

**EVALUERING VAN 'N PROGRAM TER
VERBETERING VAN PERSONE SE
COPINGVAARDIGHEDE, PSIGOLOGIESE
GESONDHEID EN LEWENSKWALITEIT IN 'N
GEWELDGETEISTERDE MILIEU.**

**SORIKA KRUGER
BA HONNEURS**

**Verhandeling voorgelê ter nakoming
van die vereistes vir die graad**

**Magister Artium
(Psigologie)**

**aan die Potchefstroomse Universiteit
vir Christelike Hoër Onderwys**

Studieleier: DR A. W. Nienaber

**Potchefstroom
2000**

**Opgedra aan al die proefpersone
wat deelgeneem het aan hierdie navorsingstudie.**

**Dit was 'n voorreg en 'n ervaring
om die pad van genesing saam met julle te loop.
In die proses het ons soveel in mekaar belê en die wonder
van genesing saam beleef!**

*"Your pain is the shell that encloses your understanding. Even as the stone of the
fruit must break, that its heart may see the sun, so must you know your pain.
And could you keep your heart in wonder at the daily miracles of life,
your pain would seem less wondrous than your joy;
and you would accept the seasons of your heart,
as you always have to accept the seasons that pass over your fields.
And you would watch with serenity through the winters of your grief.*

*It is a bitter cup by which the physician whithin you heals your sick inner self.
Therefore trust the physician and drink His remedy in silence and tranquillity,
for His hand, though hard and heavy,
is guided by the tender hand of the Unseen.
And the cup He brings, though it burns your lips,
has been fashioned of the clay
which the Potter has moistened with His own sacred tears"*

(Kahlil Gibran, 1983)

**Ek glo dat die hand van versoening en vriendskap
wat ons oor kultuurgrense heen na mekaar uitgesteek het,
'n fondament vir die bou van 'n nuwe lewensbeskouing sal
wees.**

BEDANKINGS

My opregte dank aan die volgende persone:

- My ouers en Gert vir hul opoffering en ondersteuning, waarsonder ek nie my drome sou kon verwesenlik het nie.
- Dr A. W Nienaber vir haar leiding en kreatiwiteit tydens die navorsingstudie.
- Dr R.J de Beer vir die entoesiasme waarmee hy die taalversorging gedoen het.
- Dr L Viljoen van die Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO vir gedeeltelike verwerking van die data.
- Vir Sorea Ellis en my vriendin Ronèl Stapelberg vir die verwerking van die statistiek en die leiding ten opsigte van die interpretasie en weergee van die inligting. Dit word opreg waardeer.
- My broer Cobus vir die grafiese werk en voorstellings in die verhandeling.
- Hannes Kruger en Gert de Swardt vir die lees en bind van die verhandeling.
- Alle proefpersone wat aan die studie deelgeneem het.
- My vriendinne, Elsabe, Ronel, Sanet, Alta en Yolandi vir hul ondersteuning, hulp en bemoediging wanneer ek moedeloos geraak het.
- Die personeel van die Christelike Maatskaplike Raad, Kempton Park en Tembisa vir steun, raad en hulp met die strukturering van die studie.
- Die SKDB vir studieverlof en werkswinkels wat ek as deel van my werk as maatskaplike werker in hul diens kon doen.
- Me Andronika Maphanga wat opgetree het as die tolk tydens die voltooiing van die vraelyste en die werkswinkel.
- Dr Nelda van Zyl wat die Khayalami Cares program help aanbied het in Tembisa gedurende die werkswinkel.
- Bernie en Steve Dalgety van die Alphahuis vir die bindwerk en ondersteuning met die projek.

My opregte dank aan my Hemelse Vader vir die vermoë, passie vir mense en hulpbronne wat Hy vir my gegee het om hierdie studie moontlik te maak. Aan

God alle eer.

INHOUDSOPGAWE

BEDANKINGS

OPSOMMING

I

SUMMARY

III

HOOFSTUK 1: INLEIDING, PROBLEEM- EN DOELSTELLING

1.1	Inleiding en Probleemstelling	1
1.2	Doelstelling	5
1.3	Basiese Hipotese	5
1.4	Begripsomskrywings	5
1.5	Ontplooiing van die studie	7

HOOFSTUK 2: COPING EN PSIGOLOGIESE GESONDHEID

2.1	Inleiding	9
2.2	Coping	9
2.2.1	Copingstrategieë	11
2.2.2	Die vereistes (kriteria) vir salutogene sterktes	17
2.3	Psigologiese gesondheid	18
2.3.1	Persoonlikheidsfaktore wat bydra tot psigologiese gesondheid	19
2.3.1.1	Optimisme	20
2.3.1.2	Gehardheid	21
2.3.1.3	Veralgemeende selfeffektiwiteit	22
2.3.1.4	Positiewe denke	24
2.3.1.5	Aangenaamheid en gewilligheid	25
2.3.1.6	Selfvertroue	25
2.3.1.7	Selfaanvaarding en bemagtiging	25
2.3.1.8	Lokus van kontrole	26

2.3.2	Eksterne faktore wat bydra tot psigologiese gesondheid	29
2.3.2.1	Sosiale steunstelsels	29
2.3.3	Ander faktore	29
2.3.3.1	Biologiese beloningstelsel	29
2.3.3.2	Skadevermydingstelsel	30
2.3.3.3	Subjektiewe welsyn/geluk	30
2.4	Slotsom	31

HOOFSTUK 3: LEWENSKWALITEIT EN GEWELD

3.1	Inleiding	32
3.2	Lewenskwaliiteit en lewenstevredenheid	32
3.2.1	Gesondheid	36
3.2.2	Finansiële status en werksomstandighede	39
3.2.3	Selfwaarde, doelwitte en norme	40
3.2.4	Opvoeding, Ontwikkeling, Ontspanning en Kreatiwiteit	40
3.2.5	Liefde, Vriendskap, Kinders en Familie	42
3.2.6	Behuising, Woonbuurt en Gemeenskap	42
3.3	Geweld	43
3.3.1	Oorsake van geweld	46
3.3.1.1	Mag	46
3.3.1.2	Emosionele ontoereikendheid	46
3.3.1.3	Trauma uit kinderjare	47
3.3.1.4	Sondebokke	47
3.3.1.5	Die media	48
3.3.1.6	Die sosialiseringsproses	49
3.3.1.7	Kollektiewe woede	52
3.3.1.8	Tekort aan gemeenskaplike hulpbronne	53
3.3.1.9	Norme, waardes en persepsies	54
3.3.1.10	Ander oorsake	55
3.3.2	Effek van geweld	56
3.3.2.1	Gevolg van geweld op politiek	56
3.3.2.2	Ekonomiese gevolge	58
3.3.2.3	Gevolge van geweld op lewenstyl	59

3.3.2.4	Gevolge van geweld op Psigo-sosiale funksionering	59
3.3.2.4.1	Geweld kweek geweld	59
3.3.2.4.2	Geweld beseer en vernietig	60
3.3.2.4.3	Geweld kweek vrees	61
3.3.2.4.4	Geweld kompliseer verhoudings	61
3.3.2.4.5	Geweld isoleer	62
3.3.2.4.6	Geweld lei tot morele verval en anomie	63
3.3.2.4.7	Geweld veroorsaak sielkundige verwarring en PTSV	64
3.3.3	Algemene komponente teenwoordig tydens geweld	67
3.3.4	Geïntegreerde model van interaksie	69
3.4	Slotsom	73

HOOFSTUK 4: PROGRAMME OM DIE GEVOLGE VAN GEWELD TEEN TE WERK

4.1	Inleiding	74
4.2	Katoris "Crime survival programme"	74
4.2.1	Naam van program	74
4.2.2	Samestelling van program	74
4.2.3	Rasionaal van program	75
4.2.4	Teikengroep	75
4.2.5	Hoofkomponente van program	75
4.2.6	Positiewe aspekte van program	78
4.2.7	Tekorte en leemtes	78
4.3	Gemeenskappolisiëringsprogram	79
4.3.1	Naam van program	79
4.3.2	Samestelling van program	79
4.3.3	Rasionaal van program	79
4.3.4	Teikengroep	79
4.3.5	Hoofkomponente van program	80
4.3.6	Positiewe aspekte van program	83
4.3.7	Leemtes en tekorte	84
4.4	Kayalami Cares program	84
4.4.1	Naam van program	84

4.4.2	Samestelling van program	84
4.4.3	Rasionaal van program	85
4.4.4	Teikengroep	85
4.4.5	Hoofkomponente van program	85
4.4.5.1	Handleiding vir opgeleide terapeute en dienskantore	86
4.4.5.2	Handleiding vir vrywilligers	93
4.4.6	Toepassing prosedure en aanpassings	96
4.4.7	Positiewe aspekte van program	97
4.4.8	Tekorte en leemtes	98
4.9	Slotsom	98

HOOFSTUK 5: **EMPIRIESE ONDERSOEK**

5.1	Inleiding	100
5.2	Navorsingsontwerp	100
5.3	Die ondersoekgroep	101
5.4	Die prosedure	104
5.5	Die meetinstrumente	105
5.5.1	Demografiese vraelys	105
	Meting van Copingstrategieë	105
5.5.2	Strategic approach to coping scale (SACS).	105
5.5.3	COPE skaal	108
	Meting van Psigologiese gesondheid	112
5.5.4	Sense of Coherence (SOC)	112
5.5.5	Satisfaction with life scale SWLS)	115
5.5.6	Affektometer (AFM)	117
	Meting van lewenskwaliteit	118
5.5.7	Quality of life Inventory (QOLI)	118
5.6	Statistiese analise	120
5.7	Slotsom	121

HOOFSTUK 6 RESULTATE EN INTERPRETASIE

6.1	Inleiding	122
6.2	Beskrywende statistiek	122
6.2.1	Meting van Coping	129
6.2.2	Meting van Lewenskwaliteit	140
6.2.3	Meting van Psigologiese gesondheid	148
6.4	Slotsom	153

HOOFSTUK 7: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1	Inleiding	154
7.2	Samevatting en belangrikste gevolgtrekkings van empiriese navorsing	154
7.2.1	Vermindering van simptome	155
7.2.2	Verbeterde Coping	156
7.2.3	Verhoging van lewenskwaliteit	157
7.3	Leemtes en kritiekpunte van die studie	159
7.4	Aanbevelings vir verdere studie	160
7.5	Samevatting en slotsom	161

8 VERWYSINGS

9. BYLAES

9.1	Ingeligte Toestemming
9.2	Demografiese vraelys

LYS VAN TABELLE

TABEL	INHOUD	BLADSY NOMMER
1	Beskrywende statistiek vir die eksperimentele groep ten opsigte van al die meetinstrumente.	123
2	Beskrywende statistiek vir die kontrolegroep ten opsigte van al die meetinstrumente.	127
3	Die eksperimentele groep voor die aanbieding van die program, ten opsigte van Coping.	130
4	Die eksperimentele groep na die aanbieding van die program, ten opsigte van Coping.	132
5	Die kontrolegroep voor aanvang van die program ten opsigte van Coping	134
6	Die kontrolegroep na aanvang van die program ten opsigte van Coping	136
7	Beduidenheid van verskille by die eksperimentele groep ten opsigte van Coping.	137
8	Beduidenheid van verskille by die kontrolegroep ten opsigte van Coping.	139
9	Die eksperimentele groep voor die aanbieding van die program, ten opsigte van Lewenskwaliteit.	141
10	Die eksperimentele groep na die aanbieding van die program, ten opsigte van Lewenskwaliteit.	142
11	Beduidenheid van verskille by die eksperimentele groep ten opsigte van Lewenskwaliteit.	143
12	Die kontrolegroep voor die aanvang van die program ten opsigte van lewenskwaliteit	145
13	Die kontrolegroep na die aanvang van die program ten opsigte van lewenskwaliteit	146
14	Beduidenheid van verskille by die kontrolegroep ten opsigte van Lewenskwaliteit.	147
15	Die eksperimentele groep voor die aanbieding van die program, ten opsigte van Psigologiese gesondheid.	149
16	Die eksperimentele groep na die aanbieding van die program, ten opsigte van Psigologiese gesondheid.	149
17	Beduidenheid van verskille by die eksperimentele groep ten opsigte van Psigologiese gesondheid.	150

18	Die kontrolegroep voor die aanvang van die program ten opsigte van Psigologiese gesondheid.	151
19	Die kontrolegroep na die aanvang van die program ten opsigte van Psigologiese gesondheid.	152
20	Beduidenheid van verskille by die kontrolegroep ten opsigte van Psigologiese gesondheid.	152
FIG 3.1	Hierargie van behoeftes en areas van lewenskwaliteit	34
FIG 3.2	Wedersydse beïnvloeding van sisteme op mekaar	52
FIG 3.3	Geïntegreerde model: geweld, lewenskwaliteit en hierargie van behoeftes	70
FIG 4.1	Fokus areas van KC program	88
FIG 5.1	Geslagsverspreiding van respondente	101
FIG 5.2	Ouderdomverspreiding van respondente	101
FIG 5.3	Huwelikstatus van respondente	102
FIG 5.4	Gelowigheid en kerklike betrokkenheid	102
FIG 5.5	Soorte geweld waaraan respondente blootgestel was	103
FIG 5.6	Foto van ondersoekgroep	103

OPSOMMING

EVALUERING VAN 'N PROGRAM TER VERBETERING VAN PERSONE SE COPINGVAARDIGHEDE, PSIGOLOGIESE GESONDHEID EN LEWENSKWALITEIT IN 'N GEWELDGETEISTERDE MILIEU.

SLEUTELTERME: Coping, Psigologiese Gesondheid, Lewenskwalityt, Geweld, Programme, Koherensiesin, Affekbalans, Lewenstevredenheid.

Gedurende die laaste jare het die klem verskuif vanaf die faktore wat die mens psigies ongesond laat voel na die salutogene beskouing wat fokus op psigologiese gesondheid en die aspekte wat daartoe bydra. In hierdie studie is daar gelet op die faktore wat bydra tot psigologiese gesondheid van die individu, met verwysing na die verband tussen sekere persoonlikheidsfaktore en salutogene sterktes. Sekere eksterne faktore, naamlik lokus van kontrole, sosiale steunstelsels, biologiese beloningstelsel, die skadevermydingstelsel asook subjektiewe welsyn, of 'n gevoel van geluk, dra by tot psigologiese gesondheid.

Dit blyk dat psigologiese gesondheid verwant is aan suksesvolle coping en copingstrategieë. Twee soorte coping is geïdentifiseer, naamlik probleemgesentreerde coping en emosioneelgesentreerde coping. Sommige copingstrategieë lewer positiewe uitkomste, terwyl ander negatiewe uitkomste kan hê en dus die mens se psigologiese gesondheid kan benadeel. Copingstrategieë wat oor die algemeen negatiewe uitkomste het, is bespreek en vergelyk met meer konstruktiewe strategieë.

Dit wil voorkom asof persone psigologies gesonder is wanneer hulle 'n algemene gevoel van selfeffektiwiteit het, en oor 'n verskeidenheid van copingstrategieë beskik wat nie situasie-spesifiek is nie.

'n Persoon se lewenskwaliteit en lewenstevredenheid word ook beïnvloed deur sy/haar copingstrategieë en salutogene sterktes. Die gaping tussen wat 'n persoon het en wat hy/sy wil hê, bepaal die tevredenheid met sy/haar lewensomstandighede. Fisiese veiligheid, vertrouwe in jou medemens en emosionele sekuriteit is belangrike faktore by die bepaling van lewenskwaliteit en geweld verhoed die vervulling van hierdie behoeftes. Geweld het verskeie negatiewe effekte op die lewenstevredenheid en lewenskwaliteit van die mens. Vanuit hierdie studie blyk dit dat geweld ook die persoon se vryetydsbesteding beïnvloed en versterkend inwerk op die isolasie van persone, wat tot gevolg het dat hul nie verder ontwikkel of groei nie.

'n Steekproef van 30 persone wat blootgestel is aan geweld, is ewekansig verdeel in 'n eksperimentele en 'n kontrolegroep. Beide groepe is vooraf geëvalueer met 'n aantal vraelyste, naamlik die COPE, SACS, QOLI, AFM, SOC en die SWLS. Die eksperimentele groep het daarna die Khayalami Cares Program deurloop en 30 dae na afloop van die program is beide groepe weer geëvalueer. Uit die resultate het dit geblyk dat die deelname aan die program gelei het tot verbeterde coping by die eksperimentele groep. Die lewenskwaliteit van die respondente het egter nie verbeter na afloop van die program nie.

Ten spyte van beperkings, blyk dit dat die Khayalami Cares Program wel voldoen aan die vereistes waarvoor dit geskryf is, naamlik die vermindering van die simptome van trauma en die verbetering van coping.

SUMMARY

EVALUATION OF A PROGRAMME TO IMPROVE THE COPING SKILLS, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS LIVING IN A VIOLENT ENVIRONMENT.

KEY NOMENCLATURE: Coping, Psychological well-being, Quality of life, Violence, Programmes, Sense of coherence, Affect balance, Satisfaction with life.

During the past few years the emphasis shifted from the factors responsible for making the individual feeling psychologically unhealthily to the salutogenic paradigm focussing on psychological well-being and the contributing factors. In this study, attention is given to factors contributing to the psychological well-being of the individual, with reference to the relationship between certain personality traits and salutogenic strengths. Certain external factors, namely locus of control, social support systems, biological reward system, the damage avoidance system, as well as subjective well-being (or a feeling of happiness), all contribute towards psychological well-being.

It appears that psychological well-being is related to successful coping and coping strategies. Two types of coping have been identified, namely problem focused coping and emotion focused coping. Some coping strategies have positive outcomes, while others have negative outcomes and contribute destructively to a person's psychological health. Coping strategies generally leading to negative outcomes, have been discussed and compared with the more constructive strategies.

It appears that people are psychologically more healthy when they have a feeling of self effectiveness and possesses a variety of coping strategies which are not bound to situations.

The quality of, and satisfaction with life of an individual is also influenced by his/her coping strategies and salutogenic strengths. The gap between what a person has and what he or she wants, determines his/her satisfaction with life. Physical safety, trust in your fellow-man and emotional security, is an important factor in the determination of quality of life. Violence prevents the realisation of these needs. Violence has various negative effects on an individual's quality of and satisfaction with life. This study shows that violence influences the way an individual spends his/her spare time and also increases his/her isolation. This has the effect that the person does not develop or grow any further.

A test sample of 30 victims of violence was assigned randomly between an experimental and a control group. Both groups were evaluated in advance with the COPE, SACS, QOLI, AFM, SOC and SWLS questionnaires. Thereafter, the experimental group attended the Khayalami Cares Programme. Both groups were evaluated again 30 days after the experimental group have completed the programme. The results show that participation in the programme improved the coping of the experimental group. There was no improvement in the quality of life of any of the respondents.

In spite of it's limitations, the Khayalami Cares Programme does satisfy the requirements it was intended for, namely the reduction of the symptoms of trauma and the improvement of coping.

HOOFSTUK 1:

INLEIDING, PROBLEEM- EN DOELSTELLING.

Sleuteltermes: Coping, psigologiese gesondheid, lewenskwaliteit, geweld, programme, koherensiesin, affek, lewenstevredenheid.

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

In hierdie ondersoek sal daar gefokus word op die evaluering van die *Khayalami Cares Program* ter verbetering van coping, psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit by persone wat aan geweldstrauma blootgestel was. Die fokus sal val op die sterktes (in plaas van die tradisionele simptomatologiese beskouing) van hierdie individue en die copingmeganismes wat die individue moontlik psigologies gesond kan hou, ten spyte van hulle milieu. Gedurende die laaste jare het 'n belangrike verskuiwing plaasgevind vanaf 'n fokus op 'n patogene (geestesongestelde) paradigma na die meer salutogene en fortigene faktore wat fokus op psigologiese gesondheid (Wissing, 1997).

Volgens Kleinke (1991) kan *coping* gedefinieer word as die pogings wat aangewend word om beheer oor situasies wat as potensieel gevaarlik of spanningsvol geëvalueer is, te verkry. Lazarus en Folkman (1984) vermeld drie sleuteltermes in die definisie, naamlik, dit impliseer dat coping 'n mate van beplanning en aktiwiteit vereis, dat daar geen positiewe uitkoms verseker kan word nie en dat coping 'n proses is wat oor 'n tydperk plaasvind.

Lazarus en Folkman (1984) identifiseer twee soorte coping, naamlik probleemgesentreerde coping en emosioneelgesentreerde coping. Carver, Scheier en Weintraub (1989) identifiseer 14 copingstrategieë naamlik, aktiewe coping, beplanning, onderdrukking, weerhouding, soeke na sosiale steun vir praktiese redes, soeke na sosiale steun vir emosionele redes, positiewe herinterpretasie en groei, aanvaarding, godsdienst, emosionele ventilasie, ontkenning, gedragsonttrekking, verstandelike onttrekking en gebruik van verdowingsmiddels. Kleinke (1991) verduidelik dat sommige copingmeganismes positiewe uitkomst sal oplewer, terwyl ander negatiewe uitkomst kan hê en dus die mens se psigologiese gesondheid kan benadeel.

Die sleutelkonstrukte van **psigologiese gesondheid** is verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en sinvolheid (Antonovsky, 1993). Wissing en Van Eeden (1997) Wissing (1997) en Wissing en du Toit (1994) beskryf psigologiese gesondheid op grond van empiriese studies, in terme van spesifieke affektiewe, kognitiewe, gedrags- en interpersoonlike kenmerke. Dus word psigologiese gesondheid gekonseptualiseer as affekbalans, lewenssatisfaksie en koherensiesin. Volgens Antonovsky (1993) is sekuriteit 'n voorvereiste vir psigologiese gesondheid of koherensiesin. Koherensiesin is 'n globale oriëntasie wat die mate uitdruk waartoe die persoon 'n durende maar dinamiese gevoel ervaar dat stimuli van die interne en eksterne omgewing in die loop van die lewe gestruktureerd, voorspelbaar en verstaanbaar is, dat die eise in werklikheid uitdagings is wat die moeite werd is om energie voor aan te wend, en dat hulpbronne beskikbaar is om met die eise van die situasie te cope.

Moos (1994) het 'n model ontwerp wat as verwysing gebruik word, waarvolgens moontlike verbande tussen omgewingstressore, sosiale bronne, persoonlike faktore, akute lewensgebeure, copingresponse en psigologiese gesondheid gehipotetiseer

word. Die omgewingstressore oefen 'n belangrike invloed uit op die mens se psigologiese gesondheid, coping en lewenskwaliteit en daar word deur Louw (1996) melding gemaak van verskillende omgewingsdeterminante, naamlik fisiese- en sosiale omgewingsdeterminante. Nie-ideale fisiese- omgewingsdeterminante kan die psigologiese gesondheidsontwikkeling en funksionering van die mens nadelig beïnvloed. 'n Persoon se lewenskwaliteit en lewenstevredenheid word ook daardeur beïnvloed. Frisch (1994) definieer **lewenskwaliteit** as die volle uitlewing van die lewenspotensiaal, gepaardgaande met 'n subjektiewe gevoel van tevredenheid by die mens, dat sy belangrikste behoeftes, doelwitte en wense vervul is.

Geweld is 'n sosiale omgewingsdeterminant wat op verskeie maniere die coping, psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit van die mens beïnvloed, deurdat dit die mens se vertrouwe in ander skaad en die mens van sekuriteit ontnem. McKendrick en Hoffmann (1990) noem die volgende effekte van geweld op die mens: dit beseer en vernietig, kweek vrees, kompliseer verhoudings, dehumaniseer, isoleer, veroorsaak sielkundige verwarring, lei tot morele verval, en geweld kweek geweld. Verskeie skrywers en kenners meen dat Suid-Afrika 'n geweldgeteisterde land is (Du Plessis, 1996). Dit is ook duidelik uit die gevalleladings van die **Tembisa Masakhane krisissentrum** vir die tydperk 28/7/99 tot 03/08/99 ('n week). Dit sluit in: 33 gevalle van verkragting, 2 sodomiserings, 62 aanrandings en 9 gevalle van kindermishandeling, wat by hierdie spesifieke sentrum aangemeld is.

Du Plessis (1996) glo dat die gevolge van geweld in Suid-Afrika vir 'n baie lang tydperk nog 'n effek op die samelewing se psigologiese gesondheid en funksionering gaan hê.

Aangesien geweld nie noodwendig gaan afneem nie, en ons geen beheer oor die eksterne omgewing het nie, is dit dus van kardinale belang dat die gemeenskap toegerus word met copingvaardighede en -strategieë om hul eie psigologiese gesondheid te bevorder en lewenskwaliteit te verhoog.

Dit is duidelik dat 'n mens se basiese behoefte op die vlak van oorlewing lê, en dit sou dus meer insluit as slegs die **omgewing** waarin 'n mens woon. Dit blyk uit Maslow se hiërargie van behoeftes dat faktore soos psigiese gesondheid, veiligheid, liefde en sekuriteit, selfesteem en selfaktualisering vir die mens van belang is (Maslow, 1954). Hoër vlakke van spanning korreleer met laer vlakke van geluk en hoër vlakke van psigologiese ongesondheid (Noor, 1996). Navorsing gedoen onder 'n groep vroue in die Potchefstroom area het onder andere die volgende as bepalend van lewenskwaliteit aangetoon: werk, geld, gesondheid, geborgenheid, familie en vriende. Hierdie bevinding dui daarop dat 'n persoon nie noodwendig tevrede sal wees met sy lewenskwaliteit wanneer daar slegs aandag aan coping gegee word nie (Nienaber, De Jager, Oosthuizen & Wissing, 1999).

Dit is beter om voorkomend te werk en vir mense lewensvaardighede aan te leer wat hulle kan benut wanneer hulle in situasies kom wat hulle psigologiese gesondheid en veiligheid bedreig, as om rehabiliterend te werk en slegs skade te probeer verminder. Daar is reeds 'n bestaande en geïmplimenterde program naamlik, die **Khayalami Cares Program** wat deur die navorser gebruik sal word, aangesien dit fokus op voorkoming, lewensvaardighede en hantering van trauma. Die program is nog nie wetenskaplik geëvalueer nie, en die behoefte bestaan dus om die program te evalueer om die effek daarvan op die mense se copingvaardighede, psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit te bepaal.

Die belangrikste vraag wat met hierdie studie beantwoord wil word, is dus: verminder die simptome van trauma, verbeter konstruktiewe copingvaardighede en verhoog lewenskwaliteit van persone in geweldgeteisterde gebiede in Tembisa nadat hul die *Khayalami Cares Program* deurloop het ?

1.2 DOELSTELLING

Die doelstelling van hierdie ondersoek is om vas te stel of die implimentering van die *Khayalami Cares Program* lei tot vermindering van die simptome van trauma, verbetering van konstruktiewe copingvaardighede en verhoging van lewenskwaliteit by persone in geweldgeteisterde gebiede in Tembisa.

1.3 BASIESE HIPOTESE

Die basiese hipotese is dat die simptome van trauma sal verminder en konstruktiewe copingvaardighede en lewenskwaliteit sal verhoog by persone in 'n geweldgeteisterde gebied, nadat hulle die *Khayalami Cares Program* deurloop het.

1.4 BEGRIPSOMSKRYWINGS

Vir die doel van duidelikheid sal enkele begripsomskrywings vervolgens verskaf word:

- **Coping**

Coping is die pogings wat aangewend word om beheer oor situasies te verkry wat as potensieel gevaarlik of spanningsvol geëvalueer is (Kleinke ,1991).

- **Psigologiese gesondheid**

Psigologiese gesondheid kan beskryf word in terme van spesifieke affektiewe, kognitiewe, gedrags- en interpersoonlike kenmerke. Dus word psigologiese gesondheid gekonseptualiseer as affekbalans, lewenstevredenheid en koherensiesin (Wissing & Van Eeden ,1997; Wissing ,1997 en Wissing & du Toit, 1994).

- **Koherensiesin** is 'n globale oriëntasie wat die mate uitdruk waartoe die persoon 'n durende maar dinamiese gevoel ervaar dat stimuli van die interne en eksterne omgewing in die loop van die lewe gestruktureerd, voorspelbaar en verstaanbaar is, dat die eise in werklikheid uitdagings is wat die moeite werd is om energie voor aan te wend, en dat hulpbronne beskikbaar is om met die eise van die situasie te cope (Antonovsky, 1993).

- **Lewenskwaliteit en Lewenstevredenheid**

Lewenskwaliteit dui op 'n persoon se subjektiewe evaluasie van die mate waarin hul diepste behoeftes, doelwitte, en wense vervul is (Frisch, 1994). Lewenstevredenheid dui op 'n persoon se globale tevredenheid met sy lewe. (Diener et al, 1985) en gee 'n indikasie van die persoon se vergelyking tussen sy lewensomstandighede en sy eie standarde (Pavot & Diener, 1993).

- **Geweldgeteisterde milieu**

Dit dui op die woning, woonbuurt, gemeenskap en totale omgewing waarbinne die persoon blootgestel word aan enige vorme van geweld.

- **Geweld**
Dui op die gebruik van mag of krag om 'n ander persoon te beseer of te misbruik op emosionele, fisiese of sielkundige wyse en sluit die beskadiging van ander se besittings in. Dit is ook die doelbewuste weerhouding van hulp of die nalating om te beskerm.
- **Ontlonting**
Ontlonting dui op die vermindering van die effek van die traumatiese gebeure deur verskeie terapeutiese tegnieke te implimenteer en benut.
- **Trauma**
Trauma is 'n toestand waarin 'n persoon verkeer nadat hy/sy 'n ervaring gehad het wat buite normale menslike gebeure val, onverwags plaasgevind het, deur byna almal as pynlik en stresvol beleef sou word en gepaard gaan met gevoelens van vrees, hulpeloosheid en terreur (Hartman, 1995).

1.5 ONTPLOOIING VAN DIE STUDIE

In Hoofstuk 1 is daar aandag geskenk aan die probleemstelling en doelstelling asook die omskrywing van die sleutel terme en belangrike definisies.

In Hoofstuk 2 word die verskillende benaderings tot, en perspektiewe op coping en psigologiese gesondheid bespreek. Lewenskwaliteit en geweld asook die beweerde effek van geweld op persone, groepe en gemeenskappe wat daaraan blootgestel is, word in Hoofstuk 3 uitgelig.

In Hoofstuk 4 word bestaande traumahanteringsprogramme beskryf en geëvalueer met spesifieke verwysing na die ***Khayalami Cares Program***. Aandag sal geskenk word aan die sterkpunte en leemtes van die programme.

In Hoofstuk 5 word die empiriese ondersoek beskryf deur te fokus op die navorsingsontwerp en die meetinstrumente. In Hoofstuk 6 word 'n gedetailleerde oorsig oor die resultate van die navorsing gegee. In Hoofstuk 7 word die gevolgtrekkings van die navorsing bespreek en die aanbevelings word gemaak vir verdere navorsing of implimentering.

HOOFSTUK 2

COPING EN PSIGOLOGIESE GESONDHEID

2.1 INLEIDING

Persone reageer verskillend op die trauma van geweld en implementeer verskillende strategieë om hulself te help cope met die situasie wat die spanning veroorsaak. Die copingstrategieë wat die persoon kies om sy trauma mee te verlig, kan konstruktief of destruktief wees en het 'n effek op die psigologiese gesondheid van die persoon. Daar word in hierdie hoofstuk gefokus op die verskillende strategieë en ander faktore wat 'n persoon se psigologiese gesondheid beïnvloed.

2.2 COPING

Volgens Kleinke (1991) kan **coping** gedefinieer word as die pogings wat aangewend word om beheer oor situasies wat as potensieel gevaarlik of spanningsvol geëvalueer is, te verkry. Vir die doel van hierdie studie word hierdie definisie gebruik. Lazarus en Folkman (1984) vermeld drie sleutelaspekte van die definisie, naamlik dat coping 'n mate van beplanning en aktiwiteit vereis, dat daar geen positiewe uitkoms verseker kan word nie en dat coping 'n proses is wat oor 'n tydperk plaasvind.

Die **copingproseses** gaan hand aan hand met die evaluering / taksering van die situasie. Lazarus en Folkman (1984) beskryf twee soorte taksering naamlik primêre en sekondêre taksering van die situasie. Wanneer 'n persoon gekonfronteer word met 'n situasie wat gevaar of spanning kan veroorsaak, behoort die persoon homself/haarself eers af te vra of hul in gevaar is en of dit

die moeite werd is om homself/haarself oor die situasie te ontstel. Die proses staan bekend as primêre taksering (Kleinke, 1991).

Primêre taksering het dus te doen met die mens se fisiese, psigiese en emosionele gesondheid en welsyn. Primêre takserings word gekenmerk deur subjektiwiteit en individualisme. Geen twee persone sal onder dieselfde omstandighede dieselfde taksering van die situasie maak nie. Dit kan dus ook beskou word as 'n persoon se persepsie van die situasie en sal 'n uitwerking hê op die individu se sekondêre taksering en gepaardgaande gedrag (Kleinke, 1991).

Sodra die persoon bepaal het dat daar gevaar is, sal hy/sy homself/haarself eerstens afvra of daar iets is wat daaraan gedoen kan word, en indien wel, wat kan gedoen word? Dit staan bekend as **sekondêre taksering** van 'n situasie (Lazarus & Folkman, 1984). Tweedens sal die individu sodra hy/sy die persepsie het dat die situasie gevaar inhou, maar dat hy/sy niks daaraan kan doen nie, waarskynlik meer emosionele of kognitiewe copingstrategieë benut.

Die persoon wat die situasie primêr takseer as gevaarlik maar binne sy/haar beheer, sal meer aktiewe strategieë kies, aangesien so persoon sal poog om beheer oor die potensiële gevaar te verkry. Ten derde sal 'n persoon wat voel dat die situasie geen gevaar of ongemak inhou nie, 'n totaal ander, waarskynlik meer passiewe strategie benut (Kleinke, 1991). Dit is duidelik vanuit die bogenoemde inligting dat die primêre taksering van die situasie baie subjektief is en 'n effek gaan uitoefen op die sekondêre taksering, met gepaardgaande gedrag. Dit sou dus sinvol wees om vir persone die vaardigheid aan te leer om hul primêre taksering aan die realiteit te meet, ten einde 'n meer objektiewe en konstruktiewe copingstrategie te benut (Lazarus & Folkman, 1984).

Daar is 'n ander aspek wat ook geklarifiseer moet word alvorens na die soorte copingstrategieë gekyk word, naamlik die onderskeid tussen **selfblaam** en **selfverantwoordelikheid**. Uit die literatuur kom dit duidelik na vore dat persone wat hulself blameer vir negatiewe uitkomstes en situasies, meer ongelukkig voorkom, minder aanpasbaar is, meer depressief is, ensovoort (Kleinke, 1991). Sulke persone neem 'n passiewe houding in en bestee al hul energie op selfblaam, sonder om enige konstruktiewe verandering aan hul omstandighede of gedrag te maak.

Daarteenoor is **selfverantwoordelikheid** wanneer 'n persoon hom/haarself nie verwyt en blameer vir ongelukkige voorvalle in hul lewens nie. Gepaardgaande daarmee sal so 'n persoon waarskynlik 'n sin van selfeffektiwiteit ontwikkel en aandag gee aan die ontwikkeling van sy/haar vermoëns en vaardighede. Innerlike lokus van kontrole is ook hoër by sulke persone (Mauiro & Russo, 1989; in Kleinke, 1991). Sulke persone sal waarskynlik meer bruikbare **copingstrategieë** kies.

2.2.1 COPINGSTRATEGIEË

Lazarus en Folkman (1984) identifiseer twee soorte coping, naamlik **probleemgesentreerde coping** en **emosiegesentreerde coping**. Carver, Scheier en Weintraub (1989) identifiseer 14 copingstrategieë naamlik aktiewe coping, beplanning, onderdrukking, weerhouding, soeke na sosiale steun vir praktiese redes, soeke na sosiale steun vir emosionele redes, positiewe herinterpretasie en groei, aanvaarding, godsdiens, emosionele ventilasie, ontkenning, gedragsonttrekking, verstandelike onttrekking of gebruik van verdowningsmiddels.

Carver, *et al* (1989) het 'n meetinstrument, naamlik die COPE ontwikkel met die doel om persone se voorkeur copingstrategieë te bepaal. Die subskale van die COPE is verdeel in probleemgefokusde copingstrategieë, emosiegefokusde copingstrategieë en ander minder bruikbare strategieë.

In die volgende gedeelte sal copingstrategieë met negatiewe gevolge en daarna copingstrategieë wat positiewe uitkomst kan motiveer, beskou word.

Copingstrategieë wat oor die algemeen negatiewe uitkomst tot gevolg het.

- **Vermyding**

Vermyding beteken om nie die moeite te doen om te cope wanneer dit nodig is nie, maar eerder te maak asof die probleem nie bestaan nie en vanself sal verdwyn (Kleinke, 1991). Ongelukkig verdwyn die meeste spanningsvolle situasies nie sommer vanself nie. Vermyding en ontkenning kan die onmiddellike spanning van die persoon verlig, maar dit kan op die lange duur spanning vererger aangesien die spanning nooit hanteer word nie (Kleinke, 1991).

Wanneer 'n persoon egter 'n primêre taksering gemaak het dat die situasie nie langtermyn gevolge sal hê nie, byvoorbeeld om deur 'n kliënt geïrriteer te word, kan dit soms sinvol wees om die situasie te laat verbygaan en te ignoreer om dit op te los. Situasies wat meer aktiewe betrokkenheid van die persoon vra indien dit opgelos word, sal egter nie deur vermyding kan verbeter nie, maar sal waarskynlik vererger. In sulke omstandighede is copingstrategieë nodig wat selfeffektiwiteit verhoog, beheer verleen en aktiewe optrede om probleme op te los of te hanteer (Suls & Fletcher, 1985).

- **Monitering**

Monitering verwys na ons persepsie van die belangrikheid daarvan om weerbaar en gereed te wees om potensiële gevaar te kan bespeur en identifiseer. Persone wat hoog moniteer, is bedag op die voorkoming van negatiewe situasies, terwyl lae moniteerders onoplettend deur die lewe gaan. Beide gevalle kan baie negatief wees wanneer die hoë moniteerder byvoorbeeld neuroties super-waaksaam raak, en die lae moniteerder geen verantwoordelikheid vir sy eie veiligheid neem nie (Miller, 1987).

- **Ontkoppeling**

Ontkoppeling dui op die vermoë van die mens om homself af te sluit van enige moontlike gevaar en die effekte daarvan. Daar word na sulke persone verwys as "**Blunters**" aangesien hulle hulself teen die emosionele effek van negatiewe situasies probeer beskerm deur hulle daarvoor blind te hou. Sulke persone luister nie na hul liggame nie en hanteer nie hul trauma nie. "**Non-blunters**" is persone wat nie hulself ontkoppel nie en sensitief is vir hul eie gevoelens wanneer hul deur 'n krisis gaan (Miller, 1987).

Navorsing toon aan dat dit sinvol is om hoog te moniteer en inligting te soek en nie te ontkoppel (**non-blunting**) wanneer negatiewe situasies voorkom nie.

- **Primêre Selfvernietiging/beskadiging.**

Primêre selfvernietiging dui op die intensionele en bewuste pogings van 'n persoon om homself/haarself te skaad. Die gedrag het sy oorsprong in skuldgevoelens, berou en 'n lae selfsteem (Kleinke, 1991). Persone met hoë selfvernietigingspatrone neem nie verantwoordelikheid vir hul eie psigologiese

gesondheid nie en beskik oor 'n lae vlak van interne kontrole. So 'n persoon sal gedrag openbaar wat tot sy/haar eie nadeel is. Voorbeelde hiervan is om diefstal te pleeg, leuens te vertel, en onverskillig te bestuur.

Ander voorbeelde van selfvernietiging/beskadiging is masochisme, eetversteurings, selfmoordpogings, dwelm - of alkoholmisbruik, ensomeer. Alhoewel so 'n persoon gewoonlik in ernstige emosionele ongemak verkeer, is hy/sy soms nie gereed of gewillig om te verander nie (Kelly, et al, 1986).

- **“ Tradeoffs”**

“Tradeoffs” ontstaan wanneer 'n persoon 'n keuse moet maak tussen konflikterende behoeftes. Gewoonlik kies die persoon dan om sy onmiddellike behoeftes te bevredig ten spyte van langtermyn gevolge daarvan, instelle daarvan om 'n weldeurdagte besluit te neem wat op die langeduur voordelig sal wees. Voorbeelde van sulke gedrag is om te rook, alkohol te misbruik, ongesond te eet, geen oefening te doen nie, nie 'n veiligheidsgordel te dra nie, ensomeer. “Tradeoffs” kom ook voor wanneer 'n persoon nie weet hoe om teleurstelling te hanteer nie en doelwitte stel wat geen uitdaging bied nie (Kleinke, 1991).

- **Self-onbekwaammaking**

Self-onbekwaammaking is nie 'n strategie wat iemand doelbewus verkies nie, maar wat benut word wanneer die persoon nie oor die vermoë of insig beskik om 'n beter plan van aksie te volg nie (Kleinke, 1991). Sulke persone kan soms herken word aan rigiditeit in hul optrede en kies soms die slegste moontlike opsie, bloot omdat hul nie bereid is om ander opsies te oorweeg nie. Persone wat hulself onbekwaam maak en afbreek, is minder goed aangepas en meer

geneig om spanning en angs te ervaar. Sulke persone is ook meer geneig om selfmoordgedagtes te koester. Self-onbekwaammaking het sy oorsprong daarin dat 'n persoon grootword in 'n gesin waar hy/sy min erkenning kry vir positiewe gedrag. Sulke persone het soms 'n geskiedenis van verwerping. Dit maak dus vir so persoon sin om hom/haar te onttrek van die samelewing en buitestaanders of uitgewekenes te word (Kaplan et al, 1986).

Dit is moeilik vir persone wat grootgeword het met verwerping en gebrekkige positiewe terugvoer, om 'n gesindheid van bevoegdheid/selfeffektiwiteit te ontwikkel. Deur groter beheer te verkry oor sy/haar eie gevoelens, gedagtes en persepsies, kan hy/sy meer bevoeg begin voel. 'n Persoon wat homself as meer bevoeg of selfvermoënd beskou, verkry weer meer positiewe terugvoer van die omgewing af wat sy ego-kragte versterk (Kleinke, 1991).

Daar is ook sekere copingstrategieë wat positiewe uitkomst kan motiveer en daar word vervolgens daarop gelet.

Copingstrategieë wat positiewe uitkomst kan motiveer :

Dit wil voorkom asof persone psigologies gesonder is wanneer hulle 'n algemene gevoel van selfeffektiwiteit het, en oor 'n verskeidenheid van copingstrategieë beskik wat nie situasiespesifiek is nie. Enkele van hierdie copingstrategieë is soos volg (Antonovsky, 1979) :

- **Aanpasbaarheid**

Aanpasbaarheid is die vermoë om alternatiewe planne te kan maak en implementeer.

- **Vêrsiendheid**

Vêrsiendheid impliseer die gewilligheid en vermoë om langtermyn gevolge te antisipeer.

- **Rasionaliteit**

Rasionaliteit verwys na die vermoë om akkurate takserings van situasies te maak.

- **Ander faktore wat 'n rol speel ten opsigte van positiewe copingstrategieë**

Dit blyk uit die bogenoemde dat sekere emosionele, kognitiewe en gedragstyle verwant is aan coping. Carver, Sheier & Weintraub (1989) het die ontwikkeling van die COPE vraelys gebaseer op hulle teorie dat 'n persoon se copingstrategieë nie net afhanklik is van 'n eksklusiewe situasiespesifieke aanpassing nie, maar dat dit 'n stabiele *individuele voorkeur* is.

Verder bevind hul ook dat verskeie *persoonlikheidseienskappe* korreleer met die keuse van voorkeur copingstrategieë. Die eienskappe wat hul onder andere gevind het wat korreleer met die voorkeur copingstrategieë is: optimisme versus pessimisme, lokus van kontrole, selfesteem, gehardheid en angstigtheid, (Carver et al, 1989). Daar word na hierdie eienskappe of konstrunkte verwys as *salutogene sterktes*. Salutogene sterktes dra by tot psigologiese gesondheid en is verwant aan suksesvolle coping. Antonovsky (in Cooper & Payne, 1991) het salutogene sterktes en coping ook met mekaar verbind. Volgens hom kan vier salutogene sterktes, naamlik koherensiesin, selfeffektiwiteit, lokus van kontrole en gehardheid, almal aan die kriteria vir suksesvolle coping voldoen.

2.2.2 Die vereistes (kriteria) vir 'n salutogene sterkte is soos volg:

– **Salutogeen:**

Alle persoonlikheidseienskappe wat bydra tot suksesvolle coping kan beskou word as salutogene sterktes. In die geval van koherensiesin, selfeffektiwiteit, lokus van kontrole en gehardheid word daar gefokus op die bydrae wat die persoonlikheidseienskappe maak tot suksesvolle coping, genesing van siekte en beheer van spanning (Antonovsky, 1991).

– **Transaksioneel:**

Die verdere voorvereiste is dat die persoonlikheidseienskappe transaksioneel, dus in hul geheel en met betrekking tot hul volle potensiaal, beskou word. Hulle verwys nie na spesifieke overte copingmeganismes nie, maar eerder na die interaksie tussen die verskillende konstrukte/eienskappe wat coping suksesvol maak en dus psigologiese gesondheid verbeter (Antonovsky, 1991).

– **Veralgemeende oriëntasie:**

Dit is van belang dat so 'n eienskap/ konstruk nie situasie-spesifiek aangewend moet word nie, maar eerder veralgemeen word na 'n lewensbeskouing of oortuiging alvorens dit werklik as 'n salutogene sterkte beskou kan word (Antonovsky, 1991).

– **Direkte bydrae:**

Alle eienskappe / konstrukte (koherensiesin, selfeffektiwiteit, lokus van kontrole en gehardheid) kan direk verbind word met beheer en bestuur van spanning, suksesvolle coping en verbeterde psigologiese gesondheid (Antonovsky, 1991).

– **Kollektiewe oriëntasie:**

Dit is nodig dat die konstrukte/eienskappe (soos in die geval van koherensiesin, selfeffektiwiteit, lokus van kontrole en gehardheid) ook kollektief benut kan word. Dit wil sê, dat hulle gesamentlik (kollektief) sal bydra tot suksesvolle coping en psigologiese gesondheid (Antonovsky in Cooper & Payne, 1991).

Daar kan dus aangeneem word dat sekere strategieë meer geneig is om positiewe uitkomst te motiveer terwyl ander minder bruikbaar en selfs destruktief is. Uit die beskikbare literatuur wil dit voorkom asof sekere persoonlikheidseienskappe ook suksesvolle coping verhoog en sodoende **psigologiese gesondheid** verbeter (Antonovsky, 1991).

Vervolgens word gefokus op psigologiese gesondheid en persoonlikheidseienskappe wat daaraan verwant is.

2.3 PSIGOLOGIESE GESONDHEID

Wissing en van Eeden (1998) beskou psigologiese gesondheid multi-dimensioneel in terme van fasette van die self wat betrokke is naamlik, spesifieke affektiewe, kognitiewe, gedrags- en interpersoonlike kenmerke. Antonovsky (1987) beskou die sleutelkonstrukte van psigologiese gesondheid as verstaanbaarheid, coping en sinvolheid. Sekuriteit is 'n voorvereiste vir psigologiese gesondheid of koherensiesin (Antonovsky, 1993).

Koherensiesin is 'n globale oriëntasie wat die mate uitdruk waartoe die persoon 'n durende maar dinamiese gevoel ervaar dat stimuli van die interne en eksterne omgewing in die loop van die lewe gestruktureerd, voorspelbaar en verstaanbaar is, dat die eise in werklikheid uitdagings is wat die moeite werd is om energie voor aan te wend, en dat hulpbronne beskikbaar is om met die eise

van die situasie te kan cope (Antonovsky, 1993).

Voorheen is daar meer gefokus op die simptome van psigologies ongesonde persone, maar hierdie ondersoek poog om die verband te vind tussen demografiese aspekte en die psigologiese sterktes van persone. Dit is alles deel van die huidige paradigma wat fokus op die psigologiese gesondheid van persone (Wissing & van Eeden, 1998).

Verskeie faktore dra by tot die psigologiese gesondheid van die individu. Die verband tussen sekere **persoonlikheidsfaktore** en **psigologiese sterktes** /hulpbronne word deur verskeie skrywers vermeld (Taylor & Brown, 1994). Gelso en Fassinger (1992) het sielkundiges gemotiveer om die verband tussen 'n psigologiese gesonde persoon, sy persoonlikheidstrekke, trans-situasionele karaktertrekke en effektiwiteit te ondersoek.

Dit is om verskeie redes belangrik om die verband tussen persoonlikheidstrekke en psigologiese gesondheid te verstaan, naamlik :

- verskeie studies suggereer 'n verband tussen psigologiese hulpbronne, byvoorbeeld sekere persoonlikheidstrekke, en psigologiese gesondheid;
- Terapeute se pogings tot optimalisering van die klient se funksionering, kan benadeel word deur individuele persoonlikheidstrekke;
- Navorsers se studies kan van meer waarde wees as die proefpersone se individuele trekke ook in ag geneem word, aangesien dit 'n definitiewe effek op die uitslag van navorsing het (Lightsey, 1996).

2.3.1 Persoonlikheidsfaktore wat bydra tot psigologiese gesondheid

Lightsey (1996) vermeld die volgende **persoonlikheidseienskappe** wat verband hou met psigologiese gesondheid, naamlik optimisme, gehardheid,

veralgemeende selfeffektiwiteit, positiewe denke, aangenaamheid en gewilligheid, selfvertroue, asook selfaanvaarding en bemagtiging en lokus van kontrole.

2.3.1.1 Optimisme

Optimisme word beskryf as 'n veralgemeende verwagting van positiewe uitkomst. Dit kan dus lei tot probleemhanteringstrategieë wat meer sukses kan meebring en meer positiewe uitkomst het (Scheier & Carver, 1985). So 'n veralgemeende optimisme se oorsprong kan vanuit die persoon self, of vanuit die omgewing wees. Scheier en Carver (1985) het gevind dat positiewe verwagtinge ook 'n groter aanduiding van positiewe uitkomst is indien dit met aktiewe probleemhantering gepaard gaan.

Verskeie studies is al rakende hierdie spesifieke persoonlikheidstrek gedoen en die volgende is gevind:

- Optimisme het 'n sterk, unieke en direkte effek op die uitkoms van die situasie.
- Optimisme korreleer positief met aktiewe coping, doelwitstelling en beplanning, kompleksiteit van coping en pogings om sosiale steun te verkry (Lightsey, 1996).
- Optimisme en positiewe uitkoms het 'n sterk korrelasie met coping asook situasiespesifieke selfeffektiwiteit en aanpassing (Cozzarelli, 1993).

'n Studie het gevind dat optimisme sekere persoonlikheidstrekke kan versterk, byvoorbeeld ekstroversie, en 'n koherensiesin, wat 'n goeie voorspeller vir psigologiese gesondheid is (Korotov & Hannah, 1994). Optimisme word deur verskeie navorsers verbind met koherensiesin (Scheier et al, 1994). Optimisme mag dus 'n baie konstruktiewe bydrae tot die persoon se psigologiese gesondheid maak.

Optimisme blyk verbind te wees met 'n gevoel van welsyn en psigologiese gesondheid (Scheier & Carver, 1992) en word gemeet deur self-rapportering en terugvoer vanuit die omgewing.

2.3.1.2 Gehardheid

Gehardheid word aangevoer as 'n teenvoeter vir stres en 'n bydraende faktor tot psigologiese gesondheid. Gehardheid bestaan uit drie elemente, naamlik:

- *'n Gevoel van beheer oor gebeure.*

Die konstruk van **beheer**, poog om te verklaar waarom situasies nie net plaasvind as gevolg van ander se optrede nie, maar ook as gevolg van die verantwoordelikheid van die betrokke persoon om beheer oor sekere elemente van die situasie te verkry (Kobasa, 1982).

- *'n Verbintenis tot lewensareas.*

Verbintenis verwys na die vermoë om te glo in die waarheid, belangrikheid en waarde van die persoon self, asook die tendens om hom/haar ten volle betrokke te maak by lewenssituasies ten einde 'n spesifieke doel te bereik of sin in die lewe te vind (Kobasa, 1982).

- *Uitdaging*

Uitdaging impliseer dat 'n negatiewe lewenssituasie as 'n geleentheid vir persoonlike groei beskou en aangewend kan word (Kobasa, 1982). Dus sal persone wat stresvolle situasies as betekenisvol beleef, laat voel dat hul beheer oor die situasie kan uitoefen en dat hul hulself kan verbind tot suksesvolle

funksionering in alle areas van funksionering (Kobasa,1979). Persone wat nie oorgevoelig vir sosiale opinie is nie, word nie so maklik siek aan stresverwante siektes nie (Williams et al,1990). Sosiaal geharde persone toon 'n beter hantering van verlies (Campbell et al,1991), 'n hoër lewenskwaliteit (Evans et al,1993) en verhoogde persoonlike aanpassing (Berwick,1992).

Wanneer 'n persoon werklik eg gehard is, behoort hy oor die volgende eienskappe te beskik, naamlik: dapperheid, fassinerende groei en ontwikkeling, 'n kapasiteit om vrees te verduur, assertiwiteit, intimiteit, vermoë om te organiseer en te prioriseer, vertroue, intimiteit en 'n groot mate van individualiteit (Kobasa,1982). So 'n persoon behoort vanuit sy gehardheid minder emosionele en meer bruikbare copingstrategieë te kies wat sy/haar psigologiese gesondheid ook kan verbeter.

2.3.1.3 Veralgemeende selfeffektiwiteit

Veralgemeende selfeffektiwiteit word geassosieer met psigologiese gesondheid en 'n subjektiewe gevoel van lewenstevredenheid (Bandura,1989). Elders word ook verwys na **waargenome (subjektiewe) selfeffektiwiteit**. Dit word gedefinieer as 'n persoon se persepsie van sy eie vermoëns om te organiseer en aksies uit te voer wat nodig is om 'n sekere standaard van funksionering in stand te hou (Bandura,1986). Bandura het dit ook beskryf as 'n persoon se geloof in sy vermoë om die motivering van kognitiewe sterktes en aksies te mobiliseer ten einde beheer oor take of situasies te verkry.

Die gevoel dat 'n persoon met die eise wat aan hom gestel word, kan cope, sal vervat word binne die gevoel van veralgemeende selfeffektiwiteit en is belangrik by psigologiese gesondheid. 'n Sterker gevoel van selfeffektiwiteit kan tot groter deursettingsvermoë lei, selfs in die afwesigheid van voldoende vaardighede

(Cervone,1989). Twee persone met dieselfde vaardighede kan dus baie verskillende mates van sukses beleef as 'n direkte gevolg van hulle vertroue in hulle eie vermoëns.

Positiewe terugvoer sal hulle dan weer motiveer om selfs beter te presteer (Bandura,1986). 'n Persoon wat positiewe terugvoer verkry oor sy/haar prestasies en in sy/haar eie vermoëns glo, sal die sukses kan veralgemeen na sy/haar totale funksionering (Eden & Aviriam,1993). Dit word bevestig deur die stelling van Bandura (1989) dat, sodra 'n persoon 'n waargenome selfeffektiwiteit ontwikkel het, hy/sy dit sal veralgemeen na sy/haar totale funksionering.

Persone met 'n hoë selfesteem en **waargenome selfeffektiwiteit**, genereer meer positiewe denke en het beter response met betrekking tot stressors (Lightsey, 1996). 'n Persoon met 'n negatiewe selfesteem, is meer geneig om negatiewe terugvoer uit sy/haar omgewing oor 'n spesifieke aspek te veralgemeen na sy/haar totale funksionering (Smith en Petty,1995). Veralgemeende selfeffektiwiteit kan dus lei tot verbeterde coping 'n verhoogde psigologiese gesondheid (Lightsey,1996). Bandura (1986) is van mening dat so 'n persoon vyf unieke eienskappe het, naamlik, **simbolisering, leergierigheid, antisipasie, selfregulering en self-refleksie**. Indien 'n persoon hierdie vyf eienskappe benut, sal hy/sy waarskynlik op die volgende vier wyses na 'n hoër vlak van veralgemeende selfeffektiwiteit beweeg:

- deur werklik iets suksesvol te voltooi (**prestasielawen**);
- deur **rolmodellering**;
- deur **verbale bevestiging** en oorreding van vermoëns en
- deur **psigososiale status** te bereik.

Met ander woorde, hoe meer sukses 'n persoon in sy eie opinie bereik, hoe meer positiewe terugvoer 'n persoon van betekenisvolle ander persone kry, en hoe meer 'n persoon sien hoe ander persone take suksesvol voltooi, hoe beter sal die persoon se persepsie van sy/haar eie selfeffektiwiteit wees (Bandura, 1986).

2.3.1.4 Positiewe denke

Ingram en Wisnicki (1988) beskryf positiewe denke as 'n belangrike element van psigologiese gesondheid. Beck het reeds in 1967 gevind dat negatiewe gedagtepatrone 'n groot rol in die toename en instandhouding van depressie speel. Die kognitiewe terapie wat as direkte gevolg daarvan ontwikkel is, is juis daarop gerig om negatiewe denke en idees te korrigeer en te herkonstrueer, aangesien positiewe denke die basis vir positiewe integrasie van die persoon in die gemeenskap kan wees, asook tot positiewe persoonlikheids groei en ontwikkeling kan lei (Beck, 1967).

Anders as met depressiewe persone, sal gesonde persone meer neig na **positiewe stimuli** as na **negatiewe stimuli**, wat dus sal help met positiewe doelbereiking, verbeterde selfpersepsie en veralgemeende selfeffektiwiteit (Crowson & Cromwell, 1995). Navorsing het aangetoon dat hoe minder negatiewe denke is, hoe hoër is die voorkoms van selfeffektiwiteit en funksionering (Glass *et al*, 1995). So 'n persoon sal ook meer positiewe terugvoer uit sy/haar omgewing verkry, wat versterkend op hom/haar sal inwerk en psigologiese funksionering en gesondheid sal verhoog (McClain & Abramson, 1995).

Die balans tussen positiewe en negatiewe denke is egter van groter belang by psigologiese gesondheid as net positiewe of negatiewe denke opsigself.

Verskeie studies vermeld dat die **positief-negatiewe balans** verander kan word en dat so 'n verandering 'n positiewe effek op 'n persoon se funksionering en psigologiese gesondheid kan hê (Bruch *et al*, 1991).

2.3.1.5 Aangenaamheid en gewilligheid

Positiewe persoonlikheidsdimensies, soos aangenaamheid en gewilligheid word direk verbind met psigologiese gesondheid en 'n algehele gevoel van welsyn (MacCrae, 1989).

2.3.1.6 Selfvertroue

Selfvertroue en energie word beskou as 'n strewe en is verwant aan psigologiese gesondheid en 'n gevoel van algemene welsyn (Diener & Fujita, 1995). Persone wat in die oggend meer energie het, blyk ook meer positief en vol selfvertroue te wees deur die loop van die dag, terwyl "aand-persone" meer pessimisties van aard is. Dit blyk verbind te wees met energievlakke en denkpatrone (Thayer, 1987) en (Levy, 1985).

2.3.1.7 Selfaanvaarding en bemagtiging

Die bovermelde persoonlikheidstrekke is verwant aan geluk en blyk oor kulture heen te dui op 'n subjektiewe gevoel van welsyn en psigologiese gesondheid (Ryff, 1989). Sekere studies dui daarop dat 'n persoon wat hom-/haarself bemagtig, meer selfvertroue het, beter terugvoer uit sy/haar omgewing verkry en meer positief dink (Lightsey, 1996). So 'n persoon se selfaanvaarding behoort ook te verhoog.

Scheier et al (1994) beweer dat bemagtiging (die verwagting dat 'n persoon beheer oor die situasie kan uitoefen) tot 'n sterk positiewe verwagting vir die toekoms lei asook tot 'n sin vir verantwoordelikheid om aktief op te tree om die positiewe uitkoms te motiveer.

2.3.1.8 Lokus van kontrole

Interne-eksterne (I E) idees/oortuigings word veralgemeende verwagtinge wat die individuele verskille tussen individue reflekteer, in die mate waartoe hulle onafhanklikheid van ander in hul gedrag bewerkstellig het (Strickland, 1989). 'n Persoon wat glo dat sy/haar gedrag in 'n bepaalde situasie toepaslik is, en in ooreenstemming met bepaalde karaktertrekke van hom/haarself, het **innerlike lokus van kontrole**, en sal nie sy/haar gedrag deur ander persone laat bepaal nie (Rotter, 1966). Lightsey (1996) suggereer dat lokus van kontrole 'n effek op 'n persoon se psigologiese gesondheid kan hê deurdat 'n persoon streef na optimale funksionering van sy psigologiese sterktes (ook **ego-kragte** genoem). Daardeur vorm hy sy leefwêreld en word hy/sy gevorm deur sy/haar leefwêreld.

Die persoon se persepsie van die oorsprong van die kontrole kan tot negatiewe uitkomstes lei wanneer 'n persoon glo dat kontrole onmoontlik is (Tennan & Affleck, 1987). Wanneer 'n persoon glo dat hy/sy kontrole of beheer oor 'n situasie kan uitoefen verlaag sy/haar spanning (Jerusalem, 1993).

Aspekte wat **lokus van kontrole** beïnvloed is onder andere:

– **Internalisering as 'n refleksie van die objektiewe situasie.**

Die suggestie is dat **eksterne lokus van kontrole** sterk na vore sal kom wanneer 'n persoon objektief en realisties glo dat hy/sy geen beheer oor sy/haar

omstandighede het nie, aangesien dit deur faktore buite hom-/haarself beheer word (Norwici & Duke, 1983).

– **Internalisering en kultuur.**

Sosiale stand, etniese groep, beroep van ouers en eie sosiale stand het ook 'n effek op 'n persoon se lokus van kontrole. In sekere kulture glo die persone dat sekere hulpbronne buite hul bereik is en dus beïnvloed dit hul lokus van kontrole. Sulke persone sal maklik binne groepverband meer interne lokus van kontrole beoefen, aangesien daar nie sterk straf of beloning vanuit die omgewing kom nie (Lefcourt, 1983). Verder kan toegang tot sosiale mag en die teenwoordigheid van sosiale grense ook 'n effek hê op die lokus van kontrole wat grotendeels deur 'n persoon of 'n individu binne 'n sterk gebonde kultuurgroep beoefen word (Phares, 1976). Dit is die konsep van die belangrike/betekenisvolle ander.

Verskeie navorsers dui aan dat kinders sekere oriëntasies aanleer van belangrike ander persone, byvoorbeeld hul ouers. Kinders internaliseer soms karaktertrekke en gewoontes, byvoorbeeld vertrouwe, konsekwensie, versorging en outonomie deur hul ouers as rolmodelle te gebruik (Norwici & Duke, 1983). Dus modeleer die ouers sekere gedrag aan hul kinders wat dit aanvanklik aanleer deur 'n eksterne lokus van kontrole te benut. Later internaliseer hul die bogenoemde gedrag en benut dan interne lokus van kontrole.

– **Verantwoordelikheid teenoor verdedigende internalisering van aangeleerde hulpeloosheid .**

Die vraag bestaan steeds, watter copingstrategie die hoogste vorm van lewenssatisfaksie en psigologiese gesondheid motiveer? Twee aspekte is belangrik. Eerstens word gefokus op 'n ***sin vir verantwoordelikheid teenoor self-regverdiging*** (Mirowsky & Ross, 1990). Die persoon met 'n realistiese sin vir verantwoordelikheid sal krediet neem vir sy sukses en verantwoordelikheid neem vir sy foute. Dit kan egter gebeur dat 'n persoon onrealisties is en slegs vir positiewe uitkomst krediet neem, en vir negatiewe uitkomst die blaam verplaas of projekteer deur middel van selfregverdiging. Die persone sal waarskynlik 'n gemiddelde interne-eksterne lokus van kontrole hê (Mirowsky & Ross, 1990).

Tweedens sal 'n persoon met hoë ***aangeleerde hulpeloosheid*** 'n lae lokus van kontrole hê, aangesien aangeleerde hulpeloosheid impliseer dat 'n persoon glo dat hy/sy geen effek kan uitoefen op sy/haar omstandighede nie en dus geen motivering het om aktiewe copingstrategieë te benut nie. So 'n individu sal geen verantwoordelikheid neem vir negatiewe uitkomst nie en terugval op selfregverdiging (Lefcourt, 1976).

'n Interessante verskynsel spruit voort uit die aspekte ***anomie en sosiale struktuur***, waar 'n persoon wat in 'n kultuur/ huis opgroei waar hy/sy minderwaardig voel, sekere aanpassings maak om met die situasie te cope. Merton het reeds in 1957 voorspel dat een van twee aanpassings gewoonlik gemaak word. Eerstens kan so 'n persoon 'n "***self-blameerder***" word wat op defensiewe wyse interne lokus van kontrole benut, deurdat hy/sy blaam neem vir negatiewe uitkomst maar geen krediet neem vir positiewe uitkomst nie (Merton, 1957).

Tweedens kan so 'n persoon 'n "self-regverdiger" word wat steeds doelwitte bereik deur passiewe eksterne lokus van kontrole te benut en byna fatalisties te wees in sy/haar optrede en denke. Geen verantwoordelikheid word in enige van die gevalle geneem nie (Merton,1957). Die vraag wie van die persone psigologies meer gesond sal wees, bly steeds onbeantwoord. Sekere eksterne en ander faktore dra ook by tot psigologiese gesondheid en word vervolgens bespreek.

2.3.2 Eksterne faktore wat bydra tot psigologiese gesondheid.

2.3.2.1 Sosiale steunstelsels

Steunstelsels word beskou as faktore wat 'n persoon se psigologiese gesondheid en psigologiese sterktes beïnvloed. Negatiewe gebeure in die omgewing het 'n negatiewe effek op 'n persoon se emosies en positiewe gebeure het weer 'n positiewe effek op emosies, maar steunstelsels in die omgewing blyk positiewe affek te versterk en dus 'n impak te hê op die persoon se subjektiewe gevoel van welsyn (Lightsey ,1996).

2.3.3 Ander faktore

2.3.3.1 Biologiese beloningstelsel

Die biologiese beloningsstelsel omvat positiewe gedagtes, oortuigings en persepsies, skemata en affek en werk positief in op 'n persoon se gevoel van welsyn en sy/haar psigologiese gesondheid (Lightsey,1996).

2.3.3.2 Skadevermydingstelsel

Die skadevermydingstelsel omvat negatiewe gedagtes, idees/oortuigings en persepsies en affek, en werk negatief in op 'n persoon se psigologiese gesondheid en gevoel van welsyn (Lightsey, 1996).

2.3.3.3 Subjektiewe welsyn/geluk

Geluk kan gedefinieer word in terme van die mate waartoe 'n persoon positiewe affek beleef en ervaar dat sy ideale bereik is (Veenhoven, 1984). Diener et al. (1985) is van mening dat geluk in terme van die kognitiewe en affektiewe gedefinieer kan word. Dus kan enige persoon geluk beleef indien hul kognitiewe en affektiewe definisies positief is. 'n Ander benoeming vir geluk is **subjektiewe welsyn**. Lewenstevredenheid en lewenskwaliteit hang dus nou saam met 'n persoon se subjektiewe evaluering van die mate waartoe sy behoeftes, doelwitte en wense vervul is. Die gaping tussen wat 'n persoon wil hê en wat hy/sy het, kan tot lewensontevredenheid en ongelukkigheid lei, wat weer 'n effek op lewenskwaliteit het (Lazarus, 1991).

'n **Lewenstevredenheid** is die belangrikste aspek van geluk/subjektiewe welsyn, aangesien die effek van lewenstevredenheid bepaal word deur die persoon se beoordeling daarvan. Sodra die negatiewe of positiewe oordeel gemaak is, sal die persoon se emosies sy kognitiewe evaluasie beïnvloed, en omgekeerd (Lazarus, 1991).

Aristoteles (in Lightsey, 1996) het geluk beskryf as 'n staat van kragtigheid waar 'n persoon sy finale doel bereik het. Die gebruik van rede om emosie te beheer, lei tot deugde soos krag, waagmoed, dapperheid, en sukses wat weer lei tot 'n gevoel van geluk (Reese, 1980).

Mense met 'n hoë gevoel van subjektiewe welsyn/geluk, het 'n globale positiewe persepsie en versamel positiewe belewenisse. Subjektiewe welsyn is dus 'n oorsaak en gevolg van fisiese gesondheid, psigologiese gesondheid en konstruktiewe copingstrategieë (Feist, Bodner, Jacobs & Tan ,1995).

2.4 SLOTSOM

Die copingstrategieë wat fokus op die hantering van 'n probleem, blyk 'n konstruktiewe effek te hê op die persoon se funksionering. Die uitbou van die positiewe strategieë en ander sterktes van die persoon, sal sy psigologiese gesondheid bevorder, aangesien dit die persoon laat voel dat daar interne bronne is wat hom/haar kan help om met die eise van die situasie te cope.

Die navorser is van mening dat die bemagtiging weer direk inwerk op die persoon se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit. Daar sal vervolgens aandag gegee word aan lewenskwaliteit en die verband tussen coping, psigologiese gesondheid, lewenskwaliteit en geweld.

HOOFSTUK 3

LEWENSKWALITEIT EN GEWELD

3.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die konstruksie van coping en psigologiese gesondheid volledig bespreek. Aangesien die studie op hierdie aspekte asook die *lewenskwaliteit* van persone in *geweldgeteisterde gebiede* fokus, sal vervolgens aandag geskenk word aan die twee aspekte.

Geweld het 'n wye impak op die totale funksionering van die mens, hetsy individueel, in groepe of in die gemeenskap. Die copingstrategieë wat die slagoffer van geweld aanwend, kan 'n uitwerking hê op sy psigologiese gesondheid en lewenstevredenheid. Verskeie skrywers is van mening dat die mens in verskeie areas lewenskwaliteit moet beleef en die navorser sal aandui hoe geweld hierdie areas van funksionering en die totale lewenskwaliteit van die slagoffer kan beïnvloed.

3.2 LEWENSKWALITEIT EN LEWENSTEVREDENHEID.

In 'n empiriese studie wat met vroue van verskillende opvoedingsvlakke, inkomstegroepe, werksomstandighede, ouderdom en huwelikstatus gedoen is, is aangetoon dat lewenskwaliteit en tevredenheid met lewensomstandighede twee beduidend verskillende faktore is (Nienaber et al, 1999).

Lewenskwaliteit dui op 'n persoon se subjektiewe evaluasie van die mate waarin sy/haar diepste behoeftes, doelwitte, en wense vervul is (Frisch, 1994). Dus bepaal die gaping tussen wat 'n persoon het, en wat hy/sy wil hê, die

tevredeheid met sy/haar lewensomstandighede. 'n Persoon sal meer tevrede wees wanneer hy/sy dink dat sy/haar behoeftes vervul is, en minder tevrede wanneer hy/sy dink dat sy/haar behoeftes onvervuld gebly het (Diener et al, 1985). Lewenskwaliteit word ook gedefinieer as "die mate van welstand wat ondervind word deur individue of groepe mense onder heersende sosiale, persoonlike en ekonomiese toestande (Möller, Schlemmer & du Toit, 1987).

Drie verskillende benaderings word gevolg om lewenskwaliteit te definieer (Möller et al, 1987; Diener & Suh, 1997), naamlik:

- Sosiale faktore, byvoorbeeld gesondheid, voorkoms van geweld en voorkoms van siekte.
- Subjektiewe meting van welstand, byvoorbeeld 'n persoon se reaksie op sy/haar lewe en gemeenskap, en
- ekonomiese indikatore, byvoorbeeld inkomste.

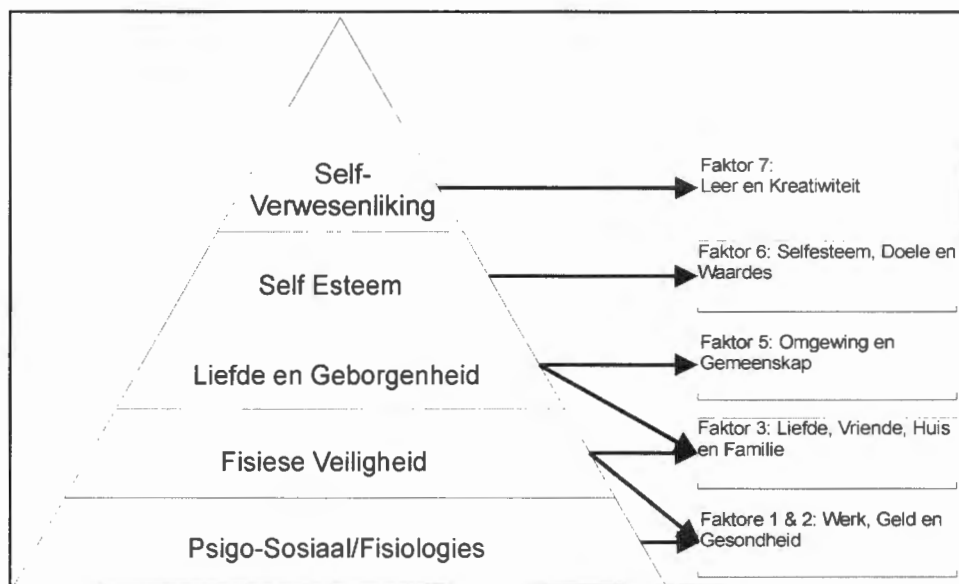
Lewenskwaliteit kan dus beskou word as 'n komplekse, multi-faset konstruk wat uit verskeie hoeke beskou kan word (Diener & Suh, 1997). Daarteenoor dui lewenstevredenheid op 'n persoon se globale tevredeheid met sy lewe (Diener et al, 1985). **Lewenstevredenheid** gee 'n indikasie van die persoon se vergelyking tussen lewensomstandighede en sy/haar eie standaard (Pavot & Diener, 1993). Aangesien lewenstevredenheid dus verbind is met subjektiewe persepsies, word daar vir die doel van hierdie studie gefokus op lewenskwaliteit soos gedefinieer deur Frisch (1994).

Die persepsie van **lewenskwaliteit** is verbind met die balans tussen behoeftes en die vervulling daarvan (Frisch, 1994) wat bevestig word deur Maslow se hiërgie van behoeftes (Westen, 1996). Maslow (1954) het gevind dat die mens se mees basiese behoeftes wentel om fisiese en psigiese oorlewing (Sien figuur 3.1).

In die **hiërargie van behoeftes** meen hy dat 'n individu nie geheel vervul kan wees in enige behoefte op 'n hoër orde-vlak alvorens die laer elementêre behoeftes nie vervul is nie. Hy stel voor dat **behoeftevervulling** in die eerste vlak, 'n persoon ontwikkel en gereed maak vir die hoër vlakke van behoeftevervulling. Verder meen hy dat 'n persoon wie se basiese behoeftes vervul is, baie beter toegerus is vir die eise van die volgende vlak se behoeftevervulling. Behoeftebevrediging in laer vlakke is ook 'n motivering vir individue om hulle eie potensiaal te bereik en kapasiteit uit te bou.

Maslow se behoefte hiërargie

Faktorontleding van Frisch se Velde van lewenskwaliteit



Figuur 3.1: Hiërargie van behoeftes en lewenskwaliteit:

(NIENABER, A. W. DE JAGER, V. OOSTHUIZEN, T. & WISSING, M.P., 1999)

In hierdie model is verbande aangetoon tussen Maslow (1954) se behoefte hiërargie en 'n faktorontleding van Frisch (1994) se velde van lewenskwaliteitbeleving soos bepaal in die studie van Nienaber et al (1999).

Jenkins (1992) dui aan dat die ses mees basiese behoeftes van derdewêreld mense die volgende is: kos, water, behuising, gesondheid, opleiding en werk. Mallard, Lance en Michalos (1997) verwys na drie modelle wat die verhouding tussen globale lewenstevredenheid en 'n **faset lewenstevredenheid** beskryf. Die "*bottom-up*" (BU) model beskryf dat verskillende fasette lei tot globale lewenstevredenheid, terwyl die "*top-down*" (TD) model beskryf dat **globale lewenstevredenheid** lei tot tevredenheid in verskillende fasette van die mens se lewe. Die "*Bi-directional*" (BD) model meld dat beide bogenoemde modelle tegelyk teenwoordig kan wees. Möller (1998) meen dat beide die BU en TD modelle op Suid-Afrikaners van toepassing is.

Frisch (1994) verduidelik dat 'n persoon se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit afhang van hul tevredenheid met die areas in hul lewe wat hulle as belangrik beskou. 'n Persoon se tevredenheid met die area in sy lewe word in die lig van vier komponente gedefinieer,

- die objektiewe karaktertrekke van die area,
- hoe die persoon die area beleef en beskou,
- die persoon se vervulling in die area, gebaseer op die toepassing van standarde van vervulling en doelbereiking en,
- die waarde wat die persoon heg aan die area rakende sy eie geluk en welsyn.

Die areas wat as belangrik beskou word vir ervaring van lewenstevredenheid het 'n groter effek op lewenskwaliteit as areas wat as minder belangrik bekou word.

Die vier komponente word aangewend om 'n persoon se lewensvrede en geluk te verhoog.

Die komponente beskryf die CASIO- model:

- Changing circumstances - veranderende omstandighede
- Changing attitudes - veranderende gesindhede
- Changing goals and standards - veranderende doelwitte en standaarde
- Changing priorities of what's important - veranderende prioriteite
- Boosting satisfaction in other areas - verhoog tevredenheid in ander areas.

Hierdie model kan ook toegepas word op spesifieke areas wat lewenskwaliteit beïnvloed (Frisch, 1994).

FAKTORE WAT LEWENSKWALITEIT BEÏNVLOED.

Frisch (1994) het die volgende faktore identifiseer wat lewenskwaliteit kan beïnvloed naamlik:

3.2.1 GESONDHEID.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie het in 1984 gesondheid gedefinieer as 'n staat van totale fisiese, psigiese en sosiale welsyn, nie net die afwesigheid van siekte of gebrek nie. Gesondheid en lewenskwaliteit beïnvloed mekaar wedersyds. Spiegel (in Ventogodt, 1998) het studies op kankerpatiënte gedoen waardeur hy aangetoon het hoedat kognitiewe herstrukturering, visualisering en **psigoneurologiese tegnieke** pasiënte se gesondheid en lewenskwaliteit kan verbeter. Om iemand se lewenskwaliteit deur opvoeding te verhoog, kan sy gesondheid verbeter. Voorheen was dit moeilik om aan te toon hoe verhoogde lewenskwaliteit 'n persoon se gesondheid kan verbeter, maar dit is nou moontlik

om lewenskwaliteit kwalitatief en kwantitatief te meet. Daar kan dus gemeet word hoe 'n persoon se lewenskwaliteit voor en na 'n intervensie is, en dit word dan vergelyk met hoe 'n persoon se gesondheid voor en na intervensie is (Ventogodt, 1996).

Ventogodt (1996) het 'n model ontwerp waarvolgens persone se mediese status in 'n mate verbeter kan word deur hul lewenskwaliteit te verhoog. Volgens die model beleef 'n persoon trauma nie werklik net in die brein (kognitief) nie, maar in die totale organisme. Die **biologiese sisteem** hou rekord van die genetiese sisteem, wat die orde van selle in die liggaam van die organisme bepaal. Dit struktureer ook die persoon se bewuste ervarings en gee 'n "qualia" / persepsie van gevoel. Op die wyse oorbrug die biologiese **informasiesisteem** die bewuste en die orde van selle in die organisme. Die brug is die rede waarom lae lewenskwaliteit 'n persoon se gesondheid kan benadeel.

Negatiewe idees en persepsies het hul oorsprong in traumatiese ervarings in 'n persoon se verlede. Die persoon probeer van die negatiewe belewenis ontsnap deur leuens en ontkenning. Hy/sy integreer dus nie die gebeure nie en neem geen verantwoordelikheid vir die hantering van die emosies en ander gevolge nie. Die uiteinde is dat die persoon se vlak van verantwoordelikheid vervaag en dit 'n gedisintegreerde struktuur van valse gelowe, vooroordele en negatiewe emosies agterlaat.

'n **Innerlike konflik** ontstaan wanneer persoonlike waardes (geld, status, lewenswyse) in paradoks staan teenoor natuurlike waardes (liefde, vriendskap, seks, persoonlike ontwikkeling en kreatiwiteit). Hierdie innerlike konflikte versteur die persoon se gesondheid en verlaag lewenskwaliteit. Die situasie affekteer die hele organisme en manifesteer ook in die informasiesisteem van die organisme.

Sekere areas in die liggaam raak dan geblokkeer en die persoon is nie teenwoordig in daardie area van funksionering nie. Die areas is die plekke waar die persoon se gesondheid eerste begin agteruit gaan. Eers wanneer daar 'n spesifieke gedeelte verswak het, sal 'n geneesheer 'n siekte kan diagnoseer (Ventogodt, 1996).

Verskeie siektes se progressie sou verhoed kon word of die pas verdraag kon word, indien daar vroër aandag aan die oorsaak van die siekte gegee was. Dit wil voorkom asof dit die **gebrek aan bewustheid** van die versteurde informasiesisteen in die organisme is, wat die selle laat groei en verdeel. Hierdie selle begin dan afsonderlik van die res van die liggaam ontwikkel en veroorsaak siektes byvoorbeeld kanker, sklerose, artritis, diabetes, demensia en velsiektes (Ventogodt, 1996).

Siekte kan dus geïdentifiseer word as 'n stel houdings teenoor die lewe asook 'n aantal lewenservarings wat onvoltooid is. Die liggaam ly onder die verlies aan versorging en bewustheid deur die persoon. Die metode wat Ventogodt (1996) beskryf om hierdie situasie te herstel, is om die pasiënt te motiveer om sy/haar **destruktiwe houdings, persepsies en vooroordele** te verander. Dit moet vervang word met konstruktiewe, bevestigende en positiewe lewensbeskouings.

In Suid-Afrika is gesondheidsorg ontoereikend en het dit 'n negatiewe effek op die gesondheid en lewenstevredenheid van Suid-Afrikaners, met spesifieke verwysing na swart mense, wat as gevolg van **verstedeliking en behuisingsnood in plakkerskampe** onder baie **onhigiëniese omstandighede** moet leef. In hierdie gebiede is sanitêre geriewe en lopende water beperk wat 'n noodwendige effek op gesondheid en lewenskwaliteit het (Du Toit, 1997).

3.2.2 FINANSIËLE STATUS EN WERKSOMSTANDIGHEDE

In die studie van Nienaber et al, (1999) is aangetoon dat die **finansiële status** van die vroue die belangrikste rol gespeel het in hul persepsie van hul lewenskwaliteit en hul psigologiese gesondheid. In kontras met die laasgenoemde studie het Ventogodt (1996) met 'n studie in Denemarke bevind dat materiële welstand en rykdom nie oorsaaklik is vir lewenskwaliteit en geluk nie. Hy het bevind dat 'n mens se verhouding met jouself en jou omgewing van veel groter belang is. Twee duisend vyf honderd Dene is gevra om hul jaarlikse inkomste en **kwaliteit van werkstevredenheid** te notuleer. Die studie het aangetoon dat daar nie 'n verskil in lewenskwaliteit was tussen die verskillende inkomstegroepe nie. Die heel hoogste inkomstegroep het egter hoër lewenskwaliteit getoon.

Lewenskwaliteit, met spesifieke verwysing na die **werksomgewing**, is hoër by diegene wat hul werk as interessant beskou en laer by diegene wat hul werk as vervelig beskou. Dit blyk egter uit dieselfde navorsing dat om 'n werk te hê nie 'n voorvereiste is vir goeie lewenskwaliteit nie. Navorsing gedoen op 'n groep in Denemarke het getoon dat die Dene wat werk gehad het, maar ongelukkig was by die werk, se lewenskwaliteit laer was as die werklose Dene. Daarteenoor het 55% van die werklose Dene aangetoon dat hulle gelukkig tot baie gelukkig was, terwyl 66% van die Dene wat werk gehad het aangedui het, dat hulle minder gelukkig is (Ventogodt, 1998).

Ventogodt (1996) meld ook dat 'n persoon se gevoel van waarde verbind is aan lewensstevredenheid. Omdat 'n mens die grootste deel van jou dag en lewe by die werk bestee, is hy van mening dat 'n persoon se gesondheid en tevredenheid afhang van sy/haar vermoë om hom-/haarself te ontwikkel en sy/haar persoonlikheid uit te leef in sy/haar werk.

Volgens die genoemde outeur is daar vier aspekte wat 'n persoon moet baasraak om sy werkstevredenheid te verhoog, naamlik om lewenskwaliteit in sy/haar persoonlike lewe te ervaar, om vaardighede so aan te wend dat die persoon sy/haar werk kan bemeester, om sin en goeie verhoudinge met die gemeenskap en werksomgewing te ontwikkel en laastens om die persoon se omgewing en kliëntediens te verbeter. In Suid-Afrika veroorsaak die ongewone hoë geboortesifer, instroming van onwettige immigrante en gebrek aan buitelandse beleggings, 'n werkloosheidprobleem wat 'n negatiewe effek op Suid-Afrikaners se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit het (Du Toit,1997).

3.2.3 SELF-WAARDE, DOELWITTE EN NORME.

In Suid-Afrika kom verskeie **maatskaplike wantoestande** voor wat mense se lewenskwaliteit en lewenstevredenheid negatief beïnvloed. Onder hierdie toestande tel 'n gebrek aan selfwaarde weens werkloosheid en armoede, 'n lae selfesteem as gevolg van blootstelling aan geweld en ander gedrag soos alkohol- en dwelmmiddelmisbruik, weiering om skool te gaan, verkragting, kindermolestering en gesinsgeweld. Mense in die gemeenskappe beleef 'n algehele gevoel van wanhoop, fatalisme (gebrek aan toekomsvisie en toekomsverwagting) en deprivasie (Du Toit,1997).

3.2.4 OPVOEDING, ONTWIKKELING, ONTSPANNING EN KREATIWITEIT

Ross en Van Willigen (1997) dui aan dat opvoeding op twee wyses lewenskwaliteit kan verbeter naamlik, dat opvoeding :

- lei tot verbeterde werk en ekonomiese omstandighede wat **persoonlike beheer** verhoog,
- huweliks- en gesinsomstandighede verbeter, wat weer **sosiale steun** verhoog.

Die mens is geskape om sy talente en vermoëns te ontwikkel en aan te wend tot voordeel van homself en sy gemeenskap en dit gee sin en betekenis aan sy lewe. Navorsing het aangetoon dat 'n persoon wat bruikbaar voel, ook gelukkig voel. 'n Persoon wat voel of hy/sy 'n sinvolle bydrae lewer tot die wêreld, rapporteer hoër **lewenstevredenheid** (Ventogodt, 1996). Nienaber *et al.* (1999) het bevind dat opvoedingsvlakke, inkomstegroepe, werksomstandighede, ouderdom en huwelikstatus, hoog korreleer met lewenskwaliteit en psigologiese gesondheid.

In Suid-Afrika is ontspanningsgeriewe en **opvoedingsfasiliteite** in sekere gebiede onvoldoende as gevolg van armoede en behuising in plakkerskampe. Dit bring mee dat kinders wat in hierdie gebiede grootword milieu-gestremd is en dat hul kreatiwiteit ingeperk word (Du Toit, 1997). Hierdie aspekte het 'n effek op hul lewenskwaliteit asook hul motivering om nuwe geleenthede te benut (Kiire, 1992).

Wanneer 'n persoon se basiese behoeftes vir byvoorbeeld veiligheid en versorging, onervuld bly, is hul nie inherent gemotiveerd om by ontwikkeling en opleiding betrokke te raak nie. Om die rede, is dit van belang dat persone in sulke omstandighede allereers gemotiveer word om te bepaal watter behoeftes hul werklik het, buiten die basiese behoeftes.

Die idee om mense voor die aanvang van opleiding te motiveer poog om te verhoed dat hierdie persone begin met 'n ontwikkelingsopleiding en dan net verdwyn sodra hul besef dat daar nie aan hul basiese behoeftes aandag gegee word nie (Knowles, 1980). Dit is veral om die bogenoemde rede dat die aanbidding van lewensvaardigheidsprogramme in agtergeblewe gebiede hoë prioriteit geniet in die huidige beplanningsmodel van die Maatskaplike Dienste.

3.2.5 LIEFDE, VRIENDSKAP, KINDERS EN FAMILIE

Oorbewoning van gesinsbehuising in Suid-Afrika kan aanleiding gee tot gesinsonstabiliteit en disorganisasie, deurdat daar 'n gebrek aan privaatruimte vir gesinslede is. Ouers en kinders slaap in een vertrek en intimiteit tussen die ouers word ten aanskoue van kinders beoefen. Dit veroorsaak allerlei maatskaplike probleme, byvoorbeeld seksuele disfunksie by kinders, kindermolestering, konflik tussen gesinslede, ensovoort wat tot **gesinsdisintegrasi**e kan lei (Du Toit, 1997).

3.2.6 BEHUISING, WOONBUURT EN GEMEENSAP

Volgens Maslow (1970) (in Westen, 1996) is sekere behoeftes van die mens baie eisend, aangesien dit verband hou met die basiese behoefte om te oorleef. Hierdie behoeftes rig 'n persoon se gedrag. Dit blyk dat die psigologiese en veiligheidsbehoefte die sterkste na vore tree en die mens se lewens-tevredenheid en -kwaliteit bepaal. 'n Studie wat op 89 plattelandse vroue in Zimbabwe gedoen is, het aangetoon dat hul **basiese behoeftes** kos, water, vuurmaakhout, behuising, landbou-implemente, en geld was. Van die vroue het 46% gemeld dat behuising vir hulle probleme skep, aangesien hul nie genoeg vertrekke het om aan die gesin se behoeftes te voldoen nie. Die vroue in die studie het ook nie die geld gehad om behuising te bekostig nie en het nie die kennis of vaardighede gehad om self hul behuising te verbeter nie (Kiire, 1992).

In Suid-Afrika, en veral onder die respondente wat aan die navorsing deelgeneem het, is behuising en omgewing 'n probleem, deurdat plakkerskampe as gevolg van armoede, gekenmerk word deur oorbewoning, onhigiëniese toestande en gebrek aan **leefruimte en waarneembare bestaansmiddele** (Du Toit, 1997). Uit die bogenoemde inligting is dit duidelik dat die mens se

lewenskwaliteit bepaal word deur tevredenheid op verskillende lewensterreine. Fisiese veiligheid, vertrouwe in jou medemens en emosionele sekuriteit is belangrike faktore by bepaling van lewenskwaliteit. **Geweld** verhoed egter die vervulling van hierdie behoeftes en het verskeie negatiewe effekte op die lewenstevredenheid en kwaliteit van die mens. Vervolgens sal die geweld en die oorsake en effek daarvan op die mens bespreek word.

3.3 GEWELD

Menslike geweld is met ons sedert die ontstaan van die mens en die oorsaak daarvan lê in interaksie tussen mense (McKendrick & Hoffmann, 1990). Volgens Lauer (1989) impliseer geweld die gebruik van krag of mag om ander te skaad, seer te maak of selfs te misbruik. Dit kan ook die **gevangenhouding of dwang** van iemand beteken. Dit is egter nie absoluut om so 'n definisie te verskaf nie, aangesien sosioloë en kriminoloë dit eens is dat geweld 'n sosiale konstruksie is. Dit wat in een kultuur as geweld beskou word, is soms in 'n ander kultuur meer aanvaarbaar. Dade wat in een kultuur as onwettig beskou word, is soms in 'n ander kultuur wettig en selfs bewonderenswaardig, met verwysing na sekere rituele in bepaalde kulture en gelowe.

Walter (1969) en Freemann (1971) het geweld gedefinieer as **destruktiwe beskadiging**, insluitende fisiese en psigiese daade wat skade doen. Dit sluit ook die nalating om te beskerm in. Walter (1969) definieer nalatigheid in hierdie verband as die onvermoë om gewone sorg en beskerming te bied. Geweld is 'n sosiale **omgewingsdeterminant** wat op verskeie maniere die coping, psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit van die mens beïnvloed, deurdat dit die mens se vertrouwe in ander skaad en die mens van sekuriteit ontnem. Dit beseer en vernietig, kweek vrees, kompliseer verhoudings, dehumaniseer, isoleer, veroorsaak sielkundige verwarring, lei tot morele verval, en geweld

kweek geweld (McKendrick & Hoffmann, 1990). Verskeie skrywers en kenners meen dat Suid-Afrika tans 'n geweldgeteisterde land is en glo dat die gevolge van geweld in Suid-Afrika vir 'n baie lang tydperk nog 'n effek op die samelewing se psigologiese gesondheid en funksionering gaan hê (Du Plessis, 1996).

Volgens die SAPD se maandelikse bulletin insake **gerapporteerde misdaad** in Suid-Afrika, is die volgende misdade steeds aan die toeneem, naamlik lewensbedreigende menseroof, motorkaping, kaping van transitovoertuie, aanranding met die doel om ernstig te beseer, vandalisme en kwaadwillige beskadiging van eiendom, huisinbrake, onwettige besit van vuurwapens en algemene diefstal. In die volgende tabel word die maande Januarie tot April van elke jaar (1999 - 2000) se ratio misdaad per 100 000 mense met mekaar vergelyk.

Vergelyking van misdaad ratios per 100 000 persone.

Jan 1999-April 1999	Jan 2000 - April 2000	Misdaad	Toename ✓ Afname X
18.4	15.1	Moord	X van 3.3
70.9	74.8	Gewapende roof	✓ van 3.9
38.4	40.9	Verkragting	✓ van 2.5
171.3	199	Ernstige aanranding	✓ van 27.7
223.8	230	Huisbraak	✓ van 6.2
52.1	60.7	Menseroof	✓ van 8.6
99.8	102.7	Vandalisme	✓ van 2.9

Suid-Afrika het inderdaad 'n **geweldskultuur** ontwikkel wat op alle vlakke van funksionering waarneembaar geword het (Shurinck, 1992).

Aangesien geweld nie noodwendig gaan afneem nie, en ons geen beheer oor die eksterne omgewing het nie, is dit dus van kardinale belang dat die gemeenskap toegerus word met copingvaardighede en -strategieë om hul eie psigologiese gesondheid te bevorder en lewenskwaliteit te verhoog.

Daar word onderskei tussen **interpersoonlike en intergroepgeweld**. Interpersoonlike geweld geskied gewoonlik waar mense bekend is aan mekaar en daar is slegs enkele individue by betrokke. In intergroep-situasies, beteken geweld soms bloot die konfrontering tussen individue, waar die individue gewelddadig optree omdat hulle geaffilieer is met 'n betrokke groep. Die persone in intergroepgeweld is gewoonlik voor die konfrontasie nie aan mekaar bekend nie (Lauer, 1989). Die verskynsel word ook beskryf as **kollektiewe aggressie** (Marsh en Morris, 1988).

McKendrick & Hoffmann (1990) onderskei ook tussen wettige, onwettige, politieke, sport- en internasionale geweld. Vir die doel van die studie word egter net gefokus op interpersoonlike en intergroepgeweld soos dit voorkom in die gebied waar die navorser werksaam is. Dit is duidelik dat 'n mens se basiese behoefte op die vlak van oorlewing lê. Dit sou dus meer insluit as slegs die omgewing waarin 'n mens woon. Beskou teen die gewelddadige wêreld, behoort die gesin 'n magtige en kosbare ideaal te wees. Die mens behoort veilig te voel binne die gesin om daar te kan skuil teen die gevare van die omgewing. Statistiek toon egter 'n ander prentjie van die gesin. Meer as die helfte van alle moorde in Amerika is verwant aan **gesinsgeweld**. Kinders word meer deur hul eie ouers mishandel en misbruik as deur vreemdelinge en meeste vroue word verkrag deur iemand wat hul ken (Jenkins, 1992).

Vervolgens word die bydraende en veroorsakende faktore met betrekking tot geweld bestudeer.

3.3.1 OORSAKE VAN GEWELD

3.3.1.1 MAG

Persoonlike geweld kan baie vorme aanneem, byvoorbeeld fisiese, psigiese, seksuele, ekonomiese en politieke vorme, maar daar is een aspek wat op alle vorme van geweld van toepassing is, naamlik die persoon wat die geweld veroorsaak, verkry 'n vorm van mag oor die slagoffer/s. Dit is makliker om iemand wat aan 'n persoon behoort, byvoorbeeld slawe, gesinslede en werknemers, gewelddadig te behandel aangesien die geweldenaar reeds in 'n outoriteitsposisie is (Jenkinson, 1992).

Daarteenoor sal iemand wat besonder **magteloos** voel, aggressie en frustrasie opbou wat weer tot geweld kan lei. Dit is kenmerkend van geweld in verhoudinge dat die geweldenaar sy mag wil afdwing of bevestig (Levy & Giggans, 1995). Opstand, geweld en terrorisme kan ontstaan as gevolg van voordurende gevoelens van **onderdrukking, ongelykheid en diskriminasie** wat tot frustrasie en opgekropte woede kan lei (Rajbanshi, 1981). In Suid-Afrika voer swart mense die apartheidsbeleid aan as rede tot opstand en geweld. Die algemene gevoel van magteloosheid by persone kan lei tot 'n sug na mag wat soms deur geweld verkry word (Du Toit, 1997).

3.3.1.2 EMOSIONELE ONTOEREIKENHEID

Sommige persone kan nie hul woede of ontevredenheid met die lede van hul gesin uitdruk nie en **projekteer** dit dan op ander. So is dit soms die geval dat die baie gehoorsame, onderdanige kind, 'n psigologiese tydbom kan wees. Sosioloë meen dat mans ontlading van hul woede kan vind in "**kompulsiewe manlikheid**" deur byvoorbeeld by die polisie of weermag aan te sluit, in 'n

agressiewe besigheidsman te ontaard of die spreekwoord van “aksie spreek duideliker as woorde” uit te leef (Jenkinson, 1992).

3.3.1.3 TRAUMA UIT KINDERJARE

Onskuldige kinders word daagliks gedehumaniseer, wees gelaat, vermoor, mishandel, wangevoed, verkrag, sielkundig getraumatiseer en haweloos gelaat.

Hierdie kinders kan, indien daar nie 'n intervensie plaasvind nie, die volgende gedrag openbaar:

- rebellie teenoor volwassenes en gesag wat kan lei tot **anargie**,
- **destruktiwe oorlewingsmeganismes**,
- normale emosionele ontwikkelingsfases nie voltooi nie,
- die haat, woede en geweld waarmee hulle as voorbeeld grootword, as normale hanteringsmeganismes aanvaar en aanwend (Salus, 1994).

Geweld in die gemeenskap en gesinsgeweld is baie nou aan mekaar gekoppel deurdat:

- die gesin die algemeenste instelling in die gemeenskap is en **gesinsgeweld** impliseer dus geweld in die gemeenskap,
- die oorsprong van **samewingsgeweld** dikwels teruggevoer word na die gesin en trauma uit geweldenaars se kinderjare wat by hul 'n aggressiewe gedragspatroon laat ontwikkel (Schurinck, 1992).

3.3.1.4 SONDEBOKKE

Soms word iemand anders se ontoereikende funksionering gebruik om die aandag van die persoon/groep se eie onvermoëns weg te lei. Marsh en Morris (1988) verwys na “scapegoats” (sondebokke). Die persoon/groep het sekere

krisisse of gebreke, en bou frustrasie daaroor op. In 'n poging om van hul woede ontslae te raak, word hul woede op groepe van 'n ander geloof, ras, seksuele oriëntasie of sosiale stand, uitgestort.

Voorbeelde hiervan is die Ku Klux Klan wat hoofsaaklik uit die lae sosiale stand gekom het. Deur die hoër swart sosiale stand te beskuldig van die rede vir hul gebrek aan welvaart, kon hulle hul gewelddadige gedrag teenoor die swart mense rasionaliseer en uiting gee aan hul frustrasie omtrent hul eie omstandighede. Ander voorbeelde is die Neo-fasciste, Nazi-klan, en "Skinheads" (Marsh & Morris, 1988).

3.3.1.5 DIE MEDIA

In die Salus (1994) word die media beskryf as die middel wat geweld in die nie-gewelddadige gesinne se huise ingebring het.

Oormatige blootstelling aan mediageweld kan veral drie negatiewe gevolge op kinders hê, naamlik:

1. **Disinhibisie** kan lei tot aggressiewe gedrag. Die jong kind sien die televisie as die venster na die gemeenskap en benut dit as rolmodel wat vir hom aandui hoe om sekere situasies te hanteer. Deur nabootsing en **rolmodellering** leer kinders dat geweld 'n metode is om konflik te hanteer.
2. Geweld kweek vrees en verskeie **psigologiese probleme** soos nagmerries en enuresis kan by kinders voorkom.
3. **Desensitisasie** kan daartoe lei dat die kind later min reaksie toon op geweld wat voorheen vreesaanjaend was. Dit kan lei tot apatie en het ook al daartoe gelei dat persone onbetrokke omstanders van geweld is sonder dat hulle hulp ontbied of die persone te hulp snel (Louw, 1996).

Navorsing toon ook dat waar individue blootgestel was aan mediageweld, hoër vlakke van geweld in daardie gemeenskap voorkom. Persone leer hoe om geweld toe te pas en die persepsies, norme en beskouings oor geweld verander by sulke persone, wat kan resulteer in verdere geweld (Baker & Ball, 1969 in Bartol & Bartol, 1986).

Volgens Wheen (1985) het televisie 'n skool vir geweld geword en kan dit die volgende effek op die kyker hê:

- gewelddadige programme mag die lus of behoefte na gewelddadige gedrag laat ontstaan,
- gewelddadige optrede kan manifesteer indien latente woede teenwoordig is,
- dit kan die kyker wys op moontlike metodes vir die uitoefening van geweld,
- dit kan dui op die beste metode om weg te kom met misdaad,
- dit kan veroorsaak dat dit voorkom asof geweld nie langtermyngevolge of skade het nie,
- dit verblind die bewustheid van reg en verkeerd.

3.3.1.6 DIE SOSIALISERINGSPROSES

Kinders word groot in huise waar die oplossing vir konflik in geweld en aggressie lê. Dit is die voorbeeld wat gestel word en die **rolle** wat aangeleer word. Dit is dus logies, dat indien die kind wat in so huislike omgewing grootword, nie elders aan die regte **konflikhanteringstrategieë** blootgestel word nie, hulle waarskynlik hul kinders op dieselfde wyse sal grootmaak, en hul geliefdes op dieselfde wyse sal behandel (Levy & Giggans, 1995). Sommige groepe wat voorheen onderdruk was, het begin glo dat geweld die enigste manier is om verandering mee te bring en hulle het die persepsie aan die jonger geslagte oorgedra.

Dit is ook tans die geval in Suid-Afrika dat baie swart jongmense glo in "*Liberation before education*" (McKendrick & Hoffmann, 1990).

Die Salus (1994) toon statistieke wat daarop dui dat kinders teen 1993 die grootste algemene slagoffers van geweld was en ook die grootste geweldenaars geword het. Jong mans tussen 15 en 24 is spesifiek genoem. Van die redes wat aangevoer is, is onder andere die **ineenstorting van die gesinstruktuur**, die voorbeeld van die ouers, die media en onsekerheid oor die toekoms.

Geweldenaars in 'n gesin word beskerm deur die privaatheid wat 'n gesin geniet, en die wandade kom normaalweg eers aan die lig wanneer iemand ernstig genoeg beseer is en hospitalisasie of mediese behandeling benodig (Maybury-Lewis, 1992). In baie gevalle word geweld binne die gesin voort en die betrokkenes raak so **gekondisioneer** dat geweld as leefwyse binne die gesin ingeburger raak. Hulle raak vasgevang in 'n kringloop van geweld en het geen motivering om daaruit te kom nie, aangesien hulle nie beseef dat dit nie normaal is nie. Die effek van geweld in die gesin kring egter baie wyer uit as net die gesinslede self. Die effek word ook oorgedra na ander **sub-sisteme**, waarvan die gesinslede deel is, byvoorbeeld skool en werk. Sien figuur 3.2 p 53.

Die gesin as mikro-sisteem en die gemeenskap as makro-sisteem beïnvloed mekaar wedersyds, deurdat die kind wat in so 'n gesin grootword:

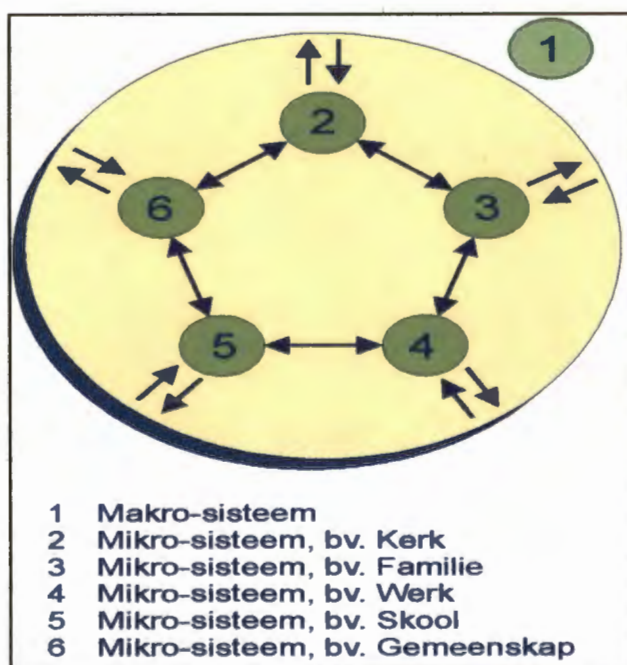
- ontwrigtend optree in klaskamers as gevolg van **uitreageer gedrag**,
- aggressief of gewelddadig optree teenoor ander kinders as gevolg van gebrekkige konflikhanteringsvaardighede,
- hom-/haarself isoleer en onttrek van die samelewing en sodoende nie insette maak of insette van die omgewing verkry nie (Olivier, 1994).

Die effek van die mishandelde vrou in die gesin op die makro-sisteem is soos volg:

-
- die vrou se **versteurde konsentrasievermoë** verlaag haar akkuraatheid en kreatiwiteit wat direk tot verlies van haar **produktiwiteit** aanleiding gee,
 - sy isoleer haarself van personeel en kollegas uit vrees vir skande vanweë haar huislike omstandighede,
 - sy **isoleer** haarself van gemeenskapontwikkeling en kan geen insette lewer nie en sy verhoed gevolglik ook haar eie **selfverwesenliking**,
 - **emosionele afgestomptheid** kan daartoe lei dat die moeder nie met haar kinders bind nie en dus weer vir die kinders emosionele leemtes laat.

Die effek van gesinsgeweld op die man (wanneer hy die slagoffer is) se funksionering in die makro-sisteem is soos volg:

- indien hy by die werk in 'n **outoriteitsposisie** is, kan hy daarvan misbruik maak deur onbuigsaam en selfs emosioneel afbrekend te wees teenoor werknemers en ondergeskiktes,
- hy kan nie sy kinders se emosionele behoeftes help vervul nie as gevolg van sy eie emosionele krisis,
- alkohol - en dwelmmiddelemisbruik kan ontstaan as gevolg van gevoelens van onvergenoegdheid, onbevoegdheid en magteloosheid (Olivier ,1994).
- so 'n situasie kan selfs tot **gesinsmoord** lei, as gevolg van die man se gevoelens van magteloosheid (Graser ,1992).



Figuur 3.2: Die wedersydse beïnvloeding van sisteme op mekaar (Olivier,1994)

Uit die bovermelde inligting en voorstelling is dit duidelik dat geweld in die gesin nie net 'n negatiewe uitwerking op die direkte lede het nie, maar byna 'n rimpel effek in die gemeenskap veroorsaak.

3.3.1.7 KOLLEKTIEWE WOEDE

Navorsing wat in Skotland tydens voetbalwedstryde gedoen is, het aangetoon dat geweld toeneem waar mense **kollektief negatief** en eensgesind voel teenoor die ander groep of span. Daar is gevind dat persone geen aggressiewe intensies individueel gehad het nie, maar wanneer hulle in 'n groep saamgegooi word, hulle kollektief negatief en aggressief raak en selfs in staat is tot gewelddadige optrede (Marsh & Morris, 1988).

Kollektiewe aggressie het ten doel om solidariteit te versterk, sosiale bande te bevestig en verbintenis tussen groepe te bring. Soms manifesteer kollektiewe aggressie in **simbole van geweld**, byvoorbeeld **intimidasië** en **dreigemente**, sonder dat dit werklik bedoel is om in geweld oor te gaan. Indien die ander groep ook kollektief aggressief raak, kan 'n gewelddadige situasie ontstaan. In studies onder sekere swart stamme, is daar genoem dat waar hulle nie individueel enige aggressie teenoor die ander stam voel nie, hulle baie gewelddadig kan raak wanneer hulle in 'n groep aangepor word. Dieselfde is gevind in Amerika met betrekking tot bendegevegte (Marsh & Morris, 1988).

Die Salus (1994) noem dat die jeug in Suid-Afrika en ander lande kollektief aggressief geword het en dat die gebrek aan werk, stabiele gesinslewe, finansiële onafhanklikheid en sosiale status, daartoe bydra. Volgens Louw (1991) was **basiese menseregte** in Suid-Afrika ontken gedurende die apartheidsera, wat daartoe gelei het dat die onderdrukte groepe aan hul frustrasies uiting gegee het deur groepe en politieke alliansies te stig soos die ANC en PAC. Verskeie voorvalle van politieke geweld het voorgekom as gevolg van 'n kollektiewe woede wat ontstaan het, byvoorbeeld Sharpville in 1960, Langa in 1960, en die Soweto-opstand in 1976.

Meer onlangse voorvalle van politieke geweld is die Boipatongvoorval in 1992 en die aanval op kerkgangers in die St Jameskerk te Landsdowne, Kaapstad.

3.3.1.8 TEKORT AAN GEMEENSKAPLIKE HULPBRONNE

Verskeie swart stamme het gedurig oorloë gevoer om hul grondgebied uit te brei, sodra hul eie gebied nie meer voldoende hulpbronne het nie of die bronne uitgeput raak. Sodra daar 'n tekort aan bronne soos water, kos, werk, behuising ensovoort ontstaan, is aggressie, frustrasie en geweld redelik algemeen.

Mense veg letterlik vir **oorlewing**. Dit gebeur veral onder groepe wat nie vaardighede het om te onderhandel en konflik konstruktief te hanteer nie (Marsh & Morris, 1988).

'n Tekort aan bronne wat die mens se behoeftes vervul, kan ook lei tot geweld. Die Yanomamostam is bekend as die mees gewelddadige stam in die wêreld. Die oorsaak van geweld in die stam is hoofsaaklik 'n gevolg van ongelyke getalle in geslagsverdeling. Daar is baie minder vroue as mans. Die mans kompeteer dan om die vrouens se guns, en in wrede rituele en gevegte sterf die swakker man. Verkragting is ook algemeen, aangesien daar te min vroue is om aan die mans se behoeftes te voldoen (Marsh & Morris, 1988). In Suid-Afrika skep 'n tekort aan **gemeenskaplike hulpbronne**, byvoorbeeld behuising en werkseleenthede, konflik tussen gemeenskapslede. Die ongewone hoë geboortesifer, instroming van **onwettige immigrante** en gebrek aan buitelandse beleggings, dra by tot oormatige **groot populasie** teenoor min bronne (Du Toit, 1997).

3.3.1.9 NORME, WAARDES EN PERSEPSIES.

Persoonlike waardes wat 'n persoon se houding teenoor geweld versterk, kan ook aanleiding gee tot gewelddadige optrede, deurdat **retribusie** en **self-verdediging** aanvaarbare vorme van geweld in sekere groepe is. Dit kan selfs lei tot die gebruik van geweld vir sosiale beheer in gebiede waar bende-aktiwiteite aan die gang is (Lauer, 1989).

Norme is gedeelde verwagtinge oor gedrag en word voorgeskryf deur die samelewing. Daar word van elkeen verwag om hul gedrag daarvolgens te rig. In gemeenskappe waar geweld as 'n aanvaarbare metode van verkryging van sosiale beheer beskou word, word daar van gemeenskaplede verwag om hul

gemeenskap te ondersteun in die strewe na sosiale beheer deur die gebruik van geweld. Sommige gemeenskappe kan selfs sekere vorme van geweld wettig maak en sanksioneer. Dit lei later tot 'n toename in geweld en die intensivering daarvan (Lauer, 1989).

3.3.10 ANDER OORSAKE

Ander faktore wat geweld kan veroorsaak, is onder andere misbruik van afhanklikheidsmiddels, lae intellektuele funksionering, patologiese gedrag, oorbewoning, ekstreme hitte, geraas en lugbesoedeling, wat alles 'n persoon se **frustrasievlakke verhoog** en kan lei tot geweld en aggressie (Bartol & Bartol, 1986).

In Suid-Afrika het die onvermoë van landelike gebiede om in die bevolking se behoeftes te voorsien, gelei tot verstedeliking en baie stede is tans oorbewoon (Du Toit, 1997). Dit is dan ook in die oorbewoonde gebiede wat die hoogste voorkoms van geweld is. Maatskaplike verandering blyk ook 'n veroorsakende faktor vir geweld te wees. Suid-Afrika word gekenmerk deur ingrypende veranderinge op byna elke vlak, naamlik polities, ekonomies, opvoedkundig, gesondheidsdienste, ensomeer. Die geskiedenis in ander lande dui daarop dat geweld en maatskaplike, ekonomiese en politieke verandering hand aan hand gaan (Du Toit, 1997).

Dit is duidelik dat geweld deur 'n komplekse aantal faktore veroorsaak word. Die effek daarvan op die individu, gesin en gemeenskap is net so gekompliseerd en omvangryk. Daar word vervolgens daaraan aandag gegee.

3.3.2 EFFEK VAN GEWELD

Geweld het besliste gevolge op individue, groepe en gemeenskappe en dit raak alle aspekte van die mens se funksionering, naamlik: ekonomies, polities, sy /haar lewenstyl, sy/haar fisiese gesondheid, sy/haar psigo-sosiale funksionering, ensovoort.

Navorsing gedoen op plakkers in Pholapark, het die volgende gevolge van geweld getoon (McKendrick & Seonamadi, 1993):

- aanhoudende **vrees**,
- gevoelens van **magteloosheid en weerloosheid**,
- gevoel van **verlies** wanneer besittings, geliefdes en **eie-waarde** geskaad word,
- verlies van werk as gevolg van die **ontwrigting** wat geweld op hul funksionering het,
- omverwerp van **skoolbywoning** by kinders,
- gevoelens van **onsekerheid** en vrese om verdere verliese te ly,
- emosionele **afstomping** en
- gewelddadige **teenreaksies**.

Alhoewel persone verskillend reageer op die trauma van geweld, is daar sekere effekte wat universeel voorkom. Daar sal nou gefokus word op enkele van die gevolge van geweld.

3.3.2.1 GEVOLGE VAN GEWELD OP POLITIEK

Geweld kan nie 'n demokratiese regstelsel akkommodeer nie aangesien geweld juis 'n dwang is waaraan die mens onderhewig is sonder 'n keuse. In alle geweldgeteisterde lande word daar op politieke terrein verklarings gemaak oor die planne wat teen geweld gesmee gaan word. Dit het egter weinig positiewe

effek, aangesien dit iets te make het met dwang teenoor weerlose mense wat hulself nie kan beskerm nie. Die politieke rolspelers het weinig insig in die werklike *intimidasië* en magteloosheid, aangesien hulle binne die magsposisie en finansiële vermoë is om hulleself voldoende te beskerm (Du Plessis, 1996).

Die algemene publiek begin dus voel dat die regering hulle nie meer kan beskerm nie en verloor hul vertroue in die regering en politieke rolspelers. Dit lei gewoonlik tot die tendens om *reg in eie hande te neem*, soos reeds in Suid-Afrika gebeur met die sogenaamde boendoehowe (Du Plessis, 1996). In April 1999 het 'n aktualiteitsprogram "*Special Assignment*" op televisie gewys hoe vyf mans deur hul gemeenskap terreggestel is nadat hulle 'n meisie in die gemeenskap verkrag het. Baie lede van die publiek het dit aangeprys en Thompson en Bothma (1999) het verduidelik dat dit die bewys is dat die regering en die polisie misluk het om misdaad en geweld in Suid-Afrika te bestry. Op die wyse word die algemene publiek dus ook geweldenaars. 'n Negatiewe reaksie op roekelose geweld, sal onvermydelik van die gemeenskap se kant af kom (Du Plessis, 1996).

Sodra die bevolking hulle van hul regering distansieer, het die land te kampe met nuwe probleme soos die weiering om vir dienste te betaal (Du Plessis, 1996). McKendrick & Hoffmann (1990) is van mening dat geweld deur politieke sisteme eerder aangemoedig word deur ongelyke geleenthede vir behandeling en groei te skep. *Strukturele geweld en institusionele geweld* lei tot teengeweld deur die gemeenskap.

Die aksies wat die regering gebruik om die gemeenskap se geweld mee te begroet, is gewoonlik bekragtiging van nuwe strengere wette en wettige dwang of kontrole. Die institusionele geweld wat deur Amerika teenoor Irak gepleeg is, kan as voorbeeld gebruik word. Die Moslems het met teengeweld gereageer

deur gewelddadige aksies. Die militêre polisie het weer die geweld beantwoord deur wettige metodes om die skares onder beheer te bring, maar dit het gelei tot sterftes onder die Moslems. Hulle het hierop geantwoord met verdere geweld en die spiraal het verder verskerp (McKendrick & Hoffmann, 1990) .

Volwassenes wat aan geweld blootgestel word, kan oorbetrokke raak in hulle makro-sisteem deur byvoorbeeld 'n groot rol in die politiek te wil speel. **Ekstremistiese** politici fokus in so 'n mate daarop om ander van hul beskouing te oortuig dat hulle hul respek vir individualiteit en menseregte verloor (Olivier,1994). So 'n persoon kan dus 'n voorstaander van gewelddadige hanteringswyses word om sy/haar beskouing af te dwing.

3.3.2.2 EKONOMIESE GEVOLGE

Sodra gemeenskappe **weier** om vir dienste te betaal, begin die ekonomie agteruit gaan. Die buiteland vrees om te **belê** in 'n gewelddadige land en miljoene rande word uit die gewelddadige gebiede onttrek. Bekwame persone **verlaat** die land ook as gevolg van die geweld, met die direkte gevolg dat dienste agteruit gaan (Du Plessis,1996).

Daar word weer verwys na die effek van gesinsgeweld op die mikro- en makrosisteme, deurdat persone wat aan geweld blootgestel word, allerlei emosionele **ontwrigting** beleef, **gebrekkige konsentrasie** het, **inperking in kreatiwiteit** en **lae produktiwiteit en werksvermoë** toon, wat dan 'n direkte effek op die wins van 'n besigheid en die ekonomie van 'n land het (Olivier,1994).

3.3.2.3 GEVOLGE VAN GEWELD OP DIE MENS SE LEWENSSTYL

Vryetydsbesteding word direk geraak deur die geweld in die gemeenskap, aangesien buitemuurse aktiwiteite ingeperk word om byvoorbeeld kapings en aanrandings te voorkom (McKendrick & Hoffman, 1990). Persone mag hulle ontrek van gemeenskapsaktiwiteite en nie meer aanderedienste, oueraande of sportgeleenthede bywoon nie, uit vrees vir geweld en besering. Selfs in mense se eie erwe is hulle geneig om **sekuriteitsmaatreëls** aan te bring wat die geweldenaars moet uithou, maar wat hul eie **beweeglikheid** ook baie inperk en persone van hul steunstelsels isoleer.

Gesinne isoleer hulle self van die makrosisteem om hulle self te probeer beskerm teen moontlike geweld en die gevolge daarvan. Gesinne leef meer na binne en **gemeenskapsbetrokkenheid** verminder drasties (Olivier, 1994). Op hierdie wyse word **persoonlike groei** ingeperk.

3.3.2.4 GEVOLGE VAN GEWELD OP DIE MENS SE PSIGO-SOSIALE FUNKSIONERING

3.3.2.4.1 Geweld kweek geweld

Geweld kweek geweld. Ouers wat kinders mishandel was gewoonlik self as kinders mishandel. Hulle optrede spruit nie suiwer uit sadisme nie, maar soms mishandel hulle hul kinders om sin te probeer maak uit hul eie pynvolle kinderjare (Jenkinson, 1992).

'n Ander gevolg wat voorspruit uit blootstelling aan geweld, is seksuele misbruik, waar die oortreder in 'n magposisie is wat hom/haar bevoeg en meerwaardig laat voel. So sal 'n man wat nie op 'n konstruktiewe wyse uitdrukking aan sy

emosies kan gee nie, eerder seksueel by 'n kind betrokke raak as by 'n volwassene in wie se teenwoordigheid hy emosioneel ontoereikend voel. Vroue aan die ander kant is meer geneig om hul **woede te internaliseer**, met die gevolg dat hulle depressief raak, en die geweld na binne rig deur selfvernietigende gedrag, byvoorbeeld eetversteurings, selfmoordpogings, ensomeer (Jenkinson, 1992).

Persone wat aan geweld blootgestel is, kan 'n algemene negatiwiteit ontwikkel en opgekropte woede kan tot aggressiewe uitbarstings lei. Kinders wat aan gesinsgeweld blootgestel is, kan 'n **opponerende gedragspatroon** ontwikkel, samewerking weier en eerder met rebellie reageer (Cattanach, 1992).

3.3.2.4.2 Geweld beseer en vernietig

Geweldsdade soos verkragting, aanranding, diefstal en moord lei direk tot fisiese leed vir die persoon en ook verlies aan besittings. Die slagoffer mag medikasie, hospitalisasie en sielkundige behandeling benodig. Geweld kan ook lei tot die dood van persone of groepe (McKendrick & Hoffman, 1990). Selfs wanneer geweld nie lei tot die dood nie, kan dit steeds emosionele en sielkundige skade veroorsaak, byvoorbeeld trauma en Posttraumatische Stresversteuring.

Trauma is 'n normale reaksie op abnormale gebeure soos:

- **ernstige fisiese bedreiging vir 'n persoon**, byvoorbeeld molesting, marteling, aanhouding, verkragting, kaping, aanranding en gewapende roof,
- **ernstige fisiese bedreiging van 'n persoon se gesin**, byvoorbeeld 'n vliegtuigramp of oorlog,
- **ernstige bedreiging van 'n persoon se huis en gemeenskap**, byvoorbeeld 'n natuurramp,

-
- **om ooggetuie te wees** van geweld, dood of ernstige besering as gevolg van geweld, (Friedman, 1997; Carson & Butcher, 1992).

Hierdie saak sal in 'n volgende gedeelte verder bespreek word. Sien 3.3.2.4.7

3.3.2.4.3 Geweld kweek vrees

Vrees is 'n komponent van geweld en skaad die psigologiese gesondheid van die mens. In gemeenskappe waar geweld voorkom, ontstaan gewoonlik ook vrees by persone wat nog nie slagoffers was nie. Hulle vrees dat hulle beseer sal word of doodgaan. Dit kan baie gou lei tot massavrees wat 'n totale gemeenskap kan lamlê. Vrees vir geweld is nie net skadelik vir die psige van die mens nie, maar kan ook sosiale strukture laat tuimel as mense reg in eie hande begin neem, of die gebiede op groot skaal verlaat, soos tans die geval in Suid-Afrika is.

Een van die vyf **vryhede** wat 'n persoon behoort te geniet om sinvol te leef, is om vry te wees van vrees en angs (Lauer, 1989). Geweld perk 'n persoon dus ook psigologies in. 'n Ander vrees kom ook voor by slagoffers van geweld, naamlik die vrees om daarvan te vertel, of vrees vir die gevolge as hul sou vertel. Kinders wat tuis mishandel word, vroue wat aangerand of verkrag word en selfs persone wat gekeer word, openbaar na die tyd 'n intense vrees om te vertel of om dit by die SAPD aan te meld uit vrees dat die geweld sal herhaal. Geweldenaars dreig hul slagoffers gewoonlik en boesem so by hulle vrees in (Waterhouse & Stevenson, 1993).

3.3.2.4.4 Geweld kompliseer verhoudings

Sodra geweld interpersoonlik of tussen groepe voorkom, kompliseer en skaad

dit verhoudings. **Polarisasie** mag voorkom en mense van mekaar verwyder. Die verskynsel is algemeen in gesinne waar geweld tussen die ouers, of tussen die ouers en die kinders plaasvind. Die vrees vir verdere geweld inhibeer vertroue, die betoon van liefde en verhoed sinvolle kommunikasie. Alle gesinsgeweld is 'n misbruik van mag en skaad die slagoffer se **vertroue** in ander outoriteite ook, deurdat hul die misbruik van mag en verbreking van vertroue veralgemeen (McKendrick & Hoffman,1990).

Persone wat aan geweld blootgestel was, ontwikkel gewoonlik 'n **hipersensitiwiteit** vir gevaar en is altyd op die uitkyk na wyses om hulself te beskerm. Dit het 'n direkte effek op persoonlike verhoudings en veroorsaak wantroue en onsekerheid tussen mense (Cattanach,1992). Gevoelens van **teleurstelling en skuld** is ook algemeen en dit word **bagasie** wat persone van een verhouding na 'n volgende oordra. Persepsies dat alle mense in werklikheid onbetroubaar en gevaarlik kan wees, word veralgemeen en skep afstand in verhoudings (Waterhouse & Stevenson,1993). 'n **Lae selfesteem** kom algemeen voor by persone wat aan geweld blootgestel is en hulle kan gevoelens van **waardeloosheid** beleef (Cattanach, 1992).

3.3.2.4.5 Geweld isoleer

Geweld veroorsaak 'n gevoel van magteloosheid en wantroue in 'n gemeenskap of gesin, wat daartoe lei dat elkeen hom-/haarself isoleer en op hom-/haarself begin staatmaak vir oorlewing. Op die manier isoleer mense hulle self ook van belangrike steunstelsels en hulpbronne. Die vrou wat deur haar man geslaan word en haar terugtrek in haar huis sodat sy die nie kneusplekke hoef te verduidelik nie, is 'n voorbeeld heervan. Op die manier isoleer sy haarself van enige positiewe insette en hulpbronne en verval in 'n dodelike **siklus van geweld** (Lauer,1989).

Aangesien persone ang en spanning beleef wanneer hul in situasies kom wat hul as potensieel gevaarlik geëvalueer/getakseer het, probeer hul om sulke situasies te vermy. Dit het tot gevolg dat individue en gesinne hulle onttrek van die makro-sisteem en hulle self isoleer van hul omgewing (Olivier, 1994). Isolasië saboteer persoonlike groei en ontwikkeling, verhoed 'n persoon om positiewe insette in sy/haar gemeenskap te lewer en lei tot **eensaamheid** en selfs **milieugestremdheid**.

3.3.2.4.6 Geweld lei tot morele verval en anomie.

Geweld desensiteer die gemeenskap, sodat dinge wat hul voorheen ontstel het, nie langer 'n effek het nie. Die **desensitiserings** lei tot **morele verval** waar die gemeenskap en individu nie meer gewelddadige dade bevraagteken nie, aangesien die gemeenskap se morele waardes verval het en nie langer van toepassing is nie. Persone in so 'n gemeenskap kan 'n **hulpeloosheid** en **passiwiteit aanleer** wat oorspoel na al hul funksioneringsvlakke en lei tot 'n algemene **aangeleerde hulpeloosheid** waar niemand meer verantwoordelikheid neem nie (Kelman, 1978).

Anomie dui op 'n normlose optrede wat 'n toestand by 'n individu, groep of gemeenskap kan laat ontstaan uit frustrasie as gevolg van gebrekkige hulpbronne (Stevens, 1990). Anomie skep 'n toestand waar persone en gemeenskappe vervreemd raak van morele standaarde en **bandeloos** begin leef (Cloete & Stevens, 1990). In Suid-Afrika het wetteloosheid en morele verval ook sigbaar geword met verwysing na onder andere weiering om vir dienste te betaal, boendoehowe waar mense die reg in eie hande neem en 'n skerp toename in VIGS en geweld (Du Plessis, 1996; Thompson & Bothma, 1999).

3.3.2.4.7 Geweld veroorsaak sielkundige verwarring en Posttraumatiese Stresversteuring.

Geweld is traumaties vir elkeen wat dit beleef of selfs net aanskou. Dit maak steeds 'n emosionele impak op die persoon, selfs al is hy/sy 'n passiewe toeskouer. Die effek daarvan kan onmiddellik manifesteer en selfs jare duur, of dit kan in die vorm van 'n *na-skok* voorkom. Die trauma kan ook baie of minder intens wees en verskil van persoon tot persoon (Slaby, 1989). Trauma is 'n toestand waarin 'n persoon verkeer nadat hy/sy 'n ervaring gehad het wat buite normale menslike gebeure val, onverwags plaasgevind het, deur byna almal as pynlik en stresvol beleef sou word en met gevoelens van vrees, hulpeloosheid en terreur gepaard gaan (Hartman, 1995).

Posttraumatiese Stresversteuring

Posttraumatiese Stresversteuring (voortaan PTSV) ontstaan gewoonlik na die trauma, indien die effek van die trauma nie verwerk is nie. Die simptome blyk soms nie verwant te wees aan die gebeurtenis, of die gedrag van die persoon nie. Die slagoffer kan egter die trauma baie intens deur drome, terugflitse en psigiese agitatie herleef (Slaby, 1989).

PTSV is die simptomatiesiese reaksie op 'n traumatiese insident en as die simptome daarvan langer as een maand duur, word PTSV gediagnoseer (Friedman, 1997; Carson & Butcher, 1992).

Simptome van PTSV en trauma:

Die volgende simptome kan deur die traumaslagoffer beleef word:

-
- ***Herbelewing van die insident deur:***
 - nagmerries,
 - terugflitse,
 - herhaalde indringende gedagtes,
 - ongemak as die persoon blootgestel word aan iets wat hy/sy assosieer met die insident.

 - ***Onttrekking en isolasie deur:***
 - apatie en gevoelloosheid,
 - vermyding van gevoelens of gedagtes oor die insident,
 - verlies aan belangstelling en genot,
 - vermyding van enige aktiwiteite wat herinner aan die gebeure,
 - isolasie van ander mense,
 - fatalisme, of geen toekomsvisie te koester nie,
 - verlies aan konsentrasie.

 - ***Psigiese agitاسie byvoorbeeld:***
 - slaapprobleme,
 - irritasie,
 - woede-uitbarstings,
 - probleme met konsentrasie,
 - verhoogde skrikrespons,
 - fisiese simptome van stres, byvoorbeeld swetery.

Bogenoemde simptome is normaal binne die konteks van trauma, maar as hierdie simptome langer as een maand duur, word PTSSV gediagnoseer en behoort die persoon by 'n opgeleide terapeut in te skakel (Brom & Kleber, 1989).

Fases in PTVS (Louw, 1992 p 149):

Fase 1. IMPAKFASE.

Die oomblik wat die traumatiese gebeurtenis plaasvind, beleef die slagoffer 'n **opwelling van simptome** in die liggaam, byvoorbeeld om te skree, te hardloop of te vries. Die normale fisiologiese reaksies word deur oorlewingsreaksies vervang, byvoorbeeld **vlug, veg**, vries of onderwerping /toegee aan dominansie. Die fisiologiese reaksie van elke persoon is uniek net soos elke persoon se belewenis van die gebeure uniek is.

Fase 2. TERUGSLAGFASE.

Direk na die beskermingsmeganismes ingetree het, is die liggaam moeg en begin traumatiese stressimptome na vore tree. Dit is normaal om vermyding, onttrekking en psigiese agitatie na 'n traumatiese ervaring te beleef. In hierdie fase is **PTSV-simptome** teenwoordig en benodig die persoon verligting of ontlofting om PTVS te voorkom.

Fase 3. HERSTELFASE.

Sodra 'n persoon deur die trauma gewerk het en 'n gevoel van oorwinning of **oorlewing** begin beleef, het die herstelfase ingetree.

Tekens van herstel is soos volg:

- Die persoon maak die keuse om die realiteit van die gebeure te aanvaar,
- die traumatiese insident in sy lewensverhaal te integreer,
- persoonlike betekenis en sin aan die gebeure te heg,
- 'n keuse te maak om verder voluit te leef.

Die effek van geweld kring egter steeds wyer. **Traumawerkers** en terapeute ontwikkel **sekondêre trauma** as gevolg van die trauma wat hul aanskou (Nel & Burgers, 1995). 'n Proses, by name "*critical incident stress debriefing*" (CISD), is ontwikkel om sulke persone by te staan.

Die proses is veral van toepassing op SAPD-lede, ambulansmanne, brandweermanne, ontlonters en verkeersbeamptes (Du Toit & Klein, 1998). Noodhulpwerkers mag dink dat hulle nie hul gevoelens mag deel nie, aangesien hulle inderdaad sterk moet wees in die traumasituasies.

Barger en Kirby (1995) meen dat so 'n persoon verskillende reaksies kan openbaar naamlik:

- Om nie die **rouproses te deurloop** nie en dan uitgestelde rou en na-skok te beleef
- Om by die **fase van woede vas te steek**, aangesien dit hulle laat sterk voel terwyl hartseer hulle weerloos laat voel;
- Woedereaksies kan 'n **vasgelegde gedrag patroon** raak en die persoon kan sy/haar aggressie en frustrasie na almal om hom/haar projekteer;
- Gevoelens kan **onderdruk of ontken** word en dus nooit deurgewerk word nie. Gevoelens van **depressie en fatalisme** is dan altyd latent teenwoordig (Barger & Kirby, 1995).

3.3.3 ALGEMENE KOMPONENTE TEENWOORDIG TYDENS GEWELD

Die navorsing oor die manifestasies van geweld, het algemene komponente geïdentifiseer wat teenwoordig is in interpersoonlike en intergroepgeweld. Die bewuswording van hierdie komponente lei tot dieper insig in die tendens van geweld en gee moontlike rigtingaanwysings vir intervensie. Die komponente is soos volg (McKendrick & Hoffman, 1990):

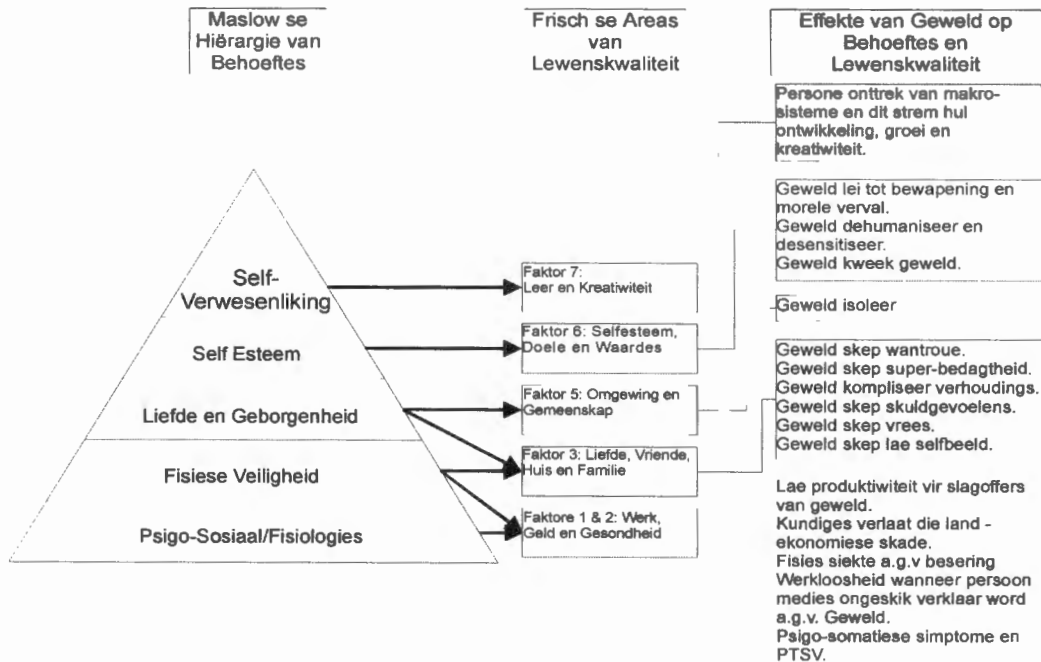
-
- Alle geweld bevat konflik. Alhoewel **konflik** in werklikheid iets neutraal is, beleef mense dit as destruktief of negatief. Dit is egter die wyse waarop konflik hanteer word, wat negatiewe of destruktiewe gevolge mag hê. Konflik genereer energie en indien die energie konstruktief gekanaliseer word, kan dit groei en ontwikkeling tot gevolg hê. Indien nie, kan dit lei tot geweld (Van der Merwe, 1989).
 - Dwang is deel van geweld en kan fisiese **dwang** of mentale beheer insluit.
 - **Vrees** kom voor tydens geweld en kan onderdruk word, maar sal later weer na die oppervlak kom.
 - Daar is altyd 'n **slagoffer en geweldenaar** ter sprake.
 - Geweld is ook 'n vorm van **kommunikasie** wat gerig kan wees op 'n persoon of groep. Soms word onskuldige persone gebruik as slagoffers om 'n boodskap oor te dra na 'n ander, byvoorbeeld tydens 'n kaping van 'n vliegtuig waar die reisigers bloot die gevangenes is om beheer aan die kaper te gee sodat hy sekere eise aan iemand met gesag kan stel.
 - Geweld kan 'n spontane uitbarsting wees of 'n voorafbeplande daad. In die eersgenoemde geval was **selfreguleringsprosesse** nie suksesvol nie, of die persoon moes van nuwe copingmetodes gebruik maak om 'n situasie te hanteer.
 - Enige gewelddadige daad misken die **regte** van die persoon teenoor wie dit gepleeg word, ongeag of dit terughouding van hulp of toepassing van geweld was wat plaasgevind het.
 - **Persoonlike ruimte** word gewoonlik betree en **grense** word geminag.

-
- Die geweld kan in die openbaar of privaat plaasvind, maar die omgewing is gewoonlik 'n verhoog wat **geleentheid** bied vir die geweld om gepleeg, of voortgesit te word.
 - Geweld wat deur die regering gepleeg word, geskied gewoonlik ook in **geheimhouding**.
 - Geweld is hoofsaaklik 'n **aangeleerde respons** (Steinmetz, 1986).
 - **Desensitisering** vind plaas in gemeenskappe waar geweld algemeen voorkom, wat daartoe lei dat geweld eskaleer.
 - Die **geweldsiklus** kan oor geslagte heen oorgedra word, indien dit nie verbreek word nie.
 - Geweld word normaalweg begroet met **teengeweld** of onderdrukte aggressie wat later weer tot geweld kan lei.

Die vermelde komponente is teenwoordig in alle vorme van geweld en sal verder in diepte ondersoek kon word met die oog op geweldvoorkomingsprogramme en trauma-intervensieprogramme.

3.3.4 GEÏNTEGREERDE MODEL VAN INTERAKSIE

Vervolgens word aandag gegee aan 'n geïntegreerde model wat deur die navorser opgestel is met die doel om die hiërargie van behoeftes, areas van lewenskwaliteit en die gevolge van geweld op hierdie behoeftes en lewenskwaliteit te vergelyk. Sien figuur 3.3



Figuur 3.3 : 'n Geïntegreerde model wat die verband en interaksie tussen die mens se behoeftes, areas van lewenskwaliteit en effek van geweld op laasgenoemde uitbeeld.

- Hierdie voorstelling van die navorser toon aan hoe geweld negatief inwerk op die mens se **behoeftevervulling** en **lewenskwaliteit**. Die heel basiese (eerste) behoefte van die mens is aan goeie fisiologiese en psigo-sosiale funksionering, byvoorbeeld om 'n werk te hê, geld te verdien en gesond te wees. Geweld verhinder egter behoeftevervulling en verlaag lewenskwaliteit deurdat die volgende gebeur:
 - Slagoffers kan siekte of ernstige **beserings** opdoen wat hul gesondheid of werkvermoë benadeel,
 - Broodwinners wat as gevolg van geweld sterf of deur beserings ongeskik raak vir werk, kan nie meer in die materiële en **versorgingsbehoefte**s van hul gesinne voorsien nie.

-
- Slagoffers toon PTSV en kan gereeld met **siekteverlof** gaan,
 - Slagoffers van geweld het oor die algemeen **laer produktiwiteit** as voor die trauma, aangesien baie van hul **energie en konsentrasie** daaraan gewy word om die gebeure te probeer vergeet, die emosies te onderdruk en sin in gebeure te vind.
2. Veiligheid is die volgende belangrike behoefte van die mens volgens Maslow se hiërargie van behoeftes en dit raak die lewensareas naamlik liefde, vriendskap, familie en behuising. Geweld benadeel behoeftevervulling en lewenskwaliteit soos volg:
- Geweld skep **wantroue** by die slagoffer, in die gemeenskap en by ander mense.
 - Geweld skep **super-bedagtheid** by die slagoffer.
 - Geweld skep **skuldgevoelens** by die slagoffer en sy/haar geliefdes omdat hulle nie die trauma kon voorkom nie, of oor hul onwillekeurige gedrag tydens die voorval.
 - Geweld skep by alle betrokkenes die **vrees** dat die voorval weer kan plaasvind of dat iets soortgelyk hulle geliefdes kan oorkom.
 - Geweld veroorsaak 'n **lae selfbeeld** by die slagoffer omdat hy/sy nie langer sy/haar eie instink en **oordeelsvermoë** kan vertrou nie.
 - Geweld **kompliseer** verhoudings deurdat persone hulle isoleer of onttrek van **steunstelsels**.
3. Die behoefte aan liefde en geborgenheid is volgens Maslow die derde belangrikste aspek. Dit sluit aan by faktor 2 se lewensareas en sal ook benadeel word deur geweld, deurdat die persoon sy omgewing as onveilig beleef en mense wantrou. Geweld **isoleer** die mens van ander mense.
4. Die behoefte aan 'n **gesonde selfesteem** is die vierde belangrike behoefte in die hiërargie. Die lewensareas wat daaraan verbonde is, is selfesteem, doelwitte en waardes. Geweld benadeel die lewensareas op die volgende wyses:

-
- Die persoon se selfbeeld ly onder die geweld en sy/haar beskouing dat hy/sy onkwesbaar is, verander na 'n beskouing dat hy/sy 'n slagoffer is en baie kwesbaar is (Coetzer, 2000).
 - Die slagoffer beleef 'n **moraliteitskwessie** en kan nie begryp waarom slegte dinge met goeie mense gebeur nie. Sy/haar sin vir waarde word dus aangetas en sy/haar eie moraliteit word deur hom-/haarself bevraagteken. Iemand wat byvoorbeeld nie in die doodstraf geglo het nie, sal dit nou aanprys. Persone kan hulself bewapen, selfs al was hulle voorheen gekant teen wapens (Coetzer, 2000).
 - Die slagoffer word **gedesensitiseer en gedehumaniseer** en sal moontlik sy/haar norme en waardes in heroorweging neem.
 - Die slagoffer beleef 'n **rasionaliteitskwessie**. Die mens voel skynbaar veilig wanneer hy/sy alles kan verklaar en die verband tussen oorsaak en gevolg vind. Sodra geweld 'n persoon uit die bloute en sonder rede tref, begin hy/sy twyfel aan die sin van die lewe en die voorspelbaarheid van die toekoms. Die slagoffer mag probleme ontwikkel om 'n toekomsvisie te hê of doelwitte te stel (Coetzer, 2000).
5. Volgens Maslow se hiërargie van behoeftes blyk **selfverwesenliking** die laaste belangrike behoefte by die mens te wees en dit stem baie ooreen met Frisch (1994) se faktor 7, areas van lewenskwaliteit. Geweld benadeel dit deurdat:
- slagoffers van hul omgewing **onttrek** uit vrees vir 'n herhaling van die trauma. Sodoende onttrek hulle van groei- en ontwikkelingsgeleenthede asook sinvolle vryetydsbesteding en die beoefening van stokperdjies. Die persoon se kreatiwiteit en ontwikkeling word ingeperk.

3.4 SLOTSOM

Dit is duidelik dat geweld daadwerklik 'n destruktiewe effek op die lewenskwaliteit en psigologiese gesondheid van die mens het. Sekere copingstrategieë kan die situasie vererger terwyl ander dit kan verbeter. Die implimentering van lewensvaardigheidsprogramme kan slagoffers van geweld toerus met copingstrategieë wat hul psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit kan verbeter. Daar sal in hoofstuk 4 gefokus word op lewensvaardigheidsprogramme wat poog om die trauma van geweld by 'n slagoffer te ontlont.

HOOFSTUK 4

PROGRAMME OM DIE GEVOLGE VAN GEWELD TEEN TE WERK

4.1 INLEIDING

Uit navorsing is dit duidelik dat geweld 'n effek het op die coping, psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit van die slagoffer van geweld. Die wyse waarop die individu dit hanteer/daarmee cope, het verdere implikasies vir sy/haar psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit. Dus is dit belangrik om die regte copingmeganismes vir persone aan te leer. Hulle moet instaat gestel word om die trauma as 'n uitdaging te beskou en te fokus op hul eie sterktes. Daar is verskeie programme wat vir persone sulke lewensvaardighede aanleer. In hierdie hoofstuk sal drie van die programme geëvalueer word om te bepaal wat die sterktes en leemtes van die programme is. Daar sal ook aangedui word hoe die Khayalami Cares program aangewend is vir die doeleindes van hierdie navorsing.

4.2 KATORIS CRIME SURVIVAL PROGRAM

4.2.1 Naam van die program

Die program se naam is die Crime Survival Program - Road to Victory.

4.2.2 Samestelling van die program

Die finale jaar Maatskaplike werk studente aan die Randse Afrikaanse Universiteit het die program opgestel. ABSA het die druk en bind van die program geborg.

4.2.3 Rasionaal van die program

Die program fokus hoofsaaklik op die voorkoming van misdaad en geweld deur die jeug weerbaar te maak. As gevolg van die geweldige toename in misdaad en geweld in die land en met spesifieke verwysing na Gauteng, het die studente 'n behoefte geïdentifiseer en die program opgestel om die behoefte rakende die hantering en voorkoming van misdaad aan te spreek.

4.2.4 Teikengroep

Die program fokus hoofsaaklik op skoolgaande jeug en universiteitstudente.

4.2.5 Hoofkomponente van die program

Die program bestaan uit twee handleidings. Handleiding 1 is 'n opleier/onderwyser handleiding en Handleiding 2 is die studente handleiding. Die handleidings bevat dieselfde inligting maar die onderwyser se handleiding is meer volledig en word vervolgens bespreek. Die program is opgedeel in 6 sessies.

Die teorie word aangevul met baie praktiese opdragte aan die studente. Die sessie word afgesluit met 'n evaluasievorm om die sessie te evalueer en kennis te toets.

Sessie1 handel oor misdaad en geweld en fokus op die volgende aspekte:

- Definisie van misdaad en geweld
- Oorsake van misdaad en geweld.
- Insigontwikkeling in die betekenis van misdaad en geweld.
- Onderskeid tussen soorte misdaad.

-
- Rapportering van misdaad.
 - Gemeenskapsmisdaadvoorkoming.

Sessie 2 handel oor die slagoffers van misdaad en geweld met die volgende doelwitte:

- Om die tipiese slagoffer van misdaad en geweld te identifiseer.
- Om die gevoelens en probleme waarmee slagoffers te kampe het, te beskryf.
- Om voorkomingsmaatreëls te ontwikkel by die gemeenskap.

Met behulp van 'n scenario word gefokus op die subjektiewe gevoelens van die studente oor geweld en misdaad. Die doel is om die studente te sensitiseer vir die effek van misdaad en geweld op die slagoffer.

Die sessie word as groepbespreking hanteer en die gedeelte word afgesluit met 'n dinkskrum oor metodes waarmee die gemeenskap misdaad en geweld kan bekamp.

Sessie 3 hanteer geweldsmisdaad en is as volg onderverdeel:

- Definisie van geweldsmisdaad
- Wat is diefstal en roof ?
- Wat is aanranding ?
- Wat is verkragting ?
- Hoe kan roof, aanranding en verkragting voorkom word ?

Elke misdaad word beskryf en die aard daarvan word verduidelik. Scenarios word gebruik om dit meer prakties te maak en groepbespreking, vraelyste en evaluasievorms word as hulpmiddels benut.

Sessie 4 handel oor afspraakverkragting en verkragting deur ander bekendes. Dit word as volg aangebied:

-
- Definisie van afspraakverkragting en die verskille tussen afspraakverkragting en verkragting deur 'n ander bekende persoon.
 - Oorsake vir verkragting
 - Voorkomingsmaatreëls vir verkragting
 - Wat staan 'n persoon te doen as hy/sy verkrag is ?
 - Ondersteuningstegnieke vir vriende wat verkrag is.

Die sessie word weer afgesluit met 'n groepbespreking en evaluasie.

Sessie 5 beskryf dwelmmisbruik en dwelmhandel as misdaad.

Die sessie is onderverdeel in die volgende aspekte:

- Definisie van dwelmmiddels en soorte dwelmmiddels.
- Alkohol en dwelms in Suid-Afrika.
- Redes vir die misbruik van middels.
- Effek van dwelms op die individu en die gemeenskap.
- Die wetlike aspekte van dwelms en alkohol.
- Wat kan die student doen om te voorkom dat hy/sy by dwelms betrokke raak ?
- Hoe kan dwelm- en alkoholmisbruik in die gemeenskap beveg word ?

Die sessie is baie volledig en vol oefeninge, vraelyste, grafiese voorstellings en gesindheidsmeters en word afgesluit met 'n lys van hulpbronne indien iemand 'n probleem daarmee sou ondervind.

Sessie 6 handel oor konflikhantering en het die volgende onderafdelings:

- Definisie van konflik.
- Konflikhanteringsmeganismes en -metodes, byvoorbeeld:
 - Onderhandeling.
 - Kompromie.
 - Mediasie.

- Kontraktering.

- Vaardighede om konflik te hanteer word beskryf naamlik:
 - Dinkskrums
 - Probleemoplossingsvaardighede,
 - Aktiewe luistertegnieke,
 - Effektiewe en oneffektiewe kommunikasie,

Die program word afgesluit met 'n evaluasie van die aanbieding en inhoud.

4.2.6 Positiewe aspekte van die program

Die program beantwoord wel aan die doel waarvoor dit geskryf is en maak jongmense meer weerbaar teen misdaad en geweld. Die beklemtoning van die slagoffer se situasie sensitiseer die jeug vir die bekamping van misdaad en geweld. Die insluiting van konflikhanteringsvaardighede en kommunikasievaardighede is positief, aangesien geweld grootliks voorkom kan word deur konflikhantering en kommunikasie. Die vele praktiese oefeninge en groepbesprekings kry die studente betrokke en maak die aanbiedings interessant en van meer waarde.

4.2.7 Tekorte en leemtes

Die enigste aspek wat werklik gedek word deur hierdie program is die gee van informasie om die student weerbaar te maak teen geweld en misdaad. Geen ander areas van lewenskwaliteit word aangespreek nie. Die rasionaal van die program is nie spesifiek om psigologiese gesondheid en lewenskwaliteit te verbeter nie.

Geen bronnelys is ingesluit nie en die saamstel en fisiese voorkoms van die program is nie baie professioneel nie. Daar moet egter in ag geneem word dat dit deur studente gedoen is en dit verklaar ook die gebrek aan eenvormigheid met betrekking tot die fisiese voorkoms van die program.

4.3 GEMEENSKAP POLISIËRINGSFORUM PROGRAM (GPF)

4.3.1 Naam van die program

Post Traumatic Stress Debriefing.

4.3.2 Samestelling van die program

Die program is opgestel deur die Menslike Hulpbronne-afdeling van die SAPS vir die gebruik van die Gemeenskap Poliseringsforum (GPF) van Kempton Park en Tembisa Metropolitaanse plaaslike regering.

4.3.3 Rasionaal van die program

Die toename in geweldsmisdaad het meegebring dat polisieledes en noodhulp personeel gekonfronteer word met die trauma van die slagoffers, slagoffers se familie en die omstanders. Noodlenigingspersoneel word self ook getraumatiseer deur die gebeure wat hulle hanteer. Die doel van die program is om sulke personeel toe te rus in die hantering van trauma by die slagoffers en om hul eie sekondêre traumatisering te voorkom.

4.3.4 Teikengroep

Die teikengroep is hoofsaaklik professionele persone wat reeds een of ander

vorm van opleiding deurloop het byvoorbeeld predikante, maatskaplike werkers en sielkundiges, asook polisiebeamptes en noodlenigingspersoneel.

4.3.5 Hoofkomponente van program

Die program is 'n ontloftingsprogram wat sterk fokus op die voorkoming van posttraumatiese stres en sekondêre trauma.

In **sessie 1** word verskeie artikels en die teorie oor die effek van geweld op die slagoffer bespreek met die doel om die betrokkenes daarvoor te sensitiseer. **Sessie 2** fokus op die CISD - model waar die fases van trauma ontlofting behandel word naamlik:

Ontmoetings en bekendstellingsfase.

- Uitklaring van rolle.
- Doel van sessie word geïdentifiseer.
- Bou 'n verhouding van vertrouwe.
- Stel van realistiese doelwitte.

Feitlike fase

- Insameling van feite - wat het gebeur ?
- Gedetailleerde beskrywing van gebeure.
- Sintuiglike belewenis waar gehoor-, sig-, gevoel-, smaak- en reuksintuie ingespan word.
- Stelselmatige ondersoek ("probing")

Kognitiewe fase

- Fokus op denke oor belewenis van gebeure.
- Gedagtes toe die persoon besef wat gebeur.
- Gedagtes terwyl die gebeure plaas gevind het.
- Persepsie van gebeure na die afloop daarvan.

Gevoelsfase

- Emosionele reaksies gedurende die insident
- Emosionele reaksies na die insident afgeloop het.
- Huidige emosionele reaksies.
- Refleksie van gevoel.
- Skep van veilige atmosfeer waarbinne die persoon kan ontlaai.
- Laat die persoon gevoel wys indien hy behoefte het.

Stresreaksiefase

- Fokus op fisiese en psigiese simptome.
- Gee raamwerk waarbinne die simptome verstaan kan word.
- Veralgemeen en normaliseer Posttraumatiese Stresssimptome
- Gee inligting oor die moontlike duur van die simptome.

Streshantering- en bestuursfase

- Moedig die persoon aan om aan effektiewe maniere van streshantering te dink.
- Die persoon moet sy/haar eie innerlike sterktes ontgin.
- Bespreek praktiese alternatiewe waar nodig.

Finale fase.

- Maak 'n kort samevatting van gebeure
- Verwysingsbronne word gegee.
- Gerusstelling oor simptome wat ervaar word.
- Gee inligting oor introspeksie met betrekking tot simptome wat ervaar word.
- Opsomming van sessie en besluite geneem deur die persoon.
- Verkry terugvoer oor die persoon se gevoel na die sessie.
- Besluit oor nasorg en opvolgkontak.
- Sluit af.

Sessie 3 lê klem op die praktiese toepassing van verworwe kennis deur 'n werksopdrag te doen wat uit 6 vrae bestaan om die betrokkenes se verworwe kennis en insig te toets.

Sessie 4 bespreek die volgende:

- Psigodinamiek van ontlonting,
- Vyf dimensies van stres,
- Drie komponente van psigologiese noodhulp/krisisintervensie, naamlik:
 - noodhulp,
 - ontlonting,
 - verwysing vir verdere hulp.
- Verskille tussen eerste orde en tweede orde intervensie word aangedui.

Sessie 5 fokus op Posttraumatische Stresversteuring (PTSV) en is onderverdeel in :

- Agtergrond, definisie en simptomatologie van PTSV.
- Rasionaal vir ontlonting.

-
- Teoretiese modelle van ontlonting naamlik die S.P.I.E en I.M.P.R.E.S.S. A. R.A.V.E.N modelle.

Sessie 6 behandel die 3 fases in Stresontlonting

- **Aanvanklike traumabestuur**
 - Identifiseer die aard van die insident.
 - Verseker die persoon se veiligheid.
 - Identifiseer basiese behoeftes.
 - Normalisering.
 - Praktiese hulpverlening.
 - Kontak met steunstelsels
 - Beskerming teen sekondêre trauma.
 - Beheer en bemagtiging.
- **Ontlonting en ventilasie.**
 - Wat voel die slagoffer ?
 - Hoe hanteer die ontlonter dit ?
 - Belangrike aspekte.
- Professionele opvolging indien nodig.
- Die belangrikheid van ontlonting vir die ontlonter word ook beskou.

Na afloop van die aanbieding word die aanbieders, die inhoud van die program en die deelnemers se kennis getoets.

4.3.6 Positiewe aspekte van program

Die deeglike teoretiese begroning van die program beïndruk. Die toetsing van deelnemers se kennis en insig na afloop van die program is sinvol.

Die deelnemers moet ook vorms invul om kontrole te kan uitoefen oor wat gedoen is en hoeveel gevalle aangemeld en ontloont word. Daar is ook 'n vorm van supervisie vir die ontloonters en hul kan dus kontroleer of hul die proses korrek volvoer het en ook hul eie trauma laat verlig deur gesprek met die programbestuurder. Die program voldoen aan die vereistes waarvoor dit geskryf is.

4.3.7 Tekorte en leemtes

Die program is egter nie voldoende vir die doeleindes van verbetering van lewenskwaliteit nie en is gefokus op een teikengroep. Die doel wat die navorser wil bereik met die slagoffers van geweld naamlik verbeterde coping, verhoogde psigologiese welsyn en verbeterde lewenskwaliteit sal nie met die program aangespreek kan word nie.

4.4 KHAYALAMI CARES PROGRAM (KC program)

4.4.1 Naam van die program

Die program se naam is die Khayalami Cares trauma-ontloontingsprogram. Hierdie program is deur die navorser toegepas op die eksperimentele groep.

4.4.2 Samestelling van die program

Die program is opgestel deur FAMSA Nasionale Raad, en is in samewerking met Africon bemark en aangebied. Africon het 'n sielkundige betaal om die program aan te bied vir dienskantore se maatskaplike werkers, sielkundiges en belangstellendes.

4.4.3 Rasionaal van die program

As gevolg van die toename in geweldsmisdaad in die Khayalami Metropolitaanse gebied het die opgeleide terapeute oorlaai geraak en 'n behoefte is geïdentifiseer vir 'n program wat fokus op onmiddellike ontlasting wat deur vrywilligers en opgeleide beraders gebruik kan word, totdat die persoon by 'n terapeut kan kom vir behandeling. Die doel van die program is om trauma by slagoffers te verlig. Die KC program beantwoord aan die behoefte en is reeds in gebruik as 'n handleiding vir vrywilligers en beraders.

4.4.4 Teikengroep

Dit blyk uit die program dat daar gefokus word op drie groepe wat kan baatvind by die program, naamlik:

- Volwassenes wat slagoffers van geweld was en ontlasting benodig,
- Vrywilligers wat behulpsaam wil wees met die aanvanklike ontlasting van trauma alvorens slagoffers elders verwys word vir terapie.
- Reeds opgeleide terapeute, byvoorbeeld sielkundiges, maatskaplike werkers en psigiatriese verpleegpersoneel, wat meer inligting benodig oor die stapsgewyse metode van ontlasting van trauma by die slagoffer.

4.4.5 Hoofkomponente van program

Die program het ten doel om die terapeute, vrywilligers en slagoffers van geweld en trauma op te lei, informasie te gee en 'n bewustheid te kweek ten opsigte van die hantering van trauma.

Die program bestaan uit twee handleidings, naamlik:

- i Handleiding vir opgeleide terapeute, en dienskantore
- ii Handleiding vir vrywilligers.

Die inhoud van elk van die handleidings word vervolgens in detail bespreek.

4.4.5.1 HANDLEIDING VIR OPGELEIDE TERAPEUTE EN DIENSKANTORE.

Handleiding 1 bestaan uit agtergrondinligting en vyf modules. Elke module gaan gepaard met praktiese oefeninge. Die modules is soos volg verdeel:

Module 1: Restoratiewe/herstelde geregtigheid.

'n Gedetailleerde agtergrond word gebied oor die herstel van geregtigheid en die redes waarom dit belangrik geag word. Temas wat behandel word is as volg:

- Reformasie vs rehabilitasie,
- Slagoffer, oortreder, straf en voorkoming,
- Stigmatiserende skande versus reïntegreerde skande,
- Konfrontasie,
- Betroubaarheid,
- Aanvaarding van verantwoordelikheid, en
- Gevolge van oortredings en straf.

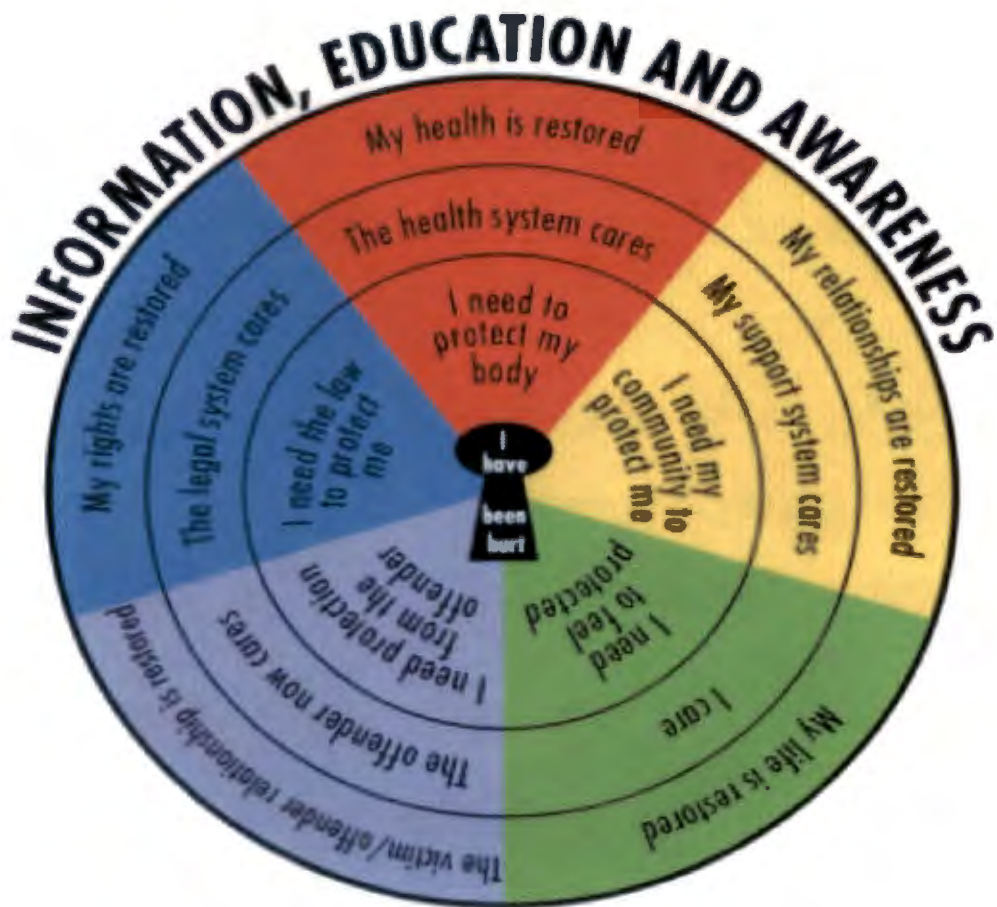
Die doel van die genoemde is om die wanbalans tussen die oortreder en die slagoffer te probeer herstel, deur middel van restoratiewe geregtigheid. Die einddoel is om die gemeenskap gebalanseerd te laat funksioneer en weerwraak te voorkom.

Die KC program beklemtoon die vyf restorasies wat nodig is om die balans in die slagoffer en in die omgewing weer te herstel nadat trauma dit omver gewerp het. Die herstel van die persoon se regte, gesondheid, lewe, verhouding met die oortreder en verhoudings met steunstelsels, is aspekte waarop gefokus word. Sien fig 4.1: Sirkel diagram insake KC se areas van fokus. Die slagoffer moet na die afloop van die program voel dat die volgende instansies omgee vir sy/haar welstand en dat daar na sy/haar belange en behoeftes omgesien sal word deur die:

- geregtelike sisteem,
- gesondheidsisteem,
- ondersteuningsisteme,
- hom /haarself
- die oortreder.

Na afloop word die module geëvalueer deur 'n bespreking oor die vyf kernvrae, naamlik :

1. Beleef die slagoffer geregtigheid ?
2. Beleef die oortreder geregtigheid ?
3. Word die slagoffer - oortrederverhouding aangespreek ?
4. Word gemeenskapsbelange in ag geneem ?
5. Word daar toekomstgerig gewerk met die huidige regsisteem?



Figuur 4.1: Sirkel diagram insake KC se areas van fokus (Khayalami Cares,1999)

Module 2: Trauma-intervensie

In module 2 word gefokus op transformasie van trauma en die tema is “Van Tereur na Hoop”. Die module word vanuit drie vlakke benader, naamlik inligtingverskaffing, ondersteuning en ontlofting. Die fokus val sterk op die persoon se eie verantwoordelikheid vir sy genesing.

Ter inleiding word gefokus op die gee van inligting ten opsigte van:

- die skep van traumataal sodat die slagoffer kan uiting gee aan sy/haar belewenis,
- verband tussen stres, uitbranding en trauma,
- Posttraumatiese Stresversteuring (PTSV)
- Die verskuilde slagoffer.

Die proses van impak tot by resolusie/aanvaarding word gekenmerk deur drie fases wat ook volledig bespreek word. Die fases is die impakfase, traumafase en herstelfase.

Wanneer die fokus op ondersteuning val, word die belangrikheid van steunstelsels beklemtoon en aandag word gegee aan:

- die behoeftes van die slagoffer,
- maniere om die slagoffer te ondersteun,
- verwysing na 'n professionele persoon vir ontlasting,
- fasilitering van bemagtiging om die slagoffer in kontak te bring met sy eie innerlike sterktes.

Ontlasting van trauma en die rasionaal daarvoor word teoreties verduidelik waarna die proses van ontlasting uiteengesit word. Die proses is soos volg:

1. Sluit van 'n werksooreenkoms.
2. Verkry feitlike weergawe van gebeure.
3. Trauma word stapsgewys ontlast.
4. Impak van trauma in die eerste 24 uur word verduidelik.
5. Versterking en bevestigingstegnieke.
6. "Recoil" - verwagte impak na 24 uur word verduidelik.
7. Versterking en bevestiging word herhaal.
8. Fokus op huidige situasie in terme van

-
- Posttraumatische stres.
 - Vermydingsgedrag.
 - Indringing van gedagtes.
 - Herbeleving van trauma.
 - Verhoogde prikkelbaarheid.
 - Beleving van verlies.

9. Normalisering.

10. Fasilitering, reorganisasie en bemagtiging.

Laastens word klem gelê op die nasorgfase wat die volgende elemente bevat:

- skuldgevoelens en skande,
- akute, ekstreme of chroniese psigosomatiese simptome,
- disorganisasie van verhoudings,
- disfunksionele optrede,
- die belangrikheid van opvolgsessies.

Al die nodige vorms word ingesluit om te voltooi en die vrywilliger of terapeut kan homself/haarself ook daarna stap vir stap evalueer met behulp van die evaluasievorms.

Module 3: Waardes, norme en regte.

Daar word eers 'n selfontleding gedoen om die persoon insig in sy eie waardes te gee en vervolgens word norme en waardes vir berading en ondersteuning hanteer.

Die berader word hier onderrig in aspekte wat van belang is wanneer daar met mense gewerk word naamlik:

- vertroulikheid van inligting,

- kommunikasie van toepaslike keuses van hulpverlening,
- respek vir die identiteit en uniekheid van die persoon met wie gewerk word,
- effektiewe kommunikasie,
- uitskakeling van vooroordele.

Die beraders ontvang 'n lys van menseregte wat hul moet bestudeer, en met hul eie waardesisteem moet kontroleer. Dit is belangrik dat die slagoffer se regte nie verder geminag word nie.

Module 4: Ondersteuningstegnieke: (luister-, fasiliterings- en konflikhanteringstegnieke.)

In die module word daar in diepte gefokus op die tegnieke en vaardighede wat nodig is om iemand anders te ondersteun. Al die tegnieke word ook prakties inge oefen deur die betrokkenes deur middel van rollespel.

Afdeling 1. Kommunikasievaardighede

In hierdie afdeling word luister, empatie, parafrasering en wanpersepsies verduidelik en geoefen.

Afdeling 2. Fasiliteringsvaardighede

Die gee van inligting, beplanning, rapportering, probleemidentifisering en -begrensing, onderhandeling, probleemhantering en besluitneming word verduidelik en geoefen.

Die fasiliteringsrolle word uitgelig en rollespel fokus op die volgende rolle van die fasiliteerder:

-
- inisieerder van die gesprek,
 - aktiewe luisteraar,
 - “gatekeeper” wat die gesprek gefokus moet hou,
 - “pacekeeper” wat die tydsbenutting bepaal en reguleer,
 - opsommer en klarifiseerder van feite en gevoelens.

In hierdie afdeling van module 4 word die intervensiespan beskryf. Die span bestaan uit die fasiliteerder, afnemer van inligting en ander rolspelers soos byvoorbeeld mediese personeel, sielkundige, maatskaplike werker en predikant wat na die aanvanklike ontlooting op die traumatoneel benut kan word.

Fasilitering en mediasie word met mekaar vergelyk. Die doel hiervan is om beraders behulpsaam te wees met die opstel van 'n voorlegging vir probleemhantering en die implimentering van die oplossing.

Afdeling 3. Konflikhanteringsvaardighede

Die afdeling word weer onderverdeel in vier afdelings, as volg: konflikdefiniëring, progressie van konflik, tipes konflik en hanteringsmeganismes. Die doel blyk te wees om verdere trauma wat deur konflik veroorsaak kan word, te voorkom, byvoorbeeld wanneer gesinsgeweld voorkom en die vrou weerbaar gemaak word. Konflikdefiniëring gee aandag aan :

- die konteks van konflik
- mag,
- betrokke partye,
- addisionele partye,
- stadium van konflik,
- alternatiewe opsies,

Die module word afgesluit met inligting wat verskaf word oor progressie van konflik, tipes konflik en hanteringsmeganismes.

Module 5: Praktiese toepassing van kennis.

Die laaste module word gewy aan die integrasie van al die inligting en die wyse waarop die proses inmekaar steek. Daar word breedvoerig verduidelik watter stappe die vrywilliger neem van die aanvang van die kontak met die slagoffer tot die terminering van die proses.

4.4.5.2 HANDLEIDING VIR VRYWILLIGERS

Handleiding 2 bestaan uit agtergrondinligting en vier modules wat behandel word. Elke module gaan gepaard met praktiese oefeninge. Die modules is as volg verdeel:

Module 1: Restoratiewe/herstelde geregtigheid.

Die KC program beklemtoon die vyf restorasies wat nodig is om die balans in die slagoffer en in die omgewing weer te herstel nadat trauma dit omver gegooi het. Die herstel van die persoon se

- regte,
- gesondheid,
- lewe,
- verhouding met die oortreder,
- steunstelsels en verhoudings, is punte waarop gefokus word. Sien fig 4.1. Sirkel diagram insake KC se areas van fokus.

Die slagoffer moet na die afloop van die program voel dat die volgende elemente omgee vir sy/haar welstand en dat daar na sy/haar belange en behoeftes omgesien sal word deur

- die geregtelike sisteem,
- gesondheidsisteem,
- sy ondersteuningsisteme,
- hom/haarself en,
- die oortreder.

Daar word van ses vrae en besprekings gebruik gemaak om te bepaal of geregtigheid herstel is in die persepsie van die slagoffer. Module 1 het dus suiwer ten doel om die slagoffer insig te laat ontwikkel in die sisteem van geregtigheid en die noodsaaklikheid daarvan dat die verhouding tussen die slagoffer en oortreder moet herstel.

Module 2: Trauma-Intervensie

In module 2 word gefokus op transformasie van trauma en die tema is "Van Terreur na Hoop". Die module word vanuit drie vlakke benader, naamlik inligtingverskaffing, ondersteuning en ontlonging.

Ter inleiding word gefokus op die gee van inligting ten opsigte van,

- die skep van traumataal sodat die slagoffer kan uiting gee aan sy/haar belewenis,
- die insigontwikkeling in die verband tussen stres, uitbranding en trauma,
- Posttraumatische stresversteuring (PTSV),
- die verskuilde slagoffer,

Die proses van impak tot by resolusie/aanvaarding word gekenmerk deur drie fases wat ook volledig bespreek word. Die fases is die impakfase, traumafase en herstelfase. Wanneer die fokus val op ondersteuning word die belangrikheid van steunstelsels beklemtoon en aandag word gegee aan:

- die behoeftes van die slagoffer,
- maniere om die slagoffer te ondersteun,
- verwysing na 'n professionele persoon vir ontlasting.
- fasilitering en bemagtiging om die slagoffer in kontak te bring met sy/haar eie innerlike sterktes.

Ontlasting van trauma en die rasionaal daarvoor word teoreties verduidelik en dan word die module afgesluit.

Module 3: Waardes, norme en regte.

Die vrywilliger word hier onderrig in aspekte wat van belang is wanneer daar met mense gewerk word, naamlik:

- vertroulikheid van inligting,
- kommunikasie van toepaslike keuses van hulpverlening,
- respek vir die identiteit en uniekheid van die persoon met wie gewerk word,
- effektiewe kommunikasie,
- uitskakeling van vooroordele.

Die vrywilligers ontvang ook 'n lys van menseregte wat hul moet bestudeer, en met hul eie waardesisteem moet kontroleer. Dit is belangrik dat die slagoffer se regte nie verder geminag word nie.

Module 4: Ondersteuningstegnieke: (luister-, fasiliterings- en konflikhanteringstegnieke.)

In hierdie module word daar in diepte gefokus op die tegnieke en vaardighede wat nodig is om iemand anders te ondersteun. Al die tegnieke word ook prakties inge oefen deur die betrokkenes deur middel van rollespel.

Dieselfde proses word gevolg as in handleiding 1 maar die begrippe word in meer besonderhede bespreek. Die tegnieke wat bespreek word, is aktiewe luistertegnieke, parafrasering en konflikprogressie. 'n Evaluasievorm word ook na die afloop van die werkswinkel voltooi om te bepaal of die behoeftes van die slagoffers aangespreek is.

4.4.6 Toepassing prosedure en aanpassings.

Die program word aangebied deur opgeleide persone en bestaan uit die twee handleidings wat vier modules elk behandel. Die voertaal is Engels en die program word gewoonlik oor twee vol werksdae of vier aande aangebied. Die program is egter so geskryf dat dit aangepas kan word volgens die funksioneringsvlak van die groep en die doel wat bereik wil word.

Die navorser moes sekere aanpassings maak vir die bepaalde groep byvoorbeeld die gebruik van 'n tolk en die gebruik van uitdeelstukke eerder as die hele handleiding. Aangesien daar hoofsaaklik met werklose persone gewerk is, is daar van uitdeelstukke gebruik gemaak in stede van die handleidings, wat duur is. Daar was ook heertyd 'n tolk beskikbaar wat gehelp het met die vertaling om kommunikasie te vergemaklik. Die tolk is self 'n opgeleide terapeut. Die funksioneringsvlak van die bepaalde groep is laer en die program moes daarvolgens aangepas word deur byvoorbeeld al die tegnieke soos empatie en

refleksie op die mees eenvoudige moontlike manier aan die respondente te verduidelik. Die aanbieding het oor drie dae gestrek en daar is van teoretiese asook praktiese oefeninge gebruik gemaak.

Aangesien Module 1 (herstelde geregtigheid) nie werklik relevant vir die behoeftes van die groep was nie is dit uitgelaat. Aangesien beide die groepe bestaan het uit getraumatiseerde persone, is meer aandag geskenk aan traumaontlonting en die aanleer van kommunikasie- en konflikthanteringsvaardighede. Die program leen hom daartoe dat dit eers die getraumatiseerde persoon bystaan en begelei na genesing, daarna gee dit die persoon geleentheid om vaardighede aan te leer om ook aan ander getraumatiseerde persone bystand te kan verleen. Dit sou sin gee aan die traumatiese gebeurtenis as die slagoffer kon genees en sekere waardevolle vaardighede aangeleer het, asook 'n waardevolle bydrae kan maak in die samelewing.

Psigometriese toetsings is benut om die funksionering van die toetsgroepe te bepaal voor en na intervensie. Daar is ook van 'n evalueringsvorm gebruik gemaak om die respondente se gevoel en gedagtes oor die program se inhoud en aanbieding te toets.

4.4.7 Positiewe aspekte van die program

- Die skep en implimentering van traumataal is baie sinvol.
- Die inskerp van vaardighede soos luistertegnieke, empatie, konflikthantering en kommunikasievaardighede is vir 'n persoon se algemene funksionering belangrik en kan interpersoonlike verhoudinge ook verbeter.
- Die aanleer van 'n vaardigheid soos in die KC program laat 'n persoon se gevoel van selfwaarde verhoog.

- Die uitlig van aspekte wat belangrik is wanneer daar met mense gewerk word, is van groot waarde.
- Die program spreek egter meer as net die area van fisiese veiligheid en traumahantering aan en lewer ook bydraes op ander terreine van lewenskwaliteit soos gesien kan word in 4.5.

4.4.8 Tekorte en leemtes

- Geen waarskuwing teen oorbetrokkenheid word vermeld nie, en persone wat hulself bereid verklaar om vrywilligers te wees, is gewoonlik mense wat juis omgee vir ander en maklik oorbetrokke kan raak.

Die navorser het volwassenes wat reeds aan geweld blootgestel was by die program betrek, asook persone wat graag as vrywillige ondersteuners opgelei wou word. Die program is egter reeds aangebied vir alle belangstellende dienskantore in die Khayalami Metropolitaanse gebied en verskeie terapeute is dus in die proses om die program toe te pas.

Dit blyk dat die program wel die groep wat geteiken was se behoeftes vervul het soos blyk uit die evaluasievorms wat aan die einde van die program ingevul is.

4.5 SLOTSOM

Daar is verskeie programme beskikbaar wat ten doel het om trauma te verlig by slagoffers van geweld. Die navorser het slegs drie programme krities beskou en uiteindelik die Khayalami Cares program toegepas op die proefpersone. Die proefpersone het dit baie sinvol gevind, soos geblyk het uit die evaluasievorms wat hulle aan die einde van die week se werkswinkel voltooi het.

Vervolgens word gelet op die meetinstrumente wat gebruik was om op empiriese wyse te bepaal of die program enige wesentliche verandering by die deelnemers teweeg gebring het. Die ondersoekgroep sal ook bestudeer word.

HOOFSTUK 5

METODE VAN ONDERSOEK

5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is drie programme geëvalueer om te bepaal of die toepassing daarvan die respondente se lewenskwaliteit, psigologiese gesondheid en coping kan verhoog. Vervolgens word die ondersoekgroep op wie die Khayalami Cares program toegepas is, beskryf asook die meetinstrumente waarmee die effek van die program op die respondente gemeet is.

5.2 DIE NAVORSINGSONTWERP

'n Voor- en nameting tweegroepontwerp is gebruik, as 'n metode van Kwasi-eksperimentele navorsing, waardeur bepaal word of die onafhanklike veranderlike die afhanklike veranderlike beïnvloed. Die ongelyke kontrolegroepontwerp is gebruik, aangesien dit nie moontlik was om deur middel van toewysing twee homogene groepe te vorm nie. Die kontrolegroep en eksperimentele groep was dus nie totaal homogeen nie en volgens Huysamen (1993) kan bedreigings soos historiese gebeure, metingsreaksie, spontane ontwikkeling, instrumentasie en regressie in werking wees. In hierdie studie was daar egter nie twee reeds bestaande groepe nie en, met enkele uitsonderings, het die respondente mekaar nie geken nie. Die bedreiging van groepverskille is egter in berekening gebring deur beide groepe te toets voor die terapeutiese ingreep op die afhanklike veranderlike. Die spesifieke ontwerp kan dus as 'n kombinasie van die voor- en nameting tweegroepontwerp en die ongelyke kontrolegroep-ontwerp beskou word.

5.3 DIE ONDERSOEKGROEP

'n Beskikbaarheidsteekproef van ongeveer 30 Tswana en Zoeloe spreekende proefpersone is ewekansig uit Tembisa gekies. Die deelnemers is individue wat aan verskeie vorme van geweld blootgestel was en wat vrywillig aan die navorsingprojek deelgeneem het. Die deelnemers het ingeligte toestemmingsbriewe onderteken. Die steekproef het mense ingesluit van beide geslagte, verskillende sosiale stande, ouderdomme (18-55 jaar) en etniese groepe. 15 Lede was aan die eksperimentele groep en 15 lede aan die kontrolegroep toegewys. Albei groepe het vooraf die vraelyste voltooi.

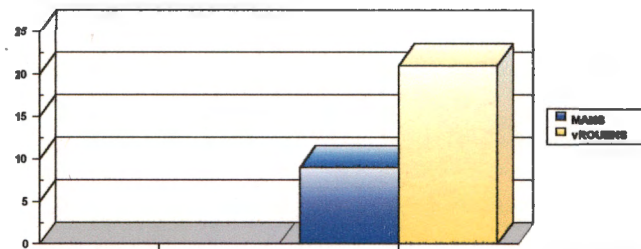


FIG 5.1 GESLAGSVERDELING VAN RESPONDENTE.

Die ondersoekgroep van 30 persone het bestaan uit 9 mans en 21 vrouens.

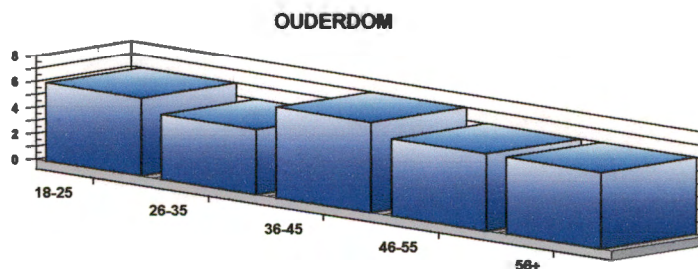


FIG 5.2 OUDERDOMSPREIDING VAN RESPONDENTE

Die ouderdomsverdeling van die groep was baie egalig verspreid. Daar was 6 persone tussen 18-25 jaar, 5 persone tussen 26-35 jaar, 7 persone tussen 36-45 jaar, 6 persone tussen 46-55 jaar en 6 persone ouer as 56 jaar.

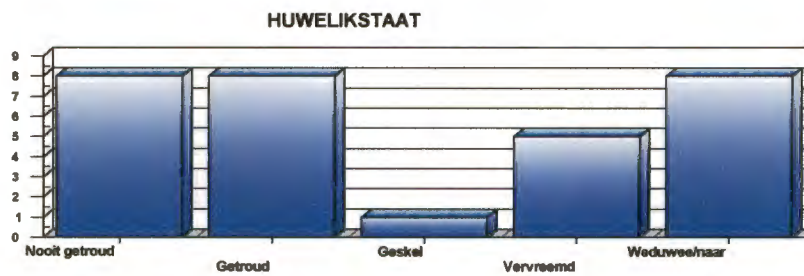


FIG 5.3 HUWELIKSTATUS VAN DIE RESPONDENTE.

Van die dertig respondente is 8 nooit getroud, 8 is tans getroud, 1 is reeds geskei, 5 is vervreemd van hul egliede maar nie geskei nie en 8 se egliede is oorlede.

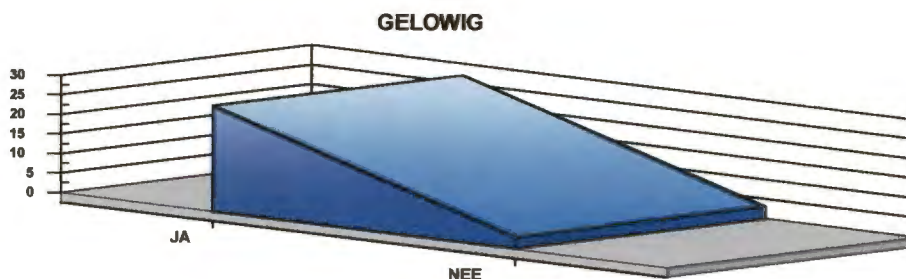


FIG 5.4 KERKBETROKKENHEID EN GELOWIGHEID BY RESPONDENTE

Van die 30 respondente het 27 hulself as gelowig beskou, terwyl 3 nie gelowig is of eredienste bywoon nie.

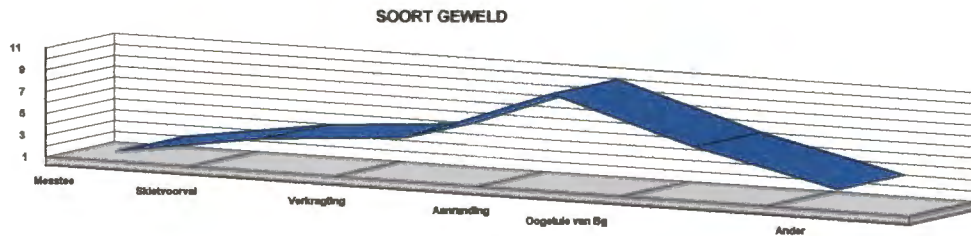


Fig 5.5 SOORTE GEWELD WAARAAN RESPONDENTE BLOOTGESTEL WAS

Van die 30 respondente is 2 persone met messe gesteek, 4 persone was in skietvoorvalle beseer, 5 persone was verkrag, 10 persone was aangerand, 6 persone was oogetuie van geweld en 3 persone was blootgestel aan ander vorme van geweld soos halssnoer-moordpogings, ensomeer.



FIG 5.6 FOTO VAN ONDERSOEGGROEP EN AANBIEDERS.

Aangesien die grootste deel van die respondente Setswana sprekend is, is daar van 'n tolk gebruik gemaak wat voor die navorsing deeglik voorberei was op die hantering van die vrae en meetinstrumente.

5.4 PROSEDURE

Die eksperimentele groep het die program deurloop oor 'n tydperk van 3 dae in die vorm van 'n werkwinkel. Albei groepe is 30 dae na die afloop van die program weer geëvalueer om die effek van die program te bepaal. Die kontrolegroep het na afloop van die projek ook die geleentheid gehad om die program te deurloop en die vaardighede aan te leer. Op die wyse is vermeende voordelige behandeling nie van die kontrolegroep weerhou nie.

Toegang tot die betrokke gemeenskap is verkry deur verskeie projekte wat reeds in die gebiede aan die gang is. 'n Vertrouensverhouding bestaan reeds tussen die navorser en die gemeenskapleiers en verskeie groepe is reeds betrokke in ontwikkelingsprojekte in bogenoemde gebiede. Die navorser het tot die genoemde persone toegang. Daar is noue samewerking tussen die navorser en die rolspelers byvoorbeeld die SAPD, dokters, predikante, skole, sielkundiges en mediese personeel van die krisissentrum en klinieke. Hierdie rolspelers uit die gemeenskap het proefpersone na die program verwys en belangstellendes is as lekeberaders opgelei. Die doel van genoemde netwerkprosedure, is dat die program uitkomstgerig aangebied word en 'n groter impak op die breë gemeenskap kan hê.

As gevolg van groot navrae uit die Kemptonpark gebied wat multi-kultureel is, is dieselfde program ook daar aangebied. Dit het op dieselfde basis geskied as die program wat vir navorsingsdoeleindes aangebied is.

5.5 DIE MEETINSTRUMENTE

Die volgende meetinstrumente is gebruik in die navorsingsprojek:

5.5.1 Demografiese vraelys:

'n Demografiese vraelys is opgestel waarin vasgestel was wat die persone se funksionering en lewenskwaliteit is, en aan watter vorme van geweld hulle blootgestel was. Sien bylaag A. Ander demografiese en identifiserende besonderhede is ook verkry deur middel van die vraelys, naamlik ouderdom, geslag, huistaal, huwelikstatus, opvoedkundige vlak, gesondheid, werksomstandighede en behuisingsomstandighede.

Meting van copingstrategieë:

5.5.2 *Strategic Approach to Coping skaal (SACS) van Hobfoll, Dunahoo en Monnier (1994).*

(i) **Rasionaal**

Hobfoll *et al.* (1994) het die SACS ontwikkel na aanleiding van 'n strategiese multi-as benadering tot coping. Die benadering sluit ook die sosiale konteks in en berus op die aanname dat gesonde coping aktief en prososiaal is. Die SACS bestaan uit drie dimensies, naamlik prososiaal versus antisosiaal, aktiewe versus passiewe coping en direkte versus indirekte coping. Hobfoll *et al.* (1994) meen dat die skaal geslagsbillik en kultuurbillik is. Die drie asse verteenwoordig algemene copingstrategieë en nie spesifieke gedragsvorme of copingstrategieë nie.

(ii) Aard en administrasie

Die SACS het 'n selfrapporteringsformaat en die oorspronklike skaal bestaan uit 52 items. 'n Vyfpunt Likertskaal word aangewend deur middel waarvan die respondente aandui in watter mate copingreaksies in stresvolle omstandighede gebruik is. Die skaal wissel van een (dit is glad nie wat ek sou doen nie) tot vyf (dit is presies wat ek sou doen). Dit neem ongeveer 10 -15 minute om die vraelys te voltooi en daar is geen tydsbeperking nie. Agt tipes copingstrategieë is met behulp van die volgende subskale gemeet:

- Sosiale Aansluiting / *Social Joining (SJ)* [aktief, prososiaal]
- Soeke na Sosiale ondersteuning / *Seeking Social Support (SSS)* [aktief, prososiaal]
- Versigtige Aksie / *Cautious Action (CAC)* [passief, prososiaal]
- Instinktiewe Aksie / *Instinctive Action (IAC)* [passief, prososiaal]
- Vermyding / *Avoidance (AV)* [passief, antisosiaal]
- Indirekte Aksie / *Indirect Action (IDA)* [indirek]
- Antisosiale Aksie / *Antisocial Action (ASA)* [aktief, antisosiaal]
- Aggressiewe Aksie / *Aggressive Action (AGA)* [aktief, antisosiaal]

Weglating van subskaal: Assertiewe Aksie.

Slegs 43 van die totale 52 items is gebruik in hierdie studie, aangesien die subskaal Assertiewe Aksie in geheel uitgelaat is. Verskeie skrywers het bevind dat hierdie subskaal baie lae Cronbach-alpha-betroubaarheidsindekse lewer. Aan die hand van Hobfoll *et al* (1994) is elke subskaal se Cronbach alpha-betroubaarheidsindekse en Pearson-korrelasies bestudeer en vergelyk met Van der Wateren (1997) se Cronbach alpha-betroubaarheidsindekse.

Assertiewe aksie toon Cronbach alpha-betroubaarheidsindekse van 0.46 vir Hobfoll *et al.* (1994/5) se middestad-steekproef en 0.39 vir die Suid-Afrikaanse studente-steekproef wat Van der Wateren (1997) getrek het. Stapelberg (1999) het na deeglike studie bevind dat die subskaal vir Assertiewe Aksie lae Cronbach Alpha-betroubaarheidsindekse toon en dus meebring dat dit nie geskik sou wees vir hierdie studie nie.

(iii) Nasien en Interpretasie

Elke subskaal se gemerkte items word gesommeer om 'n totaalstelling vir elke subskaal te kry. Aangesien die subskale nie uit dieselfde hoeveelheid items bestaan nie, is die frekwensie waarmee die voorkeur copingstrategieë gebruik word, nie direk vergelykbaar nie. Normtabelle is nog nie beskikbaar nie en resultate moet nog met ander soortgelyke navorsingsresultate vergelyk word. Die totaalstelling kan 'n minimum van 44 wees en 'n maksimum van 220.

(iv) Geldigheid en betroubaarheid

Hobfoll *et al.* (1994) rapporteer voorlopige geldigheid- en betroubaarheidsindekse vir die algemene vorm wat tydens die twee studies gevind is. Die eerste studie op 'n studentepopulasie, het bevredigende Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.62 en 0.86. Die tweede studie met 'n steekproef in die middestad van Kent, het gewissel tussen 0.59 en 0.84. In hierdie ondersoek is Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse verkry wat wissel tussen 0.41 en 0.84. Sien verdere besonderhede in Hoofstuk 6.

(v) Motivering vir gebruik

Die skaal dek die sosiale, aktiewe en passiewe dimensies van coping wat nie in ander meetinstrumente verkry word nie. Hobfoll *et al.* (1994) se uitspraak oor die geslags- en kultuurbilikhed van die SACS maak sy insluiting in die toetsbattery noodsaaklik en toepaslik vir hierdie studie. Betroubaarheids- en geldigheidsindekse in vorige studies kom bevredigend voor.

5.5.3 COPE-vraelys (COPE) van Carver, Scheier en Weintraub (1989)**(i) Rasionaal**

Carver, Scheier & Weintraub (1989) het die ontwikkeling van die COPE vraelys gebaseer op hul teorie dat 'n persoon se copingstrategieë nie net afhanklik is van eksklusiewe situasiespesifieke aanpassing nie, maar 'n stabiele individuele voorkeur is. Verder bevind hul ook dat verskeie persoonlikheidseienskappe korreleer met die keuse van voorkeur copingstrategieë. Die eienskappe wat hul onder andere gevind het wat korreleer met die voorkeur copingstrategieë is optimisme versus pessimisme, lokus van kontrole, self-esteem, gehardheid en angstigheid (Carver *et al.*, 1989)

(ii) Aard en administrasie

Die COPE is 'n multi-dimensionele coping-vraelys bestaande uit 53 items. Die meetinstrument bestaan uit 13 subskale met 4 items elk wat volgens Carver *et al.* (1989) 13 copingstrategieë meet. Die subskale is onderverdeel in drie kategorië naamlik probleemgefokusde copingstrategieë, emosioneel gefokusde copingstrategieë en derdens die minder bruikbare strategieë. 'n 14de subskaal wat uit een item bestaan is later bygevoeg en dit meet alkohol en

middelmisbruik. Daar is geen tydsbeperking op die beantwoording van die vraelys nie.

Die subskale is as volg verdeel:

(ii)a Probleemgefokusde copingstrategieë

- **Aktiewe Coping / Active Coping (AC)** - Dit is 'n aktiewe poging om die oorsaak van die stressor te verwyder, die effek daarvan te verminder of om die stressor te verminder.
- **Bepanning / Planning (P)** - Dit is die doelbewuste denke waartydens aksies beplan en oorweeg word om die probleemsituasie op die beste moontlike wyse te hanteer.
- **Onderdrukking van Kompeterende Aktiwiteite / Suppressing of Competing Activities (SCA)** - Alle ander aktiwiteite wat aandag verg word eers opsy geskuif om sodoende al die aandag te skenk aan die probleem voor hande.
- **Weerhoudingscoping / Restraint Coping (RC)** - Tydens weerhoudingscoping wag die persoon vir die regte oomblik om die probleem te hanteer, en voorkom so impulsiewe ondeurdagte optrede.
- **Soeke na Sosiale Steun vir Instrumentele Redes / Seeking Social Support for Instrumental Reasons (SIR)** - Raad, hulp en inligting word ingewin sodat ingeligte besluite geneem kan word en die probleem opgelos kan word.

(ii)b Emosioneelgefokusde copingstrategieë

- **Soeke na Sosiale Steun om Emosionele Redes / Seeking Social Support for Emotional Reasons (SER)** - Die persoon soek na begrip, morele steun en simpatie.
- **Positiewe Herformulering en Groei / Positive Reinterpretation and Growth (PRG)** - Hierdie strategie is daarop gemik om die ontstellende emosies te hanteer, maar die stressor word nie hanteer nie.

-
- **Aanvaarding / Acceptance (A)** - Die persoon aanvaar die stressor as 'n realiteit. Hierdie beskouing is nuttig in gevalle waar die stressor nie verwyder kan word nie.
 - **Wend na Religie / Turning to Religion (TR)** - Die persoon wend hom tot sy/haar God en probeer die situasie hanteer en verstaan deur religieuse uitlewing.
 - **Ontkenning / Denial (D)** - Die stressor word as onwerklik beleef en geen aktiewe pogings word dus aangewend om die situasie te hanteer nie.

(ii)c Minder bruikbare strategieë.

- **Fokus op Ventilering van Emosies / Focus on Venting of Emotions (FVE)** - Die persoon fokus daarop om die emosies wat deur die stressor veroorsaak word, te ventileer en uit te leef. Dit kan egter daartoe lei dat sosiale steun verlore gaan as die bron van sosiale steun daardeur afgestoot word.
- **Gedragsonttrekking / Behavioural Disengagement (BD)** - volg gewoonlik op 'n gevoel van hulpeloosheid waartydens die persoon alle pogings om die stressor te hanteer, laat vaar.
- **Verstandelike Onttrekking / Mental Disengagement (MD)** - Die persoon lei hul gedagtes van die stressor af deur te ontvlug in fantasering of oormatige slaap.
- **Alkohol-en Substansgebruik / Alcohol-and Drug Disengagement (ADD)** - Hierdie metode vind plaas wanneer 'n persoon nie sy situasie kan hanteer nie, en dan sy toevlug neem tot alkohol of substansie as metode om te ontvlug.

Die COPE het 'n selfrapporteringsformaat waartydens persone self rapporteer wat hul meestal dink of doen. 'n Vierpunt Likert-skaal word gebruik en wissel van een (ek doen dit normaalweg nie) tot vier (ek doen dit meestal) (Carver *et al*, 1989).

(iii) Nasien en Interpretasie

Elke subskaal se gemerkte tellings word gesommeer. Die copingstrategie wat die meeste gebruik word, het die hoogste tellings. Die totaalstelling kan 'n minimum van 53 en 'n maksimum van 212 wees.

(iv) Geldigheid en betroubaarheid

Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.45 (verstandelike onttrekking) en 0.92 word gerapporteer (Carver *et al.* 1989). Alle subskale, uitgesluit mentale onttrekking, beskik oor bevredigende betroubaarheidskoëffisiënte. Mentale onttrekking verskil van ander subskale aangesien die kriteria vir die skaal veelvuldige aksies insluit wat die lae betroubaarheid verklaar. Toets-hertoetsbetroubaarheid wissel van 0.46 tot 0.86 na agt weke en na ses weke tussen 0.42 en 0.89. Betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.16 en 0.98 is in hierdie studie gevind. Meer besonderhede in hoofstuk 6.

Tellings in ander Suid-Afrikaanse studies vergelyk goed met die huidige studie, byvoorbeeld Stapelberg (1999), se betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.38 en 0.63.

(v) Motivering vir gebruik

Die skaal se betroubaarheids- en geldigheidsindekse is hoog beide in Suid-Afrikaanse asook ander populasies. Duidelike copingstrategie word gemeet en die vrae is nie situasiegebonde nie, wat dit meer universeel maak. Die vrae poog ook om die respondent 'n wye keuse van voorkeur copingstrategie te gee.

Meting van psigologiese gesondheid:**5.5.4 *Sense of Coherence* skaal (SOC) van Antonovsky (1987,1993).****(i) Rasionaal**

Antonovsky (1987) ontwerp die *Sense of Coherence* skaal (SOC) vir die operasionalisering van die konstruk, koherensiesin. Dit maak dit moontlik om die respondent se koherensiebelewenis uit te druk op kwantitatiewe wyse.

Volgens Antonovsky (1993) is sekuriteit 'n voorvereiste vir psigologiese gesondheid of koherensiesin. Koherensiesin is 'n globale oriëntasie wat die mate uitdruk waartoe die persoon 'n durende maar dinamiese gevoel ervaar dat stimuli van die interne en eksterne omgewing in die loop van die lewe gestruktureerd, voorspelbaar en verstaanbaar is, dat die eise in werklikheid uitdagings is wat die moeite werd is om energie voor aan te wend en dat hulpbronne beskikbaar is om met die eise van die situasie te cope. Die sleutelkonstrukte van psigologiese gesondheid is verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en sinvolheid (Antonovsky, 1993).

Wissing en Van Eeden (1994), Wissing (1997) en Wissing en du Toit (1994) beskryf psigologiese gesondheid op grond van empiriese studies in terme van spesifieke affektiewe, kognitiewe, gedrags- en interpersoonlike kenmerke. Dus word psigologiese gesondheid gekonseptualiseer as affekbalans, lewenssatisfaksie en koherensiesin.

(ii) Aard en administrasie

Die SOC is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 29 items bestaan. Die respondent

moet halfvoltooide stellings asook die twee verskillende pole lees en dan op 'n sewepuntskaal aandui in watter mate een van die pole op hulself van toepassing is.

Die 29 items word onderverdeel in elf verstaanbaarheids-, tien hanteerbaarheids- en agt sinvolheidsvrae. Dertien van die items is negatief geformuleer wat beteken dat die tellings omgekeer moet word tydens die nasien daarvan. Die vraelys kan in onderhoudsvorm of as selfrapportering benut word. Die studie het van selfrapportering gebruik gemaak. Daar is geen tydsbeperking nie, maar dit neem ongeveer 20 minute om die vraelys te voltooi.

(iii) Nasien en interpretasie

Die SOC word nagesien deur eers die tellings by die dertien aangeduide items om te keer, waarna die waarde van elke gemerkte item gesommeer word om 'n totaalstelling te kry. Die totaalstelling kan minimum 29 wees en maksimum 203. 'n Hoë telling dui op hoër koherensiesin en 'n lae telling op laer koherensiesin. Persone met hoë tellings sal dus die aard en dimensies van 'n sterk chroniese stressor beter kan verstaan, en eerder deelneem aan aktiwiteite wat hul psigologiese gesondheid sal bevorder, as persone met lae tellings (Antonovsky, 1987 ; 1993) .

Gemiddelde tellings van 117 - 152 word deur Antonovsky (1993) gerapporteer as norms na aanleiding van navorsing gedoen op persone van verskeie kulture en ouderdomsgroepe. Wissing en Van Eeden (1994) kry gemiddeldes van 134,8 by Suid-Afrikaanse jong volwassenes, 141,5 by Suid-Afrikaanse middel volwassenes en 137,8 by ouer Suid-Afrikaanse volwassenes. Van der Wateren (1997) rapporteer gemiddeldes van 134,28 by 'n Suid-Afrikaanse studentepopulasie tussen die ouderdomme 19 -30 jaar.

'n Alternatiewe nasienstelsel word gebruik in hierdie studie om die effek van neutrale antwoorde wat voorgekom het, te verminder. Die sewe-punt responsstelsel is nagesien asof dit 'n driepunt responsstelsel is. Daar is twee metodes gevolg, naamlik :

- Responsopsies 1-3 word elkeen die numeriese waarde van 1 gegee, responsopsie 4 kry die numeriese waarde van 2 en responsopsies 5-7 kry die numeriese waarde van 3 (Dus: 1=1, 2=1, 3=1, 4=2, 5=3, 6=3, 7=3).
- Responsopsies 1-2 word die numeriese waarde van 1 gegee, responsopsies 3-5 word die numeriese waarde van 2 gegee en responsopsies 6-7 kry die numeriese waarde van 3, (dus 1=1, 2=1, 3=2, 4=2, 5=2, 6=3, 7=3)
- In beide die alternatiewe nasienstelsels kan die totaalstelling 'n minimum van 29 en 'n maksimum van 87 wees, en die betroubaarheidsindekse van al drie metodes is vergelyk.

(iv) Geldigheid en betroubaarheid

Antonovsky (1993) rapporteer goeie betroubaarheids- en geldigheidsindekse by 'n verskeidenheid van Westerse populasies. In hierdie populasies het die kulture en tale baie verskil. Flannery (1994), McSherry et al. (1994), en Antonovsky (1993) toon Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.80 en 0.95. Wissing en Van Eeden (1994), Wissing en Du Toit (1994) en Van der Wateren (1997) rapporteer Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse vir Suid-Afrikaanse populasies wat wissel tussen 0.75 tot 0.91. Antonovsky (1993) het toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van 0.52 en 0.56 na 'n jaar gekry en na 'n tydperk van twee jaar indekse van 0.54 en 0.55 by 'n Israeliese groep. 'n Cronbach Alfa-betroubaarheidsindeks van 0.56 is in hierdie ondersoek verkry.

(v) Motivering vir gebruik

Antonovsky (1993) voer aan dat sy sleutelkonstrukte universeel geldig is vir verskillende kulture, geslagte, en sosiale stande. Die drie sleutelkonstrukte van die SOC naamlik, verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en sinvolheid word ook deur Wissing en Van Eeden (1994) gerapporteer. Sammallahti et. al. (in Stapelberg, 1999) het, op grond van empiriese navorsing, bevind dat die SOC konstruk 'n goeie aanduiding van die individu se coping potensiaal is.

5.5.5 Satisfaction with Life-skaal (SWLS) van Diener, Emmons, Larsen en Griffen (1985)).**(i) Rasionaal**

Die SWLS is deur Diener et al. (1985) ontwikkel om globale lewenstevredenheid te bepaal. Lewenstevredenheid word deur laasgenoemdes beskryf as die resultaat van 'n kognitief beoordelende proses, waar die respondent hul eie huidige omstandighede op subjektiewe wyse meet.

(ii) Aard en administrasie

Die SWLS is 'n vyfitem selfevalueringsvraelys waartydens die respondent aan die hand van 'n sewepunt Likertskaal die mate moet aandui waarin hy/sy saamstem of verskil met die stellings. Die skaaltellings wissel van een (verskil sterk van die stelling) na sewe (stem sterk saam met die stelling) waar 'n telling van vier dui op neutraliteit. Die vraelys neem respondente ongeveer twee minute om te voltooi en is maklik om af te lê. Daar is geen tydsbeperking op die voltooiing van die vraelys nie.

(iii) Nasien en interpretasie

Die totaal van die tellings van vyf response op die SWLS word gesommeer om 'n tootaaltelling op die skaal te kry. Die omvang van die skaal strek van 5 (lae lewenstevredenheid) na 35 (hoë mate van lewenstevredenheid).

(iv) Geldigheid en betroubaarheid

Diener et al. (1995) (in Stapelberg, 1999) rapporteer goeie geldigheid en 'n hoë Cronbach Alfa-betroubaarheidsindeks van 0.87. 'n Twee-maande toets-hertoets betroubaarheidsindeks van 0.82 is ook deur laasgenoemde outeurs verkry. Pavot en Diener (1993) rapporteer Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse van 0.80 tot 0,89 en toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van 0.85 en 0.83. In die huidige ondersoek is Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse van 0.60 gevind. Verdere besonderhede word in hoofstuk 6 bespreek.

(v) Motivering vir gebruik

Die SWLS is 'n kompakte meetinstrument wat met verskeie dimensies van psigologiese gesondheid geassosieer word (Diener et al,1985; Pavot & Diener, 1993; Wissing en du Toit, 1994). Volgens Pavot en Diener (1993) kan die SWLS met sukses by kruiskulturele navorsing gebruik word en gee 'n goeie aanduiding van die respondent se subjektiewe kognitiewe belewenis van sy lewenstevredenheid. In kombinasie met die Affektometer (AFM) se affektiewe evaluering van lewenstevredenheid en die SOC gee dit 'n redelike omvattende meting van die respondent se psigologiese gesondheid .

5.5.6 *Affektometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983).*

(i) Rasionaal

Die AFM dui op 'n individu se algemene gevoel van geluk, tevredenheid en gesondheid en fokus op 'n gevoel van lewenskwaliteit soos die persoon dit op emosionele/affektiewe vlak ervaar. Die meetinstrument is gebaseer op die balans van positiewe en negatiewe emosies met verwysing na huidige omstandighede.

(ii) Aard en Administrasie

Die AFM is 'n selfrapporteringsvraelys bestaande uit 20 items en die respondent moet aan die hand van 'n vyfpunt Likertskaal evalueer wat op hom/haar van toepassing is met betrekking tot huidige omstandighede. Die skaal wissel van 1 (glad nie) tot vyf (altyd). Dit neem ongeveer vyf tot tien minute om die vraelys te voltooi en daar is geen tydsbeperking nie.

(iii) Nasien en interpretasie

Die AFM bestaan uit tien items wat Positiewe Affek (PA) meet, en tien wat Negatiewe Affek (NA) meet. Elke afdeling se totaaltellings word bereken. Die Positiewe-Negatiewe-Affek-Balans-skaaltelling (PNB) word bereken deur die totaalstelling van die Negatiewe Affek van die totaalstelling van die Positiewe Affek af te trek. Die respondent se dominerende gevoel van welsyn word uitgedruk deur die mate waarin die Positiewe Affek die Negatiewe Affek oorskry. Van der Wateren (1997) rapporteer gemiddelde PNB tellings van 14.22 by 'n Suid-Afrikaanse studentepopulasie.

(iv) Geldigheid en betroubaarheid

Kammann en Flett (1983) rapporteer 'n hoë Cronbach Alfa betroubaarheidsindeks van 0.95 vir die (PNB). Navorsing gedoen op Suid-Afrikaanse groepe rapporteer Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse van 0.86 en 0.81 (PA) en 0.9. en 0.83 (NA) met 'n (PNB) van 0.92 en 0.88 (Wissing & Van Eeden, 1994 in Van der Wateren, 1997).

(v) Motivering vir gebruik

Die AFM gee 'n goeie aanduiding van psigologiese gesondheid aangesien die AFM sterk gelaai is op 'n algemene psigiese gesondheidsfaktor (Wissing & Van Eeden, 1994).

Meting van lewenskwaliteit:**5.5.7 *Quality of Life Inventory (QOLI) van Frisch (1994).*****(i) Rasionaal**

Frisch (1994); Lazarus (1991) en Jenkins (1992) meen dat die QOLI 'n onmisbare meetinstrument is, aangesien daar aandag gegee word aan die totale psigologiese en fisiese beeld van die respondent. Die meetinstrument kan ook aangewend word om moontlike gesondheidsprobleme te voorspel en psigoterapeutiese en mediese behandelingsplanne te rig. Verder is die meetinstrument behulpzaam met die ontwikkeling van insig met betrekking tot 'n wye verskeidenheid psigologiese versteurings en die behandeling daarvan.

(ii) Aard en Administrasie

Die QOLI is 'n selfrapporteringsvraelys wat die tevredenheid of ontevredenheid van die respondent toets in sestien areas van sy/haar lewe. Die areas is Gesondheid, Self-esteem, Doelwitte en waardes, Werk, Ontspanning, Opleiding, Kreatiwiteit, Behulpsaamheid, Liefde, Vriendskap, Kinders, Familie, Woning, Omgewing en Gemeenskap. Die QOLI het 32 items en vir elke area is daar 'n meting van die belangrikheid van die teenwoordigheid daarvan in die respondent se lewe. Die QOLI meet ook die tevredenheid van die respondent met betrekking tot die toestand van al die areas in sy lewe.

Die voltooiing van die skaal neem ongeveer vyf na tien minute, maar daar is geen tydsbeperking op die voltooiing van die vrae nie. Die meetinstrument is maklik verstaanbaar en duidelik en universeel relevant (Frisch, 1994).

(iii) Nasien en interpretasie

Die gemerkte antwoorde word gesommeer deurdat die respondent se tevredenheidsresponse vermenigvuldig word met sy belangrikheidsresponse op dieselfde area om totaaltellings te verkry. Indien twee skale of meer uitgelaat is, is die vraelys nie meer geldig nie omdat dit onvolledig is. Hoë totaaltellings op die tevredenheidskale dui op persone wat redelik vry is van psigologiese ongesondheid en hul mees basiese en belangrikste behoeftes word vervul. Lae totaaltellings op hierdie skaal dui op respondente wat onvervuld en ongelukkig is met meeste van hul areas van behoeftevervulling.

(iv) Geldigheid en betroubaarheid

Frisch (1994) rapporteer 'n goeie Cronbach Alfa-betroubaarheidsindeks van 0.79 en 'n toets-hertoets-betroubaarheidsindeks van 0.73 op die totaalstelling. Nienaber *et al.* (1999) rapporteer vir Suid-Afrika. Cronbach Alfa betroubaarheidsindekse kon nie in hierdie geval bereken word nie, aangesien slegs die subskale in berekening gebring is en nie die totaalstelling nie.

(v) Motivering vir gebruik

Dit is onontbeerlik om die QOLI in hierdie studie te gebruik, aangesien die respondente se lewenskwaliteit gemeet word om te sien of terapeutiese insette enige positiewe verskil maak. Die QOLI is volgens Frisch (1994) en Kazdin (1993) sensitief vir terapeutiese insette en is dus baie relevant vir die toets-hertoetsproses wat in hierdie studie gevolg is. Die toets-hertoetsproses het oor 'n tydperk van 30 dae gestrek.

5.6 STATISTIESE ANALISE

Vir die statistiese verkenning van die data, sal die volgende gedoen word:

- Beskrywende statistieke naamlik gem, SA en Cronbach Alpha-betroubaarheidskoëffisiënte sal vir al die skale en subskale bereken word.
- Binnegroep en tussengroepverskille sal bereken word om te bepaal of daar betekenisvolle verskille binne en tussen die eksperimentele en kontrolegroep was.

5.7 SLOTSOM

Die eksperimentele en kontrolegroep is met dieselfde meetinstrumente geëvalueer voor intervensie. Na afloop van die intervensie by die eksperimentele groep is beide groepe weer geëvalueer met dieselfde meetinstrumente. Die meetinstrumente blyk almal redelik kultuurbillik te wees en is gestandaardiseerde meetinstrumente wat empiriese resultate verkry. Vervolgens word die empiriese resultate beskou en geïnterpreteer.

HOOFSTUK 6

RESULTATE EN INTERPRETASIE

6.1 INLEIDING

Om te bepaal of die meetinstrumente geskik is vir die groep waarop dit toegepas is, sal beskrywende statistiek en betroubaarheidsindekse vir al die meetinstrumente gegee word. Die eksperimentele en kontrolegroepe sal daarna vergelyk word voor die aanvang van die program. Die beduidenheid van verskille binne die eksperimentele groep voor en na die aanbieding van die program sal bepaal word vir al die meetinstrumente. Die beduidenheid van verskille binne die kontrolegroep sal ook voor en na aanbieding van die program bepaal word.

6.2 BESKRYWENDE STATISTIEK

In tabel 1 word die beskrywende statistiek van die eksperimentele groep, vir al die meetinstrumente gegee.

Tabel 1: Beskrywende statistiek vir die eksperimentele groep ten opsigte van al die meetinstrumente (N = 15)

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS		BETROUBAARHEIDS-INDEKSE (α)	SKAAL-TELLING (ST)
			MIN	MAKS		
COPE: AC	15.06	1.91	10	16	0.75	
COPE: P	14.63	1.89	11	16	0.49	
COPE: SCA	14.19	2.61	9	16	0.59	
COPE: RC	13.56	3.35	7	16	0.77	
COPE: SIR	15.0	1.32	13	16	0.29 *	
COPE: SER	15.25	1.84	9	16	0.76	
COPE: PRG	15.19	1.56	11	16	0.16 *	
COPE: A	12.63	1.82	8	16	-0.19	
COPE: TTR	15.88	0.34	15	16	0.98	
COPE: FVE	14.38	2.06	10	16	0.57	
COPE: D	13.13	3.90	6	16	0.82	
COPE: BD	9.88	2.80	7	15	0.20 *	
COPE: MD	14.13	1.41	11	16	-0.25	
COPE: ADD	2.06	1.44	1	4	- □	
COPE T	-	-	-	-	0.78	
SACS: CAC	21.81	3.58	15	25	0.67	4.36
SACS: SJ	21.56	2.78	14	25	0.41 *	4.31
SACS: SSS	29.63	3.67	18	33	- □	4.23
SACS: IAC	26.88	4.51	17	30	0.84	4.48
SACS: AV	23.56	5.25	11	30	0.73	3.93
SACS: IDA	16.0	3.4	11	20	0.60	4.0
SACS: ASA	21.19	6.8	10	39	0.75	3.53
SACS: AGA	17.44	3.18	11	21	0.10	3.49
QOLI: HEALTH	3.69	0.87	1	4	- □	
QOLI: SELFESTEEM	3.44	1.03	1	4	- □	
QOLI: GOALS	2.88	1.63	0	4	- □	
QOLI: MONEY	3.06	1.29	1	4	- □	

QOLI: WORK	3.38	1.20	0	4	- □
QOLI: PLAY	1.88	1.09	0	4	- □
QOLI: LEARNING	2.75	1.0	2	4	- □
QOLI: CREATIVITY	1.69	1.25	0	4	- □
QOLI: HELPING	11.56	11.85	4	36	- □
QOLI: LOVE	9.0	5.5	4	24	- □
QOLI: FRIENDSHIP	11.06	7.37	4	36	- □
QOLI: CHILDREN	21.88	8.59	4	36	- □
QOLI: RELATIONSHIPS	18.94	8.68	4	30	- □
QOLI: HOME	16.31	10.09	4	30	- □
QOLI: NEIGHBOURS	20.69	9.49	4	30	- □
QOLI: COMMUNITY	12.62	7.14	4	25	- □
SOC: EKSPERIMENTEEL	130.4	13.02	97	157	0.56
AFM: PA	39.06	4.22	33	49	0.61
AFM: NA	29.88	3.72	20	37	0.55
AFM:PNB	9.19	4.74	2	21	- □
SWLS	19.94	6.22	8	33	0.60

SLEUTEL:

AC = Aktiewe coping, P = Bepanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike ontrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks. SJ = Sosiale aansluiting, SSS = Soeke na sosiale steun, CAC = Versigtige aksie, IAC = Instinkiewe aksie, AV = Vermiddingsaksie, IDA = Indirekte aksie, ASA = Antisosiale aksie, AGA = aggressiewe aksie. PA = Positiewe affek, NA = Negatiewe affek, PNB = Positiewe-negatiewe balans □ Betroubaarheidsindekse kan nie vir die skale bereken word nie.

Uit Tabel 1 blyk dit dat die volgende skale van die **(COPE)** oor voldoende tot besonder goeie betroubaarheidsindekse beskik (AC = 0.75, RC = 0.77, SER = 0.76, TTR = 0.98 en D = 0.82) vir die eksperimentele groep voor intervensie.

Cronbach Alfa-tellings is kleiner as 0.05 in die geval van SIR, PRG, A , MD en BD en resultate verkry op hierdie subskale moet met versigtigheid geïnterpreteer word.

Betroubaarheidsindekse van 0.5 en hoër op meetinstrumente is aanvaarbaar by die vergelyking van groepe (Smit,1991). Die betroubaarheidsindekse vir die **(COPE)** vergelyk goed met resultate soos verkry deur Stapelberg (1999) alhoewel dit by sommige subskale (SIR, PRG,A en BD) heelwat laer is as resultate verkry deur Carver et al (1989) wat die skaal op Westerse groepe afgeneem het. Stapelberg (1999) se proefpersone was Setswana sprekend en die huidige studie se proefpersone is hoofsaaklik Zoeloe en Setswana sprekend.

Hierdie gegewens sal dus beter vergelyk kan word met Stapelberg (1999) se tellings. In die lig van die bogenoemde aanvaar die navorser dat die betroubaarheidsindekse in hierdie studie verkry, bevredigend is. Gemiddelde tellings verkry in die huidige steekproef is vir al die subskale hoër as gemiddeldes verkry in vorige studies deur Stapelberg (1999), Carver et al (1989) en Van der Wateren (1997).

Uit die betroubaarheidsindekse van tabel 1, blyk dit dat die volgende skale oor baie goeie betroubaarheidsindekse beskik vir die **(SACS)**, naamlik: CAC = 0.67, IAC= 0.84, AV = 0.73, IDA= 0.60, ASA= 0.75. Sosiale aansluiting (SJ), soeke na sosiale ondersteuning (SSS) en aggressiewe aksie (AGA) moet met versigtigheid geïnterpreteer word. In tabel 1 en 2 word die beskrywende statistiek en betroubaarheidsindekse van die **(SACS)** per stratum aangedui.

Bogenoemde subskale beskik nie oor dieselfde hoeveelheid items nie en die gemiddeldes kan nie met mekaar vergelyk word nie. Belangrike inligting oor die copingstrategieë gaan dus verlore. Om dit te verhoed word skaaltellings bereken met die volgende formule: **ST (skaaltelling) = Gemiddelde telling ÷ Aantal items op elke subskaal**

Die Cronbach Alfa-betroubaarheidsindeks by die **(SOC)** is voldoende vir interpretasie (0.56). Die Cronbach Alfa- betroubaarheidsindekse van die **(SWLS)** is voldoende vir interpretasie (0.60) asook die Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse vir die **(AFM)** wat voldoende is (0.61 en 0.55). Tabel 2 rapporteer die kontrolegroepe se betroubaarheidsindekse en beskrywende statistiek vir al die meetinstrumente

Tabel 2: Beskrywende statistiek vir die kontrolegroep ten opsigte van al die meetinstrumente (N = 15)

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS		BETROUBAARHEIDS- INDEKSE (α)	SKAALTELLINGS (ST)
			MIN	MAKS		
COPE: AC	14.86	2.10	10	16	0.75	
COPE: P	15.63	0.74	14	16	0.49	
COPE: SCA	14.88	1.89	11	16	0.59	
COPE: RC	15.38	1.41	12	16	0.77	
COPE: SIR	13.88	2.23	10	16	0.29	
COPE: SER	14.75	2.31	11	16	0.76	
COPE: PRG	14.25	1.49	13	16	0.16	
COPE: A	12.75	2.49	9	16	-0.19	
COPE: TTR	14.25	4.20	4	16	0.98	
COPE: FVE	12.75	3.33	8	16	0.57	
COPE: D	13.0	3.63	7	16	0.82	
COPE: BD	10.13	1.81	7	13	0.20	
COPE: MD	13.75	1.75	11	16	-0.25	
COPE: ADD	1.75	1.39	1	4	- □	
COPE T	-	-	-	-	0.78	
SACS: SJ	21.63	2.33	18	25	0.41	4.33
SACS: SSS	29.38	4.07	22	33	- □	4.2
SACS: CAC	21.63	3.74	16	25	0.67	4.32
SACS: IAC	23.38	6.50	14	30	0.84	4.0
SACS: AV	20.88	7.45	11	30	0.73	3.48
SACS: IDA	16.0	5.21	8	20	0.60	4.0
SACS: ASA	21.0	5.68	13	28	0.75	3.5
SACS: AGA	17.75	2.19	14	21	0.10	3.55
QOLI: HEALTH	2.50	1.69	0	4	- □	
QOLI: SELFESTEEM	2.50	1.31	1	4	- □	
QOLI: GOALS	2.75	1.39	1	4	- □	
QOLI: MONEY	2.38	1.77	0	4	- □	

QOLI: WORK	2.50	1.70	0	4	- □
QOLI: PLAY	2.25	1.28	0	4	- □
QOLI: LEARNING	3.50	1.41	0	4	- □
QOLI: CREATIVITY	3.38	1.19	1	4	- □
QOLI: HELPING	13.75	10.96	4	30	- □
QOLI: LOVE	13.38	9.90	4	30	- □
QOLI: FRIENDSHIP	12.00	4.87	5	20	- □
QOLI: CHILDREN	28.0	7.29	16	36	- □
QOLI: RELATIONSHIPS	23.25	8.20	10	36	- □
QOLI: HOME	22.63	9.07	10	36	- □
QOLI: NEIGHBOURS	26.75	8.61	15	36	- □
QOLI: COMMUNITY	21.75	9.45	8	36	- □
SOC: KONTROLE	126.25	23.0	95	150	0.56
AFM: PA	38.36	4.14	35	46	0.61
AFM: NA	28.63	5.34	16	34	0.55
AFM: PNB	10.0	8.25	5	30	- □
SWLS	22.75	5.18	17	31	0.60

SLEUTEL:

AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike ontrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, SA = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SJ = Sosiale aansluiting, SSS = Soeke na sosiale steun, CAC = Versigtige aksie, IAC = Instinktiewe aksie, AV = Vermydingsaksie, IDA = Indirekte aksie, ASA = Antisosiale aksie, AGA = aggressiewe aksie, PA = Positiewe affek, NA = Negatiewe affek, PNB = Positiewe-negatiewe balans. □ Betroubaarheidsindekse kan nie vir die skale bereken word nie.

Uit Tabel 2 blyk dit dat die volgende skale van die (COPE) oor voldoende tot besonder goeie betroubaarheidsindekse beskik (AC = 0.75, RC = 0.77, SER = 0.76, TTR = 0.98 en D = 0.82) vir die kontrolegroep voor intervensie. Cronbach Alfa-tellings is kleiner as 0.05 in die geval van SIR, PRG, A, MD en BD en resultate verkry op hierdie subskale moet met versigtigheid geïnterpreteer word.

Betroubaarheidsindekse van 0.5 en hoër op meetinstrumente is aanvaarbaar by die vergelyking van groepe (Smit, 1991).

Die betroubaarheidsindekse vir die **(COPE)** vergelyk goed met resultate soos verkry deur Stapelberg (1999). Uit die betroubaarheidsindekse van tabel 1, blyk dit ook dat die volgende skale oor baie goeie betroubaarheidsindekse beskik vir die **(SACS)**, naamlik: CAC = 0.67, IAC= 0.84, AV = 0.73, IDA= 0.60, ASA= 0.75. Sosiale aansluiting (SJ), soeke na sosiale ondersteuning (SSS) en aggressiewe aksie (AGA) moet met versigtigheid geïnterpreteer word.

Die Cronbach Alfa-betroubaarheidsindeks by die **(SOC)** is voldoende vir interpretasie (0.56). Die Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse van die **(SWLS)** is voldoende vir interpretasie (0.60) asook die Cronbach Alfa-betroubaarheidsindekse vir die **(AFM)** wat voldoende is (0.61 en 0.55).

6.2.1 DIE METING VAN COPING (COPE, SACS)

Vervolgens word gelet op die eksperimentele groep se mate van coping voor die aanbied van die program, soos gemeet deur die COPE en SACS (sien tabel 3).

Tabel 3: Die tellings van die eksperimentele groep ten opsigte van coping voor die aanbieding van die program. (N = 15)

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
COPE: AC	15.06	1.91	10	16
COPE: P	14.63	1.89	11	16
COPE: SCA	14.19	2.61	9	16
COPE: RC	13.56	3.35	7	16
COPE: SIR	15.0	1.32	13	16
COPE: SER	15.25	1.84	9	16
COPE: PRG	15.19	1.56	11	16
COPE: A	12.63	1.82	8	16
COPE: TTR	15.88	0.34	15	16
COPE: FVE	14.38	2.06	10	16
COPE: D	13.13	3.90	6	16
COPE: BD	9.88	2.80	7	15
COPE: MD	14.13	1.41	11	16
COPE: ADD	2.06	1.44	1	4
SACS: SJ	21.56	2.78	14	25
SACS: SSS	29.63	3.67	18	33
SACS: CAC	21.81	3.58	15	25
SACS: IAC	26.88	4.51	17	30
SACS: AV	23.56	5.25	11	30
SACS: IDA	16.0	3.4	11	20
SACS: ASA	21.19	6.8	10	39
SACS: AGA	17.44	3.18	11	21

SLEUTEL:

AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike ontrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks. SJ = Sosiale aansluiting, SSS = Soeke na sosiale steun, CAC = Versigtige aksie, IAC = Instinktiewe aksie, AV = Vermydingsaksie, IDA = Indirekte aksie, ASA = Anisosiale aksie, AGA = aggressiewe aksie. PA = Positiewe affek, NA = Negatiewe affek, PNB = Positiewe - negatiewe balans.

Dit blyk duidelik dat sekere copingmeganismes meer deur die eksperimentele groep gebruik was as ander, soos gesien uit die gemiddeldes van die **(COPE)** voor aanbieding van die program (tabel 3). Die spesifieke groep het baie gebruik gemaak van (TTR) keer na religie, (SER) soeke na sosiale steun om emosionele redes, (PRG) positiewe soeke na herformulering en groei en (AC) aktiewe coping. Daarteenoor het hul min gebruik gemaak van (BD) gedragsontrekking en (A)aanvaarding.

Wanneer die skaaltellings van die **(SACS)** vir die eksperimentele groep voor intervensie met mekaar vergelyk word, blyk dit dat (SSS), (IAC) en (AV) die meeste benut was. Die groep het dus hoofsaaklik van destruktiewe copingstrategieë gebruik gemaak voor intervensie.

Vervolgens sal aandag geskenk word aan die resultate by die eksperimentele groep na die aanbieding van die program.

Tabel 4: Die tellings van die eksperimentele groep ten opsigte van coping na die aanbieding van die program (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
COPE: AC	11.74	2.38	6	16
COPE: P	12.53	2.24	9	16
COPE: SCA	12.41	1.18	11	15
COPE: RC	11.53	1.50	9	14
COPE: SIR	12.53	2.43	6	16
COPE: SER	12.47	2.35	8	16
COPE: PRG	12.8	1.85	10	16
COPE: A	11.41	2.83	6	16
COPE: TTR	14.12	2.29	10	16
COPE: FVE	9.76	2.05	7	14
COPE: D	8.88	2.18	5	13
COPE: BD	11.0	2.40	5	14
COPE: MD	12.18	1.98	9	16
COPE: ADD	1.71	1.05	1	4
SACS: SJ	18.71	3.89	11	24
SACS: SSS	24.24	4.66	16	34
SACS: CAC	17.82	4.32	9	25
SACS: IAC	20.53	4.37	13	30
SACS: AV	17.41	3.76	10	24
SACS: IDA	12.53	2.74	7	18
SACS: ASA	19.06	5.38	10	27
SACS: AGA	15.59	3.52	8	21

SLEUTEL

AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike ontretking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks. SJ = Sosiale aansluiting, SSS = Soeke na sosiale steun, CAC = Versigtige aksie, IAC = Instinkiewe aksie, AV = Vermydingsaksie, IDA = Indirekte aksie, ASA = Antisosiale aksie, AGA = aggressiewe aksie. PA = Positiewe affek, NA = Negatiewe affek, PNB = Positiewe - negatiewe balans.

Soos gesien in tabel 4 het die eksperimentele groep na afloop van die aanbieding van die program die meeste gebruik gemaak van beplanning ($P=12.53$) en aktiewe coping ($AC=11.74$) soos gemeet deur die **(COPE)**. Soeke na sosiale steun om emosionele en instrumentele redes (**SER & SIR**) asook positiewe herformulering en groei (**PRG**) is ook benut. (**RC**) weerhoudings-coping het afgeneem van 13.56 na 11.53. Fokus op ventilering van emosies (**FVE**) het ook drasties afgeneem van 14.38 na 9.76, wat dui op 'n positiewe verskil wat die program gemaak het. Ontkenning (**D**) het ook gedaal van 13.13 tot 8.88. Gedragsontrekking (**BD**) het egter toegeneem vanaf 9.88 na 11.0 wat negatief is.

By die **(SACS)** was daar positiewe afname in die gevalle van aggressiewe aksie (**AGA**), anti-sosiale aksie (**ASA**), vermyding aksie (**AV**), indirekte aksie (**IDA**) en instinktiewe aksie (**IAC**). Dit wil dus voorkom of die groep na intervensie wel 'n positiewe afname getoon het in negatiewe copingstrategieë. Die eksperimentele groep het 30 dae na intervensie die meeste gebruik gemaak van (**SSS**) en (**IAC**) soos gemeet deur die **SACS**. Dit is 'n aanduiding daarvan dat die program nie noodwendig die proefpersone se beplanning in terme van coping verbeter het nie. Sosiale aansluiting het afgeneem (**SJ** = 21.56 tot 18.71) soos die geval is met meeste van die subskale.

Vervolgens word gelet op die kontrolegroep se mate van coping voor die aanbied van die program, soos gemeet deur die **COPE** en **SACS** (sien tabel 5).

Tabel 5: Die tellings van die kontrolegroep ten opsigte van coping voor die aanbieding van die program (N=15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
COPE: AC	14.86	2.10	10	16
COPE: P	15.63	0.74	14	16
COPE: SCA	14.88	1.89	11	16
COPE: RC	15.38	1.41	12	16
COPE: SIR	13.88	2.23	10	16
COPE: SER	14.75	2.31	11	16
COPE: PRG	14.25	1.49	13	16
COPE: A	12.75	2.49	9	16
COPE: TTR	14.25	4.20	4	16
COPE: FVE	12.75	3.33	8	16
COPE: D	13.0	3.63	7	16
COPE: BD	10.13	1.81	7	13
COPE: MD	13.75	1.75	11	16
COPE: ADD	1.75	1.39	1	4
SACS: SJ	21.63	2.33	18	25
SACS: SSS	29.38	4.07	22	33
SACS: CAC	21.63	3.74	16	25
SACS: IAC	23.38	6.50	14	30
SACS: AV	20.88	7.45	11	30
SACS: IDA	16.0	5.21	8	20
SACS: ASA	21.0	5.68	13	28
SACS: AGA	17.8	2.18	14	21

SLEUTEL

AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike onttrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks. SJ = Sosiale aansluiting, SSS = Soeke na sosiale steun, CAC = Versigtige aksie, IAC = Instinkiewe aksie, AV = Vermydingsaksie, IDA = Indirekte aksie, ASA = Antisosiale aksie, AGA = aggressiewe aksie. PA = Positiewe affek, NA = Negatiewe affek, PNB = Positiewe - negatiewe balans.

Die kontrolegroep het voor die aanvang van die program meestal gebruik gemaak van beplanning (P) en weerhoudings-coping (RC) soos gemeet deur die COPE. Die copingstrategieë wat die kontrolegroep hoofsaaklik benut het was soeke na sosiale steun (SSS) soos gemeet met die SACS.

Na afloop van die 30 dag tydperk waarin daar geen intervensie plaasgevind het met die kontrolegroep nie, het die kontrolegroep steeds die meeste gebruik gemaak van beplanning (P) en weerhoudings-coping (RC) soos gemeet deur die COPE. Soos gesien kan word in tabelle 5 en 6 van hoofstuk 6 het die kontrolegroep ook hoofsaaklik van soeke na sosiale steun (SSS) gebruik gemaak na afloop van die maand. Daar het dus weinig verandering in die kontrolegroep plaasgevind in die tydperk.

Tabel 6: Die tellings van die kontrolegroep ten opsigte van coping na die aanbieding van die program (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
COPE: AC	15.0	1.77	11	16
COPE: P	15.38	0.92	14	16
COPE: SCA	14.38	2.07	10	16
COPE: RC	14.75	1.67	11	16
COPE: SIR	13.75	2.19	10	16
COPE: SER	14.50	1.41	12	16
COPE: PRG	14.38	1.41	13	16
COPE: A	12.75	2.87	10	16
COPE: TTR	13.75	4.46	4	16
COPE: FVE	10.88	2.70	7	14
COPE: D	12.13	3.09	8	16
COPE: BD	9.38	2.72	4	13
COPE: MD	13.5	2.20	11	16
COPE: ADD	1.88	1.36	1	4
SACS: SJ	20.63	2.0	16	22
SACS: SSS	28.75	4.74	21	33
SACS: CAC	20.13	3.83	15	25
SACS: IAC	23.13	5.93	14	30
SACS: AV	20.25	6.58	10	28
SACS: IDA	15.0	5.01	7	20
SACS: ASA	20.50	6.87	8	28
SACS: AGA	17.13	2.90	13	20

SLEUTEL

AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike onttrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, o = Betroubaarheidsindeks. SJ = Sosiale aansluiting, SSS = Soeke na sosiale steun, CAC = Versigtige aksie, IAC = Instinkiewe aksie, AV = Vermydingsaksie, IDA = Indirekte aksie, ASA = Antisosiale aksie, AGA = aggressiewe aksie. PA = Positiewe affek, NA = Negatiewe affek, PNB = Positiewe - negatiewe balans.

Vervolgens sal aandag geskenk word aan die beduidende verskille by die eksperimentele groep.

Tabel 7: Beduidenheid van verskille by die eksperimentele groep ten opsigte van Coping (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	P WAARDE	BEDUIDEND /NIE	D
AC	-3	3.0	0.0005	⊙⊙⊙	1.00
P	-1.9	2.57	0.0043	⊙⊙⊙	0.754
SCA	-1.7	2.65	0.0112	⊙⊙	0.636
RC	-1.94	3.66	0.0256	⊙⊙	0.529
SIR	-2.68	2.85	0.0009	⊙⊙⊙	0.9445
SER	-2.75	3.66	0.0044	⊙⊙⊙	0.751
PRG	-3	2.63	0.0002	⊙⊙⊙	1.139
A	-1.31	3.34	0.0684	☺	0.393
TTR	-1.88	2.36	0.0013	⊙⊙⊙	0.794
FVE	-4.5	2.66	0.0000	⊙⊙⊙	1.693
D	-4.31	4.77	0.0012	⊙⊙⊙	0.904
BD	1.5	3.43	0.9485	Nie beduidend	
MD	-1.94	2.11	0.0011	⊙⊙⊙	0.917
ADD	-0.31	1.82	0.2508	Nie beduidend	
SJ	6.5	7.82	0.9977	Nie beduidend	
SSS	2.81	5.34	0.9737	Nie beduidend	
CAC	-1.156	3.92	0.0000	⊙⊙⊙	2.953
IAC	-1.06	4.02	0.1538	Nie beduidend	
AV	-9.5	5.20	0.0005	⊙⊙⊙	1.826
IDA	-10.94	3.92	0.0000	⊙⊙⊙	2.788
ASA	3.63	3.54	0.9995	Nie beduidend	
AGA	-5.25	4.61	0.0002	⊙⊙⊙	1.138

SLEUTEL: AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsontrekking, MD = Verstandelike ontrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, ⊙ = beduidend op 10 % peil, ⊙⊙ = beduidend op 5 % peil, ⊙⊙⊙ = Beduidend op 1 % peil

Die volgende skale toon beduidende verskille by die eksperimentele groep soos gemeet deur die (COPE) .

1. Prakties sterk beduidend

Die volgende skale se tellings is prakties sterk beduidend en het afgeneem: (AC) Aktiewe Coping, (SIR) Soeke na sosiale steun om instrumentele redes, (PRG) Positiewe herformulering en groei, (TTR) Keer na religie, (FVE) Ventilering van gevoel, (D) Ontkenning, en (MD) Verstandelike ontkoppeling.

2. Prakties medium beduidend soos gemeet met die COPE:

Die volgende skale se tellings is prakties medium beduidend en het afgeneem: (P) Bepanning, (SCA) Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, (RC) Weerhoudings-coping, (SER) Soeke na sosiale steun om emosionele redes en (A) Aanvaarding.

Die volgende skale toon beduidenheid by die eksperimentele groep soos gemeet deur die **SACS**.

3. Prakties sterk beduidend

Die volgende skale se tellings toon sterk praktiese beduidenheid en het afgeneem: (CAC) Versigtige aksie, (AV) Vermydingsaksie, (IDA) Indirekte aksie en (AGA) Aggressiewe aksie. Dit is duidelik dat die program 'n positiewe effek (afname) op die eksperimentele groep se vermydings-, aggressiewe en indirekte aksie gehad het.

In die volgende gedeelte sal die kontrolegroep se resultate beskryf word.

Tabel 8: Beduidenheid van verskille by die kontrolegroep ten opsigte van Coping (N = 15)

VERANDERLIKES	GEM	S.A	P WAARDE	BEDUIDEND /NIE	D
AC	0.13	0.99	0.634	Nie beduidend	
P	-0.25	1.16	0.2815	Nie beduidend	
SCA	-0.5	0.75	0.0518	☹	0.661
RC	-0.63	0.92	0.0475	☹☹	0.682
SIR	-0.13	0.83	0.3422	Nie beduidend	
SER	-0.25	2.43	0.3899	Nie beduidend	
PRG	0.13	1.13	0.6186	Nie beduidend	
A	0	1.70	0.5	Nie beduidend	
TTR	-0.5	2.33	0.2815	Nie beduidend	
FVE	-1.88	2.10	0.0197	☹☹	0.893
D	-0.88	1.89	0.1153	Nie beduidend	
BD	-0.75	2.19	0.1822	Nie beduidend	
MD	-0.25	1.19	0.361	Nie beduidend	
ADD	0.13	0.35	0.1753	Nie beduidend	
SJ	-1.13	8.89	0.3654	Nie beduidend	
SSS	7.13	3.23	0.9998	Nie beduidend	
CAC	-9.25	3.15	0.0000	☹☹☹	2.936
IAC	1.5	5.88	0.753	Nie beduidend	
AV	-3.13	2.30	0.0031	☹☹☹	1.362
IDA	-5.88	3.87	0.0018	☹☹☹	1.518
ASA	4.5	3.51	0.9958	Nie beduidend	
AGA	-3.88	4.05	0.0152	☹☹☹	0.9566

SLEUTEL:

AC = Aktiewe coping, P = Beplanning, SCA = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, RC = Weerhoudings-coping, SIR = Soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes, SER = Soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes, PRG = Positiewe herformulering en groei, A = Aanvaarding, TTR = Keer na religie, FVE = Ventilering van gevoel, D = Ontkenning, BD = Gedragsonttrekking, MD = Verstandelike ontrekking, ADD = Alkohol- en substans gebruik, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, ☹ = beduidend op 10 % peil, ☹☹ = beduidend op 5 % peil, ☹☹☹ = beduidend op 1 % peil

Dit is duidelik uit tabel 6 dat die veranderinge wat die kontrole groep ondergaan het, baie gering was in vergelyking met die veranderinge wat die eksperimentele groep in die bestek van 30 dae ondergaan het.

Die volgende skale van die kontrolegroep toon praktiese beduidenheid:

1. Prakties sterk beduidend:

(FVE) ventilering van gevoel is sterk prakties beduidend soos gemeet deur die (COPE).

2. Prakties medium beduidend:

(SCA) Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite en (RC) weerhoudingscoping is medium prakties beduidend soos gemeet deur die (SACS). Dit beteken dus dat die kontrolegroep op die drie skale veranderinge ondergaan het, ten spyte van die feit dat geen intervensie by hul plaasgevind het nie. Die sterk praktiese beduidenheid by die ventilering van gevoel kan toegeskryf word aan die feit dat die kontrolegroep geweet het dat hulle deel is van 'n traumaverligtingsprogram en dat hul die opsie het om ook terapie te ontvang na afloop van die 30 dae. Dit kon dus veroorsaak het dat die kontrolegroep spontaan meer gefokus het op hul emosies.

6.2.2 METING VAN LEWENSKWALITEIT MET BEHULP VAN DIE QOLI.

Vervolgens word gefokus op die beskrywende statistiek van die eksperimentele groep voor en na intervensie, soos gemeet deur die QOLI. Die beduidenheid van verskille tussen die eksperimentele groep en die kontrole groep ten opsigte van lewenskwaliteit word ook bespreek.

Tabel 9: Die tellings van die eksperimentele groep voor die aanbieding van die program, ten opsigte van Lewenskwaliteit (soos gemeet met die QOLI). (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
HEALTH	3.69	0.87	1	4
SELFESTEEM	3.44	1.03	1	4
GOALS	2.88	1.63	0	4
MONEY	3.06	1.29	1	4
WORK	3.38	1.20	0	4
PLAY	1.88	1.09	0	4
LEARNING	2.75	1.0	2	4
CREATIVITY	1.69	1.25	0	4
HELPING	11.56	11.85	4	36
LOVE	9.0	5.5	4	24
FRIENDSHIP	11.06	7.37	4	36
CHILDREN	21.88	8.59	4	36
RELATIONSHIPS	18.94	8.68	4	30
HOME	16.31	10.09	4	30
NEIGHBOURS	20.69	9.49	4	30
COMMUNITY	12.62	7.14	4	25

SLEUTEL GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskaal.

Voor die intervensie het die eksperimentele groep hulle lewenskwaliteit op die volgende terreine redelik hoog aangedui, naamlik: behulpsaamheid (11.6), kinders (21.88), verhoudings (18.94), verhoudings met bure (20.69) soos gesien in tabel 7.

Tabel 10: Die tellings van die eksperimentele groep ten opsigte van lewenskwaliteit, na die aanbieding van die program (soos gemeet met die QOLI). (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
HEALTH	2.41	1.12	1	4
SELFESTEEM	2.76	1.48	0	4
GOALS	2.35	1.58	0	4
MONEY	3.18	1.42	0	4
WORK	3.12	1.32	0	4
PLAY	2.29	1.31	0	4
LEARNING	2.24	1.39	0	4
CREATIVITY	1.41	1.06	0	4
HELPING	17.0	9.99	4	30
LOVE	11.24	5.75	4	20
FRIENDSHIP	10.53	5.26	4	25
CHILDREN	20.76	8.13	4	36
RELATIONSHIPS	20.29	6.33	10	25
HOME	17.59	5.12	6	25
NEIGHBOURS	21.82	4.90	10	25
COMMUNITY	18.41	5.16	5	25

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

Dit is baie positief dat behulpsaamheid by die persone na die intervensie toegeneem het van 11.56 tot 17.0. Hul bewustheid van hul gemeenskap, omgewing, verhoudings, liefde en speel en ontspanning het ook toegeneem, hoewel nie drasties nie. Dit is duidelik dat die eksperimentele groep steeds 'n negatiewe belewenis rondom gebrek aan geld en inkomste getoon het. Die tellings het gestyg van 3.06 na 3.18.

Vervolgens word gelet op die praktiese beduidenheid van verskille ten opsigte van lewenskwaliteit soos gemeet deur die QOLI.

Tabel 11: Beduidenheid van verskille ten opsigte van Lewenskwaliteit by die eksperimentele groep. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	P WAARDE	BEDUIDEND/ NIE	D
HEALTH	-128.06	13.18	0.0000	⊙⊙⊙	9.717
SELFESTEEM	-1	1.75	0.0186	⊙⊙	0.751
GOALS	-1.19	2.1	0.0159	⊙⊙	0.592
MONEY	0.25	2.18	0.6738	Nie beduidend	
WORK	0	1.71	0.5	Nie beduidend	
PLAY	-1.19	2.10	0.0197	⊙⊙	0.564
LEARNING	0.25	1.30	0.7747	Nie beduidend	
CREATIVITY	-1.31	1.35	0.0007	⊙⊙⊙	0.970
HELPING	14.5	9.22	0.9995	Nie beduidend	
LOVE	-0.75	13.0	0.4095	Nie beduidend	
FRIENDSHIP	1.44	9.20	0.7294	Nie beduidend	
CHILDREN	9.44	11.21	0.9979	Nie beduidend	
RELATIONSHIPS	-1.25	11.17	0.3304	Nie beduidend	
HOME	-1.5	10.98	0.2965	Nie beduidend	
NEIGHBOURS	5.63	12.58	0.9530	Nie beduidend	
COMMUNITY	-2.38	12.13	0.2229	Nie beduidend	

SLEUTEL:

GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskate, ⊙ = beduidend op 10 % peil, ⊙⊙ = beduidend op 5 % peil, ⊙⊙⊙ = Beduidend op 1 % peil.

Die volgende skaal het beduidende verskille getoon by die eksperimentele groep na die intervensie:

1. Sterk praktiese beduidenheid

Gesondheid het sterk praktiese beduidenheid getoon by die eksperimentele groep. Die groep het hul gesondheid as minder bepalend van lewenskwaliteit geëvalueer.

2. Medium praktiese beduidenheid:

Die volgende skale het praktiese beduidenheid getoon en afgeneem in belangrikheid : Selfesteem en kreatiwiteit. Doelwitte en speel en ontspan het baie toegeneem. Vervolgens sal aandag geskenk word aan die kontrolegroep se beduidende verskille.

Tabel 12: Die tellings van die kontrolegroep voor die aanbieding van die program, ten opsigte van Lewenskwaliteit (soos gemeet met die QOLI). (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
HEALTH	2.50	1.69	0	4
SELFESTEEM	2.50	1.31	1	4
GOALS	2.75	1.39	1	4
MONEY	2.38	1.77	0	4
WORK	2.50	1.70	0	4
PLAY	2.25	1.28	0	4
LEARNING	3.50	1.41	0	4
CREATIVITY	3.38	1.19	1	4
HELPING	13.75	10.96	4	30
LOVE	13.38	9.90	4	30
FRIENDSHIP	12.00	4.87	5	20
CHILDREN	28.0	7.29	16	36
RELATIONSHIPS	23.25	8.20	10	36
HOME	22.63	9.07	10	36
NEIGHBOURS	26.75	8.61	15	36
COMMUNITY	21.75	9.45	8	36

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaattelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

Dit blyk dat die kontrolegroep aan die begin van die projek, hulle kinders en bure as bepalend van lewenskwaliteit beskou het. Na 30 dae was dieselfde twee areas steeds deur die kontrolegroep as bepalend beskou van lewenskwaliteit. Sien tabel 13 en 14.

Tabel 13: Die tellings van die kontrolegroep na die aanbieding van die program, ten opsigte van Lewenskwaliteit (soos gemeet met die QOLI). (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
HEALTH	2.75	1.39	1	4
SELFESTEEM	2.75	1.39	1	4
GOALS	2.25	1.16	1	4
MONEY	2.0	1.41	0	4
WORK	3.0	1.85	0	4
PLAY	2.25	1.28	0	4
LEARNING	2.87	1.64	0	4
CREATIVITY	3.13	1.24	1	4
HELPING	14.5	11.69	4	30
LOVE	13.0	10.13	4	30
FRIENDSHIP	11.0	5.42	5	20
CHILDREN	26.5	6.37	16	36
RELATIONSHIPS	24.63	9.0	10	36
HOME	23.25	9.04	10	36
NEIGHBOURS	26.25	9.02	12	36
COMMUNITY	23.63	9.60	10	36

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

Tabel 14: Beduidenheid van verskille ten opsigte van Lewenskwaliteit by die kontrolegroep. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	P WAARDE	BEDUIDEND/ NIE	D
HEALTH	-123.5	22.61	0.0000	☹☹☹	5.463
SELFESTEEM	0.25	1.75	0.6507	Nie beduidend	
GOALS	-0.25	1.58	0.3341	Nie beduidend	
MONEY	-0.75	1.83	0.1424	Nie beduidend	
WORK	0.63	1.85	0.8148	Nie beduidend	
PLAY	-0.25	1.16	0.2815	Nie beduidend	
LEARNING	0.63	1.19	0.9459	Nie beduidend	
CREATIVITY	-0.38	1.06	0.1753	Nie beduidend	
HELPING	11.13	11.37	0.9861	Nie beduidend	
LOVE	-0.75	9.63	0.416	Nie beduidend	
FRIENDSHIP	-2.38	10.24	0.2663	Nie beduidend	
CHILDREN	14.5	9.32	0.9984	Nie beduidend	
RELATIONSHIPS	-3.38	7.89	0.1328	Nie beduidend	
HOME	0	8.45	0.5	Nie beduidend	
NEIGHBOURS	3.63	6.82	0.9117	Nie beduidend	
COMMUNITY	-3.13	3.94	0.03	☹☹	0.254

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale. ☹ = beduidend op 10 % peil, ☹☹ = beduidend op 5 % peil, ☹☹☹ = Beduidend op 1 % peil.

Die volgende skaal toon praktiese beduidenheid by die kontrolegroep na 30 dae:

1. Sterk praktiese beduidenheid:

Gesondheid toon sterk praktiese beduidenheid. Die kontrolegroep het hul gesondheid beter geëvalueer. Dit is moontlik dat die blote feit dat die groep gewet het hul gaan terapie ontvang reeds hul gevoel van gesondheid verbeter het.

2. Min praktiese beduidenheid:

Gemeenskap het min praktiese beduidenheid getoon. Hul bewustheid van hul gemeenskap het toegeneem. Die byeenkom van 'n groep geweldslagoffers vir die projek, het waarskynlik veroorsaak dat die kontrolegroep meer bewus geraak het van hul eksterne omgewing en gemeenskap.

Vervolgens word gelet op die beskrywende statistiek en beduidenheid van verskille vir Psigologiese gesondheid, soos gemeet met die SOC, SWLS en AFM.

6.2.3 METING VAN PSIGOLOGIESE GESONDHEID (SOC, SWLS, AFM)

Die tellings van die eksperimentele groep ten opsigte van psigologiese gesondheid sal weergegee word, asook die beduidenheid van verskille soos gemeet met die SOC, SWLS en die AFM vir beide die eksperimentele en kontrolegroep.

Tabel 15: Die tellings van die eksperimentele groep voor die aanbieding van die program, ten opsigte van Psigologiese gesondheid soos gemeet met die SOC, SWLS en AFM. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
SOC: Eksperimenteel voor	130.47	13.02	97	157
SWLS: Eksperimenteel voor	19.94	6.22	8	33
Positiewe Affek(PA)	39.06	4.22	33	49
Negatiewe Affek(NA)	29.88	3.72	20	37
Positief/Negatief Balans(PNB)	9.19	4.74	2	21

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

Die eksperimentele groep het voor die aanbieding van die program 'n koherensiesin van 130.47 behaal wat gemiddeld is soos gemeet met die **(SOC)**. Die lewenstevredenheid was laag soos gemeet met die **(SWLS)**, terwyl die **(PNB)** soos gemeet met die **(AFM)** ook gemiddeld is.

Vervolgens word aandag geskenk aan die tellings van die eksperimentele groep soos gemeet met die SOC, SWLS en AFM na die aanbieding van die program.

Tabel 16: Die tellings van die eksperimentele groep na die aanbieding van die program ten opsigte van Psigologiese gesondheid. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A.	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
SOC: Eksperimenteel na	128.53	13.62	110	155
SWLS: Eksperimenteel na	20.71	3.65	16	30
Positiewe Affek(PA)	36.47	3.91	29	43
Negatiewe Affek(NA)	23.35	5.18	15	36
Positief/ Negatief Balans(PNB)	13.18	7.57	0	25

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

Die eksperimentele groep het na die aanbieding van die program 'n koherensiesin van 128.53 behaal wat laer is as voor intervensie, soos gemeet met die **(SOC)**. Die lewenstevredenheid was laag soos gemeet met die **(SWLS)**, terwyl die (PNB) skaal van die **(AFM)** gemiddeld is.

Vervolgens word aandag geskenk aan die beduidende verskille by die eksperimentele groep soos gemeet met die SOC, SWLS en AFM.

Tabel 17: Beduidenheid van verskille ten opsigte van Psigologiese gesondheid vir die eksperimentele groep. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	P WAARDE	BEDUIDEND /NIE	D
AFM(NA)	-6.19	5.38	0.0005	☹☹☹	1.150
AFM(PA)	-2.63	7.18	0.0822	☺	0.365
AFM(PNB)	3.57	9.52	0.8448	Nie beduidend	
SWLS	0.69	7.62	0.6383	Nie beduidend	
SOC T	108.60	13.62	0.9999	Nie beduidend	

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale. ☺ = beduidend op 10 % peil, ☹☹ = beduidend op 5 % peil, ☹☹☹ = Beduidend op 1 % peil.

Die eksperimentele groep het na die intervensie die volgende beduidenheid getoon:

1. Sterk prakties beduidend:

(NA) negatiewe affek was sterk prakties beduidend en het afgeneem.

2. Medium prakties beduidend.

(PA) positiewe affek was medium prakties beduidend en het afgeneem. Die (PNB) van die eksperimentele groep is baie meer positief (13.38) as by die kontrolegroep (8.88) wat geen intervensie ontvang het nie. Uit die bogenoemde

tabelle is dit duidelik dat die kontrolegroep en eksperimentele groepe beide sekere veranderinge ondergaan het in die 30 dae tydperk.

Tabel 18: Die tellings van die kontrolegroep voor die aanbieding van die program ten opsigte van Psigologiese gesondheid. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
AFM(NA)	28.63	5.34	16	34
AFM(PA)	38.36	4.14	35	46
AFM(PNB)	10.0	8.25	5	30
SWLS	22.75	5.18	17	13
SOC T	126.25	23.0	95	150

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaattelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

In tabelle 18 en 19 kan gesien word dat die kontrolegroep se positiewe balans na 30 dae hoër was as by die eksperimentele groep (37.13 vs 36.47). Dit was egter slegs 'n geringe verskil. Die (NA) telling was egter na 30 dae baie hoër by die kontrolegroep as by die eksperimentele groep in dieselfde tyd (28.25 vs 23.35).

Die affekbalans (PNB) van die eksperimentele groep is baie meer positief (13.38) as by die kontrolegroep (8.88). Beide die kontrolegroep en eksperimentele groepe het sekere veranderinge ondergaan in die 30 dae tydperk.

Tabel 19: Die tellings van die kontrolegroep na die aanbieding van die program ten opsigte van Psigologiese gesondheid. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	OMVANG VAN TELLINGS	
			MIN	MAKS
AFM(NA)	28.25	5.15	19.0	37.0
AFM(PA)	37.12	4.58	31.0	45.0
AFM(PNB)	8.88	8.97	-1.0	26.0
SWLS	22.0	6.14	14.0	31.0
SOC T	127.25	18.87	96.0	148.0

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale.

Tabel 20: Beduidenheid van verskille ten opsigte van Psigologiese gesondheid by die kontrolegroep. (N = 15).

VERANDERLIKES	GEM	S.A	P WAARDE	BEDUIDEND /NIE	D
AFM(NA)	-0.38	2.67	0.1888		
AFM(PA)	-1.5	4.50	0.3545		
AFM(PNB)	-1.13	6.53	0.3206		
SWLS	-0.75	2.87	0.24165		
SOC T	107.25	18.87	0.495		

SLEUTEL: GEM = gemiddeld, S.A = Standaardafwyking, ST = Skaaltelling, M = Gemiddeld, α = Betroubaarheidsindeks, SSK = subskale. \odot = beduidend op 10 % peil, $\odot\odot$ = beduidend op 5 % peil, $\odot\odot\odot$ = Beduidend op 1 % peil.

Die kontrolegroep het na 30 dae geen beduidende verskille getoon op enige van die skale nie.

6.4 SLOTSOM:

Dit blyk uit die statistiese interpretasies dat die kontrolegroep en die eksperimentele groep voor die intervensie nie veel verskil het nie en dus baie homogeen was. Na afloop van die intervensie was die eksperimentele groep se

coping, fasset-lewenstevredenheid en strategiese beplanning met betrekking tot coping, beter as voor die intervensie.

In die volgende hoofstuk sal die gevolgtrekkings gemaak word asook die aanbevelings vir verdere navorsing.

HOOFSTUK 7

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

Vanuit die voorafgaande blyk dit dat lewenskwaliteit, coping en psigologiese gesondheid verwant is aan mekaar. Geweld het 'n effek op al hierdie terreine van 'n persoon se funksionering. Vervolgens word die belangrikste tendense van die studie uitgelig en sekere gevolgtrekkings gemaak. Aanbevelings vir verdere navorsing word ook gemaak.

7.2 SAMEVATTING EN BELANGRIKSTE GEVOLGTREKKINGS VAN EMPIRIESE NAVORSING

Die algemene doelstelling van die studie was om die Khayalami Cares Program te evalueer. Die spesifieke doelstellings was om te bepaal of

- die simptome van trauma verminder,
- die konstruktiewe copingvaardighede verbeter, en
- die lewenskwaliteit van persone verhoog, in geweldgeteisterde gebiede in Tembisa, nadat hulle die Khayalami Cares program deurloop het.

'n Steekproef van 30 persone wat blootgestel is aan geweld, is ewekansig verdeel in 'n eksperimentele en 'n kontrolegroep. Beide groepe is vooraf geëvalueer met 'n aantal vraelyste, naamlik die COPE, SACS, QOLI, AFM, SOC en die SWLS. Die eksperimentele groep het daarna die Khayalami Cares Program deurloop en 30 dae na afloop van die program is beide groepe weer geëvalueer.

Dit is belangrik om kennis te neem dat daar weinig verskil tussen die kontrolegroep en die eksperimentele groep was voor die intervensie. Die twee groepe was dus baie homogeen en veranderinge wat na die intervensie ingetree het kan dus toegeskryf word aan die intervensie, met inagneming van eksterne faktore wat 'n invloed kon hê. Na afloop van die intervensie het die meetinstrumente die volgende gerapporteer:

7.2.1 Die vermindering van simptome.

Wanneer tabel 3 en 4 in hoofstuk 6 vergelyk word, blyk dit dat die ventilering van gevoelens (FVE) soos depressie en aggressie afgeneem het by die eksperimentele groep na die intervensie. Die gebruik van alkohol en dwelmmiddels (ADD), verstandelike onttrekking (MD), aggressiewe aksie (AGA), ontkenning (D) en keer na religie (TTR) het by die eksperimentele groep afgeneem na die intervensie.

Gedragsonttrekking (BD) het egter toegeneem, wat negatief blyk te wees. Met die uitsondering van laasgenoemde is dit dus duidelik dat sekere van die simptome verlig is as gevolg van die program. Alkohol- en middelmisbruik is 'n goeie voorbeeld van simptome wat afgeneem het na die aanbieding van die program.

Die kontrolegroep het voor die aanvang van die program meestal gebruik gemaak van beplanning (P) en weerhoudings-coping (RC) soos gemeet deur die **COPE**. Die copingstrategieë wat die kontrolegroep hoofsaaklik benut het was soeke na sosiale steun (SSS) soos gemeet met die **SACS**. Na afloop van die 30 dag tydperk waarin daar geen intervensie plaasgevind het binne die kontrolegroep nie, het die hulle steeds die meeste gebruik gemaak van beplanning (P) en weerhoudings-coping (RC) soos gemeet deur die **COPE**.

Dit blyk ook uit tabelle 5 en 6 van hoofstuk 6 het die kontrolegroep hoofsaaklik van soeke na sosiale steun (SSS) gebruik gemaak na afloop van die maand. Daar het dus baie geringe verandering by die kontrolegroep plaasgevind het in die 30 dag tydperk waarin geen intervensie by hulle plaasgevind het nie.

7.2.2 Verbeterde coping.

Wanneer die skaaltellings van die eksperimentele groep voor intervensie met mekaar vergelyk word soos gesien in tabel 3, blyk dit dat soeke na sosiale steun (SSS), instinktiewe aksie (IAC) en vermydingsaksie (AV) die meeste benut was. Die groep het dus hoofsaaklik negatiewe copingstrategieë benut.

Dit blyk uit tabel 4 dat die eksperimentele groep na afloop van die intervensie die meeste gebruik gemaak het van van Beplanning (P) en Aktiewe Coping (AC). Weerhoudingscoping (RC) het afgeneem, wat positief blyk te wees. Soos gesien in tabelle 4 en 5, het die eksperimentele groep 30 dae na intervensie steeds die meeste gebruik gemaak van soeke na sosiale steun (SSS) en instinktiewe aksie (IAC). Dit is 'n aanduiding daarvan dat die program nie noodwendig die proefpersone se beplanning in terme van coping verbeter het nie.

Sosiale aansluiting het afgeneem ($SJ = 21.56$ tot 18.71) soos die geval is met meeste van die subskale. Dit is wel positief in die gevalle van aggressiewe aksie (AGA), anti-sosiale aksie (ASA), vermydingaksie (AV), indirekte aksie (IDA) en instinktiewe aksie (IAC). Dit wil dus voorkom of die groep na intervensie wel 'n positiewe afname getoon het by sekere negatiewe copingstrategieë.

Die kontrolegroep het na 30 dae ook 'n afname getoon op al die subskale, maar die afname in negatiewe skaaltellings was baie laer as by die eksperimentele groep na dieselfde aantal dae. Aggressiewe aksie (AGA) het slegs gedaal van 17.75 na 17.13 en antisosiale aksie (ASA) het slegs gedaal van 21.0 na 20.50. Dit is egter negatief dat versigtige aksie (CAC), soeke na sosiale ondersteuning (SSS) en sosiale aansluiting (SJ) afgeneem het by die kontrolegroep.

In tabelle 18 en 19 kan gesien word dat die kontrolegroep se positiewe balans na 30 dae hoër was as by die eksperimentele groep (37.13 vs 36.47). Dit was egter slegs 'n geringe verskil. Die (NA) telling was egter na 30 dae baie hoër by die kontrolegroep as by die eksperimentele groep in dieselfde tyd (28.25 vs 23.35). Die affekbalans (PNB) van die eksperimentele groep is baie meer positief (13.38) as by die kontrolegroep (8.88). Beide die kontrolegroep en eksperimentele groepe het sekere veranderinge ondergaan in die 30 dae tydperk.

Na die intervensie het die volgende aspekte afgeneem by die eksperimentele groep, naamlik: versigtige aksie (CAC), vermydingsaksie (AV), indirekte aksie (IDA), en aggressiewe aksie (AGA). Dit is duidelik dat die program 'n positiewe effek (afname) op die eksperimentele groep se vermydings-, aggressiewe en indirekte aksie gehad het. Alhoewel die beplanning van copingstrategieë nie noodwendig verbeter het nie, was die voorkeur copingstrategieë wat die respondente gekies het meer konstruktief en positief.

7.2.3 Verhoging in lewenskwaliteit.

Tabel 7 dui aan dat die eksperimentele groep voor die intervensie hulle lewenskwaliteit op die volgende terreine redelik hoog aangedui het, naamlik : behulpsaamheid (11.6), kinders (21.88), liefdesverhoudings (18.94), en

verhoudings met bure (20.69). Die kontrolegroep het egter op elkeen van hierdie terreine 'n baie hoër mate van lewenskwaliteit beleef, byvoorbeeld: behulpsaamheid (13.75), kinders (28.0), liefdesverhoudings (23.25) verhoudings met bure (26.75).

Die kontrolegroep het oor die algemeen groter lewenstevredenheid beleef as die eksperimentele groep soos gesien in tabel 18. Gesondheid, selfesteem, doelwitte, geld, werk, speel en ontspan, leer en kreatiwiteit, asook as liefde en vriendskap, was vir die kontrolegroep van baie minder belang as vir die eksperimentele groep. Die feit dat die kontrolegroep met baie minder tevrede was, kan as verklaring dien vir hul hoër lewenstevredenheid. Ordentlike behuising, verhoudings met hul kinders, vriende, geliefdes en gemeenskap, was van groter belang vir die kontrolegroep.

Die betrokke program het hoofsaaklik gefokus op die verligting van die simptome van trauma en dit verklaar die gebrek aan verbeterde lewenskwaliteit soos gesien in tabel 8. Dit is egter baie positief dat behulpsaamheid by die persone na die intervensie toegeneem het van 11.56 tot 17.0. Hul bewustheid van hul gemeenskap, omgewing, verhoudings, liefde en speel en ontspanning het ook toegeneem, hoewel nie drasties nie. Dit is duidelik dat die eksperimentele groep steeds 'n negatiewe belewenis rondom gebrek aan geld en inkomste getoon het, aangesien die tellings gestyg het van 3.06 na 3.18.

Vanuit tabelle 5 en 6 blyk dit dat die veranderinge wat die kontrolegroep in die bestek van 30 dae ondergaan het baie gering was in vergelyking met die veranderinge in die eksperimentele groep. Negatiewe veranderinge wat die kontrolegroep in hierdie maand beleef het, was as volg:(P) beplanning het gedaal van 15.63 na 15.38 en (TTR) keer na religie het afgeneem van 14.25 na 13.75.

Uit die resultate het dit geblyk dat die deelname aan die program gelei het tot die vermindering van simptome van trauma en verbeterde coping by die eksperimentele groep. Die lewenskwaliteit van die respondente het egter nie verbeter na afloop van die program nie.

Ten spyte van beperkings, blyk dit dat die Khayalami Cares Program wel voldoen aan die vereistes waarvoor hy geskryf is, naamlik die vermindering van simptome van trauma en verbetering van Coping.

7.3 LEEMTES EN KRITIEKPUNTE IN DIE STUDIE

Die navorser het 'n aantal praktiese probleme ondervind, naamlik:

Die Taalkwessie:

- Selfs na deeglike opleiding het die tolk soms rigtinggewend vertaal waarna die navorser die vraag moes herformuleer vir die groep.
- Baie van die vrae was vir hul onduidelik en onverstaanbare uitdrukkings is soms gebruik bv "to keep my hands firm on the wheel". Die navorser moes dan die stelling verduidelik en die tolk moes dit vertaal. Sommige van die meetinstrumente is nie kultuurbillik genoeg nie en bevat spreekwoorde wat net aan die blanke Suid-Afrikaner bekend is byvoorbeeld "To keep your hands firm on the wheel".

Die Kultuurkwessie:

- Dit was vir die respondente vreemd om oor hul gevoelens en gebeure te praat. Dit was ook vir hulle ongewoon om vrae daarvoor op papier te beantwoord. Dit is volgens hul tradisie nie aanvaarbaar of algemeen om

openlik te wees oor gebeure tuis, byvoorbeeld gesinsgeweld nie.

- Baie van die respondente het nie die konsep van anonimiteit verstaan nie en het steeds bedreigd gevoel om inligting te gee.
- Die respondente was geneig om onderling gesprekke te voer en kollektief te besluit oor hul antwoorde. Daar was 'n gebrek aan individualisme by die groep respondente.

Die Respondente:

- Van die kontrolegroep se respondente het verdwyn na die eerste toetsing en kon nie weer gemotiveer word om deel te neem nie. By navrae was hul verduideliking dat hulle gedink het hulle sou finansieel baatvind by die projek.
- Aangesien die navorser voorsien het dat van die proefpersone kan verdwyn het die projek aanvanklik met meer as 60 persone begin om voorsiening te maak vir proefpersone wat kan verdwyn. "n Totaal van 15 persone per groep is later benut wat 'n totaal van 30 respondente insluit.

7.4 AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE

- Dit het die navorser opgeval dat gemeenskapslede nie eers veilig gevoel het om in die dag die kursus by te woon nie. Die lewenstyl en buitemuurse aktiwiteite van die slagoffers van 'n geweldadige gemeenskap verander drasties en dit kan verder ondersoek word.
- Aangeleerde hulpeloosheid blyk verwant te wees aan onsuksesvolle coping en lae psigologiese gesondheid en die verband met lokus van kontrole kan verder ondersoek word.

7.5 SAMEVATTING

Die eksperimentele groep het 'n afname in simptome getoon na die aanbieding van die program. Die program het dus verligting van simptome teweeg gebring by die eksperimentele groep. Die program het hoofsaaklik gefokus op die verligting van simptome en aanleer van nuwe copingstrategieë. Die program het min verandering teweeg gebring in die lewenskwaliteit van die eksperimentele groep maar lewenstevredenheid was hoër na aanbieding van die program soos gemeet met die QOLI.

Die eksperimentele groep se coping het egter drasties verbeter na die aanbieding van die program en dit is duidelik dat die intervensie sinvol was en dat die program aan sy vereistes voldoen. Die program het ook aan die basiese vereistes van die navorsingstudie voldoen en die doelstelling van die studie is bereik.

Ten spyte van sekere tekortkominge en praktiese probleme rakende die gebruik van die Khayalami Cares Program blyk dit dat die program voldoen aan die basiese behoeftes van die mense waarvoor dit bedoel was.

VERWYSINGS

ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Josey Bass.

ANTONOVSKY, A. (1987) *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Josey Bass.

ANTONOVSKY, A (1991). The Structural Sources of Salutogenic Strengths. In Cooper & Payne (1991). *Personality and Stress: Individual differences in the stress process*. New York. Wiley & Sons Ltd.

ANTONOVSKY, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social science and medicine*. 36(6), 725 - 733.

BANDURA, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 4, 359 - 373.

BANDURA, A. (1988). Reflections on Nonability Determinants of Competence. In Kolligan, J. & Sternberg R.J. (eds). *Competence considered: Perceptions of Competence and Incompetence Across the Life Span*. New Haven. Yale Univ Press.

BANDURA, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*. 44, 1175 -1184

BARGER, J. & KIRBY, L.K. (1995). *The Challenge of Change in Organizations: Helping Employees Thrive in the new Frontier*. California. Palo Alto: Davies-Black Publishing

BARTOL, C.R. & BARTOL, A.M. (1986). *Criminal Behaviour - A Psycho social Approach*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.

VERWYSING

BECK, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.

BERWICK, K.R. (1992). Stress among student affairs administrators: The Relationship of Personal Characteristics and Organizational Variables to Work-related stress. Journal of College Student Development, 33, 11-19

BROM, D. & KLEBER, R.J. (1989) Prevention of Post Traumatic Stress Disorders. Journal of Traumatic Stress, 2(3), 355 - 349.

BRUCH, M.A., HEIMBERG, R.G., & HOPE, D. (1991). States of Mind Model and Cognitive Change in Treated Social Phobics. Cognitive therapy and research, 17, 1-21.

CAMPBELL, J.; SWANK, P & VINCENT, K.R. (1991). The Role of Hardiness in the Resolution of Grief. Omega Journal of death and dying, 23, 53 - 65.

CARSON, R.C & BUTCHER, J. N (1992). *Abnormal Psychology and Modern Life*. (9th ed.) New York: Harper Collins Publishers.

CARVER, C.S., & SCHEIER, M.F. (1989) Optimism, coping and health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. Health Psychology, 4, 219 -247.

CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. & WEINTRAUB, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 57(2), 276-283.

CATTANACH, A. (1992) *Play Therapy with Abused Children*. London: JKP Ltd.

CERVONE, D. (1989). Effects of Envisioning Future Activities on Self-efficacy Judgements and Motivation: An availability heuristic interpretation. Cognitive Therapy and Research, 13, 247-261.

COZARELLI, C. (1993). Personality and Self-efficacy as predictors of coping with abortion. Journal of personality and social psychology, 65, 1224 -1236

COETZER, W. (2000). Trauma berading. Ongepubliseerde lesing. Pretoria. Vista Universiteit.

CLOETE, M.G.T. & STEVENS, R. (1990). Kriminologie. Halfweghuis: Southern Boekuitgewers (Edms). Bpk.

COOPER, C.L., & PAYNE, R. (1991). Personality and Stress: Individual differences in the stress process. New York. Wiley & Sons Ltd.

CROWSON, J.J & CROMWELL, R.L. (1995). Depressed and Normal Individuals. Differ both in Selection and in Perceived Quality of Positive-negative messages. Journal of abnormal psychology, 104, 305 - 311

Crime Information Analysis Centre. SAPS. Febr 2000.

Crime Survival Programme. (1996). Teacher's Manual. Department of Social Work, RAU. Johannesburg.

Crime Survival Programme, (1996). Student's Manual. Department of Social Work, RAU. Johannesburg.

DIENER, E., EMMONS, R., LARSON, R.J. & GRIFFIN, S. (1985). Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49, (1), 71-75.

DIENER, E. & FUJITA, F. (1995). Resources, Personal Strivings and Subjective well-being; A nomothetic and idiographic approach. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 926 - 935

DIENER, E. & SUH, E. (1997) Measuring Quality of life: Economic, Social, and Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 40(12), 189 - 216.

DU PLESSIS, J. (1996). Waarheen met geweld, *INSIG*, 17.

DU TOIT, R. & KLEIN, A. (1998). The Effectiveness of Different Approaches to Critical Incident Stress Debriefing for Operational and Control room staff in the Emergency Services. Pretoria: HSRC.

DU TOIT, A.M. (1997). Die Proses, Oorsake en Effek van Verstedeliking binne die Suid-Afrikaanse Konteks. Ongepubliseerde uitgawe. RAU, Johannesburg.

DU TOIT, A. M (1997). Maatskaplike Veranderinge en Geweld in Suid -Afrika. Ongepubliseerde uitgawe. RAU, Johannesburg.

EDEN, D. & AVIRAM, A. (1993). Self-Efficacy Training to Speed Reemployment: Helping people to help themselves. Journal of applied Psychology, 78, 352 - 360.

EVANS, D.R.; PELLIZZARI, J.R.; CULBERT, B.J. & METZEN, M.E. (1993). Personality, Marital and Occupational Factors associated with Quality of Life. Journal of clinical psychology, 49, 477 - 485.

FEIST, G.J., BODNER, J.F., JACOBS, M.M., & TAN, V. (1995). Integrating Top - down and Bottom-up Structural Models of Subjective Well-being: A longitudinal Investigation. Journal of Personality and Social psychology, 68, 138 -150

FLANNERY, G.J. (1994). Validating Antonovsky's Sense of Coherence scale. Journal of Clinical Psychology, 50 (4), 575-577

FREEMANN, M.D. (1971). Violence in the home, London: Gower.

FRIEDMAN, M. (1997). Post Traumatic Stress. Paper presented at theological seminar. University of Pretoria, South Africa.

FRISCH, M.B. (1994). Manual of the Quality of Life Inventory. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.

GELSO, J & FASSINGER, R.E. (1992). Personality, Development and Counselling Psychology: Depth, ambivalence and actualization. Journal of Counseling Psychology, 39, 275 - 298.

GLASS, C.R., ARNKOFF, D.B., WOOD, H., MEYWEHOF, J.L., SMITH, H.R., OLEHANSKY, M.A., & HEDGES, S.M. (1995). Cognition, Anxiety and Performance on a Career-related Oral Examination. Journal of Counseling Psychology, 42, 47 -54

GRASER, R.R. (1992). A study of selected cases of family murder in South Africa. Pretoria. HSRC

HARTMAN, W. (1995). Ego State Therapy with Sexually Traumatized Children. Pretoria: Kagiso Publishers.

HUYSAMEN, G.K. (1993). Metodologie vir die sosiale en gedragswetenskappe Halfweghuis: Southern Boekuitgewers.

HOBFOLL, S.E. ; DUNAHOO, C.L.; MONNIER, J. (1994). Preliminary test manual: Strategic Approach to Coping (SACS). Kent: Applied Psychology Centre. Kent State University.

INGRAM. R.E. & WISNICKI, K.S. (1988). Assessment of Positive Automatic Cognition. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 896 - 902

JENKINS, C. D. (1992). Assessment of Outcomes of Health Intervention. Social Science and Medicine, 367-375

JENKINSON, J. (1992). Contemporary Moral Issues. Examining Religions. Oxford. Heinemann educational.

JERUSALEM, M. (1993). Personal Resources, Environmental Constraints, and Adaptational Processes: The Predictive Power of a Theoretical Stress Model. Personality and Individual Differences, 14, 15 - 24

KAMMANN. N.R. & FLETT, R. (1983). Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. Australian Journal of Psychology, 35(2), 259-265

KAPLAN, H.D ; JOHNSON, R.J. & BAILY, C.A ;. (1986). Self-Rejection: An Explanation of Deviance: Refinement and Elaboration of a Latent Structure. Social Psychology Quarterly, (49), 110 -128

KAZDIN, A.E. (1993). Evaluation and Clinical Practice: Clinically Sensitive and Systematic Methods of Treatment Delivery. Behaviour Therapy, 24, 18 - 25.

KELMAN,H.C. (1978). Violence Without Moral Restraint: Reflections on the Dehumanization of Victims and Victimizers. Journal of Social Issues, 29, 25 - 61.

Kempton Park/Tembisa Metropolitan Local Council. Post Traumatic Stress debriefing. (1999), Pretoria: HRSC.

KHAYALAMI CARES (1999): Service Provider Training manual, Information, education and awareness. Pretoria: FAMSA.

KHAYALAMI CARES (1999): Volunteer Training manual, Information, education and awareness. Pretoria: FAMSA.

KELLY, K; CHEUNG, F.M; RODREUGEUZ, P; WAN, C.K. & BECKER, M.A. (1986). Chronic Self-destructiveness and Locus of Control in Cross-cultural Populations. Journal of Social Psychology, (126), 573 - 577.

KIIRE, R.H. (1992). An Assessment of Basic Needs and Related Factors Affecting Rural Women's Interest in Literacy Programmes in Zimbabwe. A professional Journal for Social Work, August, (28) 135, 543-545.

KLEINKE C.L. (1991). Coping With Life Challenges. California: Brooks/Cole publishing Company.

KNOWLES, M. S. (1980). The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Androgogy. Chicago: Chicago Associated Press.

KOBASA, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 168 -177.

KOBASA, S.C. (1982). The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. Erlbaum. Hillsdale.

KOROTOV, D. & HANNAH, T.E. (1994). Extraversion and Emotionality as Proposed Superordinate Stress Moderators: A prospective analysis. Personality and Individual Differences, (16), 787-792.

LAUER, R.H (1989). Social problems and Quality of life. 4th Edition. Dubuque: C Brown Publishers.

LAZARUS, R.S & FOLKMAN, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.

LAZARUS, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

LEFCOURT, H.M. (Ed) (1976). Locus of control: Current trends in theory and research. New York. Wiley,

LEFCOURT, H.M. (1983). Research with the Locus of Control Construct: Vol 2. Developments and Social problems. New York. Academic press.

LEVY, B. & GIGGANS, P.O. (1995). Dating Violence: What parents need to know. Los Angeles: L.A. Inc.

LEVY, D.A. (1985). Optimism and Pessimism: Relationships to Circadian Rhythms. Psychological Reports, 57, 1123 -1126

LIGHTSEY, O.R. (Jnr). (1996). What leads to wellness? The Role of Psychological Resources in Well-being. Counselling Psychologist, 24(4), 589 - 735

LOUW, L.R. (1991). Apartheid, Poverty, Social Transformation: A Pilgrimage to a Non-racial Democracy Challenges Social Work in South-Africa. Maatskaplike Werk/ Social Work, 27(1), Maart, 22-27.

LOUW, D.A. (1992). Abnormale gedrag. (2e uitgawe). Pretoria: Van Schaik Uitgewers.

LOUW, D.A. (1996). Menslike ontwikkeling. Kaapstad: ABC Drukkers,

MACRAE, R.R. (1989). Why I advocate the five-factor model: Joint factor analysis of the NEO-PI with other instruments. (In Buss, D. & Cantor, N. Personality Psychology: Recent trends and emerging directions, 237 - 245: New York. NY Ltd:

MALLARD, A.G.C., LANCE, C.E. & MICHALOS, A.C. (1997). Culture as a Moderator of Overall Life Satisfaction, Life facet Satisfaction Relationships. Social Indicators Research, 40, 259-284.

MARSH, P. & MORRIS, D. (1988). Tribes. London. Pyramid:

MASLOW, A. H. (1954). Motivation and Personality. New York: H & B publishers.

MATTHEWS, K.A. (1989). Are Sociodemographic Variables Markers for Psychological Determinants of Health ? Health Psychology, 8(6), 641-648.

MAYBURY-LEWIS, D. (1992) Millennium. Tribal Wisdom and the Modern World. USA. Penguin USA Inc:

McCLAIN, L. & ABRAMSON, L.Y. (1995). Schemas, Stress and Depressed mood in College students. Cognitive Therapy and Research, 19. (4) 19 - 43.

Mc KENDRICK, B. & HOFFMANN, W. (1990). *People and Violence in South Africa*. Cape Town: Oxford University Press.

McKENDRICK, B.W. & SENOAMADI, W. (1993). Some effects of violence on squattercamp families and their children. *Social work / Maatskaplike werk*, 29 (3), 213 - 222.

MC SHERRY, W.C. & HOLM, J. E. (1994). Sense of Coherence: It's effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. *Journal of clinical psychology*, 50(4), 476 - 487

MERTON, R. K. (1957) *Social Structure and Anomie*. New York. Free Press:

MILLER, S.M. (1987). Monitoring and Blunting : Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, (52), 142-148.

MIROWSKY, J. & ROSS, C.E. (1990). Control or Defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 71 - 86

MÖLLER, V. (1998). Quality of Life in South Africa: Post-Apartheid trends. *Social Indicators Research*, 43, 27-68 .

MÖLLER, V. SCHLEMMER, L. & DU TOIT, S.C.H. (1987). *Quality of Life in South Africa: Measurement and analysis*. Pretoria: HSRC.

MOOS, R. H. (1994). Conceptual and empirical advances in stress and coping theory. (Presented in at the 23rd International Congress of Applied Psychology, July, 1994, Madrid, Spain).

NEL, J.A & BURGERS, T.J. (1995). The South African Police service: Symptom bearer of the new South Africa. Pretoria: SAPS, Institute for Behavioural Sciences.

NIENABER, A.W. ; DE JAGER, V.; OOSTHUIZEN, T. & WISSING, M.P.(1999). Demographic variables, perceived quality of life and psychological well-being in a group of women. Paper presented at the International Africa Psychology Congress, July 1999, Durban, South Africa.

NOOR, N. M. (1996). Some Demographic, Personality, and Role variables as Correlates of Women's Well-being. Sex roles, 34(9/10), 603 - 620

NORWICI, S. & DUKE, M.P. (1983) The Norwici-Strickland life-span locus of control scales: Construct Validation. New York. NY Inc:

OLIVIER, L. (1994) The Psychological Impact of Violence on Family Members Subjected to Family Violence. Welsynfokus, Aug 1994, 29.

PAVOT, W. & DIENER, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. Psychological Assessment, 5(2), 164 -172.

PHARES, E.J. (1976). Locus of Control in Personality. Morristown: New Jersey: General Learning.

RAJBANSHI, A. (1981). The Indians and the Urban Black. Thinkers forum, The urbanised black. Pretoria: Daan Retief uitgewers.

REESE, W.L (1980). Dictionary of philosophy and religion: Eastern and Western thought. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press.

ROSS, C.E. & VAN WILLIGEN, M. (1997). Education and the Subjective Quality of life. Journal of Health and Social Behaviour, 38(Sept),275-297

ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs. 80, 73 - 79

RYFF,C.D. (1989). Happiness is everything, or is it ? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social psychology. 57. 1069 -1081

SAS System for Windows Release 6.12 (1996). SAS Institute , Cary, NC, USA.

SALUS. (1994). Violence and Aggression. *Violent Youth.* 17 (3); 6 -7

SALUS. (1994). Violence. Little Children Suffer. 17 (3); 22 - 23.

SCHEIER, M.F. & CARVER ,C.S. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. Health Psychology, 4, 219-247.

SCHEIER,; M.F; & CARVER ,C.S. (1992). Effects of Optimism on psychology and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 201 - 228

SCHEIER, M.F, CARVER, C.S. & BRIDGES ,M.W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism:. A re-evaluation of the Life Orientation Test. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 1063-1078.

SCHURINCK, W.J. (1992). Gesinsgeweld: 'n Algemene oorsig. Ongepubliseerde lesing.

SLABY, E. (1989). After-shock: Surviving Delayed Effects of Trauma, Crisis and Loss. New York: Villard Books.

SMIT, G.J. (1991). Psigometrika: Aspekte van toetsgebruik. Universiteit Pretoria: HAUM Uitgewers.

SMITH, S.M. & PETTY, R.E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. Journal of Personality and Social Psychology, 68. 1092 -1107

STAPELBERG, R. (1999). Psigometriese eienskappe van die COPE en SACS by 'n groep Setwana sprekende Suid-Afrikaners. (MA -Skripsie), PU vir CHO, Potchefstroom.

STEVENS, R. (1990). Kriminologie. Studiegids vir KRM 100 - 5. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.

STEYN, H. S. (Jnr). (1999) Praktiese Beduidenheid: Die gebruik van Effekgroottes. Wetenskaplike bydraes, Reeks B: Natuurwetenskappe nr 117. Publikasiebeheer Komitee, PU vir CHO, Potchefstroom.

STEINMETZ, S. K. (1986). " The Violent Family" (in Linstad, M. Violence in the Home: Interdisciplinary Perspectives, New York: Praeger).

STRICKLAND, B.R. (1989). Internal-External control expectancies: From Contingency to creativity. American Psychologist, 44, 1-12.

SULS, J. & FLETCHER, B. (1985). The Relative Efficacy of Avoidant and Non avoidant Coping Strategies. A meta-analysis. Health psychology, (4) 249-288

TAYLOR, S.E. & BROWN, J.D. (1994). "Illusion" of mental health does not explain positive illusions. American Psychologist, 49. 972-973.

TENNAN, H. & AFFLECK, G. (1987). The Cost and Benefits of Optimistic Explanations and Dispositional Optimism. Journal of Psychology, 55, 378 - 398.

THAYER, R.E. (1987). Problem perception, optimism and related states as function of time of day and moderate exercise: Two arousal systems in interaction. Motivation and emotion, 11, 19 - 36.

THOMPSON, D & BOTHMA, P. (1999). Boendoehof-slanery geprys. Bewys dat regering en polisie misluk om hoë vlakke van misdaad te bestry. Beeld, 29 April.

VAN DER MERWE, H. (1989). Pursuing Justice and Peace in South-Africa, London: Routhledge & Paul.

VAN DER WATEREN, E. (1997) Die Dinamiek van Waardes, Copingstyle en Psigologiese Gesondheid by 'n Groep Jeugdige. Ongepubliseerde MA-Skripsie . PU vir CHO: Potchefstroom.

VEENHOVEN, R. (1984). Conditions of Happiness. Boston: Reidel.

VENTOGODT, S. (1996). Quality of Working Life. A provisional translation.

VENTOGODT, S. (1996). An Integrative Quality of Life Theory. In preparation.

VENTOGODT,S. (1998). The Relationship Between QOL and Health and the Interventions/research Needed to Improve these. A research proposal.

WALTER, E. (1969) Terror and Resistance: A study of political violence, London: Oxford University Press.

WATERHOUSE, L. & STEVENSON, O. (1993). Child abuse and child abusers. Protection and prevention. London: J Kingsey Publ.

WESTEN,D. (1996). Psychology: Mind, Brain & Culture. New York: John Wiley & Sons, Inc

WHEEN, F. (1985). Television. A History. London. London Ltd.

WILLIAMS ,R.D., RIELS,A.G. & ROPER, K.A. (1990). Optimism and Distractability in Cardiovascular Reactivity. Psychological Record, 40, 451-457.

WISSING, M.P & DU TOIT, M.M. (1994). Die Dinamiek van Lewenskonteks, Individuele Verskille in Copingprosesse en Psigologiese Gesondheid by 'n groep Jeugdiges met die oog op Kapasiteitsbou en Prevensie. PU VIR CHO. Paper presented at the 23rd International Congress of Applied Psychology. Madrid/ Spain. 17 - 22 July.

WISSING, M. P & VAN EEDEN, C. (1998). Psychological well-being: A Fortigenic Conceptualization and Empirical Clarification. In L. Schlebusch (Ed), South Africa beyond transition: Psychological well-being. Proceedings of the 3rd Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, PsySSA: Pretoria.

WISSING, M.P. & VANEEDEN, C. (1997). Psychological well-being: Measurement and Construct Clarification. Paper presented at the 55th Annual convention of International Council of Psychology. Graz, Austria. 14 -18 July.

WISSING, M.P. (1997). Psychological Well-being: A Fortigenic Conceptualization and Empirical Clarification. Paper presented on the 3rd Annual Congress of Psychological Society of South Africa. Durban, South Africa, 10 -12 September.