

**DIE PSIGOFORTOLOGIESE BELEWENIS VAN DIE
EGGENOOT VAN 'N PASIËNT MET ALZHEIMER SE
SIEKTE**

deur

Chrisma Pretorius

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

Verhandeling

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes
vir die graad

**Magister Scientiae
(Voorligtingsielkunde)**

in die

Fakulteit Natuur- en Landbouwetenskappe

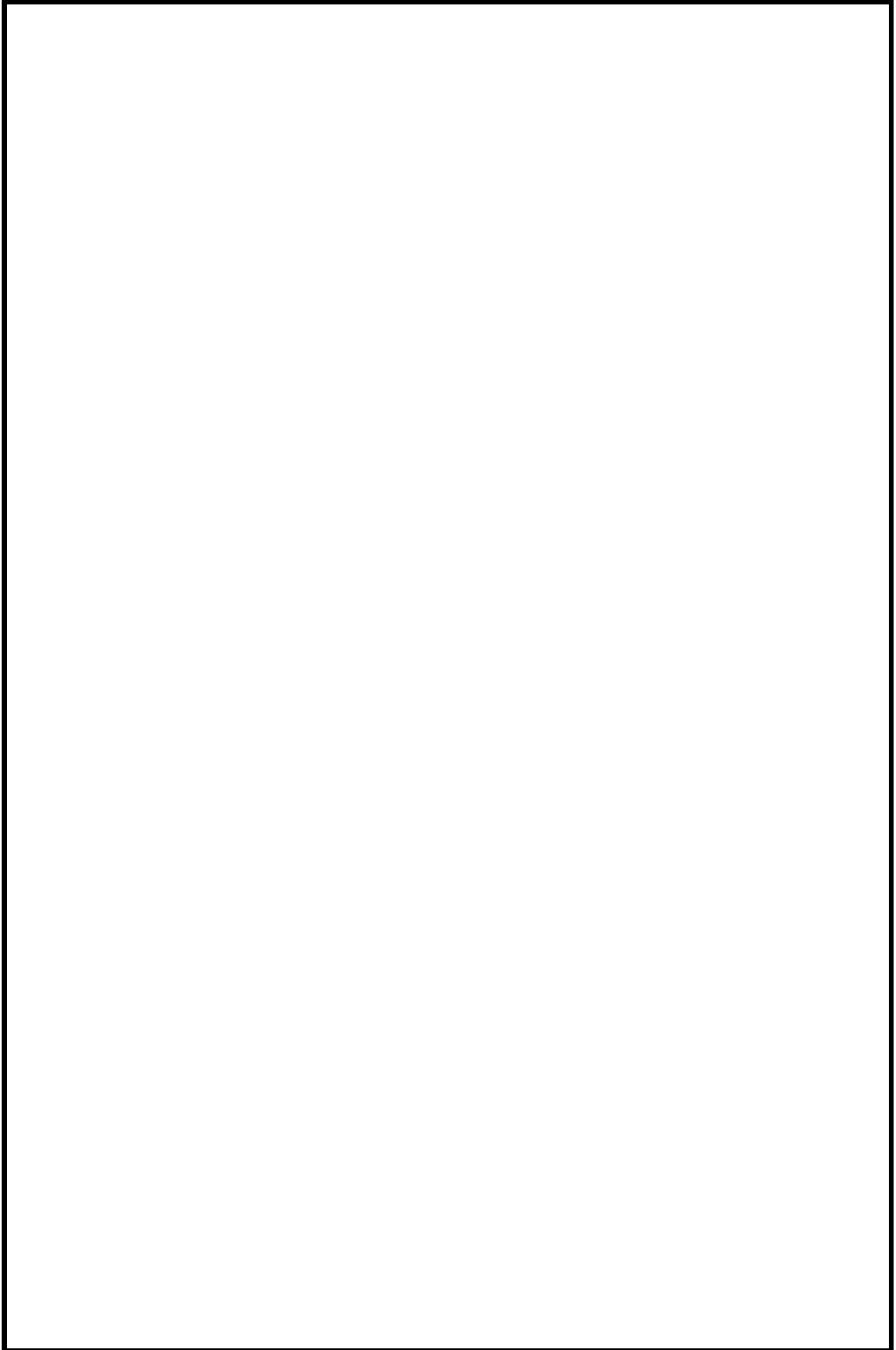
(Departement Sielkunde)

aan die

Universiteit van die Vrystaat

Studieleier: Prof. P.M. Heyns

Mede-studieleier: Dr. S.P. Walker



INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
• BEDANKINGS	i
• OPSOMMING	ii
• SUMMARY	iv
• LYS VAN FIGURE	vi
• LYS VAN TABELLE	vii
HOOFSTUK 1: INLEIDING EN MOTIVERING VIR HIERDIE NAVORSING	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 DOEL VAN HIERDIE STUDIE	2
1.3 NOODSAAKLIKHEID VAN HIERDIE STUDIE	3
1.4 KONSEPOMSKRYWINGS	4
1.4.1 Demensie van die Alzheimer-tipe (of Alzheimer se siekte)	4
1.4.2 Versorger	5
1.4.3 Coping	5
1.4.4 Salutogenese	6
1.4.5 Psigofortologie	7
1.5 ‘N KORT UITEENSETTING VAN DIE NAVORSINGSPROJEK	7
1.6 SAMEVATTING	9

HOOFSTUK 2: ALZHEIMER SE SIEKTE	10
2.1 INLEIDING	10
2.2 DEFINISIE EN VERLOOP VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	11
2.2.1 Fase 1 ('Pre-demensie' of 'Ligte kognitiewe inperking')	13
2.2.2 Fase 2 ('Ligte' of 'Vroeë' demensie)	13
2.2.3 Fase 3 ('Matige' of 'Middel-fase'-demensie)	14
2.2.4 Fase 4 ('Ernstige' of 'Laat-fase'-demensie)	14
2.2.5 Fase 5 ('Gevorderde' demensie)	15
2.3 DIAGNOSE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	15
2.3.1 KLINIESE DIAGNOSERING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	15
2.3.2 DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	17
2.4 KLINIESE KENMERKE EN NEUROSIELKUNDIGE PROFIEL VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE	24
2.4.1 Geheue	24
2.4.2 Taal- en spraakfunksionering	26
2.4.3 Visueel-ruimtelike oriëntasie	28
2.4.4 Uitvoerende funksionering	28
2.4.5 Oriëntasie ten opsigte van tyd, plek en persoon	29
2.4.6 Motoriese en sensoriese funksionering	29
2.4.7 Gemoed, emosie en persoonlikheid	29
2.4.8 Hallusinasies en delusies	30
2.4.9 Gedrag- en sielkundige simptome	30
2.4.10 Ander tekens en simptome	31
2.5 EPIDEMIOLOGIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE	31
2.6 ETIOLOGIE	33
2.6.1 Die neuropatologie van Alzheimer se siekte	33
2.6.2 Genetiese faktore	35
2.6.3 Down-sindroom en Demensie van die Alzheimer-tipe	36
2.6.4 Neurotransmitters (of neuro-oordragstowwe)	37

2.6.5	Familiële meervoudige sisteem taupatie met pre-seniele demensie	37
2.6.6	Ander oorsake vir die ontstaan van demensie van die Alzheimer-tipe	38
2.7	BEHANDELING	38
2.8	SAMEVATTING	41

HOOFSTUK 3: DIE BELEWENIS VAN MANLIKE VERSORGERS VAN ALZHEIMER-PASIËNTE 43

3.1	INLEIDING	43
3.2	‘N MODEL VAN VERSORGERSTRES EN –COPING	46
3.2.1	AGTERGROND EN KONTEKS VAN DIE STRESPROSES	47
3.2.1.1	Ouderdom en geslag	47
3.2.1.2	Opvoeding	48
3.2.2	STRESSORE	48
3.2.2.1	Primêre stressore	48
(i)	Kognitiewe status van die pasiënt	49
(ii)	Gedragsprobleme	49
(iii)	Die aantal take waarvoor en die mate waartoe die pasiënt afhanklik van die versorger is	50
(iv)	Oorlading, uitbranding en lasdra wat deur die versorger ervaar word	52
(v)	Verlies van verhoudings	54
3.2.2.2	Sekondêre stressore	56
(i)	Sekondêre rolspanning	56
(a)	Familie	56
(b)	Finansiële bekommernis	57
(c)	Inperking van sosiale en ontspanningsaktiwiteite	57
(ii)	Sekondêre intrapsigiese stres	57
3.2.3	BEMIDDELINGSFAKTORE	59

3.2.3.1	Coping	59
3.2.3.2	Sosiale ondersteuning	60
(i)	Informele ondersteuning	61
(ii)	Formele ondersteuning	62
3.2.3.3	Spiritualiteit	66
3.2.4	VERSORGER-UITKOMSTE	66
3.2.4.1	Negatiewe uitkomste	66
(i)	Rou, verlies en dood	66
(ii)	Psigiatriese versteurings	68
(iii)	Fisieke gesondheid van die versorger	68
3.2.4.2	Positiewe uitkomste	69
3.3	SAMEVATTING	71

HOOFTUK 4: SALUTOGENESE EN PSIGOFORTOLOGIE **73**

4.1	INLEIDING	73
4.2	DIE ONTSTAAN EN ONTWIKKELING VAN GESONDHEIDSORG-MODELLE	74
4.3	STRES	78
4.4	COPING	81
4.4.1	Wat is coping?	81
4.4.2	Coping: ‘n respons op stres	82
4.4.3	Verloop van die copingproses	82
4.5	SALUTOGENESE	85
4.5.1	Inleiding	85
4.5.2	Salutogene konstrukte	87
4.5.2.1	Koherensiesin	87
(i)	Verstaanbaarheid	88
(ii)	Beheerbaarheid of hanteerbaarheid	88
(iii)	Betekenisvolheid of sinvolheid	89
4.5.2.2	Algemene weerstandshulpbronne	89

4.5.3	Opsomming	91
4.6	VERSKEIE SALUTOGENE OPVATTINGS	91
4.6.1	Geharde persoonlikheid	91
4.6.2	Aangeleerde vindingrykheid	92
4.6.3	Lokus van kontrole	92
4.6.4	Self-doeltreffendheid	92
4.6.5	Lewenskragtigheid ('potensie')	93
4.7	PSIGOFORTOLOGIE AS UITVLOEISEL VAN DIE KONSEP VAN SALUTOGENESE	93
4.7.1	Inleiding	93
4.7.2	Die konsep: Fortaliteit (<i>'Fortitude'</i>)	94
4.8	VERWANTE KONSEPTE VAN FORTOLOGIESE DENKE	96
4.8.1	Welstand / Geluk	96
4.8.2	Voordeel trek (<i>'Benefit-finding'</i>)	99
4.8.3	<i>'Agency'</i> en <i>'communion'</i>	99
4.8.4	Gewoonheid	99
4.9	SAMEVATTING	100
 HOOFSTUK 5: METODOLOGIE		105
5.1	INLEIDING	105
5.2	DOEL VAN DIE STUDIE	105
5.3	ONDERSOEKGROEP	106
5.4	MEETINSTRUMENTE	106
5.4.1	Biografiese vraelys	107
5.4.2	Lewenstevredenheidskaal / <i>Satisfaction With Life Scale</i> (SWLS) (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985)	107
5.4.2.1	Rasionaal	107
5.4.2.2	Aard, administrasie en interpretasie	108
5.4.2.3	Betroubaarheid en geldigheid	108
5.4.2.4	Motivering vir gebruik	108
5.4.3	Koherensiesin-vraelys / <i>'Sense of Coherence Scale'</i> (SOC) (Antonovsky, 1987)	108

5.4.3.1	Rasionaal	108
5.4.3.2	Aard, administrasie en interpretasie	109
5.4.3.3	Betroubaarheid en geldigheid	110
5.4.3.4	Motivering vir gebruik	110
5.4.4	Algemene Gesondheidstoestand-vraelys / ‘ <i>General Health Questionnaire</i> ’ (Goldberg & Hillier, 1979)	110
5.4.4.1	Rasionaal	110
5.4.4.2	Aard, administrasie en interpretasie	111
5.4.4.3	Betroubaarheid en geldigheid	112
5.4.4.4	Motivering vir gebruik	112
5.4.5	Die Lasdra-onderhoud / ‘ <i>Burden Interview</i> ’ (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980)	113
5.4.5.1	Rasionaal	113
5.4.5.2	Aard, administrasie en interpretasie	113
5.4.5.3	Betroubaarheid en geldigheid	114
5.4.5.4	Motivering vir gebruik	114
5.4.6	Fortaliteitsvraelys / ‘ <i>Fortitude Questionnaire</i> ’ (FORQ) (Pretorius, 1998)	114
5.4.6.1	Rasionaal	114
5.4.6.2	Aard, administrasie en interpretasie	115
5.4.6.3	Betroubaarheid en geldigheid	115
5.4.6.4	Motivering vir gebruik	116
5.5	NAVORSINGSONTWERP	116
5.6	PROSEDURE	117
5.6.1	Kwantitatiewe ontleding	117
5.6.2	Kwalitatiewe ontleding	118
5.7	SAMEVATTING	118
HOOFTUK 6: RESULTATE EN INTERPRETASIE		119
6.1	INLEIDING	119
6.2	DEEL 1: KWANTITATIEWE ONTLEDING	120
6.2.1	Biografiese vraelys	120

6.2.2	Lewenstevredenheidskaal / ‘ <i>Satisfaction With Life Scale</i> ’ (SWLS) (Diener et al., 1985)	121
6.2.2.1	Bespreking	121
6.2.3	Koherensiesin-vraelys / ‘ <i>Sense of Coherence Scale</i> ’ (SOC) (Antonovsky, 1987)	122
6.2.3.1	Bespreking	122
6.2.4	Algemene Gesondheidstoestand-vraelys / ‘ <i>General Health Questionnaire</i> ’ (Goldberg & Hillier, 1979)	123
6.2.4.1	Bespreking	124
6.2.5	Die Lasdra-onderhoud / ‘ <i>Burden Interview</i> ’ (Zarit et al., 1980)	124
6.2.5.1	Bespreking	124
6.2.6	Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998)	125
6.2.6.1	Bespreking	125
6.3	DEEL 2: KWALITATIEWE ONTLEDING	126
6.3.1	AGTERGROND EN KONTEKS	128
6.3.1.1	Ouderdom en geslag	129
6.3.1.2	Opvoeding	129
6.3.2	STRESSORE	130
6.3.2.1	Primêre stressore	131
	(i) Agteruitgang en uiteindelijke diagnose	132
	(ii) Deteriorasie van kognitiewe status	133
	(iii) Gedragsimptome	135
	(iv) Oorlading, uitbranding en lasdra wat deur die versorger ervaar word	138
	(v) Persoonlike versorging	139
	(vi) Huishoudelike take	141
	(vii) Verhouding met die Alzheimer-pasiënt	143
6.3.2.2	Sekondêre stressore	147
	(i) Sekondêre rolspanning	148
	(a) Familiekonflik	149
	(b) Finansiële onsekerhede	149
	(c) Kennis van die siekte	150
	(d) Tyd vir self	151

(ii)	Sekondêre intrapsigiese stres	153
	(a) Affektiewe belewenis	154
	(b) Toekomspektief	156
6.3.3	BEMIDDELINGSFAKTORE	158
	6.3.3.1 Sosiale ondersteuning	159
	(i) Informele ondersteuning	160
	(ii) Formele ondersteuning	163
	6.3.3.2 Coping	167
	6.3.3.3 Spiritualiteit	172
	6.3.3.4 Werksopset	173
6.3.4	VERSORGER-UITKOMSTE	174
	6.3.4.1 Negatiewe uitkomste	175
	6.3.4.2 Positiewe uitkomste	177
6.4	DEEL 3: PSIGOFORTOLOGIE	180
	6.4.1 Verstaanbaarheid	181
	6.4.2 Beheerbaarheid	182
	6.4.3 Betekenisvolheid	185
6.5	SAMEVATTING	186

HOOFSUK 7: BESPREKING EN GEVOLGTREKKINGS **187**

7.1	INLEIDING	187
7.2	‘N MODEL VAN VERSORGERSTRES EN -COPING	188
	7.2.1 AGTERGROND EN KONTEKS	189
	7.2.2 STRESSORE	190
	7.2.2.1 Primêre stressore	190
	7.2.2.2 Sekondêre stressore	194
	(i) Rolspanning	194
	(ii) Intrapsigiese stres	195
	7.2.3 BEMIDDELINGSFAKTORE	197
	7.2.3.1 Informele ondersteuning	198

7.2.3.2	Formele ondersteuning	199
7.2.3.3	Coping	201
7.2.3.4	Spiritualiteit	202
7.2.3.5	Werkopset	203
7.2.4	VERSORGER-UITKOMSTE	203
7.2.4.1	Negatiewe uitkomste	204
7.2.4.2	Positiewe uitkomste	205
7.3	OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS	207
7.4	AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	213
7.5	TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE	214
7.6	PERSOONLIKE BELEWENIS	215
7.7	TEN SLOTTE	215
 BRONNELYS		 217
 BYLAE		
BYLAAG 1		231
•	TOESTEMMINGSBRIEF	232
BYLAAG 2		233
•	BIOGRAFIESE VRAELYS	234

BEDANKINGS

Prof P.M. Heyns, die passie wat u vir u vakgebied openbaar, was deurgaans 'n ware inspirasie vir my. Dankie vir al die leiding, aanmoediging en belangstelling tydens hierdie studie. Ek sou nie vir 'n beter mentor kon vra nie.

Dr. S.P. Walker, vir die leiding en sinvolle insette as mede-studieleier.

Dr. M. Erasmus, vir die taalversorging van die studie wat u met soveel sorg uitgevoer het.

My familie, veral my ma, broer en susters, dankie vir die oproepe, belangstelling, motivering en steunpilare wat julle in my lewe is. Dankie vir al julle liefde.

My vriende (veral Steve, Hendra, Anko, Barbara en Carla), vir julle voortdurende belangstelling, ondersteuning en opregte omgee.

Vir die versorgers wat aan die studie deelgeneem het, sonder julle bydrae sou hierdie studie nie moontlik gewees het nie. Dit was 'n besondere belewenis om deel te kon hê aan julle intiemste belewenisse.

My Hemelse Vader, sonder wie nie een van die bogenoemde persone deel van my lewe sou wees nie.

OPSOMMING

DIE PSIGOFORTOLOGIESE BELEWENIS VAN DIE EGGENOOT VAN 'N PASIËNT MET ALZHEIMER SE SIEKTE

Sleutelterme: Alzheimer se siekte, versorger, stres, coping, sielkundige welstand, salutogenese, koherensiesin, weerstandshulpbronne, psigofortologie, fortaliteit.

Alzheimer se siekte het verreikende gevolge vir beide die versorger en die persoon met hierdie siekte. Hierdie studie beskryf Alzheimer se siekte en die impak daarvan op die versorger van die persoon wat ly aan Demensie van die Alzheimer-tipe. Die doel van hierdie ondersoek was in die eerste plek om die belewenis van die eggenoot van 'n persoon met Alzheimer se siekte vanuit 'n psigofortologiese hoek te ondersoek. Hierdie belewenis is ondersoek deur te let op die besondere uitdagings wat die versorgingstaak inhou, sowel as om te fokus op die sterktes wat benodig word om hierdie uitdagings die hoof te bied. Mans wat as versorgers van huweliksmaats met Alzheimer se siekte optree, is by hierdie studie betrek. 'n Verdere doel van die studie was om op grond van die bevindinge riglyne vanuit die veld van psigofortologie te formuleer vir die benutting deur manlike versorgers van persone wat gediagnoseer is met Alzheimer se siekte. 'n Laaste doelwit was om die resultate van die studie te vergelyk met die resultate van Potgieter (2000) wat gefokus het op die behoeftes van vroulike versorgers.

Die ondersoek was van 'n tweeledige aard, aangesien daar gebruik gemaak is van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe data-ontledingsmetodes. Tien manlike versorgers is by die studie betrek. Vir die kwantitatiewe ondersoek is vyf vraelyste benut, waaronder die Lewenstevredenheidskaal (Diener, Emmonds, Larsen & Griffin, 1985), die Koherensiesin-vraelys (Antonovsky, 1987), die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998), die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys (Goldberg & Hillier

1979) en die Lasdra-onderhoud (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). Die psigometriese toetse is afgeneem bloot ter toeligting van die kwalitatiewe resultate en die resultate is met beskrywende statistiese tegnieke ontleed. Die kwalitatiewe gedeelte van die ondersoek (wat die meeste gewig dra) was die ontleding van semi-gestruktureerde indiepte-onderhoude wat met die versorgers gevoer is. 'n Oriënterende kwalitatiewe ontledingsbenadering (Patton, 2002) is gevolg. Hierdie benadering is daarop afgestem om die vergestaltung van reeds bestaande teoretiese modelle in 'n nuwe domein te ondersoek. Die psigofortologiese invalshoek en meer spesifiek Antonovsky se Koherensiesin is as teoretiese basis gebruik, in navolging van die werk van Potgieter (2000).

Die belewenis van manlike versorgers van huweliksmaats met Alzheimer se siekte, soos in die literatuur opgeteken, is tot 'n groot mate bevestig. Die vergelyking tussen die manlike versorgers van hierdie studie en vroulike versorgers van Potgieter (2000) se studie het verskeie ooreenkomste, maar ook interessante verskille opgelewer. Dit het duidelik uit die resultate na vore gekom dat manlike versorgers 'n unieke en waardevolle bydrae tot die versorgingsrol lewer.

'n Aantal faktore is geïdentifiseer wat 'n belangrike rol speel in die belewenis van die manlike versorger. Hieronder is die behoefte aan tyd vir hulleself. Mense uit die gemeenskap kan opgelei word om 'n mate van ontvlugting vir hierdie versorgers te bied. Die stigting van ondersteuningsgroepe vir manlike versorgers het groot potensiaal, maar die formaat daarvan moet aangepas word by die behoeftes van manlike versorgers. Die grootste sterkte van manlike versorgers wat na vore gekom het, is die probleem-georiënteerde copingmeganisme wat hulle openbaar. Manlike versorgers is geneig om versorgerlas te onderraporteer. Die versorgers se geloofsoortuiging en ondersteuning wat hulle van hulle kinders, veral hulle dogters ontvang, speel 'n groot rol in die verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenis wat die versorger in die situasie vind. Hierdie faktore kan dus met vrug aangewend word in die bevordering van die versorger se hantering van uitdagings wat die versorgingsituasie stel en behoort in enige ondersteuningsprogram vir manlike versorgers van huweliksmaats met Alzheimer se siekte in ag geneem te word.

SUMMARY

THE PSYCHOFORTOLOGICAL EXPERIENCE OF THE HUSBAND OF A PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Keywords: Alzheimer's disease, caregiver, stress, coping, psychological well-being, salutogenesis, sense of coherence, general resistance resources, fortology, fortitude.

Alzheimer's disease has a great impact on both the caregiver and his or her patient. This study describes Alzheimer's disease and the impact thereof on the caregiver of a person with Dementia of the Alzheimer's type. The purpose of this study is, firstly, to investigate the experience of a husband of a person with Alzheimer's disease from a psychofortological perspective. This experience is investigated through focusing on the exceptional challenges that caregiving faces and highlights the strengths that are needed to cope with these challenges. Men that act as caregivers for spouses with Alzheimer's disease are included in this study. A further goal is to formulate guidelines from the findings from the field of psychofortology for the use of male caregivers of people with Alzheimer's disease. A final goal is to compare the results of this study with the results of Potgieter (2000), whose focus was on the needs of female caregivers.

This survey is of a binary nature, as both quantitative and qualitative means of data analysis are employed. Ten male caregivers were included in this project. For the quantitative part of this study, five questionnaires were used, namely, the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), the Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1987), the Fortitude Questionnaire (Pretorius, 1998), the General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979) and the Burden Interview (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). The psychometric tests were conducted only to verify the qualitative findings and were analysed using descriptive statistical

techniques. For the qualitative part of the study (which represents the major part), semi-structured, in-depth interviews were conducted with husbands caring for spouses with Alzheimer's disease. An orientational qualitative method of analysis (Patton, 2002) was utilised to analyse and code the latter information. This approach aims to investigate the configuration of existing theoretical models in a new domain. The psychosocial aspect of incidence and more specifically, the Sense of Coherence of Antonovsky, were utilised as theoretical bases, following the work of Potgieter (2000).

In this study, confirmation was found for the experiences of male caregivers of spouses with Alzheimer's disease, already identified in earlier research. The comparison between male caregivers of this study and female caregivers from the study conducted by Potgieter (2000), revealed various similarities, but also interesting differences. It is clear from the results that male caregivers make a unique and valuable contribution to caregiving.

A number of factors that play an important role in the experiences of the male caregiver were identified. Included, was the need of time for himself; thus, people from the community may be trained to provide a degree of escape for the caregiver. The establishment of support groups for male caregivers has great potential, but the format thereof should be adapted to the needs of male caregivers. The biggest strength of male caregivers that was evident, was the problem-focused coping mechanisms they possess. Male caregivers are inclined to underreport caregiver-burden. Religion, as well as support from their children, especially from their daughters, played a major role in the comprehensibility, controllability and meaning that male caregivers find in the caregiving situation. These factors may make a positive contribution to the advancement of the way caregivers handle the challenges of the caregiving situation and should be employed in the development of any support programmes for male caregivers of spouses with Alzheimer's disease.

LYS VAN FIGURE

Bladsy

Figuur 2.1:	Langtermyngeheue-taksonomie (Zilmer & Spiers, 2001)	25
Figuur 3.1:	'n Model van versorgerstres en –coping (Pearlin et al., 1990)	46
Figuur 4.1:	Die <i>health-ease/dis-ease</i> -kontinuum van Antonovsky (1987)	76
Figuur 4.2:	Die G.A.S. (' <i>General Adaptation Syndrome</i> ') -response op stressore (Selye, 1975)	80
Figuur 4.3	Model van die stresproses (Slavin et al., 1991, gebaseer op die model van Lazarus & Folkman, 1984)	83
Figuur 6.1:	'n Skematiese voorstelling van die integrering van die Stresprosesmodel (Pearlin et al., 1990) en die Stres en Copingproses (Lazarus & Folkman, 1984)	128
Figuur 7.1	'n Model van versorgerstres en –coping (Pearlin et al., 1990)	188

LYS VAN TABELLE

Bladsy

Tabel 5.1:	Interkorrelasies tussen die vier domeine en die totaalstelling van die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys (Goldberg & Hillier, 1979)	111
Tabel 5.2:	Korrelasies tussen skaaltellings en onafhanklike kliniese metings (Goldberg & Hillier, 1979)	112
Tabel 6.1:	Die resultate van die Koherensiesin-vraelys / ‘ <i>Sense of Coherence Scale</i> ’ (SOC) (Antonovsky, 1987)	122
Tabel 6.2	Die resultate van die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys/ ‘ <i>General Health Questionnaire</i> ’ (Goldberg & Hillier, 1979)	123
Tabel 6.3	Die resultate van die Fortaliteitsvraelys / ‘ <i>Fortitude Questionnaire</i> ’ (Pretorius, 1998)	125

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN MOTIVERING VIR HIERDIE NAVORSING

1.1 INLEIDING

Demensie van die Alzheimer-tipe is een van die mees vreesaanjaende siektetoestande van ons tyd. Die vooruitsig dat jy eendag nie die mense sal herken vir wie jy lief is nie; dat jy sal sukkel om die basiese dinge te doen soos om jou pad in 'n bekende omgewing te vind en nie te verdwaal nie, en die ergste van alles, dat jy moontlik ook pynlik van hierdie agteruitgang bewus sal wees, is maar 'n paar van die gevolge van hierdie siektetoestand (Potgieter, 2000). Die versorging van 'n pasiënt met Demensie van die Alzheimer-tipe, is selfs onder die beste omstandighede 'n uitdagende taak. Die gedeelte wat volg, is woorde wat kom uit die hart van 'n manlike versorger wat moes sien hoe sy geliefde vrou stadig maar seker vasgevang word in die kloue van Alzheimer se siekte.

“Feeling the weight of the day’s events in every bone of his tall, slender body, Paul sank into his comfortable Stratolounger and switched on the table lamp. As he reached for the remote control so he could catch the late evening news, his eyes fixed on the photograph standing beside it. He picked it up instead and began to recall that wonderful day, only four years ago. He and Jane were in Maui, a vacation that the kids had given them to celebrate their fortieth wedding anniversary. Jane looked vibrant in her blue, flowered pareo and Orchid Lei. Paul, wearing his matching shirt, was standing next to her with his arm around her. Every day they had been snorkelling, and every night they danced into the wee hours. The last evening of the vacation, they stood on the veranda overlooking the ocean and repeated their wedding vows. Paul sighed deeply. How things had changed! This morning, Jane had once again asked him where the bathroom was. He recalled how floored he had been the first time she seemed to be lost in their home of thirty-two years and thought at first that she had been joking. At lunch she accused Paul of having secret telephone conversations with her mother, who had been dead for years. That was a new one. He thought about how Jane, who used to love to cook, now frequently asked

to go out to dinner. Pondering that recent turnaround, he recognized that Jane could not coordinate preparing even a simple dinner without help.

Jane was asleep as Paul sat alone in the den, holding the photo close to his chest, painfully cognizant that their emotional bond – the essence of their partnership – was quickly slipping away. Reluctantly, Paul admitted to himself that it was time to capitulate to the signs of an illness he had read about and feared to the depths of his soul. He knew he could no longer continue to ignore the probability that his beloved Jane had Alzheimer’s disease. Placing the photograph back in its place on the table next to him, Paul rubbed his eyes, took a deep breath, and resolved that tomorrow would be a new day when a new journey would begin.” (Braff & Olenik, 2003, p.7)

So het elke versorger ‘n unieke storie om te vertel oor sy of haar betrokkenheid by Alzheimer se siekte. Die versorger moet die een emosionele ontwrigting na die ander kan oorleef. Versorgers moet nie net die fisieke eise wat hierdie siekte stel oorleef nie, maar ook leer om suksesvol met die emosionele aanslae te cope en om die kwaliteit van hulle eie lewe te handhaaf.

In hierdie hoofstuk sal die doel en noodsaaklikheid van hierdie studie bespreek word. Kernbegrippe en konsepte wat relevant is vir die onderwerp sal omskryf word en ‘n bondige uiteensetting van die navorsingsprojek sal gegee word.

1.2 DOEL VAN HIERDIE STUDIE

Daar is in hierdie studie gefokus op die belewenis van die man as versorger, aangesien daar alreeds baie bekend is oor die vrou in hierdie rol (Potgieter, 2000, 2003). Volgens die 10/66 Demensie-navorsingsgroep, wat ‘n uitgebreide internasionale studie in ontwikkelende lande gedoen het, is vroue in 71% van die gevalle die hoofversorgers van mense met demensie, teenoor manlike versorgers in 29% van gevalle (The 10/66 Dementia Research Group, 2006c). Dit verklaar waarom navorsingstudies in die verlede die klem op die vrou as versorger geplaas het. Die noodsaaklikheid om die belewenis van die man as versorger ook te ondersoek, is dus duidelik.

Die hoofdoel van hierdie studie was om 'n beeld te vorm van die sielkundige belewenis van die eggenoot van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte. Daar is egter spesifiek gelet op die besondere uitdagings wat die versorgingstaak inhou, asook die sielkundige hulpbronne wat benodig word om hierdie uitdagings die hoof te bied. Die studie fokus met ander woorde op die sielkundige sterktes wat 'n rol speel wanneer 'n eggenoot na sy vrou met Alzheimer se siekte omsien. 'n Verdere doel was om op grond van die bevindinge riglyne vanuit die veld van psigofortologie te formuleer vir die benutting deur manlike versorgers van persone wat gediagnoseer is met Alzheimer se siekte. 'n Laaste doelwit was om die resultate van hierdie studie te vergelyk met die resultate van Potgieter (2000) wat gefokus het op die sielkundige behoeftes van vroulike versorgers.

1.3 NOODSAAKLIKHEID VAN DIE STUDIE

Daar is 'n toename in die voorkoms van demensie onder bejaardes wat te wyte is aan 'n langer lewensverwachting in die hedendaagse samelewing. In die VSA is daar byvoorbeeld ongeveer 4 miljoen mense met Alzheimer se siekte, en na verwagting kan daar teen die jaar 2050 in die VSA alleen soveel as 15.4 miljoen mense wees wat met die siekte gediagnoseer is (Evans et al., 1990). Daar is dus 'n groot behoefte om strategieë in plek te kry om hierdie mense en hulle versorgers by te staan, aangesien die versorging van persone met Alzheimer se siekte 'n uiters veeleisende taak is. Die versorging van persone met Alzheimer se siekte het dikwels 'n groter impak op versorgers as enige ander chroniese siektetoestand, en dit is 'n uitdagende taak wat die versorger se fisiese sowel as geestesgesondheid kan affekteer (Gwyther, 1998; Monahan & Hooker, 1995). In 'n uitgebreide studie wat in Europa gedoen is, is gevind dat hoë vlakke van sielkundige en lasverwante stres onder die versorgers van persone met Alzheimer se siekte voorkom (Schneider, Murray, Banerjee & Mann, 1999). Hierdie bevindinge word ook deur die 10/66 Demensie-navorsingsgroep bevestig (The 10/66 Dementia Research Group, 2004).

Dit wil tog voorkom asof nie alle mense wat aan 'n bepaalde stressor (byvoorbeeld die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte) blootgestel word dieselfde negatiewe gevolge daarvan ervaar nie. Antonovsky (1979) het in sy soeke na 'n verklaring van hierdie verskynsel 'n besondere bydrae gelewer op die gebied van

‘salutogenese’, veral met sy formulering van die begrip ‘koherensiesin’. Die teorie van ‘salutogenese’ is deur Strümpfer (1995) verder uitgebrei en die begrip ‘fortigenese’ is deur hom bekendgestel. Daar is deur albei hierdie navorsers gefokus op die faktore wat mense sterk en gesond hou en hulle het in hulle werk dus meer op ‘n voorkomende benadering gekonsentreer. Bogenoemde begrippe sal in afdeling 1.4 gedefinieer en in meer diepte omskryf word.

1.4 KONSEPOMSKRYWINGS

Hoewel die verskillende konsepte vervat in hierdie studie gedurende die literatuurstudie in meer besonderhede omskryf sal word, is dit noodsaaklik dat die leser vooraf ingelig word oor die terme en kernbegrippe wat ‘n belangrike rol in hierdie ondersoek speel.

1.4.1 Demensie van die Alzheimer-tipe (of Alzheimer se siekte)

Demensie is ‘n term wat gebruik word om ‘n sindroom (‘n groep simptome wat aanduidend is van ‘n kliniese entiteit) te beskryf wat veroorsaak word deur ‘n groep toestande en siektes wat sommige van dieselfde neurosielkundige en gedragsimptome in gemeen het, alhoewel die onderliggende oorsake grootliks kan verskil (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Dit sluit onder andere Demensie van die Alzheimer-tipe, Vaskulêre demensie, Semantiese demensie (of Fronto-temporale demensie) en demensie met Lewy-liggaampies in (Draper, 2004; Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Demensies het dus baie verskillende oorsake, maar Demensie van die Alzheimer-tipe kom die meeste voor (Wold, 2004). Die term ‘demensie’ kan dus as ‘n sambreelterm beskou word. Die *demensie-sindroom* word gedefinieer as ‘n afname in verskillende fasette van kognitiewe funksionering, insluitende die geheue, as gevolg van ‘n neuro-degeneratiewe breinsiekte wat tot ‘n betekenisvolle inperking van die persoonlike, sosiale en/of beroepsfunksionering lei. Ander kognitiewe funksies wat gewoonlik geaffekteer word, sluit die volgende in: ruimtelike en tydsoriëntasie, begrip, berekeningsvermoë, leervermoë, taal, oordeel, redenering en inligtingsprosessering (Draper, 2004; Zilmer & Spiers, 2001). Gedrags- en persoonlikheidsveranderinge kan ook voorkom (Burke & Laramie, 2004).

1.4.2 Versorger

In die literatuur word die term ‘versorger’ dikwels gebruik om ‘n verskeidenheid van persone wat hulle op een of ander stadium in ‘n hulpgewende rol bevind het, te beskryf. Hierdie ondersoek fokus uitsluitlik op die belewenisse van die eggenoot van persone wat gediagnoseer is met Demensie van die Alzheimer-tipe. Die term ‘versorger’ sal dus slegs gebruik word om te dui op die manlike versorgers aan wie uitdagende eise gestel word. In hierdie studie het die eggenote hulleself as die primêre versorgers van hulle huweliksmaats geïdentifiseer. Hulle het geen formele opleiding om as versorgers op te tree ontvang nie. Die ondersoekgroep wat in hierdie studie betrek is, sal ook in Hoofstuk 5 in meer besonderhede bespreek word.

1.4.3 Coping

Ten spyte van die alomteenwoordige stressore wat in die wêreld bestaan, kry sommige mense dit reg om met hierdie stresvolle lewensgebeure en uitdagings saam te leef. Die vraag wat dus ontstaan is hoe hierdie individue dit regkry. Die konsep van coping as ‘n hanteringsmeganisme speel ‘n belangrike rol. Lazarus en Folkman (1984) het ‘n groot bydrae gelewer tot die verstaan van die copingproses. Hierdie outeurs beskryf coping as ‘n reaksie op ‘n stresvolle situasie en die aanpassing by hierdie situasie bestaan uit drie prosesse, naamlik primêre beoordeling (die proses waar ‘n bedreiging waargeneem word), sekondêre beoordeling (die proses waar gedink word aan ‘n potensiële respons op die bedreiging) en coping (die proses waar die bogenoemde respons uitgevoer word). Daar bestaan twee hoof tipes copingstrategieë, naamlik probleem-gefokusde coping (dit verwys na die oorgaan tot aksie om ‘n bedreigende of skadelike verhouding met die omgewing te verander) en emosie-gefokusde coping (dit verwys na die neem van stappe om die emosionele distres wat deur die persoon se omgewing geproduseer word, te reguleer). Die bepaling van watter een van die bogenoemde copingstrategieë die beste in ‘n gegewe situasie sal wees, sal afhang van die aard van die stressor. Lazarus en Folkman (1984) is egter van mening dat ons in die meeste gevalle waarskynlik maksimum voordeel trek uit ‘n kombinasie van bogenoemde twee strategieë.

1.4.4 Salutogenese

Soos reeds genoem is het Antonovsky (1979) die term 'salutogenese' bekend gestel. Dié neologisme is saamgestel uit die Latynse woord: *salus* wat 'gesond' beteken en die Griekse woord *genesis* wat 'oorsprong' of 'begin' beteken. Salutogenese dui dus op die soeke na die oorsprong van gesondheid binne die totale funksionering van die mens, en meer spesifiek soek dit na die meganisme wat die persoon gebruik om gesond te bly, ten spyte van die teenwoordigheid van lewenseise en -stressore. Die fokus val nou op dit wat 'n persoon in staat stel om te oorleef, en om soms selfs te floreer te midde van 'n hoë stressorlading. Binne hierdie nuwe navorsingsveld het Antonovsky (1979) twee kernbegrippe wat 'n sentrale rol speel in die veld van salutogenese beskryf.

Die eerste is 'koherensiesin', wat verwys na die houding en oriëntasie wat die persoon inneem teenoor die spesifieke stressor waarmee hy of sy te doen kry. Koherensiesin behels in wese die mate van begrip waaroor die persoon beskik om die aard van die stressor te verstaan, ten spyte van die ernstigheidsgraad van die stressor (verstaanbaarheid), die bewuswees van die beskikbaarheid van hulpbronne om die stressor te hanteer (beheerbaarheid), asook die ervaring dat die hantering van die uitdagings wat deur die spesifieke stressor aan hulle gestel word uiteindelik sinvol is (betekenisvolheid).

Die tweede kernbegrip binne die veld van die salutogenese staan bekend as weerstandshulpbronne en word gedefinieer as faktore teenwoordig by 'n persoon, groep, subkultuur of die samelewing wat 'n fasiliterende rol ten opsigte van die suksesvolle hantering van 'n wye reeks stressore speel.

Hierdie nuwe navorsingsveld se fokus op voorkoming het die begin van 'n paradigmaskuif binne die sielkunde verteenwoordig, naamlik vanaf die tradisionele mediese model, waar die fokus op patologie was, na 'n voorkomende benadering, waar die fokus op die oorsprong van gesondheid val.

1.4.5 Psigofortologie

Die teorie van salutogenese is deur Strümpfer (1995) uitgebrei sodat dit betrekking kan hê op die mens se totale funksionering, aangesien hy fisieke gesondheid, waarop salutogenese betrekking het, slegs as een van die dimensies van welstand beskou. Hy stel dan die meer omvattende term ‘fortigenese’ bekend om die klem te plaas op die oorsprong van sielkundige krag in die algemeen. Fortigenese is ‘n neologisme wat afgelei is van die Latynse stam *fortis* wat ‘sterk’ beteken en die Griekse stam *genesis* wat ‘oorsprong’ beteken. Strümpfer (1995) sien fortigenese as ‘n wyer konstruk as salutogenese om die interaksie tussen algemene weerstandshulpbronne en koherensiesin te verstaan. Die fokus is dus deur Strümpfer (1995) geskuif van die oorsprong van gesondheid (salutogenese) na die oorsprong van krag (fortigenese), om ‘n holistiese en breër fokus te verseker.

Wissing en Van Eeden (1997) het hierdie term verder uitgebrei na ‘psigofortologie’ wat – in teenstelling met ‘psigopatologie’ – fokus op die bestudering van die oorsprong, aard, manifestering en ontwikkeling van sielkundige welstand. Die invalshoek van hierdie studie is dan ook psigofortologies van aard en die term sal dus gebruik word om te dui op sielkundige krag en weerstandbiedendheid as ‘n persoonlike eienskap van die mens.

1.5 ‘N KORT UITEENSETTING VAN DIE NAVORSINGSPROJEK

Die primêre elemente van hierdie navorsingsprojek is in die eerste plek ‘n literatuurstudie, gevolg deur ‘n empiriese bepaling van die belewenis van die lede van die ondersoekgroep tydens die versorging van ‘n persoon met Demensie van die Alzheimer-tipe en die mate waartoe dit verband mag hou met psigofortaliteit.

Die literatuuoroorsig van die studie sal opgedeel word in drie hoofstukke. Die eerste hoofstuk van die literatuurondersoek (Hoofstuk 2) sal handel oor ‘n beskrywing van Alzheimer se siekte. Die aard en impak van Alzheimer se siekte op die persoon wat met die siekte gediagnoseer is, hou ernstige implikasies vir die versorger in. Daarom is ‘n bondige bespreking van Alzheimer se siekte dus ter sake.

Die volgende hoofstuk van die literatuuroorsig (Hoofstuk 3) sal fokus op die belewenis van 'n manlike versorger van die eggenote met Demensie van die Alzheimer-tipe. Die besluite en verantwoordelikhede van die versorgingsproses word immers gewoonlik hoofsaaklik aan die huweliksmaat-versorger oorgelaat. Dit is dus noodsaaklik om te fokus op die impak wat die versorgingsproses op die man as versorger het. Die man se belewenis van die versorgingsproses, sowel as die wyse waarop hy poog om te cope met die versorging, sal onder andere ondersoek word.

Na aanleiding van die fokus op manlike versorgers se copingmeganismes, ontstaan die vraag van wat presies hierdie copingproses behels. In die laaste hoofstuk van die literatuuroorsig (Hoofstuk 4) word die copingproses in diepte bespreek. Daar volg ook 'n bespreking van 'salutogenese' en 'psigofortigenese'. Daar sal spesifiek verwys word na die konsepte 'stres' en 'coping', en die salutogene en fortigene faktore wat 'n rol in hierdie copingproses mag speel.

Hoofstuk 5 sal gebruik word om die metodologie wat in hierdie studie gebruik word, volledig uiteen te sit. Die doel van die studie, die aard en samestelling van die ondersoekgroep, die meetinstrumente wat gebruik is, die navorsingsontwerp en –prosedure, asook die metode van dataverwerking sal in die genoemde hoofstuk aandag geniet.

Die empiriese ondersoek sal handel oor die belewenis van manlike versorgers van 'n eggenote wat gediagnoseer is met Alzheimer se siekte. Tydens hierdie bepaling sal daar gebruik gemaak word van vraelyste en semi-gestuktureerde onderhoude. Daar is onder andere ses vraagstukke wat die navorsingsprosedure van hierdie studie gerig het:

1. Hoe het die eggenoot tot dusver die verloop van die Demensie van die Alzheimer-tipe beleef?
2. Hoe beleef die eggenoot dit tans?
3. Watter besondere uitdagings rig die versorgingstaak aan die eggenoot?
4. Watter faktore of hulpbronne stel die eggenoot in staat om die uitdagings die hoof te bied?
5. Watter faktore maak dit vir die eggenoot moeilik om die uitdagings die hoof te bied?

6. Hoe sien die eggenoot die toekoms?

Die literatuurstudie (Hoofstukke 2 tot 4) sowel as die empiriese ondersoek (Hoofstuk 5 tot 6) sal vanuit 'n fortologiese perspektief benader word.

Die formulering van die resultate sal daarna in Hoofstuk 6 volg. Die kwalitatiewe sowel as kwantitatiewe ontledings sal in hierdie hoofstuk vervat word. Die psigofortologiese invalshoek sal ook aandag geniet.

In Hoofstuk 7, wat die laaste hoofstuk van die studie sal wees, sal 'n samevatting van die bevindinge en die belangrikste gevolgtrekkings uit die literatuurstudie en die ondersoek self vervat word. Dit behels dus die integrasie van die kwalitatiewe en kwantitatiewe gedeeltes met die literatuur. Daar sal gepoog word om riglyne vir die ondersteuning van manlike versorgers te formuleer, wat hulle in staat kan stel om die versorgingstaak beter te hanteer ter wille van die behoud van hulle eie fisiese en sielkundige welstand. Die resultate van die studie sal ook in hierdie hoofstuk vergelyk word met die resultate van Potgieter (2000).

1.6 SAMEVATTING

In hierdie eerste hoofstuk is die doel en noodsaaklikheid van die navorsingsprojek bespreek, en die belangrikste konsepte is kortliks bespreek en gedefinieer. Daar is ook 'n kort oorsig van die navorsingsprojek en die hoofstukindeling gegee.

In Hoofstuk 2 sal Demensie van die Alzheimer-tipe, en die implikasies wat so 'n diagnose vir die persoon self sowel as vir sy of haar versorgers het, bespreek word.

HOOFSTUK 2

ALZHEIMER SE SIEKTE

2.1 INLEIDING

Hierdie studie is toegespits op 'n ondersoek van die belewenis van die eggenoot tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Die ondersoek geskied vanuit 'n psigofortologiese invalshoek. Die aard en impak van Alzheimer se siekte op die persoon wat met hierdie siekte gediagnoseer is, hou ernstige implikasies vir die versorger in. Daarom is 'n bondige bespreking van Alzheimer se siekte ter sake. Die hieropvolgende bespreking handel oor die siektetoestand self, die patofisiologie wat betrokke is, die wyse waarop dit die funksionering van die persoon beïnvloed, sowel as die verskillende fases en die behandeling van die siekte.

In 1906 het Alois Alzheimer, 'n Duitse psigiater en neuropatoloog, 'n toestand beskryf wat later na hom vernoem is (Barlow & Durand, 2001; Wold, 2004; Zilmer & Spiers, 2001). Hierdie beskrywing van Auguste D. se toestand is die eerste geval van Alzheimer se siekte wat ooit beskryf is. Nadat Alois Alzheimer se blou lêer vir ongeveer 90 jaar vermis was, is dit deur psigiaters in die argiewe van die Universiteit van Frankfurt, Duitsland, in 1996 gevind. Tussen die 32 bladsye was Alzheimer se handgeskrewe onderhoudnotas, sowel as 'n verslag van die verloop van die siekte. Alzheimer se eerste notas lui soos volg:

“Nov. 26. 1901. She sits on the bed with a helpless expression. What is your name? Auguste. Last name? Auguste. What is your husband's name? Auguste, I think. Your husband? Ah, my husband. She looks as if she didn't understand the question...What is this? I show her a pencil. A pen. A purse and a key, diary, cigar are identified correctly. At lunch she eats cauliflower and pork. Asked what she is eating, she answers spinach...” (Maurer, Volk & Gerbaldo, 1997, p.1574)

Hierdie beskrywing is gebaseer op Alzheimer se waarneming van 'n 51-jarige vroulike persoon, Auguste D., met 'n progressiewe demensie wat reeds vier en 'n half jaar geduur het en wat deur hom beskryf is as 'n 'ongewone siekte van die serebrale korteks' (Kaplan & Saddock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Laasgenoemde toestand

het gemanifesteer as 'n progressiewe agteruitgang van die geheueproses gepaardgaande met ander gedrags- en kognitiewe probleme, insluitende oormatige agterdogtigheid (Bogerts, 1993). Alois Alzheimer self het hierdie toestand 'n "atipiese vorm van seniele demensie" genoem, hoewel in latere jare daarna verwys sou word as **Alzheimer se siekte**. Hierdie toestand is dus alreeds 'n 100 jaar gelede beskryf.

2.2 DEFINISIE EN VERLOOP VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Demensie is 'n term wat gebruik word om 'n sindroom ('n groep simptome wat aanduidend is van 'n kliniese entiteit) te beskryf wat veroorsaak word deur 'n groep toestande en siektes wat sommige van dieselfde neurosielkundige en gedragsimptome in gemeen het, alhoewel die onderliggende oorsake grootliks kan verskil (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Dit sluit onder andere Demensie van die Alzheimer-tipe, Vaskulêre demensie, Semantiese demensie (of Fronto-temporale demensie) en demensie met Lewy-liggaampies in (Draper, 2004; Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Demensies het dus baie verskillende oorsake, maar Demensie van die Alzheimer-tipe en Vaskulêre demensie verteenwoordig saam tot 75% van alle gevalle van demensie (Kaplan & Sadock, 2003). Wold (2004) bevestig dat Demensie van die Alzheimer-tipe die mees algemene vorm van demensie is. Die antwoord op die algemene vraag: 'Wat is die verskil tussen Alzheimer se siekte en demensie?' is dat daar in der waarheid geen verskil is nie – Alzheimer se siekte is slegs een van die baie verskillende tipes van demensie. Die term 'demensie' kan dus as 'n sambreelterm beskou word. Die *demensie- sindroom* word gedefinieer as 'n afname in verskillende fasette van kognitiewe funksionering (inperking van die geheue is die grootste kenmerk), as gevolg van 'n neuro-degeneratiewe breinsiekte wat tot 'n betekenisvolle inperking van die persoonlike, sosiale en/of beroepsfunksionering lei. Nog kognitiewe funksies wat gewoonlik geaffekteer word, sluit die volgende in: ruimtelike en tydsoriëntasie, begrip, berekeningsvermoë, leervermoë, taal, oordeel, redenering en inligtingsprosessering (Draper, 2004; Zilmer & Spiers, 2001). Gedrags- en persoonlikheidsveranderinge kan ook voorkom (Burke & Laramie, 2004). Demensie begin gewoonlik geleidelik en vererger progressief.

Terwyl die meeste demensies tans onomkeerbaar is, beteken dit nie dat 'n demensie onbehandelbaar is nie.

Kaplan en Sadock (2003) en Wold (2004) vermeld dat Demensie van die Alzheimer-tipe normaalweg gedurende die sestigerjare 'n aanvang neem. 'n Geleidelike deteriorasie mag plaasvind vir 'n periode van 5 tot 10 jaar. Demensie van die Alzheimer-tipe is dus nie deel van normale veroudering nie (Wold, 2004). Daar bestaan 'n groot variasie met betrekking tot die verloop van die toestand, maar die gemiddelde lewensverwagting is ongeveer 8 jaar, met 'n reikwydte van sowat 1 tot selfs 20 jaar. Data wys daarop dat die toestand by relatief jonger persone (jonger as 65 jaar), en by diegene met 'n familiegeskiedenis van demensie, geneig is om 'n vinniger te verloop te hê (Kaplan & Sadock, 2003).

Psigo-sosiale faktore speel ook 'n belangrike rol by die verloop van Alzheimer se siekte. Hoe hoër die persoon se premorbiede intelligensie en opleiding, hoe makliker is hy of sy aanvanklik in staat om te kompenseer vir die kognitiewe defekte wat mag ontstaan. Maar wanneer die agteruitgang begin, is dit geneig om vinniger en meer drasties te wees onder hierdie groep (Kaplan & Sadock, 2003).

Die meeste demensies is progressief en vroeë simptome en probleme kan merkbaar verskil van dié in later fases. Dit mag doodeenvoudig 'n geval van graadverskille wees – byvoorbeeld, ligte geheue-inkorting word ernstige geheue-inkorting. Alhoewel daar verskillende fases van demensie bestaan, is daar 'n groot oorvleueling tussen fases en mag dit nie altyd maklik wees om presies te bepaal watter fase die persoon bereik het nie. Die tipe en graad van simptome en die volgorde van hulle voorkoms verskil van persoon tot persoon (Wold, 2004). Die verloop van die siekte is deur Draper (2004) in vyf verskillende fases onderverdeel. Die eerste fase is 'n 'pre-demensie' fase, ook deur sommige navorsers 'ligte' kognitiewe inperking genoem. Hierdie fase kan deur uiteenlopende simptome gekenmerk word. Die volgende drie fases is dié wat gewoonlik aan versorgers verduidelik word gedurende 'n diagnostiese assessering, naamlik as 'vroeë' of 'ligte', 'matige' of 'middel-' en 'laat-' of 'ernstige' demensie, onderskeidelik. Die finale fase, 'gevorderde' demensie, word gewoonlik slegs gevind in persone in verpleeginrigtings. Die fases moet eerder as 'n riglyn

gesien word as 'n vaste formulering oor die persoon se vordering. Vervolgens sal die verskillende fases meer breedvoerig bespreek word.

2.2.1 Fase 1 ('Pre-demensie' of 'Ligte kognitiewe inperking')

Daar is geen vasgestelde patroon in Fase 1 nie. Die onderskeie simptome kan onafhanklik van mekaar voorkom en word baie keer slegs terugskouend herken. Daar kan onder andere 'n subjektiewe bewustheid van die inkorting van die korttermyngeheue voorkom en of naby vriende of familie neem 'n ligte verandering waar. Depressie en angstigheid saam met ander nie-spesifieke gedrag of geheueveranderinge kan ook voorkom. Persoonlikheidsveranderinge soos apatie en geïrriteerdheid wat baiekeer toegeskryf word aan ouderdom of depressiwiteit, is ook kenmerke van hierdie fase. Meer intieme interpersoonlike verhoudinge kan gespanne raak en deelname aan sosiale aktiwiteite en stokperdjies kan afneem. 'n Afname in werksprestasie en besluitnemingsvermoë, sowel as probleme met probleemoplossing kan voorkom (Draper, 2004). Die subtiele tekens van demensie word aan die begin gewoonlik deur die persoon en sy/haar naasbestandes geïgnoreer (Kaplan & Sadock, 2003). Die geleidelike ontstaan van simptome veroorsaak dikwels dat die persoon en die familie nie die opsoek van professionele hulp nodig ag nie. Soos die toestand vorder, word die simptome egter algaande meer opvallend en beperkend vir beide persoon en versorger (Kaplan & Sadock, 2003).

2.2.2 Fase 2 ('Ligte' of 'Vroeë' demensie)

Tydens Fase 2 kom daar volgehoue inkortinge oor 'n wye spektrum van funksioneringsdomeine voor, alhoewel die persoon gewoonlik steeds met minimale hulp en bystand kan funksioneer. Die inperking van die korttermyngeheue werk steurend in op die daaglikse funksionering van die persoon, soos byvoorbeeld die verloor van sleutels en die vergeet van die inhoud van gesprekke. Daar kom soms 'n disoriëntasie ten opsigte van tyd en plek voor, soos byvoorbeeld dat die persoon die datum vergeet, en die persoon mag in 'n vreemde omgewing gedisoriënteer wees. Probleme om woorde te vind mag voorkom, soos byvoorbeeld die van name of objekte. Ooglopende probleme met probleemoplossing, veral in nuwe situasies, is ook 'n kenmerk van hierdie fase. Daar kom veral dikwels probleme voor ten opsigte

van sosiale funksionering, soos onder andere met inkopies en die hantering van die huishoudelike finansies. Dit kan egter as normaal voorkom. Moeiliker huishoudelike take word nie meer uitgevoer nie en belangstelling in stokperdjies neem af. Aandag aan persoonlike versorging mag aanmoediging nodig hê (Draper, 2004).

2.2.3 Fase 3 ('Matige' of 'Middel-fase'-demensie)

Meer ernstige inkortinge kom voor tydens Fase 3 en die persoon benodig bystand van 'n versorger om op die premorbiede vlak te funksioneer. Ernstige geheueverlies kom voor en nuwe inligting word baie vinnig vergeet. Die demente persone is gewoonlik gedisoriënteer ten opsigte van tyd en baie keer ook plek. Klaarblyklike probleme om woorde te vind kom voor en die persoon praat dikwels nie spontaan nie. Die demente persoon begin ook om bekende mense nie te herken nie. Probleemoplossing en oordeel is oor die algemeen swak. 'n Onvermoë om onafhanklik in 'n sosiale situasie te funksioneer, tree na vore en die persoon se deelname is afhanklik van hulp en bystand deur 'n versorger. Slegs eenvoudige take kan by die huis uitgevoer word en bystand word benodig met persoonlike versorging. Gedragsprobleme soos agitatie, aggressie, psigose, slaapversteurings en rondloopgedrag mag voorkom (Draper, 2004).

Sommige demente persone is oormatig sensitief vir middels soos bensodiasepiene of alkohol, en mag met geagiteerde, aggressiewe of psigotiese gedrag daarop reageer (Kaplan & Sadock, 2003).

2.2.4 Fase 4 ('Ernstige' of 'Laat-fase'-demensie)

Tydens Fase 4 kom geen onafhanklike funksionering meer voor nie. Die meerderheid van mense met ernstige demensie is in residensiële sorg. Daar kom baie ernstige geheueverlies voor, slegs fragmente daarvan bly oor. 'n Gedisoriënteerdheid ten opsigte van plek en tyd kom voor. Die persoon weet dus nie waar hy of sy is nie en het weinig benul hoe laat dit is en watter dag dit is. Bekendes, selfs gesinslede, word dikwels nie meer herken nie. Dit is ook vir die persoon onmoontlik om probleme op te los en die oordeelsvermoë is verlore. Taalvaardighede is beperk tot 'n paar woorde en frases. Sosiale funksionering is minimaal, selfs met ondersteuning. Daar is geen

vermoë om na die eie persoonlike versorging om te sien nie en inkontinensie kom gereeld voor. Gedragsprobleme neem toe (Draper, 2004).

2.2.5 Fase 5 ('Gevorderde' demensie)

Gedurende Fase 5 is daar algehele afhanklikheid van versorgers vir alle aspekte van die daaglikse lewensbestaan. Daar is geen teken van 'n geheuefunksie meer nie. Die persoon kan glad nie bekende mense herken nie. Eenvoudige verbale versoeke word nie meer begryp nie en die persoon verloor sy of haar ekspressiewe vermoëns. Hy of sy kan dus nie meer praat nie. 'n Vermoë tot selfs eenvoudige sosiale interaksie bestaan amper nie. Die persoon raak immobiel en inkontinensie van urine en ontlasting kom ook voor (Draper, 2004).

In die terminale fase van demensie, in die woorde van Kaplan en Sadock (2003), "*patients become empty shells of their former selves*" (p. 340). Teen hierdie eindfase van Alzheimer se siekte is die persone heeltemal gedisoriënteerd, onsamehangend en toon hulle byna totale geheue-inkorting en inkontinensie (Kaplan & Sadock, 2003).

2.3 DIAGNOSE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

2.3.1 KLINIESE DIAGNOSERING VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Daar bestaan dikwels diagnostiese probleme en dit is 'n uitdaging om 'n definitiewe diagnose van Demensie van die Alzheimer-tipe te maak (Gwyther, 1998). Die gedragskenmerke van demensie en die identifikasie van neuropatologiese merkers van Alzheimer se siekte word benodig, maar geen enkele mediese toets kan 'n Demensie van die Alzheimer-tipe identifiseer nie (Maxim & Bryan, 1994; Zilmer & Spiers, 2001). Slegs 'n breinbiopsie onthul die kenmerkende neurofibrillêre knope en seniele plaatjies (sien 2.6.1) wat predominant in die hippokampus en kortikale assosiasie-areas voorkom (Wold, 2004; Zilmer & Spiers, 2001). Omdat 'n biopsie 'n prosedure is waartoe baie min mense instem, kan 'n definitiewe diagnose nie gemaak word tot en met 'n neuropatologiese ondersoek (outopsie) nie (Zilmer & Spiers, 2001). 'n Definitiewe diagnose van Alzheimer se siekte kan dus tot op hede slegs na 'n neuropatologiese ondersoek (outopsie) met sekerheid gemaak word (Barlow &

Durand, 2001; Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Bäckman, Jones, Berger, Laukka en Small (2005) het tot die gevolgtrekking gekom dat daar reeds 'n paar jaar voor 'n kliniese diagnose van Alzheimer se siekte gemaak word tekortkominge in verskillende kognitiewe domeine voorkom, wat kenmerkend van Alzheimer se siekte is. Veelvuldige breinstrukture en -funksies word dus geaffekteer, reeds lank voor 'n diagnose van Alzheimer se siekte gemaak kan word.

Die diagnose word dikwels in die kliniese praktyk gemaak op grond van bewyse wat verwant is aan gedrags- en neurosielkundige profiele en nadat alle ander moontlike oorsake van demensie uitgeskakel is (Kaplan & Sadock, 2003; Maxim & Bryan, 1994; Zilmer & Spiers, 2001). Die diagnose van Demensie van die Alzheimer-tipe word hoofsaaklik gebaseer op 'n volledige kliniese ondersoek, wat 'n geestestoestand-ondersoek (*mini-mental status examination*) insluit (Barlow & Durand, 2001; Kaplan & Sadock, 2003). Hierdie geestestoestand-ondersoek word vir meer as 25 jaar reeds gebruik as 'n keuringstoets vir eenvoudige, vinnige assessering van kognitiewe-inperking (Burke & Laramie, 2004). Die '*Clock Drawing Test*' is 'n kognitiewe siftingstoets wat algemeen gebruik word as 'n kliniese meetinstrument in die identifisering van persone met demensie (Blair, Kertesz, Mcmonagle, Davidson & Bodi, 2006). Die toets kan vinnig afgeneem word (in minder as twee minute) en is maklik om toe te pas en na te sien (Blair et al., 2006). Die toepassing van 'n verskeidenheid van neurosielkundige toetse kan ook behulpsaam wees met die identifisering van persone wat 'n risiko is vir die ontwikkeling van Alzheimer se siekte en wat kan baat vind by vroeë behandeling (Griffith et al., 2006). Die diagnose word verder ook gebaseer op kollaterale inligting verkry van die persoon se familie, vriende en werkgewers. Daar word voorgestel dat 'n diagnose van demensie wel versigtig oorweeg moet word wanneer daar klagtes van 'n persoonlikheidsverandering in 'n persoon van ouer as 40 jaar voorkom (Kaplan & Sadock, 2003).

Sedert die eerste beskrywing van wat vandag algemeen bekend staan as Alzheimer se siekte, het klinici groot vordering gemaak met die beskrywing van die kliniese beeld van hierdie siektetoestand. Kaplan en Sadock (2003) meld dat die klinikus veral moet let op kognitiewe inkorting en vergeetagtigheid wat by die persoon mag voorkom. Met die aanvang van die toestand van demensie, het sodanige persone normaalweg

nog insig in hul toestand en mag daar ontwyking, ontkenning en rasionalisering plaasvind ten einde die kognitiewe defekte te verberg.

Daar word ook verder deur Kaplan en Sadock (2003) vermeld dat oormatige ordelikheid, sosiale onttrekking en skielike uitbarstings van aggressie en sarkasme mag plaasvind. Verdere simptomatologie van Demensie van die Alzheimer-tipe wat vermeld word, sluit die volgende in: labiliteit van emosies, swak selfsorg, snedige opmerkings en/of grappe, asook 'n gefikseerde, apatiese of leë gesigsuitdrukking. Laasgenoemde simptome word veral as belangrik beskou wanneer dit met geheueverlies gepaard gaan.

2.3.2 DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Die vierde, hersiene teks uitgawe van die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) benadruk die teenwoordigheid van geheue-inkorting, sowel as geassosieerde, meervoudige kognitiewe inperkinge, wanneer die diagnose van Demensie van die Alzheimer-tipe gemaak word. Die kognitiewe disfunksies wat wel mag voorkom, is onder andere die volgende: afasie, 'n abnormale neurologiese toestand waar die taalfunksie defektief of afwesig is vanweë 'n aantasting of besering van sekere areas van die serebrale korteks. Apraksie ('n onvermoë om spesifieke motoriese take uit te voer, ten spyte van intakte motoriese en sensoriese sisteme), is 'n verdere kognitiewe disfunksie wat mag voorkom en so ook agnosie ('n onvermoë om objekte te herken of identifiseer, ten spyte van intakte sensoriese funksies). 'n Onvermoë om uitvoerende funksies (byvoorbeeld beplanning en organisering van take) suksesvol uit te voer, mag ook voorkom (Kaplan & Sadock, 2003; Levinoff et al., 2006; Zilmer & Spiers, 2001). Al hierdie patrone word progressief erger met die onomkeerbare verloop van die siektetoestand.

As gevolg van die feit dat dit geweldig moeilik is om direkte patologiese bewyse vir die voorkoms van Alzheimer se siekte te kry, kan hierdie diagnose slegs gemaak word, soos reeds genoem, nadat alle ander faktore met 'n moontlike etiologiese verband met die demensie (byvoorbeeld serebrovaskulêre siektes, Parkinson of

Huntington se siekte of 'n hoofbesering) uit die weg geruim is (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001).

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

- A. Die ontwikkeling van veelvuldige kognitiewe disfunksies soos gemanifesteer deur beide:
 - (1) geheue-inkorting (verlaagde vermoë tot die leer van nuwe inligting of die herroep van voorafgeleerde inligting)
 - (2) een (of meer) van die volgende kognitiewe versteurings:
 - (a) afasie
 - (b) apraksie
 - (c) agnosie
 - (d) versteuring in uitvoerende funksies
- B. Die kognitiewe versteurings in kriteria A(1) en A(2) veroorsaak 'n beduidende inperking van sosiale of beroepsfunksionering en verteenwoordig 'n beduidende verskil van die vorige vlak van funksionering.
- C. Die verloop word gekenmerk deur 'n geleidelike aanvang en 'n deurlopende kognitiewe agteruitgang.
- D. Die kognitiewe versteuring van A(1) en A(2) is nie die gevolg van een van die volgende nie:
 - (1) ander sentrale senuweestelsel-toestande wat progressiewe agteruitgang van geheue en kennis veroorsaak (byvoorbeeld serebrovaskulêre siekte, Parkinson se siekte, Huntington se siekte, subdurale hematoom, normale druk-hidrokefalie of 'n breintumor);
 - (2) sistemiese toestande bekend daarvoor dat hulle demensie kan veroorsaak (byvoorbeeld hipotiroïdisme, vitamien D- of foliensuurtekort, hiperkalsemie, neurosifilis of MIV-infeksie); of
 - (3) substans-geïnduseerde toestande.
- E. Bogenoemde versteurings kom nie slegs voor tydens die verloop van delirium nie.
- F. Die versteuring word nie beter verklaar deur 'n ander As I-versteuring (byvoorbeeld Major Depressiewe Gemoedsversteuring of Skisofrenie) nie.

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

Die diagnostiese kriteria vir demensie volgens die *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision* (ICD-10; World Health Organization, 1992) sal vervolgens aandag geniet, aangesien daar aan hierdie kriteria voldoen moet word voordat 'n diagnose van Demensie van die Alzheimer-tipe gemaak kan word. Daarna sal die diagnostiese kriteria van Demensie van die Alzheimer-tipe volgens die ICD-10 ook bespreek word (WHO, 1992). Die diagnostiese kriteria volgens die ICD-10 (WHO, 1992) word ook in hierdie hoofstuk ingesluit, bloot omdat die ICD-10 'n meer omvattende beskrywing as die DSM-IV-TR (APA, 2000) gee.

Diagnostiese kriteria vir demensie volgens die ICD-10 (WHO, 1992):

G1: Daar is tekens van elk van die volgende:

1. 'n Agteruitgang in geheue, wat die duidelikste is in die aanleer van nuwe inligting, alhoewel herroeping van inligting wat voorheen geleer is, in meer ernstige gevalle, ook geaffekteer kan word. Die inperkinge is van toepassing op beide verbale en nie-verbale materiaal. Die agteruitgang moet objektief geverifieer word, deur 'n betroubare geskiedenis te kry van 'n informant en aangevul word deur neurosielkundige toetse of kognitiewe assesserings, indien moontlik. Die ernstighedsgraad van die agteruitgang, met ligte inperking as die drempel vir 'n diagnose, moet soos volg geassesseer word:
 - **Lig:** Die graad van geheueverlies is genoeg om in te meng met daaglikse aktiwiteite, maar is nie ernstig genoeg om 'n onafhanklike lewenswyse te belemmer nie. Die vernaamste funksie wat geaffekteer word, is die aanleer van nuwe materiaal. Die individu het byvoorbeeld probleme met

registrering, storing en herroeping van inligting wat betrokke is by hulle daaglikse leefwyse, soos waar besittings gebêre is, sosiale reëlings of inligting wat onlangs deur familieledede meegedeel is.

- **Matig:** Die graad van geheueverlies verteenwoordig 'n ernstige belemmering vir 'n onafhanklike bestaan. Slegs intens geleerde of baie bekende materiaal bly behoue. Nuwe inligting word slegs nou en dan onthou en dan slegs in kort. Individue kan nie basiese inligting oor hulle eie plaaslike geografie herroep nie, ook nie wat hulle 'n kort tydjie gelede gedoen het, of die name van bekende mense nie.
- **Ernstig:** Die graad van geheueverlies word gekenmerk deur die algehele onvermoë om nuwe inligting te onthou. Slegs fragmente van inligting wat voorheen geleer is, bly oor. Die individu slaag nie daarin om selfs naby familieledede te herken nie.

2. Daar is 'n afname in ander kognitiewe vermoëns, gekenmerk deur 'n agteruitgang in oordeel en denke, soos byvoorbeeld beplanning en organisering, asook proffessering van inligting in die algemeen. Die ideaal is dat bewyse hiervoor verkry word van 'n informant en aangevul word deur neurosielkundige toetsing of objektiewe assesserings. Agteruitgang van 'n vorige hoër vlak van prestasie moet vasgestel word. Die ernstigheidsgraad van die afname met ligte inperking as die drempel vir 'n diagnose, moet soos volg geassesseer word:

- **Lig:** Die afname in kognitiewe vermoëns veroorsaak ingeperkte prestasie in die alledaagse lewe, maar nie tot die graad wat die individu afhanklik van ander maak nie. Gekompliseerde daaglikse of ontspanningsaktiwiteite kan nie onderneem word nie.
- **Matig:** Die afname in kognitiewe vermoëns veroorsaak dat die individu nie meer oor die vermoë beskik om sonder die hulp van 'n ander persoon in sy of haar daaglikse lewe kan funksioneer nie, insluitende inkopies en die hantering van geld. Slegs eenvoudige take kan binne die huis uitgevoer word. Aktiwiteite word toenemend beperk en probleme word ervaar met volharding.
- **Ernstig:** Die afname word gekenmerk deur die afwesigheid of feitlike afwesigheid van verstaanbare denkbeeldvorming.

Die ernstighedsgraad van die demensie wanneer al die inligting in ag geneem word, word die beste uitgedruk as die vlak van agteruitgang in geheue óf ander kognitiewe funksies, watter een ook al die meer ernstige een is (byvoorbeeld ligte agteruitgang in geheue en matige agteruitgang in kognitiewe vermoëns, is 'n aanduiding van 'n demensie van matige ernstigheid).

- G2: Wanneer daar superponeerde episodes van delirium voorkom, moet die diagnose van demensie uitgestel word.
- G3: Daar is 'n agteruitgang in emosionele beheer of motivering, of 'n verandering in sosiale gedrag wat manifesteer as ten minste een van die volgende:
1. Emosionele labiliteit
 2. Geïrriteerdheid
 3. Apatie
 4. Onbehoorlike sosiale gedrag.
- G4: Vir 'n oortuigende kliniese diagnose, moet die simptome in kriteria G1 reeds vir 6 maande aanwesig wees; indien die periode sedert die manifestasie begin het korter is, kan slegs 'n tentatiewe diagnose gemaak word.

Kommentaar:

- Die diagnose word verder ondersteun deur bewyse van skade aan ander hoër kortikale funksies, soos afasie, agnosie en apraksie.
- Beoordeling van die vermoë om onafhanklik te leef of die ontwikkeling van afhanklikheid (van ander) moet in die konteks en verwagting van die kultuur geskied.
- Demensie word gespesifiseer as dat dit 'n minimum duur van 6 maande moet hê om verwarring met omkeerbare toestande met identiese gedragsindrome soos traumatiese subdurale hematoom, normale druk-hidrocefalie of 'n breinbesering te voorkom.
- 'n Vyfde karakter mag gebruik word om die teenwoordigheid van addisionele simptome aan te dui: Demensie van die Alzheimer-tipe, Vaskulêre demensie,

demensie in siektes wat andersins geklassifiseer word en ongespesifiseerde demensie, soos volg:

- (a) Sonder addisionele simptome
 - (b) Met ander simptome, hoofsaaklik delusioneel
 - (c) Met ander simptome, hoofsaaklik hallusinatories
 - (d) Met ander simptome, hoofsaaklik depressief
 - (e) Met ander gemengde simptome
- 'n Sesde karakter kan gebruik word om die ernstigheidsgraad van die demensie aan te dui:
- Lig
- Matig
- Ernstig
- Soos reeds vermeld, hang die ernstigheid van die demensie af van die vlak van geheue- óf intellektuele inperking, watter een ook al die ernstigste is.

Diagnostiese kriteria vir Demensie van die Alzheimer-tipe volgens die ICD-10 (WHO, 1992):

- A. Daar moet voldoen word aan die algemene kriteria vir demensie G1-G4.
- B. Daar is geen bewyse van die geskiedenis, fisiese ondersoek of spesiale ondersoeke vir enige ander moontlike oorsaak van demensie nie (bv. serebrovaskulêre siektes, Parkinson se siekte of Huntington se siekte, normale-druk hidrocefalie of substansgeïnduseerde toestande of sistemiese toestande bekend daarvoor dat hulle demensie kan veroorsaak, byvoorbeeld hipotiroïdisme, vitamien B12 of foliensuurtekort, hiperkalsemie of MIV-infeksie).

Kommentaar:

- Die diagnose word bevestig deur nadoodse bewyse van neurofibrillêre knope en seniele plaatjies in oormaat tot wat gevind word in normale veroudering van die brein.
- Die volgende verskynsels ondersteun die diagnose, maar is nie noodwendig tekens wat moet voorkom, voordat 'n diagnose van Demensie van die

Alzheimer-tipe gemaak kan word nie: probleme met kortikale funksies soos bewys is deur afasie, agnosie of apraksie, afname van motivering en dryfkrag, apatie, tekort aan spontaneïteit, geïrriteerdheid of disinhibisie van sosiale gedrag, bewyse van spesiale ondersoeke dat daar serebrale atrofie voorkom, veral as dit toeneem oor tyd. In ernstige gevalle mag daar Parkinson-agtige ekstrapirimidale veranderinge, logoklonie en epileptiese toevale voorkom.

Spesifisering van kenmerke vir moontlike subtipes

- Omrede dit moontlik is dat subtipes kan bestaan, word daar aanbeveel dat die volgende faktore ondersoek word, as 'n basis vir 'n verdere klassifikasie: aanvangsouderdom, tempo van progressie, konfigurasie van die kliniese tekens en veral die relatiewe belangrikheid (of tekort) van temporale, pariëtale of frontale lob tekens, enige neuropatologiese of neurochemiese abnormaliteite en hulle patrone.
- Die verdeling van Alzheimer se siekte in subtipes kan tans uitgevoer word op twee maniere: Eerstens deur slegs die aanvangsouderdom te gebruik en die siekte te etiketteer as óf vroeg óf laat, met 'n benaderde afsnyouderdom van 65 jaar. Tweedens deur te assesser hoe goed die individu konformeer met een van die twee vermeende sindrome, naamlik vroeë- of laataanvangsouderdom-tipe.
- Dit moet in ag geneem word dat 'n skerp onderskeid tussen vroeë- en laataanvangsouderdom-tipe onwaarskynlik is. Vroeë-aanvangsouderdom-tipe mag later in die lewe voorkom, net soos laataanvangsouderdom-tipe af en toe 'n aanvang kan hê voor die ouderdom van 65. Die onderskeid tussen vroeë- en laataanvangsouderdoms-tipe word vervolgens beskryf, maar dit moet in gedagte gehou word dat die status van hierdie onderverdeling nog kontroversieel is:

1. Demensie in Alzheimer se siekte met vroeë aanvang:

- Daar moet voldoen word aan die kriteria vir Demensie van die Alzheimer-tipe, en die aanvangsouderdom moet onder 65 jaar wees.

- Addisioneel, moet daar ten minste aan een van die volgende vereistes voldoen word:
 - a) Bewyse van 'n relatiewe vinnige aanvang en progressie.
 - b) Addisioneel tot geheue-inperking, moet daar afasie, agrafie, aleksie, of apraksie voorkom (dit dui die teenwoordigheid van temporale, pariëtale en/of frontale lob betrokkenheid aan).

2. Demensie in Alzheimer se siekte met laat aanvang:

- Daar moet voldoen word aan die kriteria vir Demensie van die Alzheimer-tipe, en die aanvangsouderdome moet 65 jaar of meer wees.
- Addisioneel moet daar ten minste aan een van die volgende vereistes voldoen word:
 - a) Bewyse van 'n baie stadige, geleidelike aanvang en progressie (die tempo van laasgenoemde mag eers duidelik word in retrospek na 'n verloop van drie jaar of meer).
 - b) Hoofsaaklik geheue-inkorting G1(1), teenoor intellektuele inperking G1(2) (sien algemene kriteria van demensie).

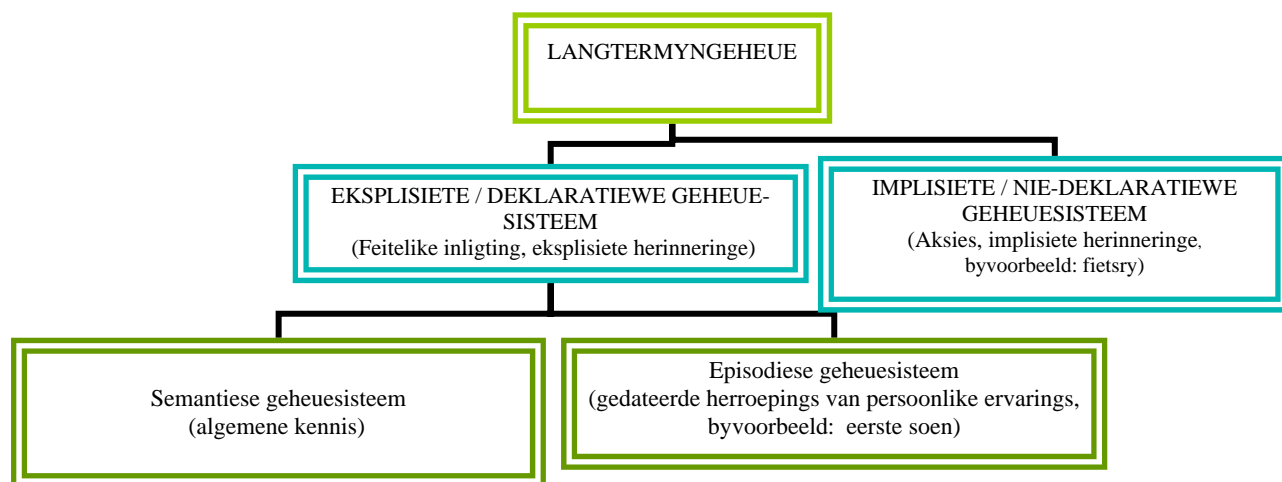
2.4 KLINIESE KENMERKE EN NEUROSIELKUNDIGE PROFIEL VAN DEMENSIE VAN DIE ALZHEIMER-TIPE

Die kliniese beeld van persone met Alzheimer se siekte verskil geweldig, maar hulle deel tog sekere kenmerke. Die algemeenste inkortinge van persone met outopsiegedokumenteerde Demensie van die Alzheimer-tipe is geheue-inperking en anomiese afasie (die onvermoë om woorde te vind wat voorheen deel was van die persoon se woordeskat) (Zilmer & Spiers, 2001). Visueel-ruimtelike probleme kom ook dikwels voor.

2.4.1 Geheue

Demensie van die Alzheimer-tipe lei tot globale inperkinge van die geheue. Die langtermyngeheue kan onderverdeel word in die eksplisiete / deklaratiewe geheuesisteme aan die een kant, wat gedefinieer word as verbetering in die uitvoer

van 'n taak op grond van bewuste herroeping van vorige ervaring. Die ander onderverdeling van die langtermyngeheue is die implisiete / nie-deklaratiewe geheuesisteem wat gedefinieer word as verbetering in die uitvoer van 'n taak op grond van ervaring wat nie bewustelik onthou word nie. In Figuur 2.1 word die langtermyngeheue-taksonomie grafies voorgestel:



Figuur 2.1: Langtermyngeheue-taksonomie (Zilmer & Spiers, 2001)

Geheueverlies is die belangrikste kenmerk van Alzheimer se siekte, maar beslis nie die enigste eienskap van hierdie toestand nie (Burke & Laramie, 2004; Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Inperkinge van die geheue (veral episodiese geheue-inperking, sien Figuur 2.1) kom reeds lank voordat 'n kliniese diagnose van Alzheimer se siekte gemaak word voor (Bäckman et al., 2005). Nuwe eksplisiete (sien definisie hierbo) leerprobleme op alle vlakke (enkodering, storing en herwinning), en retensie oor tyd word gewoonlik eerste raakgesien. Boonop begin strukture van die brein wat vorige goed geleerde semantiese kennis in georganiseerde raamwerke hou, om agteruit te gaan. Uiteindelik begin die korttermyngeheue, soos name van gesinslede en bekende stories, ook gefragmenteerd raak. Die enigste tipe leer wat lyk of dit redelik in plek bly, is sekere tipes van implisiete leer (sien Figuur 2.1) (Zilmer & Spiers, 2001).

Die eksplisiete langtermyngeheue kan onderverdeel word in semantiese- en episodiese geheue (sien Figuur 2.1). Demente persone het tekorte in beide. Een van die eerste en prominentste simptome van Demensie van die Alzheimer-tipe is 'n

tekort in nuwe eksplisiete leer (Zilmer & Spiers, 2001). Volgens Spaan, Raaijmakers & Jonker (2005) word daar dikwels meer gefokus op die meting van die episodiese geheuefunksionering, maar na aanleiding van 'n studie wat hierdie outeurs gedoen het, het hulle tot die gevolgtrekking gekom dat dit ook belangrik is om bewus te wees van semantiese en implisiete geheue-inperkinge (sien Figuur 2.1) tydens die vroeë assessering van demensie. Rogers, Ivanoiu, Patterson en Hodges (2006) beklemtoon ook die inperkinge van die semantiese geheue in persone met Alzheimer se siekte (sien Figuur 2.1).

Die verskil tussen geheueprobleme wat met demensie geassosieer word en suiwer ouderdomverwante geheue-inperkinge is baie fyn (Bäckman et al., 2005; Spaan et al., 2005). Alhoewel baie ouer mense mag vergeet, kan hulle baie keer los gedagtes onthou met die hulp van herwinning-leidrade. Dit gebeur egter nie by persone met Demensie van die Alzheimer-tipe nie. Die geheueprobleem is meer globaal en die aard van geheueverlies het 'n beduidende impak op die persoon se sosiale en/of beroepsfunksionering, terwyl normale vergeetagtigheid skadeloos is, en niks meer as frustrasie en irritasie by die persoon wek nie (Zilmer & Spiers, 2001). Daar kom onder andere inperking van die vermoë om inligting te registreer (enkodering) voor, en verder ook probleme om inligting op 'n betekenisvolle manier te organiseer (stoor). Inperking van die vermoë om die inligting te herroep of te herken wanneer nodig (herwinning) kom ook voor (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). As gevolg van hierdie veranderinge, word dit al hoe moeiliker vir die individuele persone om die regte woorde te vind en die proses word al hoe stadiger (Burke & Laramie, 2004). Soos die siekte progressief erger word, word inligting vinniger en vinniger verloor (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Volgens Budson, Todman en Schacter (2006) is die vroeë diagnose van Alzheimer se siekte, sowel as die assessering van nuwe medikasies, albei afhanklik daarvan om te weet presies hoe hierdie siekte 'n persoon se geheue inperk.

2.4.2 Taal- en spraakfunksionering

Daar kom ook spraakprobleme by persone met Demensie van die Alzheimer-tipe voor (Zilmer & Spiers, 2001). Spraakprobleme kan voorkom in enige fase van demensie, maar daar is 'n enorme variasie in die aard en omvang daarvan tussen individue

(Maxim & Bryan, 1994). Volgens Zilmer en Spiers (2001) kan hierdie spraakprobleme onderverdeel word in verskeie tipes afasies ('n abnormale neurologiese toestand waar die taalfunksie defektief of afwesig is vanweë 'n aantasting of besering van sekere areas van die serebrale korteks). Die afasie word progressief erger, in beide graad en tipe. Soos die demensie progressief vererger, word die taalprobleme meer prominent. 'n Persoon met Demensie van die Alzheimer-tipe mag dit moeilik vind om objekte te benoem en gebruik dikwels vae, stereotipe taal wat as omslagtige uitdrukkings bestempel kan word (Kaplan & Sadock, 2003; Maxim & Bryan, 1994). Hierdie onvermoë om objekte te benoem en te identifiseer, word al hoe meer opvallend, in so 'n mate dat selfs die buitestaander dit waarneem. Aan die begin is hierdie agnosie beperk tot objekte waarmee die persoon met Alzheimer se siekte nie baie in kontak kom nie, maar dit sluit later alle objekte in soos die persoon se kognitiewe funksies deterioreer (Zilmer & Spiers, 2001). Sodanige persone se gedagteprosesse raak versteurd, en hulle mag dele van vorige gesprekke op 'n ontoepaslike wyse by huidige gesprekke inkorporeer. Daar kan ook 'n anomiese afasie by die persoon ontwikkel, wat verwys na die onvermoë, of die ervaring van probleme om woorde te vind wat voorheen deel was van hulle woordeskat (Maxim & Bryan, 1994; Zilmer & Spiers, 2001). Aan die begin van die siekte is hierdie probleem gewoonlik beperk tot 'n woord of twee, en die kommunikasie kan oor die algemeen normaal geskied. In meer ernstige gevalle kan selfs die totale woordeskat verlore wees. Hierdie taalversteurings dra by tot 'n deteriorasie van kommunikasiepatrone tussen hierdie persoon en ander persone en veral die versorger, wat in baie gevalle die eggenoot of eggenote van hierdie persoon is (Roberto, Richter, Bottenberg & Campbell, 1998). Hierdie aspek lewer 'n groot bydrae tot die stres en depressiwiteit waaronder die versorgers gebuk gaan.

Probleme met begrip (reseptiewe afasie) begin te voorskyn kom en dit word gevolg deur probleme om inligting te herhaal (ekspressiewe afasie), en laastens kan 'n afname in vloeiende gesprekvoering voorkom, wat 'n globale afasie voorstel (Zilmer & Spiers, 2001).

2.4.3 Visueel-ruimtelike oriëntasie

Volgens Zilmer & Spiers (2001), begin visueel-ruimtelike probleme in die middel-fases van Demensie van die Alzheimer-tipe, indien nie vroeër nie. Daar kom merkbare visueel-ruimtelike inperkinge in die demente persoon se daaglikse lewe voor. Daar kom probleme voor met oriëntasie van hulself in hulle omgewing, met ander woorde, hulle verdwaal. Die persoon mag dit byvoorbeeld moeilik vind om, na 'n besoek aan die badkamer, terug te keer na 'n geselskap. Probleme met motorbestuur kan ook voorkom, en soos Zilmer en Spiers (2001) dit tereg beskryf, *“he veers to the left and seems to have lost his ‘inner compass’”* (p.373).

2.4.4 Uitvoerende funksionering

Alhoewel die tekorte aan die begin subtiel is, is die probleme met uitvoerende beheer duidelik vir versorgers (Zilmer & Spiers, 2001). Levinoff et al. (2006) bevestig dat persone met Alzheimer se siekte selfs in die vroeë stadiums van die siekte inperkinge met betrekking tot uitvoerende funksies openbaar. Byvoorbeeld, in 'n poging om te kompenseer vir geheueverlies, mag 'n persoon notas maak. Maar sonder 'n voldoende uitvoerende strategie, kan die toenemende disorganisasie duidelik word in notas wat op verskeie plekke in die huis gevind word en in take wat begin word, maar onvoltooid gelaat word (Zilmer & Spiers, 2001). Die inperking van uitvoerende funksies word ook geassosieer met problematiese oordeel en redenering (Levinoff et al. 2006). Familielede neem baie keer perseverasie van denke waar omdat die persoon stories oor en oor vertel, of vrae herhalend vra. 'n Interessante aspek van die disfunksionele uitvoerende vermoë is dat baie persone met Demensie van die Alzheimer-tipe hulle meta-kognitiewe bewustheid (vermoë van 'n mens om sy eie gedrag, prestasie en kognitiewe vermoë te monitor) verloor (Zilmer & Spiers, 2001). Hierdie persone word dikwels beskryf as persone met baie min insig in hulle eie tekortkominge. Die mate waartoe hierdie persone bewus is van hulle tekortkominge verskil aansienlik in die ligte tot matige stadiums van Alzheimer se siekte (Cosentino & Stern, 2005). Anosognosie, wat verwys na die onvermoë of onwilligheid van hierdie persone om van hulle kognitiewe of funksionele inperkinge of van hulle siekte bewus te wees, is 'n relatief algemene simptome van Alzheimer se siekte (Cosentino & Stern, 2005).

2.4.5 Oriëntasie ten opsigte van tyd, plek en persoon

Algemene oriëntasie ten opsigte van tyd (byvoorbeeld wat die datum is), plek (kennis van waar die persoon hom- of haarself bevind) en persoon (kennis van wie hy of sy is) bly gewoonlik intakt tot laat in die verloop van die siekte (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Hierdie oriëntasie verwys dus na 'n persoon se basiese bewustheid van hom- of haarself in verhouding tot die wêreld om hom of haar. Die geheue-aantasting affekteer ook die persoon se oriëntasie ten opsigte van ander persone tot op die punt dat die geaffekteerde individue nie hul naasbestaendes herken nie (Kaplan & Sadock, 2003).

2.4.6 Motoriese en sensoriese funksionering

In verhouding met ander areas van funksionering, bly die motoriese en sensoriese vermoëns redelik intakt deur die verloop van die siekte. Eenvoudige motoriese spoed en krag bly gewoonlik vir 'n redelike lang tyd behoue. Daarenteen neem komplekse motoriese gedrag dikwels vinnig af. Die persoon se reuksin is meestal die enigste primêre sensoriese area wat geaffekteer word. Dit word selfs in 'ligte' fases van die siekte aangetas (Zilmer & Spiers, 2001).

2.4.7 Gemoed, emosie en persoonlikheid

Demente persone word dikwels eers na mediese aandag verwys op grond van sielkundige simptome, soos byvoorbeeld depressie, angstigheids, persoonlikheidsveranderinge, agitاسie en somatiese simptome. In sommige gevalle ontstaan hierdie simptome uit sommige van die kognitiewe inperkinge wat gepaard gaan met Demensie van die Alzheimer-tipe, maar in ander gevalle kan die simptome, soos depressie, 'n addisionele versteuring verteenwoordig. Dit is meermale 'n probleem om tussen depressiwiteit en 'n Demensie van die Alzheimer-tipe te onderskei. Die doeltreffendste manier om dit te doen is om met behulp van psigometriese toetsing, 'n basislyn vas te stel, waar enige veranderinge oor tyd heen met hertoetsing vasgestel kan word. Depressiwiteit kan ook saam met 'n kognitiewe versteuring voorkom (Zilmer & Spiers, 2001). Die persone met Alzheimer se siekte

verloor die vermoë om hulle gemoed en emosies te beheer en dit lei tot onvoorspelbare en dikwels tot ontoepaslike gedrag (Wold, 2004).

Simptome wat lei tot 'n beduidende persoonlikheidsverandering, maak familieledede gewoonlik bewus van gevaartekens (Kaplan & Sadock, 2003; Wold, 2004). Die gesinslede van persone met Alzheimer se siekte word normaalweg die meeste geaffekteer deur die persoonlikheidsveranderinge wat tydens die verloop van die demensie by die pasiënt voorkom. Bestaande persoonlikheidskenmerke mag versterk word tydens die verloop van die siekte. persone met demensie mag egter ook neig na introversie, en hulle kan ook apaties voorkom en 'n verminderde belangstelling in die gevolge van hul gedrag en die effek daarvan op ander toon (Kaplan & Sadock, 2003).

2.4.8 Hallusinasies en delusies

Kaplan en Sadock (2003) rapporteer dat 20% tot 30% van persone met Alzheimer se siekte hallusinasies ervaar en dat 30% tot 40% delusies ervaar. Die delusies is hoofsaaklik van 'n paranoïede aard, soos byvoorbeeld 'n toename in jaloesie ten opsigte van hul maats, en delusies van vervolging waar die persoon byvoorbeeld glo dat iemand op die televisie van hulle praat of na hulle verwys. Die persone met Demensie van die Alzheimer-tipe mag ongesistematiseerde delusies hê, maar komplekse, volgehoue delusies word ook soms by hierdie persone gerapporteer (Kaplan & Sadock, 2003).

2.4.9 Gedrag- en sielkundige simptome

Gedragsimptome is baie algemeen, veral in die middel tot later fases van demensie. Die 10/66 Navorsingsgroep (The 10/66 Dementia Research Group, 2006a), wat bestaan uit 'n groep navorsers wat demensie in ontwikkelende lande navors, het 'n studie gedoen waar versorgers in elke sentrum gevra is wat hulle grootste probleem met die versorging van 'n persoon met demensie is. Die ses algemeenste gedragsimptome was onder andere agitاسie, aggressie, rondlopery, gedurige uitroepe, inkontinensie en slaapversteurings. Hierdie tipe gedrag is in die ontwikkelende wêreld 'n probleem vir tussen 20% en 30% van alle families met 'n persoon met Alzheimer se siekte in hulle midde, al is 'n wye gesinsondersteuningsnetwerk

beskikbaar. Hierdie bevinding stem ooreen met verslae vanuit ontwikkelde lande soos die VSA (The 10/66 Dementia Research Group, 2006a). Nog 'n paar gedragsprobleme wat algemeen onder hierdie persone voorkom, is onder andere ontoepaslike seksuele gedrag, herhaling van vrae en frases, en die verloor en wegsteek van verskillende items (Burke & Laramie, 2004).

2.4.10 Ander tekens en simptome

Persone met demensie se selfsorg mag afneem en dié persone is dikwels ongeërg oor die manier waarop hulle teenoor andere optree. 'n Major depressiewe gemoedsversteuring kom in 10% tot 20% van persone met Alzheimers se siekte voor (Kaplan & Sadock, 2003). Burke en Laramie (2004) bevestig dat persone met demensie dikwels depressie ontwikkel.

Lag- of huilbuie mag voorkom sonder enige stimulus wat dit ontlok. Daar kan ook toevale (*seizures*) ontwikkel by tot 10% van die persone met Alzheimer se siekte (Kaplan & Sadock, 2003). Swak impulsbeheer en 'n gebrek aan oordeelsvermoë kan ook voorkom.

2.5 EPIDEMIOLOGIE VAN ALZHEIMER SE SIEKTE

Daar is 'n toename in die voorkoms van demensie onder bejaardes wat te wyte is aan 'n langer lewensverwagting in die hedendaagse samelewing. In die VSA, waar die meeste navorsing rakende hierdie siektetoestand tot op hede gedoen is, was daar teen 1990 meer as 4 miljoen mense met Alzheimer se siekte en die verwagtinge is dat daar teen die jaar 2050 soveel as 15.4 miljoen mense, in die VSA alleen, met die siekte gediagnoseer kan wees (Evans et al., 1990). Volgens die 10/66 Demensie-navorsingsgroep, wat 'n uitgebreide internasionale studie in ontwikkelende lande gedoen het, word daar geskat dat daar 24 miljoen mense wêreldwyd met demensie voorkom (The 10/66 Dementia Research Group, 2006b). Daar word verwag dat hierdie getal teen 2040 sal toeneem tot 81 miljoen. Meer as 60% van die bogenoemde geskatte 24 miljoen mense woon in ontwikkelende lande en daar word verwag dat hierdie persentasie teen 2040 sal toeneem tot 71%. Baie van die toename in die voorkoms van Demensie van die Alzheimer-tipe sal dus in ontwikkelende lande

voorkom. Maxim en Bryan (1994) is van mening dat ongeveer 20% van mense ouer as 75 een of ander tipe demensie het, met Demensie van die Alzheimer-tipe as die algemeenste. Demensie van die Alzheimer-tipe verteenwoordig meer as 50% van die gevalle van demensie (Kaplan & Sadock, 2003; The 10/66 Dementia Research Group, 2006b; Zilmer & Spiers, 2001). Hierdie drastiese styging wat voorspel word, word toegeskryf aan die styging in gemiddelde ouderdom van populasies wat bykans wêreldwyd die tendens blyk te wees. Een van die redes wat moontlik hiervoor aangevoer kan word, is die verbetering in mediese sorg waartoe die meeste mense in ontwikkelde lande toegang het. Demensie kan op bykans enige ouderdom voorkom, hoewel die kans vir die ontwikkeling daarvan hoër is by ouer individue (Kaplan & Sadock, 2003).

Kaplan en Sadock (2003) huldig egter die opinie dat die voorkoms van demensie, en selfs net demensie as gevolg van Alzheimer se siekte, nog veel hoër is as wat hierbo aangedui is. Hierdie outeurs is van mening dat ten minste 5% van persone wat die ouderdom van 65 jaar bereik Demensie van die Alzheimer-tipe sal ontwikkel, en dat hierdie syfer styg na 16-25% vir persone 85 jaar en ouer. Volgens Wold (2004) verdubbel die voorkoms van Demensie van die Alzheimer-tipe elke vyf jaar vanaf ouderdomme 65 jaar tot 85 jaar. Daar word ook gespekuleer dat Demensie van die Alzheimer-tipe 'n toestand van 'versnelde veroudering' is, wat impliseer dat indien alle mense lank genoeg lewe, hierdie toestand onvermydelik sou wees (Zilmer & Spiers, 2001). Dat die voorkoms van Demensie van die Alzheimer-tipe 'n groeiende probleem is, blyk ook duidelik uit die feit dat 50% van die beddens van verpleeginrigtings in die VSA beset word deur persone met Alzheimer se siekte (Kaplan & Sadock, 2003).

Daar is verder ook bevind dat die voorkomssyfer van Demensie van die Alzheimer-tipe effens hoër is onder vroue as onder mans (Kaplan & Sadock, 2003). 'n Rede hiervoor mag die toenemende lewensverwagting wees onder die vroulike geslag, aangesien die voorkoms van demensie veral toeneem na die ouderdom van 75 jaar (Barlow & Durand, 2001). Die persoon toon 'n geleidelike maar volgehoue agteruitgang.

2.6 ETIOLOGIE

Soos in afdeling 2.3.1 vermeld, word Alzheimer se siekte alleenlik gediagnoseer nadat al die ander moontlike oorsake van demensie uitgeskakel is. Met betrekking tot die etiologie kan daar hoofsaaklik onderskei word tussen die volgende tipes demensie: Demensie van die Alzheimer-tipe, Vaskulêre demensie, demensie as gevolg van algemene mediese oorsake, substans-geïnduseerde blywende demensie, demensie as gevolg van meervoudige oorsake en demensie wat nie andersins gespesifiseer is nie (Barlow & Durand, 2001; APA, 2000). Laasgenoemde diagnose word gemaak wanneer die voorkoms van demensie nie deur enige van die vooraf-vermelde spesifieke oorsake van demensie verklaar kan word nie (Kaplan & Sadock, 2003).

2.6.1 Die neuropatologie van Alzheimer se siekte

Demensie van die Alzheimer-tipe word oor die algemeen op grond van die kliniese simptome gediagnoseer, nadat ander oorsake van demensie uitgesluit is (Kaplan & Sadock, 2003). ‘Ligte Kognitiewe Inperking’ (*Mild Cognitive Impairment – MCI*) is gedefinieer as ‘n voorloper van Alzheimer se siekte (Griffith et al., 2006). Die konsep van ‘Ligte Kognitiewe Inperking’ wat verwys na pre-kliniese demensie word nou algemeen aanvaar (Hudon et al., 2006). Die diagnose van ‘Ligte Kognitiewe Inperking’ kan nuttig gebruik word vir die identifisering van persone wat ‘n risiko is vir uiteindelijke demensie (Griffith et al., 2006). Volgens ‘n studie wat Griffith et al. (2006) gedoen het, kan neurosielkundige meetinstrumente nuttig gebruik word om te onderskei tussen persone met ‘Ligte Kognitiewe Inperking’ wat waarskynlik later sal omsit in Alzheimer se siekte oor ‘n twee jaar tydsverloop van ‘n kliniese opvolg. Wanneer ouer mense aan die kriteria vir ‘Ligte Kognitiewe Inperking’ voldoen, is die progressie na demensie (veral Alzheimer se siekte) teen ‘n tempo van 12-15% per jaar (Hudon et al., 2006). Dit is wel slegs ‘n voorlopige diagnose, aangesien ‘n finale diagnose van Demensie van die Alzheimer-tipe slegs met behulp van ‘n neuropatologiese ondersoek van die brein gemaak kan word. Fisiologies word Demensie van die Alzheimer-tipe beskryf as premature veroudering van die brein, wat gewoonlik begin rondom middel-volwassenheid, en dan ‘n vinnige en algehele verlies van verstandelike vermoë veroorsaak, soortgelyk aan dit wat by hoogs bejaarde persone waargeneem word (Zilmer & Spiers, 2001). Hoewel die presiese etiologie

van die siekte tot dusver onbekend is, is groot vordering reeds gemaak met betrekking tot die beskrywing van die neuropatologiese prosesse wat op molekulêre vlak plaasvind (Kaplan & Sadock, 2003). Daar is twee interessante feite betreffende die neuropatologie van Demensie van die Alzheimer-tipe. Eerstens teiken die toestand spesifieke areas van die brein. Tweedens dra hierdie geteikende strukture by tot massiewe selverlies (Zilmer & Spiers, 2001). Die hippokampus, wat dikwels aangetas word by Demensie van die Alzheimer-tipe, word geassosieer met geheue en dit word as verklaring aangebied vir die feit dat die geheue-prosesse van die persoon aangetas word (Kaplan & Sadock, 2003).

Die makroskopiese anatomiese beeld van die brein is 'n variërende beeld van kortikale atrofie met wye sulke wat die duidelikste in die frontale, temporale en pariëtale breinlobbe te bespeur is (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Hierdie atrofie kan met behulp van gerekenariseerde aksiale tomografie ('*CAT-scan*') duideliker waargeneem word in jonger persone. Hierdie wyse van diagnosering is egter minder betroubaar by ouer pasiënte omdat die bringrootte meer varieer by hierdie ouderdomsgroep (selfs by persone wat nie aan 'n demente toestand ly nie).

Wat die mikroskopiese beeld betref, word die twee neuropatologiese bevindinge wat Alois Alzheimer geïdentifiseer het, steeds oorweeg as die primêre merkers van die siekte. Hierdie primêre merkers is neurofibrillêre knope en seniele plaatjies. Laasgenoemde is duidelik deur mikroskopiese inspeksie met outopsie. Neurofibrillêre knope word beskryf as dik, gekronkelde (gedraaide) vesels in die sitoplasma van die geswelde selliggame. Die knope bestaan uit proteïene, bekend as tau-proteïene, wat ophoop as 'n resultaat van abnormale fosforilase. Daar is onlangs 'n ontdekking gemaak, dat die seniele plaatjies wat in Demensie van die Alzheimer-tipe gevind word 'n aminosuur-peptied-proteïen naamlik beta-ameloïed bevat. Hierdie seniele plaatjies word dus ook ameloïed-plaatjies genoem. Een van die faktore wat waarskynlik direk verantwoordelik is vir die ontwikkeling en progressie van die toestand, is hierdie veelvuldige plaak van beta-ameloïed-peptiede wat in en om die neurone vorm. Patologiese word daar 'n geleidelike versameling van hierdie ameloïed-plaatjies in wydverspreide areas van die geaffekteerde brein waargeneem. Die huidige kontroversie oor die etiologie van Demensie van die Alzheimer-tipe gaan egter juis daaroor dat die navorsers nie klaarheid het oor of dit wat mikroskopies

gesien kan word, naamlik die taai plaak buite die neurone en die draderige neurofibrillêre knope binne die neurone, deel is van die oorsaak of die gevolg van die toestand nie. Dit mag wees dat die plaak die merkers van plekke is waar breinselle dood is en nie die oorsaak is van die dood van die neurone nie (Zilmer & Spiers, 2001). Dit is belangrik om daarop te let dat bogenoemde knope en plaatjies nie spesifiek is tot Demensie van die Alzheimer-tipe nie. Dit kom ook voor in normale verouderende individue, sonder bewyse van demensie, sowel as in persone met ander degeneratiewe siektes. Dit is klaarblyklik die patroon en kwantiteit van hierdie merkers wat Demensie van die Alzheimer-tipe definieer (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001).

In die lig van die onsekerheid rondom die oorsake van Demensie van die Alzheimer-tipe is dit nie verbasend nie dat daar 'n aantal alternatiewe teorieë rondom die etiologie daarvan bestaan wat steeds ondersoek word. 'n Paar van hierdie teorieë sal vervolgens bespreek word.

2.6.2 Genetiese faktore

Alhoewel die oorsake van Demensie van die Alzheimer-tipe steeds onbekend is, is daar vordering gemaak met die verstaan van die genetiese bydrae wat 'n rol speel in hierdie siektetoestand. Dit is wel so dat die voorkoms van Alzheimer se siekte by die persoon dikwels geassosieer word met 'n familiegeskiedenis van demensie (Kaplan & Sadock, 2003; Wold, 2004). Tot soveel as 40% van persone met Alzheimer se siekte het 'n familielid wat ook aan die toestand ly of gely het. Genetiese faktore speel dus wel 'n rol by die ontwikkeling of ontstaan van hierdie demente toestand, ten minste in sommige gevalle. Tweelingstudies ondersteun hierdie bevinding van genetiese etiologie. 'n Hoër voorkomssyfer van demensie word aangedui by monosigotiese tweeling as by disigotiese tweeling, naamlik 43% en 8% respektiewelik. Dit beteken dat beide sibbes demensie ontwikkel het in 43% gevalle van die monosigotiese tweeling wat aan die studies deelgeneem het. In die geval van die disigotiese tweeling het beide sibbes slegs in 8% van die gevalle demensie ontwikkel. Daar is ook bewyse gevind vir die moontlikheid dat die versteuring oorgedra mag word deur 'n outosomale dominante geen, alhoewel hierdie tipe oordrag selde plaasvind. Demensie van die Alzheimer-tipe toon 'n verbintenis aan

chromosome 1, 14, 19 en 21 onderskeidelik (Barlow & Durand, 2001; Kaplan & Sadock, 2003).

Barlow en Durand (2001), Wold (2004), sowel as Zilmer en Spiers (2001) maak melding van genetiese navorsing wat gefokus het op die moontlikheid dat 'n genetiese proteïen, naamlik Apolipo-proteïen, 'n potensiële bydraende rol speel tydens die ontwikkeling van Demensie van die Alzheimer-tipe. Volgens Roses en Saunders (2006) is daar in 1992 vir die eerste keer ontdek dat daar 'n assosiasie bestaan tussen apolipoproteïen E-genotipes en die ouderdom waarop Alzheimer se siekte begin. Hierdie proteïen is betrokke by die vervoer van lipiede (vette) in die liggaam en word gevind in die membrane van neurone; dit kom voor in drie hoofgroepe, naamlik ApoE2, ApoE3 en ApoE4. Dit wil voorkom of die teenwoordigheid van ApoE4 'n hoë risiko vir die ontwikkeling van Demensie van die Alzheimer-tipe inhou, veral as daar twee van hierdie lipo-proteïene teenwoordig is (Kaplan & Sadock, 2003; Roses & Saunders, 2006).

Genetika speel dus 'n rol by die ontstaan van demensie, maar daar is ook gevalle wat sporadies van aard is, waar demensie lukraak binne enige familie mag ontstaan. Dit is soms ook moeilik om die rol van genetika te bepaal, aangesien soveel potensiële slagoffers van demensie sterf aan nie-verwante oorsake voor die ouderdom waarop hul moontlik demensie sou ontwikkel. Dit kan hoofsaaklik aan die laataanvangsouderdome van demensie toegeskryf word (Zilmer & Spiers, 2001).

2.6.3 Down-sindroom en Demensie van die Alzheimer-tipe

Persone gebore met Down-sindroom, of trisomie 21 (die toestand word so genoem, aangesien die sindroom ontstaan uit 'n abnormaliteit op chromosoom 21) ontwikkel feitlik sonder uitsondering 'n demensie, gewoonlik gedurende die middeljare (Zilmer & Spiers, 2001). Die geassosieerde breinveranderinge wat korrespondeer met Demensie van die Alzheimer-tipe (neurofibrillêre knope en seniele plaatjies) verskyn jare voor 'n kliniese diagnose (Zilmer & Spiers, 2001). Die vraag het dus ontstaan of 'n abnormale geen op die 21ste chromosoom 'n aandeel mag hê in die ontstaan van Demensie van die Alzheimer-tipe (Barlow & Durand, 2001).

Abnormale gene is wel gevind by families met vroeë-aanvang Demensie van die Alzheimer-tipe, maar dit is baie skaars. Ander abnormaliteite wat geïdentifiseer is by seldsame familie-variëteite van Demensie van die Alzheimer-tipe is op chromosome 1, 14 en 19 onderskeidelik gevind (Barlow & Durand, 2001).

2.6.4 Neurotransmitters (of neuro-oordragstowwe)

In die brein is daar verskeie neurotransmitters (of -oordragstowwe), wat gewoonlik 'n neuronale 'boodskap' van een neuron na 'n ander oordra. Hierdie neurotransmitter veroorsaak 'n elektriese verandering in die tweede neuron (by die sinaptiese verbinding) en maak dit op sy beurt meer of minder geneig tot die vrystelling van sy eie oordragchemikalieë. Die funksionering van die brein maak dus grootliks staat op miljoene der miljoene van hierdie 'boodskappe' tussen neurone (Zilmer & Spiers, 2001).

Daar is hoofsaaklik twee neurotransmitters wat tydens navorsingstudies as hipo-aktief (onderaktief) aangedui is by Alzheimer se siekte, naamlik asetielcholien (Ach) en noradrenalin (NA). Hierdie data word ook bevestig deur die feit dat cholinerge antagonist (byvoorbeeld atropien) lei tot kognitiewe inperking, waar cholinerge agoniste (byvoorbeeld arekolien) weer kognitiewe werking stimuleer. Wold (2004) bevestig ook dat die breinvlakke van die neurotransmitter asetielcholien (Ach) afneem by persone met Alzheimer se siekte. Neurotransmitter-tekorte is ook volgens Burke en Laramie (2004) 'n kenmerk van Demensie van die Alzheimer-tipe.

Somatostatien, gamma-amino-bottersuur (GABA) en kortikotropien is ook al in verminderde hoeveelhede gerapporteer by Alzheimer se siekte, alhoewel dit nie lyk of enige van hierdie laasgenoemde neurotransmitters 'n duidelike rol speel in Demensie van die Alzheimer-tipe nie (Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001).

2.6.5 Familiële Meervoudige Sisteem Taupatie met pre-seniele demensie

'n Tipe demensie wat onlangs ontdek is, naamlik Familiële Meervoudige Sisteem Taupatie, deel sekere vorme van breinpatologie met Alzheimer se siekte (Kaplan & Sadock, 2003). Hierdie tipe demensie word geassosieer met 'n geen op chromosoom

17, en die simptome daarvan sluit in: korttermyn-geheueverlies en swak koördinasie en/of onvermoë om normaal te loop. Die versteuring neem gewoonlik 'n aanvang tussen die ouderdomme van 40 en 50 jaar, en mense met hierdie siektetoestand leef 'n gemiddeld van 11 jaar ná die aanvang van die toestand. Tau-proteïene word opgebou in die neurone en glia-selle van gediagnoseerde persone, soos by Demensie van die Alzheimer-tipe. Die siektetoestand word nie geassosieer met seniele plaatjies soos by Alzheimer se siekte nie, maar die opbou van proteïen laat breinselle mettertyd degenerer (Kaplan & Sadock, 2003).

2.6.6 Ander oorsake vir die ontstaan van Demensie van die Alzheimer-tipe

Studies met betrekking tot die fosfo-lipiedmembraan-metabolisme van die brein dui daarop dat persone met Alzheimer se siekte se selmembrane minder vloeibaar (met ander woorde meer rigied) is as normaalweg (Kaplan & Sadock, 2003). Verder is aluminium-toksisiteit ook as 'n moontlike oorsaak vir die ontstaan van Demensie van die Alzheimer-tipe aangedui. Dit was na aanleiding van hoë vlakke van aluminium wat in die breine van sommige persone met Demensie van die Alzheimer-tipe gevind is. Laasgenoemde word egter nie meer as 'n betekenisvolle oorsaaklike faktor oorweeg nie (Kaplan & Sadock, 2003).

2.7 BEHANDELING

Volgens Kaplan en Sadock (2003) is die eerste stap in die behandeling van demensie die bevestiging van die diagnose. In die eerste plek was daar tot ongeveer 15 jaar gelede geen farmakologiese behandeling vir effektiewe intervensie vir Alzheimer se siekte beskikbaar nie. Tot dusver is die enigste klasse middels wat goedgekeur is vir die simptomatiese behandeling van Alzheimer se siekte die volgende: vier *cholinesterase inhibitors* en een *N-Methyl-D-aspartate (NMDA) receptor antagonist* (Roses & Saunders, 2006). Die meeste van hierdie middels teiken die cholinergiese sisteem, en daardeur die geheue. Hierdie intervensies verskaf slegs korttermyn verbetering, met geen effek op die progressie van die siekte nie. In die hoogs onvoorspelbare wêreld van medikasie-ontwikkeling is dit onbekend wanneer of watter een van verskeie terapeutiese strategieë of molekules ooit sal lei tot effektiewe behandeling (Roses & Saunders, 2006). Die medikasie wat tans gebruik word in die

behandeling van demensie is slegs nuttig wanneer dit in die vroegste moontlike stadiums toegedien word (Spaan et al., 2005). Daarom is vroeë assessering, volgens Spaan et al. (2005), so belangrik om die gepaste (psigo)sosiale sorg en ondersteuning betyds in plek te kry. Die toepassing van neurosielkundige toetse kan van waarde wees met die identifisering van persone wat kan baat vind by vroeë behandeling (Griffith et al., 2006). Tweedens word beide farmakologiese en gedragsintervensies daarop gerig om addisionele kognitiewe en psigiatriese inperking wat nie direk aan die siektetoestand toe te skryf is nie, te verminder. Kognitiewe rehabilitasiemetodes word, veral in die vroeë stadiums van die siekte, redelik suksesvol aangewend om te kompenseer vir die geheueverlies wat die persone wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer is, ervaar (Zilmer & Spiers, 2001). Met elkeen van hierdie behandelings is die doel om die lewenskwaliteit van beide die demente persone sowel as vir hulle versorgers te verbeter (Zilmer & Spiers, 2001). Potgieter (2000) bevestig hierdie stelling, deur daarna te verwys dat die persoon 'n behoefte het aan die behoud van menswaardigheid, en die versorger word gewoonlik die taak opgelê om aan hierdie wens te voldoen.

Die algemene behandelingsbenadering tot persone met demensie is om ondersteunende mediese sorg, emosionele ondersteuning vir die persone en hul families, en farmakologiese behandeling vir spesifieke simptome, insluitende ontwrigtende gedrag te voorsien (Kaplan & Sadock, 2003). Soveel as 30% van versorgers van persone met Alzheimer se siekte ontwikkel depressiewe versteurings, en die bystand van 'n huishulp en tuissorgpersoneel is essensieël ten einde die versorger se taak te verlig (Kaplan & Sadock, 2003).

Die ander tak van behandeling vir Demensie van die Alzheimer-tipe is gemik op simptoombesorging. Algemene gedrags- en affektiewe simptome wat geassosieer word met demensie sluit depressie, insomnia, vervolgingswane, hallusinasies, apatie, agitatie, geïrriteerdheid, doelloosheid en onvanpaste aktiwiteitspatrone in (Zilmer & Spiers, 2001). Bensodiasepiene mag voorgeskryf word vir insomnia of antidepressante mag help vir depressie, maar farmakologiese behandeling van psigotiese simptome soos delusies of hallusinasies mag ernstige newe-effekte veroorsaak (Kaplan & Sadock, 2003). Persone met demensie is ook vatbaar vir

siektes en toestande wat met ouderdom geassosieer word, soos respiratoriese of urinêre infeksies en gehoorprobleme.

Daar bestaan 'n moontlikheid dat die hormoon estrogeen mense kan beskerm teen die ontwikkeling van Alzheimer se siekte later in hulle lewe. Verskeie studies is gedoen waar waargeneem is dat postmenoposale vroue wat hormoonvervangings terapie ontvang, minder geneig is om Alzheimer se siekte te ontwikkel (Zilmer & Spiers, 2001). Hierdie bevindinge is bemoedigend vir toekomstige navorsing, om die voordeel-risiko-verhouding van terapeutiese estrogeenvervangings terapie om die voorkoms van Alzheimer se siekte te verminder, te ondersoek.

Die meeste behandelingstrategieë is daarop gemik om die omgewing so te herstruktureer om die veiligheid van die persoon met demensie te verseker, gepaste stimulasie te voorsien en onvanpaste gedrag te beheer, deur dit in 'n ander rigting te stuur (Zilmer & Spiers, 2001). Dit is belangrik om die persoon te help om vir so lank as wat die situasie dit toelaat onafhanklik en op hulle eie te funksioneer (Burke & Laramie, 2004). Soos die siekte progressief vererger, benodig die persoon egter meer konstante supervisie. Baie verpleeginrigings het 'n spesiale Alzheimer-eenheid, om voorsiening te maak vir veral die hantering van die persoon se problematiese gedrag en geheue-inperkings (Zilmer & Spiers, 2001). Indien die persoon tuis woon, kan die las op die versorger enorm wees. Daarom is daar ook dagsorg-programme wat gepaste aktiwiteite en gedragshanteringsprogramme voorsien, asook 'n welverdiende rusperiode vir versorgers (Zilmer & Spiers, 2001).

Daar is by die versorgers van hierdie persone 'n geweldige behoefte aan ondersteuning (Potgieter, 2000). Die versorger beleef 'n rouproses na die diagnose van Alzheimer se siekte, en dan weer by die finale afsterwe van die persoon. Hierdie verlieservaring neem dus die vorm van 'n dubbele rouproses aan (Potgieter, 2000). Volgens vorige navorsing het versorgers die proses beskryf as 'n lewende rouproses, soos hulle die disintegrasie van die persoonlikheid en intellek van die persoon waarneem (Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask & Glaser, 1991). Die versorgers van persone met Demensie van die Alzheimer-tipe speel dus 'n kardinale rol in die behandeling van die persoon en daar moet gevolglik ook na hul unieke behoeftes omgesien word. Dit sluit in die opleiding van die familie met betrekking tot

die siekte van die persoon, asook die voorsiening van hulp met finansiële besluite, testamente en ander praktiese reëlings, soos dat die persoon in 'n stadium nie meer mag bestuur nie. Volgens Schneider et al. (1999) bestee die huweliksmaat van 'n persoon met Alzheimer se siekte 'n groot deel van hulle tyd aan die versorgingsrol. Die meeste van die versorgers is die huweliksmaats van die persoon met Alzheimer se siekte en hierdie versorgers neem die meeste van die take oor wat tradisioneel deur hulle eggenoot of eggenote uitgevoer is (Mittelman, 2003; Schneider et al., 1999). Groepterapie en organisasies wat toegespits is op Alzheimer se siekte blyk 'n belangrike bron van hulp te wees, en individuele terapie het ook 'n plek in die hulpverlening aan die versorger (Potgieter, 2000).

Potgieter (2000) maak verder melding daarvan dat die behandeling by persone met Demensie van die Alzheimer-tipe ook die behoud van die fisieke en sielkundige welstand van die versorger moet insluit. Soos Pieterse (2004) tereg sê: “*Die grootste ontdekking wat soos 'n fyn draad met al die skrywery verweef geraak het, is dat die versorger nie net haar pasiënt moet versorg nie, maar ook haarself*” (p.192). Die persoon met Alzheimer se siekte sal ook daaronder ly indien die versorger gebuk sou gaan onder fisieke beperkinge (byvoorbeeld 'n hartaanval) of sielkundige uitputting (byvoorbeeld depressie) tydens die proses van versorging. Vorige navorsing het aangetoon dat daar 'n hoë risiko by versorgers van persone met Alzheimer se siekte bestaan om geestesgesondheidsprobleme (*mental health problems*) te ontwikkel en dat die omvattende versorgingstaak gewoonlik ingrypende sosiale, ekonomiese sowel as gesondheidsimplikasies vir die versorger inhou (Schneider et al., 1999). Dit is daarom van kardinale belang om die behoeftes van beide die persoon met Alzheimer se siekte en die versorger aan te spreek. Die versorging van persone met Alzheimer se siekte is klaarblyklik selfs onder die beste omstandighede 'n uitdagende taak (Monahan & Hooker, 1995).

2.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar gefokus op die definisie en verloop van Demensie van die Alzheimer-tipe. Die diagnoseringsproses en -kriteria is aangeraak, met 'n beskrywing van die kliniese kenmerke wat by hierdie toestand na vore kom. Die epidemiologie en etiologie van Demensie van die Alzheimer-tipe is ook toegelig. Die hoofstuk is

afgesluit met verwysing na die behandeling en beheer van die toestand van die persoon, sowel as die belangrikheid van die fisieke en sielkundige welstand van die versorger. In die volgende hoofstuk sal daar in meer besonderhede gekyk word na die impak wat hierdie toestand het op mans as primêre versorgers van persone wat gediagnoseer is met Alzheimer se siekte.

HOOFSTUK 3

DIE BELEWENIS VAN MANLIKE VERSORGERS VAN ALZHEIMER-PASIËNTE

3.1 INLEIDING

Die vorige hoofstuk het gehandel oor Alzheimer se siekte en die persoon gediagnoseer daarmee, se belewenisse tydens die ontstaan en die verloop van dié siektetoestand. Daar sal in hierdie hoofstuk op die impak van Alzheimer se siekte op die huweliksmaat-versorger gelet word. Die besluite en verantwoordelikhede van die versorgingsproses word immers gewoonlik hoofsaaklik aan die huweliksmaat-versorger oorgelaat. Daar sal in hierdie studie veral gefokus word op die belewenis van die man as versorger aangesien daar alreeds baie bekend is oor die vrou as versorger (Potgieter, 2000, 2003). Volgens die 10/66 Demensie-navorsingsgroep, wat 'n uitgebreide internasionale studie in ontwikkelende lande gedoen het, is vroue in 71% van die gevalle die hoofversorgers van mense met demensie teenoor 29% van mans (The 10/66 Dementia Research Group, 2006c). Dit verklaar dus waarom die klem in navorsingstudies in die verlede op die vrou as versorger geval het. Die volgende aanhaling voorsien 'n vlugtige blik op die ervaring van 'n manlike versorger van 'n persoon met Alzheimer se siekte.

“With Alzheimer’s disease, the diagnosis is so tenuous. Even if you go through the comprehensive testing with your spouse, the resulting diagnosis is possible / probable Alzheimer’s disease – too much uncertainty for me. I had to question what this was all about, and I felt driven to find out as much as I could and to obtain some concrete answers. I took my Hazel to numerous specialists, hoping for a definitive diagnosis. I was feeling very insecure with this ambiguity. As an attorney, I could always come up with a successful solution to so many messes that my clients would get into. Researching Alzheimer’s disease was so frustrating because there was no satisfactory outcome. Bottom line, right now there is no cure. Now as I look back, I realize that because of who I am, I wouldn’t have felt satisfied with my performance if I had not first gone through the process of researching and seeking answers and solutions.

Having done so, I was then ready to accept the vagaries of Alzheimer's disease and to deal with my wife's decline to the best of my ability." (Braff & Olenik, 2003, p. 117)

Daar word geskat dat ongeveer 1 000 000 bejaarde mans wêreldwyd hulle huweliksmaat met Alzheimer se siekte of ander vorms van kognitiewe inperking versorg, maar steeds het ons slegs beperkte insig in hul rol as versorger (Cahill, 2000; Fromme et al., 2005; Russel, 2001).

Daar sal in hierdie hoofstuk probeer word om 'n beeld te skets van die belewenisse van die eggenoot van 'n persoon met Alzheimer se siekte. Daar sal egter spesifiek gelet word op die besondere uitdagings wat die versorgingstaak daarstel asook die sielkundige hulpbronne wat benodig word om die uitdagings die hoof te bied. Volgens Schneider et al. (1999) wat 'n uitgebreide studie in Europa gedoen het, bestaan die versorgingsrol uit positiewe sowel as negatiewe elemente.

Om te lewe saam met 'n persoon met demensie is dikwels uiters stresvol, veral soos die demensie progressief vererger en die persoonlikheids- en gedragsveranderinge duideliker na vore tree. Om die geleidelike agteruitgang van 'n geliefde van 'n bevoegde individu na 'n onbevoegde afhanklike te beleef, kan 'n hartverskeurende ervaring wees (Draper, 2004). Gwyter (1998) het na 'n lewe saam met Demensie van die Alzheimer-tipe verwys as 'n poging om te leer om te "*bend without breaking*" (p. 17S). Die intense impak van die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte blyk uit die volgende (Schneider et al., 1999):

- Eerstens bestee hierdie versorgers 'n groot hoeveelheid van hulle tyd aan die versorgingstaak.
- Tweedens is huweliksmaat-versorgers oor die algemeen ouer as die tipiese informele versorgers en is hulle dus meer kwesbaar vir fisieke siektetoestande.
- Derdens verplig die wet die eggenote van die persone met Alzheimer se siekte in sommige lande om na hul huweliksmaats om te sien, wat die versorgingsrol 'n sosiaal gekondisioneerde taak maak. Die versorging mag dus dikwels deur 'n sterk element van onwilligheid gekenmerk word.

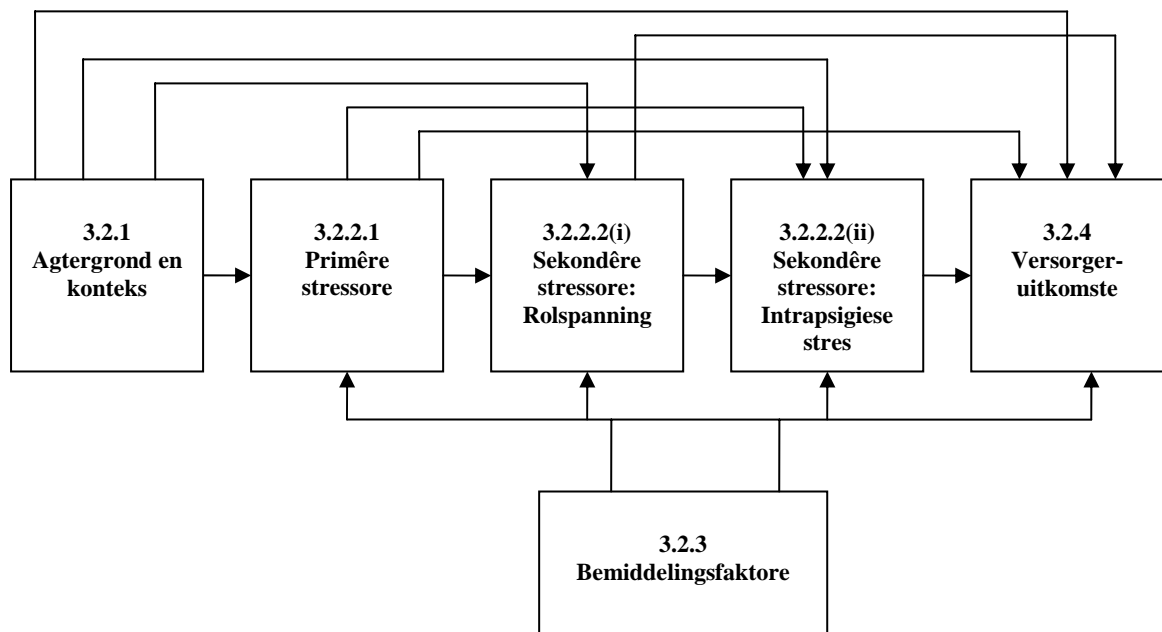
- In die vierde plek ly die huweliksverhouding dikwels skade as gevolg van die demente toestand van een van die huweliksmaats, met die gevolg dat die wederkerigheid rakende die verhouding verlore gaan. Die moeite wat deur die versorger gedoen word, word dikwels nie deur die persoon met demensie raakgesien nie en daar word dus nie erkenning daarvoor gegee nie.
- Veranderde gesinstrukture (deur byvoorbeeld 'n egskeiding, 'n hertrou, groter gesinsmobiliteit en die feit dat al meer vroue tans die arbeidsmark betree) maak die beskikbare poel van inter-generasie informele versorgers minder en plaas sodoende meer druk op huweliksmaats.
- In die laaste plek plaas die versorgingsrol ook 'n geweldige finansiële las op die skouers van huweliksmaats wat hul eggenotes versorg en dit bedreig dan hulle eie langtermyn finansiële sekuriteit.

Al die bogenoemde faktore maak veral van die huweliksmaats as informele versorgers 'n groep wat unieke uitdagings in die gesig staar (Potgieter, 2000). Die versorgingstaak word nie alleen bemoeilik deur die besondere uitdagings wat die versorgingsproses stel nie, maar ook deur die waarneming van die onvermydelike intellektuele en sielkundige agteruitgang van 'n persoon met wie hulle langdurige en intieme sosiale en emosionele bande gehad het (Monahan & Hooker, 1995).

Die vraag ontstaan: 'Wé sorg vir die brose bejaarde individu met demensie?' (Russel, 2001). Tradisioneel is dit die vroulike geslag. Tans bestaan daar egter ook 'n groot hoeveelheid manlike versorgers wat bejaarde familieledes versorg (Russel, 2001). Volgens Russel (2001) bestaan daar twee sienings rondom manlike versorgers. Aan die een kant word die man as 'n ondoeltreffende en onbetroubare versorger gesien. Dit word toegeskryf aan die siening dat mans se sosialisering hulle predisponeer om 'n swakker kwaliteit van versorging te bied. 'n Tweede perspektief stel dit dat mans wel bekwame versorgers kan wees, alhoewel hulle styl van versorging mag verskil van dié van die 'vroulike standaard'. Daar bestaan dus 'n verskil van mening oor die bevoegdheid van die man as versorger. Vervolgens sal die manlike versorger se belewenis aan die hand van 'n model van versorgerstres en -coping beskryf word.

3.2 'N MODEL VAN VERSORGERSTRES EN –COPING

Die model wat vervolgens gebruik sal word, is die stresprosesmodel van Pearlin, Mullan, Semple en Skaff (1990), wat in die verlede reeds met groot vrug gebruik is in die bestudering van die effek van die informele versorging van persone met Alzheimer se siekte (Kramer, 1993; Schneider et al., 1999; Winslow, 1997). Die model bestaan uit vier domeine, naamlik: die agtergrond en konteks van stres, die stressore, die mediators van stres en die uitkomste of manifestasies van stres (Pearlin et al., 1990). Dit is 'n bruikbare konseptualiseringsraamwerk vir die uitbeelding van die potensiële voorspellers van emosionele distres en sielkundige welstand van versorgers van persone met Alzheimer se siekte (Gaugler et al., 2003). Die versorgers se belewenis van die versorgingsproses, hulle hantering van die streslading wat daarmee gepaard gaan, asook die bemiddelingsfaktore wat hier 'n rol mag speel, sal vervolgens aan die hand van hierdie model van versorgerstres en –coping bespreek word met die klem op die man as versorger. Vervolgens word hierdie model grafies voorgestel in Figuur 3.1:



Figuur 3.1: 'n Model van versorgerstres en –coping (Pearlin et al., 1990)

Alhoewel elkeen van die onderafdelings van die model apart beskryf word, moet die interaksie tussen hierdie faktore nie buite rekening gelaat word nie. Dit is bloot om praktiese redes dat hierdie onderafdelings apart beskryf word.

3.2.1 AGTERGROND EN KONTEKS VAN DIE STRESPROSES

Versorging en die impak daarvan word potensieel beïnvloed deur 'n paar sleutelkenmerke van die versorger. Ouderdom, geslag, etnisiteit, opvoeding, beroeps- en ekonomiese vlak speel in dié verband onder meer 'n rol (Pearlin et al., 1990). Bogenoemde het 'n invloed op die hele stresproses. Hierdie faktore bepaal hoe individue op stressore sal reageer en speel ook 'n rol in die beskikbare persoonlike en sosiale hulpbronne om die stressore te hanteer (Pearlin et al., 1990). Drie van hierdie faktore, naamlik ouderdom, geslag en opvoeding sal vervolgens kortliks bespreek word.

3.2.1.1 Ouderdom en geslag

Moderne medikasie het daartoe bygedra om die lewensverwagting van die mens oor die algemeen te verhoog, maar dit het nie vergelykbare vordering gemaak om die psigososiale gevolge van veroudering aan te spreek nie (Perel & Hopkins, 1998). Die 10/66 Demensie-navorsingsgroep meld ook dat vinnige demografiese veroudering spoedig sal bydra tot 'n groot toename in persone met demensie in ontwikkelende lande (The 10/66 Dementia Research Group, 2004). Ongelukkig word dit voorspel dat die insidensie van Demensie van die Alzheimer-tipe sal toeneem, soos die populasie ouer word (Perel & Hopkins, 1998). Demensie van die Alzheimer-tipe kom meer algemeen voor onder bejaarde vroue (Thomas et al., 2002). Die meerderheid van persone is dus vroulik en word hoofsaaklik versorg deur hulle huweliksmaats of deur hulle middeljarige dogters (Thomas et al., 2002). Daar is oor die algemeen baie minder manlike as vroulike versorgers (Schneider et al., 1999). 'n Moontlike rede vir minder manlike versorgers kan wees dat baie bejaarde vroue hulle mans oorleef, aangesien vroue oor die algemeen ouer word as mans (Thomas et al., 2002). Manlike versorgers is oor die algemeen ouer as vroulike versorgers, aangesien vroulike versorgers in baie gevalle dogters is en manlike versorgers oor die algemeen huweliksmaats is (Cahill, 2000). Die gevolg is dat manlike versorgers dus geneig is

om meer broos te wees en meer siektes te hê as vroulike versorgers. Die vergelyking tussen manlike en vroulike versorgers moet dus met omsigtigheid benader word en bogenoemde implikasies moet in gedagte gehou word (Cahill, 2000).

3.2.1.2 Opvoeding

Volgens Kramer (1993) geniet versorgers met 'n goeie opvoeding oor die algemeen beter gesondheid. Hierdie versorgers is ook meer geneig om probleem-gerigte copingstrategieë te gebruik. Laasgenoemde copingstrategieë word in afdeling 3.2.3.1 bespreek en word geassosieer met versorger-welstand (Knop, Bergman-Evans & McCabe, 1998). Daarenteen neig versorgers wat 'n laer vlak van opleiding ontvang het, om 'n mindere mate van sielkundige welstand te geniet.

3.2.2 STRESSORE

Hierdie stressore sluit die toestande, ervarings en aktiwiteite in wat problematies is vir mense (Pearlin et al., 1990). Dit verwys ook verder na faktore wat hulle onder andere bedreig, uitput, hulle pogings dwarsboom en hulle drome vernietig. Die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte kan 'n verskeidenheid van fisiese, sielkundige en sosiale stressore in die hand werk (Murray, Schneider, Banerjee, & Mann, 1999). Hierdie stressore word deur Pearlin et al. (1990) onderverdeel in drie vorms van stres wat die doeltreffendheid van die versorgingstaak asook die ervaring van die versorgers self beïnvloed. Genoemde vorme van stres is primêre stressore, sekondêre rolspanning en sekondêre intrapsigiese stres (Pearlin et al., 1990). Dit stel nie voor dat een belangriker is as die ander een nie, maar beklemtoon dat 'n konfigurasie van interverwante stressore gereeld by individue wat betrokke is by langtermyn versorging van 'n verswakte familielid voorkom. Die drie vorms van stressore sal vervolgens afsonderlik bespreek word.

3.2.2.1 Primêre stressore

Volgens Pearlin et al. (1990) is primêre stressore daardie stressore wat die versorgingsproses aandryf. Dit spruit direk voort uit die behoeftes van die persoon en die aard van die versorgingseise wat aan die versorger gestel word. Die stressore

hang dus saam met die versorgingstake en die tyd wat dit neem om hierdie take uit te voer. Hierdie stressore is geanker óf in die behoeftes en eise wat die persoon aan die versorger stel, asook die versorgingstake self en die tyd wat dit neem om uitgevoer te word; óf in die geherstruktureerde verhouding tussen die versorging en die persoon (Pearlin et al., 1990; Schneider et al., 1999).

Vervolgens sal daar gekyk word na die impak van 'n paar aspekte op die versorger. Die kognitiewe status van die persoon, gedragsprobleme, die aantal take waarby die versorger betrokke is en die tyd wat dit neem om die take uit te voer, die oorlading en uitbranding van die versorger en die erosie van verhoudings sal onder meer ondersoek word.

(i) Kognitiewe status van pasiënt

Schneider et al. (1999) het in 'n uitgebreide studie rondom primêre stressore wat die versorgers van persone met demensie ondervind, 'n statisties-betekenisvolle verband geïdentifiseer tussen gebrekkige versorgerwelsyn en enige element van kognitiewe inperking by die persoon met Alzheimer se siekte (onder andere disoriëntasie, geheue-inperking of gebrekkige spraak). In 'n studie wat Thomas et al. (2002) uitgevoer het om die algemeenste klagtes te ondersoek wat versorgers rapporteer, was struikelblokke wat direk verwant is aan die kognitiewe probleme van die persoon met Alzheimer se siekte, derde op die klagtelys. 'n Toename in emosionele distres van versorgers van persone met demensie is ook in die ondersoek van Crespo, Lopez en Zarit (2005) met 'n toename in kognitiewe inperking verbind. Die kognitiewe inperking wat by persone met Alzheimer se siekte voorkom, kan dus as 'n primêre stressor gesien word waaraan versorgers blootgestel word.

(ii) Gedragsprobleme

Die gedragsversteurings geassosieer met Demensie van die Alzheimer-tipe toon statisties die beduidendste korrelasie met die uitbranding wat ervaar word deur persone in die versorgingsrol (Schneider et al., 1999). Die navoringsresultate dui daarop dat dié impak veral toegeskryf kan word aan die gedragstekorte soos hardkoppigheid, gebrekkige samewerking en 'n apatiese houding. Gedragsoormaat

soos aggressie, rusteloosheid en 'n labiele gemoed het dan 'n beduidend laer impak op die versorger se las gehad. Thomas et al. (2002) het gevind dat gedragsversteurings die tweede grootste klagte is wat versorgers rapporteer. Die enigste klagte wat meer as gedragsprobleme deur versorgers gerapporteer is, is die min tyd wat hulle vir hulself het. Coen, Swanwick, O'Boyle en Coakley (1997) sowel as Draper, Poulos, Poulos en Ehrlich (1995) het ook gevind dat 'n toename in gedragsversteurings onder hierdie persone een van die grootste voorspellers vir uitbranding onder versorgers is.

Die persoon se depressiewe neigings en ontwrigtende gedrag het 'n groter impak op die vroulike versorger as op die manlike versorger (Robinson, Adkisson & Weinrich, 2001). 'n Moontlike verklaring hiervoor kan wees dat vroulike versorgers in die geval van 'n gedragsversteurde persoon vir hulle eie veiligheid vrees en 'n onvermoë ervaar om die ontwrigtende gedrag te beheer.

(iii) Die aantal take waarvoor en die mate waartoe die pasiënt afhanklik van die versorger is

Baie van die persoon se basiese vermoë om selfversorgend te wees gaan verlore soos die Demensie van die Alzheimer-tipe vererger (Martinson, Chesla & Muwaswes, 1993). Die daaglikse versorging van persone met Alzheimer se siekte is 'n veeleisende taak en daar word dikwels na die versorgers verwys as die 'weggesteekte slagoffers' van die siekte (Burns, Eisdorfer, Gwyther & Sloane, 1996). Die versorgers moet 24-uur per dag beskikbaar wees. Hulle sien dikwels om na die persoon se finansies, die betaal van rekeninge en die neem van alle huishoudelike sowel as gesondheidsorgbesluite (Burns et al., 1996).

Volgens Robinson et al. (2001) bestaan die moontlikheid dat manlike versorgers die versorgingstaak minder stresvol ervaar, aangesien dit lyk of vroulike versorgers meer betrokke is by die persoonlike aspekte van versorging, soos byvoorbeeld hulp met bad, sanitêre behoeftes, hantering van inkontinensie en die voorsiening van etes. Bogenoemde moontlikheid is ook deur Yee en Schultz (2000), sowel as Gallicchio, Siddiqi, Langenberg en Baumgarten (2002), bevestig. Manlike en vroulike versorgers was egter in 'n groot studie wat uitgevoer is deur Fromme et al. (2005) ewe veel betrokke by die persoonlike versorging (byvoorbeeld bad, hantering van medikasie en

vergesel van die persoon na die dokter) van persone. In 'n studie waar Cahill (2000) dit nagegaan het of manlike versorgers regtig van vroulike versorgers verskil, was die meerderheid van die manlike versorgers sewe dae per week by die versorging betrokke. Meer as 90% van hierdie versorgers het wel verantwoordelikheid geneem vir die bestuur van huishoudelike take, finansies, huiswerk en die voorbereiding van etes. Meer as 80% van hierdie versorgers het beheer geneem oor die supervisie en medikasie van die persoon (Cahill, 2000). Vir die meeste manlike versorgers was bogenoemde nuwe en ongewone aktiwiteite wat grootliks van hulle beroepstake verskil het (Cahill, 2000). Cahill (2000) het die interessante waarneming gemaak dat verskeie versorgers die nuwe take waarmee hulle hulself besig hou, geniet het. In hierdie studie is ook gevind dat die meeste manlike versorgers ook nie persoonlike versorgingstake (byvoorbeeld stort, bad en die hantering van liggaamsfunksies soos inkontinensie) moeilik vind nie. As antwoord op 'n vraag van hoe hulle daarmee cope het die meerderheid (71%) gerapporteer dat hulle dit bloot sien as 'n roetine-aspek van versorging en dit aanpak as 'n taak wat afgehandel moet word. Daar bestaan dus 'n verskil van mening tussen navorsers oor die omvang en kwaliteit van betrokkenheid van manlike versorgers by die persoonlike versorgingstake van hulle demente eggenotes.

Die rustelose persoon kan ook besondere versorgingseise stel. Die versorger moet gedurig die persoon se bewegings monitor om sodoende die veiligheid van hierdie persoon te verseker (Martinson et al., 1993). Dit kan 'n voltydse taak word namate die agteruitgang vererger. Selfs in die veiligste omgewing kan rondlopery van die persoon 'n groot bron van kommer vir die versorger wees (Fazio & Bartelt, 1999).

Manlike versorgers glo dikwels hulle is die onderhouers en beskermers van die gesin en ervaar 'n sterk behoefte om die probleme rondom die siekte op te los, voordat hulle kan begin om die uitdagings van die versorgingsrol aan te pak. Hierteenoor neem vroulike versorgers oor die algemeen dikwels outomaties die rol van 'n versorger aan, moontlik omdat dit bloot 'n uitbreiding is van die bekende rol wat hulle altyd gehad het (Braff & Olenik, 2003). Volgens Gallicchio et al. (2002) bestee vroulike versorgers oor die algemeen meer tyd saam met die persoon as manlike versorgers.

(iv) Oorlading, uitbranding en lasdra wat deur die versorger ervaar word

Manlike versorgers rapporteer oor die algemeen 'n statisties beduidend minder versorgerlas as vroulike versorgers (Draper, 2004; Fromme et al., 2005; Gallicchio et al., 2002; Monahan & Hooker, 1995; Kosmala & Kloszewska, 2004). Fromme et al. (2005) stel voor dat gesondheidsorgpersoneel manlike versorgers egter meer spesifiek oor hierdie kwessie moet uitvra en versigtig moet luister, aangesien hulle response baie kripties mag wees en hulle moontlik nie alles meedeel nie. Manlike versorgers mag veral openlike erkenning van die ervaring van stres weerstaan, aangesien hulle voel hulle moet sterk en in beheer van die situasie wees. Dit kan ook aansluit by die waarneming dat manlike versorgers minder geneig is om aandag en uitdrukking aan hulle emosies te gee as vroulike versorgers. Die vraag is dus of manlike versorgers regtig minder deur die versorgingstaak belas word en/of is hulle net geneig om die vlak van die las te onderrapporteer (Fromme et al., 2005; Gallicchio et al., 2002).

Versorgers wat hulle versorgingsverantwoordelikhede met ander mense gedeel het, het laer vlakke van versorgerstres gerapporteer (Fromme et al., 2005; Kosmala & Kloszewska, 2004). Daar is verrassend deur Fromme et al. (2005) waargeneem dat vroulike en manlike versorgers in dieselfde mate te kenne gegee het dat hulle hul versorgingsverantwoordelikhede met ander mense deel. Vorige studies het egter weer gevind dat manlike versorgers oor die algemeen meer geneig is om versorgersverantwoordelikhede met ander mense (byvoorbeeld familieledede) te deel (Draper, 2004). Hier is dus sprake van teenstrydige waarnemings wat deur verdere ondersoek opgeklar behoort te word.

Vroulike versorgers het in 'n mindere mate 'n keuse om as versorger op te tree, aangesien dit gesien word as deel van hulle rol in die gemeenskap. Hierdie versorgers is ook meer geneig om alles self te doen, eerder as om na ander te deleger. Manlike versorgers daarteenoor het meer 'n besturende styl wat hulle toelaat om deur die delegasie van take, in 'n mate op 'n afstand van die stresvolle situasie te bly (Collins & Jones, 1997; Draper, 2004). Vroulike versorgers se vlakke van stres was betekenisvol hoër as manlike versorgers s'n (Almberg, Jansson, Grafström & Winblad, 1998; Collins & Jones, 1997). Swak fisiese gesondheid kan ontstaan as

gevolg van die stres van die versorgingsrol, maar bejaarde versorgers is ook geneig om premorbiede fisieke siektes onder lede te hê (Draper et al., 1995). Die gevolg is dat dié versorgers minder fisieke reserwes het vir die versorgingstake. Dit kan ook die voorkoms van uitbranding vermeerder. Die versorgers se ooreising en stresvlakke blyk duidelik uit die voorkoms van gesondheidsprobleme; konflikte en gespanne verhoudings binne die familiekring en ander; 'n minder positiewe uitkyk op die lewe en beperkte sosiale ondersteuning as gevolg van die versorgingsituasie (Almberg et al., 1998). Die nie-kognitiewe versteurings van die persoon met demensie dra ook by tot sielkundige morbiditeit by die versorger. Hierdie persone se depressiwiteit, rondloopgedrag, slaapversteurings en hallusinasies veroorsaak veral stres (Donaldson, Tarrier & Burns, 1998).

Nog 'n faktor wat bydra tot die ervaring van stres, is verwant aan die sielkundige ontwikkelings stadium van die versorger en die sosiale rolle wat tradisioneel deur mans en vrouens op verskillende stadiums van die lewensiklus vervul word (Draper, 2004). In die verlede was vroue geneig om in hulle vroeë tot middel-volwassenheid 'n versorgende rol te beklee wanneer hulle hul kinders grootmaak. Wanneer die kinders egter groot is, is vroue geneig om dan aandag te skenk aan hulle persoonlike ontwikkeling deur 'n loopbaan te begin of te hervat, of om hul tyd met ander belangstellings te verwyl. Die terugkeer na 'n primêre versorgingsrol mag dus nie heeltemal inpas by baie vroue se planne vir die latere lewensjare nie. In teenstelling is mans geneig om gedurende die vroeë tot middelvolwassenheid in die arbeidsmag te wees en het dan gewoonlik nie veel van 'n versorgingsrol nie. Soos hulle ouer word, verander mans se sielkundige ontwikkeling meer na 'n versorgingsrol. Dit word die beste uitgebeeld deur 'n oupa wat meer tyd aan sy kleinkinders bestee as wat hy ooit saam met sy eie kinders deurgebring het. Daarom kan gesê word dat die rol as versorger vir sommige bejaarde mans meer in pas is met hulle persoonlike ontwikkeling as wat dit die geval vir sommige ouer vroue is (Draper, 2004).

'n Verdere bron van stres vir versorgers is die onvoorspelbaarheid van die verloop van hierdie siekte (Martinson et al., 1993). Die onvoorspelbaarheid van die progressie stel addisionele eise aan die versorger om herhaaldelik aan te pas by die gedurige veranderinge by die persoon. As gevolg van die feit dat die demensie-proses geleidelik ontwikkel en die situasie toenemend onbeheerbaar word, is dit nie

verrassend dat versorgers dit soms moeilik vind om 'n positiewe uitkyk op hulle situasie te behou nie (Almberg et al., 1998).

(v) **Verlies van verhoudings**

Versorgers ervaar op verskeie maniere verhoudingsverliese, onder andere as gevolg van die gebrek aan of probleme met kommunikasie en die verlies aan kameraadskap in die huweliksverhouding.

In 'n studie wat gedoen is deur Thomas et al. (2002), is gevind dat struikelblokke wat ondervind word met kommunikasie tussen die versorger en persoon met Alzheimer se siekte, tesame met moeilikhede wat direk verwant is aan die kognitiewe probleme, die derde grootste klagte onder versorgers was. Murray et al. (1999) het ook gevind dat versorgers 'n verlies aan kameraadskap ervaar as gevolg van die kwaliteit van kommunikasie wat afneem. Kommunikasie is so 'n fundamentele aspek van persoonlike verhoudings dat versorgers meer ontwrig was deur die verlies van sinvolle kommunikasie, as deur die verantwoordelikheid vir hulle huweliksmaats se daaglikse basiese aktiwiteite (Murray et al., 1999). Volgens Martinson et al. (1993) moet versorgers hulle normale kommunikasiepatrone en response op situasies wysig as gevolg van die persoon met Alzheimer se siekte se sensitiwiteit vir die versorger se angstigheid, afkeuring en toorn. Die herhaling van response op dieselfde vrae, of die gedurige herhaling van instruksies vir eenvoudige take aan die versorger, kan veeleisend wees (Martinson et al., 1993). Versorgers ervaar 'n verlies van wederkerigheid, soos daar groeiende afhanklikheid by hulle huweliksmaats voorkom (Murray et al., 1999).

In die latere lewe word die huweliksverhouding die grootste bron van sosiale ondersteuning (Murray et al., 1999). In die geval van 'n ernstige siekte of invaliditeit word die huweliksmaat gewoonlik die primêre versorger (Murray, Manela, Shuttleworth & Livingston, 1997). Demensie bring onder andere kognitiewe, gedrags-, en persoonlikheidsveranderinge wat afhanklikheid vermeerder en wat uiteindelik die paartjie se normale huwelikspatroon versteur. Die agteruitgang van die huweliksverhouding kan lei tot 'n toename in die versorger se gevoelens van lasdra en uitbranding. Sleutelelemente van 'n huweliksverhouding, soos onder andere

kameraadskap, emosionele ondersteuning, gedeelde verantwoordelike en besluitneming, raak verlore (Murray et al., 1999). Hierdie veranderinge word geassosieer met las wat meer gereeld by vroulike as manlike versorgers gerapporteer word (sien vorige afdeling). Alhoewel 'n versorger se ervaring van 'n huweliksmaat se siekte die huidige huweliksverhouding negatief mag beïnvloed, vervaag die probleme wat in die verlede ervaar is, wanneer dit vergelyk word met die eise van die huidige situasie (Knop et al., 1998).

Volgens Murray et al. (1997) word huweliksmaats wat as versorgers optree, gekonfronteer met negatiewe aspekte van die huweliksverhouding. Dit word ook bevestig deur Knop et al. (1998). Daar is gevind dat die kwaliteit van die huweliksverhouding in die verlede sowel as in die hede, 'n invloed het op hoe die versorger cope met en reageer op die versorgingservaring (Knop et al., 1998). Manlike versorgers is oor die algemeen meer positief oor die huidige verhouding met hulle huweliksmaat in vergelyking met vroulike versorgers (Collins & Jones, 1997). Hierdie outeurs het ook daarna verwys dat manlike versorgers bevrediging vind in die versorgingsrol self, wat vir hulle betekenis in die lewe gee wat hulle andersins nie sou gehad het nie. Die instrumentele copingstyl wat manlike versorgers gebruik kan grootliks help om hulle te beskerm teen stres en uitbranding, teenoor vroulike versorgers wat emosioneel makliker verstrik raak. Die versorger se isolasie, tekort aan hulp en onvervulde huwelikslewe veroorsaak maklik 'n depressiewe toestand by hierdie huweliksmaats (Thomas, Clément, Hazif-Thomas & Léger, 2001).

Draper et al. (1995) meld dat huweliksmaat-versorgers gebonde voel deur die eise van die versorgingstaak en hulle word sodoende maklik sosiaal geïsoleer. Neufeld en Harrison (1998) het in 'n studie van manlike versorgers ook gevind dat die sosiale onttrekking van vriende 'n dominante tema was. Een versorger het die volgende kommentaar gelewer (Neufeld & Harrison, 1998): *“The majority of people you had considered friends at one time just disappeared. As my wife became more demented it was difficult to find people to socialize with us”* (p.965). Agteruitgang van die persoon met Alzheimer se siekte se sosiale gedrag is ook in verskeie Europese lande as 'n struikelblok aangedui (Murray et al., 1999).

3.2.2.2 Sekondêre stressore

Sekondêre stressore is volgens Pearlin et al. (1990) die produk van ander stressore en kan onderverdeel word in rolspanning en intrapsigiese stres.

3.2.2.2(i) Sekondêre rolspanning

Sekondêre rolspanning word gevind in die rolle en aktiwiteite buite die versorgingsituasie en verwys onder andere na die familie, finansiële bekommernisse en inperking van sosiale en ontspanningsaktiwiteite (Pearlin et al., 1990). Volgens Schneider et al. (1999) sluit hierdie rolspanning rol- en verhoudingskonflikte in wat deur die versorgingsproses gegeneer word, of dit nou by die huis of in die breër sosiale konteks is.

(a) Familie

Om 'n persoon met Alzheimer se siekte te versorg, is 'n voltydse werk (Gwyther, 1998; Perel & Hopkins, 1998). Om te cope met 'n degeneratiewe breinsiekte is baie anders as om 'n fisieke gestremdheid te hanteer (Gwyther, 1998). Soos die demensie progressief vererger, verander die persoon se sosiale rol in die familie (Perel & Hopkins, 1998). Sommige familieledede wat nie in die huis woon nie, mag soos die persoon se persoonlikheid verander, uit die familiekring onttrek (Perel & Hopkins, 1998). Die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte het meestal 'n hoë finansiële, sosiale en emosionele prys. Families moet daaraan werk om effektief met die siekte te cope, ook om die skadelike effek op die familieverhoudinge teen te werk en om familiekonflik te minimaliseer (Gwyther, 1998).

Die familieledede moet in die meeste van die gevalle oor 'n verskeidenheid van aangeleenthede besluit, soos onder andere waar die persoon sal woon, die inkoop van versorgingshulp, wanneer, wie en teen watter koste. Omdat dit selde voorkom dat die hele familie saamstem, kan dit maklik lei tot konfliktsituasies oor lojaliteite, verantwoordelikhede, kompeterende behoeftes en eise (Gwyther, 1998). Isolاسie, onsekerheid, vrese, uitputting en die oorweldigende verlies van beheer, is algemene sosiale kwessies wat deur families ervaar word (Gwyther, 1998). Dit is normaal om

geduld te verloor met 'n persoon wat dieselfde vraag telkens herhaal (Gwyther, 1998). Vroulike versorgers ervaar egter meer konflik met familieledede as manlike versorgers (Almberg et al., 1998).

(b) Finansiële bekommernis

Dit lyk of kommer oor finansiële hulpbronne 'n belangrike voorspeller is vir die ontwikkeling van depressie by manlike versorgers (Kramer, 2000). Murray et al. (1999) het ook gevind dat gevoelens van ontevredenheid met finansies dikwels bydra tot stres by versorgers. Die versorgingsrol is immers nie vooruit beplan nie en dit is 'n uitdagende werk met geen salaris, voordele, siekverlof of vakansies nie (Gwyther, 1998). In een van die manlike versorgers se eie woorde: *“In most cases I think the money problems are the greatest concern to people. I've worked hard to make my money and I wish there was some way I could keep it”* (Kramer, 2000, p.105). Ander versorgers het dieselfde kommer uitgespreek en het voorgestel dat verpleeginrigtings meer bekostigbaar gemaak moet word (Kramer, 2000) en dat finansiële ondersteuning aan versorgers gegee moet word (Thomas et al., 2002). Beperkte finansiële hulpbronne is volgens die 10/66 Demensie-navorsingsgroep veral in ontwikkelende lande 'n groot probleem (The 10/66 Dementia Research Group, 2004).

(c) Inperking van sosiale en ontspanningsaktiwiteite

Huweliksmaats wat as versorgers optree, staar verminderde geleenthede om te sosialiseer in die gesig (Murray et al., 1997). Versorgers bestee te veel tyd aan versorging en verwaarloos hulself deur in gebreke te bly om aan ontspanningsaktiwiteite deel te neem (Burns et al., 1996). Thomas et al. (2002) het gevind dat die grootste klage wat versorgers rapporteer 'n gebrek aan tyd vir hulleself of 'n gebrek aan vrye tyd is.

3.2.2.2(ii) Sekondêre intrapsigiese stres

Intrapsigiese stres word ook as 'n sekondêre stressor uitgesonder, aangesien dit ontstaan as 'n uitvloeisel van ander stressore (Pearlin et al., 1990). Dit sluit onder andere die sielkundige staat en die selfkonsep van die versorger in. Volgens

Schneider et al. (1999) sluit hierdie intrapsigiese stres die versorger se subjektiewe belewenis van versorgingstake, die motivering vir versorging en die effek van die versorging op die versorger se persepsie van hulself in. Al hierdie faktore kan 'n positiewe of negatiewe invloed uitoefen.

Die resultate van die navorsing wat deur Cahill (2000) gedoen is, verskil van literatuur wat voorstel dat mans om ander redes as vroue die versorgingsrol aanneem. Cahill (2000) is van mening dat die motivering van manlike en vroulike versorgers nie verskil nie. Manlike versorgers se motivering vir versorging sluit onder andere die volgende in: hulle doen dit uit liefde; hulle is huweliksmaats en doen dit uit 'n pligsbesef of vanweë kommer; of op grond van 'n kombinasie hiervan (Cahill, 2000). Volgens Cahill (2000) was die grootste motivering van die meeste van die manlike versorgers die verbintenis tot hulle huweliksmaat en die siening dat hulle huweliksmaat dieselfde vir hulle sou doen in soortgelyke situasie. In twee van die versorgers wat aan 'n studie deelgeneem het se eie woorde (Cahill, 2000):

“She’s my wife and partner, we’ve done everything together for 41 years, you take your vows. We’ve been a team. You just don’t stop it now for better or for worse.”
(p.61)

“I made a promise when I married her for better or for worse.” (p.61)

Vir baie manlike versorgers is die versorging 'n verhoudingsaktiwiteit wat gesien word as 'n natuurlike verlenging van die liefde en ondersteuning wat in die huwelik ontvang is (Cahill, 2000).

Dit lyk of subjektiewe faktore, volgens Collins en Jones (1997), meer probleme besorg aan vroulike versorgers as manlike versorgers. Vroulike versorgers is onder andere meer geneig as manlike versorgers om:

- hulleself waar te neem asof hulle nie cope nie (veral met betrekking tot hulle huweliksmaat se afhanklikheid van hulle),
- verplig te voel om met die versorging voort te gaan,
- te wens dat hulle die versorging kan opgee, en

- skuldig te voel.

In teenstelling met ander siektes, waar aandag aan die behandeling 'n verskil kan maak, is daar vir Demensie van die Alzheimer-tipe geen genesende behandeling nie (Martinson et al., 1993). Hierdie feit laat die versorger magteloos voel. In die volgende gedeelte gaan daar gefokus word op faktore wat dit vir die versorger makliker maak om te cope met die situasie.

3.2.3 BEMIDDELINGSFAKTORE

Dit word byna altyd in navorsing oor stres vermeld dat mense wat aan dieselfde stressore blootgestel word, op verskillende maniere daarop reageer en geaffekteer word (hierdie stelling word in meer diepte in hoofstuk 4 bespreek). Bemiddelingsfaktore speel 'n groot rol daarin om dié verskynsel te verklaar (Pearlin et al., 1990). Daar word onderskei tussen twee bemiddelingsfaktore, naamlik coping en sosiale ondersteuning (Pearlin et al., 1990). Schneider et al. (1999) onderskei ook tussen gedrags- en kognitiewe copingstrategieë.

3.2.3.1 Coping

Alhoewel die ontstaan van die begrip coping meer volledig bespreek sal word in Hoofstuk 4, word dit hier kortliks aangeraak vanuit die literatuur wat spesifiek verwys na die versorgers van Demensie van die Alzheimer-tipe se copingprosesse. Versorgers gebruik verskeie maniere om te cope, onder meer emosie-gefokusde coping en probleem-gefokusde coping.

Emosie-gefokusde copingstrategieë word geassosieer met negatiewe versorgeruitkomste soos angstigtheid en depressie (sien afdeling 3.2.4.1) (Knop et al., 1998). In 'n studie wat Knop et al. (1998) gedoen het, het hy gevind dat huweliksmaats wat hulle huweliksverhouding meer negatief takseer het, meer van emosie-gefokusde copingvaardighede gebruik gemaak het. Probleem-gefokusde coping daarenteen, word geassosieer met positiewe uitkomste, soos byvoorbeeld die voorkoms van minder depressiewe gevoelens en beter emosionele gesondheid (Knop et al. 1998). Versorgers wat meer van laasgenoemde copingvaardighede gebruik

maak, beskou hulle huweliksverhouding oor die algemeen meer positief. Persone met Alzheimer se siekte se versorgers moet leer om te verander wat hulle kan verander, maar moet ook leer om te cope met hulle reaksies op dit wat nie verander kan word nie (Gwyther, 1998).

Manlike versorgers gebruik oor die algemeen meermale 'n probleem-oplossingsbenadering tot versorging (Cahill, 2000). Hierdie benadering word moontlik oorgedra van hulle werksrolle en stel hulle in staat om beperkings te stel aan die versorgingsaktiwiteite en meer taakgeïntereerd te wees. Sodoende beskerm hulle hulleself teen die las, depressiwiteit en skuldgevoelens wat dikwels deur vroulike versorgers ervaar word (Cahill, 2000).

Oefeninge vir beide die versorger en die persoon met Alzheimer se siekte kan die versorger help om te cope met die slapeloosheid wat die persoon met Alzheimer se siekte gedurende die nag ervaar, aangesien dit kan bydra daartoe dat die persoon in die nag beter slaap en die versorger dus ook 'n goeie nagrus kan kry (Burns et al., 1996). Versorgers en die persone met Alzheimer se siekte kan byvoorbeeld vir 30-45 minute op 'n dag saam gaan stap. Dit versterk ook die spiertonus van beide, sodat mobiliteit langer behoue kan bly. Verder kan oefening daartoe bydra om depressiwiteit te verlig. Dit is egter belangrik dat die versorger die inisiatief vir hierdie aktiwiteite aan die dag lê, aangesien die persoon gewoonlik nie meer oor die vermoë beskik om sulke voorstelle te maak nie (Burns et al., 1996). Persone met Alzheimer se siekte sal meer geneig wees om saam te werk wanneer die oefening vir dieselfde tyd elke dag geskeduleer word en 'n geleentheid bied om pret te hê, of om te sosialiseer (Burns et al., 1996).

3.2.3.2 Sosiale ondersteuning

Volgens Mittelman et al. (1995) het enige intervensie wat sosiale ondersteuning versterk die potensiaal om sommige van die nadelige effekte wat versorging op die geestesgesondheid van versorgers het, te verlig. Hoe suksesvol versorgers cope met ontwrigting, soos byvoorbeeld gedragsprobleme en persoonlikheidsveranderinge, hang af van hulle beskikbare ondersteuningsraamwerk (Perel & Hopkins, 1998). Die sambreelterm sosiale ondersteuning kan onderverdeel word in informele en formele

ondersteuning (Schneider et al., 1999). Laasgenoemde twee sal vervolgens afsonderlik bespreek word.

(i) Informele ondersteuning

Informele ondersteuning verwys na die ondersteuning wat versorgers van familie en vriende ontvang (Schneider et al. 1999). Volgens Pratt, Wright en Schmall (1987) is ondersteuning van die uitgebreide familie geassosieer met laer vlakke van versorgers. Coen et al. (1997) vermeld ook dat 'n tekort aan informele sosiale ondersteuning 'n belangrike voorspeller is van uitbranding onder versorgers. Die ondersteuning deur familie en vriende waarop die versorger kan staatmaak, word dus gesien as 'n effektiewe copingstrategie (Gwyther, 1998). Familielede wat naby aan die persoon met Alzheimer se siekte woon, kan byvoorbeeld die versorger uithelp deur etes voor te berei, of herstelwerk in die huis te doen (Burns et al., 1996). Die familie wat ver woon, kan daarenteen behulpsaam wees met byvoorbeeld die hantering van die persoon se rekeninge, of aanbied om te betaal vir huishoudelike of ander bruikbare dienste om sodoende die versorging vir die versorger te vergemaklik (Burns et al., 1996).

Die hulp en ondersteuning wat voorsien word deur familie en vriende, is in die studie deur Schneider et al. (1999) gemeet aan die totale aantal ure per week waartydens hierdie tipe sorg ontvang is. In Schneider et al. (1999) se ondersoek het 52 % van die ondersoekgroep geen vorm van informele sorg ontvang nie. Vir die res was die totale hoeveelheid hulp van familie ontvang gemiddeld maar 5.3 uur per week, en hulp van bure en vriende het slegs 0.5 uur per week beloop. Die vlak van informele sorg was oor die algemeen dus baie laag. Hierdie bevindinge is ook deur Murray et al. (1999) bevestig. Volgens Cahill (2000) het verskeie navorsers daarna verwys dat manlike versorgers oor die algemeen meer informele ondersteuning ontvang in vergelyking met vroulike versorgers. Hierdie outeur het daarop gewys dat manlike versorgers hulp van hulle kinders, veral dogters, ontvang. Die manlike versorgers is egter baie sensitief om nie in te meng met hulle kinders se lewe nie en verwag dus nie die hulp en ondersteuning as vanselfsprekend nie (Cahill, 2000).

Die bydrae van troeteldiere tot die ondersteuningsraamwerk van 'n versorger van 'n persoon met Alzheimer se siekte, het in verskeie studies aandag geniet (Fritz, Farver, Hart & Kass, 1996). Hierdie studies het aangedui dat versorgers wat met troeteldiere assosieer gelukkig is, 'n beter moreel ervaar en minder eensaam is, as dié sonder troeteldiere (Fritz et al., 1996). Daar was 'n positiewe assosiasie tussen die interaksie met troeteldiere en die sielkundige gesondheid van versorgers van persone met Alzheimer se siekte, veral manlike versorgers (Fritz et al., 1996). 'n Moontlike verklaring hiervoor is dat troeteldiere in die manlike versorger se omgewing moontlik primêr 'n kameraadskaplike rol vervul, teenoor 'n vroulike versorger wat 'n troeteldier moontlik sien as 'n addisionele bron van verantwoordelikheid, wat dan die meeste van die streswerende effekte wat 'n kameraadskaplike dier mag voorsien, teenwerk (Fritz et al., 1996). Die diere kan ook potensieel 'n aantal funksies vir die persone met Alzheimer se siekte self vervul (Draper, 2004). Hulle kan objekte van liefde, empatie en kommunikasie wees. Dit kan ook voordele vir die versorger inhou, soos onder andere dat die persoon se aandag gefokus bly op iets anders as die versorger (Draper, 2004).

(ii) Formele ondersteuning

Volgens Schneider et al. (1999) verwys formele ondersteuning na dienste wat voorsien word deur regerings- of vrywillige agentskappe. Dit lyk of versorgers al hoe meer geredelik na formele ondersteuning soek, veral hoe meer afhanklik die persoon van die versorger raak (Winslow, 1997). Voorbeelde hiervan sou die sorg wees wat voorsien word deur vrywillige organisasies en sou byvoorbeeld sekere vorme van die versorging van persoonlike higiëne, verpleging, die doen van wasgoed en inkopies insluit (Schneider et al. 1999). Volgens Cahill (2000) maak manlike versorgers meer gebruik van sodanige formele dienste as vroulike versorgers. Hoewel die beskikbaarheid van sulke dienste grootliks tussen verskillende lande wissel, is dit ten beste slegs vir relatief kort periodes per week beskikbaar. Manlike versorgers maak oor die algemeen meer gebruik van 'praktiese' ondersteuningsdienste (byvoorbeeld huishoudelike of wasserydienste), teenoor vroulike versorgers wie se distres baiekeer onderliggend is aan emosionele en sielkundige kwessies, sodat hulle dan 'verbale' ondersteuning van spesialiste (byvoorbeeld sielkundiges, psigiaters en maatskaplike werkers) meer van hulp vind (Collins & Jones, 1997).

'n Belangrike aspek van intervensie vir versorgers is die beskikbaarheid van individuele terapeutiese dienste (Mittelman et al., 1995). Versorgers kan in sodanige sessies onder andere stresshanteringsvaardighede aangeleer word en geleer word hoe om die persoon se probleemgedrag te hanteer, wat die versorger dan in staat stel om meer in beheer van hulle omgewing te wees (Coen et al., 1997; Mittelman et al., 1995; Winslow, 1997). Die belangrikheid dat versorgers ook na hulself moet omsien, kan ook in terapeutiese sessies beklemtoon word (Mittelman et al., 1995). Die vroeë identifisering en behandeling van depressie is byvoorbeeld baie belangrik (Knop et al., 1998). Versorgers kan ook in hierdie individuele terapiessessies aangemoedig word om ondersteuning te soek by lede van hulle sosiale netwerk, en veral by hulle families (Mittelman et al., 1995).

Groepwerk speel ook 'n groot rol in die bied van ondersteuning aan versorgers en bestaan onder andere uit familieterapiessessies, wat onder meer die oplossing van konflik oor die versorging van die persoon hanteer (Mittelman et al., 1995). Ondersteuningsgroepe vir familieledede kan hulle voorsien van inligting oor die siekte, emosionele en praktiese ondersteuning bied, en 'n geleentheid bied om uitdrukking aan gevoelens te gee (Gwyther, 1998). 'n Groot deel van hierdie intervensie word daarop gefokus om familieledede bewus te maak van die impak van die versorging van die persoon met Alzheimer se siekte op die huweliksmaat wat as versorger optree (Tarrrier et al., 2002).

Alzheimer-ondersteuningsgroepe wat gereeld ontmoet, bied ook 'n groot bron van ondersteuning vir die versorger (Mittelman et al., 1995). Hierdie groepe kan daartoe bydra dat versorger besef dat hulle nie die enigste mens is wat probleme ervaar nie en dat daar ander mense is wat dieselfde probleme en frustrasies ervaar (Gwyther, 1998). Die las, uitbranding en gevoelens van isolasie wat versorgers ervaar, word ook in hierdie groepe aangespreek en pogings word aangewend om dit te verminder (Tarrrier et al., 2002; Gwyther, 1998). Ondersteuningsgroepe wat met beide die versorger en die geaffekteerde huweliksmaat aan probleemoplossingsvaardighede werk, mag ook help om die huweliksverhouding te versterk of in stand te hou (Knop et al. 1998). Manlike versorgers neem oor die algemeen baie minder as vroulike versorgers aan ondersteuningsgroepe deel (Fromme et al., 2005; Cahill, 2000). Dit kan verband hou

met hulle sosiale rol, aangesien die deelname aan bogenoemde groepe volgens hulle gesien word as 'n erkenning van swakheid en mislukking (Fromme et al., 2005). Daar is verskeie ander struikelblokke wat ook 'n rol speel, onder andere mans se weerstand om hul persoonlike gevoelens te deel en 'n behoefte om onafhanklik en sterk te bly en te lyk of hulle met die versorgingsrol cope (Cahill, 2000; Fromme et al., 2005). Hierdie outeurs het ook vermeld dat die veralgemeende opvatting onder manlike versorgers voorkom dat hulle voel hulle moet die verantwoordelikhede sonder enige hulp kan hanteer.

Aangesien die meerderheid versorgers vroulik is, is die ondersteunende dienste grootliks toegespits om aan hulle behoeftes te voldoen (Cahill, 2000; Fromme et al., 2005). Die volgende aspekte kan onder andere in gedagte gehou word, om te verseker dat manlike versorgers meer gebruik maak van beskikbare dienste (Fromme et al., 2005):

- Laat manlike versorgers aktief deelneem aan besluitneming van groepe en as leiers dien.
- Hou intervensies in 'n omgewing wat manlike versorgers gemaklik sal vind.
- Ontwerp intervensies om inligting te verskaf, eerder as om 'n terapeutiese formaat aan te neem.
- Laat die vaardighede om verhoudings te bou eerder deel wees van die intervensie, as die fokus.

Collins en Jones (1997) het ook vermeld dat ondersteuning toegespits moet wees op individuele versorgers se behoeftes en copingstyle. Verder moet die geslag van versorgers oorweeg word as 'n belangrike veranderlike in die beplanning en evaluering van ondersteuningsdienste.

Klinici wat ervaring het van die hantering van die baie verskillende fasette wat betrokke is by die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte is in groot aanvraag (Fazio & Bartelt, 1999; Grossberg & Lake, 1998). Psigiaters en geneeskundiges speel onder andere 'n waardevolle rol in die evaluasie en behandeling van hierdie persone, sowel as van hul versorgers. Hulle is gewoonlik ook bekend met hulpbronne in die gemeenskap wat die versorger en persoon met Alzheimer se siekte

kan bevoordeel. Dit sluit onder andere ondersteuningsgroepe, dagsorgdienste en verpleegsorgtehuise in (Fazio & Bartelt, 1999; Grossberg & Lake, 1998). Volgens Cahill (2000) en Thomas et al. (2002) moet mediese praktisyns en ander wat in hierdie area werk, meer aandag gee aan die oordra van voldoende inligting oor demensie en die hantering daarvan aan manlike versorgers, selfs in die vroeë stadiums.

Thomas et al. (2002) het onder andere ondersoek ingestel na wat versorgers graag in die toekoms in plek sou wou sien om dit vir hulle makliker te maak om persone met Alzheimer se siekte te versorg. Onder andere het voorstelle soos daghospitale of –sentrums, iemand om by die huis te help, finansiële ondersteuning, gespesialiseerde versorgingsinstitute, mediese vordering met behandeling en kognitiewe stimulasie na vore gekom. Dagsorgdienste vir volwassenes kan volgens die studie van Gaugler et al. (2003) potensieel effektief wees in die vermindering van versorgers se emosionele en sielkundige distres. Die versorgers wat in hierdie studie gebruik gemaak het van dagsorgdienste het minder gevoelens van uitputting en vermoeienis gerapporteer. Die rede hiervoor kan wees dat die eise wat die versorging aan die versorger stel 'n paar ure per week verminder is en versorgers die kans gekry het om hulle onverdeelde aandag aan ander take te skenk, waarvoor hulle gewoonlik nie tyd gekry het nie (Gaugler et al., 2003).

Studies het gewys dat daar 'n weerstandigheid onder versorgers bestaan om gebruik te maak van formele dienste, die grootste rede daarvoor is 'n vrees vir die koste daaraan verbonde (Gwyther, 1998). Dit word dikwels slegs gebruik as 'n laaste uitweg, om institusionalisering te vermy (Gwyther, 1998).

Manlike versorgers moet aangemoedig word om die geleenthede en voordele wat deur ondersteunende dienste verskaf word te gebruik, terwyl hulle daarna streef om versorging te bied aan 'n eggenote (Fromme et al., 2005). Praktisyns en ander familieledes moet bedag wees op waarskuwingstekens wat aandui dat 'n manlike versorger in die nood is. Manlike versorgers moet die versorgingsrol kan onderneem sonder om die tradisionele vroulike weergawe te modelleer (Fromme et al., 2005).

3.2.3.3 Spiritualiteit

Pratt et al. (1987) het gevind dat spirituele ondersteuning vir baie versorgers onderskraging bied. Vir sommige versorgers mag spirituele ondersteuning help om betekenis te kry uit die geweldige verliese wat Demensie van die Alzheimer-tipe vergesel. Hierdie tipe ondersteuning, wat gebedsaksies insluit, kan dus 'n belangrike ondersteuningsbron vir versorgers wees (Gwyther, 1998). Verskeie studies het gevind dat versorgers se sterk geloof hulle help om te cope met die versorgingslas. Geloof kan versorgers hoop gee vir die onbekende en veral vir die toekoms (Gwyther, 1998).

3.2.4 VERSORGER-UITKOMSTE

Die versorger se welstand kan op fisieke, sielkundige en sosiale vlak beïnvloed word, en dit kan negatief of positief van aard wees (Pearlin et al., 1990). Negatiewe uitkomstes dui op wanaanpassing met betrekking tot die versorgingsproses en word gevind in toestande soos onder andere depressie. Positiewe aanpassing daarteenoor dui op 'n mate van tevredenheid met die versorgingsproses. Vervolgens sal daar gefokus word op 'n verskeidenheid van negatiewe sowel as positiewe uitkomstes onderskeidelik.

3.2.4.1 Negatiewe uitkomstes

(i) Rou, verlies en dood

Die diagnose en verloop van Demensie van die Alzheimer-tipe is vir die huweliksmaat 'n sosiale stressor wat die verlies van 'n vertroueling en die verhouding met 'n huweliksmaat, die verlies van ondersteuning van die versorger se vriende en familie, en die verlies van 'n vorige lewenstyl beteken (Russo, Vitaliano, Brewer, Katon & Becker, 1995). Murray et al. (1999) sluit ook hierby aan deur te verwys na versorgers se ervaring van verlies, die gevoel dat die persoon met demensie besig is om weg te glip en hulle geheue, kommunikasie en persoonlikheid verloor. Versorgers beskryf hierdie persone soms as 'verandering in 'n ander persoon' of as 'nie langer daar nie'.

Versorgers sien dood as beide 'n vrystelling van die veeleisende situasie en as 'n gevreesde gebeurtenis (Martinson et al., 1993). Sommige versorgers erken hardop dat hulle die dood van hierdie persoon inwag, terwyl ander dit sien as die ergste gebeurtenis ooit. Die tipe verhouding wat tussen die versorger en hierdie persoon ontstaan het en die manier waarop die versorger die versorgingsrol vervul het, het 'n invloed op die versorger se gevoelens oor die dood van die persoon met Alzheimer se siekte. Hoe meer die versorger se identiteit gedefinieer word deur die versorgingsrol, hoe groter die vrees vir die verlies van hierdie persoon (Martinson et al., 1993). Die versorger vrees dan die totale verlies van die verhouding waaruit hulle hele wêreld in daardie stadium bestaan.

Sommige versorgers voel verlig na die dood van 'n persoon met Alzheimer se siekte. Dit is belangrik dat die versorger verseker word dat dit 'n normale gevoel is, omdat versorgers in baie gevalle reeds lank voor die afsterwe van hierdie persoon begin om die verlies van 'n geliefde te aanvaar (Burns et al., 1996). Ten spyte van die feit dat manlike versorgers minder stres rapporteer, wys vier dekades van epidemiologiese navorsing dat bedroefde mans 'n groter risiko as vroue het vir afsterwe en ander nadelige gesondheidsuitkomstes (Fromme et al., 2005). Die moontlikheid bestaan ook dat manlike versorgers 'n hoër risiko vir sterfte het, selfs voor 'n rouproses (Fromme et al., 2005).

Versorgers beskryf die waarneming van die disintegrasie van die persoonlikheid en intellek van 'n familielid as 'n 'lewende rouproses' (Kiecolt-Glaser et al., 1991). Potgieter (2000) beskryf 'n unieke rouproses wat versorgers van persone met Alzheimer se siekte ervaar. Hierdie verlieservaring word deur Potgieter (2000) as 'n dubbele rouproses beskryf. Die eerste rouproses ontstaan by die aanvang van die neuropsigiatriese simptome en persoonlikheidsveranderinge van hierdie persoon, wat as baie traumaties deur die versorger beleef word. Die tweede rouproses word ontken deur die afsterwe van die persoon met Alzheimer se siekte. Die versorger het dikwels 'n groot mate van betekenis gevind in die versorgingstaak, wat hom of haar nou ontnem word met die afsterwe van die persoon. Dit lei daartoe dat die versorger moet herbesin oor die betekenis van sy of haar eie bestaan. Hierdie dubbele verlies aan beheer en betekenis lei dikwels tot ernstige negatiewe gevolge vir die sielkundige welstand van die versorger. Die dubbele rouproses maak deel uit van die

belewenis van bykans al die persone wat huweliksmaats, gediagnoseer met Alzheimer se siekte, vir 'n tydperk tuis versorg (Potgieter, 2000).

(ii) Psigiatriese versteurings

Die eise wat die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte aan die versorger stel, kan ernstige newe-effekte op die geestesgesondheid van die versorger hê (Knop et al., 1998; Mittelman et al., 1995). Volgens Russo et al. (1995) is versorgers met 'n geskiedenis van psigiatriese versteurings, soos byvoorbeeld depressie of angs, meer geneig om weer daarmee gediagnoseer te word nadat 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte gediagnoseer is. 'n Genetiese predisposisie, saam met die stres wat die versorger ervaar, kan ook bydra tot die diagnose van 'n psigiatriese versteuring, byvoorbeeld depressie (Russo et al., 1995). Daar kom ook volgens Perel en Hopkins (1998) 'n toename in depressie voor onder veral vroulike versorgers van persone met Alzheimer se siekte, asook 'n toename in alkoholmisbruik. In 'n studie gedoen deur Kosmala en Kloszewska (2004) is gevind dat vroulike versorgers van persone met Alzheimer se siekte hoër vlakke van stres, hopeloosheid, depressiewe sindrome en las rapporteer in vergelyking met manlike versorgers. Crespo et al. (2005) meld dat selfagting, versorgerlas en emosie-gefokusde coping betekenisvol verband hou met beide angs en depressie. Dit is egter moontlik om met intervensie op verskeie vlakke die geestesgesondheid van huweliksmaatversorgers met affektiewe versteurings te verbeter (Knop et al., 1998; Murray et al., 1997).

Een bevinding wat konstant in vergelykende studies met betrekking tot geslag na vore kom, is dat vroulike versorgers erger emosionele gesondheidsuitkomst ervaar as hulle manlike eweknieë (Robinson et al., 2001). Donaldson et al. (1998) sluit hierby aan deur die bevinding dat vroulike versorgers 'n groter risikofaktor is vir sielkundige morbiditeit.

(iii) Fisieke gesondheid van versorger

Versorging word baie keer geassosieer met stres en las, en gebeur gereeld ten koste van die versorger se eie gesondheid (Burns et al., 1996; Gwyther, 1998, Perel & Hopkins, 1998). Versorgers van persone met demensie besoek algemene praktisyns

tot 50% meer en gebruik tot 86% meer voorgeskrewe medikasie in vergelyking met nie-versorgers (Donaldson et al., 1998). Versorgers het 'n hoër prevalensie van fisieke simptome en swakker self-beoordeling van gesondheid as nie-versorgers. Geslag speel 'n groot rol in die bepaling van versorgers se gesondheidstatusveranderlikes (Chiou, Chen & Wang, 2005). Vroulike versorgers rapporteer oor die algemeen swakker gesondheid en welstand as manlike versorgers (Chiou et al., 2005; Gwyther, 1998). Probleme met hoë bloeddruk en senuwees word onder andere meer deur vroulike versorgers as manlike versorgers gerapporteer (Chumler, Grimm, Cody & Beck, 2003). Volgens Thomas et al. (2001) ly vroulike versorgers, wat ook die meerderheid van versorgers uitmaak, meer, veral wanneer hulle self in swak gesondheid verkeer. Slaapprobleme, angstigheid, gevoelens van isolasie, chroniese uitputting, hipertensie en kardiovaskulêre siektes, om maar 'n paar te noem, is alles moontlike gevolge van die stres wat die versorger ervaar (Burns et al., 1996). Vroulike versorgers is meer kwesbaar in terme van hulle gesondheid, gebruik meer psigotropiese middels, en word meer gedwing om hulle eie behandeling uit te stel (Thomas et al., 2002). Hierdie outeur het daarna verwys dat die vroulike versorgers egter nie meer klagtes as manlike versorgers rapporteer nie, of langer tyd saam met die persoon bestee, of vir 'n langer periode die persoon versorg nie.

Die versorgers bestee dikwels te veel tyd aan die versorgingstaak en verwaarloos hulle eie behoeftes om te rus, tyd vir ontspanning en oefening af te staan, 'n goeie dieët te volg en gereelde gesondheidsorg te ontvang (Burns et al., 1996). Kiecolt-Glaser et al. (1991) het gevind dat versorgers 'n groter afname in immuniteit toon in vergelyking met 'n kontrolegroep, veral diegene wat min sosiale ondersteuning gehad het, en die wat baie ontwrig word deur die gedragsafwykings van die persone.

Gesondheidspraktisyne moet die rapportering van pyn en simptome-distres deur manlike versorgers versigtig evalueer, terwyl hulle in gedagte hou dat mans geneig is om die ernstigheidsgraad van simptome laer te takseer as vroue (Fromme et al., 2005).

3.2.4.2 Positiewe uitkomst

In die woorde van 'n manlike versorger (Braff & Olenik, 2003): *“Who would have predicted that I would be cooking, doing the laundry, and even helping my wife to*

dress and undress? I never thought I could attend to her bathroom needs either. Do you remember my asking you ladies about the right way to wipe Flora after she urinated? Much to my surprise, I've discovered that I do have the ability to nurture and care for my wife. That makes me feel good.” (p117)

Die versorging van ‘n huweliksmaat met Alzheimer se siekte moet dus nie net met die negatiewe geassosieer word nie (Draper, 2004). Baie versorgers rapporteer ‘n toename in gevoelens van liefde en toegeneentheid vir die persoon met demensie. Hierdie gevoelens spruit dan ook voort uit die ervaring van versorging. Die verhouding kan hefter word as gevolg van die deel van lewenservarings wat nooit andersins sou voorkom nie. Daar is dikwels ‘n gevoel van wederkerigheid waarin ‘n versorger voel hulle betaal emosionele skuld terug aan die demente persoon. Dit is veral ‘n element by vele manlike versorgers (Cahill, 2000; Draper, 2004).

Persoonlike groei mag voortvloei uit hierdie versorgingstaak deur onder andere die bemeestering van nuwe vaardighede en beter bewuswording van die self (Draper, 2004). Manlike versorgers moet onder andere leer hoe om die huishouding te bestuur, terwyl vroulike versorgers dikwels onder andere moet leer hoe om die finansies te bestuur. Dit is dus ‘n groot aanpassingsproses, maar die bemeestering van hierdie take kan ‘n gevoel van sukses bring (Draper, 2004; Murray et al., 1999).

Manlike versorgers reageer oor die algemeen meer positief as vroulike versorgers op die versorging van ‘n huweliksmaat en sien dit as iets wat vir hulle betekenis en ‘n doel in die lewe gee wat andersins sou ontbreek (Almberg et al., 1998; Cahill, 2000; Collins & Jones, 1997). Dit lyk of manlike versorgers hulle huweliksmaat se gesondheid en welstand toeskryf aan die individuele versorging wat hulle by hul eie huis kon ontvang (Cahill, 2000). Nog ‘n bron van tevredenheid was die wete dat hulle as versorger daarvoor verantwoordelik is om die huwelik en verhouding in stand te hou, of ‘n toevallige uitdrukking van waardering deur hulle huweliksmaat wat hulle versorg (Cahill, 2000). Interessant genoeg het ‘n paar van die manlike versorgers bevrediging verkry uit die gedagte dat hulle voedsame etes voorberei en dat hulle dus goeie versorging lewer (Cahill, 2000). Baie van die manlike versorgers geniet selfs hierdie nuwe rol (Cahill, 2000; Collins & Jones, 1997) en verkry ‘n gevoel van ‘werkstevredenheid’ uit die versorging (Murray et al, 1999).

Gwyther (1998) vermeld verskeie positiewe aspekte van die versorgingservaring. 'n Positiewe impak op die welstand van die versorger is onder andere wanneer die versorger leer om tyd vir hom- of haarself te neem, sonder om oorweldig te word deur skuldgevoelens (Gwyther, 1998; Pieterse, 2004). Hierdie tyd laat die versorger toe om 'n tydjie af te knyp, te ontspan, sosiaal saam met vriende en familie te verkeer, om negatiewe gevoelens te ventileer en hulle lewe weer in perspektief te sien (Burns et al., 1996). Hierdie geleentheid om net hulleself te wees en deel te neem aan 'n geselskap, sonder om hulself voortdurend te monitor om konflik te vermy, help om die versorger se selfagting te versterk.

Veral onder manlike versorgers kan 'n troeteldier as kameraad optree en bydra tot beter geestesgesondheid (Fritz et al., 1996). Die huweliksbelofte bring ook 'n mate van satisfaksie in die afwesigheid van meer intrinsieke belonings, aangesien die tradisionele verbintenis om jou huweliksmaat te ondersteun in 'siekte en gesondheid' veral belangrik word wanneer veroudering intree (Murray et al., 1999).

3.3 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar gekyk na die belewenis van manlike versorgers van persone met Alzheimer se siekte, veral na aanleiding van die geweldige uitdagings wat hierdie intensiewe vorm van versorging aan hulle stel. Die versorger se persoonlike eienskappe, en primêre en sekondêre stressore is aangeraak. Bemiddelingsfaktore soos persoonlike hulpbronne en die copingstrategieë wat die versorger gebruik, het daarna aandag geniet. Die versorger se aanpassing by die versorgingsproses is verder bespreek deur te verwys na die negatiewe en positiewe uitkomstes van die versorgingsituasie onderskeidelik. Na aanleiding van die bespreking in hierdie hoofstuk kan daar heelhartig met Fromme et al. (2005) saamgestem word dat manlike versorgers belangrik is in hulle eie reg.

Vervolgens sal daar in Hoofstuk 4 gekyk word na bestaande literatuur rakende die onderwerpe 'fortologie' en 'salutogenese' wat besondere aandag as paradigma binne die Sielkunde geniet. Daar sal probeer word om die diversiteit van reaksies wat by

huweliksmaat-versorgers voorkom in reaksie op die stres wat meegebring word deur die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte, te verklaar.

HOOFSTUK 4

SALUTOGENESE EN PSIGOFORTOLOGIE

4.1 INLEIDING

In die lig van die ‘alomteenwoordige stressore’ soos Antonovsky (1979) dit noem, is daar ‘n voortdurende soeke na daardie faktore wat die mens staande hou en selfs laat floreer (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ten spyte van die daaglikse ervaring van stres. Die studieveld van die positiewe sielkunde het in antwoord hierop ontstaan. Positiewe sielkunde het as studieveld die wetenskaplike bestudering van gewone menslike krag en sterktes betree (Sheldon & King, 2001). Daar is egter nog heelwat gapings in ons kennis oor die faktore wat lewenskwaliteit verbeter en patologie voorkom wanneer stressore dreig om die lewe sinloos te maak (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Die verhoogde bewustheid van stres en die nagevolge daarvan het outeurs soos Antonovsky (1979) ‘n besondere bydrae laat maak tot die ontwikkeling van ‘n begrip vir die individu se unieke reaksie op negatiewe lewenservaringe. Antonovsky (1979) formuleer dan ook die konstruk ‘salutogenese’ wat dui op die oorsprong van gesondheid. Hy het die waarneming gemaak dat elke individu op ‘n eiesoortige wyse in stresvolle omstandighede reageer en dat sommige persone in die gemeenskap selfs te midde van hierdie stressore floreer. Corby, Downing, Lindeman en Sanborn (1991) maak met betrekking tot die stres meegebring deur die versorging van ‘n huweliksmaat met Alzheimer se siekte, die volgende opmerking:

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

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

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

Ten spyte van die feit dat die versorgers met geweldige stresvolle omstandighede gekonfronteer word, toon sommige van hulle relatief goeie aanpassing onder stresvolle omstandighede. Vanuit die perspektief van die salutogenese en die psigofortologie, wat dui op die wetenskap van dit wat gesonde sielkundige funksionering onderlê, is daar dan die uitdaging om ‘n verklaring of verklarings vir hierdie verskynsel te formuleer en dit vervolgens empiries te toets (Potgieter, 2003).

In hierdie hoofstuk sal stres en die gevolge daarvan ondersoek en bespreek word. Daar sal onder andere gekyk word na die tradisionele, sowel as huidige siening van stres. Die mens se hantering van hierdie verskynsel sal ook bespreek word. Onlangse verwickelinge op die gebied van salutogenese sowel as psigofortologie sal ook bespreek word.

4.2 DIE ONTSTAAN EN ONTWIKKELING VAN GESONDHEIDSORG MODELLE

Uit die literatuur wil dit voorkom of die veld van die Sielkunde, soos die ander gesondheidsdissiplines, in die verlede grootliks oorheers is deur twee modelle van gesondheid, naamlik die tradisionele mediese model en die gesondheidsorgmodel. By die mediese model is daar veral gefokus op patologie en die behandeling daarvan deur middel van mediese intervensies soos psigofarmakologie. Hierdie mediese model het ‘n oorsaak-gevolgperspektief, wat aanvanklik ook oorgespoel het na die Sielkunde. Fundamentele vrae soos die volgende is gevra: ‘Hoekom word mense siek en hoekom ontwikkel hulle sekere siekte-entiteite?’ Die kennis is dan gebruik om eers ‘n siektetoestand by die pasiënt te diagnoseer, waarna behandeling gevolg het met die oog op herstel. Hierdie mediese model het veral op die volgende punte baie kritiek uitgelok (Thoresen & Eagleson, 1985):

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

Die gesondheidsorgmodel is deur baie gesien as die antwoord. Die gesondheidsorgmodel was inderdaad ‘n groot verbetering op die kliniese / mediese model, aangesien daar nou groter klem gelê is op die voorkoming, eerder as rehabilitasie en herstel van ernstige siektetoestande. Hierdie skuif van ‘n mediese model na ‘n gesondheidsorgmodel is dus gekenmerk deur die wegbeweeg van die eenvoudige ‘oorsaak-gevolgperspektief’ of diagnoseringsproses, na ‘n fokus op die vroeë identifisering van siektetoestande en risikofaktore wat moontlik tot hierdie siektetoestand kan lei. Meer klem word dus op voorkoming geplaas (Pretorius, 1998). Volgens Antonovsky (1979) wil die klinikus die siekte diagnoseer en behandel, terwyl die gesondheidsorgwerker wil voorkom dat mense ‘n siekte ontwikkel. Beide hierdie modelle is belangrike en nodige elemente van die totale gesondheidsorgsisteem, maar Antonovsky (1979) het kritiek gelewer op die feit dat beide hierdie modelle die konstruk ‘siekte’ as vertrekpunt gebruik. Dit het dus duidelik geword dat normale funksionering nie binne ‘n probleem-georiënteerde raamwerk alleen verstaan kan word nie. Seligman en Csikszentmihalyi (2000) het die volgende opmerking gemaak: *“psychologists have scant knowledge of what makes life worth living”* (p.5).

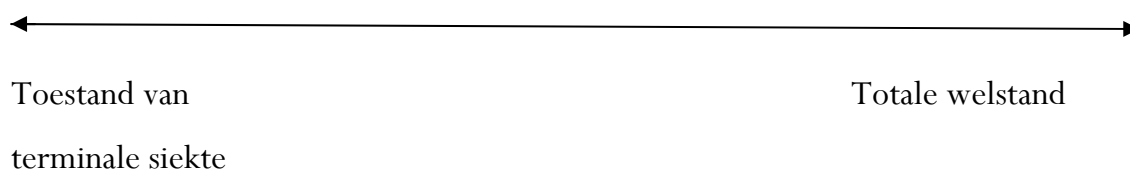
Hoewel daar dus vanuit die oogpunt van die psigofortologie reeds in die regte rigting beweeg is, word die fundamentele kwessie van gesondheid binne die gesondheidsorgmodel steeds geïgnoreer en word daar vasgesteek by ‘n siekte-oriëntasie. ‘Gesondheid’ word nog gedefinieer as die afwesigheid van siekte en sielkundige disfunksie, eerder as deur die teenwoordigheid van welsyn en positiewe of optimale sielkundige funksionering. Pretorius (1998) is van mening dat daar

konseptuele probleme ontstaan indien ‘n konstruk soos gesondheid gedefinieer word in terme van die afwesigheid van ‘n ander fenomeen, naamlik siekte of disfunksie. Volgens Pretorius (1998) kan ‘gesondheid’ dus nie gedefinieer word deur iets anders in die proses te ignoreer nie. Die siening dat gesondheid meer as die blote afwesigheid van patologie is, is in der waarheid niks nuuts nie. Daar het alreeds baie jare verloop sedert die Wêreldgesondheidsorganisasie (World Health Organization, 1964) gesondheid gedefinieer het as:

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

Soos reeds in afdeling 4.1 genoem, is die waarneming gemaak dat sekere persone gebuk gaan onder stres, maar die vermoë openbaar om in sulke omstandighede tog te groei en selfs te floreer. Dit het vroe laat ontstaan rondom die oorsprong van gesondheid. Antonovsky (1979) het met die term ‘salutogenese’ vorendag gekom, wat verwys na die oorsprong van gesondheid of welstand (hierdie begrip word volledig bespreek in afdeling 4.5). In kontras met die belangstelling in patologie, naamlik in ‘wat kan verkeerd gaan’, was daar nou ‘n poging om te ontdek ‘wat kan reg gaan’. Vanuit die salutogene perspektief word daar dus gefokus op gesondheid en die handhawing en bevordering van welstand. Antonovsky (1987) het ‘n *health ease/dis-ease*-kontinuum gebruik ten einde sy konseptualisering van gesondheid en siekte te illustreer (sien Figuur 4.1).

‘Health-ease / dis-ease-kontinuum’



Figuur 4.1: Die *health ease/dis-ease*-kontinuum van Antonovsky (1987)

‘n Sleutelaspek van Antonovsky se salutogeniese oriëntasie is sy siening van gesondheid. Volgens Antonovsky (1987) is ‘n denkrigting binne die patogeniese

paradigma gebaseer op 'n fundamentele digotomie tussen siekte en gesondheid. Hy stel voor dat dit 'n meer kragtige manier is om na 'gesondheid-siekte' te kyk in terme van 'n kontinuum wat hy die '*health ease/dis-ease*-kontinuum' noem. Die salutogeniese paradigma stel voor dat elke persoon iewers tussen die twee pole van terminale siekte en totale welstand val, en die fokus van die bestudering van die persoon sal dus wees op die posisie wat 'n persoon op enige gegewe tydstep op hierdie kontinuum beklee. Nog 'n implikasie van die salutogeniese denkrigting is dat die aanname dat stressore inherent sleg vir ons is, verwerp word, aangesien daar 'n moontlikheid bestaan dat stressore salutogene gevolge kan hê. Alhoewel stressore endemies is en elke mens 'n hoë streslading het, behou sommige mense hulle posisie op die kontinuum, sonder om nader aan die pool van terminale siekte te beweeg en sommige beweeg selfs na die pool van totale welstand (sien Figuur 4.1). Alle stressore is dus nie risikofaktore wat ten alle koste verminder of opgehef moet word nie (Antonovsky, 1984). Antonovsky (1984) meen dat die gevolge van 'n spesifieke stressor deur die persoon se reaksie op daardie stressor bepaal word, en die persoon dus moet leer om daarmee te cope. Daarom moet die volgende vraag eerder gevra word: "*How can we learn to live, and live well, with stressors and possibly even turn their existence to our advantage*" in teenstelling met die vraag: "*How can we eradicate a stressor?*" (Antonovsky, 1984, p.116) Hierdie outeur sien stresvolle omstandighede dus as uitdagings wat suksesvolle copingmeganismes kan ontlok, wat op hulle beurt sal bepaal waar op die kontinuum die persoon hom-/haarself bevind. Indien stres dus goed hanteer word, kan die gevolge van stres positief of neutraal wees, en die persoon beweeg na die '*health-ease*' deel van die kontinuum. Die teenoorgestelde is egter ook waar, want indien stres swak hanteer word, kan die gevolge van hierdie stres negatief wees, en die persoon beweeg nader aan die '*dis-ease*' deel van die kontinuum (Lustig, Rosenthal, Strauser & Haynes, 2000).

Die faktore wat daartoe lei dat 'n persoon nader beweeg aan die gesondheidspool op die kontinuum van gesondheid en siekte moet volgens Antonovsky (1984) van naderby ondersoek word. Dit is nie waar dat 'n persoon wat hom-/haarself nader aan die gesondheidspool van die *health/dis-ease*-kontinuum bevind, bloot aan minder risikofaktore blootgestel is nie. Die belangrikste gevolg van 'n salutogene denkrigting is dat die aandag gefokus word op faktore wat bydra tot coping. Die antwoord op die salutogeniese vraag lê daarom vir hierdie outeur daarin om te verstaan hoe mense

cope. Daar word dus gepoog om te verklaar waarom sommige persone hulle nader aan die gesondheidspool van die *'health/dis-ease-kontinuum'* bevind, ten spyte van die teenwoordigheid van stressore.

Daar word dus vervolgens op die konstruk *'stres'* gefokus. Ten einde lig te werp op die positiewe aspekte van sielkundige funksionering ten spyte van stresvolle omstandighede, is dit noodsaaklik om na stres, en die potensiële gevolge daarvan vir die mens en sy of haar sielkundige welstand te kyk.

4.3 STRES

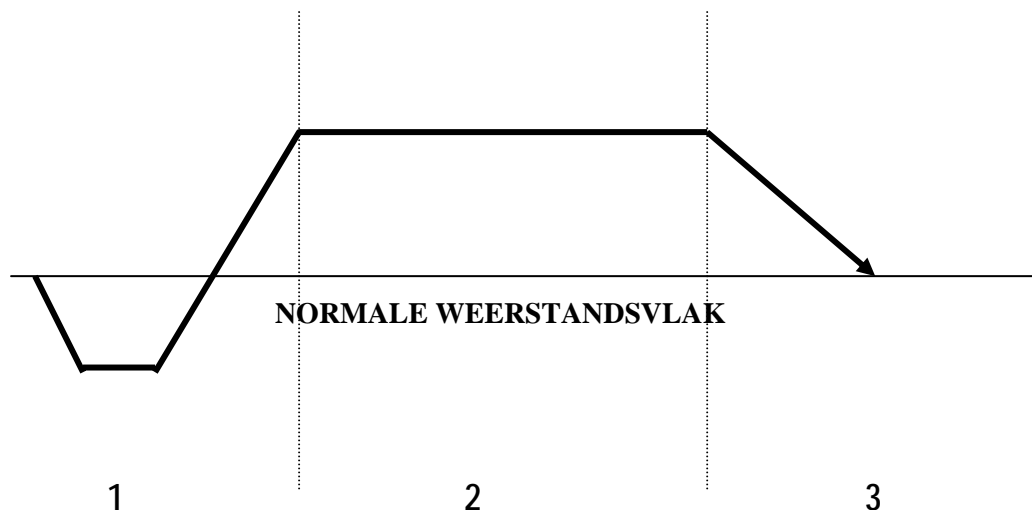
Die lewe sou inderdaad baie eenvoudig gewees het indien al ons behoeftes outomaties bevredig was. In die realiteit werk dit egter nie so nie. Baie struikelblokke, beide persoonlik- en omgewingsverwant, voorkom hierdie ideale situasie. Sulke struikelblokke stel hoë eise aan 'n persoon se aanpassingsvaardighede en kan lei tot stres (Carson, Butcher & Mineka, 2000). Die term *'stres'* het tot stand gekom in 1936 nadat 'n jong Kanadese wetenskaplike, Hans Selye, met rotte geëksperimenteer het. Hierdie wetenskaplike het een groep rotte daaglik ingespuut met 'n chemiese ekstrak en hierdie rotte het fisiologiese probleme ontwikkel. Maar die kontrolegroep wat daaglik met soutwater ingespuut is, het ook dieselfde fisiologiese probleme ontwikkel, alhoewel hulle nie veronderstel was om enige probleme te ontwikkel nie. Die waarneming is dus gemaak dat dit nie die oplossing is wat die probleme veroorsaak het nie, maar die inspuiting self. Verder het baie verskillende omgewingsveranderinge dieselfde veranderinge teweeg gebring. Na aanleiding van bogenoemde waarnemings het Selye (1936) die term *'stres'* vanuit die ingenieurswese geneem, en sy waarneming as 'n *'nie-spesifieke reaksie op omgewingsveranderinge'* beskryf. Soos dikwels in die veld van wetenskaplike navorsing gebeur, het hierdie toevallige waarneming die begin gevorm van 'n totaal nuwe veld van studie, naamlik stresfisiologie (Selye, 1936). Daar is in latere navorsing bevind dat verskeie omgewingsveranderinge soortgelyke reaksies sou oplewer, en dit het gelei tot die ontstaan van die *'stres-fenomeen'* binne die sielkunde (Barlow & Durand, 2001).

Die stres-fenomeen word op verskillende maniere in die literatuur gedefinieer, soms in terme van die interne funksionering van die individu, soms in terme van eksterne

gebeure en soms in terme van die interaksie tussen die persoon en die omgewing (Lazarus & Folkman, 1984). Selye (1975) definieer stres egter as die nie-spesifieke respons van die liggaam op enige eise wat daaraan gestel word. Waar die *General Adaptation Syndrome* of G.A.S-model (sien Figuur 4.2) van Selye hoofsaaklik die fisiologiese reaksie op stressore beskryf het, het Lazarus en Folkman (1984) meer gefokus op die sielkundige reaksie op 'n stressor. Lazarus en Folkman (1984) glo dat die interpretasie van 'n gebeurtenis belangriker is as die gebeurtenis self. Die stres waaraan die individu blootgestel word kan dus as potensieël skadelik, bedreigend of uitdagend gesien word. Volgens Lazarus en Folkman (1984) ontwikkel hierdie persoon ook 'n sekere persepsie van sy/haar vermoë om met die stressor te cope, wat 'n belangriker invloed het op die uitkoms as die stressor self (meer hieroor in afdeling 4.4.3).

Alle situasies wat aanpassing benodig, hetsy positief of negatief, kan stresvol wees (Carson et al., 2000). Stres is 'n komplekse fenomeen wat individue in enige ontwikkelingsstadium kan beïnvloed. Die mens lewe in 'n wêreld waar sosiokulturele, politiese, ekonomiese en omgewingskragte 'n groot invloed op gedrag uitoefen. Hierdie kragte waarna ook verwys word as stressore, kan volgens Selye (1975) stresresponse produseer wat óf positiewe stres, ook genoem 'eustres' impliseer (byvoorbeeld die stres wat ervaar word gedurende 'n troue), óf negatiewe stres, ook bekend as 'distres' (byvoorbeeld die stres wat ervaar word gedurende 'n begrafnis). Dit hang af van die individu se persepsie van die stressor en die spesifieke betekenis wat hierdie persoon aan die stressor heg. Beide hierdie tipes stres verg baie van 'n persoon se hulpbronne en copingvaardighede, alhoewel 'distres' die potensiaal het om meer skade te doen.

Selye se navorsing en bydrae was hoofsaaklik gerig op die fisiologiese reaksie van die liggaam op 'n stressor, terwyl hy die sielkundige reaksie daarop grootliks geïgnoreer het. Hy was van mening dat die menslike liggaam in respons op langdurige blootstelling aan stres deur verskeie fases beweeg. Sy konseptualisering van stres word verteenwoordig deur die *General Adaptation Syndrome* (G.A.S) wat verskeie reaksie-fases uitbeeld. Hierdie fases van die *General Adaptation Syndrome* (G.A.S.) word in Figuur 4.2 uitgebeeld (Carson et al., 2000).



Figuur 4.2: Die G.A.S. (*General Adaptation Syndrome*) -respons op stressore (Selye, 1975)

1. **ALARMREAKSIE:** Die liggaam se verdedigingsmeganismes word teen die stressor deur die simpatiese senuweestelsel gemobiliseer. Hierdie respons stel die liggaam in staat tot die sogenaamde ‘veg-of-vlug’-reaksie. Die respons is egter nie effektief vir die hantering van die langdurige stressore nie.
2. **WEERSTANDSREAKSIE:** Weerstand teen die stressor word gekenmerk deur die organisme se vermoë om by die stressor aan te pas, en sal voortduur na gelang van die intensiteit van die stressor en die individu se vermoë om daarby aan te pas.
3. **FASE VAN UITPUTTING:** Na langdurige blootstelling aan dieselfde stressor waarby die liggaam voortdurend moet aanpas, word die liggaamshulpbronne en energie uitgeput en die organisme verloor sy vermoë om enige verdere stres te weerstaan. Verdere blootstelling aan stres gedurende hierdie fase kan dus lei tot siekte of selfs die dood.

Carson et al. (2000) het die interessante opmerking gemaak dat langdurige blootstelling aan stres kan lei tot twee uitermatige response. Dit kan óf lei tot ‘n patologiese sensitiwiteit vir stressore, óf dit kan lei tot ‘n patologiese onsensitiwiteit

op stressore, en voorgestel word deur 'n verlies aan hoop of oormatige apatie. Oor die algemeen lei ernstige en langdurige stres op enige vlak tot 'n ernstige afname in 'n organisme se algemene aanpassingsvermoë. Die langtermyn blootstelling aan stres word ook in verband gebring met die voorkoms van sielkundige en/of fisieke probleme. Stresvolle lewensgebeure, gekombineer met sielkundige kwesbaarheid (soos 'n gevoel van verlies aan beheer oor jou lewe of omstandighede), mag bydra tot die ontstaan en instandhouding van sodanige probleme.

Dit is belangrik om te onthou dat die twee konsepte, 'stres' en 'coping' interverwant en afhanklik is van mekaar (Carson et al., 2000). Die vraag ontstaan dus hoe sommige individue dit regkry om met hierdie stresvolle lewensgebeure en uitdagings saam te leef. Die konsep van coping as 'n hanteringsmeganisme vir stres word vervolgens bespreek.

4.4 COPING

4.4.1 Wat is coping?

Lazarus en Folkman (1984) het 'n groot bydrae gelewer tot die verstaan van die coping-proses en definieer coping as:

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

Hierdie definisie van coping soos deur Lazarus en Folkman (1984) gedefinieer bestaan uit drie kernelemente:

1. Coping vereis 'n sekere mate van beplanning en verg aktiewe insette. Dit is nie bloot 'n outomatiese of refleks-respons op 'n uitdaging nie.
2. Die definisie impliseer nie noodwendig 'n positiewe uitkoms nie. Sommige pogings om te cope is suksesvol en ander nie. Coping kan dus ook onsuksesvol wees, aangesien dit slegs 'n poging verteenwoordig om die situasie te hanteer.

3. Die definisie beklemtoon coping as 'n proses wat met tydsverloop plaasvind en is dus nie 'n enkele kenmerk waaroor 'n persoon beskik nie.

4.4.2 Coping: 'n respons op stres

Lazarus en Folkman (1984) beskryf coping as 'n reaksie op 'n stresvolle situasie. Copingmeganismes word ten tye van stres gemobiliseer. Carson et al. (2000) verwys na sekere algemene beginsels van coping met stres, deur middel van drie interaksionele vlakke wat 'n rol mag speel in die bepaling van die aard van die copingmeganismes, naamlik:

1. op 'n biologiese vlak is daar immunologiese verdediging en skadeherstelmeganismes;
2. op 'n sielkundige en interpersoonlike vlak, is daar aangeleerde copingpatrone, selfverdedigingsmeganismes en die ondersteuning van familie en vriende; en
3. op 'n sosiokulturele vlak, bestaan daar dikwels groepsgebaseerde hulpbronne soos godsdienstige en gemeenskapsorganisasies asook staatsgebaseerde instansies.

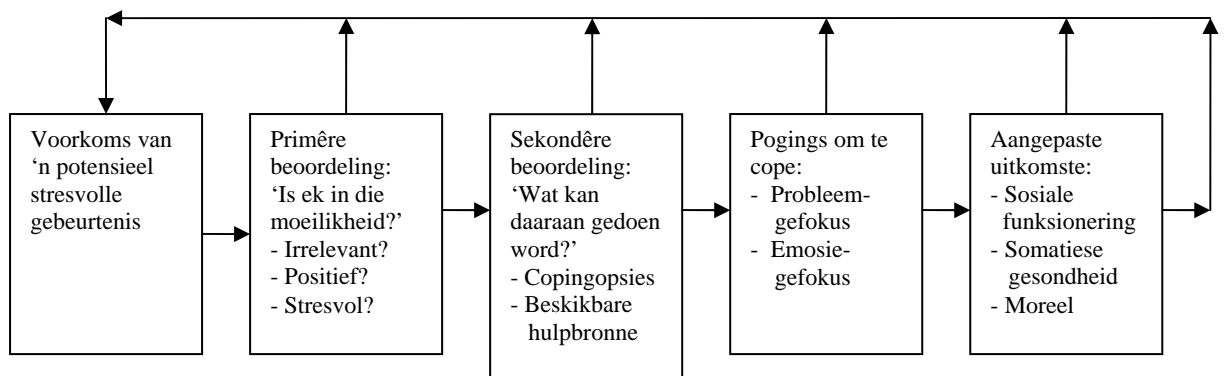
Die mislukking van pogings om te cope op enige van hierdie vlakke, kan 'n persoon se kwesbaarheid op ander vlakke laat toeneem. Die afbreek van immunologiese verdediging kan byvoorbeeld nie net liggaamlike funksionering belemmer nie, maar ook die sielkundige funksionering. Chroniese swak sielkundige copingmeganismes kan tot verskeie siektes aanleiding gee. Die mislukking van 'n groep copingmeganismes waarvan 'n persoon afhanklik is, kan inmeng met sy of haar vermoë om basiese behoeftes te bevredig (Carson et al., 2000).

4.4.3 Verloop van die copingproses

Volgens Kramer en Vitaliano (1994) en Kneebone en Martin (2003) is die stres- en copingparadigma wat ontwikkel is deur Lazarus en Folkman (1984) een van die mees populêre teorieë wat gebruik word om 'n beter begrip te ontwikkel vir die verloop van die copingproses. Volgens Lazarus en Folkman (1984) behels die aanpassing by 'n stresvolle situasie uit drie prosesse:

1. *Primêre beoordeling*: die proses waar 'n bedreiging waargeneem word.
2. *Sekondêre beoordeling*: die proses waar daar gedink word aan 'n potensieële respons op die bedreiging.
3. *Coping*: die proses waar die bogenoemde respons uitgevoer word.

'n Grafiese voorstelling van die standaardmodel van stres, soos voorgestel deur Slavin, Rainer, McCreary en Gowda (1991), gebaseer op die model van Lazarus en Folkman 1984, word in Figuur 4.3 voorgestel.



Figuur 4.3: Model van die stresproses (Slavin et al., 1991, gebaseer op die model van Lazarus en Folkman, 1984)

Hierdie model van Lazarus en Folkman (1984) stel dit dat die aanpassing by stres bemiddel word deur die beoordeling van daardie spesifieke vorm van stres en deur die copingstrategieë wat deur die individu gebruik word. Hierdie beoordeling bestaan uit twee verskillende vorms, naamlik primêre en sekondêre beoordeling. Primêre beoordeling verwys na dit wat op die spel is vir die persoon, terwyl sekondêre beoordeling verwys na die individu se evaluasie van die copingopsies wat beskikbaar is vir hom of haar. By primêre beoordeling is onder andere moontlike verliese of skades, bedreigings en uitdagings ter sprake. So byvoorbeeld kan 'n versorger van 'n persoon met Demensie van die Alzheimer-tipe die 'verlies' van 'n geliefde soos die persoon in die verlede was, in die gesig staar. By sekondêre beoordeling word daar oorweeg wat gedoen kan word om die situasie te hanteer. Dit bestaan uit twee hoof tipes copingstrategieë. Die raamwerk van Lazarus en Folkman (1984) stel dit

egter dat individue wat met 'n stresvolle situasie gekonfronteer word, dikwels 'n kombinasie van hierdie twee tipes copingstrategieë, naamlik probleem-gefokusde coping en emosie-gefokusde coping gebruik. Hierdie copingmeganismes word vervolgens kortliks bespreek:

- Probleem-gefokusde coping verwys na die oorgaan tot aksie om 'n bedreigende of skadelike verhouding met die omgewing te verander. Bogenoemde coping sluit onder andere copingmeganismes soos die soeke na inligting, probleem-oplossing, beplanning en die neem van direkte aksie in. Daar word gewoonlik op probleemgerigte coping gefokus wanneer die persoon van mening is dat daar iets aan die situasie gedoen kan word.
- Emosie-gefokusde coping verwys na die neem van stappe om die emosionele '*distres*' wat deur die persoon-omgewingverhouding geproduseer word, te reguleer. Hierdie tipe coping sluit onder andere meganismes van coping soos wensdenkery, ontkenning en vermyding in. Wanneer dit voel asof die situasie totaal buite beheer is, is daar die neiging om meer op emosie-gerigte coping te steun.

Die bepaling van watter een van die bogenoemde copingstrategieë die beste in 'n gegewe situasie sal wees, sal afhang van die aard van die stressor. In die voorbeeld van die versorger wat die 'verlies van 'n geliefde soos die persoon bekend was' in die gesig staar, kan 'n individu byvoorbeeld kies tussen 'probeer om nie daaraan te dink nie' (vermyding) of 'identifiseer wat hulle met die pasiënt kan doen om hulle vroeëre persoonlikheidskenmerke weer na vore te bring' (probleem-oplossing). Folkman en Lazarus (1980) is van mening dat ons in die meeste gevalle waarskynlik maksimum voordeel trek uit 'n kombinasie van bogenoemde twee strategieë.

In die proses van coping met stres word 'n persoon, volgens Carson et al. (2000), gekonfronteer met twee uitdagings, wat nou aansluit by die copingmeganismes wat beskryf is deur Lazarus en Folkman (1984):

1. om aan die vereistes wat die stressor stel te voldoen en
2. om jouself te beskerm teen sielkundige skade en moontlike disorganisasie.

Wanneer 'n persoon bevoeg voel om 'n stresvolle situasie te hanteer, is 'n taak-georiënteerde respons (verwys na bogenoemde nommer 1) tipies. Dit beteken dat gedrag na vore kom wat primêr daarop gerig is om aan die vereistes wat die stressor stel te voldoen. Hierdie respons beteken verder dat die persoon die situasie objektief beoordeel, alternatiewe oplossings uitwerk, besluit op 'n gepaste strategie, oorgaan tot aksie en die terugvoering evalueer. Die doeltreffendheid van 'n taak-georiënteerde respons hang dikwels af van hoe buigsaam die persoon in die toepassing daarvan is. Wanneer 'n persoon se gevoelens van bevoegdheid om met 'n situasie te cope deur 'n stressor bedreig word, ontwikkel daar dikwels 'n verdedigingsgeoriënteerde respons (verwys na bogenoemde nommer 2). Dit impliseer gedrag wat primêr daarop gerig is om die self van seerkry en disorganisasie te beskerm, eerder as om die situasie op te los. Voorbeelde van hierdie tipe response is onder andere om te huil of om aanhoudend te praat. Verder bestaan daar ook response soos onder andere ontkenning en onderdrukking, ook bekend as verdedigingsmeganismes, wat stres en angs verlig en die self beskerm teen seerkry en de-evaluasie. Hierdie verdedigingsgeoriënteerde response word dikwels negatief beoordeel, veral wanneer dit die dominante benaderingswyse word om met stressore te cope en veral as dit oormatig toegepas word (Carson et al., 2000).

Copingstrategieë kan gewysig word; mense kan dus vaardighede aanleer wat nodig word om hulle vermoë om te cope te verbeter (Hooker, Frazier & Monahan, 1994). Die feit is egter ook dat verskillende probleemsituasies verskillende hanteringsstrategieë noodsaak. Die moontlikheid bestaan dus dat die twee vorms van coping, naamlik die probleem- en emosie-gefokusde strategieë, mekaar in vele stresvolle situasies kan aanvul. 'n Persoon kan egter ondoeltreffend cope wanneer hy of sy die situasie of probleem verkeerd beoordeel en daarom 'n onvanpaste copingstrategie aanwend (Lazarus & Folkman, 1984).

4.5 SALUTOGENESE

4.5.1 Inleiding

Die fokus van die salutogene model is op suksesvolle coping en verteenwoordig 'n nuwe manier van dink oor die hantering van algemene lewenstressore. Aaron

Antonovsky (1979) het tot met sy afsterwe aan die Ben-Gurion Universiteit van Negev in Israel gewerk. Hy het meer as drie dekades gelede, in sy hoedanigheid as mediese sosioloog, die term ‘salutogenese’ bekend gestel. Dié neologisme is saamgestel uit die Latynse woord: *salus* wat ‘gesond’ beteken en die Griekse woord *genesis* wat ‘oorsprong’ of ‘begin’ beteken. Salutogenese dui dus op die soeke na die oorsprong van gesondheid binne die totale funksionering van die mens, en meer spesifiek die soeke na die meganisme wat die persoon gebruik om gesond te bly, ten spyte van die teenwoordigheid van lewenseise en stressore.

Die uitgangspunt van die salutogene model is dat stressore alomteenwoordig in die menslike beleweniswêreld is, wat dit dus onmoontlik maak om dit te ontwyk. Sommige mense met ‘n hoë stressorlading kan steeds goed funksioneer en selfs floreer (Antonovsky, 1979; 1987; Sagy & Antonovsky, 1996). Antonovsky was dus geïnteresseer in beantwoording van die volgende fassinerende vrae (Rabin, Matalon, Maoz & Shiber, 2005):

- Waarom cope sommige mense baie goed ten spyte van alomteenwoordige stressore en ander nie?
- Hoe kan welstand, eerder as siekte verduidelik word?
- Hoe word welstand (met ander woorde salutogenese) in stand gehou, eerder as hoe siekte veroorsaak word (met ander woorde patogenese)?

Dit is in antwoord op hierdie vrae dat Antonovsky vorendag kom met die salutogene model van gesondheid waarvolgens die individu volgens sy of haar funksionering geplaas word op wat hy die ‘*health-ease/dis-ease-kontinuum*’ noem (reeds bespreek in afdeling 4.2).

Die salutogeniese benadering verskuif dus die fokus vanaf die oorsake van die siekte na die oorsprong van gesondheid, om sodoende meer sin te maak uit die chaos en gedisorganeerdheid waarmee die normale leefwêreld van die mens gekenmerk word (Sagy & Antonovsky, 1996). Die fokus word geplaas op die hantering van stressore en suksesvolle oorlewing, eerder as op risikofaktore en negatiewe aspekte van siekte en versteurings (Cowley & Billings, 1999). Seligman en Csikszentmihalyi (2000) stel verder voor dat die fokus moet verskuif van ‘n preokkupasie met die herstel van die ergste in die lewe na die bou op positiewe kwaliteite. Hierdie benadering word ook

gekenmerk deur 'n alternatiewe benadering tot stres. Sagy en Antonovsky (1996) noem dat stres nie in alle gevalle lei tot patologie nie, wat teenstrydig is met die stresteorie. Die uitkoms van die invloed van stressore op die mens is egter nie noodwendig negatief nie. Vanuit 'n salutogeniese perspektief bied dit 'n uitdaging vir die mens en hou dit die potensiaal vir groei en ontwikkeling in.

Dit is dus duidelik dat die salutogeniese benadering radikaal verskil van die patogeniese benadering. Seligman en Csikszentmihalyi (2000) het ook na hierdie verskil in benaderings verwys: *“Compared to a psychology as ‘victimology’, it is turning into a ‘science of strength’”* (p.6). Antonovsky (1979) bied 'n benadering wat die eensydige perspektief van patogene vervang met 'n nuwe, meer omvattende en positiewe perspektief op siekte en gesondheid. Volgens Antonovsky (1987) impliseer die aanvaarding van die salutogeniese siening nie die verwerping van die patogeniese siening nie. Antonovsky en Bernstein (In Strümpfer, 1990 p. 64) het hierdie punt gemaak deur 'n vriend aan te haal wat opgemerk het: *“When I have cancer, I want to be treated for cancer not for the sense of coherence.”* Ook Seligman en Csikszentmihalyi (2001) stel dit pertinent dat *“we do not intend to form an exclusive movement, one that hold some monopoly on the correct way of thinking about psychology”* (p.89). Die patogeniese en salutogeniese paradigmas komplementeer mekaar in baie opsigte. Om die bestaan van siekte en psigopatologie te ontken, sou dus 'n fout wees. Die salutogene model fokus dus eerder op die feit dat trauma en pyn nie noodwendig 'n persoon hopeloos en oorgelewer aan die noodlot laat sodat psigopatologie bykans voorspel kan word nie. Die vermoëns, talente, bekwaamhede en hoop, wat aanduidend is van die krag van individue, families en gemeenskappe, word eerder beklemtoon (Pretorius, 1998). Daar bestaan 'n aantal begrippe wat 'n sentrale rol speel binne die veld van salutogenese. Hierdie konstrukte word vervolgens bespreek.

4.5.2 Salutogene konstrukte

4.5.2.1 Koherensiesin

Koherensiesin is een van die sentrale konstrukte binne die salutogeniese benadering.

Dié term word deur Antonovsky (1987) soos volg beskryf:

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

Antonovsky (1979) het sy antwoord op die vraag na die oorsprong van sielkundige welstand geformuleer as ‘koherensiesin’. Hierdie outeur is van mening dat hoe sterker ‘n persoon se koherensiesin, hoe meer waarskynlik is dit dat hy of sy hul posisie op die *health-ease/dis-ease*-kontinuum sal behou (sien Figuur 4.1). Volgens Antonovsky het mense wat relatief gesond bly ten spyte van die teenwoordigheid van stressore, ‘n spesifieke manier van hoe hulle die wêreld waarneem. Dit sluit ‘n bepaalde persepsie van die lewe, ‘n spesifieke verhouding met die omgewing en ‘n sekere copingstyl in (Rabin et al., 2005). Antonovsky het binne hierdie konteks die konstruk ‘koherensiesin’ geformuleer. Koherensiesin bestaan uit drie elemente en hulle word vervolgens bespreek.

- (i) **Verstaanbaarheid**, wat verwys na die individu se persepsie dat die lewe georden, konsekwent en sinvol is. Hierdie verstaanbaarheidskomponent het ook betrekking op die interpretasie van die huidige stimuli, sowel as dié van die toekoms, as gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar. Indien ‘n verrassende gebeurtenis wel sou voorkom, glo die persoon met ‘n hoë sin vir verstaanbaarheid, dat die voorkoms daarvan verklaar sal kan word. Dit gee ‘n aanduiding van die mate waartoe die persoon ervaar dat sy persepsies op ‘n kognitiewe vlak sin maak.
- (ii) **Beheerbaarheid of hanteerbaarheid**, wat verwys na die mate waartoe die individu glo dat daar hulpbronne tot sy of haar beskikking is ten einde die eise van die stimuli waaraan hy of sy blootgestel word, te hanteer. Hoë vlakke van beheerbaarheid dui daarop dat die hulpbronne onder die beheer van die persoon of selfs onder die beheer van ander mense soos die eggenote, kollegas

en ook God is (Strümpfer, 1990). Die persoon het dus dalk self nie direkte beheer oor die situasie nie, maar het wel toegang tot hulpbronne wat, indien nodig, gemobiliseer kan word om aan eise te voldoen (Antonovsky, 1987). Hierdie konstruk sluit ook 'n kognitiewe komponent in (Antonovsky, 1996), maar beskryf veral die gedragskomponent van 'koherensiesin' (Rabin et al., 2005). Dit kan verduidelik word deur die mate van oortuiging dat die persoon nie net die probleem verstaan nie (kognitiewe komponent), maar ook beskik oor die nodige hulpbronne om suksesvol met die probleem te cope (gedragskomponent) (Antonovsky, 1996).

- (iii) **Betekenisvolheid of sinvolheid**, wat dien as motiveringselement en gesien word as die mate waartoe die persoon voel dat sy of haar lewe op 'n emosionele, eerder as op kognitiewe vlak, sin maak (Antonovsky, 1987). Rabin et al. (2005) verwys ook daarna dat hierdie konstruk, behalwe vir die emosionele komponent, ook die spirituele komponent van koherensiesin insluit. Volgens Strümpfer (1990) verwys dit verder na die identifisering van uitdagings wat die moeite werd is om aan te pak, en dus energie te bestee aan die hantering daarvan. Die betekenisvolheid-konstruk van koherensiesin word oorweeg as die belangrikste van die drie konstrukke (Lustig et al., 2000; Rabin et al., 2005).

Antonovsky (1987) het ook 'n Koherensiesin-vraelys ontwikkel. Hierdie vraelys sal in die huidige studie aangewend word om te meet tot watter mate die versorgers ondervind dat hulle ervarings van alledaagse stressore verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol is.

4.5.2.2 Algemene weerstandshulpbronne

Antonovsky (1979) het ook die term 'algemene weerstandshulpbronne' of '*generalized resistance resources*' (GRR's) geskep. Laasgenoemde hulpbronne word gedefinieer as faktore teenwoordig by 'n persoon, groep, subkultuur of die samelewing wat 'n fasiliterende rol ten opsigte van die suksesvolle hantering van 'n wye reeks stressore speel. Antonovsky (1979) is van mening dat enige mens deur middel van sy lewenservaring algemene weerstandshulpbronne of '*generalized*

resistance resources (GRR's) ontwikkel. Dié met goeie 'GRR's' tot sy of haar beskikking, het dus hulpbronne wat hy of sy kan mobiliseer om 'n wye verskeidenheid van stressore te vermy, te beveg of om patogeniese stres te voorkom. Voorbeelde hiervan is materiële 'GRR's' soos geld, skuiling en voedsel. Daar bestaan ook kognitiewe 'GRR's' soos intelligensie, kennis en vaardighede wat 'n persoon in staat stel om wyse besluite te neem. Interpersoonlike 'GRR's' soos sosiale verbondenheid en ondersteuning kan ook ontwikkel en laastens bestaan daar makro-sosiokulturele 'GRR's' soos spirituele geloof en rituele (Strümpfer, 1995). Toegang tot 'GRR's' fasiliteer dus suksesvolle hantering van stressore.

Volgens Antonovsky (1979) en Strümpfer (1990) is daar 'n noue verwantskap tussen 'n persoon se koherensiesin en sy of haar algemene weerstandshulpbronne. Algemene weerstandshulpbronne het hul oorsprong onder andere in opvoeding, sosiale rolle, interpersoonlike verhoudings en toevallige lewensgebeure. Antonovsky (1987) se siening is dat koherensiesin gedurende die kinderjare en adolessensie gevorm word, totdat dit tot 'n stabiele eienskap in volwassenheid ontwikkel. Algemene weerstandshulpbronne en koherensiesin is interafhanklik van mekaar. Die persoon se waarneming van die beskikbaarheid van algemene weerstandshulpbronne mag die ontwikkeling van koherensiesin sterk beïnvloed, terwyl 'n sterk koherensiesin die persoon in staat stel om algemene weerstandshulpbronne tot sy of haar beskikking te mobiliseer. Al die bogenoemde 'GRR's' het die volgende in gemeen: dit help mense om sin te maak uit die ontelbare stressore waarmee hulle gedurig gebombardeer word. Deur herhaalde ervaring van hierdie 'sin-making' ontwikkel 'n persoon, oor tyd, 'n sterk koherensiesin. Volgens Antonovsky (1984) sal persone met 'n sterk koherensiesin meer geneig wees om 'n gereedheid en gewilligheid te openbaar om die hulpbronne wat hulle potensieel tot hul beskikking het, te benut. As voorbeeld verwys hierdie outeur daarna dat geld van geen nut is totdat dit spandeer word nie, verder is vriende van geen nut tensy daar aan hulle gedink word, of met hulle gekommunikeer word en duidelike kulturele norme beteken niks, tensy dit in konkrete situasies toegepas word. Antonovsky (1979) noem dat as die persoon met 'n sterk koherensiesin met 'n stressor gekonfronteer word, hy of sy sal reageer deur die algemene weerstandshulpbronne tot sy of haar beskikking te mobiliseer. Sodoende ontwikkel daar 'n positiewe terugvoersiklus tussen die weerstandshulpbronne en salutogene persoonlikheidskonstrukte (oftewel

koherensiesin) (Cilliers, Viviers, & Marais, 1998).

4.5.3 Opsomming

Ter samevatting kan dus gesê word dat Antonovsky (1987) die term salutogenese geskep het, wat beteken dat daar gelet word op faktore wat mense in staat stel om ten spyte van lewenstressore te oorleef, gesond te wees en selfs te floreer. Hierdie ‘gesond wees’ word beoordeel op ‘n kontinuum met pole van algehele en optimale gesondheid tot totale siekte en aftakeling. Een van die fokuspunte van hierdie studie sal wees om vas te stel tot watter mate die versorgers se koherensiesin ‘n rol speel in die hantering van die stressore waaraan hulle blootgestel word.

4.6 VERSKEIE SALUTOGENE OPVATTINGS

Dit is duidelik dat persone op verskillende maniere reageer wanneer hulle gekonfronteer word met die uitdagings van die lewe. Binne die veld van die salutogenese vind ons egter konstruksies soos onder andere koherensiesin en algemene weerstandshulpbronne (Antonovsky, 1979) soos reeds bespreek in afdeling 4.5.2. Daar bestaan ook ander salutogene opvattinge soos geharde persoonlikheid (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982), aangeleerde vindingrykheid (Rosenbaum, 1988), lokus van kontrole (Rotter, 1966), self-effektiwiteit (Bandura, 1982) en lewenskragtigheid of potensie (Ben Sira, 1985) op hierdie terrein, wat poog om die diversiteit van individuele copingvermoë te verklaar, elk met sy eie terminologie. Daar sal vervolgens kortliks na hierdie konstruksies verwys word.

4.6.1 Geharde persoonlikheid

Kobasa et al. (1982) het gehardheid as ‘n globale persoonlikheidskonstruk beskryf wat die stres-gesondheidsverhoudings modereer. Hierdie konsep bestaan uit drie komponente, naamlik toewyding (die individu raak aktief betrokke by vele lewensituasies en glo in wat hy of sy doen of wie hy of sy is), beheer (die individu glo en tree op asof hy of sy die gebeure in die lewe kan beïnvloed met die klem wat val op persoonlike verantwoordelikheid) en uitdaging (‘n verwagting dat verandering,

eerder as stabiliteit die norm in die lewe is en dat verandering geleentheid en aansporing sal voorsien vir persoonlike ontwikkeling).

4.6.2 Aangeleerde vindingrykheid

Rosenbaum (1988) sien aangeleerde vindingrykheid nie slegs as 'n persoonlikheidstrek nie, maar as 'n persoonlikheidsrepertoire wat bestaan uit 'n stel van komplekse gedragsvaardighede, met behulp waarvan die individu in staat is om sy of haar interne response en reaksies (soos kognisies en affek) self te reguleer. Volgens Rosenbaum (1988) se model, lei alle coping met stresvolle situasies tot pogings van self-regulering of selfbeheersing.

4.6.3 Lokus van kontrole

Rotter (1966) het die eerste maal verwys na hierdie term en is van mening dat individue met 'n interne lokus van kontrole diegene is wat glo dat die uitkoms van 'n situasie bepaal word deur hulle eie aksies en handeling binne die situasie. 'n Persoon met 'n eksterne lokus van kontrole sou die uitkoms van 'n situasie eerder toeskryf aan eksterne invloede soos geluk, toeval of die noodlot. Die voorkoms of ontwikkeling van 'n sterk interne lokus van kontrole dui waarskynlik op 'n hoë mate van sielkundige sterkte.

4.6.4 Self-doeltreffendheid

Sedert die laat 1960's het Bandura (1982) begin om die konstruk van self-doeltreffendheid te ontwikkel. Volgens Bandura (1982) vereis positiewe welstand 'n optimistiese gevoel van persoonlike doeltreffendheid. Mense se oortuiging van hulle vermoë het 'n invloed op hoeveel stres en depressie hulle in bedreigende situasies ervaar. Probleme wat mense ervaar, dien as 'n goeie leerskool dat sukses gewoonlik volharding vereis. Uithou in moeilike tye dra by tot 'n sterker gevoel van self-doeltreffendheid. Gevoel van self-doeltreffendheid sou volgens Bandura (1982) dus bydra tot 'n persoon se sielkundige sterkte soos beskryf in die psigofortologie.

4.6.5 Lewenskragtigheid ('potensie')

Ben-Sira (1985) sien lewenskragtigheid ('potensie') as 'n meganisme wat verhoed dat stres, wat soms volg op onvoldoende coping, omgesit word in blywende stres. Potensie is die resultaat van die suksesvolle hantering van vorige ervarings, wat dan lei tot 'n gevoel van bemeestering. 'n Reeks onsuksesvolle coping-ervarings in die verlede kan egter lei tot 'n lae vlak van potensie. Indien 'n persoon met 'n hoë vlak van lewenskragtigheid ('potensie') dus van tyd tot tyd misluk sou dit hom of haar nie onnodig ontwrig nie.

4.7 PSIGOFORTOLOGIE AS UITVLOEISEL VAN DIE KONSEP VAN SALUTOGENESE

4.7.1 Inleiding

Strümpfer (1995) het 'n groot bydrae gemaak tot die salutogeniese denkrigting. Hy was van mening dat Antonovsky met die formulering van die konsep 'salutogenese' besig was met 'n veel meer omvattende onderwerp as bloot die faktore wat fisieke gesondheid beïnvloed. Hy het verder geredeneer dat die paradigma beperk word indien gesondheid gebruik word as die eindpunt van die paradigma. Die teorie van salutogenese is deur Strümpfer (1995) uitgebrei sodat dit betrekking kan hê op die mens se totale funksionering, aangesien hy fisieke gesondheid slegs as een van die dimensies van welstand gesien het. Hy stel dan die meer omvattende term 'fortigenese' bekend om die klem te plaas op die oorsprong van sielkundige krag in die algemeen. Fortigenese is 'n neologisme wat afgelei is van die Latynse stam *fortis* wat 'sterk' beteken en die Griekse stam *genesis* wat 'oorsprong' beteken. Strümpfer (1995) sien fortigenese as 'n wyer konstruk as salutogenese om die interaksie tussen algemene weerstandshulpbronne en koherensiesin te verstaan. Die fokus is dus deur Strümpfer (1995) geskuif van die oorsprong van gesondheid (salutogenese) na die oorsprong van krag (fortigenese), om 'n holistiese en breër fokus te verseker.

Gedurende die ontwikkeling van die konsep fortologie het Strümpfer (1995) nie die soeke na die oorsprong van gesondheid verwerp nie; hy het voortgebou op die konsepte soos 'algemene weerstandshulpbronne' en 'koherensiesin' soos ontwikkel

deur Antonovsky (1987). Hierdie konsepte is volgens Strümpfer (1995) nie net bepalend vir menslike gesondheid nie, maar kan ook veralgemeen word na ander *health-ease/dis-ease*-kontinuums. Voorbeelde hiervan is die eise wat aan persone gestel word wat byvoorbeeld aftrede in die gesig staar, werksverwante stres ervaar of ervaringe op die oorlogsveld. Strümpfer (1995) kom tot die gevolgtrekking dat fortigenese ‘n term is wat die paradigmaskuif vanaf patologie na optimale funksionering beter beskryf as salutogenese:

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

Navorsing oor ‘sielkundige welstand’ het in die afgelope jare plek gemaak vir die ontwikkeling van ‘n nuwe domein of sub-dissipline in sielkunde. Hierdie nuwe sub-dissipline word deur Wissing en Van Eeden (1997) ‘psigofortologie’ genoem (‘n uitbreiding van die term fortologie) en ‘positiewe sielkunde’ deur Seligman en Csikszentmihalyi (2000). Wat hierdie nuwe domein ook al in die toekoms genoem gaan word, die fokus is op sielkundige welstand.

Wissing en Van Eeden (1997) het die term ‘psigofortologie’ in verband gebring met die wetenskaplike studie van sielkundige kragte. Die outeurs het aangevoer *“that in this domain not only the origins of psychological well-being should or will be studied, but also the nature, manifestations, and consequently ways to enhance psychological well-being and develop human capacities”* (p.5). Psigofortologie fokus dus op die aard, manifesterings, patrone, oorsprong, dinamika en versterking van kragte op ‘n individuele, groeps- en gemeenskapsvlak (Wissing & Van Eeden, 1997).

4.7.2 Die konsep: Fortaliteit (*Fortitude*)

Pretorius (1997) het ‘n teorie van fortaliteit ontwikkel as antwoord op die vraag wat duidelik na vore gekom het as die fokus van die fortologiese paradigma, naamlik: ‘Waar kom die krag vandaan?’ Navorsing was dus daarop gerig om te bepaal watter individuele en omgewingsfaktore ‘n beduidende rol speel rakende stresvermindering

of die effektiewe hantering daarvan. Pretorius (1998) het die mening uitgespreek dat die antwoord gevind kan word in die fortaliteit waaroor mense beskik. Fortaliteit handel oor die krag wat nodig is om stres suksesvol te hanteer. Hierdie krag spruit uit 'n positiewe persepsie van die self, die familie en van die mate van ondersteuning wat hy of sy van ander ontvang (Pretorius, 1998). Die outeur het ook 'n vraelys ontwikkel (*The Fortitude Questionnaire*) om die mate van fortaliteit waaroor 'n individu beskik, te kwantifiseer. Om te meet tot watter mate psigofortologiese faktore 'n rol speel in die versorgers se hantering van stressore, sal hierdie vraelys ook in die huidige studie aangewend word.

Pretorius (1998) het drie faktore, met behulp van 'n proses van faktoranalise geïdentifiseer, wat volgens hom 'n bydrae lewer tot die krag of sterkte wat die individu openbaar tydens periodes van stres. Folkman en Lazarus (1980) meld ook dat daar 'n ingebore geneigdheid by die mens ontstaan om hom- of haarself en sy of haar omgewing gedurig te beoordeel en te takseer na aanleiding van sy of haar diverse ervaringe. Op grond hiervan sal daar 'n vasgestelde patroon van oortuigings rakende die individu en sy of haar omgewing ontstaan. Dit wil dus voorkom asof die begrip van fortaliteit volgens Pretorius (1998) uit die volgende dimensies bestaan:

1. 'n Positiewe beoordelende bewustheid van die self: Hierdie evaluerende bewusheid van die self sluit beide 'n positiewe globale beoordeling van die self, sowel as meer spesifieke beoordeling van sake soos effektiwiteit tydens probleemoplossing en ander vorme van beheer en bevoegdheid in.
2. 'n Positiewe beoordelende bewustheid van die gesinsomgewing: Hierdie dimensie verwys na die positiewe beoordeling van die gesin se ondersteuning. Dit sluit ook die bewustheid van konflik en kohesie tussen verskillende gesinslede en 'n beoordeling van gesinswaardes in.
3. 'n Positiewe beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander: Hierdie dimensie sluit die beoordeling van beide die kwantitatiewe (vlakke van ondersteuning) en kwalitatiewe (kwaliteit en tevredenheid) dimensies van ondersteuning in. Beoordeling van die effektiwiteit van die gebruik van hierdie ondersteuningsisteme word ook hierdeur geïmpliseer.

Fortaliteit kan dus formeel gedefinieer word as die krag om stres suksesvol te hanteer, en ten spyte van die teenwoordigheid van stres in 'n toestand van welstand te verkeer

as gevolg van 'n positiewe beoordeling van die self, van die familie en van die ondersteuning van ander (Pretorius, 1998). Fortaliteit kan nie bestudeer word deur een van die bogenoemde drie dimensies daarvan apart te beskou nie. Hierdie domeine kan uitsluitlik geskei en afsonderlik bestudeer word ten einde te bepaal hoe hulle interreageer en saamwerk om uiteindelik fortaliteit as breë konsep te vorm. Dit is dus duidelik dat diegene wat hulself, hul ondersteuning en hulle omgewing as positief ervaar, meer vertrou sal hê in hul vermoëns om stresvolle ervarings die hoof te bied.

4.8 VERWANTE KONSEPTE VAN FORTOLOGIESE DENKE

Daar is baie aspekte waaraan fortologiese denke gekenmerk word, maar volgens Strümpfer (2001) is daar veral vier aspekte wat uitstaan as kern van hierdie navorsingsveld. Daar sal vervolgens kortliks na elk hiervan gekyk word.

4.8.1 Welstand / geluk

Volgens navorsing lyk dit of welstand die primêre as is waarom die Positiewe Sielkunde draai (Strümpfer, 2001). Dit lyk nie of daar slegs een definisie of raamwerk vir die konstruk sielkundige welstand bestaan nie (Wissing & Van Eeden, 1997, 2002). In 'n studie wat Wissing en Van Eeden gedoen het, is daar betekenisvolle verskille gevind tussen die tellings van subgroepe met betrekking tot sielkundige welstand. Dit is heel moontlik 'n aanduiding dat veranderlikes soos geslag, ouderdom en etniese/kulturele kontekste die manifestering van sielkundige welstand beïnvloed (Wissing & Van Eeden, 2002). Dit stem ooreen met die opinies van ander navorsers soos onder andere Antonovsky (1979). Die dinamika en manifesterings van hierdie verskille moet egter verder ondersoek word (Wissing & Van Eeden, 2002).

Navorsing oor sielkundige welstand geniet meer en meer aandag, soos navorsers probeer om te verstaan waarom die meerderheid van mense floreer ten spyte van moeilikhede en probleme (Sheldon & King, 2001). Antonovsky (1987) het onder andere aangetoon dat 'n sterk koherensiesin direk tot sielkundige welstand sal bydra. Die verband tussen koherensiesin en sielkundige welstand is volgens Antonovsky (1987) wederkerig. 'n Goeie koherensiesin dra by tot gesondheid, terwyl gesondheid

weer 'n positiewe impak op 'n persoon se funksionering en welstand het. Die term sielkundige welstand hou volgens Wissing en Van Eeden (1994) verband met 'n sterk koherensiesin, wat hulle definieer as 'n siening of houding dat die lewe hanteerbaar, verstaanbaar en betekenisvol is. Die uitvloeisel van so 'n siening is dat 'n persoon met 'n hoë koherensiesin buigzaam is en op wyses dink wat noodsaaklik is vir probleemoplossing in die daaglikse lewe. Adams, Bezner en Steinhardt (1997) maak die volgende opmerking: "*Psychological wellness is defined as a general perception that one will experience positive outcomes to the events and circumstances of life*" (p.210). Volgens Wissing en Van Eeden (1997) het die konstruk van sielkundige welstand egter nog veel meer aandag nodig. Roothman, Kirsten en Wissing (2003) is van mening dat dit ook belangrik is om bewus te raak van hoe geslagsverskille tussen mans en vroue manifesteer ten opsigte van sielkundige welstand. Dit kan byvoorbeeld verbeterde benaderings tot psigoterapie in die hand werk soos toenemende kennis rondom die kliënt se ervaring van die wêreld lei tot 'n beter begrip vir die kliënt. Alle mense is gelyk, maar nie dieselfde nie. Daarom kan meer kennis rondom geslagsverskille sorg vir groter geleenthede vir self-aktualisering en die verdere bevordering van sielkundige welstand in beide mans en vroue (Roothman et al., 2003).

Daar word 'n belangrike onderskeid getref tussen twee onderskeie wyses waarop welstand benader word. Dit word gemeet deur twee diverse standaarde, en word alreeds so gemeet vanaf klassieke Griekse tye (Ryan & Deci, 2001; Strümpfer, 2001). Hierdie onderskeid is gebaseer op die verskil in die betekenis wat aan welstand geheg word en kan soos volg omskryf word:

- Die eerste benadering is een van **hedoniese** genot (Grieks: *hedone* = plesier). Hedonisme fokus op geluk en verteenwoordig die siening dat welstand meegebring word deur die ervaring van genot en vermyding van pyn (Ryan & Deci, 2001). Die vergelyking van welstand met hedoniese genot of geluk, het reeds 'n lang geskiedenis. Aristippus, 'n Griekse filosoof van vier eeue v.C., het vir mense geleer dat die doel van die lewe die ervaring van maksimale genot is en dat geluk bestaan uit die totaliteit van 'n mens se hedoniese oomblikke (Ryan & Deci, 2001). Die hedoniese siening fokus op subjektiewe welstand, wat gereeld gelyk gestel word aan geluk en formeel gedefinieer

word as meer positiewe affek, minder negatiewe affek en groter lewenstevredenheid (Ryan & Deci, 2001). Volgens Ryan en Deci (2001) is hierdie welstand of geluk die gevoel wat gepaard gaan met 'n persoon se beleving van positiewe affek wanneer sy of haar behoeftes, hetsy fisiek, intellektueel of soiaal, bevredig word. Dit lyk egter of hierdie tipe geluk van verbygaande aard is, want soos mense se vaardighede verbeter, hulle meer besittings verkry en verhoog word deur wat hulle bereik, pas die mens aan by dit wat vroeër plesier verskaf het en soek dus voortdurend nuwe vlakke van stimulasie om sodoende ou vlakke van plesierervaring in stand te hou.

- Die tweede benadering verwys na **eudemonisme** (Grieks: *eu-* = goed, *daimon* = innerlike gees). Eudemonisme verteenwoordig 'n meer permanente vorm van welstand of geluk, maar ook een waaraan die houer daarvan aktief moet werk. Die konsep het gekom van Aristoteles en hy het beklemtoon dat ware geluk gevind word in die “*expression of virtue – that is, in doing what is worth doing*” (Ryan & Deci, 2001, p.145). Die term eudemonisme is waardevol aangesien dit onderskeid tref tussen welstand en geluk. Eudemoniese teorieë hou voor dat nie alle plesierervaringe noodwendig sal lei tot welstand nie. Hierdie siening fokus op sielkundige welstand wat in breë terme gedefinieer word in terme van 'n volledig funksionerende persoon. In onlangse werke oor eudemonisme is 'n aantal faktore geïdentifiseer, wat beskou word as bydraend daartoe (Ryan & Deci, 2001). Hieronder tel byvoorbeeld die vind van lewensbetekenis, selfaanvaarding, outonomie, 'n gevoel van beheer oor die lewe en persoonlike bevoegdheid, om maar 'n paar te noem.

Volgens 'n aantal navorsers word welstand die beste beskryf as 'n multidimensionele fenomeen waar aspekte van beide hedonisme en eudemonisme 'n belangrike rol speel (Ryan & Deci, 2001). Globaal gesproke lyk dit of koherensiesin, lewenstevredenheid en affek-balans goeie indikatore is van algemene sielkundige welstand (Wissing & Van Eeden, 2002). Dit wys ook dat konseptualiserings van sielkundige welstand van hedoniese en eudemoniese perspektiewe mekaar komplementeer en in baie opsigte oorvleuel, ten spyte van die verskille (Wissing & Van Eeden, 2002).

4.8.2 Voordeel trek (*Benefit-finding*)

Volgens Strümpfer (2001) is nog 'n belangrike area van ondersoek binne die psigofortologie die bestudering van die positiewe of voordelige gevolge van teenspoed of stresvolle lewensgebeure. Antonovsky (1979) het verwys na die voortdurende soeke na daardie faktore wat die mens staande hou en selfs laat floreer (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ten spyte van die daaglikse alomteenwoordige stressore. Alle stressore is dus nie risikofaktore wat ten alle koste verminder of uitgewis moet word nie (Antonovsky, 1984). Antonovsky (1984) meen dat die gevolge van 'n spesifieke stressor deur die persoon se reaksie op daardie stressor bepaal word, en die persoon moet dus leer om daarmee te cope. Waar die tradisionele mediese model van gesondheidsnavorsing hoofsaaklik gefokus het op die negatiewe gevolge van stresvolle lewensgebeure, is daar volgens Strümpfer (2001) toenemende bewyse vir die moontlikheid van langtermynvoordele wat stresvolle lewensgebeure vir die welstand van individue mag inhou.

4.8.3 'Agency' en 'communion'

Die twee verwante konstrukte, naamlik *agency* en *communion*, het 'n groot hoeveelheid aandag binne die veld van die fortigeniese paradigma ontvang (Strümpfer, 2001). Alhoewel beide hierdie konstrukte lank reeds bekend is, is die inkorporering daarvan in teorieë van die Positiewe Sielkunde 'n relatief nuwe verskynsel. *Agency* sluit onder andere die konstrukte van bemeestering, beheer, krag, sterkte, dominansie en onafhanklikheid in. Aan die ander kant behels die verwante konsep van *communion* motiveringskonstrukte soos liefde, vriendskap, intimiteit, affiliasie en sorg (Strümpfer, 2001).

4.8.4 Gewoonheid

Daar is onlangs binne die Positiewe Sielkunde plek gemaak vir die siening dat weerstandbiedendheid beskou kan word as 'n doodgewone aspek van die mens se funksionering in teenstelling met die mensdom se bewondering vir 'buitengewone individue' (Strümpfer, 2001). Hierdie siening is gevolg deur baie beskrywings van hoe gewone mense, deur middel van hulle basiese inherente aanpassingsvermoë en

die gebruik van die normale menslike hulpbronne, geweldige stresvolle omstandighede te bowe gekom het. Die belangrikheid van hierdie konstruk 'gewoonheid' is dat dit 'n optimistiese siening voorsien, aangesien hierdie fortigene eienskappe tot die beskikking is van ALLE individue. Enige persoon beskik dus oor die potensiaal om stresvolle omstandighede te bowe te kom, en nie net 'buitengewone individue' nie (Strümpfer, 2001).

4.9 SAMEVATTING

Die paradigmaskuif wat binne die Sielkunde plaasgevind het vanaf die tradisionele mediese model na 'n meer voorkomende en ontwikkelingsmatige sielkundige gesondheidsorgmodel, het 'n nuwe dimensie verleen aan die siening van die mens en sy of haar welstand.

Die huidige denke oor stres en die uitwerking daarvan op menseleuens word ook vanuit 'n nuwe, meer positiewe hoek benader. Ten spyte van die ernstige stresvolle toestande wat mense moet hanteer, gee baie mense egter nie die stryd daarteen gewonne nie. Antonovsky (1979) het in hierdie verband die belangrike konsep koherensiesin geskep om te verduidelik hoe mense daarin slaag om stres te hanteer en gesond te bly. Hierdie konsep vorm die kernkonstruk van sy salutogeniese paradigma wat verwys na die studie van die oorsprong van gesondheid. Strümpfer (1995) was van mening dat Antonovsky se primêre besorgdheid eintlik die oorsprong van krag in die algemeen is en het fortigenese as konstruk voorgestel, wat verwys na die oorsprong van krag, wat baie meer omvattend en beskrywend is as salutogenese. Volgens Pretorius (1997) lê die oorsprong van sterkte in fortaliteit. Deur ons interaksies met die wêreld ontwikkel ons 'n beoordelende bewustheid van die self, familie en ondersteuning van ander. Die som van hierdie bewustheid vorm die essensie van fortaliteit. Fortaliteit word daarom formeel gedefinieer as die krag om stres te hanteer en gesond te bly, en hierdie krag spruit voort uit die positiewe beoordeling van die self, die familie en die ondersteuning van ander.

Hiermee word die literatuurstudie afgehandel. Soos reeds genoem, word hierdie studie toegespits op 'n ondersoek van die belewenis van die eggenoot tydens die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Uit die literatuuroorsig

(Hoofstuk 2) is dit eerstens duidelik dat die aard en impak van Alzheimer se siekte op die pasiënt ernstige implikasies vir die sielkundige welsyn van die versorger inhou.

Tweedens (Hoofstuk 3) het dit na vore gekom dat manlike versorgers die versorgingsrol op 'n unieke manier beleef en dat hierdie groep versorgers belangrik is in hulle eie reg. Die beeld van die manlike versorger wat uit die literatuur gevorm kan word, sal vervolgens kortliks bespreek word, deur te verwys na die uitdagings waaraan die versorgers blootgestel word, sowel as die sterktes wat hom help om te cope met die situasie. Manlike versorgers is in die minderheid en is gewoonlik huweliksmaats van die persoon met Alzheimer se siekte. Hierdie versorgers is dus oor die algemeen bejaard. Daar bestaan twee sienings rondom manlike versorgers. Aan die een kant word hulle gesien as goeie en bekwame versorgers, maar aan die anderkant word daar na hulle verwys as ondoeltreffende versorgers. Die opklaring van hierdie teenstrydige sienings verdien dus aandag en sal in hierdie studie ondersoek word.

Daar is verskillende stressore wat soms bo-menslike eise aan die versorgers stel. Die agteruitgang van die kognitiewe status van die persoon, sowel as die gedragsimptome wat te voorskyn kom, verteenwoordig sommige van hierdie stressore. Soos gemeld, bestaan daar ook 'n verskil van mening tussen navorsers oor die omvang en kwaliteit van betrokkenheid van manlike versorgers by die persoonlike versorgingstake van hulle demente eggenote. Manlike versorgers rapporteer minder versorgerlas as vroulike versorgers, maar die vraag het ontstaan of manlike versorgers regtig minder deur die versorgingstakke belas word en / of hulle net geneig is om die vlak van die las te onderrapporteer.

Manlike versorgers het 'n meer besturende styl van versorging wat hulle toelaat om deur die delegasie van take, in 'n mate op 'n afstand van die stresvolle situasie te bly. Versorgers ervaar op verskeie maniere verhoudingsverliese, onder andere as gevolg van die gebrek aan, of probleme met kommunikasie en die verlies van kameraadskap in die huweliksverhouding. Die gebrek aan sinvolle kommunikasie het in die literatuur uitgestaan as een van die grootste stressore. Sleutelemente van 'n huweliksverhouding, soos onder andere kameraadskap, emosionele ondersteuning,

gedeelde verantwoordelikhede en besluitneming, raak verlore. Hierdie veranderinge word geassosieer met 'n gevoel van las.

Manlike versorgers vind dikwels bevrediging in die versorgingsrol self, wat vir hulle betekenis in die lewe gee wat hulle andersins nie sou gehad het nie. Hulle gebruik ook 'n instrumentele copingstyl wat kan help om hulle te beskerm teen stres en uitbranding, teenoor vroulike versorgers wat emosioneel makliker verstrik raak. Sosiale isolasie staan as 'n dominante tema onder die manlike versorgers uit. Familiekonflik kan ook erge 'n stressor wees aangesien familieledede baiekeer moet help om te besluit oor belangrike aangeleenthede rondom die persoon se versorging en omdat dit selde voorkom dat die hele familie saamstem. Kommer oor finansies dra dikwels by tot stres by versorgers. 'n Gebrek aan tyd vir ontspanning was ook 'n groot klagte.

Manlike versorgers se motivering vir versorging sluit onder andere die volgende in: hulle doen dit uit liefde; hulle is huweliksmaats en doen dit uit 'n pligsbesef of vanweë kommer; of op grond van 'n kombinasie hiervan. Wat manlike versorgers se subjektiewe belewenis betref, voel hulle, in vergelyking met vroulike versorgers, meer dikwels dat hulle wel cope, ervaar hulle minder skuldgevoelens en ervaar hulle minder die begeerte om die versorgingsrol op te gee.

Om al hierdie soms bo-menslike eise die hoof te bied, is daar 'n verskeidenheid van hulpbronne en meganismes waarvan hierdie versorgers gebruik maak. Manlike versorgers gebruik oor die algemeen 'n meer probleem-oplossende benadering tot versorging. Hulle is ook meer taakgeoriënteerd. Dit help hulle om te cope met die stressore en beskerm hulle teen gevoelens van las en uitbranding. Fisieke oefening kan ook 'n suksesvolle copingmeganisme wees.

Sosiale ondersteuning van die versorgers se kinders, veral hulle dogters, is ook 'n belangrike copingmeganisme vir hierdie versorgers. Die vlak van informele sorg en ondersteuning van vriende is volgens die literatuur dikwels beperk.

Troeteldiere kan as kamerade optree, veral vir manlike versorgers, en kan bydra tot 'n beter vlak van geestesgesondheid by die versorger. Baie versorgers vind ook krag in

spirituele ondersteuning. Manlike versorgers maak oor die algemeen meer gebruik van 'praktiese' ondersteuningsdienste (byvoorbeeld huishoudelike of wasserydienste), teenoor vroulike versorgers wie se distres baie keer onderliggend is aan emosionele en sielkundige kwessies sodat hulle dan 'verbale' ondersteuning van spesialiste (byvoorbeeld sielkundiges, psigiaters en maatskaplike werkers) meer van waarde ag.

Ondersteuningsgroepe kan 'n groot bron van ondersteuning aan die versorgers bied, maar manlike versorgers neem oor die algemeen baie minder as vroulike versorgers aan ondersteuningsgroepe deel. Manlike versorgers voel hulle moet sonder hulp kan cope en ervaar weerstand om hulle persoonlike gevoelens in 'n groepsituasie te lug. 'n Belangrike aspek van intervensie vir versorgers is die beskikbaarheid van individuele terapeutiese dienste. Groepwerk met familieledes kan ook 'n mate van ondersteuning bied. Die ondersteuningsdienste wat beskikbaar is, is egter meer op vroulike versorgers toegespits en moet aangepas word sodat dit meer toeganklik vir manlike versorgers is. Geneeskundiges speel onder andere 'n waardevolle rol in die evaluasie en behandeling van hierdie persone, sowel as hul versorgers. Manlike versorgers moet aangemoedig word om die geleentheid en voordele wat deur ondersteunende dienste verskaf word te gebruik, terwyl hulle daarna streef om versorging te bied aan 'n eggenote. Hulle moet, volgens die literatuur, die versorgingsrol kan onderneem sonder om die tradisionele vroulike weergawe te modelleer.

Die versorgers se welstand kan op 'n positiewe sowel as 'n negatiewe manier deur die versorgingsrol beïnvloed word. Negatiewe uitkomstes sluit onder andere die verlies van 'n verhouding met 'n huweliksmaat, sowel as die waarneming van die agteruitgang van hierdie persoon en dan later ook die afsterwe van die huweliksmaat in. Versorgers ervaar dus na aanleiding van bogenoemde 'n 'dubbele rouproses'. Psigiatrisse versteurings, soos onder meer depressie, ontwikkel na aanleiding van die eise wat die versorging stel, maar dit is hoër onder vroue. Die versorger se fisieke gesondheid lei ook onder die stres van die versorgingsrol, maar weer eens meer onder vroue as onder mans. Die moontlikheid bestaan egter dat manlike versorgers die ernstigheidsgraad van simptome laer takseer as vroue.

Daar is egter nie slegs negatiewe uitkomst wat die versorgingsrol betref nie, maar dikwels wel ook positiewe uitkomst. Daar kom baiekeer 'n gevoel van wederkerigheid voor, veral onder manlike versorgers, wat voel hulle gee iets terug aan hulle huweliksmaat vir al die liefde en ondersteuning wat hulle voorheen van haar ontvang het. Persoonlike groei kom ook voor aangesien versorgers, veral mans, take moet bemeester waarvoor hulle nooit voorheen verantwoordelik was nie. Dit kan 'n gevoel van prestasie meebring. Manlike versorgers reageer oor die algemeen meer positief op die versorging as vroulike versorgers. Sommige manlike versorgers kry 'n gevoel van 'werksbevrediging' en party geniet selfs hierdie nuwe rol. Wanneer versorgers leer om tyd vir hulleself ook te maak en dus na hulle eie welstand om te sien, het dit ook 'n positiewe impak. Die huweliksbelofte speel ook dikwels 'n rol.

Die ondersoek geskied vanuit 'n psigofortologiese invalshoek en daarom is daar laastens (Hoofstuk 4) ook gefokus op die faktore wat die mens staande hou en selfs laat floreer ten spyte van die daaglikse ervaring van stres. Daar is ook veral gefokus op die verskillende copingmeganismes wat mense gebruik.

Hierdie is 'n kort samevatting van die literatuurstudie. In die empiriese ondersoek sal die belewenis van die ondersoekgroep vergelyk word met die bevindinge van die literatuurstudie. Die volgende hoofstuk (Hoofstuk 5) sal handel oor die metodologie van die ondersoek.

HOOFSTUK 5

METODOLOGIE

5.1 INLEIDING

In Hoofstuk 4 is die temas van salutogenese, psigofortologie en Alzheimer se siekte (en veral die invloed daarvan op die versorger) bespreek. Die literatuuroorsig is ook in Hoofstuk 4 afgesluit.

‘n Beskrywing van die navorsingsmetodologie wat in die ondersoek gevolg is, word in hierdie hoofstuk vervat. Daar sal vervolgens gekyk word na die doel van die studie, die aard en samestelling van die ondersoekgroep, meetinstrumente wat gebruik is, die navorsingsontwerp en laastens die wyse van data-verwerking.

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

5.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Daar word dikwels na die versorgers verwys as ‘die ander slagoffers van demensie’ (Barlow & Durand, 2001). Dit is, ter wille van beide die persoon met Alzheimer se siekte en die versorger, noodsaaklik dat die sielkundige welstand van die versorger in die versorgingsproses behoue sal bly. Daar bestaan dus ‘n behoefte aan navorsing waar die klem geplaas word op ‘n ondersoek na die vermoë van die versorger om met hierdie uitmergelende omstandighede te cope, en waar daar meer spesifiek gefokus word op die psigofortologiese konstrakte wat ‘n rol in die copingproses mag speel. Hierdie studie handel spesifiek oor die belewenis van die man as versorger, aangesien daar alreeds baie bekend is oor die vrou in hierdie rol (Potgieter, 2000, 2003). Wanneer hierdie versorgers bestudeer word, is dit uit die literatuur duidelik dat hulle blootgestel word aan ‘n wye verskeidenheid van stressore. Dit blyk ook uit die literatuurstudie dat psigofortologiese konstrakte ‘n sentrale rol speel by die suksesvolle hantering van die negatiewe gevolge van stresvolle omstandighede.

Die doel van hierdie studie was dus om vas te stel watter rol psigofortologiese faktore speel ten opsigte van die belewenis en ervaring van manlike versorgers van huweliksmaats met Alzheimer se siekte. Daar is spesifiek gelet op die besondere uitdagings wat die versorgingstaak inhou, asook die sielkundige hulpbronne wat benodig word om hierdie uitdagings die hoof te bied. Daar is met ander woorde gefokus op die sielkundige sterktes wat 'n rol tydens die versorging speel. Die resultate kan dan gebruik word om 'n grondslag te lê vir die ontwikkeling van riglyne vir sielkundige ondersteunende programme wat persone in soortgelyke situasies kan bemagtig om die eise wat hierdie siektetoestand aan hulle stel, beter te kan hanteer, ofskoon die ontwikkeling van hierdie riglyne buite die bestek van hierdie studie val. 'n Laaste doelwit was om die resultate van hierdie studie te vergelyk met die resultate van Potgieter (2000) wat die sielkundige behoeftes van vroulike versorgers ondersoek het.

5.3 ONDERSOEKGROEP

Die deelnemers aan hierdie studie het bestaan uit een Engelssprekende en nege Afrikaanssprekende blanke, middelklas mans wat minstens een jaar lank reeds verantwoordelik is vir die versorging van 'n eggenote met Alzheimer se siekte. Volgens Crabtree en Miller (1999) is vyf tot agt deelnemers voldoende om ryk inligting te verskaf vir kwalitatiewe navorsing. 'n Gerieflikheidssteekproef is benut. Manlike versorgers is skaars en 'n speurtog is op tou gesit om ten minste 10 sodanige versorgers te identifiseer. Die Vrystaatse tak van Alzheimer's SA en plaaslike neuroloë het met die identifisering gehelp. Die mans is op 'n vrywillige basis by die studie betrek (sien Bylaag 1). Al die geïdentifiseerde versorgers was gewillig om aan die ondersoek deel te neem. Hoewel in verskillende fases van die versorgingsproses, was al hierdie mans gedurende die studie gemoeid met die versorging van 'n huweliksmaat wat met Alzheimer se siekte gediagnoseer is.

5.4 MEETINSTRUMENTE

Die kwantitatiewe komponent van die studie het die gebruik van verskeie vraelyste ingesluit. Die rasionaal vir die gebruik van die meetinstrumente, sowel as die aard,

administrasie en interpretasie daarvan, sal vervolgens bespreek word. Die betroubaarheids- en geldigheidsindekse van die instrumente, asook 'n rasionaal vir die gebruik van die onderskeie instrumente word vermeld.

Eerstens is van die meetinstrumente wat Schneider et al. (1999) in 'n uitgebreide studie in Europa gebruik het vir hierdie studie geselekteer. Tweedens is dieselfde meetinstrumente wat Potgieter (2000) gebruik het gekies. Potgieter het ook die Schneider-studie as grondslag vir sy seleksie van meetinstrumente gebruik, maar sy ondersoek was slegs op die behoeftes van vroulike versorgers toegespits. Die keuse van dieselfde meetinstrumente vir hierdie studie maak dus 'n vergelyking tussen die resultate van die verskillende ondersoeke moontlik.

Die volgende vraelyste is in die ondersoek gebruik:

5.4.1 Biografiese vraelys

'n Kort biografiese vraelys is gebruik om inligting rakende die ouderdom, geslag en huwelikstatus van die versorgers te bekom. Die vraelys het is ook gerig op inligting oor kontakbesonderhede, hoe lank die persoon reeds die versorgingstaak verrig en hoeveel tyd (ure per dag) die versorging in beslag neem (sien Bylaag 2).

5.4.2 Lewenstevredenheidskaal / '*Satisfaction With Life Scale*' (SWLS) (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985)

5.4.2.1 Rasionaal

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

5.4.2.2 Aard, administrasie en interpretasie

Hierdie skaal bestaan slegs uit vyf items en tellings word bepaal deur die gebruik van 'n Likert-sewepuntskaal. Die vraelys kan dus betreklik vinnig voltooi word en die instruksies is eenvoudig en duidelik. 'n Waarde van een tot sewe word vir elke item toegeken volgens die antwoordkeuse en hierdie waardes word uiteindelik gesommeer om 'n totaaltekening te verkry. Die strekwydte van tellings is dus van 5 ('n lae mate van lewenstevredenheid) tot 35 ('n hoë mate van lewenstevredenheid).

5.4.2.3 Betroubaarheid en geldigheid

Goeie betroubaarheidsindekse van 0.82 en 'n alfakoëffisiënt van 0.87 is gevind nadat daar van die toets-hertoets-betroubaarheidsindeks gebruik gemaak is (Diener et al., 1985). Wissing en Du Toit (1994) het die Lewenstevredenheidskaal betroubaar en geldig gevind vir die Suid-Afrikaanse konteks met 'n betroubaarheidsindeks (Cronbach-alfa) van 0.83. Diener et al. (1985) het ook 'n goeie konstrugeldigheid aangedui.

5.4.2.4 Motivering vir gebruik

Lewenstevredenheid word deur verskeie outeurs beskou as 'n kognitiewe komponent van sielkundige welstand (Diener et al., 1985; Wissing & Van Eeden, 2002). Die vraelys kan vinnig in 'n kort tyd afgeneem word. Die vraelys kan 'n bydrae lewer ten opsigte van die meting van die ondersoekgroep se gelukkigheid en tevredenheid met hulle lewens ten tyde van die data-insameling.

5.4.3 Koherensiesin-vraelys / *'Sense of Coherence Scale'* (SOC)

(Antonovsky, 1987)

5.4.3.1 Rasionaal

Antonovsky (1987) het die Koherensiesinskaal ontwerp om die konsep van koherensiesin, wat hy geformuleer het, op 'n kwantitatiewe wyse te meet en te evalueer. Die mate waartoe 'n persoon ondervind dat sy of haar ervarings of

uitdagings van alledaagse stressore verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol is, word met behulp van hierdie vraelys bepaal.

5.4.3.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Koherensiesinskaal bestaan uit 29 items wat drie skale verteenwoordig:

- Verstaanbaarheid (11 items) het betrekking op die persoon se oortuiging dat hy of sy die dinamika agter sekere gebeure in die omgewing sal kan begryp en kan antisipeer.
- Hanteerbaarheid (10 items) het betrekking op die mate waartoe die persoon van mening is dat hy of sy oor die nodige vermoëns of hulpbronne beskik om uitdagende faktore die hoof te bied.
- Betekenisvolheid (8 items) dui op die individu se oordeel of die uitdagende faktore in die omgewing belangrik genoeg ag word om persoonlike energie te belê in die aanspreek daarvan (Antonovsky, 1987).

Koherensiesin verwys na 'n globale oriëntasie eerder as 'n respons op 'n spesifieke situasie. 'n Persoon behaal dus 'n hoë of lae telling op 'n globale oriëntasie ten opsigte van koherensiesin. Antonovsky (1987) ontmoedig benutting van die tellings van die subskale en die bestudering van interverhoudings tussen hierdie subskale.

Die vrae word op 'n 7-punt semantiese differensiaalskaal beantwoord. By elke item word twee ankerfrases, wat die ekstreme response verteenwoordig, verskaf. Die instruksies is eenvoudig en maklik verstaanbaar en word op die vraelys voorsien. Die respondente moet op 'n skaal van 1 tot 7 besluit tot welke mate hulle met elke stelling saamstem. Die vraelys het geen tydsbeperking nie, maar behoort nie langer as 20 minute te neem om te voltooi nie. Daar is 13 items met negatiewe ladings wat tydens die nasienprosedures eers omgekeer moet word sodat 'n hoë telling altyd 'n uitdrukking van 'n sterk koherensiesin is. Hierdie items is nommers, (1), (4), (5), (6), (7), (11), (13), (14), (16), (20), (23), (25) en (27). Dan word die gewig van elke gemerkte respons bymekaar getel. Die totaaltellings het 'n strekwydte van 29 tot 203 (Antonovsky, 1987). Die totaalstelling is aanduidend van die mate waartoe die individu die stressore wat hy of sy in die alledaagse lewe ervaar as verstaanbaar,

beheerbaar en betekenisvol beskou. 'n Hoë telling gee 'n aanduiding van 'n positiewe koherensiesin.

5.4.3.3 Betroubaarheid en geldigheid

In 26 studies waarin die Koherensiesin-vraelys met 29 items gebruik is, het die Cronbach-alfa-koëffisiënt vir interne konsekwentheid gewissel van 0.82 tot 0.95, wat as aanvaarbaar beskou kan word (Antonovsky, 1993). Hierdie outeur rapporteer ook dat dit beskik oor goeie inhouds- en kriteriumgeldigheid. Wissing en Van Eeden (1994) het goeie interne konsekwentheid ook in die Suid-Afrikaanse konteks gevind, met 'n alfa-koëffisiënt wat wissel tussen 0.85 en 0.91.

5.4.3.4 Motivering vir gebruik

Die Koherensiesinskaal is 'n belangrike determinant van sielkundige welstand (Wissing & Van Eeden, 1994, 2002). Die vraelys meet faktore wat toepaslik is vir hierdie ondersoek en is volgens Antonovsky (1993) 'n skaal wat universeel geldig is vir verskillende kultuurgroepe, geslagte en sosiale groepe.

5.4.4 Algemene Gesondheidstoestand-vraelys / 'General Health Questionnaire' (Goldberg & Hillier, 1979)

5.4.4.1 Rasionaal

Die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys is 'n selfrapporteringsvraelys en is daarop gemik om algemene simptome wat in verskillende sindrome van geestesversteurings voorkom, te bespeur. Dit is 'n siftingstoets wat persone met waarskynlike psigopatologiese simptome identifiseer. Dit handel veral oor twee fenomene, naamlik die onvermoë van die individu om normale 'gesonde' funksies uit te voer en die teenwoordigheid van faktore wat ongemak en stres kan veroorsaak. Die vraelys meet dus die algemene vlak van fisieke en sielkundige gesondheid van individue (Goldberg & Hillier, 1979).

5.4.4.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys is 'n selfbeoordelingsvraelys en bestaan uit twee weergawes, naamlik 'n 28-item weergawe en 'n verkorte weergawe van 12-items. Eersgenoemde sal in hierdie studie gebruik word. Die 28 items van die vraelys is onderverdeel in 4 domeine. Hierdie domeine is: (A) Somatiese simptome, (B) Angssimptome en insomnie, (C) Sosiale disfunksie en (D) Ernstige depressie. Elk van hierdie domeine word deur sewe items gemeet. 'n Totaaltelling word dus verkry, sowel as vier verskillende subskaaltellings. Die vraelys kan vinnig beantwoord word, maar daar is geen tydsbeperking op die voltooiing daarvan nie. Elke stelling moet oorweeg word en die respondent moet besluit tot watter mate die stelling waar is ten opsigte van sy of haar beleving. Die puntetelling geskied volgens 'n 0-0-1-1-skaal, aangesien dit volgens Goldberg en Hillier (1979) beter resultate lewer as die gebruik van die Likert-skaal ('n skaal met tellings soos byvoorbeeld 1-2-3-4). Diegene wat 'waarskynlike gevalle' van geestesversteuring verteenwoordig, word bepaal deur 'n drempelwaarde van 4/5 as totaaltelling per subskaal. Die vier subskale is nie onafhanklik van mekaar nie, alhoewel korrelasies tussen die skale laer is as die tussen die subskale en die totaaltelling (sien Tabel 5.1).

Tabel 5.1: Interkorrelasies tussen die vier domeine en die totaaltelling van die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys (Goldberg & Hillier, 1979)

	Skaal B	Skaal C	Skaal D	Totaalskaaltelling
Skaal A	0.58	0.52	0.33	0.79
Skaal B	-	0.57	0.61	0.90
Skaal C	-	-	0.44	0.75
Skaal D	-	-	-	0.69

Die korrelasiekoëffisiënt van 0.90 tussen Skaal B (angssimptome en insomnie) en die totaaltelling, ondersteun die siening dat angstigheid 'n kernkomponent is onderliggend aan psigiatriese versteurings. Die teenwoordigheid van drie ander skale maak dit vir die ondersoeker moontlik om ander domeine van simptomatologie ook te meet (Goldberg & Hillier, 1979).

5.4.4.3 Betroubaarheid en geldigheid

Die individuele skaaltellings het deurgaans hoë korrelasies getoon met onafhanklike kliniese beoordelings van die onderskeie skaal-simptoomdomeine. Volgens Goldberg en Hillier (1979) word hoë konstruktgeldigheid aangedui deur hierdie relatief hoë korrelasiekoëffisiënte (sien Tabel 5.2). Schneider et al. (1999) spreek hulle gunstig ten opsigte van die geldigheid en betroubaarheid van hierdie instrument uit, na die gebruik daarvan in 'n omvattende Europese ondersoek.

Tabel 5.2: Korrelasies tussen skaaltellings en onafhanklike kliniese metings
(Goldberg & Hillier, 1979)

	Skaal A Somatiesse simptome	Skaal B Angs en insomnie	Skaal C Sosiale disfunksie	Skaal D Erge depressie	Totale toets- telling
a) Somatiesse simptome	0.32	0.28	0.23	0.21	0.32
b) Angs en spanning	0.47	0.70	0.43	0.51	0.67
c) Depressie	0.49	0.71	0.54	0.56	0.73
d) Psigiatriese simptome	0.55	0.75	0.56	0.51	0.76

5.4.4.4 Motivering vir gebruik

Hierdie relatief kort en maklike toets lewer 'n magdom van inligting rakende die spesifieke simptome wat deur respondente ervaar word. Die vraelys is spesifiek ontwerp vir studies waar die toetsafnemer meer inligting benodig as wat voorsien sou word deur 'n skaal wat uiteindelik 'n enkele telling lewer wat as aanduiding moet dien van die graad van disfunksie. Die toetsafnemer kan byvoorbeeld depressiewe pasiënte selekteer, wat 'n hoë totaal telling en 'n hoë telling op die Depressie skaal (Skaal D) behaal het.

Versorging word dikwels geassosieer met stres en las wat gedra word ten koste van die versorger se eie gesondheid (Burns et al., 1996; Gwyther, 1998; Perel &

Hopkins, 1998). Daarom is die bepaling van versorgers se algemene vlak van fisiese en sielkundige gesondheid, soos gemeet deur hierdie vraelys, belangrik.

5.4.5 Die Lasdra-onderhoud / ‘Burden Interview’

(Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980)

5.4.5.1 Rasionaal

Zarit et al. (1980) het ondersoek ingestel na moontlike faktore wat kan bydra tot gevoelens van las (*burden*) wat deur versorgers van persone met demensie ervaar word. Daar is onderhoude met versorgers gevoer om ondersoek in te stel na die eise wat verskeie aspekte van die tuis-versorgingsituasie inhou, sowel as na die gedragsinkortinge wat die persoon met demensie openbaar. Die lasdra-onderhoud se items dek gevolglik die areas wat deur versorgers as problematies ervaar is. Die areas sluit onder ander die volgende in: versorger-gesondheid, sielkundige welstand, finansies, sosiale funksionering en ondersteuning, en interpersoonlike verhoudings (Zarit et al, 1980).

5.4.5.2 Aard, administrasie en interpretasie

Die Lasdra-onderhoud is ‘n selfrapporteringsvraelys wat bestaan uit 29 items wat die mate van lasdra ondersoek wat geassosieer word met geïdentifiseerde areas van versorger-ongemak, byvoorbeeld: “*Ek voel dat my betrokkenheid by my eggenote veroorsaak dat ek weinig tyd vir myself het*” of “*My eggenote se gedrag laat my verleë voel*”. Die mate van ongemak wat deur die verskillende aspekte van versorging veroorsaak word, word dan aangedui op ‘n 4-puntskaal wat wissel van ‘glad nie’ tot ‘altyd’. Vier van die 29 items word ‘negatief’ bepunte en dan van die totaal afgetrek. ‘n Totale lasdra-telling word dan bereken uit ‘n moontlike maksimum-waarde van 84. Dit behoort nie langer as 15 minute te neem om die vraelys te voltooi nie, maar daar word egter geen tydsbeperking op die beantwoording van die vraelys geplaas nie. Die instruksies is eenvoudig en maklik verstaanbaar.

Zarit et al. (1980) het in hulle studie ‘n gemiddelde lasdra (*burden*) -telling van 31 (verspreiding van 1 tot 66) onder versorgers gevind, met ‘n standaardafwyking van

13.3. Schneider et al. (1999) vind egter in 'n uitgebreide Europese studie dat tellings van versorgers op hierdie vraelys wissel tussen 28 en 52, wat aanduidend is van 'n hoër vlak van versorgerlas as in die studie van Zarit et al. (1980).

5.4.5.3 Betroubaarheid en geldigheid

Geen inligting rakende die betroubaarheid van die vraelys is beskikbaar nie. Schneider et al. (1999) wat 'n uitgebreide studie in Europa gedoen het, spreek hulle egter gunstig uit ten opsigte van die geldigheid van hierdie vraelys.

5.4.5.4 Motivering vir gebruik

Die Zarit Lasdra-onderhoud, is die meetinstrument wat die gereeldste gebruik word vir die meting van versorgerlas met betrekking tot die versorging van 'n persoon met demensie (Ankri, Andrieu, Beaufils, Grand, & Henrard, 2005). In 'n uitgebreide studie wat in Europa gedoen is, is gevind dat hoë vlakke van sielkundige en lasverwante stres onder die versorgers van persone met Alzheimer se siekte voorkom (Schneider et al., 1999). Dit kan dus waardevolle inligting verskaf rakende die las wat versorgers ervaar.

5.4.6 Fortaliteitsvraelys / 'Fortitude Questionnaire' (FORQ) (Pretorius, 1998)

5.4.6.1 Rasionaal

Die konstruk 'fortaliteit' is reeds in diepte bespreek (sien afdeling 4.7.2). In kort verwys fortaliteit na die mate van sielkundige sterktes of innerlike krag waaroor 'n persoon beskik ten einde hom of haar in staat te stel om spanning en stresvolle lewensgebeure te hanteer. Hierdie mate van innerlike 'krag' spruit volgens Pretorius (1998) uit drie dimensies, naamlik positiewe persepsies van die self, die gesin en die beskikbare ondersteuning van andere. Die vraelys is dus ontwikkel om die mate van fortaliteit waaroor 'n individu beskik, te kwantifiseer (Pretorius, 1998).

5.4.6.2 Aard, administrasie en interpretasie

Hierdie vraelys bestaan uit 20 items, wat die drie domeine van fortaliteit dek, naamlik die beoordeling van die self (sewe items), die mate van ondersteuning deur die gesin (sewe items) en die mate van ondersteuning deur ander (ses items). 'n Volledige en duidelike uiteensetting van die instruksies wat gevolg moet word, gaan die vraelys vooraf. Dit neem gemiddeld ongeveer 15 minute om die vraelys te voltooi, maar daar bestaan egter geen tydsbeperking nie. Die 20 stellings word beoordeel op 'n gegreeerde vierpuntskaal wat wissel van 'nie van toepassing' tot ' baie sterk van toepassing'. Slegs item 20 se puntetelling word geroteer weens die negatiewe formulering van die vraag. 'n Totaaltelling word verkry deur die verskillende itemtellings te sommeer. Die strekwydte van die totaaltellings strek van 20 ('n lae vlak van fortaliteit) tot 80 ('n hoë vlak van fortaliteit). Lae vlakke van sielkundige sterkte word aangedui deur 'n totaaltelling van 58 en laer, waar 'n totaaltelling van 65 en meer weer aanduidend van hoë vlakke van sielkundige sterkte sou wees.

5.4.6.3 Betroubaarheid en geldigheid

Die betroubaarheid van die individuele subskale kan volgens Pretorius (1998) as bevredigend beskou word, aangesien dit gewissel het tussen 0.74 en 0.82. 'n Subskaalbetroubaarheid van 0.74 vir taksering van die self, 0.82 vir taksering van die familie en 0.76 vir die taksering van die mate van ondersteuning is gerapporteer. Elkeen van die subskale en al die items dra betekenisvol by tot die totale betroubaarheid. Die betroubaarheid van die totale skaal (fortaliteit) is bereken deur middel van die alfa-koëffisiënt as 0.85 en kan volgens Pretorius (1998) as hoogs bevredigend beskou word.

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

5.4.6.4 Motivering vir gebruik

Die drie dimensies van fortaliteit waaruit die vraelys bestaan, word as belangrik beskou vir die sielkundige welstand van die mens op talle terreine van sy of haar bestaan. Die vraelys word aangewend om te meet tot watter mate psigofortologiese faktore 'n rol speel in die versorger se hantering van stressore. 'n Goeie aanduiding van die sielkundige sterktes van die versorgers van persone met Alzheimer se siekte kan dus verkry word deur middel van 'n kwantitatiewe bepaling van die drie dimensies van fortaliteit.

5.5 NAVORSINGSONTWERP

Die ondersoek is tweeledig van aard, aangesien kwalitatiewe (wat die meeste gewig dra) asook kwantitatiewe data-ontledingsmetodes gebruik is.

Kwantitatiewe data is deur die voltooiing van vyf vraelyste (sien afdeling 5.4) bekom. Die resultate daarvan is met beskrywende statistiese tegnieke ontleed. Die enkele psigometriese toetse is afgeneem bloot ter toeligting van die kwalitatiewe resultate, en word nie vir inferensiële doeleindes aangewend nie. Die ondersoekgroep is te klein daarvoor.

In die kwalitatiewe gedeelte van die ondersoek is die data bekom deur semi-gestruktureerde indiepte-onderhoude wat gevoer is met die eggenoot van 'n persoon met Alzheimer se siekte. Daar bestaan verskillende benaderings tot die ontleding van data in kwalitatiewe navorsing. Die 'Begronde teorie' soos beskryf deur Strauss en Corbin (1998) wat gerig is op 'n oop fenomenologiese benadering is onder meer 'n voorbeeld daarvan. Een van die sterkpunte van hierdie uitgangspunt is die 'oop' benadering sonder vooraf bepaalde stellinginnames of hipoteses. Die teorie word geformuleer vanuit die veldwerkervaringe en 'n indiepte-ontleding van die data. Die probleem wat egter ontstaan, is hoe om die veld met 'n werklike oop gemoed te ondersoek. Hermeneutika (Patton, 2002) is 'n ander voorbeeld van hoe data benader kan word en neem weer die posisie in dat niks geïnterpreteer kan word sonder een of ander perspektief nie. Die eerste prioriteit van hierdie benadering is om hierdie perspektief vas te vang en die konteks van die mense wat bestudeer word, toe te lig en

te verduidelik. Die navorser se eie perspektief moet ook eksplisiet gemaak word, asook enige ander tradisie of perspektief wat in ag geneem word wanneer die bevindinge geïnterpreteer word. Oriënterende kwalitatiewe ontledingsbenadering (Patton, 2002) gaan een stap verder. Hierdie benadering vermy enige voorwendsel dat dit sonder vooroordeel is in die soeke na 'begronde' of 'verryssende' teorie. Die benadering begin met 'n eksplisiete teoretiese of ideologiese perspektief wat bepaal watter konseptuele raamwerk die veldwerk en die interpretasie van die bevindinge sal rig.

Daar sal 'n oriënterende kwalitatiewe ontledingsbenadering in hierdie studie gevolg word (Patton, 2002). Die benadering is daarop afgestem om die vergestaltung van reeds bestaande teoretiese modelle in 'n nuwe domein te ondersoek. Die psigofortologiese invalshoek en meer spesifiek Antonovsky se koherensiesin sal as teoretiese basis gebruik word, in navolging van die werk van Potgieter (2000). Die resultate sal dan vergelyk word met Potgieter (2000) se bevindinge rakende die sielkundige behoeftes van vroulike versorgers van persone met Alzheimer se siekte. Volgens Patton (2002) is hierdie oriënterende ontledingsbenadering daarop gemik om spesifieke manifestasies van reeds-vermoedelijke algemene patrone te beskryf en verduidelik (sien Hoofstuk 6, afdeling 6.3 vir 'n uitbreiding). Die fokus van die ondersoek word bepaal deur die raamwerk waarbinne daar gewerk word, daar word betekenis daaraan gegee en die bevindinge word geïnterpreteer vanuit die perspektief van daardie raamwerk. So 'n ondersoek is gerig op bevestiging, verduideliking en toeligting eerder as ontdekking.

5.6 PROSEDURE

Soos reeds genoem, het hierdie studie van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes van ondersoek gebruik gemaak. Die prosedure wat tydens die toepassing van elk van hierdie metodes aangewend is, sal vervolgens afsonderlik bespreek word.

5.6.1 Kwantitatiewe ontleding

Die kwantitatiewe gedeelte van die studie het die voltooiing van die onderskeie vraelyste (sien afdeling 5.4) behels. Toestemmingsbriewe, om ingeligte toestemming

te verkry, is onderteken voor die afneem van die vraelyste (sien Bylaag 1). Die vraelyste en antwoordvelle is in 'n boekievorm gebind en aan die respondente gegee. Die boekies het 'n inligtingstuk bevat wat die doel van die studie en die vraelyste kortliks verduidelik. Die vraelyste is deur elke respondent voltooi en aan die navorser terugbesorg en is daarna gekontroleer vir volledigheid en akkuraatheid. Die vraelyste is nagesien en totaaltellings is verkry vir elke individuele respondent.

5.6.2 Kwalitatiewe ontleding

Wat die kwalitatiewe gedeelte van die studie betref, is data vanuit semi-gestruktureerde in-diepte-onderhoude wat met elkeen van die respondente gevoer is, bekom. Die semi-gestruktureerde onderhoude het die versorgers toegelaat om hulself vrylik uit te druk terwyl die gesprek tog op bepaalde inhoudes afgestem is. Daar is ook gebruik gemaak van oop-eindevrae om sodoende die versorgers toe te laat om self oor hulle eie belewenis uit te brei. Die totale onderhoudtyd met elke versorger was ongeveer een uur. Die meeste van die onderhoude is by die versorgers se huis gevoer, op 'n tyd wat vir hulle gepas was. Hierdie individuele onderhoude is met 'n bandopnemer opgeneem en daarna getranskribeer. Die inhoud daarvan is met behulp van die NUD*IST (1999) kwalitatiewe ontledingsprogram gekodeer en ontleed volgens die riglyne van Patton (2002) soos bespreek in Afdeling 5.5. Aanhalinge van die versorgers se eie woorde is gebruik om die temas en kategorieë wat ontstaan het, te illustreer. Om die identiteit van die versorgers te beskerm, is geen name van die versorgers gebruik nie, daar is slegs verwys na Versorger # 1, Versorger # 2 ensovoorts.

5.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die metode wat gebruik is vir die insameling van die data benodig vir die empiriese ontleding. Die doel van die studie, die aard en eienskappe van die ondersoekgroep asook die meetinstrumente, is bespreek. Die navorsingsontwerp, die ondersoekprosedure asook die statistiese verwerking van die data is daarna aangedui. In Hoofstuk 6 sal die resultate wat verkry is uit hierdie ondersoek uiteengesit word.

HOOFSTUK 6

RESULTATE EN INTERPRETASIE

6.1 INLEIDING

Die doelwit van hierdie studie, soos saamgevat in Hoofstuk 5, was om vanuit 'n psigofortologiese perspektief 'n beeld te skets van die belewenis van manlike versorgers van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Die besondere uitdagings van hierdie versorgingstaak, asook die sielkundige hulpbronne wat benodig word om die uitdagings die hoof te bied, het veral aandag geniet. Die studie fokus dus op die sielkundige sterktes wat 'n rol speel wanneer 'n eggenoot na sy vrou met Alzheimer se siekte omsien. Die uiteindelijke doel is om op grond van die bevindinge, riglyne vanuit die veld van psigofortologie te formuleer vir benutting deur manlike versorgers van persone met Alzheimer se siekte.

In hierdie hoofstuk sal die resultate van die ondersoek weergegee en geïnterpreteer word. Bespreking van die resultate sal in drie dele geskied. Deel 1, wat die kwantitatiewe gedeelte van die studie beslaan, sal die bespreking van die resultate van die vraelyste wat in hierdie studie toegepas is, behels. Dit word bloot ter toeligting van die kwalitatiewe resultate gebruik en is nie vir inferensiële doeleindes aangewend nie. In Deel 2 word die kwalitatiewe gedeelte van die ondersoek bespreek. Die fokus val op die ontleding van die inhoud van die semi-gestruktureerde individuele onderhoude wat met versorgers gevoer is. Hierdie onderhoude het gefokus op manlike versorgers se belewing van die versorgingsproses van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. In dié ontleding is daar gepoog om 'n beeld te vorm van die belewenisse en die unieke uitdagings wat hierdie versorgingsproses aan die versorgende huweliksmaat stel. Hierdie kwalitatiewe ontleding vorm die hoofkomponent van hierdie studie. In die finale gedeelte, Deel 3, word 'n beeld van die belewenis van manlike versorgers van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte vanuit 'n psigofortologiese invalshoek geskets onder die opskrif van 'Psigofortologie'. Die psigofortologiese invalshoek van hierdie studie word dan geïllustreer deur Antonovsky se konstruk van 'Koherensiesin' as teoretiese basis

daarvoor te gebruik. Hierdie deel sal ook gebruik word as grondslag vir die gevolgtrekkings in Hoofstuk 7.

6.2 DEEL 1: KWANTITATIEWE ONTLEDING

6.2.1 Biografiese vraelys

Die volgende inligting is met behulp van die biografiese vraelyste ingewin:

Die ondersoekgroep het bestaan uit 10 mans wat hulle ten tyde van die ondersoek, in die versorgingsrol van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte bevind het. Versorger # 8 se huweliksmaat se toestand het drasties versleg kort nadat die onderhoud met hom gevoer is. Weens sy omstandighede kon hy dus nie die vraelyste voltooi nie. Slegs 9 van die 10 versorgers se vraelyste word dus in ag geneem. Die ouderdomme van die versorgers het gestrek van 61 jaar tot 86 jaar met 77 jaar as die gemiddelde ouderdom en 80 jaar as die mediaanouderdom.

Die response op die vraag hoe lank gelede die diagnose van Alzheimer se siekte in die persoon gemaak is, het gewissel van 'n minimum van 1 jaar tot soveel as 23 jaar. Die gemiddelde tyd wat die versorger dus al bewus was van die siekte was ongeveer 6 jaar en die mediaan 4 jaar.

Die versorgers het elkeen aangedui dat die versorgingsrol waarin hulle hulself bevind baie tyd in beslag neem, met response soos die volgende: “Aan die begin 3 ure per dag, nou voltyds”, “Heeldag”, “Vanaf opstaantyd tot slaaptyd” en “Voldag.” Hierdie response gee 'n aanduiding van die intensiteit van die versorgingsrol, soos ervaar deur die versorgers.

Nege van die versorgers het hul huweliksmaat nog tuis versorg. Soos reeds genoem, het Versorger # 8 nie die vraelyste voltooi nie. Hierdie versorger is die enigste versorger wat nie meer sy vrou tuis versorg het nie. Sy vrou word in die siekeboeg van hulle meenthuiskompleks versorg nadat sy die femur in haar been gebreek het en 'n operasie ondergaan het. Alhoewel hy haar nie meer tuis versorg nie, is hy egter nog steeds intensief betrokke by haar versorging.

6.2.2 Lewenstevredenheidskaal / ‘*Satisfaction With Life Scale*’ (SWLS)

(Diener et al., 1985)

6.2.2.1 Bespreking

Hierdie skaal meet die mate van lewenstevredenheid wat die versorger op ‘n subjektiewe basis ervaar (Diener et al., 1985). Diener et al. (1985) beskou ‘n telling van 5 as aanduidend van ‘n lae mate van lewenstevredenheid en ‘n telling van 35 as aanduidend van ‘n hoë mate van lewenstevredenheid. Die mate van lewenstevredenheid kom neer op ‘n kognitiewe beoordeling van die situasie waarin die persoon hom/haar bevind. Die gemiddelde lewenstevredenheidstelling van 22.44 wat by hierdie ondersoekgroep gevind is, lê tussen die genoemde tellings. Die ondersoekgroep as geheel toon dus ‘n gemiddelde mate van lewenstevredenheid en sielkundige welstand, met ‘n standaardafwyking van 9.63 en ‘n mediaan van 24. Dit wil dus voorkom asof hierdie groep versorgers ten spyte van die lewenstressore, steeds in staat was om ‘n redelike mate van lewenstevredenheid te handhaaf. Die hoogste telling wat gerapporteer is, is 35 en die laagste telling 5. Daar was een versorger (Versorger # 10) met ‘n telling van 35, wat uitermatig gelukkig was met sy lewe ten tyde van die invul van die vraelyste. Aan die ander kant van die kontinuum was daar twee versorgers (Versorgers # 2 en # 4 met tellings van 9 en 5 respektiewelik) wat glad nie gelukkig met hulle lewe was ten tyde van die invul van die vraelyste nie. Die gemiddelde telling dui egter aan dat die meerderheid van die ondersoekgroep tog hulle onderskeie situasies positief beoordeel het alhoewel hulle nie uitermatig gelukkig was nie.

Die resultate van hierdie studie, waar ‘n gemiddelde telling van 22,44 verkry is, stem ook grootliks ooreen met dié van Potgieter (2000) wat ‘n gemiddelde telling van 19,86 vermeld. Daar het egter slegs vroulike versorgers aan Potgieter (2000) se studie deelgeneem in teenstelling met die manlike versorgers van hierdie studie. Dit blyk dus dat dieselfde mate van lewenstevredenheid onder manlike sowel as vroulike versorgers ervaar word.

6.2.3 Koherensiesin-vraelys / ‘Sense of Coherence Scale’ (SOC)

(Antonovsky, 1987)

Die resultate van die Koherensiesin-vraelys / ‘Sense of Coherence Scale’ (SOC) (Antonovsky, 1987) word in Tabel 6.1 weergegee.

Tabel 6.1: Die resultate van die Koherensiesin-vraelys / ‘Sense of Coherence Scale’ (SOC) (Antonovsky, 1987)

Subskaal	Gemiddelde	Maksimum moontlike telling	Standaardafwyking	Mediaan
Beheerbaarheid	50.78	70	8.03	48
Betekenisvolheid	40.78	56	9.18	44
Verstaanbaarheid	51.78	77	9.51	51
Totaaltelling vir die hele ondersoekgroep	143.33	203	22.45	137

6.2.3.1 Bespreking

Die Koherensiesin-vraelys het ‘n potensiële minimumtelling van 29 en maksimumtelling van 203. Die groepgemiddeld dui aan dat die individuele groeplede oor die algemeen hulle situasies as beheerbaar, betekenisvol en verstaanbaar sien.

Antonovsky (1987) het dit verkies dat die vraelys in sy geheel beoordeel moet word, aangesien die subskale so interverweef is. Daar word egter tóg verwys na die resultate van die onderskeie subskale van hierdie instrument (sien Tabel 6.1) om ‘n kwantitatiewe aanduiding van die verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid wat die versorgers aan hulle situasie toeskryf, te verkry. Hierdie tellings dui daarop dat hierdie groep die stimuli waaraan hulle blootgestel word tot ‘n redelike mate as gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar sien. Dit dui ook verder aan dat hulle in dieselfde mate glo dat daar hulpbronne beskikbaar is om die eise van die stimuli te hanteer. Laastens dui dit aan dat die versorgers ‘n redelike hoë mate van betekenis in hulle situasie vind. Die versorgers beskik dus oor die vermoë

om uitdagings te kan identifiseer wat die moeite werd is om aan te pak en dan energie te bestee aan die hantering daarvan.

In vergelyking met Potgieter (2000) se studie, waar die gemiddelde totaalstelling 134.50 was, blyk dit dat vroulike versorgers en manlike versorgers hulle situasie tot dieselfde mate as verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol ervaar.

6.2.4 Algemene Gesondheidstoestand-vraelys / ‘*General Health Questionnaire*’ (Goldberg & Hillier, 1979)

Die resultate van die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys word in Tabel 6.2 verstrekk.

Tabel 6.2 Die resultate van die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys/ ‘*General Health Questionnaire*’ (Goldberg & Hillier, 1979)

VERSORGER #	SIMPTOOM-DOMEINE ¹⁾ :				TOTAAL
	A	B	C	D	
1	0	0	0	0	0
2	4	5	3	5	17
3	1	0	2	0	3
4	4	6	7	2	19
5	1	3	4	3	11
6	0	2	1	0	3
7	0	1	2	0	3
8	-	-	-	-	Nie voltooi
9	0	1	2	0	3
10	0	0	0	0	0
Gemiddeld	1.11	2	2.33	1.11	6.56

1. Nota: Simptoom-domeine:

Skaal A: Somatiese simptome

Skaal B: Angssimptome en insomnie

Skaal C: Sosiale disfunksie

Skaal D: Erge depressie

Die gemiddeld van die totaalstelling was dus 6.56 met 'n mediaan van 3 en 'n standaardafwyking van 7.25.

6.2.4.1 Bespreking

Wanneer die streng kriteria (naamlik 'n afsnypunt van 4/5 vir die individuele skale soos bespreek in 5.4.4.2) gevolg word, wil dit voorkom of somatiese simptome by slegs twee van die respondente voorgekom het. Die gemiddelde van hierdie skaal was 1.11 wat 'n relatief lae telling is. Twee van die respondente het wel angssimptome en insomnie ervaar. Hierdie skaal se gemiddelde telling was ook 'n relatief lae 2. Sosiale disfunksie wat veroorsaak word deur die situasie waarin hulle verkeer, is deur twee respondente vermeld. Die gemiddeld van hierdie subskaal (2.33) is relatief laag en dus nie aanduidend van sosiale disfunksie onder die meerderheid van die versorgers nie. Slegs een van die versorgers het simptome van erge depressie gerapporteer. Die groepgemiddeld (1.11) dui aan dat die versorgers oor die algemeen nie erge depressie ervaar het ten tyde van die invul van die vraelys nie. Wat die totale toetstelling betref, het slegs twee van die versorgers 'n telling van 16 of hoër behaal, wat aanduidend sou kon wees van swak algemene gesondheid.

Wanneer die gemiddelde subtoetstellings van individue egter gebruik word, en dieselfde streng kriteria wat deur Schneider et al. (1999) gebruik is in 'n groot Europese studie toegepas word, kan ongeveer 22% van hierdie groep versorgers, geïdentifiseer word as 'moontlike gevalle' vir geestesversteuring teenoor 62% van die versorgers van Potgieter (2000) se studie, waar slegs vroulike versorgers deelgeneem het. Daar bestaan dus klaarblyklik 'n groot verskil tussen manlike en vroulike versorgers op hierdie gebied.

6.2.5 Die Lasdra-onderhoud / 'Burden Interview'

(Zarit et al., 1980)

6.2.5.1 Bespreking

Zarit et al. (1980) het 'n gemiddelde lasdra ('burden') –telling van 31 (spreiding van 1 tot 66) onder versorgers gevind. In vergelyking met laasgenoemde resultate het die

ondersoekgroep van hierdie studie 'n relatief hoë mate van versorgerlas gerapporteer, met 'n gemiddelde telling van 38.33 (verspreidingswydte van 22 tot 65). Die resultate van hierdie studie stem ooreen met dié van Schneider et al. (1999) in hulle omvattende Europese studie waarin 'n gemiddelde telling van tussen 28 en 52 gerapporteer is.

Die gemiddelde van die totaalstelling was 38.33 met 'n mediaan van 37 en 'n standaardafwyking van 13.56.

6.2.6 Fortaliteitsvraelys / 'Fortitude Questionnaire' (FORQ) (Pretorius, 1998)

Die resultate van die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998) word in Tabel 6.3 verstrekk.

Tabel 6.3 Die resultate van die Fortaliteitsvraelys / 'Fortitude Questionnaire' (Pretorius, 1998)

Subskaal Positiewe beoordelende bewustheid van die:	Gemiddelde	Maksimum moontlike telling	Standaardafwyking	Mediaan
Self	21.56	28	3.90	22
Gesinsomgewing	20.89	28	2.93	20
Sosiale ondersteuning	16.78	24	3.49	16
Totaaltellings vir die hele ondersoekgroep	59.22	80	7.01	57

6.2.6.1 Bespreking

Die ondersoekgroep het tot 'n redelike mate die self, die gesinsomgewing, sowel as hulle bewustheid van die ondersteuning van ander positief beoordeel ten tyde van die invul van die Fortaliteitsvraelys. Volgens Pretorius (1998) word lae vlakke van sielkundige sterkte aangedui deur 'n totaalstelling van 58 en laer waar 'n totaalstelling

van 65 en meer weer aanduidend is van hoë vlakke van sielkundige sterkte. Wanneer die kriteria soos gestel deur Pretorius (1998) gebruik word, blyk dit dat die totaalstelling van die groep as geheel (sien Tabel 6.3) tussen hierdie kriteria val, en dus gemiddeld is. Wat hulle ‘fortaliteit’ betref, lyk dit of die versorgers as geheel meer positief as negatief is ten opsigte van die beoordeling van die self, die familie en die hulp en ondersteuning wat hulle ontvang.

Wanneer die resultate met dié van Potgieter (2000), wat ‘n gemiddelde totaalstelling van 52,25 gekry het, vergelyk word, wil dit voorkom of manlike versorgers die self, die gesinsomgewing en die bewustheid van die ondersteuning van ander, meer positief beoordeel as vroulike versorgers.

Vervolgens sal die kwalitatiewe data-ontleding in Deel 2 van die bespreking van resultate aandag geniet.

6.3 DEEL 2: KWALITATIEWE ONTLEDING

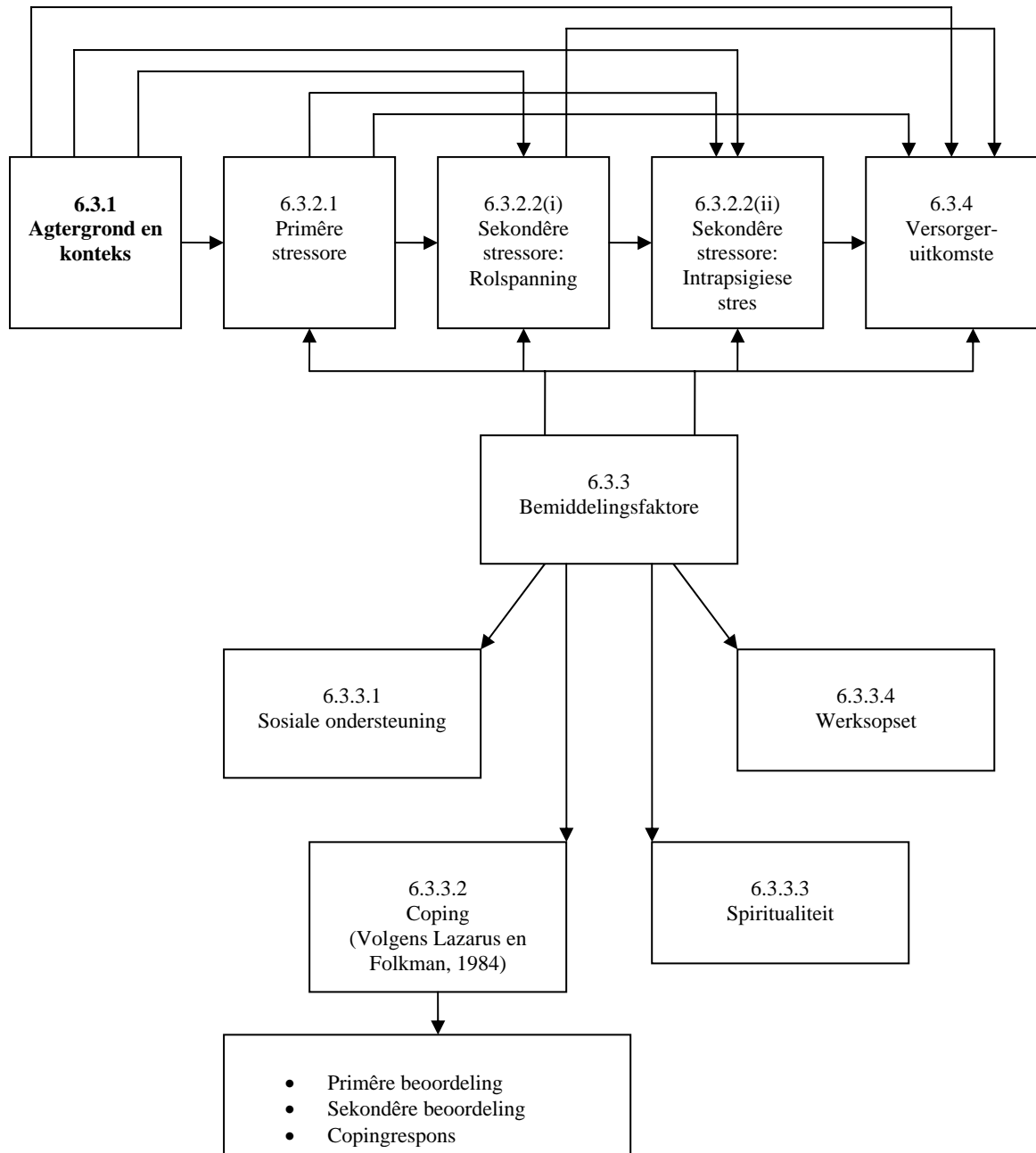
Semi-gestruktureerde onderhoude wat met respondente gevoer is oor hulle ervarings en belewenisse as versorgers, is kwalitatief ontleed aan die hand van ‘n oriënterende kwalitatiewe ontledingsbenadering van Patton (2002) (sien Hoofstuk 5 afdeling 5.5). Die NUD*IST (1999) program is as administratiewe hulpmiddel in hierdie proses benut.

Die oriënterende benadering (Patton, 2002) is daarop gerig om reeds bestaande teoretiese modelle in ‘n nuwe domein te ondersoek. Soos reeds genoem in Hoofstuk 5 (afdeling 5.5), is hierdie benadering gerig daarop om spesifieke manifestasies van reeds-vermoedelike algemene patrone te beskryf en te verduidelik. Ook genoem in Hoofstuk 5, afdeling 5.5, is dat die psigofortologiese invalshoek en meer spesifiek Antonovsky se ‘Koherensiesin’ as teoretiese basis gebruik word (sien Deel 3 onder die opskrif ‘Psigofortologie’ vir ‘n verduideliking van hierdie invalshoek), in navolging van Potgieter (2000) se werk, om ‘n vergelyking moontlik te maak. Die vergelyking sal in Hoofstuk 7 aandag geniet. Die teoretiese basis van ‘psigofortologie’ handel oor die soeke na faktore wat mense staande hou en selfs laat

floreer ten spyte van die alomteenwoordige stressore wat bydra tot daaglikse ervaring van stres. Die volgende sal dus aandag geniet in die ontleding van die resultate:

- Die identifisering van stressore waaraan die versorgers blootgestel word, met ander woorde, die faktore wat die versorging moeiliker maak (afdeling 6.3.2 sal hierdie deel behels).
- Die faktore wat daartoe bydra dat die versorgers wel met hulle versorgingsituasie cope, met ander woorde, die faktore wat die versorging makliker maak (verwys na afdeling 6.3.3).
- Die uitkomst, hetsy positief of negatief, wat volg op die versorgingsrol waarin die versorger hom bevind (sien afdeling 6.3.4).

Om egter die strukturering van die ontleding te fasiliteer, is daar besluit om die stresprosesmodel van Pearlin et al. (1990) en die Stres- en Copingproses van Lazarus en Folkman (1984) as skematiese raamwerke te benut. Beide modelle is generiese struktureringsmodelle wat op sigself inhoudloos is maar tog 'n toepaslike, redelik voor die hand liggende, generiese raamwerk voorsien wat 'n ontledingsproses kan fasiliteer. Die twee modelle is vir die doeleindes van hierdie ondersoek geïntegreer en beslaan Deel 2 (Kwalitatiewe ontleding) van hierdie hoofstuk. Hierdie modelle het in die literatuuroorsig aandag geniet (sien Hoofstuk 3 en Hoofstuk 4) en is slegs as breë raamwerk hier aangewend om die ontleding te struktureer. Vervolgens word die integrasie van die modelle grafies in Figuur 6.1 voorgestel. Die paragrafe waarin die besondere element in die manuskrip aandag geniet, word telkens aangedui.



Figuur 6.1: ‘n Skematiese voorstelling van die integrering van die Stresprosesmodel (Pearlin et al., 1990) en die Stres- en Copingproses (Lazarus & Folkman, 1984)

6.3.1 AGTERGROND EN KONTEKS

Afdeling 6.3.1 hanteer enkele sleutelkenmerke van die versorger wat ‘n impak het op hoe die versorger op stressore reageer en wat ook ‘n rol speel in die hulpbronne wat

beskikbaar is om die stressore te hanteer. Ouderdom, geslag en opvoeding sal vervolgens bespreek word.

6.3.1.1 Ouderdom en geslag

Uit die aard van die saak is al die versorgers wat aan hierdie studie deelneem manlik. Dit was 'n moeilike taak om genoeg manlike versorgers op te spoor om aan die ondersoek deel te neem. Dit versterk die indruk dat manlike versorgers oor die algemeen skaars is. Die manlike versorgers het die volgende in gemeen gehad: hulle versorg 'n huweliksmaat met Demensie van die Alzheimer-tipe; hulle ouderdomme het gewissel van 61 jaar tot 86 jaar. Hulle was dus almal reeds relatief bejaard. Versorger # 9 skryf die feit dat hy nog in staat is om sy vrou te versorg toe aan die feit dat hy 'n paar jaar jonger as sy vrou is: *“...my vrou is 87 jaar oud en ek is so 5 jaar en 'n maand of so agter haar, so dit is waarom dit nou genadiglik so is dat daar nog iemand is wat haar kan help.”*

6.3.1.2 Opvoeding

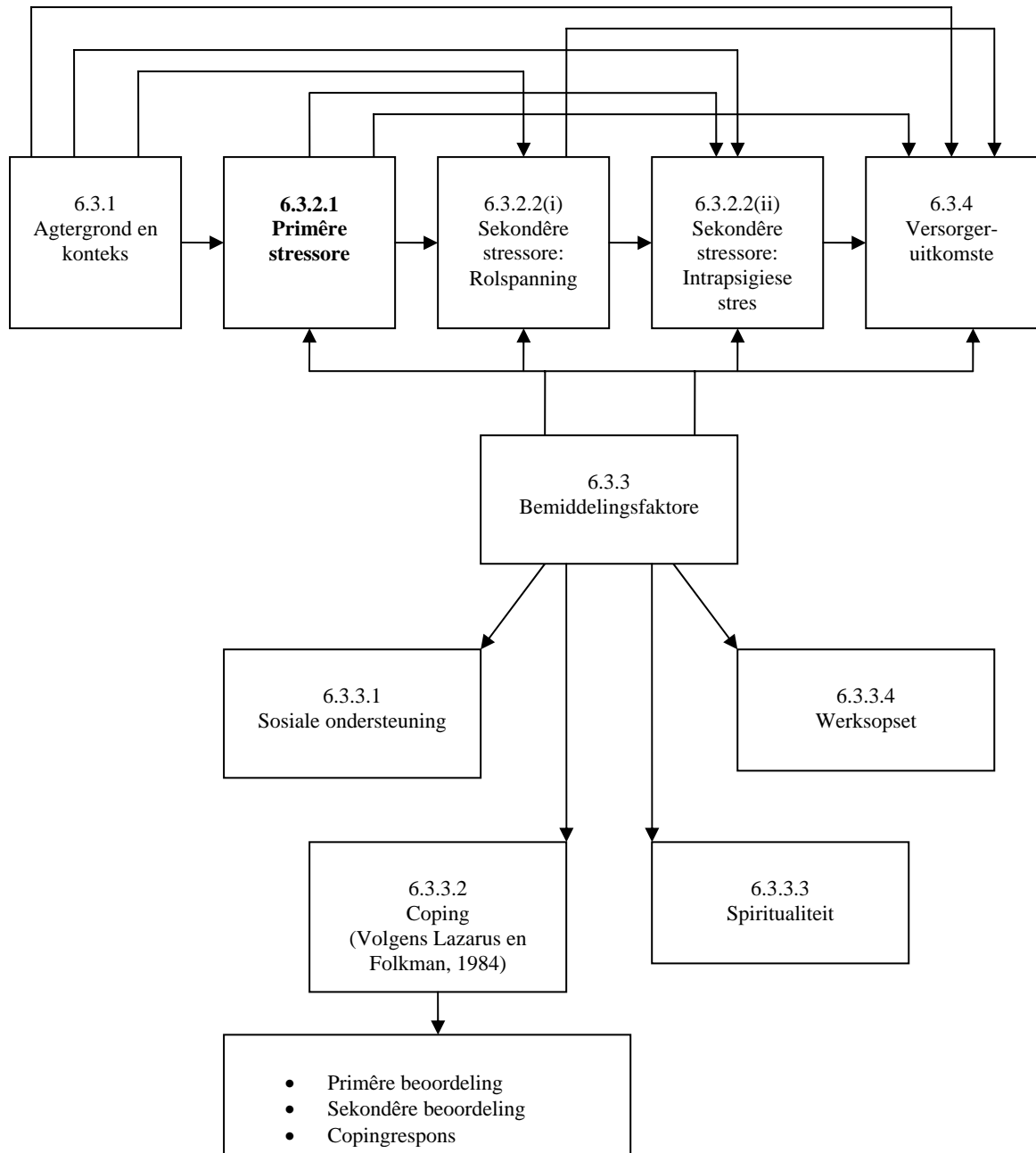
Die meeste van die versorgers verwys na hulle vroeëre opvoeding en die groot bydrae wat dit lewer om hulle in staat te stel tot die versorging van hulle huweliksmaats. Versorger # 7 meld spesifiek: *“...ek het al gedink, van my kinderdae af het daar dalk al goed gebeur, en was ek gewoon gemaak aan goed wat ek nou doen, sodat ek dit nou kan doen, wat vir ander mense moeilik sal wees.”* Versorger # 5 voel ook sy opvoeding dra by: *“Dis seker maar...ek dink ek het swaar grootgeword, so mens leer maar om deur te byt en uit te hou en aan te hou.”* In die woorde van Versorger # 6: *“Ek was in die koshuis, dit was net ek en my suster gewees, en as ons naweke huistoe gegaan het, het my ma ons laat klere regmaak, my ma het ons laat kos kook en vir my en my suster in die tuin laat werk. En ek het altyd vir haar gesê: ‘Ma, nooit in my lewe sal ek kosmaak nie, moenie bekommerd wees daaroor nie. Ek gaan vir my ‘n vrou trou wat vir my kan kosmaak.’ Nou is ek terug by daardie punt, ek maak self die kos.”*

6.3.2 STRESSORE

Soos genoem aan die begin van Deel 2, is stressore alomteenwoordig in die mens se beleweniswêreld. Die versorger van 'n persoon met Alzheimer se siekte word uiteraard daaglik met erge stressore en uitdagings gekonfronteer wat groot versorgingseise aan die versorger stel. Daar sal vervolgens gekyk word na enkele van hierdie stressore en uitdagings.

Elke versorger se belewenis van die versorgingsproses is uniek en word grootliks bepaal deur die mate van selfstandige funksionering van die persoon wat versorg word. Daar word nie verniet gesê: *“If you have met one person with Alzheimers, you’ve met only one person”* nie. Daar kan beswaarlik veralgemeen word. Die aard van die breindeteriorasie en die gepaardgaande gedragsuitvalle kan varieer en juis daarom verskil die belewenisse van die versorgers. Sekere ooreenkomste in die versorgingservarings het wel na vore gekom.

Van die eerste vrae aan die versorgers was: “Wat maak die versorging vir u moeilik?” Die vraag het dus gehandel oor die besondere uitdagings wat die versorgingstaak aan die eggenoot rig. Pearlin et al. (1990) verdeel die stressore in drie vorme van stres, naamlik primêre stressore, sekondêre rolspanning en sekondêre intrapsigiese stres. Uit die onderhoude het response na vore gekom wat ooreenstem met dié drie vorme van stres. Dit sal vervolgens bespreek word.



Figuur 6.1: 'n Skematiese voorstelling van die integrering van die Stresprosesmodel (Pearlin et al., 1990) en die Stres- en Copingproses (Lazarus & Folkman, 1984)

6.3.2.1 Primêre stressore

Hierdie stressore spruit direk voort uit die behoeftes van die persoon en die aard van die versorgingseise wat aan die versorger gestel word (Pearlin et al., 1990). Temas

wat onder andere na vore getree het, is die aanvanklike agteruitgang en die uiteindelijke diagnose; die deteriorasie van die kognitiewe status van die persoon; die gedragsimpptome en die uitdagings wat daarmee gepaard gaan; en dan ook die persoonlike versorging van die persoon. Verdere temas wat geïdentifiseer is, is die huishoudelike take waarvoor die versorger verantwoordelikheid neem, en die verhouding tussen die versorger en die persoon wat geheel en al geherstruktureer word.

(i) Agteruitgang en uiteindelijke diagnose

Die tydperk wat die versorgers reeds in die versorgingsrol staan, het gewissel van 1 tot 23 jaar. Dit lyk of die aanloop tot die diagnose van Alzheimer se siekte vir die meeste van die versorgers geleidelik aangekom het. Versorger # 4 stel dit soos volg: *“Dit het aangegaan en aangegaan en ek het dit nie as ‘n siekte gesien nie, maar as ek vandag terugkyk, was dit die aanloop na ‘n siekte toe.”* Ook Versorger # 10 het hierdie selfde ervaring gehad: *“In ‘n sekere sin is ek maar baie dom, want die dokter het my vrou aanbeveel om hospitaal toe te gaan en ek het nie besef dit is die afdeling waar die ding nou gaan uitkom nie. Ek het maar eers toe ek by die huis kom en die dinge oordink, het ek agtergekem sy is aan die gaan. Ek meen so het dit maar stadig gekem dat ek agtergekem het, dat hulle die plate geneem het by die tunnel daar en tot ek die plate gesien het waar dit begin het in die brein.”*

Vir meeste van die versorgers was dit ‘n uiters stresvolle ervaring om die agteruitgang in hulle huweliksmaat waar te neem. Volgens Versorger # 6: *“Vir my is dit ‘n sonderlinge ervaring, ek het dit nooit te wagte gewees nie...want sy was, jy kan amper sê briljant wat syfers aanbetref. En nou op die oomblik gaan daar absoluut niks aan nie.”* Versorger # 9 se vrou het boonop ook diabetes onder lede. Dit kompliseer dus die versorgingsproses verder, aangesien haar suikervlakke ook gereeld gemonitor moet word. Alzheimer se siekte gaan gepaard met baie opofferings en daar moet daaglikse aanpassings gemaak word deur die versorger. Dit blyk duidelik uit die volgende: *“Sy was baie aktief in die gemeenskap, voorsitter van die vrouevereniging, al die tipe van goed, toe sien ek maar sy kan nie meer ‘n vergadering lekker hanteer nie...na ‘n ruk het ek gesê, ‘nee wat, kom ons tree maar af’, en ek het vroeër afgetree as wat ek moes.”* Versorger # 8 het sy vrou vir ongeveer 3½ jaar tuis versorg, maar sy

het drie maande gelede van 'n stoel afgegely en die femur in haar been gebreek. Sy het 'n operasie ondergaan, maar as gevolg van sy vrou se swak mobiliteit kon hierdie versorger nie meer op sy eie na sy vrou omsien nie. Daar was gelukkig 'n siekeboeg in die kompleks waar hulle woon en sy word tans daar versorg. Hy bring egter steeds 'n groot deel van sy dag by haar deur. In sy eie woorde: *“It was really the fall that stopped the whole process, otherwise I would still have her here, but they tell me that once in the state that she is, I mustn't attempt it...”*

(ii) Deteriorasie van kognitiewe status

Demensie van die Alzheimer-tipe lei tot geweldige inperkinge van die geheue. Versorger # 8 beskryf dit soos volg: *“Then suddenly she lost her memory literally, almost completely...I would talk to her and she would answer me correctly, but in half a minute's time she's forgotten all about it.”* Dit was duidelik uit al die onderhoude dat die versorgers hierdie geheueverlies as 'n baie groot stressor ervaar. Die persoon sal byvoorbeeld haar klere uittrek, maar wanneer sy halfpad klaar is, vergeet sy was besig om uit te trek en begin dan weer om aan te trek. Eenvoudige take soos om iets te gaan bêre, kan nie meer deur die persoon uitgevoer word nie, sy sal net daar staan en dit lyk asof dit wat die versorger gesê het nie by haar registreer nie. Die implikasies hiervan blyk duidelik uit die volgende aanhaling uit die onderhoud met Versorger # 6: *“As ek nou bietjie te lank lê as sy opgestaan het om toilet toe te gaan, dan sal sy voor sy in haar bed klim, weer haar bed opmaak en dan sal ek moet sorg dat sy nou weer in die ding inkom.”* Hierdie selfde versorger het gemeld: *“Sy het geen beheer oor haar stoelgang nie, maar dis ook 'n kwessie daarvan as sy sekere voedsel geneem het, of vir 'n tydperk geloop het, dan moet ek vir haar sê: ‘Gaan toilet toe.’”* Versorger # 10 het 'n soortgelyke ervaring: *“En wat ek nou vind, wat nou vererger, is sy gaan partykeer staan en dan weet sy glad nie wat gaan om haar aan nie, wat sy nou moet doen nie. Soos ek dit nou insien, gaan die verstand nou agteruit, dit gaan stadig, maar dit gaan agteruit.”* Hierdie persone kan hulself ook nie meer vermaak soos in die verlede nie, want stokperdjies waarvoor hulle lief was, soos byvoorbeeld om te lees, kan hulle nie meer doen nie. Versorger # 8 vertel: *“I mean reading, she can't really read, she read the one line and by the time she get to the second line, she has forgotten the first.”*

Daar word gedurig iets verloor, in baie van die gevalle is dit iets waardevol, soos 'n deur of 'n kas se sleutel. Dit kan lei tot groot frustrasie. Versorger # 2 meld spesifiek: *“Dan is haar motor se sleutels weg, dan is dit weg, dan is dat weg, en eendag toe het een van die bank se amptenare vir my gesê sy het in daardie betrokke maand vyf nuwe debietkaartjies kom soek omdat hare weg is. Toe gaan trek ek 'n staat en sien, o maggies, een maand het sy R6 000 onttrek en ek sê: ‘Spokies, wat het jy gemaak met die geld?’ ‘Nee, ek het kruideniers gekoop’ Toe sê ek nee, dis onmoontlik...”* Versorger # 7 het 'n soortgelyke belewenis gehad: *“Sy het vreeslik die goed weggesteek, jy soek partykeer verskriklik na iets, dan kry jy dit op die vreemdste plek...waardevolle goed, net weg, die een deur se sleutel was ook lank weg.”* Die verantwoordelikheid wat op die versorger se skouers rus, raak dus al groter, soos wat die siekte progressief vererger. Die geheueprobleme noodsaak ook konstante supervisie, aangesien dit gevaarlik is om hierdie persone alleen te laat. Versorger # 3 het onder andere vertel: *“Hier was vanoggend iemand wat haar handtekening moes kry, maar sy weet glad nie dat die persoon hier was nie. Sy sê vir my hier was niemand gewees nie.”*

'n Groot stressor vir meeste van die versorgers, is die gedurige herhaling van vrae en die vertel van dieselfde storie oor en oor deur die persoon. Die gevoelens wat dit onder die versorgers uitlok blyk duidelik uit die volgende: *“Nee dit is swaar, dit is soos ek sê, die vrae wat sy oor en oor vra, wat vir mens swaar is om dieselfde ding oor en oor te moet sê. Dit is baie irriterend. En veral nou vir iemand, ek kan nou maar self sê, my verstand is nog helder en dan is dit swaar om jou in te dink daarin dat 'n mens nou nie dit kan onthou nie.”* Dit lei tot groot frustrasie vir die versorgers en Versorger # 9 vermeld: *“En dan die vergeet, dis so erg, laat dit so geweldig irriteer, dat jy voel jy wil skreeu. Sy sal nou byvoorbeeld vir die bediende vra: ‘Siena, wat eet ons vandag?’ Siena sal antwoord: ‘Ounooi ons het koue vleis, rys en gemengde groente en ons maak hulle warm’. Oor so twee, drie minute: ‘Siena, wat eet ons vandag?’ En so gaan dit omtrent die hele oggend, elke paar minute word die vraag herhaal.”* Dit is egter nie net hierdie persone wat elke dag dieselfde stories herhaal nie, maar ten einde die persone in hulle roetine te hou, verg dit van die versorgers om ook voortdurend versoeke en opdragte te herhaal. Versorger # 10 stel hierdie frustrasie baie duidelik: *“Jy weet, om elke dag dieselfde storie te sê, dis nie*

maklik nie...jy moet vir haar sê: 'Jy moet nou gaan aantrek', of 'Jy moet nou gaan eet.'"

(iii) Gedragsimptome

Daar kom 'n wye verskeidenheid van gedragsimptome onder hierdie persone voor, want soos reeds genoem is, is daar dikwels nie uniforme gedragsafwykingspatrone onder persone met demensie nie. Elke geval is uniek. Dit is wel deeglik duidelik dat die gedragsversteurings tot stres onder die versorgers lei. Aggressie is een van die simptome wat die versorgers die meeste ontstel. Die aggressie is dikwels onverklaarbaar en veroorsaak 'n gevoel van verslaenheid veral aangesien die aggressie meestal op die versorger self gemik is en boonop gewoonlik heeltemal ongegrond is. Dit is veral duidelik uit die aanhalings van Versorger # 6: *"Sy raak so aggressief, sy was 'n baie gematigde tipe persoon, nou is sy so aggressief soos kan kom...sy gooi my met goed...dit is moeilik, vernaam as jy dit nie gewoon is nie, ek ken haar nie so nie, dit is al asof sy heeltemal 'n persoonsverandering ondergaan het."* En Versorger # 7: *"Op 'n stadium was sy vreeslik aggressief, ek moes al hier hardloop om die huis, voor sy my met 'n klip gooi. Letterlik!"* Versorger # 2 stel dit só: *"Sy raak verskriklik opgewonde en aggressief as 'n kliënt my huis toe skakel. Sy weet wie is die persoon, maar sy is bitterlik kwaad, omdat die persoon my nou by die huis pla. Daarom sê ek, partykeer voel dit vir my sy het voeling verloor met die werklikheid, want hoe meer ek vir haar probeer sê: 'Spokies, dit is ek en jy se brood en botter, die kliënte', hoe meer veg sy my."* Versorger # 9 ervaar die aggressie soos volg: *"Sy was haar lewe lank maar bietjie haastig van aard en kwaai. Sy is nou aggressief in die sin, as ek nou miskien op die telefoon praat en iemand vra uit na haar en ek sê miskien dit gaan nie so goed nie, dan is sy vreeslik kwaad."* Hierdie persone kan ook soms aantygings teen die versorgers maak wat glad nie waar is nie. Versorger # 8 vertel: *"...a couple of times she said she knows I want to get divorced from her, and find a nice young wife."*

Nog 'n gedragsimptoom wat die versorgers onder geweldige druk plaas, is die irrasionele angste wat hierdie persone ervaar. Dit word duidelik geïllustreer deur die ervaringe van Versorger # 7: *"Partykeer het sy weggehardloop, bang, want volgens haar is hier iemand in die huis, wat haar wil vermoor, en dan wys sy hoe hy haar gryp en haar vashou. Dan sukkel jy nou maar lank om haar weer rustig te kry."*

Partykeer haal sy dit op my uit, dan is ek die voorwerp, partykeer kom sy na my toe vir beskerming teen die persoon. Toe het sy op 'n stadium, veral snags angsaanvalle gekry, verskriklik, dat ek haar moeilik tot bedaring gekry het. Sy word wakker met angs, natgesweet...” Versorger # 2 het dit weer soos volg ervaar: “*Sy het taamlik bang begin word, iets wat sy nooit geword het nie. Alles word toegesluit en toegemaak en die gordyne word toegetrek.*” Vervolgingswaan gaan ook baiekeer hand aan hand met hierdie angstigtheid, soos Versorger # 4 vertel het: “*Ons het eendag daar gekom, toe gaan sit ons daar waar besoekers sit, toe sê sy vir my: ‘Kyk hoe sit die speurders, ek gaan vandag gevang word.’*” Versorger # 9 het weer vertel van die agterdogtigheid wat ook gereeld by hierdie persone voorkom: “*Die probleem is nou eintlik, sy is vreeslik, ek wil amper sê wantrouig en agterdogtig. As jy nou miskien met iemand praat, veral as ek nou vir die bediende vra om vir my iets te doen, dan sal sy vra: ‘Wat sê die oubaas nou daar?’ Dan moet ek eers nou weer verduidelik.*”

Die belangrikheid van konstante supervisie en versorging kom na vore as van kardinale belang en dit kan ‘n voltydse, uitputtende taak word, veral met betrekking tot hierdie persoon se voortdurende rondlopery en soms selfs weglopery. Die persone kan hulleself ook maklik beseer. Die uitdagings wat dit aan die versorgers stel, blyk duidelik uit die volgende vertelling van Versorger # 7: “*Sy het ‘n paar keer deur die venster geklim en oor die muur probeer klim. Sy was nou onlangs in Bloemfontein in die hospitaal, nadat sy by die bure oor die muur probeer klim het en die muur toe op haar geval het en haar been toe beseer is. Sy het nou hierdie Maandag weer vir ‘n slag weggeloop, ek moet haar so dophou, ek is miskien net in die kantoor besig en ek besef dis te stil en dan is sy weg. Sy loop stadig, al sleep voetjies, maar partykeer kan sy nogal uitkap en toe het ek nou rondgehardloop en haar gesoek, later die kar gaan haal, om haar te gaan soek...*” Versorger # 6 het dit baie raak opgesom: “*Ja, jy weet, die persoon buitekant besef nie eintlik fisies gesproke wat dit aanbetref nie. Want my vrou sit vir geen moment stil nie, want sy kan nie haar aandag bepaal by iets nie. Sy sal byvoorbeeld hier sit en as jy weer sien, dan is sy weg.*”

Daar was ook ‘n verskeidenheid van ander gedragsversteurings wat in die onderhoude opgehaal is, onder andere ‘n aanhoudende gehuilery deur die persoon, sonder enige rede. Dit verg dan eindelose geduld van die versorger om te probeer agterkom wat

die persoon ontstel het of pla. Wanneer hy sy vrou wat in die siekeboeg is gaan besoek, ervaar Versorger # 8 die volgende: “...when I walk in there, she bursts into tears and hug me.” Dan is daar ook die slaapversteurings wat bydra tot geweldige uitputting van die versorgers, want saam met die veeleisende dagtake wat die versorgers moet behartig, kan die versorging ‘n 24 uur-taak word. Versorgers besef dat dit iets is om voor dankbaar te wees wanneer daar nie slaapprobleme voorkom nie, soos afgelei kan word uit die stelling van Versorger # 9: “Die genade is sy slaap goed...” Dit is veral duidelik uit die belewenis van Versorger # 8 dat die simptome van byna elke persoon met Alzheimer se siekte uniek is: “She was sleeping until 9am in the morning. I would wake her, then she would say: ‘It is so lovely, just give me an extra half an hour.’ Then I would give her an extra half an hour, then she pleads for another quarter of an hour. So she started to sleep a terrible lot. In the morning at about 11 am: ‘Can’t I go and lie down?’ Then at 1 pm it is a big fight to get her up to eat something. The caring was never a big problem, because she did a lot of sleeping, she didn’t do anything stupid, or things like that. She has never been difficult, aggressive or repeating questions or anything. I never had anything of that nature. That is something to be grateful for.” Versorger # 10 se huweliksmaat kan amper as moedswillig beskryf word, maar dit kan ook voortspruit uit die depressie waarmee sy gediagnoseer is: “...sy is negatief oor enige iets wat jy vir haar sê...as jy nou vir haar vra om ‘n glas water te drink, dan sê sy nee, sy gaan nie die water drink nie. Dan sal sy miskien so amper twee minute sit en dan sal sy opstaan en die water gaan drink. Maar enigiets wat jy sê, is sy altyd negatief oor...sy sê nee vir alles, maar dan sal sy dit uiteindelik doen.” Hierdie selfde versorger ervaar sy huweliksmaat as passief en asof sy belangstelling verloor in alles om haar: “Sy sit net, sy sit baiekeer net met haar oë toe. So jy moet vir haar sê: ‘Maak oop jou oë’ of ‘Kyk bietjie rond’. Selfs as ons gaan ry, sy sê uit haar eie sy wil op Naval Hill ‘n draai gaan ry, maar as jy daar ry, dan sit sy net so, en jy moet vir haar sê sy moet die diere soek. En sy kry dit voor ons, maar jy moet vir haar sê.”

Nog ‘n probleem wat na vore gekom het, is die geagiteerdheid van hierdie persoon: as sy iets gedoen wil hê, moet dit dadelik gedoen word, sy wil nie wag nie. Daar kom ook ‘n onvoorspelbaarheid onder die persone voor en dit kan eweweens ‘n groot bron van stres wees. Versorger # 7 se ervaring: “Ek weet nie of dit altyd met dieselfde mense sal gebeur nie, sy sal party mense onmiddellik aanvaar, en ander nie. Nou sê

mense bel my as jy iewers heen wil gaan, nou bel ek een van die verpleegsters, nou al 'n ouerige vrou, ek wou kerk toe gaan die oggend. Toe kom sy nou hierso, maar ek het dadelik gesien my vrou hou nie van haar nie, maar sy ken haar, sy is een van die verpleegsters, wat ten minste een keer 'n maand hiernatoe kom. En dit het glad nie uitgewerk nie, en ek het lateraan gesê, 'Nee wat, gaan maar.'”

Dit is duidelik uit bogenoemde dat daar 'n wye verskeidenheid van bizarre gedragsimptome is, wat die versorgingstaak vir die versorger bemoeilik. Daar sal in Afdeling 6.3.3 gekyk word hoe die versorgers cope met hierdie uitdagings.

(iv) Oorlading, uitbranding en lasdra wat deur die versorger ervaar word

Die versorgers het oor die algemeen nie uitgebrei oor die stres en las wat die versorgingsproses veroorsaak nie. Versorger # 6 het egter die volgende oor sy vrou vermeld: *“Sy het besluit sy gaan nie meer saam met my in die bed slaap nie, want ek lê nie stil nie en ek snork. Nou plaas dit addisionele stremming op my, want as sy in die nag opstaan om toilet toe te gaan, dan moet ek eers opstaan en sorg dat sy weer in die bed kom en toegemaak word. So alhoewel ons in aparte kamers slaap, is dit so 'n geval dat ek so lig slaap, so as sy opstaan dan hoor ek en is ek beskikbaar. Jy weet, partykeer daar by die huis, as ek nou al die dag se take afgehandel het, as ek in daai bed neersak, dan is ek behoorlik pootuit.”* Daar is dus 'n gevoel van uitputting nadat die dagtake voltooi is, en dan nog die stres van om in die nag op te staan en om te sien na sy vrou se behoeftes. Uit die volgende opmerking wat Versorger # 7 gemaak het ten opsigte van sy probleem om met sy vrou te kommunikeer, kan afgelei word dat dit 'n uitputtende taak is: *“...so gaan ons maar aan, so kry ons die dag om.”* Dan is daar ook die gevoel dat jy dalk 'n las vir jou kinders of familie is en dit dra by tot die stres: *“Hulle het ook nie aldag tyd vir pa nie, maar dit mag 'n mens nie hard sê nie.”* Daar word soms net kriptiese aanduidings gegee van die uitdagings wat die versorgingsrol aan die versorger stel: *“Dit is ook maar moeilik”*, of soos Versorger # 10 dit stel: *“Man ja, ek het nou aangeneem dit is nou my lot, ek moet maar...”* en nog 'n opmerking deur hierdie selfde versorger: *“...so dit word te veel vir jou as dit vir te lank aanhou...”* Wanneer Versorger # 8, wie se vrou in die siekeboeg is, vertel van sy daaglikse besoeke aan sy vrou, wat amper sy hele dag opneem, gaan dit gepaard met 'n amper onhoorbare sug: *“That is life at the moment. I considered that I can carry*

on, but I know it's working on me, there is no doubt about it." Versorger # 9 het 'n huishulp wat hom gedurende die week bystaan met die versorging van sy vrou, maar naweke is hy op sy eie en die ingehoktheid is vir hom swaar: *"Jy weet, Saterdag en Sondag is ek nou alleen, dan is dit eintlik moeilik. Die ander dae wat die bediende nou by die huis is, dan gaan doen ek die inkopies, of as ek nou vir 'n rukkie by iemand wil gaan gesels, soos by vriende, dan gaan ek vir so 'n halfuurtjie of so. So oor naweke is dit maar moeilik. Sy het die probleem met die waterafdrywing, so sy is maar sku om uit te gaan, sy sal saamry as ek vinnig winkel toe gaan, dan sal sy maar in die kar bly sit, net om bietjie uit die huis uit te kom. Jy weet, dan sit ons nou maar daar by die huis, dan kom die kinders darem nou op Sondag, gewoonlik bring hulle 'n koerant en dan sit hulle vir so 'n halfuurtjie en gesels, dan is hulle nou weer weg."* Wat vir Versorger # 10 nogal stresvol is, is die feit dat hy nie sy huweliksmaat alleen kan los nie, maar ook nie sommer enigiemand by haar kan laat bly nie: *"...almal is gewillig om te help, maar jy weet dit is 'n moeilike pasiënt, vir iemand om te vra. As ek nou uitgaan, dan wil ek darem iemand hê wat daar bly, maar sy gesels nooit met hulle nie, sy sit net so. Sy wil nie kommunikeer nie."*

Gevoelens van terneergedruktheid wat vermoedelik wel deur die versorgers ervaar word, word egter nie duidelik deur hulle verwoord nie, en dis amper asof hulle wegstroom daarvan om te erken dat dit swaar gaan. Versorger # 3 het dit tot 'n mate erken: *"Jy weet ek het altyd gedink hierdie depressiestorie is aansittery, maar ek het dit ook tot 'n mate gekry...dis nie lekker nie...dis nie lekker nie..."* Versorger # 8 het weer daarna verwys dat hy belangstelling verloor het in houtwerk, wat sy jarelange stokperdjie was en sê met 'n diep sug: *"I just think that I've got to get back into that workshop of mine and do things."*

(v) Persoonlike versorging

Soos wat die persoon met Alzheimer se siekte agteruitgaan, raak hulle al hoe meer afhanklik van ander, ook vir hulp met persoonlike higiëne, onder meer word hulp benodig met die volgende: om te bad, te stort, die toilet te gebruik en om aan te trek. Al die versorgers betrokke by hierdie studie, help hulle huweliksmaat in 'n mindere of meerdere mate met bogenoemde behoeftes. Die betrokkenheid wissel op 'n kontinuum, van waar alles vir die huweliksmaat gedoen word, van stort, aantrek en

help met sanitêre behoeftes, tot aan die anderkant van die kontinuum, waar die huweliksmaat nog tot 'n mate in staat is om haarself aan te trek en die versorger net 'n oog moet hou dat die klere en skoene byvoorbeeld bymekaar pas. Weer eens is daar groot onderlinge verskille en dit hang af van die mate waartoe die persoon haarself nog kan help of nie. Die manlike versorgers is egter wel elkeen op sy eie manier by die persoonlike versorging van sy vrou betrokke. Die beskrywing van enkele van hierdie versorgers se belewenisse sal vervolgens in hulle eie woorde weergegee word:

Versorger # 10: *“Wel, ek bad haar nou, maar ek moet van die begin af sê: ‘tap die water in, gooi die vadoek daarin’, sê ‘was nou jou gesig, was jou ore, was die arms, maak dit nat, was die bors, hierdie arm, was die bene’. Dan was ek die rug, maar ek moet alles sê. Sy was altyd ‘n baie netjiese vrou, netjies aangetrek, nou gaan dit maar so, as ek nie haar klere vir haar uitsoek en vir haar sê...maar ek is nie baie goed daarmee nie...”*

Versorger # 9: *“Die badstories is so moeilik, die bediende help haar maar so bietjie om te was, want sy kan nie meer in die bad klim nie, so sy sit maar daar op ‘n stoel met ‘n skottel water en was. Ek het vreeslik gesukkel dat sy haar hare moet gaan skeer, die hare het vreeslik lank en onnet geword. Dan is daar ook die waterafdrywende kapsules, so daar is ook maar probleme, daarom is die bediende maar daaglik daar om te help. Naweke is dit nou maar my werk, dan staan ek haar by. Sy kan nie meer klere en goed agter haar rug vasmaak nie, dan help ek haar.”*

Die volgende is Versorger # 8 se ervaring voordat sy vrou na die operasie aan haar been na die siekeboeg oorgeplaas is: *“...I was eventually putting her in the shower, then she would hold on to a rail and I was bathing her then...we have a maid who comes in to clean and help with the ironing, but otherwise I looked after her completely.”*

Versorger # 7: *“Niks, omtrent niks...ek doen alles vir haar...sy gaan nie eers meer alleen toilet toe nie, ek neem haar en doen alles vir haar, stort vir haar, sit haar in die bed, maak haar in die nag wakker dat ons kan toilet toe gaan...ek trek alles aan vir haar...”*

Versorger # 6: *“En ek sorg nou vir haar persoonlike higiëne ook, soos ek sorg dat die tandeborsel en die bakkie en goed reg is sodat sy net haar tande kan borsel. Voordat ek in die oggend werk toe gaan, kyk ek dat haar klere reg is, sit haar klere van die vorige dag weg, en sorg dat sy gebad kom voordat ek waai. Alhoewel sy nie ‘n vreeslike mate van ‘n behoefte het om te urineer nie, ek moet vir haar sê: ‘Gaan nou toilet toe’ en haar dan neem en dan is sy vir my kwaad. En as ek haar nou sover gekry het om daar te kom, is daar genoegsame vog om uitgeskei te word...mens voel bietjie skaam as jy byvoorbeeld Pick & Pay toe gaan en sy kry nou skielik ‘n behoefte en jy moet nou saam met haar in die dames toilet in, maar die mense moet maar net verskoon, ek verduidelik maar net die saak, maar jy voel so bietjie uit jou plek uit daar.”*

Versorger # 1: *“Ek moet help, daar is kledingstukke wat sy nou nie meer alleen kan bykom nie, die arms kom nie by nie en jy kry hom ook nie oor jou kop getrek nie en ek kyk maar dat die klere regsit en so aan...”*

Dit lyk asof die persoonlike versorging vir die meeste van die versorgers net ‘n taak is wat gedoen moet word, daarom doen hulle dit. Daar was egter een versorger, Versorger # 4, wat dit uiters moeilik vind om sy vrou met hierdie persoonlike behoeftes te help: *“Sy kan haar nie meer aantrek nie, sy kan haar nie meer was nie...kom ek wees eerlik, ek weet nie hoekom nie, miskien is dit iets binne-in my, ek kry dit nie reg nie, laat ek reguit praat. Ek wil haar nie kaal sien nie, sy is maer en ek hou nie daarvan nie. Dit help nie dat ek my probeer verontskuldig nie. Kyk ek kan nog vir haar help uittrek, maar as dit by die onderklere kom, is ek absoluut magteloos.”* Dit is egter duidelik dat selfs in die geval waar dit vir die versorger besonder moeilik is om na die persoon se persoonlike higiëne om te sien, hy nog steeds tot ‘n mate betrokke daarby is.

(vi) Huishoudelike take

Daar word al meer druk op die versorger geplaas om verantwoordelikheid te neem vir huishoudelike take, waarvoor hulle voorheen nooit verantwoordelik was nie. Dit is onder andere duidelik uit die vertelling van Versorger # 4: *“Sy het vreeslik graag vir mense gevra, kom eet vanaand by ons en dan het sy hulle vreeslik goed behandel. Sy*

was 'n uitstekende kok gewees, sy was uitstaande...veral met vleis.” Versorger # 5 het dit soos volg ervaar: “Sy was 'n uitnemende kok op haar dae. Sy het pryse op die landbouskou gewen.” Daar is dus 'n groot verskeidenheid van take wat die aandag van die versorger vereis, terwyl hulle voorheen net aan die beste gewoond was. Dit is veral die doen van die inkopies en die oorneem van die kosmaak-pligte wat by die meeste van die versorgers uitgestaan het. Die meeste van die manlike versorgers is aktief betrokke by hierdie take. Aangesien elke versorger 'n unieke belewenis het, word daar vervolgens verwys na 'n paar van hierdie versorgers se eie weergawe van hulle ervaring.

Die betrokkenheid van Versorger # 3 is duidelik in die volgende: “...kosmaak gaan maar bietjie moeilik, ek maak maar die kos.”

Versorger # 4 meld: “Sy het 'n groot liefde vir enigiets soet, vreeslik lief vir vetkoek. Gister het ek vir haar vetkoek gebak.”

Versorger # 5 ervaar dit soos volg: “Ek moet maar baie help met die kosmaak, veral nou met die vleis gaarmaak en ek is so 'n bietjie dom daarmee, nou moet ek resepteboeke raadpleeg en so aan.”

Versorger # 6: “Wat die inkopies betref, ek doen dit self, gelukkig weet ek waarvan sy hou. En dan maak ek die ontbyt, ek kook 'n maaltyd...ek het nou al bedrewe geraak in die kuns.”

Versorger # 7 het dit soos volg beskryf: “Weet jy, die eerste wat ek nou van haar pligte moes begin oorneem, was as ons gaan inkopies doen het, wat erg spanning gemaak het, want sy is irrasioneel met wat sy koop, ek moet partykeer iets terugsit en iets anders vat. Dit het erge uitvalle veroorsaak, dan moet ek maar later sê: ‘Nou maar sit jy nou maar hier, dan gaan ek so rond en bont tussendeur die rakke. Later was dit nie meer 'n probleem gewees nie, sy kom nie meer in 'n winkel nie, ek doen die inkopies. Eers die inkopies, later moes ek ook die koskook oorneem, ek het nooit eintlik gekook nie. Ek kan kook en ek is heeltewel reg daarmee. Almal wil vir my resepte gee, maar ek wil dit nie hê nie, ek gaan maar op my ou manier aan.”

Versorger # 8 se ervaring: *“One big thing was that she forgot how to cook. If you asked her to fry an egg, I mean, it would just be a burnt egg. She had no idea of the length of time. That was a turning point where she stopped cooking, she just doesn’t know how to cook. And then, it got to the stage where I was handling affairs quite all right, I was doing the gardening, and the cooking, and the washing.”*

Versorger # 10 het die meeste van die huishoudelike take oorgeneem: *“Nee, nee ek behartig maar die huishouding. Die wasmasjien is daar, en ek was die wasgoed, en ek kook die kos. Ek doen die inkopies alles self...”*

(vii) Verhouding met die Alzheimer-pasiënt

Die verlies van ‘n verhouding met ‘n huweliksmaat wat siek geword het, is seker een van die grootste uitdagings wat aan hierdie versorgers gerig word. Daar moet daaglikse aanpassings deur die versorgers gemaak word en dit is duidelik uit die volgende versorger se ervaring: *“Kyk ‘n huwelik is soos spanwerk, nè, die een help die ander...waar as jy jou maat verloor, wat jou altyd gehelp het met alles, dan kom alles terug op jou.”* Dit is dus na twee kante toe, aan die een kant is daar die totale oorneem van haar rol, maar aan die ander kant kom die verlies van ‘n lewensmaat na vore.

Dit lyk of die kommunikasieprobleme een van die grootste stressore vir hierdie versorgers is. Kommunikasie is so ‘n fundamentele aspek van ‘n verhouding, dat dit verstaanbaar is dat die versorgers hierdie verlies of gebrek aan kommunikasie baie moeilik hanteer. Een van die versorgers het spesifiek vermeld: *“Die kommunikasie maak dit ‘n moeilike faktor, want as jy nie met iemand kan kommunikeer nie...”* ‘n Paar van die versorgers se belewenisse sal vervolgens uitgelig word om hierdie probleem te illustreer.

Versorger # 10 ervaar die ontoepaslike opmerkings wat sy huweliksmaat maak wanneer vriende kom kuier as ‘n verleentheid: *“As daar nou vriende by ons kom, dan sit sy so en dan sal sy vra: ‘Wanneer gaan sy ry?’ en jy weet, daardie tipe van ding plaas my in ‘n onmoontlike posisie.”* Hierdie versorger se seun het hom na die onderhoud vergesel en staan ook sy pa by met die versorging. Hy ervaar die gebrek

aan kommunikasie soos volg: *“Ek dink die ander ding vir my is om iemand wat so intelligent was, oor en oor, dit frustreer my, dieselfde vrae kan vra en as ‘n mens iets wil doen is dit amper makliker om dit self te doen want dit is soveel moeite om dit eers te verduidelik. Dit is vir my nogal moeilik.”*

Versorger # 9: *“Dit waaraan ek die swaarste dra, is die feit dat sy nou so oor en oor dieselfde ding vra en dat ek myself nie dadelik kan beheer nie, ek gee partykeer nie ‘n baie vriendelike antwoord nie. Tot my skande moet ek dit erken. Dit is hoe dit is, geweldig irriterend. Want as ‘n mens nou dieselfde vraag oor en oor moet beantwoord. Ag en sy vergeet dit en ek kry skaam agterna as ek agterna dink dis ‘n siekte wat sy het, dis nie ‘n moedswilligheid nie. Ek kry regtigwaar skaam. As jy jou kan kry, dan gebeur dit weer, mens is ook maar mens.”*

Versorger # 8 se ervaring was soos volg: *“I could communicate with her, she would forget what we said, well, you can’t do anything about it, but we had a normal conversation.”* Hierdie versorger se vrou het gedurende die tyd toe sy van die stoel afgegely het, haar gehoor omtrent heeltemal verloor. Volgens die dokters is dit as gevolg van die skok van die breek van die femur in haar been. Maar die feit dat sy byna doof is het die kommunikasie, wat alreeds problematies was, verder bemoeilik: *“...I mean, not being able to communicate...I write then she reads it, she’ll answer the correct answer. If I ask a question, she will understand. But you know if you have a full scrap page, if I don’t scratch out the last question, then she will start reading that and get confused. So everytime I scratch out what I’ve just asked or just written about. The communication at the moment is very difficult.”*

Versorger # 7: *“Kyk, sy praat nie, dit het sommer net opgehou, sy het sulke geluidjies. Dan word sy wakker, dan as sy hier inkom dan is dit ‘k-k-k-k-k-k-k’ die heeldag, ander dae is dit ‘d-d-d-d-d-d’, so twee lettertjies wat oor en oor herhaal word. Dan sal ek vir haar vra: ‘Is jou kop seer?’ ‘k-k-k-k-k’, ‘Mamma, luister vir my, is jou kop seer?’ ‘k-k-k-k-k’. En dan skielik sal sy sê ‘k-k-k-k-ja-k-k-k’, dan moet jy skerp wees om daai ja te vang. Of selfs: ‘Wil jy nie toilet toe gaan nie?’. Baiekeer kan ek agterkom dat sy angstig raak as sy moet toilet toe gaan. Dan is sy meer woelig, dan besef ek nou, partykeer te laat, ons moes toilet toe gegaan het, maar sy kan dit nie sê nie.”*

Versorger # 6: *“Ek kan nie ‘n gesprek met haar voer nie, as ek vir haar iets vra, dan is dit ‘hmmm’ of ‘ja’. As ek vir haar sê doen dit, sy registreer nie wat sy presies moet doen nie. Byvoorbeeld wat nou die aand gebeur het, ek was besig om roereiers te maak, toe het ek al klaar haar twee roosterbroodjies gerooster, toe sê ek vir haar: ‘Druk net die twee stukkies brood vir my in die rooster’. Toe gaan staan en smeer sy dit, dit is al of sy nie presies registreer wat sy moet doen nie. Wat sy wel doen, ja dit is ook nog ‘n ander ding. As ons ry, sal sy vir my sê: ‘Kyk...’ maar dis asof sy die sin net halfpad praat, dis asof sy nie weet wat sy vir my wil vertel nie, en as ek vir haar vra: ‘Ag, vertel tog vir my’. Dan is dit asof sy nie weet wat sy wou gesê het nie.”*

Vir Versorger # 5 is die perseverasie van sy vrou se gedagtes ‘n frustrasie, omdat sy stories oor en oor vertel en vrae herhalend vra: *“Ag soos ek sê, dit is maar bietjie moeilik, wat nie vir my lekker is nie, is dat sy dieselfde ding oor en oor vra. Soos byvoorbeeld, watter dag is dit vandag...wanneer kom die bediendes...ag enige ding!”*

Versorger # 2: *“Weet jy, partykeer kan ek sien, jy moenie iets te ingewikkeld vir haar oordra nie, dan kan ek agterkom sy raak half deurmekaar. Sy weet nie waar is punt A en waar is punt B dan nie. Nou probeer ek maar...”*

Dit was verder ook duidelik dat die kameraadskap wat daar altyd was, nou nie meer daar is nie en dat dit ‘n groot gemis is vir die versorgers. Die volgende beklemtoon hierdie emosies wat gepaard gaan met die verlies: *“Ag, mens verlang om ‘n maat te hê, met wie jy kan gesels oor die kinders, dis verskriklik!”* Daar is ‘n groot behoefte aan dieselfde kameraadskap wat daar altyd was. ‘n Goeie opsomming wat uit een van die onderhoude gemaak is: *“My behoefte wat ek op hierdie stadium het, is om daardie selfde intellektuele gesprekke met haar te kan voer, wat ek in die verlede gevoer het, maar dit is nou absoluut afgesny.”*

Dit lyk of daar onder die meeste van die versorgers ‘n bewondering is vir dit wat hulle vrou kon doen; hulle besing met trots hulle vrou se vroeëre deugde. Maar terselfdertyd is daar ook die hartseer en selfs ‘n verslaendheid, as hulle van die agteruitgang vertel. Versorger # 10 se ervaring: *“Die moeilikste vir my natuurlik is om elke oggend vir haar klere te gee wat sy moet aantrek, want soos ek sê, sy was*

altyd 'n netjiese vrou en nou bekommer sy haar glad nie daaroor nie. Sy wil elke dag dieselfde ding aantrek, ek moet sê sy moet skoon sokkies aantrek, of ek moet dit wegvat voordat sy daarby kom en dit pla my...Soos ek sê, sy was altyd baie netjies, elke ding op sy plek gesit, dit is vir my asof sy nou sommer opgegee het. Ek probeer haar gedagtegang te kry, want dit is tog nie vreemd nie, dit moet vanself kom, want dit is tog 'n huis wat sy ken.” Versorger # 9 meld: *“Sy was eintlik haar hele lewe 'n staatmaker gewees op alle gebiede...sy kon organiseer en sy kon 'n ding doen. Sy het 'n aktiewe lewe gelei en leiding geneem by die funksies waar sy gewees het, sy was fluks en sy was sterk. Sy kon skape uitmekaar maak, sterk, stewige vrou...sy sal nou vir my vra: ‘Wat kan ek vir jou maak?’ Dan sal ek vir haar sê: ‘Gaan maak nou vir my lekker kos, of so. Dan sal sy antwoord: ‘Nee, nie vanaand nie’. Sy vra maar net om die gewilligheid te toon. Mens kan nie dink dat so 'n mens so kragteloos kan wees nie.”* Versorger # 6 stel dit soos volg: *“Ek het 'n baie bekwame vrou gehad, sy kon naaldwerk doen, sy kon goed kosmaak, sy het goed vir die kinders gesorg...sy was 'n goeie moeder vir hulle gewees...maar daar is nou absoluut niks...”* Versorger # 3 het die volgende belewenis: *“Sy was 'n wonderlike mens gewees. Toe ek by haar begin kuier het, het sy by 'n jood gewerk, toe sê hy vir my: ‘Marry that girl, she’s got golden hands’...sy kon koeke versier, trourokke maak, enige naaldwerk kon sy doen, sy kon bietjie verfwerk doen, al daai dinge kon sy doen...dit is vir my hartseer om te dink dat so 'n mens vandag niks kan doen nie. Maar nou ja, wat sê mens?”*

Saam met hierdie verlies van 'n huweliksmaat, kameraad en vertroueling, het daar ook die tema van sosiale isolasie onder die versorgers se mededelings voorgekom. Die opinie van Versorger # 7 sou gesien kon word as verteenwoordigend van die mening van meeste van die mans in hierdie verband: *“Mens word ook eensaam, hier bly vreeslik baie wedevrouens in die dorp, en sommer hier rondom ons, aanvanklik het hulle gekom, baie kom kuier, want sy was 'n joviale mens, die gemeenskap was baie lief vir haar, maar ek dink dit is nou vir hulle 'n verleentheid om hier te kom, hulle weet nie wat kom maak hulle hier nie. Maar ons gaan nêrens meer kuier nie, want hier is dit moeilik, daar is dat moeilik, veral by vreemde mense, hier ken sy nog die huis, maar by 'n vreemde huis is dit sleg, so ons kom nie eintlik meer iewers nie, en die mense kom nie meer by ons nie.”* Versorger # 2, Versorger # 8 sowel as Versorger # 10 se ervarings beklemtoon bogenoemde: *“Ons het basies nou begin leef*

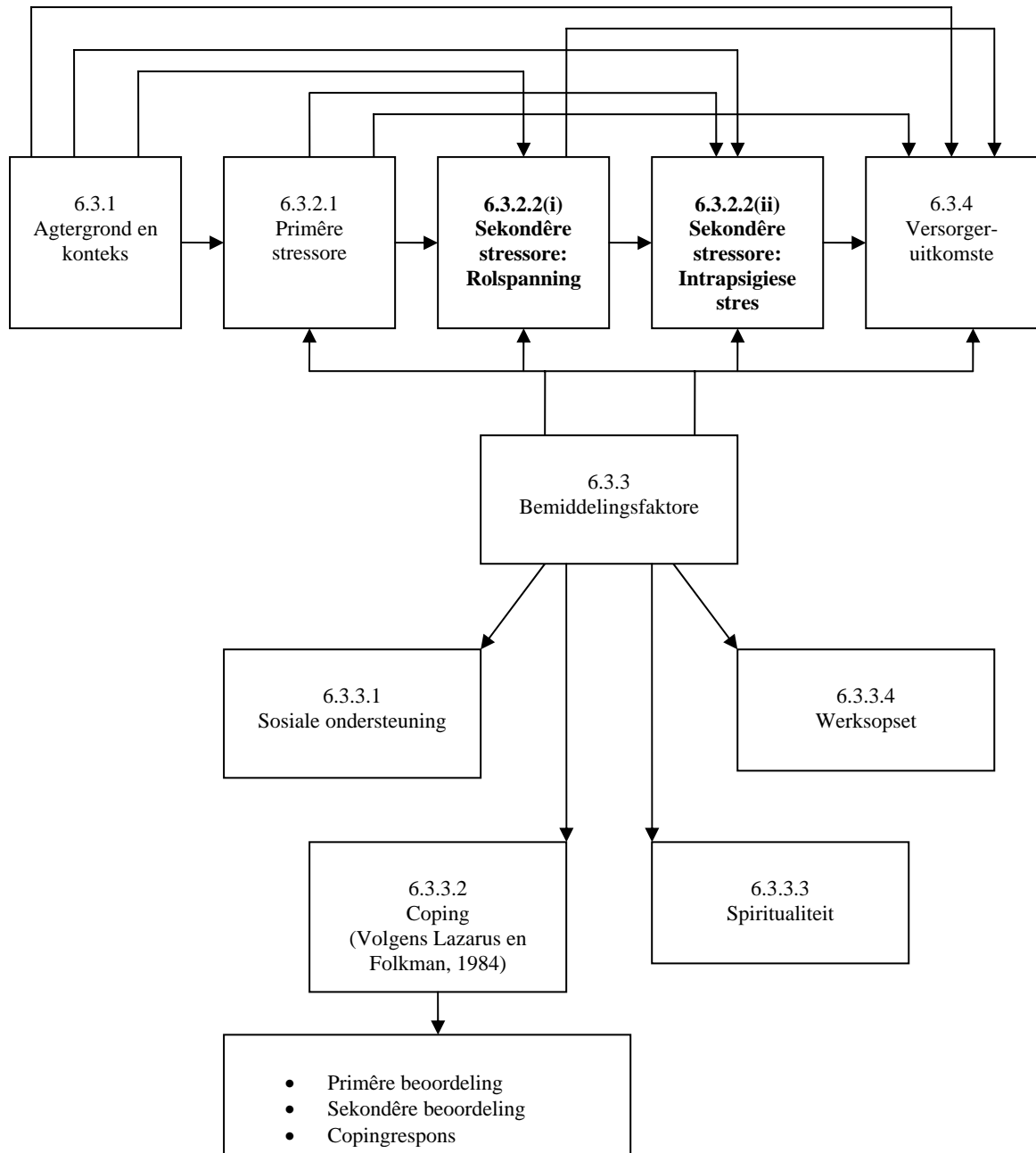
soos kluisenaars...”, “I’m lonely, terribly lonely” en “Dit sak maar uit, dat jy maar naderhand alleen is.” Die versorgers loop dus ‘n eensame paadjie.

Nog ‘n tema wat na vore gekom het uit die onderhoud met die versorgers, is die ambivalensie wat hulle vrou teenoor hulle openbaar. Die een oomblik word hulle nadergetrek en liefdevol behandel en die volgende oomblik word hulle aggressief weggestoot, wat as verwerping ervaar word. Versorger # 7 meld ‘n spesifieke voorbeeld wat hierdie ambivalensie duidelik illustreer: *“Dan druk sy my partykeer weg, veral nou in die badkamer, sy voel seker ek kom nou te na aan haar, dan klap sy my weg, ander dae dan sal sy op die toilet sit, en my nader trek so asof sy wil sê: ‘Pappa moenie weggaan nie.’”* Versorger # 8 het ‘n soorgelyke ervaring gehad: *“Normally now when I go in there, I have to hug her and she cries...but then she turns against me, like a few days ago when she said, she know I want to get divorced from her and marry somebody else.”* Die versorgers kan ook nie verstaan hoekom hulle vrou vreemde mense goed behandel, maar vir hulle wat die vrou se eggenoot en versorger is, behandel hulle minder goed nie. Die gevoel van verontregting is duidelik in die volgende stelling van Versorger # 4: *“Wat vir my snaaks is, sy sal met u rustig gesels en antwoord op die vra, maar dit is asof sy vir my uitgesonder het, vir my veg sy.”* Versorger # 6 deel hierdie selfde ervaring: *“...as sy by ander mense is...al sal sy nie aan die gesprek deelneem nie...alles sal haar dan welgeval, maar sodra ons by die agterdeur van die huis ingaan, dan kry ek moeilikheid.”*

Die agteruitgang van die verhouding tussen die versorger en hulle huweliksmaat kan, na aanleiding van die verskillende temas wat bespreek is, as ‘n groot stressor gesien word.

6.3.2.2 Sekondêre stressore

Sekondêre stressore is volgens Pearlin et al. (1990) die produk van ander stressore en kan onderverdeel word in rolspanning en intrapsigiese stres.



Figuur 6.1: 'n Skematiese voorstelling van die integrering van die Stresprosesmodel (Pearlin et al., 1990) en die Stres- en Copingproses (Lazarus & Folkman, 1984)

6.3.2.2(i) Sekondêre rolspanning

Sekondêre rolspanning word gevind in die eksterne omgewingskonteks en verwys na rolle en aktiwiteite buite die versorgingsituasie (Pearlin et al., 1990). Temas wat in

hierdie konteks uit die onderhoude met die versorgers na vore gekom het, is onder andere die konflik wat daar soms met die familieledede ontstaan, veral as dit by die kwessie van institutionalisering kom; die finansiële onsekerhede wat gepaard gaan met die siekte; kennis omtrent die siekte en die inperking van sosiale en ontspanningsaktiwiteite, met ander woorde ‘n tekort aan tyd wat versorgers het om aan hulleself te bestee.

(a) Familiekonflik

Alhoewel die familie gewoonlik ‘n ondersteunende rol speel, ontstaan daar soms ook konflikte, veral wanneer die kwessie van institutionalisering ter sprake kom. Hierdie moeilike besluit word duidelik geïllustreer deur die volgende emosiebelaaide stelling van Versorger # 6: *“Ja, kyk my suster het reguit vir my gesê, dat ek sal moet begin dink om haar in ‘n plek van bewaring te sit, maar hoe...? Mens gooi nie jou vrou weg nie!”* Die familie bedoel dit gewoonlik goed met hulle voorstelle, maar die versorgers is die meeste van die tyd nog nie gereed vir so ‘n besluit nie. Die kwessie van institutionalisering is nie net moeilik wanneer familieledede begin om druk op die versorgers te plaas hieroor nie, maar die versorgers besef baiekeer self dat hulle een of ander tyd ‘n besluit sal moet neem. Versorger # 4 stel dit soos volg: *“Onthou, sy sal moet gaan, sê my brein, maar dit gaan iets vreeslik vir my wees. Dit sal nie maklik wees nie.”* Daar ontstaan ook ‘n stryd binne die versorgers oor die motiewe van die familie, selfs as hulle net voorstel dat die versorger iemand kry om hom te help in die huis. Versorger # 7 meld spesifiek: *“As hulle of van die familie nou so aanhou ek moet iemand kry, hoekom sê hulle dit? Kan dit wees dat hulle voel ek sorg nie goed genoeg vir ma nie? Dit kan wees dat hulle skuldig voel dat hulle nie...terwyl as hier iemand is wat my vir my help, hulle bietjie rustiger gaan slaap vanaand? Nou wat is nou hulle rede? Miskien maar albei. Miskien...nee, nie miskien nie, hulle gee regtig vir my om en waardeer wat ek doen.”*

(b) Finansiële onsekerhede

Of hierdie siekte nou onverwags kom, en of die aanloop daartoe geleidelik is, dit impliseer gewoonlik groot finansiële uitgawes, waarvoor daar meestal nie begroot is nie, byvoorbeeld: *“...ek het vroeër afgetree as wat ek moes”*, of *“En dan nog ‘n*

onrustigheid, mens probeer voorsien vir jou oudag, maar skielik, dan daag hierdie goed op. En ek het nou gesien, weet jy, as jy oud word sonder geld, dan verander jou lewe na 'n substandaardlewe toe en jy moet ander mense nader om jou te help." Dit is duidelik uit die bogenoemde stellings van Versorger # 7 en Versorger # 2 dat hulle beide dieselfde onrustigheid deel. Die finansiële posisie is dus 'n groot bron van kommer, soos ook duidelik uit die volgende vertelling van Versorger # 3 blyk: *"Ek het eendag 'n ou vriendin gehad, Venter was hulle van en die ou tannie het vir my gesê: 'My kind, moenie suinig wees nie, leef jou geld uit, maar jy moet een ding onthou, as jy oud is, het jy geld nodig'. En dit is waar, jy het geld nodig, want jy moet mense kry om vir jou 'n ding te doen. Daai dae is verby wat jy 'n maand se kruideniers koop...jy skrik as jy 'n trollie vol goed koop."* Versorger # 6 het nog die bekommernis oor sy ma, wat in 'n duur aftree-oord is, wat hy ook nog finansiël moet bystaan: *"Om haar daar te hou, my pa was maar op die spoorweë gewees, verg dit van my en my suster om maar deels by te dra dat sy daar kan bly, want ek kan haar nie versorg nie en my suster kan haar ook nie versorg nie."* Versorger # 8 het ook ekstra uitgawes sedert sy vrou se opname in die siekeboeg en hy beskryf dit soos volg: *"I'm not poor, but I'm not super rich. And it is worrying me with the extra R4 000 a month here. I consider moving to a smaller place, in a way it is for financial reasons..."* Finansiële bekommernisse knaag dus op een of ander manier aan byna elkeen van die versorgers, hetsy oor die karige pensioen waarvan hulle afhanklik is, of oor duur medikasie wat hulle nie aldag seker is of hulle dit sal kan bekostig nie, of oor die duur versorgingsfasiliteite. Daar is 'n dominante tema van onsekerheid en kommer.

(c) Kennis van die siekte

Die versorgers het dikwels 'n houding van weerstand teen uitgebreide kennis van die siekte omdat hulle dit as 'n bedreiging ervaar. Hulle voel hulle wil eerder nie weet wat op hulle wag nie en net elke dag met sy eie probleme aanpak en dit hanteer soos dit kom. Die siening van die volgende twee versorgers verteenwoordig die mening van die meeste. Versorger # 6, wat veral sterk hieroor voel: *"Eintlik om vir jou eerlikwaar te sê, ek wil nie eintlik graag iets oplees daaroor nie, want as ek nou my kennis so uitbrei en weet wat voorlê, dan gaan dit my net nog banger maak. Ek sal eerder onvoorbereid in die storie ingaan as wat ek weet dit of dat lê nog vir my voor."*

Hierdie gevoel van vermyding word deur Versorger # 2 gedeel: *“Weet jy partykeer wil jy daai wat kan gebeur in die toekoms...weet jy dis of jy so wil wegskuil en sê nee dit sal nog later...ek wil nie nou daaraan dink nie. Jy probeer dit so wegweer vir solank as moontlik.”* Daar is tog enkele versorgers, soos byvoorbeeld Versorger # 8 wat soek na meer inligting oor die siekte: *“I’ve written to the Alzheimer’s Association in Jo’burg and I got a couple of their books...”*

(d) Tyd vir self

Die versorgers is dit almal eens dat die versorging baie van hulle tyd in beslag neem en dat daar baie min tyd is wat hulle aan take of stokperdjies van hulle keuse kan bestee. ‘n Kykie op die noodsaaklikheid van die voortdurende toesig oor die persoon, veral om te verhoed dat sy haarself beseer, is duidelik uit die volgende: *“Ek moet haar nou so dophou, nou die dag, ek sit toe in my kantoortjie, toe hoor ek stoele, toe ek nou hier kom, toe het sy afgeval van ‘n stoel af, sy het hier gesit en werk met goedjies, toe het sy afgeval en toe lag sy vir haarself te lekker. Maar die volgende dag, toe val sy in die kamer van die bed af, gelukkig ‘n lae bed, en ek het gehoor later maar dit is te stil, ek het my gedaan geskrik, toe lê sy daar, doodstil. Ek dog sy het flou geraak, ‘n beroerte of iets. Haar opgehelp, niks oorgekom nie. Gister het sy nou agter my aangeloop, ons stap kar toe, en toe hak die voetjie, want sy tel nie meer die voete hoog op nie en gelukkig toe hoor ek sy is aan die val en ek keer en keer en keer, totdat haar lip net die sement raak, sy kon haar stukkend geval het, so ek moet nou baie meer daarop ingestel wees dat sy haarself nie beseer nie.”* Die frustrasie van wanneer die gedurige aandag wat die persoon vereis te veel raak, word deur Versorger # 4 vermeld: *“U weet, jy kom op ‘n stadium wat dit aanhoudend is, jy kry nie rus nie. Jy raak ook maar gefrustreerd, nou ja.”* Dit is ook verder asof die persoon die versorger oppas, sy wil hom nie vir ‘n oomblik alleen los nie. Selfs al is Versorger # 8 se vrou in ‘n siekeboeg, bring hy steeds ‘n groot deel van sy dag saam met haar deur en moet telkens aan ‘n verskoning dink om weg te glip huis toe vir ete, of om net ‘n blaaskans te neem: *“I go there every morning from about 9 o’clock until about 12 o’clock. Just sits there and talk, take her the news paper, things like that. Then again in the afternoon, I am there from about 3 o’clock until 5 o’clock. I have to have an excuse, or a trick or something to leave. When they bring her supper at 5 pm, the nurse come in and then I just sort of slip out. It worries me, like now, she wonders*

why I'm not there. O and she will be waiting for me to get there. And as I say, getting away from there is one of the biggest problems." Dus, alhoewel hierdie versorger se huweliksmat in 'n siekeboeg versorg word, is sy steeds in 'n groot mate afhanklik van hom en maak voortdurend aanspraak op sy aandag.

Die versorgers raak uiteraard ook moeg en het 'n groot behoefte aan ontvlugting. Versorger # 6 meld spesifiek: *"Sy maak jou moeg deur die dag, en sy sit geen moment stil nie, jy moet haar altyd soek, sy loop nou gelukkig nog nie by die hek uit nie, maar as ek haar roep dan gee sy nie vir my 'n antwoord nie, dan moet ek haar loop en soek, dan is sy of in die tuin, sy sit in die son, of sy vee blare op, of sy tel hondebolle op, of sy maak tuin nat, of sy vee die kombuis, of sy sit sommer net op haar bed in die sonnetjie."* Die behoefte aan ontvlugting word amper soos 'n noodkreet deur Versorger # 7 uitgespel: *"My dogter-hulle is vandag Bloemfontein toe, toe vra ek hoekom, toe sê hulle sommer maar net. Ek beny hulle so, ek het 'n behoefte daaraan om net uit te kom en bietjie weg te kom...ek het regtig bietjie die behoefte om net uit die huis te kom. Net 'n slag weg te kom, wil so graag gaan kuier vir my familie."* Versorger # 10 beskryf sy mate van ontvlugting soos volg: *"Ek maak nou so, as die bediende nou die dag kom, dan vat ek die kar, en dan al loop ek net Brandwag deur en praat met niemand nie, maar dan sien ek ander mense. So dit word te veel vir jou as dit vir te lank aanhou..."*

Dikwels is dit ook drome wat aan skerwe is, byvoorbeeld drome om wanneer 'n mens die dag oud is, te gaan toer en saam oud te word. Dit is egter nie vir hierdie versorgers beskore nie. Versorger # 2 het onder andere so 'n droom gehad: *"Ek kan nie dink wanneer laas ek vakansie gaan hou het nie, ek het nou gedink op hierdie ouderdom gaan ons bietjie kan rondry. Maar jy gaan nou by 'n vakansie-oord, hier in die middag na twee gaan lê jy bietjie en jy raak aan die slaap. Sy gaan uit, jy weet nie waar sy is nie en niemand ken haar nie. Waar soek jy haar. En weet jy ek wou so bitter graag 'n klomp staproetes gaan stap het. Maar wat! Weet jy, ek is so jaloers, ek het 'n kliënt en hy is 'n goeie vriend van ons...hier so middel Mei, dan pak hy en sy vrou hulle karavaan op en dan gaan toer hulle en hierso middel September, dan kom hy eers weer terug, as dit weer begin somer word hier in die Vrystaat. En dis wat ek vir my en my vrou...maar miskien was dit maar net drome wat ek gedroom het en nou kan ek nie by daai drome uitkom nie."*

Selfs van persoonlike ruimte of tyd is daar nie sprake nie: *“Veral as ek nou iets het wat ek ook dringend moet doen, ek het tog ook taamlik werkies, dan sy is nou net te lastig, jy kan nie luister na iemand nie, jy kan nie ‘n gesprek oor die telefoon voer nie, want sy is al hier om jou met die ‘k-k-k-k.’”*

Ook stokperdjies is iets wat by die meeste versorgers agterweë bly. Versorger # 2 se belewenis is soos volg: *“Ek ry nie meer fiets nie, ek speel nie meer gholf nie, ek speel nie meer rolbal nie, so ek het my lewe heeltemal omgeskakel. Daar is party dae wat hy jou so bietjie onderkry, wat jy voel... ‘Jo, ek wens ek kon bietjie uitkom.’”* Versorger # 7: *“Ek kan nou skaars in die tuin werk, ek is baie lief vir tuinmaak, maar omdat ek haar so moet dophou...”* Die opofferinge wat Versorger # 1 moes maak: *“Ons het die gewoonte gehad om soggens vyf na agt kilometer te gaan stap. Om fiks te bly en toe kon sy nou nie meer stap nie...ek het nog steeds gaan stap, maar nie meer so baie nie, want ek wil nie so baie hier weg wees dat sy alleen is nie, want sy is onseker op haar voete partykeer. En as sy nou skielik moet draai of swik, en sy val is hier niemand wat gaan hoor nie, want sy moet by die noodknoppie kom en dit is daar in die hoofslaapkamer.”* Die volgende versorger, Versorger # 8, het net eenvoudig belangstelling verloor in ‘n jarelange stokperdjie. Hy besef hy moet dit weer opneem, maar kry dit nie reg nie: *“I must say that woodwork has been my hobby all my life. I haven’t been able to switch the machinery on ever since after the break. Just haven’t got back to that yet. I just lost that interest”* Hierdie vertelling van die versorger word met ‘n sug afgesluit, wat daarop dui dat dit swaar op sy gemoed rus.

6.3.2.2(ii) Sekondêre intrapsigiese stres

Intrapsigiese stres word ook as ‘n sekondêre stressor uitgesonder, aangesien dit ontstaan as ‘n uitvloeisel van ander stressore (Pearlin et al., 1990). Die temas wat hieronder ontstaan het, is onder meer die affektiewe belewenis van die versorgers; die effek wat die versorging op versorgers se persepsie van hulself het en ook die persepsie wat die versorgers van die toekoms het. Al die bogenoemde faktore kan ‘n positiewe of negatiewe invloed uitoefen.

(a) Affektiewe belewenis

Daar is 'n hele warboel van emosies wat die affektiewe belewenis van hierdie versorgers opmaak. Dit sou verteenwoordig kon word deur 'n kontinuum wat strek van gevoelens van trots en tevredenheid tot gevoelens van frustrasie, geïrriteerdheid, angs en algehele magteloosheid. Ongelukkig was dit dikwels die negatiewe affekbelewenis wat die swaarste geweeg het.

Daar kom 'n deernis vir die persoon voor, so asof die versorger die persoon dit wil spaar om bewus te wees van wat besig is om met haar te gebeur: *“Nou genadiglik het die siekte later so erg geraak dat sy naderhand nie meer besef het nie.”* Daar is baie geduld nodig en dit gaan dikwels gepaard met 'n gevoel van hulpeloosheid: *“Nou probeer ek uitmaak wat hinder nou vir haar...”* Aan die ander kant van die kontinuum is daar ook die frustrasie en ongeduld: *“...partykeer dan raak mens nou maar ongeduldig, jy kan dit nie help nie”,* of *“My geaardheid is net dat ek nie soveel geduld het nie, dan vat ek nou maar oor, maar sy kan in elk geval nie self nie...”*, maar nadat die versorger hulle geduld verloor het, ervaar hulle die volgende: *“Ek voel dan soos 'n skurk.”* Versorger # 3 druk dit soos volg uit: *“...dit is net die vergeet, dit frustreer my baie...ek gaan nie gal af nie, maar partymaal voel ek maar dis nie lekker nie.”* Versorger # 8 ervaar ook dieselfde irritasie: *“En dan die vergeet, dis so erg, dit irriteer so geweldig, dat jy voel jy wil skreeu.”* Hierdie selfde versorger voel baie skaam oor sy gedrag wanneer hy soms sy humeur verloor, wanneer sy vrou dieselfde vraag herhalend vra. Hy voel ook skuldig, want hy besef sy doen dit nie uit moedswilligheid nie, maar dat dit 'n siekte is, maar hy troos homself daaraan dat dit menslik is om so op te tree. Hy ervaar egter telkens gevoelens van berou wanneer dit gebeur.

Die ongelooflike hartseer en ontsteltenis wanneer die versorgers begin vertel van hulle vrou se agteruitgang, en veral oor die moontlikheid van institusionalisering, is duidelik uit die meeste van die onderhoude. Versorger # 6 vat hierdie emosie baie goed saam: *“Ek wil haar nie weggooi soos vuil wasgoed nie. Wat gaan dit my baat, as ek haar in 'n inrigting sit, ek moet nog vir haar gaan kuier, om haar daar te sien gaan vir my meer hartseer gee. Jy gooi nie sommer samesyn van 45 jaar by die deur uit en sê, nou het jy jou doel gedien en nou gooi ek jou weg en nou gaan ek met my*

lewe voort nie.” Daar kom ook ‘n mate van selfverwyte voor, omdat hulle voel hulle het nie gou genoeg iets aan die situasie probeer doen nie: “Eers het ek, dit was seker nalatigheid van my kant af, eers het ek half en half gedink dit is maar net ‘n geringe tipe van geheueverlies en ek het my nie veel daaraan gesteur nie...” Dit onstel Versorger # 9 geweldig wanneer sy vrou emosioneel is: “...when my wife is tearful, this upsets me so much, I’m just going...”

Aan die ander kant van die kontinuum is daar die gevoelens van tevredenheid, trots en beloning wanneer die versorgingstake suksesvol en met liefde uitgevoer is; of dit nou te make het met persoonlike versorging, kosmaak, of sommer in die algemeen:

Versorger # 9: *“Sy het altyd vir my gesorg en kos gemaak, koffie in die bed gebring, nou is dit my beurt om iets daarvan vir haar terug te gee.”*

Versorger # 8: *“...I was managing quite all right... Well, honestly I just felt I’ve got to do these things. I’ve got to do the cooking, I’ve got to do the washing, I’ve got to do this. And it has never worried me, I just thought, I’ve been married to her for 55 years and this hasn’t been a problem whatsoever. I don’t know, I just sort of accepted this is my way of life now onwards and I must get on with the job. I am doing everything that is possible.”*

Versorger # 7: *“...sê nou maar sy kry ‘n glipsie in haar klere, om haar uit te trek, die klere te was...ek was dit en ek gee nie om om dit te doen nie, partykeer dink ek, heerlijkheid, wat maak jy, maar ek doen dit, dalk is ek op ‘n manier trots daarop dat ek dit regkry.”*

Versorger # 6: *“Alhoewel dit addisionele moeite van my kant af verg, nooit ek baiekeer mense vir ‘n maaltyd, ek kook ‘n maaltyd, partykeer pannekoek, party slae Chinese ete, party slae braaivleis. Ek het nou al heel bedrewe geraak in die kuns.”*

Versorger # 2: *“Dit wat ek vir haar kan doen, terwyl ek nog kan, wil ek graag vir haar doen.”*

Aan hierdie positiewe kant van die kontinuum blyk daar selfs humor in die versorgingsituasies te vinde te wees, soos verteenwoordig deur verskeie humoristiese vertellings tydens die onderhoude. Daar is nog altyd tyd vir 'n grappie, maak nie saak hoe donker die omstandighede lyk nie. Versorger # 6 het met 'n breë glimlag vertel: *“Hoe het my seun altyd gesê: kyk noord en ploeter voort.”* Versorger # 3 het die volgende oor sy humoristiese siening oor die toekoms meegedeel: *“Ja nee wat, mens besef naderhand jy is op die end, maar jy wil ook nie aanhou leef nie. Ek het tot die konklusie gekom, hoe langer jy leef hoe dieper kom jy in die moeilikheid. Maar vat dit nou van jouself af, toe jy 'n kind was, watse moeilikheid het jy gehad? Nou en dan het jy pakslae gekry en dit was die end van die storie en vanaand gaan lê jy en slaap soos 'n klip.”* Daar kom ook nog hoop en optimisme aan hierdie kant van die kontinuum voor, hoe gering ook al, soos Versorger # 2 dit gestel het: *“...ek wil nie te optimisties raak nie, maar soos ek nou self maar statistieke probeer hou, wil dit vir my voorkom of daar op hierdie stadium nie agteruitgang is nie. Dat dit half staties bly.”*

(b) Toekomspektief

Hoe die paadjie vir die versorgers vorentoe lyk, is dikwels 'n raaisel, en vir die meeste van die versorgers is dit 'n groot bron van stres en kommer. Die feit dat die versorgers moontlik voor hulle vrou iets sal oorkom, hang soos 'n swaard oor die koppe van hierdie versorgers, soos gestel deur die volgende versorger: *“...mens is maar bekommerd oor as dit nou so mag kom dat ek nou voor haar wegval...”* Versorger # 6 sien dit ook soos volg: *“...die ander ding wat ook in my agterkop knaag...ek is nou gesond, ek kan dit nou behartig, maar sê nou maar ek kom nou iets oor, wat word dan van ons?”* Dit is deur Versorger # 2 beskryf as 'n onrustigheid: *“Hoe lank is ek getroud, 40 jaar, dink ek, so ek raak net bietjie onrustig as daar iets met my sal gebeur, wat word van haar dan...wat my verder bekommerd maak, die fasiliteite vir hierdie pasiënte is baie beperk. En dit is wat my bang maak vir die toekoms.”* Vir Versorger # 7 is dit op die oomblik amper meer 'n oorlewingstryd, daar is nie regtig die kans om vorentoe te dink nie: *“Jy weet mens voel party dae, heerlikheid man, ek kan nie so aangaan nie, maar as sy nie daar is nie, sal ek haar verskriklik mis, ek kan my nie indink sonder haar nie. Ek sou graag nog wou navorsing doen oor my familiegeskiedenis, maar op die oomblik is ek so in beslag*

geneem deur haar versorging. Ek verlang ook regtig na my familie, ons is 'n groot gesin, ek sou graag bietjie wou toer, bietjie by hulle wou uitkom en so aan.”

Versorger # 8 moet toekomsbesluite rondom sy verblyf, neem want aangesien sy vrou in 'n siekeboeg is, moet hy daaraan dink om moontlik na 'n kleiner plek te verhuis: *“What do I do with this place all by myself?”* Alhoewel Versorger # 10 probeer om nie te veel aan die toekoms te dink nie, is dit tog duidelik dat dit vir hom ook 'n bron van kommer is: *“Huh uh, ek dink liewers nie daaraan nie. Want ek meen, ek sien nie kans om haar by die erf uit te neem en alleen agter te bly nie. Ek wil glad nie daaraan dink nie. Ek maak ook nie voorsiening daarvoor nie. Nee wat, as die dag kom, dan is ek miskien te swak om haar te hanteer en dan gaan sy maar gewillig, maar solank ek krag het, en ek kan aangaan dink ek nooit daaraan dat dit nou moet gebeur nie. As sy my die dag nie meer ken nie, dan sal ek haar enige tyd, dan gee ek nie om nie, want dan weet ek hulle kan haar beter versorg as ek.”*

Aan die ander kant is die toekomspektief nie net negatief en vol stres nie. Die meeste van die versorgers sien nog kans vir die toekoms en het nog die een of ander droom wat hulle graag wil verwesenlik, of hulle voel dat hulle 'n vol lewe gehad het en alles beleef het wat hulle graag wou beleef.

Versorger # 3 voel sy lewe was vol genoeg, maar daar is tog nog 'n droom ook: *“Ek het genoeg van die wêreld gesien, ek het hom gesien van ossewa tot spuitvliegtuie, ek het 'n ossewa gery, ek het 'n perdekar gery, ek het 'n Trapford gery, ek het baie soorte goed gery. Ek het nog net nooit 'n vliegtuig gery nie. Nouja, dit sal lekker wees as ek nog iewers heen kon vlieg.”*

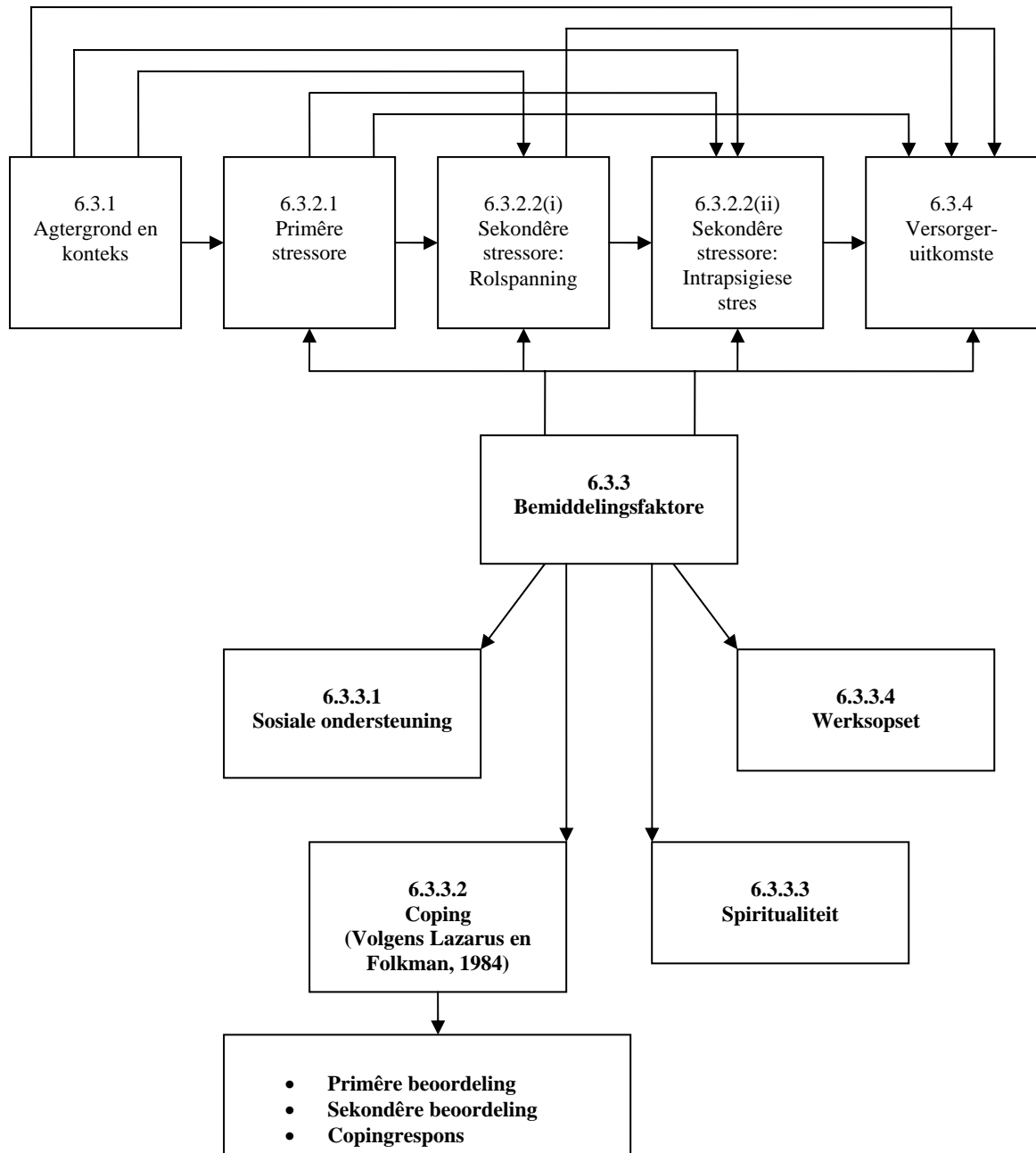
Hierdie versorger, Versorger # 5, geniet sy huidige omstandighede, die uitsig wat hy het, die gerief en spasie en sy ondervloerse verwarming en sy wens is dat dit nie sou verander nie: *“Al wat ek nou vandag het, ek wil nie 'n ouetehuis ingaan nie. Ek sien nie kans vir 'n ouetehuis nie. Want daai klomp oumense praat net oor die dood. En die reuk in so 'n ouetehuis, iets verskriklik. Nee, regtig, ons is baie gerieflik hierso. Ek weet nie of jy kan voel nie, maar ons het ondermatverwarming...en die badkamer is so binne vyf treë van ons af, want jy het geriewe wat jy nie in 'n ouetehuis maklik gaan hê nie.”*

Versorger # 1 kom uit 'n familie wat baie jonk sterf, so die familiegeskiedenis het soos 'n swaard oor sy kop gehang, maar hy het ook nog 'n toekomsdroom wat hy hoop om te verwesenlik: *“Ek maak staat op die genade van ons Liewe Here. Hy het my deur al hierdie fases gebring, hy het my baie meer lewensjare gegee as my familie. Ek lewe net uit dankbaarheid...ek wil graag die agterkleinkinders sien!”*

'n Spirituele siening gee rustigheid aan Versorger # 9: *“Ag jong, wat moet mens nou sê? Ons het nou 'n lekker plekkie waar ons nou bly, dit is gerieflik...nou nie iets spesifiek nie...wat het 'n mens nou om na uit te sien as mens oud is, behalwe vir die hiernamaals?”*

6.3.3 BEMIDDELINGSFAKTORE

Dit is 'n gegewe dat mense wat aan dieselfde stressore blootgestel word, op verskillende maniere daarop reageer en daardeur geaffekteer word. Dit is in hierdie verband dat die rol van psigogene faktore (sien Deel 3 vir 'n uitbreiding) ter sprake kom. Bemiddelingsfaktore speel onder andere in hierdie verband 'n belangrike rol (Pearlin et al., 1990). In die hieropvolgende ontleding sal daar dus gefokus word op die bemiddelende faktore, en dus sal daar gepoog word om die volgende vraag te beantwoord: *“Wat dra daartoe by om die versorgingsproses vir die versorger makliker oftewel draagliker te maak?”* Verskeie bemiddelingsfaktore sal vervolgens bespreek word, onder meer sosiale ondersteuning, die copingmeganismes van die versorger, die rol van spiritualiteit en die werksopset van die versorger.



Figuur 6.1: ‘n Skematiese voorstelling van die integrering van die Stresprosesmodel (Pearlin et al., 1990) en die Stres- en Copingproses (Lazarus & Folkman, 1984)

6.3.3.1 Sosiale ondersteuning

Dit het baie duidelik uit al die onderhoude na vore gekom, dat die mate waartoe versorgers cope met die uitdagings wat die versorgingsituasie aan hulle stel, baie

afhang van hulle beskikbare ondersteuningsraamwerk. Daar sal onderskei word tussen informele en formele ondersteuning.

(i) Informele ondersteuning

Informele ondersteuning verwys na die ondersteuning wat die versorgers ontvang van familie en vriende. Dit is uit die meeste van die onderhoude duidelik dat die kinders 'n groot bron van ondersteuning aan hierdie versorgers bied. Die kinders se hulp word hoog op die prys gestel, soos Versorger # 7 dit ervaar: *“...die kinders het gehelp...ek doen die inkopies, of die kinders doen dit vir ons”*, en Versorger # 4 vermeld: *“My kinders! Nie bure nie, my kinders!”* Die dogters is veral uitgesonder. Daar is 'n groot waardering vir die ondersteuning. Versorger # 7 stel dit so: *“Dis 'n grote..ek weet nie of ek dit sou gemaak het sonder haar nie.”* Die ervaring van Versorger # 3 het ook die noodsaaklikheid van hierdie ondersteuning beklemtoon: *“Ja kyk, hier bly 'n dogter van ons net hier oorkant. Sy help vir ons baie. Jy weet, sy maak maar meeste van die tyd kos, dan bring sy dit, dan vries ons dit, dan maak ek dit net warm. Sy help ons regtig baie. Dit is die ondersteuning wat ons kry. Toe ek in die hospitaal was, het my dogter by haar kom bly. Ek sal vir jou sê, dit is 'n geluk dat ons die kind hierso het!”* Al woon Versorger # 6 se kinders nie naby nie, word hulle ondersteuning ook waardeer: *“Byvoorbeeld, ek sal my dogter kry as daar nou klere gekoop moet word, dit is eintlik...mens voel bietjie skaam as jy in 'n dameskleedkamer moet ingaan.”* Versorger # 1 deel ook die positiewe ervaring, met sy kinders wat naby woon: *“Ja-nee, hulle is 'n telefoonoproep weg en baiekeer is hulle hier op 'n verbyry net om te kom kyk hoe gaan dit hier, as jy nou 'n dag oorgeslaan het, wat jy nou nie gebel het nie. En dan kyk sy so hier deur en dan kom hier 'n skinkbord vol skottels aan met kos. So ons is nie op ons eie, of eenkant toe gestoot nie. So wat dit betref, is ons baie gelukkig.”*

Versorger # 5 woon op 'n kleinhoeve buitekant die stad en hulle dogter woon reg langs hulle, dus is hulle altyd naby om te help. Die gerusstelling is duidelik uit die ervaring van Versorger # 5: *“Wel, natuurlik ons dogter hier, help ons nou baie. Alhoewel in die laaste tyd werk sy ook nou by die universiteit, so sy is maar self baie besig. Ons gaan darem gewoonlik Sondae daar by hulle eet. Daardie keer toe ek so lank in die hospitaal was...kon die een dogter ook nie die healtyd behartig nie, toe het*

die ander twee dogters kom help. Die jongste een in Amsterdam, was toe nog nie oorsee nie en het van Oos-Londen af gekom en hier gebly en die ander dogter ook.” Hierdie versorger koester ook die hoop om nooit na ‘n ouetehuis te gaan nie, en hy maak ook hierin staat op sy dogter: *“My dogter-hulle moet maar vir ons hier sorg...”* Versorger # 10 se seun woon op die oomblik by hulle in die huis en is ‘n groot bron van hulp, want toe hierdie versorger in die hospitaal was vir ‘n heupoperasie, het die seun die versorging behartig: *“Hy wat nou daar by ons bly, is vir my van groot nut.”*

Dit is vir die versorgers swaar as hulle kinders ver van hulle af woon. Maar selfs die ondersteuning wat hulle oor ‘n afstand van hulle kinders kry, is vir hulle belangrik. Versorger # 6 het die volgende oor sy kinders se betrokkenheid meegedeel: *“Ek moet sê, my kinders ondersteun my darem ook redelik baie, jy weet, nou nie my dogter so seer nie, sy is so ‘n ou knopkop, maar my seun...hy is baie meer meelewend, baie meer besorgd oor my en sy ma, as wat my dogter is. Ek sê nie sy is nie besorgd nie, maar sy bel my nou weer meer as wat hy bel. So dit is ‘n pluspunt, maar die dat hulle so ver is, is nou weer ‘n nadeel.”* Nog ‘n voorbeeld hiervan: Terwyl ons die onderhoud gevoer het, het ‘n dogter van Versorger # 5 wat in Amsterdam woonagtig is, gebel sommer net om na die welstand van haar ouers te verneem: *“Ja, die kinders leef mee, dit is nou net swaar dat hulle daar ver is.”* Versorger # 9 het drie seuns en het sy belewenis aangaande die ondersteuning wat hy van sy ontvang kinders soos volg beskryf: *“Die twee skoondogters, die een in Pretoria en die een hier in Bloemfontein is bang vir oumense. Veral die een hier in Bloemfontein. Sy kom amper nie by die huis by ons nie en hulle bly hier in Langenhoven. Sondae sal hulle daar inloer vir ‘n paar minute, ‘n koerant bring as hulle een het en dan is dit nou weer verby. Maar daai een in die Kaap is heel anders. Sy is ‘n matrone by ‘n privaat hospitaal daar en is baie besorgd oor ons. Sy wil eintlik hê ons moet na hulle toe trek, maar ek sê, jong, ma sal nie trek nie en sy het ook nie die krag om te trek nie. Sy doen rêrigwaar moeite. Ek verjaar nou hier in September, dan wil hulle nou vir my ‘n vliegtuigkaartjie koop om vir so ‘n dag of twee by hulle te gaan kuier, sodat ek ‘n bietjie kan ontspan. Ek het gesê ek kan nie hulle ma alleen hier los nie, maar hulle het gesê hulle sal reël dat mense by haar bly. Die skoondogter het ‘n niggie wat in Harrismith bly, en sal reël dat die vir ‘n naweek by haar kom bly...”* Versorger # 10 kry ook ondersteuning van sy dogter wat ver woon en stel dit hoog op die prys: *“As my dogter nou die slag kom, dan kyk sy nou na die klere en al die dinge...sy was hier*

en sy het my vrou se klere uitgesoek vir so 'n week lank, alles bymekaar gehang dat ek dit net kan vat, ek is nie bekwaam daartoe nie. Nee hulle is baie ondersteunend. Dit is doodseker.” Versorger # 8 is die enigste versorger wat nie vreeslik baie ondersteuning van sy dogter, wat in dieselfde stad as hy woonagtig is, ontvang nie. Hy beskryf dit soos volg: *“She knocks off at about 4 o'clock, then she has her family to look after. Well, she comes and sees her mother and makes the odd sort of curry and rice for me. But I haven't had much support...”*

Dit was opvallend dat baie min van die versorgers melding gemaak het van die ondersteuning van vriende. Dit is meestal die ondersteuning van hulle kinders waarop hulle staatmaak. Versorger # 4 het dit duidelik uitgespel: *“Bure bestaan nie meer in die platteland nie.”* Die siening word ook gedeel deur Versorger # 3: *“Van vriende, sogenaamde vriende, hoor en sien jy maar min.”* Versorger # 7 het dieselfde ervaring: *“...so ons kom nie eintlik meer iewers nie en die mense kom nie meer by ons nie...mens word ook eensaam.”* Ook Versorger # 9 wat na 'n aftree-oord verhuis het, het 'n soortgelyke belewenis: *“Daar het 'n paar ingeloer en kom kennis maak, maar omdat jy nou nie terugkuier nie, lyk dit my dan kom hulle nie weer nie, of altans nie gereeld nie. Haar neef kom nou baie vir ons kuier en hy vrolik 'n mens baie op met sy geselskap. Sulke goedjies help nogal, as daar van jou vriende kom. Ag maar almal het ook maar hulle werk, mens kan nie verwag hulle moet gereeld by jou uitkom nie.”* Die belangstelling van vriende word dus waardeer, alhoewel dit nie gereeld gebeur nie. Dit was egter duidelik uit die onderhoud met Versorger # 8, wat nie eintlik ondersteuning van sy kinders af ontvang nie, dat die ondersteuning van 'n gawe buurvrou hoog op die prys gestel word: *“There is only one elderly lady that lives across from me, she is a year older than me, now 83, she has fed a midday meal to me. I don't know, she seems to be friendly with a group of people who send her food, because she is also old. Then she divides it up and comes to me with a midday meal every day and it is strange, but she visits my wife every single day.”* Alhoewel die buurvrou die lewe vir hierdie versorger makliker maak, beskryf hy tog sy sosiale lewe as: *“I'm lonely, terribly lonely.”* Versorger # 10 ervaar ook hierdie isolasie: *“Wat daar kom, is die diaken van ons kerk en daar is nou een dame, ek dink die kerk het haar afgevaardig, wat periodiek kom. Maar ek het 'n goeie buurvrou aan die bokant en sy kom gereeld sommer daar oor die heining vra, hoe gaan dit nou vandag, maar daar is nou nie eintlik vriende wat kom kuier nie.”*

Daar is wel een van die versorgers, Versorger # 6, wat baie staatmaak op sy vriende vir ontvlugting. Hierdie persoon is ook die een versorger wie se kinders almal ver woon; dit kan moontlik 'n rede wees waarom hy sy vriende baie belangrik ag: *“Dit help, omrede, mens soek, soos ek altyd sê, mens soek geselskap op jou eie intellektuele vlak en as dit weggeneem word van jou af, en daar is net doodse stilte...en dan die vriende wat ons het, hulle nooi ons redelik baie uit om sommer net te gaan gesels oor 'n koppie tee. Dit gee my darem 'n kans om bietjie uit te kom. Dit help! En ek nooi ook, laat ek dit so stel, sy hou van mense by haar, alhoewel sy nie deelneem aan die gesprek nie. Alhoewel dit addisionele moeite van my kant af verg, nooi ek baiekeer mense vir 'n maaltyd, ek kook 'n maaltyd...dan nooi ek mense spesifiek, een of twee pare om die aand saam met ons te kom deurbring. En dan is my bure baie gaaf met my. Ons bly al van 1972 af langs mekaar. Hulle besoek ons, ons gaan besoek hulle, so dit is alles dinge wat help.”* Dieselfde versorger maak staat op sy vriende vir ontvlugting, maar alhoewel hy weet daar is potensieel hulp van vriende beskikbaar, verkies hy op die oomblik om eerder self te cope: *“Ek het persone wat sê: ‘Druk net op my knoppie en ons sal vir julle ondersteuning gee, maar ek wil dit nie te gou begin doen nie, want as die nood nou rêgtig druk, dan voel jy half en half jy het al so op hulle gesteun...maar van die mense van ons vriendekring is meer as bereid om te help, maar ek probeer maar nie.”*

Een van die versorgers het nie kinders nie, maar hy maak interessant genoeg nie staat op die ondersteuning van vriende nie, hy kry sy ontvlugting by sy honde. *“Winter of somer...staan ek gewoonlik hier half 5 op, en dan gaan stap ek met my honde, en ek praat met hulle, en ek gesels en ons lag. Dit is vir my 'n verskriklike afleiding. Ek ken almal, maar ek het nie 'n werklike vriend nie, my honde is my vriende en hulle is vir my die weerligafleiers.”* Versorger # 9 het na sy hond verwys as: *“...this is my big companion in life...”*

(ii) Formele ondersteuning

Alhoewel die manlike versorgers baie van die huishoudelike take, soos kosmaak self doen, lyk dit tog of hulle ook staatmaak op die ondersteuning wat hulle van buite kry om te help met van hierdie take. Die hulp word veral aangewend vir huisskoonmaak

en strykwerk, om maar 'n paar te noem. Dit was duidelik uit die onderhoude dat al die versorgers gebruik maak van die dienste van 'n huishulp, of sy nou een keer per week uithelp, en of sy nou 5 dae 'n week uithelp. Dit lyk of hierdie vroue 'n noodsaaklikheid is in die versorgers se daaglikse bestaan en 'n groot rol speel in die verligting van die uitdagings wat die versorging aan die versorger stel. In meeste van die gevalle loop die huishoudster al vir 'n geruime tyd 'n pad saam met hierdie mense en daar word met groot lof gepraat van die hulp wat hulle aan die versorgers verleen. Versorger # 5 vermeld: *“Donderdae kry ons gewoonlik 'n huisbediende om bietjie skoon te maak en te stryk en so aan.”* Die noodsaaklikheid van die hulp word ook deur Versorger # 3 beaam: *“Ja, o ja, ek is nie 'n huishouer nie, hoor. Ek was nog ons eie wasgoed, maar die huisskoonmaker maak skoon en doen die strykwerk.”* Ook Versorger # 8 het 'n huishulp wat hom help: *“We have a maid who comes in to clean and she does the ironing...”* Uit die onderhoud met Versorger # 6 was die hulp ook 'n duidelike pluspunt: *“...ek het nou die swartvrou wat die huis vir my half en half in stand hou en sy bly op 'n Woensdag en 'n Donderdag tot so vier-uur, dan gaan ek nou huis toe, dan neem ek oor.”* Die huishulp wat vir Versorger # 2 help, is al 'n geruime tyd by hulle werksaam: *“Ja, weet jy, sy is seker die beste deel van 25 jaar met ons en sy is baie betroubaar...”* Vir Versorger # 4 bied hierdie huiswerker 'n mate van ontvlugting: *“Dan my geluk is, ou Emily sê: ‘Gee net pad, ek sal haar ‘handle.’”* Versorger # 9 het 'n soortgelyke ervaring: *“Ons het nou 'n bediendetjie wat 5 dae van die week vir ons help. Sy help nou baie in die week as sy daar is, maar oor naweke help ek.”*

Betrokkenheid by 'n formele ondersteuningsgroep, soos aangebied deur die Alzheimervereniging, kan tot groot voordeel van die versorgers wees, omdat hulle daar die oor kan kry van mense wat dieselfde paadjie loop. Maar dit lyk asof die mans oor die algemeen nie by ondersteuningsgroepe betrokke is nie. Daar is slegs een van die versorgers, Versorger # 2, wat aktief betrokke is by so 'n ondersteuningsprogram en hy beleef dit soos volg: *“Jy weet, dit is so half 'n reddingsboei, wat jy aan wil vat, miskien gaan hy my help.”* Vir die ander versorgers is dit onder meer te emosioneel en die feit dat daar so min mans daarby betrokke is, speel ook 'n groot rol. Versorger # 5 het dit goed opgesom: *“Ja, maar dit is ook maar 'n probleem, die een daar by Rosepark het ek meer van gehou, die een wat nou by die OVV se kantore is, waar die mense eintlik meer sit en kla oor hulle toestand,*

dit vind ek nou nie baie aangenaam nie. Daar is 'n vrou wat eenkeer kom praat het, sy het baie swaar gehad met haar man, sy het ook 'n seun gehad met die probleem en sy het daar gesit en huil, en dis ontstellend. En die eenkeer wat hulle ons hier na die Fichardtpark aftree-oord geneem het, was dit baie ontstellend vir my. Om te sien hoe die mense daar lê. Maar dis nou interessant nou met hierdie ondersteuningsgroep, dis wat ook nie vir my so lekker is nie, ek en professor is die enigste mans daar.”

Versorger # 8 het ook die feit dat daar min mans betrokke is by die ondersteuningsgroep uitgelig: *“I have attended one meeting at the Alzheimer’s down at Mooihawe...my daughter insisted that I go. But I considered that I can carry on on my own. As I say, I’ve only been there once and it is only because my local daughter insisted that I get some sort of assistance...but I just seem to manage myself and they do say there are very few men that attend. Now there I have a bit of a problem.”* Dit is ook nie hoog op die prioriteitslys van die versorgers om by die ondersteuningsgroep uit te kom nie, soos Versorger # 6 spesifiek vermeld: *“Ek weet daarvan, en ek het dit al oorweeg om soontoe te gaan, maar ek het nog net nie die tyd gekry nie.”*

Versorger # 10 is ook nie betrokke by die ondersteuningsgroep nie; sy seun was wel eenkeer daar en het dit soos volg beleef: *“Pa wil nie gaan nie, want die ‘Meals on Wheels’ kom op ‘n Dinsdag en Donderdag en hy wil daar wees as hulle kom, maar ek probeer om hom daar te kry. Daar was net drie mense, plus die groepleidster, ja, omdat ek die new kid on the block was, moes ek meer deel. Maar wat ek wel gevind het, was dat ek daar baie goeie tips gekry het oor goeters...”*

Versorger # 7 maak gebruik van 'n tuisversorgingsorganisasie, vir die voorbereiding van etes, en ook in geval van nood. Dit verlig ook die las van die versorgingsituasie: *“Ons het hier 'n tuisversorgingsorganisasie, wat ek nog begin het, ek is ook die voorsitter daarvan, baie betrokke daarby en ons het verpleegsters wat vir ons werk...ek het gekook tot nou onlangs, ek kook nog steeds, maar nou het ons nou juis hierdie organisasie van ons, ons noem dit ‘Sorgsaam’, die maak nou gevriesde etes en ook vars etes, so ek kry sommer dit partykeer, soos vir ‘n paar dae in die week, sodat ek net ‘n paar dae in die week hoef te kook.”* Daar was ook 'n insident waar Versorger # 7 se vrou flou geword het in die badkamer, toe skakel hy hierdie ‘Sorgsaam’-organisasie en: *“binne enkele minute, was twee verpleegsters hier.”* Hy was egter die enigste versorger wat van so 'n instansie se dienste gebruik maak. Ook Versorger # 9 maak gebruik van die voorbereide-ete-fasiliteit wat beskikbaar is in

hulle aftree-oord, veral oor naweke, wanneer hy alleen na sy vrou moet omsien en die huishulp nie daar is om kos voor te berei nie: *“Sondae, dan koop ek vir ons kos, dan hoef ek darem nou nie iets te maak nie. Hulle lewer van die kombuis vir ons af.”* Versorger # 10 maak ook gebruik van ‘n buite-diens om twee keer per week kos te voorsien, en sy seun stel dit soos volg: *“Ons het nou gereël dat ‘Meals on Wheels’ twee keer ‘n week kos bring, so dit gee hom bietjie af...”*

Die versorgers maak reg deur die bank gebruik van medikasie vir die demensie. Hulle weet die situasie is onomkeerbaar, maar die medikasie dien as ‘n tipe van ‘n reddingsboei, waaraan hulle nog kan vashou, met die hoop dat dit die agteruitgang sal vertraag. Maar daar is ook die kommer, wanneer dit lyk asof die medikasie nie meer so effektief help nie en die agteruitgang duideliker word. Versorger # 4 se ervaring: *“Ek kon die vordering sien van die pil toe sy dit begin drink het...ek kon sien hoe sy vreeslik stadig herstel, sy het vir ‘n paar jaar redelik goed aangegaan, wat sy redelik normaal was. Toe begin sy terugval. Maar tot op hierdie stadium kry ek nie iets wat die terugval kan help nie.”* ‘n Soortgelyke belewenis deur Versorger # 5: *“Dr. van Niekerk het vir haar medikasie voorgeskryf. Hy sê ook as jy daarmee ophou dan sak jy terug. So ek weet nie of die medikasie nou enduit vir haar onder beheer sal hou nie. Want eintlik het sy baie stadig agteruit gegaan.”* Daar is so ietwat van ‘n desperaatheid by Versorger # 6 te bespeur: *“Ek gryp na enige strooihalmpie, om die situasie...kyk soos hulle nou vir my sê, die situasie gaan nie beter word nie, maar hulle kan probeer om dit tydelik net so half en half te halt. Jong ek weet nie, in die beginstadium het dit gelyk of dit tot ‘n mate van verbetering lei, maar nou lyk dit nie of daar verbetering is nie.”* Versorger # 2 besef dat die paadjie vorentoe moeiliker gaan raak: *“Al wat vir my bietjie onaanvaarbaar is, is dat op hierdie stadium is daar nog nie ‘n produk, of ‘n behandeling wat dit kan omkeer nie. Want vorentoe weet ek kan dit moeiliker wees.”* Verskillende tipes medikasie word uitprobeer, soos gestel deur Versorger # 8: *“Dr Van Niekerk gave her tablets for that, Aricept, and then he went to Portugal for a new one that came on the market, I think Ibola. And he said we can perhaps try that.”* Daar is baiekeer ook ander siektes, behalwe Alzheimer se siekte, wat gemonitor moet word en dit kan bydra tot ‘n verskeidenheid van medikasie wat geneem moet word, soos Versorger # 9 ervaar: *“Sy het ‘n reeks van medikasie wat sy drink. Daar is so ‘n lys van hulle. Sy drink dit daaglik en elke dag sal sy vra: ‘Moet ek al hierdie pille drink?’ Dan sê ek ja. In die oggende is dit so 13 stukkies en*

in die aande so 'n stuk of 6 pilletjies. En ons hou nou die suiker ook dop, want sy is 'n suikersiekte-lyer."

Versorger # 8 was die enigste versorger wat by die studie betrokke was, wat sy vrou in die versorging van 'n organisasie moes plaas, soos voorheen genoem. Sy is na 'n val in 'n siekeboeg opgeneem. Die vriendelikheid waarmee die personeel haar hanteer, maak dit egter vir hierdie versorger makliker: *"Well, we have only got a black sister on duty in the small hospital. Then they have the helpers that are semi-trained. It does amaze me that they are so fond of her. They put their arms around her, the untrained ones say, you are so lovely. So that is pleasing."*

6.3.3.2 Coping

Versorgers gebruik verskeie maniere om te cope. Dit was ook duidelik uit die individuele onderhoude wat met die versorgers gevoer is. Vir hierdie deel van die ontleding en interpretasie van die resultate sal die stres- en copingparadigma van Lazarus en Folkman (1984) geïntegreer word met die model van Pearlin et al. (1990), wat in meer detail bespreek is in Hoofstuk 4. Dit sal gebruik word as raamwerk om die verloop van die copingproses van die versorgers spesifiek te bespreek.

Volgens Lazarus en Folkman (1984) bestaan die aanpassing by 'n stresvolle situasie uit drie prosesse:

- (i) *Primêre beoordeling*: die proses waar 'n bedreiging of uitdaging waargeneem word. Hier sal verwys word na die stressore wat tot dusver uitgelig is.
- (ii) *Sekondêre beoordeling*: die proses waar daar gedink word aan 'n potensiële respons op die bedreiging. Die copingopsies en moontlike hulpbronne wat gebruik kan word om die situasie te hanteer, word oorweeg. Volgens Lazarus en Folkman (1984) bestaan daar twee hoofipes copingstrategieë, probleem-gefokusde coping en emosie-gefokusde coping.
- (iii) *Coping*: die proses waar die bogenoemde respons uitgevoer word.

Daar sal vervolgens gekyk word na spesifieke situasies waar die versorger aan stressore blootgestel is en dan sal die moontlike hulpbronne wat oorweeg is, genoem word. Daarna sal die copingmeganisme wat die versorger gebruik het, bespreek word. Die versorgers sal elkeen afsonderlik bespreek word.

Vir Versorger # 1 was die feit dat hy nou verantwoordelikheid vir die kosmaak moet neem 'n stressor. Hy het dit soos volg oorbrug: *“Ek kry byvoorbeeld vir die somer koue vleis en ons het genoeg goed om slaai te maak. Dan hoef jy nie voor die stoof te staan nie. En so gaan ons nou maar aan en ons lewe goed. Ons kom reg... en dan soms sê ek hier by Preller Plein is daar baie eetplekke, ek kan daar 'n 'take-away' gaan vat.”*

Met betrekking tot die agteruitgang van die kognitiewe status van die persoon het Versorger # 2 die gedurige vrae van “Watter dag is dit vandag” as 'n stressor gesien, en die probleem soos volg opgelos: *“Ek het nou al sover gegaan, ek het by die telefoon vir haar 'n dagboek neergesit en 'n almanak en in die kombuis 'n dagboek en 'n almanak.”* Met betrekking tot die geheueprobleem, het hy die volgende plan beraam: *“Maar ek wil nie daai selfstandigheid van haar af wegneem nie. So ek gee maar vir haar in die oggend geld en dan gaan koop sy iets... Ek sê dan vir haar: Bring net die strokies vir my terug. Ek het 'n gewone boek gekry en hom in hoofde opgedeel en gesê: Nou skryf jy net vir my in wat jy gekoop het. Om net 'n sisteem te kry, want dit is asof sy partykeer nie die werklikheid van dit wat gebeur beseef nie.”* Hierdie versorger het ook verder geleer om nie sy vrou onkant te vang en haar skielik met iets te konfronteer nie. Hy begin maar eers om self te soek vir iets wat weg is en dan, indien hy dit nie vind nie, sal hy op 'n rustige manier vir haar vra, of sy nie dit of dat gesien het nie. Hy het dus 'n plan beraam om die stressor aan te spreek. Dieselfde versorger gebruik die kognitiewe agteruitgang van sy vrou tot voordeel van hulle verhouding: *“Gelukkig, of ek kan ook nie sê gelukkig nie, maar uit die aard van die demensie wat sy het, onthou sy nie sy het netnou, so 'n rukkie terug met my half geveg oor iets nie. Ek het verder nou al begin agterkom dat as sy begin oorlog maak, dan bly ek net stil want netnou begin sy vergeet en dan begin ons weer praat.”* Versorger # 9 maak ook van soortgelyke taktiek gebruik: *“En nou die geluk is, sy vergeet ook baie vinnig. Sy onthou nie die dinge nie.”*

Alzheimer se siekte word onverwags deel van jou lewe. Volgens Versorger # 2 is die aanvaarding van die siekte 'n groot copingmeganisme om hierdie stressor die hoof te bied: *“Weet jy, miskien het ek vinniger berusting gekry. Laat ek dit aanvaar het...dit is die pad wat ons sal moet loop.”* Nog iets wat hierdie versorger help om te cope met die stres van die siekte is die wyse raad van 'n vriendin: *“Maar iemand, 'n goeie vriendin, het eendag vir my gesê: ‘Al wat jy nodig het, is baie geduld’. En ek het dit nogal ter harte geneem.”*

Die volgende help vir Versorger # 3 om te cope: *“As jy rondom jou kyk, sien jy oues wat baie slegter af is.”* Volgens hom help die persepsie dat sy situasie nog beter is as baie ander bejaardes s'n.

Versorger # 4 het besef hy moet maar self planne maak, aangesien hy op 'n plaas woon en nie kundige advies tot sy beskikking het nie: *“Ek moet maar op my eie ondervinding staatmaak en dan moet ek sien wat werk.”* Hy het die steeksheid van sy vrou as 'n stressor ervaar en dit soos volg, deels met humor, deels met geduld, hanteer: *“Ek het al lus gehad om haar pakslae te gee as sy so moeilik was. Maar mens moet jousef maar in toom hou. Ek het uitgevind hoe kalmer jy met haar werk, hoe meer kry jy uitgerig. Dit help nie jy verhef jou stem nie, dit help my absoluut niks. Jy moet haar op 'n mooi en kalm manier oortuig dat die manier wat jy nou tot oorgaan, die beste manier is.”*

Optimisme is een van Versorger # 5 se copingmeganismes: *“Nee, ek is nogal 'n redelike optimis soort van mens...en dit help.”*

Dit was tydens die meeste van die onderhoude duidelik dat die versorgers dadelik probeer om 'n probleem wat opduik op te los en dit is hoe hulle cope. Versorger # 6 meld spesifiek die volgende: *“Ek laat ook nou die lig in die aand in die gang brand, sodat sy maklik by die badkamer kan uitkom.”* Hierdie selfde versorger het ook die probleem dat sy vrou nie koud kry nie en net onder twee dun kombersies slaap. Sy weier ook dat hy 'n ekstra kombers oor haar gooi. Hy het egter 'n ander plan beraam en hy is baie in sy skik daarmee: *“Nou raak ek skelm, ek maak die bed met die warmkometers warm voor sy inklim.”*

Versorger # 7 het weer tot die gevolgtrekking gekom dat wanneer sy vrou angstig raak, wat nogal dikwels gebeur, dit help om haar in die motor te laai en 'n ent te gaan ry, en terselfdertyd verskaf dit 'n uitkoms uit die huis uit vir hulle albei: *“Dan vat ek die kar dan ry ek met haar, dat ons ook net bietjie kan uitkom, dit help nogal, maar partykeer moet ek tot by Orania ry voordat sy bietjie rustiger raak.”* Die versorger cope ook met sy vrou se teësinnigheid op die volgende manier: *“...dit is nou sleg as sy nie wil nie, maar ek het nou ook al gesien, goedjies wat ek voel sy moet doen, sy sit haar vir 'n tydjie teë en dan gee sy maar in, so asof sy wil sê: ‘Laat pappa haar maar druk in hierdie ding.’”* Dieselfde versorger het geleer om die nie-verbale tekens wat sy vrou gee te lees, en daarop te reageer. Dit help hom om te cope met die onvoorspelbaarheid van haar gewoontes en gedrag: *“Ons gaan stap nou byvoorbeeld, nou moet jy baie mooi en nugter en skerp ingestel wees. Want sy sal miskien net aan haar maag vat, dan moet ek nou weet, ons moet omdraai anders kom ons te laat...”*

Versorger # 8 het die verskillende huishoudelike take gesien as iets wat gedoen moes word, daarom het hy dit gedoen en die feit dat hy dink hy het dit goed hanteer, het hom weer gehelp om te cope. Ook die feit dat hy getroud is en hy dit sien as deel van wat van 'n getroude persoon verwag word, help hom cope: *“I was managing quite all right, I was doing the gardening, and the washing and the cooking. It is strange...I have been married to her for 55 years, and I don't know, I just maintain it, as a married person it is your job in life from now on...and I seem to manage.”*

Versorger # 9 se vrou se mobiliteit het baie agteruitgegaan; hy het dit as 'n probleem geïdentifiseer en dit soos volg opgelos: *“Ek het vir haar 'n loopraam gekry, sy staan daarmee op en ek het ook nou die ‘comode’ voor die bed ingesit, sodat sy nou nie verhoef te loop nie. Want daar is nou probleme, want sy is 'n suikersiektelyer ook, so daar is verskillende probleempies wat daarmee gepaard gaan.”*

Versorger # 10 se ma het vir baie jare Alzheimer se siekte gehad, en volgens hom het dit hom voorberei op dit wat op hom wag en ook geleer hoe om baie van die probleme te hanteer: *“Toe ek dit nou beseft, toe het ek nou met die ondervinding wat ek by my mammië gehad het, dit moet nou gebeur, dis 'n lang siekte en ek moet my klaarmaak daarvoor. En ek moes maar daarmee saamleef... Daar was nou net twee opsies, bly*

by die huis, of sit haar in 'n versorgingseenheid, en ek is te lief vir die vryheid wat daar bestaan. Ek sien nie kans om haar daar in 'n kamer te gaan sit nie. Toe het ek gedink ek moet my nou staal, ek moet haar nou oppas vir solank soos ek kan. En as ek nou nie meer kan nie, dan moet ek 'n plan maak." Hierdie versorger het ook met betrekking tot die toedien van medikasie by sy ma se toestand geleer: *"Sy drink nou maar die pille elke oggend, ek gee dit vir haar want soos ek sê, ek het by my mammie geleer, Dokter het gesê ons kan nooit die pille in haar hande gee nie, want sy sal te veel drink."* Versorger # 10 was ook 'n oujongkêrel toe hy getroud is, hy het dus in sy eie woonstel gewoon en was gewoon daaraan om etes vir homself voor te berei, so volgens hom help dit en wanneer dinge te veel word: *"...dan gaan eet jy maar uit vir 'n slag."* Hy neem sy vrou saam om te gaan uiteet, hy moet net vir haar bestel wat om te eet, aangesien sy nie meer vir haarself kan besluit nie.

Dit is duidelik uit al bogenoemde response, dat die versorgers oor die algemeen daarop ingestel is om die stressore wat opduik kognitief te hanteer soos 'n probleem met 'n oplossing. Dit lyk asof dit een van die sterktes van die manlike versorgers is, want dit help hulle om te cope met die veeleisende taak om in 'n versorgingsrol te staan. Die feit dat hulle ook nie te veel aangewese is op hulle emosies en dus van emosie-gefokusde copingstrategieë gebruik maak nie, kan bydra tot goeie emosionele gesondheid. Die uitgangspunt van die psigofortologie is dat stressore alomteenwoordig is in die menslike beleweniswêreld, wat dit dus onmoontlik maak om dit te ontwyk. Die manlike versorgers se hantering van stressore sal in meer diepte in Deel 3 (Psigofortologie) bespreek word.

'n Copingmeganisme wat as tema onder die meeste van die versorgers na vore gekom het, is om slegs van dag tot dag met die stresvolle situasie waarin hulleself bevind, te leef en nie te veel aan die toekoms te dink nie. Versorger # 4 sien dit soos volg: *"Dit gaan goed genoeg om te leef. Ek sien kans vir nog baie jare, dit kan maar kom. Ek sal hulle "tackle" soos hulle kom."* In die woorde van Versorger # 3: *"Ag jong, ons leef maar van dag tot dag. Ons weet ons is op ons end, ons weet net nie wanneer nie. Soos my een ou oom sê: 'Jy moenie eers dink jy word oud nie, jy moet ook nie dink dat jy gaan doodgaan nie.'" Versorger # 5 het die volgende siening: "Ek dink nie so vreeslik baie aan die toekoms nie. Verder gaan ek nou maar so dag vir dag aan."* Ook Versorger # 2 het dieselfde copingmeganisme: *"Ja, maar weet jy, ek probeer*

nou maar om dag vir dag te vat.” Versorger # 8 deel ook sy ervaring: *“I just sort of accepted this is my way of life now onwards and I must get on with the job.”* Vir Versorger # 10 is die volgende genoeg: *“Op die oomblik kan ek nog goed cope daarmee...maar ek meen die dag sal kom wat ek nie meer kan nie, maar ek voorsien dit nie, ek wag nou maar tot die dag kom.”*

6.3.3.3 Spiritualiteit

Die belangrikheid van die versorgers se geloofsoortuigings het ook in die onderhoude as ‘n tema uitgestaan. Godsdienst se speel dus ‘n belangrike rol in die hantering van die verskeidenheid van uitdagings wat die versorgingsituasie stel. Die versorgers se geloof in ‘n Hoër Hand blyk ‘n faktor van kardinale belang te wees in hulle vermoë om die emosionele uitdagings van die versorgingsrol die hoof te bied. Meeste van die versorgers in hierdie ondersoek het positief daarna verwys. Versorger # 7 het, alhoewel in ‘n humoristiese trant gestel, ‘n stryd met die Here aan die gang: *“...ek het nou die dag vir ‘n ou kollega van my gesê toe hy bel: ‘Dit is nou een ding wat die Here nou nie kan doen nie. Hy kan nie vir my eerste wegvat nie. Dit kan hy nou nie doen nie. En ja, mens vra dit inderdaad ook.”* Versorger # 4 het ‘n soortgelyke stryd: *“Ek sê dit vandag nog vir die Here: ‘U het my seergemaak, maar ek sê dit met respek. U het vir my ‘n baie swaar pad gegee, maar ek dank U U het my brein vir my laat behou. Kyk, ek roep haar, ek sê kom ons lees, ek sien sy gee nie aandag nie, maar ek lees. Ek bid, eers wou sy glad nie, nou bid sy, maar jy kan nie hoor wat sy sê nie, maar kyk die Here hoor jou sug! Jannie sê nou eendag vir my ek moenie sê: ‘Ag Here tog’ nie. Ek sê toe vir hom: ‘Nee Jannie, dit was ‘n noodoproep’. Nee, jy kan nie verby kom nie, ophou om te bid sal ek nooit in my lewe nie. Kyk die Here gaan nie vir jou met ‘n kruiswa help nie, maar Hy sal vir jou ‘n deur oopmaak.”* Soms kan die irrasionele opmerkings wat die persone maak, die versorger hewig ontstel, veral as dit op ‘n spirituele vlak is: *“Gistermore, toe sy die sleutel weggesteek het, toe sê sy: ‘Ek sweer voor God, ek het nie die sleutel gehad nie’. Ek het groot geskrik en gesê: ‘Nee, dit mag jy nie, daardie woord mag jy nie gebruik nie, maak toe jou oë en sê ekskuus vir God’. Sy maak haar oë toe, moet nou nie lag nie: ‘Ekskuus God, maar ek het nie die sleutels gehad nie’. Ek voel dan soos ‘n skurk. Kan jy dit glo, hier is die sleutel nou weg. Maar daar is dinge wat ek nie kan versoen nie, ek kan dit nie verdra dat iemand die Here as getuie gebruik nie.”*

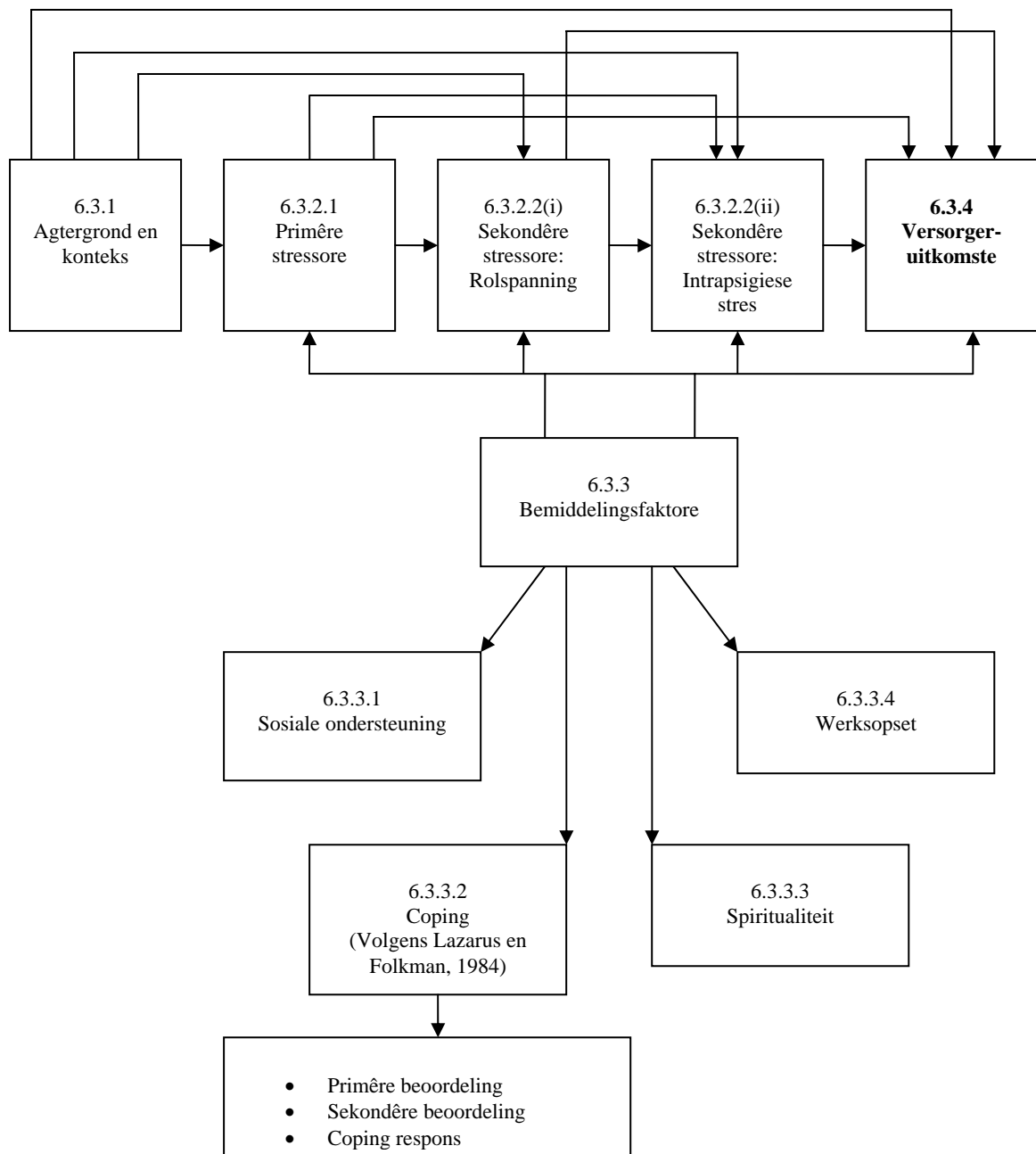
Hulle geloof is iets waarop hulle nog hulle hoop kan vestig, soos Versorger # 6 dit stel: *“Ja, dit is natuurlik een ding, mens wil nie godsdienst praat nie, elkeen het sy eie persoonlike siening van godsdienst, maar as jy jou Skepper weggooi, dan het jy probleme, want waar anderster kan jy jou hoop op vestig?”* Hierdie selfde versorger het ook daarna verwys dat hy nie sy vrou sommer net so kan weggooi, deur haar in ‘n plek van bewaring te sit nie, dit is ook vir hom ‘n geloofsaak: *“Dit werk net nie so nie, dis mos nie Christelik om so op te tree nie.”* Versorger # 1 het ook na ‘n nabye verhouding met ‘n Hoër Hand verwys: *“Ek maak staat op die genade van ons Liewe Here.”* Volgens Versorger # 9 kry hy sy krag net op een plek: *“Ons het netnou gevra waar kom die krag vandaan. Daar is maar net een plek en dit is van Bo. Maar elke aand sê ek vir die Here, vergewe my tog asseblief, want ek het vandag weer my humeur verloor.”*

6.3.3.4 Werksopset

Slegs twee van die versorgers het nog ‘n daaglikse werk. Dit was in beide van hierdie versorgers se geval duidelik dat hulle werk vir hulle ‘n groot mate van ontvlugting bied. Maar vir beide van hierdie versorgers, moes daar tog aanpassings gemaak word, byvoorbeeld wat hulle werksure betref. Die buigbaarheid van hulle werksure maak dit dus ook makliker om vol te hou om te werk en terselfdertyd beskikbaar te wees vir die versorging van hulle vrou. Versorger # 6 meld spesifiek: *“Ek werk nog op die oomblik, ek het eintlik op pensioen afgegaan, en toe het hierdie Pretoriaanse firma vir my gevra of ek nie net vir hulle vir 9 maande wil uithelp met ‘n brug wat hulle hier buitekant op Kaalspruit bou nie. Nou dit gee vir my ‘n bietjie van ‘n uitvlugting...Soos die Engelsman sê: dit gee my ‘breathing space’ gedurende die dag.”* Die belewenis van Versorger # 2 spreek ook van aanpasbaarheid: *“Ek het nou my hele lewe, my leefwyse, my kantoorroetine het ek nou verander, om aan te pas en om die meeste van die tyd by haar deur te bring. So ek gaan in die oggende kantoor toe en ek probeer meeste van my kliënte sien en in die middag sit ek by die huis en werk om by haar te wees, want die huiswerker werk net tot een-uur toe. Weet jy, my werk lei daaronder, maar dit pla my nie eintlik nie, want ek kry nog die afleiding. Ek kan nog my werk doen, al het ek baie afgeskaal.”*

6.3.4 VERSORGER-UITKOMSTE

Die versorgingsrol waarin die versorgers hulself bevind, kan 'n positiewe of negatiewe invloed op die versorger se welstand in die algemeen hê. Daar sal vervolgens gekyk word na verskeie negatiewe sowel as positiewe uitkomstes wat as temas uit die individuele onderhoude voortgekom het.



Figuur 6.1: 'n Skematiese voorstelling van die integrering van die Stresprosesmodel (Pearlin et al., 1990) en die Stres- en Copingproses (Lazarus & Folkman, 1984)

6.3.4.1 Negatiewe uitkomst

Die meeste van die versorgers beleef hulle vrou se agteruitgang en die verandering wat hierdie siekte teweeg bring baie emosioneel. Daar was opmerkings soos die volgende: “...Dit is vir my hartseer dat so ‘n vrou vandag niks kan doen nie...maar nou ja, wat sê mens?” en “Dis al asof sy ‘n gesplete persoonlikheid het.” Sulke stellings beklemtoon dat dit ‘n emosie-belaaide ervaring vir die versorger is. Dit is nie net die kognitiewe agteruitgang wat swaar op die versorgers rus nie, maar ook die fisiese agteruitgang: “Mens kan nie dink dat so sterk mens so kragteloos kan wees nie.”

Daar is geen sprake van ‘n huweliksverhouding meer nie; daar is die gemis van die kameraadskap wat vir so lank deel was van versorgers se daaglikse bestaan, en nou is daar net niks: “Ag mens verlang nou om ‘n maat te hê met die jy kan gesels oor die kinders...” Dit is vir die versorgers moeilik om dit te aanvaar. Die gebrek aan kommunikasie maak dit soms vir die versorgers moeilik om geduldig te bly en hulle humeur te beteuel. Dit is duidelik dat die gedurige herhaling van vrae ‘n groot irritasie vir die versorgers is, maar hulle is elke keer spyt as hulle ongeduldig raak.

Die patroon wat na vore tree, is dat daar ‘n skuldgevoel by die versorger voorkom, omdat hy gevoelens van ambivalensie teenoor die versorging van sy vrou koester. Aan die een kant het hy nie aldag meer die krag om voort te gaan met die versorging nie, maar aan die ander kant besef hy ook dit is al waaruit sy lewe op die oomblik bestaan. Hy besef dat wanneer hy van die versorgingsrol verlos is, dit ‘n groot leemte sal laat, aangesien dit op hierdie stadium betekenis aan sy lewe gee: “Jy weet, party dae voel mens, heerlijkheid man, ek kan nie so aangaan nie, maar as sy nie daar is nie, sal ek haar verskriklik mis, ek kan my dit nie indink sonder haar nie.” Dan is daar ook die kommer oor wat van hulle gaan word die dag as hulle alleen agterbly.

Soos vroeër reeds genoem is, het daar slegs by een van die versorgers ‘n direkte verwysing na depressie na vore gekom: “Jy weet ek het altyd gedink hierdie depressiestorie is aansittery, maar ek het dit ook tot ‘n mate gekry...dis nie lekker nie...dis nie lekker nie...” Die naaste wat Versorger # 8 daaraan gekom het, is deur te verwys na sy verlies in belangstelling in houtwerk, wat ‘n jarelange stokperdjie was:

“I haven’t been able to switch my machinery on ever since after the break. I just lost that interest.”

‘n Negatiewe uitkoms wat as tema onder meeste van die versorgers na vore gekom het, is die agteruitgang in hulle eie fisieke welstand en die bekommernis wat daarmee gepaard gaan. Versorger # 3 het soos volg geantwoord op ‘n vraag oor sy gesondheid: *“Nie goed nie!”*; Versorger # 8: *“It is not so good”*; en Versorger # 5: *“Jy sal hard moet praat, ek het al my sintuie verloor, ek kan nie sien nie, ek kan nie hoor nie, ek kan nie ruik nie en ek proe swaar die verskil tussen koffie en tee. Ek kan nog net voel. My “phone’tjie” is stukkend, so nou sukkel ek ‘n bietjie.”* Die verlies van byna al sy sintuie is vir hierdie versorger ‘n groot frustrasie, want dit meng ook in met sy daaglikse bestaan en ook met die versorging van sy vrou. Hy was ook gewoond om sy reparasies in die huis self te doen, maar kan nie meer nie en moet nou mense kry om dit vir hom te doen. Dit dra verder by tot ‘n gevoel van hulpeloosheid en magteloosheid oor sy situasie. Versorger # 5 was vir omtrent agt weke in die intensiewe sorgeenheid in die hospitaal, en dit het sy gesondheid erg benadeel. Die versorger probeer sy gesondheidsprobleme afmaak as minder belangrik: *“Ek het nou onlangs sommer ‘n klein probleempie gehad. Die kinders maak nou iets groot daarvan. Dit reën toe lekker die oggend en ek trek my reënjas aan en ek gaan stap, toe ek terugkom toe voel ek my tong sleep ‘n bietjie. Na ‘n uur of so was dit weer reg gewees.”* Sy dogter het egter aangedring daarop dat hy na ‘n spesialis gaan en dat hulle plate neem. Dit was toe ‘n verbygaande iskemiese insident (‘n blokkasie in die brein, waar van sy breinselle vir ‘n oomblik nie genoeg suurstof gekry het nie). Volgens hierdie versorger het dit hom ook teruggesit. Die versorger het gedurende die onderhoud telkens afgedwaal van die onderwerp en geëindig by sy gesondheid, wat daarop dui dat dit vir hom ‘n bekommernis is. Versorger # 9 moes ‘n pasaangeër kry, ervaar probleme met sy oë en ook met sy prostaat, maar volgens hom is sy gesondheidsprobleme onder beheer: *“Genadiglik gaan dit nog goed.”* Versorger # 1 het na ‘n onlangse besoek aan die hospitaal die volgende daaroor vermeld: *“...ek is nie meer die mens wat ek was nie.”* Of die probleme nou bestaan het voor hulle vrou siek geword het, en of die betrokkenheid by die versorging dit geïnisieer het, dit dra by tot groot bekommernis, soos Versorger # 2 dit stel: *“Ek dink dis maar spanning en het vir my ‘n taamlieke bloeddrukprobleem geskep, maar met medikasie probeer ek dit onder beheer hou.”* Versorger # 10 het verlede jaar ‘n heupoperasie gehad en sy

galblaas is onlangs uitgehaal, soos sy seun wat by hulle woon dit stel: “...so daar was maar bietjie hulp nodig gewees...” Maar volgens Versorger # 10 is sy gesondheid ten spyte daarvan nog goed.

Versorger # 6 sowel as Versorger # 7 se gesondheid is volgens hulleself op die huidige stadium nog een honderd persent, maar daar is ook die bekommernis oor wat van hulle vrou sal word indien daar wel iets met hulle gesondheid verkeerd sou gaan. Die volgende opmerking van Versorger # 6 stel hierdie bekommernis duidelik: “*Ek is nou gesond, ek kan dit nou behartig, maar sê nou ek kom nou iets oor, wat word dan van ons?*”

Dit is dus duidelik dat die versorger se gesondheid en welstand baie belangrik is. Die versorger moet sorg dat dit met homself goed gaan, sodat dit met sy vrou kan goed gaan, aangesien die versorgingsstelsel net in stand bly solank as wat die versorger aanhou om effektief te funksioneer.

6.3.4.2 Positiewe uitkomst

Die versorging van ‘n huweliksmaat met Alzheimer se siekte gaan nie net met negatiewe uitkomst gepaard nie, maar klaarblyklik ook met positiewe aspekte. By Versorger # 6 was trots op dit wat hy vermag, merkbaar: “*Ja, jy weet, die persoon buitekant besef nie eintlik fisies gesproke wat dit aanbetref nie. Soos daai een dame, sy is so net oor haar 50’s, sy het nou eendag ingestaan om vir my uit te help. Sy was van agt-uur tot vier-uur by my vrou gewees. En sy was so uitgemergel gewees dat sy vir twee dae daarna aanmekaar geslaap het.*” Die versorger hou aan die een kant ‘n werk aan die gang en is terselfdertyd verantwoordelik vir sy vrou se versorging, en uit bogenoemde opmerking kom dit na vore dat dit ‘n uitdagende en uitputtende taak is, en dat nie almal dit regkry nie, maar hy kry dit reg. Daar kom ook nog hoop by hierdie versorger voor en dit lyk of dit ook aan hom die krag gee om vol te hou: “*Alhoewel ek weet ook nie...dit het in die beginstadium gelyk of sy so geleidelik agteruit gegaan het en toe afgeplat het en toe ‘n dippie maak, nou weet ek nie of dit weer sal afplat nie.*” Versorger # 7 het weer gedink oor die ondersteuning wat hy van sy kinders kry en of hy daarsonder sal kan cope: “*...partykeer dan dink ek, sê nou maar hulle gaan nou weg, sal ek nog kan aangaan? Ek sal hulle baie mis, maar ek*

dink ek is nou al so in die ding in, ek sal kan aangaan.” Dit is duidelik dat hy nog steeds vertrou het in sy vermoë om sy vrou te versorg en goed voel daaroor. Hierdie versorger is ook trots op dit wat hy regkry in hierdie versorgingsrol; daar is ook vroeër daarna verwys by die affektiewe belewenis van die versorgers: “...sê nou maar sy kry ‘n glipsie in haar klere, om haar uit te trek, die klere te was...ek was dit en ek gee nie om om dit te doen nie, partykeer dink ek, heerlikheid, wat maak jy, maar ek doen dit, dalk is ek op ‘n manier trots daarop dat ek dit regkry.” Nog ‘n mate van trots kom op ‘n beskeie manier uit die volgende na vore in ‘n opmerking deur Versorger # 6: “*Ek sal nie sê ek maak sleg kos nie, maar ek sal ook nie sê van die beste seker nie. Maar ek kom reg... ek het nou al bedrewe geraak in die kuns.*” Versorger # 10 se belewenis oor sy vermoë om die versorging te behartig: “*Ek sê nou nie die huis word elke dag afgestof en die kraffies word elke dag vol water gemaak nie, maar ek kan darem nog daarmee aanhou. Soos ek sê, ek is baie swak met die bekleding, maar verder dink ek nie ek verwaarloos haar nie.*” Versorger # 10 se seun, wat by hulle tuisgaan, het tydens die onderhoud ‘n opmerking gemaak oor wat hom frustreer en wat sy ma se toestand vir hom moeilik maak, en dit het amper gelyk asof Versorger # 10 trots is op die feit dat hy sy vrou beter kan hanteer as sy seun toe hy die volgende opmerking met ‘n groot glimlag maak: “*Ja, hy kry baie swaarder om haar te hanteer as ek.*”

Versorger # 2 se honde tree as sy kamerade op en dra by daartoe dat hy ontvlugting het, en dit verlig die stres wat gepaardgaan met die versorgingsituasie, aangesien hy ‘n uitlaatklep het.

Soos vroeër in Afdeling 6.3.3.4 gemeld, dra die feit dat twee van die versorgers nog daaglik werk by daartoe dat hulle kan cope met die stres van die versorgingsituasie, aangesien dit vir hulle nog ‘n uitkomst bied om weg te kom van die versorgingsituasie af en om sodoende weer die batterye te kan herlaai voordat hulle weer hulle versorgingsrol opneem.

Die volgende is vir Versorger # 4 ‘n positiewe uitkomst: “*Maar dit is nie elke dag sleg nie. Daar is party dae wat ons lekker lewe.*” Dit is iets waaraan hy vashou in die dae wanneer dit moeilik gaan. En met die volgende stelling, waar hy ‘n vraag aan homself stel en dit self beantwoord, beklemtoon hierdie versorger dat hy cope met die

versorging: “Kry ek dit reg? Ja!” Versorger # 3 sluit aan hierby met die stelling: “...ek kan dit maklik hanteer.” Versorger # 10 sien die feit dat hy nog in staat is om vir sy vrou te sorg as ‘n pluspunt: “Ek moet besig bly, as ek nie besig is nie, wat dink jy sal van my word? Nee, solank ek nog asem het, gaan ek nog aan.” Hierdie versorgers sien hulleself dus as bevoeg om die uitdagings wat die versorgingsrol bied die hoof te bied.

Die kwessie van institusionalisering is ‘n sensitiewe aangeleentheid, maar dit lyk asof die mans voel dat hulle beter vir hulle vroue kan sorg as wat sy in ‘n inrigting versorg sal word, aangesien sy by hulle eie huis individuele versorging kry, maar in ‘n plek van bewaring sal die aandag van die personeel verdeel wees tussen die persone: “...Fichardtpark, ons was daarso. Ek het gesê, nee ons bly hierso, want ek kan my vrou beter versorg.” Volgens Versorger # 2 weet hy min of meer wat om te verwag: “Ja...ek weet min of meer wat my voorland is, maar sover ek dit onder beheer kan hou, probeer ek dit onder beheer hou.” Versorger # 6 sien dit soos volg: “Sal ek dit so vir jou stel, ek weet vorentoe gaan dit nog baie moeiliker gaan, dit gaan nou maar nog ligweg, mens kan nog half en half die drag dra en dit hanteer.”

Dit het ook na vore gekom dat die versorgers hulle vroue uit liefde versorg en aan die een kant voel dit is hulle plig, en dat hulle nie na hoeveel jaar van samesyn hulle vrou opsy kan stoot en aangaan met hulle lewe nie. Versorger # 8 stel dit baie duidelik dat hy voel dit is sy plig: “I have been married to her for 55 years, and I don’t know, I just maintain it, as a married person, it is your job in life from now on...I just sort of accepted this is my way of life now onwards and I just get on with the job.” Versorger # 9 sien die jare se samesyn as ‘n sterkte: “Dit sal volgende jaar Februarie 60 jaar wees wat ons getroud is, dit is ‘n leeftyd.” Versorger # 10 se ervaring: “Ek het my voorgeneem, solank soos ons, ons is nou onlangs 50 jaar getroud, solank ek dit kan onderneem, wil ek maar in die huis bly en by haar bly en kyk dat sy versorg word.” Geloofsoortuiginge speel ook ‘n rol en maak die besluit oor institusionalisering nog moeiliker: “Nogtans, dit maak nie saak hoe sy is nie, ek is mos nog steeds lief vir haar...Jy gooi nie sommer samesyn van 45 jaar by die deur uit en sê, nou het jy jou doel gedien en nou gooi ek jou weg en nou gaan ek met my lewe voort nie...dit werk net nie so nie, dis mos nie Christelik om so op te tree nie.” Versorger # 4 ervaar dit soos volg: “Ek sal NOOIT my vrou eendag in die steek laat nie. Ek kon die maklike

uitweg gevat het, en tou opgegooi het, dit het ek nie gedoen nie en dit sal ek nie doen nie.”

Daar is versorgers wat ten spyte van die versorgingsituasie nog tyd het om ‘n belangstelling te beoefen. Dit lyk asof dit ten spyte van ‘n mate van ontvlugting wat dit bied, ook bydra tot betekenis in hulle lewe. In die woorde van Versorger # 7: *“...ek het heelwat goed wat my besig hou, soos hierdie organisasie ‘Sorgsaam’, waarvan ek praat. Ek doen die administrasie ook daarvan en ek geniet dit, ek voel sinvol besig in die gemeenskap...”* Versorger # 2 deel ook sy betrokkenheid in die gemeenskap: *“...ek geniet dit wat ek vir die oumense kan doen by die tehuis. ‘n Oumens is vir my baie naby aan die hart. En dan het ek nou een dame, sy is HIV-positief en ek hanteer al haar geldsake. So ek probeer hulle ook help, jy weet en ek voel ek beteken iets...”* Dit is duidelik uit die belewenis van Versorger # 9 dat die hulp wat hy van ‘n huishulp gedurende die week ontvang ‘n sterkte is, aangesien dit vir hom die geleentheid bied om bietjie te ontvlug, wanneer hy dit nodig het: *“Die dae wat die bediende nou by die huis is, dan gaan doen ek die inkopies, of as ek nou by iemand ‘n rukkie gaan gesels, soos by vriende, dan gaan ek vir ‘n halfuurtjie of so. Dit help nogal baie, regtigwaar. Veral as jy jouself vir iets opgewerk het, jou ge-erg het vir iets, dan voel jy ai, ek het nou lelik gemaak ek moet dit nie doen nie, dan ry jy maar so entjie en as jy terugkom, dan koop jy maar ietsie soos ‘n koel drankie of iets, om jammer te sê.”* Alhoewel hulle in die minderheid is, is daar van die versorgers wat nog steeds tyd kry om hulle stokperdjies te beoefen, ten spyte van die versorgingsrol. Versorger 5: *“Ek lees baie, veral verskillende tegniese tydskrifte, baie besig wat dit aanbetref...verder het ek ook maar my dingetjies wat ek in die tuin moet doen, ek het nou onlangs nog taamlik houtwerk gedoen. Ek kan dit darem nog inpas, want sy is rustig gewoonweg.”*

6.4 DEEL 3: PSIGOFORTOLOGIE

Die salutogene konstruk van ‘koherensiesin’ (soos reeds bespreek in Hoofstuk 4) sal die raamwerk vorm van die bespreking van hierdie deel. Die subkategorieë van ‘koherensiesin’, naamlik verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid, sal in verband gebring word met die belewenis van die manlike versorgers. Aangesien Potgieter (2000) die konstruk van ‘koherensiesin’ gebruik het in die bestudering van

vroulike versorgers van persone met Alzheimer se siekte, is daar besluit om in hierdie studie waar die belevens van die manlike versorgers ondersoek is, dieselfde konstruksie te gebruik. Dit maak 'n vergelyking tussen die twee studies moontlik, wat in Hoofstuk 7 aandag sal geniet.

6.4.1 Verstaanbaarheid

Soos in Hoofstuk 4 (afdeling 4.5.2) reeds bespreek is, behels verstaanbaarheid 'n gevoel van vertroue by 'n individu dat die stimuli waaraan hy blootgestel word gestruktureerd, voorspelbaar en verantwoordbaar is. Indien daar wel 'n verrassende gebeurtenis sou plaasvind, glo die individu met 'n hoë mate van verstaanbaarheid dat die voorkoms daarvan wel verklaar sal kan word. Dit gee veral 'n aanduiding van die mate waartoe die persoon ervaar dat sy persepsies op 'n **kognitiewe** vlak sin maak.

'n Diagnose van Alzheimer se siekte is 'n onverwagse gebeurtenis vir die meeste mense. Selfs al was daar vir 'n geruime tyd reeds tekens daarvan, is dit steeds 'n skok en moet daar deurgaans aanpassings gemaak word. Sommige van die versorgers in hierdie studie, kyk terug op hulle lewe en skryf die feit dat hulle so goed cope met hulle situasie gedeeltelik toe aan die opvoeding wat hulle ontvang het. Hulle het destyds nie verstaan waarom die opvoeding wat hulle gekry het nodig was nie, maar vandag verstaan hulle. In Afdeling 6.3.1.2 is daar verskeie aanhalings wat hierdie verstaanbaarheid illustreer.

Daar is 'n groot verskeidenheid van stressore waaraan die versorgers blootgestel word tydens die versorgingsituasie. Dit het deurgaans na vore gekom dat die kommunikasie in al sy vorme onder meer 'n groot stressor is (verwys na afdeling 6.3.2.1(ii) en 6.3.2.1(vii)). Alhoewel dit 'n groot bron van frustrasie vir die meeste van die versorgers was, het hulle tog verstaan dat dit deel van die siekte is. Die volgende aanhaling is voorheen ook gebruik, maar dit illustreer hierdie verstaanbaarheidskomponent baie duidelik: *“Dit waaraan ek die swaarste dra, is die feit dat sy nou so oor en oor dieselfde ding vra en dat ek myself nie dadelik kan beheer nie, ek gee partykeer nie 'n baie vriendelike antwoord nie. Tot my skande moet ek dit erken. Dit is hoe dit is, geweldig irriterend. Want as 'n mens nou dieselfde vraag oor en oor moet beantwoord. Ag en sy vergeet dit en ek kry skaam*

agterna as ek agterna dink dis 'n siekte wat sy het, dis nie 'n moedswilligheid nie. Ek kry regtigwaar skaam. As jy jou kan kry, dan gebeur dit weer, mens is ook maar mens.”

Die onvoorspelbaarheid van die gedrag van hierdie persone is ook geïdentifiseer as een van die grootste stressore vir versorgers (verwys na afdeling 6.3.2.1(iii)). Maar ook wat dit betref, verstaan die versorgers dat die persoon nie kan help vir die gedrag wat sy openbaar nie. Dit is duidelik uit die volgende stelling: “*Ons neem haar nie kwalik nie, dis nie haar skuld nie...*”

Die versorgers het oor die algemeen 'n houding van weerstand teen uitgebreide kennis van die siekte openbaar. Hulle ervaar dit as 'n bedreiging en verkies om te cope deur elke dag te vat soos dit kom en eerder nie te weet wat op hulle wag nie. Dit sluit aan by die koherensiesinkonstruksie ‘verstaanbaarheid’, want dit is duidelik dat die versorgers die situasie soms nie te goed wil ‘verstaan’ nie (sien afdeling 6.3.2.2(i)(c)).

Soos reeds bespreek is in afdeling 6.3.3.2 onder die opskrif ‘Coping’, is dit deurgaans duidelik dat die manlike versorgers die stressore en probleme wat hulle teëkom veel eerder op 'n kognitiewe as op 'n emosionele vlak hanteer. Hierdie copingmeganisme van versorgers kan hulle moontlik tot 'n mate beskerm teen uitbranding, gevoelens van lasdra en oerlading (sien afdeling 6.3.2.1(iv)). Die copingmeganisme wat die versorgers openbaar, berus op hulle begrip vir hulle situasie. Die koherensiesinkonstruksie “verstaanbaarheid” handel immers oor die mate waartoe 'n persoon die probleem sien as duidelik en verstaanbaar. Die resultate van die koherensiesinvraelys bevestig hierdie hoë mate van verstaanbaarheid onder manlike versorgers.

6.4.2 Beheerbaarheid

Beheerbaarheid verwys na die mate waartoe die individu glo dat daar spesifieke hulpbronne beskikbaar is ten einde die uitdagings van die stimuli waaraan hy blootgestel word, te hanteer (soos vermeld is in Hoofstuk 4, afdeling 4.5.2). Hierdie hulpbronne kan in die beheer van die individu self wees, of deur ander beheer word, soos onder andere 'n eggenoot, vriende, kollegas, 'n geneesheer of God. Laasgenoemde is dus hulpbronne waarop die individu voel hy kan vertrou.

Een van die grootste hulpbronne wat onder die versorgers uitgestaan het, is die ondersteuning wat hulle van hulle kinders, veral hulle dogters ontvang (sien afdeling 6.3.3.1(i) onder die opskrif 'Informele ondersteuning' vir 'n uitgebreide bespreking en aanhalings). Interessant genoeg was daar slegs een versorger wat die ondersteuning van sy vriende hoog op die prys stel en die wete dat hulle daar is om te help waardeer, selfs al cope hy op die oomblik nog op sy eie. Vir die meeste van die versorgers was die ondersteuning van vriende iets wat nie bestaan nie. Daar was selfs een van die versorgers wat die tyd wat hy saam met sy honde bestee as 'n noodsaaklike hulpbron beskryf het.

Dit is nie net informele ondersteuning waarop versorgers staatmaak nie, maar formele ondersteuning help ook hierdie versorgers om in beheer te bly van hulle situasie (sien afdeling 6.3.3.1(ii)). Onder hierdie vaandel is al die versorgers dit eens dat die ondersteuning wat hulle van 'n huishulp kry, daartoe bydra dat hulle in beheer van hulle situasie kan bly. Betrokkenheid by 'n ondersteuningsgroep kan tot groot voordeel van die versorgers wees, omdat hulle daar die oor kan kry van mense wat dieselfde paadjie loop. Slegs een van die 10 versorgers is aktief betrokke by so 'n ondersteuningsgroep, maar oor die algemeen is die mans nie daarby betrokke nie. Verskeie redes vir hierdie onbetrokkenheid is aangevoer, onder meer dat daar te min mans daarby betrokke is en dat die atmosfeer te emosioneel is.

Al die versorgers wat betrokke is, is tot 'n mate betrokke by huishoudelike take soos die voorbereiding van etes en doen van inkopies, sowel as by die persoonlike versorging van hulle huweliksmaats (soos bespreek in afdeling 6.3.2.1(v) en 6.3.2.1(vi)). Dit was deurgaans duidelik dat die feit dat die versorgers hierby betrokke is, vir hulle 'n gevoel van beheer oor hulle situasie gee. Sommige van die versorgers maak ook gebruik van organisasies wat voorbereide etes voorsien, wat ook as 'n handige hulpbron dien en 'n blaaskans voorsien. Slegs twee van die versorgers het nog 'n voltydse werk en hulle sien dit as 'n hulpbron, aangesien dit vir hulle 'n mate van ontvlugting van die versorgingsituasie bied (verwys na afdeling 6.3.3.4). Iets waaroor die versorgers geen beheer het nie, is die finansiële las wat met hierdie siekte na vore tree. Dit gaan dus met reg gepaard met gevoelens van onsekerheid en kommer, soos duidelik was onder al die versorgers (sien afdeling 6.3.2.2(i)(b)).

Die versorgers ervaar die medikasie wat hulle huweliksmaats vir demensie gebruik, en die professionele dienste wat daarmee saamgaan, as 'n groot hulpbron. Alhoewel die versorgers weet dat die situasie onomkeerbaar is, voorsien dit 'n mate van beheer oor die toestand, aangesien dit die agteruitgang soms vertraag (sien afdeling 6.3.3.1(ii)). Alhoewel versorgers hulle huweliksmaats se deugde met trots besing, is daar ook gevoelens van magteloosheid by die versorgers waargeneem, omdat hulle geen beheer het oor die agteruitgang van 'n huweliksmaat wat miskien eens sterk en briljant was, maar nou kragteloos is en niks kan doen nie (verwys na afdeling 6.3.2.1(vii)).

Alhoewel dit vir die versorgers 'n groot bron van kommer is wat die toekoms inhou en wat van hulle huweliksmaat sal word indien hulle iets sou oorkom, verkies hierdie versorgers om te cope deur elke dag met sy eie probleme aan te pak, eerder as om te ver vooruit te dink. Sodoende voel hulle klaarblyklik meer in beheer (verwys na afdeling 6.3.2.2(ii)(b)).

Dit was deurgaans duidelik dat die kwessie van institutionalisering iets is waaraan die versorgers verkieslik nie wil dink nie. Besprekings in verband hiermee lei tot familiekonflik, aangesien familieledede probeer om die eise van die situasie vir die versorger te verlig, deur voor te stel dat die eggenote na 'n plek van versorging moet gaan. In die meeste van die gevalle was die versorgers nog nie gereed vir so 'n besluit nie. Dit lyk asof die versorgers voel hulle is in beheer van die situasie solank hulle self vir hulle vrou se versorging verantwoordelik is (sien afdeling 6.3.2.2(i)(a)).

Die meeste van die versorgers het positief verwys na hulle geloofsoortuigings en genoem dat dit vir hulle 'n groot bron van krag en sterkte is. Dit is vir hulle 'n belangrike hulpbron, wat bydra tot die beheerbaarheid van hulle situasie (verwys na afdeling 6.3.3.3).

Soos reeds voorheen genoem is, maak manlike versorgers meer gebruik van probleem-gefokusde (kognitiewe) eerder as emosie-gefokusde copingstrategieë. Daar is verskeie voorbeelde in Afdeling 6.3.3.2 gegee van waar die versorgers iets as 'n stressor of probleem waarneem, maar daarmee cope deur 'n oplossing daarvoor te vind. Dit kan 'n groot rol speel daarin om die manlike versorgers te help om in

beheer van hulle situasie te voel, sowel as om in beheer van hulle situasie te bly. Die resultate van die koherensievraelys wat die versorgers voltooi het, bevestig dat die versorgers glo dat daar hulpbronne beskikbaar is om die uitdagings wat die versorgingsituasie stel, te hanteer.

6.4.3 Betekenisvolheid

Betekenisvolheid of sinvolheid is 'n motiveringselement op **emosionele**, eerder as kognitiewe vlak (soos vermeld in Hoofstuk 4, sien afdeling 4.5.2). Hierdie komponent van koherensiesin verwys na die mate waartoe 'n individu sy lewe as sinvol beskou, asook na die vermoë van die persoon om uitdagings te identifiseer wat die moeite werd is om energie aan te bestee ten einde dit suksesvol te hanteer.

Die versorgers het die uitdaging van die versorging van 'n huweliksmaat, gediagnoseer met Alzheimer se siekte, aangepak en vind 'n mate van betekenis bloot in die feit dat hulle die versorgingsrol suksesvol kan hanteer. Die hoop en optimisme wat die versorgers deurgaans koester, dra ook by daartoe om sin te maak uit Alzheimer se siekte (verwys na afdeling 6.3.2.2(ii)(a)).

Die meeste van die versorgers is al vir baie jare met hulle huweliksmaat getroud. Die versorging van hulle huweliksmaat in hulle eie huis, gee sin aan die bestaan van elkeen van hierdie versorgers. Ongeag of hulle die versorging uit pligsgevoel of uit liefde doen, dit sorg vir 'n uitdaging wat vir die versorgers die moeite werd is om energie aan te bestee (sien afdeling 6.3.4.2). Alhoewel die affektiewe belewenis van die versorgers oor die algemeen meer negatief is, maak die positiewe kant van die kontinuum tog op daarvoor. Daar is gevoelens van trots op dit wat hulle vermag in die versorgingsrol by die meeste van die versorgers. Daar kom ook gevoelens van beloning en tevredenheid voor. Hierdie gevoelens gee kleur aan die versorgers se lewe en dra by tot die mate van betekenisvolheid wat hulle ervaar (sien afdeling 6.3.2.2(ii)(a)).

Dit was ook duidelik dat betrokkenheid by een of ander organisasie of aktiwiteit, bykomend tot die mate van ontvlugting wat dit bied, ook bydra tot betekenis in daardie versorgers se lewe. Die volgende twee aanhalings is in afdeling 6.3.4.2 ook

aangehaal en dit illustreer hierdie mate van betekenis wat die versorgers vind in die betrokkenheid baie goed: “...ek het heelwat goed wat my besig hou, soos hierdie organisasie ‘Sorgsaam’, waarvan ek praat. Ek doen die administrasie ook daarvan en ek geniet dit, ek voel sinvol besig in die gemeenskap...” en ook: “...ek geniet dit wat ek vir die oumense kan doen by die tehuis. ‘n Oumense is vir my baie naby aan die hart. En dan het ek nou een dame, sy is HIV- positief en ek hanteer al haar geldsake. So ek probeer hulle ook help, jy weet en ek voel ek beteken iets...”

Betekenisvolheid kom verder na vore wanneer die versorgers meld dat hulle nou die geleentheid het om vir hulle huweliksmaats iets te beteken, aangesien hulle vroue hulle lewe lank na hulle omgesien het. Die een faktor wat deurlopend genoem is en in alle omstandighede ‘n bron van betekenis is, is die versorgers se geloofsoortuiginge (verwys na afdeling 6.3.3.3).

Die resultate van die koherensiesin-vraelys wat die versorgers voltooi het, bevestig dat die hulle ‘n redelike hoë mate van betekenis in hulle situasie kon vind. Die versorgers beskik dus oor die vermoë om uitdagings te kan identifiseer wat die moeite werd is om aan te pak en dan energie te bestee in die hantering daarvan.

6.5 SAMEVATTING

In Hoofstuk 6 is die resultate soos verkry deur middel van die kwantitatiewe (**Deel 1**) en kwalitatiewe (**Deel 2**) gedeeltes van die ondersoek bespreek. Daar is aandag gegee aan data verkry deur middel van semi-gestruktureerde individuele onderhoude en die vraelyste wat deur die onderskeie respondente ingevul is. ‘n Beeld van die belewenis van manlike versorgers van ‘n huweliksmaat met Alzheimer se siekte is vanuit ‘n psigofortologiese invalshoek (**Deel 3**) geskets. Soos reeds genoem, sal daar in Hoofstuk 7 gekyk word in welke mate die belewenis van manlike versorgers saamhang met of verskil van Potgieter (2000) se studie, wat ook Antonovsky se konstruk van ‘Koherensiesin’ as uitgangspunt geneem het, maar die belewenis van vroulike versorgers ondersoek het. Die integrasie van die kwalitatiewe en kwantitatiewe ontledings wat in hierdie hoofstuk ontwikkel is, asook integrasie met betrekking tot die bestaande literatuur, sal in die volgende hoofstuk (Hoofstuk 7) aandag geniet. Gevolgtrekkings en aanbevelings sal ook in Hoofstuk 7 aandag geniet.

HOOFSTUK 7

BESPREKING EN GEVOLGTREKKINGS

7.1 INLEIDING

In Hoofstuk 6 is die resultate bespreek, soos dit na vore gekom het tydens die kwalitatiewe asook kwantitatiewe gedeeltes van hierdie ondersoek. Afleidings wat gemaak kon word in verband met die belewenisse van die versorgers en hulle funksionering is sover moontlik deur middel van aanhalings uit die kwalitatiewe data gestaaf. Gedurende hierdie studie is deurgaans 'n psigofortologiese perspektief gehandhaaf. Die invalshoek van die studie, naamlik 'psigofortologie' en meer spesifiek Antonovsky se 'Koherensiesin', het dus ook aandag geniet in die vorige hoofstuk (Sien Deel 3).

Die doel van hierdie hoofstuk is om die resultate soos weergegee in Hoofstuk 6, wat bestaan het uit 3 dele, te integreer, veral met betrekking tot, die bestaande literatuur. Soos reeds genoem, is 'n psigofortologiese perspektief deurgaans gehandhaaf, sodat die gevolgtrekkings in die beginsels van psigofortigenese gesetel kan wees. Daar sal veral ook 'n vergelyking getref word tussen die resultate van hierdie studie en die studie gedoen deur Potgieter (2000) wat die sielkundige behoeftes van vroulike versorgers van persone met Alzheimer se siekte ondersoek het, terwyl die belewenis van manlike versorgers van persone met Alzheimer se siekte in hierdie studie onder die soeklig geplaas is. 'n Vergelyking tussen die resultate van die twee studies is dus van pas.

Die doelwitte van hierdie studie kan, soos voorheen bespreek (Hoofstuk 1 afdeling 1.2 en Hoofstuk 5 afdeling 5.2), soos volg uiteengesit word:

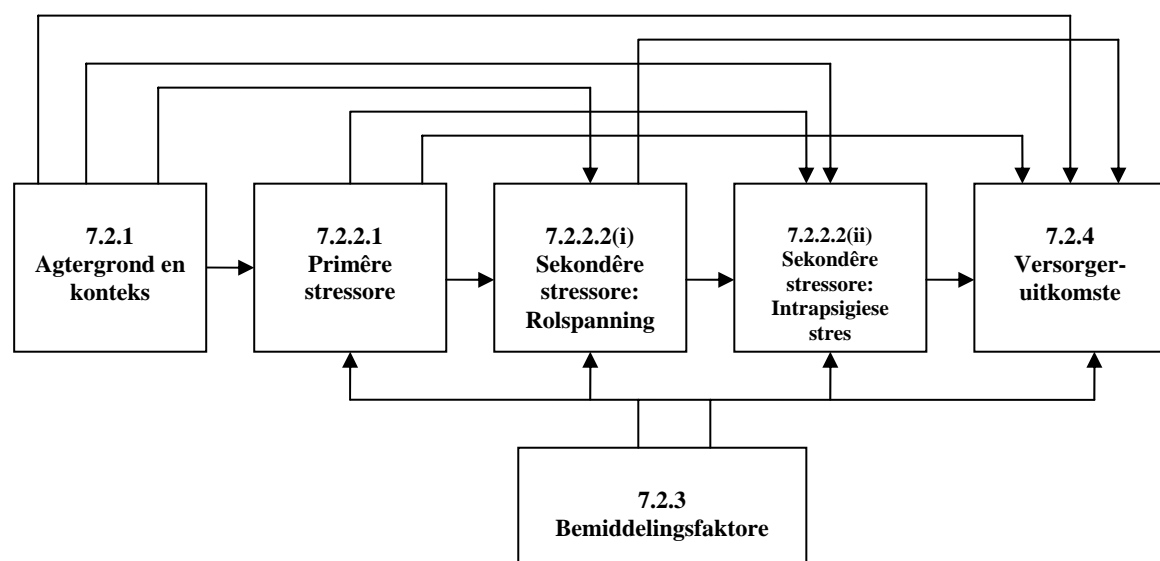
- Om 'n beeld te vorm van die sielkundige belewenis van die eggenoot van 'n persoon met Alzheimer se siekte.
- Om te let op die besondere uitdagings wat die versorgingstaak inhou.
- Om te fokus op die sielkundige sterktes wat benodig word om hierdie uitdagings die hoof te bied wanneer 'n eggenoot na sy vrou met Alzheimer se siekte omsien.

- ‘n Verdere doelwit is om op grond van die bevindinge riglyne vanuit die veld van psigofortologie te formuleer vir die benutting deur manlike versorgers van persone met Alzheimer se siekte.
- ‘n Laaste doelwit is om die resultate van die studie te vergelyk met die resultate van Potgieter (2000) wat gefokus het op die sielkundige behoeftes van vroulike versorgers.

Ten einde struktuur aan die integrasie-proses van hierdie hoofstuk te verleen, is daar gebruik gemaak van die stresprosesmodel van Pearlin et al. (1990) (Sien Figuur 7.1). Hierdie model is in meer besonderhede in Hoofstuk 3, afdeling 3.2 bespreek en ook aangewend in die kwalitatiewe gedeelte van Hoofstuk 6 (Sien afdeling 6.3). Soos voorheen genoem is, hierdie model in die verlede reeds met groot vrug aangewend in navorsing rakende die stresbeleving van die versorgers van persone met demensie (Kramer, 1993; Schneider et al., 1999; Winslow, 1997). Gaugler et al. (2003) het na hierdie model verwys as ‘n bruikbare konseptualiseringsraamwerk wat die potensiele voorspellers van beide emosionele distres en sielkundige welstand van versorgers van persone met Alzheimer se siekteeffektief kan uitbeeld.

7.2 ‘N MODEL VAN VERSORGERSTRES EN -COPING

Pearlin et al. (1990) se model van versorgerstres en –coping word in Figuur 7.1 verstrekk.



Figuur 7.1 ‘n Model van versorgerstres en –coping (Pearlin et al., 1990)

Soos reeds voorheen bespreek in Hoofstuk 3 sowel as Hoofstuk 6, bestaan hierdie model uit drie tipes stressore wat bepalend is vir die belewenis van die versorger en die uitkomst van die versorgingsrol. Die stressore is onderskeidelik **primêre stressore** (stressore wat verband hou met die versorgingstake self), **sekondêre rolspanning** (dit sluit onder meer alle rol- en verhoudingskonflikte wat deur die versorgingsproses gegeneer word in) en **sekondêre intrapsigiese stres** (dit word veroorsaak deur die versorger se subjektiewe belewing van die versorgingstake, die invloed van die versorgingsrol op die persepsie van die self en die versorger se motivering om die versorging te onderneem). Volgens Pearlin et al. (1990) is die doel van die onderskeiding tussen primêre en sekondêre stressore nie om 'n onderskeid tref te ten opsigte van die erns van die stressore nie, maar wel om die oorsprong van verskeie interreagerende stressore wat dikwels met chroniese sorg gepaard gaan, aan te toon. Hierdie genoemde stressore kan 'n positiewe of negatiewe uitwerking hê. Die model maak ook voorsiening vir die sogenaamde **bemiddelingsfaktore**, wat 'n belangrike rol speel in die sielkundige sterktes van versorgers, wat hulle help om die uitdagings (stressore) waaraan hulle blootgestel word suksesvol te hanteer. Dit is dan ook hier waar 'Psigofortologie' 'n belangrike rol speel. Die **uitkomst** van die versorgingsrol kan positief of negatief wees. Hierdie uitkomst word beïnvloed deur die stressore waaraan die versorger blootgestel word, sowel as die bemiddelingsfaktore wat tot hulle beskikking is.

7.2.1 AGTERGROND EN KONTEKS

As gevolg van die homogene samestelling van die ondersoekgroep sal die agtergrond- en kontekstuele faktore slegs kortliks bespreek word. Soos genoem in Hoofstuk 6 (afdeling 6.2.1), het dit uit die biografiese vraelyste geblyk dat die 10 versorgers almal bejaarde hoofsaaklik Afrikaanssprekende middelklasmans was. In Potgieter (2000) se studie was twee van die agt versorgers onderskeidelik 'n dogter en skoondogter, met 6 van die versorgers huweliksmaats. Dit blyk dus asof daar waarheid steek in die indruk van Cahill (2000) dat manlike versorgers oor die algemeen ouer is as vroulike versorgers, aangesien vroulike versorgers in baie gevalle dogters of skoondogters is, terwyl manlike versorgers oor die algemeen huweliksmaats is.

Dit was 'n moeilike taak om genoeg manlike versorgers vir hierdie studie op te spoor. Dit versterk dus die indruk van Schneider et al. (1999) wat daarna verwys dat daar oor die algemeen baie minder manlike as vroulike versorgers is. Dit is 'n interessante waarneming, want volgens Kaplan en Sadock (2003) is die voorkoms van Alzheimer se siekte hoër onder vroue as onder mans. Dit sou dus verwag kon word dat daar meer manlike as vroulike versorgers moet wees, maar dit is egter nie die geval nie. 'n Rede hiervoor mag die langer lewensverwagting wees wat onder die vroulike geslag voorkom (Barlow & Durand, 2001).

Wat die huidige ondersoekgroep verder in gemeen gehad het, is dat hulle meestal vir 'n geruime tyd, gemiddeld ses jaar, reeds betrokke was by die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte. Die chronisiteit van die stressore waaraan die versorgers blootgestel word, kom na vore uit die feit dat die meeste van die versorgers voltyds by die versorging betrokke is.

Die meeste van die versorgers het daarna verwys dat hulle vroeëre opvoeding 'n groot rol speel daarin om hulle in staat te stel om hulle huweliksmaat te versorg. Volgens Kramer (1993) is versorgers met goeie opvoeding oor die algemeen meer geneig om probleem-gerigte copingstrategieë te gebruik, en Knop et al. (1998) verwys daarna dat hierdie wyse van coping positief geassosieer word met versorger-welstand. Dit was ook in hierdie studie duidelik dat manlike versorgers meer gebruik maak van probleem-gerigte copingstrategieë (dit sal later in die hoofstuk in meer detail bespreek word), en dat die versorgers se opvoeding daartoe bygedra het om hulle van 'n jong ouderdom te leer om oplossings vir probleme te vind.

7.2.2 STRESSORE

7.2.2.1 Primêre stressore

Figuur 7.1 suggereer dat die primêre stressore en die hantering daarvan 'n effek op die intrapsigiese stres en rolspanning wat die versorger ervaar behoort te hê, asook op die bemiddelingsfaktore wat in die versorgingsituasie 'n rol blyk te speel.

Die literatuur dui aan dat kognitiewe veranderinge, en spesifiek geheueverlies, die belangrikste kenmerk van Alzheimer se siekte is, alhoewel nie die enigste een nie (Burke & Laramie, 2004; Kaplan & Sadock, 2003; Zilmer & Spiers, 2001). Dit is duidelik uit die belewens van die versorgers wat aan die studie deelgeneem het, dat hierdie kognitiewe veranderinge (onder meer die gedurige herhaling van vrae, vergeetagtigheid en kommunikasieprobleme) wat in die persoon plaasvind van die grootste stressore is waaraan die versorgers blootgestel word. Die groot invloed wat hierdie kognitiewe inperkings op die versorger het, word bevestig deur Crespo et al. (2005) sowel as Schneider et al. (1999).

Daar is 'n verskeidenheid van gedragsimpptome waaraan die versorger blootgestel word, byvoorbeeld aggressie, irrasionele angs, vervolgingswaan, rondlopery, slaapversteurings en agitatie. Soos telkens in die studie vermeld is, is elke geval van Alzheimer se siekte uniek. Daar kan dus nie maklik veralgemeen word nie. Wanneer die verskillende fases van demensie waarna Draper (2004) verwys, in ag geneem word, is dit duidelik dat hierdie gedragsimpptome geleidelik vererger, soos wat die toestand vorder. Hierdie gedragsprobleme wat hierdie persone openbaar, was dan ook uiteraard as groot bronne van stres onder die versorgers ervaar. Dit bevestig die bevindinge van Schneider et al. (1999) en Thomas et al. (2002) in dié verband. In vergelyking met die resultate van die studie van Potgieter (2000) wil dit voorkom asof bogenoemde stressore (kognitiewe veranderinge en gedragsversteurings) binne die versorgingstaak aan die manlike versorger net soveel eise stel as aan die vroulike versorger.

Alhoewel bogenoemde simptome 'n groot mate van stres en ongemak veroorsaak vir die versorgers wat aan hierdie studie deelgeneem het, het daar tog 'n tema van '**verstaan**' na vore gekom. Die versorgers verstaan tog tot 'n mate dat hulle huweliksmaat nie verantwoordelik gehou kan word vir die gedrag wat hulle openbaar nie; dat 'n siekte daarvoor verantwoordelik is, en dat dit 'n toestand is waarvoor die persoon nie gevra het nie.

Die versorgers in hierdie studie het baie kripties geantwoord op vrae wat betrekking het op gevoelens van lasdra en uitbranding. Dit is amper asof hulle wegskram daarvan om te erken dat dit swaar gaan. Wanneer die resultate van die Lasdra-

onderhoud (Zarit et al., 1980) egter in ag geneem word, het die versorgers tóg 'n hoë mate van versorgerlas op die vraelys gerapporteer. Dit lyk dus asof dit vir manlike versorgers moeiliker is om te praat oor die las wat hulle dra, maar asof dit vir hulle minder bedreigend is om dit op 'n vraelys aan te dui. Manlike versorgers mag veral openlike erkenning van die ervaring van stres weerstaan, aangesien hulle voel hulle moet sterk en in **beheer** van die situasie wees. Dit bevestig dus die bevindinge van Fromme et al. (2005), naamlik dat manlike versorgers meer spesifiek oor hierdie kwessie uitgevra moet word, aangesien hulle moontlik nie alles meedeel nie. Verskeie navorsers het gevind dat manlike versorgers statisties beduidend minder versorgerlas as vroulike versorgers rapporteer (Draper, 2004; Fromme et al., 2005; Gallicchio et al., 2002; Monahan & Hooker, 1995; Kosmala & Kloszewska, 2004). Fromme et al. (2005) sowel as Gallicchio et al. (2002) het egter die vraag gestel of manlike versorgers werklik minder deur die versorgingstaak belas word en of hulle net geneig is om die vlak van las te onderrapporteer. Dit blyk dus uit die resultate van hierdie studie dat die manlike versorgers geneig is om gevoelens van lasdra en uitbranding in gespreksverband te onderrapporteer, maar dalk nie in formele vraelyste nie.

Die persoon met Alzheimer se siekte se basiese vermoë om selfversorgend te wees, gaan vanselfsprekend agteruit namate die siekte vererger (Martinson et al., 1993). Hierdie agteruitgang was ook in dié studie duidelik. In die literatuur bestaan daar 'n verskil van mening tussen navorsers oor mans se betrokkenheid by persoonlike versorgingstake van hulle huweliksmaats. Die resultate van hierdie studie steun die bevindinge van Cahill (2000) en Fromme et al. (2005) wat tot die gevolgtrekking gekom het dat manlike versorgers dikwels wel aktief betrokke is by die persoonlike versorging van 'n persoon met demensie. Die versorgers in hierdie studie se betrokkenheid by bogenoemde het grootliks afgehang van die mate waartoe die persoon nog in staat is om haarself te versorg en met welke take sy hulp nodig, maar elkeen was aktief daarby betrokke. As die verskillende fases van demensie wat Draper (2004) beskryf het in ag geneem word, is dit eers van fase 3 ('matige' of 'middel-fase'-demensie) waar die persoon werklik hulp met persoonlike versorging nodig. In die vorige 2 fases mag blote aanmoediging om aandag te gee aan persoonlike versorging voldoende wees. Die versorgers was van mening dat hulle nie hul huweliksmaat van haar onafhanklikheid wil ontnem nie en dit stem ooreen met

die bevindinge van Burke en Laramie (2004). Huishoudelike take wat hulle huweliksmaats al die jare behartig het, word ook al meer die verantwoordelikheid van die versorger en dit bevestig die bevindinge van Draper (2004). Dit is duidelik uit die resultate van hierdie studie dat die versorgers wel ook die huishoudelike take, soos die voorbereiding van etes en doen van inkopies behartig. Weer eens stem die bevindinge ooreen met dié van Cahill (2000), naamlik dat manlike versorgers ook volle verantwoordelikheid neem vir die huishoudelike take. Die meeste van die versorgers het wel huishulpe wat hulle help om sommige van hierdie take te verlig. Dié faktor sal vorentoe in meer detail bespreek word.

Die erosie van die verhouding tussen die versorger en die persoon met Alzheimer se siekte is seker een van die grootste uitdagings wat aan die versorger gerig word en dit word bevestig deur Murray et al. (1999) sowel as Schneider et al. (1999). Die verlies is na twee kante toe, aan die een kant die verlies van 'n lewensmaat en kameraad, en aan die ander kant die totale oorneem van haar rol. Die deelnemers aan hierdie studie was dit almal eens dat die kommunikasieprobleme wat in verskillende vorme na vore gekom het, die moeilikste van alles is. Die verlies van die verhouding en die probleme wat gepaard gaan met demensie, bevestig dus ook die bevindinge van Knop et al. (1998) sowel as Murray et al. (1997), naamlik dat huweliksmaats wat as versorgers optree gekonfronteer word met die negatiewe aspekte van die huweliksverhouding. Collins en Jones (1997) verwys daarna dat manlike versorgers bevrediging vind in die versorgingsrol self, wat vir hulle betekenis in die lewe gee wat hulle andersins nie sou gehad het nie. Hierdie vind van **betekenis** het ook uitgestaan in hierdie studie. Die versorgers besing hulle huweliksmaats se deugde, maar terselfdertyd is daar 'n gevoel van magteloosheid waargeneem, aangesien hulle geen **beheer** het oor die agteruitgang wat plaasvind nie. Die verbrokkeling van die huweliksverhouding bring ook 'n tema van sosiale isolasie onder die versorgers na vore en die voorkoms hiervan bevestig die bevindinge van Draper et al. (1995) en Neufeld en Harrison (1998). Potgieter (2000) het onder vroulike versorgers gevind dat die ingrypende herstrukturering van 'n lang gevestigde verhouding ook tot hierdie versorgers geweldige uitdagings rig. Die versorger kry dus swaar, ongeag of dit 'n manlike of vroulike versorger is.

7.2.2.2 Sekondêre stressore

(i) Rolspanning

Volgens Pearlin et al. (1990) sluit hierdie stressore rolle en aktiwiteite buite die versorgingsituasie in en verwys onder meer na familiekonflik, finansiële bekommernisse, en inperking van sosiale en ontspanningsaktiwiteite. Schneider et al. (1999) is van mening dat hierdie rolspanning alle vorme van rol- en verhoudingskonflikte by die huis of in die breër sosiale konteks insluit wat direk voortspuit uit die versorgingsproses.

Die faktor wat in hierdie studie die grootste aanleiding tot familiekonflik gegee het, is die kwessie van institusionalisering. Die familie bedoel in die meeste van die gevalle goed wanneer hulle voorstel dat die persoon met Alzheimer se siekte na 'n inrigting moet gaan waar hulle versorg kan word, aangesien hulle besef dat die versorging 'n veeleisende taak is, veral as die agteruitgang wat die verskillende fases van demensie waarna Draper (2004) verwys het, in ag geneem word. Wanneer die persoon fase 4 ('ernstige' demensie) of fase 5 ('gevorderde' demensie) van demensie bereik en algeheel afhanklik is van die versorger vir alle aspekte van hulle bestaan, raak dit noodsaaklik om opsies soos 'n verpleeginrigting te oorweeg. Die versorgers was in die meeste van die gevalle egter nog nie gereed om so 'n besluit te neem nie. Die voorstelle laat die versorgers ook voel dat hulle familieleden glo hulle is nie bevoeg om die persoon te versorg nie. Die familieleden neem gewoonlik egter bloot die welstand van beide die versorger en die persoon in ag, want die versorging van persone met Alzheimer se siekte is selfs onder die beste omstandighede 'n uitdagende taak (Monahan & Hooker, 1995). Dit het egter duidelik in die studie na vore gekom dat die versorger voel hy is in **beheer** van die situasie solank hy sy huweliksmaat self tuis kan versorg.

Die finansiële las en onvoorsiene uitgawes waarmee Alzheimer se siekte gepaard gaan is iets waarvoor die versorgers geen **beheer** het nie. Finansiële bekommernisse het as 'n tema onder al die versorgers uitgestaan. Dit was duidelik dat dit bydra tot die stres wat die versorgers ervaar. Gwyther (1998) het nie verniet na die versorgingsrol verwys as 'n werk met geen salaris, voordele, siekverlof of vakansies nie. Daar is ook

deur die versorgers verwys na die duur versorgingsfasiliteite en dit stem ooreen met Kramer (2000) se aanbevelings dat die verpleeginrigtings meer bekostigbaar gemaak moet word.

Dit is duidelik dat die meerderheid van versorgers in hierdie studie weerstand bied teen uitgebreide kennis van die siekte. Hulle ervaar die kennis as bedreigend. Relatiewe onkunde is vir hulle 'n copingmeganisme en hulle voel meer in **beheer** om eerder die situasie dag vir dag aan te pak, sonder om te veel inligting te hê oor wat nog op hulle wag. Die verstaanbaarheidskonstruk speel ook hier 'n rol, aangesien dit duidelik is dat die versorgers soms die situasie nie te goed wíl **verstaan** nie. Wanneer hierdie resultate vergelyk word met Potgieter (2000) se studie, is daar 'n interessante verskil tussen manlike en vroulike versorgers. Dit wil voorkom asof vroulike versorgers 'n paradoksale teenoorgestelde reaksie toon, want ofskoon hulle oor die algemeen meer inligting soek, die inligting hulle steeds buite **beheer** laat voel, omdat hulle immer reken hulle het nie genoegsame kennis oor die siekte nie, in teenstelling met manlike versorgers wat verkies om eerder oningelig te wees.

Die behoefte aan tyd vir hulleself het onder die versorgers uitgestaan. Die versorging sluit konstante supervisie van die persoon in en dit laat die versorger baie vasgevang in die situasie voel. Hierdie behoefte aan ontvlugting kom soms selfs as 'n noodkreet na vore. Daar het ook 'n algemene tema van sosiale isolasie onder versorgers voorgekom en dit bevestig die bevindinge van Murray et al. (1997) dat versorgers verminderde geleentede om te sosialiseer in die gesig staar. Die versorgers gee ook hulle ontspanningsaktiwiteite, soos byvoorbeeld fietsry of tuinmaak op omdat die versorging te veel van hulle tyd in beslag neem. Dit bevestig die bevindinge van Burns et al. (1996). Thomas et al. (2002) het gevind dat die grootste klagte onder versorgers die gebrek aan tyd vir hulleself is. Dit is dus belangrik dat daar hulpbronne in plek gestel word om dit vir hierdie versorgers moontlik te maak om meer tyd vir hulself te hê. Indien die versorgers meer tyd vir hulself tot hulle beskikking het, sal versorger-welsyn bevorder word.

(ii) Intrapsigiese stres

Volgens Pearlin et al. (1990) val die intrapsigiese stres onder sekondêre stres aangesien dit ontstaan as uitvloeisel van ander stressore. Dit beïnvloed die sielkundige welstand sowel as die selfkonsep van die versorger. Hierdie stres word veroorsaak deur die versorgers se subjektiewe belewenis van die versorgingstaak, die motivering vir versorging en die invloed wat die versorgingsrol op die versorgers se persepsie van die self het (Schneider et al., 1999).

Die affektiewe belewenis van die versorgers speel 'n groot rol in hulle subjektiewe belewing van die versorgingstaak. Die warboel van emosies wat die versorgers ervaar, sou op 'n kontinuum geplaas kon word wat strek van gevoelens van trots en tevredenheid tot gevoelens van frustrasie, geïrriteerdheid en algehele magteloosheid. Ongelukkig was dit dikwels die negatiewe affekbelewenis wat die swaarste geweeg het. Die versorgers ervaar veral probleme om geduldig te bly en dit gaan gepaard met erge skuldgevoelens wanneer hulle wel die slag hulle geduld met hul huweliksmaat verloor. Gevoelens van hartseer en ontsteltenis het uitgestaan wanneer die versorgers vertel van hulle huweliksmaat se agteruitgang. Aan die positiewe kant van die kontinuum kom daar egter gevoelens van trots en tevredenheid voor, oor dit wat die versorgers vermag. Hierdie positiewe gevoelens dra ook by om die versorgers verder te motiveer om voort te gaan met die versorging. Die versorgers voer hierdie taak met liefde uit, sommige uit pligsbesef, maar sien dit as hulle geleentheid om nou iets aan hulle huweliksmaats terug te gee vir al die jare se liefde en versorging en dit stem ooreen met die bevindinge van Cahill (2000) en Draper (2004). Die versorgingsrol gee ook 'n mate van **betekenis** aan hulle lewe, wat hulle nie andersins sou gehad het nie. Hierdie studie stem dus verder ooreen met Cahill (2000) se resultate dat die redes waarom manlike versorgers in 'n versorgingsrol optree, nie verskil van die redes van vroulike versorgers nie. Humor speel ook 'n groot rol in die welstand van hierdie versorgers. Die versorgers ervaar ook nog steeds hoop en optimisme, ten spyte van die uitdagende situasie waarin hulle hulself bevind. Dit is duidelik uit die resultate van die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998) dat die versorgers hul persepsie van hulself positief beoordeel het, ten spyte van die stresvolle situasie waarin hulle hulself bevind.

Die versorgers se prentjie van die toekoms is dié van ‘n raaisel en is ook ‘n bron van stres en kommer. Dit het veral uitgestaan dat versorgers bekommerd is oor wat van hulle huweliksmaat sou word indien hulle self iets sou oorkom. Ten spyte hiervan is die toekoms nie net donker nie; die meeste versorgers het nog ‘n droom wat hulle wil verwesenlik of hulle voel dat hulle ‘n vol lewe gehad het en alles bereik het wat hulle wou. Dit is ook duidelik uit die resultate van die Lewenstevredenheidskaal (Diener et al., 1985) dat die versorgers oor die algemeen ‘n redelike hoë mate van lewenstevredenheid ervaar. Hoe die versorgers cope met die toekoms wat soos ‘n swaard oor hulle koppe hang, sal in die volgende gedeelte bespreek word.

Die feit dat Alzheimer se siekte nie soos baie ander siektes genees kan word nie, is ‘n faktor wat meeste van die versorgers magteloos laat voel. Die versorgers het egter tog maniere waarop hulle met hul situasie cope, al weet hulle dit gaan nie beter word nie. In die volgende gedeelte sal die faktore wat dit vir die versorgers makliker maak om met die situasie te cope, bespreek word.

7.2.3 BEMIDDELINGSFAKTORE

Dit is ‘n gegewe dat mense wat aan dieselfde stressor blootgestel word verskillend daarop reageer. Volgens Pearlin et al. (1990) speel bemiddelingsfaktore ‘n groot rol om hierdie verskynsel te verklaar en dit is ook hier waar die psigofortologiese faktore ‘n rol speel. Soos bespreek in Hoofstuk 4, bestudeer die veld van psigofortologie die interaksie tussen die waargenome persoon se koherensiesin en sy gebruik van algemene weerstandshulpbronne (Afdeling 4.5.2). Dit is ook hier waar vrae soos “Waarom bly sommige mense staande en floreer selfs ten spyte van die teenwoordigheid van stressore?” (Antonovsky, 1979) en “Waar kom die krag vandaan om hierdie stressore die hoof te bied?” (Strümpfer, 1995) ontstaan het. Die verskeidenheid van bemiddelingsfaktore wat in hierdie afdeling bespreek word, sal dien as antwoord op bogenoemde vrae binne die konteks van hierdie studie. Volgens Pretorius (1998) spruit hierdie krag uit ‘n positiewe persepsie van die self (sien afdeling 7.2.2.2(ii)), die familie en van die mate van ondersteuning wat hy of sy van ander ontvang. In hierdie gedeelte word dus verwys na die faktore wat dit makliker maak vir die versorgers om te cope met die uitdagings van hulle situasie, soos reeds in die voorafgaande gedeelte bespreek is.

Dit het duidelik uit die resultate van hierdie studie na vore gekom dat die mate waartoe die versorgers cope met hulle situasie, tot 'n groot mate afhang van die mate van ondersteuning wat hulle kry en dit bevestig die bevindinge van Perel en Hopkins (1998). Daar sal onderskei word tussen informele en formele ondersteuning.

7.2.3.1 Informele ondersteuning

Informele ondersteuning verwys na die ondersteuning wat versorgers ontvang van familie en vriende. Uit die resultate van hierdie studie is dit duidelik dat die versorgers se kinders, veral hulle dogters, 'n groot bron van ondersteuning is. Hulle leef mee en help sover as wat hulle omstandighede dit toelaat. Die toedrag van sake stem ooreen met die bevindinge van Cahill (2000). Die dogters is oor die algemeen veral behulpsaam met die voorbereiding van etes. Die meeste van die versorgers stel hierdie hulp van die kinders hoog op prys, aangesien hulle besef dat die kinders ook elkeen hulle eie lewe het om te lei. Dit het in baie van die gevalle deurgeskemer dat die versorgers moeilik sonder die ondersteuning wat hulle van hulle kinders, en veral hulle dogters, ontvang sou kon cope. Hierdie ondersteuning word dus gesien as 'n effektiewe coping meganisme soos Gwyther (1998) tereg aangedui het. Die resultate van die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998) dui ook die versorgers se positiewe beoordeling van hulle familie aan. Wanneer die resultate met Potgieter (2000) se studie vergelyk word, lyk dit asof die vroulike versorgers nie baie ondersteuning van hulle familie ontvang het nie. Die resultate van die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998) wat die versorgers voltooi het, ondersteun hierdie negatiewe beoordeling van die hulp en ondersteuning wat hulle van familielede ontvang (Potgieter, 2000). Daar kom dus 'n verskil voor ten opsigte van die informele ondersteuning wat manlike en vroulike versorgers ontvang. Manlike versorgers ontvang oor die algemeen meer informele ondersteuning, veral van hulle dogters, as vroulike versorgers.

Die versorgers voel baie sterk oor die feit dat hulle byna geen ondersteuning van vriende ontvang nie en dat dit tot 'n groot mate bydra tot sosiale isolasie. Dit is in enkele gevalle waar daar wel positief melding gemaak is van vriende. Hierdie bevindinge stem dus grootliks ooreen met die bevindinge van Schneider et al. (1999), naamlik dat die vlak van informele ondersteuning van vriende, baie laag is. Die

versorgers wat deel was van Potgieter (2000) se studie het ook baie min ondersteuning van vriende ontvang en vereensaming was 'n algemene tema.

'n Interessante waarneming was dat sommige van die versorgers hulle na hul honde wend vir ondersteuning en ontvlugting. Dit bevestig die resultate van Fritz et al. (1996) wat gevind het dat daar 'n positiewe assosiasie bestaan tussen die interaksie van veral manlike versorgers met troeteldiere en die sielkundige welstand van versorgers van persone met Alzheimer se siekte.

7.2.3.2 Formele ondersteuning

Formele vorms van ondersteuning sluit volgens Schneider et al. (1999) die dienste van regerings- of vrywillige agentskappe in. Alhoewel manlike versorgers grootliks verantwoordelikheid neem vir die persoonlike versorging van hulle huweliksmaat sowel as vir die huishoudelike take, lyk dit tog asof hulle gebruik maak van ondersteuning van buite om te help met hierdie take. Die hulp word veral aangewend vir huisskoonmaak en strykwerk. Die meeste van die versorgers het 'n huishulp in diens, wat help met hierdie take, en dit is duidelik dat hierdie ondersteuning vir die versorgers van onskatbare waarde is. Verder het sommige van die versorgers gebruik gemaak van organisasies wat etes voorberei om sodoende hierdie taak te verlig. In teenstelling met manlike versorgers soek vroulike versorgers egter ook individuele berading en professionele bystand op (Potgieter, 2000). Collin en Jones (1997) se bevindinge word dus bevestig, naamlik dat manlike versorgers oor die algemeen meer gebruik maak van 'praktiese' ondersteuningsdienste (byvoorbeeld huishoudelike of wasserydienste), teenoor vroulike versorgers wie se distres baie keer onderliggend is aan emosionele en sielkundige kwessies en dan 'verbale' ondersteuning van spesialiste (byvoorbeeld sielkundiges, psigiaters en maatskaplike werkers) meer van hulp vind. Binne die omvang van hierdie studie het nie een van die versorgers gebruik gemaak van terapeutiese intervensie nie. Dit is 'n area wat aangespreek kan word en manlike versorgers moet aangemoedig word om dit te oorweeg, want soos Mittelman et al. (1995) vermeld, kan dit in terapeutiese sessies beklemtoon word dat versorgers moet omsien na hulself. Die benadering daarvan sal egter met omsigtigheid hanteer moet word, aangesien mans die erkenning dat hulle nie op hulle eie cope nie, amper sien as 'n swakheid. Soos voorheen vermeld, dra hierdie

versorgers egter wel aan 'n swaar las, soos duidelik na vore gekom het in die resultate van die Lasdra-onderhoud (Zarit et al., 1980). Dit blyk dus dat manlike en vroulike versorgers ewe veel gebruik maak van formele ondersteuningsdienste, alhoewel die vorm wat die dienste aanneem, verskil.

Alhoewel die versorgers beseft dat die situasie onomkeerbaar is, sien elkeen van hulle die medikasie wat die agteruitgang van hulle huweliksmaat tot 'n mate vertraag, as 'n groot hulpbron. Hulle beseft egter hierdie reddingsboei is net tydelik, namate die agteruitgang duideliker word.

'n Hoë mate van fortaliteit kom telkens na vore. Dit is duidelik uit bogenoemde, dat die versorgers bewus is van en gebruik maak van verskeie organisasies en hulpbronne vir ondersteuning. Die positiewe beoordeling van die mate van hulp en ondersteuning wat hulle van ander ontvang, soos aangedui op die Fortaliteitsvraelys (Pretorius, 1998), bevestig ook bogenoemde.

Die betrokkenheid by 'n ondersteuningsgroep kan tot groot voordeel van die versorgers wees. Maar uit die tien versorgers wat aan hierdie studie deelgeneem het, is daar slegs een versorger wat aktief betrokke is by so 'n ondersteuningsgroep. In vergelyking met Potgieter (2000) se studie is dit duidelik dat 'n groot bron van vroulike versorgers se ondersteuning geput word uit die betrokkenheid by so 'n ondersteuningsgroep. Hierdie waarneming bevestig die bevindinge van Fromme et al. (2005) en Cahill (2000), naamlik dat manlike versorgers baie minder as vroulike versorgers betrokke is by ondersteuningsgroepe. Soos Fromme et al. (2005) sowel as Cahill (2000) uitgewys het, is daar verskeie struikelblokke wat 'n rol kan speel in die betrokkenheid van manlike versorgers. Volgens die versorgers wat aan hierdie studie deelgeneem het, is die feit dat daar so min ander mans by hierdie groepe betrokke is 'n afskrikmiddel. Die emosionele toon van die byeenkomste het eweneens uitgestaan as 'n struikelblok. En soos voorheen reeds genoem, voel manlike versorgers meer in **beheer** van hulle situasie as hulle op hulle eie cope. Alzheimer-ondersteuningsgroepe sal dus moontlik meer aantreklik wees vir manlike versorgers indien die formaat daarvan aangepas word by die behoeftes en copingstyl van hierdie versorgers. Aangesien die meerderheid van die versorgers vroulik is, is die ondersteuningsgroepe grootliks toegespits om aan hulle behoeftes te voldoen (Cahill, 2000; Fromme et al.,

2005). Ondersteuningsgroepe moet dus aangepas word vir die behoeftes van manlike versorgers. Dit moet oorweeg word om die fokus van byeenkomste waar manlike versorgers is meer te rig op praktiese hulpmiddels en hoe om spesifieke probleme op te los, en om verder inligting te verskaf, eerder as om 'n terapeutiese formaat aan te neem. Die groepbesprekings moet in 'n omgewing gehou word wat manlike versorgers gemaklik sal vind. Ondersteuningsgroepe vir manlike versorgers het dus baie potensiaal, maar moet op die regte manier benader word om hierdie groep versorgers te betrek, sodat hulle nie voel hulle word emosioneel te veel blootgestel nie. Dit moet eerder vir hulle 'n gevoel van geborgenheid en ondersteuning gee, maar op maniere wat vir hulle aanvaarbaar is. Fromme et al. (2005) het dit goed saamgevat deur daarna te verwys dat manlike versorgers die versorgingsrol moet kan onderneem, sonder om die tradisionele vroulike weergawe daarvan hoef te modelleer.

7.2.3.3 Coping

Die stres- en copingparadigma wat ontwikkel is deur Lazarus en Folkman (1984) is deur Kramer en Vitaliano (1994), sowel as Kneebone en Martin (2003), bestempel as een van die mees populêre teorieë wat gebruik word om 'n beter begrip te ontwikkel vir die verloop van die copingproses. Dié stres- en copingparadigma is ook in Deel 2 van Hoofstuk 6 van hierdie studie aangewend in die ontleding van die resultate. Volgens Lazarus en Folkman (1984) behels die aanpassing by 'n stresvolle situasie drie prosesse, naamlik 'primêre beoordeling' (die proses waar die bedreiging waargeneem word), 'sekondêre beoordeling' (die proses waar gedink word aan 'n potensiële respons op die bedreiging) en laastens 'coping' (waar die laasgenoemde respons uitgevoer word). In hierdie proses maak 'n mens gebruik van een van twee copingmeganismes, naamlik probleem-gefokusde coping (hierdie tipe coping word gewoonlik gebruik wanneer die persoon van mening is dat daar iets aan die situasie gedoen kan word) of emosie-gefokusde coping (hierdie tipe coping word meer gebruik wanneer die persoon voel asof die situasie totaal buite beheer is).

In Deel 2 (Hoofstuk 6, afdeling 6.3.3.2) is daar na verskeie voorbeelde verwys van hoe die versorgers met verskillende situasies en gebeure cope. Uit die resultate is dit egter duidelik dat die versorgers in hierdie studie oor die algemeen kognitief te werk gaan met betrekking tot coping. Hulle neem 'n problematiese situasie waar as iets

wat opgelos kan word en gebruik dus oor die algemeen meer probleem-gerigte copingmeganismes. Dit bevestig die resultate van Cahill (2000). Hierdie manier van coping word moontlik oorgedra van hulle werksrolle en stel hulle in staat om meer taakgeoriënteerd te wees. Dit lyk of hierdie manier van coping een van die sterktes van manlike versorgers is, aangesien dit hulle help om in **beheer** van hulle situasie te bly. Hierdie versorgers is ook nie te veel aangewese op hulle emosies nie en maak dus nie soveel van emosie-gefokusde coping gebruik nie, en dit kan bydra tot goeie emosionele gesondheid. Knop et al. (1998) bevestig dat emosie-gefokusde copingstrategieë geassosieer word met negatiewe versorgingsuitkomste, soos angstigheids en depressie, terwyl probleem-gerigte copingstrategieë meer geassosieer word met positiewe versorgingsuitkomste, soos beter emosionele gesondheid. In vergelyking met Potgieter (2000) se studie wil dit voorkom asof vroulike versorgers oor die algemeen meer van emosie-gefokusde copingmeganismes gebruik maak. Die belangrikheid van die groepbetrokkenheid waar hulle opgekropte emosies kan ventileer, sowel as die belangrike rol wat individuele berading speel om die behoud van hulle geesteswelstand te verseker, is maar twee voorbeelde van waar hulle voel hulle situasie is buite beheer en hulself na ander wend vir hulp.

Uit 'n psigofortologiese oogpunt lyk dit of probleem-gerigte copingvaardighede 'n bydrae lewer as 'n kognitiewe weerstandshulpbron. Algemene weerstandshulpbronne is deur Antonovsky (1979) gedefinieer as faktore wat teenwoordig is by 'n persoon, groep, subkultuur of die samelewing wat 'n fasiliterende rol speel ten opsigte van die suksesvolle hantering van 'n wye reeks stressore.

Manlike versorgers se manier van coping moet dus ook in ag geneem word wanneer hulle betrek word by ondersteuningsgroepe. Die fokus moet val op die probleme waarvoor hulle nie oplossings het nie en daar moet gesamentlik gepoog word om oplossings vir die probleme te vind.

7.2.3.4 Spiritualiteit

Die resultate van hierdie studie toon dat hierdie versorgers se geloof in 'n Hoër Hand van kardinale belang blyk te wees om die emosionele uitdagings wat die versorgingsrol stel die hoof te bied. Godsdienst speel dus 'n belangrike rol in die

diversiteit van die uitdagings wat die versorgingsituasie stel. Die versorgers se geloofsoortuigings het as 'n belangrike faktor na vore gekom om dit moontlik te maak vir die versorgers om te cope en speel dus 'n belangrike rol in terme van die **hanteerbaarheid** van die situasie. Dit bevestig dus die bevindinge van Gwyther (1998) sowel as die van Pratt et al. (1987) dat spirituele ondersteuning vir baie versorgers onderskraging bied en hulle help om met die versorgingslas te cope. Vir sommige van die versorgers is die versorging van sy huweliksmaat 'n geloofsaak, aangesien die versorger voel dit is nie Christelik om sy vrou 'weg te gooi' en in 'n versorgingseenheid te sit nie. Die groepslede se geloofslawe speel ook 'n betekenisvolle rol ten opsigte van hulle gevoel van **beheer**. Soos in Hoofstuk 6, Deel 3 genoem is, het die versorgers deurlopend na hulle geloofsoortuiginge as bron van **betekenis** (om sin te maak uit die situasie) verwys. Die versorgers se geloofsoortuiginge het in hierdie ondersoek na vore getree as 'n belangrike instandhoudingsfaktor van hulle koherensiesin en dra dus in die besonder by tot die handhawing van hulle sielkundige welstand. Dit sou dus met vrug aangewend kan word vir die bevordering van gelowige versorgers se hantering van uitdagings uniek aan die versorgingsituasie. Dit moet egter sensitief hanteer word sodat daar nie in die konteks van die diversiteit van geloofsoortuigings aanstoot gegee word nie.

7.2.3.5 Werksopset

Twee van die versorgers wat aan hierdie studie deelgeneem het, is nog betrokke by 'n beroep. Alhoewel hierdie versorgers hulle werksure aangepas het en tot 'n groot mate afgeskaal het om soveel moontlik tyd saam met hulle huweliksmaats deur te bring, sorg die werk vir 'n welkome mate van ontvlugting. Maar aangesien die meerderheid van die versorgers (agt uit die tien versorgers) alreeds aftree-ouderdom bereik het, is slegs beperkte inligting rakende die invloed van die versorgingsrol op die versorger se werksfunksionering bekom. Soos reeds genoem, is die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte 'n voltydse taak. Een van die versorgers moes vroeër aftree om die versorgingsrol voltyds te behartig. Laasgenoemde het weer voor die hand liggende implikasies vir die finansiële sekuriteit van die gesin.

7.2.4 VERSORGER-UITKOMSTE

Die versorgingproses kan die versorgers se welstand, volgens Pearlin et al. (1990), op verskeie vlakke beïnvloed, onder meer op fisieke, sielkundige en sosiale vlak. Hierdie uitkomst kan 'n positiewe of 'n negatiewe effek hê. 'n Positiewe uitkoms dui op 'n mate van tevredenheid met die versorgingproses, teenoor 'n gevoel van wanaanpassing met betrekking tot die versorgingproses as 'n negatiewe uitkoms. Verskeie negatiewe en positiewe uitkomst sal vervolgens aandag geniet.

7.2.4.1 Negatiewe uitkomst

Die versorgers wat deel uitmaak van hierdie studie, ervaar die agteruitgang van 'n geliefde huweliksmaat, hetsy kognitief, emosioneel of albei, as baie emosioneel. Dit sluit aan by die bevindinge van Murray et al. (1999) wat verwys na die versorger se ervaring van verlies. Hierdie verlies vind op verskillende maniere plaas. Daar is onder meer die verlies van 'n huweliksmaat, kameraad en die persoon met wie hulle 'n leeftyd gedeel en gekommunikeer het.

Die versorgers ervaar skuldgevoelens weens die ambivalensie wat hulle soms oor die versorging koester. Soms voel dit vir die versorgers of hulle wil handdoek ingooi en of hulle nie meer krag het om aan te gaan nie, maar aan die ander kant besef hulle hierdie versorgingsrol het die spil geword waarom hulle lewe draai en dit gee **betekenis** aan hulle lewe.

Dit het uit die ontleding van die kwantitatiewe data geblyk dat die groep as geheel 'n relatief hoë mate van versorgerlas (*'carer burden'*) ervaar het (sien afdeling 6.2.5 en 7.2.2.1). In die kwalitatiewe gedeelte, maak die versorgers egter baie min melding van die las wat hulle ervaar (sien afdeling 6.3.2.1(iv)). Soos reeds in afdeling 7.2.2.1 bespreek, lyk dit of manlike versorgers geneig is om gevoelens van lasdra te onderrapporteer. Geen beduidende aanduidings van somatiese klagtes of angssimptome en insomnia het onder die manlike versorgers van hierdie studie uit die resultate van die Algemene Gesondheidstoestand-vraelys (Goldberg & Hillier, 1979) na vore gekom nie. Dit is in teenstelling in vergelyking met Potgieter (2000) se studie waar beduidende somatiese klagtes, sowel as angssimptome en insomnia, deel

uitgemaak het van die belewenisse van vroulike versorgers. Dit wil dus voorkom asof hierdie resultate ooreenstem met die bevindinge van Robinson et al. (2001), naamlik dat vroulike versorgers erger emosionele gesondheidsuitkomst ervaar as hulle manlike teenstaanders. Fromme et al. (2005) is van mening dat gesondheidspraktisyns manlike versorgers deeglik moet ondersoek, aangesien hulle geneig is om die ernstigheidsgraad van pyn en distressimptome laer te takseer as vroue.

Wat die versorgers se fisieke gesondheidstoestand betref, het bekommernis daarvoor as 'n algemene tema uitgestaan. Dit bevestig dus Burns et al. (1996), Gwyther (1998) sowel as Perel en Hopkins (1998) se bevindinge dat die versorger se fisieke gesondheid onder die versorgingstaak ly. Volgens die literatuur rapporteer vroulike versorgers oor die algemeen swakker gesondheid en welstand as manlike versorgers (Chiou et al., 2005; Chumbler et al., 2003; Gwyther, 1998; Thomas et al., 2002). Dié afleiding word wel ondersteun wanneer die resultate van die Algemene Gesondheidsvraelys (Goldberg & Hillier, 1979) van hierdie studie met die resultate van Potgieter (2000) se studie vergelyk word. As gevolg van die kwalitatiewe aard van hierdie ondersoek kan die resultate nie statisties bewys word nie. Dit sou dus in verdere studies aandag kon geniet.

7.2.4.2 Positiewe uitkomst

In die lig van bogenoemde negatiewe uitkomst, is dit verrassend dat die versorgingsrol ook met verskeie positiewe uitkomst gepaard gaan. Draper (2004) het eweneens opgemerk dat die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte nie net met die negatiewe geassosieer word nie.

Ten spyte van die aanwesigheid van simptome van emosionele ontwrigting, het die versorgers tog 'n groot mate van lewenstevredenheid gerapporteer, soos bepaal met behulp van die Lewenstevredenheidskaal van Diener et al. (1985) (sien ook afdeling 6.2.2). Slegs een van die versorgers het op grond van die resultate van die kwantitatiewe ontleding van die Algemene Gesondheidsvraelys (Goldberg & Hillier, 1979) voldoen aan die kriteria wat erge depressie aandui. Dit wil dus voorkom dat ten spyte van die versorgerlas wat die versorging teweeg bring en die algemene negatiewe effek wat dit op die welsyn van die versorgers het, hierdie versorgers dit alles op een

of ander manier hanteer. Dit is juis met hierdie wyse van hantering waar 'Psigofortologie' 'n rol speel. Laasgenoemde word bevestig deur die relatief hoë tellings op die Koherensiesin-vraelys van Antonovsky (1987), wat die mate van verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid van die situasie van die versorger meet, sowel as die bespreking wat gevolg het in Hoofstuk 6, Deel 3, onder 'Psigofortologie'. Die resultate van die Fortaliteitsvraelys van Pretorius (1998), wat meet hoe die versorgers hulleself, die gesinsomgewing, sowel as die bewustheid van die ondersteuning van ander beoordeel, het verder die invloed van psigofortologiese faktore versterk, aangesien die beoordeling van bogenoemde oor die algemeen positief was. Die bemiddelingsfaktore wat bespreek is in afdeling 7.2.3 is dus die faktore wat die kernvraag van die psigofortologie, naamlik: "Waar kom hierdie krag vandaan?" beantwoord. Dit is dus die faktore wat hierdie versorgers te midde van geweldig veeleisende omstandighede geestesgesond hou en bydra tot die positiewe uitkomst van die versorgingsrol.

Ander faktore wat bydra tot die positiewe uitkomst wat geïdentifiseer is by versorgers, is onder meer gevoelens van tevredenheid oor die deursettingsvermoë om vol te hou met die versorging, en ook gevoelens van sukses en trots op dit wat hulle vermag. Hierdie bevindinge bevestig die bevindinge van Draper (2004) sowel as Murray et al. (1999). Manlike versorgers verkry 'n gevoel van bevrediging uit geringe take, soos byvoorbeeld die feit dat hulle voedsame etes vir hulle huweliksmaat voorberei en daardeur dus goeie versorging lewer. Dit stem ook ooreen met die resultate van Cahill (2000).

Soos reeds voorheen genoem, speel die manlike versorgers se copingmeganisme, wat meer probleem-gerig is, ook 'n rol in die positiewe uitkomst van die versorging. Daar kom ook 'n mate van optimisme, hoop en humor onder die versorgers voor, alles faktore wat as bewys dien van goeie aanpassing wat hierdie versorgers soms selfs in die hitte van die stryd toon. Die kwessie van institusionalisering is 'n sensitiewe kwessie, maar dit lyk asof die manlike versorgers voel hulle kan vir hulle huweliksmaats beter versorging bied as wat hulle in 'n inrigting sal kry, aangesien hulle individuele aandag by die huis kry, maar die verpleegpersoneel se aandag verdeel sal wees tussen die persone, en dit stem ooreen met Cahill (2000) se bevindinge. Sosiale isolasie was 'n algemene tema onder die versorgers en sommige

van hulle het hiermee gecope, deur kameraadskap in 'n troeteldier, soos 'n hond, te vind. Dit stem ooreen met die resultate van Fritz et al. (1996) wat gevind het dat die bydrae wat 'n troeteldier bied, kan lei tot beter geestesgesondheid.

Die versorgers verrig ook die versorgingstaak om 'n verskeidenheid van redes, hetsy uit liefde, uit plig of uit wederkerigheid, dat hulle voel sy sou diesefde vir hulle gedoen het, of omdat hulle voel dit is hulle manier om iets terug te gee aan 'n huweliksmaat wat 'n leeftyd van ondersteuning gebied het, of selfs net na aanleiding van die huweliksbelofte. Hierdie bevindinge word ook bevestig deur Cahill (2000) en Draper (2004). Die versorgers vind **betekenis** in hierdie versorgingsrol en bevestig die bevindinge van Almborg et al. (1998), Cahill (2000) sowel as die van Collins en Jones (1997). Draper (2004) het daarna verwys dat mans se rol oor die algemeen, soos hulle ouer word, meer verander in 'n versorgingsrol, nadat hulle vir jare in die arbeidsmag was en geen versorgingsrol beklee het nie. Dit is moontlik waarom mans die rede vir versorging aanvoer as 'n geleentheid om iets aan hulle huweliksmaats terug te gee, na jare van versorging en ondersteuning wat hulle as vrou en ma van hulle kinders, voorsien het.

Alhoewel die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte 'n voltydse werk is en daar 'n gedurige behoefte aan vrye tyd is, is daar tog sommige van die versorgers wat tussen die versorging nog 'n tydjie het om af te staan aan 'n stokperdjie of 'n belangstelling, en dit lyk asof dit ook bydra tot **betekenis** in hulle lewe. Volgens Gwyther (1998), sowel as Pieterse (2004) is dit voordelig vir versorgers se welstand as hulle tyd kan maak vir hulself, sonder om skuldig te voel daarvoor.

7.3 OPSOMMING VAN GEVOLGTREKKINGS

Die eerste spesifieke doelstelling van hierdie ondersoek was om 'n beeld te vorm van die sielkundige belewenis van die eggenoot van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte. Hierdie belewenis is ondersoek deur te let op die besondere uitdagings wat die versorgingstaak inhou, sowel as om te fokus op die sterktes wat benodig word om hierdie uitdagings die hoof te bied (met ander woorde 'n ondersoek uit 'n psigofortologiese oogpunt) en dit in vergelyking te bring met bestaande literatuur in hierdie verband.

Die bespreking van die resultate het aangedui dat die belewenis van manlike versorgers oor die algemeen bevestig het wat reeds bestaande kennis in hierdie verband betref. Die versorger-groep het onder andere 'n hoë mate van versorgerlas gerapporteer op die beantwoording van 'n vraelys, maar weggekram daarvan om dit in die onderhoude te vermeld. Hierdie onderrapportering van versorgerlas, wat wel bestaan, stem ooreen met die resultate van vorige studies in hierdie verband. Wat egter teenstrydig met vorige bevindinge blyk te wees, is die feit dat die versorgers in hierdie ondersoek 'n relatiewe hoë mate van lewensvredeneid gerapporteer het en ook hoë tellings ten opsigte van koherensiesin en fortaliteit behaal het. Die versorgers was dus oor die algemeen daartoe in staat om ten spyte van die geweldige uitdagings van die situasie 'n relatief hoë mate van welstand te handhaaf.

Daar was tóg 'n aantal faktore wat ten minste 'n tydelike negatiewe effek gehad het op die koherensiesin (verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid) wat die versorgers aan die versorgingsituasie gekoppel het. Van die belangrikste faktore was:

- Die kognitiewe en gedragsveranderinge wat saam met Alzheimer se siekte op die voorgrond tree, is vir die versorgers van die grootste stressors.
- Soos reeds genoem, lyk dit asof manlike versorgers wel 'n redelike hoë mate van versorgerlas ervaar, maar dit onderrapporteer.
- Die erosie van die huweliksverhouding en die verlies van die kameraadskap tussen die versorger en sy huweliksmaat, is geïdentifiseer as 'n groot stressor.
- Die kommunikasieprobleme is gerapporteer as van die grootste stressore wat die versorgers ervaar.
- Die kwessie van institusionalisering kan lei tot familiekonflik, aangesien die versorger die meeste van die tyd nog nie gereed is om so 'n besluit te neem nie en ook aflei dat sy familie dink hy is nie bevoeg om na sy vrou om te sien nie.
- Finansiële bekommernisse het as 'n tema onder al die versorgers uitgestaan; almal is dit eens dat Alzheimer se siekte onvoorsiene uitgawes bring en bydra tot die ervaring van stres.
- Die behoefte aan tyd vir hulself en tyd vir ontvlugting van die versorgingsituasie, is beklemtoon.

- Daar is 'n warboel van emosies wat die versorger van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte ervaar. Alhoewel dit wissel op 'n kontinuum van uiterstes, van negatief tot positief, het die negatiewe affekbelevens van die versorgers dikwels die swaarste geweeg.

Dit was deurgaans duidelik dat die versorgers ten spyte van die blootstelling aan al die verskillende stressore, tog goed aangepas het by die versorgingsrol. Die volgende het bygedra daartoe dat hulle hul situasie as verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol ervaar:

- Manlike versorgers is aktief betrokke by die persoonlike versorging van hulle huweliksmaat en neem ook verantwoordelikheid vir die behartiging van huishoudelike take. Die taakgeoriënteerde benadering van manlike versorgers dra daartoe by dat hulle hulpbronne tot hulle beskikking aanwend om te help met bogenoemde take.
- Hierdie versorgers verkies om uitgebreide kennis oor die verloop van die siekte en wat hulle nog te wagte kan wees, te vermy. Dit is vir hulle 'n copingmeganisme en help hulle om in beheer van hulle situasie te voel.
- Alhoewel die versorgers enersyds die toekoms met kommer aan die een kant bejeën is daar tog aan die ander kant ook tekens van drome wat hulle nog wil verwesenlik en ook gevoelens van dankbaarheid oor 'n vol lewe gevul met 'n wye verskeidenheid van ervarings. Die versorgers cope met die kommer oor die toekoms deur dag vir dag aan te pak, sonder om te ver vooruit te dink.
- Manlike versorgers ontvang informele hulp en ondersteuning van hulle kinders, veral hulle dogters, wat funksioneer as 'n belangrike copingmeganisme.
- Hierdie versorgers maak oor die algemeen gebruik van 'praktiese' ondersteuningsdienste om die versorgingstaak te verlig.
- Die probleem-gerigte copingvaardighede van manlike versorgers dien as 'n geweldige sterkte om in beheer van hulle situasie te wees.
- Versorgers se geloofsoortuigings speel 'n belangrike rol om die situasie vir hulle meer hanteerbaar sowel as verstaanbaar te maak, en dra ook tot 'n groot mate daartoe by om betekenis te vind in die versorgingsrol.

- Betrokkenheid by 'n beroep kan 'n mate van ontvlugting verskaf aan die versorgers.
- Die versorgers vind oor die algemeen 'n groot mate van betekenis in die versorgingsrol waarby hulle betrokke is.

Dit het duidelik in Hoofstuk 3 na vore gekom dat daar twee sienings bestaan rondom manlike versorgers (Russel, 2001). Die een siening is dat mans ondoeltreffende en onbetroubare versorgers is. Dit word gestaaf deur die siening dat mans se sosialisering hulle predisponeer om 'n swakker kwaliteit van versorging te bied. Aan die ander kant word dit gestel dat mans wel bekwame versorgers kan wees, alhoewel hierdie versorgers se styl van versorging mag verskil van dié van die 'vroulike standaard'.

Wanneer die belewenis van manlike versorgers in oënskou geneem word, stem die resultate van hierdie studie ooreen met laasgenoemde siening. Manlike versorgers kan wel bekwame versorgers wees, maar het hulle eie manier van versorging. 'n Sterkte wat hulle beslis in staat stel om die versorgingsrol met sukses aan te pak, is hulle probleem-gerigte copingstyl. Hierdie versorgers maak effektief gebruik van hulpbronne rondom hulle om die lewe vir hulself makliker te maak. Hulle is taakgeoriënteerd en deleger die take sonder om skuldig te voel daarvoor. Dit kan grootliks bydra tot die gevoel van beheer oor hulle situasie wat hulle ervaar. Dié copingstyl van die versorgers stel hulle ook in staat om nie oormatig op hulle emosies te fokus nie en dit dra verder by tot goeie gesondheid. 'n Vraag wat mag ontstaan, is of die versorgers byvoorbeeld sonder die bystand van hulle dogters kan cope. Die siening wat uit die resultate van hierdie studie ontwikkel het, is dat die versorgers die beskikbare hulpbronne tot hulle voordeel aanwend, en indien daardie hulpbronne nie beskikbaar sou wees nie (byvoorbeeld 'n dogter wat etes voorberei) sal die versorgers staatmaak op hulle probleem-gerigte copingstyl en 'n ander oplossing vind (byvoorbeeld etes bestel by 'n organisasie wat etes voorberei).

Na aanleiding van die gevolgtrekkings wat in hierdie studie gemaak is, kan daar soos voorheen genoem, heelhartig met Fromme et al. (2005) saamgestem word, dat manlike versorgers 'n waardevolle versorgingsrol kan speel.

‘n Tweede spesifieke doelstelling van hierdie studie was om op grond van die bevindinge riglyne vanuit die veld van psigofortologie te formuleer vir benutting deur manlike versorgers van persone met Alzheimer se siekte.

Eerstens het dit deurgaans na vore gekom dat die versorgers ‘n behoefte het aan tyd vir hulself. Die versorgers wat wel tyd vir hulself tot hul beskikking gehad het, se welstand was oor die algemeen beter. Dit kan dus tot die versorgers se voordeel strek indien daar mense in die gemeenskap opgelei kan word om in te staan vir die versorgers en vir ‘n paar uur per dag na die huweliksmaat om te sien, om aan die versorgers die kans te voorsien om te ontvlug van hul situasie. Die versorgers kan dan ook ontspan, aangesien hulle vrou in die sorg van ‘n bekwame persoon is.

Tweedens het die stigting van ondersteuningsgroepe spesifiek vir manlike versorgers groot potensiaal en dit moet van naderby ondersoek word. Die formaat van die ondersteuningsgroep moet aangepas word by die behoeftes van die manlike versorgers. Dit moet op die regte manier benader word, sodat die versorgers nie voel hulle word emosioneel blootgestel nie. Soos voorheen genoem, kan die fokus meer val op praktiese hulpmiddels en ook om spesifieke probleme op te los, asook om inligting te verskaf, eerder as om ‘n terapeutiese formaat aan te neem. Manlike versorgers se sterkte, naamlik hulle copingmeganisme van probleem-georiënteerdheid moet dus in ag geneem word wanneer hulle betrek word by ondersteuningsgroepe.

In die derde plek het dit na vore gekom dat manlike versorgers geneig is om die versorgerlas wat hulle ervaar, te onderrapporteer. Dit kan dus tot die versorgers se voordeel strek as mediese personeel bewus gemaak word hiervan sodat hulle manlike versorgers meer spesifiek en in meer detail sal uitvra. Wanneer mediese personeel die versorgers in meer diepte uitvra na die las wat hulle dra, sal hulle moontlik meer versorgers identifiseer wat professionele hulp nodig het. Versorgers kan ook baat by terapeutiese intervensie, en mediese personeel kan dus ‘n rol speel en daartoe bydra om toe te sien dat versorgers meer geredelik daarvan gebruik maak.

In die laaste plek het die versorgers se geloofsoortuiging ‘n baie belangrike rol gespeel in die verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenis wat die versorgers in die

situasie vind. Dit kan dus met vrug aangewend word vir die bevordering van die versorger se hantering van uitdagings wat die versorgingsituasie stel.

'n Laaste doelwit was om die resultate van die studie te vergelyk met die resultate van Potgieter (2000) wat gefokus het op die sielkundige behoeftes van vroulike versorgers.

Van die belangrikste verskille en ooreenkomste tussen manlike en vroulike versorgers sal vervolgens aandag geniet. Die resultate van hierdie studie, waar die belewenis van manlike versorgers van huweliksmaats met Alzheimer se siekte ondersoek is, is vergelyk met die bevindinge van Potgieter (2000) wat die behoeftes van vroulike versorgers van persone met Alzheimer se siekte ondersoek het.

Dit lyk of manlike versorgers oor die algemeen ouer is as vroulike versorgers aangesien manlike versorgers oor die algemeen huweliksmaats van die persone is, maar vroulike versorgers in baie gevalle dogters of skoondogters in plaas van huweliksmaats is.

'n Interessante verskil tussen manlike en vroulike versorgers is dat die mans meer in beheer voel van hulle situasie wanneer hulle eerder oningelig is oor wat hulle nog te wagte kan wees. Hierteenoor verkies vroulike versorgers om soveel moontlik inligting te bekom oor die siekte, om sodoende meer in beheer van die situasie te voel.

Dit het na vore gekom uit die resultate dat manlike versorgers oor die algemeen meer informele ondersteuning, veral van hulle dogters, ontvang as vroulike versorgers. Die tema van vereensaming, as gevolg van die afname in sosiale verkeer met vriende, het egter ewe veel onder manlike en vroulike versorgers voorgekom. Nog 'n interessante waarneming is dat manlike versorgers oor die algemeen meer gebruik maak van 'praktiese' ondersteuningsdienste, soos organisasies wat etes voorberei of hulp bied met die huishoudelike take, om te cope met die uitdagings wat die versorgingsituasie stel. Die vroulike versorgers maak egter meer geredelik gebruik van dienste soos sielkundiges of psigiaters wat 'verbale' ondersteuning bied om te cope met die emosionaliteit en distres wat gepaard gaan met die versorging. Daar kom dus nie

regtig 'n verskil voor in die hoeveelheid formele dienste wat manlike en vroulike versorgers gebruik nie, maar die vorm wat die dienste aanneem, verskil wel.

Manlike versorgers is oor die algemeen onbetrokke by ondersteuningsgroepe en verkies om op hulle eie te cope. Ondersteuningsgroepe voorsien egter 'n groot bron van ondersteuning aan vroulike versorgers en hierdie versorgers is oor die algemeen aktief betrokke by ondersteuningsgroepe.

Daar bestaan ook 'n verskil in die wyse van coping van die versorgers. Die manlike versorgers maak oor die algemeen meer gebruik van probleemgerigte copingvaardighede. Hierdie versorgers neem probleme waar as iets met 'n oplossing. Hierteenoor maak vroulike versorgers meer geredelik gebruik van emosie-gefokusde copingvaardighede. Wanneer vroulike versorgers probleme ervaar en hulle situasie as buite beheer waarneem, hanteer hulle dit deur hulp te soek, soos onder meer in individuele berading of met betrokkenheid in 'n ondersteuningsgroep.

Stressore soos die kognitiewe veranderinge en gedragsversteurings wat by die persone met Alzheimer se siekte voorkom, bemoeilik die versorgingstaak tot dieselfde mate vir manlike sowel as vroulike versorgers. Die erosie van die verhouding tussen die versorger en die persoon met Alzheimer se siekte, en die daaglikse aanpassings wat gemaak moet word, stel geweldige uitdagings aan manlike en vroulike versorgers. Alhoewel daar dus sommige verskille tussen manlike en vroulike versorgers bestaan, is daar ook baie ooreenkomste. Wat egter duidelik na vore kom, is dat die versorger swaarkry, ongeag of dit 'n manlike of vroulike versorger is.

7.4 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

- Die homogeniteit van hierdie groep, as synde hoofsaaklik Afrikaanssprekende middelklas blanke mans, laat die vraag ontstaan of die belewenis van hierdie groeplede uniek is, en of ander versorgers dieselfde ervaring het. Dit word dus aanbeveel dat 'n vergelykende studie geloods word waar die welstand van die versorgers wat betrokke was in hierdie groep vergelyk word met 'n ander groep.

- Daar kan verder gekyk word na verskille en ooreenkomste van die psigofortologiese belewenis van manlike versorgers van persone met Alzheimer se siekte van verskillende kulture. Heterogene en kruiskulturele vergelykings is dus noodsaaklik om die universele en unieke aspekte van die psigofortologiese belewenis van versorgers te identifiseer.
- Navorsing waarby groot steekproewe ingesluit word, is belangrik vir die doeleindes van die benutting van inferensiële statistiek vir meer kwantitatief geverifieerde resultate.
- Verdere opvolgondersoeke kan geloods word ten einde die resultate van hierdie studie verder te ondersoek met betrekking tot die versorging van persone met ander terminale toestande as dié van 'n demensie. Daar kan byvoorbeeld gefokus word op die psigofortologiese belewenis van manlike versorgers van persone met ander terminale toestande (byvoorbeeld HIV/VIGS en kanker).

7.5 TEKORTKOMINGE VAN HIERDIE STUDIE

Daar is verskeie leemtes in hierdie studie geïdentifiseer wat aangespreek kan word deur middel van opvolgstudies soos bespreek in afdeling 7.4. Die leemtes sluit onder meer die volgende in:

- Alhoewel die steekproef groot genoeg was om kwalitatiewe navorsing te doen, kon die resultate van die kwantitatiewe deel van hierdie studie slegs gebruik word om die kwalitatiewe resultate toe te lig. Met 'n groter steekproef, kan die kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing meer effektief aangewend word.
- Nog 'n leemte was dat die steekproef slegs bestaan het uit versorgers uit die Vrystaat. Die resultate kan meer waardevol wees, wanneer versorgers uit verskillende dele van Suid-Afrika betrek word.

7.6 PERSOONLIKE BELEWENIS

Die kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe data-ontledingsmetodes wat in hierdie studie toegepas is, het my geleer hoe belangrik die persoonlike kontak met elkeen van die versorgers is om die resultate van die studie te verryk (kwalitatiewe deel), maar dat daar ook waardevolle inligting uit die vraelyste (kwantitatiewe deel) verkry word. Die versorging van 'n persoon met Alzheimer se siekte is een van die ergste stressore van ons tyd en hierdie studie het my gesensitiseer vir versorgers se ervaringe van verlies en swaarkry, maar tog ook bewus gemaak van die besondere sterkte en krag wat hierdie versorgers openbaar. Hierdie ondersoek het blywende veranderinge in my as mens gebring; ek betrap myself byvoorbeeld telkens as ek in 'n winkel rondstap en 'n bejaarde man alleen sien inkopies doen, dat ek wonder of hy ook 'n versorger is wat na sy huweliksmaat omsien.

7.7 TEN SLOTTE

In hierdie hoofstuk is 'n samevatting van die bevindinge van hierdie studie uit die literatuurstudie en die ondersoek self weergegee, en is die gevolgtrekkings wat gemaak kon word, bespreek. Enkele voorstelle vir verdere navorsing is gemaak en die leemtes van die studie is ook aangedui.

Die unieke uitdagings wat die versorging van 'n huweliksmaat met Alzheimer se siekte aan die versorgers rig, noodsaak intervensies wat hierdie versorgers kan help om te cope. Die bevindinge van hierdie studie kan aangewend word om die psigofortologiese faktore waaroor die versorgers reeds beskik verder uit te bou.

Soos aan die begin van hierdie studie genoem: Elke versorger het 'n unieke storie om te vertel oor hulle konfrontasie met Alzheimer se siekte. Daar is geen maklike oplossings vir die pynlike probleme rondom aanpassing by die ontelbare verliese en die voortdurende siklus van agteruitgang en oorgangstadiums wat voorkom in Alzheimer se siekte nie. Getuienis het egter voorgekom van ieder en elkeen van die versorgers se sterktes en volhardingsvermoë wat hulle help om tog suksesvol te cope met Alzheimer se siekte.

Hopelik kan hierdie studie 'n konstruktiewe bydrae lewer tot die lewens van manlike versorgers van huweliksmaats met Alzheimer se siekte.

BRONNELYS

- Adams, T., Bezner, J. & Steinhardt, M. (1997). The conceptualisation and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-218.
- Almberg, B., Jansson, W., Grafström, M. & Winblad, B. (1998). Differences between and within genders in caregiving strain: a comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 849-858.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand, A. & Henrard, J.C. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 254-260.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). A call for a new question – salutogenesis – and a proposed answer – the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2(1), 1-11.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1996). The sense of coherence: A historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 170-178.

- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A.K., Laukka, E.J. & Small, B.J. (2005). Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's Disease: A Meta-analysis. *Neuropsychology*, 19(4), 520-531.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2001). *Abnormal Psychology* (2nd ed.). Belmont: Wadsworth.
- Ben-Sira, Z. (1985). Potency: A stress-buffering link in the coping-stress-disease relationship. *Social Science and Medicine*, 21, 397-406.
- Blair, M., Kertesz, A., Mcmonagle, P., Davidson, W. & Bodi, N. (2006). Quantitative and qualitative analyses of clock drawing in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 159-165.
- Bogerts, B. (1993). Images in psychiatry: Alois Alzheimer. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1868.
- Braff, S. & Olenik, M.R. (2003). *Staying connected while letting go. The paradox of Alzheimer's caregiving*. New York: M.Evans and Company, Inc.
- Budson, A.E., Todman, R.W. & Schacter, D.L. (2006). Gist memory in Alzheimer's Disease: Evidence from categorized pictures. *Neuropsychology*, 20(1), 113-122.
- Burke, M.M. & Laramie, J.A. (2004). *Primary Care of the Older Adult. A Multidisciplinary Approach* (2nd ed). Missouri: Mosby, Inc.
- Burns, R., Eisdorfer, C., Gwyther, L. & Sloane, P. (1996). Caring for the caregiver. *Patient Care*, Nov. '96, 108-130.

- Cahill, S. (2000). Elderly husbands caring at home for wives diagnosed with Alzheimer's disease: Are male caregivers really different? *Australian Journal of Social Issues*, 35(1), 53-72.
- Carson, R.C., Butcher, J.N. & Mineka, S. (2000). *Abnormal Psychology and modern life* (11th ed). MA: Allyn & Bacon.
- Chiou, C.J., Chen, L.P. & Wang, H.H. (2005). The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 821-826.
- Chumbler, N.R., Grimm, J.W., Cody, M. & Beck, C. (2003). Gender, kinship and caregiver burden: The case of community dwelling memory impaired seniors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 722-732.
- Cilliers, F., Viviers, R. & Marais, C. (1998). Salutogenesis: A model to understand coping with organisational change. *Psychologia*, 25(2), 32-39.
- Coen, R.F., Swanwick, G.R.J., O'Boyle, C.A. & Coakley, D. (1997). Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 331-336.
- Collins, C. & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1168-1173.
- Corby, N.H., Downing, R., Lindeman, D.A. & Sanborn, B. (1991). *Alzheimer's Day Care: A Basic Guide*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Cosentino, S. & Stern, Y. (2005). Metacognitive theory and assessment in dementia: Do we recognize our areas of weakness? *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 910-919.

- Cowley, S. & Billings, J.R. (1999). Resources revisited: Salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 994-1004.
- Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (1999). *Doing qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Crespo, M., Lopez, J. & Zarit, S.H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591-592.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Donaldson, C., Tarrier, N. & Burns, A. (1998). Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 248-256.
- Draper, B. (2004). *Dealing with dementia: A guide to Alzheimer's disease and other dementias*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Draper, B.M., Poulos, C.J., Poulos, R.G. & Ehrlich, F. (1995). Risk factors for stress in elderly caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 227-231.
- Evans, D., Funkenstein, H., Albert, M., Scherr, P., Cook, N., Crown, M., Herbert, L., Hennekens, C. & Taylor, J. (1990). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2551-2556.
- Fazio, S. & Bartelt, T. (1999). Caretaker burnout: Supporting families of patients with Alzheimer's disease. *American Family Physician*, 60(7), 2165-2166.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.

- Fritz, C.L., Farver, T.B., Hart, L.A. & Kass, P.H. (1996). Companion animals and the psychological health of Alzheimer patients' caregivers. *Psychological Reports*, 78, 467-481.
- Fromme, E.K., Drach, L.L., Tolle, S.W., Ebert, P., Miller, P., Perrin, N. & Tilden, V.P. (2005). Men as Caregivers at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 1167-1175.
- Galicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P. & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163.
- Gaugler, J.E., Jarrott, S.E., Zarit, S.H., Stephens, M.P., Townsend, A. & Greene, R. (2003). Adult day service use and reductions in caregiving hours: Effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 55-62.
- Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Griffith, H.R., Netson, K.L., Harrell, L.E., Zamrini, E.Y., Brockington, J.C. & Marson, D.C. (2006). Amnesic mild cognitive impairment: Diagnostic outcomes and clinical prediction over a two-year time period. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 166-175.
- Grossberg, G.T. & Lake, J.T. (1998). The role of the psychiatrist in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 9), 3-6.
- Gwyther, L.P. (1998). Social issues of the Alzheimer's patient and family. *The American Journal of Medicine*. 104(4A), 17S-21S.
- Hooker, K., Frazier, L.D. & Monahan, J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34(3), 386-392.

- Hooker, K., Monahan, D.J., Bowman, S.R., Frazier, L.D. & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology*, 53B, 73-85.
- Hudon, C., Belleville, S., Souchay, C., Gély-Nargeot, M.C., Chertkow, H. & Gauthier, S. (2006). Memory for gist and detail information in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Neuropsychology*, 20(5), 566-577.
- Kaplan, H.I. & Saddock, B.J. (2003). *Synopsis of Psychiatry (9th ed.)*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Dura, J.R., Speicher, C.E., Trask, O.J. & Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53, 345-362.
- Kneebone, I.I. & Martin, P.R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8, 1-17.
- Knop, D.S., Bergman-Evans, B. & McCabe, B.W. (1998). In sickness and in health: An exploration of the perceived quality of the marital relationship, coping and depression in caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(1), 16-21.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kosmala, K. & Kloszewska, I. (2004). The burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 191-193.
- Kramer, B.J. (1993). Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies. *Family Relations*, 42, 383-391.

- Kramer, B.J. (2000). Husbands caring for wives with dementia: A longitudinal study of continuity and change. *Health & Social Work, 25*(2), 97-107.
- Kramer, B.J. & Vitaliano, P.P. (1994). Coping: A review of the theoretical frameworks and the measures used among caregivers of individuals with dementia. *Journal of Gerontological Social Work, 23*(1/2), 151-174.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Levinoff, E.J., Verret, L., Akerib, V., Phillips, N.A., Babins, L., Kelner, N. & Chertkow, H. (2006). Cognitive estimation impairment in Alzheimer's Disease and mild cognitive impairment. *Neuropsychology, 20*(1), 123-132.
- Lustig, D.C., Rosenthal, D.A., Strauser, D.R. & Haynes, K. (2000). The relationship between Sense of Coherence and adjustment in persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 43*(3), 134-141.
- Maurer, K, Volk, S. & Gerbaldo, H. (1997). Auguste D and Alzheimer's disease. *Lancet, 349*, 1546-1549.
- Martinson, I.M., Chesla, C. & Muwaswes, M. (1993). Caregiving demands of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Community Health Nursing, 10*(4), 225-232.
- Maxim, J. & Bryan, K. (1994). *Language of the Elderly: A Clinical Perspective*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Mittelman, M.S. (2003). Community Caregiving. *Alzheimer's Care Quarterly, 4*(4), 273-286.
- Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., Ambinder, A., Mackell, J.A. & Cohen, J. (1995). A Comprehensive support effect on depression in spouse caregivers of AD patients. *The Gerontologist, 35*(6), 792-802.

- Monahan, D.J. & Hooker, K. (1995). Health of spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *Social Work*, 40, 305-314.
- Murray, J., Manela, M., Shuttleworth, A. & Livingston, G. (1997). An intervention study with husband and wife carers of older people with a psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 46, 279-284.
- Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S. & Mann, A. (1999). Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II – A Qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 662-667.
- Neufeld, A. & Harrison, M.J. (1998). Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation? *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 959-968.
- NUD*IST (1999). Qualitative Solutions and Research Pty Ltd. Melbourne: La Trobe University.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-593.
- Perel, V.D. & Hopkins, J. (1998). Psychosocial impact of Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*. 279(13), 1038-1039.
- Pieterse, L. (2004). *Ek het vergeet...my lewe saam met Alzheimers*. Pretoria: LAPA uitgewers.

- Potgieter, J.C. (2000). *Die sielkundige behoeftes van die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte*. Ongepubliseerde Magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Potgieter, J.C. (2003). *Tydsperspektief as potensiële psigofortigene konstruk by die rouproses van versorgers van Alzheimer-pasiënte*. Ongepubliseerde Ph.D.-proefskrif, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Pratt, C., Wright, S. & Schmall, V. (1987) Burden, coping and health status: A comparison of family caregivers to community dwelling and institutionalized Alzheimer's patients. *Gerontological Social Work with Families*, 99-101.
- Pretorius, T.B. (1997). *Salutogenic resistance resources and environmental characteristics in stress-resistance*. Unpublished Ph.D. dissertation, University of the Free State, Bloemfontein.
- Pretorius, T.B. (1998). *Fortitude as stress-resistance: Development and validation of the Fortitude Questionnaire (FORQ)*. University of the Western Cape, Bellville.
- Rabin, S., Matalon, A., Maoz, B. & Shiber, A. (2005). Keeping Doctors Healthy: A Salutogenic Perspective. *Families, Systems, & Health*, 23(1), 94-102.
- Roberto, K.A., Richter, J.M., Bottenberg, D.J. & Campbell, S. (1998). Communication patterns between caregivers and their spouses with Alzheimer's disease: A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 202-208.
- Robinson, K.M., Adkisson, P. & Weinrich, S. (2001). Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 573-582.

- Rogers, T.T., Ivanoiu, A., Patterson, K. & Hodges, J.R. (2006). Semantic memory in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementias: A longitudinal study of 236 patients. *Neuropsychology*, 20(3), 319-335.
- Roothman, B., Kirsten, D.K. & Wissing, M.P. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4), 212-218.
- Roses, A.D. & Saunders, A.M. (2006). Perspective on a pathogenesis and treatment of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, (2), 50-70.
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self-regulation. In S. Fisher & J. Resson (Eds), *Handbook of life-stress, cognition and health* (pp. 483-496), Chichester: Wiley.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs: general and applied*, 80(1), 1-28.
- Russel, R. (2001). In sickness and in health. A qualitative study of elderly men who care for wives with dementia. *Journal of Aging Studies*, 15, 351-367.
- Russo, J., Vitaliano, P.P., Brewer, D.D., Katon, W. & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 197-204.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (1996). Structural sources of the sense of coherence: Two life stories of holocaust survivors in Israel. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 200-205.

- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S. & Mann, A. (1999). Eurocare: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I-Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651-661.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2001). Reply to comments. *American Psychologist*, 56, 89-90.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1975). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sheldon, K.M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Slavin, L.A., Rainer, K.L., McCreary, M.L. & Gowda, K.K. (1991). Toward a Multicultural Model of the Stress Process. *Journal of Counseling & Development*, 70, 156-163.
- Spaan, P.E.J., Raaijmakers, J.G.W. & Jonker, C. (2005). Early assessment of Dementia: The contribution of different memory components. *Neuropsychology*, 19(5), 629-640.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). California: Sage Publications.
- Strümpfer, D.J.W. (1990). Salutogenesis: A new paradigm. *South African Journal of Psychology*, 20(4), 265-276.
- Strümpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: From 'salutogenesis' to 'fortigenesis'. *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-89.

- Strümpfer, D.J.W. (2001). *Psychofortology: Review of a New Paradigm Marching On*, Rand Afrikaans University, Johannesburg.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C., Burns, A. & Gregg, L. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: The effect on carer burden. *Journal of Abnormal Psychology*, 1(2), 340-349.
- The 10/66 Dementia Research Group. (2004). Care arrangements for people with dementia in developing countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 170-177.
- The 10/66 Dementia Research Group. (2006a). *Behavioural and psychological symptoms of dementia*. Retrieved January 30, 2006 from <http://www.alz.co.uk/1066/research/pilot/bpsd1.html>.
- The 10/66 Dementia Research Group. (2006b). *Statistics*. Retrieved January 30, 2006 from <http://www.alz.co.uk/research/statistics.html>.
- The 10/66 Dementia Research Group. (2006c). *Who cares for people with dementia*. Retrieved January 30, 2006 from <http://www.alz.co.uk/1066/research/pilot/care2.html>.
- Thomas, P., Chantoin-Merlet, S., Hazif-Thomas, C., Belmin, J., Monagne, B., Clément, J.P., Lebruchec M. & Billon, R. (2002). Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: The Pixel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1034-1047.
- Thomas, P., Clément, J.P., Hazif-Thomas, C. & Léger, J.M. (2001). Family, Alzheimer's disease and negative symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 192-202.
- Thoresen, C.E. & Eagleson, J.R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, 13, 15-87.

- Winslow, B.W. (1997). Effects of formal support on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*, 20, 27-37.
- Wissing, M.P. & Du Toit, M.M. (1994). *Die dinamiek van lewenskonteks, individuele verskille, copingprosesse en psigologiese welsyn van jeugdiges met die oog op kapasiteitsbou en prevensie*. Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys: Fakulteit Lettere en Wysbegeerte.
- Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1994). *Psychological well-being: Measurement and construct clarification*. Paper. 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Spain. July, 17-22, 1994.
- Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1997). Psychological wellbeing: A fortigenic conceptualisation and empirical clarification. Paper presented at Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, Durban, South Africa. September 1997.
- Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (2002). Empirical clarification of the nature of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 32(3), 32-44.
- Wold, G.H. (2004). *Basic geriatric nursing*. (3rd ed). Missouri: Mosby, Inc.
- World Health Organization. (1964). *Basic Documents*. (15th ed.). Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10*. Geneva: Author.
- Yee, J.L. & Schultz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 40, 147-164.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Petersen, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zilmer, E.A. & Spiers, M.V. (2001). *Principles of Neuropsychology*. Belmont:
Wadsworth.

BYLAAG 1

TOESTEMMINGSBRIEF

ALZHEIMER-NAVORSINGSPROJEK

Die psigofortologiese belewenis van die eggenoot van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte.

Geagte deelnemer

Soos u waarskynlik reeds weet, is ons besig met navorsing rakende die spesifieke behoeftes wat deur die versorgers van Alzheimer-pasiënte ervaar word. Die doel van hierdie ondersoek is om insig te verkry in bogenoemde persone se belewing van die versorgingsrol, naamlik beide die negatiewe en positiewe aspekte daaraan verbonde. Hierdie ondersoek sal dus bydra tot 'n beter begrip van die eise wat hierdie siektetoestand aan versorgers stel. Uiteindelik hoop ons om hierdeur 'n bydrae te maak tot die psigologiese welsyn van persone wat hulle in soortgelyke omstandighede bevind.

Hiervoor het ons egter u hulp nodig. Ons vra ongeveer twee ure van u tyd. Daar is geen risiko verbonde aan u deelname nie, en u antwoorde sal hanteer word met absolute vertroulikheid. Ons benodig egter 'n minimum van tien persone se eerlike en betroubare antwoorde op die vrae wat gestel sal word in beide onderhoud- en vraelysvorm. Deelname aan hierdie projek is natuurlik vrywillig.

U word dus vriendelik versoek om, indien u instem om deel te neem, die aangehegte vraelyste so volledig as moontlik in te vul. Ons bied aan om u as groep in te lig rondom die resultate van die genoemde ondersoek (na voltooiing daarvan) indien daar so 'n versoek sou wees. Indien daar enige verdere vrae is rondom die navorsingsprojek is u welkom om enige van die persone betrokke by die projek te skakel (telefoonnomers onder).

Baie dankie vir u samewerking en u bydrae.

Prof. P.M. Heyns

Tel. Nr. 083 378 6002

Me C. Pretorius

Tel. Nr. 083 545 8999

Ek, _____, verklaar hiermee dat ek die inhoud van hierdie brief verstaan en dat die inligting verkry uit my vraestelle en onderhoude gebruik mag word vir navorsingsdoeleindes.

Handtekening

Datum

BYLAAG 2

BIOGRAFIESE VRAELYS

BIOGRAGIESE VRAELYS

Skryf asseblief u besonderhede in die toepaslike spasie (in drukskrif):

VAN : _____

NAAM : _____

GESLAG : _____

GEBOORTEDATUM : _____

OUDERDOM : _____

HUWELIKSTATUS : _____

HUISTAAL : _____

HUISADRES : _____

TELEFOONNOMMERS : _____

Hoe lank gelede (aantal jaar) is die diagnose van Alzheimer se siekte in die pasiënt gemaak? _____

Hoe lank reeds (aantal jaar) bevind u uself dus in die versorgingsrol / het u die versorgingsrol bekleed? _____

Hoeveel tyd (ure per dag) neem die verpligtinge rakende die versorging gemiddeld per dag in beslag / het dit in beslag geneem? _____

Indien van toepassing, waar is u huweliksmaat tans woonagtig (bv. tuis / tehuis ens.)? _____
