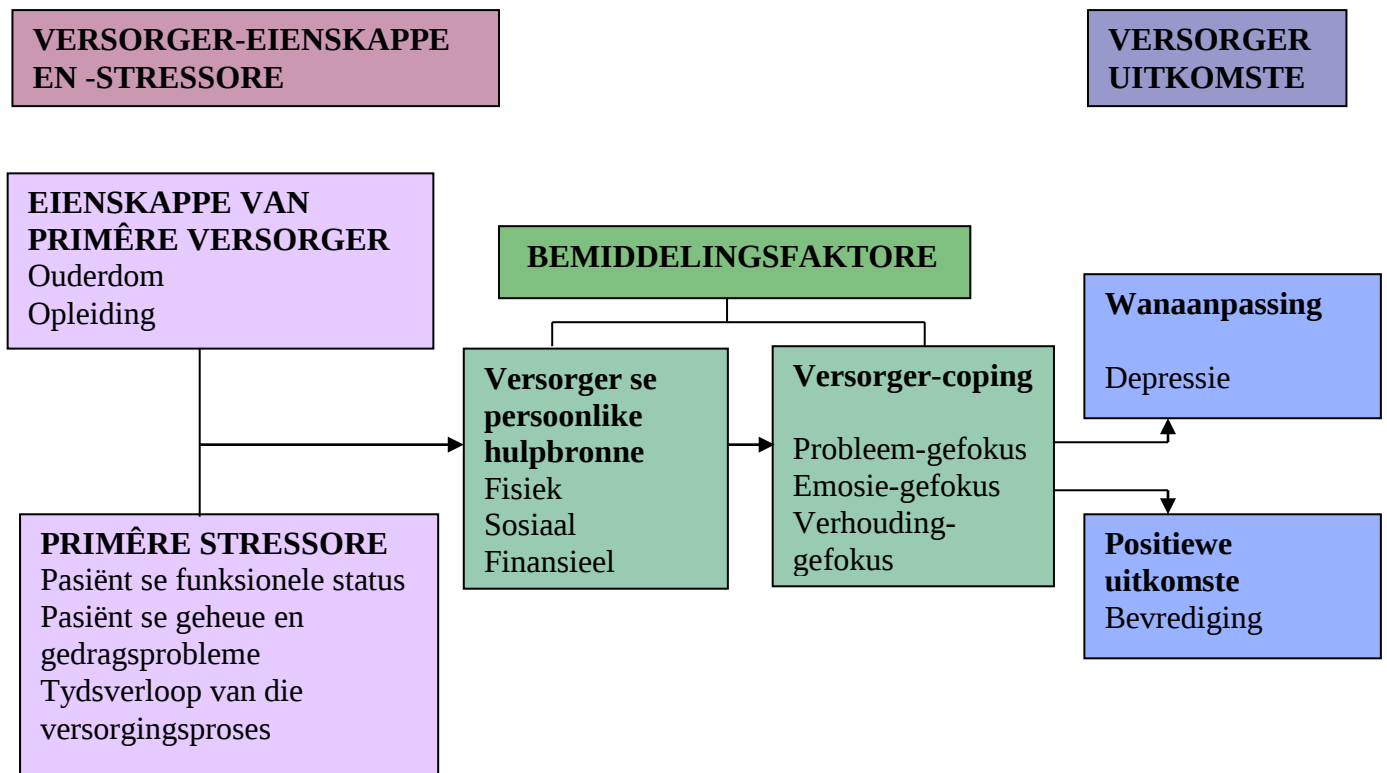
is om te neem. Die versorger moet ideaal gesproke die gevolge van institusionalisering in die weegskaal plaas, en in ag neem dat sy/haar eie sielkundige welstand en fisieke gesondheid behoue mag bly, sou die pasiënt formeel versorg word. Perel (1998) meld egter dat, as gevolg van die skuldgevoelens en angs wat gesinne dikwels ervaar, die verwagte afname in die fisieke en emosionele las van die versorger by die institusionalisering van die demente pasiënt nie altyd plaasvind nie. Die gesondheidswerker se ondersteunende rol tydens die besluitnemingsproses ten opsigte van die institusionalisering van die pasiënt, kan dus vir die versorger van onskatbare waarde wees (Burns *et al.*, 1996).

3.3 `n MODEL VAN VERSORGERSTRES EN -COPING

Kramer (1993) het `n model van versorgerstres en gepaardgaande hanteringsvaardighede geformuleer. Hierdie model help om sin te maak uit al die faktore wat `n bydrae maak tot versorgerstres, en om `n beter begrip te verkry vir die maniere waarop die versorger op hierdie stres kan reageer (coping).

Hoewel die versorgers van Alzheimer-pasiënte dikwels gebuk gaan onder die stressore wat met hierdie versorgingsrol gepaard gaan, is daar ook diegene wat hierdie proses van versorging op `n merkwaardige wyse hanteer (Kramer, 1993). Ten einde hierdie unieke, individuele reaksies op dieselfde stressor te verstaan, behoort die verskillende stressore eers duidelik omlyn te word. Sodoende sal `n beter begrip gevorm word van die hanteringsmeganismes wat ingespan mag word om te cope met die versorging van `n huweliksmaat met Alzheimer se siekte.

Kramer (1993) se model van versorgerstres en -coping (sien figuur 4) word hier gebruik om die unieke ervaring van die versorger te omskryf. Hierdie model is gebaseer op die persoon-omgewingteorieë van stres en coping (Lazarus & Folkman, 1984), en dit is afgelei van die basiese model beskryf deur Pearlin, Mullan, Semple en Skaff (1990). Die versorgers se belewenis van die versorgingsproses, hulle hantering van die streslading wat daarmee gepaard gaan, asook die bemiddelingsfaktore wat hier `n rol mag speel, sal vervolgens aan die hand van hierdie model van versorgerstres en -coping bespreek word.



Figuur 4: 'n Model van versorgerstres en -coping (Kramer, 1993)

Volgens Lazarus en Folkman (1984) kan stres gedefinieer word as: “... *a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his/her resources and endangering his/her well-being*” (p. 19). Die proses van versorging van 'n pasiënt wat aan Alzheimer se siekte ly, stel unieke eise. Dit kan inderdaad daartoe lei dat die versorgers voel hierdie eise vra te veel van hulle. Verskeie hulpbronne (wat later in meer besonderhede bespreek sal word) word dikwels met die verloop van tyd uitgeput, en die versorgers se welstand word op so 'n wyse mettertyd negatief beïnvloed. Die versorgingsrol wat hierdie individue vervul, blyk dus 'n groot stressor te wees in die meeste versorgers van Alzheimer-pasiënte se bestaan.

Daar word eerstens verwys na die oorspronklike model van Pearlin *et al.* (1990), ten einde 'n beter begrip te verkry van hoe dit verskil van Kramer (1993) se model van versorgerstres en -coping. Pearlin *et al.* (1990) se oorspronklike model onderskei tussen drie vorme van stres wat die versorger van 'n Alzheimer-pasiënt se ervaring van die versorgingsproses beïnvloed. Hierdie vorme van stres sluit primêre stressore, asook twee vorme van sekondêre stressore in. Primêre stressore verwys na die

versorgingstake en die tyd wat dit neem om dit uit te voer. Die eerste vorm van sekondêre stressore is die rol- en verhoudingskonflikte wat deur die versorgingsrol meegebring word, tuis sowel as in die breër sosiale konteks. Die tweede vorm van sekondêre stressore, naamlik die van intrapsigiese spanning, sluit die versorger se subjektiewe belewenis van die versorgingsrol, die motivering vir die versorging, asook die invloed wat die versorgingstaak op die versorger se persepsie van hom-/haarself uitoefen in. Al hierdie genoemde stressore mag 'n positiewe of negatiewe invloed op die versorger van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte hê. Al drie hierdie vorme van stres word ook, volgens Pearlin *et al.* (1990), deur ander faktore beïnvloed. Hierdie faktore (die sogenaamde bemiddelingsfaktore) mag sosiale ondersteuning, fisieke welsyn en finansiële hulpbronne, sowel as ander gedrags- en/of kognitiewe copingstrategieë insluit.

Elke individu se reaksie op 'n stressor sal, ten spyte van vergelykbare omstandighede, verskil na aanleiding van die mate van stres wat hy/sy ervaar, aldus Lazarus en Folkman (1984). Volgens laasgenoemde outeurs is dit dus belangrik om 'n begrip te hê vir die kognitiewe prosesse, sowel as die ander bemiddelingsfaktore wat tussenbeide mag tree en so bepaal wat 'n individu se reaksies op 'n sekere ervaring sal wees. Hulle vind verdere ondersoek in hierdie verband noodsaaklik ten einde die groot variasie van menslike reaksie op vergelykbare eksterne omstandighede te verklaar (Lazarus & Folkman, 1984).

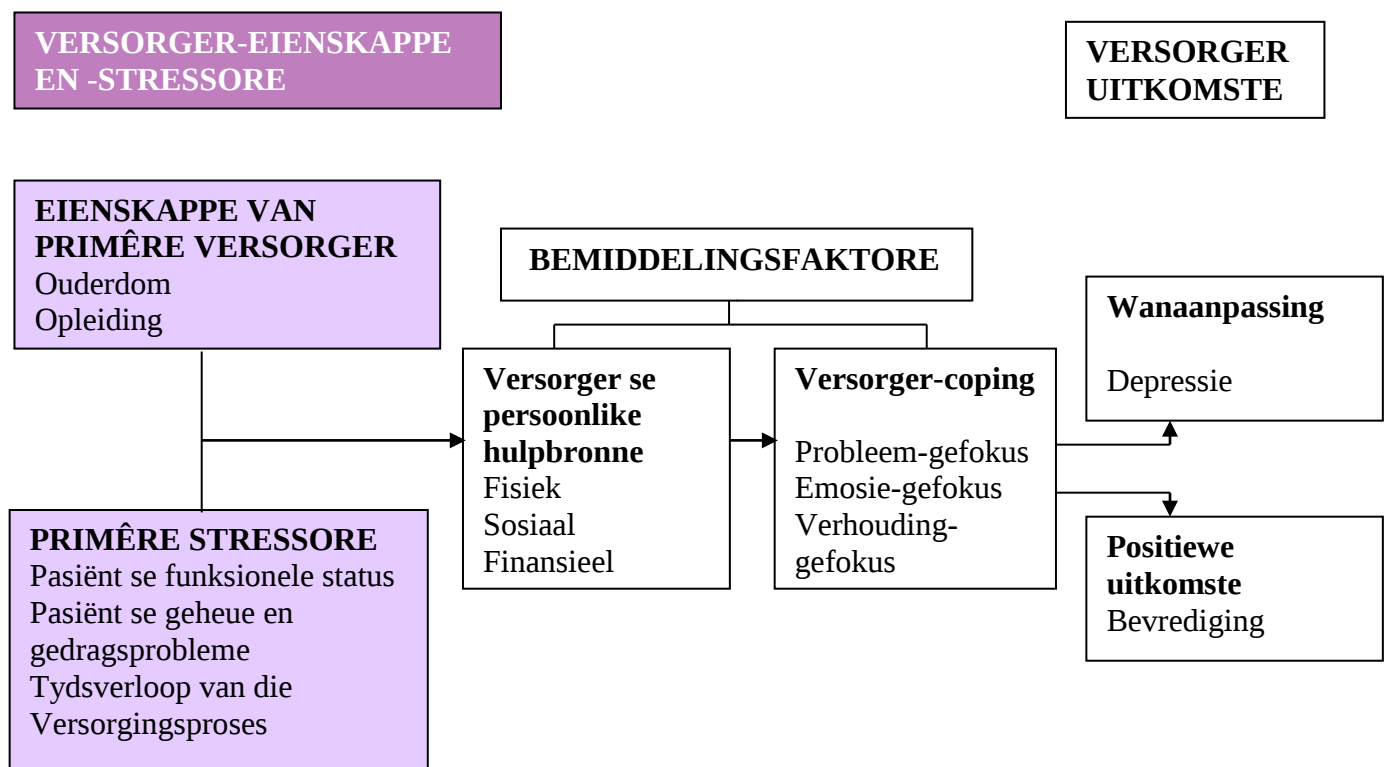
So 'n poging om die variasie van menslike reaksies op soortgelyke situasies te verklaar, word gevind in die psigofortologie. Antonovsky (1987) het die term **salutogenese** geskep, wat juis verwys na die faktore of hulpbronne wat individue in staat stel om te oorleef, gesondheid te geniet en om selfs te floreer te midde van verskeie lewenstressore. Die term is later hersien deur Strümpfer (1995), wat voorstel dat die term salutogenese verbreed moet word tot die term **fortigenese** wat verwys na die oorsprong van sielkundige sterkte in die algemeen. Die proses van coping sowel as die ontwikkeling in die positiewe sielkunde en fortologie sal in hoofstuk vier in meer besonderhede bespreek word.

Vervolgens sal daar na die versorger se primêre eienskappe, asook die primêre stressore waaraan die versorger blootgestel word, gekyk word. Die

bemiddelingsfaktore wat 'n rol mag speel in die versorger se ervaring van die versorgingsproses sal daarna aandag geniet. Die literatuur oor die faktore wat 'n rol speel by versorgercoping, en die versorger se sielkundige aanpassing te midde van die stres meebring deur die versorging van 'n DAT-pasiënt, sal dan bespreek word. Alhoewel elkeen van hierdie onderafdelings van die model apart beskryf word, moet die interaksie tussen hierdie faktore nie buite rekening gelaat word nie. Dit is bloot om praktiese redes dat hierdie onderafdelings apart bespreek word.

3.4 VERSORGER-EIENSKAPPE EN -STRESSORE

Die versorger se eienskappe, waaronder sy/haar ouderdom, opvoedingspeil en persoonlikheid, en die rol wat dit mag speel in die bepaling van versorgerstres en -coping word vervolgens bespreek (Sien figuur 5). Daarna volg 'n bespreking van die primêre stressore waaraan die versorger blootgestel word tydens die versorgingsproses.



Figuur 5: 'n Model van versorgerstres en -coping met die klem op versorgereienskappe en -stressore (Kramer, 1993).

3.4.1 PRIMÊRE VERSORGER-EIENSKAPPE

3.4.1.1 Ouderdom

Daar is voorheen reeds vermeld dat die versorger se ouderdom 'n direkte verband toon met die behoud van die funksionele vermoëns van die pasiënt, naamlik dat 'n hoër versorger-ouderdom dikwels in verband blyk te staan met beter funksionering van die pasiënt (Burgener & Dickerson-Putman, 1999). Hierdie bevindinge van Burgener en Dickerson-Putman (1999) word bevestig deur Draper, Poulos, Poulos en Ehrlich (1995). Draper *et al.* (1995) is van mening dat die sielkundige las wat die versorgers ervaar met die verloop van jare afneem, weens die aanvaarding van, en begrip vir hulle situasie wat ook met ouderdom toeneem.

Schneider *et al.* (1999) is in hierdie verband van mening dat die voorkoms van demensie onder jong volwassenes 'n skaars verskynsel is. Dit mag daartoe lei dat die jong versorgers nie so aanvaardend is teenoor die versorgingsrol soos die ouer groep versorgers nie. Dit wil dus voorkom asof veral die jong versorgers as 'n groep 'n kwesbaarheid openbaar as dit kom by die versorgingsrol, en dus volgens Schneider *et al.* (1999) 'n moontlike teikengroep vir intervensie behoort te wees.

Kramer (1993) het egter in teenstelling met die bogenoemde studies bevind dat jonger versorgers meer gebruik maak van probleem-gerigte copingstrategieë (wat later bespreek sal word in afdeling 3.5.2) en dat hulle meer tevrede is met die rol van versorging as hulle ouer genote. Kramer (1993) skryf dit daaraan toe dat hierdie jonger versorgers moontlik meer in beheer voel oor hulle aktiwiteite weens hulle aanwending van probleem-gerigte copingstrategieë.

Dit is dus onduidelik of jonger versorgers of versorgers op 'n gevorderde ouderdom die kwesbaarste is tydens die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt, wat betref hulle eie welstand.

3.4.1.2 Opvoedingspeil

Kramer (1993) vermeld dat versorgers met 'n hoër opvoedingspeil beter gesondheid geniet, en meer geneig is om probleem-gerigte copingstrategieë te gebruik. Laasgenoemde copingstrategieë word in afdeling 4.4.1 bespreek en word geassosieer met beter versorger-welstand. Daarenteen neig versorgers wat 'n laer vlak van opleiding ontvang het, om 'n mindere mate van sielkundige welstand te geniet.

'n Verdere primêre versorger-eienskap wat aandag geniet in die literatuur is persoonlikheid. Dit word vervolgens kortliks aangeraak, al kom dit nie voor in die versorgerstres en -coping model van Kramer (1993) nie.

3.4.1.3 Persoonlikheid

Hooker, Monahan, Bowman, Frazier en Shifren (1998) het in hulle studie op die versorgers as sodanig gefokus, en nie net op die situasionele faktore waarbinne die versorger hom-/haarself bevind nie. Hierdie outeurs se resultate suggereer dat die wyse waarop 'n individu sy/haar rol as versorger ervaar, grootliks bepaal word deur die tipe persoon wat hy/sy is.

Hooker *et al.* (1998) vermeld die resultate van vorige studies wat aangedui het dat die aard van die versorger se persoonlikheid 'n sterk voorspeller is van die vlak van sy/haar geestes- en fisieke gesondheid en die coping-meganismes wat die versorger sal aanwend tydens die versorgingsproses. Hierdie invloed van persoonlikheidsfunksionering op die geestesgesondheid en die fisieke toestand van die versorger kan op 'n direkte of indirekte wyse geskied. Die invloed van persoonlikheidsfunksionering bepaal die versorger se persepsie van die stres meegebring deur die versorgingsproses, asook die mate van sosiale ondersteuning wat hy/sy geniet. Indien die versorger die versorgingsproses as baie stresvol interpreteer, behoort dit 'n invloed te hê op sy/haar fisieke toestand deur middel van oordrewe kardiovaskulêre reaktiwiteit en immuunsisteem-onderdrukking (Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994). Hooker *et al.* (1998) vermeld ook dat persoonlikheid dikwels 'n belangrike voorspeller van die vlak van sosiale ondersteuning blyk te wees, wat weer as 'n hulpbron tydens die hantering van die versorgingsituasie mag dien.

Hooker *et al.* (1998) het dus 'n sterk verband tussen persoonlikheid en versorger-welstand gevind.

'n Verdere aspek van die versorger se persoonlikheidsfunksionering wat 'n invloed mag hê op die vlak van versorger-stres is dié van interne of eksterne lokus van kontrole. Individue met 'n eksterne lokus van kontrole sal meer kwesbaar wees vir uitbranding tydens die proses van versorging van 'n pasiënt wat aan demensie ly (Turnbull, 1994). Hierdie persone is geneig om al hulle probleme op die omgewing te projekteer en hulself as 'n slagoffer daarvan (as 'n produk van hul omgewing) te sien. Hierdie houding word dikwels veralgemeen na alle aspekte van hulle lewens en veroorsaak dat hierdie individue 'n tekort aan motivering ervaar, en dikwels 'n groot mate van ondersteuning vereis om die taak van versorging voort te sit. Hierdie behoefte aan ondersteuning geld hoofsaaklik ten opsigte van positiewe terugvoer vanaf die pasiënt, wat egter selde positiewe terugvoer gee vir die groot taak wat die versorger verrig. In teenstelling hiermee is individue met 'n interne lokus van kontrole meer geneig om hulself in beheer van gebeure te sien, en vereis hulle veel minder positiewe terugvoer vanaf die pasiënt ten einde goed te voel oor hulself en die taak wat hulle verrig (Turnbull, 1994).

Die verband tussen persoonlikheidseienskappe en die tipe coping-strategieë wat deur versorgers van Alzheimer-pasiënte gebruik word, is ondersoek deur Hooker, Frazier en Monahan (1994). Hierdie outeurs vermeld dat versorgers wat neig om neurotiese persoonlikheidstrekke te toon, ook geneig is om meer van emosie-gerigte coping-strategieë as probleem-gerigte strategieë gebruik te maak (hierdie begrippe word in afdeling 4.4.1 bespreek). Neurotisme word geassosieer met depressie, angs, swak geestesgesondheid, swak sosiale interaksie, pessimisme, 'n gevoel van hopeloosheid, 'n swak selfbeeld, aggressie en 'n lae vlak van lewenstevredenheid (Kleinke, 1998).

Ekstroversie verteenwoordig weer dikwels 'n aanpasbare persoonlikheidstyl, tensy dit ekstreem en rigied raak. Dit word geassosieer met lae vlakke van depressie en angs, 'n positiewe selfbeeld, goeie geestesgesondheid, goeie interpersoonlike verhoudinge, optimisme, hoop en 'n hoë vlak van lewenstevredenheid (Kleinke, 1998).

Alhoewel copingstrategieë veranderbaar is (weens die feit dat dit aangeleer kan word), is daar ook in Hooker *et al.* (1994) se studie bevind dat daar 'n sterk verwantskap tussen die individu se persoonlikheid en sy/haar aanwending van sekere copingstrategieë bestaan. Neurotisme en ekstroversie is geïdentifiseer as die twee belangrikste persoonlikheidsfaktore wat met coping 'n verband toon (Hooker *et al.*, 1994).

Persoonlikheidsfunksionering speel dus klaarblyklik 'n belangrike rol by die hantering van die versorgingsproses, en dit beïnvloed verder ook die ontwikkeling van wysheid. Labouvie-Vief (1992) vermeld immers dat wysheid 'n integrasie van kennis en persoonlikheid is. Hierdie verwantskap sal verder in hoofstuk vier bespreek word.

Die primêre stressore waaraan die versorger blootgestel word, word vervolgens vlugtig bespreek. Laasgenoemde sluit onder andere die volgende in: die funksionele status-, geheueverlies- en gedragsprobleme van die pasiënt, sowel as die tydverloop van die versorgingsproses. Dit is egter onmoontlik om die hele spektrum van ervarings wat hierdie versorgers beleef, en die stres wat as gevolg daarvan ontstaan, in besonderhede te beskryf.

3.4.2 PRIMÊRE STRESSORE

Williamson en Schulz (1993) het 170 versorgers van Alzheimer-pasiënte se copingstrategieë bestudeer, en het gefokus op die spesifieke stressore wat deur hierdie huweliksmat-versorgers ervaar is. Daar is bevind dat die mees algemene stressore verband hou met die geheueverlies van die pasiënt, die verlies van die pasiënt se vermoë om met die versorger te kommunikeer en die geleidelike, algemene agteruitgang van die versorger se lewensmaat.

Gonzalez-Salvador, Arango, Lyketsos en Barba (1999) het 'n studie geloods waarvan 58 versorgers van Alzheimer-pasiënte en 32 versorgers van nie-demente, chroniese siek pasiënte deel uitgemaak het. Hier is ook gefokus op die primêre stressore soos ervaar deur die versorger van die DAT-pasiënt. Daar is spesifiek aandag gegee aan die pasiënte se simptomatologie, en die sielkundige morbiditeit van hul versorgers is bepaal.

Die hoofbevindinge kan soos volg saamgevat word:

- Versorgers van familieleden met DAT het beduidend meer stres en sielkundige morbiditeit (soos byvoorbeeld depressie) getoon as versorgers van pasiënte wat nie aan DAT ly nie.
- Verskille in versorger-stres is gedeeltelik verklaar deur die voorkoms van funksionele en gedragsimptome (soos byvoorbeeld aggressie) by die Alzheimer-pasiënt.
- Die stres wat versorgers ervaar, kan ook in verband gebring word met die tydspanne wat hul na die DAT-pasiënt omgesien het. Daar is egter nie aangedui hoe dit vergelyk met versorgers van pasiënte wat nie aan DAT ly nie. Chroniese stressore (soos meegebring deur 'n lang versorgings tydperk) lei gewoonlik tot sielkundige en/of fisiese probleme, wat hierdie bevinding van hoër versorger-stres na 'n langer tydspanne van versorging bevestig.

Die addisionele bevindinge van dié studie is as volg:

- Die spesifieke areas van verhoogde sielkundige morbiditeit wat by versorgers van Alzheimer-pasiënte voorgekom het, was somatisering, depressie, vyandigheid en psigose.
- Die versorging van manlike DAT-pasiënte is geassosieer met beduidend hoër vlakke van versorger-stres, alhoewel die meeste DAT-pasiënte in Gonzalez-Salvador *et al.* (1999) se studie vroulik was. Hierdie bevindinge kon dus nog meer beduidend gewees het, sou die geslagsverspreiding onder die onderskeie pasiënte-groepe eweredig gewees het.

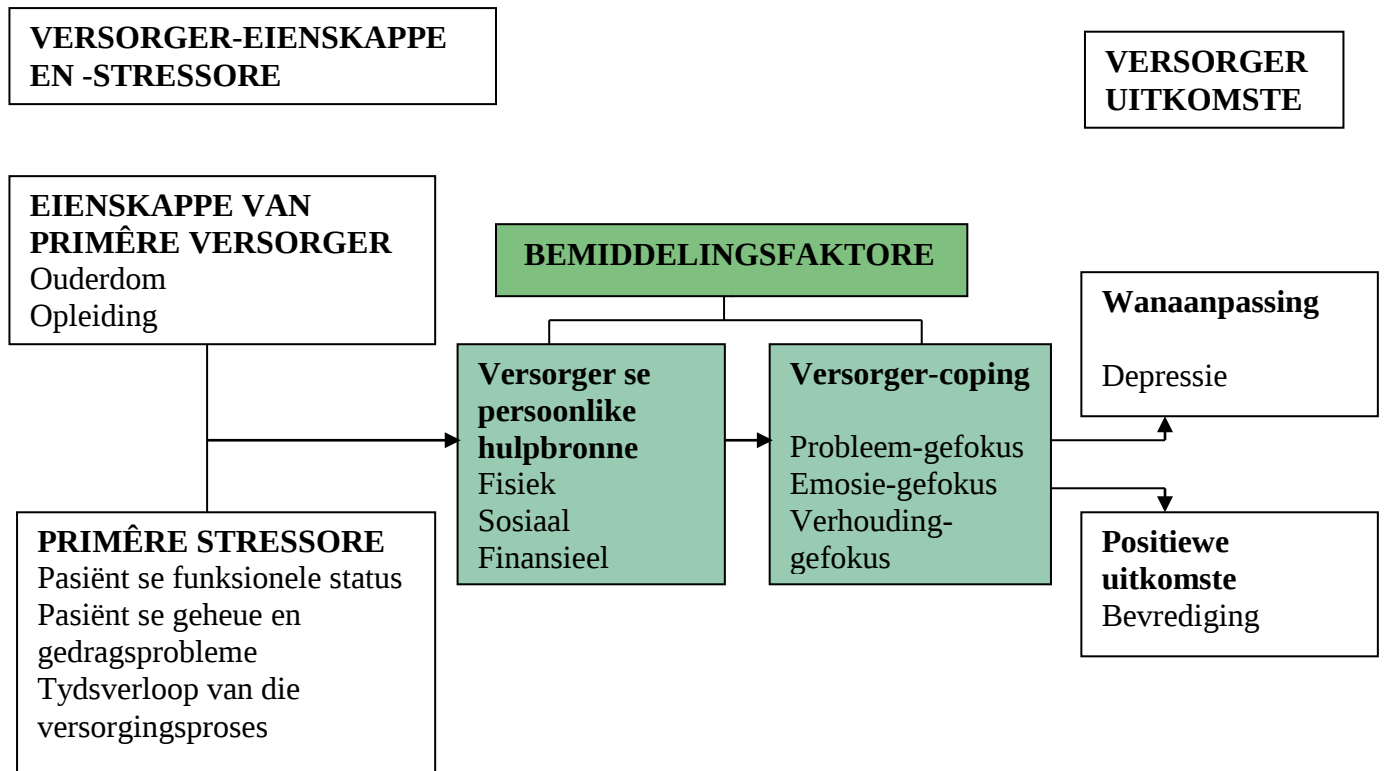
Schneider *et al.* (1999) is van mening dat die pasiënt se disfunksionele gedrag dikwels bydra tot die hoë mate van stres wat die versorger ervaar. Hierdie outeurs onderskei tussen gedrags-‘tekorte’, waaronder hardkoppigheid, gebrekkige samewerking en 'n apatieuse houding, en ‘gedragsoormaat’, soos aggressie, rusteloosheid en 'n labiele gemoed. Schneider *et al.* (1999) vermeld dat die kognitiewe inperking van die pasiënt ook 'n invloed het op die verminderde welstand van die versorger (hoewel dit statisties minder beduidend was as die invloed van die gedragsimptomatologie). Die kognitiewe inperking van die Alzheimer-pasiënt kan dus ook gesien word as 'n

primêre stressor waaraan die versorger blootgestel word tydens die versorging van die pasiënt wat aan demensie ly. Ander faktore, soos die tydsverloop sedert die aanvang van die versorgingsproses, speel volgens hierdie outeurs ook moontlik 'n rol by die stres wat deur die versorger ervaar word. Die tydsverloop van die versorgingsproses mag egter ook 'n sterk verband toon met die versorger-ouderdom (Kramer, 1993), wat in afdeling 3.4.1.1 bespreek is.

Versorgers se persepsie van stres word vervolgens ook kortliks aangeraak, alhoewel dit nie 'n faktor is wat genoem word in die versorgerstres en -coping model van Kramer (1993) nie. Die versorger se persepsie van stres word bespreek na aanleiding van die bevindinge van Wallsten (1993). In hierdie studie van Wallsten (1993) is bevind dat versorgers selfs take wat deur nie-versorgers as 'roetine'-take beskou word, as stresvol beleef. So is persoonlike versorging soos byvoorbeeld stort, toiletgebruik en hare borsel deur 33% van versorgers as moeitevol beskou, waar 100% van die nie-versorgers hierdie aktiwiteite as 'roetine'-take bestempel het. Die ervaring van stres lei dan ook tot gedagtes wat ontstaan indien die versorgers nie in staat is om byvoorbeeld ontspanningsaktiwiteite uit te voer nie. Voorbeelde van hierdie gedagtes is: "Ek het geen tyd om te ontspan nie", of "Ek kry nie meer tyd vir my stokperdjie nie."

3.5 BEMIDDELINGSFAKTORE

Die bemiddelingsfaktore wat 'n rol speel by die versorging van 'n pasiënt wat aan Alzheimer se siekte ly, word vervolgens bespreek. Hierdie bemiddelingsfaktore kan beskryf word as die persoonlike hulpbronne (fisiek, sosiaal en finansieel), sowel as die hanteringsmeganismes (copingmeganismes) wat die versorger tot sy/haar beskikking het (Kramer, 1993) (sien figuur 6).



Figuur 6: 'n Model van versorgerstres en -coping, met die klem op bemiddelingsfaktore (Kramer, 1993)

3.5.1 DIE VERSORGER SE PERSOONLIKE HULPBRONNE

3.5.1.1 Fisieke gesondheid

Winslow (1997) bevind dat die versorger se afname in fisieke gesondheid die beste verklaar kan word deur oorlading tydens die versorgingsproses. Winslow (1997) meld die volgende voorspellers van die versorger se swak fisieke gesondheid: hoër ouderdom, vervulling van die rol van 'n huweliksmaat-versorger (eerder as 'n kind of 'n ander familielid), en om van die vroulike geslag te wees. Die Alzheimer-pasiënt se gedragsprobleme en fisieke inkorting word ook as 'n voorspeller vir die versorger se swak fisieke toestand vermeld deur Winslow (1997).

Goode, Roth, Ford en Haley (1998) het 'n studie geloods waar hulle die fisieke en sielkundige gesondheid van 122 familie-versorgers vanaf aanvangspunt, en 'n jaar later in 'n opvolgmeting bepaal het. Hierdie outeurs het, anders as voorheen vermeld

in afdeling 3.4.2, bevind dat 'n toename in primêre stressore (byvoorbeeld die afname in pasiënte-selfsorg, of die ontwikkeling van gedragsprobleme), nie 'n direkte invloed op sielkundige en fisieke gesondheid van die versorgers gehad het nie. Die versorgers se unieke taksering van hoe stresvol hierdie veranderinge in die versorgingsproses (as gevolg van die DAT-pasiënt se agteruitgang) vir hulle was, het eerder 'n rol in hul geestelike en fisieke toestand tydens versorging gespeel (Goode *et al.*, 1998). Goode *et al.* (1998) het ook bevind dat die versorgers beter gesondheid geniet indien hulle 'n daadwerklike poging aangewend het om die probleme wat hul tydens die versorgingsproses ervaar het, die hoof te bied. Diegene wat gebruik maak van vermydingstrategieë het byvoorbeeld swakker gesondheid getoon tydens die versorging van hul huweliksmaats wat ly aan demensie.

3.5.1.2 Sosiale ondersteuning

Gevoelens van sosiale isolasie en distres is algemene verskynsels onder versorgers van persone wat ly aan demensie (Schultz, Visitationer & Williamson, 1990). Die Alzheimer-pasiënte vereis al meer versorging namate hul toestand deterioreer en die mate van hul afhanklikheid van die versorgers toeneem. 'n Afname in die kwaliteit van die pasiënt en versorger se verhouding vind dikwels plaas weens hierdie voortgaande deteriorasie van die DAT-pasiënt. 'n Gevoel van verlies kan vervolgens by die versorger ontstaan. Die pasiënt se toenemende afhanklikheid kan ook die versorger soos 'n gevangene in sy/haar versorgingsrol laat voel (Schneider *et al.*, 1999).

Die sosiale hulpbronne wat die versorger dikwels help om hierdie gevoelens van verlies en frustrasie te hanteer, sluit onder andere formele en informele hulpbronne in. Die formele hulpbronne verwys na dienste wat deur professionele persone gelewer word. Hierdie dienste sluit onder andere mediese dienste en die verskaffing van voortdurende opleiding, individuele en groepsterapie in. Die gesins- en huweliksverhouding sal daarna as informele hulpbronne bespreek word.

3.5.1.2.1 Formele hulp

Schneider *et al.* (1999) sien formele hulp as een van die bemiddelingsfaktore in die bepaling van die versorger se welstand. Voorbeelde hiervan is sorg wat deur

vrywillige organisasies verskaf word. Hierdie organisasies kan help met die higiëne en verpleging van die DAT-pasiënt, asook die doen van wasgoed en inkopies. Hierdie dienste is egter dikwels beperk en die beskikbaarheid daarvan wissel van land tot land. Die familie verlang dikwels ook 'n groot mate van leiding en ondersteuning van veral mediese praktisyns, aangesien hulle aan die begin van die versorgingsproses nog onseker mag wees oor die beskikbaarheid van ander bronne van ondersteuning (Gwyther, 1998).

Winslow (1997) meld dat die Alzheimers-pasiënte se toenemende afhanklikheid 'n voorspeller is van die versorgers se angsvlakke en dus ook die versorgers se gebruik van hierdie formele ondersteuningsdienste. In Winslow (1997) se studie het hierdie formele ondersteuning aanleiding gegee tot die uiteindelijke institusionalisering van die Alzheimer-pasiënt. Hierdie 'fase' van institusionalisering, soos Winslow (1997) dit beskryf, is egter nie die einde van die informele versorger se rol nie. Daar vind dikwels slegs 'n klemverskuiwing van verantwoordelikheid vir die versorging van die pasiënt plaas. Verpleegkundiges speel hier 'n sentrale rol in die gemeenskapsorg-kontinuum, deurdat hulle 'n behoeftebepaling onder versorgers kan uitvoer. Inligting, verwysings, en indirekte hulpverlening kan dan aan versorger-families verskaf word.

Daar word vervolgens aandag geskenk aan spesifieke dienste wat deur formele hulpbronne verleen kan word, waaronder voortdurende opleiding, asook individuele en groepsterapie.

a) Voortdurende opleiding: Die rol van psigo-opleiding

Die versorger van 'n Alzheimer-pasiënt het 'n behoefte aan professionele leiding oor hoe om te cope met die versorgingsproses. Behoorlike opleiding van die versorgers met betrekking tot hanteringsmeganismes kan moontlik die versorger-stres laat afneem (Gonzalez-Salvador *et al.*, 1999; Burns *et al.*, 1996). Gonzalez *et al.* (1999) beveel aan dat versorgers van Alzheimer-pasiënte van die nodige ondersteuning voorsien moet word soos die pasiënt se toestand agteruitgaan. Hierdie outeurs voel veral dat terapeutiese intervensie op die hantering van funksionele en gedragsprobleme van die pasiënt moet fokus.

Psigo-opleiding speel dus 'n baie belangrike rol by die bemagtiging van die versorger. Dit mag daaglikse pasiënte-sorg vergemaklik, terwyl die versorger se eie gesondheid en welstand behoue bly en die pasiënt dus langer in die gemeenskap versorg kan word (Burns *et al.*, 1996; Walker, Pomeroy, McNeil, & Franklin, 1994). Hierdie deurlopende opleiding van die versorger sal ideaal gesproke aspekte soos voeding, pasiënte-higiëne en kleding, slaapgewoontes, toiletgebruik, en die neem van medikasie insluit. Praktiese, uitvoerbare riglyne vir die hantering van die pasiënt se probleem-gedrag kan ook ingesluit word, met spesifieke verwysing na die veiligheidskwessies met betrekking tot die pasiënt (soos byvoorbeeld hul ronddwaal-gedrag). Daar kan ook hulp met praktiese toekomsbeplanning verleen word, soos byvoorbeeld met die opstel van die pasiënt se testament. Hier mag die hulp van finansiële en/of regsadviseurs ingeroep word. Versorgers se eie gesondheid moet deurentyd in stand gehou word en aspekte soos vryetydsbesteding, sosialisering en 'alleen-tyd' vir die versorger moet aangeraak word. Die moontlikheid van institusionalisering van die pasiënt moet verder ook bespreek word as deel van die psigo-opleiding, ten einde die versorger se alternatiewe aan hom/haar te stel.

Walker *et al.* (1994) maan dat die persoon in beheer van die psigo-opleiding die determinante van die versorger-stres, die verloop van die pasiënt se toestand van demensie, en die fases van rou by die versorger in ag behoort te neem. Dit sal lei tot meer effektiewe intervensies deur gesondheidsorg-praktisyns.

b) Groepwerk en individuele terapie

Navorsing toon dat versorgers baat vind by formele groepsessies en dienste waarby beide die pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly en hul versorgers betrek kan word (Gwyther, 1998). Hierdie ondersteuningsgroepe kan die families help om te besef dat daar ook ander is wat dieselfde probleme ervaar. Hierdie groepe is ook 'n goeie bron van inligting en coping-strategieë, en dit kan dien as 'n konteks vir die ventilering van emosies. Die versorgers se behoefte aan sosiale interaksie mag ook deur die groepe bevredig word, sodat dit hul gevoel van sosiale isolasie sodoende verminder. Die deelnemers aan die groep se kennis van DAT en van die dienste wat beskikbaar is, mag terselfdertyd deur hierdie groepbywoning vermeerder (Gwyther, 1998).

Die versorgers van pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly, mag ook baat vind by individuele terapie. Die psigiater en ander gesondheidsorgwerkers speel hier 'n belangrike rol by die herkenning van tekens en simptome van uitbranding en depressie onder huweliksmaat-versorgers. Die nodige psigoterapeutiese en/of farmakoterapeutiese intervensie kan dan beplan word (Grossberg & Lake, 1998).

3.5.1.2.2 Informele hulp

Informele hulp en ondersteuning kan onder andere deur vriende, familie en die huweliksmaat (wanneer die pasiënt in die vroeë fase van demensie verkeer) van die versorger verskaf word. Die versorger is uiteraard die persoon wat die meeste geaffekteer word, as gevolg van die DAT-pasiënt se agteruitgang en toenemende afhanklikheid.

a) Verhoudingsverwante verlies: Die psigososiale impak van versorging

Soos bespreek in afdeling 2.4.4, ondergaan die Alzheimer-pasiënt persoonlikheidsveranderinge en toon hy/sy soms vreemde gedrag. Dit lei daartoe dat die versorger van hierdie pasiënt dikwels situasies moet hanteer waar die pasiënt ontoepaslik optree. Die sosiale ondersteuning wat die versorger ontvang, speel 'n baie belangrike rol ten einde hierdie netelige situasies te hanteer (Perel, 1998).

Die pasiënt se sosiale rol in die familie verander ook met die ontwikkeling van DAT, en die pasiënt mag selfs frustrasie en aggressiewe gedrag teenoor die familie toon. 'n Groot mate van ambivalensie kan ontstaan soos wat elkeen in die familie se rolle stelselmatig begin verander. Sekere gesinslede wat nie in die huis waar die pasiënt versorg word woon nie, mag hulleself van die gesinsinteraksie onttrek soos die Alzheimer-pasiënt se persoonlikheid verander (Perel, 1998). Hierdie afname in die informele ondersteuning verskaf deur die gesin en die familie kan lei tot verhoogde isolasie van die primêre versorger (Jacques en Jackson, 2000).

Die versorger mag ook besorgd wees oor die reaksie van vriende en bure op die pasiënt se veranderde persoonlikheid en gedrag (Schneider *et al.*, 1999). Schneider *et al.* (1999) het in hul studie gevind dat versorgers onderskei tussen die reaksies van

familie en ander persone soos vriende en bure. Die meeste versorgers het gevoel dat simpatie en aanvaarding die algemeenste respons van ander was, maar verwerping, vermyding en selfs bespotting is ook as response vermeld. Hierdie negatiewe sosiale reaksies blyk 'n belangrike intrapsigiese stressor vir die versorgers te wees. Gesondheidsopvoedingsprogramme kan dus met groot vrug aangewend word ten einde die regte inligting aan die publiek deur te gee met betrekking tot die hantering van demensie in die gemeenskap (Schneider *et al.*, 1999).

Die impak van demensie op die versorger se sosiale verhoudinge op interpersoonlike vlak (en spesifiek tussen die versorger en die pasiënt wat aan demensie ly) sal vervolgens bespreek word. Daar sal veral gefokus word op die verlies van ondersteuning, kommunikasie en kameraadskap soos ervaar in die huweliksverhouding van die versorger en die pasiënt met Alzheimer se siekte.

b) Die huweliksverhouding van die versorger en die pasiënt wat ly aan Alzheimer se siekte

❖ Inleidend: Die huweliksverhouding

Die huwelik is die belangrikste interpersoonlike verhouding tydens bejaardheid (Murray, Schneider, Banerjee & Mann, 1999). Die eggenoot van 'n ouer persoon met demensie moet dikwels maar verlief neem met die taak van versorging en die verandering in die huweliksverhouding wat veroorsaak word deur hierdie siektetoestand (Murray *et al.*, 1999). Dit is egter nie 'n maklike taak nie, aangesien die huweliksmat-versorger moet toekyk hoedat sy/haar eggenoot, en so ook die kwaliteit van sy/haar huwelik, stelselmatig agteruitgaan.

Literatuur met betrekking tot die kwaliteit van die huwelik en die wyse waarop dit die versorger se geestesgesondheid kan beïnvloed, is volgens Knop, Bergman-Evans en McCabe (1998) redelik skaars. Laasgenoemde outeurs het wel 'n studie hieroor geloods waarby 63 versorgers van DAT-pasiënte betrek is, en daar gepoog is om die volgende vrae te beantwoord: (a) Is daar 'n verwantskap tussen die versorger se persepsie van die huweliksverhouding (in die verlede, sowel as tans) en die coping-meganismes wat aangewend word? en (b) Is daar 'n verwantskap tussen die versorger

se persepsie van die huweliksverhouding (in die verlede, sowel as tans) en die vlak van depressiwiteit wat by die versorger mag voorkom?

Knop *et al.* (1998) het bevind dat byna die helfte van die versorgers (46%) hul huweliksverhouding in die verlede as ‘uitstekend’ beskryf het. Slegs een uit elke vyf van die versorgers het egter hul huidige huweliksverhouding (naamlik tydens die proses van versorging van hul eggenoot gediagnoseer met DAT) as ‘uitstekend’ beskryf. Hierdie bevindinge toon dat die versorgingsproses ’n uitgesproke negatiewe uitwerking op die huweliksverhouding mag hê (Knop *et al.*, 1998).

Wright (1993) vind dit moeilik om die impak van die versorging op die huweliksverhouding te beskryf, maar som dit op as: *“a committed-dependant relationship that spans outcomes of adaptation and control, as well as distortion and disorder”* (p. 112).

Martinson, Chesla en Muswaswes (1993) bevind ook in hulle studie oor die belangrikste stressore en eise geassosieer met die versorgingsrol, dat daar wel ’n deteriorasie plaasvind in die huweliksverhouding. Hierdie outeurs skryf dit hoofsaaklik toe aan die verlies van **voorspelbaarheid** en **beheerbaarheid** (belangrike elemente van koherensiesin soos bespreek sal word in hoofstuk vier) wat met die versorgingsproses gepaard gaan. Die gelyktydige verlies van wederkerigheid en kommunikasie in die huweliksverhouding dra verder by tot die gevoelens van weerloosheid wat dikwels deel uitmaak van die versorger se belewing. Tog maak hierdie outeurs steeds melding van gevalle waar versorgers nog die positiewe aspekte van hul huwelik kon raaksien en waardeer.

❖ **Kommunikasie in die huwelik**

Kommunikasie word al hoe moeiliker met die verloop van Alzheimer se siekte (sien afdeling 2.4.3) en dit blyk ’n geweldige bron van spanning vir die versorger van die Alzheimer-pasiënt te wees (Hendryx-Bedalov, 2000). Die sukses van versorging van pasiënte in hulle huislike omgewing kan dus in gedrang gebring word, aangesien kommunikasie ’n fundamentele aspek van die verhouding tussen persone

gediagnoseer met DAT en hulle versorgers is (Roberto, Richter, Bottenberg & Campbell, 1998).

Dit is belangrik om te onthou dat vooraf-gevestigde kommunikasie-patrone tussen die versorger en DAT-pasiënt neig voort te duur. Die versorger en pasiënt kon moontlik voor laasgenoemde se diagnose reeds 'n swak kommunikasiepatroon getoon het. Dit word egter dikwels vererger deur die neurodegeneratiewe effek van Alzheimer se siekte op die pasiënt wat aan demensie ly. Roberto *et al.* (1998) meld dat versorgers dikwels tydens kommunikasie met die pasiënt, nie genoegsame tyd toelaat vir 'n respons nie. 'n Stelling word ook selde uitgeklaar wanneer die versorger nie die pasiënt met Alzheimer se siekte kan verstaan nie. Die versorger kies gevolglik dikwels om op een van drie maniere met die DAT-pasiënt te kommunikeer (Bohling, 1991), naamlik: (a) die versorger stel vas watter raamwerk die pasiënt gebruik vir kommunikasie, en hy/sy val daarby in, (b) die versorger bring die pasiënt terug na sy/haar eie raamwerk (naamlik die raamwerk van die versorger); of (c) die versorger stop die kommunikasie met die pasiënt. 'n Belangrike implikasie van hierdie bevindinge is dat die versorger moet leer om te luister na die ware behoeftes van die pasiënt, en om dan toepaslik daarop te reageer. Hierdie empatiese wyse van kommunikasie mag lei tot minder ontwrigtende gedrag, asook minder aggressiewe uitbarstings by die Alzheimer-pasiënt (Bohling, 1991).

❖ Kameraadskap in die huwelik

Die huwelik skep ideaal gesproke 'n atmosfeer van kameraadskap (Wright, 1993). Kameraadskap word gekenmerk deur vertroue, omgee asook geduld met die eggenoot se foute. Dit verteenwoordig eerder warmte en liefde as ekstreme passie in die huwelik, en hierdie kameraadskap ontwikkel soos twee persone saam bou aan hul verhouding (Taylor, Peplau & Sears, 2000). Die mate van kameraadskap kan egter wissel vanaf die blote teenwoordigheid van die ander persoon tot 'n betrokkenheid by die huweliksmat se lewe en hoop vir 'n gesamentlike toekoms. Sommige persone sal dus wil vlug vanuit die huweliksverhouding indien hul geen toekoms saam met hulle huweliksmat sien nie. Ander daarteenoor sal selfs in die aangesig van uitdagings (soos die teenwoordigheid van demensie by die een huweliksmat), hul huweliksmat aanvaar en bystaan (Wright, 1993).

Wright (1993) bevind dat byna alle huweliksmaat-versorgers ervaar dat Alzheimer se siekte 'n invloed het op die kameraadskap in die huwelik. Versorgers van hierdie pasiënte rapporteer byvoorbeeld minder aktiwiteite wat hulle nog saam met die pasiënte kan doen as eggenote van gesonde persone. Versorgers van Alzheimer-pasiënte vind ook dat hul nie langer 'n vertroueling in hul eggenote het nie, waar huweliksparties waarvan beide gesond is, steeds mekaar se vertrouelinge is. Versorgers van demente pasiënte het egter tóg vermeld dat hulle steeds tye beleef waar hul saam met die eggenoot wat aan demensie ly kan lag. Murray *et al.* (1999) wys daarop dat klein dingetjies soos die deel van 'n grap of 'n enkele aangename aktiwiteit kan bydra daartoe dat die kameraadskap in die huwelik behoue bly waar 'n versorger na 'n pasiënt met Alzheimer se siekte omsien.

Die laaste persoonlike versorger-hulpbron wat hier bespreek sal word is dié van finansiële hulp.

3.5.1.2.3 Finansiële hulp

Schneider *et al.* (1999) bevind in hul studie dat daar meestal 'n voortdurende diskrepans bestaan tussen die versorgers se persepsie van die geld wat nodig word vir die versorgingsproses, en die geld wat hulle in werklikheid inwin ten einde die onkoste te dek. Tussen 10% en 16% van hierdie studie se ondersoekgroep het die finansiële las wat met versorging gepaard gaan as 'n stressor geïdentifiseer wat vir hul heelwat probleme meegebring het. Hierdie outeurs stel gevolglik voor dat amptelike en staatsinstansies informele versorgers sal subsidieer. Op hierdie manier behoort die oorlading van die gesondheidsorgsisteem voorkom te word. Dit is op die lange duur meer ekonomies, aangesien die kostes verbonde aan inwonende gesondheidspersoneel wat tuisverpleging aan die Alzheimer-pasiënt bied, of van pleegsorg-tehuise 'n baie groter finansiële las blyk te wees as tuisversorging van die pasiënt deur 'n informele versorger (Schneider *et al.*, 1999).

3.5.2 VERSORGER-COPING

Alhoewel die ontstaan van die begrip **coping** meer volledig bespreek sal word in hoofstuk vier, word dit hier kortliks aangeraak vanuit die literatuur wat spesifiek verwys na die versorgers van DAT-pasiënte se copingprosesse.

Ten tyde van 'n korttermynkrisis is die meeste gesinne gewoonlik in staat om hul hanteringsmeganismes suksesvol te mobiliseer. Tydens die langtermyn-versorging van 'n huweliksmaat wat aan Alzheimer se siekte ly, word daar egter eiesoortige hanteringstrategieë vereis (Gwyther, 1998). Versorgers kan byvoorbeeld inligting inwin oor die verloop van Alzheimer se siekte, en op grond daarvan leer watter aspekte van die versorgingstaak wel in hulle beheer is en watter nie. Praktiese en kreatiewe probleemoplossingstegnieke, gebed, humor en die ondersteuning van vriende en familie is volgens Gwyther (1998) voorbeelde van effektiewe copingstrategieë onder hierdie omstandighede. Die versorger se vermoë om sy/haar behoeftes sowel as emosionele belewenisse uit te druk, blyk verder 'n goeie copingmeganisme te wees (Gwyther, 1998).

Copingmeganismes wat die versorger aanwend ten einde die versorgingsproses te hanteer, kan ook van 'n negatiewe aard wees. Gwyther (1998) vermeld onder andere dat daar buigsaamheid in die versorger se verwagtinge behoort te wees, en dat daar nie tyd of plek is vir 'tipe A'-gedrag soos perfeksionisme en rigiditeit in verwagtinge tydens die versorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte nie.

Williamson en Schulz (1993) het bevind dat sommige destruktiewe copingmeganismes (soos wensdenkery) mag lei tot 'n depressiewe gemoed. Interessant genoeg het hulle ook bevind dat, indien die versorgers gepoog het om die pasiënt se geheueverlies te hanteer deur direkte aksie te neem (deur dit te probeer herstel), hul net meer depressief geraak het. Daar bestaan egter strategieë wat die voorkoms van depressie onder die versorgers van DAT-pasiënte kan verminder. Williamson en Schulz (1993) het ontspanning, waarvoor die versorger self kan sorg, as een van hierdie strategieë beskryf. Terwyl ontspanning egter 'n effek gehad het wanneer die versorger probleme met die pasiënt se geheueverlies ervaar, het dit weinig verligting gebring wanneer die versorger probleme ervaar het met die

agteruitgang in die pasiënt se kommunikatiewe vermoë of die gevoel van verlies van 'n geliefde. Aangesien die verlies van 'n geliefde 'n emosionele belewenis is, is ander copingmeganismes soos sosiale ondersteuning meer effektief in die hantering daarvan. Aanvaarding van dit wat nie kan verander in die Alzheimer-pasiënt nie, blyk ook 'n positiewe coping-meganisme te wees. Sekere aspekte van die agteruitgang van die Alzheimer-pasiënt is onomkeerbaar, en die versorger wat dit kan aanvaar, vind verligting in hierdie stresvolle situasie.

Verskeie van hierdie copingstrategieë mag 'n beduidende invloed hê op die versorger se welstand (Kramer, 1993), en is reeds deeglik beskryf in die literatuur. Hierdie copingstrategieë, wat in die algemeen verdeel kan word in probleem-gerigte en emosie-gerigte strategieë (Lazarus en Folkman, 1984), sal in afdeling 4.4.1 meer aandag geniet. Verhouding-gerigte coping en spiritualiteit word egter vervolgens bespreek as copingmeganismes spesifiek tydens die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt.

❖ **Verhouding-gerigte coping**

Versorging van 'n pasiënt wat aan Alzheimer se siekte ly, is op sigself 'n stressor wat druk op die interpersoonlike verhouding plaas (sien afdeling 3.5.1.2.2). Hierdie konflik wat op interpersoonlike vlak mag ontstaan, is in die verlede egter selde in ag geneem wanneer individuele coping-gedrag bestudeer is. Verhouding-gerigte coping kan gesien word as positief of negatief, afhangende van hoe dit die verhouding affekteer. Empatie is 'n voorbeeld van 'n positiewe verhouding-gerigte copingmeganisme waar die versorger poog om die pasiënt se innerlike gevoelens te begryp. Empatie sluit die elemente van 'verstaan' en 'luister' in, asook die vermoë om hierdie begrip van die persoon se belewenis weer aan hom/haar te kommunikeer (Egan, 1998). Ander positiewe verhouding-gerigte copingmeganismes sluit die aanvaarding van die pasiënt se beperkinge, asook die maak van kompromieë in. Negatiewe verhouding-gerigte copingstrategieë (wat alle verhoudinge skade kan aandoen) sluit kritisering, ignorering, konfrontering en minimalisering van kontak met die ander in (DeLongi & O'Brien, 1990).

’n Verdere copingmeganisme wat bespreek word in die literatuur is die kwessie van spiritualiteit wat ’n invloed mag hê op die welstand van die versorger van ’n DAT-pasiënt. ’n Oorsig word vervolgens gegee, al vorm dit nie deel van die model van versorgerstres en -coping (Kramer, 1993) nie:

❖ Spiritualiteit

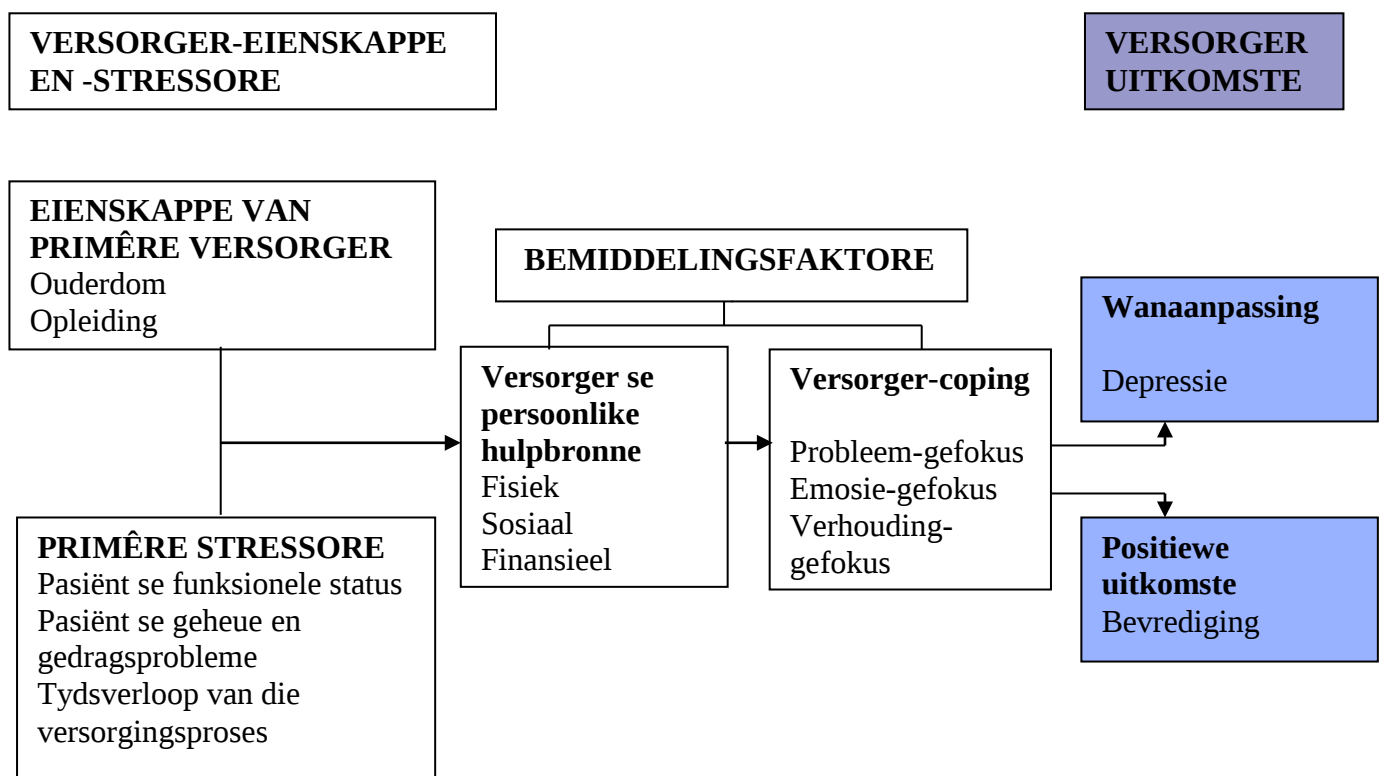
Studies toon dat godsdienstige families hul sterk geloof as ’n pilaar gebruik tydens die versorging van ’n pasiënt met Alzheimer se siekte. Geloof kan moontlik hoop daarstel vir die toekoms, en die versorger se betrokkenheid by geloofsaktiwiteite kan ’n addisionele bron van ondersteuning wees (Gwyther, 1998).

In ’n studie deur Kaye en Robinson (1994) is daar gevind dat vroulike huweliksmaatversorgers van pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly, hul geloof in God en religieuse praktyke soos gebed en vergifnis tydens die versorgingsproses as positiewe coping-meganismes beskou het. Kaye en Robinson (1994) meld dat vroue wat hulself in die versorgingsrol bevind, meer dikwels hul probleme en vreugdes in terme van hulle geloof uitgespreek het as vroulike huweliksmaats wat hulle nie in die versorgingsrol bevind nie. Kaye en Robinson (1994) het verder in dié studie bevind dat versorgers meer geestelike leiding gesoek het ten einde alledaagse besluite te neem as vroulike huweliksmaats wat hulself nie in die versorgingsrol bevind nie.

Die sosiale isolasie wat die proses van versorging meebring, kan moontlik verbreek word wanneer die versorgers vir krag en sterkte uitreik na geestelike ondersteunings-hulpbronne. Gebed, waartydens die versorgers nader voel aan God of ’n hoër mag, is ook onder andere deur Kaye en Robinson (1994) beskryf as ’n belangrike ondersteuningshulpbron. So is vergifnis ook aangedui as ’n belangrike geestelike hulpbron wat weer ’n sin van orde en/of **koherensie** (sien afdeling 4.5 vir ’n beskrywing van hierdie begrip) in die verlies-ervaring tydens versorging mag meebring. Volgens hierdie outeurs mag geestelike leesmateriaal ook van waarde wees tydens die soeke na **sin en betekenis** (sien afdeling 3.6.2) in hierdie moeilike versorgingsproses.

3.6 VERSORGER-UITKOMSTE

Die versorger se eienskappe en die stressore waaraan hy/sy blootgestel word tydens die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt, speel 'n rol by sy/haar aanpassing by die versorgingsproses. So speel die bemiddelingsfaktore (naamlik die hulpbronne tot die versorger se beskikking en die copingstrategieë wat hy/sy gebruik) ook 'n rol by die uitkomst met betrekking tot die versorger se welstand in die versorgingsproses. Die versorger se welstand kan op fisieke, sielkundige en sosiale vlak beïnvloed word, en hierdie beïnvloeding kan van 'n negatiewe of positiewe aard wees. Laasgenoemde negatiewe en positiewe uitkomst word laastens bespreek. Negatiewe uitkomst dui op wanaanpassing met betrekking tot die versorgingsproses, en dit word gevind in toestande soos onder meer depressie. Positiewe aanpassing daarteenoor dui op 'n mate van tevredenheid in die versorgingsproses. Die vind van sin en betekenis in die proses van versorging sal ook as 'n positiewe uitkomst van die versorgingsproses bespreek word (sien figuur 7).



Figuur 7: 'n Model van versorgerstres en -coping, met die klem op versorger-uitkomst (Kramer, 1993)

3.6.1 WANAANPASSING VAN DIE VERSORGER TYDENS DIE VERSORGING VAN 'N PASIËNT WAT AAN DEMENSIE LY

Afgesien van die fisieke welstand en sosiale ondersteuning van die versorger wat ingeboet word, is depressie een van die mees algemene geestesversteurings wat voorkom tydens die proses van versorging (Burns *et al.*, 1996). Burns *et al.* (1996) vermeld dat depressie meestal binne een jaar vanaf die aanvang van die versorgingsproses by die versorgers voorkom.

Dit mag egter ook wees dat versorgers hulself in die depressiewe fase van rou bevind, aangesien hulle 'n unieke rouproses beleef soos beskryf deur Potgieter (2000). Demensie word dikwels beskryf as 'n lewende dood', as gevolg van die neurodegeneratiewe effek van die toestand soos beskryf in hoofstuk twee (Jacques & Jackson, 2000). Dit lei daartoe dat die versorger van 'n DAT-pasiënt dikwels uitgesproke gevoelens van verlies ervaar wanneer die pasiënt gediagnoseer word en ook namate hulle stelselmatig deterioreer. Die rouproses is uniek, eerstens omdat die pasiënt steeds leef en selfs fisiek gesond mag wees, en tweedens aangesien die proses oor jare heen mag strek (Jacques & Jackson, 2000).

Potgieter (2000) beskryf hierdie verlieservaring as 'n dubbele rouproses. Die eerste rousiklus ontstaan by die aanvang van die neuropsigiatrisie simptome en persoonlikheidsveranderinge in die pasiënt, wat as baie traumaties beleef word deur die versorger. Die tweede rousiklus word ontketen deur die afsterwe van die DAT-pasiënt. Die versorger het dikwels 'n groot mate van betekenis gevind in die versorgingstaak, wat hom/haar nou ontnem word met die pasiënt se afsterwe. Dit lei daartoe dat die versorger moet her-besin oor die betekenis van sy/haar eie bestaan. Hierdie dubbele verlies aan beheer en betekenis lei dikwels tot ernstige negatiewe gevolge vir die sielkundige welstand van die versorger.

❖ Die onderskeid tussen normale rou en depressie

Dit is soms moeilik om te onderskei tussen depressie as normale komponent van die rouproses en 'n depressiewe gemoedsversteuring, aangesien sommige van die simptome ooreenkom in hierdie toestande (Rabheru, 2002). Hartseer, slaapprobleme

en ingeperkte konsentrasie kom byvoorbeeld by beide die rouproses en depressie voor. In depressie is psigomotoriese vertraging, gevoelens van waardeloosheid en/of selfmoordgedagtes egter algemene simptome wat nie noodwendig tydens die rouproses voorkom nie. Depressie neig ook om 'n blywende versteuring te wees, terwyl rou kom en gaan in vlae van hartseer. Daar word vervolgens gekyk na depressie soos dit algemeen voorkom onder versorgers van Alzheimer-pasiënte.

❖ Depressie soos dit voorkom onder versorgers van pasiënte wat ly aan Demensie van die Alzheimer-tipe

Verskeie outeurs het bevind dat depressie baie algemeen voorkom onder versorgers van pasiënte wat ly aan Alzheimer se siekte (Gallagher, Wrabetz, Lovett, Maestro & Rose, 1990; Zanetti, Frisoni, Bianchetti, Tamanza, Cigoli & Trabucchi, 1998).

Versorgers wat swak gesondheid toon en ook glo dat hulle nie bevoeg is vir die taak van versorging van 'n DAT-pasiënt nie, is meer geneig om depressief te raak tydens die proses van versorging (Zanetti *et al.*, 1998). Gevoelens van ambivalensie mag ook ontstaan by die versorger wat betref sy/haar rol as versorger wanneer die pasiënt uiteindelik geïnstitusioneel word. Die versorger mag voel asof hy/sy nog die pasiënt op 'n sielkundige vlak teenwoordig wil hou in sy/haar lewe, al is hierdie huweliksmaat wat aan demensie ly reeds in 'n inrigting en fisiek afwesig (Kaplan & Boss, 1999). Kaplan en Boss (1999) het ook bevind dat die versorger mag voel dat hy/sy beheer verloor wanneer die pasiënt onomkeerbaar agteruitgaan en in 'n inrigting geplaas word. Hierdie gevoel van magteloosheid mag die versorger dus meer kwesbaar vir simptome van depressie laat.

3.6.2 POSITIEWE AANPASSING

Die positiewe aanpassing van die versorger kan gekenmerk word deur bevrediging in die proses van versorging van 'n Alzheimer-pasiënt. Die vind van sin en betekenis word ook as 'n positiewe uitkoms vir die versorger beskryf, al vorm dit nie deel van die versorgerstres en -coping model (Kramer, 1993) nie.

❖ **Bevrediging (*satisfaction*) in die proses van tuisversorging**

Tuisversorging verg geweldige geduld, waaksaamheid en fisieke inspanning van die versorger (Murray *et al.*, 1999). Die versorging vind ook dikwels plaas in 'n lewenstadium waar baie mense sou glo hul eerder moet ontspan en tyd spandeer aan hul eie behoeftes. Tog het Murray *et al.* (1999) in hul studie bevind dat slegs 18% van versorgers vermeld dat hul geen vorm van bevrediging ervaar in die proses van versorging nie. Die res van die respondente in hierdie studie het wel 'n mate van bevrediging in die proses ervaar. Die redes wat die versorgers aangevoer het vir die positiewe ervaring van die versorgingsproses sluit onder andere die volgende in: (a) die versorger voel hy/sy kan weer iets teruggee aan sy/haar huweliksmaat wat ly aan DAT vir die liefde wat hierdie maat voorheen aan hom/haar bewys het, (b) die behoefte om steeds kameraadskap te ervaar (sien afdeling 3.5.1.2.2), (c) die feit dat die versorger glo dat net hy/sy so goed na sy/haar huweliksmaat kan omsien, en (d) die vervulling om die taak op sigself te verrig.

❖ **Die vind van sin en betekenis in die proses van versorging**

Alzheimer se siekte lei tot progressiewe neuro-degeneratiewe effekte wat onomkeerbaar is (sien hoofstuk twee). Indien die versorger van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte bewus is van die feit dat hierdie toestand nie gaan verander nie, moet hy/sy 'n manier vind om sin en betekenis uit die proses van versorging te put. Die versorger neig dan om sy/haar copingmeganismes te rig op iets anders as net die beheer van die situasie (Pearlin, Turner & Semple, 1990). Om sin en betekenis te vind, is een manier om dan met die versorging van die persoon wat aan demensie ly te cope.

Die eksistensiële benadering in die sielkunde beklemtoon die feit dat die mens in sy bestaan hier op aarde 'n verantwoordelikheid het en die vryheid geniet om sy/haar eie keuses te maak. Hierdie eksistensialisme stel ook dat die mens 'n besef moet hê vir die gevolge van sy/haar dade (Farran, Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer & Wilken, 1991). Die versorger se omstandighede gaan dus nie verander nie, maar hy/sy kan wel die reaksie daarop verander deur sekere strategieë te kies en dit dan toe te pas.

Farran *et al.* (1991) het 'n studie geloods waarin hul bevind het dat versorgers fases van verlies, magteloosheid en lyding ervaar soos hul deur die versorgingsproses meegevoer word. Die verlies en magteloosheid word ervaar op fisieke, sielkundige, sosiale en geestelike vlakke van die versorger se bestaan. Hierdie outeurs se kwalitatiewe bevindinge stel egter dat die versorger die vermoë het om daarop te reageer deur aktiewe keuses te maak oor die lewe en die versorgingsproses. Dit kan plaasvind deur 'n positiewe perspektief op die proses van versorging te handhaaf, en deur die voortgaande soeke na sin en betekenis. In hierdie studie het 77% van die versorgers aktiewe, persoonlike keuses gemaak om die versorgingsproses en die lewe in die algemeen as positief te sien.

Victor Frankl se bekende teorie handel oor die soeke na sin en betekenis in lyding. Die volgende aanhaling van Frankl som ook die versorger se soeke na sin in lyding op (Frankl, 1963, pp. 104-105), soos vermeld deur Farran *et al.* (1991):

“ Everything can be taken from a caregiver but the human freedom to choose his or her attitude in any given set of circumstances. This inner freedom determines whether a caregiver becomes a plaything of circumstance or an active participant in the caregiving situation. The sort of caregiver a person becomes is the result of an inner decision, and not the result of the caregiving situation alone. Fundamentally, then, every caregiver can decide what will become of him- or herself.”

3.7 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het hoofsaaklik gefokus op die impak wat die diagnose van Alzheimer se siekte het op die huweliksmaat-versorger van 'n persoon wat aan demensie ly. Hierdie unieke ervaring van versorging is bespreek ten einde 'n beter begrip te skep van die faktore wat 'n rol speel tydens die versorgingsproses wat strek vanaf die DAT-pasiënt se diagnose tot sy/haar afsterwe. Die versorger se persoonlike eienskappe en primêre stressore is aangeraak en bemiddelingsfaktore soos persoonlike hulpbronne en die copingstrategieë wat die versorger gebruik, het daarna aandag geniet. Die versorger se aanpassing by die versorgingsproses is verder toegelig deur die bespreking van onderskeidelik die negatiewe en positiewe uitkomstes van die

versorgingsituasie. Die begrippe **salutogenese** en **psigofortigenese** sal vervolgens bespreek word in hoofstuk vier, ten einde die diversiteit van reaksies by huweliksmaat-versorgers op die stres meegebring deur die versorging van 'n pasiënt wat aan Alzheimer se siekte ly, poog te verklaar.

HOOFSTUK 4

SALUTOGENESE EN PSIGOFORTIGENESE

“Om die aanslae van die lewe tot breekpunt te verduur; om jou nie deur klein en groot probleme te laat onderkry nie; om moedig voort te gaan as almal op moederverloor se vlakke wil omdraai; om dwarsdeur eindelose intriges onkreukbaar te bly - dit, eerder as waagmoed, is die essensie van grootheid.”

(William Makepeace Thackeray)

4.1 INLEIDING

In die lig van die ‘alomteenwoordige stressore’ soos Antonovsky (1979) dit noem, is daar `n voortdurende soeke na daardie faktore wat die mens staande hou ten spyte van die daaglikse ervaring van stres. Die studieveld van positiewe sielkunde het in antwoord hierop ontstaan. Daar is egter nog heelwat gapings in ons kennis oor die faktore wat lewenskwaliteit verbeter en patologie voorkom wanneer stressore dreig om die lewe sinloos te maak (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Daar is dus heelwat navorsing wat gedoen word rondom faktore soos hoop, kreatiwiteit, toekoms-tydsperspektief, waagmoed, spiritualiteit, verantwoordelikheid, deursettingsvermoë en meer onlangs ook wysheid. Hierdie faktore word bestudeer ten einde `n wetenskap en professie (sielkunde) te skep wat oor `n beter begrip beskik van die faktore wat individue, gemeenskappe en samelewings in staat stel om te floreer.

Met die verhoogde bewustheid van stres en die nagevolge daarvan het outeurs soos Antonovsky (1979) `n besondere bydrae gemaak tot die ontwikkeling van begrip vir die individu se unieke reaksie op negatiewe lewenservaringe. Hy het die waarneming gemaak dat elke individu op `n eiesoortige wyse in stresvolle omstandighede reageer, en dat sommige persone in die gemeenskap selfs te midde van hierdie stressore floreer. Antonovsky (1979) het die teorie van ‘salutogenese’ (die oorsprong van gesondheid) tot stand gebring.

In hierdie hoofstuk sal daar gefokus word op die ontstaan en evolusie van gesondheidsorgmodelle. Hierdie gesondheidsorgmodelle word spesifiek aangeraak ten einde 'n beter begrip te skep vir die ontstaan en ontwikkeling van begrippe soos **stres** en **coping** in die positiewe sielkunde. Stres en die gevolge daarvan, sowel as coping en ander aktuele konstrakte op die gebied van salutogenese en psigofortigenese, sal ook kortliks bespreek word.

4.2 DIE ONTSTAAN EN EVOLUSIE VAN GESONDHEIDSORG-MODELLE

Volgens die literatuur is die sielkunde as wetenskap oorheers deur twee modelle van gesondheid, naamlik die tradisionele mediese model en die meer onlangse gemeenskapsgesondheidsorgmodel. By die mediese model is daar veral gefokus op patologie en die behandeling daarvan met mediese intervensies soos psigofarmakologie. Hierdie mediese model het 'n oorsaak-gevolgperspektief gehad, wat aanvanklik ook oorgespoel het na die sielkunde. 'n Siektetoestand is eers by die pasiënt gediagnoseer, waarna behandeling gevolg het met die oog op herstel. Die mediese model het egter die volgende kritiek uitgelok, soos vermeld deur Thoresen & Eagleson (1985):

- ❖ Dit soek voortdurend die beste enkele behandeling wat die siektetoestand se oorsaak algeheel kan uitskakel, alhoewel chroniese siektetoestande dikwels ongeneesbaar is.
- ❖ Die proses van gesondheidsorg word 'gedehumaniseer' as gevolg van die oorspesialisering van gesondheidsorgwerkers en die oordrewe klem op ingewikkelde tegnologie.
- ❖ Slegs die fisieke faktore van die siektetoestand word in ag geneem, terwyl die sosiale, sielkundige en gedragsdimensies daarvan agterweë gelaat word.
- ❖ Dit is in der waarheid 'n model van siekte-behandeling eerder as gesondheidsorg.

Met die gemeenskapsgesondheidsorgmodel as alternatief vir die mediese model word daar eerder klem gelê op die voorkoming van die siektetoestand. In stede van die

diagnoseringsproses word daar gefokus op die vroeë identifisering van siektetoestande en risikofaktore wat moontlik tot die ontwikkeling van hierdie siektetoestande kan lei (Pretorius, 1998). Antonovsky (1979) lewer egter die kritiek dat beide die gesondheidsorgmodelle wat hier genoem is, steeds die konstruk ‘siekte’ as vertrekpunt gebruik. Die klinikus wil die siekte diagnoseer en behandel, waar die gemeenskapsgesondheid-werker wil voorkom dat persone `n sekere siektetoestand ontwikkel.

Die wegbeweeg van die oorsaak-gevolg-benadering het ook `n paradigmaskuif in die sielkunde en stresnavorsing veroorsaak (Pretorius, 1998). Pretorius (1998) meld dat ons vasgevang was in die vraagstukke rondom die ontstaan en behandeling van siekte, terwyl gesondheid as konstruk vir `n lang tyd in die navorsingsliteratuur geïgnoreer is. In vorige gesondheidsliteratuur is ‘gesondheid’ gedefinieer in terme van die afwesigheid van siekte en/of die afwesigheid van sielkundige disfunksie, en nie in terme van die aanwesigheid van welstand en/of positiewe sielkundige funksionering nie. Pretorius (1998) is van mening dat daar konseptuele probleme ontstaan indien `n konstruk soos gesondheid gedefinieer word in terme van die afwesigheid van `n ander fenomeen, naamlik siekte of disfunksie. Volgens Pretorius (1998) kan ‘gesondheid’ dus nie gedefinieer word deur iets anders in die proses te ignoreer nie. In `n poging om `n meer positiewe konseptualisering van gesondheid te formuleer, word hierdie konstruk deur die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 1964) gedefinieer as:

“... a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (p. 1)

Die waarneming dat sekere persone gebuk gaan onder stres en dat ander die vermoë het om te floreer in soortgelyke omstandighede, het vrae laat ontstaan rondom die oorsprong van gesondheid. Antonovsky (1979) het met die term **salutogenese** vorendag gekom, wat verwys na die oorsprong van gesondheid of welstand (hierdie begrip word volledig bespreek in afdeling 4.5). Vanuit die salutogene perspektief word daar dus gefokus op gesondheid en die handhawing en bevordering van welstand. Antonovsky (1987) het `n *health ease/dis-ease*-kontinuum gebruik ten einde sy konseptualisering van gesondheid en siekte te illustreer (sien figuur 8).

Diagram illustrating the relationship between terminal illness and total wealth:

← Toestand van terminale siekte Totale welstand →

Antonovsky (1987) stel voor dat elke individu hom/haar iewers tussen die twee pole van terminale siekte en totale welstand bevind. Hierdie outeur sien ook stresvolle omstandighede as uitdagings wat suksesvolle copingmeganismes kan ontlok, wat op hulle beurt sal bepaal waar op die kontinuum die persoon hom-/haarself bevind. Stressore is dus nie risikofaktore wat ten alle koste verminder of uitgewis moet word nie (Antonovsky, 1984). Antonovsky (1984) meen dat die gevolge van 'n spesifieke stressor deur die persoon se reaksie op daardie stressor bepaal word, en die persoon moet dus leer om daarmee te cope.

Antonovsky (1979) het die volgende te sê oor die *health ease/dis-ease*-kontinuum:

77

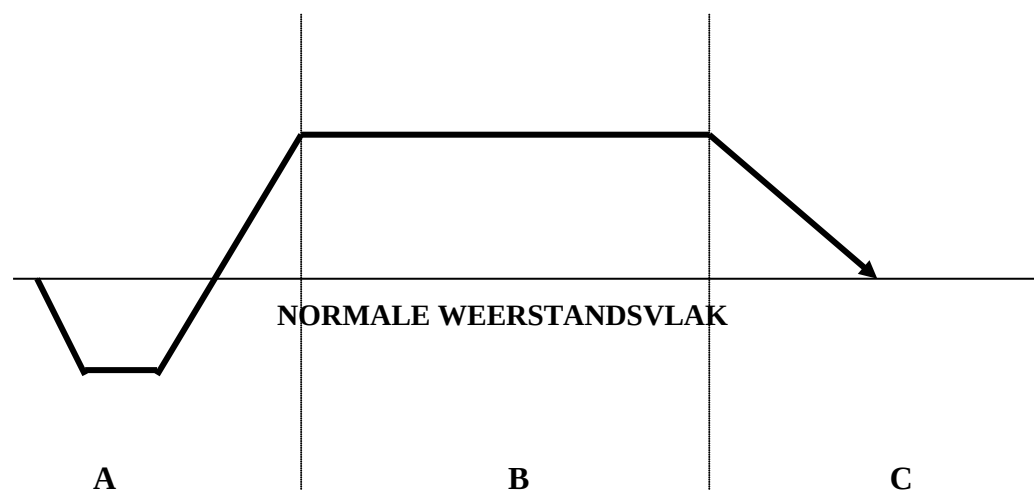
Daar word vervolgens gefokus op stres en coping soos dit voorkom in die literatuur oor salutogenese (sien afdeling 4.5) en psigofortigenese (sien afdeling 4.6). Hier volg dus bloot 'n oorsigtelike verwysing na die psigofortigene paradigma waarbinne die konstruk 'wysheid' as een van hierdie potensiële psigofortigene konstrunkte bestudeer sal word.

4.3 STRES

In 1936 het 'n jong wetenskaplike in Montreal, Hans Selye, waargeneem dat 'n groep rotte wat hy ingespuut het met 'n chemiese middel, ulkuse en ander fisiologiese probleme (insluitend immuunstelsel-onderdrukking) ontwikkel het. Hy het terselfdetyd die verrassende waarneming gemaak dat die kontrole-groep rotte wat daaglik met 'n soutwateroplossing ingeënt was, soortgelyke fisieke probleme ontwikkel het. Selye het hierdie vreemde verskynsel ondersoek en het gevind dat nie die chemiese substans nie, maar die daaglikse inentings die oorsaak van die fisiologiese probleme by die rotte was. Hy het daarna die term 'stres' vanuit die ingenieurswese geleen, en hierdie waarneming as 'n 'nie-spesifieke reaksie op omgewingsveranderinge' beskryf (Selye, 1936). Daar is in latere navorsing bevind dat verskeie omgewingsveranderinge soortgelyke reaksies sou oplewer, en dit het gelei tot die ontstaan van die 'stres-fenomeen' binne die sielkunde (Barlow & Durand, 1999).

'Stres' is 'n term wat alledaags gebruik word, en dit word op verskeie wyses in die literatuur beskryf. Dit kan gedefinieer word in terme van die interne toestand van die individu, of andersyds in terme van die eksterne omgewing of gebeure. Soms word stres in terme van die interaksie tussen die persoon en die omgewing (naamlik beide die interne en eksterne omgewing) beskryf. 'n Stressor is enige faktor vanuit beide die interne en eksterne omgewing wat die staat van homeostase in die organisme versteur. Die herstel van homeostase vereis dikwels 'n nie-outomatiese aksie wat eise aan die organisme stel, aangesien dit energie verg wat nie altyd dadelik beskikbaar is nie (Antonovsky, 1979).

Selye het aanvanklik die term **stressor** gebruik om te verwys na die stimulus, en **stres** as die reaksie op daardie spesifieke stimulus (Brannon & Feist, 2000). Selye se navorsing en bydrae was hoofsaaklik gerig op die fisiologiese reaksie van die liggaam op 'n stressor (sien figuur 9), terwyl hy die sielkundige reaksie daarop grootliks geïgnoreer het. Sy konseptualisering van stres word verteenwoordig deur die *General Adaptation Syndrome* (G.A.S.), soos uitgebeeld in figuur 9.



Figuur 9: Die G.A.S.- (*Generalized Adaptation Syndrome*) respons op stressore (Selye, 1975)

In respons op die langdurige blootstelling aan stres, gaan die liggaam deur verskeie reaksie-fases. Hierdie fases is die volgende (Brannon & Feist, 2000):

A. ALARMREAKSIE: Tydens die alarmreaksie word die liggaam se verdedigingsmeganismes teen die stressor deur die simpatiese senuweesisteem gemobiliseer. Hierdie respons stel die liggaam in staat tot die sogenaamde 'veg-of-vlug'-reaksie, en dit word gekenmerk deur die verhoogde vrystelling van adrenalien, 'n verhoogde hartklop en bloeddruk, vinniger asemhaling, bloed wat vanaf die spysverteringskanaal beweeg na die skeletspiere, die aktivering van sweetkliere en verminderde gastro-intestinale aktiwiteit. Hierdie respons is egter nie effektief vir die hantering van die langdurige stressore waaraan die mens vandag blootgestel word nie.

B. WEERSTANDSREAKSIE: Hierdie fase word gekenmerk deur die organisme se vermoë om by die stressor aan te pas, en sal voortduur na gelang van die intensiteit van die stressor, en die individu se vermoë om daarby aan te pas. As gevolg van 'n aftakeling van die immuunstelsel mag daar tydens hierdie fase siektes ontstaan indien dit te lank sou voortduur, wat die voorkoms van infeksies in die hand werk.

C. FASE VAN UITPUTTING: Wanneer die organisme se vermoë om weerstand te bied uitgeput is, volg die fase van uitbranding. Die parasimpatiese senuweestelsel word geaktiveer, wat normaalweg die liggaam help om sy ewililibrium te handhaaf. In die uitputtingsfase funksioneer hierdie stelsel egter op 'n abnormaal lae vlak wat kan lei tot depressie en selfs die dood wat later mag intree.

Waar die G.A.S-model van Selye hoofsaaklik die fisiologiese reaksie op stressore beskryf het, het Lazarus en Folkman (1984) meer gefokus op die sielkundige reaksie op 'n stressor. Lazarus en Folkman (1984) glo dat die interpretasie van 'n gebeurtenis belangriker is as die gebeurtenis self. Die individu kan dus die stres waaraan hy/sy blootgestel word as potensieel skadelik, bedreigend of uitdagend sien. Hierdie persoon ontwikkel ook 'n sekere persepsie van sy/haar vermoë om met hierdie stressor te cope, wat 'n belangriker invloed het op die uitkoms (in reaksie op die stressor) as die stressor self (Lazarus & Folkman, 1984).

Die definisie van sielkundige stressore volgens Lazarus en Folkman (1984) is soos vroeër vermeld:

“... a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being.” (p. 19)

Hierdie outeurs maak die volgende aannames in hierdie definisie:

- Daar bestaan 'n interaksie tussen die persoon en sy/haar omgewing.
- Die kern van hierdie interaksie lê in die taksering (*appraisal*) van die situasie deur die persoon.

- Die situasie kan gesien word as bedreigend, uitdagend of potensieel skadelik (Brannon & Feist, 2000).

Die langtermyn-blootstelling aan stres word ook in verband gebring met die instandhouding van sielkundige en/of fisieke versteurings. Barlow en Durand (1999) meld dat stresvolle lewensgebeure, gekombineer met sielkundige kwesbaarheid (soos 'n gevoel van verlies van beheer oor jou lewe of omstandighede), mag bydra tot die ontstaan en instandhouding van fisieke en sielkundige versteurings.

Die vraag ontstaan dus hoe sommige individue dit regkry om met hierdie stresvolle lewensgebeure en uitdagings saam te leef. Die konsep van coping as 'n hanteringsmeganisme vir stres word vervolgens bespreek.

4.4 COPING

4.4.1 WAT IS COPING?

Die term *coping* word, soos voorgestel deur Du Toit (1999), in hierdie studie gebruik as 'n leenwoord in Afrikaans, aangesien daar nie 'n ander term is wat die volle essensie van hierdie begrip saamvat nie. Dit is egter 'n moeilike taak om 'n werksdefinisie te skep vir hierdie term, weens die uitgebreide literatuur wat reeds daaroor bestaan. Du Toit (1999) spreek die mening uit dat die volgende definisie deur Wissing (1995) die bruikbaarste is:

“Coping verwys na verskillende perseptuele, kognitiewe, of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik/moeilik/bedreigend/oorskrydend van bronne (eksterne of interne eise) getakseer word, die hoof te bied, te vermy, te oorleef, te kontroleer of om die interpretasie van die gebeure of konsekwensies daarvan te beïnvloed” (soos vermeld in Du Toit, 1999, p. 10).

Lazarus en Folkman (1984) definieer coping as:

“... constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.” (p. 141)

Hierdie definisie van Lazarus en Folkman (1984) lig die volgende uit ten opsigte van coping:

- Soos geïmpliseer deur die terme ‘*constantly changing*’ en ‘*specific demands and conflicts*’ is dit `n proses wat met tydsverloop plaasvind, en dus nie `n enkele kenmerk waaroor `n persoon beskik nie.
- Coping verg `n aktiewe poging en ook `n mate van beplanning. Dit is nie `n outomatiese of refleksiewe reaksie op `n uitdaging nie.
- Die definisie impliseer nie noodwendig `n positiewe uitkoms nie. Coping kan dus onsuksesvol wees, aangesien dit slegs `n poging verteenwoordig om die situasie te hanteer.

Dit wil voorkom asof beide Lazarus en Folkman (1984) en later ook Wissing (1995) coping as `n reaksie op `n stresvolle situasie beskryf het. Copingmeganismes word dus gemobiliseer ten tye van stres. Spesifieke tipes copingmeganismes, naamlik probleem-gerigte en emosie-gerigte coping soos omskryf deur Lazarus en Folkman (1984), behels kortliks die volgende:

❖ **Probleem-gerigte coping**

Hierdie benadering behels dat definitiewe pogings aangewend word ten einde `n beter begrip van die probleem te ontwikkel en sodoende die probleem beter te omskryf en te definieer. Daar word verkieslik dan ook `n aantal alternatiewe oplossings geformuleer. Probleem-gerigte coping kan verder onderverdeel word in ‘na-binne-gerigte’ en ‘na-buite-gerigte coping’. Eersgenoemde sluit `n individu se pogings in om sy/haar eie houding ten opsigte van `n probleem te verander. Die klem is hier veral op die definiëring van eie behoeftes en die ontwikkeling van nuwe vaardighede en reaksies om hierdie behoeftes te bevredig. Probleem-gerigte coping kan ook as

‘na-buite-gerig’ beskryf word, waar daar op die verandering van `n situasie of ander se gedrag gefokus word.

❖ Emosie-gerigte coping

By emosie-gerigte copingstrategieë val die klem op die hantering van emosionele distres. Fisieke oefening, die uitdrukking van gevoelens en die soeke na sosiale ondersteuning is onder andere van die strategieë wat as emosie-gerig beskou kan word.

Stappe word dus geneem ten einde die emosionele distres wat beleef word as gevolg van spanning tussen die persoon en sy omgewing te reguleer. Voorbeelde van hierdie stappe sluit in: ontkenning, wensdenkery, vermyding, self-blaam, en positiewe herbetrugting (*positive reappraisal*) (Kramer, 1993).

4.4.2 COPING: `n RESPONS OP STRES

Stres forseer `n individu om iets te doen ten einde die spanning te verlig en sodoende sy/haar welstand in stand te hou. Wat die individu in respons doen, hang natuurlik van veelvuldige faktore af. Soms is die individu se interne verwysingsraamwerk van motiewe, vaardighede en stres-toleransie die dominante faktore wat `n rol speel by sy/haar copingmeganismes. Soms is eksterne omgewingsfaktore soos die verwagtinge van ander en sosiale eise weer die faktore wat `n individu se reaksie op `n stressor bepaal. Daar vind dikwels ook `n interaksie plaas tussen hierdie interne en eksterne faktore (Carson, Butcher & Mineka, 2000).

Die interaksionele vlakke wat `n rol mag speel in die bepaling van copingmeganismes sluit die volgende in:

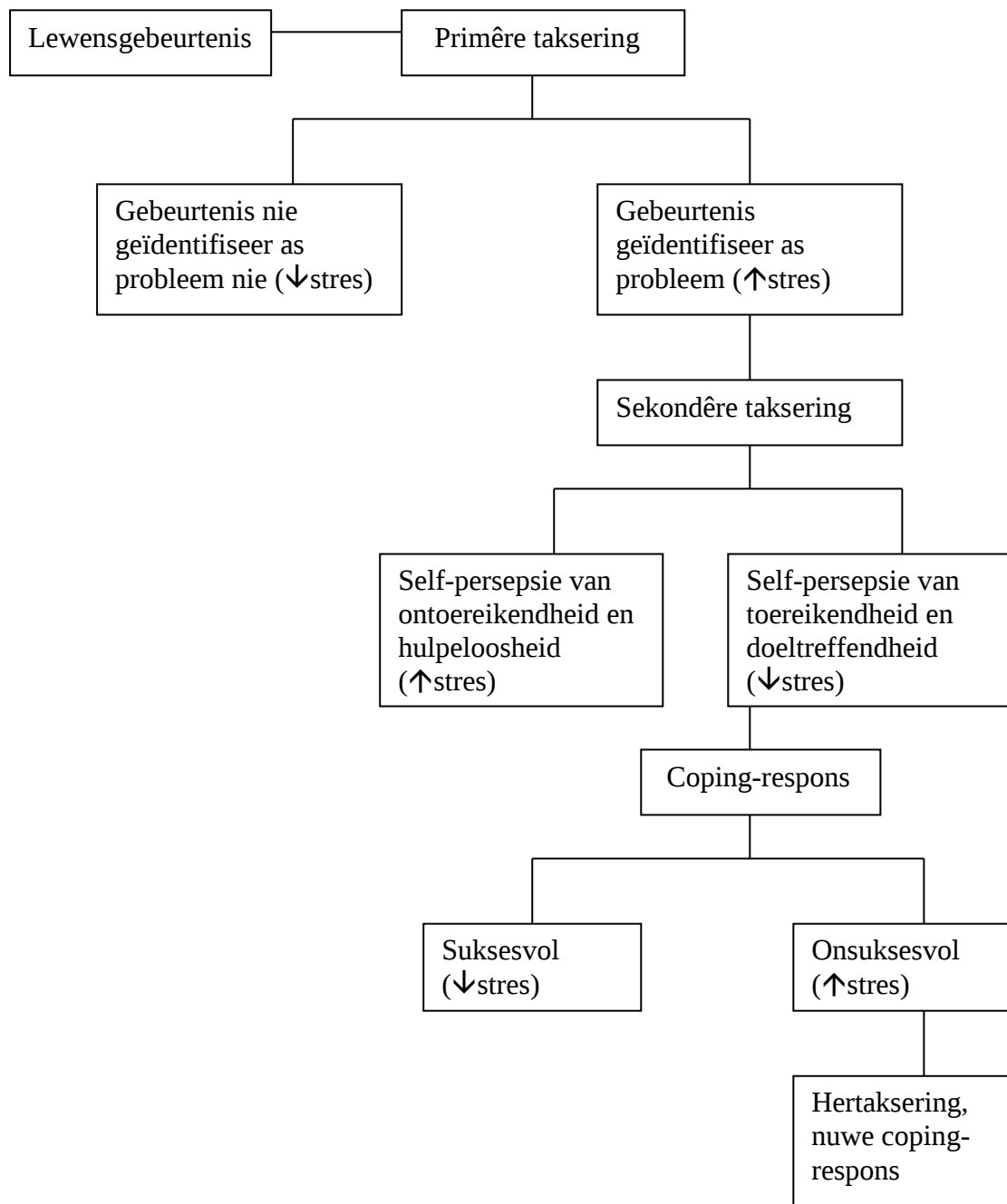
- op `n biologiese vlak, is daar immunologiese verdediging en skadeherstelmeganismes
- op `n sielkundige en interpersoonlike vlak, is daar aangeleerde copingmeganismes, self-verdediging en ondersteuning vanaf familie en vriende, en

- op 'n sosio-kulturele vlak bestaan daar groepe as hulpbronne, soos religieuse- en wetlike organisasies (Carson *et al.*, 2000).

Wanneer 'n persoon cope met 'n sekere stressor word hy/sy uitgedaag om aan die vereistes van die stressor te voldoen, en om hom-/haarself te beskerm teen die sielkundige skade en disorganisasie wat daarmee gepaard gaan, aldus Carson *et al.* (2000). Hierdie outeurs meld verder dat 'n persoon al hoe kwesbaarder word indien hy/sy nie aan hierdie eise kan voldoen nie. 'n Persoon wat hier teenoor hom-/haarself as in beheer van die vereistes van die stressor sien, sal meer geneig wees om ook van taak- of probleem-gerigte copingstrategieë gebruik te maak (sien afdeling 4.4.1).

4.4.2 PRIMÊRE EN SEKONDÊRE TAKSERING: DIE VERLOOP VAN DIE COPINGPROSES

Ten einde 'n beter begrip te ontwikkel van die verloop van die copingproses word Lazarus en Folkman (1984) se konsep van 'taksering' eers hier verduidelik soos voorgestel deur Kleinke (1998). Lazarus en Folkman (1984) het in die eerste plek tussen primêre en sekondêre taksering onderskei. Wanneer die mens met 'n potensiële uitdaging gekonfronteer word, bepaal hy/sy eers of hy/sy in gevaar is en of sy/haar welstand bedreig word. Die individu vra hom-/haarself af of dit die moeite werd is om hom/haar oor 'n spesifieke situasie te ontstel. Daar word na die proses wat so pas beskryf is, verwys as **primêre taksering**, en dit het 'n invloed op 'n individu se fisieke en sielkundige welstand. Wanneer 'n individu bepaal dat sy/haar welstand wel in gedrang is, vra hy/sy die volgende vraag aan hom-/haarself: "Wat kan ek aan die situasie doen?" Laasgenoemde is deel van die **sekondêre takseringsproses** (Lazarus & Folkman, 1984). Die proses word in figuur 10 grafies voorgestel (Kleinke, 1998).



Figuur 10: Primêre en sekondêre taksering in die copingproses (Kleinke, 1998)

Figuur 10 stel die denkprosesse voor wanneer ons enige lewensgebeurtenis in die gesig staar. Daar is drie sleutelkenmerke van hierdie proses wat spesifieke aandag vereis (Kleinke, 1998). Eerstens is 'n lewensgebeurtenis nie 'n probleem, tensy die persoon dit as sulks takseer nie (primêre taksering). Die primêre takseringsproses moet dus realisties en rasioneel van aard wees ten einde werklike probleme en bedreigings van nie-bedreigende ervarings te onderskei. Dit is dus onnodig vir die

persoon om hom-/haarself te bekommer oor gebeurtenisse wat nie bedreigend is nie. Tweedens kan 'n situasie wat wel rede tot kommer inhou, deur die sekondêre takseringsproses aangespreek word. Hierdie sekondêre taksering gaan gepaard met 'n individu se persepsie van sy/haar effektiwiteit en bevoegdheid om die situasie suksesvol te hanteer. Die sekondêre takseringsproses moet dus ideaal gesproke buigsaam en aanpasbaar wees. Derdens behoort suksesvolle coping te lei tot 'n groter mate van beheer oor die situasie met 'n gevolglike afname in stres. Indien 'n coping-respons egter onsuksesvol blyk te wees, moet daar 'n herhaling van die takseringsproses plaasvind ten einde ander moontlike strategieë te oorweeg om die situasie te hanteer. Hierdie copingstrategieë kan volgens Kleinke (1998) aangeleer word, aangesien dit onder stresvolle omstandighede wenslik is om oor meervoudige strategieë te beskik.

4.4.4 SUKSESVOLLE COPING

Suksesvolle coping vind plaas wanneer 'n persoon beskik oor 'n verskeidenheid van copingmeganismes, en buigsaam is in die toepassing daarvan in verskillende kontekste. Antonovsky (1979) skryf die volgende eienskappe aan suksesvolle *copers* toe:

- Eerstens beskik die persoon oor die eienskap van buigsaamheid. 'n Persoon moet in staat wees om verskeie planne te skep en te oorweeg.
- Tweedens het 'n persoon wat suksesvol cope ook die eienskap van versindheid (*farsightedness*). Hierdie eienskap stel die persoon in staat om die langtermyn-effek of gevolg van 'n coping-respons te antisipeer.
- Laastens is 'n suksesvolle *coper* ook rasioneel en in staat daartoe om akkurate takserings te maak.

Die meeste outeurs van studies oor suksesvolle coping is dit eens dat persone wat oor hierdie vermoë beskik verantwoordelikheid neem om oplossings te vind vir 'n probleem (Kleinke, 1998). Die persoon wat suksesvol is in die coping-proses, benader probleme met 'n sin van bevoegdheid en bemeestering. Die plan met die grootste waarskynlikheid vir sukses word dan gekies nadat 'n volledige situasie-analise uitgevoer is. Die persoon wat suksesvol cope met 'n probleemsituasie is ook

geneig om sosiale ondersteuning te soek en om advies van ander te oorweeg. Die uitdagende situasie word dus benut as 'n geleentheid vir persoonlike groei, en die persoon pak hierdie uitdaging aan met hoop, geduld en 'n sin vir humor.

Verskeie strategieë (soos bespreek in afdeling 3.5.2) is tydens die copingproses tot 'n persoon se beskikking, waaronder die gebruik van ondersteuningstelsels, probleem-oplossing-strategieë, ontspanningstegnieke wat self toegepas kan word, humor (soos pas gemeld), oefening, en selfs beloning vir die bereik van sekere mylpale (Kleinke, 1998).

'n Persoon wat geneig is tot die gebruik van copingmeganismes soos ontkenning en vermyding van die situasie is dikwels onsuksesvol in die hantering van lewensuitdagings. Hierdie persoon gun hom-/haarself dikwels nie genoeg tyd om die situasie te oorweeg nie, en neem dan impulsiewe besluite. Dit mag ook wees dat hierdie persoon onttrek uit die bedreigende of uitdagende situasie, en dikwels reageer met aggressie, depressie en passiwiteit. Hierdie persone is geneig tot selfblaaam of die blaam van ander, en hulle besef dikwels nie die waarde daarvan om 'n uitdaging te benader met hoop en bemeestering (*mastery*) nie (Kleinke, 1998).

Kleinke (1998) spreek die mening uit dat ons in 'n samelewing leef wat soek na vinnige oplossings wat met die minimum insette sukses sal waarborg. Hy meld dat suksesvolle coping gewoonlik nie volg op die toepassing van 'n enkele, foutlose respons op 'n stresvolle situasie nie, maar dat dit eerder meegebring word deur 'n houding of lewensfilosofie waar primêre en sekondêre taksering lei tot die beste coping-respons in daardie spesifieke lewensgebeurtenis wat die persoon in die gesig staar.

4.5 SALUTOGENE KONSTRUKTE

Antonovsky (1979) het die term **salutogenese** as neologisme gebruik ten einde die oorsprong (**genese**) van gesondheid (**salutos**) te beskryf. Hy het opgemerk dat alle mense nie dieselfde reageer op die stressore waaraan hulle daaglik blootgestel word nie. Salutogenese was 'n poging om hierdie individuele verskille te verklaar. Die

fokus daarvan is op ‘gesondwees’, en dit sluit die mens se algemene funksionering, sowel as die hantering van lewenstres in (soos vermeld in afdeling 4.2). Hierdie veld het ook gelei tot die ontwikkeling van begrippe soos: ‘koherensiesin’ en ‘algemene weerstandshulpbronne’. Laasgenoemde en ander aanverwante begrippe wat die konsep van ‘gesondheid’ sentraal stel, word vervolgens bespreek.

4.5.1 KOHERENSIESIN

Die term ‘koherensiesin’ vorm ’n kernkonsep in die teorie van sielkundige welstand. ’n Persoon se koherensiesin verteenwoordig ’n houding of oriëntasie wat die persoon inneem teenoor ’n spesifieke stressor (Antonovsky, 1979). Antonovsky (1987) definieer koherensiesin dus as:

“... a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one’s internal and external environment in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.” (p. 19)

Hierdie konstruk bestaan uit beide kognitiewe en affektiewe komponente, en is bepalend vir die persepsie wat individue tydens stresvolle omstandighede handhaaf. Die definisie van Antonovsky (1987) beskryf die konstruk koherensiesin dus as ’n globale oriëntasie wat aanduidend is van die mate waartoe die individu die volgende aan sy/haar omstandighede sou toeskryf:

- a. **Verstaanbaarheid**, wat verwys na die individu se persepsie dat die lewe georden, konsekwent en sinvol is. Hierdie is dus ’n gevoel van vertroue dat stimuli waaraan die persoon blootgestel word gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar is. Indien ’n verrassende gebeurtenis wel sou voorkom, glo die persoon met ’n hoë sin vir verstaanbaarheid, dat die voorkoms daarvan verklaar sal kan word.

- b. Beheerbaarheid**, wat verwys na die mate waartoe die individu glo dat daar hulpbronne tot sy/haar beskikking is ten einde die eise van die stimuli waaraan hy/sy blootgestel word, te hanteer.
- c. Betekenisvolheid of sinvolheid**, wat dien as motiveringselement op emosionele, eerder as op kognitiewe vlak. Dit verwys na die mate waartoe die individu glo dat die lewe sinvol is. Dit verwys verder na die identifisering van uitdagings wat die moeite werd is om aan te pak, en dus energie te bestee aan die hantering daarvan.

Volgens die bogenoemde drie komponente van koherensiesin, behoort 'n persoon met 'n hoë koherensiesin meer geneig te wees as 'n persoon met 'n lae koherensiesin om:

- die aard en dimensies van 'n akute of chroniese stressor te **verstaan**, en nie noodwendig daarop gebaseer te gaan nie;
- stressore as **beheerbaar** te sien met die gevolglike gebruik van toepaslike hulpbronne, eerder as om te reageer asof die situasie hopeloos is; en
- **gemotiveerd** te wees om uitdagings aan te pak en energie daaraan te bestee, eerder as om passief op die bedreiging te reageer deur middel van negatiewe gedrag gebaseer op self-vervullende profesieë.

4.5.2 ALGEMENE WEERSTANDSHULPBRONNE

Antonovsky (1979) het ook die term 'algemene weerstandshulpbronne' (*generalized resistance resources*, oftewel *GRRs*) geskep. Hy identifiseer hierdie hulpbronne as enige kenmerk wat 'n individu, groep, subkultuur of samelewing in staat stel om 'n wye verskeidenheid stressore te vermy of te beveg. Antonovsky (1979) is verder van mening dat die mens deur middel van sy lewenservaringe hierdie *GRRs* ontwikkel.

Voorbeelde sluit *GRRs* van materiële aard in, soos geld, skooling en voedsel. Daar bestaan ook kognitiewe *GRRs* soos intelligensie, kennis en vaardighede. Interpersoonlike *GRRs* soos sosiale verbondenheid en ondersteuning kan ook ontwikkel, en laastens bestaan daar makro-sosiokulturele *GRRs* soos geloof en rituele

(Strümpfer, 1995). Hierdie algemene weerstandshulpbronne lewer `n bydrae tot die persoon se vermoë om stressore te vermy of te beveg.

Algemene weerstandshulpbronne lei tot lewenservaringe wat `n hoë koherensiesin tot gevolg het (Pretorius, 1998) en hierdie koherensiesin lei tot die gebruik van beskikbare weerstandshulpbronne. Sodoende ontstaan `n positiewe terugvoersiklus tussen die weerstandshulpbronne en die salutogene persoonlikheidskonstrukte (oftewel, koherensiesin) (Cilliers, Viviers, & Marais, 1998).

4.5.3 DIE ROETE VAN ALGEMENE WEERSTANDSHULPBRONNE NA `N TOESTAND VAN SIELKUNDIGE WELSTAND

Strümpfer (1995) het verskeie roetes beskryf vanaf die algemene weerstandshulpbronne tot `n toestand van sielkundige welstand, wat hul ontstaan gevind het in Antonovsky (1979) se werk. Eerstens is daar die indirekte roete vanaf die algemene weerstandshulpbronne wat lei tot `n sterk koherensiesin, wat weer op sy beurt `n positiewe invloed op individuele welstand het. Hierdie eerste roete bring gesondheid mee (soos pas beskryf is onder die opskrif ‘algemene weerstandshulpbronne’).

`n Tweede roete wat deur Antonovsky (1979) vermeld word, is `n direkte roete vanaf algemene weerstandshulpbronne na welstand. Die persoon is dus in staat om die stressore in sy/haar bestaan die hoof te bied (deur middel van verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid) en dit lei weer tot suksesvolle hantering/vermyding van stresvolle omstandighede en dus ook sielkundige welstand.

`n Derde roete wat Strümpfer (1995) benadruk is dat koherensiesin direk verband mag hou met ander aspekte van `n suksesvolle leefstyl. Hierdie aspekte sluit onder andere doeltreffendheid in werksverpligtinge en loopbaan-effektiwiteit, sowel as effektiewe huweliks-, ouerlike, en ander interpersoonlike verhoudinge in. Koherensiesin mag heel moontlik ook `n invloed hê op gemeenskapsbetrokkenheid, geloofsuitdrukking en ekonomiese of politiese funksionering, wat op hulle beurt lewensgeluk of sielkundige welstand in die hand werk.

Volgens Strümpfer (1995) sou mens verwag dat 'n persoon met 'n hoë koherensiesin versterk sal word deur ontwikkelingsoorgange wat suksesvol hanteer is, soos tydens die ontwikkelingsstadia van middel-volwassenheid en bejaardheid, wanneer loopbaan-oorgange of aftrede aktuele sake is. Elkeen van die bogenoemde roetes behoort dan by te dra tot die individu se algemene welstand.

4.5.4 GEHARDE PERSOONLIKHEID

Hierdie persoonlikheidskonstruk (gehardheid) bestaan volgens Kobasa, Maddi en Kahn (1982) uit drie onderskeibare karaktertrekke, naamlik:

- **Toewyding (versus vervreemding)**

Hierdie karaktertrek verwys na 'n geloof in die betekenisvolheid van die lewe deur 'n aktiewe rol daarin aan te neem. Dit verwys ook na 'n geneigdheid om betrokke te raak by 'n verskeidenheid van lewensituasies soos byvoorbeeld werk, familie, vriende en sosiale organisasies, en om daar 'n suksesvolle bydrae te maak (Kobasa *et al.*, 1982). Die persoon is dus nie 'n passiewe toeskouer in sy/haar lewe nie, maar hy/sy neem die verantwoordelikheid om sy/haar lewe betekenisvol te maak (Kleinke, 1998).

- **Beheer (versus magteloosheid)**

Hierdie karaktertrek verwys na 'n persoon se geneigdheid om te glo dat hy/sy lewenservaringe kan beïnvloed deur sy/haar gedagtes, uitsprake en gedrag. Daar word dus gefokus op persoonlike verantwoordelikheid (Kobasa *et al.*, 1982).

- **Uitdaging (versus bedreiging)**

Uitdaging as karaktertrek word verteenwoordig deur 'n verwagting dat verandering, eerder as stabiliteit, die norm is, en dat lewensverandering die geleentheid bied tot persoonlike groei.

Persone met 'n geharde persoonlikheid is dikwels in staat om stresvolle lewensituasies beter te hanteer, en hulle maak selde gebruik van selfblaam, wensdenkery of vermyding as copingstrategieë (Kleinke, 1998). Hoewel daar heelwat

konseptuele probleme met die konstruk 'geharde persoonlikheid' gevind is, word dit binne die salutogene paradigma as betekenisvolle konstruk aanvaar (Pretorius, 1998).

4.5.5 AANGELEERDE VINDINGRYKHEID/ *LEARNED RESOURCEFULNESS*

Aangeleerde vindingrykheid is nie 'n enkele persoonlikheidseienskap nie, maar 'n 'persoonlikheidsrepertoire', wat bestaan uit 'n stel komplekse gedragsvaardighede, met behulp waarvan die individu in staat is om sy/haar interne response en reaksies (soos emosies en kognisies) self te reguleer (Rosenbaum, 1988). Coping in 'n stresvolle situasie lei tot pogings van self-regulering en selfkontrole (Rausenbaum, 1988). Selfregulering is 'n proses waar die individu kognitief of emosioneel reageer op 'n verandering in sy/haar interne of eksterne omgewing. Die individu sal in die eerste plek bepaal of die verandering aanvaarbaar is en of dit as 'n bedreiging gesien behoort te word. As 'n tweede stap word daar aksie geneem deur die individu ten einde die negatiewe gevolge van die interne en/of eksterne verandering so ver moontlik te beperk. Gedragsvaardighede, kognisies en affektiewe belewenisse is areas waar interne regulering deur 'n vindingryke persoon hom/haar in staat sou stel om te slaag, en ook die verwagting sou skep dat hy/sy ook in die toekoms sukses sal behaal (Strümpfer, 1990).

4.5.6 LOKUS VAN KONTROLE

Rotter (1966) het die eerste maal verwys na die verwagtinge wat individue ontwikkel oor die gevolge van hulle gedrag. 'Lokus van kontrole' verwys daarna of 'n persoon die beheer oor sy/haar lewe aan interne of eksterne faktore toeskryf. So is 'n persoon met 'n interne lokus van kontrole iemand wat glo dat 'n situasie bepaal word deur sy/haar eie aksies en handeling in 'n gegewe situasie. Hierdie persoon meen dus dat hy/sy 'n groot mate van beheer kan uitoefen in sy/haar lewe. 'n Persoon met 'n eksterne lokus van kontrole sou die uitkoms van 'n situasie eerder toeskryf aan eksterne invloede soos geluk, toeval, die noodlot, of die aksies van ander en die invloed wat hulle het. 'n Persoon met 'n eksterne lokus van kontrole is dus minder geneig om te glo dat hy/sy beheer oor sy/haar lewe kan uitoefen.

4.5.7 SELF-EFFEKTIWITEIT/ *SELF-EFFICACY*

Bandura (1977) het die konsep van self-effektiwiteit beskryf as 'n individu se oordeel van sy/haar vermoë en vaardigheid om in 'n gegewe situasie effektief te funksioneer. Bandura (1977) bevind ook die volgende ten opsigte van self-effektiwiteit, soos vermeld in Meyer, Moore en Viljoen (1997):

- Mense se self-effektiwiteitspersepsie bepaal in 'n groot mate of hulle 'n poging sal aanwend om 'n situasie te hanteer al dan nie.
- Mense is geneig om uitdagings te kies waarin hul behoort te slaag. Die self-effektiwiteitspersepsie beïnvloed dus grootliks die keuse van situasies waarin 'n persoon betrokke sal raak.
- Mense met 'n hoë self-effektiwiteitspersepsie neig om langer te volhard in hul pogings om 'n situasie te bemeester. Hulle is dus meer gemotiveerd as mense wat min vertroue in hulle eie vermoëns het. Die mate van self-effektiwiteit word al meer versterk in 'n persoon wat oor 'n hoë self-effektiwiteit beskik en wat meer geneig is om suksesse te behaal. 'n Persoon met 'n lae self-effektiwiteit bevind hom-/haarself egter in 'n wrede kringloop van mislukkings en die verdere verlaging in self-effektiwiteit wat daarop volg.

Die mens se unieke vermoë om 'n selfbeeld te hê, is gesetel in sy/haar vermoë tot self-refleksiwiteit, naamlik die vermoë om oor hom-/haarself na te dink en om hom-/haarself gedurig te evalueer. Vir Bandura (1977) is self-effektiwiteitspersepsie 'n sentrale komponent van self-refleksie.

4.5.8 LEWENSKRAGTIGHEID/ POTENSIE

Ben Sira (1985) het lewenskrachtigheid gedefinieer as:

“a person’s enduring confidence in his own capacities as well as confidence in and commitment to his/her social environment, which is perceived as being characterised by a basically meaningful and predictable order and by a reliable and just distribution of rewards.” (p. 399)

Lewenskragtigheid (potensie) is 'n meganisme wat verhoed dat spanning, wat volg op onvoldoende coping, omgesit word in langdurige stres. Potensie is die resultaat van die suksesvolle hantering van vorige ervarings, wat dan lei tot 'n sin van bemeestering (*mastery*) en self-waardering. 'n Reeks onsuksesvolle coping-ervarings in die verlede sal egter lei tot 'n lae vlak van potensie. Die diversiteit van ervarings waarmee 'n individu gekonfronteer word, mag daartoe lei dat 'n persoon die samelewing as sinvol en georden beskou, of dat hy/sy 'n gevoel van vervreemding of wanhoop sal ontwikkel. Indien die persoon die samelewing as sinvol beskou, behoort dit te lei tot 'n hoë mate van toewyding in die samelewing, maar vervreemding van ander in die samelewing vind plaas wanneer die persoon in wanhoop verval.

4.5.9 OPSOMMEND

Dit is duidelik dat persone op verskillende maniere reageer wanneer hulle gekonfronteer word met die uitdagings van die lewe. Binne die veld van die salutogenese vind ons egter konstruksies soos onder andere koherensiesin, algemene weerstandshulpbronne (Antonovsky, 1979), geharde persoonlikheid (Kobasa, 1982), aangeleerde vindingrykheid (Strümpfer, 1990), lokus van kontrole (Rotter, 1966), self-effektiwiteit (Bandura, 1977) en lewenskragtigheid of potensie (Ben Sira, 1985) wat poog om die diversiteit van individuele coping-vermoë te verklaar. 'n Persoon wat wel cope kan binne die salutogene model beskryf word as 'n persoon wat gekenmerk word aan sielkundige welstand en oor die vermoë beskik om in veeleisende situasies uitdagings en geleenthede te identifiseer (Cilliers *et al.*, 1998).

Die persoon wat nie daarin slaag om te cope nie, sien egter meestal 'n probleem as 'n bedreiging en ervaar groot ongemak, aangesien hy/sy nie in beheer van die situasie is nie. Hierdie nuwe denkrigting (naamlik die positiewe sielkunde) stel ons in staat om met meer empatie, deernis en respek te kyk na hierdie persone wat dit moeilik vind om te cope (Cilliers *et al.*, 1998). Om hierdie rede word daar tans binne die psigofortologie (sien afdeling 4.6) toenemend gefokus op die faktore wat 'n rol mag speel by coping, ten einde intervensies te formuleer vir die ontwikkeling van diegene wat die suksesvolle hantering van hulle omstandighede moeilik vind.

Opsommend kan dus gesê word dat Antonovsky (1979) die term ‘salutogenese’ geskep het ten einde te verklaar waarom sekere mense gesond bly en floreer te midde van die teenwoordigheid van lewenstressore. Hierdie studie sal poog om die konstruk ‘wysheid’ se bydrae duideliker te omlyn in die handhawing van sielkundige welstand te midde van die stres meegebring deur die versorging van ’n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Wysheid kan so moontlik as bydraende faktor geïdentifiseer word in die bepaling van waar die individu hom-/haarself op die *health-ease/dis-ease*-kontinuum bevind.

4.6 DIE KONSEP PSIGOFORTIGENESE AS VERDERE UITBOUING VAN DIE KONSEP SALUTOGENESE

4.6.1 INLEIDEND

Strümpfer (1995) het die werk van Antonovsky (1979; 1984; 1987) hersien, en bevind dat die term ‘gesondheid’ slegs een dimensie van welstand verteenwoordig. Om ‘gesondheid’ te gebruik as die primêre aanduider vir algemene welstand, sou beteken dat die paradigma tot ’n groot mate beperk sou word. Strümpfer (1995) het dus ’n meer omvattende term voorgestel, naamlik **fortigenese** (fortos= sterkte of krag, en genesis = oorsprong van...) om die interaksie tussen algemene weerstandshulpbronne en koherensiesin te beskryf in die bepaling van die mens se weerstandbiedendheid teen stres.

Fortigenese verwys na die oorsprong van sterkte of krag wat tydens stresvolle omstandighede in ’n individu gemobiliseer word ten einde dié lewenseise te hanteer. Gedurende die ontwikkeling van die konsep ‘fortologie’ het Strümpfer (1995) nie die soeke na die oorsprong van gesondheid verwerp nie. Hy het dus voortgebou op die konsepte soos ‘algemene weerstandshulpbronne’ en ‘koherensiesin’ soos ontwikkel deur Antonovsky (1987) en sy kollegas. Hierdie konsepte is volgens Strümpfer (1995) nie net bepalend vir menslike gesondheid nie, maar kan ook veralgemeen word na ander, meer diverse *health-ease/dis-ease*-kontinuums soos van toepassing is tydens byvoorbeeld aftrede, die ervaring van werkverwante stres of ervaringe op die oorlogsveld.

Deur die gebruik van die term ‘fortigenese’ kyk Strümpfer (1995) dus na die menslike funksionering in totaliteit, en word die paradigmaskuif vanaf patologie na optimale funksionering en welstand volgens hom meer omvattend beskryf:

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

Pretorius (1998) verwys na `n verwante skrywe van Saleebey (1996). Hierdie outeur ignoreer nie die bestaan van patologie en siekte nie, maar fokus eerder op die feit dat trauma en pyn nie noodwendig `n persoon hopeloos en oorgelewer aan die noodlot laat nie. Elemente soos vermoëns, talente, bekwaamhede en hoop, wat aanduidend is van die krag van individue, families en gemeenskappe, word eerder beklemtoon (soos aangehaal in Pretorius, 1998).

Psigofortologie as studieveld is nou verwant met die veld van die psigo-ontwikkeling wat enkele jare gelede prominensie geniet het. Psigo-ontwikkeling word ook beskou as `n teenpool vir die subdissipline van psigo-patologie, aangesien dit fokus op optimale menslike funksionering en die bevordering daarvan (alhoewel dit nie die psigopatologie heeltemal misken nie). Derhalwe is die psigo-ontwikkeling se fokus sterk op die ontwikkeling van vaardighede, insigte en bekwaamhede van individue ingestel, wat hul lewens meer betekenisvol en sinvol behoort te maak.

4.6.2 DIE KONSEP: FORTALITEIT/ *FORTITUDE*

Pretorius (1997) het `n teorie ontwikkel van fortaliteit, oftewel *fortitude*, as antwoord op die volgende vrae van Antonovsky (1987) en Strümpfer (1995), naamlik: “Hoe oorleef of cope sommige mense ten spyte van uiters moeilike omstandighede?” en “Waar kom hierdie sterkte vandaan?”

Pretorius (1997) het die mening uitgespreek dat die antwoord gevind kan word in die fortaliteit waaroor mense beskik. Fortaliteit is die vermoë om stres te hanteer en gesondheid te handhaaf, en dit spruit voort uit `n positiewe persepsie van die self, die

gesin en ondersteuning van andere. Pretorius (1997) vind verder dat fortaliteit 'n behoudende rol ten opsigte van lewensstevredenheid, positiewe affek en subjektiewe welsyn speel, en so 'n persoon se gesondheid oor die algemeen bevorder. Hy het ook 'n vraelys ontwikkel (*The Fortitude Questionnaire*) om die mate van fortaliteit waaroor individue beskik, te kwantifiseer. Hierdie vraelys sal ook in die huidige ondersoek aangewend word.

Pretorius (1998) het verder die hipotese gestel dat 'n persoon met 'n hoë mate van fortaliteit (iemand wat suksesvol cope met stres-veroorsakende ervarings, en wat lae vlakke van depressie ervaar), 'n positiewe persepsie van die self, die gesin en ondersteuning van ander het. Hierdie drie faktore, wat met behulp van 'n proses van faktoranalise geïdentifiseer is, lewer volgens Pretorius (1998) 'n bydrae tot die krag of sterkte wat die individu openbaar tydens periodes van stres. Folkman en Lazarus (1980) meld ook dat daar 'n ingebore geneigdheid by die mens bestaan om hom-/haarself en sy/haar omgewing gedurig te beoordeel en te takseer na aanleiding van sy/haar eie diverse ervarings. Op grond hiervan sal daar 'n vasgestelde patroon van oortuigings rakende die individu en sy/haar omgewing ontstaan.

Dit dimensies van 'fortaliteit' kan volgens Pretorius (1998) dus beskryf word as:

❖ 'n Positiewe beoordeelende bewustheid van die self

Hierdie evaluerende bewustheid van die self sluit beide 'n globale taksering van die self, en ook meer spesifieke takserings soos effektiwiteit tydens probleemoplossing, en ander vorme van beheer en bevoegdheid in.

❖ 'n Positiewe beoordeelende bewustheid van die gesinsomgewing

Hierdie dimensie verwys na die positiewe beoordeling van die gesin se ondersteuning. Dit sluit ook die bewustheid van konflik en kohesie tussen verskillende gesinslede en 'n beoordeling van die gesinswaardes in.

❖ `n Positiewe beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander

Hierdie laaste dimensie sluit `n kwantitatiewe (vlakke van ondersteuning) en kwalitatiewe (tevredenheid) beoordeling van die ondersteuning ontvang van ander in. Dit behels ook `n beoordeling van die effektiwiteit van die gebruik van hierdie ondersteuningstrukture.

‘Fortaliteit’ kan dus samevattend beskryf word as die sterkte wat die individu vanuit `n positiewe beoordeling van hom-/haarself en die wêreld om hom/haar put, ten einde te cope met die lewenstres waaraan hy/sy blootgestel word (Pretorius, 1998). Fortaliteit kan nie bestudeer word deur een van die bogenoemde drie dimensies daarvan apart te beskou nie. Pretorius (1998) maak die voorstel dat die drie dimensies (persepsie van die self, gesin en ondersteuning van ander) in samehang bestudeer moet word soos dit met mekaar interreageer. Dit is dus duidelik dat diegene wat hulself, hul ondersteuning en hulle omgewing as positief ervaar, meer vertrouwe sal hê in hul vermoëns om `n stresvolle ervaring die hoof te bied.

4.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar aandag gegee aan die gesondheidsorgmodelle, waar daar stelselmatig wegbeweeg is van die tradisionele, lineêre model (mediese model) na `n voorkomende gemeenskapsgesondheidsorgmodel. Daar is ook verwys na `n paradigmaskuif binne die sielkunde-literatuur na die soeke van die oorsprong van gesondheid (naamlik salutogenese, Antonovsky, 1979) en sterkte (naamlik fortigenese, Strümpfer, 1995).

Stressore is “*omnipresent in human existence*” (Antonovsky, 1979, p. 10) en daarom is hierdie konstruk kortliks aangeraak deur te kyk na die historiese ontstaan van die begrip en die invloed wat dit op `n individu mag hê. Hierdie stres noodsaak `n proses van coping wat ook in hierdie hoofstuk aandag geniet het. Binne hierdie paradigmaskuif na voorkomende optrede, het verskeie konstrunkte ontstaan binne die veld van salutogenese (en later ook fortologie). Hierdie konstrunkte is ook kortliks aangeraak. Fortaliteit (Pretorius, 1998) is onder andere voorgehou as `n konstruk wat

lei tot 'n beter begrip van 'n mens se handhawing van sielkundige welstand en krag in die teenwoordigheid van stressore. Die verskillende elemente van 'fortaliteit' is aangeraak, naamlik 'n positiewe bewustheid van die self, die ondersteuning van ander en van die familie-omgewing. Daar is ook verwys na die interaksie tussen laasgenoemde elemente waaruit die begrip 'fortaliteit' bestaan.

'n Uitvloeisel van die coping-literatuur is die moontlike bemagtiging van persone wat hulle in stresvolle situasies bevind, wat binne die sielkunde al meer aandag geniet. Wysheid sal vervolgens in hoofstuk vyf bespreek word as potensiële psigofortigene konstruk, en moontlike copingmeganisme in tye van stres. Indien hierdie konstruk beter begryp word, mag dit uiteindelik deel uitmaak van intervensie- en bemagtigingsprogramme gerig op die coping van versorgers van pasiënte wat lei aan Alzheimer se siekte.

HOOFSTUK 5

WYSHEID AS PSIGOFORTIGENE KONSTRUK

“What we have found remarkable is how apparently ordinary people achieve extraordinary wisdom through their struggle with circumstances that are initially aversive in the extreme.”

Tedeschi and Calhoun (1995, p. 2)

5.1 INLEIDING

Vir duisende jare reeds is daar na wysheid verwys as die *capstone* of hoogtepunt van menslike kennis. Die ‘Boom van Wysheid’, ’n prominente kunswerk uit die middel-eeue, is ’n konkrete uitdrukking van hierdie Westerse siening. In hierdie ‘Boom van Wysheid’ is die sewe ‘liberale’ vorme van kuns (astronomie, geometrie, musiek, rekenkunde, taalkunde, retoriek en dialektiek) uitgebeeld as die takke van die boom, met wysheid wat die kroon van die boom vorm. Daarteenoor is sewe lewensfases aan die ander kant van die boom voorgestel, wat strek vanaf ’n suigeling tot ’n afgeleefde (*decripit*) ou man. Die samevoeging van hierdie ‘liberale kunsvorme’ in ’n koherente geheel tesame met die ontwikkelingsstadia van die mens, het dus reeds tydens die middeleeue wysheid verteenwoordig (Sears, 1986). Dit is duidelik dat wysheid deur die eeue heen beskou is as iets wat gewoonlik ’n leeftyd neem om te bekom, en dat dit vir slegs ’n uitgesonderde groepie persone beskore is.

Wat presies beteken dit as ons sê dat iemand ‘wys’ is? Hoewel hierdie konstruk vir honderde jare reeds die belangstelling van geleerdes (veral filosowe en teoloë) prikkel, is daar aanvanklik relatief min gedoen omtrent die empiriese ondersoek van ‘wysheid’. Dit is eers die afgelope aantal jare dat navorsing oor die wysheid-konstruk in populariteit toegeneem het. Na byna ’n dekade van navorsing bestaan daar egter steeds geen duidelike konsensus oor die presiese aard, of ’n algemeen aanvaarde definisie vir hierdie ontwykende konstruk nie (Ardelt, 1997).

Soos wat die geval is met soveel ander vaag omskrewe sielkundige konstrukte, het die relatiewe onkunde rakende die konsep van wysheid gelei tot die ontwikkeling van populêre mites daarrondom.

5.2 DIE ‘MAN OP STRAAT’ SE SIENING VAN WYSHEID (IMPLISIETE TEORIEË)

Hoewel navorsers tot op hede hulle kennis oor, en begrip van die konstruk van intelligensie en die meting daarvan uitgebrei en verfyn het, is die meting van kreatiwiteit en wysheid grootliks afgeskeep. In die sielkunde-literatuur kan daar tóg onderskei word tussen twee teorieë, naamlik die **implisiete** en **eksplisiete teorieë** van wysheid. Sternberg (1985) is van mening dat die mens implisiete teorieë van intelligensie, wysheid en kreatiwiteit aanwend wanneer die eie en ander se gedrag daaglik geëvalueer word.

Hierdie ‘implisiete teorieë’ lê binne die bestek van die sielkundige navorsingsveld gemoeid met volk-psigologiese of ‘gesonde verstand’-benaderings tot sielkundige konstrukte. Die onderwerp van hierdie veld van ondersoek is dus hoe die term ‘wysheid’ in die alledaagse spreektaal aangewend word, en hoe wyse persone deur die algemene publiek gekarakteriseer word. Die meeste implisiete konseptualiserings van wysheid bevat kognitiewe, sosiale, motiverende en emosionele komponente (Baltes, Glück & Kunzmann, 2002). Baltes en Staudinger (2000) meld die volgende ten opsigte van die populêre opvatting oor wysheid:

- ❖ Wysheid is `n konsep met spesifieke betekenis, en daar bestaan `n groot mate van ooreenstemming in verskillende mense se siening en begrip van hierdie konstruk wanneer dit bespreek word. Daar word byvoorbeeld selfs onder leke duidelik en maklik onderskei tussen wysheid en ander wysheidsverwante konstrukte soos sosiale intelligensie, volwassenheid en kreatiwiteit.
- ❖ Wysheid word onderskei as `n besondere vlak van menslike funksionering. Dit word verbind met voortreflikheid, en word dikwels gesien as die einddoel van menslike ontwikkeling.

- ❖ Wysheid is `n kognitiewe sowel as `n gedragskonstruk, gekenmerk deur die gebalanseerde interaksie van intellektuele, affektiewe en motiverende aspekte van die mens se funksionering.
- ❖ Wysheid word geassosieer met `n hoë mate van persoonlike en interpersoonlike bekwaamheid. Dit sluit dus die vermoë om effektief te luister, te evalueer en goeie raad te gee in.
- ❖ Wysheid behels goeie en gesonde intensies. Dit word dus aangewend vir die welsyn van die self, en ander. Sternberg (1992) beskryf wysheid as die toepassing van vanselfsprekende (*tacit*) kennis met algemene welsyn van die self en ander as einddoel. Daar vind dus `n tipe balansering plaas tussen die individu se eie behoeftes en die behoeftes van ander.

Wysheid is binne talle kulture een van die prysenswaardigste karaktertrekke of eienskappe. Volgens die Ou Testament is die waarde daarvan ‘*meer as die van robyne*’ (Job 28:18). In `n deeglike ontleding wat deur Baltes (1993) gedoen is rakende die kultureel-historiese en filosofiese siening van wysheid het hy die volgende gevind:

- ❖ Wysheid spreek belangrike en moeilike vraagstukke en strategieë aan rakende die betekenis van die lewe.
- ❖ Wysheid behels `n begrip vir die grense en beperkinge van kennis en die onsekerhede van die wêreld.
- ❖ Wysheid verteenwoordig `n superieure vlak van kennis, oordeel en advies, gekenmerk deur buitengewone omvang, diepte en balans.
- ❖ Wysheid behels `n perfekte sinergie of samewerking tussen verstand en karakter, en dus ook `n goeie orkestrasie van kennis en deugsamheid.
- ❖ Wysheid verteenwoordig kennis wat aangewend word vir die bevordering van welstand van beide die self en ander.
- ❖ Wysheid word maklik en vinnig herken wanneer dit manifesteer, maar is baie moeilik om te bekom en te definieer.

Daar bestaan dus `n groot mate van ooreenstemming tussen die subjektiewe siening van wysheid en die siening daarvan vanuit `n filosofiese of kultuurhistoriese

agtergrond. Hierdie ooreenstemming verleen geloofwaardigheid aan die gesegde dat ‘kulturele geheue die moeder is van wysheid’ (Baltes & Staudinger, 2000).

As gevolg van die onkunde rondom wysheid en die presiese definisie daarvan, het daar ook `n aantal (ongetoetste) mites rondom hierdie begrip en die man op straat se siening daarvan ontstaan. Die siening dat wysheid ‘uitsluitlik’ bekom word met toenemende chronologiese ouderdom is een so `n mite, en word algemeen in die literatuur en poësie aangetref (Knight & Parr, 1999). Seligman en Csikszentmihalyi (2000) haal die gerontoloog Bernice Neugarten as volg aan: “*You can’t expect a dumb youngster to grow up to be a wise senior.*” Volgens Erikson (1982) se teorie van lewenslange persoonlikheidsontwikkeling, waar wysheid en generatiwiteit gekoppel word aan ‘suksesvolle veroudering’, is ouderdom wel een van die belangrike bestanddele van wysheid. Die mate waartoe chronologiese ouderdom inderdaad `n komponent van die konstruk van wysheid is, is egter tot op hede nog nie empiries ondersoek nie. Teoretici soos Meacham (1990) is byvoorbeeld van mening dat ouderdom glad nie `n integrale deel van die wysheid-konstruk vorm nie.

Navorsing deur Holliday en Chandler (1986) het gewys dat die konstruk van wysheid en ‘wyse persone’ ferm ingebed is in ons gedagtegang en algemene spreektaal. `n Faktor-analitiese studie deur Baltes en Smith (1990) het `n aantal eienskappe (Tabel 3) geïdentifiseer as tipies van die man op straat se siening van wysheid.

Hierdie fakore is almal beskrywend van twee aspekte van wysheidsverwante kenmerke soos dit voorkom in die lewens van wyse persone, naamlik (a) die uitstekende vermoë om te ‘verstaan’ (faktor I) en (b) die vermoë om relevante kennis en oordeel aan ander te kommunikeer (faktor II).

Tabel 3: Alledaagse (naïewe) teorie van wysheid en wyse persone (Baltes & Smith, 1990)

Faktor I: Uitsonderlike begrip	Faktor II: Oordeel en kommunikasievaardighede
Die gebruik van gesonde verstand <i>(common sense)</i> Leer uit ervarings Die sien van dinge in 'n groter konteks Waarnemend en opmerkzaam <i>(perceptive)</i> Begrip van die self Die identifisering van die essensie van 'n situasie <i>Open-minded</i> Die vermoë om vir jouself te dink	Bewus wees van die omgewing 'n Bron van goeie advies Begrypend <i>(comprehending)</i> Die verstaan van die lewe Die moeite werd om na te luister Die oorweging van alle moontlikhede in 'n situasie Besinning voor besluitneming Die identifisering en oorweging van elkeen se perspektief

Wysheid word dus geïdentifiseer as 'n positiewe eienskap wat, volgens die man op straat se siening, tydens bejaardheid toeneem. Oor die algemeen is die man op straat van die opinie dat wysheid slegs na die ouderdom van 55 begin ontwikkel en dat hierdie verdere ontwikkeling dan gewoonlik tot in die negende lewensdekade voortduur (Baltes & Smith, 1990). Hierdie 'algemene opinie' ondersteun 'n punt wat dikwels in die literatuur voorkom, naamlik dat wysheid 'n positiewe fenomeen verteenwoordig wat dikwels geassosieer word met die latere lewensfasies, en dat dit as een van die ontwikkelingsake van bejaardheid beskou kan word (Baltes & Smith, 1990).

5.3 WETENSKAPLIKE TORETISERING RONDON WYSHEID (EKSPLISIETE TEORIEË)

Die eksplisiete sielkundige teorieë van wysheid gaan verder as die blote karakterisering van wysheid en wyse persone in terme van taal-gebaseerde

beskrywings. Daar word in hierdie teorieë groter klem geplaas op die gedragsmanifestasies en uitdrukkings van wysheid. In die veld van die sielkunde verwys hierdie eksplisiete teorieë na teoretiese konstruksies van wysheid wat empiries getoets kan word. Daar word ook gefokus op die identifisering van die aanleidende faktore, asook die korrelasies en gevolge van wysheid en wysheidsverwante gedrag. Implisiete en eksplisiete teorieë van wysheid is natuurlik nou verweef. Inligting wat deur die implisiete teorieë en die kultuur-historiese siening van wysheid voorsien word, bied dikwels 'n raamwerk vir die empiriese toetsing en die eksplisiete definiëring van hierdie konsep (Baltes & Staudinger, 2000).

Daar bestaan volgens Baltes en Staudinger (2000) drie konseptualiserings van wysheid, naamlik:

- (a) die konseptualisering van wysheid as 'n karaktertrek of persoonlike disposisie,
- (b) die konseptualisering van wysheid as ontwikkelingsgebonde konstruk binne die neo-Piagetiaanse tradisie van postformele en dialektiese denke, en
- (c) die konseptualisering van wysheid as 'n deskundige kennis-sisteem rakende die betekenis van en handelwyse binne die lewe (Baltes & Staudinger, 2000). Laasgenoemde is die uitgangspunt wat in die huidige studie rakende wysheid benut sal word.

In haar bestudering van wysheid gebruik Ardelt (1997) die benadering van Clayton en Birren (1980) rakende wysheid. Clayton en Birren (1980) beskou wysheid as die integrasie van sekere aspekte van die **kognitiewe, reflektiewe en affektiewe** komponente van die individu se bestaan:

- ❖ Clayton en Birren (1980) is van mening dat wysheid in die eerste plek gaan om **kennis**, selfs al kom dit daarop neer dat die individu 'weet wat hy/sy nie weet nie'. Baltes en Smith (1990) beskou wysheid as kennis van die fundamentele, praktiese aspekte van die lewe. Baltes en Staudinger (2000) verduidelik dat hierdie definisie kennis van die betekenis van die lewe, en van die orkestrasie van menslike ontwikkeling met die oog op die strewe na uitmuntendheid, insluit. Hierdie strewe na wysheid, of na 'n voortreflike en uitmuntende bestaan, geskied egter altyd ter wille van (en nie ten koste van)

persoonlike en gemeenskapswelsyn. Die kognitiewe komponent van wysheid behels ook kennis rakende die kompleksiteit en onsekerheid van die daaglikse bestaan. Breedweg gestel behels wysheid dus die najaag van die waarheid of die vermoë om die realiteit te sien soos dit is (Baltes & Staudinger, 2000).

Wysheid is nie bloot 'n ander vorm van intellektuele kennis nie. Waar intellektuele kennis ook genoem kan word beskrywende kennis (die versameling van nuwe kennis en feite), kan die domein van wysheid beskryf word as verklarende (*interpretative*) kennis. Laasgenoemde kom neer op die herontdekking van die betekenisvolheid en waarde van ou waarhede deur die ontwikkeling van 'n dieper en deegliker begrip van verskynsels of gebeure. Terwyl beskrywende kennis dus 'n bewustheid van die feite behels, sal verklarende kennis 'n persoon in staat stel om begrip te hê vir die onderliggende belangrikheid of waarde van hierdie beskrywende feite. Wyse mense het dus nie noodwendig 'n deegliker feitekennis as ander nie, maar wel 'n beter besef van die dieper betekenis wat hierdie feite vir hulle eie en ander se bestaan inhou (Baltes & Staudinger, 2000).

- ❖ Een voorwaarde vir 'n bewustheid van die dieper betekenis van gebeure of verskynsels, is dat die persoon tyd neem om te **reflekteer** oor die betekenis van hierdie gebeure uit verskillende perspektiewe, en nie bloot daarop sal reageer nie. Deur hierdie objektiewe waarneming tydens refleksie is daar 'n herkenning daarvan dat individue op verskeie wyses suksesvolle lewens kan lei en hul belangstellings kan uitleef. Verskeie mylpale kan sodoende behaal word en die wyse persoon kan weersprekende inligting en onbekende faktore herenig ten einde tot 'n konklusie te kom oor die lewe. Relativisme en reflektiewe denke is nou verwant aan die kompleksiteit en die relatiewe onsekerheid van werklike lewensituasies en pragmatika (Dittman-Kohli & Baltes, 1990).

Kramer (1992) fokus aandag op die paradoksale aard van die redenasie dat 'n persoon se bewustheid van sy eie subjektiwiteit of projeksies, hom/haar die geleentheid bied om hierdie subjektiwiteit te bowe te kom. Dit sou lei tot 'n verlaging van ego-gesentreerdheid, en die vermoë om die realiteit duideliker te

kan sien. Hierdie verlaagde selfgesentreerdheid sou dan ook lei tot die vermoë om die beperkinge, teenstrydighede en negtiewe aspekte van die menslike bestaan te aanvaar en te besef dat alles tydelik is. Kramer (1992) beskryf wysheid soos volg:

“Wisdom can function to resolve life dilemmas, engage in life review, and develop spirituality. It facilitates these functions through relativistic and dialectical thinking that permits the recognition of individuality, context, possibilities for change and growth, and both cognition and affect and by allowing for effective interpersonal skills.”
(p. 305)

Die bewustheid en aanvaarding van menslike beperkinge is veral belangrik tydens bejaardheid, wanneer persone gekonfronteer word met die agteruitgang van hulle eie sosiale belangrikheid, met uitgesproke fisieke deteriorasie en met die naderende dood (Heckhausen & Schulz, 1995).

- ❖ Wyse denkers word deur Labouvie-Vief (1992) beskou as diegene wat daartoe in staat is om intellek te kombineer met **emosionele** kennis van die wêreld, en so tot beter insig rakende die betekenis van hulle lewens kom. Hulle sal in staat wees tot beter regulering van hulle emosies, en die sinvolle integrasie daarvan met die proses van kognitiewe besluitneming.

Tans word die konstruk wysheid deur Baltes, Glück en Kunzmann (2002) gekonseptualiseer as:

“an instantiation of a construct that, for all phases and contexts of life offers the potential for defining the means and ends toward a good or even optimal life.” (p. 329)

Hierdie outeurs sien wysheid dus as 'n sleutel tot die eeu-eue soeke na optimale menslike ontwikkeling.

5.4 DIE BERLYNSE WYSHEID-PARADIGMA (Baltes & Smith, 1990) (BWP)

Baltes en Smith (1990) gee 'n funksionele beskrywing van die konsep van wysheid en lewer 'n baie deeglike en insiggewende verslag van hulle navorsing oor hierdie konstruk. Aangesien die instrument vir die bepaling van wysheidsverwante gedrag wat in hierdie studie aangewend sal word deur hierdie outeurs ontwikkel is, is 'n deeglike oorsig van die teoretiese begronding van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) hier noodsaaklik.

5.4.1 TEORETIESE DEFINISIE EN OPERASIONALISERING VAN 'WYSHEID' VOLGENS DIE BWP

Baltes en Smith (1990) beskou wysheid as 'n deskundige kennis-sisteem (*expertise*) met betrekking tot die uitdagings van die alledaagse lewe, eerder as die tydsbeperkte, vryvloeiende intelligensie wat wetenskaplik gemeet kan word. Wysheid verteenwoordig volgens hulle 'n hoogs ontwikkelde versameling van feitelike kennis (of *expertise*) en fyn beoordeling met betrekking tot die domein wat genoem kan word die 'fundamentele, pragmatiese aspekte van die lewe'. Baltes en Staudinger (2000) definieer hierdie konstruk as, "...*expertise in the conduct and meaning of life*" (p. 124). Inherent tot die teorie van Baltes en Smith (1990), asook Baltes en Staudinger (2000) is die redenasie dat wysheid 'n progressiewe verandering van persoonlikheid en denke dwarsdeur 'n persoon se lewe (en in besonder gedurende die tweede helfte van die lewe) behels. Laasgenoemde outeurs som hulle benadering tot die definiëring van wysheid soos volg op (Tabel 4):

Tabel 4: Opsomming van die definisie van wysheid volgens die BWP (Baltes & Smith, 1990)

<i>Leke-definisie:</i>	Goeie oordeel en raadgewing rondom die belangrike, maar onsekere aspekte van die lewe.
<i>Teoretiese definisie:</i>	`n Deskundige kennis-sisteem in die domein van die fundamentele, pragmatiese aspekte van die lewe.
<i>Funksionele gevolg:</i>	Uitsonderlike insig in menslike ontwikkeling en lewens-aspekte. Besondere goeie oordeels- en raadgee-vermoë oor moeilike lewensprobleme.

Tabel 5: Die vyf wysheidsverwante kriteria van die BWP (Baltes & Smith, 1990).

1. <i>Uitgebreide feite-kennis:</i>	Algemene en spesifieke kennis omtrent die lewenskondisies en die variasies daarvan.
2. <i>Uitgebreide prosedure-kennis:</i>	Algemene en spesifieke kennis omtrent strategieë van oordeel en advies lewer rakende lewensaspekte.
3. <i>Lewenspan-kontekstualiteit:</i>	Kennis aangaande verskillende lewenskontekste en hulle onderlinge temporale en ontwikkelingsverbande.
4. <i>Relativisme:</i>	Kennis aangaande verskille in waardes, doelstellings en prioriteite.
5. <i>Onsekerheid:</i>	Kennis aangaande die relatiewe onvoorspelbaarheid van die lewe en wyses om dit te hanteer.

Die vyf kriteria wat verskyn in Tabel 5 word deur Baltes en Smith (1990) toegevoeg tot hulle definisie van wysheid ten einde die veld van deskundigheid duideliker te definieer. Hierdie kriteria vorm `n stel van kenmerke wat duidelik in `n persoon se

denkwyse na vore moet tree ten einde wysheid volgens die definisie van Baltes en Smith (1990) te vergestalt. Elk van die kernaspekte van die definisie van wysheid volgens die BWP (deskundigheid en die fundamentele aspekte van die lewe) (Baltes & Smith, 1990), asook die vyf addisionele kriteria, sal vervolgens in meer detail omskryf word.

5.4.1.1 Fundamentele pragmatiese aspekte van die lewe

Die ‘fundamentele pragmatiese aspekte’ behels die belangrike, maar onsekere aspekte van die lewe. Dit behels byvoorbeeld kennis van die verloop, variasies en kondisies van menslike ontwikkeling. Dit behels ook kennis van die betekenis, take, doelstellings en onsekerhede van die lewe en sosiale en intergenerasie-verhoudinge. Kennis rakende die self, die beperkinge van eie kennis, die omskakeling van kennis in overte gedrag en die eie lewensbiografie en doelstellings vorm ook deel van hierdie domein. Die konstruk ‘fundamentele pragmatika van die lewe’ kan dus opgesom word in die woorde van Baltes en Smith (1990):

“fundamental pragmatics of life is knowledge about the essence of the human condition and the ways and means of planning, managing, and understanding a good life.” (p. 96)

5.4.1.2 Deskundigheid/ Expertise

Deskundiges op enige gebied kan onderskei word van leke op grond van beide kwantitatiewe (die hoeveelheid kennis) en kwalitatiewe (die buigbare gebruik van beskikbare kennis) vlakke van kennis. Die topdeskundiges in sekere domeine, waar mense deur blote formele onderrig kan spesialiseer, word dikwels onderskei deur die kwalitatiewe aspekte van hulle kennis (Weinert, Schneider & Knopf, 1988).

Deskundiges word verder deur Baltes en Smith (1990) beskou as uitsonderings, eerder as die reël. In die meeste domeine het deskundiges `n aansienlike hoeveelheid tyd en moeite spandeer aan hulle verwerwing van deskundigheid. Dieselfde geld vir deskundiges in die domein ‘fundamentele lewenspragmatiek’. Daar is egter een belangrike onderskeid wat getref moet word tussen deskundigheid rakende die lewe

(dus wysheid) en bykans alle ander velde van kennis. Deskundigheid in enige veld is meestal beperk tot relatiewe goed-gestruktureerde sisteme van kennis. Wysheid word egter beskou as 'n relatiewe ongestruktureerde of oop sisteem van deskundigheid. Dit is *'knowledge at the frontiers rather than textbooklike standardized knowledge'* (Baltes & Smith, 1990, p. 99).

5.4.1.3 Die vyf wysheidsverwante kriteria

Saam beskryf hierdie kriteria die aard en manifestasie van wysheidsverwante kennis. Wysheidsverwante kennis kan georganiseer word volgens die twee generiese aspekte van deskundigheid (die basiese kriteria van wysheid, kriteria 1 en 2: 'n uitgebreide feitelike en prosedure-kennis rakende die lewe), en drie metavlak-dimensies. Hierdie metavlak-dimensies (kriteria 3, 4 en 5) is die bewustheid van die invloed van lewenskonteks, relatiwiteit, en die erkenning en hantering van die onsekerhede van die lewe. Die vyf kriteria verteenwoordig sommige van die kritiese dimensies waarbinne lewensprobleme geïnterpreteer word, lewensdoelstellings en prioriteite geëvalueer en geskep word, en raad en advies gegee word. Elk van hierdie kriteria sal vervolgens kortliks individueel bespreek word.

1. Uitgebreide feite-kennis

Die voorkoms van 'n ryke feite-kennis impliseer dat die persoon, in sy/haar langtermyngeheue, 'n uitgebreide data-basis rakende verskeie lewensaspekte besit; iets soortgelyk aan 'n ensiklopedie-versameling. 'n Deskundige in die domein 'fundamentele lewenspragmatiek' sal dus algemene kennis rondom die aard van die tipiese gebeure, besluite, kwesbaarhede, emosies en behoeftes waarmee individue daagliks gekonfronteer word, besit. So 'n persoon sal ook insig hê in die ontwikkelingsfases en -take kenmerkend van die normale lewensloop (Baltes & Smith, 1990). Inligting rakende variasies in menslike ontwikkelingsprosesse, interpersoonlike verhoudinge, sosiale norme, kritiese lewensgebeure en kennis rakende die koördinasie van persoonlike welstand met dié van ander sal ook deel vorm van die wyse individu se feite-kennis (Baltes & Staudinger, 2000).

2. Uitgebreide prosedure-kennis

Prosedure-kennis rakende ‘fundamentele lewenspragmatiek’ is ‘n repertoire van kognitiewe prosedures wat aangewend kan word vir die seleksie, ordening en manipulasie van die inligting gestoor in die data-basis (bogenoemde feite-kennis) en dus gebruik word vir die doel van besluitneming en die formulering van aksie-planne (Baltes & Smith, 1990). Dit sluit die beskikbaarheid van alternatiewe ‘back-up’ strategieë in, sou ontwikkeling nie volgens plan verloop nie, sowel as die vermoë om advies te gee. Om lewensdoelwitte op te weeg en wyses voor te stel om lewenskonflikte- en besluite te hanteer, vorm ook deel van hierdie uitgebreide prosedure-kennis (Baltes & Staudinger, 2000). Hierdie ‘reëls van redenering’ is hoofsaaklik gebaseer op pragmatiese interpretasies van situasies wat ontwikkel het as gevolg van herhaalde konfrontasies met hierdie situasies of omstandighede. So vorm verskeie konteks-sensitiewe skemas van redenering, wat in ‘n sekere situasie sal lei tot ‘n sekere tipe gedrag (Baltes & Smith, 1990).

Bogenoemde twee kennis-kriteria vorm die ‘basiese kriteria’, wat noodsaaklik, maar steeds nie genoegsaam is om wysheid te ontwikkel nie. Die volgende drie kriteria kan dan beskryf word as die ‘metavlak-kriteria’ van wysheid.

3. Lewenspan-kontekstualiteit

Hierdie kriterium behels die besef dat lewens-ontwikkeling en lewensgebeure ingebed is in verskeie lewens-kontekste (ouderdomsverwant, sosiohistories en idiosinkraties) met onderlinge temas (byvoorbeeld familie, opvoeding, werk en ontspanning) en onderlinge verwantskappe. Daarmee saam gaan die besef dat hierdie kontekste nie altyd gekoördineer is nie, en dat dit dikwels mag lei tot spanning en konflik. In die geheel gesien behels begrip van lewenspan-kontekstualiteit kennis van die veranderinge in die koördinasie, relatiewe belangrikheid en die prioriteit van lewenstemas, asook van hulle invloed op die lewensdoelstellings en die nodige middele wat daarvoor aangewend word. Hierdie bewustheid van lewenskonteks sluit ook ‘n lewenspan-tydsperspektief vanaf geboorte tot ‘n gevorderde ouderdom in (dus ‘n perspektief op die verlede, hede en toekoms) (Baltes & Smith, 1990), sowel as begrip vir kulturele variasie.

4. Relatiwiteit

Hierdie konsep is deur Baltes en Smith (1990) gedefinieer as kennis omtrent verskille in individuele en kulturele doelstellings, waardes en prioriteite. Individuele verskille wat betref persoonlike styl, waardes, belangstellings en vermoë impliseer dat individue verskillende lewenspaaie sal kies, en dat hulle gebeurtenisse in hulle lewens uit verskillende perspektiewe sal beoordeel. Daar word dus van die deskundige op die gebied van lewenspragmatiek verwag om 'n hoë mate van buigbaarheid te toon rakende waardes wanneer die lewensgeskiedenis en besluite van ander persone beoordeel word. Die persoon se kennis-sisteem sal dus 'n bewustheid insluit van die feit dat alle besluite 'n funksie is van 'n gegewe kulturele of persoonlike waardesisteem. Hierdie deskundige sal dus oor die vermoë of strategieë beskik om sy persoonlike waardes, doelstellings en lewenservaringe te skei van die lewens en doelstellings van ander. Daar bestaan dus erkenning vir die feit dat daar 'n aantal verskillende interpretasies of oplossings mag bestaan. Ten spyte van 'n bewustheid van hierdie kulturele en individuele relatiwiteit, verloor die persoon (die deskundige) egter nie die vermoë tot gesonde oordeel nie. Intendeel, hierdie bewustheid behoort hom/haar die potensiaal te verleen om te oordeel oor watter interpretasie of oplossing die toepaslikste is vanuit 'n sekere waarde-perspektief. In situasies waar daar dan van so 'n deskundige gevra word om kommentaar of kritiek te lewer, sou daar verwag kon word dat hy/sy strategieë sou aanwend wat die situasie uit verskillende perspektiewe sou beskou, ten spyte van sy/haar eie kern-stel van vaste waardes.

5. Die kennis van lewensonsekerhede

Hierdie kriterium verteenwoordig 'n bewustheid van die uiteindelijke onbeslistheid en onvoorspelbaarheid van die lewe. Dit verleen erkenning aan die feit dat dit onmoontlik is om alles van 'n gegewe situasie of van 'n ander persoon se lewe te weet. Die toekoms is nie ten volle voorspelbaar nie, en ons sal nooit alles aangaande die verlede en die hede weet nie. In hierdie sin behoort 'n wyse persoon uitstekend te vaar daarin om vrae te vra, aangesien hy/sy groter insig het in die onsekerhede van lewenskwessies en daardie areas van kennis wat vir hom/haar inderdaad nog onbekend is. 'n Persoon se vermoë om te erken dat hy/sy nie weet nie, kan met reg beskou word as een van die kriteria van wysheid. Hierdie bewustheid en erkenning

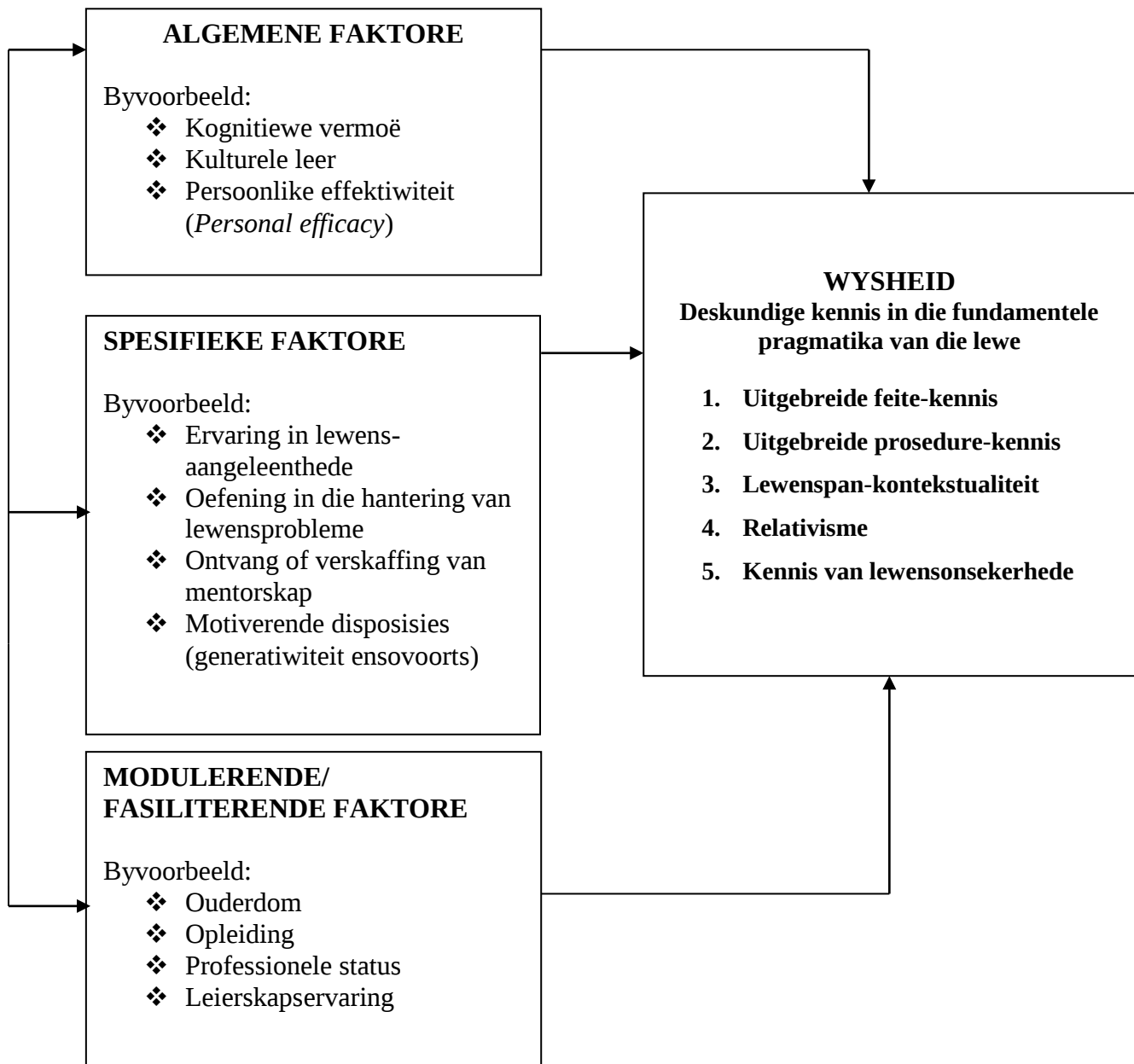
van onsekerheid is egter nie genoeg om deskundigheid rakende lewenspragmatiek te verseker nie. Wat addisioneel hiertoe nodig is, is kennis van strategieë om hierdie onsekerheid te bowe te kom. `n Deskundige sou volgens Baltes en Smith (1990) dus fokus op beide die erkenning en die hantering van onsekerheid. `n Wyse persoon sou waarskynlik beskik oor `n uitgebreide stel van subjektiewe waarskynlikheidskattings rakende die moontlike voorkoms van gebeure in die verskillende lewensfases, en hulle onderlinge verhoudinge. Op grond van hierdie skattinge sou goeie raad dus gegee kon word oor die moontlikheid van sukses of mislukking van `n sekere besluit, ten spyte van die onvoorspelbaarheid van die situasie.

5.4.2 DIE ONTWIKKELING VAN WYSHEID

Ten opsigte van die ontwikkeling van wysheid is leerteoretici van mening dat `n mengsel van sukses- en mislukking-ervaringe, asook tydperke van formele leer belangrik is. Die beskikbaarheid van mentors word ook gesien as `n belangrike bydraende faktor tot die ontwikkeling van wysheid.

Labouvie-Vief (1992) huldig `n filosofiese perspektief op die ontwikkeling van wysheid. Volgens hom word wysheid gekonseptualiseer as `n fase van kognitiewe ontwikkeling wat die logiese redeneringsfase (waarna Piaget (1980) verwys as formele operasies) transendeer. Wyse denkers word deur Labouvie-Vief (1992) beskou as diegene wat daartoe in staat is om intellek met emosionele kennis van die wêreld te kombineer, en so tot beter insig rakende die betekenis van hulle lewens te kom. Hierdie teorie verskil van dié van Erikson (1982), wat na wysheid verwys as die hoogtepunt van menslike strewe. Dit vergestalt vir Labouvie-Vief (1992) `n ontwikkelingsstadium wat bereik word nadat die individu `n stryd gevoer het teen wanhoop in die latere lewe, en hy/sy deur hierdie oorwinning `n toestand van integriteit bereik. Beide hierdie outeurs se navorsingsbevindinge is egter in ooreenstemming met dié van Baltes en Smith (1990) wat betref die ontwikkelings-aspek wat aan wysheid gekoppel word.

Baltes en Smith (1990) gaan van die veronderstelling uit dat die ontwikkeling van wysheid in individue afhanklik is van algemene, spesifieke en modulerende faktore, soos uitgebeeld in figuur 11.



Figuur 11: 'n Raamwerk vir die beskrywing van bydraende faktore tot die kennis-sisteem (wysheid) (Baltes & Smith, 1990)

Die **algemene faktore** behels dat die persoon oor 'n sekere vlak van kognitiewe, persoonlike en sosiale bekwaamheid moet beskik. Onder die **spesifieke faktore** wat hierdie outeurs sien as essensieel vir die ontwikkeling van wysheid tel die volgende: (1) uitgebreide ervaring van 'n wye reeks van menslike situasies soos wat byvoorbeeld teëgekóm word in die mense-diens en mens-gerigte wetenskappe, (2) georganiseerde oefening in die hantering van lewensprobleme, insluitende

mentorskap, en (3) sekere houdings- of motiveringsaspekte, byvoorbeeld skeppendheid (*generativity*). Die laaste stel faktore staan bekend as die **modulerende** of **fasiliterende faktore**. Hierdie faktore het waarskynlik 'n regulerende invloed rakende die blootstelling aan lewenservaringe wat noodsaaklik is vir die ontwikkeling van wysheid. As gevolg van die belangrike invloed van ondervinding en die hoeveelheid blootstelling aan 'n hele reeks van ervaringe is 'n langer lewe (die bereik van die ontwikkelingstadium van bejaardheid) 'n belangrike **fasiliterende** (maar nie bepalende) faktor vir die ontwikkeling en verkryging van wysheid. Opvoeding en opleiding, professionele status en leierskap-ervaring kan genoem word as addisionele faktore wat die verkryging van wysheid sal fasiliteer.

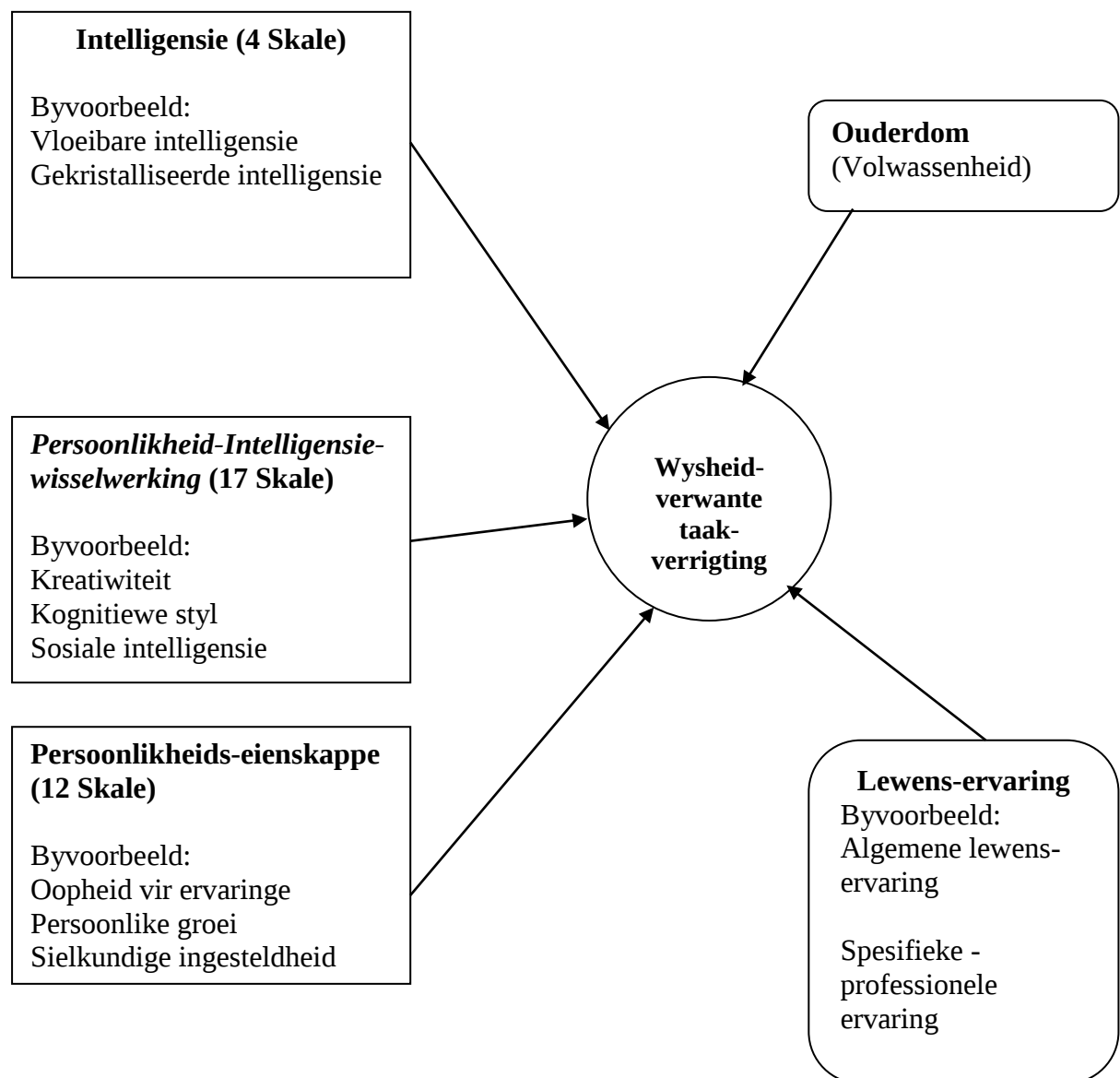
Daar is egter nie 'n enkele, optimale roete na wysheid nie en outeurs soos Baltes *et al.* (2002) is van mening dat daar heelwat weë tot wysheid bestaan. Hierdie outeurs neem egter steeds aan dat die algemene, spesifieke en fasiliterende faktore wat pas vermeld is in 'n medewerkende verhouding staan. Baltes *et al.* (2002) gee 'n voorbeeld waar 'n persoon wat blootgestel is aan die leiding van 'n mentor, en wat kritiese lewensgebeure kon bemeester, geneig sal wees om wysheid te ontwikkel.

Genoemde faktore is egter slegs genoegsaam betekenisvol in hierdie persoon se lewe indien sekere ander faktore ook teenwoordig is, soos byvoorbeeld om hoogs gemotiveerd te wees om op 'n 'goeie' wyse te leef en om oor voldoende kognitiewe vermoëns te beskik. Hierdie kenmerk van wysheid om slegs in omstandighede te ontwikkel waar verskeie intra- en interpersoonlike faktore interreageer, beklemtoon die feit dat wysheid deur slegs 'n uitgelese groep ontwikkel sal word (Baltes *et al.*, 2002).

5.4.3 DIE ONTWIKKELING VAN WYSHEID VOLGENS DIE 'BERLYNSE WYSHEID-PARADIGMA' (BWP)

Baltes en Staudinger (2000) het sekere wysigings aangebring aan die modelle van Baltes en Smith (1990), en Erikson (1959). Om hulle teorie te onderskei van dié van Erikson (1959), wat dikwels beskou word as die gesaghebbende teorie rakende wysheid en die ontwikkeling daarvan, lewer hulle die volgende kommentaar op sy teorie.

Die belangrikste verskil is in die eerste plek dat verskeie van die deskundigheid-verwante faktore en prosesse betrokke by die ontwikkeling van wysheid nie aandag verkry het in die teorie van Erikson (1959) nie. Baltes en Staudinger (2000) se teorie is dus meer omvattend, aangesien nie net die invloed van die intellek en persoonlikheid van individue in die ontwikkeling van wysheid in ag geneem word nie. Figuur 12 illustreer die verskeidenheid van rolspelende veranderlikes wat volgens Baltes en Staudinger (2000) betrokke is by die ontwikkeling van wysheid.



Figuur 12: Die patroon van voorspellers van wysheidsverwante taakverrigting (*performance*) (Baltes & Staudinger, 2000).

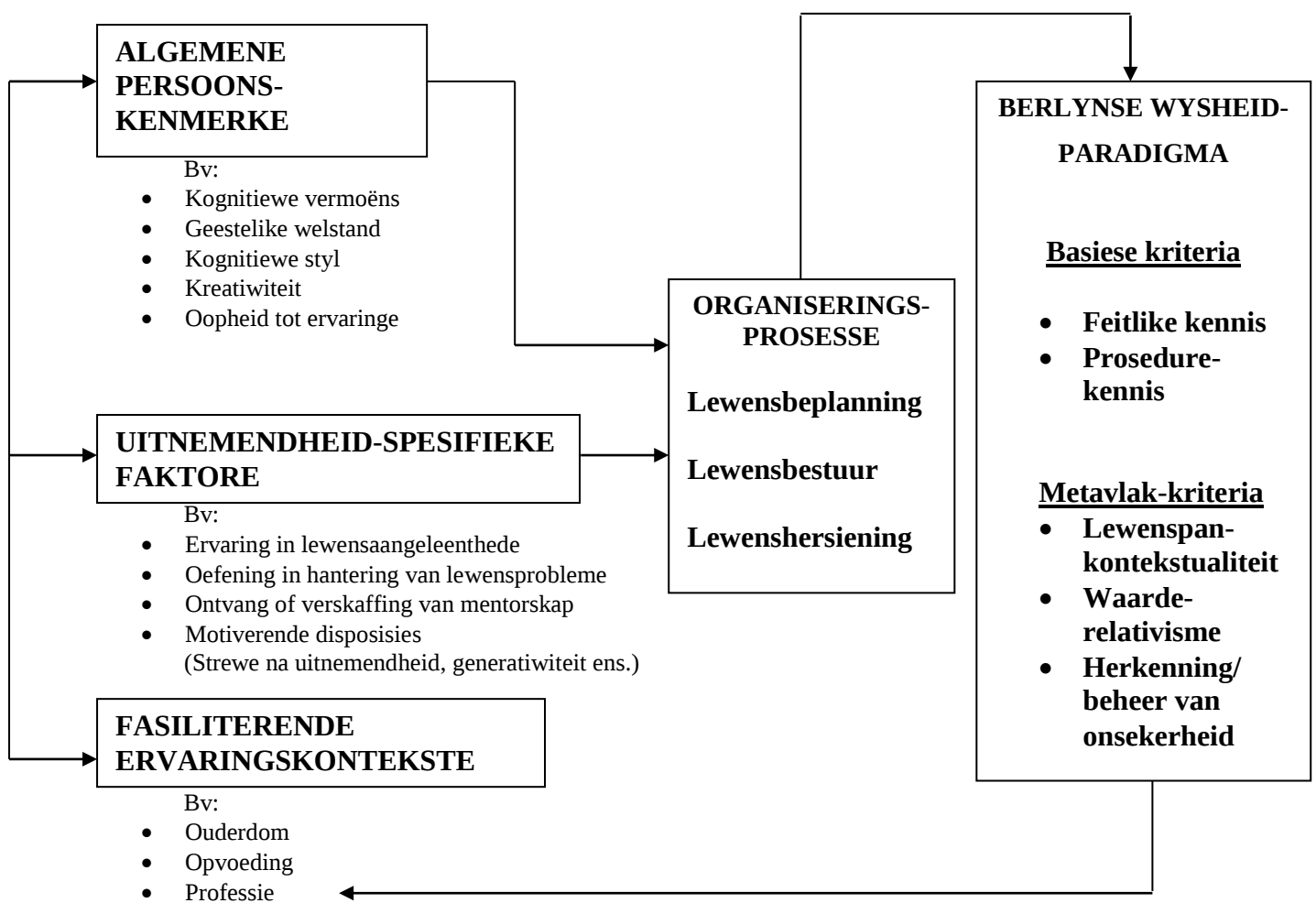
Figuur 12 beeld die faktore uit wat wysheidsverwante taakverrigting voorspel, soos dit in Baltes en Smith (2000) se studies na vore gekom het. Hierdie korrelate is bekom in studies waar die BWP as meetinstrument gebruik is. Die bevindinge dui daarop dat wysheid nie bloot nog 'n vorm van intelligensie of persoonlikheidsienskap is nie, maar dat verskeie eienskappe daartoe bydra, insluitend lewenservaring (waaraan 15% van wysheidsverwante gedrag toegeskryf kan word). Ander korrelate wat bydra tot wysheid is ouderdom, persoonlikheid, intelligensie en die interaksie tussen persoonlikheid en intelligensie. Die uitkoms is die *'orchestration of mind and virtue toward excellence'* (Baltes & Staudinger, 2000, p. 122).

In die tweede plek is wysheid volgens die BWP (Baltes & Staudinger, 2000) 'n produk van kulturele of gesamentlike ontwikkeling, waaraan individue deelneem. Individue is dus slegs somtyds die draers of produkte van wysheid. Interessant genoeg het Staudinger en Baltes (1996) bevind dat, wanneer hulle ouer en jonger individue vergelyk het, bejaardes meer voordeel getrek het uit die sosiale of groepbespreking van probleme en kwellinge as die jonger individue. Hulle identifiseer dit as een van die min areas in navorsing rondom volwasse ontwikkeling en veroudering waar ouer persone meer voordeel uit 'n spesifieke modus van intervensie getrek het as jonger persone. Hulle interpreteer hierdie bevinding as 'n bewys van die ontwikkeling van 'n kennis-basis tydens bejaardheid wat sensitief is vir insette wat deur middel van interpersoonlike konsultasie of gesprekvoering bekom word. Die sukses van fokusgroepgesprekke onder versorgers van Alzheimer-pasiënte wat deur Potgieter (2000) gerapporteer is, kan moontlik deur hierdie verskynsel verklaar word.

In die derde plek trek Baltes en Staudinger (2000) die grense van wysheid wyer deur Erikson (1959) se fokus op individuele integriteit en generatieweit uit te brei na ander aspekte van wysheid. Faktore soos die ontwikkeling van die vermoë tot planmatige organisering van kennis en suksesvolle besluitneming word volgens hulle geassosieer met wysheidsverwante gedrag. Baltes en Staudinger (2000) se konseptualisering van die ontwikkeling van wysheid word vervolgens opsommenderwys weergegee.

Die raamwerk soos verskaf in Figuur 13 beskryf 'n reeks ontogeniese toestande en prosesse wat moet saamwerk vir wysheid om te ontwikkel. Die kategorieë van

toestande wat vir die ontwikkeling van wysheid teenwoordig moet wees, is die volgende: (a) besondere, algemene persoonlike kenmerke (soos byvoorbeeld ego-sterkte), (b) sekere ervarings-kontekste (soos byvoorbeeld die ervaring van die ouer-rol), en (c) sekere makrostrukturele kontekste (soos byvoorbeeld uitgebreide ervaring wat betref 'n verskeidenheid van lewens-aangeleenthede). Daar is waarskynlik verskeie paaie na verwerwing van wysheid, maar almal berus volgens Baltes en Staudinger (2000) op die wisselwerking tussen bogenoemde drie kategorieë of kontekste.



Figuur 13: 'n Navorsingsraamwerk wat die bydraende en bemiddelingsfaktore beskryf vir die ontwikkeling en instandhouding van wysheidsverwante kennis en vaardighede tydens 'n persoon se lewenspan (Baltes & Staudinger, 2000).

In die middel van hierdie ontogeniese skema van die ontwikkeling van wysheid, word die prosesse wat beskou word as die deurlopende reguleerders van die ontwikkeling van wysheid, aangedui. Aan die regterkant van die skema word die vyf kriteria aangedui wat as noodsaaklik beskou word vir die ontwikkeling van wysheid. Daar word ook 'n aanduiding gegee van die volgorde van ontwikkeling van hierdie kriteria.

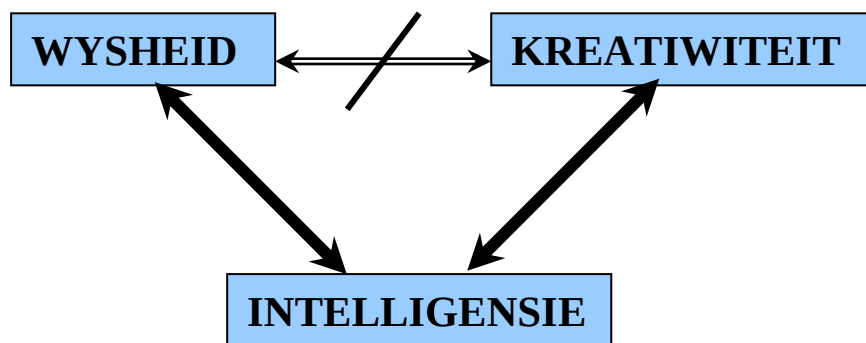
Baltes en Staudinger (2000) stel voor dat, soos deskundigheid rakende 'fundamentele lewenspragmatiek' ontwikkel, daar 'n klemverskuiwing sal plaasvind van feitelike kennis na die opdoen van prosedure-kennis. Wanneer hierdie fondament dan gelê is, verwag hulle dat daar 'n liggaam van wysheid-verteenwoordigende kennis sal ontstaan wat verteenwoordigend sal wees van die drie metavlak-kriteria, naamlik lewenspan-kontekstualiteit, die relatiewe van lewenswaardes en -prioriteite, en die erkenning en hantering van onsekerheid. Hierdie outeurs het ten tyde van hulle ondersoek die toevoeging van nog twee kriteria oorweeg. Hierdie twee kriteria is (a) dat wysheid aangewend word vir die bevordering van die welsyn van die self en ander, en (b) dat wysheid die effektiewe koördinasie van verstand en deugsamheid of eerbaarheid behels. Vir die doel van hierdie ondersoek sal die ontogeniese raamwerk wat pas bespreek is, gebruik word soos aangedui in figuur 13 (in die vorm waarin dit in die Januarie 2000-uitgawe van die tydskrif *American Psychologist* verskyn het).

5.5 WYSHEID EN INTELLIGENSIE

Baltes en Smith (1990) huldig die opinie dat die konstruk wysheid nie volledig vervat word binne die definisie van intelligensie nie, maar dat navorsing rondom wysheid wel kan bydra tot die ontwikkeling van meer omvattende teoretiese modelle van intelligensie. In die mees onlangse navorsing rakende intelligensie is daar gefokus op domeine soos sosiale en werksfunksionering, kuns, ontspanning en familie-kontekste ten einde 'n meer omvattende siening van intelligensie te verkry. Die bestudering van wysheid verteenwoordig volgens Baltes en Smith (1990) 'n voortbouing op hierdie ontwikkeling.

Sternberg (1985) werp meer lig op die spesifieke verband tussen wysheid, intelligensie en kreatiwiteit. Hy beskryf 'wyse' mense as diegene wat daartoe in staat

is om goeie raad te oorweeg, wat omgee vir ander persone (dus altruïsties van geaardheid is), en wat beskik oor goeie probleem-oplossingsvaardighede. Kreatiewe persone is deur hom beskryf as impulsief, met die geneigdheid om risiko's te neem en nie van hulle eie beperkinge bewus te wees nie. Sternberg (1985) het bewyse gelewer dat die konstrakte van wysheid en intelligensie baie nou korreleer, en so ook kreatiwiteit en intelligensie. Interessant genoeg toon wysheid en kreatiwiteit dus beide 'n sterk korrelasie met intelligensie, terwyl hulle glad nie onderling met mekaar korreleer nie. Hierdie bevindinge (Figuur 14) word deur Knight en Parr (1999) se navorsing ondersteun, naamlik dat wysheid en kreatiwiteit nie 'n onderlinge verband toon nie, maar dat elkeen afsonderlik met intelligensie in verband gebring kan word.

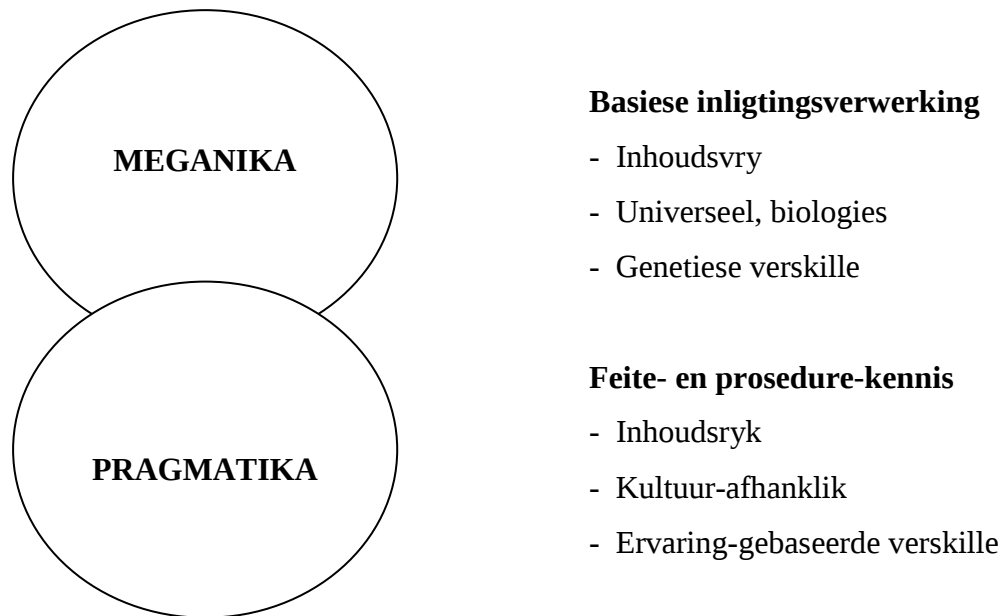


Figuur 14: Die verwantskap tussen wysheid, kreatiwiteit en intelligensie (Knight & Parr, 1999).

Uit bogenoemde bespreking is dit moontlik dat wysheid in ons kultuur geassosieer word met ouer individue, terwyl kreatiwiteit beskou word as 'n kenmerk tipies van jonger persone. Sternberg (1985) redeneer egter ook dat, wanneer ouderdom buite rekening gelaat word, dit dikwels 'n kwessie van persoonlikheid of persoonlike styl is wat sal bepaal of 'n persoon sy kreatiwiteit tot uiting sal bring of nie.

Sternberg (1985) maak ook die gevolgtrekking dat die implisiete teorieë rakende wysheid en kreatiwiteit wat in 'n kultuurgroep gehandhaaf word, verander soos wat die beoordelaars daarvan ouer word. Sternberg (1992) het ook gevind dat die ouderdom van 'n persoon 'n belangrike rol speel in sy/haar beoordeling van die mate van wysheid van 'n individu of sy gedrag.

Baltes en Smith (1990) tref in hulle konseptualisering van intelligensie 'n duidelike onderskeid tussen die 'meganiese' en 'pragmatiese' aspekte van intelligensie (Figuur 15).



Figuur 15: 'n Tweeledige prosesmodel van intelligensie (Baltes & Smith, 1990).

Hierdie onderskeid tussen die 'kennis-vrye' meganiese aspekte van intelligensie, en die 'kennis-ryke' pragmatiese aspekte daarvan, is soortgelyk aan die oorspronklike konseptualisering daarvan deur Cattell (1971). Daar word met die verloop van ouderdom 'n verlies of agteruitgang van die hardeware (die meganiese aspekte van intelligensie) verwag. Daar bestaan egter die moontlikheid van ontwikkeling van die 'sagteware', of die pragmatiese aspekte van intelligensie soos wat kennis vermeerder met die verloop van jare. Binne hierdie '*dual process*' definisie van intelligensie word wysheid beskou as 'n voorbeeld van groei in die pragmatiek van intelligensie gedurende volwasseheid.

5.6 WYSHEID EN BEJAARDHEID

Bejaardheid, of die 'laaste lewenshoofstuk', is nie 'n eenvormige en identiese ervaring vir almal nie. Sommige bejaardes bereik 'n gevoel van vervulling en bevrediging in latere jare, terwyl ander bitter word, en die agteruitgang van hulle fisieke vermoëns en sosiale belang daagliks betreur. Wat is die geheim van 'n

vervullende en belonende lewe tydens bejaardheid? Daar bestaan `n magdom van navorsing rakende die invloed van ‘*objective life conditions*’ op lewenstevredenheid tydens bejaardheid, waaronder faktore soos gesondheid, inkomste of finansiële bates, sosio-ekonomiese status, fisiese omgewing en sosiale verhoudinge en -ondersteuning. Navorsingsresultate in hierdie verband weerspreek mekaar in `n groot mate. Dit wil egter tóg voorkom of hierdie veranderlikes slegs `n klein deeltjie van die variansie rakende lewensbevrediging tydens bejaardheid verklaar (Ardelt, 1997). Na aanleiding van `n deeglike ondersoek van bestaande literatuur in hierdie verband, stel Ardelt (1997) die hipotese dat lewensbevrediging tydens bejaardheid nie bloot afhanklik is van die objektiewe situasie van die bejaarde nie, maar dat psigososiale ontwikkeling oor die lewenspan `n belangriker voorspeller van lewenstevredenheid is.

Sedert die oorsprong daarvan as `n wetenskap, het die veld van geriatricie hom besig gehou met `n soeke na die positiewe aspekte van menslike veroudering en die aanduiders van ‘suksesvolle veroudering’. Wysheid (*sapientia*) is eeue gelede reeds geïdentifiseer as `n belowende domein, soos beskryf in sekerlik die oudste geskrif rakende bejaardheid in die Westerse samelewing, naamlik *De Senectude* deur die Romeinse filosoof, Cicero, in 50 vC.

Ten spyte van uitgebreide teoretisering rondom hierdie konstruk, is die oes van empiriese navorsing tot op hede egter nog relatief klein. Navorsing (Knight & Parr, 1999) rakende die menslike kennis wys wel dat bejaardes, indien hulle nie aan een van die breinverwante siektes lei nie, oor die vermoë beskik om hulle eie ontwikkeling te fasiliteer deur die aankweek van nuwe kognitiewe vaardighede of deur die behoud van bestaande sterkpunte (sien afdeling 5.5). Verder bestaan daar groeiende bewyse vir die voorsprong wat bejaardes mag hê in die uitvoer van sommige kognitiewe take waarin sosiale en praktiese intelligensie en die integrasie van affek in die kognitiewe sisteme noodsaaklik is.

Skeptici reken tereg dat daar geen bewyse bestaan vir die hou van wêreldrekords deur bejaardes op enige domein van die lewe nie. Daar bestaan dus nie `n sterk saak vir die erkenning van die buitengewone prestasie van bejaarde persone, veral op intellektuele gebied nie. Baltes en Smith (1990) beskou egter die bestaande empiriese navorsing rakende die kognitiewe funksionering van bejaardes as onvoldoende,

aangesien hulle die bestaande instrumente en kriteria vir die bepaling van prestasie-kwaliteit as jeug-georiënteerd beskou. In die tweede plek argumenteer hulle vir die fundamentele belangrikheid van rare uitsonderings op die gewone patroon van die afname van vermoë tydens bejaardheid. Selfs al sou net een bejaarde persoon oor die vermoë beskik om op of naby piek-prestasie te funksioneer, sou dit impliseer dat positiewe funksionering tydens bejaardheid in beginsel moontlik is. In navorsing rakende die aard van buitengewone prestasies, is daar telkens bewys dat 'n langtermyn-belegging van dekades en duisende ure van oefen noodsaaklik is vir die verkryging van deskundigheid. Wysheid vergestalt dus die prototipe van 'n area van kognitiewe funksionering waarin ouer individue, juis as gevolg van hulle ouderdom, die geleentheid gegun word om iets soortgelyks aan 'n wêreldrekord te hou, en dus 'n besondere vermoë te openbaar.

Met wysheid as potensiële area van ontwikkeling (veral tydens bejaardheid) in gedagte, is daar 'n moontlikheid dat hierdie konstruk 'n betekenisvolle bydrae kan lewer tot die individu se vlak van lewenstevredenheid en fortaliteit.

Wyse bejaardes is byvoorbeeld daartoe in staat om te aanvaar dat menslike beperkinge (ook die beperkinge wat die ouderdom vergesel) en die realiteit van die dood 'n integrale deel van die lewe is. Hulle sou dus geneig wees om 'n hoë mate van lewenstevredenheid te handhaaf hoewel hulle objektiewe omstandighede dikwels nie ideaal of perfek is nie. Met aanvaarding, 'n bietjie afstand, en humor is hulle dus steeds daartoe in staat om beheer te neem oor hulle lewens en 'n nuwe vlak van outonomie te bereik, aangesien so 'n ingesteldheid hulle beskerm teen die wisselvalligheid of onvoorspelbaarheid van die lewe (Ardelt, 1997).

Die soeke na wysheid is egter 'n proses wat nooit afgehandel word nie, aangesien 'n totale wegdoen van eie subjektiwiteit en projeksies 'n ideale toestand is wat selde indien ooit bereik word. Die kriteria waaraan wysheid gemeet word, is dus tot watter mate 'n persoon hierdie ideale toestand kon bereik. Ardelt (1997) is van mening dat bejaardes 'n gevoel van bevrediging, vervulling of verwesenliking ervaar as gevolg van die toenemende wysheid wat hulle met die verloop van die lewe bekom. Sy stel verder die hipotese dat dit hierdie konstruk (wysheid) is, eerder as objektiewe lewensomstandighede, wat 'n verklaring bied vir die wisseling in lewenstevredenheid

gedurende hierdie ontwikkelingsfase. Ter bevestiging van hierdie hipotese vind dié navorser 'n relatiewe hoë korrelasie (0.76 vir vroue en 0.70 vir mans) tussen die vlak van wysheid en lewensbevrediging onder bejaardes. Hoewel ouderdom self dus 'n negatiewe impak op lewensbevrediging blyk te hê, word daarvoor gekompenseer deur wysheid wat 'n positiewe korrelasie toon (onder beide mans en vroue) met lewensbevrediging én ouderdom.

5.7 WYSHEID AS FORTALITEITSKONSTRUK

In 'n spesiale uitgawe van die tydskrif *American Psychologist* (Januarie 2000), waarin daar gefokus is op die positiewe sielkunde, is daar gekyk na die hoogste ontwikkelingspeil wat bereik kan word op beide individuele en gemeenskapsvlak. Telkens is 'wysheid' uitgesonder as fenomeen van onskatbare waarde in hierdie verband (Baltes & Staudinger, 2000).

In die literatuur rakende bejaardheid word individuele lewensomstandighede dikwels gesien as die bepalende faktor rakende die welsyn van ouer individue. Hierdie benadering ignoreer volgens Ardelt (1997) egter die persoonlike geskiedenis van bejaardes. Daar word dus gefokus op die "*wrinkles and failures*" van die mens soos hy/sy verouder (Baltes, *et al.*, 2002). Individue betree eerder die fase van laatvolwassenheid met 'n leeftyd van ervarings wat 'n vormende invloed op hulle individuele persoonlikhede het, en wat dus bepaal hoe hulle die uitdagings van die lewe sal hanteer (Ardelt, 1997). As gevolg hiervan reageer ouer individue nooit identies op dieselfde objektiewe situasie nie. Afhangend van hulle innerlike bronne sal sommige ervarings vir sekere bejaardes ondraaglik wees, terwyl ander persone dit as draaglik, en selfs voordelig, mag sien.

Objektiewe lewensgebeure kan dus nie 'n verklaring bied vir die subjektiewe welsyn van die bejaarde nie. Wysheid, of 'n persoon se mate van psigososiale ontwikkeling, blyk 'n sterker invloed te hê op individuele welstand as eersgenoemde faktor. Die insluiting van wysheid as 'n addisionele hulpbron dra dus moontlik by tot 'n verduideliking van die wisselende weerbaarheid van ouer persone, en laat plek vir die erkenning van die invloed van die individu se ervarings op sosiale en

ontwikkelingsvlak in die hantering van uitdagings. Dit wil voorkom of lewenservaringe, en die bydrae wat dit maak tot `n persoon se kognitiewe, reflektiewe en affektiewe samestelling (of wysheid), `n kragtige invloed uitoefen op die subjektiewe mate van lewenstevredenheid onder bejaardes.

Birren en Fisher (1990) verwys na Taranto (1989) se oorsig van alternatiewe definisies van wysheid. Taranto (1989) het in hierdie oorsig afgekom op `n verbinding tussen wysheid en persoonlikheidseienskappe soos geduld, begrip, aanvaarding, interpersoonlike vaardighede, en `n sin vir humor. Verskeie van hierdie persoonlikheidseienskappe word reeds in die literatuur beskou as psigofortigene faktore (sien afdeling 4.4.4) en bydraend tot suksesvolle coping. Daar bestaan dus reeds aanduidings dat daar ten minste `n indirekte verband tussen wysheid en psigofortaliteit mag bestaan.

5.8 WYSHEID EN GELOOF

“Suffering ... tends to plow up the surface of our lives to uncover the depths that provide greater strength of purpose and accomplishment. Only deeply ploughed earth can yield bountiful harvests.”

Graham, 1981 (p. 27)

Binne meeste van die prominentste geloofstelsens bestaan daar `n sterk verband tussen lyding en die ontwikkeling van wysheid. Daar bestaan `n tradisie in geloofs- en filosofiese denke ter ondersteuning van die aanname dat die wysste van individue iewers in hulle verlede te doen gehad het met `n tydperk van verwarring en ontsteltenis, en dat hulle soeke na betekenis ingebed was in baie veeleisende omstandighede (Tedeschi & Calhoun, 1995).

In die rabbynse tyd is lyding beskou as `n toets, en is die siening gehandhaaf dat God in totale beheer daarvan is. Aangesien die algemene beskouing was dat hierdie lyding `n seëning van God was waardeur Hy mense nader aan Homself getrek het, is mense aangemoedig tot `n soeke na lyding as wyse van boetedoening of versoening. Teenspoed en ongeluk is dus beskou as boodskappe van God in verband met die rede vir die lyding. Siekte is byvoorbeeld beskou as `n tipe lyding wat die persoon sou

verwyder van sy/haar materiële verpligtinge ten einde tyd beskikbaar te stel vir introspeksie en refleksie. Morele oortredings wat sou lei tot verwerping deur ander dien dus as aanmoediging vir die persoon om sy gedrag te heroorweeg en sy waardestelsel te hersien.

’n Belangrike onderskeid word gemaak deur skrywers wat meen dat beproewinge, hoewel dit ons nader aan God bring en bydra tot ’n stryd wat by ons wysheid kweek, nie deur die toedoen van God oor ons pad kom nie. Hierdie oorweging noodsaak ’n eerlike beskouing van lyding.

“Paul did not call his misery ‘a blessing in disguise.’ He didn’t spray it with perfume so as to make it smell like a rose. He says: ‘A thorn was given to me in the flesh, a messenger from Satan, to harass me from being too elated!’” (Hoyt, 1978, p. 76).

Paulus het egter sy pyn gekonfronteer en God het hom later as volg aangespreek:

“My grace is sufficient for you, my power is made perfect in weakness” (Hoyt, 1978, p. 77).

Hierdie tipe lyding is dus beskou as noodsaaklik vir spirituele groei en die ontwikkeling van wysheid. Sanford (1977) spreek hom as volg hieroor uit:

“It is not peace of mind that brings us to wholeness, but struggle and conflict, and spiritual enlightenment occurs only when a person has been through dark and disturbing trials of the soul” (p. 20).

Vanuit hierdie perspektief word die spirituele groei wat die persoon as gevolg van sy/haar lyding ondergaan, weerspieël in sy/haar gedrag en die moontlike impak wat hy/sy op die lewens van ander mag hê. Die ervaring van hierdie stryd veroorsaak die ontwikkeling van ’n wysheid en inspirasie wat op geen ander manier bekom kan word nie. Hierdie lyding hou ons nederig en geduldig, met slegs beperkte begrip vir die rede vir die lyding totdat ons die wil van God leer ken (Tedeschi & Calhoun, 1995). Vanuit die Christelike perspektief behoort die geleentheid tot lyding dus verwelkom te word, aangesien dit ’n pad na wysheid en krag voorsien. Indien lyding aan ons

totaal onbekend was, sou ons 'vlak' en onverryk bly. Lyding is die proses wat 'n verdieping van die spirituele lewe veroorsaak.

“Have you ever considered that steel is iron plus fire; soil is rock plus crushing; linen is flax plus the comb that separates, and the flail that pounds, and the shuttle that weaves!” (Graham, 1981, p. 85)

Vanuit hierdie perspektief is hernuwing dus nie moontlik sonder stryd nie. Ten einde die lewe in sy essensie te ken, is tye van beproewing noodsaaklik, en die lewe behels dus 'n onophoudelike stryd.

“New life is never a gift in a vacuum. It is wrought in profound and dangerous struggle as we bring to visibility the deep incongruity that marks our life. Our life is one in which all that is finally holy is violated, day by day. Yet, we dare hope for pastoral possibilities that move us beyond the wrenching, venomous indignation.” (Brueggemann, 1984, p. 74)

In die Christelike perspektief ontstaan die idee dus dat Christenskap die tragiese gebeure van die verlede verander in iets wat nie meer tragies is nie. Dit kan volgens Tedeschi en Calhoun (1995) toegepas word op individuele geskiedenis, asook op die geskiedenis van die mensdom. Die persoon wat in staat is tot hierdie transmutasie van sy eie lewensgebeure, bekom outomaties daarmee saam 'n meer diepgaande en grondige begrip vir die lewe. Vir Christene kom hierdie begrip deur dissipelskap en identifisering met Christus, sodat tye van lyding verwelkom word.

In Boeddhisme word begrip vir die universaliteit van lyding ook gesien as essensieel vir die ontwikkeling en verwerwing van wysheid. Wysheid is binne hierdie tradisie dus die produk van 'n proses waarin die lyding direk gekonfronteer word, en oorwin word deur die verwelkoming of omhelsing daarvan. Lyding word beskou as universeel en onafwendbaar, en word dus genader eerder as vermy. Die self-opofferende rituele van Boeddhistiese monnike tydens die Vietnamese oorlogvoering met die VSA (deur hulleself vol brandstof te gooi en aan die brand te steek) dien as kragtige voorbeeld hiervan (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Daar word 'n soortgelyke ingesteldheid binne die Hindu-kultuur aangetref. 'n Gedeelte uit die Mahabharata Santiparva stel dit soos volg:

“Happiness and misery, prosperity and adversity, gain and loss, death and life, in their turn, wait upon all creatures. For this reason the wise man of tranquil self would neither be elated with joy nor be depressed with sorrow.”

Die aankweek van `n gelykmatige gesindheid is binne hierdie geloofsisteem dus baie belangrik, aangesien lyding en geluk ineen vloei. Erkenning van die feit dat geluk soms eindig in hartseer, en soms ook ontstaan uit hartseer, bevorder dus `n wyse benadering tot die lewe.

“Any attempts to transcend the limits of mortal existence through struggle or through wisdom are doomed to failure. Therefore it is part of wisdom to accept life with serenity and courage, and so to find its hidden treasure.” (Scott, 1971, p. 186)

Dit is dus duidelik uit hierdie opsomming dat daar `n noue verband tussen die konstruke lyding, wysheid en geloof bestaan. Ter opsomming kan die gedeelte getiteld “Geloof en wysheid” (Jak. 1:2-7) uit die Bybel aangehaal word:

*“My broers, julle moet baie bly wees wanneer allerlei beproewings oor julle kom, want, soos julle weet, as julle **geloof** die toets deurstaan het, stel dit julle in staat om te volhard. En die volharding moet end-uit volgehou word sodat julle tot volle geestelike rypheid kan kom, sonder enige tekortkoming. As een van julle **wysheid** kortkom, moet hy dit van God bid, en Hy sal dit aan hom gee, want God gee aan almal sonder voorbehoud en sonder verwyf. Maar `n mens moet gelowig bid en nie twyfel nie, want iemand wat twyfel, is soos `n brander in die see wat deur die wind heen en weer gedryf word. So `n mens wat altyd aan die twyfel is en onbestendig is in al sy doen en late, moet nie dink dat hy iets van die Here sal ontvang nie.”*

Volgens Baltes en Staudinger (2000) staan die onverstaanbare geestelike aspekte van die lewe sentraal in die definiëring van wysheidsverwante kennis en oordeel. Hieronder tel byvoorbeeld die dinamika tussen liggaam en gees, en die geloof in `n goddelike en aanbiddelike wese.

5.9 WETENSKAP EN WYSHEID: `n WAARSKUWING

Baltes en Smith (1990) is van mening dat die wetenskaplike bestudering van wysheid in die veld van die sielkunde, die moontlikheid inhou van `n oorskryding van die grense van wat empiriese ondersoek kan vermag. Dit is dus die mening van verskeie navorsers en leke dat dit waarskynlik ‘onwys’ is om die konstruk van wysheid wetenskaplik te ondersoek. Wysheid val vir talle persone in daardie klas van sielkundige verskynsels wat per definisie en in beginsel nie wetenskaplik benader en deur wetenskaplike definisie vasgevat kan (of behoort te) word nie. Dit is deel van `n ‘sosiaal-verskanste’ of ‘private’ realiteit, en pogings om hierdie konstruk deursigtig te maak en te verander in `n onderwerp vir publieke kennis en wetenskaplike debatvoering skep die gevaar dat die basiese grondslag daarvan verander kan word. Hierdie skeptiese ingesteldheid word reeds deur Wittgenstein (1953) gehuldig in sy waarskuwing teen die naïwiteit van ‘empiriese sielkundiges’ wat hulle wend tot die bestudering van komplekse menslike ervarings:

“The existence of the experimental method makes us think we have the means of solving the problems which trouble us; though problem and method pass each other by.”(p. 232)

Baltes en Smith (1990) gee gehoor aan hierdie waarskuwing in hulle erkenning dat die wetenskaplike bestudering van sulke komplekse verskynsels inderdaad `n transformasie van die fenomeen self kan veroorsaak, en dat dit mag afbreuk doen aan die hoë agting daarvan as individuele en kulturele eienskap of eindproduk van progressiewe ontwikkeling.

“Wisdom may be beyond what psychological methods and concepts can achieve.” (Baltes & Staudinger, 2000, p. 123)

Baltes en Smith (1990) voorspel ook dat weerstand en teleurstelling die onmiddellike produk sal wees van navorsing wat nie die beperkinge van wetenskaplike analise in aanmerking neem nie. Gegewe hierdie beperkinge en met laasgenoemde

waarskuwing in gedagte, kan die mensdom egter baie baat vind by die wetenskaplike herkonstruksie en ondersoek van hierdie fenomeen in die fortologiese sin van die woord, of met fortigene doelstellings in gedagte.

5.10 SAMEVATTING

In hoofstuk vyf het die konsep van wysheid as potensiële positiewe area van veroudering aandag geniet. Die huidige sienings en onlangse navorsing rakende hierdie konstruk is uiteengesit aan die hand van die BWP, wat tans die leidende teorie in navorsing rondom wysheid blyk te wees. Hiermee word die literatuurstudie ook afgehandel. Die vraag ontstaan egter of wysheid wel 'n rol te speel het by die sielkundige welstand van die ondersoekgroep van hierdie studie. Die literatuur dui tog op 'n mate van ooreenkoms tussen wysheid en sielkundige welstand, maar die aard van hierdie verwantskap is vaag. Dit is om hierdie rede dat hierdie studie poog te bepaal wat die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte is, sowel as die potensiële ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses self vas te stel. Die effektiwiteit van die BWP vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, sal ook onder die soeklig kom. In hoofstuk ses sal die metodologie van hierdie studie aandag geniet.

HOOFSTUK 6

METODOLOGIE

6.1 INLEIDING

In hoofstuk vyf is die konstruk ‘wysheid’ van naderby beskou soos dit reeds beskryf is in die literatuur.

Hierdie hoofstuk bevat `n beskrywing van die navorsingsontwerp en -prosedure wat tydens hierdie ondersoek gevolg is. Die volgende aspekte van die ondersoek sal vervolgens uiteengesit word: die doel van die studie, die aard en samestelling van die ondersoekgroep, meetinstrumente wat gebruik is, die navorsingsontwerp en laastens die wyse van data-verwerking.

Hierdie studie bestaan uit `n kwalitatiewe (wat die grootste deel daarvan uitmaak) en `n kwantitatiewe been. Die metodologie wat tydens beide hierdie komponente gevolg is, sal in afsonderlike afdelings toegelig word.

6.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Heelwat navorsing word tans gedoen oor Alzheimer se siekte, en spesifiek oor die implikasies wat so `n diagnose inhou vir die versorger van sodanige pasiënt. Daar word dikwels na die versorgers verwys as ‘die ander slagoffers van demensie’ (Barlow & Durand, 1999). Dit is, ter wille van beide die pasiënt en versorger, noodsaaklik dat die sielkundige welstand van die versorger behoue sal bly in die versorgingsproses. Eisdorfer (Miner *et al.*, 1989) vermeld immers die volgende reël wat geld in hierdie verband: “*When the major caregiver gives out, the care system gives out.*” Daar bestaan dus `n behoefte aan navorsing waar die klem geplaas word op die vermoë van die versorger om te cope met hierdie uitmergelende omstandighede, en waar daar meer spesifiek gefokus word op die psigofortigene konstrunkte wat `n rol mag speel in die copingproses. Uit die literatuurstudie het dit duidelik na vore gekom dat psigofortigene faktore `n sentrale rol speel by die

sukcesvolle hantering van die negatiewe gevolge van 'n stresvolle lewensgebeurtenis. Psigofortigene faktore dra verder ook by tot die handhawing van fisieke en sielkundige welstand, ten spyte van die teenwoordigheid of belewing van stres. Wysheid word as een so 'n potensiële psigofortigene konstruk in die huidige studie ondersoek.

Die literatuurstudie het die geweldige stresvolle aard van die versorging van 'n huweliksmaat wat aan Alzheimer se siekte ly duidelik aangetoon. Die negatiewe gevolge wat hierdie langtermyn-versorgingsproses op die versorger se sielkundige welstand het, is uitgewys in hoofstuk drie. Die waarde van hierdie ondersoek lê juis daarin dat dit poog te bepaal watter psigofortigene rol **wysheid** by die versorger speel wanneer sy gekonfronteer word met die eise gestel deur die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Hierdie studie sal dus vanuit 'n psigofortigene perspektief geloods word. 'n Beter begrip van die potensiële rol van wysheid in die handhawing van die versorger se sielkundige welstand kan moontlik vorentoe 'n bydrae maak tot die beplanning van hulpverlening aan versorgers wat hulle in soortgelyke omstandighede bevind.

Hoewel die oorkoeplende doel van hierdie (hoofsaaklik kwalitatiewe) studie die formulerings van hipoteses eerder as die toetsing daarvan is, sal die ondersoek deur die volgende samevattende doelstellings gerig word:

- i. Om die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte te bepaal,
- ii. om die potensiële ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses te bepaal en te beskryf, asook
- iii. om die effektiwiteit van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, te bepaal.

6.3 ONDERSOEKGROEP

Die data vir hierdie ondersoek is bekom tydens 'n meer omvangryke, empiriese studie oor die rol van psigofortigene faktore by die versorging van Alzheimer-pasiënte (Potgieter, 2002). 'n Onderzoekgroep bestaande uit 10 deelnemers, met ouderdomme bo 66 en onder 82 jaar is by die studie betrek. Die afsterwe van een van die versorgers ten tyde van die ondersoek het egter veroorsaak dat slegs nege respondente by die uiteindelijke studie ingesluit is. Hierdie nege respondente was almal vroulik, en is ewekansig getrek uit 'n steekproef van versorgers gekontak via takke van die Alzheimervereniging (ARDA) in Bloemfontein, Johannesburg en Vanderbijlpark. Hierdie steekproef van versorgers was ook almal lede van plaaslike Alzheimer-ondersteuningsgroepe. Aangesien hierdie groepe uitsluitlik uit vroue bestaan het, en die enigste infrastruktuur gebied het waar data van die versorgers bekom kon word, is daar geen manlike versorgers by die huidige studie betrek nie. Die vroulike versorgers wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, het elkeen reeds 'n lewensmaat wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer was, aan die dood afgestaan. Die deelname aan hierdie navorsingsprojek het op 'n vrywillige basis geskied (sien bylae 2).

Die kwantitatiewe komponent van die studie het die gebruik van verskeie vraelyste as meetinstrumente behels. Die rasionaal vir die gebruik van die meetinstrumente, sowel as die aard, administrasie en interpretasie daarvan sal vervolgens bespreek word. Betroubaarheid- en geldigheidskale van die instrumente word vermeld, en so ook 'n motivering vir die gebruik van die onderskeie instrumente.

6.4 MEETINSTRUMENTE

6.4.1 BIOGRAFIESE VRAELYS

'n Biografiese vraelys is gebruik om inligting oor identifiserende besonderhede soos ouderdom en huwelikstatus te bekom. Verdere inligting wat deur middel van die biografiese vraelys ingewin is, sluit kontakinligting, hoe lank die persoon die versorgingstaak verrig het en wanneer die lewensmaat gesterf het in (sien bylae 1).

Ten einde `n beeld te verkry van die ondersoekgroep se psigofortigene funksionering is tellings op die volgende vraelyste verreken: die Lewenstevredenheidskaal (Diener, Emmonds, Larson & Griffin, 1985), die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1987, 1993) en die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998).

6.4.2 LEWENSTEVREDENHEIDSKAAL/ *SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS)* (Diener, *et al.*, 1985)

6.4.2.1 Rasionaal

Die Lewenstevredenheidskaal van Diener *et al.* (1985) is `n selfrapporteringvraelys wat `n aanduiding gee van die mate van lewenstevredenheid wat `n persoon ervaar. Die persoon evalueer sy/haar eie belewenis van lewenstevredenheid deur sy/haar huidige ervarings te vergelyk met `n standaard wat hy/sy vir hom-/haarself stel. Beoordeling op hierdie vraelys geskied volgens Diener *et al.* (1985) op `n kognitiewe, eerder as `n emosionele vlak.

6.4.2.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Lewenstevredenheidskaal bestaan uit vyf items, en kan binne `n paar minute voltooi word. Die selfbeoordelings word met behulp van `n Likert-sewepuntkaal gedoen. Die tellings van die verskillende items word gesommeer om `n totaal telling te verkry, wat kan strek van 5 (wat aanduidend is van `n lae mate van lewenstevredenheid) tot 35 (wat aanduidend van `n hoë vlak van lewenstevredenheid is).

6.4.2.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Goeie betroubaarheidsindekse (0.82) word deur Diener *et al.* (1985) gerapporteer. Toets-hertoets-betroubaarheidindekse van 0.84 tot 0.54 vir intervale van een maand tot vier jaar is ook gerapporteer (Pavot & Diener, 1993). Diener *et al.* (1985) en Pavot en Diener (1993) dui ook aan dat die Lewenstevredenheidskaal oor goeie konstruktugeldigheid beskik.

6.4.2.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die Lewenstevredenheidskaal is kort en word vinnig afgeneem. Verder hou hierdie skaal met verskeie aspekte van sielkundige welstand verband (Du Toit, 1999). Die Lewenstevredenheidskaal gee 'n goeie aanduiding van die respondent se subjektiewe belewenis van lewenstevredenheid, en meet subjektiewe welstand op 'n kognitiewe vlak (soos reeds vermeld). Hierdie selfrapporteringsvraelys sal 'n bydrae kan lewer tot die begrip van hoe gelukkig en tevrede die lede van die ondergroep met hul lewens was ten tyde van die data-insameling. Dit sal ook 'n bydrae maak tot 'n beter begrip van hul response in die onderskeie onderhoude.

6.4.3 KOHERENSIESINVRAELYS/ *SENSE OF COHERENCE SCALE (SOC)* (Antonovsky, 1987, 1993)

6.4.3.1 Rasionaal

Antonovsky (1987) het die Koherensiesinvraelys (SOC) ontwerp ten einde 'n kwantitatiewe aanduiding van die respondent se koherensiesin te bekom. Die skaal meet die mate waarin 'n persoon verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid (sien afdeling 4.5.1) ervaar in die teenwoordigheid van alledaagse stressore.

6.4.3.2 Aard, administrasie en interpretasie

Daar bestaan twee weergawes van die Koherensiesinvraelys, naamlik 'n 29-item en 'n korter 13-item weergawe. In hierdie ondersoek is van die 29-item selfinvulweergawe gebruik gemaak, waar die vrae op 'n 7-punt semantiese differensiaalskaal met twee ankerfrases beantwoord word.

Die administrasie van die vraelys is maklik en die instruksies word op die vraelys aangedui. Die vrae is ook maklik verstaanbaar. Daar is nie 'n tydse beperking aan die vraelys gekoppel nie, maar dit neem gewoonlik nie langer as 20 minute om te voltooi nie. Die vraelys word nagesien deur eers die tellings by spesifieke items om te keer, en dan die gewigte van elke gemerkte respons bymekaar te tel. 'n Totaaltelling met

potensiële minimum- en maksimumwaardes van onderskeidelik 29 en 203 word so verkry (Antonovsky, 1987). Die telling wat 'n individu op die Koherensiesinvraelys verkry, is aanduidend van die mate waartoe die respondent die stressore was hy/sy in die alledaagse lewe ervaar as verstaanbaar, beheerbaar en betekensivol beskou.

6.4.3.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

In twee verskillende ondersoeke het Antonovsky (1993) baie goeie betroubaarheids- en geldigheidsindekse gekry wat gewissel het tussen 0.88 en 0.91. Toets-hertoets-betroubaarheidsindekse van 0.52 en 0.56 na een jaar, en van 0.54 en 0.55 na twee jaar is deur Antonovsky (1993) gevind. Volgens Du Toit (1999) is daar ook op grond van verskeie studies gevind dat die SOC oor goeie gesigs-, inhouds-, konstruk- en kriteriumgeldigheid beskik. In 'n Suid-Afrikaanse studie deur Du Toit (1999) is 'n betroubaarheidindeks van 0.88 verkry by die gebruik van hierdie vraelys.

6.4.3.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die SOC toon 'n positiewe korrelasie met sielkundige en fisieke welstand, en koherensiesin word dus as 'n belangrike determinant gesien van 'n persoon se sielkundige welstand (Du Toit, 1999; Wissing & van Eeden, 1994). Die SOC is volgens Antonovsky (1993) 'n vraelys wat geldig is vir verskillende kultuurgroepe, geslagte en sosiale groepe, wat dié meetinstrument ook geskik maak vir hierdie studie se ondersoekgroep. Genoemde kenmerke, tesame met die feit dat die instrument internasionaal reeds wye aansien geniet, het grootliks bygedra tot die insluiting daarvan in die huidige studie. Die meetinstrument pas ook goed in by die oorkoepelende doelwit van die studie, wat daarop gerig is om wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte te bepaal. Hierdie psigofortigene vraelys behoort dus 'n aanduiding te gee van die mate van verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid wat die respondente in hul eie lewens ervaar, en mag dus lig werp op die inhoud van die onderhoude wat met versorgers gevoer is.

6.4.4 FORTALITEITSVRAELYS/ *FORTITUDE QUESTIONNAIRE (FORQ)* (Pretorius, 1998)

6.4.4.1 Rasionaal

Die konstruk 'fortaliteit' is reeds in meer besonderhede bespreek in afdeling 4.6.2. Hierdie begrip kan kortliks beskryf word as die krag wat nodig is om stres te hanteer en welstand te behou ten spyte van die voorkoms van aftakelende, alledaagse stressore. Die 'krag' waaroor 'n persoon beskik vir die hantering van stressore spruit voort uit sy/haar positiewe beoordeling van drie dimensies van die lewe, naamlik die self, die familie en die ondersteuning van ander. Die Fortaliteitsvraelys kan dus aangewend word ten einde 'n kwantitatiewe voorstelling van 'n persoon se persepsie van die self, die familie, en die ondersteuning van ander te verkry.

6.4.4.2 Aard, administrasie en interpretasie

Hierdie vraelys het 'n volledige stel instruksies wat dit maklik verstaanbaar maak, en die 20 items kan vinnig voltooi word. Hierdie 20 items is verteenwoordigend van die drie domeine van fortologie, naamlik taksering van die self (sewe items), taksering van die familie (sewe items) en taksering van die mate van ondersteuning deur ander (ses items).

Ook hierdie vraelys het geen tydsbeperking nie, en dit word beoordeel en voltooi op 'n vierpuntskaal wat wissel van 'nie van toepassing' tot ' baie sterk van toepassing'. 'n Totaaltelling word bereken waar 58 en laer op hierdie vraelys aanduidend van lae sielkundige sterkte is, en 'n totaalstelling van 65 en meer weer aanduidend van hoë vlakke van sielkundige sterkte sou wees.

6.4.4.3 Betroubaarheid en geldigheid van die instrument

Pretorius (1998) rapporteer in terme van betroubaarheid die volgende vir die individuele subskale: taksering van die self, 'n subskaalbetroubaarheid van 0.74; taksering van die familie, 'n subskaalbetroubaarheid van 0.82; en taksering van die mate van ondersteuning van ander, 'n subskaalbetroubaarheid van 0.76. Elkeen van

hierdie subskale het 'n beduidende bydrae tot die totale toetsbetroubaarheid gemaak. Die totale toetsbetroubaarheid is deur middel van die alfakoëffisiënt as 0.85 bevind, wat as hoogs bevredigend beskou kan word (Pretorius, 1998).

Die geldigheid van hierdie meetinstrument is ook bevestig deur ondersoeke wat geloods is wat betref onderskeidelik die inhouds-, faktor-, voorspellings-, en samevallende geldigheid van die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998).

6.4.4.4 Motivering vir die gebruik van die instrument

Die fortaliteitsfaktore wat hierdie vraelys kwantifiseer, word beskou as aanduidend van 'n persoon se sielkundige welstand en die optimale funksionering van die mens op alle tereine van sy/haar bestaan. Dit gee ook 'n aanduiding van die fortigene faktore wat teenwoordig is by die individu, waar hy/sy die alledaagse stressore van die lewe in die gesig staar. Hierdie kwantitatiewe bepaling van die drie dimensies van fortaliteit behoort 'n goeie aanduiding te gee van die versorgers van Alzheimer-pasiënte se sielkundige sterktes. Die Fortaliteitsvraelys kan verder ook bevestiging lewer van die faktore wat na vore kom vanuit die onderhoude en bydraend tot die versorger se sielkundige 'sterkte' blyk te wees.

6.5 NAVORSINGSONTWERP

Soos genoem in afdeling 6.3, het die ondersoekgroep bestaan uit 'n steekproef van versorgers wat lede was van ARDA in Bloemfontein, Johannesburg en Vanderbijlpark. Die versorgers was ook ingeskakel by Alzheimer-ondersteuningsgroepe en elkeen het reeds hul huweliksmaats (wat gediagnoseer was met Alzheimer se siekte) aan die dood afgestaan. Die voorkoms en potensiële ontwikkeling van wysheid by die groep is vervolgens ondersoek.

Die ondersoek was tweeledig van aard, en het bestaan uit 'n kwalitatiewe gedeelte (wat die meeste gewig gedra het) asook 'n kwantitatiewe ondersoek. Die kwalitatiewe ontleding is gedoen volgens die riglyne van Strauss en Corbin (1998) se begroondeteorie-benadering, sowel as 'n kombinasie van Berg (1996), Miles en

Hubermann (1994) en Patton (1990) se metodes van kwalitatiewe analise. Die ontledingstappe het hoofsaaklik die volgende behels: a) organisering van die data, b) die skep van kategorieë en identifisering van temas en patrone, c) die formulering van hipoteses wat voorkom vanuit die data, en d) formulering van moontlike verklarings vir die data. Kwantitatiewe data is deur die voltooiing van die genoemde vraelyste bekom. Die resultate van hierdie vraelyste is met beskrywende statistiese tegnieke ontleed. Hierdie vraelyste, soos beskryf in afdeling 6.4, was by die studie ingesluit om die voorkoms van psigofortigene faktore by hierdie ondersoekgroep te bevestig. Vanweë die klein ondersoekgroep was dit nie sinvol om die kwantitatiewe data met behulp van inferensiële statistiek verder te ontleed nie, en is slegs beskrywende statistiese ontledings gedoen.

6.6 PROSEDURE

Soos reeds vermeld, bestaan hierdie studie uit beide 'n kwalitatiewe en kwantitatiewe komponent.

6.6.1 KWALITATIEWE DATA

Die **kwalitatiewe data** van die studie is bekom vanuit die volgende drie bronne:

6.6.1.1 Data bekom vanuit gestruktureerde wysheid-onderhoude

Gestruktureerde onderhoude, soos uiteengesit in die handleiding opgestel deur Staudinger, Smith en Baltes (1994), is vir die bepaling van wysheidsverwante gedrag met die versorgers gevoer. Die inhoud van hierdie handleiding is ook gebruik as 'n riglyn vir die kwalitatiewe analise van die gestruktureerde wysheidsonderhoude. Weens die feit dat opleiding met betrekking tot die BWP as meetinstrument nie in Suid-Afrika beskikbaar is nie, is daar nie kwantitatiewe gewigte aan die voorkoms van wysheidsverwante gedrag toegeken nie. Hierdie opleiding word slegs in Duitsland aangebied. Die onderhoude is wel kwalitatief ontleed aan die hand van die vyf wysheidsverwante kriteria wat in die BWP-handleiding vermeld word (Staudinger *et al.*, 1994).

Die onderhoud bestaan uit 'n aantal lewensprobleme wat weergegee word in die vorm van probleemtekste wat aan die respondent voorgehou word. Hierdie probleemtekste beskryf 'n fiktiewe karakter wat voor groot lewensbesluite te staan kom in onderskeie omstandighede, soos byvoorbeeld 'n vrou op 'n gevorderde ouderdom wat daarvan te hore kom dat haar seun alleen gelaat is met sy kinders. Sy wil hom bystaan, maar sy wil ook haar beroep verder voer, aangesien sy onlangs 'n besigheidsgraad voltooi het. Hierdie probleemtekste gee nie inligting aangaande die rolspelers en die spesifieke omstandighede in die fiktiewe scenario nie, en die respondent moet vervolgens meld watter ekstra inligting sy sou wou hê oor die karakters en die omstandighede. So kan dus bepaal word wat die respondent alles in ag neem tydens haar response. Daar is ook probleemtekste waar die karakters te staan kom voor kwessies soos:

- ❖ die diagnosering met 'n terminale siekte (kanker);
- ❖ egskeding;
- ❖ 'n tweestryd met naderende aftrede-ouderdom; en
- ❖ erfgeld wat die moontlikheid bied om jou lewenstyl te verander (sien bylae 3 vir die spesifieke probleemtekste).

Hierdie bognoemde probleemtekste verwys veral na lewensbeplanning in terme van hoe hierdie probleemsituasies hanteer sou kon word.

Daar is egter ook 'n item wat aan die onderzoekgroep voorgehou is waar 'n mate van lewenshersiening van die respondent vereis word, en waar die versorgers veral gereflekteer het op hul eie lewe en dit wat hul daarin sou wou verander. Die lewensbeplanning-probleme is geformuleer om te pas by die ouderdom van die respondent ('n lewensprobleem ooreenkomstig die ontwikkelingsfase van die respondent word dus aan haar voorgehou). Hierdie onderskeid sorg dat die lewensprobleem wat aan die respondente voorgehou word ten minste bekend is, en dat hul daarmee sal kan identifiseer.

Die lewensprobleme word verder op so 'n wyse geformuleer dat daar ten minste twee verskillende opsies vir die hoofkarakter in die protokol is om in ag te neem. Hierdie twee verskillende opsies behoort die respondente 'n gelyke kans te gun om die

besluitneming van die hoofkarakter in die lewensprobleem-tekste vanuit verskeie perspektiewe te beskryf.

Die lewensheroëning gedeelte van die onderhoud bevat ook 'n teks van die lewe van 'n fiktiewe persoon wat die respondente dan moet herstruktureer en evalueer deur middel van reflektiewe metodes. Soos reeds vermeld, bied dit aan die ondersoekgroep die geleentheid om te reflekteer op hul eie ervarings.

Die vyf kriteria van die BWP verteenwoordig die spesifieke eienskappe van kennis en oordeel (dus wysheidsverwante gedrag) in die domein, fundamentele pragmatika van die lewe (sien afdeling 5.4.1.1) (Staudinger *et al.*, 1994). Hierdie vyf kriteria van die BWP is: (1) ryke feitelike kennis, (2) ryke prosedure- of metodologiese kennis, (3) sensitiwiteit vir die lewenspankonteks, (4) begrip vir die relatiwiteit van waardes, en (5) die vermoë tot hantering van onsekerheid. Die lewensprobleem-tekste is dan kwalitatief ontleed na aanleiding van die mate waartoe hierdie vyf wysheidsverwante kriteria in die response van die individue tevoorskyn gekom het.

By die domein van **fundamentele pragmatika van die lewe** is daar geen duidelik gedefinieerde probleme of optimale oplossings nie. Vorige navorsing het egter reeds bewys dat 'wysheid' 'n duidelike konseptuele kern het, en dat die manifestasie daarvan geëvalueer kan word (Baltes, Glück & Kunzmann, 2002).

Die onderhoud is nie spesifiek so gestruktureer dat die respondente hul eie lewensbeplanning, lewensheroëning en besluitneming sal weergee nie. Die primêre doel is om 'n weergawe van die wysheidsverwante insig en/of gedrag van die respondente wat betref die fundamentele pragmatika van die lewe te verkry. Dit is egter te verwagte dat die respondente, ten minste gedeeltelik, hul antwoorde op hulle eie ervarings sal baseer (Staudinger *et al.*, 1994).

Tydens die ontleding van die gestruktureerde onderhoud het daar ook wysheidsverwante elemente na vore gekom wat nie pertinent deel uitgemaak het van die BWP in sy huidige vorm nie. 'n Tweede stel van ongestruktureerde onderhoud wat betref die versorgers se unieke ervarings van die versorgingsproses is verkry tydens 'n omvangryke empiriese studie (Potgieter, 2002), en dit is kwalitatief ontleed

om onder andere hierdie bykomende wysheidsverwante elemente verder te ondersoek vanuit 'n psigofortigene perspektief. Hierdie data bestaan uit ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal van dieselfde versorgers met wie die wysheidsonderhoude gevoer is, en is ook aangewend om die gesamentlike verskynsel van wysheid en psigofortaliteit by die ondersoekgroep aan te dui.

6.6.1.2 Data bekom vanuit ongestruktureerde onderhoude

Daar is, soos pas vermeld, ook ongestruktureerde onderhoude met elke individuele respondent gevoer wat betref haar spesifieke belewenis van die versorgingsproses van haar huweliksmaat wat aan Alzheimer se siekte gelyk het. Hierdie onderhoude het deel uitgemaak van 'n groter empiriese studie (Potgieter, 2002) oor die rol van psigofortigene faktore by die versorging van Alzheimer-pasiënte. Die ongestruktureerde onderhoude is vervolgens ontleed om psigofortigene faktore soos die komponente van 'koherensiesin' en 'psigofortaliteit' te beskryf soos dit na vore gekom het in hierdie ongestruktureerde onderhoude met die ondersoekgroep. Die potensiële rol van wysheid in die handhawing van die sielkundige welstand van die versorgers is ook met behulp van hierdie ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal ondersoek.

Die resultate van hierdie ongestruktureerde onderhoude is eweneens aangewend om te bepaal watter rol **wysheid** speel by die ontwikkeling van die **fortaliteit** van die versorger as sy gekonfronteer word met die stres meegebring deur die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte.

Die effektiwiteit van die BWP vir die konseptualisering van die wysheid-konstruksie, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, is ook met behulp van die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal se resultate bespreek in hoofstuk agt.

6.6.1.3 Dagboekmateriaal

Bykomende dagboekmateriaal is, waar toepaslik, ook kwalitatief ontleed, ten einde die data verkry uit die ongestruktureerde onderhoude verder te belig.

Die gestruktureerde wysheidsonderhoude, die ongestruktureerde onderhoude en die dagboekmateriaal is met behulp van die NUD*IST-rekenaarprogram ontleed.

6.6.2 KWANTITATIEWE DATA

Wat die **kwantitatiewe data** betref, is die genoemde vraelyste en antwoordvelle in 'n boekievorm gebind en aan die respondente gegee. Die boekies het 'n inligtingstuk bevat wat die doel van die studie en die vraelyste bondig verduidelik. Toestemmingsbriewe is onderteken voor die afneem van die vraelyste (sien bylae 2). Die vraelyste is deur elke respondent voltooi en is daarna gekontroleer vir volledigheid en akkuraatheid. Die vraelyste is nagesien en totaaltellings is verkry vir elke individuele respondent. Die tellings van die Lewenstevredenheidskaal (Diener *et al.*, 1985), die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1993) en die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998) is verreken ten einde 'n beeld te verkry van die versorgers se psigofortigene funksionering.

6.6.3 OPSOMMING VAN DIE NAVORSINGSPROSEDURE

Die resultate van hierdie ondersoek sal in drie afsonderlike afdelings weergegee word. Die ontleding van die gestruktureerde wysheid-onderhoude word in deel I (afdeling 7.2), van hoofstuk sewe weergegee, en behoort lig te werp op die verskynsel van wysheid onder versorgers van huweliksmaats wat aan Alzheimer se siekte ly. Hierdie kwalitatiewe analise word bespreek volgens die kriteria van die BWP (Staudinger, Smith & Baltes, 1994), soos reeds vermeld.

In deel II van die resultate word die kwantitatiewe resultate van hierdie ondersoek weergegee ten einde die mate van psigofortaliteit wat by die lede van die ondersoekgroep mag voorkom, te ondersoek.

Die resultate in deel III (sien afdeling 7.4) van hoofstuk sewe dien as afronding vir deel I (wat wysheid as verskynsel by die ondersoekgroep ondersoek) en deel II (wat die mate van psigofortaliteit waaroor die versorgers beskik bepaal) van die resultate soos pas bespreek. In deel III word die inhoud van die ongestruktureerde onderhoude

en dagboekmateriaal aangewend om te wys op die potensiële rol wat wysheid in die respondente se sielkundige welstand speel.

Die drie gedeeltes van hoofstuk sewe vorm dus saam die beskrywing van wysheid as potensiële psigofortigene verskynsel onder versorgers wat omgesien het na hul huweliksmaats wat aan Alzheimer se siekte gely het.

Die effektiwiteit van die BWP vir die bepaling van die voorkoms van wysheidsverwante gedrag sal as verdere doelwit vir hierdie studie in hoofstuk agt ter sprake kom as deel van die gevolgtrekkings van hierdie studie. Hierdie bespreking sal hoofsaaklik gelei word deur resultate wat bekom is vanuit die ongestruktureerde onderhoude wat met die versorgers gevoer is, sowel as sommige versorgers se dagboekmateriaal.

6.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar verwys na die metode wat vir insameling van data en die empiriese ontleding daarvan aangewend is. Die doel van die studie is uiteengesit, en die aard en samestelling van die onderzoekgroep is beskryf. Die meetinstrumente wat gebruik is, is ook kortliks beskryf in terme van die rasionaal, aard, afneem en interpretasie daarvan. Betroubaarheid- en geldigheidsindekse van die instrumente is vermeld en so ook die motivering vir die gebruik van die onderskeie instrumente. Die navorsingsontwerp, ondersoekprosedure en statistiese verwerking van data waarvan daar in hierdie ondersoek gebruik gemaak is, is ook aangedui. By die ondersoekprosedure is daar onderskeidelik verwys na die kwalitatiewe data verkry vanuit die gestruktureerde wysheid-onderhoude, die ongestruktureerde onderhoude en die dagboekmateriaal, sowel as die kwantitatiewe data wat met behulp van die vermelde vraelyste verkry is. `n Kort opsomming van die ondersoekprosedure is weergegee ten einde lig te werp op die uitleg van hoofstuk sewe waarin die resultate verkry vanuit die data uiteengesit sal word.

HOOFSTUK 7

RESULTATE EN INTERPRETASIE

7.1 INLEIDING

Die doelwitte van hierdie studie kan (soos saamgevat in hoofstuk ses) beskryf word as die volgende: Om die waarde van wysheid as potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte te bepaal. Die studie het ook ten doel om die potensiële ontwikkeling van die wysheid-konstruk tydens hierdie versorgingsproses te bepaal. Die bepaling van die effektiwiteit van die BWP vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk is ook 'n verdere doelwit vir die studie, wat in hoofstuk agt aandag sal geniet. Hierdie ondersoek het egter nie hipotese-toetsing ten doel nie, maar eerder die formulering van hipoteses rondom die potensiële psigofortigene rol van die mate van wysheid wat die Alzheimer-versorgers openbaar. Sou die resultate die bestaan van so 'n verband tussen wysheid en psigofortaliteit binne hierdie konteks bevestig, behoort die insluiting van hierdie konstruk (wysheid) oorweeg te word in toekomstige intervensiesprogramme vir die handhawing van sielkundige welstand by versorgers van terminale pasiënte. So kan die versorgers byvoorbeeld bewus gemaak word van die sterktes en wysheid waaroor hulle reeds beskik.

In hierdie hoofstuk sal die resultate wat verkry is tydens hierdie ondersoek uiteengesit en geïnterpreteer word. In deel I (afdeling 7.2) word die kwalitatiewe ontleding en interpretasie van die gestruktureerde wysheidsonderhoude weergegee. Hierdie onderhoude is, soos voorheen vermeld, gevoer volgens die riglyne van die BWP (Staudinger, *et al.*, 1994). Deel II (afdeling 7.3) van hierdie hoofstuk word gewy aan die bespreking van die kwantitatiewe gedeelte van die ondersoek (naamlik die vraelyste en die resultate daarvan). Die kwantitatiewe data wat deur middel van hierdie vraelyste bekom is, reflekteer die mate van psigofortaliteit soos dit voorkom by die ondersoekgroep. In deel III (afdeling 7.4) van hierdie hoofstuk verskuif die fokus na die kwalitatiewe ontleding van ongestruktureerde onderhoude wat deel uitgemaak het van Potgieter (2002) se meer omvattende studie oor die rol van

fortigene faktore by die versorging van Alzheimer-pasiënte. Die dagboekmateriaal wat voorsien is deur sommige van die versorgers het ook deel hiervan uitgemaak. Hierdie onderhoude is kwalitatief ontleed ten einde die samehang van wysheid en psigofortaleiteit te omskryf soos dit na vore kom by die onderzoekgroep.

Die bespreking van die resultate sal in hoofstuk agt aandag geniet, waarna daar ook 'n aantal gevolgtrekkings gemaak sal word. 'n Bespreking van die effektiwiteit van die BWP as een van die doelwitte van hierdie studie sal ook in hoofstuk agt aandag geniet, soos reeds vermeld. Die ontledings wat hier volg is gerig op die beskrywing van die verskynsel van wysheid onder versorgers van huweliksmaats wat aan Alzheimer se siekte ly. Hierdie kwalitatiewe analise word bespreek volgens die kriteria van die BWP (sien figuur 16) (Staudinger *et al.*, 1994).

7.2 DEEL I: KWALITATIEWE ONTLEDING VAN DIE GESTRUKTUREERDE WYSHEID-ONDERHOUE

Die vyf kriteria van die BWP verteenwoordig die spesifieke kenmerke van kennis en oordeel wat volgens Staudinger *et al.* (1994) aanduidend sou wees van die voorkoms van wysheidsverwante gedrag in die domein fundamentele pragmatika van die lewe (sien afdeling 5.4.1) (Staudinger *et al.*, 1994). Hierdie vyf kriteria van die BWP is, soos voorheen vermeld: (1) ryke feitlike kennis, (2) ryke prosedure- of metodologiese kennis, (3) sensitiwiteit vir die lewenspankonteks, (4) begrip vir die relatiwiteit van waardes, en (5) die vermoë tot die hantering en kennis van lewensonsekerhede. Die lewensprobleemtekste wat in hierdie ondersoek ingesamel is, is dus aan die hand van hierdie vyf wysheidsverwante kriteria ontleed, en die resultate van die ontleding word ook hier weergegee (sien bylae nommer 3 vir 'n uiteensetting van die lewenstekste).

Daar word eerstens verwys na 'uitgebreide feite-kennis' as die eerste basiese criterium van wysheid volgens die BWP.

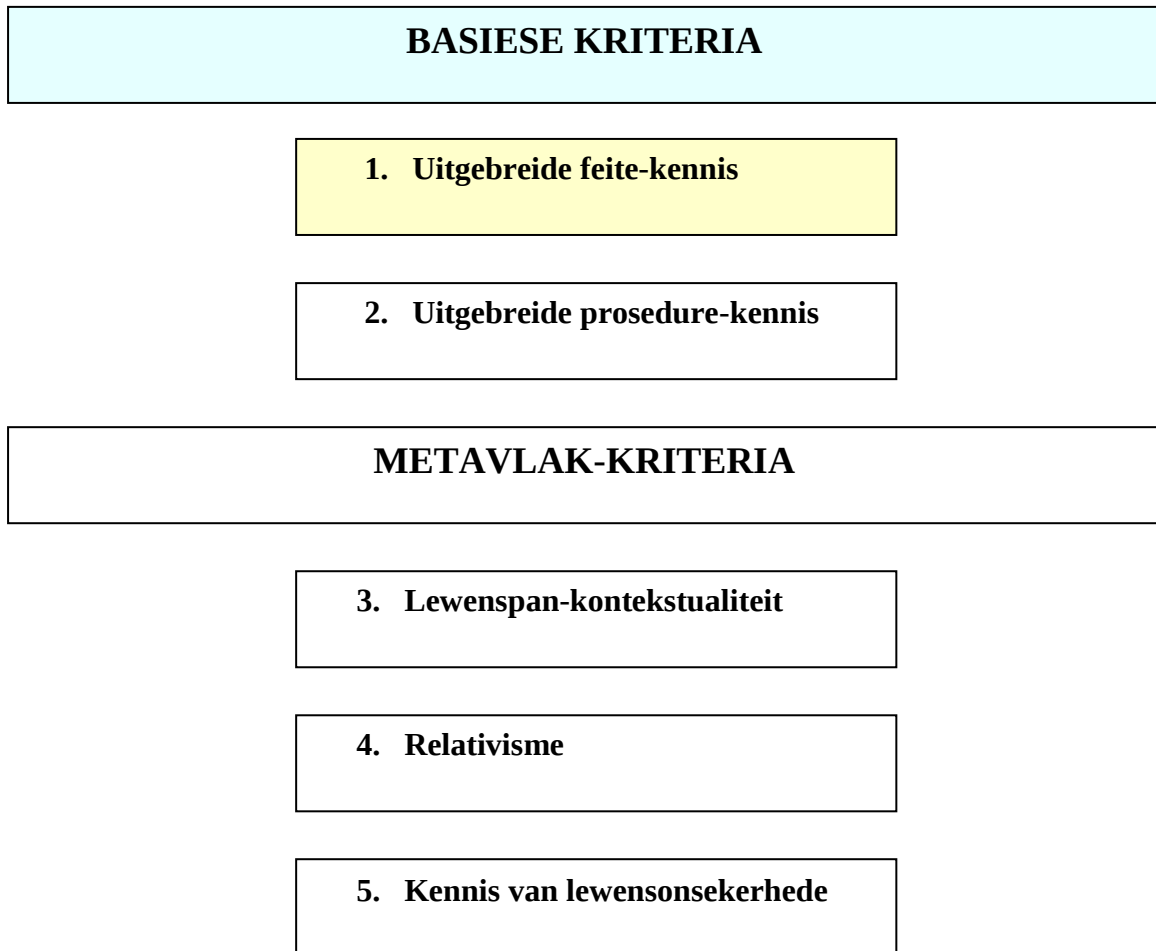
7.2.1 UITGEBREIDE FEITE-KENNIS

’n Voorwaarde vir goeie oordeel in moeilike lewensomstandighede is ryke feite-kennis oor die fundamentele pragmatika van die lewe. **Fundamentele pragmatika van die lewe** kan weer kortliks omskryf word as (Baltes & Smith, 1990):

“... knowledge about the essence of the human condition and the ways and means of planning, managing, and understanding a good life.” (p. 96)

Alhoewel ‘kennis’ beskou word as ’n kognitiewe verskynsel, het die wyse persoon volgens Baltes en Staudinger (2000) eerder ‘verklarende kennis’ in pag, wat die persoon in staat stel om ’n begrip te hê vir die onderliggende belangrikheid van die onderskeie areas van die menslike bestaan. Dit sluit dus ook kennis oor affektiewe, gedrags- en sosiale funksioneringsareas in. Wysheid moet dus nie verwar word met intellektuele kennis nie. Dit is eerder ’n begrip vir die fundamentele pragmatika van die lewe wat wyer strek as blote kennisies. Die eerste wysheidsverwante kriterium van die BWP, naamlik **uitgebreide feite-kennis**, manifesteer in ’n persoon se langtermyngeheue en uitgebreide data-basis rakende verskeie lewensaspekte, en dit word in figuur 16 aangedui as die eerste basiese kriterium van wysheid (Baltes & Smith, 1990). As basiese kriterium van wysheid is uitgebreide feite-kennis noodsaaklik, maar steeds nie genoegsaam om wysheid te ontwikkel nie (Baltes & Smith, 1990).

Feitelike kennis verwys in hierdie konteks (soos aangedui in figuur 16) na ’n georganiseerde liggaam van **algemene kennis** wat betref die menslike aard en lewenskondisies, en so ook **spesifieke kennis** oor spesifieke lewensgebeure en die ouderdomsverwante voorkoms daarvan. Daar word eerstens na algemene kennis verwys.



Figuur 16: Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op uitgebreide feite-kennis as basiese kriterium van wysheid (Staudinger *et al.*, 1994)

7.2.1.1. Algemene kennis

Algemene kennis behels volgens Staudinger *et al.* (1994) onder andere begrip vir die volgende:

- ❖ **Motiewe** wat gefokus is op areas soos geluk, oorlewing en sekuriteit.
- ❖ Die ervaring van 'n wye spektrum van **affektiewe belewenisse**.
- ❖ Die sielkundige en fisieke **kwesbaarhede** van individue.
- ❖ Die realiteit van 'n **mens se eindigende bestaan** en die **ontwikkelingsfases** wat dit voorafgaan.

- ❖ Die spektrum van **menslike gedrag** wat volgens Staudinger *et al.* (1994) op 'n kontinuum geplaas kan word. Hierdie kontinuum strek van kennis oor geïsoleerde gebeure soos om 'n ander te groet, tot gebeure wat plaasvind oor 'n langer tydperk, soos konflik en kinders grootmaak.
- ❖ Die dinamiek in **interpersoonlike verhoudinge** wat algemeen voorkom in enige kulturele gemeenskap.

Die voorkoms van ryke feitelike kennis by die onderzoekgroep word toegelig met voorbeelde daarvan uit die response op die wysheidsonderhoud se lewensprobleem-tekste. Daar moet egter in gedagte gehou word dat hierdie teksgedeeltes voortspruit uit verskeie lewensprobleme wat aan die respondente voorgehou is (sien die items van die BWP in bylae 3). Die response kan dus gerig wees op verskeie temas, soos die verhouding tussen werk en familie, siekte, egskeding, geld wat geërf word en lewenshersieningstekste wat aan die versorger voorgehou is. Die fokus bly egter steeds op die voorbeelde van feitelike kennis wat in hierdie response na vore gekom het.

Alhoewel feitelike kennis aangaande konsepte soos motiewe, emosies, kwesbaarhede, mortaliteit en ontwikkelingsfases, menslike gedrag en interpersoonlike verhoudinge afsonderlik bespreek word, is wysheid juis in die integrasie van hierdie wye verskeidenheid konsepte gesetel. Die diepte en omvangrykheid van al die response op die lewensprobleem-teksgedeeltes is dus in aanmerking geneem tydens die soeke na tekens van wysheid. Om praktiese redes word daar wel verwys na die onderskeie onderafdelings van feitelike kennis.

❖ **Motiewe**

Met motiewe word daar onder andere verwys na motiewe soos geluk, oorlewing en sekuriteit, soos reeds vermeld. Elke individu streef na 'n bevredigende lewe waarin hy/sy tevrede kan wees en dus ware geluk kan ervaar. Meer basiese motiewe kom ook voor, soos om te oorleef in 'n ongenaakbare wêreld. Oorlewing behels die vermoë om uitdagings te bowe te kom en nie onder te gaan nie. Sekuriteit daarteenoor verwys na 'n toestand waarin individue veilig voel en die sekerheid het

dat hul huidige, en toekomstige behoeftes bevredig kan word (Plug, Louw, Gouws, & Meyer, 1997).

In die onderhoude het dit duidelik na vore gekom dat daar onderskei kon word tussen motiewe wat fokus op selfhandhawing en eie behoeftes, en motiewe waar ander ook in ag geneem word. Wat betref **selfhandhawing** het versorger # 4 die volgende vermeld: “*Jy moet jou eie behoeftes in ag neem, ‘feather your little nest’*”. Versorger # 9 meld egter dat dit nie altyd so maklik is nie: “*...om aan jouself te werk (nie). Dit lyk my dit is die opdraende stryd om vir jouself te leer om te begin dinge doen en te lewe vir jouself.*” Die ander komponent van motiewe is `n tipe altruïsme of ‘**na-ander-gerigtheid**’ waar ander ook in ag geneem word tesame met die individu se eie behoeftes in hierdie strewe na oorlewing en sekuriteit. Verskeie individue wat geraak kan word, en in ag geneem moet word tydens besluite is vermeld. Versorger # 6 verwys na diegene wat geraak word tydens `n egskedding: “*...die vrou moet haar kinders se gevoelens nou in ag neem, en hulle opvoeding, en die letsels wat gemaak word, en die leemtes wat daar is, sal sy moet volstaan. Sy moet by hulle wees, weer rustigheid vir die kinders bring, en ook vir haarself...*”. Versorger # 2 vra haarself af: “*Is dit tot haar voordeel en tot die kinders se voordeel, of gaan dit net breuke maak in hulle familie-opset?*” Hierdie verwysing na wie almal in ag geneem moet word tydens besluitneming oor die fundamentele pragmatika van die lewe, kom ook na vore by die prosedure-kennis wat later bespreek sal word (sien afdeling 7.2.2).

Baltes en Staudinger (2000) het oorweeg om die feit dat wysheid aangewend word vir die **bevordering van die welstand van die self én ander** as bykomende kriterium vir die bepaling van wysheid by die BWP in te sluit (sien afdeling 5.4.3). Die huidige studie se ondersoekgroep het response getoon wat die bevordering van die self en ander se welstand as dryfveer gereflekteer het. Daar is dus feite-kennis met betrekking tot motiewe en dryfvere in die lewe by hierdie ondersoekgroep waarneembaar (spesifiek tot die bevordering van eie en ander se welstand).

❖ **Affektiewe belewing**

Algemene kennis aangaande die ervaring van `n wye spektrum emosies het ook na vore gekom in die onderhoude. Hierdie bewustheid van emosionele belewenisse

vorm deel van die ryke feitlike kennis van die individu. Dit kom voor asof die ondersoekgroep oor die algemeen oor hierdie kennis van emosionele belewenisse beskik, wat strek vanaf emosies van geluk en trots aan die een kant van die kontinuum tot jaloesie, nyd, skuldgevoelens, bitterheid en hartseer aan die ander kant. Versorger # 3 verwys na die emosie van geluk in 'n individu se lewe: “As jy 'n goeie lewe het en jy is gelukkig, waarom verander daaraan?” Versorger # 4 verwys na die gevoelens wat mag ontstaan rondom werk:

“Ek dink dit is 'n goeie ding om te werk... dit bied jou 'n eie identiteit en jy voel jy's nog 'n waardige, trotse mens. Mense maak staat op jou as jy werk en dit laat jou belangrik voel...”

Die emosies wat deur die versorgers beskryf is, bevat ook negatiewe affekbelewenisse en begrip vir die feit dat dit deel uitmaak van die menslike bestaan. Versorger # 4 verwys na gevoelens van jaloesie in verhoudinge (na aanleiding van die lewensprobleem-tekste oor egskeiding):

“Mens weet nie of haar eks-man 'n ander vrou het in sy lewe nie, dan is daar jaloesie... as sy gaan toelaat dat die jaloesie haar gaan opvreet is sy die een wat die swaarste kry in die einde.”

Versorger # 3 het verwys na die bitterheid wat dan kan ontstaan, maar ook dat dit afhang van die betrokke partye se persoonlikheid en die kohesie in die verhouding:

“Ek het 'n vriendin wat geskei is... sy was al die pad verbitterd teen die ander vrou wat haar man mee getroud was... Dit hang af van die persoon se persoonlikheid. As jou man na 'n ander vrou toe gaan, party sal hom haat, ander sal dit nie so erg vat nie, dit hang af hoe na hulle aan mekaar was...”

Hierdie negatiewe affekbelewenisse behels ook hartseer, skuldgevoelens en ander emosies waarna versorger # 6 spesifiek verwys as sy dink aan 'n ma van klein kinders wat besluit het op 'n egskeiding:

“Jy kan `n klein kindjie baie beïnvloed met jou eie gedrag en emosies. As jy heeldag sit en huil, jy kom niks verder nie, jy hoor die kinders praat, maar jy neem nie in nie, dan gaan dit ook nie goed wees vir hulle nie. Jy moet maar mooi besluit daar wat jy gaan doen, wat jy kan doen en wat jy moet sê, terwyl jy jou eie hartseer verwerk... Ons het op die oomblik so `n geval en my kraantjies is net oop as ek daaraan dink. Een van die kleinkinders en haar man het sommer uit die bloute besluit hulle gaan skei. Hulle het twee klein kinders, pragtige kinders, en dit raak verskriklik hartseer... Ek sien veral hulle oudste enetjie van vier jaar, hy is nou vatbaar vir alles. Hy sien sy pa is nie meer by hulle nie, en elke ou dingetjie draai hy toe en dan sê hy dit is vir my pa as hy kom kuier. En die ander ou kleintjie is klein, hy besef nog nie, hy is maar nege maande. Hy is nog `n babatjie. Maar sy moet ook haar kinders se gevoelens nou in ag neem en hulle opvoeding, en die letsels wat gemaak word, en die leemtes wat daar is sal sy moet volstaan. Of dit haar skuld was, of wie se skuld, dit maak nie saak nie, al het sy skuld, moet sy aangaan. Sy moet by hulle wees en weer rustigheid vir die kinders bring, en ook vir haarself, tot sy alles kan aanvaar en aangaan...”

Laastens vermeld versorger # 7 ook die volgende aangaande skuldgevoelens en verwyte: *“I think one always has regrets.”* Versorger # 9 meen egter dat `n mens oor die algemeen die beste doen wat jy in daardie spesifieke omstandighede kon vermag, en daarom dus die troos vir skuldgevoelens wat mag volg:

“Ek het nie skuldgevoelens nie, ook nie teenoor my kinders wat vir my kosbaar is nie. Ek het hulle opgebring volgens my vermoë, onder sekere omstandighede en dit het nie van hulle slegte mense gemaak nie. Ek het met ander woorde nie my opvoeding, finansies en beroep bo hulle gestel nie.”

Ryke feitlike kennis met betrekking tot die gevoelslewe van die mens is gereflekteer in `n magdom verwysings wat deur hierdie ondersoekgroep na die mens se affektiewe belewenisse gemaak is.

❖ Kwesbaarhede

Daar kan volgens Staudinger *et al.* (1994) onderskei word tussen kennis aangaande **sielkundige** en **fisieke** kwesbaarhede. Wat geestesgesondheid betref, maak die versorgers veral melding van toestande soos depressie, hartseer en pyn wat berokken word tydens sekere lewensgebeure. Versorger # 3 dink aan iemand wat geskei is:

“Ek kan my nie in haar situasie indink nie, ek dink nie dit sal lekker wees om dit elke dag te sien nie (haar man en sy nuwe vrou), dit maak net al hoe seerder... die vrou sal heeltemal depressief raak.”

Versorger # 5 verwys ook na die sielkundige kwesbaarheid van die kinders in hierdie omstandighede: *“...dit is vir die kinders `n vreeslike ding om hul ouers so te sien skei.”* Versorger # 6 beaam dit deur die volgende mening te huldig: *“hulle gaan altyd terugdink aan daardie tyd, dit sal met die jare vervaag en so aan, maar die merk is gemaak.”* Versorger # 7 stem hiermee saam: *“... all of them are damaged in a way. I have seen them grow up, they are middle-aged now, but there is still that stigma sort of thing. A scar.”*

Depressie as verskynsel word ook aangeraak deur Versorger # 9: *“...sulke mense voel naderhand daar is `n swaard oor my kop, hoekom moet ek aantrek, hoekom moet ek my mooi maak?”* (met verwysing na die lewensprobleem-tekst waar `n vrou gediagnoseer is met terminale kanker).

Wat betref die **fisieke kwesbaarheid** van die mens is daar dikwels melding gemaak van siekte versus gesondheid. Versorger # 3 vra: *“Hoe is haar gesondheid?”* as sy respondeer op `n lewenstekst wat handel oor werks- en gesinsverpligtinge. Hierdie vraag na fisieke gesondheid, kom by byna al die respondente voor. Versorger # 4 druk dit so uit: *“Ons het nie `n kontrak daarbo nie. Net die liewe Heer ken ons storie, ons lewe kan dalk mos nog tien jaar wees of dalk nie...”*. Die ervaring van pyn kom ook hier na vore as versorger # 5 die volgende vra oor `n terminale siek pasiënt: *“Het sy pyn? As sy pyn het, dan moet sy probeer om dit te laat verdoof...”*

Agteruitgang of fisieke deteriorasie met toenemende ouderdom en siekte word ook aangeraak by die lewensprobleem-teks wat verwys na 'n kankerpatiënt: *“You know, some people who have cancer deteriorate very quickly.”* By besluitneming neem versorger # 2 hierdie fisieke kwesbaarheid in ag as sy dink aan 'n man wat naby aftrede-ouderdom is en nou beroepsveranderinge wil maak: *“hy werk byvoorbeeld 'n jaar daar en sy gesondheid laat hom in die steek, want as mens ouer word, word jou gesondheid nie altyd beter nie...”*

Laastens kyk versorger # 9 terug na haar eie belewenis van die versorgingsproses as sy respondeer op die lewenshersiening-teks:

“...ek is nog steeds bly vir dit wat ek vir my man kon gedoen het, al was dit onder moeilike omstandighede, al het dit aan my gevat, gesondheid, finansieel, kragte, noem dit, ek het my kant gebring.”

Die fisieke kwesbaarheid van die versorger kom in hierdie aanhaling ook duidelik na vore. Dit is juis hierdie besef van 'n mens se eie sielkundige en fisieke kwesbaarheid wat die versorgers se feite-kennis daarvan bevestig. Dit is duidelik dat hierdie ondersoekgroep se eie blootstelling aan lewenservaringe wat te make het met die kwesbaarheid van die mens, 'n bydrae gelewer het tot die mate van feitelike kennis wat hulle rondom hierdie werklikheid van elke mens se bestaan openbaar het.

❖ **Ontwikkelingsfases en mortaliteit**

Die verwysing na ontwikkelingsfases van die mens, maar spesifiek ook na die eindigende aard en tydelikheid van die lewe, maak ook deel uit van die feitelike kennis van die wyse persoon. Dit wil voorkom asof die ondersoekgroep hiermee gekonfronteer is deur hul ervaringe as versorgers van hul huweliksmaats, en veral omdat hul reeds hierdie huweliksmaats aan die dood afgestaan het. Versorger # 3 besef die realiteit van die mens se sterflikheid: *“Wel, ek byvoorbeeld weet dat ek van nou af op geleende tyd leef. Ek is nie meer 'n jongmens wat my lewe voorhet, en hordes beplanning kan doen en so nie.”* Versorger # 4 het ook hierdie besef as sy praat van 'n terminale siek pasiënt (gediagnoseer met kanker): *“Sy moet doen wat sy kan, want netnou is dit te laat.”* Daar is egter ook vermelding van aanvaarding van

hierdie finale lot wat elkeen in die gesig staar. Versorger # 9 dink terug aan die tyd na haar man se heengaan: “...die seer is nog daar, maar ek het dit verwerk, want ek weet ons kon nie die man terughou nie, ons moes aangaan.”

Die dood is egter net `n laaste lewenstaak en dit word voorafgegaan deur `n leeftyd van ontwikkelingsfases. In hulle response het die versorgers verwys na verskeie ontwikkelingsfases soos adolessensie, volwassenheid en bejaardheid. Een van die lewensprobleem-tekse van die instrument verwys na `n man wat alleen gelaat is met sy kinders. Sy ma word gekonfronteer met die vraagstuk of sy betrokke moet raak by die kinders al dan nie. Daar word nie melding gemaak van die persone se ouderdomme in die teks nie. Versorger # 6 meen egter dat, as die kinders adolessente is, hulle meer onafhanklik behoort te wees: “... ek sal vir die kinders se onthalwe na hulle gaan kyk en fisies ondersteun en help, maar dit is alles tydelik, want hulle word groter en hulle het later belange buite en so.” Versorger # 7 beaam dit: “If it is teenagers, nearly leaving school, they would not need her as much.”

Versorger # 1 verwys na die fase van laat-volwassenheid en die tema van werk, as sy respondeer op die lewenshersiening-tekse waar `n vrou reflekteer op haar besluit in haar jeug om nie `n beroep na te volg nie:

“If she was young enough she could still take up a type of profession. You find quite a lot of people doing the things they wanted to do, in their late fifties, once the children are out of the house.”

Uit hierdie aanhalings is dit duidelik dat die versorgers wel oor feite-kennis beskik met betrekking tot die verloop van ontwikkelingsfases. Die realiteite van die mens se verganklikheid het ook duidelik na vore gekom. Dit wil voorkom of die lewenservaringe wat hulle met die verloop van jare opgedoen het, waaronder die versorging van `n hulweliksmaat met Alzheimer se siekte, wél `n groot rol gespeel het in die verwerwing van hierdie kennis.

❖ Menslike gedrag

Die versorgers het insig getoon in verband met die handel en wandel van die mens. Die gedragsmanifestasies waaroor die onderzoekgroep hulle uitgespreek het, het gewissel vanaf konflik, werk en inspanning, tot die aanpak van uitdagings. Ander gedragspatrone wat ter sprake gekom het, is om bystand te lewer of om uit te reik na 'n ander.

Die gedragspatrone wat beskryf is, het hoofsaaklik 'n persoonlike kleur daaraan gehad, soos die versorgers verwys het na hul eie gedragspatrone. Versorger # 3 dink terug aan die konflik tussen haar en haar man: *“Ons het ook maar ons onderonsies gehad. Dan het ek stilgebly en eenkeer toe sê oom Boetie vir my, maak oop jou mond dat ons lekker kan baklei!”*

Die tema van werk het ook sterk na vore gekom in byna al die versorgers se response, versorger # 4 meld byvoorbeeld: *“Jy moet jou brein laat werk, en jy moet betrokke bly, aan die gang bly...”*. Versorger # 8 dink dit is veral belangrik om nie hierdie arbeidsaamheid mettertyd te verloor nie (na aanleiding van die lewensprobleem-tekst wat handel oor 'n vrou wat gediagnoseer word met kanker): *“Jy moet ten alle tye daardie hoop hê om nog iets te bereik, ten spyte van alles.”* In dieselfde asem meld versorger # 1: *“You can’t lie down and bow down to tragedy.”* Die meeste van die versorgers is dit eens dat *“jy die pad moet loop”* (Versorger # 8) en die uitdagings van die lewe moet aangryp. Met hierdie ingesteldheid kom daar weer nuwe krag om ook te kan uitreik na ander en om bystand te verleen. Versorger # 3 meld dat sy *“probeer help waar ek sien hulp nodig is”*, en versorger # 9 meen jy kan bystand lewer, selfs al bevind jy jouself te midde van aanslae (met verwysing na 'n kanker-pasiënt): *“Sy moet uitreik in haar omstandighede, haar siektetoestand, en sy moet uitreik na ander wat ook siek is.”* Versorger # 9 het juis haar eie raad gevolg na haar man se dood, terwyl sy nog gerou het oor haar eggenoot:

“Op my ouderdom kon ek gaan terugsit het en gesê het, die mat is onder my uitgetrek, ek gaan niks doen nie. Ek het my skerwe opgetel en by instansies ingeskakel (soos die kankervereniging).”

Soos voorheen vermeld onder die subopskrif 'motiewe' het hierdie ondergroep `n mate van altruïsme geopenbaar soos ook bevestig word deur die voorafgaande aanhalings.

Ontspanning as basiese menslike behoefte kom egter ook na vore in die response op gedragvlak. Versorger # 1 vermeld die volgende aangaande haar stokperdjies: *"A hobby is a very important thing, it keeps you going. You are never lonely, I keep myself busy, and I think that is very important."*

Hierdie begrip vir die doen en late van die mens wat duidelik na vore kom in die ondergroep se response, maak deel uit van die ryke feite-kennis oor die fundamentele pragmatika van die lewe. Dit vorm verder ook deel van die wyse persoon se verwysingsraamwerk.

❖ **Interpersoonlike verhoudinge**

Feitelike kennis van die sosiale komponent van `n mens se bestaan word vervolgens bespreek na aanleiding van die data. Sosiale interaksie bestaan hoofsaaklik uit die volgende dimensies, soos dit voorgekom het in die versorgers se response: sosiale ondersteuning, gesinsverhoudinge, vriendskappe, asook sosiale isolasie teenoor betrokkenheid. Die versorgers se kennis van die dinamiek in sosiale interaksies het duidelik uit die data na vore gekom.

Gesonde sosiale interaksie het geblyk van kardinale belang te wees. Versorger # 3 spreek haar as volg daaroor uit: *"Ek sorg dat ek goed lewe en dat my verhoudings met my medemense goed is."* Hierdie verhoudinge maak `n groot deel uit van die versorgers se bestaan. Versorger # 4 meen dat jy in `n sekere ondersteuningstruktuur 'ingewortel' is en dat jy jou moeilik daarvan distansieer: *"...jy het jou wortels: jou dokter, jou kerk, jou apteek, jou vriende, dit is moeilik om dan van voor te begin."* (met verwysing na die lewensprobleem-tekst waar `n man naby aftrede-ouderdom is, en hy moontlik moet verhuis om by die hoofkantoor van `n maatskappy te werk). Versorger # 9 sien hierdie sosiale ondersteuning as essensieel: *"Die oomblik wat jy nie meer omgee vir jou medemens nie, dan is jou eie lewe ook nie meer die moeite werd nie."*

Dit is dus duidelik dat verhoudinge waarvan ons deel vorm, ook betekenis aan ons lewe gee. Daarom die betrokkenheid in gesinsverhoudinge en vriendskappe. Versorger # 7 sien die gesin as “*a special thing*” en versorger # 8 het juis bevrediging geput uit hierdie gesinsverhoudinge: “*Ek het bevrediging daaruit gekry dat ek beskikbaar was vir my kinders... ek het seker maar `n versorgingsindroom!*” Vriendskappe en ander interpersoonlike verhoudinge speel ook `n belangrike rol as skans teen sosiale isolasie. Heelwat versorgers het die tema van eensaamheid na vore gebring. Versorger # 4 waarsku daarteen: “*Wat help dit jou jy onttrek jouself van alles, dan word jy net misrabel...*” (met verwysing na die kanker-pasiënt van die lewensprobleemteks). Versorger # 4 benadruk dus die belang van sosiale betrokkenheid ten einde die eensaamheid af te weer: “*Wees betrokke by jou werk en jou gemeenskap en probeer dit doen so lank as moontlik.*”

Soos duidelik blyk vanuit die bogenoemde aanhalings, beskik die ondersoekgroep ook oor feite-kennis aangaande interpersoonlike prosesse en hoe dit aansluit by verhoudinge op elke vlak waar `n mens beweeg. Die verhoudinge waarna verwys is in die response is op intieme vlak, soos dié van eggenote of tussen ander lede van die gesin, vriendskapsverhoudinge en individuele verhoudinge met die gemeenskap as sulks. Hierdie kennis van sosiale-interaksie-patrone maak deel uit van die wyse persoon se ryke feitelike kennis as een van die basiese kriteria vir wysheid.

Algemene kennis as `n komponent van ryke feitelike kennis oor die fundamentele pragmatika van die lewe het dus duidelik na vore gekom in hierdie ondersoekgroep se response op die lewensprobleemtekste wat aan hulle voorgehou is. Dit blyk uit die groot hoeveelheid wysheidsverwante aanhalings met betrekking tot die onderskeie algemene feite-kennis domeine. Dit is uit die onderskeie response duidelik dat daar wel `n mate van algemene kennis aangaande die fundamentele pragmatika van die lewe by die respondente te bespeur was.

7.2.1.2. Spesifieke kennis

Spesifieke kennis oor die fundamentele pragmatika van die lewe is gesetel in die kennis aangaande die alledaagse bestaan van die mens. Respondente met `n hoë mate van spesifieke kennis, sal dus verwys na bykomende temas wat voortspruit uit die

lewensprobleem wat aan hul voorgehou is. Die temas word dan ook in diepte ondersoek deur die wyse persoon. Die spesifieke kennis wat na vore gekom het, sal bespreek word na aanleiding van die metavlak-kriteria (naamlik kontekstualiteit, relativisme en die kennis van lewensonsekerhede in afdelings 7.2.3 tot 7.2.5).

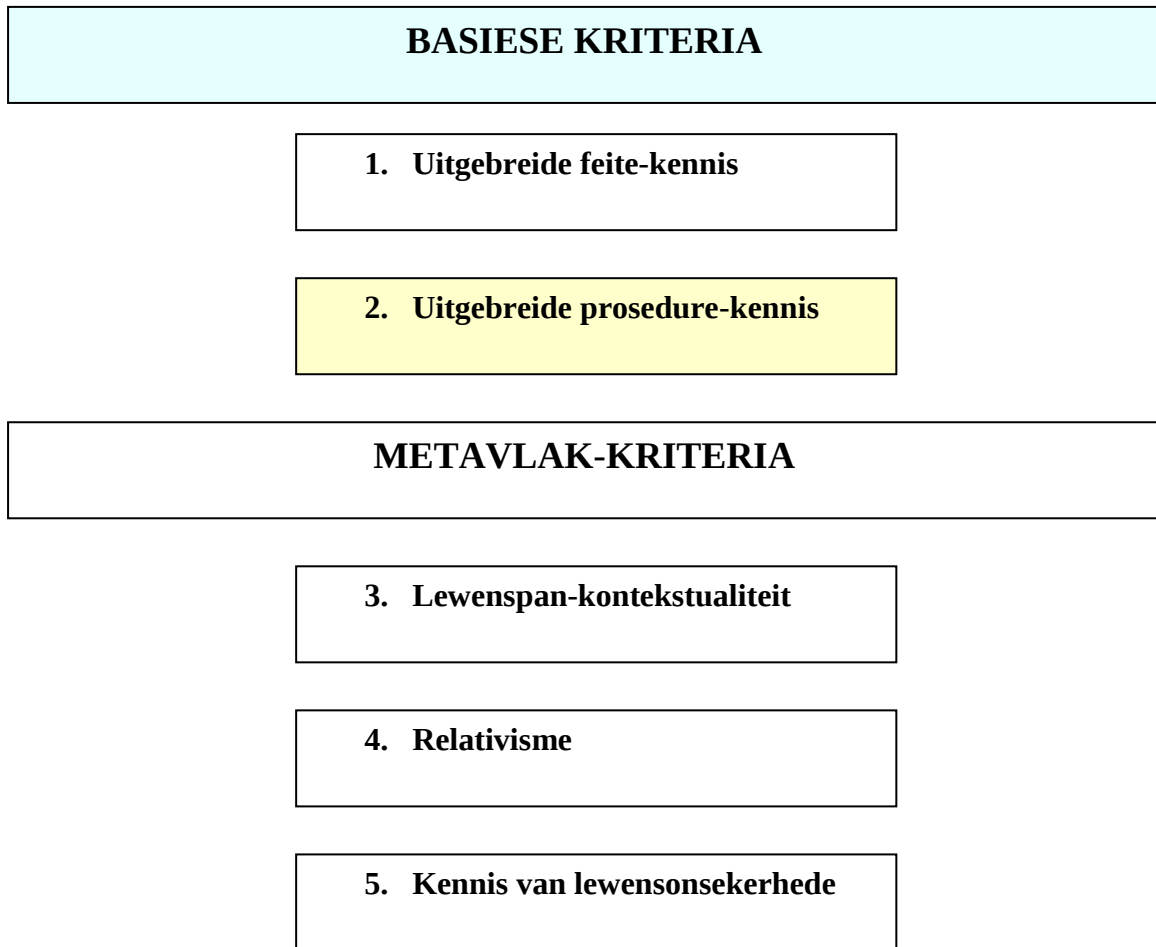
Die fokus verskuif dus nou na die ryke prosedure-kennis van die fundamentele pragmatika van die lewe as tweede wysheidsverwante kriterium. Die wyse persoon het nie alleen feitelike kennis oor die belangrikste areas van die mens se bestaan nie, maar kan hierdie kennis ook prakties aanwend. Hierdie verskynsel word vervolgens bespreek as **uitgebreide prosedure-kennis**.

7.2.2 UITGEBREIDE PROSEDURE-KENNIS

’n Ander voorwaarde vir goeie oordeel in moeilike lewensomstandighede is kennis van die prosedures wat gebruik word om die fundamentele pragmatika van die lewe te hanteer. Ryke prosedure-kennis (sien figuur 17) sluit die kennis van strategieë in om lewensgebeure te interpreteer en te bestuur ongeag of dit in die hede of in die toekoms mag plaasvind.

Ten einde hierdie lewensgebeure te bestuur, voldoen die wyse persoon aan die volgende kwaliteite (Staudinger *et al.*, 1994):

- ❖ Die vermoë tot deurdagte **besluitneming** na afloop van ’n **koste-wins-analise** en die **buigsame beplanning** van verskeie opsies. Die wyse persoon sal ook so veel as moontlik inligting inwin om hierdie besluite te neem en dit beteken noodwendig dat hul ook ander se advies in ag sal neem. Hierdie vermoë tot deurdagte besluitneming behels ook kennis van **wie in ag geneem moet word** tydens hierdie lewensbesluite.
- ❖ Die vermoë om **gebeure in die verlede te sistematiseer en analiseer** ten einde daardie kennis in die hede te kan toepas.
- ❖ Die vermoë om **lewensdoelwitte te formuleer**, sowel as maniere om hierdie doelwitte te bereik.
- ❖ Die vermoë om vir ander **advies** te gee aangaande moeilike lewensituasies.



Figuur 17: Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op uitgebreide prosedure-kennis as basiese kriterium van wysheid (Staudinger *et al.*, 1994)

Die eerste kwaliteit waaraan die persoon met prosedure-kennis gekenmerk kan word, word bespreek, naamlik deurdagte besluitneming.

❖ **Besluitneming**

Wat **besluitneming** betref, was daar veral klem gelê op **koste-wins-analises** in die response van die versorgers. Ter illustrasie, het versorger # 4 dit as volg opgesom: “*Enige besluit wat mens maak, het voor- en nadele.*” Dit is juis hierdie voor- en nadele wat in ag geneem word deur die onderskeie versorgers. Die wysheidskriteria

staan egter nie los van mekaar nie, en versorger # 2 kombineer hierdie koste-wins analise met die advies wat sy aan 'n geskeide vrou (in die lewensprobleemteks) rig:

“Dit wat sy as moontlikhede beskou om te verander sou ek op papier regtig vir haar die voordele en nadele uitwys. Ek sal geen invloed uitoefen op die voordele en nadele nie, al verskil ek van haar opinie, sodat sy self oortuig kan wees hoeveel is voordele en hoeveel is nadele. En dan sou ek wou weet of die plan om totaal te verander kom uit die grond om haar vorige man totaal te vermy, of is dit om hom te straf om die kinders nog verder van hom af weg te vat. As die kwessie saam met die verandering byvoorbeeld 'n baie goeie werk is en sy kan finansiëel beter in hulle behoeftes voorsien, sal ek haar besluit om te verander ondersteun. Daardie voor- en nadele opweeg teen mekaar sal vir haar baie duidelikheid gee.”

Versorger # 2 beklemtoon egter die feit dat 'n mens eienaarskap moet neem vir daardie besluite en dat jy nie altyd tot logiese besluitneming in staat is wanneer jy deur 'n moeilike tydperk gaan nie:

“Is sy 'n mens wat kan pa staan vir haar besluite? As sy uit 'n huwelik kom waar sy nooit geoefen het om besluite te neem nie, sou ek sê dit is veiliger om eers voort te gaan met die situasie waar sy is, hetsy werk, huis, of wat ook al. Totdat sy die rou-gedeelte van die egskedding verwerk het, en dan kan sy begin besluite neem.”

Daar is ook 'n mate van wysheid wat vergestalt word in hierdie versorger se waarskuwing teen impulsiwiteit tydens besluitneming.

Dit is egter selde dat besluite slegs die besluitnemer raak. Die versorgers het telke male verwys na diegene wat ook **in ag geneem moet word**, sowel as die voorwaardes van besluitneming en die moontlike gevolge daarvan. Versorger # 1 meld die volgende, met verwysing na 'n egpaar wat besluit het op 'n egskedding: *“... but you would have to think about the children and how it will affect them.”* Hierdie tema het regdeur die meeste versorgers se response ge-eggo en dit bevestig hul ingesteldheid op die behoeftes van ander as 'n wyse motief in die alledaagse bestaan.

Die onderzoekgroep blyk insig te hê rakende dit wat in ag geneem moet word tydens besluitneming oor die lewe in die algemeen. Koste-wins-analises en buigsame beplanning maak deel uit van die onderzoekgroep se besluitnemingsprosesse en hulle neem ook ander in ag tydens hierdie prosesse. Die response deur lede van die onderzoekgroep het dus die voorkoms van prosedure-kennis, veral aangaande die besluitnemingsproses, getoon.

❖ Die sistematisering en analisering van gebeure in die verlede

Die mate waartoe die prosedure-kennis wat in die verlede opgedoen is, ook in die hede gebruik kan word, word beskou as 'n essensiële komponent van wysheid. Die meeste van die versorgers het die vermoë ontwikkel om selfs deur die versorgingsproses en die gepaardgaande rouproses tot insigte te kom wat hul vandag in staat stel om die lewe weer aan te gryp:

“Ek het nog ses jaar lank (na haar man se afsterwe) in die huis aangebly. Ek sou dink as ek dadelik van huis, of omgewing moes verander, dat ek nooit regtig daaroor sou gekom het nie. Ek het gebly, die herinneringe is daar, die seer is nog daar, maar ek het dit verwerk, want ek weet ons kon nie die man terughou nie, ons moes aangaan. Maar my rouproses was gesond gemaak deur die feit dat ek dit in die gesig gestaar het, dat ek gesien het hoe hy agteruit gegaan het. Ek moet nou van hier af aangaan met die lewe, en nie weghardloop vir die verlede nie. Ek moet die lewe in die gesig staar.”

Hiermee dus 'n goeie voorbeeld van hoe versorger # 9 die vermoë ontwikkel het om gebeure in die verlede te sistematiseer en analiseer ten einde daardie nuwe insigte in die hede aan te wend, soos dit ook in ander versorgers se response te vinde was.

Dit wil voorkom asof die gebeure in hierdie versorgers se verlede daartoe bygedra het dat hulle in hul huidige bestaan oor wysheid beskik om gebeure in die hede te hanteer. Dit blyk duidelik vanuit die sistematiese analise van die gebeure in die versorgers se verlede wat hulle aanwend ten einde sin te maak van hul huidige bestaan. Die onderzoekgroep het dus die vermoë tot sistematisering en analisering van gebeure in die verlede getoon, wat deel uitmaak van die prosedure-kennis van die wyse persoon.

❖ Die opstel van lewensdoelwitte

Die versorgers het egter nie net die hier-en-nou in ag geneem nie, maar het dikwels verwys na die opstel van lewensdoelwitte en maniere om dit te bereik. Versorger # 7 meen dit is belangrik om hierdie doelwitte te koester ten spyte van mislukkings wat daarmee gepaard mag gaan: *“It does not really matter if you failed, but at least you have tried. It is important for you to try, and always have those goals.”* (betreffende die lewenshersieningsteks). Versorger # 8 het egter raad hieromtrent:

“Maar, ek dink die raad wat mens vir iemand kan gee is eintlik om nie te ver vooruit te beplan nie. Dat jy vir jou bereikbare doelstellings daarstel. Mens moet nie `n ding dink wat jy glad nie kan doen nie, dit veroorsaak net stres.”

Ook in hierdie domein van prosedure-kennis het die onderzoekgroep oor die algemeen insig getoon, waarvan bogenoemde aanhalings slegs enkele voorbeelde is.

❖ Die vermoë om advies te gee

Soos dit duidelik blyk uit die laasgenoemde aanhaling uit die onderhoud met versorger # 8, het die versorgers oor `n besondere vermoë geblyk te beskik om **advies te gee**. Hierdie raadgewende vermoë maak ook deel uit van die uitgebreide prosedure- kennis waaroor hierdie onderzoekgroep beskik het. Die data is so ryk dat dit afbreuk daaraan sal doen om slegs enkele voorbeelde van hierdie versorgers se magdom raad aangaande die fundamentele pragmatika van die lewe uit te lig. Een voorbeeld daarvan lui egter as volg, soos vermeld deur versorger # 9 vanuit haar eie lewenshersiening:

“Ek het ingespring en by instansies betrokke geraak en dit het my gehelp. Nie dat ek daardie persoon nou probeer vergeet het nie. Maar om aan jouself te werk. Dit lyk vir my dit is die opdraende stryd, om vir jouself te leer om te begin dinge doen en te lewe vir jouself. Ek het `n vriendin wie se man sommer net aan `n hartaanval dood is. En sy het absoluut handdoek ingegooi. Sy het nie uitgereik nie, sy het gesit en sy het niks aan haarself gedoen nie. Sy het aan daardie dooie man gekleef. Sy het nie eers sy klere van hom weggegee

nie. En dit was vir my traumaties. En ek het eendag vir haar gesê dat dit nie 'n oplossing is nie en sy het my baie kwalik geneem. Ek het vir haar gesê dat sy moet onthou haar lewe gaan voort. Jy lewe nog, jy is nie dood nie. Werk aan jouself, jou lewe gaan voort. Sy sê elke dag nou vir my, sy onthou nog my woorde en dat sy my kwalik geneem het en toe sy nou mooi daaroor nadink, het sy besef ek het 'n punt beet. Toe sê ek vir haar, dit is nie nodig om van alles ontslae te raak nie, maar sy klere gaan hom nie terugbring nie, gee dit vir liefdadigheid en gebruik jy dan die hangkas, dan kan jy dit mos benut. Dit was my raad aan haar.”

Die versorgers het egter oor die algemeen nie 'n houding van betersweterigheid ten toon gestel nie. Intendeel stel versorger # 3 haar huiwering om raad af te dwing soos volg: “Jy kan nie inmeng met 'n ander mens nie. Ek dink ook nie ek sal vir haar raad kan gee nie.” Dit verhoed egter nie die versorgers om hierdie kennis wat gekom het met die blootstelling aan ervarings mee te deel nie. Versorger # 5 druk haar gewilligheid om ander by te staan in 'n raadgewende hoedanigheid as volg uit:

“Enige dinge wat hulle vir my wil vra, moet hulle vra, soos wat hulle voel om te vra, dan moet hulle vir my duidelik vra. Enige raad wat hulle wil hê, enige inligting wat hulle wil hê, dan as ek kan, sal ek dit vir hulle gee.”

Die ryke feitelike kennis waaroor hierdie versorgers beskik, word dus nie net in hul eie lewens aangewend deur hul prosedure-kennis nie, maar hul poog ook ander se lewens te verlig daarmee deur hul raadgewende aard. Die versorgers het dus die vermoë ontwikkel om advies te lewer aangaande die fundamentele pragmatika van die lewe, wat deel uitmaak van die prosedure-kennis waaroor 'n wyse persoon beskik.

Die ondersoekgroep van hierdie studie het **prosedure-kennis** getoon soos gereflekteer deur die aanhalings wat voorgehou is. Hierdie prosedure-kennis is onder andere gereflekteer in die besluitnemingsproses, en dit wat in ag geneem moet word by die neem van besluite. Prosedure-kennis kom ook na vore in die ondersoekgroep se vermoë om gebeure in die verlede te sistematiseer en analiseer, en om hierdie kennis dan in die hede, en in hul toekomsbeplanning toe te pas. Vanweë hierdie

prosedure-kennis waaroor die onderzoekgroep beskik, is hul daartoe in staat om in 'n raadgevende hoedanigheid op te tree.

Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat hierdie onderzoekgroep oor **feite-kennis** beskik en dat hul ook die vermoë het om hierdie kennis toe te pas soos aangedui deur die **prosedure-kennis** van die onderzoekgroep. Daar kon in die response dus aanduidings gevind word dat die lede van die onderzoekgroep beskik oor hierdie **basiese kriteria vir wysheid** soos dit geformuleer is in die BWP (Staudinger *et al.*, 1994).

7.2.3 LEWENSPAN-KONTEKSTUALITEIT

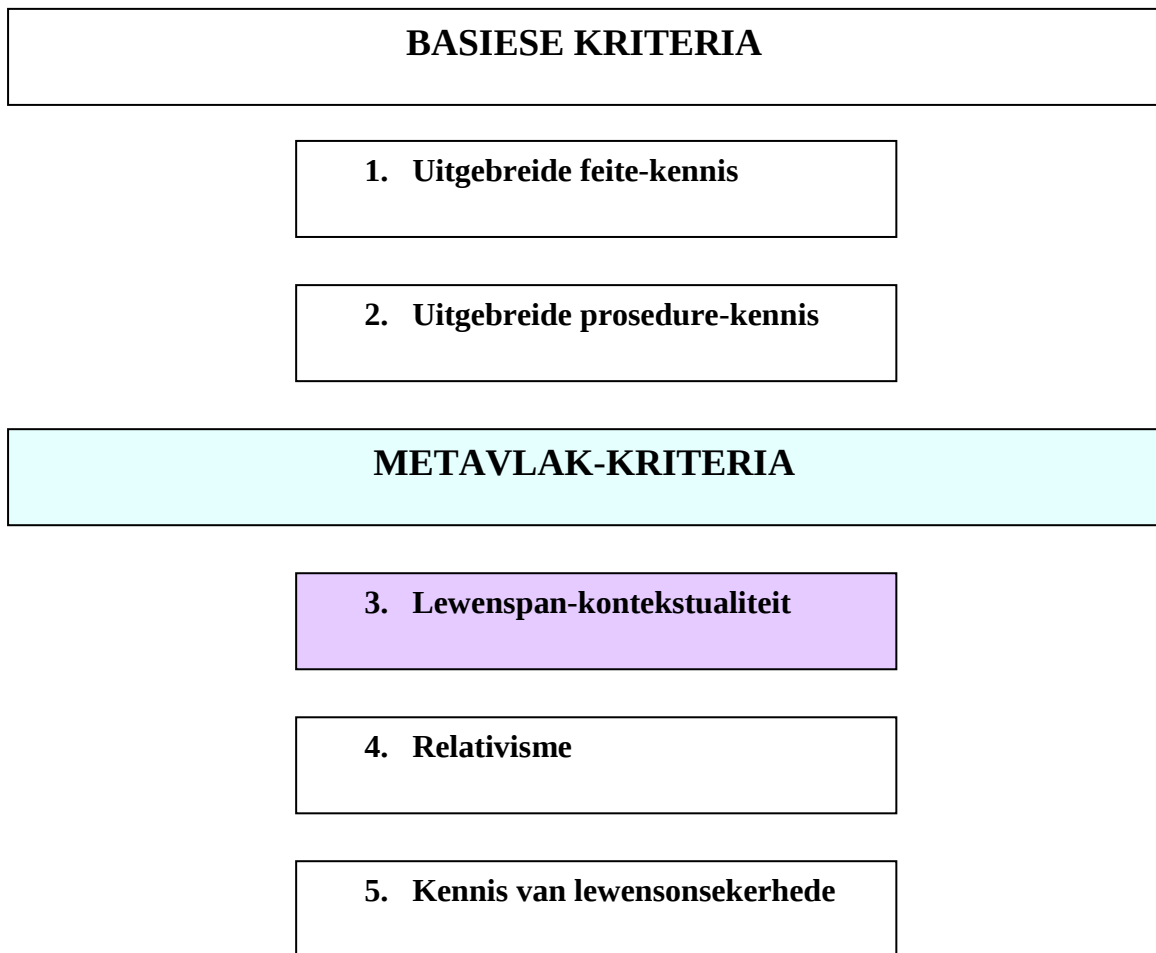
Kontekstuele denke is onontbeerlik as dit kom by goeie oordeel in moeilike lewensomstandighede, en dit is die **eerste metavlak-kriterium** van wysheid wat bespreek sal word (sien figuur 18). Mense en gebeure kan nie in isolasie beskou word nie. Die wyse persoon neem dus die verskeie tydsaspekte (verlede, hede en toekoms), sowel as die tematiese kontekste (soos familie, vriende, werk en ontspanning) van 'n lewensprobleem in ag wanneer hulle na oplossings vir hierdie probleme op soek is.

Daar word hoofsaaklik onderskei tussen drie lewenspan-kontekste soos voorgestel deur Staudinger *et al.* (1994):

- ❖ **Ouderdomsverwante kontekste,**
- ❖ **kulturele kontekste** en
- ❖ **biografiese kontekste** wat elk onderskeidelik bespreek sal word.

Staudinger *et al.* (1994) maak egter ook daarvan melding dat hierdie drie kontekste

- ❖ voortdurend in **interaksie** met mekaar is, dat daar
- ❖ **konflik en spanning** tussen hierdie **lewenskontekste** kan ontstaan en dat
- ❖ die rangorde van verskeie kontekste kan verander soos ons **prioriteite** met die verloop van tyd verander.



Figuur 18: Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op lewenspan-kontekstualiteit as metavlak-kriterium van wysheid (Staudinger *et al.*, 1994).

“ Ja dit is moeilik om as buitestaander te oorweeg wat jy moet doen, daar is so baie omstandighede waarna jy moet kyk!” (Versorger # 3)

Die drie lewenspan-kontekste word vervolgens eers beskryf na aanleiding van die resultate verkry uit die wysheidsonderhoude.

❖ Ouderdomsverwante kontekste

Ouderdomsverwante kontekste verwys na die take wat geassosieer word met sekere fases van ontwikkeling. Die versorgers het voortdurend daarna verwys dat die ouderdom van die karakters in die fiktiewe lewensprobleme 'n belangrike rol sou

speel. Die meeste verwysings na ouderdomsverwante kontekste is, soos verwag sou word, dié temas wat na vore kom tydens bejaardheid (die ouderdomsgroep waarin die versorgers val). Versorger # 8 meld dat aanpassing by nuwe omstandighede byvoorbeeld algaande moeiliker raak met toenemende ouderdom (met verwysing na die lewensprobleem-teks waar 'n man van 63 voor 'n kruispad staan in sy beroepslewe):

“Ek kry eintlik vir Jack jammer, want op hierdie ouderdom van hom (63) moet dit vir hom baie moeilik wees om by 'n nuwe bestuur aan te sluit... as mens nou in ag neem hoeveel aanpassings ek moes maak toe ek hierheen gekom het. Dit was vreemde mense, en heeltemal vreemd om op 'n nuwe plek aan te kom, dit is baie moeilik...”

Die ondersoekgroep het as geheel telke male na ouderdomsverwante kontekste en die rol wat dit speel by die verskeie lewensprobleemtekste van die instrument verwys. Dit blyk dat hierdie versorgers tot 'n sekere mate kontekstualiteit, as wysheidsverwante faktor, in gedagte hou wanneer lewensprobleme hanteer word.

❖ **Kulturele kontekste**

Kulturele kontekste verwys na verskeie historiese tydspanne en gebeure wat daartydens plaasgevind het. Die response van die versorgers het sosio-historiese temas bevat soos werkloosheid wat aan die toeneem is, en geslagsdiskriminasie wat opgehef word. Versorger # 7 verwys byvoorbeeld na haar ma wat op 'n hoë ouderdom 'n verbasende poging aangewend het om haar gevorderde bestuurderslisensie te verkry, ten spyte daarvan dat so iets nie normaalweg van 'n vrou van haar ouderdom verwag word nie:

“I can remember being so admiring of my mother, she could not drive a car and she was probably 50, and she learned how to drive a car, and she said: ‘Well, that is not enough for me, I am going to get my advanced driving test’. And she did. By that time she was probably 55. I thought it was jolly guts. She was very much a homy lady, she married when she was 20 and she had daughters. So it was just a little goal, but I admired her for that. It was quite

an achievement. You see, in your generation, all the girls are on a level with the boys. But my mother's generation was not like that, and mine was not very like that. So, perhaps that is why I admired her so much more."

Kulturele kontekste en sosio-historiese gebeure het in so 'n mate in die response van die onderzoekgroep voorgekom, dat die afleiding gemaak kan word dat hierdie groep kulturele kontekstualiteit (as wysheids-element) in ag neem tydens die hantering van die vraagstukke van die lewe.

❖ **Biografiese kontekste**

Biografiese kontekste wat in die versorgers se response na vore gekom het, is onder andere die volgende lewensbeskrywende faktore: sosio-ekonomiese status, huwelikstatus, gesinstrukture, die gemeenskap en geografiese ligging.

Wat betref die sosio-ekonomiese status as biografiese konteks, is daar dikwels verwys na finansies en beleggings of sekuriteit wat 'n invloed mag hê op 'n persoon se bestaan. Versorger # 4 meen:

"Deesdae met die ekonomie is die mense se kanse nie meer so goed nie, jy moet liewerster sorg vir jou toekoms. Kry vir jouself sekuriteit, sodat jy ten minste die lewensgehalte kan handhaaf waaraan jy gewoond was."

Dit is egter nie net finansiële sekuriteit wat ons lewensgehalte bepaal nie. Versorger # 2 verwys onder andere ook na die belang van die gemeenskap: *"Dus is die gemeenskapsopinie baie belangrik, want hulle is die mense wat jou bystaan..."* (met verwysing na die gemeenskap se reaksie teenoor 'n geskeide persoon). Die onderzoekgroep as geheel het biografiese kontekste in ag geneem met die oorweging van die hantering van lewensprobleme, wat wys op die teenwoordigheid van kontekstuele denke soos wat volgens Staudinger *et al.* (1994) by die wyse persoon na vore kom.

As metavlak-kriteria kom die vermoë tot kontekstuele denke dus na vore by hierdie onderzoekgroep. Hulle neem voortdurend ouderdomsverwante, kulturele en

biografiese kontekste in ag wat hul response inkleur, met die wete dat verskeie kontekste deel is van ons alledaagse bestaan en dat daar 'n kaleidoskoop van faktore is wat 'n rol speel by die fundamentele pragmatika van die lewe.

❖ **Interaksie van die kontekste**

Staudinger *et al.* (1994) verwys daarna dat die wyse persoon daarvan bewus is dat die ouderdomsverwante, kulturele en biografiese kontekste nie afsonderlik beskou kan word nie. Die onderskeie kontekste vorm 'n sisteem wat in sy totaliteit in ag geneem moet word wanneer lewensprobleme hanteer word. Begrip vir hierdie interaksie van verskillende kontekste blyk duidelik na vore te kom in die versorgers se response. Versorger # 3 neem verskeie kontekste gelyktydig in ag as sy respondeer op die lewensprobleemteks waar 'Jana' met 'n maligne kanker gediagnoseer is:

“Wat het Jana gedoen? Hoe was sy betrokke by die lewe? Is sy 'n geredde mens? Weet sy waarheen sy op pad is met haar lewe? Hoe is haar gesondheid? En as sy nou baie siek word, het sy genoeg geld om haarself te laat versorg?”

Die ondersoekgroep se response het telke male verwys na onderskeie kontekste wat in ag geneem moet word en in hoe 'n mate dit mekaar behoort te beïnvloed.

❖ **Konflik en spanning tussen lewenskontekste**

Daar is ook dikwels konflik en spanning tussen die onderskeie lewenskontekste en rolle wat vervul word deur individue (Staudinger *et al.*, 1994). Versorger # 6 beskryf, as voorbeeld van die ondersoekgroep se vermoë om rollekonflik in ag te neem, die volgende in haar eie woorde (met verwysing na 'n lewensprobleemteks van 'n vrou van gevorderde ouderdom wat pas 'n besigheidsgraad voltooi het, en nou gehoor het dat haar seun alleen gelaat is om na sy kinders om te sien):

“...sy kan aangaan met haar studies, maar dan het sy 'n dubbele rol. Sy wil 'n ogie oor die kinders hou, vir die huishouding, en haar seun as die man van die huis sorg, en haarself in haar werk uitleef...”

Soos dit blyk vanuit die laasgenoemde voorbeeld, het die meeste versorgers telkens die konflik wat mag ontstaan tussen verskeie lewenskontekste, in ag geneem in hulle response.

❖ **Prioriteite wat verander oor tyd**

Laastens verwys Staudinger *et al.* (1994) na prioriteite wat ook oor tyd kan verander. Die verhouding tussen verskeie areas van 'n individu se lewe kan in terme van die struktuur en die rangorde van belangrikheid verander. 'n Aanhaling van versorger # 9 illustreer dit treffend: *“Dit wat aanvanklik vir jou belangrik was, is dalk nie die belangrikste in die lewe nie. Daar is ander goed wat prioriteit het, soos jou gesin. Soos jou kinders...”* (na aanleiding van die lewenshersiening-teks).

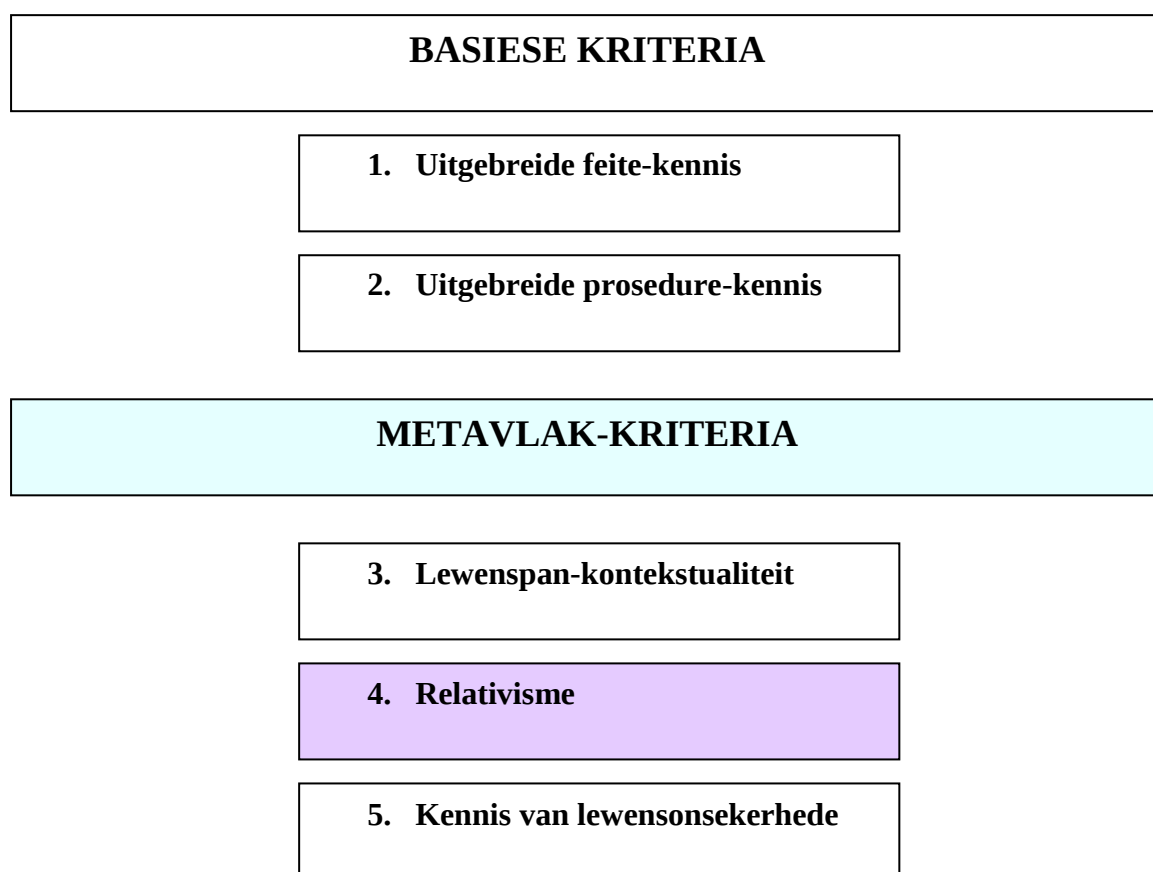
In die lig hiervan moet daar in gedagte gehou word dat die konteks waarin hierdie versorgers hulself bevind, ook 'n invloed het op hoe hulle hierdie lewensprobleme aanspreek. Die groep se begrip vir verskeie lewenskontekste word nietemin in die response op die lewensprobleem-tekste gereflekteer. Oor die algemeen blyk die ondersoekgroep te beskik oor die vermoë tot kontekstuele denke as die eerste metavlak-kriterium vir wysheid en wysheidsverwante gedrag. Daar word vervolgens verwys na relativisme as tweede metavlak-kriterium van wysheidsverwante gedrag.

7.2.4 RELATIVISME

Die tweede metavlak-kriterium van wysheidsverwante gedrag is die bewustheid van die relatiwiteit van individuele of kulturele waardes en lewensdoelwitte (Staudinger *et al.*, 1994). Dit impliseer begrip vir die feit dat daar in die samelewing waardes en doelwitte mag voorkom wat verskil van die individu se eie stel waardes en doelwitte. Hierdie verskille is ingebed in verskillende persoonlikhede, prioriteite sowel as relevante kulturele en sosiale verwagtinge en evalueringe. Soos vermeld in hoofstuk vyf (afdeling 5.4.1) word daar dus van die deskundige op die gebied van lewenspragmatiek verwag om 'n hoë mate van buigsaamheid te toon met betrekking tot waardes wanneer die lewensgeskiedenis en -besluite van ander beoordeel word (Baltes & Smith, 1990). **Relativisme** as metavlak-kriterium van wysheid word vervolgens bespreek, soos aangedui in figuur 19.

Uitsonderlike denke wat **relativisme** betref, word gekenmerk deur die volgende:

- ❖ Die vermoë tot **distansiëring van persoonlike waardes**, met respek vir, en oorweging van alternatiewe perspektiewe.
- ❖ **Buigsaamheid en `n onpartydige houding** in die formulering van moontlike oplossings wat voorgestel word vir spesifieke lewensprobleme.
- ❖ **Waarde-relativisme** as perspektief, wat dui op die insig dat daar meervoudige oplossings bestaan vir `n lewensprobleem, afhangende van die waardes en doelwitte wat aangeneem word wanneer `n lewensprobleem bespreek word.
- ❖ Die wete dat totale relativisme onaanvaarbaar is en dat daar wel `n beperkte hoeveelheid **universele waardes** bestaan wat basiese menslike beginsels omvat en wat nie lukraak verander kan word nie.



Figuur 19: Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op relativisme as metavlak-kriterium van wysheid (Staudinger *et al.*, 1994).

❖ Die distansiëring van persoonlike waardes

Die versorgers het dikwels ander se waardes en doelwitte in ag geneem, met spesifieke verwysing na hoe ander persone die situasie sou beskou of hanteer. Versorger # 1 vermeld: *“It is just up to the individual”*. Sy meld ook dat dit moeilik is om te respondeer op `n spesifieke lewensprobleem, want: *“different people have got different ideas”*. Versorger # 3 waak eweneens om haar waardes op `n ander af te dwing: *“Jy kan nie inmeng met `n ander mens nie...”*. Versorger # 6 maak die beskeie opmerking: *“Ja, maar dit is maar net my eie opinie...”*, en versorger # 2 neem ook in ag dat haar raad alleen sinvol sal wees indien dit aanklank vind by die ontvanger se geaardheid (met verwysing na `n vrou wat besluit het op `n egskeiding):

“...mits haar aard pas by so `n lewe. As haar geaardheid haar lewe lank was om `n rustige, nie-deelnemende mens te wees, sou ek glad nie aanbeveel dat sy `n ommekeer op hierdie stadium van haar lewe bewerkstellig nie.”

Hierdie **distansiëring van hul eie waardesisteem** het ook na vore gekom in die versorgers se verdere in agneming van die rol wat persoonlikheid speel. Versorger # 7 meld die volgende aangaande `n vrou, gediagnoseer met kanker:

“Yes, even if she did know that she would die within a year, her personality would play a big role in her decision to maybe continue with her life she has been living.”

Versorger # 3 dink aan haar geskeide vriendin se persoonlikheid:

“Hang af van die persoon se persoonlikheid. Ek het `n vriendin wat geskei is, en sy was al die pad verbitterd teen die ander vrou wat haar man mee getroud was. Soos wat sy nou vir my gesê het, sy het `n groot sak klippe saamgedra en nou is haar man dood. `n Paar weke voor sy dood het hy haar om verskoning gevra en na sy dood het sy gesê haar sak klippe is nou weg. Dit hang af van die persoon se persoonlikheid. As jou man na `n ander vrou toe gaan, party sal hom haat, ander sal dit nie so erg vat nie...”

Die onderzoekgroep het dus in hul response die vermoë getoon om alternatiewe waardes en perspektiewe te respekteer en te oorweeg. Daar is 'n bewustheid van die invloed van verskille wat betref kulturele en sosiale agtergrond van mense by hierdie onderzoekgroep te vinde. Die invloed van variërende persoonlikheidsverwante konstrunkte kom ook na vore in die onderzoekgroep se response. Hul beskik dus oor die vermoë om hulself te distansieer van hul eie waardes, ten einde 'n wyse standpunt in te neem, sodat elkeen se waardes en lewensiening in ag geneem word.

❖ **Buigsaamheid en onpartydigheid**

Relativisme behels ook die vermoë tot **buigsame en onpartydige oorweging** van lewensprobleme. As voorbeeld vermeld Versorger # 2 die volgende as sy raad gee vir egpare wat 'n egskeiding oorweeg:

“Die eerste wat ek by haar sou wou uitvind, is wat die agtergrond van die egskeiding is, nie die agtergrond van háár storie nie. Ek wil tog weet wat haar belewenis is van dit wat tot die egskeiding aanleiding gegee het. As dit moontlik was, sou ek graag haar man se weergawe ook wou hoor. Dikwels dink mense hulle weet wat ander dink, maar as jy dit van twee kante af hoor, dan kry jy 'n baie nader beeld van die werklikheid...”

Hiermee dus 'n aanhaling van hierdie versorger wat dien as illustrasie van hoe die onderzoekgroep as geheel, oor die algemeen 'n onpartydige en buigsame uitkyk in hul oordeel van ander se gedrag geopenbaar het.

Dit kom voor asof die onderzoekgroep ook die vermoë geopenbaar het om buigsaamheid toe te pas as dit kom by die neem van besluite en die moontlikhede wat dan oorweeg moet word, soos bespreek word onder waarde-relativisme.

❖ **Waarde-relativisme**

Verskeie moontlikhede is deur die respondente oorweeg by die hantering van lewensprobleme, in terme van waardes en doelwitte (gebaseer op byvoorbeeld

persoonlikheidseienskappe) wat 'n mens tydens die definiëring en bespreking van hierdie lewensprobleme demonstreer (**waarde-relativisme**). Versorger # 6 waarsku die vrou wat moet besluit of sy wil voortgaan met haar besigheid, en of sy haar seun gaan help om sy kinders groot te maak:

“Daardie dinge moet jy alles oorweeg en voorhou voor jy 'n vaste besluit neem. So kyk eers die kat uit die boom uit voor jy finaal besluit. Geen oorhaastige besluite nie, alle dinge moet eers in aanmerking geneem word.”

Versorger # 9 beaam dit verder: *“Jy moet eers na al die opsies kyk”*. Die versorgers erken ook dat daar nie veralgemenings gemaak kan word wat betref die hantering van lewensprobleme nie, en hierin is daar 'n mate van waarde-relativisme gesetel. Versorger # 8 dink aan 'n persoon wat naby aftrede is, en dat sy hantering van sy lewenskrisis grootliks sal afhang van sy eie persoonlikheid-samestelling en die stel doelwitte en waardes wat hy koester (hierdie persoon moet op die ouderdom van 63 jaar besluit of hy vroeg gaan aftree of hy gaan skuif na die maatskappy se hoofkantoor):

“Ek dink hy sal seker gaan vir die 2 jaar se salaris, en dan op 'n vroeë aftrede gaan, maar dit hang elke keer af van hoe mens hy is, van dit wat vir hom belangrik is. As jy nog fiks is, en of jy nog geesdriftig genoeg is om te werk, om nog te kan aangaan... Party mense sal dit kan doen, ander sal nie kan nie.”

Die onderzoekgroep toon oor die algemeen die insig dat daar meervoudige oplossings bestaan vir 'n probleem, afhangende van die **waardes en doelstellings** wat deur elke individu gestel sal word. Hierdie waarde-relativisme sensitiseer die wyse persoon om alles in ag te neem by die definiëring en bespreking van 'n lewensprobleem, soos wat ook gereflekteer is in hierdie onderzoekgroep se response tydens die wysheidsonderhoud, in die besonder met verwysing na individuele verskille wat betref waardes en doelstellings.

❖ Universele waardes

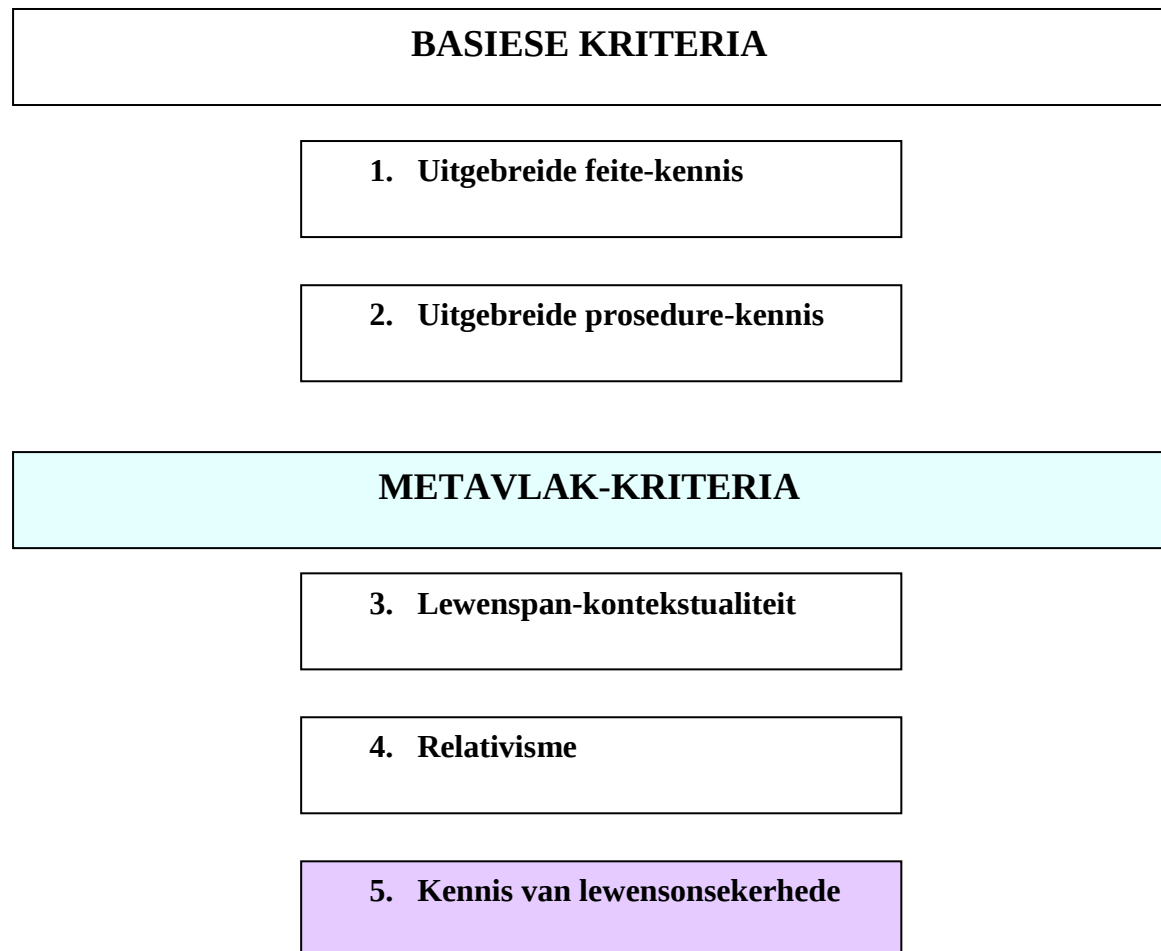
Daar is tóg nog **universele waardes** wat geld en wat daarop dui dat relativisme nie totaal arbitrêr is nie (Staudinger *et al.*, 1994). Versorger # 3 dink aan die waarde van jou reputasie en die naam wat jy dra: “*Maar jy het tog daardie, jou naam, dit is meer werd as geld.*” Hierdie stelling van Versorger # 3 illustreer dat waardes oor die grense van kulturele en persoonlike waardes kan beweeg, en dat daar tóg universele waardes geld. Die onderzoekgroep het wel tot ’n mindere mate na hierdie eenvormige waardes verwys, en dus in hulle response totale relativisme misken. Basiese menslike beginsels soos liefde en menswaardigheid is byvoorbeeld telkemale beklemtoon. Versorger # 3 meld: “*jy moet ander liefhê...*” en versorger # 2 meen: “*...jy moet nog altyd jou menswaardigheid behou*”. Die onderzoekgroep het dus insig getoon in die feit dat daar sekere universele waardes is wat geld, en deel uitmaak van selfs die wyse persoon se bestaan.

Die versorgers blyk ’n ingesteldheid van relativisme te hê in hul oorweging van lewensprobleme as daar in ag geneem word dat hul die vermoë het tot die volgende: Om hulself te distansieer van hul eie waardesisteem en vervolgens ook buigsaamheid en onpartydigheid te openbaar in hul oordeel van ander se gedrag. Die onderzoekgroep het ook die vermoë tot waarde-relativisme getoon, waar hul bewus was van die feit dat individuele waardes en doelwitte ’n groot rol speel by die hantering van lewensprobleme, alhoewel hul egter steeds erken dat sekere universele waardes geld. Hul het daarmee ’n buigsaamheid getoon wat betref waardes in die beoordeling van ander se lewensgeskiedenis en besluite, en dus toon hierdie onderzoekgroep ook relativisme (as metavlak-kriteria van wysheid volgens die BWP). Die laaste van die metavlak-kriteria, wat verwys na kennis van die onbeslisheid en onvoorspelbaarheid van die lewe, word vervolgens bespreek.

7.2.5 KENNIS VAN LEWENSONSEKERHEDE

Die laaste voorwaarde (kriterium) vir goeie oordeel in moeilike lewensomstandighede wat in die BWP vermeld word, is die **kennis van lewensonsekerhede** (sien figuur 20). Dit behels kennis van die feit dat die lewe relatief onvoorspelbaar is, en dat lewensbesluite, -interpretasies, en -planne nooit vry sal wees van onsekerhede nie.

Die toekoms kan dus nie ten volle voorspel en beheer word nie. Dit geld egter ook vir lewenshersiening en die besef dat 'n absoluut korrekte interpretasie van die verlede nie moontlik is nie, aangesien daar steeds sekere onsekerhede opgesluit is in die verlede en hede (Staudinger *et al.*, 1994).



Figuur 20: Die vyf kriteria van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' met die klem op die kennis van lewensonsekerhede as metavlak-kriterium van wysheid (Staudinger *et al.*, 1994).

Uitsonderlike kennis en denke wat die lewensonsekerhede erken, word hoofsaaklik gekarakteriseer deur die volgende (Staudinger *et al.*, 1994):

- ❖ Die erkenning dat **onverwagte individuele of sosiale gebeure** en ontwikkelings mag plaasvind.

- ❖ Iemand wat daartoe in staat is om die uitkoms van lewensonsekerhede te **skat**, behoort in staat te wees om te bepaal wat geneig is om te gebeur tydens sekere lewensfases en wat die beste interpretasie van en huidige oplossing sou wees vir `n lewensprobleem.
- ❖ `n Persoon behoort daartoe in staat te wees om **lewensonsekerhede suksesvol te bestuur**. Hier word genoeg inligting ingewin, of die persoon maak staat op sy/haar oordeelsvermoë om die gebeurtenis op `n konstruktiewe wyse aan te spreek.
- ❖ Die vermoë om **advies** te gee **aangaande lewensonsekerhede**.

❖ Onverwagte individuele of sosiale gebeure

Die realiteit van onverwagte gebeure staar elkeen in die gesig. Versorger # 1 meld die volgende in respons op die lewenshersheningstekst:

“...things are thrown at you, things you don’t expect, because I never expected this to ever happen. And even when we knew Raymond had Alzheimers, and in the back of my mind I thought we will have him for a long time yet, luckily for him and for us, he moved quickly.”

Versorger # 1 het egter tot die insig gekom dat hierdie gebeure gaan plaasvind en dat dit tot `n mate aanvaar moet word:

“If they get ill, it is very hard to say how they are going to react, but I feel, life is today, you just have to go forward with whatever is put in front of you. You’ve got to live with it.”

Versorger # 6 beklemtoon ook dat onverwagte gebeure soos chroniese siektetoestande `n realiteit is: *“Ek sal sê sy moet nie al haar erfgeld spandeer nie, want sy kan in die toekoms siek word, sy kan bedleënd word en dan mag sy versorging nodig kry* (met verwysing na die lewensprobleemtekste waar `n vrou `n groot som geld erf en moet besluit of sy haar lewensstyl daarby gaan aanpas). Hierdie aanhaling verteenwoordig die bewustheid van onsekerheid, asook van die feit dat die mens hom-/haarself so goed as moontlik moet toerus om hierdie onsekerheid te bowe te kom.

Die onderzoekgroep het self ook idiosinkratiese gebeure in hul lewens ervaar. Die diagnosering van hul eggenote as pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly was vir elkeen 'n onverwagte gebeurtenis.

Die onderzoekgroep het egter die vermoë ontwikkel om lewensonsekerhede te bestuur, soos aangedui sal word deur hul vermoë om te skat wat die uitkoms van gebeure mag wees en om dan advies daaroor te lewer.

❖ **Die vermoë om lewensonsekerhede te bestuur (deur skattinge en advies aangaande lewensonsekerhede)**

'n Wyse persoon beskik oor strategieë om lewensonsekerhede te bowe te kom (Baltes & Smith, 1990). Die wyse persoon kan dus waag om waarskynlikheidskattinge rakende die moontlike voorkoms van gebeure in verskillende lewensfases te maak. Op grond van hierdie **skattinge** sal goeie raad dus gegee kan word oor die moontlikheid van sukses of mislukking van sekere besluite, ten spyte van die onvoorspelbaarheid van situasies.

Die versorgers het heelwat **advies rakende die bestuur van lewensonsekerhede** in hul response gelever. Versorger # 4 beskryf die proses van losmaak van dit wat vir jou kosbaar is (as jy onseker is of dit wel aan jou behoort), aan die hand van 'n welbekende spreekwoord in respons op die lewenshersheningsteks:

“As jy iemand wil hou, laat hom gaan. As dit joune is, sal dit terugkom, en as dit gaan en dit kom nie terug nie, dan was dit nooit joune gewees nie. Jy moet laat gaan...”

Die ondertoon van die versorgers se advies rakende lewensonsekerhede het egter 'n positiewe ingesteldheid openbaar te midde van die aanslae en onsekerhede van die lewe. Versorger # 8 meld die volgende ten opsigte van 'n vrou wat 'n egskeiding deurmaak: “...sy moet uit daardie doodloopstraat kan uitbeweeg. Sy sal die pad moet loop. Ek het geleer of daar nou dood is of nie.... Dit is ook maar so, 'n mens moet aangaan met die lewe...”. Versorger # 2 verwys na 'n kankerpatiënt wat onlangs gediagnoseer is, en onseker is van dit wat nou voorlê:

“Ek sou voorstel dat sy kennis inwin van die waarskynlike verloop van haar siekte, sodat sy goed ingelig is omtrent dit wat sy kan verwag. Ek sal vir haar aanraai om mediese hulp te aanvaar sover as moontlik... So, definitief om haar lewenskwaliteit in stand te hou so lank as moontlik.”

Versorger # 9 beaam hierdie stelling: *“Jy moet nie handdoek ingooi nie. Jy moet aangaan, ten spyte daarvan dat jy sterwend is.”* Sy meld ook: *“Jy moet dit maar aanvaar, daarmee leef en aangaan.”* Met hierdie voorbeelde van die onderzoekgroep se response kom dit duidelik na vore dat die versorgers oor die algemeen `n positiewe ingesteldheid het as hul advies lewer oor hoe om die onvoorspelbaarhede van die lewe te hanteer. Die onderzoekgroep se aanvaarding van onvoorspelbare gebeure reflekteer dus ook `n tipe vasberadenheid en krag (psigofortaliteit).

In die lig van hierdie positiewe ingesteldheid onder die versorgers, laat dit `n mens wonder wat dit is wat hierdie onderzoekgroep in staat stel om so `n positiewe ingesteldheid te handhaaf ten spyte van hul eie swaarkry tydens en ná afloop van die versorgingsproses. Ten einde `n kwantitatiewe aanduiding te verkry van die mate van psigofortaliteit wat teenwoordig is by die onderzoekgroep, word daar verwysing gemaak na die onderskeie psigofortigene vraelyste wat afgeneem is (deel II van hierdie hoofstuk, afdeling 7.3).

7.2.6 SAMEVATTEND

Dit is duidelik dat hierdie onderzoekgroep oor `n sekere mate van wysheidsverwante kennis, insig en gedrag beskik, soos gereflekteer deur die ryke data wat na vore gekom het tydens die ontledingsproses wat met behulp van die vyf kriteria van die BWP (Staudinger *et al.*, 1994) gedoen is. Wat betref die basiese kriteria van wysheid het heelwat van die versorgers ryke feitelike kennis openbaar, soos gereflekteer word in die omvattende data oor byna elke dimensie van die menslike bestaan, waaronder: Motiewe, emosies, kwesbaarhede, lewensfases, gedrag en interpersoonlike verhoudinge. Hierdie algemene kennis (en soos later gesien kan word, ook spesifieke kennis) wat van die versorgers openbaar het, word egter ook toegepas, en lewer `n bydrae tot die voorkoms van prosedure-kennis wat in afdeling 7.2.2 bespreek is.

Sekere lede van die onderzoekgroep het ook oor die vermoë beskik om advies te lewer oor die fundamentele pragmatika van die lewe.

Aanduidings van die teenwoordigheid van die metavlak-kriteria van wysheid, soos gestel deur die BWP, was ook in talle van hul response te vinde. Talle versorgers het die vermoë tot kontekstuele denke getoon deur ouderdomsverwante, kulturele, en biografiese kontekste in ag te neem in hul response. Die interaksie van lewenskontekste is egter ook aangeraak, sowel as die rollekonflik wat binne hierdie kontekste mag ontstaan, veral as prioriteite verander met die verloop van tyd. Heelwat versorgers het ook 'n mate van relativisme getoon deur hul distansiëring van persoonlike waardes ten einde ander met respek te bejeën. Hierdie versorgers se buigsame, onpartydige houding teenoor ander het na vore gekom en meervoudige oplossings en alternatiewe is oorweeg met inagnome van individuele waardes en doelwitstellings. Sekere universele waardes soos liefde en menswaardigheid het egter steeds na vore gekom. Laastens het sommige versorgers in die onderzoekgroep ook begrip openbaar vir die feit dat die lewe soms onverwagte gebeure na 'n mens se kant toe kan gooi. Hierdie lewensonsekerhede word egter met grasie hanteer as gevolg van hierdie versorgers se vermoë om hierdie lewensonsekerhede te bestuur en om advies daaromtrent te lewer. Met die voorkoms van die metavlak-kriteria van die BWP in die onderzoekgroep se response, kan daar ook met redelike sekerheid gesê word dat die groep oor die algemeen oor 'n mate van spesifieke kennis (as deel van die basiese kriteria vir wysheid: Feitelike kennis) beskik.

Behalwe vir die bevestiging van die voorkoms van wysheidsverwante gedrag het deel I, as die kwalitatiewe data-analise van die wysheid-onderhoud, duidelik getoon dat die meeste van die versorgers in die onderzoekgroep oor 'n positiewe ingesteldheid beskik, ten spyte van aanslae van die lewe, en meer spesifiek die stres meegebring deur die versorgingsituasie. Soos reeds vermeld, wonder 'n mens wat dié versorgers in staat stel om staande te bly ten spyte van hul eie versorgings- en latere rouproses wat hul meegemaak het met hul eggenote wat aan Alzheimer se siekte gely het. Die mate van psigofortaliteit, wat moontlik hier 'n rol mag speel, word in deel II ondersoek met behulp van die genoemde kwantitatiewe vraelyste.

Dit is dus duidelik dat die onderzoekgroep oor die algemeen eienskappe getoon het wat herinner aan die kriteria van die BWP.

7.3 DEEL II: KWANTITATIEWE ONTLEDING VAN DIE VRAELYTE

7.3.1 BIOGRAFIESE VRAELYTE

Die volgende inligting is met behulp van die biografiese vraelyste ingewin:

Die onderzoekgroep het bestaan uit nege dames wat deel van die OVV se Alzheimer-ondersteuningsgroep uitgemaak het. Hul huweliksmaats was elkeen vroeër gediagnoseer met Alzheimer se siekte, en was reeds oorlede ten tyde van hierdie ondersoek.

Die ouderdomme van die respondente het gestrek vanaf 66 jaar tot 82 jaar, met 73 jaar as die gemiddelde ouderdom van hierdie groep versorgers.

Die versorgers het hulself vir periodes van 1 tot 10 jaar in die versorgingsrol bevind, met 'n gemiddelde versorgingstydperk van 4 jaar. Die lede van die onderzoekgroep het elkeen aangedui dat hierdie versorgingstaak elke uur van die dag in beslag geneem het met response soos die volgende: “*Voltyds*”, “*24 uur van die dag*”, “*36 uur van 'n 24-uur dag*”, “*Al die ure wat my man wakker was*”. Hierdie response gee 'n aanduiding van die intensiteit van die versorgingsrol, soos ervaar deur die versorgers.

7.3.2 SIELKUNDIGE WELSTAND-VRAELYTE

Die resultate van die sielkundige welstand-vraelyste, naamlik die Lewenstevredenheidskaal (Diener *et al.*, 1985), die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1993) en die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998), word vervolgens bespreek.

7.3.2.1 Lewenstevredenheidskaal/ *Satisfaction with life scale (SWLS)* (Diener *et al.*, 1985)

Diener *et al.* (1985) beskou 'n telling van 5 en 'n telling van 35 as aanduidend van onderskeidelik 'n lae en 'n hoë mate van lewenstevredenheid wat die respondent ervaar. Die gemiddelde lewenstevredenheidstelling van 23.44 wat by hierdie ondersoekgroep gevind is, lê tussen die genoemde tellings. Die ondersoekgroep as geheel toon dus 'n gemiddelde mate van subjektiewe lewenstevredenheid en sielkundige welstand, met 'n standaardafwyking van 6.46 en 'n mediaan van 26. Dit is duidelik dat hierdie ondersoekgroep, ten spyte van die lewenstressore, steeds in staat was om 'n redelike mate van lewenstevredenheid te handhaaf. Die hoogste telling wat gerapporteer is, is 30 en die laagste telling is 12. Hoewel die ondersoekgroep dus nie uitermate gelukkig was ten tyde van die invul van die vraelys nie, het die gemiddelde tellings tog gedui op die bestaan van 'n positiewe beoordeling van hulle onderskeie situasies.

7.3.2.2 Koherensiesinvraelys/ *Sense of Coherence Scale (SOC)* (Antonovsky, 1987)

Die Koherensiesinvraelys het potensiële minimum- en maksimumtellings van 29 en 203. Die ondersoekgroep het 'n redelike mate van verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid aan hul lewensomstandighede en die stressore wat hul ervaar, toegeskryf, soos aangedui deur die groeps-gemiddeld van 145.22 op hierdie vraelys (met 'n standaardafwyking van 16.64, en 'n mediaan van 143).

Antonovsky (1987) het dit verkies dat die vraelys in sy geheel beoordeel moet word, aangesien die subskale so interverweef is. Daar word egter tóg verwys na die resultate van die onderskeie subskale van hierdie instrument om 'n kwantitatiewe aanduiding van die verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid wat die versorgers aan hul situasies toeskryf, te verkry. Die groep se gemiddelde tellings, standaardafwykings en mediaan op die verstaanbaarheid-, beheerbaarheid-, en betekenisvolheid-subskale word dus in tabel 6 weergegee.

Die maksimum moontlike tellings wat behaalbaar is vir die onderskeie subskale is as volg: 77 vir verstaanbaarheid, 70 vir beheerbaarheid, en 56 vir betekenisvolheid.

Tabel 6: Die resultate van die subskale van die Koherensiesinvraelys

Subskaal	Gemiddelde	Maksimum moontlike tellings	Standaardafwyking	Mediaan
Verstaanbaarheid	49.44	77	8.31	48
Beheerbaarheid	50.11	70	5.58	48
Betekenisvolheid	45.67	56	8.39	47
Totaaltelling vir die hele ondersoekgroep	145.22	203	16.64	143

Die ondersoekgroep het 'n gemiddelde telling behaal op die verstaanbaarheid- en die beheerbaarheid-subskale van die Koherensiesinvraelys, wat daarop dui dat hierdie groep die stimuli waaraan hul blootgestel word tot 'n redelike mate as gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar sien, en dat hulle in dieselfde mate glo dat daar hulpbronne beskikbaar is om die eise van die stimuli te hanteer.

Die ondersoekgroep as geheel het egter 'n bo-gemiddelde mate van betekenisvolheid gevind met 'n gemiddelde telling van 45.67 vanuit 'n maksimum moontlike telling van 56. Die groep versorgers het dus 'n redelike hoë mate van betekenis kon vind in hul situasie ten tyde van die invul van die Koherensiesinvraelys. Hierdie ondersoekgroep het dus, ten spyte van hul uitdagings, die lewe tot 'n groot mate steeds as sinvol beskou. Die onderskeie lede van die ondersoekgroep beskik dus steeds oor die vermoë om uitdagings te kan identifiseer wat die moeite werd is om aan te pak, en dan energie te bestee in die hantering daarvan.

7.3.2.3 Fortaliteitsvraelys/ *Fortitude Questionnaire (FORQ)* (Pretorius, 1998)

Pretorius (1998) het die tellings van 58 en 65 op die Fortaliteitsvraelys as aanduidend van onderskeidelik lae en hoë vlakke van sielkundige sterkte beskou. Die ondersoekgroep het met 'n groepgemiddeld van 60.78 (met 'n standaardafwyking van 11.78 en 'n mediaan van 65) ook tussen hierdie lae en hoë vlak fortaliteitstellings gelê, wat aanduidend is van 'n gemiddelde mate van sielkundige krag of sterkte. Die onderskeie subskale van die Fortaliteitsvraelys word aangedui in tabel 7.

Die maksimum tellings wat moontlik behaal kan word op die Fortaliteitsvraelys vir die onderskeie subskale, is 28 vir beide die positiewe beoordelende bewustheid van die self en die gesinsomgewing, en 24 vir die positiewe beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander.

Tabel 7: Die resultate van die subskale van die Fortaliteitsvraelys

Subskaal	Gemiddelde	Maksimum moontlike telling	Standaardafwyking	Mediaan
Positiewe beoordelende bewustheid van die:				
Self	19.77	28	2.22	19
Gesinsomgewing	20.67	28	6.04	24
Ondersteuning van ander	20.33	24	4.55	21
Totaaltellings vir die hele ondersoekgroep	60.78	80	11.78	65

Die ondersoekgroep het tot 'n redelike mate die self en die gesinsomgewing as positief beoordeel ten tyde van die invul van die Fortaliteitsvraelys. Hulle het egter 'n bo-gemiddelde positiewe beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander

ten toon gestel met die groeps-gemiddeld van 20.33 uit 'n moontlike maksimum telling van 24, wat moontlik mag wees vanweë hul betrokkenheid by die Alzheimer-ondersteuningsgroep.

7.3.2.4 Samevatting: Die bevindinge van die kwantitatiewe ontleding van die sielkundige welstand-vraelyste

Soos reeds in hoofstuk twee vermeld is, het die diagnose van Alzheimer se siekte 'n geweldige impak op die versorger van die gediagnoseerde pasiënt. Dit is dus verrassend dat die ondersoekgroep van hierdie studie wel 'n mate van lewenstevredenheid openbaar. Dit is belangrik om te onthou dat die vraelyste afgeneem is ná die afsterwe van hierdie versorgers se eggenote. Sommige van die versorgers was steeds gewikkel in 'n rouproses, maar ten spyte daarvan het die ondersoekgroep as geheel 'n redelike positiewe beoordeling van hul situasie ten toon gestel, soos bevind is op die Lewenstevredenheidskaal, Diener *et al.* (1985).

Die ondersoekgroep het verder 'n gemiddelde telling behaal op die verstaanbaarheid- en die beheerbaarheid-subskale van die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1987), maar hul 'n bo-gemiddelde mate van betekenisvolheid gevind in hul situasie, soos ook bepaal deur middel van hierdie vraelys.

Wat betref die mate van psigofortaliteit wat by hierdie ondersoekgroep te bespeur is, het hulle tot 'n redelike mate die self en die gesinsomgewing as positief beoordeel ten tyde van die invul van die Fortaliteitsvraelys, met 'n bo-gemiddelde positiewe beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander.

Dit is dus duidelik uit die bostaande resultate dat die ondersoekgroep beskik oor 'n redelike mate van lewenstevredenheid, koherensiesin en psigofortaliteit, ten spyte van die lewenstressore waaraan hulle blootgestel is. Dit is verder ook moontlik dat die behoud van die ondersoekgroep se koherensiesin en psigofortaliteit juis 'n bydrae gemaak het tot die versorgers se behoud van lewenstevredenheid. Die vraag ontstaan egter hoe dit vir hierdie ondersoekgroep moontlik was om wel hulle koherensiesin en sielkundige sterkte te behou. Wysheid as potensiële psigofortigene faktor mag moontlik 'n rol speel by die behoud van die versorger se koherensiesin en sielkundige

sterkte. Dit is dan ook hierdie moontlike verband en/of gesamentlike verskynsel van wysheid en ‘koherensiesin’, en wysheid en ‘psigofortaliteit’ wat gevolglik bespreek sal word in afdeling 7.4.

7.4 DEEL III: KWALITATIEWE ONTLEDING VAN DIE ONGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE EN DAGBOEKMATERIAAL

Ongestruktureerde onderhoude wat met die respondente gevoer is oor hulle ervarings as versorgers, asook dagboekmateriaal wat deur sommige van hulle beskikbaar gestel is, is kwalitatief ontleed met behulp van die NUD*IST (1999) programmatuur. Die kernelemente van psigofortigenese is tydens hierdie ontledingsproses as vertrekpunt gebruik, terwyl daar veral op die ‘gesondwees’ van die onderzoekgroep met betrekking tot hulle algemene funksionering gelet is. Die onderzoekgroep se vermoë om die versorgingsproses en verlies van hul eggenote suksesvol te hanteer en verwerk, het dus veral onder die soeklig gekom, tesame met hul potensiële vermoë om wysheid tydens die hantering van hierdie uitdagings te openbaar. Die salutogene konstruk van ‘koherensiesin’ vorm die raamwerk waarvolgens hierdie ervarings van die onderzoekgroep bespreek sal word en waar die subkategorieë van ‘koherensiesin’ in verband gebring sal word met die konstruk wysheid.

Koherensiesin behels die mate van verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid wat respondente binne die versorgingsituasie en die gepaardgaande rouproses kon vind. Binne die kader van psigofortigenese sal daar ook melding gemaak word van die onderskeie weerstandshulpbronne (*GRRs*) wat vermeld is deur hierdie onderzoekgroep. Verwysing na wysheidsverwante elemente wat tydens die ongestruktureerde onderhoude en in die dagboeke na vore gekom het, word weer eens bespreek volgens kriteria van die BWP (Staudinger *et al.*, 1994).

Die psigofortigene raamwerk wat pas beskryf is, word dus aangewend ten einde die moontlike verband tussen die konstrakte van koherensiesin en wysheid uit te wys. Die resultate sal waarskynlik lig werp op die waarde van wysheid as potensiële

psigofortigene konstruk in die hantering en versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte.

Laastens sal daar kortliks ook verwys word na die konsep ‘psigofortaliteit’ (Pretorius, 1998) en hoe hierdie positiewe beoordelende bewustheid van die self, die gesin, en die ondersteuning van ander vergestalt is in die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal van hierdie ondersoekgroep, en hoe dit moontlik verband hou met wysheid.

7.4.1 VERSTAANBAARHEID

Soos in hoofstuk vier (afdeling 4.5.1) reeds bespreek is, behels verstaanbaarheid ‘n gevoel van vertrouwe by ‘n individu dat die stimuli waaraan hy/sy blootgestel word gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar is. Indien daar wel ‘n verrassende gebeurtenis sou plaasvind, glo die individu met ‘n hoë mate van verstaanbaarheid dat die voorkoms daarvan wel verklaar sal kan word.

In hierdie gedeelte sal aanhalings vanuit die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal benut word ten einde die mate van verstaanbaarheid wat by hierdie ondersoekgroep te bespeur was kwalitatief te beskryf. Daar bestaan egter moontlik ‘n verband tussen die voorkoms van wysheid en die voorkoms van begrip vir hul situasies (dus verstaanbaarheid) by hierdie ondersoekgroep. Dit is juis hierdie moontlike verband wat onder die soeklig sal kom deur ook verwysings te maak na die wysheidsverwante elemente wat in hierdie aanhalings na vore kom (soos beskryf in die BWP), en waarskynlik ‘n bydrae maak tot die mate van verstaanbaarheid wat die respondent aan sy/haar situasie koppel. Hierdie is ‘n poging om die verband (kwalitatief) tussen ‘verstaanbaarheid’ as element van ‘koherensiesin’ en wysheid soos beskryf in die BWP uit te wys. Daar word begin met die eerste basiese kriterium van wysheid volgens die BWP, naamlik ‘feitelike kennis’.

Die elemente wat die subkriteria van ‘feitelike kennis’ verteenwoordig sal telkens in vetgedrukte letters aangedui word (**bold**), ten einde struktuur te verleen aan die bespreking, aangesien hierdie abstrakte konstrakte se bespreking, vanweë die

uitgebreide aard daarvan, moeisaam kan wees om te volg. Hierdie subkriteria van wysheid is reeds bespreek in deel I van hierdie hoofstuk (sien afdeling 7.2).

7.4.1.1 Die verband tussen feitelike kennis en verstaanbaarheid

Feitelike kennis in die konteks van wysheid, soos beskryf in die BWP (Staudinger *et al.*, 1994), moet nie verwar word met intellektuele kennis nie (sien afdelings 5.3 en 7.2.1). Die persoon wat oor feitelike kennis beskik, sal begrip vir die volgende in pag hê (subkriteria van ‘feitelike kennis’ as basiese wysheidskriterium): **Motiewe** wat die mens dryf (veral om op jou **eie en ander se behoeftes ingestel te wees**); die ervaring en kennis van `n wye spektrum **affektiewe belewenisse**; bewustheid van die sielkundige en fisieke **kwesbaarheid** van die mens; die realiteit dat die mens sal **sterf**, en dat hy/sy deur `n aantal **ontwikkelingsfases** gaan in `n leeftyd; begrip vir `n wye spektrum van **menslike gedrag** en laastens ook vir die **dinamiek in interpersoonlike verhoudinge**.

In die response van die versorgers het dit duidelik geblyk dat hulle gepoog het om kognitiewe sin te maak uit hulle lewensomstandighede, alhoewel dit aanvanklik `n onbegonne taak geblyk te wees het. Hierdie soeke na verstaanbaarheid in `n moeilike lewensituasie word deur Versorger # 8 geïllustreer in haar dagboek. Sy meld dat sy nie haar man, gediagnoseer met Alzheimer se siekte, se gedrag kon begryp nie:

“Vanmôre vroeg voor ek opstaan toe vra hy: ‘Waar is my flits?’ Nou weet ek dis amper lig, hy’t nie een nodig nie, die kamer is so lig en ons gebruik nooit `n flits nie. Ek hou my in en sê net: ‘Ek weet nie’, en kom verby. `n Kwartier later vra hy weer: ‘Waar is my flits, weet jy nie?’ En dit is hier dat ek weer in die klei trap. Ek vra: ‘Wat wil jy met hom maak? Dit is al lig.’ Die antwoord: ‘Ek het nie vir `n duiwelse preek gevra nie, ek wil net `n eenvoudige antwoord hê, `n ja of `n nee.’ Dit is die oplossing wat ek nie onder die knie kan kry nie. Die antwoorde kan soms nie `n ja of `n nee wees nie, maar hy wil dit so hê. Soos die een: ‘Het ek die rewolwer vir Hannes gegee om in die kluis te sit?’ Die rewolwers is almal by Bennie (hul seun). Dit is op sy naam. Ek vra dus rustig en kalm: ‘Van watter rewolwer praat jy?’ Hy sê dit is die een wat hy gebruik het toe ons laas gery het. Ek verduidelik dat die rewolwer op Bennie se naam is en dat ons dit nie gebruik het nie. ‘Nou waar is my boekie dan?’

Ek vra watter boekie en hy antwoord: ‘My ID-boekie’. Sien op die ou end kom ons toe by sy ID boek uit. Niks is meer logies, relevant nie. DIS SO DÊM GRIEKS.”

Hierdie selfde versorger het later in `n terapeutiese sessie met haar berader tot nuwe insigte gekom. Sy het in `n poging om sin te maak uit haar eie ervarings, fiktiewe verhale geskryf oor vroue wat soortgelyke ervarings as sy meemaak. Sy het tydens terapie begin verstaan watter doel hierdie verhale eintlik gedien het:

“Ek en dominee Daneel (haar berader) het my verhale onder andere bespreek. In albei verhale is dit die vrou in die verhaal wat die verandering moet deurleef om haar omstandighede te verbeter. Die sielkundige term is transformasie. Ek is nou besig om al my verhale deur te lees en tans is dit die tema van almal. `n Vrou se trauma en hartseer, haar stryd om oorlewing. Toe dominee dit vir my sê het ek begin huil, en dit gebeur net as ons by `n groot waarheid uitkom. Hy het gevra hoekom ek huil en ek kon nie praat nie. Toe sê ek: ‘Die vrou is ek!’ Dis ek wat deur al die jare van ons huwelik moes toegee en verander. Pieter (haar man) is nie `n mens vir veranderings of toegewings nie, nou nog erger vandat hy siek is. Dis van my wat ek al die jare geskryf het. Ek kon dit nie verwoord nie. Ek was te lojaal om so iets selfs byvoorbeeld vir my suster te vertel. My emosies moes uitkom en die Goeie Gewer het my die vermoë gegee om dit neer te skryf. Al my stories is eintlik my lewensverhaal. Sonder dat ek dit weet het ek my storie vertel en niemand het dit geweet om daaroor te praat of te skinder nie...”

Versorger # 8 het dus tot `n nuwe begrip (en ‘verstaanbaarheid’) gekom vir dit wat sy meegemaak het tydens die versorgingsproses deur te reflekteer op die verhale wat sy geskryf het. Hiermee openbaar sy ook `n groot mate van **algemene feite-kennis** as wysheidselement deur haar insig in die **dinamiek van** haar en haar man se huweliks**verhouding**. Sy het dus die vermoë ontwikkel om interaksionele patrone te verstaan, wat deel uitmaak van die wyse persoon se ryke feitelike kennis as basiese kriterium van wysheid.

Sy het ook besef dat die **motief** vir die skryf van haar verhale was om haar lojaliteit in die huwelik te beskerm, en nie haar man se swakpunte te ontbloot nie. Sy het hom dus ook in ag geneem, al was dit ten koste van haarself. Ten einde laaste het sy egter die vermoë gehad om in kontak te kom met haar eie emosies rondom haar ervaringe. Hierdie wete dat sy haar **affektiewe belewenis** tot uiting moes bring, maak ook deel uit van die wyse persoon se feite-kennis. Sy kon op 'n punt kom waar sy haar eie, en **haar man se behoeftes in ag kon neem**, net soos 'n wyse persoon ook op sy/haar eie en ander se gewin fokus.

Daar is soortgelyke feite-kennis geopenbaar in ander lede van die onderzoekgroep se response, wat ook deel uitgemaak het van hul copingproses tydens die versorging van hul eggenote en ook na hul eggenote gesterf het.

Daar sal vervolgens verwys word na voorbeelde van die prosedure-kennis wat lede van die onderzoekgroep geopenbaar het, en hoe dit moontlik verband hou met die 'verstaanbaarheid' wat hulle aan hul situasies toegeskryf het, soos vermeld in die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal.

7.4.1.2 Die verband tussen prosedure-kennis en verstaanbaarheid

Ryke prosedure-kennis, soos geopenbaar deur die wyse persoon, sluit die kennis van strategieë in om lewensgebeure te **interpreteer** en te **bestuur** met behulp van die volgende kwaliteite: Die vermoë tot insiggewende **besluitneming** na die voltooiing van 'n **koste-wins-analise** en die **buigsame beplanning** van verskeie opsies; om so veel as moontlik inligting in te win en ander se advies in ag te neem; die vermoë om **gebeure in die verlede te sistematiseer en te analiseer** ten einde daardie kennis in die hede te kan toepas; om **lewensdoelwitte te formuleer**, sowel as maniere om hierdie doelwitte te bereik; en laastens om **advies** te gee aangaande moeilike lewenssituasies.

Om na 'n persoon met Alzheimer se siekte om te sien, is nie 'n aangename taak nie, maar 'n persoon met 'n hoë indeks van verstaanbaarheid met betrekking tot die situasie maak sin uit selfs onwenslike gebeure. Dit kan egter nie gebeur solank die versorger nie verstaan wat met hul huweliksmaats, as slagoffers van Alzheimer se

siekte, gebeur nie. Versorger # 5 beweer dit is die feit dat ander nie die pasiënt verstaan nie, wat vrese vir hierdie siektetoestand veroorsaak. Sy verwys na haar kleinkinders wat ook gepoog het om hul oupa se vreemde gedrag te begryp:

“Die kleinkinders het my ook deurgedra, hulle was vir hulle oupa so lief. ... Die enetjie het altyd vir hom `n ou hasie gegee, want Oupa kan nie alleen slaap nie. Hulle het hulle Oupa so mooi behandel, want jy weet, daar was `n stadium wat hulle hier sou sit en speel by hom, en netnou dan huil hulle, dan soek hulle hul speelgoed. Dan het Oupa alles agter sy rug weggesteek. Sulke dinge, dan het ek maar mooi verduidelik, hulle het baie mooi geweet wat makeer hulle oupa. Dit het jy nodig, dat jou familie sal verstaan en nie jou eenkant toe moet gooi nie, of bang wees nie. My ou man was nooit aggressief nie. DIS ONKUNDE WAT MENS BANG MAAK.”

Hierdie versorger het dus `n poging aangewend om die kleinkinders te laat verstaan wat hul oupa makeer, sodat hul mettertyd ook daarmee kon cope en hom dan: “so mooi kon behandel.” Ten einde aan `n kindjie te kon verduidelik wat met `n persoon gebeur wat aan Alzheimer se siekte ly, behoort die versorger allereers daardie insig self te bekom. Die versorgers het telke male verwys na die rol van psigo-opleiding en ander bronne van inligting wat hul in staat gestel het om die verloop van Alzheimer se siekte beter te verstaan. Versorger # 5 vermeld hoedat sy **inligting ingewin** het oor haar man se diagnose ten einde dit beter te begryp:

“... van die dag wat die dokter vir ons gesê het hy het Alzheimer in 1992, het my lewe net so omgeslaan. En toe het ek nou ewe skielik besef, ek het nog nooit van Alzheimer gehoor voor dit nie. Ons dokter in Kimberley het vir my, waar die oom by was, mooi verduidelik wat hy dink dit is, en gesê hy sal vir ons na `n neuroloog toe stuur. Toe het ek my kinders gebel en ons het besluit ons moet onmiddellik begin soek wat is Alzheimer se siekte. Dan tref dit jou en ek het my man op hoogte gehou, ek het hom presies gesê dit is wat die dokter vir ons sê wat met jou verkeerd is. En snaaks hy was nooit een dag opstandig nie, hy het net een keer gevra, nou wanneer hou hierdie siekte dan op...”

Om soveel moontlik **inligting in te win** ten einde 'n gebeurtenis beter te verstaan, getuig van wysheid. Dit mag toekomstige **besluitneming** fasiliteer as al die feite in ag geneem kan word en ander se advies oorweeg is. Die proses waardeur inligting ingewin is oor hulle huweliksmaats se siekte, het bygedra tot die verstaanbaarheid wat versorgers aan hul situasies gekoppel het, asook die prosedure-kennis waaroor hulle beskik het as een van die basiese kriteria van wysheid.

Prosedure-kennis as basiese kriterium van wysheid volgens die BWP is op sigself 'n soeke na die korrekte interpretasie van lewensgebeure, wat niks anders is as om 'verstaanbaarheid' na te streef in 'n moeilike lewensomstandigheid nie. Die ondersoekgroep as geheel het veral inligtingsbronne soos literatuur en professionele persone geraadpleeg ten einde 'n groter mate van verstaanbaarheid te bekom van Alzheimer se siekte en die verloop daarvan. Die gebruik van hierdie algemene weerstandshulpbronne as inligtingsbronne verteenwoordig ook 'n vorm van prosedure-kennis as basiese wysheidskriterium (volgens die BWP).

7.4.1.3 Die verband tussen kontekstualiteit en verstaanbaarheid

Kontekstualiteit as metavlak-kriterium van wysheid volgens die BWP, behels die onderskeid tussen lewenspan-kontekste soos: **Ouderdomsverwante kontekste, kulturele kontekste en biografiese kontekste**. Dit behels egter ook die besef dat hierdie kontekste voortdurend in **interaksie** is met mekaar, en dat 'n mens se **prioriteite oor tyd mag verander**.

Die versorgers het oor die algemeen verwys na ouderdomsverwante kontekste wat betref bejaardheid en hulle eie ervarings tydens hierdie ontwikkelingsfase. Binne die vermelding van hierdie kontekste het lede van die groep veral verwys na hulle prioriteite wat verander het oor tyd, waar die fokus geskuif het van die versorging van hul eggenote na die bystand van ander in soortgelyke situasies. Hierdie prioriteitsverandering maak egter eerder deel uit van die sin en betekenis wat die ondersoekgroep in hulle eie bestaan kon vind (as derde konsep van die konstruk 'koherensiesin') en sal gevolglik bespreek word in afdeling 7.4.3.3.

7.4.1.4 Die verband tussen relativisme en verstaanbaarheid

Relativisme as metavlak-kriterium van wysheid, soos beskryf in die BWP, behels hoofsaaklik die volgende: Die vermoë tot **distansiëring van persoonlike waardes**, met respek en oorweging vir alternatiewe perspektiewe; die handhawing van 'n **buigsame en 'n onpartydige houding, waarde-relativisme** as perspektief, wat dui op die insig dat daar meervoudige oplossings bestaan vir 'n lewensprobleem, afhangende van die waardes en doelwitte wat aangeneem word wanneer 'n lewensprobleem bespreek word; en laastens die wete dat totale relativisme onaanvaarbaar is, en dat daar wel 'n beperkte hoeveelheid **universele waardes** bestaan wat basiese menslikheidsbeginsels omvat.

Die ondersoekgroep se soeke na inligting rondom Alzheimer se siekte en die verloop daarvan, bring beter begrip vir die siektetoestand en daarom speel psigo-opleiding so 'n belangrike rol in die versorger se mate van 'verstaanbaarheid' (sien afdeling 7.4.1.2). Versorger # 8 beklemtoon egter dat literatuur nie altyd unieke ervarings kan weergee nie, en dat sy selfs in haar soeke na begrip van Alzheimer se siekte en die effek daarvan besef het dat elkeen se belewenis van hierdie siektetoestand mag verskil:

“Ek was in opstand teenoor die Here, ek kon nie verstaan nie. En die tye wat ek nie die siekte kon verstaan nie..., mens lees en verduidelik, maar jou ervaring is uniek. Elkeen se ervaring is uniek.”

Hierdie beskouing van elkeen se unieke ervarings dui op 'n tipe relativisme wat nog wyer strek as dit wat beskryf word in die BWP, naamlik 'n begrip vir die **relativisme van ervarings**, met die wete dat elkeen hierdie versorgingsproses anders sal ervaar. Die ondersoekgroep het oor die algemeen verwys na elke versorger se unieke ervarings en hantering van die versorgings- en rouproses. Die versorgers wat begrip gehad het vir die relativisme van ervarings, het dus ook wysheid getoon deur relativisme as metavlak-kriterium van wysheid volgens die BWP te openbaar in hul soeke na 'n dieper 'verstaan' van die toestand van demensie, en die besef dat elkeen anders reageer op hierdie groot uitdaging.

7.4.1.5 Die verband tussen kennis van lewensonsekerhede en verstaanbaarheid

Die wyse persoon behoort die volgende vermoëns te openbaar wat betref lewensonsekerhede: Die erkenning dat **onverwagte individuele of sosiale gebeure** en ontwikkelings mag plaasvind, en dat 'n poging aangewend kan word om hierdie **lewensonsekerhede te bestuur** deur middel van **skattinge** van dit wat geneig is om te gebeur tydens sekere lewensfases, asook om dan **advies te lewer aangaande lewensonsekerhede**.

Hierdie nuwe insig en 'verstaan' met betrekking tot die verloop en prognose van Alzheimer se siekte, soos reeds beskryf is, het versorger # 2 in staat gestel om te weet teen watter 'opponent' sy te staan kom. Versorger # 2 personifiseer Alzheimer se siekte as 'n manipuleerder nadat sy dieper insig verkry het oor dié siektetoestand, en die daaglikse onsekerheid wat daarmee gepaard gaan:

“Hy (haar man) was dan ses jaar, ek kan amper sê, die draer van die manipuleerder Alzheimer, want Alzheimer se siekte is niks anders as 'n manipuleerder nie. Hy manipuleer jou soos hy jou wil hê. Jy het nie 'n besluitvermoë van 'n dag oud nie. Dit sal almal vir jou kan sê wat nou op die oomblik pasiënte (met Alzheimer se siekte) versorg.”

Versorger # 2 verstaan in essensie wat die implikasie van 'n diagnose van Alzheimer se siekte is, en hoe dit 'n mens se lewe kan omvergooi en 'manipuleer'. Deur hierdie insig het sy die vermoë ontwikkel om hierdie onvoorspelbare toestand op 'n konstruktiewe wyse aan te spreek. Dit stel die versorger dus in staat om **lewensonsekerhede suksesvol te bestuur**, soos gevind kan word by 'n wyse persoon, alhoewel al die versorgers in die ondersoekgroep nie hierdie tipe deskundigheid openbaar het nie.

Met die toename in begrip vir die onsekerheid van die versorgingsproses, en die gepaardgaande 'verstaanbaarheid', kom daar ook 'n verdraagsaamheid vir die versorgings- en dubbele rouproses (sien afdeling 3.6.1), en het die versorgers die vermoë geopenbaar om te cope met hierdie moeilike lewenservaringe. Dit het byna 'n

tipe uitdaging geword, waar die versorgers `n proses moes deurmaak voordat hulle mettertyd weer in beheer kon voel. Versorger # 2 vertel hoedat sy weer gestreef het na beheer ná haar man se afsterwe:

“My kinders wou vir my `n woonstel in Pretoria bou, hulle het aangebied om dit te doen. En nou toe ek daar is, toe besef ek, ek kan nie vlug vir my hartseer nie en toe het ek teruggekom na vier dae. My kinders kon dit nie glo nie, hulle kon dit nie aanvaar nie...EK IS DESPERAAT OM TE WIL BETER LEEF, EN TE WIL BETER VOEL, EN TE WIL MENS WEES... Alzheimer is die manipuleerder en jy stap waar hy sê jy moet stap. Ja, dit is nou presies, jy stap waar hy sê jy moet stap. Jy slaap wanneer jou pasiënt slaap. Ek het so met my been oor oom Fritz (haar man) se bene geslaap, sodat ek kon agterkom as hy opstaan. Jy slaap tot Alzheimer roer. As Alzheimer roer, dan staan jy op.”

Saam met `n mate van verstaanbaarheid kom dus ook weer `n gevoel van beheer, of soos die laaste aanhaling dit duidelik stel, `n desperaatheid om te leef, in beheer te wees van affektiewe belewenisse en om jou menswees te behou. Hierdie tweede konsep van ‘koherensiesin’, naamlik ‘beheerbaarheid’, sal in afdeling 7.4.2 bespreek word.

7.4.1.6 Samevattend: Verstaanbaarheid en wysheid

Hierdie ondersoekgroep het `n redelike mate van verstaanbaarheid van hulle omstandighede behou soos gereflekteer is in die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1993), met `n groepsgemiddeld van 49.44 uit `n maksimum van 77 vir die verstaanbaarheid-subskaal. Die pas afgelope bespreking van kwalitatiewe data dien ook as voorbeeld van die mate van ‘verstaanbaarheid’ wat die groep geopenbaar het, en die wyse waarop hulle begrip vir hul omstandighede ontwikkel en behou het. Daar was egter ook `n redelike mate van wysheid by die ondersoekgroep te vinde, waar die groep veral ryke algemene feitlike kennis, prosedure-kennis, relativisme en die bestuur van lewensonsekerhede as wysheidskriteria van die BWP ten toon gestel het. Weens hierdie studie se beperkte omvang kon die spesifieke verwantskap wat daar tussen wysheid en ‘verstaanbaarheid’ as komponent van ‘koherensiesin’ mag bestaan

nie meer breedvoerig ondersoek word nie. Die afleiding kan egter wel gemaak word dat wysheid sekere ooreenkomste toon met die psigofortigene konsep van ‘verstaanbaarheid’, soos duidelik uitgewys is deur die kwalitatiewe data. Beheerbaarheid word hierna as tweede komponent van ‘koherensiesin’ bespreek soos dit na vore gekom het in die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal van die ondersoekgroep, met verwysing na hoe wysheid moontlik met hierdie konsep verband hou.

7.4.2 BEHEERBAARHEID

Beheerbaarheid verwys na die mate waartoe die individu glo dat daar spesifieke hulpbronne beskikbaar is ten einde die eise van die stimuli waaraan hy/sy blootgestel word te hanteer (soos vermeld is in hoofstuk 4, afdeling 4.5). Hierdie hulpbronne kan in die beheer van die individu self wees, of deur ander beheer word, soos onder andere `n eggenoot, vriende, kollegas, `n geneesheer, of God. Laasgenoemde is dus hulpbronne waarop die individu voel hy/sy kan vertrou en kan staat maak (Antonovsky, 1987).

7.4.2.1 Die verband tussen feitlike kennis en beheerbaarheid

Die ondersoekgroep het gebruik gemaak van verskeie hulpbronne ten einde hul mate van ‘beheerbaarheid’ tydens die versorgings- en rouproses te verhoog. Daar sal eerstens verwys word na hierdie spesifieke hulpbronne, en dan sal daar verwys word na die wysheid wat gesetel is in die soeke na en benutting van hierdie hulpbronne.

Versorger # 5 maak melding van haar ondersteuningsbronne gedurende die versorgingsproses en na die afsterwe van haar eggenoot:

“Maar ek het besef ek kan nie meer vir hom die kwaliteit sorg gee soos vroeër nie. Ek kan hom skoon maak, maar ek kan hom nie gereeld omdraai nie, want hy is te swaar. Gelukkig, die Here was vir my so goed en ek het eendag hier buite gesit, toe sê ek vir die Here ek besef ek kan nie meer na hom (haar man) kyk nie, maar Hy moet vir my besluit. Hy moet dit uit my hande neem. Weet jy, Hy het regtig. My man het siek geword hierso, die 31ste Mei, toe vat ons

hom die aand in. My broer het kom help, want die ambulanse kon nie uitkom nie. En toe het die dokter hom opgeneem met brongitis. En daarvandaan is hy toe na die plek toe (Fichardtpark aftree-oord se versorgingseenheid). Die dokter het vir my gesê hy sal nie weer huis toe kom nie. So ek het regtig nie die laaste besluit op my geneem nie. Dit was maar moeilik, maar hulle was vir my baie goed hier by die Fichardtpark aftree-oord. Ek kon dag en nag ingaan, en ek kon sit net so lank ek wil.”

Dit is duidelik vanuit hierdie aanhaling dat versorger # 5 die Here, haar familie, hul geneesheer en die personeel by die versorgingseenheid onderskeidelik as ondersteuningshulpbronne tot haar beskikking gehad het tydens die versorgingsproses.

Later maak sy ook verdere melding van haar familie wat vir haar tydens die versorgingsituasie 'n groot bron van ondersteuning was:

“Jy sien wat gaan jou mense (familie) deur en as hulle eers weet wat dit (Alzheimer se siekte) werklik behels, dan kan jy sien hulle het nie geweet dit is hoe dit is nie. En soos ek sê, ek het die skoonfamilie ook, as ek 'n lektuur gekry het, dan het ek dit vir hulle gestuur, hulle het vir my so ondersteun.”

Versorger # 1 meen ook dat familieleden en vriende se ondersteuning onontbeerlik is in hierdie moeilike omstandighede:

“The friends and the family is the main thing, it is such a good thing. I don't think you could do without them at a time like this. You would be very lonely, because one minute you know a person 54 years, and the next, he's not there. Yes, and if the family and friends are not around, it would be terribly lonely.”

Versorger # 5 vertel ook van haar 'geestelike bronne' van ondersteuning:

“Daar was iets vreeslik wonderlik wat gebeur het. Eendag bel 'n meisietjie my van Kimberley af, en hulle behoort aan 'n ander kerk as ons. Sy bel en sê sy het gehoor van die oom, en ek sê hy is nou reeds in die versorgingsoord en

dat dit nie lekker gaan met hom nie. En sy vra of hulle hom kan kom sien. Ek ken haar van geen kant af nie! Dit was drie mans en 'n jong meisie. Toe kom bid hulle vir die oom, dit was wonderlik! Hulle het spesiaal gekom. Sulke dinge dra mens deur die ou hartseer. Ag, en ons predikant, hy bly net om die draai, as ek bel dan hardloop hy sommer hier om die draai. Ek het eendag so met hom baklei, en hy sit daar, en ek is hartseer, en ek sê ek kan nie die dinge vat nie, ek weet nie. Hy het so mooi met my gepraat. En ek het anderkant toe gekyk, ek was so kwaad, ek wou nie eers luister nie. Hy sê toe hy kan sien vandag is nie my dag nie, maar dit is reg so en hy sal vir my bid. So mens kry maar daardie vreeslike opstandigheid ook. Maar gelukkig, die Here verstaan jou. Jy kan altyd terug gaan na Hom toe... En weet jy, 'n ander ding, daar is soveel wonderlike mense op aarde. Een van my vriendinne van Kimberley, juis toe die oom 'n jaar dood is, toe skryf sy vir my 'n briefie, so mooi, en toe sê sy die Here het my deur 365 dae gedra, sy weet as ek omgekyk het was daar baie keer net een ry spore, en sy weet ek het gedink dit is myne, maar dit was die Here wat my gedra het en sy kan vir my nou die versekering gee, Hy gaan vir my saggies neersit. Hy gaan weer saam met my loop, daar gaan weer twee rye spore wees.”

Dit is duidelik dat verskeie hulpbronne 'n rol gespeel het ten einde die versorgers se gevoel van beheer te versterk. Versorger # 5 kon byvoorbeeld die fisieke sorg van haar man aan professionele persone toevertrou, en die geneesheer het haar besluit om haar man te laat institutionaliseer vergemaklik. Haar familie kon praktiese hulp verleen en vir haar sosiale ondersteuning bied. Ook haar geestelike bronne van ondersteuning, naamlik die predikant, haar gelowige vriendin en die Here self wat as toevlug gedien het, het in hierdie omstandighede as hulpbronne gedien. Die ander versorgers in die ondersoekgroep het soortgelyke verwysings gemaak na hierdie hulpbronne, alhoewel elkeen nie so 'n positiewe ingesteldheid gehad het teenoor die ondersteuning wat hulle van ander ontvang het nie. Sommige van die versorgers het dikwels alleen gevoel in die hele proses en dan moes hulle self leer cope. Versorger # 5 meld in hierdie verband:

“Jy weet, ek voel dat ek dalk nou nie meer soveel hulp kry nie, maar ek kan dalk weer iets sê wat vir ander kan help. My situasie het ek aanvaar, en ek

weet my paadjie vorentoe is alleen. Dit is nie `n maklike ding om deur te gaan en dit te weet nie. Van jy die dag gebore is, is jy in `n familie, jy word groot in `n familie. En ewe skielik as jou maat weg is, is jy alleen, want jou kinders word groot, hulle het hulle eie lewenspad, hul eie werke en hier sit jy vingeralleen. Dit is nie lekker nie.”

Daar is egter ook `n mate van wysheid gesetel in hierdie versorgers se algemene kennis omtrent die **dinamiek in interpersoonlike verhoudinge**, soos blyk uit die aanhalings. Dit sluit die verhoudinge met hulle gesin, familie, vriende, en ander meer formele hulpbronne in, wat deel uitgemaak het van hul coping. Soos voorheen vermeld is, maak hierdie kennis van sosiale interaksie-patrone (en spesifiek sosiale ondersteuning) deel uit van die wyse persoon se ryke feitelike kennis as basiese kriterium van wysheid.

Met al hierdie hulpbronne tot die versorgers se beskikking het hul oor die algemeen relatief in beheer van die versorgings- en rouproses gevoel, en kon hulle later ook hierdie lot begin aanvaar. Versorger # 8 meen egter dat aanvaarding nie noodwendig beteken dat jy dan nie meer emosies beleef nie:

“Enige mens wat op `n sekere tydstip vir homself sê: ‘Kyk, die ding het met my gebeur en ek gaan nie bly lê nie, ek gaan iets daaraan doen. Daardie persoon het dit aanvaar, soos `n persoon wat se been geamputeer is en vir hom `n houtbeen kry. Maar dit vrywaar hom nog glad nie van gevoelens van skuld, woede, en hartseer nie. Geen mens kan homself distansieer van gevoelens nie. Dit is abnormaal, onmenslik en onnatuurlik.”

Tesame met die coping wat by hierdie versorger sigbaar is, kom daar ook wysheid na vore in hierdie aanhaling deurdat sy steeds erken dat `n mens sekere **affektiewe belewenisse** sal ervaar. Hierdie kennis maak deel uit van die wyse persoon se ryke feitelike kennis van die fundamentele pragmatika van die lewe en dit het ook bygedra tot sommige van hierdie versorgers se gevoel van beheerbaarheid oor hul situasie.

Die onderzoekgroep het dus in die algemeen feitelike kennis geopenbaar, soos geblyk het uit die voorafgaande voorbeelde. Hierdie voorbeelde illustreer hoedat hierdie

feite-kennis oor die hulpbronne tot hulle beskikking, `n groter mate van 'beheerbaarheid' aan talle van die versorgers gebied het in hulle netelige omstandighede. Die voorbeelde dui verder daarop dat die versorgers feitelike kennis as basiese kriterium van wysheid (soos voorgestel in die BWP) geopenbaar het, soos gevind kon word in hul insig in die **interaksionele patrone** en die wye spektrum **affektiewe belewenisse** van die mens.

7.4.2.2 Die verband tussen prosedure-kennis en beheerbaarheid

Hoe hoër die mate van beheer waaroor `n individu beskik, hoe minder is die persoon se gevoel dat hy/sy geviktimiseer is, en dat die lewe hom/haar onregverdig behandel (Antonovsky, 1987). Versorger # 8 het met behulp van berading (formele hulp) as hulpbron stelselmatig weer beheer in haar situasie verkry. Sy het weer opgestaan en vir haarself doelwitte gestel waarin die elemente van hoop en toekomsgerigtheid te bespeur was, ten spyte van haar aftakelende omstandighede:

“Dit is nog `n lang pad na aanvaarding vir my, maar ek moet maniere vind om te oorleef. Ek moet ook nie so hard wees op myself nie, ek probeer tog my bes...”

Hierdie versorger stel ook meer konkrete doelwitte op in haar dagboek (hieronder puntsgewys aangedui soos in die dagboek), soos sy tot nuwe insigte gekom het tydens berading as vorm van formele hulp:

- o *“Ek wil nog in `n ou huisie met baie stories bly (al is dit net vir `n kuiertjie).”*
- o *“Ek wil nog iets maak of doen wat mense aan die praat sal sit.”*
- o *“Ek wil `n kniebroek koop as ek maer genoeg is.”*
- o *“Ek wil `n roman skryf en nog baie kortverhale.”*
- o *“Ek wil `n digbundel uitgee. Al moet ek dit self doen.”*
- o *“Ek wil dinge vir my kinders sê wat ek nog nie gesê het nie.”*
- o *“Ek wil vir mense vertel van Alzheimer se siekte en vir die versorgers probeer hoop gee.”*
- o *“Ek wil meer saam met my kleinkinders kuier.”*

- o “*Ek wil `n huisie by die see hê met `n dakvenstertjie.*”
- o “*Ek wil probeer verstaan hoekom my lewe so baie vreemde draaie gemaak het.*”
- o “*Ek wil kontak maak met my familie en my vriende probeer behou...*”

Daar is wysheid (prosedure-kennis) gesetel in die vermoë om **lewensdoelwitte te formuleer, sowel as maniere om hierdie doelwitte te bereik**. Die voorkoms hiervan is geïllustreer in die lewensdoelwitte wat hierdie versorger opgestel het, nadat sy weer in beheer begin voel het van haar omstandighede. Sy het ook die vermoë geopenbaar om **gebeure in die verlede te sistematiseer en analiseer** (die versorgingsproses) en om dit te **gebruik in die hede** ten einde ander versorgers in te lig omtrent die versorging van `n Alzheimer-pasiënt. Ook hierdie vermoë het `n gevoel van beheer aan haar situasie teruggegee, en maak deel uit van die prosedure-kennis van die wyse persoon.

Dit is egter nie al die versorgers se voorreg om weer hoop te koester en lewensdoelwitte op te stel na die lang versorgingsproses en die uiteindelijke verlies van hul eggenote nie. Sommige van hierdie versorgers het hulle steeds in die aggressiewe, of depressiewe fase van rou bevind, wat hul toekomsgerigtheid gedemp het. Antonvosky (1979) meld egter dat om oor `n hoë mate van koherensiesin te beskik, nie noodwendig beteken dat jy nie aan slegte toestande blootgestel sal word nie. Oor die algemeen het hierdie ondersoekgroep egter die vermoë geopenbaar om deur die stel van doelwitte en die gepaardgaande behoud van toekomsgerigtheid, `n redelike mate van ‘beheerbaarheid’ in hul omstandighede te verkry, soos ook bevestig word deur die Koherensiesinvraelys se bevindinge (met `n groepsgemiddeld van 50.11 uit `n maksimum van 70 vir die beheerbaarheid-subskaal). In hierdie ondersoekgroep se redelike mate van beheer wat hulle ervaar het, was daar dus ook die teenwoordigheid en aanwending van prosedure-kennis as basiese wysheidskriterium te vinde. Hierdie wysheid kon veral gevind word in die ondersoekgroep se vermoë om weer **lewensdoelwitte op te stel, tesame met maniere om dit te bereik**, sowel as hul vermoë om **ervaringe in die verlede te sistematiseer en analiseer**, en dit dan in die hede te gebruik ten einde uit te reik na ander.

7.4.2.3 Kontekstualiteit

Kontekstualiteit as metavlak-kriterium van wysheid is, soos reeds vermeld, veral vergestalt in die ondersoekgroep se soeke na sin en betekenis in hulle omstandighede, en sal dus in afdeling 7.4.3.3 verder bespreek word.

7.4.2.4 Die verband tussen relativisme en beheerbaarheid

Lede van die ondersoekgroep het tydens die ongestruktureerde onderhoude veral die vermoë openbaar om hulself te **distansieer van hulle eie persoonlike waardes (en perspektiewe), en om dan ander perspektiewe aan te hoor en dan ten minste te oorweeg**. Hierin is 'n stuk wysheid gesetel deurdat dit dui op relativisme as metavlak-kriterium van wysheid (volgens die BWP), by sodanige lede van die ondersoekgroep. Hierdie ontvanklikheid vir 'n ander se perspektief wat in sommige gevalle na vore gekom het, het veral ontluk by die gebruik van hulpbronne soos die Alzheimer-ondersteuningsgroep en individuele terapie, in 'n strewe na 'beheerbaarheid' in die versorgers se benarde situasie. Hierdie versorgers kon elkeen haar eie perspektief op die hantering van die versorgingsproses by die Alzheimer-ondersteuningsgroep lug, en op 'n nie-veroordelende wyse na die perspektiewe van ander luister. Sommige van die versorgers het in die ongestruktureerde onderhoude melding gemaak van die feit dat die alternatiewe perspektiewe hulle gehelp het om eerstens die siektetoestand te verstaan, en om eenheid in diversiteit te vind. Alhoewel elkeen die versorgingsproses verskillend hanteer het, het hulle ten minste besef dat hulle nie alleen is in hierdie situasie nie, en dat ander persone soortgelyke ervarings meemaak. Hierdie besef het die versorgers se eie ervarings op 'n sekere wyse genormaliseer en hulle gevoel van 'beheerbaarheid' verhoog.

Met die Alzheimer-ondersteuningsgroep en individuele terapie as hulpbronne, het die versorgers dus 'n groter mate van 'beheerbaarheid' in hul situasie verkry deur oop en ontvanklik te wees vir ander se perspektiewe wat betref die verstaan en hantering van 'n persoon wat ly aan Alzheimer se siekte. Versorger # 8 meld in hierdie verband:

“Ek was Dinsdag by die Alzheimer-groep en ek het besef dat ek beter is as ek ook `n ander vrou se nood raaksien en hoor wat sy dan doen. Ek het ook weer besef, soos ek al lankal agtergekom het, elke geval is uniek. Daar is verskille, maar daar is ook ooreenkomste...”

Hierdie ondersoekgroep het `n tipe relativisme (as metavlak-kriterium van wysheid van die BWP) openbaar deur hulle ontvanklikheid vir ander se perspektiewe, wat tot `n toename in hulle persepsie van die ‘beheerbaarheid’ van die situasie gelei het.

7.4.2.5 Die verband tussen die kennis van lewensonsekerhede en beheerbaarheid

Slegte ervarings en gebeurtenisse sal altyd deel van die lewe bly, maar wanneer dit wel gebeur, behoort die persoon met `n hoë mate van beheerbaarheid daarmee te cope en nie eindeloos daarvoor te rou nie (Antonovsky, 1987). Die wyse persoon besef dan ook dat die lewe onverwagte gebeure na ons kant toe sal gooi en dat ons behoort te poog om hierdie lewensonsekerhede te bestuur. Die ondersoekgroep het wel hierdie vermoë om **lewensonsekerhede te bestuur** geopenbaar, en het hulpbronne aangewend in hulle hantering van onvoorspelbare omstandighede. Sodanige hulpbronne sluit byvoorbeeld die mobilisering van **kreatiwiteit** en hulle **geloof** in `n hoër mag as algemene weerstandshulpbronne in. Hierdie hulpbronne sal kortliks aandag geniet ten einde te wys hoedat kreatiwiteit en geloof kon lei tot `n verhoogde mate van ‘beheerbaarheid’ by lede van die ondersoekgroep, en ook dat wysheid moontlik hier `n rol te speel het.

Die diagnosering van hierdie ondersoekgroep se eggenote met Alzheimer se siekte en hulle geleidelike deteriorasie en uiteindelijke dood, was idiosinkratiese gebeure wat onvoorspelbaar was in die lewens van die versorgers. Die meeste van die versorgers het egter gepoog om hierdie **lewensonsekerhede tot `n mate te bestuur**.

Versorger # 5 deel hoe sy geleer het om te cope na haar man se afsterwe:

“Ag, ek besef nou dit is `n alleen toekoms, maar dankie vir my kleinkinders en my kind wat hier is... Die dae wat ek alleen is, klim ek in my kar en ek ry.

Hulle los my, ek ploeter in die tuin, hulle weet wanneer moet hulle my los. Dit is terapie vir my om so besig te wees. Toe die oom so siek was, was my tuintjie die mooiste. Nee, besig bly is vir my terapie.... Ek het so baie gehuil, ek het gedink my trane gaan nooit ophou nie, ek kon nie regtig aanvaar dat hy weg is nie. Maar ek glo die Here droog jou trane af...”

Sy het dus `n verhoogde mate van ‘beheerbaarheid’ oor hierdie onsekere lewenstadium verkry deur die hulp van haar gesin, en in haar geloof. Hierin is ook `n poging om met hierdie slegte lewensomstandigheid te cope en om hierdie **onsekere situasie te bestuur** (wat deel uitmaak van die metavlak-kriteria van wysheid) te bespeur.

Versorger # 8 het die volgende raad oor hoe om selfs in moeilike omstandighede `n mate van beheer te behou: *“Moenie die toekoms as een donker geheel sien nie, breek dit op in ‘chewable chunks’ (`n term uit die Comrades-marathon).”* In hierdie vermoë tot **raadgewing oor lewensonsekerhede** is ook `n stuk wysheid gesetel. Sy maak later vrede met haar eie lot, asook met diegene wat haar omring:

“Gisteroggend toe ek bank toe was, besef ek meteens ek het nie meer daardie beklemming wat ek dikwels tussen `n klomp mense ervaar het nie. Ek voel nie meer lus om sommer iemand by te loop en klap omdat hy so gelukkig lyk nie. Ek het vrede gemaak met my medemense.”

Daar is van die versorgers in die onderzoekgroep wat, soos aangedui in die laaste aanhaling, `n vermoë openbaar het om ten spyte van lewensonsekerhede, aan te gaan en te cope binne hulle moeilike lewensomstandighede. Dit was moontlik deurdadig hierdie versorgers gebruik gemaak het van beskikbare hulpbronne, ten einde meer ‘beheer’ oor hul situasie te verkry en sodoende hierdie lewensonsekerhede met `n groot mate van sukses te bestuur.

Van die versorgers het ook ander hulpbronne benut wat, ten spyte van die onsekerheid van die situasie, weer `n sin van beheer in hul bestaan kon vestig. Een van hierdie hulpbronne was om hul **kreatiwiteit** aan te wend, soos versorger # 8 in haar dagboek vermeld:

“Ek het weer eens besef ek moet nie so hard op myself wees nie. Om beter te voel, het ek weer begin om lappe te verf. Dit was goed om te besef EK IS DAAR IN BEHEER. As `n lap nie reg lyk nie, kan ek hom reg laat lyk. Die kleur skerper maak. Ek kan dit doen. En dit het my weer beter laat voel.”

En ook: *“Een ding wat ek op die stadium nog werk, is om soggens baie vroeg op te staan en hier in die kombuis iets te doen, soos skilder of skryf. Soms is dit nodig dat ek brood of beskuit moet bak, maar ek sal maar moet probeer om iets te doen wat my laat goed voel...”*

Dit is interessant dat kreatiwiteit as bykomende copingmeganisme by hierdie versorgers gemobiliseer is. Soos bespreek in hoofstuk vyf is daar nie `n verband tussen kreatiwiteit en wysheid in die literatuur te vinde nie, maar bly dit `n belangrike weerstandshulpbron (sien afdeling 5.5). Die mobilisering van kreatiwiteit as hanteringsmeganisme ten einde aan te pas in hulle uitmergelende en onvoorspelbare omstandighede, kan ook `n resultaat van hierdie versorgers se persoonlikheidstyl wees.

Geloof het verder ook by die meeste van die versorgers `n belangrike rol gespeel wat betref die ‘beheerbaarheid’ en hanteerbaarheid wat hulle aan die versorgingsproses, en ook die tydperk van onsekerheid na hul eggenote se heengaan toegeskryf het. Versorger # 5 meld:

“Ek kan nie vir jou sê nie, ek het meer en meer geleer om ander mense se hulp te aanvaar en meer en meer op die Here te vertrou. Want jy voel baiekeer Hy los jou, maar jy weet jy kan terugkom. Wie anders gaan vir jou help? Hy gee vir jou krag. Dit is net so wonderlik. Baie keer is die oom siek, dan sit ek die heel nag deur en in die oggend as die son opkom raak hy stil. Dit is snaaks, hy was op sy bedrywige in die nag. Weet jy hoeveel keer het ek kom koekiesbak in die nag? Dan kan ek nie slaap nie en hy is siek. Dan dink ek as ek môre moet opstaan moet ek dit en dat doen, en dan is ek moeg. Dit voel ek gaan my oë nooit weer kan oopmaak nie. En dan staan ek op en ek bad en maak die oom reg, en ek is niks moeg nie. Dit is regtig hoe die Here jou fisies

help. Ander keer vra jy vir hulp en dit bly lank, eers vanaand besef jy, jy is deur die dag wat jy gedink het jy gaan nooit deurkom nie. Dan besef mens dit is nie op jou eie krag nie...”

Versorger # 6 vermeld in hierdie verband: “*Alles was toe in die Here se hande en my hande is leeg. Dit is seker soos mens is. Jy wil weet jy is aan die roer. Jy is in beheer.*” Sy het egter haar behoefte om in beheer te wees prysgegee en haar sorge aan die Here oorgelaat.

Hierdie geloofskomponent speel ook ’n rol by die sin en betekenis wat die versorgers in die versorgingsproses kon vind, en dit sal later bespreek word as komponent van betekenisvolheid (sien afdeling 7.4.3). Geloofsoortuiging maak nie *per se* deel uit van die BWP nie, maar blyk tog ’n duidelike verband met wysheid te toon (sien afdeling 5.8).

7.4.2.6 Samevattend: Beheerbaarheid en wysheid

Die versorgers het ’n groot diversiteit van hulpbronne tot hul beskikking gehad om te cope met die versorgingsproses, asook die tydperk na die dood van hul eggenote. Hierdie hulpbronne sluit onder andere hul familie, vriende, professionele persone, hul kreatiwiteit en geloof in. Met die beskikbaarheid van hierdie hulpbronne het die ondersoekgroep ’n redelike gevoel van ‘beheerbaarheid’ gehad in hul moeilike omstandighede, soos ook gereflekteer word deur die kwantitatiewe data (met ’n gemiddelde groeptelling van 50.11 uit ’n moontlike 70 vir die beheerbaarheid-subskaal van die Koherensiesinraelys (Antonovsky, 1993)). Met hierdie gebruik van die onderskeie hulpbronne deur die meeste versorgers, en die redelike mate van ‘beheerbaarheid’ wat in hierdie ondersoekgroep na vore gekom het, is wysheid ook in die kwalitatiewe data vergestalt soos geïllustreer deur die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal. Dit was veral die volgende wysheidsverwante kriteria wat na vore gekom het in die groep se siening van die ‘beheerbaarheid’ van die versorgingsituasie: Ryke feitelike kennis, prosedure-kennis, relativisme, en die bestuur van lewensonsekerhede wat onderskeidelik by heelwat van die ondersoekgroep se versorgers na vore gekom het.

Lede van die ondersoekgroep het ook in sekere gevalle 'n poging aangewend om sin te maak uit hul ervarings tydens en na afloop van die versorging van hul eggenote. Die derde komponent van koherensiesin, naamlik 'betekenisvolheid' sal dus vervolgens bespreek word soos dit na vore gekom het in die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal van hierdie ondersoekgroep.

7.4.3 BETEKENISVOLHEID

Betekenisvolheid of sinvolheid is 'n motiveringselement op emosionele, eerder as kognitiewe vlak (soos vermeld in hoofstuk 4, sien afdeling 4.5.1). Hierdie komponent van koherensiesin verwys na die mate waartoe 'n individu sy/haar lewe as sinvol beskou, asook na die vermoë van die persoon om uitdagings te identifiseer wat die moeite werd is om energie aan te spandeer ten einde dit suksesvol te hanteer.

7.4.3.1 Die verband tussen feitelike kennis en betekenisvolheid

Sekere versorgers in die ondersoekgroep het die uitdaging van die versorging van 'n eggenoot, gediagnoseer met Alzheimer se siekte, aangepak en het 'n mate van betekenis daarin gevind ten einde met integriteit uit die stryd te kon tree. Ter illustrasie hiervan word daar eers verwys na die ondersoekgroep se soeke na sin en betekenis in 'n situasie wat op die oog af hopeloos voorkom.

Versorger # 2 meld, na aanleiding van die versorgingsproses en die pad wat sy daarmee geloop het, die volgende:

“Jy het 'n plig, jy vergeet van jouself, jy sit hom eenkant en jy lewe vir hierdie mens. Ja, eintlik om die waarheid te sê, jy neem nie eers 'n wilsbesluit daaroor nie. Hierdie Alzheimerlyer se eise, hierdie siekte, die eise wat dit aan jou stel. Dit is soos jy nie sal sien wanneer 'n babatjie op 'n bad kookwater afloop en jy sê ek gaan nou eers mediteer, ek sal hom netnou kom keer nie. So is Alzheimer se siekte. Hy eis, ongeag of jy iets het om te gee, en of jy niks het om te gee nie. Hy eis van jou, daar bly van jou as mens niks oor nie. Dit is soos ek vir jou gesê het, ek het probeer om die siekte en oom Fritz (haar eggenoot) van mekaar te skei. Dit is net hierdie ewigduurende buffer wat jy

vorm tussen jou geliefde en hierdie dinge wat Alzheimer met hom doen. Jy is permanent op 'n adrenaliniepomp om te keer dat Alzheimer hom nie vernietig nie. En weet jy, vreemd genoeg, ek wil vir jou sê wat nou regtig vir my positief is, ek het op geen stadium ooit gewens dat oom Fritz dood is nie. Nooit. Hy het vir my altyd, of in die meeste situasies, die los een geword, en die Alzheimer die ding waarteen ek en hy te staan gekom het. Ek het hom nooit uit my pad gewens nie. Toe ek hom Mooihawe ('n ouetehuis) toe gevat het, het ek hom gevat omdat ek liggaamlik nie meer kon nie, maar ek het hom nooit dood gewens nie. Ek het altyd bly bid en altyd bly glo dat die Here sal Alzheimer van ons wegvat, dat ek en Fritz sal oorbly, selfs tot op die einde. Tot op die einde.”

Hierdie versorger het 'n poging aangewend om sin te maak uit Alzheimer se siekte deur tot die einde toe hoop te koester. Sy het ook haar man as persoon apart beskou van die siekte waaraan hy gely het, en daardeur kon sy nog die positiewe dinge raaksien. Versorger # 2 meld wat sy beleef het tydens haar kuiertjies by haar man in sy laaste dae:

“Daardie laaste week was ek al die ure wat hy wakker was daar... Ek het in die oggende vroeg gegaan en ek het saans so tienuur, elfuur van die hospitaal af weggegaan. En in daardie tyd, het ek hom geniet asof die Here Alzheimer van hom sou weggevat het. Dit was weer ek en hy. Kyk toe het hy in die bed gelê met 'n gewig aan sy been, toe kon hy nie die dinge doen wat jou elke minuut van die dag herinner dat hierdie man nie toerekeningsvatbaar is nie. En die Alzheimer is 'n realiteit. Toe hy daar lê en ek hom kan koester en kan troetel en kan bederf met eetgoedjies... Dit kon net sowel 'n gesonde man gewees het. Ja, dit is hoe ek hom daardie week beleef het. Ek kon sy baard skeer. Ek het vir ure gelê, hy het so graag met my hare gespeel, dan lê ek voor hom, dan krap hy my hare om, heerlik, dit het hom gelukkig gemaak... En dan kom jy en dan is hierdie mens dood. En dan kom jy weer met hierdie werklike lewe te doen, wat nie vir jou daardie klein genoegdoenings gee van hy kan my hare deurmekaar krap en ek kan sien hy is dors, en dan gee ek vir hom yoghurt nie. Net klaar yoghurt gegee, dan sien ek hy vryf sy lippe, dan gee ek

hom koeldrank. Daardie genoegdoening, daardie plesier wat jy daaruit kry om vir hom iets te kan doen, is weg.”

Dié versorger het betekenis gevind in die versorgingsproses, en spesifiek die feit dat sy iets vir haar man kon beteken en vir hom kon sorg. Hierdie vind van lewensbetekenis was ook by ander lede van die onderzoekgroep te vinde. Die versorgingsproses hou egter nie eens `n geringe mate van hedonistiese plesier in nie. Die **altruïstiese** wyse van versorging herinner aan `n eudaimonistiese uitkyk op die lewe. Eudaimonisme fokus eerder op betekenis en selfverwesenliking by `n individu wat ten volle funksioneer in sy/haar omstandighede (Ryan & Deci, 2001). Daar word uiting gegee aan hierdie soeke na betekenis en selfverwesenliking deur te doen wat die moeite werd is om aan te pak (soos in die definisie van betekenisvolheid as komponent van koherensiesin) en om jou deugde aan te wend ten einde geluk te smaak en welstand te geniet in die ‘ware self’ (*daimon*), selfs onder moeilike omstandighede soos die versorging van `n Alzheimer-pasiënt.

Die onderzoekgroep het dus nie hedonistiese plesier nagejaag in die versorgingsproses nie, maar hul het dit die moeite werd geag om al hul energie in te span en na hul huweliksmaats om te sien. Hierdie is dus eerder `n eudaimonistiese uitkyk wat hul koester in terme van geluk en die soeke na sin en betekenis. Soos voorheen vermeld, maak hierdie **altruïstiese uitkyk** ook deel uit van dryfvere of **motiewe** waaroor die die wyse persoon beskik as deel van sy/haar ryke feitelike kennis.

Versorger # 2 vind dan `n mate van geluk en sinvolheid in die laaste tye wat sy saam met haar man kon spandeer, soos pas beskryf was: *“Ek het daar beleef dat Fritz vir my oneindig goed was en dat ek vir hom verskriklik lief was...”*

Die meeste lede van die onderzoekgroep het sin en betekenis gevind deur bloot vir hul eggenote daar te kon wees en om later ook vir ander in soortgelyke situasies tot hulp te wees (soos bespreek sal word in afdeling 7.4.3.3). Daar is wysheid gesetel in hierdie lede van die onderzoekgroep se uitstekende vermoë om begrip te hê vir hulle eie en ander se behoeftes. Hierdie **‘na-ander-gerigtheid’** bied `n **motief** vir die bestaan van `n wyse mens (feitelike kennis) en lei tot `n groter mate van sin en betekenis wat gevind kan word in die eie bestaan.

7.4.3.2 Die verband tussen prosedure-kennis en betekenisvolheid

Soos voorheen vermeld, het die meeste versorgers se geloofsoortuiginge `n groot rol gespeel by die sin en betekenis wat hul in die versorgingsproses en hul eggenoot se afsterwe kon vind. Versorger # 3 meld in hierdie verband: *“Ek kan nie dink wat maak dié wat nie die Here ken nie, ek kan nie dink hoe kan mens aangaan nie...”*. Versorger # 8 glo egter dat jy as mens (en gelowige) ook `n sekere mate van verantwoordelikheid het om jou lewensomstandighede te verbeter, soos sy beskryf in haar dagboek:

“My dae is so vol en besig dat ek soms verwonderd staan oor die feit dat ek nog nie ingegee het nie. Dis dan dat ek die Heer se genade besef. En gisteraand toe ek weer twyfel of ek die regte ding doen (om haar man te institutionaliseer), het ek in die Bybel in Rut 3 gelees en die verklaring van die Bybel in Praktyk daarby: ‘Mense het `n verpligting om hulle intelligensie en hulle vermoë om te beplan so aan te wend dat hulle lewensomstandighede kan verbeter’. Natuurlik sluit dit nie uit dat God die een is wat dinge laat gebeur nie. Maar ons mag nooit ons verantwoordelikheid misken deur passief te wag vir God se ingrype nie. Biddend slaan ons ons hande aan die ploeg om die take wat ons opgelê word, af te handel en in Sy genade laat God ons beplanning en werk tot voltooiing kom.”

Versorger # 8 verwoord die Here se genade in die vorm van `n dagboekinskrywing, getiteld ‘Herfslof’:

“Net toe ek dink die Here het heeltemal van my vergeet, toe gee Hy my `n dag soos vandag vol son en druipende herfserigheid, `n dag wat juigend wapper aan `n vlagpaal van genade. Here ek loof U daarvoor, want ek het regtig gedink die dood is genadiger.”

Hierdie versorger kon selfs tydens `n herfstyd in haar eie lewe sin vind in die Here se genade soos blyk uit die vorige aanhaling. Sy vind berusting daarby dat haar ervaringe alles deel is van die Here se plan: *“Ek moes so verskriklik seerkry om nou te kan juig, om nou my seëninge te tel... Ek besef dat dit alles deel van die Here se plan*

is.” In dieselfde trant skryf sy later in haar dagboek: “...maar `n mens moet seker maar afbreek om weer te begin bou!” Hierdie versorger **sistematiseer en analiseer die pyn in haar verlede ten einde hierdie kennis in die hede te kan benut** en sin daaruit te put. Laasgenoemde is `n voorbeeld van prosedure-kennis waaroor die wyse persoon volgens die BWP behoort te beskik.

Die ondersoekgroep het in die algemeen dus vasgehou aan `n ‘Hoër Hand’ ten einde sin te kon maak uit die moeilike versorgingsproses en hul eggenoot se heengaan. Ten einde betekenisvolheid met betrekking tot hulle eie bestaan te behou, het die versorgers hul lewenservaring of ‘prosedure-kennis’, wat onder meer neerkom op die wyse gebruik van hulle geloofsoortuiginge, met groot vrug aangewend.

7.4.3.3 Die verband tussen kontekstualiteit en betekenisvolheid

Soos reeds vermeld, het die kontekste waarin ons leef `n groot invloed op ons bestaan. Die versorgers het ook betekenis gevind in die versorgingsproses deur te besef dat hul kon groei daardeur. Hierdie nuutgevonde bron van lewensbetekenis het nie ongebruik gebly nie, aangesien die versorgers hierdie wysheid en insig met ander in soortgelyke omstandighede gedeel het, ten einde hulle te bemoedig. Dié versorgers het dus uitgereik na ander in hul moeilike omstandighede, en hierin is ook `n stuk wysheid gesetel. Ook hier kom hul **‘na-ander-gerigtheid’** na vore, naamlik om uit te reik na ander ten spyte van hulle eie pyn en rouproses, en die konteks waarbinne hulle hulleself dus bevind. Versorger # 3 meld in hierdie verband:

“Kyk, daar is baie goed om te doen. As jy sien hoe baie ander mense jou nodig het en hier is een siek, en daar kan jy `n mens besoek, dan vergeet jy gou. Dan maak dit jou eie seer minder.”

Versorger # 9 vertel hoedat sy besluit het om ook weer betrokke te raak by die Alzheimer-ondersteuningsgroep selfs na haar man se afsterwe, ten einde ander by te staan:

“Toe my man baie siek geword het, toe was ek by die Alzheimers-groep, en toe is hy (haar man) dood. Toe is dit nou, seker nege maande, na ek teruggekom

het van die vakansie af, en ek nou weer die papiere uitgesorteer het, en kaste leeggemaak het, toe voel ek, jinne, ek moet terug gaan na die Alzheimer-ondersteuningsgroep toe. Net vir die ondersteuning vir my medemenslike wie se geliefdes nog leef... Ek is deur dit en dit staan nog voor hierdie klomp se deur. Die opdraende lê nog vir hulle voor... Ek het gevoel ek wil teruggaan en net my bydrae maak, al huil ek net saam met hulle, of lag as ons oor iets humoristies praat. Ek kan bietjie lig werp op hulle donker wat vir hulle voorlê.”

Die oorgrote meerderheid van die versorgers in hierdie ondersoekgroep kon, ten spyte van hul eie moeilike omstandighede of kontekste, `n groot mate van sin en betekenis vind deur uit te reik na ander met hul altruïstiese ingesteldheid. Met die diagnose van hierdie ondersoekgroep se eggenote met Alzheimer se siekte, was die prominente doelwit om hom te versorg. Hierdie prioriteit het egter verander met die verloop van tyd, en die versorgers het `n bewustheid begin openbaar vir die feit dat hulle nie langer aan die versorgingsrol kon vashou nie. Met die heengaan van hul eggenote en die aanvang van die tweede rouproses (sien afdeling 3.6.1), moes hierdie versorgers nuwe weë vind om te cope met hulle situasie. Hulle het hulleself nou in `n nuwe konteks bevind, en hulle rolle as eggenote en versorgers het saam met hulle huweliksmaats ophou bestaan. Die ondersoekgroep het oor die algemeen besef dat hulle **prioriteite verander het oor tyd**, en dat hulle nou hierdie leemtes moes vul deur byvoorbeeld betrokke te raak by hul medemens. Hierdie besef dui op `n bewustheid van die konteks waarin die versorger haarself bevind, en dit maak deel uit van die wyse persoon se kontekstuele denke as metavlak-kriterium van wysheid volgens die BWP.

7.4.3.4 Die verband tussen relativisme en betekenisvolheid

Die ondersoekgroep het nie net ‘beheerbaarheid’ verkry deur die Alzheimer-ondersteuningsgroep by te woon nie, maar hulle kon daardeur ook sin en betekenis vind in die versorgingsproses. Dit is juis by hierdie ondersteuningsgroep dat die versorgers hulself kon **distansieer van hulle eie perspektiewe**, en opnuut weer sin kon vind deur te luister na die ‘nuwe’ insigte by die groep, asook tydens individuele

terapie (sien afdeling 7.4.2.4, waar dit onder die hoofopskrif ‘beheerbaarheid’ bespreek is).

7.4.3.5 Die verband tussen die kennis van lewensonsekerhede en betekenisvolheid

Met inagname van al die voorafgaande aanhalings behoort dit duidelik te wees dat lede van hierdie onderzoekgroep wel sin en betekenis gevind het in hulle bestaan, juis in die versorgingsproses, ten spyte van die onsekere aard van hierdie omstandighede. Dit het uit die onderhoude met hierdie groep versorgers geblyk dat daar min gebeure bestaan wat so moeilik is om te hanteer soos die dood en die onsekerheid wat dikwels daarmee gepaard gaan, veral wat betref die toekoms van diegene wat agterbly. Hierdie kwalitatiewe bespreking word afgesluit met die laaste inskrywing in Versorger # 8 se dagboek. Sy was nie by haar man ten tyde van sy afsterwe nie, en hulle het haar toegelaat om hom `n laaste keer te besoek ná sy dood:

“Dis bewolk en reënerig, `n heerlike dag. Halfnege het Ben (haar seun) my kom haal en ons is AVBOB (begrafnisondernemers) toe. Ek was nie bang nie. Ek het alleen ingegaan en vir Ben gesê ek wil alleen by my man wees. En daar was hy voor my. In die nuwe pajamas wat ek nou die dag gekoop het. Ek is so bly ek het sy bril die vorige dag gevat. Hy het sy bril opgehad, en hy’t vir my geglimlag. Hy het gelyk soos iemand wat op `n heerlike vakansie is, en geen sorge het nie. Ek het my hand uitgesteek en aan hom geraak. Hoe koud is die dood? Ysig, ysig... Maar nie soos ys wat jou brand of nat is nie. Net oneindig koud... EN HOE WARM EN POLSEND IS DIE LEWE...”

Hierdie laaste aanhaling illustreer hoedat sommige van die versorgers in hierdie onderzoekgroep steeds lewensonsekerhede kon bestuur en `n positiewe lewenshouding kon openbaar ten spyte van aanslae, onsekerhede en moeilike lewensomstandighede. Dit is juis hierdie positiewe lewenshouding wat deur lewenservaring ontstaan, wat as moontlike bykomende wysheidsverwante element/kriterium in hoofstuk agt beskryf sal word.

7.4.3.6 Samevattend: Betekenisvolheid en wysheid

Die ondersoekgroep het 'n mate van lewensbetekenis gevind in die versorging van hul eggenote met Alzheimer se siekte tot en met hul afsterwe, asook daarna deur weer ander versorgers en persone in soortgelyke omstandighede by te staan. Hierdie behoud van sin en betekenis waaroor die ondersoekgroep beskik, is bevestig deur die kwantitatiewe data, naamlik die 'betekenisvolheid'-subskaal waar die versorgers 'n groepsgemiddeld van 45.67 uit 'n moontlike maksimum van 56 op die Koherensiesinvraelys behaal het (Antonovsky, 1993). Die moeilike lewenservaringe wat hierdie ondersoekgroep moes deurgaang, het juis bygedra tot die mate van 'betekenisvolheid' wat lede van die ondersoekgroep in hierdie uitmergelende omstandighede kon vind. Dit het ook 'n bydrae geblyk te maak tot lewenswysheid wat met hierdie lewenservaring gepaard gegaan het, soos te vinde was in lede van hierdie se groep se ryke feitlike en prosedure-kennis, sowel as die metavlak-kriteria wat hulle geopenbaar het (veral kontekstuele denke en die bestuur van lewensonsekerhede).

7.4.4 SAMEVATTEND: 'KOHERENSIESIN' EN WYSHEID

Dit is duidelik dat daar 'n redelike mate van 'verstaanbaarheid', 'beheerbaarheid' en veral 'betekenisvolheid' by hierdie ondersoekgroep te bespeur was, soos ook aangedui deur die totale groepsgemiddeld van 145.22 op die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1987). Daar was ook verskeie voorbeelde van wysheidsverwante gedrag wat in hulle hantering van die versorgingsproses gevind kon word. Dit wil dus voorkom asof wysheid en hierdie psigofortigene faktore tog in 'n mate met mekaar verband mag hou.

In die lig van die sterkte of krag wat die ondersoekgroep getoon het in hul response, word psigofortaliteit kortliks bespreek soos dit voorgekom het in hierdie versorgers se response op die ongestruktureerde onderhoude (tesame met die dagboekmateriaal).

7.4.5 PSIGOFORTALITEIT

Die hulpbronne wat bespreek is onder ‘beheerbaarheid’ (sien afdeling 7.4.2) kom in `n groot mate ooreen met die dimensies van psigofortaliteit, soos bespreek is in hoofstuk vier (sien afdeling 4.6.2). `n Persoon met `n hoë mate van psigofortaliteit behoort `n positiewe beoordelende bewustheid van die self, die gesinsomgewing en die ondersteuning van ander te toon. Soos duidelik blyk vanuit die vermelde hulpbronne, waaronder hulle gesinne, families, vriende en formele hulpbronne, en ook intra-psigiese hulpbronne soos kreatiwiteit en geloof, beoordeel die versorgers hierdie drie dimensies oor die algemeen as positief. Die ondersoekgroep het oor die algemeen die vermoë openbaar om te cope met die lewenstressore waaraan hulle blootgestel is. Die onderskeie dimensies van psigofortaliteit staan egter nie onafhanklik van mekaar nie, en hierdie drie dimensies speel `n integrale rol ten einde die versorgers se coping te fasiliteer soos duidelik geblyk het uit die talle verwysings by lede van hierdie ondersoekgroep na die waarde wat aan die self, familie en ander se ondersteuning geheg word.

❖ `n Positiewe beoordelende bewustheid van die self

Ten einde die ondersoekgroep se positiewe taksering van hulleself, en meer spesifiek van hulle vermoë tot probleemoplossing ten toon te stel, kan versorger # 8 aangehaal word. Hierdie versorger het die moeilike besluit tot institusionalisering van haar eggenoot gemaak, ten einde die behoud van haar eie welstand te fasiliteer:

“Verlede week was ek nie in `n toestand om te besluit nie, maar vannag het ek wel `n besluit geneem. Ek gaan met suster Odendaal reël dat hulle hom tog Maandag hier by die huis moet kom haal. Ons sal nie weet of hy daar sal aanpas as ons nie probeer nie. En ek het gesê, ek sal self `n besluit oor MY OORLEWING moet neem. Nou ja, ek het...”

Die versorgers se mate van bevoegdheid tydens **besluitneming** dui op `n hoë mate van **prosedure-kennis** soos gevind behoort te word by die wyse persoon wat sy/haar eie en ander se behoeftes in ag neem en besluite kan neem vir **beide se gewin**. Versorger # 8 se man het beter sorg ontvang en sy het weer `n kans gehad op welstand

en ‘oorlewing’. Versorger # 2 beklemtoon ook dat ‘n mens ‘n mate van beheer in die self moet versterk, ten einde te kan oorleef:

“Na al die jare van versorging se ‘ek gee my lewe prys om jou gemaklik te maak’, moet mens weer leer ‘ek het ‘n lewe en ek het die reg om te lewe.’”

Die onderzoekgroep het oor die algemeen ‘n positiewe beoordeling gehad van hul eie hantering van die versorgings- en rouproses, alhoewel sommige versorgers steeds skuldgevoelens oor hul eie onvermoë tot suksesvolle versorging en rou gehad het.

Die versorgers met ‘n positiewe beoordeling van hulle eie hantering van die versorgings- en rouproses, het dikwels verwys na hulle eie genesingsproses. Versorger # 7 kon byvoorbeeld meld: *“I got over the stage where I was living from day to day...”* en versorger # 8 meld in dieselfde trant: *“...ek dink ek begin nou normaal word, ek is nou regtig besig om te bou aan myself, dat dit dag vir dag beter gaan.”*

Laasgenoemde aanhalings bevestig nie net die mate van beheerbaarheid waaroor sekere lede van die onderzoekgroep beskik nie, maar ook die positiewe beoordelende bewustheid van die self wat by hierdie persone te vinde was. Hierdie positiewe beoordelende bewustheid van die self is ook bevestig deur die kwantitatiewe data, met ‘n gemiddelde groepstelling van 19.77 uit ‘n moontlike maksimum van 28 op daardie dimensie van die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998).

❖ ‘n Positiewe beoordelende bewustheid van die gesinsomgewing

Die lede van die onderzoekgroep se gebruik van ondersteuning deur die familie is reeds vermeld as prominente weerstandshulpbron onder die opskrif ‘beheerbaarheid’ (sien afdeling 7.4.2). Die versorgers het oor die algemeen baie waarde geheg aan die gesin se ondersteuning, maar hulle het ook ‘n bewustheid getoon van die kohesie (en soms ook konflik) wat voorgekom het onder die gesinslede. Versorger # 8 meld hoe bly sy is om haar kinders by haar te hê, ten spyte van die feit dat dit haar tot ‘n mate uitput met die kleinkinders om haar: *“Die kinders het gister deurgekom. Nou is my huis vol, en my geluk loop oor, al is dit so dat elkeen sy eie geit het, en Ouma se*

wysheid word getap...". Versorger # 7 meld die volgende in verband met gesinsbystand:

"Well, I always said, I had an easy ride compared to so many others, because of that kind of support. There was one particular step-daughter (out of her husband's previous marriage), who was living here at the stage that my husband got worse. She was very supportive. She was going through quite a lot of problems of her own at that time, but she was very, very devoted to her father. She took the stress off me sometimes."

Alhoewel hierdie aanhalings na 'n redelike positiewe beoordeling van die gesinsomgewing verwys, behoort dit nie uit die oog verloor te word dat hierdie versorgers dikwels eensaam gevoel het, en ook die gesin met tye as onbetrokke ervaar het nie.

Die ondersoekgroep het tóg oor die algemeen 'n positiewe beoordeling van die gesindinamika gehad, soos ook gereflekteer word in daardie dimensie van die Fortaliteitsvraelys (met 'n groepsgemiddeld van 20.67 uit 'n moontlike maksimumtelling van 28). Die groep se bewustheid van kohesie onder gesinslede (soos in die laaste aanhaling, tussen die dogter en haar pa) en ook die konflik wat mag voorkom, vorm deel van die wyse persoon se **feite-kennis oor menslike gedrag** as basiese kriterium van wysheid volgens die BWP.

❖ 'n Positiewe beoordeling van die ondersteuning van ander

Die ondersoekgroep het heelwat gebruik gemaak van ondersteuningsbronne in die gemeenskap, wat strek vanaf vriende tot formele hulp deur professionele persone. Versorger # 4 beskryf wat hierdie ondersteuning van ander vir haar beteken:

"Anne se man is ook dood en sy sê toe vir my ons moet nie so in die huis sit nie, ag, ons moet gaan fliek. En toe het ek begin betrokke raak. Ek is nou by die biblioteek en ek het baie mense ontmoet, baie mense leer ken. Ek het betrokke geraak, want ons is betrokke by baie dinge... Ek is deel van Hospice en soos verlede Woensdag was ek kwart voor agt by die Hospitaal om die

kankerpatiënte tee, koffie en toebroodjies te gee. Toe moes ons jaag na die gholfklub toe. So dit was 'n tawwe dag, maar dit was lekker...

Versorger # 8 meld ook dat vriende en ander se ondersteuning onmisbaar is: “*En nou begin ek weer die drade optel... Die sirkel raak darem al groter en ek dink al is mens nie 'n trop-mens nie, het enige mens 'n behoefte aan ander...*”

Die ondersoekgroep het in 'n groot mate hul ondersteuning van ander as positief beoordeel, alhoewel hulle hoofsaaklik melding gemaak het van die ondersteuning van vriende. Hierdie bevinding word ook bevestig deur die Fortaliteitsvraelys se subskaal vir die waarde wat aan die ondersteuning van ander geheg word met 'n bo-gemiddelde groeps-gemiddeld van 20.33 uit 'n moontlike maksimumtelling van 24. Ten spyte daarvan dat die bystand van ander 'n bron van ondersteuning vir die versorgers blyk te wees, kon hul ook na ander uitreik, soos versorger # 4 wat kon betrokke raak by Hospice terwyl sy daar ook vriendekringe kon opbou. Dit wil voorkom asof die ondersoekgroep se **uitreik na ander**, as wysheidsverwante motief, soos reeds daarna verwys is, 'n wesenlike rol gespeel het by hierdie versorgers se behoud en/of herwinning van hulle sielkundige welstand.

7.4.6 SAMEVATTEND: 'PSIGOFORTALITEIT' EN WYSHEID

Met inagname van die vorige illustrasies en die kwantitatiewe data van die Fortaliteitsvraelys (met 'n groeps-gemiddeld van 60.78), is daar 'n redelike positiewe beoordeelende bewustheid van die self, die gesinsomgewing en veral die ondersteuning van ander te vinde by hierdie ondersoekgroep. Die redelike mate van psigofortaliteit wat by die ondersoekgroep te vinde was, kan ook in verband gebring word met veral die basiese kriteria van wysheid, wat betref die feitelike kennis en prosedure-kennis wat by hierdie groep versorgers te bespeur is.

7.4.7 'n SINTESE VAN POTENSIËLE WYSHEIDSVERWANTE ELEMENTE DEUR LEWENSERVARINGE

Die lede van die ondersoekgroep is blootgestel aan die versorging van 'n lewensmaat met Alzheimer se siekte, laasgenoemde se agteruitgang en lyding, en sy uiteindelijke

dood. Hierdie lewenservaringe het geblyk 'n redelike mate van wysheid na vore te bring in die groep versorgers, soos dit na vore kom in die wysheidsonderhoude wat gevoer is volgens die riglyne van die BWP (sien afdeling 7.2). Daar kan egter steeds nie uitsluitel gegee word oor die wysheidsverwante elemente se moontlike ontwikkeling tydens die versorgingsproses, en oor die mate van wysheid wat in elk geval teenwoordig was alvorens hulle betrokke geraak het by die versorging van hul eggenote nie. Die kwessie van oorsaaklikheid sal alleenlik uitgeklaar kan word indien die mate van wysheid voor en na die versorgingsproses gemeet kon word, wat natuurlik nie deel uitgemaak het van die huidige studie nie. Daar is gedurende hierdie ondersoek egter ook, bo en behalwe die wysheidsverwante kriteria van die BWP, ander potensiële gedragsvorme in hierdie groep geïdentifiseer wat herinner aan wysheid. Hierdie elemente van versorger-funksionering mag dus direk of indirek verband hou met die konstruk wysheid. Dit wil voorkom asof die lewenservaringe waaraan hierdie groep versorgers blootgestel is, gelei het tot 'n sekere lewenshouding wat herinner aan lewenswysheid, maar tog nie pertinent beskryf word as deel van BWP nie. Hierdie positiewe lewenshouding en/of perspektief sluit onder andere die volgende in: Liefde, geduld, hoop, aanvaarding, humorsin, dankbaarheid en lewenslus.

Hierdie faktore sal kortliks aangeraak word in hoofstuk agt, en sal deel vorm van 'n bespreking van die effektiwiteit waarmee die BWP die voorkoms van wysheidsverwante gedrag in hierdie spesifieke ondersoekgroep kon identifiseer.

7.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die resultate van die ondersoek uiteengesit en geïnterpreteer. In deel I van hierdie hoofstuk is die kwalitatiewe ontleding van die gestruktureerde wysheidsonderhoude weergegee. Deel I het dan ook die voorkoms van 'n redelike mate van wysheid, soos gedefinieer deur die BWP, by hierdie ondersoekgroep (kwalitatief) bevestig (sien afdeling 7.2). Deel II van hierdie hoofstuk het die bespreking en die resultate van die kwantitatiewe vraelyste behels. Hierdie tweede deel van hoofstuk sewe het aangetoon dat daar inderdaad tekens van lewenstevredenheid, koherensiesin en psigofortaliteit by hierdie ondersoekgroep te

bespeur was. Laastens het deel III van hierdie hoofstuk die fokus verskuif na die kwalitatiewe ontleding van ongestruktureerde onderhoude wat met die ondersoekgroep gevoer is. Daar is ook van dagboekmateriaal in hierdie derde gedeelte van hoofstuk sewe gebruik gemaak ten einde die interaksie van wysheid en koherensiesin, sowel as wysheid en psigofortaliteit te omskryf soos dit na vore gekom het by die ondersoekgroep. Hierdie derde gedeelte van hoofstuk sewe het gepoog om die verwantskap tussen wysheidsverwante kriteria en -elemente en psigofortigene faktore uit te wys.

HOOFSTUK 8

BESPREKING EN GEVOLGTREKKING

8.1 INLEIDING

In hoofstuk sewe is die resultate soos dit na vore gekom het tydens die kwalitatiewe asook kwantitatiewe gedeeltes van hierdie ondersoek bespreek. Die verskynsel van wysheid, soos gedefinieer deur die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) is in deel I van hoofstuk sewe ondersoek (sien afdeling 7.2), na aanleiding van 'n kwalitatiewe bespreking van die inhoud van die wysheidsonderhoude.

In deel II van hoofstuk sewe is die mate van psigofortaliteit waaroor die lede van die ondersoeksgroep beskik weergegee, soos dit na vore gekom het in onderskeie vraelyste (sien afdeling 7.3). Deel III het die voorafgaande gedeeltes van hoofstuk sewe saamgevat deur die gesamentlike voorkoms van wysheid en psigofortaliteit te ondersoek aan die hand van die gegewens verkry vanuit ongestruktureerde onderhoude en die dagboekmateriaal wat deur sommige van die versorgers voorsien is.

Gedurende hierdie studie is daar deurgaans 'n psigofortigene perspektief gehandhaaf, en die resultate is dus in deel III weergegee aan die hand van die psigofortigene konstrakte 'koherensiesin' en 'psigofortaliteit'. Daar is ook telkens verwys na die konstruk wysheid, wat ook geblyk het 'n belangrike rol te speel by hierdie ondersoeksgroep se handhawing van hul sielkundige welstand.

Die doel van hierdie hoofstuk is om die resultate soos weergegee in hoofstuk sewe te integreer tot 'n sinvolle geheel, met spesifieke verwysing na hoe dit verband hou met die bestaande literatuur. Daar sal in hierdie hoofstuk gevolgtrekkings weergegee word aangaande die versorgers se sielkundige welstand, en hoe dit verband hou met die wysheid wat hulle openbaar. Hierdie gevolgtrekkings sal aan die hand van die ondersoek se hoofdoelwitte (sien afdeling 6.2) bespreek word.

Die drie oorkoepelende doelwitte van hierdie kwalitatiewe en hipotese-genererende studie was:

- i. Om die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte te bepaal,
- ii. om die potensiële ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses te beskryf, asook
- iii. om die effektiwiteit van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, te bepaal.

Die eerste doelwit van hierdie studie sal aangespreek word deur te verwys na verskeie sielkundige dimensies van die mens se bestaan, naamlik die kognitiewe, affektiewe, gedrags- en geestelike dimensies. Binne die raamwerk van hierdie vier dimensies van die mens se bestaan, sal die waarde van wysheid as psigofortigene konstruk tydens spesifieke stresvolle lewensomstandighede, naamlik die hantering van pasiënte met Alzheimer se siekte, aangedui word.

Die daaropvolgende doelwit van die studie, naamlik die bestudering van die ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses, sal daarna kortliks bespreek word.

Laastens sal daar verwys word na die effektiwiteit van die BWP vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger. Gevolgtrekkings sal gemaak word na aanleiding van die kwalitatiewe ontleding van die ongestruktureerde onderhoude en dagboekmateriaal.

Alvorens die onderskeie doelwitte van hierdie studie bespreek sal word, word daar kortliks verwys na die biografiese eienskappe van die ondergroep, en hulle behoud van lewenstevredenheid, koherensiesin en psigofortaliteit te midde van die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte.

8.2 BIOGRAFIESE FAKTORE EN DIE MATE VAN PSIGOFORTALITEIT BY HIERDIE ONDERSOEKGROEP

Die ondergroep het bestaan uit nege bejaarde dames wat almal reeds hul huweliksmaats wat aan Alzheimer se siekte gely het, aan die dood afgestaan het. Hierdie dames het hulle eggenote versorg vir 'n wisselende tydperk van tussen een en tien jaar, en is gedurende hierdie tydperk blootgestel aan die geweldige stres meegebring deur die versorging van 'n eggenoot wat voor hul oë 'wegkwyne'. Hierdie taak het byna elke uur van die dag in beslag geneem.

Met die intensiteit van hierdie stresvolle versorgingservaring in gedagte, sou daar verwag kon word dat die versorgers se eie sielkundige welstand daaronder sou ly. Burns *et al.* (1996) meld immers dat, afgesien van die fisieke welstand en sosiale ondersteuning wat dikwels ingeboet word deur hierdie versorgers, depressie een van die mees algemene geestesversteurings is wat by die versorgers van Alzheimer-pasiënte gevind kan word. In die lig hiervan is dit dus verbasend dat die versorgers enigins 'n mate van sielkundige welstand kon behou. Die ondergroep het steeds 'n redelike positiewe beoordeling van hul situasie gehandhaaf, soos bevind is met behulp van die Lewenstevredenheidskaal (Diener *et al.*, 1985). Daar is ook bevind dat die lede van hierdie ondergroep oor die algemeen 'n redelike mate van 'koherensiesin' en 'psigofortaliteit' behou het (sien die resultate in hoofstuk sewe, afdeling 7.3.2). Hierdie versorgers se uitsonderlike vermoë om te midde van moeilike lewensomstandighede 'n positiewe uitkyk op die lewe te handhaaf, lei 'n mens terug na die kernvrae soos gestel deur Antonovsky (1987) en Strümpfer (1995), naamlik: "Hoe oorleef of cope sommige mense ten spyte van uiters moeilike omstandighede?", en "Waar kom hierdie sterkte vandaan?" Die huidige studie fokus spesifiek op die konstruk wysheid as moontlike antwoord op hierdie vrae. Die potensiële rol wat wysheid as psigofortigene faktor mag speel by die hantering van die versorgingsproses sal dus aandag geniet onder die bespreking van die eerste doelwit van hierdie studie (sien afdeling 8.4). Hierdie kwessie dien as fokuspunt van die huidige ondersoek na aanleiding van die bevinding dat hierdie ondergroep lewenstevredenheid, koherensiesin en psigofortaliteit openbaar het, en terselfdertyd ook wysheid getoon het in hulle response. Daar het immers heelwat voorbeelde van

wysheidsverwante gedrag na vore gekom in hierdie onderoekgroep se response op die wysheidsonderhoud, wat kortliks opgesom word in afdeling 8.3.

8.3 WYSHEID AS VERSKYNSEL BY HIERDIE ONDERSOEKGROEP

Die onderoekgroep het duidelik oor wysheidsverwante kennis en insig beskik, en talle voorbeelde van wysheidsverwante gedrag getoon. Hierdie waarneming is gemaak tydens die kwalitatiewe ontleding van die ryke data wat na vore gekom het vanuit die wysheidsonderhoude wat volgens die riglyne van die BWP gevoer is (Staudinger *et al.*, 1994).

Wat betref die basiese kriteria van wysheid (soos gedefinieer in die BWP), het die versorgers veral feitelike kennis aangaande die fundamentele pragmatika van die lewe openbaar. Dit is weerspieël deur die insig aangaande menslike motiewe, emosies, kwesbaarhede, lewensfases, gedrag en interpersoonlike verhoudinge wat die versorgers getoon het. Die onderoekgroep het verder ook prosedure-kennis openbaar deur hulle vermoë om laasgenoemde feite-kennis toe te pas. Hierdie prosedure-kennis blyk ingeskerp te wees by hierdie groep versorgers deur hulle moeilike lewensomstandighede en die ervarings wat hulle as versorgers van Alzheimer-pasiënte meegemaak het. Die prosedure-kennis waaroor die groep versorgers beskik, word veral gekenmerk deur hulle vermoë om besluitneming en beplanning op 'n wyse manier uit te voer, en ook om advies oor die fundamentele pragmatika van die lewe aan ander te kan gee.

Die onderoekgroep het verder ook eienskappe van die metavlak-kriteria van wysheid, soos gestel deur die BWP, geopenbaar. Hierdie versorgers het verskeie ouderdomsverwante, kulturele en biografiese kontekste in ag geneem wanneer hulle op die lewensprobleemtekste van die wysheidsonderhoud gerespondeer het. Dit wil voorkom asof die versorgers begrip het vir verskeie lewenskontekste, wat ook 'n invloed het op mekaar, en dat daar rollekonflik kan ontstaan tydens die versorgingsproses. Die lede van die onderoekgroep se prioriteite binne hierdie kontekste het ook met die verloop van tyd verander, veral wat betref die mate waartoe

hulle begin uitreik het na ander in 'n soortgelyke versorgingsituasie ná die afsterwe van hulle eie huweliksmaats. Hierdie tipe 'na-ander-gerigtheid' sal later weer aangeraak word, soos die doelwitte van hierdie studie bespreek sal word.

Die versorgers se vermoë om hulleself te distansieer van hulle eie waardesisteen het ook duidelik na vore gekom uit die kwalitatiewe ontleding van die wysheidsonderhoude. Hierdie vorm van waarde-relativisme het die versorgers in staat gestel om 'n ander mens se lewe in 'n sekere mate objektief te beoordeel. Die versorgers se buigsame en onpartydige houding het hulle gehelp om verskeie oplossings vir 'n lewensprobleem te oorweeg. Hulle het individuele waardes en doelwitstellings van elke party wat 'n rol mag speel by die aanspreek van die spesifieke probleem in ag geneem. Sekere universele waardes soos liefde en menswaardigheid het egter steeds na vore gekom in hierdie groep se response. Hierdie universele waardes het ook deel uitgemaak van die versorgers se eie bestaan, soos duidelik geblyk het uit hulle onselfsugtige versorging van hulle huweliksmaats. Die versorgers se eie behoud van menswaardigheid in die proses van versorging was ook vir hulle van belang, soos dit na vore gekom het tydens die ongestruktureerde onderhoude.

Die ondersoekgroep het verder ook begrip gehad vir die feit dat die lewe onvoorspelbaar is, en dat lewensonsekerhede noodgedwonge 'n deel van elke mens se bestaan uitmaak. Hierdie lewensonsekerhede blyk egter nie die versorgers in so 'n mate lam te lê dat hul geen verweer daarteen het nie. Die groep versorgers het intendeel hierdie lewensonsekerhede met grasia hanteer deur hulle vermoë om hierdie lewensonsekerhede te bestuur en om advies daaromtrent te lewer. Die ondersoekgroep het te midde van hierdie onsekerheid vir hulleself 'n staanplek geskep vanwaar hulle weer vir ander persone in soortgelyke versorgingsituasies kon advies gee rondom die versorgingsproses. Die raad wat hulle kon lewer vir persone in hierdie benarde situasie, het geblyk 'n groter impak te hê as die formele hulpbronne (soos dié van beraders en ander mediese hulpprofessies) wat slegs oor teoretiese kennis beskik. Die versorgers het onder andere melding daarvan gemaak dat die Alzheimers-ondersteuningsgroep hulle help cope het, deurdat hulle kon hoor hoe ander die uitdaging van versorging benader, en dat hulle nie alleen in die proses is nie. Die advies wat hierdie groep versorgers kan lewer omtrent die bestuur van die

onsekerheid wat met 'n diagnose van Alzheimer se siekte gepaard gaan, blyk van onskatbare waarde te wees.

Met die wysheid wat by hierdie ondersoekgroep na vore kom, wonder 'n mens wat die verband tussen hierdie wysheidsverwante gedrag en die onderskeie psigofortigene faktore is. Hierdie moontlike verband word bespreek as die eerste doelwit van hierdie studie, en dit spreek dus die volgende vraag aan: “Wat is die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte?”

8.4 DIE WAARDE VAN WYSHEID AS PSIGOFORTIGENE KONSTRUK IN DIE HANTERING VAN DIE VERSORGING VAN 'n HUWELIKSMAAT MET ALZHEIMER SE SIEKTE

Die moontlike verbande tussen die elemente van wysheid en koherensiesin, dit wil sê die verbande tussen wysheid en verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid, sal in hierdie afdeling bespreek word. Die samehang van wysheid en geloof sal ook aangespreek word, al vorm dit nie pertinent deel van die koherensiesin-konstruk nie. Die eerste doelwit van hierdie studie sal aandag ontvang deur verwysings na die kognitiewe, affektiewe, gedrags, en geestelike dimensies van die mens se bestaan. Binne die raamwerk van hierdie sielkundige dimensies, sal die waarde van wysheid as psigofortigene konstruk bespreek word, spesifiek in die hantering van die versorging van 'n huweliksmaat gediagnoseer met Alzheimer se siekte. Dit is egter belangrik om te onthou dat, alhoewel elkeen hier apart bespreek word, die onderskeie dimensies van die mens se bestaan tot 'n groot mate interreageer.

Verder is dit ook van belang om in gedagte te hou dat slegs enkele verbande tussen wysheid en die onderskeie elemente van koherensiesin gelê sal word. Dieselfde geld vir die verband tussen wysheid en geestelikheid of geloof. Daar bestaan waarskynlik nog verskeie ander moontlike koppeling tussen wysheid en koherensiesin, sowel as wysheid en geestelikheid, wat met opvolgstudies verder ondersoek kan word.

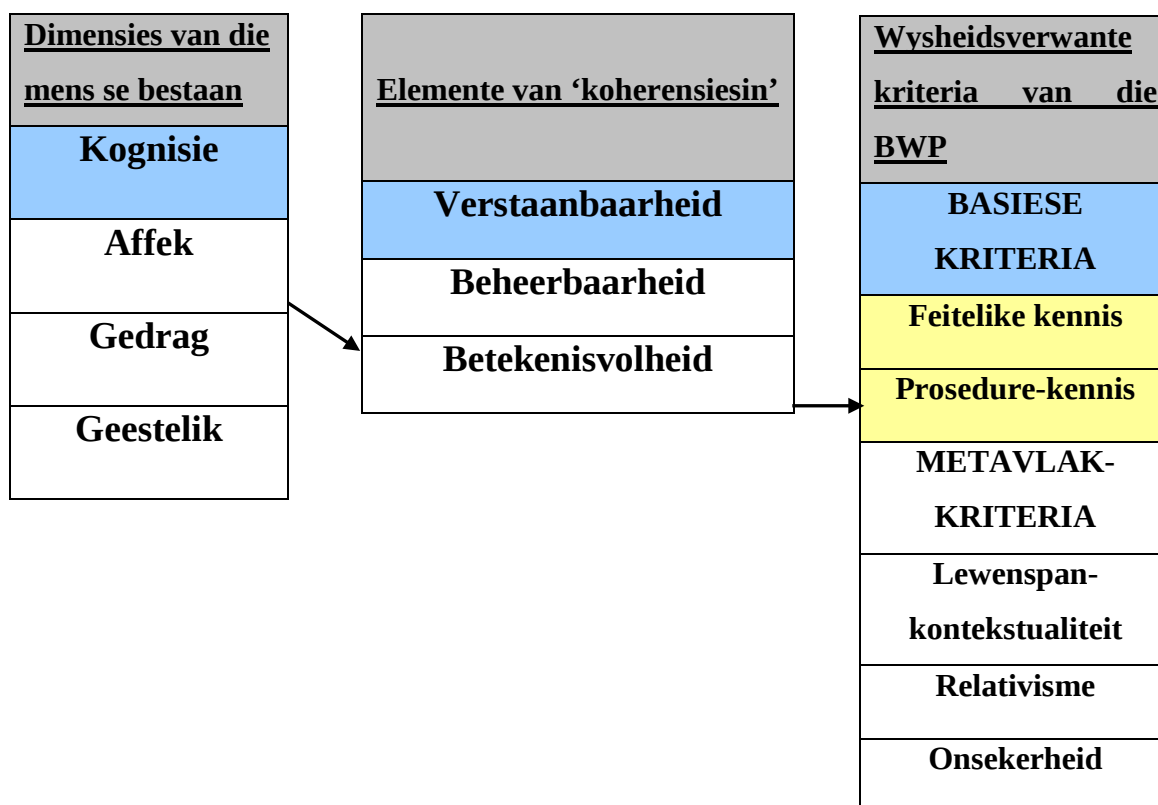
8.4.1 DIE KOGNITIEWE DIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN

Antonovsky (1996) meld die volgende met betrekking tot verstaanbaarheid as element van koherensiesin:

*“It took me some time to realize that in the initial clarification of the SOC I had given undue emphasis to the **cognitive aspect** of the construct, to what I came to call **comprehensibility**”* (p. 172).

Alhoewel dit vanuit hierdie aanhaling voorkom asof Antonovksy (1996) aanvanklik te min waarde gegee het aan verstaanbaarheid as een van die drie kernelemente van ‘koherensiesin’, is dit belangrik om te onthou dat ‘verstaanbaarheid’ nie as minder belangrik beskou moet word as die ander twee elemente van ‘koherensiesin’ (naamlik beheerbaarheid en betekenisvolheid) nie.

Verstaanbaarheid word dus gesien as die kognitiewe element van koherensiesin. Dit is om hierdie rede dat die kognitiewe dimensie van die mens se bestaan bespreek sal word as verstaanbaarheid. Daar sal ook verwys word na die wyse waarop verstaanbaarheid verband hou met wysheid, soos dit na vore gekom het in die data. Vir die doeleindes van hierdie bespreking word die verband tussen verstaanbaarheid en feitelike kennis (die meer kognitiewe element van wysheid) en ook prosedurekennis as basiese kriteria van wysheid (volgens die BWP) bespreek. (Hierdie wysheidskriteria word in kleur aangedui in figuur 21.) Sien figuur 21 as illustrasie van die konstrakte wat met mekaar in verband gebring sal word.



Figuur 21: Die verband tussen 'verstaanbaarheid' en wysheid as kognitiewe aspekte van die mens se bestaan.

8.4.1.1 Verstaanbaarheid en wysheid

Die lede van hierdie ondersoekgroep het 'n redelike mate van begrip vir hul situasies getoon, soos gereflekteer is in die verstaanbaarheid-subskaal van die Koherensiesinvraelys (Antonovsky, 1993), en gerapporteer is in afdeling 7.3.2.2. Daar was 'n element van onsekerheid en verwarring te bespeur by hierdie ondersoekgroep, soos versorger # 8 tereg stel: *"Dit is so d  m grieks..."* as sy melding maak van haar man se toestand. Die ondersoekgroep het egter steeds oor die algemeen begrip vir hulle situasie getoon, ten spyte van sekere elemente van die versorgingsproses en die pasiënt se gedrag wat steeds onverstaanbaar en onverklaarbaar was. Hierdie versorgers het, ten spyte van hierdie verwarring op kognitiewe vlak, 'n mate van begrip vir die versorgingsituasie en ook vir die fase ná die afsterwe van hulle eggenote openbaar.

Die wysheidsverwante elemente wat na vore gekom het, en `n bydrae gelewer het tot die onderzoekgroep se begrip vir hulle situasie, sluit die basiese kriteria van wysheid in, naamlik feite- en prosedure-kennis aangaande die fundamentele pragmatika van die lewe. Die metavlak-kriteria van wysheid wat by hierdie onderzoekgroep teenwoordig was, soos relativisme en die bestuur van lewensonsekerhede, sal later bespreek word wanneer die affektiewe en gedragskomponente van die mens se funksionering ter sprake kom, aangesien dit duideliker in verband gebring kan word met hierdie dimensies van die mens se bestaan.

Die verbande wat gevind kon word tussen verstaanbaarheid as kognitiewe komponent van koherensiesin en wysheid is soos volg (die wysheidsverwante elemente van die BWP word telkens in vetgedrukte letters aangedui):

- ❖ Die onderzoekgroep het begrip (oftewel **ryke feitelike kennis**) getoon vir die fundamentele pragmatika van die lewe. `n Interessante tema wat na vore gekom het tydens hierdie studie, is die onderzoekgroep se feitelike kennis aangaande die motiewe van die mens se bestaan. Die versorgers se **motief** of dryfveer vir die versorging van hulle eggenote was meestal bloot in die liefdesbetoning van hierdie daad gesetel. Hierdie motief om jou eie, maar ook `n ander se behoeftes in ag te neem, het die versorgers ná hulle eie eggenote se afsterwe gedryf om ook betrokke te raak by die advieslewering aan persone wat tans versorg (sowel as ander persone in dergelike situasies). Alhoewel die versorgers dikwels hulle eie behoeftes tydens die versorgingsproses misken het, kon hulle weer die belang van hulle eie oorlewing besef na die afsterwe van hulle eggenote. Talle versorgers het `n tipe begrip of ‘verstaan’ openbaar vir dit wat ons in die lewe motiveer, en daarin is wysheid gesetel. Die versorgers wat deel gevorm het van hierdie onderzoekgroep het die vermoë gehad om hulself te distansieer van hulle situasie, en om dit waarmee hulle besig was as versorgers objektief waar te neem. Hierdie ‘verstaanbaarheid’ en wysheid rondom dit wat vir hulle as motivering gedien het, het moontlik ook bygedra tot hulle suksesvolle hantering van die moeisame versorgingsproses.
- ❖ Die versorgers ervaar verskeie emosies tydens en na afloop van die versorgingsproses, wat letterlik strek vanaf emosies van liefde tot woede en

haat. Met hierdie wye spektrum van affektiewe belewenisse wat deel uitgemaak het van die versorgers se lewenservaringe, het sommige van die versorgers 'n beter begrip ontwikkel vir die wye reeks emosies wat 'n mens kan ervaar. Hierdie 'verstaan' wat die versorgers toon ten opsigte van die emosionele belewing van die mens sluit onder andere begrip vir die wyse waarop jy die emosies kan hanteer in, asook vir die gevolge daarvan indien dit nie hanteer word nie. Die versorgers beskik dus oor die algemeen oor die vermoë om **affektiewe belewenisse** uit te ken, dit te verstaan, en om hierdie emosies te beheer of te ontloot. Hulle het dus 'n begrip of 'verstaan' getoon wat hulle die vermoë gegee het om rasioneel oor emosies te kan dink. So weet versorger # 4 byvoorbeeld dat emosies jou kan "opvreet" indien jy dit nie hanteer nie. Die feitelike kennis rondom affektiewe belewenisse wat by hierdie groep na vore gekom het, toon dat daar in hierdie verband goeie begrip (verstaanbaarheid) en wysheid by talle versorgers van die ondersoekgroep geopenbaar is.

- ❖ Met inagneming van die fases van deteriorasie (sien afdeling 2.5) by Demensie van die Alzheimer-tipe is dit duidelik dat die pasiënt deur verskeie fases van geestes- en fisieke agteruitgang gaan. Die versorger aanskou hierdie agteruitgang en ontwikkel dikwels so eerstehandse kennis van die **fisieke kwesbaarheid** van die mens, aangesien die versorger se fisieke en sielkundige welstand dikwels ook die versorgingsproses beproef word. Ook hierdie kennis (en verstaanbaarheid) van die fisieke kwesbaarheid en sterflikheid van die mens, het bygedra tot hierdie ondersoekgroep se begrip vir die fundamentele pragmatika van die lewe. Hierdie begrip vir die mens se kwesbaarhede dui in die eerste plek op begrip (of verstaanbaarheid) vir die feit dat ons elkeen ontvanklik is vir siekte en psigopatologie, en ook uiteindelik die dood. Soos reeds vantevore bespreek is, vorm feitelike kennis omtrent die kwesbaarhede van die mens ook deel van die BWP se siening van wysheid in sy bestaande vorm. Die versorgers wat wel 'n begrip ontwikkel het (verstaanbaarheid) vir die kwesbaarheid van hulle eggenote en hulle eie menslike bestaan, het dus ook feitelike kennis as wysheidselement openbaar.

- ❖ Heelwat van die versorgers in die ondersoekgroep het die vermoë openbaar om die **dinamika in verhoudinge** (element van feitelike kennis) te ‘lees’ en te ‘verstaan’. Hierdie versorgers het hulle eggenote stelselmatig sien agteruitgaan. In `n sekere sin het die huweliksverhouding voortdurend verander na mate die pasiënt agteruitgegaan het, en die versorger met die dinamika in die deteriorerende huweliksverhouding tred moes hou. Die impak wat Alzheimer se siekte op die pasiënt se gedrag het, laat die versorger dikwels toenemend sosiaal onttrek ten einde haarself en ook haar man vernedering te spaar. Slegs `n paar vriendskaps- en ander belangrike verhoudinge bly gewoonlik behoue in die tyd van versorging, en die versorger word byna `n ‘ekspert’ daarin om te sien hoedat ander op haar man se siekte reageer en op watter bronne van sosiale ondersteuning sy steeds kan staatmaak. Die versorger word dus ook `n ekspert in die dinamika van interpersoonlike verhoudinge. Die versorgers besef die belang van sosiale ondersteuning in moeilike tye, soos versorger # 4 meld: *“Wat help dit jou jy onttrek jouself van alles, dan word jy net misrabel...”* Hierdie versorgers se begrip en verstaanbaarheid vir die dinamika en belang van interpersoonlike verhoudinge stel hulle in staan om beter te cope namate hulle besef dat hulle verhouding met hulle eggenote noodgedwonge sal agteruitgaan en dat hulle moet staatmaak op ander bronne van sosiale ondersteuning. Hierdie begrip vir die dinamika in verhoudinge kan ook as feitelike kennis, en vervolgens as wysheidsverwante kriterium, uitgeken word. Verstaanbaarheid en wysheid in die uitken van dinamiek in verhoudinge help die versorgers ook om te cope tydens die proses van versorging. Hier is dus `n raakpunt tussen verstaanbaarheid en wysheid geïdentifiseer met betrekking tot verhoudinge en die dinamiese aard daarvan.
- ❖ Die versorgers het ook `n behoefte daaraan gehad om te verstaan wat Alzheimer se siekte is, en wat die verloop daarvan byvoorbeeld behels. Die meeste van die versorgers het self **inligting ingewin** om dié siektetoestand en die versorgingsituasie beter te verstaan. Hier speel psigo-opleiding `n fundamentele rol, waar die versorgers veral insig verkry het in die toestand van Alzheimer se siekte, maar nie noodwendig begrip het vir die wyse waarop hulle daarmee kan cope nie. Die bevinding van Gonzalez *et al.* (1999) word

dus ondersteun, naamlik dat hierdie versorgers van Alzheimer-pasiënte van die nodige ondersteuning voorsien moet word soos die pasiënt se toestand agteruitgaan. Laasgenoemde outeurs voel veral dat terapeutiese intervensies op die hantering van funksionele en gedragsprobleme van die pasiënt moet fokus. Wat wel hier van belang is, is dat hierdie soeke na verstaanbaarheid oor die siektetoestand lei tot die benutting van inligtingsbronne wat 'n eienskap is wat by die wyse persoon te vinde is. Die versorgers se inwin van inligting kan ook gesien word as **prosedure-kennis** as deel van die BWP. Die versorgers is dus in die duister oor wat hulle te wagte kan wees met betrekking tot die verloop van Alzheimer se siekte. Hulle soek inligting daaromtrent ten einde die toestand beter te verstaan. Die gebruik van inligtingsbronne is 'n vorm van prosedure kennis en dit lei ook tot verhoogde verstaanbaarheid. Weereens kan die inwin van inligting gesien word as 'n raakpunt tussen verstaanbaarheid en wysheid (en spesifiek prosedure-kennis as basiese wysheidskriterium van die BWP).

Weens hierdie studie se beperkte omvang kan die spesifieke verwantskap tussen wysheid en 'verstaanbaarheid' as konsep van 'koherensiesin' nie breedvoeriger ondersoek word nie. Daar kan ook nie uitspraak oor die kwessie van oorsaaklikheid gelewer word nie. Daar kan egter wel die afleiding gemaak word dat wysheid sekere ooreenkomste toon met die psigofortigene konsep van 'verstaanbaarheid', alhoewel die spesifieke verband nog nie duidelik is nie. Baltes en Smith (1990) meld immers dat die algemene publiek wysheid definieer as 'n *uitstekende vermoë om te verstaan*' (p.107). Hierdie studie bevestig hierdie definiëring van wysheid, alhoewel die spesifieke verwantskap tussen wysheid en 'verstaanbaarheid' nog verder ondersoek behoort te word.

8.4.1.2 Die kognitiewe vermoë tot refleksie en die verband met wysheid en verstaanbaarheid

Wat betref die kognitiewe dimensie van die mens het hierdie onderzoeksgroep die besondere vermoë openbaar om te **reflekteer** op hulle eie lewe, veral deur middel van die lewenshersieningstekste wat deel uitgemaak het van die wysheidsonderhoude.

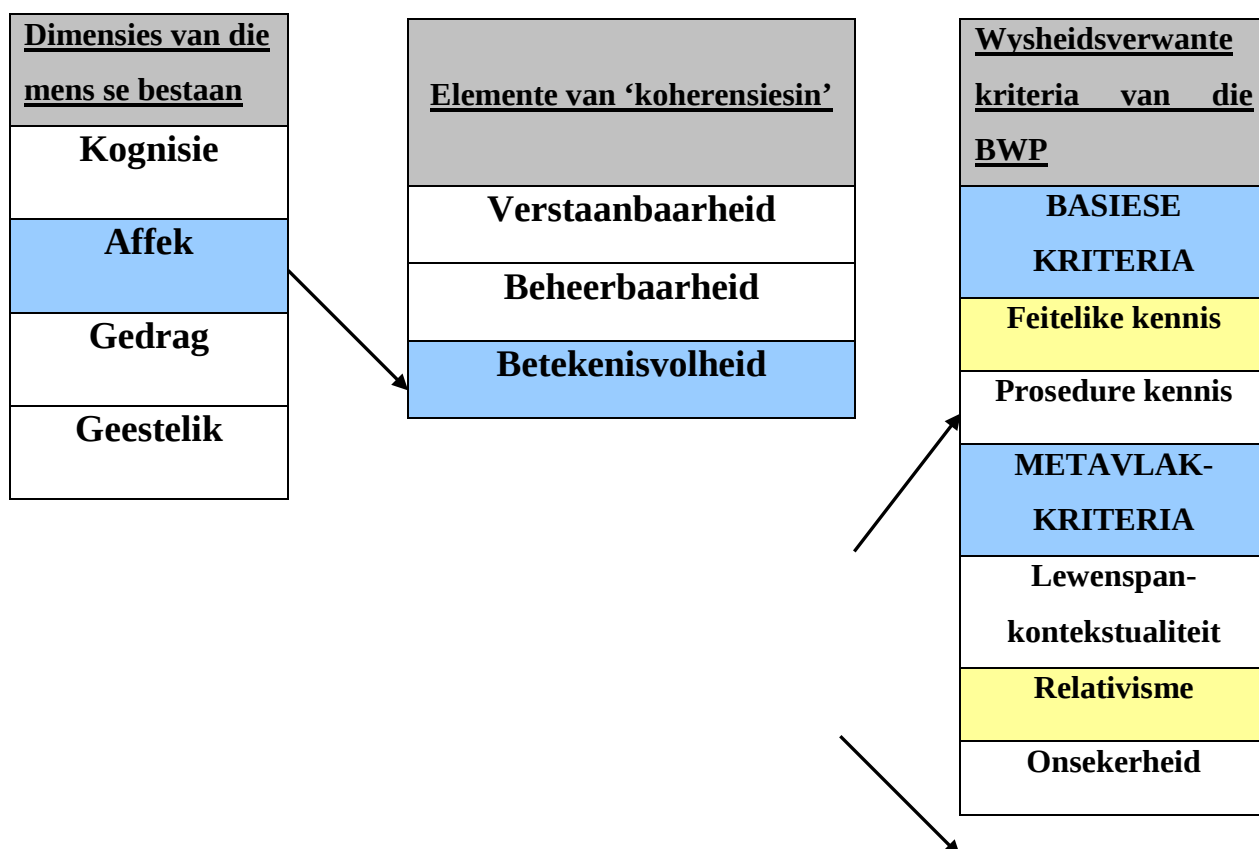
Die mens se unieke vermoë om 'n selfbeeld te hê, is juis gesetel in sy/haar vermoë tot **self-refleksiwiteit**, naamlik die vermoë om oor jouself na te dink en om jouself gedurig te evalueer. Vir Bandura (1977) is self-effektiwiteitspersepsie 'n sentrale komponent van **self-refleksie**. Bandura (1977) het verder vermeld dat mense met 'n sterk self-effektiwiteitspersepsie neig om langer te volhard in hul pogings om 'n situasie te bemeester. Hul is dus meer gemotiveerd as mense wat min vertroue in hulle eie vermoëns het. Die mate van self-effektiwiteit word al meer versterk in 'n persoon wat oor 'n hoë self-effektiwiteit beskik en wat meer geneig is om suksesse te behaal. 'n Persoon met 'n swak self-effektiwiteitspersepsie bevind hom-/haarself egter in 'n bose kringloop van mislukkings en die verdere verlaging in self-effektiwiteit wat daarop volg.

Die versorgers wat deel uitgemaak het van hierdie ondersoekgroep het voorwaar volhard in hulle omstandighede, al het dit soms vir hulle gevoel asof hulle 'n verbete stryd voer. Dittman-Kohli en Baltes (1990) vermeld dat daar een voorwaarde vir die bewustheid van die dieper betekenis van gebeure of verskynsels (verstaanbaarheid) bestaan, naamlik dat die persoon tyd neem om te **reflekteer** oor die betekenis van hierdie gebeure uit verskillende perspektiewe, en nie bloot daarop sal reageer nie. Refleksie lei die versorger dus op die pad na verstaanbaarheid deurdat daar tyd afgestaan word om buite die situasie te staan en objektief daarna te kyk. Sodoende begryp die versorger wat besig is om te gebeur. Hierdie uitsonderlike vermoë om te verstaan deur refleksie op moeilike lewensomstandighede is ook 'n vorm van wysheid (Moon, 1999). Die begrip vir omstandighede (verstaanbaarheid) wat ontstaan deur refleksie as wysheidsverwante kennis lei ook tot beter coping deurdat nuwe, alternatiewe copingmeganismes gemobiliseer kan word sodra die eise van die situasie eers begryp word. Daar bestaan dus 'n definitiewe samehang tussen wysheid en refleksie (Moon, 1999), maar ook tussen refleksie en verstaanbaarheid. Refleksie, wat so dikwels in hierdie versorgers se response te vinde was, kan dus gesien word as 'n faktor wat wysheid en verstaanbaarheid tydens coping integreer.

Die tweede dimensie van menslike funksionering, naamlik die affekbelewenis, word vervolgens bespreek.

8.4.2 DIE AFFEKTIEWE DIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN

Antonovsky (1996) beskryf **betekenisvolheid** (een van die komponente van koherensiesin), as 'n motiveringselement op **emosionele** eerder as op kognitiewe vlak. Betekenisvolheid kan dus as die affektiewe komponent van 'n persoon se koherensiesin beskou word. Die verband tussen betekenisvolheid en wysheid sal ook hier aandag geniet (sien figuur 22). Die elemente van wysheid wat in verband gebring kan word met betekenisvolheid sluit veral die basiese kriteria van wysheid, maar ook relativisme as metavlak-kriterium van wysheid in, wat in kleur aangedui word in figuur 22.



Figuur 22: Die verband tussen 'betekenisvolheid' en wysheid as affektiewe aspekte van die mens se bestaan.

8.4.2.1 Betekenisvolheid en wysheid

Die onderzoeksgroep het tot 'n redelike mate getoon dat hulle betekenis in die situasie kon vind, soos gerapporteer in afdeling 7.3.2.2. Hierdie behoud van sin en betekenis

ten spyte van al die slegte ervarings in hierdie versorgers se verlede, is verbasend. Die vraag ontstaan egter: “Wat stel die versorger in staat om steeds betekenis in haar bestaan te vind?” Daar kan vanuit verskeie invalshoeke na die antwoord op hierdie vraag gekyk word. Vir die doeleindes van hierdie studie word daar egter spesifiek gekyk na die verskynsel van wysheid en die wyse waarop dit `n bydrae gelewer het tot hierdie versorgers se behoud van sin en betekenis.

Betekenisvolheid handel oor die mate waartoe `n individu sy/haar lewe as sinvol beleef, en uitdagings kan identifiseer wat die moeite werd is om energie aan te bestee ten einde hierdie uitdagings te hanteer (Antonovsky, 1987). Die versorgers het hulleself heelhartig aan die uitdaging toegewy deur die versorgingstaak op hulle skouers te neem. Hoewel hierdie taak dikwels uiters veeleisend blyk te wees, vind die versorgers tog sin en betekenis in die volgende (die wysheidsverwante elemente word telkens in vetgedrukte letters aangedui):

- ❖ In `n poging om steeds die positiewe aspekte van hulle eie en hulle eggenote wat aan Alzheimer se siekte ly se bestaan te koester, het sommige van die versorgers dikwels hulle bes gedoen om in hulle persepsie van hulle eggenote die persoon van Alzheimer se siekte te onderskei. In hierdie poging om steeds hulle eggenote te waardeer, en hul nie net te reduceer tot die rol van die pasiënt nie, het die versorgers ook weer betekenis gevind. Vir `n kort wyle kon die ware persoonlikheid van hulle eggenoot waarmee hulle in die huwelik getree het dan weer deurskemer, as die fokus van Alzheimer se siekte verwyder word. Die pasiënt se sin vir humor het byvoorbeeld in sommige gevalle behoue gebly, en dan kon enkele skaterlag-oomblikke weer bydra tot die betekenis wat die versorger aan sy/haar situasie heg. Gedragsvorme soos **`n sin vir humor** as moontlike deel van `n **positiewe lewenshouding** sal later bespreek word in afdeling 8.3. Hierdie positiewe lewenshouding, soos ook geopenbaar in hierdie versorgers se poging om steeds die goeie in hulle eie en hulle eggenote se lewens raak te sien, herinner ook aan elemente van wysheid soos later bespreek sal word in afdeling 8.3. Namate die kognitiewe agteruitgang van die pasiënt toeneem, verminder die moontlikheid vir die versorgers om hul eggenote van die siektetoestand te “skei” en dan het dit nie langer bygedra tot die betekenisvolheid wat die versorgers in hulle eie bestaan

kon vind nie. Daar is egter ook betekenis te vinde in selfs hierdie moeilike situasie, soos weerspieël word deur die eudaimonistiese uitkyk wat gevind kon word by talle lede van hierdie ondersoekgroep (sien afdeling 7.4.3.1).

- ❖ Die blote geleentheid om vir `n ander iets te beteken, naamlik om vir hulle eggenote te sorg op `n onbaatsugtige wyse, het bygedra tot die betekenisvolheid wat die versorgers in hulle versorgingsrol kon vind. Met geen sprake van `n hedonistiese najaag van plesier in die versorgingsproses nie, was dit tóg duidelik dat `n ‘eudaimonistiese fokus’ op lewensbetekenis en selfverwesenliking by hierdie groep na vore gekom het. Die versorgers het dus `n poging aangewend om optimaal te funksioneer binne hulle uitmergelende omstandighede, al was dit nie altyd suksesvol nie. Dit bring die fokus weer terug na een van die belangrikste motiewe wat by hierdie ondersoekgroep te vinde was, naamlik die **altruïstiese** motief of `n ‘na-andergerigtheid’ wat by byna elkeen van die versorgers gesorg het vir `n groot mate van betekenisvolheid (sien ook afdeling 8.4.3.2.1). Die versorgers het betekenis gevind in die versorgingsproses, al het hulle dikwels self daaronder gely. Hulle kon later ook na ander in soortgelyke situasies uitreik, wat bygedra het tot hulle sin van betekenisvolheid. Antonovsky (1987) voer aan dat die komponente van koherensiesin interreagerend is. Hier is `n voorbeeld daarvan te bespeur, deurdat die versorgers se verstaan van die motiewe wat ons dryf, bygedra het tot die betekenis wat hulle in die versorgingsituasie ervaar het. Die feitelike kennis omtrent die motiewe van die mens (en spesifiek die altruïstiese motief te vinde by hierdie ondersoekgroep) het dus gelei tot die vind van betekenis in hierdie ondersoekgroep se bestaan, en so ook die besef dat `n mens se **prioriteite oor tyd verander**, soos die konteks waarin `n mens leef ook verander (soos blyk uit kontekstualiteit as metavlakkriteria van die BWP).
- ❖ Daar is ook van die versorgers in die ondersoekgroep wat die vermoë gehad het om die **gebeure in hulle verlede te sistematiseer en analiseer ten einde hierdie kennis in die hede te kan benut**. Hierdie vermoë is `n vorm van prosedure-kennis, soos beskryf in die BWP, en kan in verband gebring word met die sin en betekenis wat die versorgers in hulle situasie kon vind. In

retrospek kon die versorgers sin en betekenis daarin vind dat hulle kennis en ervaring opgedoen het in hulle moeilike omstandighede, wat andersins nie moontlik sou wees nie. As gevolg daarvan kon hulle in die hede daardie kennis toepas in die vorm van prosedure-kennis deur ander by te staan in dergelike situasies, en ook om advies rondom die fundamentele pragmatika van die lewe te lewer.

- ❖ Individuele terapie en betrokkenheid by die Alzheimer-ondersteuningsgroep het bygedra daartoe dat die versorgers tot nuwe insigte kon kom deur ander se perspektiewe in ag te neem en te besef dat hulle eie ervarings, binne die konteks van hulle omstandighede, normaal is. Hierdie **distanisiëring van hulle eie perspektiewe** dui ook op **relativisme** as metavlak-kriterium van wysheid (volgens die BWP). In individuele terapie en by die Alzheimer-ondersteuningsgroep het die versorgers ook geleer om hulle affektiewe belewenisse te erken en dit te hanteer. Gwyther (1998) meld in hierdie verband dat die versorger se vermoë om uitdrukking aan sy/haar behoeftes sowel as emosionele belewenisse te gee, 'n goeie copingmeganisme blyk te wees. Dit kom voor asof die ondersteuningsgroep bygedra het tot die mate van betekenis wat die versorgers in die versorgingsproses kon vind, en daar is hulle ook die geleentheid gegun om hulleself te distansieer van hulle eie waardes ten einde ook ander se perspektiewe aan te hoor. Die lede van die onderzoekgroep se betrokkenheid by 'n Alzheimer-ondersteuningsgroep was dus 'n bron van beide wysheid en betekenis in die uitvoering van die versorgingstaak.
- ❖ Die meeste lede van die onderzoekgroep het tydens die versorgingsproses betekenis gevind in hulle geloof in 'n Hoër Hand. Geloof toon ook 'n definitiewe verwantskap met wysheid (sien afdeling 5.8). Die verband tussen wysheid, geloof en betekenisvolheid sal egter meer volledig aangespreek word in afdeling 8.4.4 van hierdie hoofstuk.

Murray *et al.* (1999) het in hul studie bevind dat slegs 18% versorgers vermeld dat hulle geen vorm van bevrediging ervaar in die proses van versorging nie. Die redes wat die versorgers in die Murray-onderzoek (1999) aangevoer het vir die positiewe

ervaring van die versorgingsproses het ooreengekom met die huidige studie se bevindinge, en dit sluit die volgende in: (a) die versorger voel hy/sy kan weer iets teruggee aan sy/haar huweliksmaat wat aan DAT ly vir die liefde wat hierdie maat voorheen aan hom/haar bewys het, en (b) daar is vervulling in die versorgingstaak as sodanig. Hierdie twee redes het ook bygedra tot die mate van sin en betekenis wat die ondersoekgroep in die huidige studie in die versorgingsproses kon vind.

Die wyse persoon besef dat die lewe sekere onvoorspelbare omstandighede teweegbring. Die versorgers het beslis van hierdie idiosinkratiese gebeure beleef met hulle eggenote se diagnose en progressiewe agteruitgang, en later ook met die afsterwe van hulle lewensmaats. Hierdie twee spesifieke gebeure verteenwoordig egter net die owerste stressore. Die versorgers het tydens die versorgingsproses elke dag voortdurende intrapsigiese stressore beleef, waaronder spesifieke negatiewe emosies wat as gevolg van hulle eie beperkte vermoëns ontstaan het. Hierdie gevoelens sluit skuldgevoelens en selfs haat in. Die fisieke uitputting en sielkundige uitdaging wat meegebring word deur die versorgingsproses van 'n Alzheimer-pasiënt is moeilik om te verwoord. Die versorgers het egter ook kort tydies van genot gerapporteer te midde van die uitmergelende versorgingsproses. Ironies genoeg kon hulle in hierdie 'helder oomblikke' waarlik betekenis vind. Die bystand wat hierdie versorgers ook by die Alzheimer-ondersteuningsgroep gevind het, het verder bygedra tot die mate van betekenis in hierdie versorgers se bestaan. So kon hulle byvoorbeeld hulle eie pynlike ervarings oorvertel, en advies gee aan ander persone wat ook hierdie moeilike pad van versorging moet loop. Die versorgers het die versorgingservaring "36 uur van 'n 24 uur dag" beleef en dit het 'n grondslag gebied om ander te kan bemoedig en empatie met ander in soortgelyke situasies te kan hê. Dit wil dus voorkom asof die moeilike lewenservarings wat hierdie ondersoekgroep moes deurmaak juis bygedra het tot die mate van betekenis wat die versorgers in hierdie uitmergelende omstandighede kon vind.

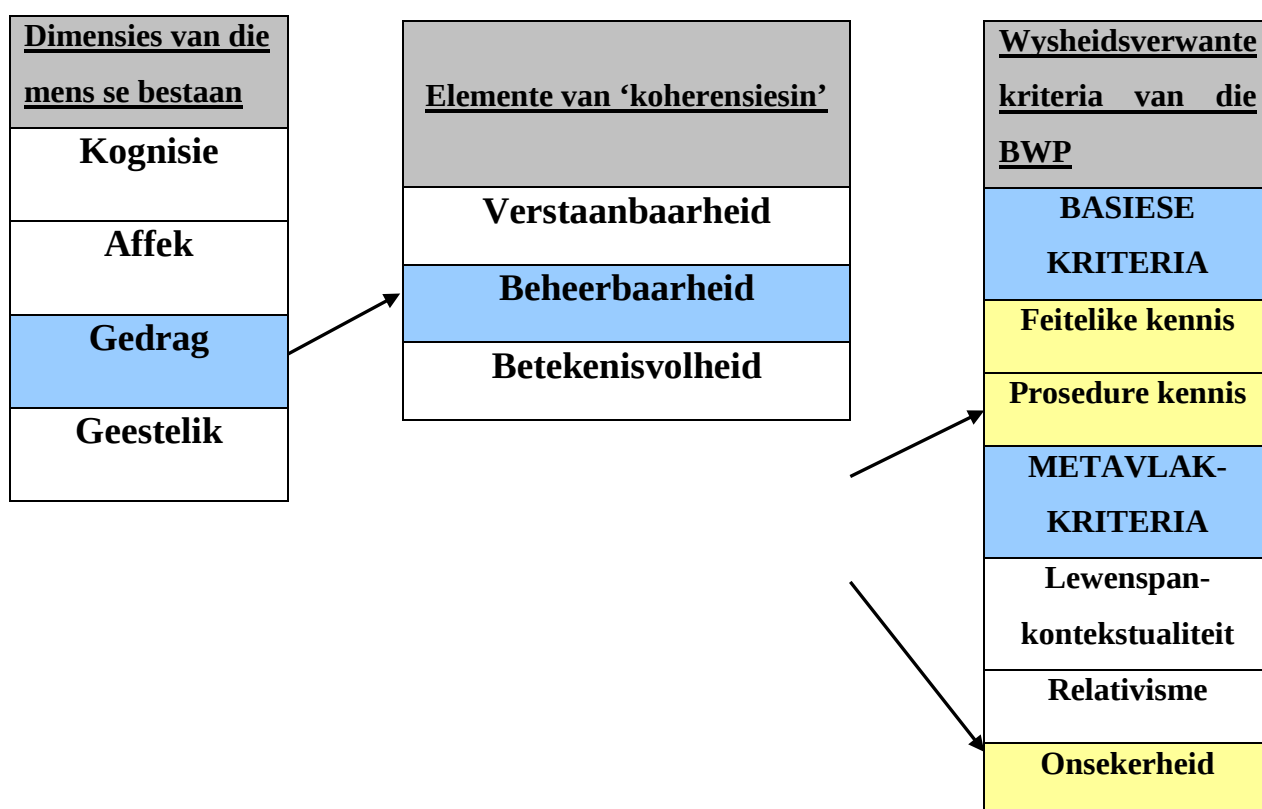
Samevattend kan daar weer eens nie 'n oorsaaklike verband bepaal word tussen betekenisvolheid as komponent van 'koherensiesin' en wysheid nie. Dit wil egter voorkom asof die ondersoekgroep wysheid demonstreer in die sin en betekenis wat hulle voortdurend in hulle eie bestaan soek, en dikwels vind. Weer eens word daar

verdere ondersoek genoodsaak om die spesifieke verband tussen betekenisvolheid en wysheid te bepaal.

Vervolgens word gedrag, as die volgende dimensie van die mens se bestaan, in afdeling 8.4.3 onder oë geneem.

8.4.3 DIE GEDRAGSDIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN

Antonovsky (1996) koppel die vermoë om suksesvolle coping-**gedrag** te openbaar met '**beheerbaarheid**'. Die verband tussen wysheid en beheerbaarheid as deel van die gedragsdimensie van die mens se bestaan, soos dit na vore gekom het in hierdie ondersoek, sal aangetoon word. Die wysheidsverwante kriteria wat veral in verband gebring kan word met beheerbaarheid sluit die basiese kriteria van wysheid, en ook die vermoë om lewensonsekerhede te bestuur in (sien figuur 23).



Figuur 23: Die verband tussen 'beheerbaarheid' en wysheid as gedragsaspekte van die mens se bestaan.

8.4.3.1 Beheerbaarheid en wysheid

Die ondergroep het ten tyde van hierdie studie 'n persepsie van beheer oor hul situasie gedemonstreer (soos vermeld in afdeling 7.3.2.2). Hierdie bevinding spruit moontlik voort uit die diversiteit van hulpbronne wat die versorgers kon mobiliseer om met die versorgingsproses te cope. Hierdie hulpbronne sluit onder andere hul familie, vriende, professionele persone, asook hulle eie kreatiwiteit en geloof in. Met die mobilisering en gebruik van hierdie hulpbronne het daar ook wysheid na vore gekom by hierdie ondergroep. Die ondergroep het 'n gevoel van beheer oor die versorgingsituasie behou/herwin deur hoofsaaklik die volgende (wysheidsverwante elemente is in vetgedrukte letters aangedui):

- ❖ Die ondersteuningshulpbronne, waaronder die gesin/familie van die versorger, geneeshere, en ook ander gesondheidswerkers soos beraders, het in die eerste plek bygedra tot die versorgers se gevoel van beheer in hulle situasie. Die versorgers kon met hierdie hulpbronne tot hulle beskikking 'n mate van beheer verkry in hulle omstandighede, en ook die proses tot 'n sekere mate aanvaar. Die versorgers kon ook hulle eie affektiewe belewenisse met hierdie ondersteuningshulpbronne deel. Hulle emosies rondom die proses van versorging kon dus tot 'n mate geventileer word en 'n gevoel van beheer kon weer in die proses van versorging, of selfs tydens die rouproses gevind word, alhoewel dit nie by al die versorgers die geval was nie. Die vraag ontstaan egter of dit die versorgers se wysheid was wat gelei het tot hulle soeke en gebruik van die genoemde ondersteuningsbronne. Of was die bronne toevallig daar, en het dít dan 'n bydrae gemaak tot die ondergroep se wysheid? Die spesifieke oorsaaklike verband blyk steeds onduidelik te wees, en kan moontlik in 'n opvolgondersoek aangespreek word.
- ❖ Met die nuwe insigte (en 'verstaan') wat die versorgers bekom het tydens byvoorbeeld individuele berading, en hulle deelname aan die Alzheimer-ondersteuningsgroep, het hulle ook geleer om weer konkrete doelwitte te stel vir die toekoms en so weer in beheer te voel van hulle omstandighede. Die wyse persoon het die vermoë om **lewensdoelwitte te formuleer** en dit dan toe te pas.

Die versorgers het egter ook hulle **ervaringe in die verlede gesistematiseer en analiseer** (deur middel van hul refleksiewe vermoëns), ten einde dít wat hulle ryker geword het deur hierdie ervaringe, **in die hede toe te pas**. Hierdie vermoëns dui ook op **prosedure-kennis** as basiese wysheidskriterium wat voorgekom het by hierdie ondersoekgroep. Dit is hierdie nuwe toekomsgerigtheid en die toepassing van dít wat die versorgers in die verlede deur lewenservaring geleer het, wat getuig van die beheer wat talle van die versorgers te midde van moeilike lewensomstandighede openbaar het. Hierdie beheer wat by die versorgers te vinde was, toon dus raakpunte met wysheid (en spesifiek prosedure-kennis as basiese wysheidsverwante kriterium van die BWP).

- ❖ Die meeste outeurs van studies oor suksesvolle coping is dit eens dat persone met suksesvolle copingprosesse oor die vermoë beskik om verantwoordelikheid te neem om oplossings te vind vir 'n probleem (Kleinke, 1998). Die persoon wat suksesvol is in die coping-proses, benader probleme met 'n sin van verantwoordelikheid, bevoegdheid en beheer. Die plan met die grootste waarskynlikheid vir sukses word dan gekies nadat 'n volledige situasie-analise uitgevoer is. Die persoon wat suksesvol cope met 'n probleemsituasie is ook geneig om sosiale ondersteuning te soek en om advies van ander te oorweeg. Hierdie bevindinge van studies oor suksesvolle coping (soos vermeld deur Kleinke, 1998), herinner aan wysheid soos beskryf in die BWP. Die deurdagte benadering tot 'n lewensprobleem en die gebruik van ander se advies, soos gevind kan word by die suksesvolle 'coper' én wyse persoon, lei tot 'n sin van beheer te midde van 'n spesifieke lewensprobleem. Talle versorgers wat deel uitgemaak het van hierdie ondersoek het die vermoë geopenbaar om **lewensonsekerhede te bestuur** en om **advies** daarvoor **te lewer** (as metavlak-kriteria van wysheid) en ook te ontvang. Dit is egter nie moontlik om te bepaal of hierdie vermoëns uitsluitlik ontwikkel het tydens die versorgingservaring nie. Dit is egter wél duidelik dat die meeste van die versorgers deur hulle vermoë om lewensonsekerhede te bestuur, 'n gevoel van beheerbaar in hulle omstandighede verkry het, en wel tot so 'n mate dat hulle selfs ander in soortgelyke omstandighede kon adviseer.

- ❖ Die laaste voorwaarde (kriterium) vir goeie oordeel in moeilike lewensomstandighede wat in die BWP vermeld word, is die kennis van lewensonsekerhede. Dit behels die kennis dat die lewe relatief onvoorspelbaar is, en dat lewensbesluite, -interpretasies, en -planne nooit vry sal wees van onsekerhede nie. Die toekoms kan dus nie ten volle voorspel en **beheer** word nie. Hierdie onderzoekgroep het die vermoë getoon om hierdie lewensonsekerhede te bestuur deur die aanwending van onder andere hul **kreatiwiteit** en **geloof**, en het so selfs binne die onsekerheid van die versorgingservaring geslaag om 'n gevoel van beheer te handhaaf. Die verband tussen wysheid en geloof sal egter meer volledig aangespreek word by die geestelike dimensie van die mens se bestaan (sien afdeling 8.3.4).

Die bewustheid en aanvaarding van menslike beperkinge is veral belangrik tydens bejaardheid, wanneer persone gekonfronteer word met die agteruitgang van hulle eie sosiale belangrikheid, met uitgesproke fisieke agteruitgang, en met die naderende dood (Heckhausen & Schulz, 1995). Hierdie onderzoekgroep het wysheid getoon in hulle bestuur van hierdie lewensonsekerhede tydens bejaardheid en dit het bygedra tot die mate van beheer wat hulle in hulle onderskeie situasies ervaar het.

8.4.3.2 Die sosiale komponente van gedrag: Interpersoonlike verhoudinge

Met sosiale verbondenheid en ondersteuning as voorbeelde van algemene weerstandshulpbronne (Strümpfer, 1995), noodsaak dit 'n bespreking van die sosiale komponent van gedrag, soos dit na vore gekom het by hierdie onderzoekgroep. Die altruïsme wat die onderzoekgroep openbaar het, verdien verdere aandag.

8.4.3.2.1 Altruïsme

Die belangrikste eienskap van die sosiale komponent van die respondente se gedrag wat na vore gekom het by die resultate van hierdie studie was die gerigtheid op ander as **motief** (as basiese kriterium van wysheid volgens die BWP). Hierdie 'na-ander-gerigtheid' of altruïsme behels 'n onselfsugtige besorgdheid wat by hierdie onderzoekgroep gevind kon word met betrekking tot die behoeftes en belange van ander mense (soos gedefinieer deur Plug *et al.*, 1997). Die onderzoekgroep se

versorging van hulle eggenote en advieslewering en bystand aan ander versorgers, het hierdie altruïsme duidelik geïllustreer. Met hierdie kennis van dit wat 'n mens dryf, naamlik om op jou eie én ander se gewin te fokus, en die toepassing daarvan, het die onderzoekgroep duidelik voldoen aan die basiese kriteria van wysheid. As voorbeeld hiervan meld versorger # 9: *“Die oomblik wat jy nie meer omgee vir jou medemens nie, dan is jou eie lewe ook nie meer die moeite werd nie.”*

Soos voorheen vermeld, het hierdie vorm van altruïsme bygedra tot die mate van betekenis wat hierdie onderzoekgroep steeds in hulle omstandighede kon vind. Die blote feit dat hierdie versorgers geweet het hulle word nog benodig, en dat hulle iets vir 'n ander kon beteken, het sinvolheid in hulle bestaan gebring. Versorger # 2 verwys na die: *“...genoegdoening, daardie plesier wat jy daaruit kry om vir hom iets te kan doen...”* Sommige van die versorgers het egter ná hulle eggenote se afsterwe hulle bestaan geherdefinieer. Met die verlies van die versorgingsrol het hulle weer hulle energie in ander mense of sake van belang herbelê. Ben Sira (1985) meld dat, indien 'n persoon die samelewing as sinvol beskou, dit behoort te lei tot 'n hoë mate van toewyding in die samelewing. Vervreemding van ander in die samelewing vind egter plaas wanneer 'n persoon in wanhoop verval. Versorger # 4 benadruk die belang van sosiale betrokkenheid: *“Wees betrokke by jou werk en jou gemeenskap en probeer dit doen so lank as moontlik.”*

Alhoewel sommige van die versorgers hulself steeds in die rouproses bevind het, en beslis tye van wanhoop ervaar het, het hulle wysheid openbaar deur om te sien na hul eie én ander se welstand. Sternberg (1998) beskryf wysheid as die toepassing van *tacit* kennis met algemene welsyn van die self en ander as einddoel. Daar vind volgens Sternberg (1998) 'n tipe balansering tussen die individu se eie behoeftes en dié van ander plaas, wat ook by hierdie onderzoekgroep te vinde was. Versorger # 8 het na haar man se behoeftes in die versorgingsproses omgesien, maar sy het ook haar eie behoeftes in ag geneem deur haar eggenoot te laat institusionaliseer in die latere verloop van sy toestand:

“Verlede week was ek nie in 'n toestand om te besluit nie, maar vannag het ek wel 'n besluit geneem. Ek gaan met suster Odendaal reël dat hulle hom tog Maandag hier by die huis moet kom haal. Ons sal nie weet of hy daar sal

aanpas as ons nie probeer nie. En ek het gesê, ek sal self 'n besluit oor MY OORLEWING moet neem. Nou ja, ek het...”

Baltes en Staudinger (2000) meld ook dat die strewe na wysheid, of na 'n voortreflike en uitmuntende bestaan, altyd ter wille van (en nie ten koste van) persoonlike en gemeenskapswelsyn geskied, soos waargeneem by hierdie ondersoekgroep. Die ondersoekgroep het egter veral na hulle eggenotes se behoeftes tydens die proses van versorging omgesien, en het wel soms hulle eie behoeftes agterweë gelaat. Daar was tóg versorgers (soos versorger # 8) wat besef het dat die behoud van haar eie welstand ook van belang is, anders kan sy immers nie 'n goeie versorger wees nie. Die versorgers het dikwels ná die afsterwe van hulle eggenote besef dat hulle ook na hulle eie behoeftes moet omsien. Dit was egter nie in die versorgers se aard om 'n selfsugtige bestaan te voer nie, en daarom het hulle dikwels ander in soortgelyke versorgingsituasies bygestaan na die dood van hulle eie eggenote. Daar blyk dus 'n verband tussen hierdie groep se wysheid en altruïsme te wees, vanweë hulle besef dat nie net jou eie behoeftes jou kan dryf nie. Gemeenskapsbelang het hierdie versorgers na aan die hart gelê. Baltes en Staudinger (2000) het oorweeg om die **bevordering van die welstand van die self én ander** as bykomende kriterium tot die BWP te voeg. Die huidige studie se bevindinge sou so 'n uitbreiding van die BWP ten sterkste ondersteun.

Met die bespreking van die verband tussen die komponente van koherensiesin en wysheid kan die gevolgtrekking gemaak word dat wysheid wel waarde as psigofortigene faktor blyk te hê, weens die bydrae wat dit maak tot die verstaan, beheer en betekenis wat die versorgers ervaar het.

Die geestelike dimensie van die mens se bestaan word laastens aangespreek ten einde die verband tussen wysheid en psigofortaliteit by versorgers van pasiënte wat aan Alzheimer se siekte ly, uit te wys.

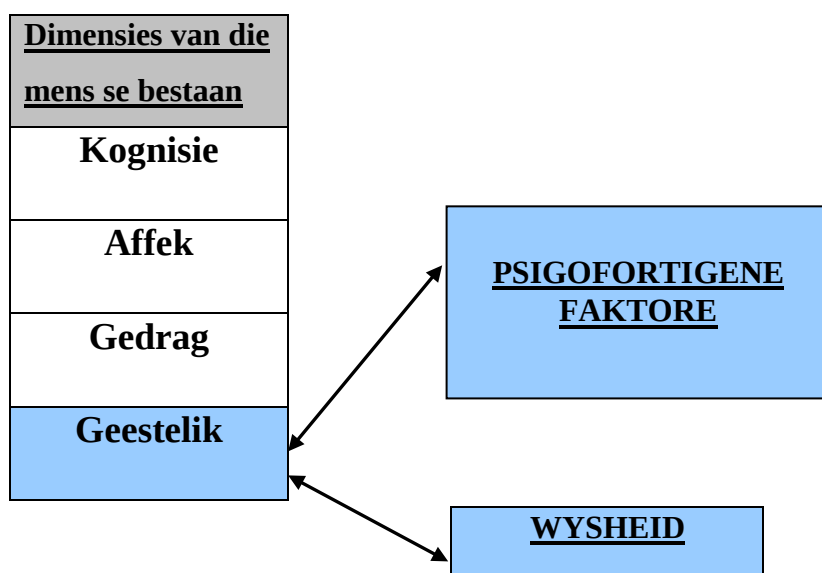
8.4.4 DIE GEESTELIKE DIMENSIE VAN DIE MENS SE BESTAAN

Die woord ‘geestelik’ word hier aangewend om die geloofsdimensie van die mens se bestaan te beskryf. Dit kan eweneens, vir alle praktiese doeleindes, beskryf word as die spirituele dimensie van die mens se bestaan.

Gwyther (1998) meld dat geloof hoop daarstel vir die toekoms, en dat die versorger se betrokkenheid by geloofsaktiwiteite juis `n addisionele bron van ondersteuning kan wees. Die versorgers het veral tydens hulle moeilike omstandighede hierdie bron van hoop aangegryp. Die stryd wat hulle moes voer gedurende die versorgingsproses het waarskynlik wysheid en inspirasie gebring wat moontlik op geen ander manier bekom kon word nie. Tedeschi en Calhoun (1995) meld dat lyding ons nederig en geduldig laat word, en dat dit uiteindelik lei tot wysheid en krag. Indien lyding aan ons totaal onbekend was, sou ons ‘vlak’ en onverryk bly. Lyding behels `n proses wat dikwels `n verdieping in die spirituele lewe veroorsaak, wat ook by hierdie studie se ondersoekgroep te bespeur is. So vermeld versorger # 8: *“Ek moes so verskriklik seerkry om nou te kan juig, om nou my seëninge te tel... Ek besef dat dit alles deel van die Here se plan is.”* Versorger # 5 meld die volgende aangaande `n Hoër Hand wat haar deurgedra het: *“...Dan besef mens dit is nie op jou eie krag nie...”* as sy verwys na moeilike dae wat sy oorwin het. Versorger # 6 meld verder: *“Alles was toe in die Here se hande...”*.

Geloof het `n groot rol gespeel by die ondersoekgroep van hierdie studie en die vermoë van die onderskeie versorgers om met die versorgingsproses te cope. Daar is ook reeds ooreenkomste gevind tussen geloof en wysheid in die literatuur soos bespreek in afdeling 5.8. Baltes en Staudinger (2000) meen dat die onverstaanbare geestelike aspekte van die lewe sentraal staan in die definiëring van wysheidsverwante kennis en oordeel. Hieronder tel byvoorbeeld die dinamika tussen liggaam en gees, en die geloof in `n goddelike en aanbiddelike wese. Dit wil dus voorkom asof geloof, wysheid en betekenisvolheid sterk ooreenkomste toon, en dat daar `n moontlike verband mag bestaan tussen hierdie konstrakte.

Geloof is, soos pas beskryf, 'n kernelement van beide wysheid en psigofortaliteit. Daar bestaan dus 'n moontlikheid dat geloof as 'n moontlike skakel dien tussen die elemente van wysheid en psigofortaliteit deur hierdie twee elemente in ons sosiale wêreld op indirekte wyse aan mekaar te verbind (soos geïllustreer in figuur 24). Hierdie hipotese kan moontlik verder ondersoek word in opvolgstudies.



Figuur 24: Die samehang van die geestelike dimensie van die mens met psigofortigene faktore en wysheid.

Die gevolgtrekking kan wel hier gemaak word dat geloof 'n kardinale rol blyk te speel in die versorger se hantering van die stres wat deur versorging meegebring word, asook in die mate van wysheid wat hierdie ondergroep in die proses openbaar het.

Met inagneming van die belangrike rol wat wysheid gespeel het by die ondergroep se behoud van koherensiesin, sowel as die rol wat wysheid en geloof gespeel het by die versorgers se copingproses, kan daar in lyn met die eerste doelwit van hierdie studie die gevolgtrekking gemaak word dat wysheid wél 'n waardevolle psigofortigene rol blyk te speel by hierdie ondergroep se hantering van die versorgingsproses.

Die tweede doelwit van hierdie studie, wat handel oor die ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses, word kortliks aangespreek in afdeling 8.5.

8.5 DIE ONTWIKKELING VAN WYSHEID GEDURENDE DIE VERSORGINGSPROSES

Daar was nie voor- en na-metings oor die voorkoms van wysheid by die onderzoekgroep vóór en na afloop van die versorgingsproses nie. Daar kan dus met geen sekerheid gesê word dat die versorgers gedurende die versorgingsproses, of inderdaad as gevolg daarvan, wysheid ontwikkel het nie. Die wysheid wat by die onderzoekgroep te vinde was, kon moontlik teenwoordig gewees het alvorens hulle die versorgingsrol aangeneem het. Hierdie kwessie sou waarskynlik met behulp van 'n longitudinale studie ondersoek kon word, waar die BWP se kwantitatiewe kriteria ook in ag geneem sou word. So 'n bepaling het dus buite die raamwerk van hierdie studie geval. Dit wil egter wel voorkom asof die versorgers feitelike kennis aangaande die menslike toestand openbaar, en dit aangewend het deur hul prosedure-kennis en die metavlak-kriteria van die BWP te gebruik in hulle coping tydens en ná die versorgingsproses. Alhoewel dit dus vanuit die kwalitatiewe data wil voorkom asof daar moontlik wél 'n ontwikkeling van wysheid plaasvind tydens moeilike omstandighede, kon dit nie empiries bewys word nie. Dit sou egter wel as hipotese kon dien wat in verdere studies bestudeer kan word.

Daar kan egter bepaalde gevolgtrekkings gemaak word wat betref die versorgers se behoud of ontwikkeling van lewenstevredenheid, en so ook die persoonlike groei wat hulle gedurende die versorgingsproses getoon het.

8.5.1 DIE VERSORGERS SE BEHOUD VAN LEWENSTEVREDENHEID EN HUL PERSOONLIKE GROEI GEDURENDE DIE VERSORGINGSPROSES

Die onderzoekgroep het 'n gemiddelde mate van **lewenstevredenheid** openbaar ten tyde van die invul van die Lewenstevredenheidskaal (Diener *et al.*, 1985).

Ardelt (1997) meld dat wyse bejaardes daartoe in staat is om te aanvaar dat menslike beperkinge (ook die beperkinge wat die ouderdom vergesel) en die realiteit van die dood 'n integrale deel van die lewe is. Hulle sou dus geneig wees om 'n hoë mate van **lewenstevredenheid** te handhaaf, hoewel hulle objektiewe omstandighede dikwels nie ideaal of perfek is nie. Met aanvaarding, 'n bietjie afstand en humor is hulle dus steeds daartoe in staat om beheer te neem oor hulle lewens en 'n nuwe vlak van outonomie te bereik, aangesien so 'n ingesteldheid hulle beskerm teen die wisselvalligheid of onvoorspelbaarheid van die lewe (Ardelt, 1997).

Hierdie lewenstevredenheid wat ook by die huidige onderzoekgroep gevind is, mag moontlik in verband gebring word met die persoonlike groei en die mate van altruïsme wat hierdie groep openbaar het. Die groep versorgers kon oor die algemeen die uitdagings wat deur die lewe en die versorgingsproses aan hulle gestel is, oorkom deur byvoorbeeld vas te hou aan dít wat hulle vir hulle eggenote kon bied, en deur na ander uit te reik, ook ná hulle eggenote se heengaan. Hoewel al die versorgers nie spesifiek lewenstevredenheid of geluk as gevolg van hierdie rede ervaar het nie, het hierdie oorkoepelende tema sterk na vore gekom het tydens die ongestruktureerde onderhoude.

Met die aanvaarding van die versorgingsproses as 'n uitdaging het die versorgers oor die algemeen vermeld dat hulle ook **persoonlike groei** ervaar het na aanleiding van hulle ervaringe as versorgers. Versorger # 8 het in haar dagboek vermeld dat haar man nooit in hulle huwelik wou toelaat dat sy deelneem in besluitneming oor belangrike sake nie. Met haar man se agteruitgang is sy alleen gelaat om haar eie besluite te neem, en het sy persoonlike groei in verskeie lewensareas ervaar:

“Dit is sewe kooptransaksies wat ek behartig het! Ek is heel in my skik met myself! ...Regtig, ek kan 'n diploma kry daarvoor! En ek het aandele gekoop en verkoop, en allerhande ander dinge ook...”

In ooreenstemming met die beskrywing van wysheid (soos gedefinieer deur die BWP), is daar ook 'n tipe **positiewe lewenshouding** by hierdie onderzoekgroep bespeur. Kleinke (1998) meld dat die persoon wat suksesvol cope met 'n probleemsituasie eienskappe soos hoop, geduld en humor openbaar. Hierdie tipe

eienskappe is ook by die huidige ondersoekgroep gevind, en dit wil voorkom asof dit alles beskryf kan word as 'n positiewe lewenshouding wat hierdie groep versorgers openbaar het. So 'n positiewe lewenshouding/-perspektief herinner aan 'n vorm van wysheid wat tog nie pertinent beskryf word in die BWP (Staudinger *et al.*, 1994) nie. Dit toon ook oor die algemeen ooreenkomste met verskeie psigofortigene faktore wat reeds in die literatuur beskryf is.

Die laaste doelwit van hierdie studie, naamlik die doeltreffendheid van die BWP vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, word in afdeling 8.6 aangespreek. Daar sal spesifiek verwys word na die positiewe houding wat by hierdie ondersoekgroep gevind is, en dus elemente soos beskryf deur Kleinke (1998), naamlik geduld, hoop en humor, bevat.

8.6 DIE EFFEKTIWITEIT VAN DIE 'BERLYNSE WYSHEID-PARADIGMA' VIR DIE KONSEPTUALISERING VAN DIE WYSHEID-KONSTRUK, SPESIFIEK SOOS DIT BETREKKING HET OP DIE ALZHEIMER-VERSORGER

Die ondersoekgroep was blootgestel aan 'n huweliksmaat, gediagnoseer met Alzheimer se siekte, se agteruitgang, die gepaardgaande versorgingsproses, en uiteindelijke dood van hierdie eggenote. Die ondersoekgroep het geblyk 'n redelike mate van wysheid in die hantering van hierdie lewenservaringe te demonstreer, soos dit na vore kom in die wysheidsonderhoude wat gevoer is volgens die riglyne van die BWP (sien afdeling 7.2). Die ondersoekgroep het ryke feitlike en prosedure-kennis openbaar wat betref die fundamentele pragmatika van die lewe. Verder was daar ook van die metavlak-kriteria te vinde by talle van die respondente, waaronder begrip vir kontekstualiteit, relativisme en lewensonsekerhede. Tydens hierdie ondersoek is daar egter ook ander elemente in hierdie ondersoekgroep se sielkundige hantering van die versorgingsproses geïdentifiseer, wat direk of indirek verband mag hou met die konstruk wysheid.

Dit wil voorkom asof die lewenservaringe waaraan hierdie groep versorgers blootgestel is, gelei het tot 'n sekere lewenshouding wat herinner aan lewenswysheid,

maar tog nie pertinent beskryf word as deel van die BWP nie. Hierdie positiewe lewenshouding of -perspektief sluit onder andere die volgende elemente in: liefde, geduld, hoop, aanvaarding, humorsin, dankbaarheid en lewenslus.

Laasgenoemde elemente maak dus deel uit van 'n positiewe lewenshouding wat in die onderhoude wat met die onderzoekgroep gevoer is, sterk na vore getree het. Verskeie hiervan is reeds in die literatuur beskryf as voorbeelde van copingmeganismes. Gwyther (1998) meld onder andere dat gebed en humor voorbeelde is van effektiewe copingstrategieë in tye van akute stres. Verder meld Kleinke (1998) ook dat suksesvolle coping gewoonlik nie meegebring word deur 'n enkele, foutlose respons op 'n stresvolle situasie nie, maar dat dit eerder meegebring word deur 'n **houding teenoor die lewe, 'n lewensfilosofie** wat lei tot die beste moontlike hantering van daardie spesifieke lewensgebeurtenis wat die persoon in die gesig staar.

Dit is dan juis so 'n tipe lewenshouding wat ook by hierdie onderzoekgroep te bespeur is. Antonovsky (1987) definieer die konstruk 'koherensiesin' ook as 'n tipe houding of oriëntasie teenoor 'n spesifieke stressor. Dié positiewe lewenshouding was by die meeste van die respondente teenwoordig. Farran *et al.* (1991) het in 'n kwalitatiewe ondersoek gevind dat die versorger soms die vermoë het om te reageer op gevoelens van verlies en magteloosheid wat ervaar word op fisieke, sielkundige, sosiale en geestelike vlakke deur aktiewe keuses te maak oor die lewe en die versorgingsproses. Dit kan plaasvind deur 'n **positiewe perspektief op die proses van versorging** te handhaaf, en deur die soeke na sin en betekenis. In Farran *et al.* (1991) se studie het 77% van die versorgers aktiewe, persoonlike keuses gemaak om die versorgingsproses en die **lewe as positief te sien**.

Die huidige studie se onderzoekgroep het 'n positiewe lewenshouding soortgelyk aan dié wat beskryf word deur Farran *et al.* (1991) gedemonstreer. Hierdie positiewe lewenshouding/-perspektief sluit, soos reeds vermeld, onder andere eienskappe soos liefde, geduld, hoop, aanvaarding, humorsin, dankbaarheid en lewenslus in. Laasgenoemde elemente, wat so kenmerkend was van die lewenshouding wat hierdie groep versorgers openbaar het, sal kortliks aangeraak word, met verwysing na hoe dit in die kwalitatiewe gedeelte van hierdie ondersoek na vore gekom het.

- ❖ Die tema van **liefde** en liefdesbetoning het by heelwat van die versorgers se response na vore gekom. Versorger # 5 meld byvoorbeeld:

“`n Mens moet terwyl jy by jou sinne is, moet jy vir almal gee wat jy kan. Al dink mense jy is oorbodig of so. Ek voel so, ek wil net vir ander help. Dit is daardie tipe lesse wat mens net leer as jy daardie swaar pad gestap het. Dit is wat ons so waardeer. Liefde is `n groot ding in `n mens se lewe... Ek het baie met my man gesels, al kon hy nie praat nie, ek het hom alles vertel. Nou dwaal ek in die huis rond.”

- ❖ Die ondersoekgroep het enersyds `n mate van **geduld** openbaar tydens die versorgingsproses. As voorbeeld hiervan kan versorger # 1 aangehaal word:

“Ja, maar weet jy, ek was baie keer met hom ongeduldig. Maar die tye wat hy werklik blaasontsteking gehad het, of dat ek weet hy het seer, was ek nooit met hom ongeduldig nie. As sy blaas so ontsteek, dan kry hy kort-kort pyn, dan moet ek sit en sy hande vashou, dwarsdeur die nag. Ek het die stoele gevat en ek het `n ruk by hom op die vloer gelê, dan maak ek my bed op die stoele langs hom, so het ek deur die hele nag sy hande so houvas totdat die son opkom... As ek moet sê met hoe min slaap ek klaargekom het... Ek het net gevoel as hy nie kan slaap nie, kan ek ook nie slaap nie. Ek wens hierdie siekte vir niemand op aarde toe nie.”

- ❖ Sommige van die versorgers het ook **hoop** ten toon gestel in hulle response. Soos voorheen aangehaal, het versorger # 8 die volgende in hierdie verband vermeld: *“Jy moet ten alle tye daardie hoop hê om nog iets te bereik, ten spyte van alles.”* Daar is ook `n mate van psigofortaliteit te vinde in hierdie respons, wat sinspeel op die handhawing van sin en betekenis ten spyte van die eise gestel deur die versorgingsproses.

- ❖ Alhoewel die meeste van die versorgers in hierdie ondersoekgroep hulself steeds in die rouproses bevind het, het sommige begin om die

versorgingsproses, en ook later die afsterwe van hul eggenote, te **aanvaar**. So meld versorger # 2 byvoorbeeld:

“In `n mate na soveel jaar, na ses jaar, aanvaar mens dit. Ja, die ou mense het `n woord gehad ‘gelate’. Jy kan nie daarteen baklei nie. Jy kan dit nie verander nie, jy kan niks doen nie, jy aanvaar dit gelate, dit is nou hoe dit is en jy aanvaar dit so. Ja, en dit is onmoontlike, ondenkbare goed waaraan jy gewoon raak.”

Versorger # 8 meld ook in haar dagboek: *“Aanvaarding is die begin van oorlewing...”*. Ook met die dood van hierdie versorgers se eggenote het daar mettertyd `n stuk aanvaarding na vore gekom. Versorger # 5 meld die volgende met betrekking tot haar man se laaste lewensuur:

“Dit is maar die doodskleur. Toe dit so kom, vra ek vir die suster of hy besig is om te gaan, want ek sien weer die blou kleur. Dit is die kleur wat oor sy gesig is, en die groot druppels...Toe sê hulle dit is asemnood, maar dit is `n kleur, blougrys. En toe hulle hom nou regmaak, en ons terugkom in die kamer, toe is sy gesig melkwit. Met nie `n plooi in nie. Vir my is dit nou ook weer, die Here het vir my gewys, wat is die lewe en die dood en wat is saligheid. Daardie wit, dit was vir my `n vreeslike teenstelling, veral die eerste ruk as ek aan hom gedink het, het ek die grys gesig gesien en die wit gesig. Nou is dit vir my reg. Mens het nou rustigheid. Ek het regtig gevoel daardie deel is weg, nou is die saligheid daar. So mooi wit. So roomkleur, te pragtig en nie `n plooi nie, niks nie. Ek voel die Here het vir my die teenstelling gewys en mens moet dit aanvaar.”

Draper, Poulos, Poulos en Ehrlich (1995) is ook van mening dat die sielkundige las van die versorgingsrol met die verloop van jare afneem, weens die versorger se aanvaarding van, en begrip vir hulle situasie wat met ouderdom toeneem.

- ❖ Sommige van die versorgers in die ondersoekgroep het ook hulle **humorsin** gebruik as copingmeganisme. As illustrasie hiervan word versorger # 5 aangehaal:

“Maar jy weet daar is ook nog baie humor in die siekte. Eendag praat hy en hy praat en praat. Nou sit ek hier, en sê: ‘Pa, ek kan nie verstaan wat jy sê nie. Sê weer, dan sit ek en luister.’ En hy praat en praat. Ek kan nie hoor nie, toe gee ek hom `n pen en papier, nou skryf hy vir my hierso. Ek vat die papier, ek kan nie lees nie, ek kan nie uitmaak nie. Ek sê ek kan nie lees nie, kan jy lees wat jy geskryf het? Hy sê: ‘Ek het daar geskryf ek kan nie meer so aangaan nie.’ Maar toe lag ek, dit was vir my so snaaks dat hy weet wat hy daar geskryf het. Maar dit is net strepe, dit wys jou die koördinasie was nie meer nie. Die brein het geweet wat hy wil skryf, maar ek lag so, dat hy naderhand ook lag. Een môre gaan ons uit, hy wil vir my vee. Ek gee die besem, maar sê: ‘Jy kan nie vee nie’. Maar hy wil blare optel. Nou slaan hy neer en nou sit hy daar, daar is stene en nou sit hy en ek kry hom nie op nie. Op die ou end is altwee van ons op die grond. Toe sit ons nou daar en lag en sê, as die mense ons nou sien, toe het hy op sy boude nader geskuif en nader geskuif tot by die sekuriteitshek, dat hy kan vat en ek hom kan optel. Maar ons lag so, maar dit wys jou, jy moet regtig maar jou kop ook hou, anders gaan jy regtig van jou trollie af raak...”

Dit is duidelik dat humorsin deel uitgemaak het van sekere versorgers in hierdie ondersoekgroep se handhawing van `n positiewe lewensuitkyk.

- ❖ Nog een van die faktore wat deel uitgemaak het van die ondersoekgroep se positiewe lewenshouding is **dankbaarheid**. Versorger # 8 meld die volgende met betrekking tot dankbaarheid:

“Ek moes so verskriklik seerkry om nou te kan juig, om nou my seëninge te tel, EN VERAL OM DANKIE TE Sê... Dat dit alles deel van die Here se plan is...”

- ❖ Laastens het hierdie positiewe lewenshouding wat ter sprake is sommige van die versorgers weer in staat gestel om **lewenslus** te openbaar. So meld versorger # 8 die volgende in haar dagboek met Kersfees, net na haar eggenoot wat aan Alzheimer se siekte gely het, se afsterwe:

“Ben-hulle het gekom en `n lekker koue varkboud saamgebring. Marlene en Jacqueline sal verder vir ons frikkadelletjies en twee skaapboude gaarmaak. Die kosmakery is meteens vir my ook simbolies. Die lewe moet aangaan. Daar is geen onderbreking in die ritme omdat een mens sterf nie. Daar moet aangegaan word met eet, en werk en lewe. Ek sal altyd dié tyd van my lewe assosieer met sagte buie reën wat kort-kort soos `n seënbede die aarde verkoel, `n seëngroet van die Here self.”

Opsommend kan daar gesê word dat daar faktore soos liefde, geduld, hoop, aanvaarding, humorsin, dankbaarheid en lewenslus by hierdie ondersoekgroep geïdentifiseer kon word, wat na vore gekom het as die handhawing van `n positiewe lewenshouding/-perspektief. Hierdie faktore het nie net die behoud van lewenstevredenheid, soos gevind kon word by die versorgers bevestig nie, maar ook herinner aan `n tipe lewenswysheid wat met die versorgingservaring gepaard gegaan het. Birren en Fisher (1990) verwys na Taranto (1989) se oorsig van alternatiewe definisies van wysheid. Taranto (1980) het in hierdie oorsig afgekom op `n verbinding tussen wysheid en faktore soos geduld, begrip, aanvaarding, interpersoonlike vaardighede, en `n sin vir humor. Dit is egter interessant dat verskeie van hierdie faktore ook reeds in die literatuur beskou word as psigofortigene faktore en dat dit bydraend is tot suksesvolle coping (sien afdeling 4.4.4). Hierdie faktore is inderdaad ook by hierdie ondersoekgroep geïdentifiseer, en is pas beskryf as die sogenaamde handhawing van `n positiewe lewenshouding. Die feit dat daar ook wysheid gesetel is in hierdie faktore, soos duidelik blyk vanuit die kwalitatiewe data wat die bevindinge van Taranto (1980) bevestig, dui weer eens op die bestaan van `n verband tussen psigofortaliteit en wysheid. Die vraag ontstaan egter: “In watter mate beïnvloed hierdie psigofortigene faktore wysheid en andersom?” En ook: “Sou hierdie positiewe lewenshouding moontlik toegevoeg kon word tot die kriteria van die

BWP?” Hierdie vraagstukke kan moontlik aangespreek word deur middel van verdere navorsing in hierdie verband.

8.7 OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS

Die eerste spesifieke doelstelling van hierdie studie was om die waarde van wysheid as 'n potensiële psigofortigene konstruk in die hantering van die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte te bepaal.

Daar is na die kognitiewe, affektiewe, gedrags- en geestelike dimensies van die mens se bestaan gekyk ten einde die eerste doelwit van hierdie studie aan te spreek. Dit is belangrik om te onthou dat die volgende gevolgtrekkings slegs enkele moontlike verbande tussen wysheid en psigofortigene faktore aandui, en dat daar heel moontlik nog vele ander raakpunte bestaan. Die spesifieke oorsaaklikhede is ook nie bepaal in elke geval waar die verwantskappe bespreek is nie, maar hierdie hipotese-genererende studie kan lei tot verdere ondersoek wat hierdie spesifieke verbande tussen wysheid en die onderskeie psigofortigene faktore verder kan ondersoek.

❖ **Verstaanbaarheid** as die **kognitiewe komponent** van **koherensiesin** (Antonovsky, 1996), is in verband gebring met **wysheid** deur te verwys na die versorgers se ryke feitelike en prosedure-kennis. Laasgenoemde ‘basiese kriteria’ van wysheid, soos gedefinieer in die BWP, is ook in verband gebring met die begrip wat die respondente getoon het in die proses van versorging, wat uiteindelik gedui het op 'n verband tussen verstaanbaarheid as komponent van koherensiesin en psigofortaliteit aan die een kant, en wysheid aan die ander kant. Wysheid kan dus inderdaad beskou word as 'n “*uitstekende vermoë om te verstaan*” (Baltes & Smith, 1990, p. 107). Refleksie is as een van die vorme van wysheid ook in verband gebring met verstaanbaarheid deur te verwys na die rol daarvan in coping.

❖ **Betekenisvolheid** as die **affektiewe komponent** van **koherensiesin** (Antonovsky, 1996), se raakpunte met **wysheid** is bespreek deur te verwys na die ondersoekgroep se positiewe lewenshouding (wat in afdeling 8.6 bespreek

is as 'n moontlike bykomende wysheidskriterium), hierdie groep se altruïstiese motiewe, en hulle prioriteite wat verander oor tyd. Verder is die versorgers se vermoë om gebeure in die verlede te sistematiseer ten einde die kennis wat hul daardeur verwerf het toe te pas in die hede ook uitgewys as 'n vorm van prosedure-kennis. Hierdie prosedure-kennis was 'n bron van betekenisvolheid, aangesien die versorgers daardie kennis benut het om ander in soortgelyke versorgingsituasies weer by te staan. Die ondersoekgroep het oor die algemeen ook relativisme openbaar, en dit het gelei tot hulle distansiëring van hulle eie perspektiewe en oopheid vir ander sienings in die ondersteuningsgroep wat ook 'n belangrike bron van betekenis was tydens die versorgingsproses. Een van die versorgers se belangrikste bronne van betekenis in hulle omstandighede is ook bespreek, naamlik hulle geloof. Laastens is die afleiding gemaak dat moeilike lewenservaringe by hierdie groep versorgers klaarblyklik 'n belangrike bydrae gemaak het tot die mate van betekenisvolheid in hul uitmergelende omstandighede.

- ❖ **Beheerbaarheid** as die **gedragskomponent** van **koherensiesin** (Antonovsky, 1996), is in verband gebring met **wysheid** deur te verwys na die prosedure-kennis wat hierdie versorgers openbaar het. Hierdie prosedure-kennis is deur die versorgers openbaar deur gebeure in hulle verlede te sistematiseer en analiseer, ten einde dit wat hulle geleer het in die versorgingservaring, toe te pas in die hede en om ook nuwe lewensdoelwitte te stel. Die versorgers het ook 'n betrokkenheid by die gemeenskap openbaar wat eweneens as wysheid gesien kan word. Hulle het beheer verkry deur verskeie hulpbronne aan te wend, soos byvoorbeeld hul kreatiwiteit en geloof. Die sosiale komponent van gedrag is ook aangespreek deur te verwys na een van die belangrikste resultate van hierdie studie, naamlik die ondersoekgroep se 'na-andergerigtheid' as motief. Die gevolgtrekking is gemaak dat die oorweging van Baltes en Smith (2000) om die **bevordering van die welstand van die self én ander** as bykomende kriterium vir die BWP in te sluit, 'n goeie uitbreiding tot dié paradigma sou wees.

- ❖ **Die geestelike (spirituele) dimensie van die mens se bestaan** is reeds in die literatuur in verband gebring met wysheid (sien afdeling 5.8). Geloof speel

egter ook 'n baie belangrike rol in die copingprosesse van persone in moeilike omstandighede. Die feit dat geloof as kernelement van beide wysheid en psigofortaliteit beskou kan word, lei tot die vraag of geloof dan nie 'n moontlike skakel is tussen hierdie twee elemente (wysheid en psigofortaliteit) nie.

Samevattend kan daar met betrekking tot die eerste doelwit van hierdie studie vermeld word dat wysheid 'n belangrike rol gespeel het by die handhawing van die lede van hierdie ondersoekgroep se koherensiesin. Wysheid en geloof het beide ook 'n belangrike rol gespeel by hierdie versorgers se suksesvolle hantering van die versorgingsproses. Wysheid het dus 'n waardevolle psigofortigene rol geblyk te speel by die ondersoekgroep se hantering van die versorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte.

Die tweede spesifieke doelstelling van hierdie studie was om die potensiële ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses te bepaal.

Ten einde empiriese bewyse te vind vir die ontwikkeling al dan nie van wysheid tydens die versorgingsproses, behoort daar voor- en ná-metings geneem te word deur kwantitatiewe bepalings van die versorgers se mate van wysheid te verkry met aanvang van die versorgingsproses, asook ná die afsterwe van die pasiënt. Hierdie doelwit kon dus nie binne die raamwerk van hierdie studie aangespreek word nie, en sal moontlik deur 'n opvolg-longitudinale studie ondersoek kon word.

Ten spyte van die feit dat die ontwikkeling van wysheid gedurende die versorgingsproses nie bespreek kon word nie, is daar bevind dat die versorgers wél oor 'n redelike mate van lewenstevredenheid beskik het, en ook persoonlike groei getoon het tydens die versorgingsproses. Die lewenstevredenheid wat hulle ervaar het, kan moontlik in verband gebring word met wysheid, aangesien die versorgers geluk gevind het in die onbaatsugtige bystand van hulle eggenote (en later ook aan ander versorgers) en dat hulle begrip getoon het vir hierdie altruïstiese motief wat hul dryf.

Heelwat van die versorgers het ook persoonlik gegroei en persoonlike hindernisse oorkom in die versorgingsproses deur uitdagings aan te pak met hoop, geduld en humor.

Laasgenoemde elemente (hoop, geduld en humor) verskuif die fokus na die laaste doelwit van die studie.

Die laaste, spesifieke doelstelling van hierdie studie was om die effektiwiteit van die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' (BWP) vir die konseptualisering van die wysheid-konstruk, spesifiek soos dit betrekking het op die Alzheimer-versorger, te bepaal.

Tydens die ontleding van die data is daar 'n positiewe lewenshouding by hierdie ondersoekgroep bespeur. Hierdie 'positiewe lewenshouding/-perspektief' is die oorkoepelende term, wat verskeie elemente beskryf wat by hierdie groep versorgers te vinde was, waaronder liefde, geduld, hoop, aanvaarding, humorsin, dankbaarheid en lewenslus. Taranto (1980) beskryf ook 'n verbinding tussen wysheid en faktore soos geduld, begrip, aanvaarding, interpersoonlike vaardighede en 'n sin vir humor. Interessant genoeg is hierdie faktore wat in verband gebring word met wysheid in Taranto (1980) se studie ook reeds in die literatuur beskryf as psigofortigene faktore (soos beskryf in afdeling 4.4.4). Die kwalitatiewe bevindinge van hierdie studie, en die ooreenkoms daarvan met Taranto (1980) se bevindinge, bevestig dus ook verder die verband tussen psigofortaliteit en wysheid. Verdere vraagstukke wat vanuit hierdie bevindinge geïdentifiseer is, lui onder andere as volg: “In watter mate beïnvloed hierdie psigofortigene faktore wysheid en andersom?”, asook: “Sou hierdie positiewe lewenshouding moontlik toegevoeg kon word tot die kriteria van die BWP?” Hierdie vraagstukke kan moontlik deur verdere navorsing aangespreek word.

Naas die vrae gestel deur Antonovsky (1987) en Strümpfer (1995): “Hoe oorleef of cope sommige mense ten spyte van uiters moeilike omstandighede?”, en “Waar kom hierdie sterkte vandaan?” stel hierdie studie 'n addisionele vraagstuk wat verder ondersoek behoort te word: “Is wysheid nie moontlik 'n bydraende faktor tot hierdie coping en sterkte in moeilike omstandighede nie?” Dit blyk wel die geval te wees by hierdie ondersoekgroep, en daar kan moontlik verdere ondersoek gedoen word wat

betref wysheid as psigofortigene faktor en die veralgemeenbaarheid daarvan na persone wat hulle in ander uitdagende omstandighede bevind.

8.8 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

- ❖ Die resultate van die ondersoek het gelei tot die hipotese dat 'n positiewe lewenshouding/-perspektief 'n moontlike byvoeging tot die 'Berlynse Wysheid-Paradigma' in sy huidige vorm mag wees. Die spesifieke elemente waaruit hierdie positiewe lewenshouding bestaan en ook die bruikbaarheid daarvan ten einde die effektiwiteit van die BWP te bevorder (spesifiek by die beskrywing van die wysheid-konstruk soos dit voorkom by versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte) kan verder ondersoek word.
- ❖ Daar kan moontlik verdere ondersoeke gedoen word na die presiese verwantskap tussen die psigofortigene konstrukte van koherensiesin (verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid) en wysheid, en so ook die verwantskap tussen geloof en wysheid. Die kwantitatiewe komponent van die BWP sou moontlik ook vir hierdie doelwit ingespan kon word, alhoewel die kwessie van die opleiding in die korrekte gebruik van die instrument steeds 'n wesenlike probleem is.
- ❖ Longitudinale ondersoeke wat betref die ontwikkeling van wysheid tydens die versorgingsproses kan geloods word, soos beskryf in afdeling 8.5.
- ❖ Die huidige ondersoek sou ook moontlik herhaal kon word met die manlike versorgers van hul vroulike eggenote wat aan Alzheimer se siekte ly. So 'n vergelykende studie sou lig werp op wysheid as psigofortigene faktor in die coping met die versorgingsproses deur manlike versorgers. Alzheimer se siekte is immers 'n toestand wat meer algemeen onder vroulike individue gediagnoseer word. As gevolg van die feit dat daar nie manlike persone betrokke was by die ondersteuningsgroepe waar respondente vir hierdie studie bekom is nie, is daar geen manlike versorgers in die huidige ondersoekgroep ingesluit nie. Die hele vraagstuk rondom die coping van manlike versorgers, die hulpbronne wat hulle

benut tydens versorging en die mate waartoe manlike persone die versorgingsrol aanvaar, kan ook in verdere ondersoeke aangespreek word.

- ❖ Verdere opvolgondersoeke kan geloods word ten einde die resultate van hierdie studie verder te ondersoek buite die konteks van versorging van spesifiek 'n pasiënt wat aan Alzheimer se siekte ly. Daar kan byvoorbeeld gefokus word op versorgers van pasiënte met ander terminale toestande (byvoorbeeld HIV/VIGS en kanker) en die rol van wysheid as psigofortigene faktor in hulle copingprosesse.

8.9 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE

Daar is verskeie leemtes in hierdie studie geïdentifiseer wat aangespreek kan word deur middel van opvolgstudies soos bespreek in afdeling 8.8. Verdere leemtes sluit die volgende in:

- ❖ Daar is nie gebruik gemaak van 'n kontrolegroep in hierdie studie nie, wat dit moeilik en riskant gemaak het om uitsprake te lewer oor die mate van wysheid wat die ondersoekgroep openbaar het. Sonder 'n vergelykende groep kon die teenwoordigheid van die onderskeie kriteria van wysheid bloot bevestig word.
- ❖ Die gebrek aan opleiding wat betref die gebruik van die BWP (Staudinger *et al.*, 1994) het 'n addisionele leemte in hierdie studie verteenwoordig. As gevolg van hierdie stuikelblok kon daar nie kwantitatiewe waardes aan die wysheid van die onderskeie respondente toegeken word nie. Dit was egter die navorser se ervaring dat daar afbreuk gedoen sou word aan die data, en inderdaad ook die wysheid-konstruk, deur dit bloot te reduceer tot kwantitatiewe waardes. Die handleiding soos opgestel deur Staudinger *et al.* (1994) kon nie ten volle toegepas word sonder voldoende opleiding daarvoor nie. Hierdie opleiding word egter slegs in Duitsland, en dan ook in Duits aangebied.
- ❖ Verder was dit ook 'n beperking om reeds bestaande data aan te wend, soos verkry vanuit Potgieter (2002) se studie. Met die gebrek aan persoonlike kontak met die versorgers het daar beslis 'n deel van die menslike element, wat juis die kern van kwalitatiewe navorsing vorm, verlore gegaan. Dit was 'n groot uitdaging om die versorgers se leefwêreld te verstaan sonder om self met hulle daaroor in

gesprek te tree. Hierdie uitdaging het ten einde laas groot vreugde verskaf, deur die voorreg om deel te kon hê aan hierdie versorgers se ervaringe van gebrokenheid en tog ook hulle absolute sterkte en krag (en ook wysheid) in die aangesig van een van die ergste stressore van ons tyd: Die versorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte.

8.10 TEN SLOTTE

In hierdie hoofstuk is 'n samevatting van die bevindinge van hierdie studie weergegee, en is die gevolgtrekkings wat gemaak kon word, bespreek. Enkele voorstelle vir verdere navorsing is gemaak, en die leemtes van die studie is ook aangedui.

Met die unieke uitdagings wat die versorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte stel, is daar 'n behoefte aan intervensies wat spesifiek hierdie versorgers kan help cope. Die bevindinge van hierdie studie mag moontlik aangewend word ten einde die bestaande psigofortigene faktore (waaronder wysheid) waaroor versorgers reeds beskik, uit te wys. Alhoewel wysheid nie aangeleer kan word deur psigo-opleiding nie, kan die versorgers meer bewus gemaak word van die wysheid waaroor hulle reeds beskik, ten einde die versorger van die Alzheimer-pasiënt te bemagtig in die versorgingsproses.

Alhoewel daar met hierdie studie gepoog is om 'n konstruktiewe bydrae te lewer tot die begrip van wysheid, bly daar steeds 'n groot mate van onsekerheid in die navorsing van hierdie ontwykende begrip voortbestaan. Verdere navorsing kan dus 'n bydrae lewer om meer lig te werp op wysheid as psigofortigene konstruk. Daar sal egter versigtig te werk gegaan moet word, veral as 'n 'wyse' professor se advies in ag geneem word: *“Een van die grootste sondes in die wêreld is die oorvereenvoudiging van 'n probleem.”*

Ten slotte word die belang van navorsing in die veld van Alzheimer se siekte beklemtoon met die woorde van 'n voormalige president van die Verenigde State van Amerika, en 'n slagoffer van Alzheimer se siekte, President Ronald Reagan (1983):

“The emotional, financial and social consequences of Alzheimer’s disease are so devastating, it deserves special attention. Research is the only hope.”

(<http://www.alz.org/Researchers/overview.htm>)

BRONNELYS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, B.L., Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioural model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, **49**, 389-404.
- Anderson, K.N., Anderson L.E., & Glanze, W.D. (1994). Mosby's medical, nursing and allied health dictionary (4th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd & M.E. Miller (Eds), *Behavioural health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 114-129). New York: Wiley Interscience.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, **36**(6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1996). The sense of coherence: A historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, **32**, 170-178.
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *Journal of Gerontology*, **52B**(1), 15-27.
- Baltes, M.M. (1993). The aging mind: Potential and limits. *Gerontologist*, **33**, 580-594.

- Baltes, P.B., Glück, J., & Kunzmann, U. (2002). Wisdom: Its structure and function in regulating successful life span development. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 325-347). Oxford: Oxford University Press.
- Baltes, P.B., & Smith, J. (1990). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 87-120). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., & Staudinger, U.M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, **55**(1), 122-136.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-125.
- Bannister, C., Ballard, C., Lana, M., Fairburn, A., & Wilcock, G. (1999). Placement of Dementia Suffers in Residential and Nursing Home Care. *The Journal of Age Related Disorders*, **11** (5), 5-8.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (1999). *Abnormal psychology* (2nd ed.). California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Ben-Sira, Z. (1985). Potency: A stress-buffering link in the coping-stress-disease relationship. *Social Science and Medicine*, **21**, 397-406.
- Berg, B.L. (1996). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn & Bacon.
- Birren, J.E., & Fisher, L.M. (1992). The elements of wisdom: Overview and integration. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 317-332). Cambridge University Press.

- Bohling, H.R. (1991). Communication with Alzheimer's patients: An analysis of caregiver patterns. *International Journal of Aging and Human Development*, **33** (4), 249-267.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behaviour and health* (4th ed.). California: Wadsworth.
- Brueggemann, W. (1984). *The Message of the Psalms*. Minneapolis, MN: Augsburg.
- Burgener, S.C., & Dickerson-Putman, J. (1999). Assessing patients in the early stages of irreversible dementia. The relevance of patient perspectives. *Journal of Gerontological Nursing*, **February**, 33-41.
- Burns, R., Eisdorfer, C., Gwyther, L., & Sloane, P. (1996). Caring for the caregiver. *Patient Care*, **Nov.'96**, 108-130.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., & Mineka, S. (2000). *Abnormal Psychology and modern life* (11th ed.). MA: Allyn & Bacon.
- Catell, R.B. (1971). *Abilities: Their structure, growth and action*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cilliers, F., Viviers, R., & Marais, C. (1998). Salutogenesis: A model to understand coping with organisational change. *Psychologia*, **25**(2), 32-39.
- Clayton, V., & Birren, J.W. (1980). The development of wisdom across the life span: A re-examination of an ancient topic. In P.B. Baltes & O.G. Brim, Jr. (Eds), *Life-span development and behaviour* (pp. 103-135). New York: Academic Press.

- Cohen, D. (1991). The subjective experience of Alzheimer's disease: The anatomy of an illness as perceived by patients and families. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, **6** (3), 6-11.
- DeLongi, A., & O'Brien, T. (1990). An interpersonal framework for stress and coping: An application to the families of Alzheimer's disease patients. In M. Stephens, J. Crowther, S. Hobfoll & D. Tennenbaum (Eds), *Stress and coping in later-life families* (pp. 221-239). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, **49**(1), 71-75.
- Dittmann-Kohli, F., & Baltes, P.B. (1990). Toward a neofunctionalist conception of adult intellectual development: Wisdom as a prototypical case of intellectual growth. In C.N. Alexander & E.J. Langer (Eds), *Higher stages of human development. Perspectives on adult growth* (pp. 54-78). New York: Oxford University Press.
- Draper, B.M., Poulos, C.J., Poulos, R.G., & Ehrlich, F. (1995). Risk factors for stress in elderly caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **11**, 227-231.
- Du Toit, M.M. (1999). *Die dinamiek van lewenskonteks, persoonlike faktore, copingprosesse en psigologiese welsyn by jeugdiges, met die oog op programontwikkeling vir kapasiteitsbou*. Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Fakulteit Lettere en Wysbegeerte.
- Egan, G. (1998). *The skilled helper: A problem-management approach to helping* (6th ed.). California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton.

- Ernst, R.L., (1997). Cognitive function and the costs of Alzheimer disease: An exploratory study. *Archives of Neurology*, **54** (6), 687-93.
- Evans, D.A., Funkenstein, H., Albert, M.S., Scherr, P.A., Cook, N.R., Chown, M.J., Hebert, L.E., Hennekens, C.H., & Taylor, J.O. (1990). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *Journal of American Medical Association*, **262**, 2551-56.
- Farran, C.J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S., & Wilken, C.S. (1991). Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *The Gerontologist*, **31** (4), 483-489.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 219-239.
- Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Gallagher, D., Wrabetz, A., Lovett, S., Maestro, S.D., & Rose, J. (1990). Depression and other negative affects in family caregivers. In E. Light & B.D. Lebowitz (Eds), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research*, (p.230), Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Gonzalez-Salvador, M.T., Arango, C., Lyketsos, C.G., & Barba, A.C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 701-710.
- Goode, K.T., Roth, D.L., Ford, G.R., & Haley, W.E. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychology*, **17**, 190-198.

- Graham, B. (1981). *Till Armageddon: A Perspective on Suffering*. Minneapolis, MN: Grason.
- Grossberg, G.T., & Lake, T. (1998). The role of the psychiatrist in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, **59** (suppl. 9), 3-6.
- Guyton, A.C., & Hall, J.E. (1996). *Textbook of medical physiology* (9th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Gwyther, L.P. (1998). Social issues of the Alzheimer's patient and family. *The American Journal of Medicine*, **104** (4A), 17S-21S.
- Hamdy, R.C. (1994). Clinical presentation. In R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), *Alzheimer's disease. A handbook for caregivers* (2nd ed.). Missouri: Mosby-Year Book, Inc.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, **102**, 284-304.
- Hendryx-Bedalov, P.M. (2000). Alzheimer's dementia: Coping with communication decline. *Journal of Gerontological Nursing*, **26** (8), 20-24.
- Holliday, S.G., & Chandler, M.J. (1986). *Wisdom: Explorations in Adult Competence*. Basel, Switzerland: Karger.
- Hooker, K., Frazier, L.D., & Monahan, D.J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, **34** (3), 386-392.
- Hooker, K., Monahan, D.J., Bowman, S.R., Frazier, L.D., & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology*, **53B**, 73-85.

- Hoyt, T., Jr. (1978). What can Christianity do for me? In H.J. Young (Ed.), *Preaching on suffering and a God of love* (pp. 73-77). Philadelphia: Fortress Press.
- Jacques, A., & Jackson, G.A. (2000). *Understanding dementia* (3rd ed.). London: Harcourt Publishers Limited.
- Kaplan, L., & Boss, P. (1999). Depressive symptoms among spousal caregivers of institutionalized mates with Alzheimer's: boundary ambiguity and mastery as predictors. *Family Process*, **38** (1), 85-103.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry* (8th ed.). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaye, J., & Robinson, K.M. (1994). Spirituality among caregivers. *Journal of Nursing Scholarship*, **26** (3), 218-221.
- Kleinke, C.L. (1998). *Coping with life challenges* (2nd ed.). California: Brookes / Cole Publishing Company.
- Knight, A.J., & Parr, W.V. (1999). Age as a factor in judgments of wisdom and creativity. *New Zealand Journal of Psychology*, **28**(1), 37-46.
- Knop, D.S., Bergman-Evans, B., & McCabe, B.W. (1998). In sickness and in health: An exploration of the perceived quality of the marital relationship, coping and depression in caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing*, **36** (1), 16-21.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**, 168-177.

- Kramer, B.J. (1993). Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies. *Family Relations*, **42**, 383-391.
- Kramer, D.A. (1992). Conceptualizing wisdom: The primacy of affect-cognition relations. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp.279-316). Cambridge University Press.
- Labouvie-Vief, G. (1992). Wisdom as integrated thought: Historical and developmental perspectives. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp.52-83). Cambridge University Press.
- Lawton, M.P. (1994). Quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, **8** (Suppl.3), 138-150.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Martinson, I.M., Chesla, C., & Muswaswes, M. (1993). Caregiving demands of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Community Health Nursing*, **10**, 225-232.
- Max, W. (1993). The economic impact of Alzheimer's disease. *Neurology*, **43** (8, Suppl. 4), S6-S10.
- McKee, K.J. (2001). This is your life: research paradigms in dementia care. In T. Adams & C.L. Clarke (Eds), *Dementia care: Developing partnerships in practice* (pp.145-164). London: Harcourt Publishers Limited.
- Meacham, J.A. (1990). The loss of wisdom. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp.181-211). Cambridge University Press.

- Meyer, W.F., Moore, C., & Viljoen, H.G. (1997). *Personologie: Van individu tot ekosisteem*. Johannesburg: Heinemann.
- Miles, M.B., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Miner, G.D., Winters-Miner, L.A., Blass, J.P., Richter, R.W., & Valentine, J.L. (1989). *Caring for Alzheimer's patients. A guide for family and healthcare providers*. New York: Plenum Press.
- Moon, J.A. (1999). *Reflection in learning and professional development*. London: Kogan Page.
- 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: II- A qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 662-667.
- NUD*IST (1999). *Qualitative Solutions and Research Pty Ltd*. Melbourne: La Trobe University.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). London: Sage.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, **5**(2), 164-172.
- Paykel, E.S., Brayne, C., Huppert, F.A., Gill, C., Barkley, C., Gehlhaar, E., Beardsall, L., Girling, D.M., Pollitt, P., & O'Connor, D. (1994). Incidence of dementia in a population older than 75 years in the United Kingdom. *Archives of General Psychiatry*, **51** (4), 325-32.

- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, **30** (5), 583-593.
- Pearlin, L.I., Turner, H., & Semple, S. (1990). Coping and the mediation of caregiver stress. In E. Light & B.D. Lebowitz (Eds), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research* (pp. 198-217). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Perel, V.D. (1998). Psychosocial impact of Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **279** (13), 1038-1039.
- Piaget, J. (1980). *Experiments in contradiction*. Chicago: University of Chicago Press.
- Plug, C., Louw, D.A.P., Gouws, L.A., & Meyer, W.F. (1997). Verklarende en vertalende sielkundewoordeboek (3de uitgawe). Johannesburg: Heinemann Voortgesette Onderwys (Edms) Bpk.
- Potgieter, J.C. (2000). *Die sielkundige behoeftes van die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte*. Ongepubliseerde magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Potgieter, J.C. (2002). *Tydsperspektief as potensiële psigofortigene konstruk by die rouproses van versorgers van Alzheimer-pasiënte*. Ongepubliseerde proefskrif, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Pretorius, T.B. (1997). *Salutogenic resistance resources and environmental characteristics in stress-resistance*. Unpublished doctoral dissertation, University of the Free State, Bloemfontein.

- Pretorius, T.B. (1998). *Fortitude as stress-resistance: Development and validation of the Fortitude Questionnaire (FORQ)*. University of the Western Cape, Bellville.
- Rabheru, K. (2002). Depression in older patients: Therapeutic considerations for the primary-care physician. *Continuing education in Neurology & Psychiatry*, **1** (1), 3.
- Roberto, K.A., Richter, J.M., Bottenberg, D.J., & Campbell, S. (1998). Communication patterns between caregivers and their spouses with Alzheimer's disease: A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, **12** (4), 202-208.
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self-regulation. In S. Fisher & J. Resson (Eds), *Handbook of life-stress, cognition and health* (pp.483-496), Chichester: Wiley.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs: general and applied*, **80**(1), 1-28.
- Saleebey, D. (1996). The strength perspective in Social Work practice: Extensions and cautions. *Social work*, **41**, 296-305.
- Salyer, K., (1994). Historical perspectives. In R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), *Alzheimer's disease. A handbook for caregivers* (2nd ed.) (pp. 73-79). Missouri: Mosby-Year Book, Inc.
- Sanford, J.A. (1977). *Healing and Wholeness*. New York: Paulist Press.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). Eurocare: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I- Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**, 651-661.

- Schulz, R., Visintainer, P., & Williamson, G. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, **45**, 181-191.
- Scott, R.B.Y. (1971). *The Way of Wisdom*. New York: MacMillan.
- Sears, E. (1986). *Ages of Man: Medieval Interpretations of the Life Cycle*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, **55**(1), 5-14.
- Selye, H. (1975). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, U.S.A.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, **138**, 32.
- Staudinger, U.M. & Baltes, P.B. (1996). Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance? *Journal of Personality and Social Psychology*, **71** (4), 746-762.
- Staudinger, U.M., Smith, J., & Baltes, P.B. (1994). *Manual for the assessment of wisdom-related knowledge*. Berlin: Max Planck Institute for Human Development and Education.
- Sternberg, R.J. (1985). Implicit theories of intelligence, creativity and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology*, **49**, 607-627.
- Sternberg, R.J. (1992). *Wisdom: Its nature, origins, and development*. New York: Cambridge University Press.

- Strauss, A.L. & Corbin J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). California: Sage Publications.
- Strümpfer, D.J.W. (1990). Salutogenesis: A new paradigm. *South African Journal of Psychology*, **20** (4), 265-267.
- Strümpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: From 'salutogenesis' to 'fortigenesis'. *South African Journal of Psychology*, **25**, 81-89.
- Taranto, M.A. (1989). *The wisdom in autobiography*. Paper presented at the Nineteenth Annual Symposium of the Jean Piaget Society, Philadelphia.
- Taylor, S.E., Peplau, L.A., & Sears, D.O. (2000). *Social Psychology* (10th ed.). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. California: Sage Publications Inc.
- Thoresen, C.E., & Eagleson, J.R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, **13**, 15-87.
- Turnbull, J.M. (1994). Stress in nursing care. In R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), *Alzheimer's disease. A handbook for caregivers* (2nd ed.). Missouri: Mosby-Year Book, Inc.
- Walker, R.J., Pomeroy, E.C., McNeil, J.S., & Franklin, C. (1994). A psychoeducational model for caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Social Work*, **22** (1/2), 75-91.

- Wallsten, S.M. (1993). Comparing patterns of stress in daily experiences of elderly caregivers and noncaregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, **37** (1), 55-68.
- Weinert, F.E., Schneider, W., & Knopf, M. (1988). Individual differences in memory development across the life span. In P.B. Baltes, D.L. Featherman & R.M. Lerner (Eds), *Life-span development and behaviour* (**9**), p39-85. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Williamson, G.M., & Schulz, R. (1993). Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving. *The Gerontologist*, **33** (6), 747-755.
- Winslow, B.W. (1997). Effects of formal support on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*, **20**, 27-37.
- Wissing, M.P. (1995). *Die dinamiek van lewenskonteks, individuele verskille, copingprosesse en psigologiese welsyn van jeugdiges met die oog op kapasiteitsbou en prevensie*. Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys.
- Wissing, M.P., & Van Eeden, C. (1994). *Psychological well-being: Measurement and construct clarification*. Paper. 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain. July, 17-22.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. New York: Macmillan.
- World Health Organization. (1964). *Basic Documents* (15th ed.). Geneva, Switzerland.
- Wright, L.K. (1993). *Alzheimer's disease and marriage: An intimate account*. California: Sage Publications Inc.

Zanetti, O., Frisoni, G.B., Bianchetti, A., Tamanza, G., Cigoli, V., & Trabucchi, M. (1998). Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patient factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **13**, 358-367.

BYLAE 1

BIOGRAFIESE INLIGTING

Die biografiese inligting soos bekom deur die Potgieter (2002) studie is ook aangewend in die huidige studie. Die formaat van die biografiese vraelys was as volg:

Skryf asseblief u besonderhede in die toepaslike spasie (in drukskrif):

<u>VAN:</u>	_____
<u>NAAM:</u>	_____
<u>GESLAG:</u>	_____
<u>GEBOORTEDATUM:</u>	_____
<u>OUDERDOM:</u>	_____
<u>HUWELIKSTATUS:</u>	_____
<u>HUISTAAL:</u>	_____
<u>WOONADRES:</u>	_____ _____
<u>TELEFOONNOMMER:</u>	_____

Relevante vrae vir die huidige studie:

Wanneer (jaar) is die diagnose van Alzheimer se siekte by u huweliksmaat gemaak? _____

Vanaf wanneer (jaar) bevind u uself in die versorgingsrol / het u die versorgingsrol beklee? _____

Hoeveel tyd (ure per dag) neem die verpligtinge rakende die versorging gemiddeld per dag in beslag / het dit gemiddeld per dag in beslag geneem?

BYLAE 2

TOESTEMMINGSBRIEF EN VERKLARING

Toestemming vir die gebruik van die data vir navorsingsdoeleindes is verkry by die versorgers deur middel van die volgende toestemmingsbrief en verklaring wat deel uitgemaak het van die Potgieter (2002) studie:

Geagte deelnemer

Die Departement Sielkunde aan die Universiteit van die Vrystaat is vir die afgelope aantal jaar betrokke by 'n navorsingsprojek rakende die sielkundige impak van Alzheimer se siekte op die sielkundige welstand van beide die pasiënt en versorger. Onlangse navorsingsresultate het getoon dat die veld van positiewe sielkunde potensieel kan bydra tot die behoud van die emosionele welstand van veral die Alzheimer-versorger.

Ten einde hierdie navorsingsresultate uit te brei, nooi ons u vriendelik uit om deel te neem aan die huidige navorsingsprojek. Deelnemers moet aktief betrokke wees by die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte, of moes reeds 'n huweliksmaat as gevolg van hierdie siektetoestand aan die dood afgestaan het. Deelname aan hierdie projek sal op 'n vrywillige basis geskied, en alle inligting sal anoniem en met die grootste mate van vertroulikheid hanteer word.

Sou u besluit om deel te neem, sal ons 'n paar uur van u tyd benodig. Dit behels 'n kort onderhoud, en ons sal van u verwag om 'n paar kort vraelyste in te vul. Terugvoer rakende die resultate van hierdie studie sal beskikbaar wees nadat die navorsingsprojek afgehandel is.

Ons hoop dat u gewillig sal wees om betrokke te raak by hierdie navorsingsprojek om so 'n bydrae te maak tot die sielkundige welstand van persone wat hulle in soortgelyke omstandighede bevind.

Met vriendelike groete

Johan Potgieter

Prof. P.M. Heyns

VERKLARING

Ek, _____, verklaar hiermee dat ek die geleentheid gehad het om vrae te vra, dit aan my meegedeel is dat anonimiteit en vertroulikheid van alle inligting eerbiedig sal word, en ek die inhoud van hierdie brief verstaan en dat die inligting verkry uit die vraestelle en onderhoude gebruik mag word vir navorsingsdoeleindes.

Handtekening

Datum

BYLAE 3

DIE LEWENSPROBLEEMTEKSTE SOOS UITEENGESIT IN DIE ‘BERLYNSE WYSHEID- PARADIGMA’

1. LEWENSBEPLANNING:

❖ Lewensprobleemteks 1:

Joyce is ‘n 60-jarige weduwee wat onlangs ‘n graad in ondernemingsbestuur voltooi het en ‘n eie onderneming oopgemaak het. Sy het lankal uitgesien na hierdie uitdaging. Sy het egter onlangs gehoor dat haar seun voortaan alleen na sy twee kinders moet omsien. Joyce oorweeg die volgende opsies: Sy kan beplan om haar besigheid heeltemal te los en vir haar seun en kinders te gaan sorg. Sy kan aan die ander kant aanbly en reël vir finansiële steun vir haar seun om die versorgingsonkoste wat hy met sy kinders het, te dek. Wat moet Joyce doen en wat moet sy oorweeg terwyl sy haar planne maak? Watter addisionele inligting sou u ook wou hê?

❖ Lewensprobleemteks 2:

Jack, 63 jaar oud en getroud, is redelik angstig oor sy verpligte aftrede op 65. Die maatskappy waarvoor hy werk, is onlangs oorgeneem deur ‘n ander maatskappy. Die nuwe bestuur het besluit om die tak waar Jack werk, te sluit. Nou oorweeg Jack die volgende twee opsies: Hy kan op vroeë pensioen gaan, met 2 jaar se volle salaris as kompensasië, of hy kan vir die maatskappy se hoofkantoor gaan werk vir ‘n addisionele 2 tot 3 jaar. Wat moet Jack doen en oorweeg in sy besluit? Watter ekstra inligting sou u graag wou hê?

❖ Lewensprobleemteks 3:

Jana is gediagnoseer met kanker. Die dokters het haar meegedeel dat sy slegs een jaar oor het om te lewe. Jana oorweeg nou wat sy moet doen. Een van haar opsies is om te probeer om soveel as moontlik aan te hou lewe soos in die verlede, of sy kan ‘n

drastiese lewensverandering maak. Wat moet Jana doen en oorweeg wanneer sy haar planne maak en watter addisionele inligting sou u graag wou hê?

❖ **Lewensprobleemteks 4:**

Barbara wil 'n egskeiding hê. Noudat sy besluit het om tot hierdie stap oor te gaan, wonder sy wat sy moet doen. Een van haar opsies is om tot so 'n groot mate as wat moontlik is, aan te hou lewe soos in die verlede, of sy kan drastiese lewensveranderinge maak. Wat moet Barbara doen en oorweeg wanneer sy haar planne maak? Watter addisionele inligting sou u graag wou hê?

❖ **Lewensprobleemteks 5:**

Susan het onlangs uitgevind dat sy 'n aansienlike bedrag geld gaan erf. Nadat sy die goeie nuus gevier het, begin sy dink oor wat haar te doen staan. Van haar opsies is om die geld te belê en dan aan te hou lewe soos in die verlede, of sy kan die geld gebruik en 'n groot lewensverandering maak. Wat moet Susan doen en oorweeg in die planne wat sy maak? Watter addisionele inligting sou u graag wou hê?

2. **LEWENSHERSIENING:**

❖ **Lewenshersieningteks**

'n Bejaarde dame het gedurende haar jeug reeds besluit om op haar gesin te konsentreer en nie 'n professionele beroep te beoefen nie. Haar kinders het jare gelede reeds die huis verlaat. Sy loop eendag 'n ou vriendin raak wat sy vir 'n lang tyd nie gesien het nie. Hierdie vriendin van haar het lank gelede besluit om op haar beroep te fokus en nie 'n gesin te hê nie. Sy is goed gevestig in haar beroep. As gevolg van hierdie ontmoeting dink die bejaarde dame nou aan die lewe wat sy tot dusver geleidelik het (die een wat op haar gesin gefokus het). Hoe sien so 'n lewensoorsig daar uit? Watter aspekte van haar lewe onthou sy, byvoorbeeld besluite wat sy geneem het, die probleme wat sy gehad het, die oplossings daarvoor, belangrike persone met wie sy te doen gehad het, haar gevoelens en die struikelblokke wat sy teengekom het? Hoe sou sy aan 'n ander persoon haar lewensverloop vertel en die besluite wat sy geneem het? Hoe sou sy dit motiveer? Hoe sou sy haar lewe in retrospek evalueer? Het sy haar lewensdoelwitte behaal?