

6138 469 66

U.O.V.S. BIBLIOTHEEK

26 T

University Free State



34300000408108

Universiteit Vrystaat

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

01

**BELEWENISSE VAN TUISVERSORGERS
VAN PASIËNTE MET
ALZHEIMER SE SIEKTE**

deur

ANNELIE VENTER

Verhandeling

voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

Magister Societatis Scientiae (Verpleegkunde)

in die

Skool vir Verpleegkunde,

Fakulteit Gesondheidswetenskappe

aan die

Universiteit van die Oranje-Vrystaat

Studieleier: Dr. W.J.C. van Rhyn

November 2000

BLOEMFONTEIN

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN

- 2 MAY 2001

UOVS SASOL BIBLIOTEEK

VERKLARING

Ek verklaar dat die verhandeling ter vervulling van die vereistes vir die graad Magister Societatis Scientiae (Verpleegkunde) aan die Universiteit van die Oranje-Vrystaat wat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen aan 'n ander universiteit of fakulteit ingedien is nie.

A. Venter
.....

A. VENTER

BEDANKINGS

*"Om te doen en te voltooi
Die take wat God ons gee,
Daarin lê ons grootste vreugde,
Dit bring tevredenheid mee".*

Ek wil graag die volgende persone bedank:

1. My pa en ma, Jan en Gollie Venter vir hul liefde en ondersteuning.
2. Jaco en Phil vir hul bystand, begrip en geduld.
3. Zelna en Zaneta vir hul belangstelling.
4. Suster Robb en Elsabé vir hul hulp en belangstelling.
5. My studieleier, dr. Lily van Rhyn vir haar getroue en kundige leiding.
6. Dr. Annali Fichardt as mede-kodeerder.
7. Mev. Gina Joubert vir die statistiese ontleding van kwantitatiewe data.
8. Dr. Mabel Erasmus vir die noukeurige taalversorging van my verhandeling.
9. Die nege tuisversorgers wat bereid was om hul belewenisse met my te deel.
10. Mev. Karen Engelbrecht vir haar kundige leiding.
11. My ma, vir die noukeurige en puik tikwerk asook uitleg van die verhandeling.

INHOUDSOPGAWE

OPSOMMING (i)

SUMMARY (iv)

HOOFSTUK 1:

NAVORSINGSPROTOKOL 1

1.1 INLEIDING 1

1.2 PROBLEEMSTELLING 2

1.3 NAVORSINGSDOELSTELLING 4

1.3.1 Doelwitte 4

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE 5

1.4.1 Navorsingsontwerp 5

1.4.2 Ontledingseenheid 5

1.4.3 Data-insamelingsmetode 6

1.4.4 Data-analisemetode 7

1.4.4.1 Fase I 7

1.4.4.2 Fase II 8

1.5 KONSEPVERHELDERING 8

1.5.1 Alzheimer se siekte 8

1.5.2 Pasiënt 9

1.5.3 Tuisversorger 9

1.6 DIE WETENSKAPLIKE EGTHEID VAN DIE STUDIE 9

1.7 ETIESE IMPLIKASIES 10

1.8	WAARDE VAN DIE STUDIE	11
1.9	TYDSKEDULE	11
1.10	BEGROTING	12
1.11	UITEENSETTING VAN DIE STUDIE	12

HOOFSTUK 2:

METODOLOGIE VAN DIE NAVORSING	13
-------------------------------------	----

2.1	INLEIDING	13
2.2	NAVORSINGSDOELSTELLING	13
2.3	NAVORSINGSONTWERP	13
2.3.1	Fase I	13
2.3.1.1	Kwalitatiewe navorsing	13
2.3.1.2	Fenomenologiese benadering	14
2.3.1.3	Verkennde studie	15
2.3.1.4	Beskrywende studie	15
2.3.1.5	Kontekstuele ontwerp	15
2.3.1	Fase II	15
2.3.2.1	Kwantitatiewe navorsing	15
2.3.2.2	Vraelys	16
2.4	NAVORSINGSMETODE	16
2.4.1	Ontledingseenheid	16
2.4.2	Data-insameling	18
2.4.2.1	Fase I	18
2.4.2.2	Fase II	21
2.4.2.3	Veldnotas	22
2.4.2.4	Loodsstudie	23

2.4.3	Data-analisemetode	24
2.4.3.1	Fase I	24
2.4.3.2	Fase II	26
2.5	DIE WETENSKAPLIKE EGTHEID VAN DIE STUDIE	27
2.5.1	Geloofwaardigheid	27
2.5.2	Oordraagbaarheid	28
2.5.3	Vertroubaarheid	28
2.5.4	Bevestigbaarheid	29
2.6	ETIESE IMPLIKASIES	29
2.7	SLOT	31

HOOFTSTUK 3:

	DATA-VOORSTELLING EN LITERATUURKONTROLE	32
3.1	INLEIDING	32
3.2	FASE I	32
3.2.1	Geloof	34
3.2.1.1	Geloofsvrae	34
3.2.1.2	Kerkbywoning	35
3.2.1.3	Invloed op geloofslewe	36
3.2.2	Eties	37
3.2.2.1	Aanvaarding	37
3.2.2.2	Liefde	38
3.2.2.3	Respek	39
3.2.2.4	Privaatheid	39
3.2.2.5	Erkenning	40
3.2.3	Esteties	41

3.2.3.1	Persoonlike selfsorg	41
3.2.3.2	Persoonlike besittings	41
3.2.3.3	Selfverheffing deur kreatiewe werk	42
3.2.4	Ekonomies	42
3.2.4.1	Finansiële uitgawes	42
3.2.5	Sosiaal	43
3.2.5.1	Sosiale behoefte	43
3.2.5.2	Familie en vriende	44
3.2.5.3	Vryheid ingeperk	47
3.2.5.4	Beroep	50
3.2.6	Linguaal	51
3.2.6.1	Kommunikasie tussen tuisversorger en pasiënt ...	51
3.2.7	Logies	52
3.2.7.1	Huishoudelike take	52
3.2.7.2	Kennis rondom Alzheimer se siekte	53
3.2.8	Psigies	54
3.2.8.1	Hartseer	54
3.2.8.2	Gramskap	55
3.2.8.3	Verleentheid/Skaamte	56
3.2.8.4	Vrees	57
3.2.8.5	Depressiewe gevoelens	58
3.2.8.6	Jammerte/Medelye	60
3.2.8.7	Bekommernis	60
3.2.8.8	Spanning	61
3.2.8.9	Traumatiese belewenis	62
3.2.8.10	Onverdraagsaamheid	63
3.2.9	Fisies	65

3.2.9.1	Fisieke moegheid	65
3.2.9.2	Hulpverlening	66
3.2.9.3	Fisieke aanranding	66
3.2.9.4	Veeleisend	67
3.2.9.5	Invloed op gesondheid	67
3.2.10	Ruimte	69
3.2.10.1	Leefruimte ingeperk	69
3.3	FASE II	69
3.3.1	Afdeling A: Profiel van die tuisversorger	70
3.3.1.1	Geslag	70
3.3.1.2	Ouderdom	71
3.3.1.3	Verwantskap	72
3.3.1.4	Huwelikstatus	72
3.3.1.5	Inwonende kinders	73
3.3.1.6	Ouderdom van inwonende kinders	73
3.3.1.7	Inwonende kinders se bydrae tot versorging	73
3.3.1.8	Hulp van ander persone met versorging	73
3.3.1.8(a)	Persone wat hulp verskaf	75
3.3.1.8(b)	Take verrig deur hulpverskaffer	75
3.3.1.9	Ander persone wat versorging benodig	75
3.3.1.10	Beroep	76
3.3.1.11	Opleiding	77
3.3.1.12	Kennis of vaardighede van versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte	77
3.3.1.13	Rede vir versorging	78
3.3.1.14	Tydperk van versorging	79
3.3.2	Afdeling B: Versorgingsomgewing	81

3.3.2.1	Buitenshuise omgewing	81
3.3.2.2	Binneshuise omgewing	81
3.3.2.3	Slaapvertrek van pasiënt	81
3.3.2.4	Badkamer	82
3.3.2.5	Hulpmiddels om versorging van pasiënt te vergemaklik	82
3.4	VELDNOTAS	83
3.4.1	Observasienotas	83
3.4.2	Teoretiese notas	84
3.4.3	Metodologiese notas	84
3.4.4	Persoonlike notas	86
3.5	SAMEVATTING	86

HOOFSTUK 4:

GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN TEKORTKOMINGE ...	87
4.1 INLEIDING	87
4.2 GEVOLGTREKKINGS	87
4.2.1 Belewensisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte	88
4.2.1.1 Geloof	88
4.2.1.2 Eties	88
4.2.1.3 Esteties	89
4.2.1.4 Ekonomies	89
4.2.1.5 Sosiaal	89
4.2.1.6 Linguaal	90
4.2.1.7 Logies	90
4.2.1.8 Psigies	90

4.2.1.9	Fisies	91
4.2.1.10	Ruimte	91
4.2.2	Profiel van die tuisversorger	91
4.2.3	Versorgingsomgewing	92
4.3	AANBEVELINGS	93
4.3.1	Verpleegkundige aanbevelings ten opsigte van ondersteuning aan tuisversorgers	93
4.3.2	Aanbevelings ten opsigte van verpleegkundige navorsing	96
4.3.3	Aanbevelings ten opsigte van verpleegonderrig	96
4.4	TEKORTKOMINGE	96
4.5	SAMEVATTING	97
BRONNELYS		98

LYS VAN TABELLE

TABEL 2.1:	Dooyeweerd se modaliteitetafel	26
TABEL 3.1:	Voorstelling van hoofkategorieë en subkategorieë	33
TABEL 3.2:	Verwantskap van tuisversorgers	72
TABEL 3.3:	Persone wat hulp verskaf	75
TABEL 3.4:	Take verrig deur hulpverskaffer	75
TABEL 3.5:	Redes vir versorging	79
TABEL 3.6:	Versorgingsomgewing	83
TABEL 3.7:	Observasie- en teoretiese notas	85

LYS VAN GRAFIEKE

GRAFIEK 3.1:	Geslagsverspreiding	70
GRAFIEK 3.2:	Ouderdomsverspreiding	71
GRAFIEK 3.3:	Hulp met versorging van pasiënt	74

GRAFIEK 3.4: Kennis en vaardighede rondom Alzheimer se siekte 78

GRAFIEK 3.5: Tydperk van versorging 80

LYS VAN BYLAE

BYLAE 1: Goedkeuring deur etiekkomitee 104

BYLAE 2: Advertensie 105

BYLAE 3: Toestemming van respondente 107

BYLAE 4: Vraelys 109

BYLAE 5: Fenomenologiese onderhoud 118

OPSOMMING

Die veroudering van die populasie en die afskaling van subsidies aan bejaardesorgeenhede het daartoe gelei dat bejaardes al hoe meer in die gemeenskap bly woon en daar versorg word.

Met 'n chroniese toestand soos Alzheimer se siekte word baie tyd aan versorging en toesig afgestaan. Dit is meestal dieselfde persoon wat deurentyd na hierdie pasiënt omsien.

Die doel van hierdie studie was om die belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te ondersoek en te beskryf, asook om die versorgingsomgewing en die profiel van die tuisversorger te beskryf ten einde riglyne vir ondersteuning aan tuisversorgers te ontwikkel.

Hierdie is 'n kwalitatiewe studie met 'n kwantitatiewe komponent, wat kontekstueel van aard is, met die doel om te verken en te beskryf. Die fenomenologiese benadering is in hierdie studie gebruik.

Tuisversorgers wat aan die volgende insluitingskriteria voldoen het, is by die studie ingesluit:

- Persone wat primêr verantwoordelik is vir die tuisversorging van pasiënte met klinies gediagnoseerde Alzheimer se siekte. Pasiënte se diagnose moet deur 'n algemene praktisyn bevestig wees.

- Persone met Afrikaans of Engels as moedertaal, sodat belewenisse makliker deur die navorser begryp kan word.

Etiese kwessies is met respondente bespreek alvorens ingeligte toestemming verkry is.

Data-insameling het in twee fases plaasgevind. In fase I, die kwalitatiewe deel, is 'n fenomenologiese onderhoud met die tuisversorger gevoer, waartydens 'n beskrywing van hul belewenis as tuisversorger gegee is. In fase II, die kwantitatiewe komponent, is 'n vraelys deur die navorser voltooi, ten einde die versorgingsomgewing en die profiel van die tuisversorger te bepaal.

'n Loodsstudie is vooraf uitgevoer, maar geen probleme rakende die uitvoer van die navorsing is geïdentifiseer nie.

Data-insameling is volgehou totdat saturasie van data bereik was. Saturasie is na nege onderhoude bereik.

Tydens die onderhoud is die gesprek op band geneem en daarna getranskribeer. Die getranskribeerde gesprek is geanaliseer deur gebruik te maak van 'n sistematiese proses soos uiteengesit deur Tesch in Creswell (1994:155).

Die SAS-rekenaarprogram is gebruik in die analisering van die vraelys.

Die wetenskaplike egtheid van die studie is verseker deur geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid te verseker.

Tydens data-analise en literatuurkontrole het dit duidelik geblyk dat tuisversorgers die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte baie negatief beleef.

Uit die data en literatuur was dit moontlik om riglyne vir ondersteuning aan tuisversorgers saam te stel. Daar is gefokus op emosionele en praktiese hulp.

SUMMARY

The ageing of the population and the diminishing of subsidies to old aged homes has lead to the aged staying in the community and being cared for.

The care and supervision of patients with a chronic condition such as Alzheimer's disease demands a great deal of time and is usually given by the same person.

The purpose of this study was to investigate and describe the experiences of caregivers who care for patients with Alzheimer's Disease at home, as well as to describe the caring environment and the profile of the caregiver in order to develop guidelines that would support these persons.

This is a qualitative study with a quantitative component that is contextual with the purpose to explore and describe. The phenomenological approach is used in the study.

Caregivers that meet with the following criteria were included in this study:

- Persons that are primarily responsible for the caregiving of patients who have been clinically diagnosed with Alzheimer's disease.
- Afrikaans or English mother tongue speakers, enabling the researcher to easily understand the described experiences of the caregivers

Ethical matters were discussed with the respondents before informed consent was obtained.

Data collection was done in two phases. In phase I, the qualitative section, a phenomenological interview was done with the caregiver, in which a description of the experience as caregiver was given. In phase II, the qualitative component, a questionnaire was completed by the researcher, to establish the caregiving environment and the profile of the caregiver.

A pilot study was done beforehand and no problems concerning the execution of the study were identified.

Data collection was sustained until saturation of data was reached. Saturation was reached after nine interviews.

A recording was made during each interview and transcribed thereafter. The transcription of the interview was analysed by using a systematic process as explained by Tesch in Creswell (1994:155).

The SAS-computer programme was used in the analyzing of the questionnaires.

The scientific trustworthiness of the study was ensured by credibility, transferability, reliability and confirmability.

It became clear during data analyzing and review of the literature that these caregivers had negative experiences of home care of Alzheimer's patients.

Information obtained from the data and literature made it possible to compose guidelines for support to the caregivers. The guidelines focussed on emotional and practical assistance.

HOOFSTUK 1

NAVORSINGSPROTOKOL

1.1 INLEIDING

Alzheimer se siekte is een van die mees algemene chroniese siektetoestande by bejaardes. Die voorkomssyfer van klinies gediagnoseerde persone met Alzheimer se siekte in die ouderdomsgroep 65 jaar en ouer is 10,3 persent (Bennett & Evans, 1992:13). Die voorkoms vermeerder egter drasties met ouderdom. 'n Skatting is gemaak dat daar teen die jaar 2020 ongeveer 5,5 miljoen mense oor die ouderdom van 65 in Suid-Afrika sal woon. Daar kan dus verwag word dat hierdie siekte in die toekoms baie meer mense en hul lewens sal beïnvloed (Sonnenburg, 1993:15).

Alzheimer se siekte is 'n siektetoestand van die brein wat lei tot demensie. Hierdie progressiewe, degeneratiewe siekte van die brein beïnvloed die individu se sosiale vaardighede, fisieke aktiwiteite, kognitiewe denke, gedrag en werksverrigting (Gwyther, 1998:17S). Die DSM-IV diagnostiese kriteria vir demensie van die Alzheimer tipe beklemtoon die teenwoordigheid van geheue-inkorting, tesame met die teenwoordigheid van ten minste een van die simptome van kognitiewe agteruitgang (afasie, apraksie en agnosie). Die diagnostiese kriteria vereis ook 'n voortdurende en geleidelike agteruitgang in sosiale en beroepsfunksionering, asook die uitskakeling van oorsake van ander tipes demensie (Kaplan & Sadock, 1998:332). Alzheimer se siekte word gekenmerk deur ingekorte oordeel, asook gedrag soos herhaaldelike vrae, aanhoudende eise vir aandag en verbale of fisieke aggressie (Wright, Bennet &

Grambling, 1998:76).

“Caring for a loved one with Alzheimer’s disease takes the patience of Job, the wisdom of Solomon and the selflessness of a saint” (Alzheimers.com. Caring for your loved one. 1999:1).

Baie min mense beskik egter oor al hierdie kwaliteite wat nodig is om die pasiënt te kan versorg. Sodanige abnormale gedrag van ‘n geliefde is ‘n groot las op die tuisversorger. Tuisversorgers ervaar dikwels stresssimptome soos uitputting, ‘n gevoel van isolasie en mislukking, woede, ang, skuldgevoelens, hartseer en verlies van plesierervaring. Verandering in sosiale aktiwiteite en vryetydsbesteding het veral ‘n groot invloed op hierdie persone (Gwyther, 1998:18S). Hierdie stresssimptome lei dikwels tot disforie en depressie. Langdurige depressie kan die immuunsisteem beïnvloed, wat oor ‘n tydperk talle fisieke siektetoestande kan veroorsaak (Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask & Glaser, 1991:345).

Die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte het ‘n groter impak op versorgers as enige ander chroniese siektetoestand (Gwyther, 1998:17S). Hierdie finansiële, sosiale en emosionele las het ‘n skadelike effek op versorgers, maar dit kan deur effektiewe hantering verminder word. Emosionele en praktiese hulp verlig spanning (Gwyther, 1998:19S) en verbeter die lewenskwaliteit van die pasiënt sowel as die versorger (Jurkowski, 1998:16S).

1.2 PROBLEEMSTELLING

In Suid-Afrika is subsidies aan bejaardesorgeenhede afgeskaal. Dit het daartoe gelei dat bejaardes al hoe meer in die gemeenskap bly woon en daar versorg word.

Met 'n chroniese toestand soos Alzheimer se siekte word baie tyd aan versorging en toesig afgestaan. Die probleem is egter dat dit meestal dieselfde persoon is wat na sodanige pasiënt omsien (Gwyther, 1998:18S).

In die VSA is 'n ondersoek gedoen om te bepaal presies wie die tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte is en hoe hierdie versorging hul lewe beïnvloed. Die profiel van die tuisversorger het soos volg gelyk:

- meestal vroue
- tussen 50 en 60 jaar
- primêr verantwoordelik vir versorging
- bestee gemiddeld 70 uur per week aan versorging
- beskou dit as 'n liefdeswerk

Die invloed op hul lewe het soos volg daaruit gesien:

- voel uitgebrand, gefrustreerd en depressief
- spanning in gesinslewe
- onvoldoende slaap
- onvoldoende ontspanningstyd
- agteruitgang in gesondheid
- groot finansiële uitgawe (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:1)

Behoeftes en belewenisse verskil egter van individu tot individu. Verskeie faktore beïnvloed hierdie behoeftes, byvoorbeeld die tuisversorger se subjektiewe stres in respons op die pasiënt se gedrag; die tuisversorger se emosionele en fisieke gesondheid; en die tuisversorger se gebrek aan maatskaplike ondersteuning. In die meerderheid gevalle is die behoeftes gebaseer op probleme geassosieer met die progressie van

Alzheimer se siekte, maar selfs tuisversorgers van pasiënte met vroeë fase aantasting kan 'n behoefte aan ondersteuning hê (Wright et al., 1998:80).

Gwyther (1998:19S) is ook van mening dat die pasiënt met Alzheimer se siekte 'n finansiële, sosiale en emosionele las op die tuisversorger plaas, maar dat formele ondersteuningsgroepe die tuisversorgers help om die pasiënt in die situasie effektief te hanteer om sodoende die las te verlig. In hierdie studie word slegs op Bloemfontein gekonsentreer. Daar is volgens die navorser se wete tans slegs een aktiewe ondersteuningsgroep in Bloemfontein. Hierdie aktiwiteit word maandeliks aangebied en ongeveer 15 tuisversorgers woon hierdie besprekings by. Baie min tuisversorgers word dus bereik.

Hieruit is dit duidelik dat die aantal tuisversorgers in die gemeenskap vermeerder en dat dit nie 'n taak is wat sonder hulp uitgevoer kan word nie. Om hierdie tuisversorgers effektief te kan ondersteun, moet die individu se behoeftes bepaal word. Deur die belewenis van die tuisversorgers te ondersoek, kan die behoeftes bepaal word en riglyne saamgestel word vir die ondersteuning van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte.

1.3 NAVORSINGSDOELSTELLING

Die doelstelling van hierdie studie is om die belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te ondersoek en te beskryf.

1.3.1 DOELWITTE

Doelwitte van die studie is om:

- Die belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te

ondersoek.

- Die versorgingsomgewing en die profiel van die tuisversorger te beskryf.
- Riglyne vir die ondersteuning van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te ontwikkel.

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

1.4.1 NAVORSINGSONTWERP

Hierdie is 'n kwalitatiewe studie met 'n kwantitatiewe komponent. Die studie is kontekstueel van aard, met die doel om te verken en te beskryf (Uys & Basson, 1991:40). 'n Fenomenologiese ontwerp sal gebruik word, aangesien die besondere belewenisse van individue in 'n gegewe situasie ondersoek gaan word (Uys & Basson, 1991:55).

1.4.2 ONTLEDINGSEENHEID

Versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte sal genader word om aan die navorsing deel te neem. Geriatriese verpleegkundiges wat in die gemeenskap werksaam is, sal gekontak word om persoonlike besonderhede van persone wat aan 'n spesifieke kriteria voldoen, te verkry. Sodra enkele respondente gevind is, sal die sneeubalmetode gebruik word om soortgelyke respondente te vind (Burns & Grove, 1997:307). 'n Advertensie sal ook in die plaaslike koerant geplaas word om respondente te vind (sien bylae 2).

Insluitingskriteria is soos volg:

- Persone wat primêr verantwoordelik is vir die tuisversorging van pasiënte met klinies gediagnoseerde Alzheimer se siekte. Pasiënte se diagnose moet deur 'n algemene praktisyn bevestig wees.

- Persone met Afrikaans of Engels as moedertaal, sodat belewenisse makliker deur die navorser begryp kan word.

Uitsluitingskriteria:

- Tuisversorgers wat reeds betrokke is by 'n ondersteuningsgroep sal by die studie uitgesluit word, omdat hierdie persone se belewenis van die pasiënt die navorsing mag beïnvloed.
- Persone wat formele opleiding in geriatriese versorging gehad het, sal by die studie uitgesluit word.

Die grootte van die ontledingseenheid word nie vooraf bepaal nie (Hamberg, Johansson, Lindgren & Westman, 1994:179). Data-insameling sal volgehou word totdat saturasie van data bereik word (Morse, 1994:106).

1.4.3 DATA-INSAMELINGSMETODE

Data-insameling sal in twee fases geskied. In fase I, die kwalitatiewe deel, sal 'n fenomenologiese onderhoud met die tuisversorger gevoer word, waar die volgende opdrag gestel word:

“Beskryf asseblief hoe u die versorging van...(relevante persoon, byvoorbeeld, u ma) beleef” (sien bylae 5).

Die navorser het ervaring in Geriatriese verpleegkunde, waar sy ondervinding opgedoen het in die versorging van bejaardes en die hantering van hul familie. Tydens opleiding het die navorser onderrig ontvang in onder andere kommunikasievaardighede en onderhoudvoering. Hierdie tegnieke en

vaardighede sal dus aangewend word tydens die onderhoud om die respondent aan te moedig om belewenisse te deel (Burns & Grove, 1997:354). Voordat die navorsing uitgevoer word, sal die navorser geëvalueer word ten opsigte van kommunikasievaardighede.

Na die voltooiing van die onderhoud sal met fase II, die kwantitatiewe komponent, voortgegaan word. Fase II sal met behulp van 'n vraelys uitgevoer word, deur middel van gestruktureerde observasie en vrae aan die respondent. Hierdie fase word uitgevoer ten einde die profiel van die tuisversorger en die versorgingsomgewing te bepaal (sien bylae 4).

Fase I bestaan uit die fenomenologiese onderhoud, aangesien die vrae wat in fase II gevra word, die respondent se denke en response kan beïnvloed.

Voordat data-insameling plaasvind, sal 'n loodsstudie uitgevoer word. Die eerste twee respondente wat aan die gestelde kriteria voldoen, sal vir die loodsstudie gebruik word. Hierdie twee respondente sal nie aan die studie deelneem nie. Die loodsstudie stel die navorser in staat om vroegtydig probleme rakende die uitvoer van die navorsing te identifiseer (Burns & Grove, 1997:354; Uys & Basson, 1991:112).

1.4.4 DATA-ANALISEMETODE

1.4.4.1 Fase I

Tydens die onderhoud sal die gesprek op band geneem word en daarna getranskribeer word. Hierdie getranskribeerde gesprek sal geanaliseer word deur gebruik te maak van 'n sistematiese proses

soos uiteengesit deur Tesch in Creswell (1994:155) (sien bl 24). Ooreenstemmende temas sal gekategoriseer word volgens Dooyeweerd se vyftien werklikheidsaspekte (Dooyeweerd, 1935:53; Smit, 1995:16), waarna subkategorieë uit data geïdentifiseer sal word.

Daar sal van 'n mede-kodeerder gebruik gemaak word om die data te analiseer om sodoende die navorser se bevindinge te beoordeel en konsensus te bereik (Beck, 1993:266). Die mede-kodeerder moet ervaring in kwalitatiewe navorsing hê en as minimum kwalifikasie 'n Magistergraad in Psigiatriese- of Geriatrisie verpleegkunde behaal het.

1.4.4.2 Fase II

Die vraelys sal opgestel en geanaliseer word met die hulp van 'n biostatistikus en die SAS-rekenaarprogram sal hiervoor gebruik word.

1.5 KONSEPVERHELDERING

1.5.1 ALZHEIMER SE SIEKTE

Alzheimer se siekte is 'n degeneratiewe siektetoestand van die brein wat lei tot demensie. Die DSM-IV diagnostiese kriteria vir demensie van die Alzheimertipe beklemtoon die teenwoordigheid van geheue-inkorting, tesame met die teenwoordigheid van ten minste een van die simptome van kognitiewe agteruitgang (afasie, apraksie en agnosie). Die diagnostiese kriteria vereis ook 'n voortdurende en geleidelike agteruitgang in sosiale en beroepsfunksionering,

asook die uitskakeling van oorsake van ander tipes demensie (Kaplan & Sadock, 1998:332).

Die werklike oorsaak van Alzheimer se siekte is steeds onbekend, alhoewel nadoodse neuropatologiese en biochemiese ondersoeke 'n verlies in cholinergiese neurone toon. Vermindering van die frontale en temporale lobbe se volume kom ook voor. Mikroskopiese toetse toon die teenwoordigheid van seniele plakette en neurofibrilêre knope (Kaplan & Sadock, 1998:1294).

1.5.2 PASIËNT

Pasiënt verwys na 'n persoon wat medies gediagnoseer is met Alzheimer se siekte wat tuis versorg word. Die stadium van die siekte is nie ter sprake nie.

1.5.3 TUISVERSORGER

'n Tuisversorger is 'n vriend of familielid van die pasiënt met Alzheimer se siekte, wat die pasiënt huisves en primêr verantwoordelik is vir die daaglikse versorging. Hierdie persoon het geen formele opleiding in bejaardesorg ontvang nie.

1.6 DIE WETENSKAPLIKE EGTHEID VAN DIE STUDIE

Die egtheid van die studie word bepaal deur geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid (Beck, 1993:264; Brink, 1993:36; Koch, 1994: 977; Polit & Hungler, 1995:362-363). In hoofstuk 2, bl 27 volg 'n volledige bespreking rondom die wyse waarop die wetenskaplike egtheid verseker word.

1.7 ETIESE IMPLIKASIES

Die hoofdoel van etiese standaarde in 'n navorsingstudie is die beskerming van die vryheid en die regte van die mens (Brink, 1991:16; Carr, 1994:719; Burns & Grove, 1997:200). Ten einde hierdie etiese standaarde te handhaaf, is daar sekere aspekte wat die navorser in ag sal neem.

In kwalitatiewe navorsing word daar persoonlike data gelewer, daarom is ingeligte toestemming 'n belangrike aspek (Smith, 1992:99). Alvorens ingeligte toestemming vanaf die deelnemer verkry kan word, sal die volgende kwessies met hom/haar bespreek word, soos uiteengesit in Uys en Basson (1991:108) en *South African Society for Nursing Researchers* (SASNR) (1996:74):

- Doel van die navorsing.
- Navorsingsmetode/-prosedure wat gevolg sal word.
- Duur van die studie.
- Die tipe deelname wat van die tuisversorger verwag sal word.
- Hoe die resultate gebruik en bekend gestel sal word.
- Die identiteit en kwalifikasie van die navorser.
- Moontlike nadelige aspekte: Die navorser sal daarop let dat indien die onderhoud te ontstellend vir die respondent is dit gestaak sal word, en indien dit nodig blyk te wees, die deelnemer na 'n terapeut verwys sal word.
- Die wyse waarop anonimiteit verseker word: Die navorser sal verseker dat dit onmoontlik sal wees om spesifieke data met 'n bepaalde persoon in verband te bring. Transkripsies en bandopnames sal veilig bewaar word (Polit & Hungler, 1995:124).
- Daar sal beklemtoon word dat deelnemers enige tyd kan onttrek indien hulle dit sou verkies.

Voor die aanvang van die onderhoud sal skriftelike toestemming van die respondent verkry word (sien bylae 3).

Die goedkeuring van die navorsingsprotokol deur die Etiekkomitee, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, sal verseker dat etiese standaarde gehandhaaf word.

1.8 WAARDE VAN DIE STUDIE

Hierdie navorsing kan lig werp op die belewenisse van die tuisversorger van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte, ten einde riglyne te skep om die lewenskwaliteit van die tuisversorger en pasiënt te verbeter. Die studie kan lei tot wetenskaplike publikasies wat 'n nuwe hipotese kan genereer om sodoende verdere navorsing aan te spoor.

1.9 TYDSKEDULE

Die navorser beplan om die volgende tydskedule te handhaaf:

- Voorlegging aan komitees vir toestemming:
- Ekspertkomitee - einde Oktober 1999 .
- Evalueringskomitee - einde Januarie 2000
- Etiekkomitee - einde Februarie 2000
- Kontak geriatrise verpleegkundiges om besonderhede van moontlike deelnemers te verkry: Maart 2000
- Uitvoer van loodsstudie: April 2000
- Insameling van data: Mei 2000
- Analise van data: Junie-Julie 2000
- Interpretasie van data: Augustus-September 2000
- Finale afronding: Oktober 2000
- Inhandiging: November 2000

1.10 BEGROTING

• Koop of huur van bandopnemer:	R 250-00
• Bande vir opnames:	R 50-00
• Reiskostes:	R 500-00
• Tikwerk:	R2000-00
• Kostas vir kopieerwerk:	R 800-00
• Bind van kopieë:	R 875-00
• Taalversorging	R 800-00
Totaal:	R5275-00

1.11 UITEENSETTING VAN DIE STUDIE

HOOFSUK 1: Navorsingsprotokol

HOOFSUK 2: Metodologie van die navorsing

HOOFSUK 3: Data-voorstelling en literatuurkontole

HOOFSUK 4: Gevolgtrekkings, aanbevelings en tekortkominge

HOOFSTUK 2

METODOLOGIE VAN DIE NAVORSING

2.1 INLEIDING

In hoofstuk 1 is die navorsingsprotokol volledig uiteengesit. Die verloop van die navorsing sal in hierdie hoofstuk breedvoerig bespreek word.

2.2 NAVORSINGSDOELSTELLING

Die doelstelling van hierdie studie is om belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te ondersoek en te beskryf. Om hierdie doelstelling te bereik, is enkele doelwitte gestel. Die doelwitte van die studie is om:

- Die belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te ondersoek.
- Die versorgingsomgewing en die profiel van die tuisversorger te beskryf.
- Riglyne vir die ondersteuning van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te ontwikkel.

2.3 NAVORSINGSONTWERP

Hierdie is 'n kwalitatiewe studie met 'n kwantitatiewe komponent, wat onderskeidelik as fase I en fase II beskryf word. Die studie is kontekstueel van aard, met die doel om te verken en te beskryf (Uys & Basson, 1991:40).

2.3.1 FASE I

2.3.1.1 Kwalitatiewe navorsing

Kwalitatiewe navorsing is 'n manier om insig te verkry deur die

ontdekking van betekenis, maar insig kan slegs verkry word deur die begrip van die geheel te verbeter (Burns & Grove, 1997:67). Kwalitatiewe navorsing word dikwels beskryf as holisties, dit wil sê gemoeid met mense en hul omgewing in al hul kompleksiteit. Die meeste kwalitatiewe studies is gebaseer op die veronderstelling dat verkryging van kennis aangaande mense slegs moontlik is deur 'n beskrywing van hul belewenis soos deur die individu self weergegee (Polit & Hungler, 1995:517), met ander woorde in die persoon se eie woorde (Beck in Jasper, 1994:310).

Die eerste doelwit van die studie is om die belewenis van 'n individu te ondersoek, daarom word kwalitatiewe navorsing hiervoor as keuse gebruik.

2.3.1.2 Fenomenologiese benadering

In verpleegkundenavorsing is daar ses moontlike benaderings in die uitvoer van kwalitatiewe navorsing. In sommige wyses verskil die benaderings, maar met elke metode is die doel om betekenis te ondersoek (Burns & Grove, 1997:70).

Die fenomenologiese benadering word in hierdie studie gebruik, aangesien die besondere belewenis van 'n individu in 'n gegewe situasie ondersoek word (Uys & Basson, 1991:55; Burns & Grove, 1997:71).

2.3.1.3 Verkennende studie

Hierdie studie is verkennend van aard, omdat dit ten doel het om 'n relatief onbekende terrein te verken (Burns & Grove, 1993:51). Dit bring mee dat nuwe insig en begrip oor die domeinverskynsel, naamlik die belewenis van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte, verkry word.

2.3.1.4 Beskrywende studie

Hierdie is 'n beskrywende studie, omdat die domeinverskynsel so noukeurig moontlik beskryf word (Mouton & Marais in Uys & Basson, 1991:40). Die navorser kry dus betekenis en insig deur die beskrywing van die belewenis soos deur die deelnemer self weergegee (Creswell, 1994:145; Beck in Jasper, 1994:310).

2.3.1.5 Kontekstuele ontwerp

Hierdie studie is kontekstueel van aard, aangesien 'n spesifieke groep mense in 'n spesifieke area ondersoek word, naamlik tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte in Bloemfontein (Mouton & Marais, 1988:49).

2.3.2 FASE II

2.3.2.1 Kwantitatiewe navorsing

Kwantitatiewe navorsing behels die sistematiese insameling van numeriese inligting en hierdie inligting word geanaliseer deur gebruik te maak van statistiese prosedures (Polit & Hungler, 1995:15).

Die versorgingsomgewing en die profiel van die tuisversorger word bepaal met behulp van 'n vraelys. Hierdie fase word uitgevoer aangesien sekere faktore rondom hierdie twee aspekte die belewenis van die tuisversorger kan beïnvloed.

2.3.2.2 Vraelys

Die vraelys wat in hierdie studie gebruik word, bestaan uit twee dele. In afdeling A word die profiel van die tuisversorger bepaal en in afdeling B word die versorgingsomgewing bepaal (sien bylae 4).

Hierdie vraelys is saamgestel met die hulp van 'n biostatistikus. Daar is gelet op die volgorde van die vrae, sodat vrae wat eerste gevra word nie die respondent se response later mag beïnvloed nie (Uys & Basson, 1991:70; Burns & Grove, 1997:360).

Hierdie vraelys word deur die navorser self voltooi en bestaan uit oop en geslote vrae aan die respondent (Polit & Hungler, 1995:275), sowel as gestruktureerde observasie deur die navorser self.

2.4 NAVORSINGSMETODE

2.4.1 ONTLEDINGSEENHEID

Deelnemers word doelgerig gekies, op grond daarvan dat hulle ondervinding in die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte het (Creswell, 1994:148). Hierdie deelnemers verstaan wat die doel van die navorsing is en is bereid om

hul gevoelens en belewenis te deel (Burns & Grove, 1997:72). Hulle moet aan die volgende insluitingskriteria voldoen, naamlik:

- Persone wat primêr verantwoordelik is vir die tuisversorging van pasiënte met klinies gediagnoseerde Alzheimer se siekte. Pasiënte se diagnose moet deur 'n algemene praktisyn bevestig wees.
- Persone met Afrikaans of Engels as moedertaal, sodat belewenisse makliker deur die navorser begryp kan word.

Die uitsluitingskriteria is soos volg:

- Tuisversorgers wat reeds betrokke is by 'n ondersteuningsgroep sal nie by die studie ingesluit word nie.
- Persone wat formele opleiding in geriatriese versorging ontvang het, sal ook nie by die studie ingesluit word nie.

Bogenoemde persone moet by die studie uitgesluit word, aangesien hierdie persone se belewenis die navorsing mag beïnvloed.

Geriatrisie verpleegkundiges wat in die gemeenskap werksaam is, word gekontak om persoonlike besonderhede van persone wat aan bogenoemde kriteria voldoen, te verkry. Sodra enkele respondente gevind is, word die sneeubalmetode gebruik om soortgelyke respondente te vind (Burns & Grove, 1997:307). 'n Advertensie word ook in die plaaslike koerant geplaas om bykomende respondente te vind (sien bylae 2).

Die grootte van die ontledingseenheid word nie vooraf bepaal nie (Hamberg et al., 1994:179). Data-insameling word volgehou totdat saturasie van data bereik

word, dit wil sê totdat daar geen verdere verklaring, interpretasie of beskrywing van die fenomeen wat bestudeer word, gevind word nie (Morse, 1994:106).

Tydens 'n fenomenologiese onderhoud word betekenisvolle data verkry, daarom is 'n beperkte aantal respondente as ontledingseenheid voldoende (Cormack in Carr, 1994:717). Hinton in Carr (1994:717) is ook van mening dat indien die ontledingseenheid goed gedefinieer is, dit veralgemeen kan word na 'n groter populasie.

2.4.2 DATA-INSAMELING

Data-insameling vind plaas in 'n geskikte omgewing waar dit nie steurend is nie en die respondent op sy of haar gemak kan wees (Metzler, 1977:32). Dit vind plaas in goeie lig waar goeie oogkontak moontlik is, sodat nie-verbale kommunikasie waarneembaar is (Douglas, 1995:77).

Data-insameling geskied in twee fases.

2.4.2.1 Fase I

In fase I, die kwalitatiewe deel, sal 'n fenomenologiese onderhoud met die tuisversorger gevoer word, waar die volgende opdrag gestel word:

“Beskryf asseblief hoe u die versorging van ... (relevante persoon, byvoorbeeld, u ma) beleef.”

Tydens die onderhoud word die gesprek op band geneem. Hierdie gesprek word binne 48 uur getranskribeer, om te verseker dat data

nie verlore gaan nie (sien bylae 5).

'n Fenomenologiese onderhoud is gekies, want volgens Guba en Lincoln (1981:187) verskaf 'n onderhoud waarskynlik meer volledige en betekenisvolle data, veral met sensitiewe onderwerpe. Allport, in Brenner, Brown en Canter (1985:2), beweer "*that if you wanted to know something about people's activities the best way of finding out was to ask them*". Die moontlikheid van misverstande tussen die navorser en die respondent word ook in 'n groot mate uitgeskakel (Guba & Lincoln, 1981:186).

Data word slegs deur die navorser ingesamel. Die navorser het ervaring in Geriatriese verpleegkunde, waar sy ondervinding opgedoen het in die versorging van bejaardes en die hantering van hul familie. Tydens opleiding het die navorser onderrig ontvang in onder andere kommunikasievaardighede en onderhoudvoering. Hierdie tegnieke en vaardighede word aangewend tydens die onderhoud om die respondent aan te moedig om belewenisse te deel (Burns & Grove, 1997:354). Dit verseker ook optimale interaksie tussen die deelnemer en die respondent, en help om moontlike misverstande uit te klaar (Polit & Hungler, 1995:205).

Voordat die navorsing uitgevoer word, word die navorser deur 'n psigiatriese verpleegspesialis geëvalueer ten opsigte van kommunikasie- en onderhoudvaardighede. Die betroubaarheid van die fenomenologiese onderhoud word hierdeur verseker.

Onderhoudvoering en kommunikasievaardighede moet so neutraal moontlik uitgevoer en aangewend word, om te voorkom dat die navorser die deelnemer se response beïnvloed (Burns & Grove, 1997:355).

Onderhoudtegnieke wat aangewend word (Stuart & Sunbeen, 1995:44; Uys & Middleton, 1997: 189):

- **Luister:** → daar word gelet op verbale en nie-verbale boodskappe
→ navorser gee minimale verbale response
→ oogkontak word behou
- **Reflektering:** → navorser wag vir die regte oomblik om te reflekteer
→ daar word gelet om nie te veel te reflekteer nie
- **Omskrywing:** → die respondent se boodskap word in minder woorde herhaal
- **Verduidelik:** → word veral toegepas met te veel of te vae inligting
→ word ook aangewend om gevoelens en persepsies uit te klaar
- **Fokus:** → navorser hou die gesprek rondom dit wat ondersoek word
- **Vraagstelling:** → daar word gelet om nie te veel of veroordelende vrae te vra nie
- **Stilte:** → word aangewend om die respondent en die navorser tyd te gee om te dink
- **Napluising:** → word gebruik om die persoon of probleem beter te verstaan

Uitsluiting (Bracketing) word gebruik om data so objektief moontlik in te samel (Burns & Grove, 1997:532). Volgens Polit en Hungler (1995:198) en Oiler in Lloyd (1997:16) moet die navorser daarop let om alle voorafopgestelde idees uit te sluit, in 'n poging om objektiewe data te versamel. Voordat die navorsing uitgevoer word, word die navorser se idees en aannames neergeskryf. Dit help die navorser om bewus te word van moontlike voorafbepaalde idees (Lloyd, 1997:16).

Intuïtifisering (Intuiting) word ook gebruik. Die navorser fokus slegs op die deelnemer se vertelling om insig in die deelnemer se belewenis te verkry (Burns & Grove, 1997:542). Oiler in Lloyd (1997:17) beskryf dit as "*looking at the experience with wide open eyes, with knowledge, facts and theories held at bay*". Die getranskribeerde gesprekke word herhaaldelik gelees, sodat elke individu se belewenis en die belewenisse in geheel geabsorbeer kan word.

2.4.2.2 Fase II

Data-insameling tydens fase II, die kwantitatiewe komponent, word aan die hand van 'n vraelys uitgevoer. Dit word uitgevoer deur middel van gestruktureerde observasie en vrae aan die respondent (sien bylae 4).

Hierdie fase het ten doel om die profiel van die tuisversorger en die versorgingsomgewing te bepaal, aangesien sekere faktore rondom

hierdie twee aspekte die belewenis van die tuisversorger kan beïnvloed. Voorbeelde van hierdie faktore is: waar die tuisversorger bejaard is en fisiek verswak is, mag die belewenis verskil van die tuisversorger wat jonger is en geen ander verpligtinge het nie; ook waar die versorgingsomgewing spesiaal ingerig is vir die versorging van die pasiënt, mag die belewenis van die tuisversorger verskil van die belewenis van 'n tuisversorger in ander omstandighede.

Hierdie fase vind spesifiek na die fenomenologiese onderhoud plaas, aangesien die vrae in fase II die respondent se denke en response mag beïnvloed.

Fase II word ook slegs deur die navorser uitgevoer. Die navorser was tydens opleiding betrokke by twee navorsingsprojekte, wat kwantitatief van aard was, met onderskeidelik 'n vraelys en kontrolelys as data-insamelingsmetodes. Hierdie ondervinding word aangewend met die uitvoer van fase II.

2.4.2.3 Veldnotas

Die neem van veldnotas is 'n belangrike deel van data-insameling. Die volgende vier tipes word gebruik, soos uiteengesit deur Schatzman en Strauss in Wilson (1989:434), naamlik:

- **Observasienotas**
'n Beskrywing van die wie, wat, waar en hoe van die situasie word gegee.

- **Teoretiese notas**

Hier word 'n doelgerigte poging aangewend om betekenis te verkry vanuit die observasienotas.

- **Metodologiese notas**

Die navorser gee instruksies aan haarself en lewer kritiek aangaande metodologiese benaderings.

- **Persoonlike notas**

Notas aangaande navorser se eie reaksies en ervaring word aangeteken.

2.4.2.4 Loodsstudie

Voordat die data-insameling plaasvind, word 'n loodsstudie uitgevoer. Die eerste twee respondente wat aan die gestelde kriteria voldoen, word vir die loodsstudie gebruik. Hierdie twee respondente neem nie aan die hoofstudie deel nie. Die loodsstudie stel die navorser in staat om vroegtydig probleme rakende die uitvoer van die navorsing te identifiseer (Uys & Basson, 1991:112; Burns & Grove, 1997:354).

Die opdrag in die fenomenologiese onderhoud word getoets om te verseker dat relevante data verkry word. Die vraelys word getoets om te verseker dat relevante vrae gevra word, asook dat vrae in die korrekte volgorde geplaas is.

Geen probleme rakende die uitvoer van die navorsing is geïdentifiseer nie. Die opdrag en die vraelys is in die oorspronklike vorm behou, aangesien dit geblyk het dat data wat verkry is relevant was en dat vrae in die vraelys in die korrekte volgorde geplaas is.

2.4.3 DATA-ANALISEMETODE

2.4.3.1 Fase I

Tydens die onderhoud word die gesprek op band geneem en binne 48 uur getranskribeer; dit verseker dat data nie verlore gaan nie. Hierdie getranskribeerde gesprek word geanaliseer deur gebruik te maak van 'n sistematiese proses soos uiteengesit deur Tesch in Creswell (1994:155). Die proses word in die volgende stappe verdeel:

- 'n Geheelbeeld word verkry deur eers al die transkripsies deur te lees.
- Enige onderhoud word gekies, hetsy die eerste of interessantste onderhoud. Hierdie transkripsies word deurgelees, terwyl die navorser haarself afvra wat die onderliggende betekenis is. Gedagtes word in die kantlyn neergeskryf.
- Bogenoemde stap word met al die transkripsies uitgevoer. 'n Lys van al die temas word gemaak. Temas se benaming moet die mees beskrywende woord wees.

- Hierdie lys van temas word gekodeer, kodes word langs die gepaste deel van die transkripsies geskryf.
- Temas wat bymekaar pas, word saamgevoeg en in kategorieë geplaas.

Ooreenstemmende temas word gekategoriseer volgens Dooyeweerd se vyftien werklikheidsaspekte (Dooyeweerd, 1935:53), waarna subkategorieë uit data geïdentifiseer word. Hierdie vyftien werklikheidsaspekte word gebruik om alles rondom die bestaanswyse te beskryf (Uys & Mulder, 1991:6) (sien tabel 2.1). Aangesien respondente nooit melding gemaak het van die volgende aspekte nie, naamlik Juridies, Histories, Bioties, Kinematies en Getal, word hierdie aspekte uitgesluit.

Daar word van 'n mede-kodeerder gebruik gemaak om data te analiseer. Hierdie mede-kodeerder moet ervaring in kwalitatiewe navorsing hê of as minimum kwalifikasie 'n magistergraad in Psigiatryse- of Geriatriese verpleegkunde behaal het.

Die mede-kodeerder moet riglyne ontvang met betrekking tot die data-analisemetode, asook 'n afskrif van al die transkripsies.

Die navorser en die mede-kodeerder doen die analise apart van mekaar. Wanneer die data-analise voltooi is, kom hulle bymekaar om temas en kategorieë te vergelyk. Bevindinge word beoordeel totdat konsensus bereik word (Beck, 1993:266).

Tabel 2.1: Dooyeweerd se modaliteitetafel

ASPEK	SINKERN
Geloof	Vertroue, sekerheid
Eties	Liefde, eerbied, aanvaarding
Juridies	Geregtigheid, regverdigheid
Esteties	Stylvolheid, skoonheid
Ekonomies	Spaarsamigheid, verkwistend
Sosiaal	Omgang, onttrekking
Linguaal	Betekenis gee, simboliseer
Histories	Kultuur, mag
Logies	Verstaan, begrip, analise
Psigies	Sensitief, gevoel
Bioties	Lewe
Fisies	Energie, krag
Kinematies	Beweging, kontinuering
Ruimte	Uitgebreidheid
Getal	Diskrete kwantiteit, onderskeie hoeveelheid

(Dooyeweerd, 1935:53; Uys & Mulder, 1991:8 en Smit, 1995:16)

2.4.3.2 Fase II

Die voltooide vraelys word geanaliseer aan die hand van die SAS-rekenaarprogram met die hulp van 'n biostatistikus.

2.5 DIE WETENSKAPLIKE EGTHEID VAN DIE STUDIE

Die egtheid van die studie word bepaal deur geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid (Beck, 1993:264; Brink, 1993:36; Koch, 1994: 977; Polit & Hungler, 1995:362-363).

2.5.1 GELOOFWAARDIGHEID

Geloofwaardigheid meet hoe duidelik en getrou die beskrywing van die verskynsel is (Beck, 1993:264).

Geloofwaardigheid van die studie word verhoog deurdat data slegs deur die navorser ingesamel word. Uitsluiting (bracketing) word gebruik om data so objektief as moontlik in te samel (Burns & Grove, 1997:532).

'n Loodsstudie word vooraf uitgevoer met twee tuisversorgers wat nie aan die hoofstudie deelneem nie, om die geloofwaardigheid van die insamelingsmetode te verseker (Burns & Grove, 1997:354).

Die geloofwaardigheid van die bevindinge word verhoog deurdat die onderhoud tydens gesprek op band geneem word (Burns & Grove, 1997:712). Inligting word deurentyd opgesom en hersien met die informant om volledigheid te verseker, asook om wanpersepsies en verkeerde interpretasies van die navorser uit te skakel (Brink, 1993:36).

Daar word van 'n mede-kodeerder gebruik gemaak om objektiwiteit van die navorser te verseker en daardeur die geloofwaardigheid verder te verhoog (Beck, 1993:266).

2.5.2 OORDRAAGBAARHEID

Oordraagbaarheid kan ook as inpasbaarheid beskryf word. Oordraagbaarheid verwys na die mate waartoe bevindinge toegepas of aangewend kan word in 'n ander konteks (Lincoln & Guba, 1985:290). Beck (1993:264) beskryf dit as die veralgemening van bevindinge tot 'n groter populasie. Om te verseker dat die bevindinge relevant kan wees in 'n gelyksoortige konteks, word die konteks van hierdie studie volledig beskryf (Koch, 1994:977) (sien bladsy 13).

Die oordraagbaarheid van die studie word verhoog deurdat die deelnemers aan 'n spesifieke stel kriteria moet voldoen. Deelnemers word dus doelgerig gekies, op grond daarvan dat hulle dieselfde fenomeen wat bestudeer word, beleef (Beck, 1993:265).

2.5.3 VERTROUBAARHEID

Sandelowski in Koch (1994:977) meen dat 'n studie vertroubaar is indien 'n ander navorser die besluitnemingsproses wat in die studie gebruik is duidelik kan navolg.

In hierdie studie word die navorsingsproses volledig beskryf, om sodoende dit moontlik te maak om die proses na te volg (Beck, 1993:266).

Polit en Hungler (1995:362) verwys ook na vertroubaarheid as die stabiliteit van data.

Die onderhoud word tydens die gesprek op band geneem om sodoende die vertroubaarheid te verhoog (Beck, 1993:266). Hierdie oorspronklike data wat

vir analisering gebruik gaan word, word in die studie aangeteken en dus word die stabiliteit van die data verseker. Enige persoon kan dan die navorsingsproses saam met die ongeïnterpreteerde data gebruik om die vertroubaarheid van die studie te toets.

Veldnotas word gemaak om te verseker dat nie-verbale observasies nie verlore gaan nie en dus ook stabiliteit en vertroubaarheid te verhoog.

2.5.4 BEVESTIGBAARHEID

Bevestigbaarheid is 'n konsep wat verwys na die objektiwiteit en neutraliteit van die data in so 'n mate dat twee of meer onafhanklike persone ooreenstem rakende die relevansie en betekenis van die data (Polit & Hungler, 1995:363).

Ten einde bevestigbaarheid te verseker word daar van kundiges gebruik gemaak om die navorsingsmetodologie te hersien, asook die kodering, klassifikasies, bevindinge en resultate te beoordeel (Beck, 1993:266).

2.6 ETIESE IMPLIKASIES

Die hoofdoel van etiese standaarde in 'n navorsingstudie is die beskerming van die vryheid en die regte van die mens (Brink, 1991:16; Carr, 1994:719; Burns & Grove, 1997:200). Ten einde hierdie etiese standaarde te handhaaf, is daar sekere aspekte wat die navorser in ag neem.

In kwalitatiewe navorsing word daar persoonlike data gelewer, daarom is ingeligte toestemming 'n belangrike aspek (Smith, 1992:99). Alvorens ingeligte toestemming vanaf die deelnemer verkry kan word, word die volgende kwessies met hom/haar

bespreek, soos uiteengesit in Uys en Basson (1991:108) en die *South African Society for Nursing Researchers* (SASNR) (1996:74):

- Doel van navorsing.
- Navorsingsmetode/- prosedure wat gevolg sal word.
- Duur van die studie.
- Die tipe deelname wat van die tuisversorger verwag sal word.
- Hoe die resultate gebruik en bekend gestel sal word.
- Die identiteit en kwalifikasie van die navorser.
- Moontlike nadelige aspekte: Die navorser sal daarop let dat indien die onderhoud te ontstellend vir die respondent is dit gestaak sal word, en indien dit nodig blyk te wees, die deelnemer na 'n terapeut verwys sal word.
- Die wyse waarop anonimiteit verseker word: Die navorser sal verseker dat dit onmoontlik sal wees om spesifieke data met 'n bepaalde persoon in verband te bring. Transkripsies en bandopnames sal veilig bewaar word (Polit & Hungler, 1995:124).
- Daar sal beklemtoon word dat deelnemers enige tyd kan onttrek indien hulle dit sou verkies.

Voor die aanvang van die onderhoud word skriftelike toestemming van die respondent verkry (sien bylae 3).

Die goedkeuring van die navorsingsprotokol deur die Etiekkomitee, Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, verseker dat etiese standaarde gehandhaaf word.

2.7 SLOT

In hierdie hoofstuk is die metodologie van die navorsing bespreek; vervolgens word die data-analise en die literatuurkontrole uiteengesit.

HOOFSTUK 3

DATA-VOORSTELLING EN LITERATUURKONTROLE

3.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die metode van die studie omskryf en bespreek. In hierdie hoofstuk word die data wat verkry is, geanaliseer en bespreek aan die hand van toepaslike literatuur.

Hierdie studie se data-insameling het in twee fases geskied, naamlik: fase I, die kwalitatiewe komponent en fase II, die kwantitatiewe komponent. Vervolgens word die data-analise ook volgens fases bespreek.

3.2 FASE I

Die kwalitatiewe data wat verkry is tydens die fenomenologiese onderhoud is geanaliseer deur gebruik te maak van 'n sistematiese proses soos uiteengesit deur Tesch in Creswell (1994:155) (kyk hoofstuk 2, bl 24).

Data word verdeel in hoofkategorieë aan die hand van Dooyeweerd se vyftien werklikheidsaspekte. Die volgende aspekte, naamlik Juridies, Histories, Bioties, Kinematies en Getal is nie ingesluit nie (Dooyeweerd, 1935:53), aangesien respondente nooit melding hiervan gemaak het nie. Subkategorieë word hierna uit die data geïdentifiseer.

Tabel 3.1: Voorstelling van hoofkategorieë en subkategorieë

HOOFKATEGORIEË	SUBKATEGORIEË
1. GELOOF	1. Geloofsvrae 1.2 Kerkbywoning 1.3 Invloed op geloofslawe
2. ETIES	2.1 Aanvaarding 2.2 Liefde 2.3 Respek 2.4 Privaatheid 2.5 Erkenning
3. ESTETIES	3.1 Persoonlike voorkoms 3.2 Persoonlike besittings 3.3 Selfverheffing deur kreatiewe werk
4. EKONOMIES	4.1 Finansiële uitgawes
5. SOSIAAL	5.1 Sosiale behoefte 5.2 Familie en vriende 5.3 Vryheid ingeperk 5.4 Beroep
6. LINGUAAL	6.1 Kommunikasie tussen tuisversorger en pasiënt
7. LOGIES	7.1 Huishoudelike take 7.2 Kennis rondom Alzheimer se siekte
8. PSIGIES	8.1 Hartseer 8.2 Gramskap 8.3 Skaamte 8.4 Vrees 8.5 Depressiewe gevoelens 8.6 Jammerte/Medelye 8.7 Spanning 8.8 Traumatiese ervaring 8.9 Verdraagsaamheid
9. FISIES	9.1 Moegheid 9.2 Hulpverlening 9.3 Fisieke aanranding 9.4 Veeleisend 9.5 Invloed op gesondheid
10. RUIMTE	10.1 Leefruimte ingeperk

Vervolgens word elke hoofkategorie en subkategorie beskryf en bespreek aan die hand van data en toepaslike literatuur.

3.2.1 GELOOF

Daar is 'n gebrek aan literatuur oor die geloofslewe van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte en hoe die versorging hul geloofslewe beïnvloed. Dit mag moontlik wees as gevolg van die sensitiwiteit van die onderwerp en word dus in publikasies vermy.

Sewe van die nege respondente het melding gemaak van hul geloof. Slegs een respondent het gevoel dat die versorging van die pasiënt glad nie die geloofslewe beïnvloed het nie, terwyl die oorblywende ses respondente positiewe sowel as negatiewe opmerkings rakende hul geloof gemaak het (sien bespreking van subkategorieë).

3.2.1.1 Geloofsvrae

Drie respondente het te kenne gegee dat hulle geloofsvrae het rondom die sin van die siekte.

Tydens onderhoudvoering het die respondente vrae gestel soos: *“hoekom laat die Here dit toe?”* *“wat is die Here se plan?”* en *“hoe kan jy sê God is lief vir 'n mens as Hy dit doen?”*.

Die respondente het egter later in die onderhoud self hierdie vrae beantwoord met stellings soos *“die Here wil beter mense van ons maak”*, *“dit is die Here se manier van jou losmaak van dinge”* en

“dit is die wil van die Here, Hy toets ons geloof”.

3.2.1.2 Kerkbywoning

Tydens die onderhoudvoering het slegs twee respondente genoem dat die versorging van die pasiënt ‘n invloed op hul kerkbywoning het.

Een respondent het genoem dat daar glad nie meer fisies kerk toe gegaan kan word nie, maar dat die respondent en die pasiënt uitsaaidienste oor die radio volg. Hierdie wyse van meelewing in die geloofslewe was vir die betrokke respondent nie ‘n probleem nie, omdat daar steeds ‘n betrokkenheid by die geloofslewe is. In ‘n studie gedoen deur George en Gwyther in Dillehay en Sandys (1990:227) word daar gemeld dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte meer geneig is tot swakker kerkbywoning.

Die ander respondent het genoem dat dit “‘n *traumatiese belewenis*” was omdat die pasiënt nie meer die respondent na die kerk kon vergesel nie. Hierdie respondent beskou dit egter as ‘n realiteit en het die probleem verwerk.

Die literatuur fokus egter op die positiewe invloed van kerkbywoning en betrokkenheid by die kerk as ‘n tipe ondersteuningsbron (Dillehay & Sandys, 1990:227; Haley, 1997:S27 en Gwyther, 1998:19S).

3.2.1.3 **Invloed op geloofslewe**

Ses respondente het verskeie uitlatings gemaak in verband met die invloed wat die versorging van die pasiënt met Alzheimer se siekte op hul geloofslewe het.

Een respondent se geestelike lewe is versterk deur hierdie situasie.

Vier respondente het genoem dat hulle baat vind by gebed, deurdat hulle innerlik versterk word. Drie respondente voel dat hulle nie hierdie taak sou kon verrig sonder God se genade nie.

Een respondent het dankbaarheid teenoor die Here uitgespreek oor die feit dat die pasiënt nie aggressief is nie.

‘n Ander respondent het hoop gevestig op God se genade om die pasiënt se progressiewe agteruitgang te vertraag.

Die volgende uitlating is deur ‘n respondent gemaak: *“ek het al op ‘n stadium gedink die duiwel gebruik haar (die pasiënt) net om my te treiter”*. Uit hierdie stelling kan ‘n afleiding gemaak word dat die situasie rondom die versorging van hierdie pasiënt die respondent se geloof negatief beïnvloed. Hierdie probleem kan egter oorkom word. Kaye en Robinson in Gwyther (1998:19S) het in ‘n studie bewys dat waar gesinne diep gelowig is, hierdie geloof hulle gehelp het om die spanning en probleme wat die versorging

van pasiënte met Alzheimer se siekte meebring, draagliker te maak.

3.2.2 ETIES

Uit die nege respondente het vyf melding gemaak van etiese aspekte.

3.2.2.1 Aanvaarding

Vier respondente het gevoel dat hierdie moeilike situasie aanvaar moet word, want “*daar is nie ‘n ander uitkoms nie*” of “*anders sukkel jy*”.

Een respondent het aanvanklik weersin in die pasiënt beleef, soos blyk uit die aanhaling “*hy kan nie eers aan my vat nie. Ek wou met hierdie man niks te doen hê nie*”. Aanvaarding het meegebring dat die respondent se negatiewe gevoelens teenoor die pasiënt verander het in deernis.

‘n Ander respondent het genoem dat die pasiënt baie ontwrigting in die huishouding veroorsaak het, maar dat hulle dit mettertyd aanvaar het.

Nog ‘n ander respondent het egter getwyfel of die situasie ooit aanvaar sal word.

Geen literatuur in verband met die kwessie rondom die aanvaarding van die situasie kon gevind word nie.

3.2.2.2 Liefde

Vyf respondente het gevoel dat liefde deel uitmaak van die versorging.

Een respondent het gevoel dat die band van liefde so sterk is dat dit selfs die versorging vergemaklik, aangesien die betrokke respondent die pasiënt "*beter verstaan*".

'n Tweede respondent het te kenne gegee dat die liefde vir die pasiënt die rede is vir tuisversorging van die pasiënt en dat hierdie omstandighede hulle selfs nader aan mekaar gebring het.

'n Derde respondent het gevoel dat die hele versorging in liefde uitgevoer moet word, sodat die pasiënt beter saamwerk. Hierdie respondent is van mening dat wanneer die pasiënt enige negatiewe gevoelens vanaf die tuisversorger beleef, die pasiënt weier om saam te werk of om bevele van die tuisversorger uit te voer.

Nog 'n respondent meen dat daar geen liefde vir die pasiënt is nie, omdat die pasiënt geen emosies terugwys nie.

'n Ander aspek wat ook deel uitmaak van liefde is die beskerming van die pasiënt. Twee respondente het genoem dat hulle gedurig die pasiënt wil beskerm teen ander mense se imperteit.

'n Studie gedoen in die VSA het getoon dat 96 persent van die

tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte, die versorging beskou as 'n daad van liefde teenoor die pasiënt (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:2).

3.2.2.3 Respek

Slegs twee respondente het melding gemaak van respek. Dit was spesifiek twee respondente wat 'n ouer moes versorg.

Een respondent het genoem dat dit baie moeilik is om respek vir die pasiënt te toon, aangesien die pasiënt "*erger is as 'n kind*". Hierdie pasiënt is nie meer die gesagsfiguur waaraan die respondent respek wil betoon nie en dit is vir die respondent "*swaar om dit te oorkom*". Dit raak vir die respondent veral ongemaklik wanneer die kinders oneerbiedig teenoor die pasiënt optree.

Die tweede respondent voel dat die kinders geen respek het vir die pasiënt nie. Die jongste kind ignoreer die pasiënt, want "*sy het hom tenagekom*". In hierdie geval het die pasiënt selfs een van die kinders fisies aangerand.

Tydens literatuurkontrole kon geen inligting in verband met respek gevind word nie.

3.2.2.4 Privaatheid

Een respondent wie se kinders tuis woon, het genoem dat die

pasiënt nie die kinders se privaatheid in ag neem nie. Dit skep veral probleme waar die kinders tienderjarig is en graag maats wil oornooi.

Daar is 'n leemte wat literatuur oor die invloed van tuisversorging op privaatheid betref.

3.2.2.5 Erkenning

Een respondent het gesê dat die pasiënt nie bewus is van die goeie daade en opofferings wat die versorger maak nie en dat die pasiënt dit nie waardeer nie. Die respondent het gesê *“dis al wat 'n mens soek by so 'n Alzheimerpersoon en hulle kan dit nie vir jou gee nie”*.

Gonzales-Lima en Gonzales-Lima in Irvin en Acton (1997:72) is van mening dat 'n gebrek aan waardering en erkenning vir die tuisversorger van die pasiënt se kant, 'n negatiewe invloed op die belewenis van die tuisversorger het. Dit beïnvloed veral die mate van spanning wat die tuisversorger beleef.

Volgens Glasser, Rubin en Dickover in Jurkowski (1998:15S) benodig tuisversorgers erkenning en positiewe versterking vanaf gesondheidspersoneel, aangesien pasiënte self baie selde hul dankbaarheid teenoor die versorger kan uitspreek.

3.2.3 ESTETIES

3.2.3.1 Persoonlike selfsorg

Fuller-Jonap en Haley in Haley (1997:S26) is van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n risiko loop om swak selfsorg te begin toon.

Slegs een respondent het te kenne gegee dat die versorging van die pasiënt aanleiding gegee het tot swak selfsorg. Die respondent het verklaar *“Ek het my afgeskeep”* en *“Ek het nie 'n begeerte gehad om mooi aan te trek nie”*.

3.2.3.2 Persoonlike besittings

Twee respondente het genoem dat hul persoonlike besittings vir hulle belangrik is. Een respondent het dit soos volg gestel: *“Ek is jammer vir my goed en ek wil nie hê my goed moet vermors word of sommer vuil gemors word nie”*.

Die ander respondent het gesê dat dit 'n groot stryd is, omdat die pasiënt nie die betrokke respondent se persoonlike besittings uitlos nie. Dit veroorsaak 'n gevoel van frustrasie by die respondent.

“People with Alzheimer’s disease don’t mean to make messes. They can’t help themselves.” Hierdie stelling kan kognitief verstaan word, maar dit is moeiliker om dit te verstaan of te aanvaar as jy in die werklikheid daarmee te doen kry (Alzheimers.com. *Preparing to be a caregiver*. 1999:3).

3.2.3.3 Selfverheffing deur kreatiewe werk

Een respondent het genoem dat die versorging van die pasiënt haar lewe op 'n negatiewe wyse verander het, maar dat sy deur kreatiewe werk soos kuns, tuin- en naaldwerk haar lewe probeer verryk.

Geen korrelasie hiermee kon in die literatuur gevind word nie.

3.2.4 EKONOMIES

3.2.4.1 Finansiële uitgawes

Vier uit die nege respondente het melding gemaak van die invloed wat die versorging op hul finansiële posisie uitoefen.

Twee respondente het genoem dat die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n groot finansiële las is. Hierdie pasiënte rig geweldige skade in die huis aan, en verder is daar groot uitgawes wat aangegaan moet word om die versorging te vergemaklik of om die pasiënt se menswaardigheid te behou.

Dillehay en Sandys (1990:265), Haley (1997:S25), *Alzheimers.com. Who are the caregivers?* (1999:2) en *Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver.* (1999:2) is dit almal eens dat die tuisversorging van pasiënte met Alzheimer se siekte geweldige finansiële implikasies inhou.

Hierdie respondente noem uitgawes soos die aankoop van 'n groter

voertuig vir die uitgebreide gesin, die aanbou van 'n ekstra kamer vir die pasiënt, die aankoop van klere en skoene wat in die pasiënt se behoeftes voldoen, aankoop van weggooibare doeke, die aankoop van 'n voedselverwerker om kos vir die pasiënt voor te berei en selfs die aankoop van 'n spesiale bed teen 'n enorme bedrag geld om die versorging te vergemaklik.

Twee respondente het ook te kenne gegee dat versorgingseenhede finansiëel te duur is en daarom word pasiënte tuis versorg.

'n Ander respondent het genoem dat daar geen finansiële verandering was nie. Daar was geen ekstra uitgawes nie en die betrokke respondent het vroeg die finansies oorgeneem wat vroeër deur die pasiënt beheer is.

3.2.5 SOSIAAL

Al nege respondente het inligting rakende die sosiale aspek verskaf.

3.2.5.1 Sosiale behoefte

Een respondent het genoem dat die behoefte aan sosiale omgang heeltemal afgeneem het, maar dat sosiale verkeer saam met kinders en kleinkinders tevredenheid gee.

'n Ander respondent het weer genoem dat die behoefte aan sosiale verkeer wel teenwoordig is, maar dat hierdie behoefte nie bevredig

kan word nie as gevolg van die verantwoordelikheid teenoor die pasiënt.

Daar kon geen literatuur gevind word wat spesifiek handel oor die sosiale behoefte van tuisversorgers nie.

3.2.5.2 Familie en vriende

Twee respondente het gevoel dat besoeke aan of van familie en vriende 'n effektiewe metode van ontlasting is, asook om weer moed te kry. 'n Ander respondent het ook genoem dat familieledede geweldige ondersteuning bied. Gwyther (1998:19S) is van mening dat die getroue ondersteuning van familie en vriende 'n effektiewe hanteringmeganisme is. In 'n studie gedoen deur Zarit, Reeve en Bach-Peterson in Dillehay en Sandys (1990:268) was die spanning-telling indrukwekkend laer vir tuisversorgers wat meer besoeke van familie ontvang het as vir tuisversorgers wat minder besoeke ontvang het.

Oor die algemeen verminder sosiale ondersteuning die negatiewe gevolge wat blootstelling aan 'n stresvolle lewe tot gevolg het (Cohen & Willis in Thoits, 1986:416), en verder verhoog sodanige ondersteuning ook die individu se vlakke van lewensvredeneid (Haley, 1997:S27).

Een respondent het selfs 'n wens uitgespreek dat familie nader

moet woon, sodat die betrokke respondent die ondersteuning van die familie kan geniet.

Twee respondente het genoem dat daar 'n "knou in" hul "vriendekring" was. In Rabins, Mace en Lucas se studie het meer as die helfte van die tuisversorgers die verlies van vriende as 'n probleemarea geïdentifiseer (Dillehay & Sandys, 1990:278). Gwyther (1998:18S) is van mening dat die onttrekking van vriende gevoelens van eensaamheid en isolasie skep.

"Friends may be put off by the presence of your loved one" (Alzheimers.com. *Preparing to be a caregiver*. 1999:3). Drie respondente het genoem dat pasiënte die geselskap oorneem wanneer kuiergaste die respondente besoek. Die pasiënte baklei selfs met kuiergaste. Hierdie kuiergaste voel ongemaklik in die situasie en probeer dit vermy, daarom dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte se vriende hulself onttrek.

Afgesien van probleme met vriende is daar ook heelwat konflik tussen familielede rondom die pasiënt en die omstandighede. Dillehay en Sandys (1990:278), Haley (1997:S25), Gwyther (1998:18S), *Alzheimers.com. Who are the caregivers?* (1999:2), en *Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver*. (1999:2) is dit almal eens dat die tuisversorging van die pasiënt geweldige konflik tussen familielede veroorsaak.

Een respondent het genoem dat daar aansienlike konflik tussen hom, sy broer en suster ontstaan het as gevolg van die tuisversorging van die respondent se ma. Hierdie respondent se broer en suster wil nie meer by hom aan huis kom nie, as gevolg van die toestand van hul ma. Die hulp waarop hierdie respondent staat gemaak het, is dus nou nie meer beskikbaar nie en die respondent se verantwoordelikheid vermeerder. *Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver.* (1999:2) noem ook die moontlikheid dat ooreenkomste wat deur familieleden gemaak word rondom die versorging van die pasiënt maklik verbreek word en dat die tuisversorger dan 'n groter verantwoordelikheid het as waarop gereken is.

Tuisversorging van pasiënte met Alzheimer se siekte het ook 'n invloed op die huwelik en die kinders van tuisversorgers as gevolg van ekstra verantwoordelikheid en spanning (*Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver.* 1999:1). Twee respondente het genoem dat die tuisversorging van die pasiënt “*ekstra stres op die huwelik plaas*”, aangesien “*daar nie genoeg aandag*” aan huweliksmaats gegee kan word nie. Die ander respondent het gevoel dat die tuisversorging van die pasiënt die kinders geweldig beïnvloed, aangesien hulle “*skaam is by hul maats*”. Daar word beklemtoon dat persone wat dit oorweeg om 'n pasiënt met Alzheimer se siekte tuis te versorg die volgende in ag moet neem: hoe die kinders sal voel om die huis met hierdie pasiënt te deel, hoe

hul maats sal reageer en hoe die teenwoordigheid van die pasiënt die verhouding tussen ouer en kind sal beïnvloed (*Alzheimers.com. Preparing to be a Caregiver*. 1999:1). Hierdie respondent het ook genoem dat hierdie situasie wrywing in die huwelik veroorsaak en dat die huweliksmaat “*weier om probleme raak te sien*”. Die respondent het dit so gestel: “*hy hou daarvan om oor alles te kyk, hy beleef glad nie goed soos ek nie ... hy is nie so ‘n emosionele mens soos ek nie*”. Hierdie respondent voel dus dat sy nie voldoende ondersteuning van haar eggenoot ontvang nie.

Alzheimers.com. Preparing to be a Caregiver. (1999:1) benadruk die kwessie rondom die tuisversorger en huweliksmaat. Die tuisversorger en huweliksmaat moet regtig na mekaar se probleme luister en ook in mekaar se behoeftes voorsien. Dit moet sterk oorweeg word om professionele hulp te verkry deur die omstandighede met ‘n huweliksberader of maatskaplike werker te bespreek.

3.2.5.3 Vryheid ingeperk

Agt uit die nege respondente het melding gemaak van die feit dat hulle vryheid op een of ander wyse ingeperk word. Die respondent wat nie hiervan melding gemaak het nie, het die pasiënt nog net vir ‘n tydperk van drie maande versorg. In vergelyking met die ander respondente se tydperk van versorging is dit gering

en dus mag dit moontlik wees dat die respondent dit nog nie so beleef nie.

Volgens Gwyther (1999:17S) en Kuhlman, Wilson, Hutchinson en Wallhagen in Chang (1999:173) is isolasie 'n algemene probleem wat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte beleef.

In 'n studie wat gedoen is in die VSA is aan die tuisversorgers gevra watter deel van tuisversorging die moeilikste is. In antwoord op hierdie vraag het hulle geantwoord dat dit vir hulle die moeilikste was om tyd te vind vir hulself of vir vriende en familie (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:3).

Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver. (1999:2) is ook van mening dat daar geen twyfel is dat tuisversorging van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n groot deel van 'n tuisversorger se vrye tyd in beslag neem nie. Soos wat die pasiënt se toestand verswak, mag ontspanningstyd, tyd vir stokperdjies, tuinmaak en uitstappies beperk word.

Volgens Gwyther (1998:19S) veroorsaak die onvermoë om aan genotvolle aktiwiteite deel te neem nog dieper gevoelens van eensaamheid en isolasie.

In hierdie studie het die respondente oor die algemeen gekla dat hulle nie sosiale geleenthede kan bywoon nie. Een respondent het gekla dat sy nie van die huis af kan weggaan nie, want die bekommernis oor die pasiënt is te veel, alhoewel daar 'n lekeversorger is wat die pasiënt tuis oppas. Twee respondente het genoem dat hulle nie sosiale geleenthede wil bywoon nie, aangesien die gemis aan 'n maat te groot is.

Ses respondente het genoem dat hulle nie van die huis af kan weggaan nie, aangesien daar niemand is wat na die pasiënt kan omsien nie. Dit sluit ontspannings- en rekreasie-aktiwiteite in.

Een respondent het genoem dat sosiale verkeer saam met vriende baie moeilik is, omdat dit nooit "*spontaan kan gebeur nie*". Daar moet altyd eers reëlings getref word in verband met die versorging van die pasiënt.

Een respondent het gemeld dat hulle nie meer ver kan reis nie, omrede die pasiënt dit "*moeilik vind*". Dit is vir hulle problematies aangesien hul familie baie ver woon.

Nog 'n respondent het gevoel dat die tuisversorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte veroorsaak dat daar as gesin te min ontspan word. Hierdie respondent het die volgende stelling

gemaak: “*Ons is net gekoek om ouma...alles draai net om haar*”.

3.2.5.4 Beroep

Alhoewel slegs een respondent tydens die onderhoud melding maak het van die invloed van die versorging op die beroepslewe het twee ander respondente tydens voltooiing van die vraelys (fase II) melding hiervan maak.

Een respondent het ‘n genotvolle beroepslewe beoefen, maar moes weens verpligtinge teenoor die pasiënt vroeër aftree.

Een respondent het weer die beroep gesien as “*’n ontvlugting*” van die verantwoordelikheid teenoor die pasiënt.

Die ander respondent het gevoel dat die versorging die beroepslewe negatief beïnvloed deurdat afsprake nooit betyds nagekom word nie. Dit lei ook tot onproduktiwiteit as gevolg van moegheid weens die versorging van die pasiënt.

‘n Studie in die VSA het getoon dat ongeveer 33 persent van tuisversorgers gemeld het dat hulle minder produktief by die werk funksioneer as gevolg van die las van tuisversorging. Ongeveer 20 persent van tuisversorgers het hul beroep gestaak as gevolg van die verantwoordelikheid en eise van tuisversorging (*Alzheimers.com*).

3.2.6 LINGUAAL

Daar is 'n leemte rakende literatuur oor die linguale aspek. Slegs twee respondente het hiervan melding gemaak.

3.2.6.1 Kommunikasie tussen tuisversorger en pasiënt

Twee respondente het genoem dat hulle 'n behoefte ervaar om hul lewe met die pasiënt te deel. Een respondent stel dit so: *"Jy wil met hom deel oor 'n ding en jy kan nie... jy weet nie wat neem hy in of iets nie."* Die ander respondent het ook genoem dat die pasiënt *"absoluut niks inneem nie"* en dat dit baie *"hartseer"* is dat die pasiënt nie bewus is van byvoorbeeld die *"kleinkinders se prestasies"* nie.

Twee respondente het ook genoem dat die versorging 'n groot verantwoordelikheid is wat 'n versorger moet dra, omdat die pasiënt nie behoeftes kon meedeel nie. Een respondent het gesê: *"sy kan nie vir my sê waar sit 'n pyn nie, sy sê net sy't seer"*; 'n ander respondent het die volgende genoem *"hy kan nie vir jou sê waar sit 'n pyn nie, sy sê nie kom draai my nie, ek is nou moeg gelê nie, kom help my ek is dors nie of ek is honger nie"*.

Ten einde die behoeftes van die pasiënt met Alzheimer se siekte te bevredig en sodoende moontlik probleemgedrag te verminder,

moet moeite gedoen word om verbale en nie-verbale boodskappe van die pasiënt te ontvang en te interpreteer (Acton, Mayhew, Hopkins & Yauk, 1999:6).

Hurley, in Acton et al., (1999:7) verwys veral na kommunikasie in verband met ongemak en pyn deur die pasiënt. Daar moet veral gelet word op gedrag soos hoorbare asemhaling, negatiewe vokalisering, gesigsuitdrukkings, liggaamstaal en rusteloosheid as 'n aanduiding van pyn.

3.2.7 LOGIES

Vyf uit die nege respondente het melding gemaak van die invloed van die logiese aspek.

3.2.7.1 Huishoudelike take

Een manlike respondent het die volgende genoem: "*Op 60 moes ek baie dinge aanleer wat ek nie eers as kind aangeleer het nie... allerhande klein huislike dingetjies wat vir my heeltemal taboe was*". Hierdie respondent moes 'n aanpassing maak in sy lewe as gevolg van die verantwoordelikheid ten opsigte van die pasiënt.

'n Ander manlike respondent het weer genoem dat hy alle huishoudelike take op homself neem, maar dat dit nie aangeleer moes word nie aangesien hy sy hele lewe lank hierdie take verrig het.

Geen literatuur kon in verband hiermee gevind word nie.

3.2.7.2 Kennis rondom Alzheimer se siekte

Een respondent wat verantwoordelik is vir die versorging van haar skoonma, het te kenne gegee dat sy bevrees is dat haar eggenoot ook Alzheimer se siekte sal kry, omrede sy oortuig daarvan is dat Alzheimer se siekte 100 persent oorerflik is. Hierdie wanbegrip rondom die siekte veroorsaak onnodige negatiewe gevoelens.

Vier respondente het genoem dat indien hulle meer kennis rondom Alzheimer se siekte gehad het, die versorging van die pasiënt makliker en meer effektief kon gewees het.

Een respondent het genoem dat indien meer kennis rondom die fases en die toestand van die pasiënt beskikbaar was, die pasiënt se kamer op 'n ander wyse ingerig sou word. Hierdie kamer is volgens die respondent nie veilig vir die pasiënt nie.

'n Ander respondent het dit soos volg gestel: *“Sy was ons altyd een voor”*. Hierdie respondent moes leer uit foute wat gemaak is en het daardeur finansieel baie skade gely.

Nog 'n respondent meld dat *“die versorging 'n hele leerproses is”* en *“jy groei saam met hierdie ding...in die kennis daarvan”*. Hierdie respondent het gevoel dat indien daar reeds aan die begin

van die siekte riglyne rondom die versorging beskikbaar was, dit die versorging baie sou vergemaklik het. Hierdie respondent het baie onnodige hulpmiddels aangeskaf, wat onnodige finansiële stremming veroorsaak het.

Volgens Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg & Levin, (1996:172S) is versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte op 'n unieke wyse moeilik en emosioneel ontstellend, vanweë die onsekerheid rondom die verskillende fases en die tydperk wat elke fase duur.

Verskeie outeurs is van mening dat voorligting rondom Alzheimer se siekte aansienlike ondersteuning bied. Dit verminder die tuisversorger se spanning en verbeter die tuisversorger se lewenskwaliteit. Hierdie kennis verseker ook die pasiënt se gemak en veiligheid (Cuijpers, Hosman & Munnichs, 1996:575, Wilen, Harman & Alexander-Israel, 1997:45, Rabins, 1998:25 en Raskind, Knopman, Khachaturian, Gwyther, Jurkowski, Overman & Smal, 1998:395).

3.2.8 PSIGIES

Al die respondente het melding gemaak van die psigiese aspek se onderskeie sinkerne.

3.2.8.1 Hartseer

Twee respondente het genoem dat hulle hartseer voel vir die

pasiënt. Een respondent het genoem dat dit “*juis nou die tyd*” was wat die pasiënt die “*lewe moes geniet*”; dit wek ‘n hartseer gevoel by die tuisversorger.

‘n Ander respondent het genoem dat daar ‘n hartseer gevoel is omdat “*jy weet jy het jou maat verloor*” en “*as ek dink hoe ‘n persoon was hy gewees...en jy sien hom nou*”. Hierdie respondent het ook te kenne gegee dat dit hartseer is, want “*hy herken my nie meer nie*” en “*hy het geen besef van die kinders nie*”.

Zarit en Zarit in Glosser en Wexler (1985:232) en Gwyther (1998:18S) is van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte gevoelens van hartseer in die algemeen beleef. Dit word nie aan ‘n spesifieke rede gekoppel nie.

3.2.8.2 Gramskap

Vier respondente het daarvan melding gemaak dat hulle soms gevoelens van haat en woede beleef.

Twee respondente het genoem dat hulle soms woedend word vir die pasiënt se optrede. Een respondent het byvoorbeeld genoem dat daar ou familiebybels in die huis vertoon word, maar dat die pasiënt dit heeltemal verrinwee het. Die ander respondent het te kenne gegee dat kwade gevoelens opwel, veral wanneer die pasiënt skreeu en baklei.

'n Ander respondent het genoem dat die spanning rondom die versorging van die pasiënt onbewustelik op die gemoed inwerk en dat dit aggressie ontlok. Hierdie aggressiwiteit veroorsaak dat die ander gesinslede daaronder ly.

Twee respondente het melding gemaak van die feit dat hulle soms gedagtes van fisieke aanranding koester. Een respondent het vermeld: *“dit voel of jy hom kan wurg, as hy met jou so maak en jy probeer net die beste”*.

'n Respondent het selfs te kenne gegee dat die omstandighede so moeilik is dat die volgende reaksie ontlok word: *“ek wens nou net sy wil doodgaan”*.

Steuer en Clark, Zarit en Zarit in Glosser en Wexler (1985:232) asook Gwyther (1998:18S) is almal van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte gereeld gevoelens van haat en woede beleef, as gevolg van die uiters veeleisende taak van versorging.

3.2.8.3 Verleentheid/Skaamte

Daar kon geen verwysings in die literatuur gevind word in verband met die verleentheid/skaamte wat tuisversorgers beleef rakende die pasiënt met Alzheimer se siekte nie.

Twee respondente in hierdie studie het egter genoem dat hulle talle

kere in die verleentheid gestel was, na aanleiding van die pasiënt se optrede. Een respondent het genoem dat dit veral die kinders affekteer, aangesien hulle skaam voel teenoor hul maats as gevolg van die pasiënt se optrede. Die ander respondent het gemeld dat die pasiënt veral in openbare plekke die betrokke respondent in verleentheid gebring het. Hierdie respondent het die volgende gevoelens vermeld: *“jy gaan dood van skaamte...want mense weet nie waarom dit gaan nie”*.

Twee respondente het ook genoem dat hulle poog om die pasiënte, en nie hulself nie, moontlike verleentheid te spaar deur openbare plekke, byvoorbeeld die kerk, winkelsentrums en koffiekroeë, te vermy.

3.2.8.4 Vrees

Volgens Hambdy, Turnbull, Clark en Lancaster in Irvin en Acton (1997:70) beleef tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n gevoel van vrees en angs, veral wanneer 'n geliefde verander in 'n persoon wat nie meer kan onthou wie hy of sy is nie. Steyer en Clark, Zarit en Zarit in Glosser en Wexler (1985:232) is ook van mening dat tuisversorgers soms 'n gevoel van vrees en angs beleef as gevolg van die pasiënt se kognitiewe en gedragsaantasting. Kane en Finch in Chang (1999:173) het ook gevind dat angstigheid een van die negatiewe gevolge van tuisversorging is.

Slegs een respondent het melding gemaak van 'n gevoel van vrees. Hierdie respondent het genoem dat sy vrees dat haar eggenoot ook Alzheimer se siekte sal ontwikkel soos sy ma en dat sy dit nie sal kan hanteer nie. Hierdie respondent het ook genoem dat sy 'n gevoel van vrees beleef wanneer sy die gedagte kry dat die pasiënt eendag in die huis moet sterf, en sy op die pasiënt moet afkom.

3.2.8.5 Depressiewe gevoelens

Ses uit die nege respondente het melding gemaak van depressiewe gevoelens. 'n Waarneming wat gemaak is, is dat vyf van hierdie ses respondente vroulik is. Die drie respondente wat nie hiervan melding gemaak het nie is almal manlik.

Een respondent is klinies gediagnoseer met depressie en was reeds onder behandeling. Volgens die respondent het die depressie ontwikkel as gevolg van die omstandighede rondom die versorging van die pasiënt, maar dat die behandeling redelik effektief is. Hierdie respondent het tog nog melding gemaak van depressiewe gevoelens.

Volgens Schulz, O'Brien, Bookwala en Fleissner in Haley (1997:S26) is tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte meer geneig as nie-tuisversorgers om gediagnoseer te word met geestesversteurings, veral depressie.

Drie respondente het genoem dat hulle dikwels 'n gevoel van

moedeloosheid ervaar, as gevolg van moeitevolle versorging. Een respondent het nie pertinent genoem dat daar 'n gevoel van moedeloosheid is nie, maar met nie-verbale kommunikasie het dit duidelik geblyk dat respondent gevoelens van moedeloosheid ervaar, soos opgemerk uit die aantal kere wat die respondent gesug het.

Een respondent het genoem: "*jy word net lewensmoeg*". 'n Ander respondent het gesê: "*deep down het dit 'n invloed op jou ... emosioneel put dit jou geweldig uit*". Nog 'n ander respondent het te kenne gegee: "*ek sien nie meer kans nie*".

Twee respondente het melding gemaak van gevoelens van selfbejammering. Een respondent het gevoel dat sy in die middel van alles staan, tussen haar kinders, eggenoot en die pasiënt. Hierdie respondent het haar gevoelens soos volg uitgedruk: "*ek kry die houe van al die kante*". Die ander respondent het gesê: "*sy't altyd op my gesteun, ek het nou gedog nou kan ek op haar as ouma steun, en nou dat ek haar nodig het, nou is sy ook nie daar vir my nie*".

Menige outeurs is van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte depressiewe gevoelens beleef. Irvin en Acton (1997:69) meen dat die voortgesette spanning rondom die versorging uiteindelik mag lei tot 'n gevoel van wanhopigheid.

Kane en Finch in Chang (1999:173), Zarit en Zarit in Glosser en Wexler (1985:232) asook Gwyther (1998:18S) is almal oortuig dat die tuisversorging van pasiënte met Alzheimer se siekte uiteindelik uitloop op negatiewe gevolge soos depressiewe gevoelens, met onder andere verlies aan plesierervaring en motivering.

In 'n studie wat gedoen is in die VSA het tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte gemeld dat hulle gereeld depressief en selfs uitgebrand voel (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* (1999:2).

3.2.8.6 Jammerte/medelye

Twee respondente het genoem dat hulle jammer voel vir die pasiënt. Een respondent het gesê: "*jy is jammer vir hierdie persoon wat, wat deurgaan wat hy deurgaan*".

Geen literatuur in verband hiermee kon gevind word nie.

3.2.8.7 Bekommernis

Drie respondente het te kenne gegee dat hulle soms bekommernis ervaar. Twee respondente het genoem dat hulle veral bekommerd voel wanneer die pasiënt alleen by die huis of alleen by 'n lekeversorger moet bly. Een respondent het ook genoem dat die pasiënt haarself gereeld beseer en dat dit kommer wek.

Die ander respondent het gevoel dat die agteruitgang van die

pasiënt se toestand 'n groot bron van bekommernis is.

Given en Given in Chang (1999:173) is ook van mening dat tuisversorgers van pasiënte met demensie soms gevoelens van bekommernis beleef.

3.2.8.8 Spanning

Drie respondente het genoem dat hulle heelwat spanning rondom die versorging van die pasiënt met Alzheimer se siekte beleef.

Twee respondente het erken dat eksterne faktore bydra tot die spanning wat hulle beleef rondom die versorging. Een respondent het byvoorbeeld genoem dat haar baba baie min slaap en baie tyd en aandag verg; dit dra daartoe by dat hierdie respondent meer spanning beleef.

Die ander respondent het ook genoem dat omstandighede rondom die versorging veroorsaak het dat spanning baie meer intens beleef word en dat sommige situasies vinniger spanning veroorsaak as vroeër.

Een van genoemde respondente het te kenne gegee dat die vreemde optrede van die pasiënt geweldige spanning veroorsaak.

Volgens Dillehay en Sandys (1990:268) veroorsaak die kombinasie van fisieke versorging, emosionele druk, sosiale

weerhouding en finansiële eise geweldige spanning by die tuisversorger van pasiënte met Alzheimer se siekte.

Mace en Rabins in Glosser en Wexler (1985:232), Collins en Given in Irvin en Acton (1997:69) asook Pruchino en Resch in Roberto, Richter, Bottenberg en Campbell (1998:202), is almal van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte spanning beleef.

In 'n studie gedoen in die VSA het ongeveer die helfte van die tuisversorgers genoem dat die tuisversorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte aansienlike spanning in hul gesinne veroorsaak het (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:2).

3.2.8.9 Traumatiese belewenis

Ses respondente het melding gemaak van verskeie gebeure wat hulle as traumaties beleef het.

Een respondent het genoem dat die feit dat haar eggenoot haar nie meer herken as sy huweliksmaat nie, die “*ergste van alles*” was.

'n Ander respondent het dit so gestel: “*dit was 'n geweldige skok vir my ... jy kan nie 'n knoop aanwerk nie!...want sy was 'n naaldwerkonderwyseres*”. Nog 'n respondent beskryf die feit dat die pasiënt nie meer wil skilder soos voorheen, as 'n “*traumatiese ondervinding*”.

Een respondent het die kwessie rondom hulpverlening met die bad die van pasiënt soos volg beskryf: *“Dit was vir my in die begin vreeslik swaar”*. In hierdie geval was die respondent die pasiënt se seun.

‘n Ander respondent het genoem dat die feit dat die pasiënt nie meer kon saamgaan kerk toe nie *“’n baie traumatiese ervaring”* was.

Een respondent het gesê: *“Dis al wat my die meeste gevang het ook, hy’s ‘n sag, saggearde man gewees...nou’s hy soos die duiwel”*.

‘n Ander respondent het te kenne gegee: *“Dit maak jou ook klaar om te sien watter effek dit op hulle (die kinders) het”*. Hierdie respondent beleef dit traumaties om te sien hoe die siekte van ‘n ouer die kinders affekteer.

Hinds in Haley (1997:S25) beskryf die aanskouing van die agteruitgang, die lyding en die dood van ‘n geliefde met demensie, as van die mees traumatiese ervarings van tuisversorging.

3.2.8.10 Onverdraagsaamheid

Agt uit die nege respondente het melding gemaak van verskeie vorme van onverdraagsaamheid.

Vyf respondente het genoem dat hulle soms geïrriteerd raak met die pasiënt se optrede, byvoorbeeld wanneer die pasiënt los ware in die huis rondra, of waar die tuisversorger sukkel met die aantrek van die pasiënt, en selfs wanneer die pasiënt aanhoudend dieselfde vrae vra.

Een respondent het genoem dat daar 'n gevoel van onverdraagsaamheid ontwikkel het teenoor ander mense as gevolg van die situasie waarin sy haarself bevind. Hierdie respondent het haar gevoelens soos volg verwoord: *“Jy is besonder geïrriteerd met mense... nie eintlik kan sien wat in jou lewe aangaan nie”* en *“dit maak 'n mens onverdraagsaam...ek is kort van draad, ek hou nie van nonsens nie...ek hou nie van ydelheid en nonsenspraatjies nie...ek het nie meer lus daarvoor nie”*.

Twee respondente het genoem dat hulle soms 'n gevoel van frustrasie beleef. Een respondent het gevoel dat frustrasie beleef word omdat daar nie *“huisgehou”* kan word in die pasiënt se teenwoordigheid nie. Hierdie respondent het 'n voorbeeld genoem: *“dan steel sy die nat koek, die deeg uit die ding uit en dan dra sy die koekiepan weg en o! jy weet jy wil skreeu”*. Die ander respondent het weer gevoel dat die feit dat sy *“haar wil”* op die pasiënt wil laat geld en dit nie so kan gebeur met 'n pasiënt met Alzheimer se siekte, 'n gevoel van frustrasie wek.

Vier respondente het melding gemaak van geduldigheid. Twee

respondente het genoem dat die versorging baie geduld nodig en dat dit met tyd aangeleer word. Een respondent het te kenne gegee dat die pasiënt se optrede en gedrag ongeduld veroorsaak. Die ander respondent het selfs erken dat sy glad nie geduld het nie.

Silverstone en Hyman in Glosser en Wexler (1985:232), Irvin en Acton (1997:69) asook *Alzheimers.com. Who are the caregivers?* (1999:2) is almal van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte gevoelens van frustrasie beleef.

3.2.9 FISIES

Agt uit die nege respondente het melding gemaak van die invloed wat die tuisversorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte op die fisieke aspek van hul lewe het.

3.2.9.1 Fisieke moegheid

Drie respondente het pertinent gesê dat hulle moeg is, as gevolg van die eise van tuisversorging. Nog 'n respondent het aangehaal: “*Fisies takel dit jou ook af, baie beslis, as jy homself wil versorg*”. 'n Ander respondent het genoem dat daar reeds soveel huishoudelike take is wat verrig moet word en dat onnodige werk soos byvoorbeeld regpak wat pasiënt omgekrap het, net te veel word.

Hambdy et al., in Irvin en Acton (1997:70), Gwyther (1998:17S) en Pruchino en Resch in Roberto et al., (1998:202) is almal van

mening dat fisieke uitputting 'n algemene kwessie is waarmee tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte te doen kry.

3.2.9.2 Hulpverlening

Vier respondente het melding gemaak van die invloed van hulpverlening tydens tuisversorging.

Twee respondente het te kenne gegee dat die beskikbaarheid van 'n huishulp die las van 'n tuisversorger heelwat verlig.

Drie respondente het ook gekla weens die feit dat pasiënte nie hulp kan verleen nie. Die versorging kom dus op die tuisversorger alleen neer.

In 'n studie wat gedoen is in die VSA het tot twee derdes van tuisversorgers genoem dat die pasiënt nie kan bad, aantrek of die toilet gebruik sonder hulp nie (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:2).

3.2.9.3 Fisieke aanranding

Slegs twee respondente het melding gemaak van fisieke aanranding deur die pasiënt. Een respondent het aangedui: “*hy wou my baie geslaan het ook, somer met die vuur*” en “*ek kan nie die aggressiefheid van hom vat nie, omdat ek dit nie gewoond is van hom nie*”. Die ander respondent het vertel: “*hy het my eendag aan die arm geslaan, 'n man wat glad nie aggressief was in sy*

lewe nie...saggeaarde mens".

Evans en Strumpf in Kolanowski en Garr (1999:278) is van mening dat 30 tot 50 persent van persone met demensie fisieke aggressiewe gedrag toon.

3.2.9.4 Veeleisend

Vier respondente het melding gemaak daarvan dat die versorging 'n veeleisende taak is. Respondente het gesê: *"dis swaar, dis nie maklik om hom te versorg nie, in die nag het ek baie gesukkel"*, *"die hantering van haar maak dit moeilik"* en *"dit verg geweldig baie van my"*.

Gwyther (1998:18S) is ook van mening dat die tuisversorging van pasiënte regtig 'n veeleisende werk is - met geen salaris, voordele, siekteverlof of vakansie nie.

3.2.9.5 Invloed op gesondheid

Alhoewel die literatuur volop melding maak van die invloed wat tuisversorging van pasiënte met Alzheimer se siekte op tuisversorgers se gesondheid uitoefen, was daar in hierdie studie slegs twee respondente wat te kenne gegee het dat daar wel sodanige invloed was.

Een respondent het aangedui: *"Ek beleef die versorging baie negatief...so dat ek depressief geraak het"*. Hierdie respondent het

ook genoem dat die behandeling vir die depressie effektief is.

Die ander respondent het gesê: “*Ek het net gevoel my senuwees raak klaar... ek het 'n ligte beroerte gehad*”. Hierdie respondent is vervolgens opgeneem in die hospitaal.

Verskeie outeurs is van mening dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte meestal die versorging behartig ten koste van hul eie gesondheid (Irvin & Acton, 1997:69, Haley, 1997: S26, Gwyther, 1998:18S, Pruchino & Resch in Roberto et al., 1998: 202, Kiecolt-Glaser et al., in Wright et al., 1998:76, *Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver.* 1999:3 en *Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:2).

‘n Aantal negatiewe gevolge van tuisversorging sluit in: aantasting van immuunsisteem (Kiecolt-Glaser et al., in Haley, 1997:S26), verhoogde bloeddruk (King, Oka & Young in Haley, 1997: S26), veranderde plasmalipiedvlakke (Vitaliano, Russo & Niaura in Haley, 1997:S26), swak selfsorg, waaronder ‘n tekort aan oefening en slaap (Fuller-Jonap & Haley in Haley, 1997:S26) en verhoogde gebruik van psigotropiese middels (Schulz et al., in Haley, 1997:S26).

Die teendeel is egter ook bewys. Studies het getoon dat baie tuisversorgers nie werklik ‘n negatiewe effek in hul gesondheid opmerk nie (George & Gwyther in Dillehay & Sandys, 1990:278,

Colerick & George in Dillehay & Sandys, 1990:278 en Schulz et al., in Haley, 1997:S26).

In hierdie studie het die oorblywende sewe respondente egter nooit pertinent genoem dat daar enige negatiewe effek op hul gesondheid is nie.

3.2.10 RUIMTE

3.2.10.1 Leefruimte ingeperk

Een respondent het genoem dat die pasiënt te veel met die huishouding ingemeng het en dat 'n ekstra kamer en badkamer aangebou is, wat die versorging vergemaklik het.

Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver. (1999:2) noem dat dit belangrik is om die ruimte in die huis in ag te neem, alvorens 'n persoon besluit om 'n pasiënt met Alzheimer se siekte te huisves en te versorg. Daar moet vooraf beplan word hoe die gesin sonder byvoorbeeld 'n gastekamer of studeerkamer klaar sal kom.

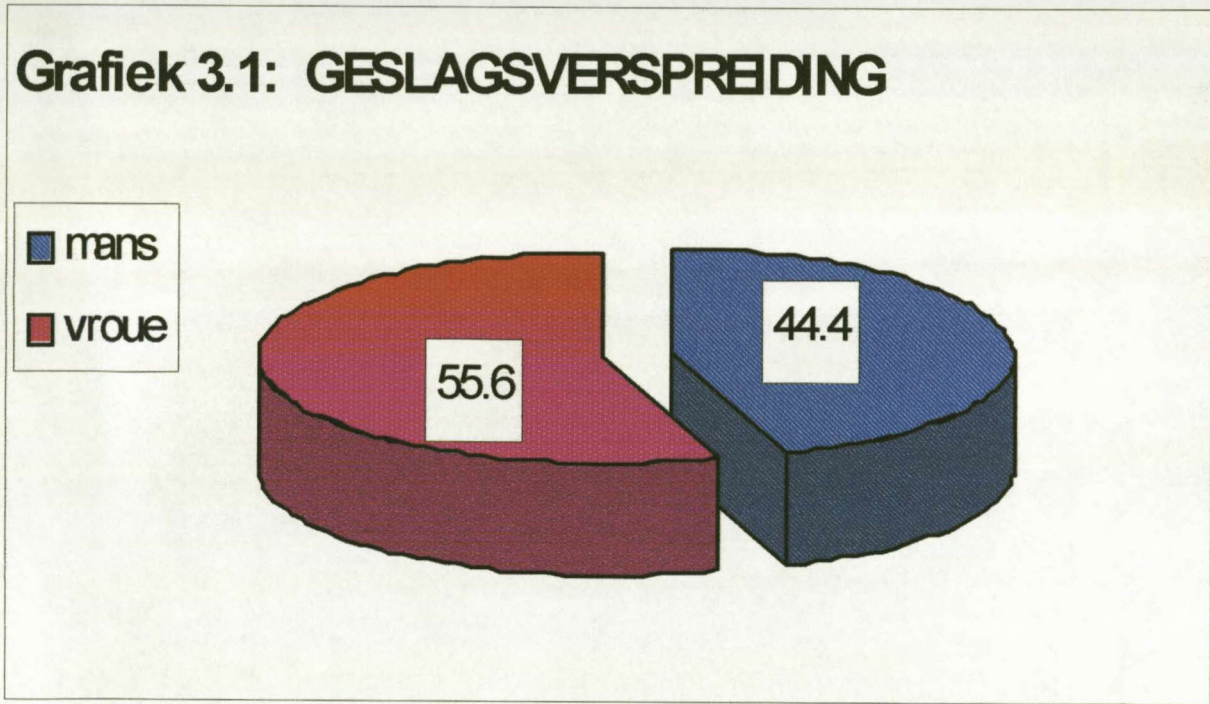
3.3 FASE II

In fase II het data-insameling geskied met behulp van 'n vraelys. Hierdie vraelys bestaan uit twee afdelings, naamlik Afdeling A, die profiel van die tuisversorger en Afdeling B, die versorgingsomgewing.

3.3.1 Afdeling A: Profiel van die tuisversorger

3.3.1.1 Geslag

Van die nege respondente was vier mans en vyf vroue. Hierdie neiging stem in 'n mate ooreen met studies wat in die VSA uitgevoer is, wat daarop dui dat tot 80 persent van primêre tuisversorgers vroue is (Robinson in Irvin & Acton, 1997:69 en *Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:1). Grafiek 3.1 stel data met betrekking tot die geslag van die respondente grafies voor.

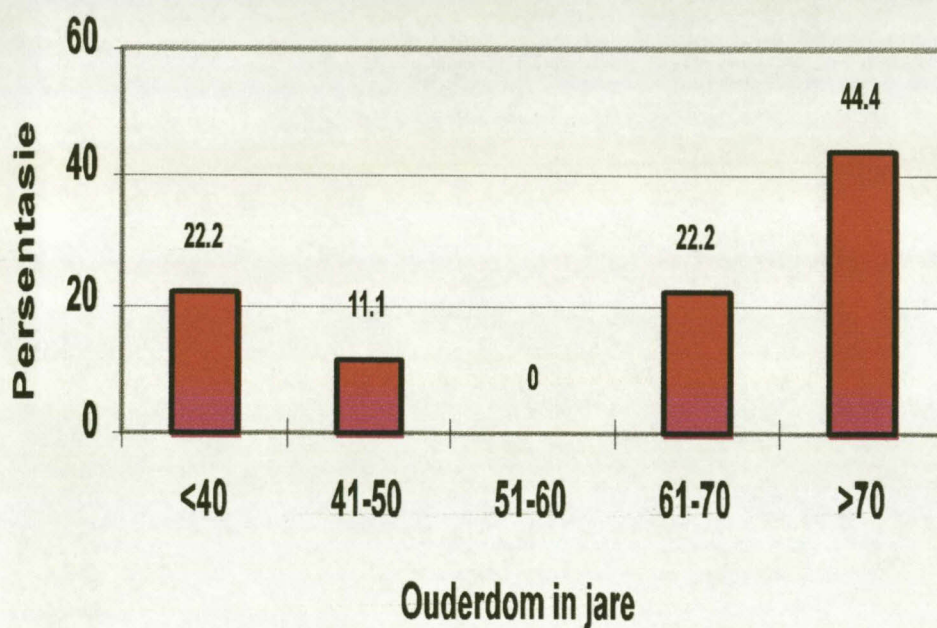


Grafiek 3.1: Geslagsverspreiding

3.3.1.2 Ouderdom

Die ouderdomme van respondente het heelwat gewissel. Twee respondente was < 40 jaar, een tussen 41 en 50 jaar, twee tussen 61 en 70 jaar en vier was > 70 jaar. Volgens literatuur varieer ouderdomme van tuisversorgers van tieners tot persone in hul negentigs (*Alzheimers.com. Who are the caregivers?* 1999:1). Grafiek 3.2 bevat data met betrekking tot die ouderdomme van respondente.

Grafiek 3.2: OUDERDOMSVERSPREIDING



Grafiek 3.2: Ouderdomsverspreiding

3.3.1.3 Verwantskap

Die verwantskap van die tuisversorger met die pasiënt was in die oorgrote meerderheid 'n eggenoot of eggenote, naamlik ses van die nege respondente. Twee tuisversorgers was 'n seun/dogter en een was 'n skoondogter.

Volgens Mittelman, Ferris, Steinberg, Shulman, Mackell, Ambinder en Cohen (1993:730) is die primêre tuisversorger gewoonlik 'n huweliksmaat indien die pasiënt 'n huweliksmaat het. George en Ghyther in Dillehay en Sandys (1990:226) is ook van mening dat huweliksmaats, asook volwasse kinders en skoonkinders meer dikwels tuisversorgers is. In tabel 3.2 volg 'n uiteensetting hiervan.

Tabel 3.2: Verwantskap van tuisversorgers

Verwantskap	n - 9	%
Eggenoot/Eggenote	6	66,7
Seun/Dogter	2	22,2
Skoonseun/Skoondogter	1	11,1
Vriend/vriendin	-	-
Ander	-	-

3.3.1.4 Huwelikstatus

Met die bepaling van die huwelikstatus van die respondente was al nege respondente getroud. Hierdie faktor is veral belangrik waar die huweliksmaat nie die pasiënt is nie. Bykomende

verantwoordelikheid en spanning as gevolg van die versorging van die pasiënt mag moontlik 'n effek op die huwelik hê (*Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver. 1999:1*).

3.3.1.5 Inwonende kinders

Drie uit die nege respondente het kinders wat tuis woon.

“Kids will be kids, and a lot of what kids do can be very upsetting to people with Alzheimer’s disease. Likewise, a lot of what people with Alzheimer’s disease do can upset kids.” Die teenwoordigheid van die pasiënt mag moontlik die verhouding tussen ouer en kind beïnvloed (*Alzheimers.com. Preparing to be a caregiver. 1999:1*).

3.3.1.6 Ouderdom van inwonende kinders

Ouderdomme van respondente se inwonende kinders varieer tot ouderdom 18 jaar. Twee kinders was < 10 jaar en twee kinders was tussen 10 en 18 jaar oud.

3.3.1.7 Inwonende kinders se bydrae tot versorging

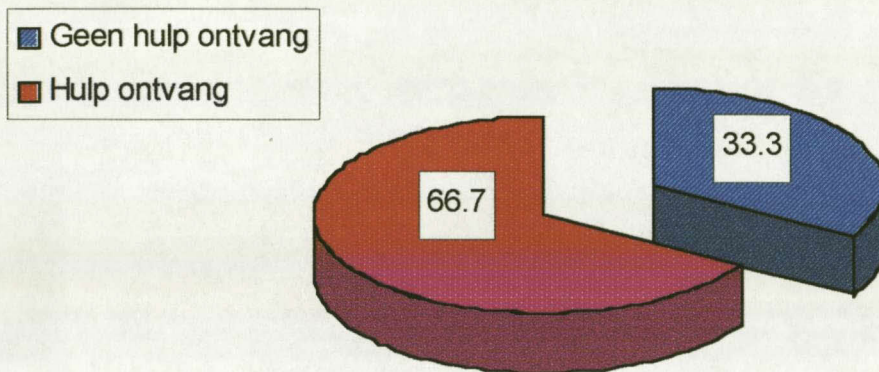
Kinders wat tuis woon het geen bydrae gelewer tot die versorging van die pasiënt nie.

3.3.1.8 Hulp van ander persone met versorging

Ses respondente het hulp ontvang van ander persone met die versorging van die pasiënt, terwyl drie respondente die versorging alleen behartig het.

Hierdie studie stem ooreen met die mening dat ongeveer 'n derde van tuisversorgers die versorging sonder hulpverlening uitvoer (*Alzheimer.com. Who are the Caregivers?* 1999:1). Grafiek 3.3 stel dit grafies voor.

Grafiek 3.3: HULP MET VERSORGING VAN PASIËNT



GRAFIEK 3.3 Hulp met versorging van pasiënt

3.3.1.8(a) Persone wat hulp verskaf

Tuisversorgers wat hulp ontvang het, het dit grotendeels van buitebronne ontvang. Tabel 3.3 gee 'n uiteensetting.

Tabel 3.3: Persone wat hulp verskaf

Hulpverskaffer	n = 6
Huweliksmaat	2
Ouer	-
Broer/Suster	-
Vriende	-
Ander: Bediende	5
Lekeversorger	2

3.3.1.8 (b) Take verrig deur hulpverskaffer

Die tipe take wat deur die hulpverskaffer uitgevoer word, was hoofsaaklik in en om die huishouding asook hulp met die versorging van die pasiënt.

Tabel 3.4: Take verrig deur hulpverskaffer

Take verrig	n = 6
Huis skoonmaak en wasgoed versorg	4
Pasiënt bad en aantrek	4
Toesig hou oor pasiënt	3
Kosmaak	3

3.3.1.9 Ander persone wat versorging benodig

Van die nege respondente was daar slegs twee respondente wat 'n tweede persoon moes versorg. Hierdie twee respondente moes onderskeidelik 'n baba en 'n bejaarde ouer versorg. Nog twee

respondente het wel skoolgaande kinders tuis, maar het hierdie kinders nie as persone wat versorging benodig gesien nie.

3.3.1.10 Beroep

Ses van die respondente was reeds afgetree. Die oorblywende drie respondente was onderskeidelik 'n finansiële bestuurder, sekretaresse en sakevrou.

Van hierdie drie respondente wat in 'n beroep gestaan het, is slegs een respondent se beroep negatief beïnvloed deur die versorging van die pasiënt. Hierdie respondent voel dat haar werk agter raak, dat sy nooit betyds is vir haar afspraak nie en meen dit veroorsaak groter spanning.

Een respondent se beroep is glad nie beïnvloed deur die versorging van die pasiënt nie, terwyl die ander respondent haar beroep as 'n ontvlugting beskou.

'n Studie wat gedoen is in die VSA het bewys dat tot 20 persent van tuisversorgers hul beroep moes opgee as gevolg van die eise van die versorging terwyl tot 33 persent van tuisversorgers wat steeds in 'n beroep gestaan het, van mening was dat hulle minder produktief by die werk funksioneer (*Alzheimers.com. How does Caregiving affect them?* 1999:3).

Hierdie studie het egter baie afgetredenes bevat en 'n vergelykende

gevolgtrekking kan dus nie regtig uit die data gemaak word nie.

3.3.1.11 Opleiding

Ses respondente se hoogste vlak van opleiding was standerd 9 (graad 11) of standerd 10 (graad 12). Die ander drie respondente het naskoolse opleiding ontvang.

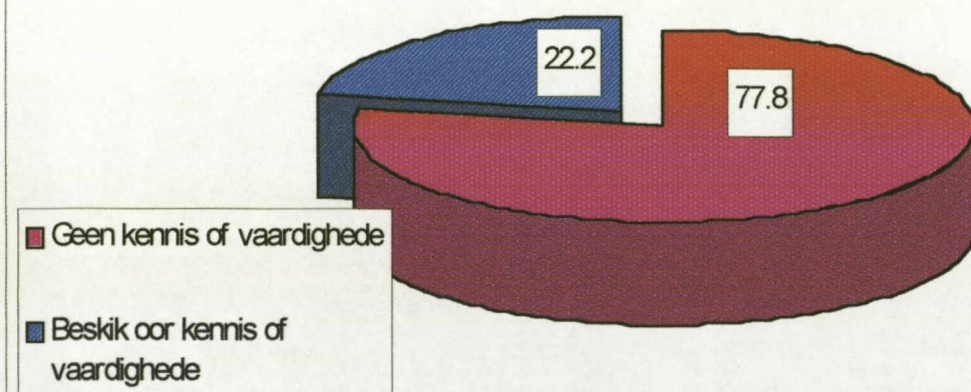
3.3.1.12 Kennis of vaardighede van versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte

Die meerderheid respondente, naamlik sewe, het geen kennis of vaardigheid in die versorging van die pasiënt gehad nie. Twee respondente meen egter dat hulle wel kennis rondom Alzheimer se siekte opgedoen het, naamlik deur in boeke, tydskrifte en op die Internet na te lees oor wat die siekte behels.

Wilen, Harman en Alexander-Israel (1997:44) is van mening dat wanneer tuisversorgers oor meer kennis rondom die siekte beskik, dit makliker is om te verseker dat die pasiënt met Alzheimer se siekte korrek hanteer word. Volgens Rabins (1998:25) is ondersteuning wat gegrond is op die verskaffing van inligting en kennis rondom die siekte, baie effektief in die hantering van emosionele morbiditeit by die tuisversorger.

Die afleiding wat gemaak kan word is dat hierdie sewe respondente die versorging emosioneel baie negatief beleef. Sien grafiek 3.4 vir 'n uiteensetting.

Grafiek 3.4: KENNIS EN VAARDIGHED E ROND OM ALZHEIMER SE SIEKTE



Grafiek 3.4: Kennis en vaardighede rondom Alzheimer se siekte

3.3.1.13 Rede vir versorging

Respondente se redes waarom hulle die versorging behartig het in 'n mate ooreengestem, maar soms ook verskil. Tabel 3.5 gee 'n uiteensetting van die redes vir versorging.

Tabel 3.5: Redes vir versorging

Respondent nommer	Liefde	Finansieël goedkoper	Gerieflik vir pasiënt	Gelofte aan die Here	Afskeid te veel	Jammerte	Plig
1			•		•		
2					•		
3	•		•			•	
4							•
5			•				
6	•						
7				•			
8		•	•				
9	•						

In ‘n studie wat in die VSA gedoen is, het 96 persent van tuisversorgers die versorging ‘n “labor of love” genoem. Hulle rede vir versorging was dus in die eerste plek liefde (*Alzheimers.com. Who are the caregivers.* 1999:2)

Alhoewel slegs drie respondente pertinent liefde as rede genoem het, kan die meeste van die ander redes aan liefde gekoppel word, soos byvoorbeeld as ‘n tuisversorger die gerieflikheid van die pasiënt so hoog stel of as die tuisversorger nie graag afskeid wil neem van die pasiënt nie, moes liefde vir die pasiënt tog hierdie redes geïnspireer het.

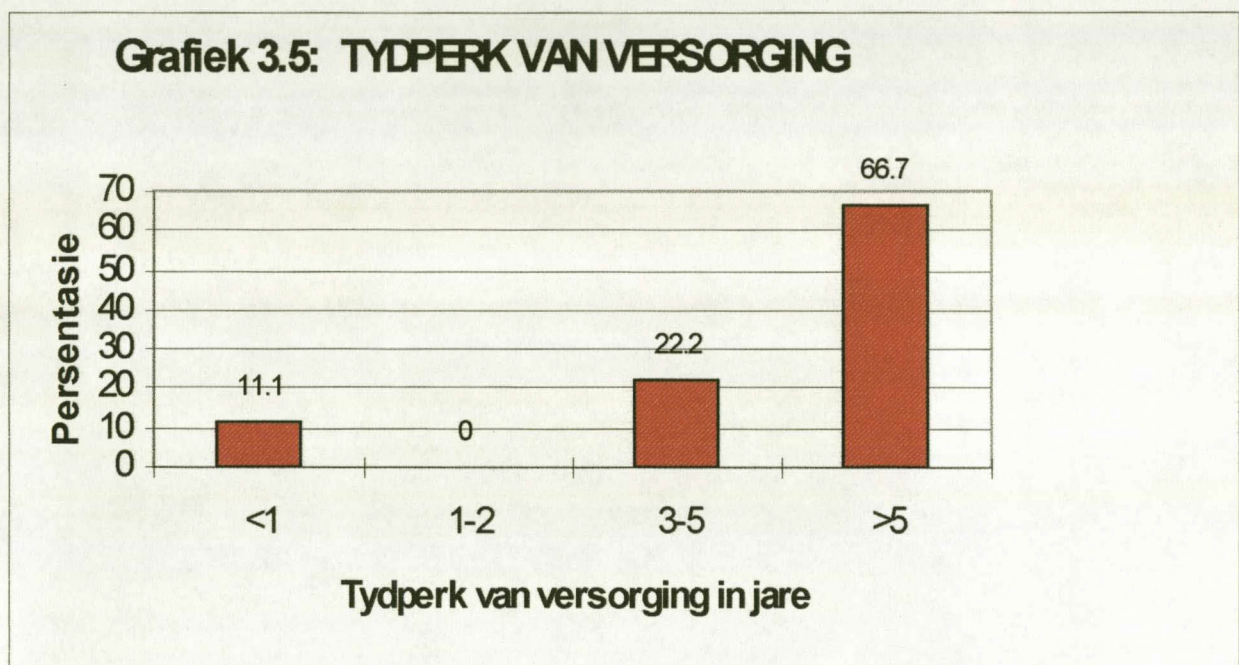
3.3.1.14 Tydperk van versorging

Van die nege respondente het een respondent die pasiënt vir ‘n

tydperk van minder as 'n jaar versorg. Twee respondente het vir 'n tydperk van 3 tot 5 jaar die pasiënt versorg en ses respondente het vir langer as 5 jaar die pasiënt versorg.

Volgens 'n studie in die VSA was twee derdes van tuisversorgers vir meer as twee jaar verantwoordelik vir versorging (*Alzheimer.com. Who are the caregivers?* 1999:2).

In hierdie studie het agt respondente ook die versorging vir meer as twee jaar behartig. Sien grafiek 3.5 vir 'n uiteensetting.



Grafiek 3.5: Tydperk van versorging

3.3.2 Afdeling B: Versorgingsomgewing

3.3.2.1 Buitenshuise omgewing

Vier respondente was van mening dat hul huis nie ten volle omhein was om die pasiënt tuis te hou nie. Hierdie situasie is potensieel gevaarlik vir die pasiënt en baie senutergend vir die tuisversorger (*Alzheimers.com. Caring for your loved one.* 1999:5).

Die meerderheid respondente was gerus dat die loopoppervlak veilig is.

3.3.2.2 Binneshuise omgewing

Oor die algemeen het respondente gevoel dat die binneshuise omgewing veilig is vir die pasiënt.

3.3.2.3 Slaapvertrek van pasiënt

Vier van die nege respondente het die slaapkamer met die pasiënt gedeel; hierdie respondente was almal huweliksmaats van die pasiënte. Die ander vyf respondente het verkies om nie 'n slaapkamer met die pasiënt te deel nie; twee van hierdie vyf respondente was huweliksmaats van die pasiënte.

Al nege respondente het die slaapkamer van die pasiënt met persoonlike besittings versier en die pasiënte het toegang

gehad tot 'n radio of televisie. Volgens Sonnenberg (1993:16) is dit belangrik om die pasiënt se omgewing bekend te hou en die pasiënt betrokke te hou deur gereelde oriëntasie met behulp van die radio, televisie en kalenders.

3.3.2.4 Badkamer

Ses respondente se badkamers was nie ingerig om die versorging te vergemaklik nie. Die drie respondente wat wel genoem het dat die badkamer spesiaal ingerig is, het voorbeelde genoem soos 'n spesiale stort deur wat wyd oopmaak, geen trappie voor die stort nie, 'n handstort en handrelings by die bad.

3.3.2.5 Hulpmiddels om versorging van pasiënt te vergemaklik

Vier respondente het addisionele hulpmiddels aangeskaf om die versorging van die pasiënt te vergemaklik.

Hierdie hulpmiddels was onderskeidelik doeke, plastiese broekies, matrasoortreksels en kotkante. Een respondent het 'n spesiale bed vir 'n bedlêende pasiënt aangeskaf, asook 'n voedselverwerker om spesiale kos voor te berei.

Vervolgens word die versorgingsomgewing in tabel 3.6 voorgestel.

Tabel 3.6: Versorgingsomgewing

		n=9	
		Ja	Nee
1.	BUITENSHUISE OMGEWING		
1.1	Ten volle omheın om pasiënt tuis te hou	57	4
1.2	Veilige loopoppervlak		2
2.	BINNESHUISE OMGEWING		
2.1	Voldoende beweegruimte	97	-
2.2	Veilig vir pasiënt		2
3.	SLAAPVERTREK VAN PASIËNT		
3.1	Pasiënt deel slaapvertrek met ander	49	5
3.2	Vertrek is versier met persoonlike besittings van pasiënt		-
4.	BADKAMER		
4.1	Badkamer ingerig om versorging te vergemaklik	3	6
5.	ADDISIONELE HULPMIDDELS		
5.1	Addisionel hulpmiddels aangeskaf om versorging te vergemaklik	4	5

3.4 VELDNOTAS

Veldnotas is deurentyd geneem tydens data-insameling. Hierdie veldnotas word vervolgens bespreek volgens die vier tipes soos uiteengesit deur Schatzman en Strauss in Wilson (1989:434), naamlik observasie-, teoretiese, metodologiese en persoonlike notas.

3.4.1 Observasie notas

Observasienotas is 'n beskrywing van die wie, wat, waar en hoe van die situasie (Schatzman & Strauss in Wilson, 1989:435) (sien tabel 3.7).

3.4.2 Teoretiese notas

Tydens die neem van teoretiese notas is 'n doelgerigte poging aangewend om betekenis vanuit die observasienotas te verkry (Schatzman & Strauss in Wilson, 1989:435) (sien tabel 3.7).

3.4.3 Metodologiese notas

Metodologiese notas is waar die navorser instruksies aan haarself gee en kritiek aangaande die metodologiese benaderings lewer (Schatzman & Strauss in Wilson, 1989:436). Sommige respondente was geneig om baie van die onderwerp af te dwaal en die navorser het dit moeilik gevind om die respondente gefokus te hou. Dit het gelei tot onnodig uitgerekte gesprekke.

Die navorser het wel nie-verbale gerusstelling aan die respondente gegee wanneer hulle emosioneel ontsteld voorgekom het, maar het hulle nie aangemoedig om hierop uit te brei nie. Die respondente was geneig om dadelik die onderwerp te verander, moontlik om 'n ongemaklike situasie te vermy. Die navorser het dit as 'n uitweg beskou om ook ongemaklike situasies te vermy.

Tydens die onderhoude waar daar onderbrekings teenwoordig was, het die navorser die onderhoude laat voortduur deur middel van opsomming en omskrywing.

Tabel 3.7: Observasie- en teoretiese notas

OBSERVASIENOTAS	TEORETIESE NOTAS
Oor die algemeen was die respondente op hul gemak in die teenwoordigheid van die navorser. Sewe van die nege onderhoude het in 'n informele geselstrant verloop, terwyl die ander twee onderhoude op 'n meer formele wyse plaasgevind het.	Respondente het op hul gemak gevoel omdat die navorser haarself op haar noemnaam voorgestel het. Die navorser was ook nie in uniform geklee nie. 'n Moontlikheid waarom twee van die nege onderhoude meer formeel verloop het, is omdat die respondente 'n formele houding teenoor die navorser ingeneem het. Die navorser het dus hiermee voortgegaan.
Drie van die nege respondente was met tye baie emosioneel gewees, terwyl die ander nie regtig emosies getoon het nie.	Hierdie drie respondente was almal huweliksmats van die pasiënt. Hierdie respondente versorg die pasiënte reeds 'n geruime tyd en mag moontlik 'n intense gevoel van verlies ervaar, selfs al het die pasiënt nog nie gesterf nie (Jones & Martinson, 1992:175). Wasow en Coon in Jones en Martinson (1992:172) is van mening dat huweliksmats van pasiënte met Alzheimer se siekte hierdie gevoel van verlies baie erger beleef as persone in ander situasie.
Die omgewing waarin die onderhoude uitgevoer is, was meestal nie steurend gewees nie, met die uitsondering van drie onderhoude. Een respondent moes terselfdertyd na haar baba omsien. Tydens die ander twee onderhoude was daar onderbrekings, onder andere waar die respondent 'n telefoonoproep moes beantwoord en waar die huishulp tee geskink het.	Volgens die navorser het die omsien na die baba die respondent se konsentrasie en meelewing in die gesprek beïnvloed. Die ander onderbrekings was hanteerbaar en die gesprek kon maklik weer hervat word.
Slegs een respondent was baie terughoudend en die navorser het dit baie moeilik gevind om inligting te bekom.	Hierdie respondent was 'n bejaarde man. Uit die onderhoud blyk dit dat die tuisversorging van sy eggenoot met Alzheimer se siekte nie sy lewe veel beïnvloed het nie. Horowitz, Jutras en Veilleux, Miller en Cafasso asook Stoller in Irvin en Acton (1997:69) is van mening dat manlike tuisversorgers heelwat minder negatiewe gevolge van tuisversorging meld as vroulike tuisversorgers.

3.4.4 Persoonlike notas

Persoonlike notas is aantekeninge van die navorser se eie reaksies en ervaring (Schatzman & Strauss in Wilson, 1989:436).

Wanneer respondente gehuil het tydens die vertelling van hulle belewenis het die navorser soms ongemaklik gevoel, maar in sommige gevalle hartseer.

Die navorser het soms 'n gevoel van frustrasie beleef wanneer respondente baie afdwaal en aanhoudend praat oor onderwerpe wat nie vir die studie van belang is nie.

Die navorser het ook in die teenwoordigheid van een respondent baie senuweeagtig en ongemaklik gevoel.

3.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die resultate van die studie weergegee, asook die literatuurkontrole. Vervolgens sal gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak word op grond van die resultate van die studie en die literatuur.

HOOFSTUK 4

GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN TEKORTKOMINGE

4.1 INLEIDING

In hoofstuk 3 is data geanaliseer en bespreek aan die hand van toepaslike literatuur. Gevolgtrekkings, aanbevelings en tekortkominge word vervolgens in hoofstuk 4, die finale hoofstuk, bespreek.

4.2 GEVOLGTREKKINGS

In Suid-Afrika is subsidies aan bejaardesorgeenhede afgeskaal. Dit het daartoe gelei dat bejaardes meer dikwels in die gemeenskap bly woon en daar versorg word.

Met 'n chroniese toestand soos Alzheimer se siekte word baie tyd aan versorging en toesig afgestaan. Hierdie progressiewe, degeneratiewe siekte van die brein beïnvloed die individu se sosiale vaardigheid, fisieke aktiwiteite, kognitiewe denke, gedrag en werksverrigting (Gwyther, 1998:17S). Alzheimer se siekte word ook gekenmerk deur ingekorte oordeel, asook gedrag soos herhaaldelike vrae, aanhoudende eise vir aandag en verbale of fisieke aggressie (Wright et al. 1998:76).

Die probleem is egter dat dit meestal een en dieselfde persoon is wat na hierdie pasiënte omsien (Gwyther, 1998:18S). *"Caring for a loved one with Alzheimer's disease takes the patience of Job, the wisdom of Solomon and the selflessness of a saint"*

(*Alzheimers.com. Caring for a loved one. 1999:1*).

Baie min mense beskik egter oor al hierdie kwaliteite om die pasiënt te kan versorg. Sodanige abnormale gedrag van 'n geliefde plaas 'n groot las op die tuisversorger (Gwyther, 1998:18S). Ten einde hierdie tuisversorgers effektief te kan ondersteun, moet elke individu se behoeftes bepaal word.

In hierdie studie is die belewenis van tuisversorgers ondersoek, en die versorgingsomgewing en die profiel van die tuisversorger is beskryf, ten einde riglyne vir die ondersteuning van tuisversorgers te ontwikkel.

4.2.1 Belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte

Die belangrikste gevolgtrekkings oor die belewenisse van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte wat uit hierdie studie gemaak is, word vervolgens weergegee.

4.2.1.1 Geloof

Uit die studie het dit duidelik geword dat respondente bewus is van God se krag en hul afhanklikheid daarvan, asook die wil van God rondom die sin van die siekte.

4.2.1.2 Eties

Wat die etiese aspek betref, het respondente genoem dat dit belangrik is om te poog om die situasie te aanvaar, aangesien dit help in die hantering daarvan.

Respondente het ook gevoel dat wanneer daar 'n sterk band van liefde tussen die tuisversorger en die pasiënt is, die versorging vergemaklik word.

4.2.1.3 Esteties

Alhoewel Fuller-Jonap en Haley in Haley (1997:S26) noem dat tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n risiko loop ten opsigte van swak selfsorg, het slegs een respondent in hierdie studie daarvan melding gemaak.

4.2.1.4 Ekonomies

Heelwat respondente het genoem dat die tuisversorging van pasiënte met Alzheimer se siekte 'n geweldige finansiële las is. Dit blyk dat dit die gevolg is van onkunde rondom die siektetoestand, soos byvoorbeeld blyk uit die aankoop van onnodige hulpmiddels. Skade is ook deur pasiënte aan huishoudelike besittings aangerig.

4.2.1.5 Sosiaal

Uit die data is dit duidelik dat respondente die ondersteuning van familie en vriende hoog ag, maar niteenstaande word vriende minder en konflik tussen familieleden vermeerder.

Respondente is ook van mening dat die huwelik en kinders wat tuis woon negatief beïnvloed word deur die tuisversorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte.

Die oorgrote meerderheid van respondente het daarvan melding gemaak dat hul vryheid ingeperk word as gevolg van die verantwoordelikheid teenoor die pasiënt.

Daar word in die literatuur melding gemaak van die negatiewe invloed wat tuisversorging op die tuisversorger se beroep het. In hierdie studie was die meerderheid respondente afgetredenes en dus het net enkeles hiervan melding gemaak.

4.2.1.6 Linguaal

Respondente het genoem dat die kommunikasie tussen die tuisversorger en die pasiënt moeilik is. Dit lei daartoe dat behoeftes en boodskappe moeilik oorgedra word en sodoende word versorging bemoeilik.

4.2.1.7 Logies

Oor die algemeen blyk dit dat respondente bewus is daarvan dat indien hulle kennis rondom Alzheimer se siekte meer uitgebreid was, die versorging makliker sou wees.

4.2.1.8 Psigies

Die aspek wat die meeste beïnvloed word deur die tuisversorging van 'n pasiënt met Alzheimer se siekte, blyk die psigiese aspek te wees.

Respondente het gemengde gevoelens geopenbaar, onder andere

gevoelens van hartseer, woede, haat, skaamte, vrees, jammerte, bekommernis, spanning, frustrasie, irritasie, onverdraagsaamheid, asook depressiewe gevoelens en traumatiese belewenisse.

4.2.1.9 Fisies

Die meerderheid respondente het melding gemaak van die fisieke aspek.

Respondente het genoem dat veral fisieke moegheid intree, maar dat hulpverlening deur ander persone die las van tuisversorging heelwat verlig.

4.2.1.10 Ruimte

Ruimte in die huis speel 'n rol, veral wanneer daar kinders is wat tuis woon.

4.2.2 PROFIEL VAN DIE TUISVERSORGER

Die profiel van 'n tipiese tuisversorger in hierdie studie lyk soos volg:

- vroue maak 55,6 persent van tuisversorgers uit;
- 44,4 persent van tuisversorgers is ouer as 70 jaar;
- die verwantskap van tuisversorgers met die pasiënt is in 66,7 persent van die gevalle 'n eggenoot of eggenote;
- tuisversorgers is almal getroud;
- 33,3 persent van tuisversorgers het inwonende kinders, maar kinders lewer geen bydrae tot versorging nie;
- 66,7 persent van tuisversorgers het hulp ontvang met die versorging;

- persone wat hulp verskaf is meestal 'n huishulp wat verantwoordelik is vir sommige huishoudelike take, asook die bad en aantrek van die pasiënt en vir toesighouding;
- slegs 22,2 persent is verantwoordelik vir die versorging van 'n tweede persoon;
- 66,7 persent is afgetree;
- vlak van opleiding: 66,7 persent van tuisversorgers het gematrikuleer;
33,3 persent van tuisversorgers het tersiêre opleiding ontvang;
- tuisversorgers beskik oor weinig kennis rondom die siekte;
- redes vir tuisversorging sluit in liefde vir die pasiënt, die strewe na gerieflikheid vir die pasiënt en finansiële oorwegings; en
- 55,7 persent van tuisversorgers versorg die pasiënt reeds vir 'n tydperk van meer as vyf jaar.

4.2.3 VERSORGINGSOMGEWING

- 44,4 persent van tuisversorgers het genoem dat hul woning nie ten volle omhein is om die pasiënt tuis te hou nie. Dit kan lei tot onnodige spanning;
- die binneshuise omgewing was nie vir die tuisversorgers 'n probleem nie. Die huis is so ingerig dat dit veilig is vir die pasiënt;
- die pasiënte se slaapkamers is baie "pasiënt-vriendelik" ingerig, byvoorbeeld met persoonlike besittings en toegang tot 'n radio;
- 66,7 persent van badkamers is nie ingerig om versorging te vergemaklik nie; en

- 44,4 persent van tuisversorgers het addisionele hulpmiddels aangeskaf.

4.3 AANBEVELINGS

4.3.1 VERPLEEGKUNDIGE AANBEVELINGS TEN OPSIGTE VAN ONDERSTEUNING AAN TUISVERSORGERS

Vanuit die studie en toepaslike literatuur blyk die volgende faktore as ondersteuning vir versorgers te wees:

Gemeenskapsverpleegkundiges moet:

- Die kerklike instansies in gemeeskappe besoek en inlig aangaande die behoefte wat tuisversorgers ervaar ten opsigte van kerkbywoning, en dat dit nie bevredig kan word as gevolg van die verantwoordelikheid teenoor die pasiënt. Vrywilligers kan in gemeentes gemobiliseer word om tuisversorgers gedurende eredienste af te los en selfs tydens bybelstudiesamekomste.
- 'n Ander moontlikheid is dat gemeentes preke op band gratis beskikbaar stel aan tuisversorgers, sodat hulle steeds tuis deel kan voel van hul onderskeie gemeentes.
- Bevordering van persoonlike geloofslawe deurdat mede-gelowiges meer tuisbesoeke aan versorgers bring, om sodoende aanmoediging te gee aan tuisversorgers rondom hul geloofslawe en hul daardeur bewus te maak van die innerlike krag wat hulle daaruit kan put.

- Ondersteuningsgroepe en vrywillige gemeenskapswerkers moet in noue kontak met mekaar wees, sodat tuisversorgers se behoeftes aangespreek kan word. Wanneer tuisversorgers nie die ondersteuningsgroepe se byeenkomste kan bywoon nie, kan vrywillige gemeenskapswerkers hierdie persone besoek om sodoende ondersteuning te verskaf. Daar kan gebruik gemaak word van reeds bestaande gemeenskapswerkers om hier behulpsaam te wees.
- Gereelde eendagkursusse deur verpleegkundiges kan aangebied word om gemeenskapswerkers toe te rus met kennis rondom die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte.

Die funksie van die ondersteuningsgroep en die gemeenskapswerkers behels die kapasiteitsontwikkeling van tuisversorgers deur die volgende aspekte aan te spreek:

- Betrokkenheid by ondersteuningsgroepe vir tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte is waardevol, veral omdat tuisversorgers hul gevoelens met ander families in dieselfde posisie kan deel om sodoende die aanvaardingsproses te fasiliteer.
- Bevrediging van die behoefte aan erkenning en positiewe versterking deur probleme met ondersteuningsgroep te bespreek.
- Aanmoediging van sosialisering deur gebruik te maak van tydelike lekeversorgers of selfs gemeenskapswerkers om na die pasiënt om te sien, sodat tuisversorgers sosiale aktiwiteite kan bywoon soos byvoorbeeld 'n vriend of familielid te besoek of oor te nooi.
- Selfverryking deur kreatiewe werk, byvoorbeeld kuns-, tuin- en

naaldwerk kan gestimuleer word deur die aanbieding van toepaslike praatjies of praktiese aanbiedinge deur ondersteuningsgroep.

- Instandhouding van persoonlike selfsorg om selfwaarde te verhoog, kan aangemoedig word deurdat gemeenskapswerkers die tuisversorger kan aflos vir byvoorbeeld 'n besoek aan die haarsalon.
- Bewusmaking van die invloed wat tuisversorging op die fisieke gesondheid van die tuisversorger het. Tuisversorging behoort nie ten koste van hul eie gesondheid uitgevoer te word nie. Vooraf beplanning deur gesin rakende die invloed van tuisversorging op die verhouding tussen ouers en kinders, hul vriendekring en die huwelik, deurdat die ondersteuningsgroep die gesin help beplan deur effektiewe kommunikasie.
- Uitbreiding van kennis van tuisversorgers rondom Alzheimer se siekte kan bevorder word deur die samestelling van 'n beknopte handleiding. Hierdie handleiding kan beskik oor die volgende inligting:
 - Beskrywing van die siekte.
 - Verloop van siekte.
 - Beplanning rondom finansiële uitgawes
 - Hantering van ontoepaslike gedrag
 - Veiligheid en gemak van pasiënt
 - Hanteringsmeganismes vir tuisversorgers
 - Beskikbare hulpbronne.

Hierdie handleiding kan versprei word by doktersspreekkamers, apteke, klinieke, biblioteke en kerke.

- In die VSA is 'n stelsel ontwikkel wat tuisversorgers in staat stel om telefonies raad en ondersteuning vanaf 'n professionele persoon te ontvang. Indien dit finansieel moontlik is, is dit toepaslik om 'n soortgelyke stelsel in Suid-Afrika te ontwikkel aangesien tussentredes wat fokus op die individu of die gesin se unieke behoeftes meer effektief is as ondersteuningsgroepe wat probleme in die algemeen hanteer. 'n Moontlikheid is om die privaat sektor te betrek om sodoende borge te verkry om 'n soortgelyke stelsel te ontwikkel.

4.3.2 Aanbevelings ten opsigte van verpleegkundige navorsing

Die navorser beveel aan dat:

- Die navorsing herhaal word op tuisversorgers in ander kulture.
- Tuisversorgers wat betrokke is by 'n ondersteuningsgroep se belewenis ook ondersoek word.
- Die steekproef van die studie opgedeel word in bejaarde tuisversorgers en tuisversorgers in vroeë en middelvolwassenheid, aangesien die verskillende ouderdomsgroepe se behoeftes verskil.

4.3.3 Aanbevelings ten opsigte van verpleegonderrig

Die navorser beveel aan dat:

- Studentverpleegkundiges bewus gemaak word van die behoeftes van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte; asook beskikbare ondersteuning soos bespreek in Verpleegkundige aanbevelings (sien bl 93).

4.4 TEKORTKOMINGE

- Die studie is slegs op Afrikaanssprekende tuisversorgers uitgevoer. Die belewenis van persone van ander kulture mag verskil.
- Aangesien die belewenis tydens die fenomenologiese onderhoud ondersoek is en daar dus nie aanleidende vrae gevra is nie, is daar min response oor wat die tuisversorgers as hulp en ondersteuning beskou.
- Die profiel van die tuisversorger en die versorgingsomgewing kan nie veralgemeen word nie, aangesien die steekproef slegs 'n aantal respondente bevat soos voldoende vir die fenomenologiese onderhoud.

4.5 SAMEVATTING

In hierdie studie is die belewenis van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte ondersoek. Dit is duidelik dat tuisversorgers die versorging baie negatief beleef.

Bevindinge in hierdie studie toon ook dat tuisversorgers baie ondersteuning hetsy emosioneel of prakties benodig.

1. ACTON, G.J., MAYHEW, P.A., HOPKINS, B.A. & YAUK, S. 1999. Communicating with Individuals with Dementia: The Impaired Person's Perspective. Journal of Gerontological Nursing, 25(2): 6-13.
2. BECK, C.T. 1993. Qualitative research. The Evaluation of its Credibility, Fittingness and Auditability. Western Journal of Nursing Research, 15(2): 263-266.
3. BENNETT, D.A. & EVANS, D.A. 1992. Alzheimer's Disease. Disease-a-month, January: 7-23.
4. BRENNER, M., BROWN, J. & CANTER, D. 1985. The Research Interview: Uses and Approaches. London: Academic Press.
5. BRINK, H.I.L. 1991. Quantitative vs Qualitative Research. Nursing RSA Verpleging, 6(1): 14-18.
6. BRINK, H.I.L. 1993. Validity and Reliability in Qualitative Research. Curationis, 16(2): 35-38.
7. BURNS, N. & GROVE, S.K. 1993. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
8. BURNS, N. & GROVE, S.K. 1997. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. Third edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
9. CARR, L.T. 1994. The Strenghts and Weaknesses of Quantitative and Qualitative Research: What Method for Nursing? Journal of Advanced Nursing, 20: 716-721.

10. CHANG, B.L. 1999. Cognitive-Behavioral Intervention for Homebound Caregivers of Persons with Dementia. Nursing Research, 48(3): 173-181.
11. CRESWELL, J.W. 1994. Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches. Thousand Oaks: SAGE Publications.
12. CUIJPERS, P., HOSMAN, C.M. & MUNNICHES, J.M. 1996. Change Mechanisms of Support Groups for Caregivers of Dementia Patients. International Psychogeriatrics, 8(4): 575-587.
13. DILLEHAY, R.C. & SANDYS, M.R. 1990. Caregivers for Alzheimer's Patients: What We are Learning from Research. Journal of Aging and Human Development, 30(4): 263-285.
14. DOOYEWEERD, H. 1935. De Wijsbegeerte der Wetsidee II. Amsterdam: H.J. Paris.
15. DOUGLAS, J.D. 1995. Creative Interviewing. Beverly Hills: SAGE Publications.
16. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. 1981. Effective Evaluation. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.
17. GLOSSER, G. & WEXLER, D. 1985. Participants' Evaluation of Educational/Support Groups for Families of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias. The Gerontologist, 25(3): 232-236.
18. GWYTHIER, L.P. 1998. Social Issues of the Alzheimer's Patient and Family. The American Journal of Medicine, 104(4A):17S-21S.
19. HAMBERG, K., JOHANSSON, E., LINDGREN, G. & WESTMAN, G. 1994. Scientific Rigour in Qualitative Research: Examples from a Study of Women's Health in Family Practice. Family Practice, 11(2): 176-181.
20. HALEY, W.E. 1997. The Family Caregiver's Role in Alzheimer's Disease. Neurology, 48(6): S25-S29.

21. IRVIN, B.L. & ACTON, G.J. 1997. Stress, Hope, and Well-Being of Women Caring for Family Members with Alzheimer's Disease. Holistic Nursing Practice, 11(2):69-79.
22. JASPER, M.A. 1994. Issues in Phenomenology for Researchers of Nursing. Journal of Advanced Nursing, 19:309-314.
23. JONES, P.S. & MARTINSON, I.M. 1992. The Experience of Bereavement in Caregivers of Family Members With Alzheimer's Disease. Journal of Nursing Scholarship, 24(3): 172-176.
24. JURKOWSKI, C.L. 1998. A Multi Disciplinary Approach to Alzheimer's Disease: Who should be Members of the Team? The American Journal of Medicine, 104(4A): 13S-16S.
25. KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. 1998. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Eight edition. Baltimore: Lippincott ,Williams and Wilkins.
26. KIECOLT-GLASER, J.K., DURA, J.R., SPEICHER, C.E., TRASK, J. & GLASER, R. 1991. Spousal Caregivers of Dementia Victims: Longitudinal Changes in Immunity and Health. Psychological Medicine, 53: 345-362.
27. KOLANOWSKI, A.M. & GARR, M. 1999. The Relation of Premorbid Factors to Aggressive Physical Behavior in Dementia. Journal of Neuroscience Nursing, 31(5): 278-284.
28. KOCH, T. 1994. Establishing Rigour in Qualitative Research: The Decision Trail. Journal of Advanced Nursing, 19: 976-986.
29. LINCOLN, Y. & GUBA, E. 1985. Naturalistic Inquiry. Londen: SAGE Publications.
30. LLOYD, P.A. 1997. Phenomenology for Beginners, a Practical Approach. Nursing News, August: 16-17.

31. METZLER, K. 1977. The Writer's Guide to Gathering Information by Asking Questions: Creative Interviewing. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
32. MITTELMAN, M.S., FERRIS, S.H., SHULMAN, E., STEINBERG, G. & LEVIN, B. 1996. A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease: A Randomized Controlled Trial. The Journal of the American Medical Association 276(21): 1725-1731.
33. MITTELMAN, M.S., FERRIS, S.H., STEINBERG, G., SHULMAN, E., MACKELL, J.A., AMBINDER, A. & COHEN, J. 1993. An Intervention that Delays Institutionalization of Alzheimer's Disease Patients: Treatment of Spouse-Caregivers. The Gerontologist, 33(6): 730-740.
34. MORSE, J.M. 1994. Critical Issues in Qualitative Research Methods. Thousand Oaks: SAGE Publications.
35. MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1988. Metodologie van die Geesteswetenskappe: Basiese begrippe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
36. POLIT, D.F. & HUNGLER, B.P. 1995. Nursing Research: Principles and Methods. Fifth edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
37. RABINS, P.V. 1998. The Caregiver's Role in Alzheimer's Disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, S3:25-28.
38. RASKIND, M.A., KNOPMAN, D.S., KHACHATURIAN, Z.S., GWYTHYER, L.P., JURKOWSKI, C.L., OVERMAN, W.H. & SMALL, G.W. 1998. Alzheimer's Disease: Making Progress Through a Multidisciplinary Approach. The American Journal of Medicine, 104(4A): 39S-42S.
39. 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, XII(4): 202-208.

40. SOUTH AFRICAN SOCIETY FOR NURSING RESEARCHERS (SASNR). 1996. Ethical Standards for Nurse researchers. Curationis, 19(1): 74-75.
41. SMIT, K. 1995. Wysbegeerte Diktaat. Kosmologie, 16-18.
42. SMITH, L. 1992. Ethical issues in interviewing. Journal of Advanced Nursing, 17: 98-103.
43. SONNENBURG, R. 1993. Communicating with the Dementia Patient. Rehabilitation in South Africa, June 14-19.
44. STUART, G.W. & SUNDEEN, S.J. 1995. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. First edition. London: Mosby.
45. THOITS, P.A. 1986. Social Support as Coping Assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(4): 416-423.
46. UYS, H.H.M. & BASSON, A.A. 1991. Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde. Tweede uitgawe. Pretoria: HAUM-Tersiêr.
47. UYS, L. & MIDDLETON, L. 1997. Mental Health Nursing, A South African Perspective. Third Edition. Kenwyn: Juta & Co, Ltd.
48. UYS, L.R. & MULDER, M. 1991. Verpleegkunde: Menslike, Wetenskaplike Gesondheidsorg. Hersiene Uitgawe. Pretoria: HAUM-Tersiêr.
49. WILEN, S.B., HARMAN, S.M. & ALEXANDER-ISRAEL, D. 1997. Home Care and the Alzheimer's Disease Patient: An Educational Imperative. Caring, 16(1): 44-49.
50. WILSON, H.S. 1989. Research in Nursing. Second Edition. California: Addison-Wesley Publishing Company.
51. WRIGHT, L.K., BENNET, G. & GRAMBLING, L. 1998. Telecommunication Interventions for Caregivers of Elders with Dementia. Advances in Nursing Science, 20(3): 76-88.

INTERNETBRONNE:

1. <http://www.alzheimers.com/health>. 1999. Caring for your loved one. July 8: 1-2.
2. <http://www.alzheimers.com/health>. 1999. Preparing to be a Caregiver. July 8: 1-4.
3. <http://www.alzheimers.com/health>. 1999. Who are the Caregivers? July 8: 1-4.

**BYLAE 1: GOEDKEURING DEUR
ETIEKKOMITEE**



Kantoor van die Direkteur: Administrasie
Fakulteit Gesondheidswetenskappe

☒ 339 BLOEMFONTEIN 9300
☎ (051) 405-3013 / 401-2847
e-pos GNDKLT@med.uovs.ac.za

REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA
TELEFAKS (051) 444 3103 SA

Navrae: Mev G Niemand

Tel 4053004

14 Maart 2000

ME A VENTER
POSBUS 11728
UNIVERSITAS
BLOEMFONTEIN
9321

Geagte Me Venter

ETOVS NR 50/00

NAVORSER: ME A VENTER

**PROJEKTITEL: BELEWENISSE VAN TUISVERSORGERS VAN PASIËNTE MET
ALZHEIMER SE SIEKTE.**

Gedurende die vergadering gehou op 14 Maart 2000 het die Etiekkomitee die bogenoemde protokol goedgekeur.

U aandag word daarop gevestig dat 'n vorderingsverslag ingehandig moet word nie later nie as 'n jaar na goedkeuring van bogenoemde studie.

Meld asseblief die Etovs nommer soos hierbo genoem in toekomstige korrespondensie, verslae en navrae.

Vriendelike groete

Die uwe

N/DIREKTEUR: GENEESKUNDE ADMINISTRASIE

BYLAE 2: ADVERTENSIE

ADVERTENSIE/ADVERTISEMENT

TUISVERSORGERS

Ek benodig dringend die hulp van tuisversorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte om deel te neem aan 'n navorsingsprojek oor die belewenis van tuisversorgers. Privaatheid sal gerespekteer word, asook minimale steuring in daaglikse roetine.

Kontak Annelie Venter by telefoonnommer (051) 5229551 of selfoonnommer 083 360 6552.

CAREGIVERS

I urgently require the help of caregivers of patients with Alzheimer's disease to participate in a research programme on the experience of caregivers. Privacy will be respected. Minimal disruption to daily routine.

**Contact Annelie Venter at telephone number (051) 5229551 or
Cell phone number 083 360 6552**

BYLAE 3: TOESTEMMINGSBRIEF VAN RESPONDENTE

TOESTEMMINGSBRIEF

Hiermee gee ek
toestemming om voort te gaan met die navorsing en dat ek ten volle ingelig is
rondom die etiese standaarde van die navorsing.

Geteken te:
Datum:
Handtekening:

CONSENT FORM

Hereby I.....
give my consent to the research and that I fully understand the contents of the
ethics standards as explained by the researcher.

Signed at:
Date:
Signature:

BYLAE 4: VRAELYS

FASE II:

VRAELYS

Die vraelys bestaan uit twee afdelings, naamlik:

- **Afdeling A: Profiel van die tuisversorger**
- **Afdeling B: Versorgingsomgewing**

INSTRUKSIES:

Maak 'n kruisie in die blokkie wat met die respondent se antwoord of waargenome verskynsel ooreenstem.

A. PROFIEL VAN DIE TUISVERSORGER/PROFILE OF CAREGIVER

			Amptelik/Official	
				1-2
1. Geslag/Gender	Manlik/Male	1		
	Vroulik/Female	2		3
2. Ouderdom/Age	<40 Jaar/Years	1		
	41-50 Jaar/Years	2		
	51-60 Jaar/Years	3		
	61-70 Jaar/Years	4		
	>70 Jaar/Years	5		4
3. Verwantskap/Relation	Eggenoot/Eggenote/Spouse	1		
	Seun/Dogter/Son/Daughter	2		
	Skoonseun/Skoondogter Son/Daughter in law	3		
	Vriend/Vriendin/Friend	4		
	Ander/Other	5		5
4. Huwelikstatus/Marital Status	Getroud/Married	1		
	Geskei/Divorced	2		
	Woon apart/Separated	3		
	Weduwee/Wewenaar Widow/Widower	4		
	Ongetroud/Single	5		6
5. Indien u kinders het, woon hulle tuis? Children staying at home?	Ja/Yes	1		
	Nee/No	2		
	N.v.t./N.a	3		7

		Ja	Nee		
6.	Ouderdom van kinders wat tuis woon Age/s of children staying at home	meeste/most <10 Jaar/Year	1	2	8
		meeste tussen 10-18 Jaar most between 10-18 Years	1	2	9
		meeste >18 Jaar most > 18 Years	1	2	10
		N.v.t./N.a.	1	2	11

7.	Lewer enige van hierdie kinders 'n bydrae tot die versorging van die pasiënt? Do any of these children contribute to the care of the patient?	Ja Yes	1		
		Nee No	2		
		N.v.t N.a.	3		12

8.	Ontvang u enige hulp van ander persone met die versorging van die pasiënt? Do you receive any other support in caring for the patient?	Ja Yes	1		
		Nee No	2		13

		Ja	Nee		
8.1	Indien ja, wie?/If yes, who?	Huweliksmaat/Spouse	1	2	14
		Ouer/Parent	1	2	15
		Broer/Suster Brother/Sister	1	2	16
		Vriende/Friends	1	2	17
		Ander (spesifiseer) ... Other (specify)	1	2	18

8.2 Watter take verrig hierdie persoon?/What kind of support is given by other person/s

.....

	19
	20
	21

9. Is daar enige iemand anders wat u moet versorg? Is there anyone else to look after that also need care?	Ja Yes	1		
	Nee No	2		22

9.1 Indien Ja, wie/If Yes, who?		
.....		23

10. Beoefen u 'n beroep?/Do you have an occupation?	Ja Yes	1		
	Nee No	2		24

10.1 Indien ja, watter tipe?/If yes, what kind of occupation?		
.....		25

10.2 Het die versorging van die pasiënt enige invloed op u beroep? Has the caring for the patient have an influence on your occupation	Ja Yes	1		
	Nee No	2		
	N.v.t N.a.	3		26

10.3 Indien enige invloed, spesifiseer?/If any, specify?

.....
.....
.....

	27
	28
	29

11.	Hoogste vlak van opleiding Highest level of education	Geen None	1		
		St. 5 of laer/or lower	2		
		St. 6- St. 8	3		
		St. 9-St. 10	4		
		Hoër/Higher	5		30

12.	Het u enige kennis of vaardighede van versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte? Have you any knowledge or skills of caring for a patient with Alzheimer's disease?	Ja Yes	1		
		Nee No	2		31

12.1 Indien ja, hoe en watter tipe vaardighede?
If yes, what type of skills?

.....
.....
.....

	32
	33
	34

13. Rede waarom u pasiënt versorg? Reason why you are caring for the patient?
--

.....

.....

.....

	35
--	----

14. Hoe lank versorg u al hierdie pasiënt? Period of time you are caring for the patient?	<1Jaar/Year	1		
	1-2 Jaar/Years	2		
	3-5 Jaar/Years	3		
	>5 Jaar/Years	4		36

VERSORGINGSOMGEWING/CARING ENVIRONMENT

Amptelik/Official

1. BUITENSHUISE OMGEWING/EXTERIOR SURROUNDINGS

1.1	Ten volle omhein om pasiënt tuis te hou Completely enclosed around home to keep patient in	Ja Yes	1		
		Nee No	2		1

1.2	Veilige loopoppervlak/Safe ground surface	Ja Yes	1		
		Nee No	2		2

1.2 BINNESHUISE OMGEWING/INTERIOR SURROUNDINGS

2.1	Beweegruimte/Room for manoeuvre	Min/Little	1		
		Voldoende/ Enough	2		3

2.2	Oor die algemeen veilig vir pasiënt Safe for patient in general	Ja Yes	1		
		Nee No	2		4

3. SLAAPVERTREK VAN DIE PASIËNT/SLEEPING FACILITY OF PATIENT

3.1	Deel die pasiënt slaapvertrek met ander? Share the patient sleeping facility with others?	Ja Yes	1		
		Nee No	2		5

3.2	Is vertrek versier met persoonlike besittings van pasiënt? Is their any personal decorations of patient in the room?	Ja Yes	1		
		Nee No	2		6

BYLAE 5: FENOMENOLOGIESE ONDERHOUD

FENOMENOLOGIESE ONDERHOUD

= Navorser

= Respondent

Beskryf asseblief hoe u die versorging van u man beleef?

So waar wil jy begin?

Net waar u wil

Met die aanvaarding van so persoon of hoe jy dit heeltemal nou beleef?

Ag, u kan vir my van die begin af, vandat u agtergekom het dat, dat u man of wanneer hy gediagnoseer is met Alzheimers

Hy's in 83, 1983 gede, gediagnoseer met Alzheimers, maar lank voor dit was hy siek. Want as iemand gediagnoseer word, uh, gaan na 'n dokter toe, beteken dit hy is siek,

Ja

En, uh, 'n mens het hierdie dinge lank voor die tyd gesien maar jy het nooit, ek sê baie jare voor die tyd was hy al siek. Jy weet, daarvan is ek seker. Hulle moenie vir my sê dit begin op 65, dis tjol. Hy't, uh, 3, 1983 is hy in elkgeval gediagnoseer. Hoe ervaar of beleef jy dit? Eers wil jy met hierdie persoon niks te doen hê nie, want hy is vreemd, hy's aggressief, hy's nie die persoon wat jy ken nie, jy weet. Nie die iemand wat jy voor lief was nie, en, uh, dan tree die deernis in. In my geval was dit, die dokter het my gebel en gesê ek moet weet dit, dit is terminaal. Niks wat 'n mens daaraan kan doen nie en dan, dan soos ek sê tree die deernis in. Jy besef maar jy is lief vir hierdie persoon, jy sal nie graag wil hê iemand moet aan jou seun optree soos wat jy nou optree teenoor hierdie persoon nie. En, uh, maar dit het totaal verander, jy weet, jy, dit was so hy kan nie eers naby my, hy kon nie eers aan my vat nie. Ek wou met hierdie man niks te doen hê nie,

Mm

Omdat hy so vreemd was. Maar dan kyk hy jou met hierdie vreemde oë aan en jy,

en hy, hy weet nie waarom dit gaan nie. En dan tree die jare se liefde maar weer na vore.

Wat bedoel u met deernis?

Ag, uh, jammerte, jammer vir hierdie persoon wat, wat deurgaan wat hy deurgaan. Mm, 'n man wat so geletterd is en geleerd is, en skielik beteken dit niks. Dat hy, uh, na jou omsien vir alles, ek meen as jy in 'n geselskap is dan praat, dan vra iemand iets, dan kyk hy onmiddellik na jou en dat jy antwoord,

Mm

Hy antwoord nie, want hy wil hê, hy weet nie. Maar jy is, dan beskerm jy hom. Ag, dan gaan jy deur hierdie fase wat hy honderd keer op 'n dag dieselfde ding vra, dat jy, uh, in die begin as jy nie verstaan, regtig verstaan waarom dit gaan nie, dan, as iemand nie iets daarmee te doene gehad het met Alzheimers nie, dan het hulle nie 'n flippen clue wat hulle te wagte is nie. Ons het nie een geweet nie, ek dink die ding het eers op die lappe gekom, regtig uit die kas uitgekom toe Ragan gesê het hy't Alzheimers. En, uh, toe het mense beginne praat en te kere gegaan daarvoor en, ons het nie geweet waarom dit gaan nie. Anders sou ek gebly het waar ek gebly het. Het in Frankfort gebly en baie lekker gebly. Kinders het gesê trek, kom bly hier in Bloemfontein want hier is dokters en hier is versorging. Ons het nie geweet wat aangaan nie.

Mm

Ek wil net vir jou sê en ek meen al hierdie neuroloë kan dit ook hoor. Min van hulle het regtig 'n clue waarom Alzheimer gaan. Stop hulle vol van antibi, ag anti-depressante van kalmeermiddels. Intussentyd het hierdie chemiese ding 'n verskriklike effek op hulle. Maar in elkgeval, ons het verhuis en, uh, ek moes skielik net alles oorneem. Hele finansiële sy van die ding van, ons lewe, uh, hele verantwoordelikheid. Mens, uh, as hy nou klaar is daar binne sal ek jou vat dat jy gaan kyk hoe mooi is hy. Hy het nie 'n plooi op sy gesig nie. Want hy het nie 'n bekommernis in die lewe nie, né.

Mm

Hy word gevoed, hy word gebad en al die bekommernis is als my verantwoordelikheid, dis nou nie meer syne nie. Um, dit is 'n geweldige ding wat uh, wat 'n mens oorkom. Ek sê altyd vir die kinders ek is eintlik basies 'n weduwee met

'n man. Ek is al daai dinge deur wat 'n weduwee deurgaen na haar man se dood. Die, uh, die, die aanvaarding van die verantwoordelikhede. By ons is net die band is nog daar, waar daar, daar 'n baie sterk band van liefde is, ek meen hy, uh, ek meen ek is ontsettend lief vir hom en daai band moet eendag gebreek word nog né. Ag, jy leer geduld, jy, uhm, ons het gekom Bloemfontein toe, ons het na 'n meenthuis van 'n groot huis, groot huis, alles vir die kinders gegee en gekom na 'n meenthuis toe. Dit was die stadium toe hy so rondloop dat jy hom moet oppas.

Mm

En, uh, gaan jy in 'n winkel in dan vat hy aan alles en hy sit goed in die mandjies of hy sit dit in sy sak of hy peuter met die mense wat in die tou staan saam met jou. En jy gaan dood van e, uh, uh skaamte, want, uh mense weet nie waaroor dit gaan nie. Tot jy weer leer om dit te verwerk, né, en 'n plan uitdink om daarby verby te kom, maar dat jy ... van meet af van die oomblik dat jy weet hy's Alzheimer dan weet jy nou word jy, beginne jy jou toesluit. Ek het altyd gesê ek sal nie saam met hom in 'n graf klim nie en dis presies wat ek nou gedoen het. Ek het nou in 'n graf geklim saam met hom, omdat ek nie kan beweeg, vrylik beweeg soos ek wil nie,

Mm

Kan nie byvoorbeeld Vrydagaand gaan na my dogter wat verjaar nie. Uh, want ek kan nie. En nou hier is hy, ek kan hom seker weer in 'n tehuis sit, as ek wil. Maar ek, mag die Here dit behoede...Um, en almal gee vir jou baie advies, jy weet,

Mm

Maak so, maak so, toe verkoop ons, ek gaan bou, gaan bou toe op Jeffreysbaai. Kyk of dit nie wil help nie. Ek dink dis alles maar 'n vorm van ontvlugting en dis waarvoor mense wat, wat 'n versorger is of 'n eggenoot is van 'n, van 'n Alzheimer moet oppas voor. Jy moenie, jy moet bly waar jy is. Defnitief moet jy bly waar jy is. Want dan is jy omring deur jou vriende, ag, alhoewel, in ons geval waar die man nou Alzheimer het, net die mans beginne... jou, jou vriende raak ook minder en minder en minder. Hulle weet nie hoe om die ding te hanteer nie, en, uh... ek dink basies raak jy geïrriteerd, jy is besonder geïrriteerd met mense wat, uh, hoe kan ek sê, dit is uh, nie die erns van die ding, jy weet, nie eintlik kan sien wat in jou lewe aangaan nie.

Mm

Maar, uh, ons het, ek het hom versorg. My suster het my gehelp en ons het 'n suster

gehad, 'n verpleegsuster wat hom kom bad het elke dag. Tot sy gesê het nou kan sy nie meer nie, want, uh, hy is in 'n 24 uur versorging moet hê. En ek sê toe nou maar reg dan kom ons maar weer terug Vrystaat toe. En, uh, ek moes dit ook nooit gedoen het nie. Ek moes gebly het waar ek was... (sug). In, 'n, siekeboeg gesit van 'n aftree-oord waar hy nie eintlik behoort het nie want dit is 'n privaat instansie. Toe trek ons nou ouetehuis toe, was die grootste fout in my lewe, want toe trek ek weereens, en daar het dit glad nie goedgegaan nie. Daar gaan dit net op Gods genade, met hierdie soort mense. En dis nie, maak nie saak hoe deftig 'n ouetehuis of aftree-oord is nie maar hy beland toe in die hospitaal en, uh, hulle het gedink hy sal dit nie maak nie. Hy't dit gemaak, hy's daaroor... Maar ek dink dit word vir jou naderhand 'n, uh, word hy basies amper jou baba. Jy verstaan,

Mm

Hy, um, want jy doen absoluut alles wat jy vir 'n baba doen, absoluut alles, doen jy nou vir hierdie grootte man. Nou weet ek nie of jou moederlike liefde dan vorentoe kom of wat dit is nie, maar ek meen ... of dit nog die huweliksliefde is, dit moet seker wees, want ek meen hoekom sal ek hom nog versorg as ek nie vir hom lief is nie.... kan nie verdra iemand moet hom te na kom nie, ... meen hy was vir 20 dae in 'n vooraanstaande aftree-oord hierso na hy uit die hospitaal uitgekom het. En hy het so (wys hoe groot) bedseer gehad, dat ons hom vir 'n week in die hospitaal gesit het, toe sê ek nou bring ek hom huis toe en niemand sal weer die voorreg hê om na hom te kyk,

Mm

behalwe ek nie. Hulle is totaal afhanklik van 'n mens. Ek dink as 'n mens nie verantwoordelikeidsin het nie, uh, e, miskien is elke mens anders, maar ek sien net nie kans om hom weer in 'n plek te sit waar hy maar net 'n nommer is nie ... vir my h, as ek my arm onder sy kop indruk en ek sê ek is lief vir jou en ek sing vir hom of ek staan by hom en bid en dan ... ek is seker dit gaan deur. Soos ek sê dis die band wat nog eendag gebreek moet word.

Mm

Né, ... want hy raak rustig as ek aan hom vat, of hy nou weet ek's nog sy vrou. I don't know. Ek weet hy's my man,

Mm

en hy't goed vir ons gesorg. So ek sal vir hom goed sorg tot die dag van sy dood as die Here wil of myne... Maar dit het jou regtig um, geïsoleer, dis verseker. Jou hele leefwyse verander, ek meen jy kan nie, uh, en weet jy naderhand neem die behoefte ook af om deel te wees van dinge. Ek, uh, waar ek voorheen graag na byvoorbeeld 'n VLU-vergadering toe gegaan het of miskien na 'n opvoering of 'n, nie meer vir my 'n belang nie, nee ek koop my tydskrifte, gee ook nie om wat ek daarop spandeer nie, want dit is my enigste manier van, um, met die wêreld regtig. Um, nie bitter, al televisie wat ek kyk is sport. Ek is lief vir die sport te kyk, ek kyk nie, ek hou my nie op met al hierdie stories en goed op die televisie nie, dit interesseer my glad nie, nog minder die radio s'n. Maar, uh, ... ek, uh, jy verloor kontak totaal eintlik, dan sê hulle vir my jy moet uitreik en uitreik, en, uh, maar watter sin is daar. Jy pas nie aan nie, definitief is jy definitief 'n weduwee. Verstaan jy, die mense kan vir my sê wat hulle wil, die Engelse het 'n uitdrukking, hulle sideline jou, dis wat hulle doen hulle side, sideline jou en jy, uh,... jy pas nie aan nie. Hoe kan jy aanpas as jy nie, uh, 'n maat by jou het nie, né.

Mm

Waar daar almal nou in pare gaan of... dan bly jy maar net weg. Sê net nee dankie en jy bly by jou huis. Dat jy definitief, uh, uh, jy het behoefte aan mense, dis verseker... Ek, uh, ek het genadiglik baie kinders so, en baie kleinkinders so dis uh, die Here was vir ons baie goed. Want wat ek sonder hulle sou gemaak het, weet ek ook nie.

Mm

Maar, um, hulle ook het hulle eie lewens om te lewe, het hulle gesinne. So jy kan nie verwag hulle moet van dagbreek tot snags by jou bly nie, maar um, jy bly uiteindelik net agter by hom, dis al.

Mm

Nee regtig vra ek jou ek weet nie, uh, hoe mense dit in aftree-oorde ervaar nie, maar nog nooit 'n behoefte gehad om in so plek te bly nie... en uh, het ook nie 'n behoefte aan vreeslik mense nie, jy weet, so hier en daar 'n vriendin. Maar dit verloor jy ook naderhand, want as die vriendin 'n man het dan's hulle heeltemal hulle ervaar op hierdie aftree-ouderdom dan het hulle eie belange en hulle doen hulle ding. So, alles is maar regtig 'n effort, ek meen jy, uh,.. dis 'n verskriklike organisasie. Ek was nou verlede week af, uh, ek moes Woensdag het my seun my kom haal en ons is af Jeffreysbaai toe en ek het Donderdag die begrafnis bygebring en Vrydag

teruggekom. Ek meen ek ly nou nog van aan aan die moegheid daarvan... want emosioneel affekteer dit jou en dan jou liggaamlik,

Mm

Jy weet....maar oef, um, soos die kinders sê, mamma dis soos om met 'n lyk saam te lewe, partykeer voel dit so...want jy kry nie reaksie nie, jy uh, jy kan nie deel, dis die ergste van alles. Jy wil met hom deel oor 'n ding en jy kan nie, want ek kan gaan staan en praat met die persoon, maar jy weet nie wat neem hy in of iets nie. Jy weet, hoe reageer hy nie. My geval is my man baie ver so hy, uh, as jy kyk na sy scan kan jy dit sien. Maar na soveel jare behoort dit ver te wees, né....Maar, uh, dit affekteer 'n mens geweldig. Finansieël baie hoor...um, jy verloor regtig baie dinge langs die pad en jy gee baie dinge prys. Ek dink dis die Here se manier van jou losmaak van dinge, I could not bother. Ek, ek, uh, ek meen ek sou vroeër miskien nooit hier in Brandwag kom bly het nie. Nou pla dit my nie, jy weet. Huis gemaak, tuin gemaak, veilig gemaak, self mooi. Maar, uh, sien jou bure verby ry, party groet, party groet nie, dit pla my nie, jy weet.

Mm

Dis asof jy um... soos ek sê jy raak los, jy raak los van baie dinge om jou. Jou behoeftes van baie dinge neem af...

U het gesê finansieël, hoe...

Baie, baie, kwaai, finansieel affekteer dit jou baie. Het jy enige idee wat die mediese koste van so ding is, um, ek kan hom, meen toe hy in die ouetehuis was. Hy was, hy was vir drie jaar basies, ons het 96 teruggekom, hy was vir ses maande in Serenitas toe gaan ons Reddersburg toe, toe was hy...twee jaar daar, was dit twee jaar? Hoe ver is ons nou, ja dit was twee jaar né, twee jaar en 'n paar maande. En ek meen ons het net 'n pensioen. Jy het naderhand al jou, al jou, um, jou beleggings opgeleef,

Mm

Jy weet....want dis spesiale klere, want jy gaan deur 'n fase van eers...kom ons begin sommer met die skoene, hy kan skielik nie meer sy skoene vasmaak nie....hy, uh, dan moet jy nou 'n ander soort skoene kry, wat aanglip.

Mm

Naderhand is aanglipskoene ook nie meer reg nie, dan moet jy sloffies kry, jy weet daai,

Mm

Dan's die, dan, ek meen, ek kan nie vir jou sê in klere alleen...as iemand vir jou 'n riglyn kan gee aan die begin van Alzheimer. Dit moet jy op daai stadium doen en dat moet jy op daai stadium doen. Dan sal jy weet. Maar hierdie moet jy self...jy voel dit self, ek meen, jy, jy uh, soos hy nou daar lê, lê hy met 'n doek en 'n onderhemp. Lekker warm snoesig toe, want ons kan nie vir kom 'n hemp aantrek, want as hy draai dan draai hy die goed vas. Die broek trek vas, jy moet hom gemaklik hou. So ons is uiteindelik nou op 'n doek en 'n onderhemp. Waar op 'n stadium dan koop jy tien onderbroeke, gelyk koop ek tien onderbroeke, gelyk. Wat nou lekker groot is, wat hy lekker kan dra saam met die doek en dan besef jy maar, dis nie meer nodig nie. Hy kan dit nie meer gebruik nie. Kan die doek, hy moet nou net hierdie doek kry, waar jy voorheen probeer het om sy menswaardigheid te bewaar, net om 'n gewone doek, tipe doek aansit wat 'n man kan gebruik, moet jy skielik 'n ding aansit wat hy, wat hom toemaak. Dan's hy weer uit die onderbroeke uit, ek meen, dis kostes op kostes op kostes, wat, wat dit aanbetref. Die mediesefonds betaal nie versorging nie, né.

Mm

Die ouetehuis was oor die R2000 'n maand. Mediesefonds, ons Medihelp betaal dit nie. Hulle betaal 'n deel van die medikasie, né, 80 persent van die medikasie. Hulle betaal nie sy, um, wat's hierdie goed, vitamies byvoorbeeld wat hy gebruik nie, né....wat is die ander ding. Ek koop toe vir hom 'n camode, betaal nie die camode nie, betaal 'n deel van die rolstoel. Weet jy waarvan praat ek, dis honderde duisende rande uiteindelik. Nou, elke maand, uh, hier by die vyftiende rond dan bestel ek nou sy Vanton, sy Ensure, Ensure betaal hulle ook nie, né, hy drink elke dag Ensure, hy, um, is 'n skermroom wat hy gebruik. Al daai goed, maar van daai goed moet ek 20 persent betaal. Mm? Sien jy waar gaan ons, uh, doeke.....het die kinders 'n fonds gestig, genadiglik.....ek kan, ek het op 'n stadium toestemming gekry om te eis vir doeke. Maar die word naderhand so 'n stryd, dat jy uit moedeloosheid opgee om te eis, verstaan jy. En ek begeef my nou onlangs weer daarin. Januarie sê hulle vir my weer probeer nou maar weer mamma. Nou praat jy van R600 'n maand vir sy doeke, né, ek kan vir hom goed maak wat jy was en te kere gaan,

Mm

Maar dis onhigiënies en sy lyf word seer, die bed is nat, die linne is nat, die huis ruik sleg. Nou gebruik ons die beste né, die kinders het gelukkig soos ek sê 'n fonds gestig. Nou gaan eis ek gister weer by Medihelp. Ek het Januarie ons eerste eis ingesit, waar trek ons nou al, hulle het nou nog nie 'n sent uitbetaal nie. Jy kry toestemming vir ses maande, né, so iets. Wat sê hulle, dit is nie gespesifiseer nie, intussentyd is dit gespesifiseer.

Ja

Want gee jy dit by Medihelp in en hulle sal dit nie wegstuur as dit nie gespesifiseer is nie. Waar, jy gee naderhand uit moedeloosheid op om te probeer, byvoorbeeld om te eis. Ek meen, want jy word net lewensmoeg, jy, dit is wat met jou gebeur naderhand.

Mm

(Sug) Nee o jinne, jy kan nie vir 'n mens, jy kan nie vir 'n mens, dis absoluut 'n vernietigende, die Engelse beskryf, die engelse woord dis devastating, it is absolutely a devastating illness. Hy vernietig alles rondom hom, so siekte.

Mm

En die persoon kan dit nie help nie. Of hulle nou in 'n ouetehuis is of nie. Ek meen hy was daar en ek, hulle het my gehaat, omdat ek soos 'n geitjie te kere gegaan het oor sy versorging. As ek daar kom en sy hande is blou, dan wil ek weet hoekom het hulle hom so hard gevat.

Mm

En ek meen, as meer mense so sal weet in die ouetehuse, want daar is dit nag, dat ek vir jou vertel. As jy sien hoe word daai mense behandel. Hulle skraap mos van die strate af hierdie snaakse skepsels wat nie werk op ander plekke kan kry nie en dat hulle die mense versorg. Ek praat nie van verpleging nie, ek praat van versorging. Ek praat van wit en swart. Ons het 'n wit meisie gehad wat, sy is in elkgeval toe in die pad gestee, wat 'n koue stort oor hom sit in die winter. Sê die ander een vir haar, wat dink jy maak jy nou. O, dis vir my mooi as hy sê uuug. Ja, dis wat in die ouetehuse aangaan. Dis hoekom ek, ek meen dis swaar, dis nie maklik om hom te versorg nie, dat ek jou dit vertel, want as hierdie swart versorger kom, sy kom sewe uur en sy loop vyfuur, dan's dit ek en hy.

Mm

Ons het vir onself darem nou 'n roetine uitgewerk né. Sy, hy kry sy laaste doek aan so vieruur se kant, want dis nou een van die groot Molicare doeke wat nou dwarsdeur die nag hou. Hy kan baie vog vat.

Ja

Maar hy moet gedraai word, dis 'n man van oor die ses voet, né. Ek stel, ek draai hom nou voor ek bed toe gaan en dan sal ek die wekker stel vir twaalfuur en dan, nou soos vannag toe hy afgaan, ek kan net nie, ek was te moeg. Ek kon uit daai bed nie opstaan nie. Ek was te moeg. En, um, maar as ek twaalfuur gewoonlik, dan staan ek op, dan gee ek vir hom Ensure. Ons het vir hom 'n bed gekoop van R6000, soos hierdie.....Hydromed se beddens.

O, wat kan op en af

Ja, maar jy moet hom fisies optrek. En jy weet, so pasiënt gee mos niks mee nie.

Ja

Hy kan jou nie help nie, hy kan niks vir homself doen nie. Genadiglik kan hy nog sy bene, uh, jy weet, beweeg. Baie keer doen hulle dit nie eers meer die Alzheimers nie. Maar jy sukkel om sy arms oop en toe te kry, jy weet, maar dan drink hy sy Ensure en dan slaap hy. En dan slaap ek ook, maar die gevolg is jy het nie, okay ek maak dit op myself, dis 'n keuse. Ek kon hom gelos het waar hy was.

Mm

Maar ek het besluit ek sal dit nie aan hom doen nie. Ek sal sy menswaardigheid nie so laat aantas nie. Ek meen dit is al wat hulle het in die lewe nog is hul menswaardigheid. En, um, jy kom in daai plek dan praat hierdie mense hul eie taal, jy weet, oor hierdie persoon. Die pasiënt is mos niks, jy weet hy is mos sommer'n stuk... en dit het ek gesê vir my man sal ek dit nie toelaat nie, ek is baie jammer.

Mm

Maar, uh, ek dink dit kom daarop neer dat ek nog lief is vir hom, dis eintlik hoekom ek dit doen. Maar, uh, dit het 'n mens vernietig, dis verseker. Fisies takel dit jou af, baie beslis, as jy homself wil versorg. Want ek het nie honderd persent die versorging

alleen nie. Ek het 'n swartman wat net drie keer 'n week kom, wat, um, help om hom uit die bed uit kry en hom in die stoel in kry en hom in die stort in vat en so. Maar um, ek weet nie wat sou ek sonder hulle gedoen het nie, in elkgeval fisies kan ek dit nie alleen doen nie.

Mm

Dae wat my versorger af is moet ek dit maar fisies doen, maar dan stort ek hom nie, jy weet. Maar dan is die swartman gewoonlik hier om my te help. Maar ek moet hom voer, jy leer alles, jy leer dat jy, hoe jy sy kos moet kook, wat jy vir hom moet gee, en, (sug) want dis 'n leerproses wat geweldig is. Want as iemand net 'n boek wil skryf daaroor, hoe, die stadiums, die stadiums, hoe jy moet reageer as die stadiums daar is.

Mm

Ek meen ons was in Jeffreysbaai en ons het vir die kinders kom kuier, en uh, toe word hy siek, toe kry hy dubbele longontsteking. Maar toe opdaai stadium was hy verskriklik aggressief nog, ek meen, hy's toe in die Hydromed vlak vier, en ek, vyfuur die môre word ek wakker en ek kry hierdie benouings oor my en ek jaag hospitaal toe. Toe loop hy op daai, daai, om daai put, jy weet.

Ja

Nou sien ek hulle het darem 'n ordentlike tralie op, ek weet nie of jy dit gesien het nie. Daai muur was mos so, jy kan, net so, loop hy toe net met 'n onderbroek aan.

Mm

Toe vra ek vir die dokter of hy nie dink dis die medikasie nie, toe sê hy ja, hy dink dis die medikasie. Dit is nie goed vir die Alzheimers nie, die chemiese goed. En ek het dadelik met die goed opgehou, Melleril, of so iets is die goed se naam.

Ja

En vir hom, uh, hierdie goed wat jy oor die toonbank koop...uh, noem hulle dit. dis 'n baie maklike dingetjie....um...baie mense gebruik dit man... kalmeermiddel, Calmetts, betaal die mediesefonds dit ook nie. Toe skryf die dokter vir my Biral voor, nou die mediesefonds betaal dit, dis presies dieselfde ding, maar die mediesefonds betaal dit.

Is dit

En weet jy, ander mens, maar intussentyd kry ek toe, uh, uh,s, 'n faks van Amerika, 'n vriendin van ons se dogter is daar by 'n so plek vir Alzheimers, wat sy vir my deurgefaks het, wat sê hulle beweeg weg van die chemiese goed.

Ja

Na die natuurlike versorging. En, uh, dit, voor dit was, hy was so amper twee maande in 'n plek in Jeffreysbaai en hy't so geval. Toe vind ek uit hulle voer hom Serenace om hom te laat slaap.

Mm

Want hy loop dan rond in die nag, dis mos Alzheimer se ding. Hulle weet mos 'n Alzheimer sal dit doen.

Ja

Maar soos ek sê daar's o!, die hele wêreld van Alzheimer, die hele wêreld van Alzheimer in Suid-Afrika, is nog nie regtig ondersoek nie. Hulle weet nie, die plekke wat sê hulle weet hoe om met Alzheimer te werk, weet nie hoe om met Alzheimer te werk, weet nie hoe om met hulle te werk nie. Hulle maak hulle vas op bloeming stoele, hulle maak hulle vas op die bed. Ek meen, dis mense, dis nie diere nie. Jy weet, nee, mm-mm, nee ek het hom huis toe gebring, hy was 'n week in daai hospitaal en sus ag dokter de Wit het hom baie gou gesond gekry met hierdie wonderlike pleisters wat jy kry, vir sy bedsere. Hy't nie, hy't nie 'n bedseer aan hom nie. Sy bed is nooit nat nie, hy word, hy word versorg.

Mm

Dis waarop dit neerkom,... en as dit al is wat ek vir hom kan doen, dan doen ek dit vir hom. In elk geval op 70 jaar het jy nie meer, wat wil jy meer hê in die lewe, ek sou net graag wou gehad het, hy moes...sy aftrede saam met my kon geniet (Hartseer, huil effe).

Mm, (nie-verbale gerusstelling)

Dis nie vir hom beskore nie, dis ook nie vir my beskore nie, so, that's that... Dan sien jy die nutteloos, jy weet, uh, die Bybel sê, alles is 'n gejaag na wind, maar dis 'n man

met drie grade wat daar lê.

Mm

Hy weet nie eers meer, hy was op universiteit nie...so...maar um,...ek, ek is soos 'n tierwyfie wat die Alzheimers aanbetref, ek, as ek hoor iemand gaan na 'n tehuis toe, word gestuur deur die familie,

Mm

na 'n tehuis toe, wat Alzheimer het... dan, dan, ...dan wil ek moord pleeg,... want dit is net dat die mense nie besef wat hulle aan hierdie mense doen nie. Al wat hulle wil hê is liefde, wil hulle wil net hê, druk my net 'n bietjie, hou my net vas, want die hele wêreld om my is so vreemd, die hele wêreld om my verbrokkel, ek weet nie wat om my aangaan nie, help my net. Dis al wat hulle wil hê.

Mm

Maar jy gaan deur fases, ek meen hy, gaan deur die fase dat hy by die deur staan as jy by die toilet is dan vra hy hoekom kom jy nie uit nie, woo hoo, jy weet,

Mm

Kom jy in die badkamer dan is hy besig om die seep te kou, dan moet jy nou weer daai ding wegvat... jy bêre als wat mooi is in jou huis, omdat hulle rondloop met die goed.

Mm

Byvoorbeeld ek het ou Bybels wat hier voor iewers lê, dan kom ek uit dan het hy dit so dan swaai hy dit so, jy weet, en jy moenie, jy word woedend op die oomblik, maar dan moet jy daai woede bedwing, en, uh, jy groei saam met hierdie ding eintlik jy groei... in die kennis daarvan en um, dis hoekom ek sê mense wat nie, dis hoekom ek jou vra wat weet jy van Alzheimer regtig. Want as jy nie weet wat dit is nie, kan jy nie, sal jy nooit kan besef wat 'n mens regtig deurgaen nie. Die verlies aan iemand vir wie jy baie lief is... iemand wat sterf voor hy dood is...verstaan jy wat ek sê?

Mm

Want dit is wat gebeur, um,...hy's besig ek meen, hy's besig, hy's basies dood, ek

meen hy, uh, nie eers musiek nie, ek meen ons sit met hom, hou die radio aan, hulle sê musiek help, maar dit moet rustige musiek wees, ek weet nie, hoe sal jy weet wat in hulle koppe aangaan, jy weet.

Mm

...Hierdie is 'n verwoestende, dit is 'n, en dit verwoes...gesinne, ek meen, dit, dit uh, my seun sê vir my hierdie naweek mamma, hoe kan jy sê God is lief vir 'n mens, hoekom sal 'n vader dit aan 'n mens doen wat met, met my pa gebeur het...

Mm

As hy lief is vir my pa sou hy dit nie laat gebeur nie...wat sê jy vir hom, wat sê jy vir jou seun? (hartseer)

(Nie-verbale gerusstelling). (Oomblik stilte)

Is jy 'n dopper?

Ja

So gedink.

Julle ook seker

Ja, wat is jou naam? Annelie, wat is jou pa se naam?

Jan, Jan Louis

Jan Louis, ek weet nie waar Jan Louis Venters, weet jy snaaks genoeg my, my man se pa, my man se ouma, hier's 'n pragtige foto hierso. Die ouma was 'n Venter, en my ouma was 'n Venter, net ons het nie naby mekaar grootgeword nie. My man het in Reddersburg grootgeword, dopperwêreld. Maar weet jy, julle dominee Kruger was mos julle predikant op Brits 'n stadion,

Ja, maar toe ek belydenis afgelê het, het hy sy laaste jaar gedoen.

Ja, hy was mos in Potchefstroom,

Ja

Maar Emsie is met my skoonsuster se seun getroud, Fanie, Emerentia, nou sê ek Emsie, Ds. Kruger se dogter.

Ek ken nie hulle nie, hulle is mos nou lankal getroud en bly nie meer in Brits nie. Net Ds. Kruger en sy vrou.

Emsie was die enigste dogter, ja, ja, sy is met Fanie getroud, hy's professor by die PUK.

Mm

Ja, snaaks, uh, ons het glad nie, as 'n mens teruggaan in die geskiedenis, daar's nêrens in sy familie so iets nie, jy weet dat 'n mens, miskien vroeër het 'n mens gesê hierdie persoon het verkalkte are, die oumense het mos altyd gesê daai een het verkalkte are. Ek, ek glo nie dit was verkalkte are nie, ek dink dit was maar Alzheimer wat die mense gehad het. Maar ek het nooit gehoor van, uh, uh, iemand nie, maar tog in die area waar hy grootgeword het is, um, hierdie Harry van Rooyen, professor van Rooyen van Potch, sy ma, was 'n, was 'n Kotze, sy het in daardie wêreld grootgeword en dan nog 'n niggie van hom omtrent so 4, 5, 6 km, dis drie in daai area. Bettie is al dood, ek weet nie hoe gaan dit met seuntjie nie, maar, wat Alzheimer het. So of dit iets te doen het met die area waar jy groot geword, I wouldn't know. My kinders is almal so bang, jy weet, vir die geringste dan, dan laat hulle hulle toets, want hulle is so bang hulle kry dit, jy weet.

Mm

Nee, o, jinne. Nee, dit is vernietigend, ek kan nie vir jou sê wat dit aan 'n mens doen nie, dis, 'n, weet jy dit maak 'n mens onverdraagsaam, ek hou nie van, uh, ek, ek is kort van draad, ek hou nie van nonsens nie, jy weet. En ek dink dis wat hierdie ding aan my gedoen het, jy, uh, want jy besef wat die lewe regtig is, jy,...ek hou nie van lig...ek, ek sou nie sê lighartigheid nie, ydelheid, dis die woord wat ek soek, nonsens en nonsens praatjies en, uh, dit is by my verby, ek het nie meer lus daarvoor nie. Ek hou van, ek hou van vrolikheid maar nie van ligsinnigheid nie.

Ja

Daar's darem vir my 'n verskil. Maar dat ek ondersteuning kry van my familie, dit is net wonderlik wat ons kinders vir ons doen. Ons het ses kinders, en, um, dis regtig wonderlik vir ons, ek meen. Hulle pa is hulle pa, snaaks my seun kon nooit, hy, hy sal so na sy pa kyk maar hy wil nie eers aan hom vat nie. My meisiekinders soen

hom op, jy weet, hulle...dit, dit maak jou ook klaar om te sien watter effek dit op hulle het. Ek meen jy kan nie eers 'n, 'n familiebyeenkoms hou wat, uh, dit was eers baie baie erg, ek wou nie eers gehad het hulle moet Kersfees as 'n gesin, jy weet, as ek nie by hom is nie, dan wil ek nie hê hulle moet dit vier nie.

Mm

Hulle kan dit vier, maar dan moet ons hier bymekaar wees. En dit het nie uitgewerk nie. En dit, dit oorbrug jy ook naderhand, besef jy well wat is nou die belangrikste, die, die, dis baie belangrik om by hom te wees, maar dis ook belangrik om by jou kinders te wees, want hulle leef. Jou kleinkinders leef....maar dis so verlies, ek meen jy, um, dan sit jy, baie keer as ek nou stad toe gaan om my besigheid te doen, dan drink ek daar by Traumarei koffie en dan, dan word ek hartseer, want ek dink "well", hy kon ook hier gesit het (hartseer)...ek het in die begin hom gevat altyd, dan drink ons koffie en eet 'n wafel en ons, en dan word dit vir jou te veel want hy, uh, hy's rusteloos en hy, um, hy gedra hom nie, jy weet, soos 'n mens gewoon is hy hom gedra nie...ag, siestog. Dis verskriklik...Dit is, dit, ek weet nie of ek iets meer kan sê nie.

Ek weet nie, wat u vroeër gesê het, ek wil net uitklaar, u, heel in die begin het u gesê, u voel soms geïsoleer, maar u het gesê, aanvanklik het u gesê u het nie werklik 'n behoefte aan, uh, om uit te gaan nie, maar u het behoefte aan mense, um, dit is nou as gevolg van die situasie dat u nou geïsoleer is en die behoefte gehad aan 'n sosiale lewe en dit het nou verminder, of...

Nee, nie verskriklik nie, ek sou sê dit is nou minder, ook nou, nou het ek glad nie behoefte daaraan nie. Waar ek vroeër, was my man en my gesin vir my genoeg. Ons het dinge gedoen, ons was nooit mense wat, wat soos die engelse se geparty het nie, verstaan, dit was nie ons soort mense, ons was nooit so nie. En, uh, ...ag ons het baie dinge saam gedoen, maar ons het, uh, uh....ons was 'n gesin, verstaan jy, uh, uh, ek was baie jonk toe ek met hom getroud is. En hy's die een wat verstand gehad het, ek het... hy het my grootgemaak, né...Maar...ek is nie 'n mens wat vreeslik graag gefliek het nie, ons het dit nooit vreeslik gedoen nie, ons het baie gelees, maar soos ek sê jy het jou groep vriende gehad, jy, het saam vakansie gehou, jy weet, en saam dinge gedoen, maar nie vreeslik nie, ons het nooit geparty soos hulle vandag doen nie, verstaan. Maar, uh, uh, jy het, ons het, hy het op verenigings, ons het volkspele gespeel, ons het, um, elkeen sy ding op sy gebied gedoen, verenigings behoort, ek het baie jare self 'n besigheid gehad, hy het skoolgehou en my baie gehelp met my besigheid, en, uh, ...maar jy raak totaal, en totaal, as jy nie self uitgaan...en vir jou 'n lewe maak nie, raak jy soos ek nou raak. Verstaan jy, jy uh,

ag ek kan in my kar klim en ek kan gaan flik as ek wil, jy weet, maar dis nie meer vir my lekker nie, ek, dis die heelyd in my agterkop Chris, is Chris oraaait, is Chris oraaait, ek wil nie, weet jy wat gebeur. En ek verwyd my nie daaroor nie, want verlede week toe ek nou weg is, Vrydagoggend toe stamp hulle sy kop en so, dit het nog nooit gebeur nie, en uh, die eerste keer wat ek weggaan gebeur dit. En as ek iewers heen moet gaan is dit 'n vreeslike organisasie, want ek moet, iemand moet hier slaap, jy weet, ek moet sy kos vooraf, ek berei sy kos vir agt dae voor en ek vries dit. Want dit word alles vreeslik fyn gemaak en uh, dis 'n, dis 'n groot verantwoordelikheid, maar um, ek doen dit met vreugde. Dit sal weer 'n geweldige aanpassing wees as hy voor my moet gaan, ek kan net so maklik voor hom gaan, want ek het net een nier. Maar as hy voor my moet gaan dan gaan dit weer 'n ander aanpassing wees...Maar dit sal nie, daai swaar wat 'n weduwee het van, o, nou moet ek skielik die volle verantwoordelikheid van al die finansiële dinge moet ek nou doen, maar dit is ek nou verby, dit het ek, dit het ek daai tyd aanvaar. Uh, uh,...dit was, dit was....ek meen jy kan nie, kan nie sommer tromp-op gaan en sê kyk ek wil nou tekenregte hê op die tjeks nie, né, ek het nooit tekenregte gehad op sy tjeks nie. Ek het my eie tjekboek gehad, het my eie besigheid gehad, en, ons was, ons was in die Kalahari met ons kleinseun se geboorte en ek uh, hy sê gaan trek geld uit die spaarrekening. Kom daar, daar's nie geld in die spaarrekening nie. Bel toe die bankbestuurder, hy sê tannie Mort kom in as jy terugkom, kom kyk wat aangaan, oom Chris se goed is so deurmekaar, dit het ek nie geweet nie.

Mm

Hy't vir ure voor daai lessenaar gesit met sy skoolwerk. Hy was eintlik 'n wonderlike, wonderlike onderwyser. Eintlik het hy begin met maatskaplike werk, né, toe was hy die eerste beroepsvoorigter in die Vrystaat, aangestel deur die departement hier in Bloemfontein, toe't hy later onderwys gegee. Hy wou nooit onderwys gee nie, toe't hy later onderwys gegee. Ons is in 73 terug PUK toe vir 'n jaar het hy sy UOD geloop, na daai tyd. Maar in elkgeval toe's hy ure voor daai lessenaar en weet jy toe ons terugkom van daai Kalahari af toe gaan sien ek die bankbestuurder. Chris se goed was verskriklik deurmekaar. En toe moet ons nou dat hy tekenregte vir my gee op sy tjeks, nou hoe kry jy dit reg by 'n man wat nog weet, baie dinge weet wat om hom aangaan, maar ook nie, jy weet.

Mm

Want sy ding het so gekom, uh, hy kom die dag by die huis en hy sê vir my hy is so verskriklik kwaad, hy't nou bedank. Ek sê hoe op aarde kan jy dit nou sê. Nee, die inspekteur was daar en hy't gesê ek maak nie kontak met die kinders nie. Daar is

almal woedend vir die inspekteur, prof. Dr, ag mnr. Jool dink ek, want ek dink hy is nou nog in die stad. En intussentyd was hy weg, Chris het toe gesê hy gaan nou 'n dokter sien en hy moet hom 'n brief gee hy is mal. In elk geval die departement aanvaar toe nie sy, sy bedanking nie want hy is toe baie na aan sy aftrede... Toe kom sien ons dokter Rege toe sê hy nee dit is Alzheimer.

Mm

En, uh, ek dink vandag nog dit, uh, die hoof, die inspekteur het gekry, want Chris het beslis nie kontak met die kinders gemaak nie. Dit is verseker, dit weet ek. As jy nou vandag terugdink aan ons hele lewe, as jy so kyk dan besef ek waar hy al siek was. Maar jy het nie geweet nie. Jy leef met hierdie man wat nou alles, vreemd optree. Ag ek het al 'n slag gedink ek los hom. Ons het so vasgesit in ons lewe, en dit was uit en uit dit. Dit was niks anders nie. Hy beskuldig jou van wat het jy met die geld gedoen, wat het jy, intussen tyd is jy onskuldig soos tien.

Ja, dan besef jy nog nie waarom dit gaan nie.

Nee, en dan daai besef, ek meen, um, dat hy fisies jou aanval ook hoor. Ek meen hy het my eendag aan die arm geslaan, 'n man wat glad nie aggressief was in sy lewe nie, jy weet. Saggeaarde mens, nou ja nou, maar in elk geval, dis toe, nou moet jy vir hom sê, nou sê die bankbestuurder hy dink dis, 'n goeie idee as julle altwee tekenregte het op die tjeks, en op die manier. En nou, nou klink dit vreeslik snaaks as ek sê, gelukkig toe breek hy sy arm. Klink dit nou snaaks as ek so sê. Maar toe is die arm nou in gips en kan hy nie meer op daai stadium bestuur toe met daai arm nie. Sien, gelukkig, dis hoekom ek sê gelukkig. Want, jy kan glad nie, hy's, hy's baas in daai kar. En dan verdwaal ons in ons tyd in as ons iewers heen gaan, jy weet. Toe kan ek nou vir hom sê, en daai arm het nou lank gevat om te genees, teen daai tyd wat, want dan neem hulle plate dan's die ding nog nie genees nie, ek sê altyd dis hoe die Here maar met 'n mens werk, jy weet, want teen die tyd dat die pleisters afkom, toe wil hy nie eintlik meer bestuur nie. Ag en toe die dag toe die bankbestuurder vir hom sê hy dink ek moet nou tekenregte kry op daai tjeks. Hy het altyd, Chris het altyd 'n pen en sy knipmes en sy notaboekie, hy't, dit was vir my 'n teken dat hy Alzheimer gehad het, lankal. Want hy het elke ding aangeteken in sy lewe.

Hy het self agtergekom iets is nie reg nie.

Baie, as 'n student al, hy't byvoorbeeld, uh hy't vreeslik maklik aan die slaap geraak, verskriklik, selfs in die klas, as die klasse wissel. Hy't, dan, dan sit hy sy kop neer op

die tafel en sy sleutel in sy hand en as sy sleutels val, dan's hy wakker, jy weet. Dit is die knik wat hy net slaap. Dit, dit moet iets wees met die Alzheimer. Hy haal daai pen uit, en hy haal sy boekie en sy knipmes uit en hy sit dit daar neer tot vandag toe, nooit weer gevra daarvoor nie. Snaaks né, dis nou meer as tien, wat, dis daar in die tagtigs. Maar in elk geval, um dit tot in 'n mate in 'n groot mate trek dit jou nader aanmekaar as jy, kyk hy's die enigste man in my hele lewe wat ek voor lief was, ek het nooit 'n behoefte gehad aan iemand anders nie, ek soos ek sê ek was baie jonk, maar hy was groot genoeg, hy het verstand gehad hy het ses jaar universiteit agter die blad. So hy moes geweet het, as hy met hierdie skoolkind trou. Maar hy was my als in die lewe,so, in 'n groot mate trek hierdie ding jou dan nader aanmekaar. En, uh, uh, in my geval ek het, ek het soos 'n tierwyfie opgetree, nou nog, ek laat niemand, niemand hom iets aandoen nie. Niks, nie 'n persoon, ek meen hulle het niks van my gehou in die ouetehuis nie. En ek sal vir jou sê waar, waarom, ek was, ek was op hulle tone die heeltid, want ek het gesien wat gaan aan, ek weet nie of jy die film gesien het die aand wat op "Carte Blanche" gewys het nie, het jy?

Mm mm

Dis maar goed, jy sou naargeword het.

Is dit

Maar dit is regtig wat gebeur, en ek sal vir jou sê my man sal dit nie doen nie. Nou's hy hier, nou kry ek swaar, dit is nie maklik uh, al dae nie, jy weet, jy, jy, omdat ek moeg is. Ek word baie maklik moeg. Maar dis 'n keuse, dis 'n keuse wat ek gemaak het.

Dan is daar 'n ander ding u het gesê u seun sê, hy vra hoekom doen die Here dit aan 'n mens, hoe voel tannie daaroor. Hoe ervaar...

Ek sal vir jou sê, hoe voel ek, ek het, uh, ek het nou weer my atestate laat kom na Bloemfontein Noord toe. Al die tyd in Reddersburg gewees, ek wil net weet, toe hy so siek was verlede jaar toe die dokter vir my en die kinders laat kom het, want basies moes hy gesterf het, hulle sterf mos almal van longontsteking. Die dokter het vir my gesê ek hou hom terug. En ek het nie verstaan wat hy sê nie, want die feit dat ek hom hospitaal toe laat kom het, sien die dokter dit as, ek hou hom terug. Ek laat hom deur daai behandeling gaan, maar die dokter het daar vir my gesê hy gaan dit nie maak nie, mevrou, maar hy het, ten spyte van, hy's daardeur. Toe vra ek vir my dominee, sê vir my, wat doen ek nou, as hy weer siek word. Toe sê hy vir my tannie Mort, dan vat jy hom weer hospitaal toe. Want as die Here hom wil vat, dan sal hy

hom vat. Ek het grootgeword, letterlik my, my skoonma het toe ek my eerste baba ver wag toe sê sy lees Ps 139. Ou Bybelse vertaling sê toe die ongevormde in jou moederskoot was, is jou weg gebaan.

Mm

En dit is hoe ek dit sien, ek sê altyd vir my kinders daar kom tye dat ek wil vra, Here, hoekom? En, uh, ...dan weet ek hy het dit gedoen met 'n doel...dis die spieël wat hy gebruik om te kyk, hoe ge, hoe tree ons op rondom hom. Hoe hanteer ons hierdie ding wat hy op ons weg gestuur het. Verstaan, so, dis hoe ek dit aanvaar. Dit is die wil van die Here. As dit is... Hy't, hy't gesê, die Here het nie gesê ek gaan jou laat swaarkry nie maar hy't gesê ek sal jou nooit los nie. Verstaan, wat myne is, is myne. Wat ek, ek sal uitkies wie ek wil uitkies. Dit staan daar in die Bybel, niemand kan daarteen stry as jy glo nie...En ek sal die se oë oopmaak wie se oë ek wil oopmaak. So as daar van die mense se oë wat toebly om Chris, as my seun so voel, in sy oë voel miskien, ek kan niks daaraan doen nie. Ek bid vir hom, want dit is die grootste wat jy vir enige mens kan doen.

Mm

En ek weet...dat die Here sê wat myne is laat ek nooit los nie, so hy sal hom nie loslaat nie. En ek kyk, Hy kyk hoe reageer ons om hierdie siekte van Chris, dis die spieël wat hy gebruik, om ons geloof te toets. Dit is hoe ek dit ervaar. En hy gee die krag, ek meen ek, uh, baie dae voel dit ek kan nou nie meer 'n tree verder nie. Dan sê ek Here asseblief, u weet, u weet wat die omstandighede is, U weet ek het hierdie keuse gemaak. Ek weet nie of dit verkeerd of reg is nie. Maar, um, ek weet hy sal my daardeur help en hy help my daardeur. Jy weet.

Mm

Baie keer het jy gedink finansieël gaan jy dit nie maak nie, dan kom dit op die wonderlikste wyse, die uitkoms né. En, um, nee Hy is, die Here is vir ons baie goed. My man was sy lewe lank 'n baie diep gelowige, ek uh, as ek so kwaad is vir hom dan gaan slaap hy, moenie dink ons gaan slaap sonder om te bid nie, not 'n deksel ou maatjie, ons het huisgodsdienst gehou met die kinders. Ag, ek, dit, kinders, moet elkeen sy pad ook maar loop, né, ek, ek, kan nie vir jou sê hoe voel elkeen regtig nie. Maar Fanie het nou vir die eerste keer gesê hy weet nie as die Here, rê, hoe, ons pa is hoe kan hy dit aan ons pa doen nie, hy sou dit nooit aan sy kind doen nie.

Mm

Want ek glo Chris ly, kyk, ons kan nie die mate van sy lyding regtig, um, peil nie né, want, uh, hy kan nie vir jou sê, hy kan jou nie roep en sê kom draai my nie, ek is nou moeg gelê nie, kom help my ek is dors nie, dan, of ek is honger nie. Dit moet jy, dis die verantwoordelikheid wat jy moet dra...Hy kan nie eers sy kop draai nie, hy sal in die bed lê en dan soos jy hom so lê, so lê hy tot môre-oggend. Hy sal sy bene miskien beweeg, en miskien sy arms, hulle krap mos heeldag so, jy weet. Uh, of hy sal sy arms daar, uh, wat my die wonderlikste genade is dat hy dit nog kan doen, dat daai deel van die brein dit nog doen. My grootste vrees is natuurlik die dag dat hy nie meer kan sluk nie. O, mag die Here hom neem voor dit. Nou sluk hy nog baie goed. Hy drink met 'n strooitjie, rietjie, laat hom daarmee drink. En soos ek sê, soos 'n baba die mondjie soek daai rietjie en hy drink. En al sy kos word vreeslik fyn gemaak. Ons, ons liquidize dit soos hulle sê.

Mm

En hy word gevoer. En met tye dat hy weet, ek koop al wat die beste groente is, koop ook net by Woolworths dan weet jy die goed is ordentlik, wat hom aanbetref. En ek kook al die groente en skielik wil hy nie eet nie. Toe sê ek vir die, die vrou wat my help ek is seker dit het iets te doen met die smaak. En toe begin ons verskillende souse maak, vandag hierdie sous en môre 'n ander sous, daar eet hy en hy eet baie goed. Dis eintlik 'n baie mooi man. Dit breek jou hart om hom so te sien, maar,...hy kan nog jare seker so lê, ek weet nie, hy's uh, dis net dat hy nou weer partykeer so hoes, hulle kry mos nie die slym van die bors af nie. Ons ons het nou eendag 'n fisioterapeut hier gehad en sy, maar hulle kan dit nie uithoes nie, dit is die ding. Maar, um, nee wat, ...as dit, ek, ek glo mos en ek sê altyd vir my kinders die Here gebruik jou, um, waar Hy jou plaas, daar moet Hy jou gebruik en as Hy 'n doel het met my in hierdie straat dan het Hy seker 'n doel met my, dan sal ek weet, maar, uh...dit is maar wat dit is, iemand het nou die dag gesê jy kan nie sê die Here het vir jou 'n kruis gegee nie, jy dra nie 'n kruis nie, dit is, wat het sy dit genoem, want Hy het die kruis gedra, dis 'n las, dis nie 'n las ook nie dis 'n, wat sê jy nou, ek weet nie...maar in elk geval Hy het dit op ons weg geplaas,

Mm

en ons moet dit so aanvaar, ek meen...as jy, as jy 'n gelofte gemaak het om by mekaar te bly, hy sou dieselfde seker vir my gedoen het...Jy weet.