

DIE LEWENSKWALITEIT VAN
VERPLEEGKUNDIGE VERSORGERS
VAN
ALZHEIMER-PASIËNTE

MEJ. H. VENTER

DIE LEWENSKWALITEIT VAN
VERPLEEGKUNDIGE VERSORGERS
VAN
ALZHEIMER-PASIËNTE

MEJ. H. VENTER

**DIE LEWENSKWALITEIT VAN
VERPLEEGKUNDIGE VERSORGERS VAN
ALZHEIMER-PASIËNTE**

deur

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

Verhandeling
voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE
(Kliniese Sielkunde)

in die

**FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE
DEPARTEMENT SIELKUNDE**

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT

Studieleier: Prof. P.M. Heyns
Bloemfontein
Mei 2003

Ek verklaar dat die verhandeling wat ek hierby vir die graad, *Magister Societatis Scientiae* (Kliniese Sielkunde), aan die Universiteit van die Vrystaat indien my selfstandige werk is en dat ek dit nie voorheen vir 'n graad aan 'n ander universiteit / fakulteit ingedien het nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

Hilda Venter

Datum

BEDANKINGS

Hiermee bedank ek almal wat die voltooiing van hierdie verhandeling vir my moontlik gemaak het:

- My studieleier, Prof. Heyns, vir sy bereidwilligheid, geduld en leiding.
- My gesin en mede-studente, vir hulle ondersteuning.
- My vriend, Earle, vir sy konstante aanmoediging en liefde.
- Me. Louise Grobler, vir die noukeurige taal- en tegniese versorging.
- Al die verpleegkundige versorgers wat bereid was om aan die studie deel te neem.
- Laastens, alle eer aan my Hemelse Vader, want niks was moontlik sonder Sy genade nie.

OPSOMMING

DIE LEWENSKWALITEIT VAN VERPLEEGKUNDIGE VERSORGERS VAN ALZHEIMER-PASIËNTE

Sleutelterme:

Demensie, Alzheimer se siekte, verpleegkundige versorgers, salutogenese, koherensiesin, algemene weerstandshulpbronne, psigofortologie, psigofortigene faktore, sielkundige welstand, lewenskwaliteit.

Demensie van die Alzheimer-tipe is een van die mees verwoestende siektes wat tans bestaan, want dit het 'n inkapasiterende uitwerking op die persoon se belangrikste funksioneringsfaktore, naamlik sy of haar hoër kortikale funksies en persoonlikheid. Die verliese wat die siekte meebring, raak nie net die pasiënt nie, maar stel ook vele uitdagings aan hul naasbestandes en die verpleegkundiges wat hulle moet versorg. Die stygende getal slagoffers van Alzheimer se siekte word in die Suid-Afrikaanse statistieke weerspieël. Hierdie toenemende getalle plaas dan ook groot druk op die land se gesondheids-, sosiale en finansiële dienste vanweë die voltydse verpleegsorg wat genoodsaak word.

Hierdie studie is 'n uitbreiding van die studie van Venter (2000) en was hoofsaaklik kwalitatief van aard. Dit het ten doel gehad om vanuit die literatuur van psigofortologie te bepaal in watter mate die lewenskwaliteit van die verpleegkundiges wat Alzheimer-pasiënte versorg, beïnvloed word. Daar is in hierdie verband spesifiek aandag geskenk aan die negatiewe en positiewe aspekte wat versorging van Alzheimer-pasiënte vir die verpleegkundiges inhou. Die identifisering van die teenwoordigheid van psigofortigene faktore in die doeltreffende hantering van eise en die gevolglike handhawing van lewenskwaliteit of sielkundige welstand was ook 'n belangrike doel in hierdie ondersoek.

Die ondersoekgroep het bestaan uit 226 verpleegkundiges van Alzheimer-pasiënte, afkomstig vanuit inrigtings in die Wes-Kaap, Gauteng en die Vrystaat. Die respondente moes onder andere op oop vrae ten opsigte van hul werkservaringe kommentaar lewer. Semi-gestruktureerde onderhoude is ook met 'n verdere 10 verpleegkundiges van Alzheimer-pasiënte vanuit drie tehuise in die Bloemfontein-area gevoer. *Die Lewenstevredenheidsvraelys / Satisfaction With Life Scale* van Diener, Emmons, Larson & Griffen (1985) is ook deur elk van die verpleegkundige versorgers voltooi.

Die response in die onderhoude en in die vraelyste is deur die gebruik van 'n kwalitatiewe ontledingsbenadering gekodeer en geïnterpreteer om te bepaal watter ervarings en psigofortigene faktore betrokke is by die versorging van Alzheimer-pasiënte. Die resultate verkry op die lewenstevredenheidsvraelys is ook in verband gebring om 'n aanduiding van elke verpleegkundige se ervaring van lewenskwaliteit te kry.

Die resultate van hierdie ondersoek bevestig in 'n groot mate vorige bevindinge. 'n Hoë mate van lewenstevredenheid het wel na vore gekom. Daar is bevind dat die versorgers sielkundige welstand, sin en betekenis ervaar ten spyte van die moeilike uitdagings wat die versorgingsituasie aan hulle stel.

Die volgende psigofortigene faktore wat 'n belangrike rol in die doeltreffende hantering van eise en die handhawing van sielkundige welstand speel, is by die verpleegkundige versorgers geïdentifiseer: humor, ondersteuning van gesin en kollegas, geloof, ontspanning en vryetydsbesteding.

Die waarde van deurlopende opleiding en ondersteuning vir verpleegkundige versorgers is belangrik, asook die belangrikheid van die uitbouing van psigofortigene faktore wat bydraend is tot die verbetering en handhawing van lewenskwaliteit en sielkundige welstand. Die ontwikkeling van 'n ondersteunings- en opleidingsprogram, en die daarstelling van 'n gespreksforum tussen die verpleegkundige versorgers en die familie van die Alzheimer-pasiënte word bepleit.

SUMMARY

THE QUALITY OF LIFE OF NURSING CARE-GIVERS OF ALZHEIMER PATIENTS

Keywords:

Dementia, Alzheimer's disease, nursing care-givers, salutogenesis, sense of coherence, generalised resistance resources, psychofortology, psychofortigenic factors, psychological well-being, quality of life.

Dementia of the Alzheimer type is one of the most devastating diseases currently in existence, as it has an incapacitating effect on the sufferers' most important functioning factors, namely their higher cortical functions and personality. The loss that accompanies the disease not only affects the patients, but also challenges their loved ones and their nursing care-givers that have to look after them. The increasing number of victims of Alzheimer's disease is reflected in South African statistics. These growing numbers exert great pressure on the country's health, social and financial services owing to the fulltime nursing care required.

This study is an extension of the one by Venter (2000) and was largely qualitative. Its aim was to determine the extent of the effect on the quality of life of the nursing care-givers of Alzheimer patients from the literature on psychofortology. In this regard, particular emphasis was placed on the negative and positive effects that caring for Alzheimer's patients have on the lives of nursing care-givers. The identification of existing psychofortigenic factors in the effective management of demands and the consequent quality of life or psychological well-being was a further aim of this investigation.

The sample group consisted of 226 nursing care-givers of Alzheimer patients from institutions in the Western Cape, Gauteng and the Free State. Among others, the respondents had to comment on open questions regarding their work experience. Semi-structured interviews were conducted with a further 10 nursing care-givers of Alzheimer patients from three institutions in the Bloemfontein area. The nursing care-givers also completed *Die Lewenstevredenheidsvraelys / Satisfaction with Life Scale* of Diener, Emmons, Larson & Griffen (1985) individually.

The responses in the interviews and questionnaires were encoded and interpreted by a qualitative analytical approach to determine the experiences and psychofortigenic factors involved in taking care of Alzheimer patients. The results obtained from the *Satisfaction with Life Scale* were also related to indicate individual nursing care-givers' experience of quality of life.

The results of this investigation largely confirm former findings. A high degree of satisfaction with life was revealed. It was found that care-givers experience psychological well-being, usefulness and meaning in spite of the difficult challenges the care-giving situation sets them.

The following psychofortigenic factors that are significant in dealing with the demands and the maintenance of psychological well-being were identified among the nursing care-givers: humour, the support of their family and colleagues, faith, relaxation and recreation.

The significance of continuous training and support for nursing care-givers were emphasised, as well as the significance of extending psychofortigenic factors that contribute to the promotion and maintenance of quality of life and psychological well-being. The development of a support and training programme, and the establishment of a communication forum among the nursing care-givers and the relatives of Alzheimer patients is advocated.

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
OPSOMMING	ii
SUMMARY	iv
 HOOFSTUK 1: INLEIDING	
1.1 Oorsig van die studie	1
1.1.1 Doel van die studie	1
1.1.2 Noodsaaklikheid van die studie	1
1.1.3 Navorsingsprobleem	2
1.2 Besonderhede van voorafstudie	2
1.3 Waarde van die ondersoek	2
1.4 Indeling van die hoofstukke	3
 HOOFSTUK 2: ALZHEIMER SE SIEKTE	
2.1 Inleiding	4
2.2 Kliniese diagnose van demensie van die Alzheimer-tipe	4
2.2.1 Demensie	4
2.2.1.1 Definisie van demensie	4
2.2.2 Alzheimer se siekte	5
2.2.2.1 Definisie	5
2.2.3 Diagnostiese kriteria vir demensie van die Alzheimer-tipe:	6
2.2.3.1 Mediese geskiedenis	8
2.2.3.2 Fisieke ondersoek	8
2.2.3.3 Laboratoriumtoetse	9
2.2.3.4 Psigometriese toetse	9
2.3 Natuurlike verloop en kliniese beeld van Alzheimer se siekte	10
2.4 Epidemiologie	13

2.5	Etiologie	14
2.6	Risikofaktore in die ontwikkeling van ‘n demensie van die Alzheimer-tipe	15
2.7	Samevatting	16

HOOFSTUK 3: PSIGOFORTOLOGIE

3.1	Inleiding	17
3.2	Die salutogenetiese benadering tot gesondheid	18
	3.2.1 Kernkonstrukte van die salutogenetiese benadering	19
	3.2.1.1 Koherensiesin	19
	• Verstaanbaarheid	20
	• Beheerbaarheid	20
	• Betekenisvolheid	20
	3.2.1.2 Algemene weerstandshulpbronne	20
	3.2.2 Die verband tussen die salutogenetiese kernkonstrukte, sielkundige welstand en lewenskwaliteit	21
3.3	Psigofortologie: Van Salutogenese tot Fortigenese	22
	3.3.1 Weerbaarheid (<i>Resiliency</i>)	23
	3.3.1.1 Omskrywing van weerbaarheid	23
	3.3.1.2 ‘n Konseptuele raamwerk vir weerbaarheid	24
3.4	Samevatting	27
3.5	Invloed van versorging van Alzheimer-pasiënte op verpleegkundiges	28
	3.5.1 Die ervarings en stressore van die verpleegkundige versorger	29
	3.5.2 Streshanteringstrategieë	30
3.6	Samevatting	31

HOOFSTUK 4: DOEL EN METODE VAN ONDERSOEK

4.1	Inleiding	34
4.2	Aard van die kwalitatiewe metodologie	34

4.3	Navorsingsprosedure	35
4.3.1	Ondersoekgroep	35
4.3.2	Data- insamelingstegnieke	36
4.3.2.1	Biografiese vraelys	36
4.3.2.2	<i>Lewenstevredenheidsvraelys/ Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i> (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985)	36
4.3.2.3	Semi-gestruktureerde onderhoud	37
4.3.3	Insameling van gegewens	37
4.3.4	Ontleding van data	38

HOOFSTUK 5: KWALITATIEWE ONTLEDING EN VERTOLKING

5.1	Inleiding	39
5.2	Bondige beskrywing van die werkswyse	40
5.2.1	Die negatiewe ervarings en stressore ten opsigte van die versorging	40
5.2.1.1	Versorgingstake	41
5.2.1.2	Die verhoudings tussen die versorgers en pasiënte	43
5.2.1.3	Die verhoudings tussen die versorgers en die familie van die pasiënte	44
5.2.1.4	Die verhoudings tussen die mede-verpleegkundiges ..	47
5.2.1.5	Werkomstandighede	48
5.2.2	Die positiewe ervarings van versorging	48
5.2.2.1	Die verhoudings tussen die versorgers en pasiënte	48
5.2.2.2	Die verhoudings tussen die versorgers en die pasiënte se familie	50
5.2.2.3	Die verhoudings tussen die mede-verpleegkundiges ..	51
5.2.3	Die belangrikste psigofortigene faktore wat deur die verpleegkundige versorgers benut word	51
5.2.3.1	Koherensiesin	52
▪	Verstaanbaarheid	53
▪	Beheerbaarheid	55
▪	Betekenisvolheid	56
5.2.3.2	Algemene weerstandshulpbronne / Weerbaarheidskomponente	58
▪	Humor	58
▪	Ondersteuning van gesin en mede-verpleegkundiges	59
▪	Geloof	60
▪	Ontspanning en vrytydsbesteding	61
▪	Onderlinge invloed tussen werks- en huislike probleme en die hantering daarvan	62

5.3	Gevolgtrekking	63
5.4	Aanbevelings om werkstevredenheid en lewenskwaliteit te verbeter	66
5.5	Samevatting	67
	BRONNELYS	68
	BYLAAG A	
	Toestemmingsbrief	76
	Letter requesting permission	77
	LYS VAN FIGURE	
	Figuur 3.1 Kumpfer se Raamwerk vir Weerbaarheid	24

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 Oorsig van die studie

1.1.1 Doel van die studie

Hierdie studie het ten doel gehad om die lewenskwaliteit van verpleegkundiges wat pasiënte met Alzheimer se siekte versorg vanuit 'n psigofortologiese oogpunt te ondersoek en te beskryf.

1.1.2 Noodsaaklikheid van die studie

Daar is tans 'n toenemende belangstelling in die Positiewe Sielkunde wat poog om vas te stel hoe 'n persoon ten spyte van moeilike omstandighede steeds sinvol en waardig kan lewe. Hierdie veld in die Sielkunde word ook die Psigofortologie genoem (Wissing & Van Eeden, 1998) en fokus op bronne van sielkundige krag, onder andere op subjektiewe belewinge soos hoop, optimisme, lewenstevredenheid en geloof, asook op die ervaring van die beskikbaarheid van ondersteuningsbronne (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

In Beck (1996) se studie oor verpleegkundiges wat kognitief-ingeperkte bejaardes versorg, is daar gevind dat dié tipe versorging fisiek en geestelik uiters uitputtend is, maar dat dit tog positief ervaar kan word en 'n singewende bydrae tot die verpleegkundiges se bestaan kan lewer. In Suid-Afrika het Levert, Lucas en Ortlepp (2000) gevind dat die voorkoms van uitputting onder verpleegkundiges oor die algemeen hoër is as by hul eweknieë op ander plekke in die Westerse wêreld. Die toedrag van sake wek dus kommer oor die sielkundige welstand van Suid-Afrikaanse verpleegkundige versorgers, veral van diegene gemoeid met die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte. Hierdie tipe versorging stel besonder hoë eise aan die versorgers. Dit sluit in die hantering van probleme, soos byvoorbeeld met voeding, versteurde slaappatrone, rondloopgedrag en inkontinensie wat die gereelde skoonmaak van die pasiënt noodsaak. Verdere stressore is die gebrek aan

interpersoonlike ondersteuning, min persoonlike vrye tyd en finansiële probleme as gevolg van swak besoldiging (Hamdy, 1994).

Uit bogenoemde is dit dus duidelik dat die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte die lewenskwaliteit of sielkundige welstand van verpleegkundiges bedreig. Hierdie studie wil ondersoek instel na die bronne van sielkundige sterktes, oftewel psigofortigene faktore, wat sodanige verpleegkundige versorgers in staat stel om die stresvolle situasie só te hanteer dat hulle hul lewenskwaliteit kan handhaaf.

1.1.3 Navorsingsprobleem

Die navorsingsprobleem is dus die vraag hoe die versorging van Alzheimer-pasiënte verpleegkundige versorgers se lewenskwaliteit beïnvloed en watter psigofortigene faktore 'n rol in die handhawing van hulle lewenskwaliteit speel.

1.2 Besonderhede van voorafstudie

Venter (2000) het die verband tussen psigofortigene faktore en uitbranding by verpleegkundiges van Alzheimer-pasiënte ondersoek. Die data wat hy uit daardie studie verkry het, is hoofsaaklik kwantitatief ontleed. Daarenteen het hierdie studie gepoog om die kwalitatiewe data wat deur Venter (2000) versamel is te ontleed, tesame met die bykomende data verkry uit indiepte-onderhoude met 'n nuwe steekproef verpleegkundige versorgers. Die resultate van die *Lewenstevredenheidsvraelys* (Diener, Emmons, Larson & Griffen, 1985) wat ook op die nuwe steekproef verpleegkundiges afgeneem is, is vervolgens ook ontleed en vergelyk met die verkreeë lewenstevredenheidstelling in Venter (2000) se ondersoek.

1.3 Waarde van die ondersoek

Hierdie navorsing kan lig werp op die invloed wat die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte op verpleegkundige versorgers se lewenskwaliteit het. Vanuit 'n psigofortigene raamwerk kan die gevolgtrekkings van hierdie studie van waarde wees vir die daarstelling van 'n beter werksmilieu vir verpleegkundiges, sodat hulle 'n bevredigende lewenskwaliteit kan handhaaf.

1.4 Indeling van die hoofstukke

Die ondersoek word as volg in die volgende hoofstukke uiteengesit:

In **Hoofstuk 2** word demensie van die Alzheimer-tipe gedefinieer. Die diagnosering, natuurlike verloop, epidemiologie en etiologie van hierdie siekte word ook bespreek.

Hoofstuk 3 fokus op 'n uiteensetting van die konstruk, *psigofortologie*, en aanverwante psigofortigene konstrunkte. Die invloed wat die versorging van Alzheimer-pasiënte op verpleegkundiges het, met spesifieke verwysing na die tipe stressore en uitdagings wat hulle werk meebring, sowel as hulle wyse van stresshantering, geniet ook aandag.

Hoofstuk 4 fokus op die navorsingsmetodologie van hierdie studie. Die aard van die kwalitatiewe metodologie en die besondere navorsingsprosedures wat gevolg is, word ook bespreek.

In **Hoofstuk 5** word daar aandag gegee aan die ontleding en vertolking van die ingesamelde kwalitatiewe data. Laastens word die gevolgtrekking en aanbeveling bespreek wat aan die hand van die resultate gemaak is.

HOOFSTUK 2

ALZHEIMER SE SIEKTE

2.1 Inleiding

Die gemiddelde lewensverwagting in die ontwikkelde wêreld het van 50 jaar ongeveer 100 jaar gelede gestyg tot die huidige 86 jaar vir vroue en 76 jaar vir mans (Lund, 2001). Dit word bereken dat die gemiddelde lewensverwagting teen 2025 ongeveer 'n ouderdom van 100 gaan wees (Lund, 2001). Een kwart van die bevolking sal dus van 'n afgetrede ouderdom wees (Bennett & Jones, 2001).

Tans spandeer lande groot bedrae geld op die gesondheid en welstand van persone bo die ouderdom van 65 jaar, wat toenemende eise aan gesondheids- en sosiale dienste stel (Bennett & Jones, 2001; Lund, 2001).

Die feit dat die voorkoms van demensie, en veral demensie van die Alzheimer-tipe, progressief met ouderdom toeneem, en dat dit die psigiatrisie versteuring is wat die meeste onder bejaardes voorkom, maak die bejaarde dus besonder kwesbaar (Rosin, 1987).

2.2 Kliniese diagnose van demensie van die Alzheimer-tipe

2.2.1 Demensie

2.2.1.1 Definisie van demensie

Demensie, ook genoem seniliteit, is 'n verworwe, progressief-deteriorerende toestand wat gewoonlik later in 'n persoon se lewe voorkom, en wat alle aspekte van hoër breinfunksies soos geheue, intelligensie, taal, probleemoplossingsvaardighede, oriëntasie, aandag, konsentrasie, persepsie, oordeel, sosiale vermoëns en persoonlikheid affekteer (Bennett & Jones, 2001; Davison & Neale, 1997; Kaplan & Sadock, 1998).

Die verloop van demensie kan progressief of staties, permanent of omkeerbaar wees, afhange van die oorsaak daarvan (Davison & Neale, 1997; Kaplan & Sadock, 1998).

In die Westerse samelewing is daar tans twee maniere waarop die term, demensie, gebruik word. Eerstens as 'n algemene term aanduidend van 'n enkele kliniese toestand, en tweedens as 'n spesifieke term wat op 'n verskeidenheid van patologiese verstourings dui. As spesifieke term het die begrip, demensie, op siektes soos byvoorbeeld Alzheimer se siekte, Pick se siekte, Parkinson se siekte, Lewy se liggaamsiekte, vaskulêre demensie, Creutzfeldt-Jacob en Huntington's chorea betrekking (Adams & Clarke, 2001).

'n Algemene opvatting wat reggestel moet word, is dat demensie en Alzheimer se siekte sinoniem is. Alzheimer se siekte is slegs een van die vele oorsake van demensie en maak tussen 50% en 60% van die gevalle van demensie uit (Lund, 2001).

2.2.2 Alzheimer se siekte

2.2.2.1 Definisie

Alzheimer se siekte is 'n siektetoestand van die brein wat geheueverlies en ernstige verstandelike agteruitgang tot gevolg het. Dit is 'n progressief-degeneratiewe siekte wat die brein aantast en is reeds in 1906 beskryf deur Alois Alzheimer, 'n Duitse neuroloog, wat breinveranderinge kenmerkend van hierdie siekte aangeteken het (Gruetzner, 1992).

Slagoffers van Alzheimer se siekte ly aan onomkeerbare breinverlies wat vanaf eenvoudige vergeetagtigheid vorder tot 'n behoefte aan totale versorging in die uitvoering van basiese roetine-aktiwiteite en -take in hul daaglikse lewe (Lindeman, Corby, Downing & Sonborn, 1991).

2.2.3 Diagnostiese kriteria vir demensie van die Alzheimer-tipe

Die identifikasie van 'n demensiesindroom is gewoonlik die eerste stap om demensie van die Alzheimer-tipe te diagnoseer (Cummings, 1989). Die DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) (1994:142), voorsien die mees algemene kriteria vir demensie. Dit behels onder andere die volgende simptome:

1. Sigbare bewyse dat die korttermyngeheue wel ingekort is, wat beteken dat pasiënte nie in staat is om nuwe gedrag aan te leer nie.
2. 'n Inkorting van die langtermyngeheue wat pasiënte se vermoë beperk om persoonlike inligting uit die verlede te herroep.
3. 'n Inkorting van abstrakte denke wat gekenmerk word deur pasiënte se onvermoë om ooreenkomste tussen woorde te herken.
4. Pasiënte se oordeel word aangetas wat daartoe lei dat hulle 'n onvermoë het om hulle interpersoonlike, familie-, en werksverwante probleme doeltreffend te hanteer.
5. Die teenwoordigheid van kognitiewe versteurings wat die volgende mag insluit: afasie (die inperking van spraak en die onvermoë om woorde in die regte volgorde te plaas), apraksie (die ingeperkte vermoë om motoriese aktiwiteite uit te voer ten spyte van 'n intakte motoriese funksie), agnosie ('n onvermoë in die herkenning en identifisering van bekende voorwerpe ten spyte van 'n intakte sensoriese funksie) en ingeperkte uitvoerende funksies.
6. 'n Versteuring van so 'n aard dat pasiënte se werks-, sosiale en interpersoonlike funksionering duidelik belemmer word.

Alzheimer se siekte word gediagnoseer nadat die moontlikheid uitgeskakel is van ander oorsaaklike siektetoestande, wat ook aanleiding tot 'n demensie-beeld kan gee, soos byvoorbeeld: multi-infarktiese demensie, Parkinson se siekte, Huntington's chorea, breintumore, substansintoksikasie, subdorale hematoom, tiroïedsiekte, vitamien B₁₂-tekort, chroniese infeksies van die senuweestelsel en major depressie.

Vergeetagtigheid wat deel uitmaak van die normale verouderingsproses moet ook uitgeskakel word (Lund, 2001; Turnbull, 1994a).

‘n Definitiewe kliniese diagnose van Alzheimer se siekte kan egter slegs finaal bevestig word na die afsterwe van die pasiënt wanneer ‘n breinbiopsie of nadoodse ondersoek die teenwoordigheid van die kenmerkende histologiese tekens daarvan toon (Bennett & Jones, 2001; Fritz, 1991; Turnbull, 1994a).

Volgens die diagnostiese kriteria, vervat in Kaplan en Sadock (1998), moet ‘n persoon aan die volgende kriteria voldoen voordat ‘n diagnose van Alzheimer se siekte gemaak kan word:

A: Die ontwikkeling van veelvoudige kognitiewe tekorte soos gemanifesteer deur beide van die volgende:

1. Geheue-inkorting (die ingekorte vermoë om nuwe inligting te leer en vorige verworwe inligting te herroep).
2. Een of meer van die volgende kognitiewe versteurings:
 - a. Afasie
 - b. Apraksie
 - c. Agnosie
 - d. Versteuring in uitvoerende funksies, soos byvoorbeeld beplanning, organisering en opsomming.

B: Die kognitiewe tekorte soos beskryf in Kriteria A1 en A2 veroorsaak elkeen merkbare inperking in sosiale of beroepsfunksionering en verteenwoordig ‘n merkbare afname van die vorige vlak van funksionering.

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

D: Die kognitiewe tekorte soos beskryf in Kriteria A1 en A2 is nie die gevolg van die volgende nie:

1. Ander sentrale sensuweestelseltoestande wat die oorsaak is van progressiewe tekorte in kennis en geheue.
2. Sistemiese toestande wat bekend is om tot demensie te lei, soos byvoorbeeld hipotiroïdisme en HIV-infeksie.
3. Substans-geïnduseerde toestande.

E: Die tekorte kom nie uitsluitlik voor gedurende die verloop van 'n delirium nie.

F: Die versteuring kom nie voor tydens 'n ander A1-versteuring nie, soos byvoorbeeld 'n major depressiewe versteuring en skisofrenie.

Gegewe dat 'n besliste diagnose van Alzheimer se siekte moeilik is, word verdere inligting wat behulpsaam kan wees in die diagnostisering by wyse van die volgende stappe ingesamel:

2.2.3.1 Mediese geskiedenis

Die volle geskiedenis van die persoon wat simptome ervaar, asook dié van sy/haar familie word afgeneem. Hierdie benadering is baie belangrik om te bepaal hoe die pasiënt progressief gedeterioreer het, asook om dié take te identifiseer wat hy/sy nie langer kan uitvoer nie (Turnbull, 1994a).

Die geskiedenis van die pasiënt, kennis omtrent familieleden wat soortgelyke simptome gehad het, of waar dit deur 'n nadoodse ondersoek bevestig is dat hulle slagoffers van Alzheimer se siekte was, kan as hulpmiddel dien in die diagnose van dié siekte (Valentine & Valentine, 1989).

2.2.3.2 Fisieke ondersoek

'n Fisieke ondersoek kan 'n bydrae lewer om ander siektes uit te sluit. So 'n ondersoek behoort ondermeer op die sensoriese en motoriese stelsels te fokus (Turnbull, 1994a).

Ander stelsels waarna spesifiek opgelet moet word, is die endokriene-, hart-, nier-, long- en lewerstelsels, asook enige toestande wat infeksie kan veroorsaak (Lund, 2001).

2.2.3.3 Laboratoriumtoetse

Volledige bloedontledings en toetse vir vitamien B₁₂- of foliaatgebrek, lewerfunksies, tiroïedfunksies en die menslike immuniteitsvirus (MIV) moet gedoen word om die moontlikheid van ander toestande uit te skakel (Turnbull, 1994a).

Verdere diagnostiese hulpmiddels soos borskas X-strale, breinbeeldingondersoeke, soos byvoorbeeld gerekenariseerde tomografie (*RT scan*) en magnetiese resonansstudies, elektro-enkefalografie (EEG), elektrokardiogram (EKG) en ondersoeke na spinale vloeistof word ook aangewend om die verskillende oorsake van demensie te bepaal (Matteson, McConnell & Linton, 1997). Die elektro-enkefalografie (EEG) toon progressiewe verstadiging en die gerekenariseerde tomografie-ondersoek (*RT scan*) openbaar serebrale atrofie in Alzheimer se siekte (Cummings, 1989).

2.2.3.4 Psigometriese toetse

Soms word pasiënte vir neuro-sielkundige evaluasie verwys wat besonder nuttig is om Alzheimer se siekte van ander breinversteurings te onderskei indien laboratoriumtoetse of algemene kliniese toetse nie suksesvol was nie (Turnbull, 1994a).

Die diagnostiese aspekte van dié evaluasie fokus in hierdie geval meestal op kognitiewe faktore, terwyl daar in die behandeling weer groter klem op emosionele, interpersoonlike, en gesinsfaktore geplaas word. Die meeste psigometriese toetse het ten doel om:

1. 'n Fokale letsel te help identifiseer
2. 'n Basislyn te bied
3. Die diagnose te bevestig
4. Sterkpunte in die beplanning van behandeling te identifiseer.

Toetse hier van belang is die Wechsler Intelligensieskaal vir Volwassenes, die Bender-Gestalt en die Grassi-blokvervangingsstoets. 'n Kort maar funksionele toets wat gewoonlik gebruik word, is die *Mini-Mental State Exam* (Slaon, 1994). Die inagneming van kollaterale geskiedenis in hierdie opsig is van groot belang, omdat persone wat voorheen hoogs funksionierend was, nie noodwendig uitvalle op hierdie toetse gaan toon nie (Slaon, 1994).

Na die noukeurige opname van die geskiedenis van die pasiënt, tesame met 'n kliniese ondersoek, kan daar gewoonlik met meer akkuraatheid 'n diagnose van demensie, en spesifiek 'n demensie van die Alzheimer-tipe, gemaak word. Hierdie akkuraatheidsyfer kan verhoog word indien spesiale laboratoriumtoetse afgeneem word (Bennett & Jones, 2001; Valentine & Valentine, 1989).

2.3 Natuurlike verloop en kliniese beeld van Alzheimer se siekte

Alzheimer se siekte kan op enige ouderdom voorkom. Ongeveer die helfte van die pasiënte wat met demensie van die Alzheimer-tipe gediagnoseer word, toon die eerste simptome egter tussen die ouderdom van 65 en 70 (Kaplan & Sadock, 1998).

Gruetzner (1992) het gevind dat die agteruitgang in gedrag en vermoëns by Alzheimer-pasiënte onder die ouderdom van 60 vinniger plaasvind, en binne 3 tot 5 jaar tot die dood lei. Met latere aanvang is die verloop vir die meeste van die pasiënte egter stadig, veral as die pasiënte goed versorg word in 'n sosiale atmosfeer waar hulle kognitief en fisiek gestimuleer en hulle mediese probleme vroegtydig doeltreffend behandel word. Vanaf die aanvang van die siekte tot en met die dood kan daar tussen 6 en 12 jaar verloop en die meeste pasiënte sterf vanweë 'n sekondêre siekte, soos byvoorbeeld 'n hartaanval, urineweginfeksie, beroerte of sepsisemie as gevolg van longonsteking (Bennett & Jones, 2001; Hamdy, 1994).

Alzheimer se siekte impliseer 'n globale agteruitgang op die kognitiewe, affektiewe en gedragsvlak van die pasiënt, met 'n groot verskeidenheid simptome wat voorkom soos die siekte vorder (Cummings, 1989). Alzheimer se siekte word gewoonlik in drie stadiums opgedeel, naamlik die **vroeë**, **middel-** en **latere stadiums** (Cummings,

1989). Hamdy (1994) beklemtoon egter dat daar 'n groot ooreenstemming tussen die simptome van die verskillende stadiums bestaan en dat nie alle pasiënte deur al die stadiums sal gaan nie. Van die belangrikste simptome wat gedurende die verskeie stadiums kan voorkom, behels onder andere seksuele disinhibisies, fisieke en/of verbale aggressie, hallusinasies, delusies, slaapversteurings en ekstreme gemoedskommeling (Bennett & Jones, 2001).

In die **vroeë stadium** van hierdie siekte toon pasiënte erge afgematheid, 'n onvermoë tot volgehoue hoëvlak kognitiewe funksionering en 'n geneigdheid om te misluk indien 'n opdrag nuut of kompleks is (Kaplan & Sadock, 1998). Dis ook in hierdie stadium dat dit gewoonlik moeilik is om demensie van depressie, verveeldheid, rou of angstigheid te onderskei (Richter, Blass & Valentine, 1989). Alhoewel die voorkoms van 'n depressie van die begin af van 'n demensie onderskei moet word, kan dit wel gedurende die verloop van Alzheimer se siekte voorkom. Volgens Richter *et al.* (1989) word dit veral met die vroeë stadiums van Alzheimer se siekte geassosieer, en Bennett en Jones (2001) het gevind dat dit by ongeveer 20% van Alzheimer-pasiënte voorkom.

Ligte geheue-inkorting kom voor wat gekenmerk word deur die onvermoë om huidige gebeure, telefoonnommers, gesprekke en gebeure van die dag te onthou (Cummings, 1989). Die pasiënt ondervind probleme om nuwe inligting te onthou, veral vir komplekse kognitiewe take (Cummings, 1989; Hamdy, 1994). Taalversteurings, insluitende verlies van spontane spraak, ligte anomie en swak woordgenerasie, kom algemeen in hierdie stadium voor (Cummings, 1989).

Die pasiënt se persoonlikheid begin verander in dié sin dat hy/sy 'n onverskilligheid teenoor die siekte toon (Cummings, 1989; Hamdy, 1994). Aan die einde van hierdie stadium kan die geheue-inkorting, beperkte oordeel en ingeperkte besluitnemingsvaardighede wat die pasiënt ervaar daartoe lei dat hy/sy in bekende omgewings verdwaal, wat traumaties vir beide die pasiënt en die familie is (Hamdy, 1994; Kaplan & Sadock, 1998).

Volgens Cummings (1989) kom 'n meer diagnostiese groep simptome na vore in die **middelstadium** van dié siekte.

Alle normale aspekte van die geheue deterioreer progressief en dit behels 'n onvermoë om onlangse inligting te herroep (Cummings, 1989; Hamdy, 1994). In hierdie stadium word die anomie, asook agnosie, meer prominent, wat met die daaglikse aktiwiteite van die pasiënt inmeng (Hamdy, 1994). Afasie bemoeilik kommunikasie met die pasiënt. Die teenwoordigheid van apraksie lei daartoe dat die pasiënt probleme ondervind in die uitvoering van eenvoudige take, soos byvoorbeeld om self te eet en te bad, en persoonlike selfsorg word dus erg verwaarloos (Hamdy, 1994). Volgens Hamdy (1994) word die persoonlikheid van die pasiënt verder gekenmerk deur onverskilligheid, apatie, onttrekking, verhoogde passiwiteit en agitاسie. Alzheimer-pasiënte openbaar 'n gedurige rusteloosheid en dwaal gedurende die dag en aand rond. Dit blyk moontlik die gevolg te wees van die ingeperkte geheue en die teenwoordigheid van 'n oormaat van energie weens insluimering gedurende die dag (Mymin, 1996).

In die **finale stadium** van hierdie siekte kom daar ernstige versteurings in alle kognitiewe funksies voor. 'n Disoriëntasie ten opsigte van tyd, plek en persoon wat in 'n minder mate in die beginstadium teenwoordig was en progressief toegeneem het, is baie prominent in hierdie stadium (Hamdy, 1994; Valentine & Valentine, 1989). Die totale onvermoë om vir die self te sorg noodsaak dat die meeste Alzheimer-pasiënte uiteindelik voltydse aandag en toesig benodig.

Dit is dan gewoonlik gedurende hierdie laaste stadiums van Alzheimer se siekte dat pasiënte in versorgingstehuse vir voltydse verpleegkundige versorging geplaas word (Kaplan & Sadock, 1998). Doeltreffende kommunikasie tussen die pasiënt en versorger is op hierdie stadium gewoonlik nie meer moontlik nie vanweë disartrie, wat gekenmerk word deur swak artikulasie en verswakte beheer oor volume van spraak (Adams & Clarke, 2001). Soos die siekte verder verloop, kom algehele mutisme voor (Hamdy, 1994).

Waar die pasiënt in die middelstadium rusteloos was en rondgedwaal het, is daar in die laaste stadiums ernstige fisieke agteruitgang teenwoordig wat deur herhaaldelike vally, swak balans en verminderde mobiliteit gekenmerk word (Hamdy, 1994). Alzheimer-pasiënte sal ook die behoefte ervaar om toilet toe gaan, maar vanweë hulle onvermoë om hierdie behoefte te kommunikeer of die toilet te vind, sal hulle inkontinent wees of hierdie behoefte op 'n onaanvaarbare wyse bevredig, soos byvoorbeeld in die wasbak of vullisdrom (Bennett & Jones, 2001).

Aan die einde van hierdie stadium is die persoon verswak en hulpeloos en lê in 'n fetale posisie in die bed (Hamdy, 1994). Die dood volg dan gewoonlik vanweë 'n sekondêre siekte (Cummings, 1989).

2.4 Epidemiologie

Die insidensie van Alzheimer se siekte raak toenemend hoër en ongeveer 50% van die versorgingsoorde se beddens word gebruik om pasiënte met Alzheimer se siekte te versorg (Kaplan & Sadock, 1998). Die mees onlangse navorsing rakende die frekwensie van die voorkoms van demensie van die Alzheimer-tipe by die verskeie ouderdomsgroepe is deur Lund (2001) soos volg aangetoon:

60-64 jaar - 1%

65-69 jaar - 2%

70-74 jaar - 4%

75-79 jaar - 8%

80-84 jaar - 16%

> 85 jaar - 1 uit elke 2 tot 3 mense

Uit bogenoemde statistiek is dit dus duidelik dat demensie, en veral demensie van die Alzheimer-tipe, onder bejaardes voorkom en dat die kans om demensie te ontwikkel na die ouderdom van 60 elke 5 jaar verdubbel.

2.5 Etiologie

Die dramatiese toename in lewensverwagting vanweë verbeterde mediese sorg van siektes het daartoe gelei dat baie mense 'n ouderdom bereik waar degeneratiewe siektes van die brein, veral Alzheimer se siekte, meer algemeen raak (Hamdy, 1994).

Die jongste wetenskaplike navorsingsmetodes word aangewend om breinweefsel by nadoordse ondersoekte te bestudeer en dit lewer waardevolle bydraes tot die kennis van die oorsake van demensies. Alhoewel vordering gemaak is in studies ten opsigte van die molekulêre basis van die amiloïede substrate wat die kernkenmerk van Alzheimer se siekte blyk te wees, bly die presiese etiologie van Alzheimer se siekte egter nog steeds 'n vraagstuk (Kaplan & Sadock, 1998). Ten spyte van die bestaande vooruitgang, moet daar nog 'n deurbraak plaasvind in die voorkoming en behandeling van hierdie siekte (Green, 2002; Relkin, 2002).

Tot dusver word Alzheimer se siekte met spesifieke vaskulêre, neurologiese en neurochemiese veranderinge vereenselwig (Adams & Clarke, 2001). Die hooffisiologiese verandering in die brein is atrofie van die serebrale korteks, hippokampus en ander dele van die brein (Davison & Neale, 1997). Verder word dit gekenmerk deur 'n progressiewe neuronverlies, die vorming van neurofibrillêre knope en die teenwoordigheid van veelvuldige seniele plake. Neurofibrillêre knope verteenwoordig die opeenhoping van 'n onoplosbare proteïen (TAU) binne-in die selliggaam en wat abnormaal in die vorm van 'n knoop voorkom; seniele veelvuldige plaak bestaan uit beskadigde en distrofiese aksone en dendriete rondom 'n sentrale kern van beta-amiloïede peptiede (Bennett & Jones, 2001; Lavretsky & Jarvik, 1994; Rossor, 1991).

Een van die mees konsekwente neurochemiese abnormaliteite wat waargeneem word, is die verlies van die ensiem, cholin-asetieltransferase, in die serebrale korteks wat die gevolg is van die beskadiging van die neurone wat asetielcholientransferase (ACh) as neuro-oordragstof gebruik (Adams & Clarke, 2001; Lavretsky & Jarvik, 1994; Rossor, 1991). Die verminderde teenwoordigheid van noradrenalin- en serotonien-

neurone in die brein wat in die ondersoek van pasiënte met Alzheimer se siekte gevind is, dui op die verminderde aktiwiteit van die neuro-oordragstowwe, noradrenalin en serotonien, as moontlike oorsake van Alzheimer se siekte (Bennett & Jones, 2001; Kaplan & Sadock, 1998; Lavretsky & Jarvik, 1994).

Verskeie genetiese studies het bevind dat Alzheimer se siekte ook in families as 'n outosomale dominante siekte kan voorkom. In 50% van die gevalle sal 'n kind die siekte ontwikkel indien die ouer Alzheimer se siekte gehad het (Mcillroy, 2002). Die geen wat hoofsaaklik geïdentifiseer word om 'n rol te speel is op chromosoom 21. Hierdie bevindinge stem ooreen met die waarnemings dat kinders met Down-sindroom, waar daar ook 'n mutasie op chromosoom 21 is, Alzheimer se siekte ontwikkel na die ouderdom van 40 (Mcillroy, 2002). Navorsing het getoon dat mutasies op chromosome 14 en 19 ook 'n beduidende rol in die ontwikkeling van familiële Alzheimer se siekte speel (Lavretsky & Jarvik, 1994). Volgens Lavretsky en Jarvik (1994) is die voorkoms van Alzheimer se siekte as gevolg van geen-mutasies egter by slegs 5% van die totale bevolking teenwoordig. Hierdie bevinding dui weereens op die komplekse aard en interaksie tussen verskeie faktore wat 'n rol by die etiologie van Alzheimer se siekte speel.

2.6 Risikofaktore in die ontwikkeling van 'n demensie van die Alzheimer-tipe

Een van die hoofdoelwitte van Alzheimer-navorsing is om die waarskynlikheid te bepaal vir 'n persoon om hierdie siekte te kry. Sekere faktore is geïdentifiseer wat die risiko om demensie te kry verhoog, terwyl daar ander is wat 'n beskermingsrol speel. Soos reeds gemeld, neem die voorkoms van demensie toe met 'n toename in ouderdom en, hoewel ouderdom dus 'n belangrike riskofaktor is, is dit nie die enigste nie (Lavretsky & Jarvik, 1994; Lund, 2001; Stewart, 2002). Ander risikofaktore sluit in: beroertes, ernstige hoofbeserings en Down-sindroom. Nuwe omstrede risikofaktore wat ook al aandag geniet het, is swak opvoeding, omgewingsfaktore en om lid van die vroulike geslag te wees (Stewart, 2002).

‘n Hoër opvoedingspeil, anti-inflammatoriese medikasie en hormoonvervangings-terapie mag moontlik ‘n rol speel as beskermingsfaktore en word as sulks tans nog ondersoek (Stewart, 2002).

2.7 Samevatting

Demensie van die Alzheimer-tipe as ‘n kliniese sindroom verteenwoordig ‘n progressiewe deteriorasie in alle areas van breinfunksie wat die individu se kognitiewe funksionering, geheue, begrip van die hede, toekomsverwagtinge, sosiale funksionering en aanpassing in die fisiese omgewing beïnvloed (Gilleard, 1984). Hierdie onomkeerbare siekte hou ‘n traumatiese proses vir beide die pasiënt en die familie in, in soverre dit die pasiënt se kognitiewe funksionering en fisieke gesondheid voortydig ondermyn (Hamdy, 1994).

Die verloop van die siekte is van só ‘n aard dat pasiënte later geen beheer oor hulle onmiddellike persoonlike omgewing het nie en hulleself dus nie langer kan versorg nie. Dis gewoonlik tydens hierdie stadium waar die familie dan moet besluit om die persoon te institusionaliseer terwille van voltydse versorging.

In die hieropvolgende hoofstuk word daar op die vraag gefokus oor hoe die versorging van Alzheimer-pasiënte die lewenskwaliteit van die verpleegkundige beïnvloed. Die vraag word vanuit 'n psigofortologiese oogpunt beskou; met ander woorde, die klem val op die sielkundige sterktes van die verpleegkundige wat haar in staat stel om aan die veelvuldige eise van die besondere hanteringstaak te voldoen.

Omdat die oorgrote meerderheid van die verpleegkundige versorgers vroulik is, sal daar ter wille van stilistiese eenvoud deurgaans na die verpleegkundige versorgers as vroulik verwys word.

HOOFSTUK 3

PSIGOFORTOLOGIE

3.1 Inleiding

Die neuro-degeneratiewe aard van Alzheimer se siekte het 'n inkapasiterende uitwerking op die pasiënt, wat noodsaak dat sy/haar familie dit moet aanvaar, hanteer en daarby moet aanpas.

Na plasing in 'n versorgingsinrigting word die verpleegkundige versorger gekonfronteer met talle stressore wat die pasiënt se siekte en ander werksomstandighede mag meebring. Die verpleegkundige se persoonlike en werkslewe kan nie geskei word nie; beide kan mekaar dus wedersyds positief of negatief beïnvloed en 'n effek op haar lewenskwaliteit en gevoel van lewenstevredenheid hê.

Afhangende van die hanterings- (*coping*) of stresshanteringsmeganismes wat gebruik word, kan die stressore waaraan die verpleegkundige blootgestel word egter positief ervaar en aanvaar word. Ten spyte van die moeilike situasie waarin sy haar bevind, kan die verpleegkundige dan sielkundige groei en welstand beleef en gevolglik 'n stresweerbaarheidsvermoë vir toekomstige stressore ontwikkel.

Voorheen het sielkundiges baie aandag aan die diagnostiese en behandelingsaspekte van psigopatologieë gewei, maar tans is daar 'n belangrike klemverskuiwing na 'n meer positiewe uitkyk op die mens ten opsigte van die aard van sy of haar sielkundige krag. Hierdie Positiewe Sielkunde poog om die menslike sterktes en lewenskragte te beskou met die doel om vas te stel hoe mense doelgerig en met goeie lewenskwaliteit kan lewe, ten spyte van moeilike omstandighede (Sheldon & King, 2001).

Daar is aanduidings dat die individu met lewenskrag deur die volgende eienskappe gekenmerk word. Op die **subjektiewe vlak** ervaar die persoon 'n gevoel van welstand en tevredenheid ten opsigte van sy/haar hede en verlede en koester die persoon hoop

en optimisme vir die toekoms. As **individu** word die persoon ook deur onder andere die volgende positiewe individuele eienskappe gekenmerk, naamlik die vermoë om lief te hê en te werk, doeltreffende interpersoonlike vaardighede, waagmoed, uithouvermoë, toekomsgerigtheid, spiritualiteit en wysheid. Binne 'n **sosiale konteks** demonstreer die persoon burgerlike deugszaamheid en verantwoordelikheid, altruïsme, geduld en positiewe werkswaardes (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Die begrip, *psigofortologie*, word ook gebruik om die studieveld van sielkundige welstand, stresweerbaarheid en 'n positiewe uitkyk op die lewe aan te dui (Wissing & Van Eeden, 1998). Vervolgens word die ontstaan en die kern- en verbandhoudende begrippe van die nuwe denkrigting, Psigofortologie, bespreek.

3.2 Die salutogenetiese benadering tot gesondheid

Teen die agtergrond van die klemverskuiwing wat die Positiewe Sielkunde meebring het, het Antonovsky (1979) die begrip, *salutogenese*, omskryf wat na die oorsprong (*genesis*) van gesondheid (*salus*) verwys. Dit behels die fokus op dié prosesse wat by 'n persoon teenwoordig is om hom/haar te help om gesond te bly, ten spyte van die teenwoordigheid van lewenstressore.

Antonovsky (1979) sien stressore as alomteenwoordig in die menslike bestaan. Dit impliseer dat, om mens te wees, 'n stresvolle toestand veronderstel word. Stres kan op fisiologiese, sosiale en sielkundige vlakke ervaar word. Op die fisiologiese vlak word stres ervaar wanneer sekere eise die aanpassingsbronne van die liggaam oorskry en tot 'n verlaagde weerstand van die liggaam bydra. Siekte, hitte, koue en selfs bekommernis kan op die fisiologiese vlak baie stresvol wees. Sosiale stres word ervaar wanneer die funksionering en stabiliteit van 'n samelewing of sosiale groep bedreig word (Smith, 1993). Lazarus en Folkman (1984:6) definieer sielkundige stres as: *“a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being.”* Stres kan dus gedefinieer word as die negatiewe gevoelens wat persone ervaar indien hulle voel dat hulle nie die eise wat die omgewing aan hulle stel, kan hanteer nie.

In die hantering van stres poog 'n persoon dan gewoonlik om die stres of bedreiging te verander, te verlig of te verwyder. Hierdie proses kan 'n aantal kovert en overte gedragsvorme behels wat die persoon in staat stel om 'n probleemsituasie die hoof te bied (Garland & Bush, 1982).

Antonovsky (1979) beklemtoon die wisselwerking wat tussen persone se streshanteringsvermoë en hulle fisieke en geestelike gesondheid bestaan. Persone se gesondheid kan ook hulle vermoë om stres te hanteer beïnvloed en die omgekeerde geld ook (Antonovsky, 1979). In die lig hiervan, het Antonovsky (1979) die vraag gevra: “Vanwaar die krag?” Die vraag is dus hoe persone dit regkry om klaar te kom (*cope*) ten spyte van stressore in hul lewens? Om 'n antwoord op hierdie vraag te kry kan daar gekyk word na twee kernkonstrukte binne Antonovsky se opvatting van salutogenese, naamlik koherensiesin en algemene weerstandshulpbronne.

3.2.1 Kernkonstrukte van die salutogenetiese perspektief

3.2.1.1 Koherensiesin

Koherensiesin is 'n kernkonstruk binne Antonovsky (1987) se salutogenetiese model. Dit het betrekking op 'n persoon se volgehoue pogings om sin te maak uit die herhaaldelike ervarings van lewenseise en stressore.

Vir Antonovsky (1987) versinnebeeld koherensiesin 'n disposisionele oriëntasie teenoor die lewe en nie 'n vaste gedragstoestand of persoonlikheidsienskap nie, wat hy soos volg definieer (1987:19):

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

Die volgende drie verbandhoudende faktore is kenmerkend van koherensiesin:

- **Verstaanbaarheid**

Dit verwys na die omvang van 'n persoon se waarneming van interne en eksterne stimuli as duidelike, geordende, gestruktureerde en konsekwente inligting asook die verwagting dat hierdie stimuli in die toekoms ook geordend, verklaarbaar en selfs voorspelbaar sal wees.

- **Beheerbaarheid**

'n Persoon het beheer wanneer hy/sy lewensgebeure as draagbaar, hanteerbaar of selfs as uitdagings beskou wat die hoof gebied kan word. Beskikbare bronne om 'n persoon "beheer" oor situasies te gee kan òf van die persoon self, òf van ander (familie, vriende, ens.) af kom. Wanneer 'n persoon met 'n hoë mate van beheerbaarheid deur 'n stresvolle situasie gekonfronteer word, sal hy/sy dus positief wees dat dit met sukses hanteer kan word. Die individu sal dan ook vervolgens in staat wees om die verskeie hulpbronne tot sy/haar beskikking te mobiliseer ten einde die stres te bowe te kom.

- **Betekenisvolheid**

Dit verwys na die mate waartoe 'n persoon sekere lewenseise en -probleme as betekenisvol kan ervaar en dit hom/haar dan motiveer om energie in die poging te belê om die lewenseise en -probleme suksesvol aan te spreek. Hierdie betekeniservaring is egter eerder emosioneel as kognitief.

'n Persoon met 'n hoë mate van koherensiesin beskik dus oor die vermoë om stressore te definieer of te herdefinieer as iets wat sy/hy moet aanpak, om die stressore as beheerbaar te sien en nie soos 'n slagoffer van haar/sy omstandighede te voel nie, en om sin uit die stresvolle situasie te maak (Antonovsky, 1987).

3.2.1.2 Algemene weerstandshulpbronne

Antonovsky (1979) het die begrip, *algemene weerstandshulpbron*, bekendgestel wat op 'n hulpbron dui wat die doeltreffende stresshantering binne enige gegewe situasie of lewenseis kan help fasiliteer. Dit verwys na enige eienskap(pe) van 'n persoon,

groep, subkultuur of samelewing wat die persoon in staat stel om stressore suksesvol te vermy of te bestry. Dit kan wissel van eenvoudige faktore soos die immuniteit van die persoon, materiële hulpbronne soos finansies (geld), voldoende voeding en huisvesting, tot komplekse faktore soos die persoon se intelligensie en kennis, ego-identiteit, hantering- (*coping*) strategieë, sosiale ondersteuning en geloofsaspekte (Strümpfer, 1990).

Die teenwoordigheid en beskikbaarheid van sodanige positiewe, funksionele, algemene weerstandshulpbronne sal 'n persoon nie net in staat stel om stresvolle situasies te voorkom of aan te spreek nie, maar kan ook bydra tot die ontwikkeling van sekere persoonlikheidseienskappe wat die persoon in die hantering daarvan help.

Antonovsky (1979:122) meld dat: *“the extent to which our lives provide us with generalized resistance resources is a major determinant of the extent to which we come to have a generalized, pervasive orientation that can be called a strong sense of coherence.”*

3.2.2 Die verband tussen die salutogenetiese kernkonstrukte, sielkundige welstand en lewenskwaliteit

Antonovsky (1987) het die verband tussen algemene weerstandshulpbronne en sielkundige welstand uitgelig. Daar is volgens hom verskeie wyses waarop algemene weerstandshulpbronne sielkundige welstand kan help bevorder. Eerstens kan die algemene weerstandshulpbronne, wat 'n sterk koherensiesin onderlê, gesondheid bevorder wat daaropvolgend 'n positiewe uitwerking op die persoon se gevoel van sielkundige welstand kan hê. Tweedens kan hierdie weerstandshulpbronne direk tot sielkundige welstand lei. Derdens kan 'n sin van koherensie ook direk met ander aspekte van 'n suksesvolle lewe verband hou, soos onder andere, werkdoeltreffendheid, positiewe huweliks-, gesins- en interpersoonlike verhoudinge, asook gemeenskapsbetrokkenheid, godsdienstige uitlewing, en doeltreffende ekonomiese en politieke funksionering.

In hierdie studie word daar ondersoek ingestel na die mate van sielkundige welstand of lewenskwaliteit wat die verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte ervaar. Vir hierdie doeleindes word lewenskwaliteit ondersoek deur op die

ondersoekgroep se gevoel van lewensvrede te fokus. Diener *et al.* (1985) sien die komponent, lewensvrede, as die kern van sielkundige welstand en beskou dit as 'n algemene aanduiding van lewenskwaliteit.

3.3 Psigofortologie: Van Salutogenese tot Fortigenese

Strümpfer (1995) verbreed Antonovsky se term, salutogenese, tot die begrip, *fortigenese*. Strümpfer redeneer dat Antonovsky se opvatting omtrent die oorsprong van fisieke gesondheid eweseer op sielkundige sterktes in die algemeen van toepassing gemaak kan word, en derhalwe skep hy die begrip, fortigenese, wat na die oorsprong of begin (*genesis*) van psigiese krag (*fortis*) verwys.

Wissing en Van Eeden het in 1998 die konstruk, fortigenese, verder uitgebou deur te verwys na **Psigofortologie** wat dui op die wetenskaplike studie van sielkundige kragte. Hierdie studie lê klem op die ervaring, handhawing en deurlopende verbetering van fisieke en sielkundige gesondheid om sodoende lewenskwaliteit te verhoog.

Pretorius (1997) het op sy beurt die konstruk, *fortaliteit*, geskep wat dui op die vermoë van 'n persoon om weerstand te toon teen stresvolle situasies en om ten spyte van die teenwoordigheid van sodanige situasies gesond te bly. Die volgende fortaliteitsveranderlikes is deur hom geïdentifiseer, naamlik **'n positiewe selfbeeld, gesinsondersteuning en sosiale ondersteuning**.

- **'n Positiewe selfbeeld**

Dit behels positiewe selfagting, 'n gevoel van persoonlike bevoegdheid en 'n persepsie van goeie probleemoplossingsvermoëns.

- **Gesinsondersteuning**

Dit behels die persoon se positiewe beoordeling van die ondersteuning wat van die gesin verkry word. Faktore wat ook in ag geneem moet word, is die graad van kohesie, die afwesigheid van konflik tussen die verskeie gesinslede en die betrokke persoon se beoordeling van die gesin se spesifieke waarde-oriëntasie.

- **Sosiale ondersteuning**

Sosiale ondersteuning verwys na die mate waartoe 'n persoon tevrede voel dat ander mense sensitief jeens sy/haar behoeftes is en ook om vervolgens in staat te wees om hierdie ondersteuningsbronne doeltreffend te benut.

Volgens Pretorius (1997) speel hoë vlakke van fortaliteit 'n belangrike rol in die handhawing van lewenstevredenheid, 'n positiewe gevoelstoestand, subjektiewe welstand en goeie, fisieke gesondheid. Hoër vlakke van fortologie impliseer verder ook 'n goeie stresweerstandvermoë.

Die konstruk, *weerbaarheid* (*resiliency*), het ontwikkel uit die studie van Psigofortologie en is met Antonovsky (1987) se sin van koherensie in verband gebring. Hierdie psigofortogene faktor dui ook op die vermoë van sekere persone om sielkundige welstand te handhaaf ten spyte van die teenwoordigheid van teenslae en stressore (Fredrickson, 2001).

Vervolgens word weerbaarheid volledig omskryf en 'n konseptuele raamwerk vir weerbaarheid word ook voorsien.

3.3.1 Weerbaarheid (*Resiliency*)

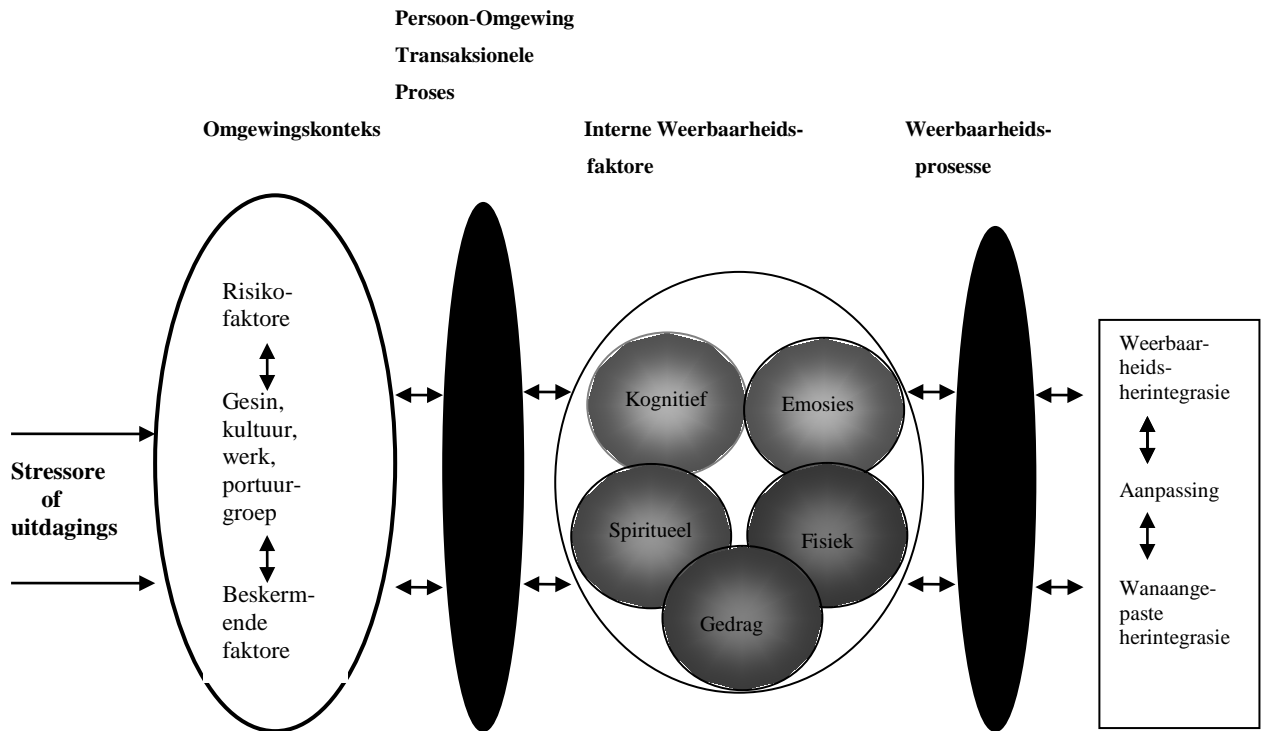
3.3.1.1 Omskrywing van weerbaarheid

Soms kan 'n stresvolle situasie of bedreiging nie verander, verlig of verwyder word nie, maar beskik die persoon wel oor die vermoë om weer terug te keer tot sy/haar optimale vlak van funksionering sonder enige skade aan sielkundige welstand.

So 'n kenmerk word as weerbaarheid beskou (Garland & Bush, 1982; Richardson, Neiger, Jensen & Kumpfer, 1990). Wanneer 'n persoon die stressore op daardie spesifieke tydstep suksesvol hanteer, beteken dit dat hy/sy toegerus is met die beskermende en hanteringsvaardighede wat gevolglik ook sal help in die doeltreffende hantering van toekomstige stressituasies (Richardson *et al.*, 1990).

3.3.1.2 'n Konseptuele raamwerk vir weerbaarheid

Kumpfer (1999) stel die volgende konseptuele raamwerk voor (verwys na Figuur 3.1) as 'n uitbeelding van die prosesse en faktore betrokke by weerbaarheid:



Figuur 3.1: 'n Raamwerk vir Weerbaarheid

Ses hoofkonstrukte word deur bogenoemde raamwerk gespesifiseer. Vier van die konstrukte is domeine wat die persoon beïnvloed, naamlik:

1. Die stressore of uitdagings

Hierdie inkomende stimuli aktiveer die begin van die weerbaarheidsproses en veroorsaak 'n onewewigtigheid of steuring in die persoon, gesin, groep of gemeenskap se homeostase.

2. Die eksterne omgewingskonteks

Die omgewingskonteks behels die interaksie en balans tussen faktore wat 'n stresrisiko impliseer en faktore wat die mens weer teen die ervaring van oormatige stres beskerm. Moontlike faktore wat 'n stresrisiko vir 'n persoon kan inhou, mag van

die persoon se werk, familie, gemeenskap en betrokke kultuur afkomstig wees (Richardson *et al.*, 1990). Betekenisvolle bande met ander, hetsy in huweliks-, familie-, werks- of vriendskapsverband (Myers, 2000; Ryff & Singer, 2000), en altruïsme (Vaillant, 2000) is belangrik vir 'n persoon se optimale funksionering en sielkundige welstand, in die sin dat dit gewoonlik 'n bydrae tot die persoon se hantering van stresvolle lewensituasies lewer.

3. Die interne self

Die volgende sielkundige eienskappe in die persoon se kognitiewe, emosionele, spirituele, gedrags- en fisieke domeine wat verband hou met weerbaarheid is geïdentifiseer, naamlik:

- ***Kognitiewe bekwaamhede***
Aspekte soos intelligensie, goeie probleemoplossingsvaardighede (Folkman & Moskowitz, 2000) en 'n hoë selfagting (Richardson *et al.*, 1990) help die persoon om stressituasies beter te hanteer.
- ***Emosionele stabiliteit en emosionele hantering:***
Wanneer 'n persoon oor emosionele stabiliteit beskik, fasiliteer dit die ontwikkeling van belangrike stresreageringsvaardighede (Fredrickson, 2001). Emosionele stabiliteit behels eienskappe soos 'n sin vir humor (Kumpfer, 1999; Vaillant, 2000), hoop (Kumpfer, 1999), geluk en selfvertroue (Richardson *et al.*, 1990). Volgens Kumpfer (1999) beskik weerbare persone oor 'n groter bewustheid van eie emosies wat hulle in staat stel om die gevoelens wat hulle ervaar doeltreffend te hanteer.
- ***Spirituele of motiveringseienskappe***
Hierdie eienskappe bestaan hoofsaaklik uit kognitiewe vermoëns of geloofstelsels wat die persoon motiveer, sy/haar pogings rig en wat gevolglik die hantering van stres bevorder (Kumpfer, 1999). Hoop en optimisme (Peterson, 2000), self-determinasie (Ryan & Deci, 2000), interne lokus van kontrole, 'n positiewe toekomsuitkyk (Richardson *et al.*, 1990), die soeke na sin en doel in die lewe (Zika & Chamberlain, 1992), die geloof in 'n hoër mag (Richardson, *et al.*, 1990) en spiritualiteit (Coyle, 2002) is van die eienskappe wat onder hierdie domein

genoem kan word. Ryff en Singer (1998) sien ook 'n verband tussen die mate waarin 'n persoon 'n doel en betekenis in die lewe ervaar, en die persoon se vlak van sielkundige welstand.

- ***Gedragbekwaamhede***

Gedragbekwaamhede stem baie ooreen met kognitiewe bekwaamhede, maar verskil in dié sin dat hulle gedragshandelinge vereis en nie net kennis nie (Kumpfer, 1999). Aspekte van gedragbekwaamhede behels dat daar 'n kongruensie tussen 'n persoon se waardes en gedrag moet bestaan (Richardson *et al.*, 1990), en impliseer verder dat 'n persoon oor probleemoplossingsvaardighede beskik (Folkman & Moskowitz, 2000).

- ***Fisieke gesondheid***

Navorsing het getoon dat goeie gesondheid 'n belangrike rol in weerbaarheid speel, in soverre dat 'n persoon wat fisiek gesond is en wat die gesondheid handhaaf deur gereelde oefening, 'n gebalanseerde dieët en voldoende slaap, gewoonlik ook "sielkundig" gesond en sterk sal voel (Kumpfer, 1999). Ryan en Deci (2001) meld in dieselfde opsig dat swak fisieke gesondheid en die gevolglike funksionele beperkinge, afbreuk doen aan 'n persoon se ervaring van positiewe emosies en lewenstevredenheid.

Richardson *et al.* (1990) het gevind dat nie al die bogenoemde bio-psigo-spirituele eienskappe by 'n persoon in 'n stresvolle situasie teenwoordig hoef te wees om 'n beskermende rol te speel nie, maar sommige van hierdie eienskappe moet ten minste teenwoordig wees om minimale beskerming te voorsien.

Na aanleiding van bogenoemde bespreking is dit duidelik dat daar 'n verband tussen Antonovsky (1979) se algemene weerstandshulpbronne, Pretorius (1997) se fortaliteitveranderlikes en Kumpfer (1999) se weerbaarheidskomponente bestaan, in soverre al die genoemde faktore 'n belangrike rol in die doeltreffende hantering van lewenstressore speel en sodoende 'n persoon in staat stel om met sielkundige krag weerstand teen die eise te bied.

4. Die positiewe uitkomst (gevolge) of suksesvolle aanpassing

Dit is die gewenste resultaat na 'n persoon se blootstelling aan 'n stresvolle situasie wat weer tot die weerbaarheidsvermoë van die betrokke persoon bydra (Kumpfer, 1999).

Die oorblywende twee konstrukte is transaksioneel van aard en fokus op die dinamiese prosesse betrokke tussen die persoon en sy/haar omgewing en tussen die persoon en sy/haar keuse van die uitkomst (gevolge); dit word **persoon-omgewing interaksionele prosesse** en **weerbaarheidsprosesse** genoem.

Volgens Richardson *et al.* (1990) speel die weerbaarheidsprosesse 'n belangrike rol in soverre dit 'n persoon in staat stel om, nadat hy/sy blootgestel is aan stressore en uitdagings, 'n weerbare herintegrasie te ontwikkel. Weerbare herintegrasie is die optimale vlak van aanpassing en verteenwoordig 'n hoë toestand van weerbaarheid en sterkte. Kortom, 'n weerbare persoon wat met 'n nuwe uitdaging, stressor of lewensgebeurtenis gekonfronteer word, mag dalk tydelik 'n verandering, onsekerheid in eie vermoë om stres te hanteer en disorganisasie in wêreldsiening ervaar.

Die weerbare persoon is egter in staat om alle moontlike, nuttige hulpbronne tot sy/haar beskikking te mobiliseer in die doeltreffende hantering van die stresvolle lewensgebeure. Vanuit hierdie ervaring ontwikkel 'n sielkundig "gesonder" persoon en die doeltreffende streshanteringsvaardighede wat gebruik is, sal dan die persoon behulpsaam wees in toekomstige stresvolle tye (Richardson *et al.*, 1990).

3.4 Samevatting

Die literatuur oor die ontwikkeling en aanwesigheid van sielkundige kragte, genaamd psigofortigene faktore, soos dit in die veld van die Psigofortologie voorkom, dui op die hulpbronne wat persone onder stres in staat stel om die aanslae te bowe te kom. Hierdie hulpbronne is onder meer 'n koherensiesin, algemene weerstandshulpbronne en weerbaarheidskomponente en dit bied 'n antwoord op die vraag, wat die mens onder stres sterk maak.

Teen die agtergrond van bogenoemde literatuur, wou die navorser in hierdie studie bepaal in watter mate die verpleegkundiges se versorgingstaak van Alzheimer-pasiënte hulle lewenskwaliteit beïnvloed, met die doel om vas te stel watter psigofortigene faktore betrokke is in hulle doeltreffende hantering van stres en die gevolglike handhawing van hulle sielkundige welstand.

Daar is al verskeie studies onderneem om die invloed van die versorgingstaak van Alzheimer-pasiënte op verpleegkundiges te ondersoek. In die hieropvolgende gedeelte word dit kortliks bespreek.

3.5 Invloed van die versorging van Alzheimer-pasiënte op verpleegkundiges

Deesdae kom daar hoë vlakke van uitbranding voor, veral onder mense in verantwoordelike beroepe waarin pligsbesef, ervaring, bekwaamheid en goeie interpersoonlike verhoudinge van die uiterste belang is. Verskeie werksverwante faktore is geïdentifiseer wat die risiko tot uitbranding verhoog, soos byvoorbeeld 'n groot werkslading, onvoldoende finansiële besoldiging, konflik oor werksrol, geen erkenning van bestuur of mede-kollegas nie en gebrekkige positiewe terugvoering (Jordaan, 2003).

Die eise wat aan die familie-versorgers gestel word, raak toenemend meer soos die siekte vorder. In die latere stadiums van Alzheimer se siekte word voltydse, kundige en toegewyde verpleegsorg gewoonlik genoodsaak (Lund, 2001; Mymin, 1996). Mymin (1996:11) sien die verpleegsorg van Alzheimer-pasiënte as: “*a challenge to those employed in the privileged art of caring.*” Die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt vereis van die verpleegkundige versorger geduld, vriendelikheid, sagsinnigheid en 'n diepgesetelde respek vir dié siek bejaardes.

Uitbranding onder verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte is volgens Turnbull (1994b) 'n algemene verskynsel. Levert *et al.* (2000) het, soos reeds gemeld, bevind dat daar hoër vlakke van uitbranding onder Suid-Afrikaanse verpleegkundiges voorkom as onder hul eweknieë in ander Westerse lande. Venter (2000) het ondersoek ingestel na die verpleegkundige versorgers van Alzheimer-

pasiënte in die Suid-Afrikaanse konteks met die spesifieke doel om te bepaal of daar 'n verband tussen die aanwesigheid van psigofortigene faktore en die voorkoms van uitbranding by hulle bestaan. Venter (2000) het gevind dat 'n hoë vlak van koherensiesin die beduidendste psigofortigene faktor was wat 'n rol gespeel het in die voorkoming van uitbranding by verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte.

Die ervarings en stressore van die verpleegkundige versorger van Alzheimer-pasiënte, soos in die literatuur uiteengesit, word kortliks bespreek. Die onderskeie streshanteringsstrategieë of aanwesige psigofortigene faktore wat aangewend word ten einde die stres te verlig, te verwyder of te verander geniet ook aandag.

3.5.1 Die ervarings en stressore van die verpleegkundige versorgers

Daar is gevind dat verpleegkundiges wat Alzheimer-pasiënte versorg intense positiewe en negatiewe emosionele reaksies kan toon (Berg, Hallberg & Norberg, 1998; Turnbull, 1994b). Die positiewe ervaring van versorging dra by tot 'n gevoel van sielkundige welstand en werkstevredenheid as gevolg van die interaksie met die Alzheimer-pasiënt.

Gevoelens van frustrasie, spanning en hulpeloosheid en misverstande kom egter ook voor vanweë die gebrekkige kommunikasie tussen die verpleegkundige en die Alzheimer-pasiënt (Berg *et al.*, 1998). Daarby word die verpleegkundige versorger nie net met hul eie mortaliteit gekonfronteer nie, maar die erge verswakking van die pasiënt, beide kognitief en fisiek, herinner ook die verpleegkundiges aan hul eie moontlike verliese in die toekoms (Turnbull, 1994b).

Die eise wat die familie van die Alzheimer-pasiënt aan die verpleegkundige stel, word ook as negatief ervaar (Karner, Montgomery, Dobbs & Wittmaier, 1998).

Ander stressore wat versorging van Alzheimer-pasiënte bemoeilik, is hulle onwilligheid om saam te werk, inkontinensie, aggressiwiteit, onvermoë om te kommunikeer, rondwalende gedrag, slapeloosheid en gemoedskommeling (Turnbull, 1994b).

Bronne van stres in die werkopset kan voorkom indien die verpleegkundige voel sy het 'n te groot werkslading of wanneer sy onseker is oor haar spesifieke verantwoordelikhede. Werksomgewingsfaktore, soos byvoorbeeld 'n gebrek aan finansiële bronne, interpersoonlike probleme met mede-kollegas, geraas, slegte reuke, en selfs 'n gebrek aan privaatheid, kan ook tot stres lei (Smith, 1993).

Hierdie stressore beïnvloed en word ook beïnvloed deur die verpleegkundige se eie lewensomstandighede (Berg, *et al.*, 1998). So sal die verpleegkundige versorger se vermoë om versorgingstake te verrig negatief beïnvloed word indien daar huweliksprobleme, probleme met die kinders of 'n dood in die familie teenwoordig is (Turnbull, 1994b). Terselfdertyd kan daar probleme in die gesinsopset ontstaan indien die verpleegkundige haar humeur verloor as gevolg van 'n moeilike dag by die werk (Berg *et al.*, 1998).

3.5.2 Streshanteringstrategieë

Oor die algemeen benodig verpleegkundiges deurlopende motivering in hul werksituasie om stressore te hanteer en werkstevredenheid te ervaar. Die belangrikste motiveringsbehoefte wat deur Jooste en Kilpert (2002) geïdentifiseer is, is dat verpleegkundiges die behoefte het om self 'n rol te speel in die bereiking van hul persoonlike doelwitte, die behoefte aan ondersteuning en positiewe terugvoering ter handhawing van hulle gevoelens van eiewaarde, en beter vergoeding vir dienslewering. Verder het Karner *et al.* (1998) gevind dat verpleegkundige versorgers hoë vlakke van werkstevredenheid rapporteer wanneer daar voldoende toesig, deurlopende opleiding en genoegsame personeel teenwoordig is.

Harri (1998) het in sy studie bevind dat verpleegkundige dosente oor 'n hoë koherensiesin beskik. Ouderdom het 'n rol gespeel in die aanwesigheid van hierdie koherensiesin, in soverre die ouer verpleegkundiges laer koherensietellings as hul jonger mede-kollegas behaal het. 'n Ander voorspeller van 'n hoë koherensiesin was die graad van vryheid wat elkeen gehad het in die bepaling van die spesifieke inhoud van en die wyse waarop hulle onderrig moes gee.

In die hantering van die stresvolle werk wat die versorgingstaak van Alzheimer-pasiënte meebring, het Berg *et al.* (1998) twee hoof-hanterings- (*coping*) strategieë uitgelig wat die verpleegkundige versorgers aanwend, naamlik emosionele afsnyding tussen hulle en die pasiënte, en die soeke na sosiale ondersteuning. Ander streshanteringstrategieë wat deur die verpleegkundiges geïdentifiseer is, is onder andere die beoefening van stokperdjies en goeie gesinsondersteuning. Humor blyk 'n belangrike rol te speel in die hantering van stresvolle situasies en lei ook tot die verbetering van die werksklimaat by die verpleegkundige versorgers (Astedt-Kurki & Isola, 2001).

Oor die algemeen speel sosiale ondersteuning in die werksplek en in die verpleegkundiges se private lewens 'n belangrike rol in die handhawing van 'n gevoel van werkstevredenheid en sielkundige welstand (Munro, Rodwell & Harding, 1998). Robertson, Herth en Cummings (1994) het ten opsigte van die versorging van Alzheimer-pasiënte bevind dat die aanmoediging en erkenning wat die verpleegkundige versorgers van hul medewerkers en pasiënte ontvang, die vriendskappe wat tussen medekollegas ontstaan, en gesag en outonomie om eie oordeel te gebruik in die versorging van pasiënte, van die hoof-faktore was wat 'n rol in die ervaring van werkstevredenheid gespeel het.

3.6 Samevatting

In hierdie hoofstuk is daar gefokus op die oorsprong van konstruksies soos psigofortologie, salutogenese (Antonovsky, 1979) en fortigenese (Strümpfer, 1995). Die rol van psigofortogene faktore in die hantering van stres is uitgelig, maar meer spesifiek is daar aandag gegee aan die beskrywing van 'n raamwerk vir weerbaarheid en van weerbaarheidsfaktore wat 'n persoon in staat kan stel om sielkundige welstand te beleef ten spyte van teenslae. Daar is laastens gepoog om te kyk na die stresvolle aard van verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte se werk en die spesifieke streshanteringsmeganismes wat hulle gebruik om dit die hoof te bied.

Vanuit die literatuurstudie blyk dit dat daar 'n noue verband tussen psigofortologiese faktore en 'n persoon se subjektiewe gevoel oor die kwaliteit van die lewe bestaan. Die teenwoordigheid van psigofortologiese faktore speel 'n belangrike rol in die

doeltreffende hantering van stressore en dra by tot 'n persoon se ervaring van lewenskwaliteit of sielkundige welstand.

Die hantering van stres is egter 'n deurlopende aktiwiteit, want elkeen word gedurig aan nuwe situasies of ervarings blootgestel wat stresvol kan wees. Dit is dus belangrik om in stresvolle tye dié verskeie interne en eksterne beskikbare hulpbronne te mobiliseer, sodat die stressore doeltreffend hanteer kan word. Indien die persoon die stresvolle situasie suksesvol kan hanteer, sonder enige inperking in die gevoel van sielkundige welstand, sal dit hom/haar in staat stel om toekomstige stresvolle lewensgebeure ook met die nodige “sielkundige krag” aan te pak.

Na aanleiding van die bespreking van die aard en omvang van Alzheimer se siekte in Hoofstuk 2 is dit duidelik dat die versorging van Alzheimer-pasiënte die verpleegkundige met verskeie stressore of uitdagings kan konfronteer. Die kwaliteit van die diens aan die pasiënt gelewer, en die versorger se gevoel van sielkundige welstand kan negatief beïnvloed word indien die verpleegkundige voel dat sy nie oor die hulpbronne of vermoëns beskik om aan die eise te voldoen nie. Daarenteen kan sekere hulpbronne, oftewel psigofortigene faktore, 'n verpleegkundige versorger in staat stel om ten spyte van die moeilike omstandighede steeds “gesond” of “sterk” te bly en 'n bevredigende lewenskwaliteit te handhaaf.

In die studies wat gepoog het om die spesifieke stresshanteringstrategieë en bepalers van werkstevredenheid van verpleegkundiges in die algemeen, asook verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte in die besonder vas te stel, was verskeie faktore, onder andere sosiale en gesinsondersteuning, vryetydsbesteding, humor en vriendskappe met mede-kollegas (volledig onder 3.5.2 bespreek) deur die verpleegkundiges geïdentifiseer vir die hantering van die veelvuldige eise en beleving van sielkundige welstand.

Die doel van hierdie studie was dus om teen die agtergrond van hierdie literatuur ondersoek in te stel na die mate waartoe die verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte in die Suid-Afrikaanse milieu se lewenskwaliteit deur die versorgingstaak beïnvloed word en watter van die stresshanteringstrategieë, oftewel

psigofortigene faktore, ook aanwesig is in die doeltreffende stresshantering en handhawing van sielkundige welstand.

Die politieke en sosiale veranderinge binne die Suid-Afrikaanse konteks het 'n invloed op die gesondheidsstrukture en toenemende hoë eise word aan persone in gesondheidsberoepe gestel (Myburgh, Niehaus & Poggenpoel, 1999). Smit (2003) meld ook dat daar tans 'n groeiende tekort aan verpleegkundiges in Suid-Afrika bestaan. Hierdie tekort raak beide die pasiënte wat versorg moet word en die verpleegkundiges wat onder 'n groter werkslading gebuk gaan.

Begrip vir die menslike aspekte, nie net van die Alzheimer-pasiënt nie, maar ook van die verpleegkundige versorger, is dus baie belangrik, sodat 'n hoë kwaliteit van versorging vir pasiënte met Alzheimer se siekte verkry kan word en die verpleegkundige versorgers 'n gevoel van sielkundige welstand of goeie lewenskwaliteit in hul daaglikse lewe kan ervaar.

In Hoofstuk 4 word die navorsingsmetodologie wat in hierdie studie gevolg is volledig uiteengesit en bespreek.

HOOFSTUK 4

DOEL EN METODE VAN ONDERSOEK

4.1 Inleiding

Soos in Hoofstuk 1 genoem, het hierdie studie ten doel gehad om die teenwoordigheid van psigofortigene faktore by verpleegkundiges wat Alzheimer-pasiënte versorg te ondersoek. Teen die agtergrond van die Psigofortologie wou die navorser dus vasstel tot watter mate die verpleegkundige versorgers se lewenskwaliteit beïnvloed word in hul versorging van Alzheimer-pasiënte, en watter psigofortigene faktore 'n rol in die handhawing van hul lewenskwaliteit speel.

In die hieropvolgende gedeeltes word die aard van die kwalitatiewe metodologie wat gevolg is eerstens bespreek. Daarna word die ondersoekgroep, data-insamelingstegnieke en die wyse waarop gegewens ingesamel is volledig uiteengesit. Laastens word daar aandag gegee aan die metode van data-ontleding wat gevolg is.

4.2 Aard van die kwalitatiewe metodologie

Die hoofklem van hierdie tipe metodologie is dikwels die verkenning van 'n bepaalde vraagstuk met die doel om dit te beskryf of te verklaar. In die kwalitatiewe ontledingsproses wend die navorser 'n poging aan om die siening wat 'n persoon oor 'n bepaalde situasie huldig en die betekenis wat hy/sy daaraan koppel te begryp en te verklaar (Silverman, 2000).

Omdat die betrokke navorser in hierdie studie ondersoek na die verpleegkundiges se subjektiewe ervarings, gevoelens, gedagtes en betekenis met betrekking tot hul versorging van Alzheimer-pasiënte wou instel, is daar besluit om hoofsaaklik 'n kwalitatiewe studie te onderneem.

4.3 Navorsingsprosedure

4.3.1 Onderzoekgroep

Die onderzoekgroep het bestaan uit 226 vroulike verpleegkundige versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte vanuit 21 inrigtings in hoofsaaklik die Vrystaat, Gauteng en die Wes-Kaap wat omvattende vraelyste in Venter (2000) se ondersoek voltooi het. Die oorgrote meerderheid van die verpleegkundiges (66%) het oor geen professionele kwalifikasies beskik nie en ongeveer 65% was by staatsgesubsidieerde instellings aan diens. Slegs 22% van die verpleegkundiges het oor professionele kwalifikasies beskik. Van hierdie professionele verpleegkundiges was ongeveer 50 ten volle gekwalifiseerde professionele verpleegkundiges, en die getal staf-verpleegkundiges en assistent-verpleegkundiges was onderskeidelik 5 en 23. Die gemiddelde ouderdom van die totale getal verpleegkundiges was 38 en die gemiddelde aantal jare van ervaring en versorging van Alzheimer-pasiënte was 7 jaar.

Die kwalitatiewe data wat Venter (2000) bekom het en in hierdie ondersoek verder ontleed is, is skriftelik aan die einde van 'n vraelysboekie deur die respondente verstrek. Daar was geen direkte kontakgeleentheid tussen die onderhawige navorser (HV) en die respondente nie en daar was dus ook geen geleentheid vir die stel van opvolgvrae nie. Derhalwe is die geleentheid geskep vir persoonlike gespreksituasies met 10 verpleegkundiges van drie tehuise in die Bloemfontein-omgewing wat oor Alzheimer-versorgingseenhede beskik. Uit die 10 verpleegkundiges was 6 ten volle gekwalifiseerde professionele verpleegkundiges, een 'n stafverpleegkundige en een 'n assistent-verpleegkundige. Slegs een het nie oor professionele opleiding beskik nie. Die gemiddelde ouderdom van die totale getal verpleegkundiges was 37 en die gemiddelde getal jare van ervaring en versorging van Alzheimer-pasiënte was 6 jaar.

Sodoende kon semi-gestruktureerde gesprekke op 'n meer intieme vlak gevoer word, met 'n geleentheid vir verdere verkenning van die spesifieke positiewe en negatiewe faktore wat by die versorging van Alzheimer-pasiënte ervaar word en die hanteringstrategieë wat by die hantering van die verskillende eise en uitdagings vereis word.

4.3.2 Data-insamelingstegnieke

4.3.2.1 Biografiese vraelys

In Venter (2000) se studie is daar aan die verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte 'n biografiese vraelys verskaf waar daar aan hulle die geleentheid gegee is om op oop vrae kommentaar oor hul werksomstandighede en werkservaringe te lewer. Hulle moes onder andere beskryf watter aspekte van hul versorging van Alzheimer-pasiënte as positief en negatief ervaar word en hoe hulle die eise verbonde aan die versorging hanteer. Hierdie response is egter nie deur Venter (2000) verwerk nie en is dus in hierdie studie kwalitatief ontleed.

4.3.2.2 Lewenstevredenheidsvraelys/ *Satisfaction with Life Scale* (SWLS)

In hierdie studie is daar, net soos in Venter (2000) se ondersoek, gebruik gemaak van die Lewenstevredenheidsvraelys (*Satisfaction with Life Scale*) van Diener *et al.* (1985).

Die SWLS is 'n selfbeoordelingsvraelys wat uit vyf items bestaan en op 'n sewepunt Likert-skaal beantwoord moet word. Die totaalstelling word verkry deur die tellings te sommeer wat toegeken is aan die onderskeie items. Die totaalstelling kan strek van 'n telling van 5 (lae lewenstevredenheid) tot 35 (hoë lewenstevredenheid) (Diener *et al.*, 1985). 'n Toets-hertoetskorrelasiekoëffisiënt van 0,82 en 'n alfa-koëffisiënt van 0,87 word deur Diener *et al.* (1985) gemeld.

Hierdie vraelys is hoofsaaklik ontwikkel om die globale lewenstevredenheid van 'n persoon te bepaal. Diener (2000) meld in hierdie opsig dat 'n persoon se globale oordeel oor die kwaliteit van die lewe bepaal word deur die mate van lewenstevredenheid wat ervaar word. Die SWLS is dus as 'n nuttige instrument beskou om op 'n objektiewe wyse die mate van lewenstevredenheid te meet wat verpleegkundige versorgers ervaar ten einde 'n aanduiding van hul lewenskwaliteit te kry.

4.3.2.3 Semi-gestruktureerde onderhoud

Semi-gestruktureerde onderhoud is met elk van die 10 verpleegkundige versorgers in die Bloemfontein-omgewing gevoer. Die voordeel verbonde aan hierdie tipe onderhoud is dat dit 'n atmosfeer skep waarin die onderzoekgroep hul belewenisse, gevoelens en gedagtes met gemak aan die navorser kan verwoord. 'n Mate van struktuur is egter behou deurdat die navorser gebruik gemaak het van 'n onderhoudgids wat die verskeie relevante onderwerpe vir hierdie studie gedek het en as riglyn kon dien vir verdere verkenning in die onderhoud (Bless & Higson-Smith, 1995).

4.3.3 Insameling van gegewens

Die 226 verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte in Venter (2000) se ondersoek is bekom deur besoeke aan 11 tehuise in die Gauteng-area, 9 in die Wes-Kaap en een tehuis in Bloemfontein wat versorging bied aan pasiënte met Alzheimer se siekte. Hierdie inrigtings is met behulp van die Alzheimer and Related Diseases Association (ARDA) se inligtingsbrosjures geïdentifiseer en deur 'n gerieflikheidssteekproef bekom.

Met die oog op die voer van verdere persoonlike gesprekke is drie tehuise in Bloemfontein geïdentifiseer wat hoofsaaklik gemoeid is met die versorging van Alzheimer-pasiënte. Die inrigtings is eerstens telefonies genader en datums vir persoonlike besoeke is met die onderskeie bestuurders of matrones gereël. Tydens die besoeke aan elk van die tehuise is die aard van die studie breedvoerig verduidelik en die verpleegkundiges se bereidwilligheid om aan die studie deel te neem is bepaal. 'n Toestemmingsbrief in Afrikaans en Engels (verwys na Bylaag A) is ook tydens hierdie geleentheid verskaf waar die anonimiteit van elke deelnemer en vertroulikheid van die verkreë inligting verseker is.

Daar was groot belangstelling vir die ondersoek by die bestuurders, matrones en verpleegkundiges te bespeur. Individuele semi-gestruktureerde onderhouds van tussen 60 en 90 minute is met dié verpleegkundiges gevoer wat tydens die persoonlike besoeke aan diens, beskikbaar en gewillig was. In twee van die drie tehuise is daar met onderskeidelik drie verpleegkundige versorgers elk onderhouds gevoer. Die

derde tehuis het onderhoude met vier verpleegkundige versorgers behels. Die totale getal verpleegkundiges het dus 10 beloop.

Die navorser het die oop vrae wat ook in Venter (2000) se studie gebruik is, sowel as die temas van die huidige studie as riglyne gebruik om die verpleegkundiges se medelings oor hulle belewenisse in hul versorging van Alzheimer-pasiënte te rig. Na afloop van elke onderhoud is die Lewenstevredenheidvraelys (*Satisfaction with Life Scale*) van Diener *et al.* (1985) aan die verpleegkundige versorger gegee om te voltooi.

4.3.4 Ontleding van data

Die response op die oop vrae van die biografiese vraelys van Venter (2000) en elk van die getranskriebeerde onderhoude is met die hulp van die NUD*IST (1999) kwalitatiewe ontledingsprogram gekodeer en ontleed.

Riglyne vir die kwalitatiewe ontleding en vertolking van die ingesamelde data in hierdie studie is ontleen van Strauss en Corben (1998) se begroonde teorie (*grounded theory*). Dit verwys na die ontwikkeling van 'n teoretiese verklaring wat op sistematies-ingesamelde en ontlede data begroond word. Vanuit hierdie navorsingsbenadering het die navorser in hierdie studie dus met die hulp van toepaslike koderingstrategieë, kategorieë en begrippe vanuit die ingesamelde data geïdentifiseer ten einde 'n antwoord op die spesifieke navorsingsvraagstelling te verskaf. Die resultate van die Lewenstevredenheidsvraelys is vervolgens ook met die vertolking van die onderhoude in verband gebring.

In die volgende hoofstuk word die kwalitatiewe ontleding en die vertolking van die ingesamelde data bespreek. Die gevolgtrekking uit die navorsingsbevindinge en die aanbevelings wat daaruit gemaak kan word, word ook weergegee.

HOOFSTUK 5

KWALITATIEWE ONTLEDING EN VERTOLKING

5.1 Inleiding

Die doel van hierdie studie was om vanuit 'n psigofortologiese oogpunt die lewenskwaliteit van verpleegkundiges wat pasiënte met Alzheimer se siekte versorg te ondersoek en te beskryf. Meer spesifiek is daar in hierdie ondersoek gepoog om te bepaal hoe die versorging van Alzheimer-pasiënte verpleegkundige versorgers se lewenskwaliteit beïnvloed en watter psigofortigene faktore 'n rol blyk te speel rakende hulle hantering van die eise/uitdagings om sodoende lewenskwaliteit of 'n gevoel van sielkundige welstand te handhaaf. Die gevolgtrekkings en identifikasie van die psigofortigene faktore kan van waarde wees vir die daarstelling van riglyne wat verpleegkundige versorgers in staat sal stel om die uitdagings wat hul werk aan hulle stel meer doeltreffend te kan hanteer en sodoende hul lewenskwaliteit te kan handhaaf.

Die kwalitatiewe ontleding en vertolking van die onderhoude en vraelyste het behels dat die navorser betekenis in elke versorger se response moes vind ten einde patrone te identifiseer en sinvol teen die agtergrond van die kennisveld van die Psigofortologie te integreer.

Tydens die vertolking van die resultate moes die navorser deurentyd sensitief wees om nie eie opvattinge omtrent die onderwerp in die ontleding en vertolking van response te probeer regverdig nie.

In hierdie studie is daar spesifiek gekyk na die identifisering van die negatiewe ervarings/stressore en positiewe aspekte met betrekking tot die versorging, asook die belangrikste psigofortigene faktore wat deur die verpleegkundige versorgers in die hantering van hierdie uitdagings benut word, en die gevolglike handhawing van lewenskwaliteit.

Die bevindinge van vorige studies word in die vertolking van die resultate in ag geneem en vergelyk om 'n moontlike bydrae in hierdie opsig te lewer. Daar word laastens ook aandag gegee aan spesifieke aanbevelings om die verpleegkundige versorgers se gevoel van werks- en lewenstevredenheid te verbeter.

5.2 Bondige beskrywing van die werkswyse

Daar is spesifieke vrae aan die verpleegkundiges (N = 226) gestel in die vraelyste van die Venter-ondersoek (2000) en hierdie vrae is ook as riglyne gebruik in die voer van onderhoude met die verpleegkundige versorgers (N = 10). Dit het geblyk dat die afsonderlike ontleding van die data verkry uit die Venter-ondersoek (2000) en die huidige ondersoek nie die moeite werd sou wees nie. Derhalwe is die data van die twee ondersoeke gesamentlik gekodeer en ontleed met behulp van die NUD*IST (1999) rekenaarprogram vir die ontleding van kwalitatiewe data. Die gegewens is hoofsaaklik volgens hierdie kriteria vertolk:

- Die negatiewe ervarings en stressore ten opsigte van die versorging.
- Die positiewe ervarings van die versorging.
- Die belangrikste psigofortigene faktore wat deur die verpleegkundige versorgers benut word.

Vervolgens word die resultate uiteengesit wat aan die hand van bogenoemde kriteria geïdentifiseer is.

5.2.1 Die negatiewe ervarings en stressore ten opsigte van die versorging

In hierdie gedeelte word daar op die negatiewe ervarings en stressore gefokus wat die verpleegkundige versorgers geïdentifiseer het. Dit het hoofsaaklik rondom die versorgingstake, verhoudings met die pasiënt, die familie van die pasiënte, die personeel en sekere werksomstandighede gesentreer.

5.2.1.1 Versorgingstake

Die agteruitgang van die Alzheimer-pasiënt se intellektuele, emosionele en gedragsfunksies noodsaak voltydse verpleegsorg. Die veeleisendheid wat die versorging meebring en die negatiewe invloed wat dit op die versorger se fisieke en sielkundige welstand het, is deur verskeie van die verpleegkundige versorgers aangedui. In hierdie opsig meld verpleegkundige versorger # 10 in die onderhoud: *“Dit is ‘n voltydse uitputtende werk. Regtig uitputtend. Hulle baklei en stry met jou. Jy moet regtig patience hê, want jy kan opgewerk raak indien, sê nou byvoorbeeld, jy in die middel is om pille uit te deel en daar duik probleme op met van die oumense wat aggressief raak en baklei met jou.”*

Verpleegkundige versorger # 6 wys op die uiteenlopende aard van die eise wat die versorgingstaak stel: *“Aan die einde van die dag voel jy jou senuwees is op, want elkeen kom hiernatoe. Dan is daar ‘n klagte oor daardie een wat oor die draad is. Die een loop waar sy nie mag nie, of die ander bejaardes kla oor iets anders. Die ander een kom vra elke dag dieselfde ding. Die ander een kom vra elke dag dat ek sy mense moet bel sodat hulle hom kan kom haal en al het ek gesê ek gaan bel, bly hy net kom. Op die einde is dit net te veel vir my om te neem.”*

Verpleegkundige versorger # 165 wys weer op die fisieke eise: *“Ek is sommige tye baie moeg en dit voel of my liggaam nie genoeg rus kry nie.”* Die lang ure wat gepaardgaan met die versorging en die daaropvolgende fisieke uitputting word in die onderhoud deur verpleegkundige # 1 beaam: *“It’s difficult because you work hard and when you go home you don’t want to do anything. All you want to do is to sleep. And when I am off duty I just want to get rest and I can’t do anything.”*

Die Alzheimer-pasiënte raak toenemend afhanklik van die verpleegkundiges in hulle basiese daaglikse versorging, soos om te eet en te was. Vanweë hulle verswakte toestand kan sommige nie loop nie en moet hulle opgetel en gedra word. Die meeste van die pasiënte ontvang ook medikasie wat bykomende probleme verskaf. Die volgende verpleegkundige versorgers het in hul onderskeie onderhoude die fisieke eise gemeld wat die versorging van pasiënte met Alzheimer se siekte meebring:

Verpleegkundige versorger # 6: *“Die ding is hulle besef nie waar hulle is nie. Hulle vergeet alles. Jy praat met hulle en gee vir hulle instruksies. Elke dag is ‘n nuwe dag, want hulle weet nie waar hulle is nie. Hulle vergeet alles, om te eet ook. Jy moet sê hier is jou kos, jy moet vir hulle sê eet en drink. Jy moet vir hulle sê hier is die medikasie. Jy moet vir hulle sê dit is nou tyd om te bad, jy moet vir hulle help om te was en alles te doen. Al loop hulle rond, hulle kan nie eers sê ek wil toilet toe gaan nie. Ons moet hulle herinner om toilet toe te gaan, herinner met die kos en alles.”*

Verpleekundige versorger # 2: *“So ons probeer ons beste om hulle te help. Hulle te laat was, voer en ook die pille vir hulle te gee. Daar is probleme om die medisyne te drink, so ons moet al daai planne maak om die pille fyn te maak en te meng met die kos en dan praat jy mooi met hulle om te eet.”*

Verpleegkundige versorger # 5: *“Die pille uitgee, dit is iets uit die bouse uit. Die meeste van jou tyd bestee jy om die pille reg te sit vir die mense, want die siekeboeg en hierdie saal is maklik by die sestig pasiënte. Party kry drie keer ‘n dag, gelukkig nie almal nie. Jy raak moeg vir pille. Jy raak gatvol vir pille. Party dae neem hulle dit goed en ander dae nou weer nie dan moet jy dit vir hulle fynmaak en ‘n bietjie stroop bygooi om dit vir hulle lekker te maak. Ander dae spoeg hulle dit in jou gesig uit, dan tel jy dit maar op en so gaan jy aan.”*

Verpleegkundige versorger # 1: *“The patients here can’t walk so I should pick them up. It is very hard. During the day when I come in the morning I should look if they are wet or if they are dry and when they are wet I should make them dry. I should feed them, take them to the toilet and take them to the bath. So I should take care of them that they are clean and so on. They should stay clean and dry.”*

Die verpleegkundige versorgers voel dat die aggressiwiteit en moedswilligheid wat sommige Alzheimer-pasiënte kenmerk hulle geestelik uitdaag om ten alle tye geduldig te wees. Soos verpleegkundige versorger # 163 noem: *“Somtyds verg dit geweldige baie geduld, veral as jy sukkel om die Alzheimer-pasiënt te kalmeer.”* Verpleegkundige versorger # 3 brei verder uit in die onderhoud en meld:

“Hulle word aggressief met tye; jy kan nie met hulle redeneer nie. Jy moet geduldig wees en saam met hulle gesels, al sê hulle ook nou hulle pa kom haal nou vir hulle, dan sê ek: ‘Goed, Tannie.’ Dan sit ons en wag maar dat haar pa kom, en dan vergeet hulle. Ek sê altyd ons moet partykeer so ‘n leuen vertel, want hulle verstaan liewerste die leuen as wat hulle die waarheid wil hoor, want ek kan nou nie vir haar sê nie: ‘Nee, maar jou ma is oorlede,’ want dan ontstel dit hulle net. Jy moet net saamstem en saamspeel.”

In die onderhoud het verpleegkundige versorger # 2 deurentydse liefdevolle hantering van die Alzheimer-pasiënte as van kardinale belang beskou: *“Ons baklei baie, want hulle slaan partykeer en gooi jou met die kos. As jy hulle voer of as jy wil vir hulle gaan skoonmaak, dan slaan hulle vir jou, maar ons moet altyd probeer, vernaam ek, dat al is hulle baie baie kwaad, ek moet maar saggies met hulle praat, want as ek ook ‘n bietjie kwaai word, word hulle meer en meer kwaai en dan wil hulle niks hoor nie. So ek moet altyd sag wees met hulle, mooi en liefdevol wees. Hulle vloek lelik, maar ek moet probeer om sag te praat met hulle.”*

Dit is dus duidelik dat daar vanweë die inkapasiterende aard van Alzheimer se siekte by die pasiënt ‘n geweldige afhanklikheid van die verpleegkundige bestaan ten opsigte alle aspekte van versorging.

5.2.1.2 Die verhoudinge tussen die versorgers en pasiënte

Daar is tans nog nie 'n profilaktiese of geneesmiddel vir Alzheimer se siekte nie. Hierdie siekte takel pasiënte intellektueel, fisiek en sielkundig totaal af en lei uiteindelik tot hulle dood. Die agteruitgang wat die siekte in die algemene gesondheidstoestand van pasiënte meebring en die gevolglike afsterwe, lei by die verpleegkundige versorgers tot gevoelens van neerslagtigheid en hulpeloosheid. In hierdie opsig was die volgende twee verpleegkundige versorgers se opinies ‘n voorbeeld van wat die ander verpleegkundiges ook aangemeld het. Verpleegkundige versorger # 22: *“Dis hartseer om geheg te raak aan die oues van dae en dan skielik te moet afskeid neem.”* Verpleegkundige versorger # 12: *“Wanneer ‘n pasiënt baie vinnig agteruitgaan en ek niks daaraan kan doen nie.”*

In verpleegkundige versorger # 7 se onderhoud noem sy: “*Om hulle (die Alzheimer-pasiënte) te sien agteruitgaan, miskien het jy jou eie ouers wat nog so kan raak of jyself kan miskien so word.*” In haar onderhoud is verpleegkundige versorger # 5 se siening oor Alzheimer se siekte die volgende: “*Ek het ’n dankbaarheid regtig dat ’n mens, dit kan met enigeen gebeur, maar jy is dankbaar dat dit nog nie vir jou getref het nie of vir jou familie nie, want dit is ’n aaklike siekte. Regtig aaklig. Dit is altyd ’n gespottery en grappies oor dit, maar diep binne in jou is jy maar bang dit gebeur met jou. Enigiemand kan hierdie siekte kry. Ons is nou al vergeetagtig; hoe gaan dit nie wees as ons nog ouer word nie?*”

Die impak wat hierdie siekte op dié twee versorgers het, strek ook na hul eie situasies in die sin dat daar ’n vrees bestaan dat òf hulleself, òf hulle ouers ’n slagoffer van Alzheimer se siekte kan raak.

’n Afwesigheid van samewerking tussen die versorgers en sommige van die Alzheimer-pasiënte is in hierdie studie ook deur die verpleegkundiges as negatief geïdentifiseer. Algemene probleme wat deur die verpleegkundiges genoem is, was die pasiënte se problematiese gedrag gedurende die verloop van die siekte (soos onder **5.2.1.1 Versorgingstake** bespreek), en geen samewerking van die Alzheimer-pasiënt nie.

5.2.1.3 Die verhoudinge tussen die versorgers en die familie van die pasiënte

Potgieter (2000) het die sielkundige behoeftes van die familie-versorgers van Alzheimer-pasiënte ondersoek. Een belangrike aspek wat hy by die familie-versorgers gevind het, is dat hulle baie negatief teenoor die verpleegsorg is wat hulle familielid ontvang. Hulle skryf swak versorging toe aan ’n gebrek aan gespesialiseerde opleiding in die korrekte behandeling van pasiënte van Alzheimer se siekte. Daarenteen het die meeste verpleegkundiges in hierdie ondersoek hulle weer negatief uitgespreek teenoor sommige van die families van die Alzheimer-pasiënte. Die verpleegkundige versorgers se ongelukkigheid in hierdie opsig het hoofsaaklik gespruit uit gevoelens dat die families hulle nie waardeer of erkenning gee vir die harde werk wat hulle verrig nie, gereelde klagtes het oor die wyse waarop hulle die pasiënte versorg en met hul versorging inmeng.

Die volgende uittreksels uit die onderhoude beeld die verpleegkundiges se menings ten opsigte van hul negatiewe ervaringe met sommige van die families uit:

Verpleegkundige versorger # 4: *“Dis natuurlik wat ek ook opgelet het met my tyd hier is dat die kinders en die familie en selfs vriende dit baie moeiliker aanvaar. Die kinders vat dit baie swaar, en aanvaar dit selfs glad nie en soek altyd ‘n rede hoekom Ouma nou anders is. Selfs ook van die eggenotes, want ons het hier ‘n man wie se vrou nog in die woonstel is, en ‘n vrou wie se man nog in die woonstel bly. Dis eintlik twee verskillende gevalle. Die man is ‘n redelik gevorderde Alzheimer; hy kommunikeer glad nie meer nie, hy is bedleënd, alles word vir hom gedoen, hy word gevoer, gewas en gedraai. Sy vrou het dit aanvaar, sy vertel dit vir almal, maar sy kan dit nie verwerk nie. Ons doen net nooit goed genoeg vir hom nie. Daar is altyd fout; dit maak nie saak wat ons doen nie, ons is net nooit reg nie, maar sy het 22 jaar vir hom gesorg, so ‘n mens kan glo dis vir haar ‘n probleem. Die man is nou weer heeltemal anderste. Hy sê net dankie Vader hier is so ‘n plek, want hy weet sy vrou is versorg. Sy het nou byvoorbeeld die naweek geval, want sy het rondgedwaal in die tuin en toe geval. Sy het haar kerduks geval, drie stukkende plekkies op die kop, vol bloukolle en ‘n hematoom. Toe laat ons hom kom, want hy is net in die woonstel, toe sê hy hy verstaan dat dit kan gebeur, want hy weet hoe loop sy. Hy het al gevrees sy val daar bo van die woonstel af en dis hoekom hy tevrede is sy is nou op die grondvloer. Hy dink nie ‘n dokter is nodig nie, maar toe kom die vrou by, want hulle is goeie vriende en sy is hewig onstoke en sy kinders is hewig onstoke. Ja, maar hoekom kry ons nie ‘n dokter nie? ‘n Saak moet gemaak word, want sy het geval en sy is onder ons sorg.”*

Verpleegkundige versorger # 8: *“Met party kom ons goed oor die weg, maar daar is mense met wie ons nie goed oor die weg mee kom nie. Jy doen alles reg, maar sy sien dit nie so nie en is nooit tevrede nie. Ons verduidelik ons sukkel, want ons sal haar klaar was dan gaan sy uit, dan is sy weer kaalgat en dan kry ons haar by die ander kamer op ander mense se bed. Hulle verstaan nie ons sukkel nie. Ons sê dis reg dat hulle kom kuier en as hulle dan weg is, sal ons haar was, maar dan raak hulle kwaad vir ons.”*

Verpleegkundige versorger # 7: *“Hulle kan dit nie hanteer nie en dan is dit asof die familie verskriklik skuldig voel omdat hulle hulle nie kan oppas nie, want dit is asof hulle fout soek, om te kan kla, sodat hulle kan beter voel.”*

Verpleegkundige versorger # 10: *“Die grootste ding wat my egter pla, is dat die ou regtig happy hier is, maar hul families is nooit tevrede nie. Ek dink by hulle is dit ‘n kwessie van dat hulle nie die werklikheid kan aanvaar nie. Dit is my grootste kopseer, om dinge vir die familie te herhaal omtrent hul pa/ma se toestand, maar dat hul vanweë die feit dat hulle dit nie kan aanvaar nie, nooit tevrede is nie en krities is. Ek kan dit noual hanteer, maar ek sien dat dit van die verpleegkundiges baie negatief beïnvloed.”*

Die algemene persepsie bestaan dus onder die verpleegkundiges dat die negatiewe optrede van sommige van die familielede toegeskryf kan word aan die skuldgevoelens wat hulle ervaar omdat hulle hul ouer(s) in ‘n tehuis geplaas het, en ‘n gebrekkige begrip oor wat Alzheimer se siekte werklik behels.

Die skynbaar negatiewe verhoudinge wat tussen sommige verpleegkundiges en die familie van die Alzheimer-pasiënt bestaan noodsaak aandag, want dit is in albei partye se beste belang om in die hantering van die verskeie uitdagings wat die Alzheimer-pasiënt aan hulle stel mekaar wedersyds te ondersteun. Soos verpleegkundige versorger # 3 ook in haar onderhoud die volgende noem: *“Dit is moeilik vir hulle kinders. Kyk, dit is iets moeilik om te aanvaar. Vir jou as kind dat jou ma jou nie meer herken nie, sy onthou jou nie meer nie, sy vergeet jou naam, dan huil hulle hoor, dit is ‘n hartseer storie. Dit vat tyd om te aanvaar as kind dat jou ma of pa so is en jy as verpleger, jy moet ook vir hulle kan ondersteun in hierdie opsig. Al wat ons nou net kan doen is om daar te wees vir mekaar en mekaar by te staan.”*

Dit blyk dus dat die negatiewe ervarings van die verpleegkundiges met betrekking tot hul verhoudinge met onderskeidelik die Alzheimer-pasiënte en die pasiënte se familie hoofsaaklik sentreer rondom hulle gevoelens van hulpeloosheid teenoor die onverbiddelike gang van die siekte, die gedurige konfrontasie met hulle eie kwesbaarheid en ontevrede gesins- en familielede wat dikwels hulle gevoelens van magtelosheid en skuld op die personeel projekteer.

5.2.1.4 Die verhoudinge tussen mede-verpleegkundiges

Faktore wat die verhoudinge tussen die mede-verpleegkundiges negatief blyk te beïnvloed is dat die verpleegkundiges voel dat daar soms nie 'n klimaat van samewerking en ondersteuning tussen hulle en hul kollegas heers nie. Verpleegkundige versorger # 2 wys soos volg in haar onderhoud op die gebrek aan samewerking en ondersteuning, asook die gevolglike konflik wat ontstaan: *“Ai tog, die stres van hierdie plek is tussen ons, die werkers en die verpleegsters en ook die skoonmakers. Die moeilikheid kom daarso, want soos ons die oumense help, word die ander verpleegsters moeg. Die meeste van hulle is die ou nurses wat lank al hier is. So as hulle nie vir Ouma wil gaan draai nie, en jy sê kom ons gaan draai die ouma dan raak hulle kwaad en sê: ‘Jy dink jy’s beter en jy bederf vir die oumense!’ Of partykeer, die ander oumense hulle kan nie eers vir hulleself voer nie, en ek gaan en wil daai ouma voer dan sê hulle: ‘Nee, jy bederf haar; los haar dat sy self sukkel.’ Nou daai ding hy maak my baie worry, hy laat my nie lekker voel nie. En die skoonmakers; soos die oumense rondloop, piepie hulle en dan word dit nat by die vloer of die poefie val op die grond en ons sien dit nie, want ons is partykeer besig. Dan maak hulle nie skoon nie en wil hê ons moet dit gaan skoonmaak. Die skoonmakers werk van sewe uur tot vier uur en gaan dan huis toe en alles wat na daardie tyd hier gebeur moet ons skoonmaak. Ons moet sorg dat die oumense nie gly van die piepie op die vloer nie.”*

Daarby meld van die verpleegkundige versorgers dat daar by sommige verpleegkundiges 'n negatiewe gesindheid teenoor die werk bestaan, want van hulle sal *“sommer van die werk af wegbly en dan moet die ander hard werk”* (verpleegkundige versorger # 140), terwyl dit vir verpleegkundige versorger # 52 *“stresvol is om met kollegas te werk wat nie dieselfde nie, maar ‘n negatiewe houding teenoor die werk het.”*

Die min erkenning wat die verpleegkundiges van hul mede-kollegas en bestuur ontvang, beïnvloed hulle mate van werkstevredenheid en blyk dan ook om 'n kwelpunt te wees. Verpleegkundige versorgers # 17 en # 71 noem onderskeidelik die volgende: *“Van die personeel is nooit tevrede nie, al buig jy ook om hulle te akkommodeer,”* en *“It is bad to have a management who does not show any appreciation of what I do right.”*

Die teenwoordigheid van 'n negatiewe invloed onder sommige mede-verpleegkundiges wat deur gebrekkige samewerking en ondersteuning gekenmerk word, asook 'n onerkentlike bestuur het dus 'n negatiewe invloed op die werksklimaat en werkstevredenheid by die verpleegkundige versorgers.

5.2.1.5 Werksomstandighede

Bronne van stres in die werksopset het grootliks gesentreer om die swak besoldiging, die lang werksure en die personeeltekort wat bestaan. Sommige het ook die roetine verbonde aan die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt as negatief ervaar in soverre dit min stimulasie verskaf en min uitdagings bied.

Die hoofstressor in die werksopset blyk egter hulle swak besoldiging te wees. Al die verpleegkundiges het beaam wat die volgende verpleegkundige in die onderhoud opgemerk het:

Verpleegkundige versorger # 10: *“Die bietjie geld waarvoor ek moet werk, is baie sleg. Ek voel dat 'n verpleegkundige wat so 'n voltydse werk het beter betaling behoort te kry. As jy gaan na die ander sale hier sal jy sien daar is 'n groot gaping tussen ons werk en die ander verpleegkundiges se werk. Ek voel dus dat die verpleegkundiges wat met Alzheimer-pasiënte werk dubbele vergoeding moet kry.”*

5.2.2 Die positiewe ervaringe van versorging

Wat betref die positiewe ervaringe in hul versorgingsrol het die verpleegkundiges sekere aspekte van hul verhoudinge met die Alzheimer-pasiënte, die familie van die pasiënte en hul mede-kollegas as positief uitgelig:

5.2.2.1 Die verhoudinge tussen die versorgers en pasiënte

Die verpleegkundige versorgers ervaar, soos hierbo aangetoon, soms gevoelens van magteloosheid en woede vanweë die pasiënte se problematiese gedrag, die agteruitgang in hul gesondheid en die gevolglike afsterwe. Daarby ontwikkel sommige van die verpleegkundiges, vanweë hul kennis en kontak met Alzheimer se siekte, ook 'n besorgdheid ten opsigte van hulle eie en hulle familie se mortaliteit.

Ten spyte van bogenoemde negatiewe gevoelens het die meerderheid verpleegkundiges in hul response meer positiewe as negatiewe gevoelens met betrekking tot hul verhouding met die Alzheimer-pasiënte en die versorgingsrol geassosieer. Soos die volgende verpleegkundiges gemeld het:

Verpleegkundige versorger # 4: *“Ek moet sê ek geniet hulle baie en leer elke dag meer.”*

Verpleegkundige versorger # 7: *“Ek ervaar die saamwees met die pasiënte baie positief.”*

Verpleegkundige versorger # 6: *“ ‘n Mens raak so gewoon aan hulle, hulle is altyd so liefdevol en vrolik. Dit is lekker om met hulle te werk.”*

Humor, wat as positief deur die verpleegkundiges ervaar is, het ook algemeen in die versorgingsituasie voorgekom. Dit blyk uit die volgende vertelling in die onderhoud van ‘n humoristiese gebeurtenis tussen verpleegkundige versorger # 7 en ‘n Alzheimer-pasiënt: *“Die mense kan lekker gesels, selfs die mense met Alzheimer, hulle vertel sulke lekker stories. Dit laat jou lekker lag. Soos die ander een kom nou die dag en vra: ‘Suster, waar kry ek ‘n groot foto van Simba?’ Ek vra: ‘Nou hoekom soek jy ‘n foto van Simba?’ ‘Ja,’ antwoord sy, ‘ek soek ‘n groot foto van Simba.’ Ek vra toe: ‘Nou hoekom soek jy ‘n groot foto van ‘n leeu teen jou muur?’ Sy sê toe: ‘Nie Simba die leeu nie, maar Simba die rugbyspeler!’ ”*

Humor blyk ook ‘n noodsaaklike rol te speel in die hantering van stres en gevolglike handhawing van sielkundige welstand by die verpleegkundige versorgers, en word meer volledig bespreek onder **5.2.3 Die belangrikste psigofortigene faktore wat deur die verpleegkundige versorgers benut word.**

Die verpleegkundiges het ook gevoelens van tevredenheid genoem wat voortspruit uit die suksesvolle uitvoering van die versorgingstake en die opregte waardering wat die Alzheimer-pasiënte teenoor hulle toon:

Verpleegkundige versorger # 29: *“Dit is lekker om te sien dat ‘n pasiënt wat jy versorg se toestand verbeter,”* verpleegkundige versorger # 131: *“Jy voel tevrede wanneer jy jou doelwit bereik het, soos byvoorbeeld, die herstel van ‘n drukseer,”* en verpleegkundige versorger # 49: *“Wanneer pasiënte jou bedank vir die diens wat jy aan hulle lewer.”*

Bogenoemde gevoelens van geluk en bevrediging wat vanuit die versorgingsituasie geput word, is meestal die gevolg van ‘n inherente oortuiging by die verpleegkundiges teenwoordig dat dit betekenisvol is om die Alzheimer-pasiënte te versorg. Die verpleegkundiges voel dit gee aan hulle eie lewens sin en doel om die pasiënte te versorg. Die ervaring van betekenisvolheid is dan ook een van die faktore van Antonovsky (1987) se koherensiesin. Die bydrae wat die gevoel van betekenisvolheid tot die verpleegkundiges se sielkundige welstand lewer, geniet meer aandag in **5.2.3**.

5.2.2.2 Die verhoudinge tussen die versorgers en die pasiënte se familie

Verpleegkundige versorger # 3: *“Partykeer kry ons van die familie wat goed saam met ons werk en waardeer wat ons doen, en ook hulle ouers se toestand verstaan.”*

Verpleegkundige versorger # 167: *“Dit is lekker wanneer die familielede, en veral die bejaardes se kinders, beseft dat ons werklik omgee.”*

Dit blyk dus dat verpleegkundiges, ten spyte van sekere negatiewe ervarings met die familielede van die Alzheimer-pasiënte (verwys na **5.2.1**), die erkenning en ondersteuning wat hulle van die pasiënt se familie ontvang as positiewe aspekte van hul versorging ervaar. By die versorgingsoord waar verpleegkundige versorger # 5 Alzheimer-pasiënte versorg, het *“hulle (die familielede) begrip vir wat ons doen, en die meeste van die familie het goeie insig in hulle toestand omdat hulle nou ‘n lang pad saam met hulle kom, en hulle ondersteun ons en ons ondersteun hulle ook maar, so help ons mekaar maar.”*

5.2.2.3 Die verhoudinge tussen die mede-verpleegkundiges

Alhoewel die verpleegkundiges gefrustreerd voel ten opsigte van die gebrek aan samewerking wat soms tussen hulle en hul mede-verpleegkundiges bestaan, voel die meeste verpleegkundiges egter dat die verhoudinge tussen die verpleegkundiges deur goeie samewerking gekenmerk word. Voorbeelde hiervan is die volgende onderhoude:

Verpleegkundige versorger # 10: *“Dit is lekker om met die ander verpleegkundiges te werk. Hulle is gemotiveerd, ons werk lekker saam in ‘n span, ons lig mekaar in van enige probleme en ons voel almal goed wanneer ons vordering sien.”*

Verpleegkundige versorger # 3: *“Almal is regtig ondersteunend, ons werk goed onder mekaar, ons kommunikeer goed en die ondersteuning is goed. Ons werk lekker saam.”*

Dit was dus duidelik dat die vriendskapsverhoudinge tussen verpleegkundiges ‘n aspek van hul versorgingsituasie is wat hulle as positief ervaar en dat dit ook ‘n besliste rol speel in hulle doeltreffende hantering van die stresvolle werksituasie en gevolglike gevoel van sielkundige welstand. Die benutting van die ondersteuning van mede-verpleegkundiges as ‘n psigofortigene faktor in die hantering van die werkseis word in die volgende afdeling bespreek.

5.2.3 Die belangrikste psigofortigene faktore wat deur die verpleegkundige versorgers benut word

Op die Lewenstevredenheidsvraelys van Diener *et al.* (1985) is ‘n gemiddelde telling van 23,5 deur die 10 verpleegkundige versorgers gerapporteer. In Venter (2000) se studie is daar ‘n gemiddeld van 22,55 by die 226 verpleegkundiges gevind. Hierdie gemiddeldes is van dieselfde orde as dié wat in die studie van Wissing en Van Eeden (1998) op 'n baie verteenwoordigende steekproef gevind is, naamlik 23,45. Dit is egter hoër as die lewenstevredenheidstelling van die familie-versorgers in die Potgieter-ondersoek (2000), te wete, 19,86.

Die lewensvredestelling in beide hierdie studie en in Venter (2000) se ondersoek toon aan dat, alhoewel die versorging van Alzheimer-pasiënte baie frustrasies vir die verpleegkundige versorgers inhou, hulle nog steeds 'n relatief hoë mate van lewensvrede kan ervaar. Dit blyk dus dat die positiewe ervarings verbonde aan die versorging die negatiewe ervarings oortref.

Die vraag wat hieruit voortspruit en hieronder verder ondersoek word, was dus watter psigofortigene faktore aanwesig was en deur die verpleegkundige versorgers benut is om die eise te hanteer en hulle hoë mate van lewensvrede te handhaaf, soos op die Lewensvrede-vraelys verkry.

Soos in Hoofstuk 3 bespreek, fokus Antonovsky (1979; 1987) op die wisselwerking tussen persone se koherensiesin en hulle benutting van algemene weerstandshulpbronne vir doeltreffende stresshantering. Vervolgens word die koherensiesin en die verbandhoudende faktore, naamlik verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid soos deur die data openbaar, volledig bespreek. Die verband tussen Antonovsky (1979; 1987) se algemene weerstandshulpbronne en Kumpfer (1999) se weerbaarheidskomponente in die suksesvolle hantering van eise met die nodige sielkundige krag is in Hoofstuk 3 uitgelig. Die belangrikste algemene weerstandshulpbronne of weerbaarheidskomponente wat deur die verpleegkundiges in die handhawing van sielkundige welstand benut word, ten spyte van die teenslae en stressore in die versorgingsituasie, geniet dan aandag.

5.2.3.1 Koherensiesin

Volgens Antonovsky (1979) het stresweerbare persone toegang tot algemene weerstandshulpbronne wat hulle in staat stel om die stressore in hul lewens doeltreffend te hanteer. Sulke persone beskik oor die algemeen oor 'n hoë koherensiesin wat Antonovsky (1987) as die vertrouwe omskryf wat 'n persoon het dat die wêreld verstaanbaar, beheerbaar en betekenisvol is.

- **Verstaanbaarheid**

Soos in Hoofstuk 3 bespreek, verwys hierdie koherensiesin-faktor na die mate waartoe 'n persoon kognitief sin uit 'n probleemsituasie maak, deurdat die stimuli as duidelik geordende, konsekwente en voorspelbare inligting waargeneem word.

Alzheimer se siekte bring mee dat die pasiënt onverklaarbaar en problematies optree. In die volgende onderhoude is dit duidelik dat die problematiese gedrag van die Alzheimer-pasiënte soms as onverstaanbaar ervaar word en groot uitdagings vir die verpleegkundige versorgers inhou:

Verpleegkundige versorger # 4: *“Wat vir my baie sleg is, is die outjies wat hulleself so uittrek en kaal loop. Die een tannie doen dit nou. Dit is vir my baie sleg, want die kinders verstaan dit glad nie, die mede-inwoners nog minder; ons ook, maar ons weet hulle doen dit. Ons het 'n oom hier wat baie ver gevorderd en ook 'n epileptikus is, en hy is absoluut aggressief en vertrek van die artritis. Hy is so afknouerig, hierdie arme tannies wat in die eetsaal saam met hom eet. Hy slaan hulle met sy vuus op hulle boude, en jy kan maar mooipraat met hom, hy vloek en skel altyd. Hy skree vreeslike dinge vir ons en maak valse aantygings. Hy sal sê hulle steek hom met die naalde of gooi hom nat, wat glad nie so is nie. Een tannie wil selfs die versorgers in die bad intrek. Hulle is natuurlik glad nie lief vir bad nie, een en almal van hulle, maar as hulle eers in die lekker warm water is dan raak hulle rustig. Nog 'n ding van die inwoners is dat party altyd honger is en ander wil glad nie eet nie. Ons het twee van hulle wat nie gou genoeg by die kospotte kan kom nie. En die ander moet jy soebat indien jy hulle nie moet voer nie.”*

Verpleegkundige versorger # 5: *“Ek dink nie almal daarbuite besef regtig hoe dit is om met sulke oumense te werk nie. Byvoorbeeld, ek dink nie hulle dink dat dit stresvol is nie, tensy jy nog nie self 'n ouer mens versorg het nie. Juis nou die dag toe loop een van die tannies rond en die ander tannie wat nou altyd na haar kyk, vra my toe of ek haar nie gesien het nie, want dis etenstyd en sy kry haar nie. Toe sê sy: ‘Jis, maar dis moeilik om na 'n oumens te kyk.’ Toe dink ek, ja, uit 'n oumens se mond uit hoor jy dit ook nogal dat dit vir hulle moeilik is.”*

Verpleegkundige versorger # 7 meld ook hoedat die pasiënte se wisselende gedrag 'n invloed op die verhouding tussen die versorger en pasiënt kan hê: “ *Dis 'n vreeslike siekte, en elke een is anderste; party mense wat miskien by die huis stil en rustig was, is hier aggressief, en ander wat aggressief is, kan weer stil en rustig wees. Een verpleegster kan goed met die pasiënte werk, waar 'n ander een glad nie met hom sal kan werk nie; hy sal haar slaan en alles.*”

Die meerderheid van die verpleegkundiges het egter aangetoon dat, hoewel dit aanvanklik moeilik was om die gedrag van die Alzheimer-pasiënte te begryp, hulle wel daaraan gewoond geraak het en verstaan dat dit as gevolg van die siekte is. Die oorgang van onverstaanbaarheid tot verstaanbaarheid word deur die volgende verpleegkundige versorgers uitgebeeld:

Verpleegkundige versorger # 3: “*Dit was vir my snaaks om te dink dat dit 'n normale persoon is wat daar sit en nie reg dink nie. Jy weet toe ek kontak maak met 'n Alzheimer-pasiënt dat hy nou nie reg dink nie en dan was dit 'n persoon wat uit 'n goeie huisie kom en wat goed opgevoed is, en dan skielik begin hy vloek wat hy nooit gedoen het nie. Dit was vir my snaaks en onbegrypbaar. Ek was ook 'n bietjie bang vir die wegloop. Jy is 'n bietjie skrikkerig vir hulle, maar jy raak dit gewoond en verstaan dat dit is hoe hulle is.*”

Verpleegkundige versorger # 6: “*Ek het maar net gewoond geraak. Kyk, hulle vergeet, hulle raak nie kwaad vir jou vir ewig nie. Daai gevoel wat hulle dra, as hulle 'n bietjie gepraat en geraas het, dan het hulle klaar vergeet. Ek weet as iemand kwaad was gister, is hy die volgende dag weer nie dieselfde persoon nie. Elke dag is hy anders. Ek vertel myself dat ek nou net moet aanvaar, ek moet myself nie so stres nie en dat ek moet dit verstaan. Hulle doen dit mos nie aspris nie en dit is nou my werk om aan te gaan.*”

Die verhoogde verstaanbaarheid van die verpleegkundiges blyk dus die gevolg te wees van 'n kombinasie van die ontwikkeling van 'n beter begrip vir die agteruitgang wat die siekte by die pasiënt meebring, en dat hulle gewoondraak aan die Alzheimer-pasiënt se wisselende gedrag. Die behoefte aan en gevolglike waarde van deurlopende opleiding om insig (verstaanbaarheid) in hierdie siektetoestand te

verhoog, word deur verpleegkundige versorger # 7 in haar onderhoud duidelik uiteengesit: *“Wanneer die pasiënte die verpleegsters slaan en die verpleegsters is nie daarvoor opgelei nie dan moet hulle verstaan dat die pasiënte dit nie bedoel nie. Dit is die ding wat maak dat die verpleegkundiges spesiale opleiding moet kry, want dit is nie eintlik hulle, die pasiënte nie; dit is hulle breine, hulle kan dit nie help nie.”*

- **Beheerbaarheid**

Beheerbaarheid verwys hier na die mate waartoe die verpleegkundiges die versorgingsituasie as draaglik, hanteerbaar en uitdagend ervaar en wat hulle deur die mobilisering van verskeie persoonlike hulpbronne of ander hulpbronne met sukses kan aanpak.

Alhoewel die verpleegkundige versorgers gekonfronteer word met vele uitdagings en stressore wat die versorging van Alzheimer-pasiënte meebring, en dit moontlik aanleiding kan gee tot ‘n gevoel van hulpeloosheid en gebrek aan beheer om die mas op te kom, het die meerderheid van die verpleegkundiges in hierdie studie aangetoon dat die versorgingsituasie draaglik, hanteerbaar en uitdagend is. Soos verpleegkundige versorger # 2 op die volgende reageer: *“Ander mense sê, ‘Ag, los die werk, los die oumense; dis mos nie ‘n werk nie, jy gaan net hulpeloos raak,’ maar ek voel nie hulpeloos nie. Ek werk lekker met die mense; ek sal nie by die ander werk kan leer nie.”*

‘n Aspek wat blyk om tot ‘n gevoel van beheer in die versorgingsituasie by te dra, is dat die verpleegkundiges ten volle verantwoordelik voel vir die versorging van die Alzheimer-pasiënt, soos verpleegkundige versorger # 2 in haar onderhoud dit gestel het: *“Dit is die mense wat nie eers kan praat, kla of weier nie. Hulle weet nie waar is hulle nie. Nou dis lekker vir my, want ek moet vir hulle dink wat ek vir hulle moet maak. So as hulle dors is moet ek vir hulle dink, of hulle moet toilet toe gaan en ek moet vir hulle was, bad en voer.”*

Die omvang van Alzheimer se siekte is van só ‘n aard dat die pasiënte selfs in die voorsiening van hul basiese behoeftes hulp en leiding nodig het. Die pasiënte se algehele hulpeloosheid in hierdie verband maak dat baie van hul verpleegkundige versorgers hulle hul “kinders” noem en dus die rol van ‘n moeder inneem en met die

volle verantwoordelikheid vir die Alzheimer-pasiënt se versorging belas word. In verpleegkundige versorger # 9 se onderhoud blyk dit duidelik: *“Ek werk met hulle so asof hulle my eie kinders is. Ek doen iets omdat ek dit wil doen met haar, soos my kind. Ek doen miskien, as ek haar moet aantrek, dan besluit ek wat sy moet aantrek. Ek besluit vandag sy moet daai pap eet. Net soos my kind.”*

So stel verpleegkundige versorger # 10 in haar onderhoud in hierdie verband ook die volgende: *“Jy leer om hulle goed te ken, soveel so dat jy voel jy is goed in beheer. Hulle is soos babas en jy voel skoon sleg indien jy iets gemis het om vir hulle te doen.”*

Volgens die verpleegkundige versorgers bestaan daar ook ‘n verskeidenheid hulpbronne vir die suksesvolle hantering van die uitdagings wat die versorgingsituasie aan hulle stel. Hierdie algemene weerstandshulpbronne of weerbaarheidskomponente wat deur die versorgers benut word om uitdagings suksesvol te hanteer en wat die verstaanbaarheid en beheerbaarheid ten opsigte van die versorgingsituasie verhoog, word in **5.2.3.2 Algemene weerstandshulpbronne/Weerbaarheidskomponente** aangetoon.

- **Betekenisvolheid**

As laaste komponent van koherensiesin verwys betekenisvolheid na die vermoë waaroor die versorger beskik om emosioneel en motiveringsgewys sin te maak van die eise wat deur die situasie gestel word, en dit as die moeite werd te ag om energie daaraan te bestee ten einde dit suksesvol te hanteer. Die motivering om die uitdagings van die versorgingsituasie te hanteer is volgens verpleegkundige versorger # 60 geleë in, *“the purpose of looking after the sick elderly, giving them as well as myself meaning in life,”* terwyl die hoofdoel van versorging vir verpleegkundige versorger # 19 *“die gevoel is wat jy kry as jy met die inwoners (pasiënte) werk, met die gedagte dat jy iets in iemand se lewe beteken.”*

Betekenis word daaruit verkry deurdat die verpleegkundiges voel hulle is van nut vir die siek bejaarde en dat dit hulle lewens ‘n doel gee. In haar onderhoud meld verpleegkundige versorger # 10, *“Dis my persoonlike keuse om hier te werk. Ek sal nie na ‘n ander plek toe gaan nie. Soos jy kan sien, ek is ou voorraad, van die oudste*

voorraad hier! Ek is gelukkig hier, ek kry regtig hier job satisfaction. Weet jy wat, hierdie Alzheimer se siekte is nie 'n weghaalbare siekte nie; die toestand is hierso om te bly en die mense moet dus versorg word. Vir my as persoon laat dit my baie positief voel en job satisfaction laat ervaar. Dit beteken baie vir my. Wat vir my positief maak in myself is as ek job satisfaction ervaar. Dit is maar net dat ek in my hart en siel lief is vir mense.”

Vir baie verpleegkundige versorgers is die liefde wat hulle vir hul medemens het en die geleentheid om vir 'n siek bejaarde iets te beteken belangrike aansporingsfaktore in die sinvolle ervaring van die versorgingsituasie. Daarby is baie van die standpunt dat die beroep hulle gekies het, en dat dit dus 'n roeping was. Die volgende onderhoude kan as bewys aangehaal word:

Verpleegkundige versorger # 2: *“Ander mense het die verpleegsterswerk gevat net omdat hulle die geld soek, maar ander van ons het hier gekom soos die Here ons geroep het, want 'n mens moet vra vir die Genade van die Here dat Hy vir jou krag gee dat jy nie moeg word vir die mense nie. Hulle soek altyd liefde, want hulle weet nie waar hulle is nie. Hulle weet niks nie. Die ander mense hulle sal sê, ‘Oe, dis 'n nonsens se werk om mense elke dag af te vee; ek sal dit nie doen nie, dit sal jou nie gelukkig maak nie.’ Hulle hou nie van verpleegsters se werk nie, dis te moeilik vir hulle, maar ek is baie lief vir dit. Ek sê net elke keer vir hulle dat elke persoon sy beroep het, so niemand gaan vir my change nie. As hulle dit nie wil hê nie, help dit nie hulle kom nie, want om met mense soos hierdie te werk moet uit jou hart kom. As daai ding nie in jou hart is nie, gaan die mense suffer.”*

Verpleegkundige versorger # 3: *“As jy geroep is as 'n verpleegster dan is die werk nie vir jou moeilik nie, of hulle is nie vir jou so moeilik nie. Jy aanvaar hulle soos hulle is. Kyk, ek aanvaar hulle soos hulle is en ek kan met hulle werk.”*

Die betekenisvolheid uit die versorgingsituasie verkry, word ook verhoog deurdat die meeste verpleegkundige versorgers voel dat dit aan hulle die geleentheid verskaf om persoonlik te groei. Soos verpleegkundige versorger # 57 noem: *“It gives me the scope to grow as an individual and the ability to make other people’s lives better.”*

5.2.3.2 Algemene weerstandshulpbronne / Weerbaarheidskomponente

In Hoofstuk 3 is die rol bespreek van algemene weerstandshulpbronne of weerbaarheidskomponente in die doeltreffende hantering van 'n gegewe stressituasie en 'n gevoel van sielkundige welstand. In hierdie gedeelte word daar vervolgens aandag gegee aan dié sielkundige eienskappe (persoonlik en/of interpersoonlik), soos uiteengesit deur Antonovsky (1979; 1987) en Kumpfer (1999), wat tot die verpleegkundige versorgers se beskikking is en dus die suksesvolle hantering van die wye reeks stressore in die versorgingsituasie fasiliteer.

- **Humor**

Al die verpleegkundige versorgers het gemeld dat humor as 'n wyse gebruik word om die stresvolle versorgingsituasie te hanteer. Verpleegkundige versorger # 173 noem in hierdie opsig die belangrikheid van *”n goeie humorsin om altyd die komiese sy van 'n situasie in te sien.”* Die positiewe uitwerking wat humor op die versorgers se sielkundige welstand het, word deur verpleegkundige versorger # 10 se onderhoud aangedui: *“Ek is 'n mens vir humor; dit motiveer my en ek voel dan happy.”*

Humor tussen die verpleegkundiges en hul pasiënte, maar ook onderling tussen die verpleegkundiges het 'n rol gespeel in die vermindering van die negatiewe gevolge wat die versorgingsituasie kan meebring. Dit word in die onderhoude van die volgende versorgers weerspieël:

Verpleegkundige versorger # 3: *“Ek haal dit nie uit op die Alzheimer as hy aggressief word, of as hy nie wil eet vandag nie, of medikasie vat nie. Ek raak nie moeilik met hulle nie. Ek sal liewerste lag en klaarkry. Jy weet, as daar iets snaaks is, sal ek maar lag en dan voel ek sommer beter.”*

Verpleegkundige versorger # 7: *“Omdat dit aan die een kant so tragies is, is dit ook aan die ander kant nie net swartgallig nie. Jy sien die lag in dit, in die positiewe en julle kan lekker lag, nie vir hulle (die pasiënte) nie, maar vir die goed wat hulle doen.”*

Verpleegkundige versorger # 4: *“Ja, die werk is baie stresvol, maar ons maak lekker grappe hier.”*

Kumpfer (1999) het dan ook die belangrikheid uitgelig van die rol wat 'n persoon se sin vir humor in die hantering van stressore speel.

- **Ondersteuning van gesin en mede-verpleegkundiges**

Indien persone se eksterne omgewingskonteks deur die teenwoordigheid van betekenisvolle bande met ander persone gekenmerk word en hulle ook genoegsame ondersteuning van hierdie persone ontvang, sal dit tot die persoon se suksesvolle hantering van stresvolle situasies bydra (Antonovsky 1979, 1987; Kumpfer 1999). Die verpleegkundige versorgers het die waarde van hul gesin en mede-verpleegkundiges as belangrike ondersteuningsbronne uitgewys in die hantering van die uitdagings aan hulle gestel en in die handhawing van hul sielkundige welstand. Voorbeelde ter staving hiervan is uit die volgende onderhoude verkry:

Verpleegkundige versorger # 6: *“Ek werk nie alleen nie. As daar iemand is wat moeilik is, dan is daar ander susters wat kan kom help. Of met die familie, as daar 'n misverstand is, dan is daar die hoofster en bestuurder na wie toe hulle kan gaan. So ons kom bymekaar as daar 'n klagte is om dit uit te sorteer. Daar is altyd iemand wat jou sal ondersteun; jy is nie alleen in die saak nie.”*

Verpleegkundige versorger # 1: *“I get the most support at home and also here at work. Sister Olivier helps me a lot. My family knows that it is hard work and all I can do is to push forward to work hard. It is the happy life I live at home that also helps me. They (my family) help me with strength. It was very hard at first, because I did not cope well, but I tried and my colleagues helped me a lot. So that is why I cope well now; it is because of them.”*

Verpleegkundige versorger # 5: *“My gesin is baie positief. My man luister altyd, want ek voel 'n mens het partykeer 'n aflaaipunt nodig, net om 'n bietjie te ontlaai, om met iemand te praat daaroor. Dit help baie, want 'n mens moet dit nie koester binne in jou nie; jy moet daaroor kan praat en kan aflaaie êrens. Ons praat baie met mekaar by die werk ook. Ons werk lekker saam. Ons verstaan mekaar, ons is baie lief vir mekaar, ons dra mekaar regtig. Ons (die personeel) help mekaar ook baie. As die een wil af hê of so, is ons altyd gewillig om vir mekaar in te staan en uit te help.*

As dinge 'n bietjie te erg raak, is ons bestuurderes ook baie tegemoetkomend met dit, so daar is nie 'n probleem nie.'

Verpleegkundige versorger # 3: *"As van my kollegas sien ek lyk nie lekker nie, dan gesels ons dit onder mekaar uit; ons deel ons probleme met mekaar."*

Verpleegkundige versorger # 9: *"Hier is ook baie mense, naamlik my kollegas. Ons gesels, dan gaan daai stres ook weg. As ek voel my hart is nie lekker nie, van die stres of so, dan gesels ek met my kollegas."*

- **Geloof**

Geloofs- en spirituele eienskappe bestaan volgens Antonovsky (1979; 1987) en Kumpfer (1999) hoofsaaklik uit kognitiewe vermoëns en geloofstelsels wat behulpsaam is in die hantering van stres in soverre dit die persoon motiveer en gevolglik sy/haar pogings rig om die stres te bowe te kom. Die resultate in hierdie studie toon die besondere sterk rol aan wat spiritualiteit en geloof by die verpleegkundige versorgers speel in terme van hul gevoel van beheer en hanteerbaarheid in die stresvolle versorgingsituasie. Verpleegkundige versorger # 10 noem in haar onderhoud: *"Die genade van God dra my ook en gee my regtig krag."* Verpleegkundige versorger # 6 beaam ook bogenoemde in haar onderhoud en sê: *"Die Here gee elke dag vir jou die krag en die geduld om met hulle te werk en aan te gaan."*

Die volgende aanhaling uit verpleegkundige versorger # 2 se onderhoud is verteenwoordigend van die mate waarin die geloofsoortuiginge van die ander verpleegkundige versorgers hulle help om die eise te hanteer, en die rol wat dit speel in die mate van betekenis wat die versorgingsituasie aan hulle verskaf: *"Dis net die kerk. As jy altyd kerk toe gaan, luister na wat die predikant preek en vir myself ook bid en vra vir krag. Ek voel dan sterk elke dag. Die Here gee krag. Iemand het eendag gesê ons gaan die groot seën kry, want ons kyk so mooi na hulle. Jy voel dan gewillig, jou hart voel lekker en jy werk ook dan lekker."*

- **Ontspanning en vryetydsbesteding**

Die verpleegkundige versorgers het, net soos Antonovsky (1979; 1987) en Kumpfer (1999), ook die noodsaaklikheid van ontspanning en die beoefening van 'n stokperdjie vir die hantering van die eise en die handhawing van sielkundige welstand duidelik aangetoon. Die volgende onderhoude is voorbeelde daarvan:

Verpleegkundige versorger # 3: *“Jy hoor elke dag hoe skree hulle, ‘Help my!’ en dis so aanhoudend dat as jy by die huis kom, wil jy net afskakel. Jy wil net hê alles moet rustig wees, en dan neem ek ‘n lekker stort en sit en rus. Ek sit dan net eers ‘n rukkie, net om weer rustig te raak.”*

Verpleegkundige versorger # 4: *“ ‘n Mens moet oopkop bly en baie afvat. Ek lees ook graag om my aandag af te lei, want as jy elke dag saam met ‘n Alzheimer werk dan dink jy vannaand as jy lê, waar het jy verkeerd gedoen, of wat kon jy anders gedoen het, en wat gaan jy dan môre doen. Kyk, jy sluit nie af nie; jy dink al die pad. Dis nodig om uit te kom. Ek gaan eet partykeer uit. Ek was nou laas Saterdag hier vir ‘n funksie saam met die oumense en dit was fantasties. Ek het gedink ek moet wegkom van hulle, maar het dit juis geniet en dit was ‘n eye-opener vir my.”*

'n Ander aspek wat ook blyk om die verpleegkundige versorgers te help om die stres te hanteer is die neem van gereelde verlof. Die nut hiervan word deur verpleegkundige versorger # 4 se onderhoud duidelik gestel: *“Nog ‘n ding wat help, is dat hulle ons dwing om verlof te vat, ten minste een keer ‘n jaar vir ‘n volle drie weke, maar ek voel nie as jy met bejaardes en veral Alzheimers werk, dat een keer ‘n jaar genoeg is nie. Ons verkies almal 15 dae hier en 10 dae later in die jaar, net om weg te breek, want jy kan nie heelyd met hulle werk en net een keer ‘n jaar rus nie. ‘n Mens raak gedaan. ‘n Ou raak kort van draad, want ons is almal mense. So om die Alzheimer-pasiënte te beskerm is dit goed om verlof te neem.”*

- **Onderlinge invloed tussen werks- en huislike probleme en die hantering daarvan**

Die meerderheid van die verpleegkundige versorgers is van mening dat, hoewel hulle besef hulle werks- en huislike probleme mekaar soms negatief kan beïnvloed, dit nie is wat hulle gewoonlik ervaar nie. Dit blyk veral uit die volgende onderhoude dat die verpleegkundiges tussen hul werks- en huislike of persoonlike probleme differensieer. Hierdie differensiasie speel 'n belangrike rol in die hantering van die stressore in hul lewens en die handhawing van sielkundige welstand:

Verpleegkundige versorger # 1: *“I cope actually because if someone makes me angry at home, and I come to the gate at work, I just ignore it and do my job. Afterwards I am over it and feel happy.”*

Verpleegkundige versorger # 3: *“Ek sê altyd vir myself as ek werk toe kom en ek het probleme by die huis, dan vergeet ek wat by die huis gebeur het, of wat my omstandighede of probleme is. As ek hier kom dan kom ek in en dan sit ek daai glimlag op my gesig op en ek hanteer my pasiënte asof daar niks by die huis gebeur het nie. As ek nou weer uitgaan hier vannaand dan vat ek nou weer my huis se probleme. Dit gaan nie vir my baat om my probleme hiernatoe te bring nie.”*

Verpleegkundige versorger # 5: *“So dit is maar deel van die lewe kan jy sê. Dit is baie hartseer ook, en ek sal nou miskien vir my man vertel as daar iets by die werk gebeur het met iemand of so, maar ek vat dit nie huis toe as my eie probleem nie, want dan gaan 'n ou nie kan saambly met alles nie. Wat by die werk is, los ek by die werk, en wat by die huis is, los ek by die huis.”*

Volgens Verpleegkundige versorger # 5 verg dit *“baie selfdissipline en as 'n mens jou nog gaan bekommer by die werk dan gaan jy nie rus kry nie. Ek bedoel dan gaan jy nie kan afskakel nie, en 'n mens moet kan afskakel; dit is maar hoe ek dit ervaar. Weet jy, 'n mens het maar dit so deur die jare aangeleer. Jy kan nie elkeen se probleem jou probleem maak nie, want dan sal jy regtig dit nie maak nie. Ek dink nie jy sal kan cope nie. 'n Mens kry jammer, jy het empatie, maar die lewe gaan aan; jy weet jy kan nie gaan stilstaan nie.”*

5.3 Gevolgtrekking

Die doel van hierdie studie was om eerstens ondersoek in te stel na die mate waartoe die versorging van Alzheimer-pasiënte die verpleegkundige versorgers se lewenskwaliteit beïnvloed en daaropvolgend, watter psigofortigene faktore aanwesig was in die doeltreffende hantering van stres en sodanige handhawing van hul lewenskwaliteit. Ten opsigte van die bepaling van die mate waartoe die lewenskwaliteit van die verpleegkundige versorgers beïnvloed word, is daar spesifiek gekyk na hulle negatiewe en positiewe ervarings van die versorgingsituasie. Die resultate soos verkry uit die ontleding en vertolking van die data het grootliks ooreengestem met verskeie vorige studies in hierdie verband.

Die **negatiewe aspekte** wat deur die versorgers geïdentifiseer is wat soms 'n invloed op hul sielkundige welstand blyk te hê en lei tot gevoelens van onverstaanbaarheid, hulpeloosheid en gebrek aan beheer, het gesentreer rondom die fisieke en geestelike uitdagings wat die versorgingsituasie aan hulle gestel het, die Alzheimer-pasiënte se problematiese gedrag, hulle agteruitgang in gesondheid en hulle gevolglike afsterwe. Hamdy (1994) het tereg gemeld dat daar talle versorgingseise aan die verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte gestel word. Daar bestaan 'n groot oorvleueling tussen die gedragsprobleme van die pasiënte wat deur die verpleegkundige versorgers in hierdie studie genoem is en wat Hamdy (1994) in sy studie aangetoon het. Dit sluit probleme in, onder andere, met voeding, rondloopgedrag, aggressie, versteurde slaappatrone en inkontinensie wat die gereelde skoonmaak van pasiënte noodsaak. Die kennis omtrent Alzheimer se siekte en die gevolglike vrese wat by die verpleegkundiges bestaan ten opsigte van hul eie en hulle familieleden se mortaliteit is ook in Turnbull (1994b) se studie deur die verpleegkundiges uitgespreek.

Ander negatiewe aspekte is geïdentifiseer as die min waardering en gereelde klagtes van die familie van die pasiënt, probleme met samewerking, geen erkenning en negatiewe houdings wat by sommige kollegas teenwoordig is, die personeeltekort wat lei tot 'n groter werkslading en die swak besoldiging wat hulle ontvang. In Suid-Afrika is dit juis verpleegkundiges se swak betaling wat daartoe aanleiding gee dat die meeste na dié lande uitbeweeg wat hulle wel voldoende kan vergoed. Die groot getal

verpleegkundiges wat tans elders 'n heenkome gaan soek, lei daartoe dat permanente verpleegkundiges ook dikwels na ure ekstra skofte moet werk vanweë die personeeltekort (Smit, 2003). Hierdie personeeltekort hou verdere komplikasies in vir die reeds oorwerkte verpleegkundiges wie se werkslading verhoog word weens die toename van kognitief ingeperkte bejaardes in ouetehuse waar voltydse versorging beskikbaar is (Robertson *et al.* 1994).

Net soos in Karner *et al.* (1998) en Ollson en Hallberg (1998) se studies het die verpleegkundige versorgers in hierdie ondersoek ook aangedui dat die positiewe verhouding wat tussen hulle en die Alzheimer-pasiënte bestaan 'n belangrike aanduiding is van die mate van werkstevredenheid wat hulle ervaar. Dit het duidelik na vore gekom dat die verpleegkundiges se liefde vir mense en die geleentheid om vir iemand iets te beteken, sin en doel in hul lewens verskaf en as aansporing dien om voort te gaan ten spyte van die eise. Ander **positiewe aspekte** wat bydra tot hulle gevoel van sielkundige welstand is die erkenning en ondersteuning wat hulle van sommige familieledes van die pasiënte ontvang en die vriendskapsverhoudinge wat tussen die mede-verpleegkundiges bestaan. Die belangrike rol wat vriendskapsverhoudinge in stresbeheer en die ervaring van 'n positiewe werksklimaat by die verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte speel, is deur Turnbull (1994b) aangedui.

Die twee verpleegkundige groepe in hierdie ondersoek, te wete diegene wat op die vraelyste in die Venter-ondersoek (2000) gereageer het en diegene met wie die onderhawige navorser onderhoude gevoer het, se lewenstevredenheidswaardes was onderskeidelik 22,55 in Venter (2000) se studie en 23,5 in hierdie ondersoek. Alhoewel niemand uitermate hoë lewenstevredenheid ervaar het ten tyde van die onderskeie studies nie, het almal 'n redelike mate van lewenstevredenheid geopenbaar. Vanuit die verpleegkundige versorgers se onderhoude in hierdie ondersoek het dit dus na vore gekom dat hulle oor die algemeen oor 'n hoë koherensiesin beskik en dat hulle ten spyte van die geweldige stressore van die versorgingsituasie, dit verstaan, as hanteerbaar en uitdagend beskou, betekenis daarin vind en tevrede met hul lewens is. Levert *et al.* (2000) en Venter (2000) het beide 'n omgekeerde verband tussen koherensiesin en uitbranding gevind by onderskeidelik

verpleegkundiges in die algemeen, en in die besonder by verpleegkundiges wat ondermeer Alzheimer-pasiënte versorg.

Met bogenoemde bevindinge in gedagte is daar gepoog om te bepaal watter psigofortigene faktore aanwesig is in die doeltreffende hantering van die stres en die sodanige handhawing van hul lewenskwaliteit. Die vernaamste algemene weerstandshulpbronne of weerbaarheidskomponente wat deur die verpleegkundige versorgers benut word, is humor, die ondersteuning van gesin en medeverpleegkundiges, en hulle geloof, ontspanning en vryetydsbesteding. Hierdie faktore stem ook baie ooreen met die bevindinge van vorige studies. Beck (1996) het die belangrikheid van humor in die versorging van kognitief-ingeperkte bejaardes gemeld en later het Astedt-Kurki en Isola (2001) ook aangetoon dat die aanwending van humor die verpleegkundige versorgers gehelp het om hulle stresvolle werk te hanteer omdat dit spanning verlig en bygedra het tot 'n positiewe werksklimaat. Die waarde geleë in die ondersteuning wat elke verpleegkundige van haar gesin en medeverpleegkundiges verkry, is in Berg *et al.* (1998) as van die vernaamste *coping*-strategieë van die stresvolle versorgingsituasie uitgelig. In dieselfde studie het die verpleegkundige versorgers ook die noodsaaklikheid van ontspanning en die beoefening van 'n stokperdjie vir die hantering van die versorgingseise en die handhawing van sielkundige welstand duidelik aangewys.

'n Belangrike stresshanteringsmeganisme wat uit beide Venter (2000) se vraelyste en die onderhoude in hierdie studie onthul is, was die vermoë van elke verpleegkundige versorger om te differensieer tussen hul werks- en huislike of persoonlike probleme. Alhoewel die verpleegkundige versorgers net soos die verpleegkundiges in Turnbull (1994b) se ondersoek die wedersydse negatiewe invloed wat tussen die werksituasie en persoonlike situasie by die huis mag bestaan erken het, probeer die meeste van hulle egter om nie toe te laat dat probleme by die huis hul werk en andersom negatief beïnvloed nie.

Ten slotte kan dit uit bogenoemde bevindinge afgelei word dat hierdie ondersoek die teorie van Psigofortologie as 'n belangrike bepalende faktor in die ervaring van lewenskwaliteit by verpleegkundige versorgers van Alzheimer-pasiënte bevestig.

5.4 Aanbevelings om werkstevredenheid en lewenskwaliteit verbeter

Uit die resultate van hierdie ondersoek blyk dit dat die verpleegkundige versorgers van pasiënte met demensie, en veral van dié met Alzheimer se siekte, gemeenskaplike probleme en frustrasies deel, maar dat die teenwoordigheid van psigofortigene faktore wel hierdie versorgers in staat stel om sin en bevrediging uit hulle dagtaak te put. Internasionaal en plaaslik probeer die Alzheimer and Related Diseases Association (ARDA) (<http://www.alz.co.uk>) juis om die lot van die Alzheimer-pasiënt te verbeter. Dit sluit ook in dat daar na die welsyn van die verpleegkundige versorger omgesien word. Die ondersteuningsgroepe vir die familieversorgers van Alzheimer-pasiënte is welbekend. Soortgelyke groepe kan egter ook vir verpleegkundige versorgers in die lewe groep word. 'n Voorbeeld van so 'n aksie is 'n ondersteuningsgroep vir verpleegkundige versorgers van hoofsaaklik Alzheimer-pasiënte wat onlangs in Bloemfontein gestig is. Die onderhawige ondersoek sowel as resultate van die ondersoeke van Venter (2000), Potgieter (2000) en Viljoen (2000) het 'n bydrae gelewer tot die daarstelling van hierdie inisiatief, wat tans onder beskerming van ARDA verder uitgebou word. 'n Privaathospitaal speel onder andere ook 'n leidende rol in die verband. Daar word in die ondersteuningsgroep ondermeer gefokus op voortgesette opleiding vir die verpleegkundiges, en meer inligting omtrent die siekte en die versorging daarvan word deurgegee. Dit verhoog die begrip van die siekte (verstaanbaarheid) en die hantering daarvan.

Hierdie tipe inisiatief word sterk aanbeveel. Die daarstelling van sodanige ondersteuningsgroepe bied 'n forum waar voortgesette opleiding kan plaasvind en wedersydse ondersteuning gebied kan word. Dit skep ook geleenthede om binne hierdie sessies die belangrikheid van psigofortigene faktore en die gevoel van betekenisvolheid in die hantering van die stresvolle versorgingsituasie aan die versorgers en hulle werkgewers te verduidelik. Die ondersteuningsgroep kan ook gebruik word om kommunikasie tussen die personeel en bestuur te verhoog, waar elkeen die geleentheid gebied kan word om met vrymoedigheid hul bekommernisse te lug en sodoende 'n positiewe werksklimaat te skep.

Die teenwoordigheid van negatiewe verhoudinge tussen die versorgers en die familieledede van die Alzheimer-pasiënt moet ook aandag geniet, want dit is duidelik dat die versorging van 'n Alzheimer-pasiënt nie in isolasie kan geskied nie, maar dat samewerking tussen die familie van die pasiënt en die verpleegkundige versorgers van uiterse belang is vir die doeltreffende hantering van die stresvolle situasie en vir ondersteuning. In hierdie opsig moet daar ook geleentheid aan die familieledede en versorgers gegee word om mekaar op 'n informele wyse beter te leer ken en oor kwellinge te gesels. Sodanige ondersteuningsgroepe, veral onder leiding van ARDA, word egter wel op relatief wye skaal aangetref.

5.5 Samevatting

Die nuwe veld van Psigofortologie berus op die bevordering van persone se sielkundige welstand met die daarstelling van faktore wat behulpsaam is in die doeltreffende hantering van stres en 'n ervaring van lewenskwaliteit. Dit is 'n welkome verandering in die Sielkunde wat soveel jare in 'n groot mate hoofsaaklik op die psigopatologiese gefokus het.

Hierdie ondersoek het 'n bydrae probeer lewer in die identifisering van die stressore in die versorgingsituasie, asook van die psigofortigene faktore wat sielkundige welstand in die verpleegkundige versorgers kan bevorder. Vanuit 'n psigofortigene raamwerk kan die gevolgtrekkings van hierdie studie van waarde wees vir die daarstelling van 'n beter werksmilieu vir verpleegkundiges, sodat hulle hul lewenskwaliteit kan handhaaf.

Die potensiaal wat in elkeen van ons opgesluit is om, ten spyte van adversiteit, persoonlik te groei en as 'n "sielkundig sterk" mens uit te tree word treffend deur die volgende persoon gestel wat 'n lang siekte deur die aanwending van humor en positiewe emosies oorwin het:

I have learned never to underestimate the capacity of the human mind and body to regenerate - even when the prospects seem most wretched. The life-force may be the least understood force on earth. Human beings tend to live too far within self-imposed limits. It is possible that these limits will recede when we respect more fully the natural drive of the human mind and body toward perfectibility and regeneration." (Smith, 1993:2).

BRONNELYS

Adams, T. & Clarke, C.L. (2001). **Dementia care: Developing partnerships in practice.** London: Baillière Tindall.

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

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

Astedt-Kurki, P. & Isola, A. (2001). *Humour between nurse and patient, and among staff: Analysis of nurses' diaries.* **Journal of Advanced Nursing**, **35**, 452-458.

Beck, T.C. (1996). *Nursing students' experiences caring for cognitively impaired elderly people.* **Journal of Advanced Nursing**, **23**, 992-998.

Bennett, G. & Jones, M. (2001). **The Alzheimer's handbook: A guide to the diagnosis and management of the causes of confusion and dementia.** London: Vermilion.

Berg, A., Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1998). *Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving.* **International Journal of Nursing Studies**, **35**, 271-282.

Bless, C. & Higson-Smith, C. (1995). **Fundamentals of social research methods: An African perspective.** Cape Town: Credo Press.

Coyle, J. (2002). *Spirituality and health: A framework for exploring the relationship between spirituality and health.* **Journal of Advanced Nursing**, **37**, 589-597.

Cummings, J.L. (1989). **Clinical diagnosis of dementia of the Alzheimer type** in G.D. Miner, L.A. Winters-Miner, J.P. Blass, R.W. Richter & J.L. Valentine (Eds),

Caring for Alzheimer's patients: A guide for family and healthcare providers (pp.57-75). New York: Plenum Press.

Davison G. C. & Neale, J.M. (1997). **Abnormal Psychology** (7th ed). New York: John Wiley & Sons.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1994): DSM-IV. (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J. & Griffen, S. (1985). *The satisfaction with life scale.* ***Journal of Personality Assessment***, **49**, 71-75.

Diener, E. (2000). *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index.* ***American Psychologist***, **55**, 33-43.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2000). *Positive affect and the other side of coping.* ***American Psychologist***, **55**, 647-654.

Fredrickson, B.L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions.* ***American Psychologist***, **56**, 218-226.

Fritz, V.U. (1991). *Alzheimer's disease: Clinical diagnosis and therapy.* ***The Journal of Age Related Disorders***, **7**, 21-28.

Garland, L.M. & Bush, C.T. (1982). **Coping behavior and nursing.** Virginia: Reston Publications Company.

Gilleard, C.J. (1984). **Living with dementia: Community care of the elderly mentally infirm.** Philadelphia: The Charles Press Publishers.

Green, R. C. (2002). *Genetic and nongenetic risk factors for Alzheimer's disease. Medscape conference coverage*, based on selected sessions at the Eighth International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders. [Internet]: <http://www.medscape.com>.

Gruetzner, H. (1992). **Alzheimer's: A caregiver's guide and sourcebook**. New York: John Wiley & Sons.

Hamdy, R.C. (1994). **Clinical presentation** in R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), **Alzheimer's disease: A handbook for caregivers** (2nd ed) (pp.102-116). Boston: Mosby.

Harri, M. (1998). *The sense of coherence among nurse educators in Finland*. **Nurse Education Today**, **18**, 202-212.

Jooste, K. & Kilpert, O. (2002). *The role of management in promoting a motivational work setting for nurses*. **Health South Africa**, **7**, 14-24.

Jordaan, W. *Uitbranding by die werk*. **Die Volksblad**, 5 Februarie 2003, 4.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). **Synopsis for Psychiatry** (8th ed). Baltimore, USA: Williams & Wilkins.

Karner, T.X., Montgomery, R.J.V., Dobbs, D. & Wittmaier, C. (1998). *Increasing staff satisfaction: The impact of special care units (SCU) and family involvement*. **Journal of Gerontological Nursing**, **24**, 39-44.

Kumpfer, K.L. (1999). **Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework** in M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds), **Resilience and development: Positive life adaptations** (pp.179-201). New York: Plenum Press.

Lavretsky, E.P. & Jarvik, L.F. (1994). **Etiology and pathogenesis of Alzheimer's disease: Current concepts** in R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), **Alzheimer's disease: A handbook for caregivers** (2nd ed) (pp. 80-91). Boston: Mosby.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.

Levert, T., Lucas, M. & Ortlepp, K. (2000). *Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a sense of coherence. South African Journal of Psychology, 30*, 36-41.

Lindeman, D.A., Corby, N.H., Downing, R. & Sonborn, B. (1991). **Alzheimer's day care: A basic guide.** New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Lund, S. (2001). *Diagnosing dementia: The first step to help. Alzheimer's and Related Dementias Association, 2*, 3-4.

Matteson, M.A., McConnell, E.S. & Linton, A.D. (1997). **Gerontological nursing: Concepts and practice.** Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Mcillroy, S. (2002). *A fine line in genetic research. Alzheimer's and Related Dementias Association, 3*, 4.

Munro, L., Rodwell, J. & Harding, L. (1998). *Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: The value of social support to nurses. International Journal of Nursing Studies, 35*, 339-345.

Myburgh, C.P.H., Niehaus, L. & Poggenpoel, M. (1999). *School and nursing managers' ability to hold their own amidst daily demands. Curationis, 9*, 36-44.

Myers, D.G. (2000). *The funds, friends and faith of happy people. American Psychologist, 55*, 56-67.

Mymin, J. (1996). **A basic guide for nurses and caregivers on the care and management of Alzheimer's disease.** Johannesburg: Alzheimer's and Related Disorders Association.

NUD*IST (1999). **Qualitative Solutions and Research Pty Ltd.** Melbourne: La Trobe University.

Olsson, A. & Hallberg, I.R. (1998). *Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervision sessions. Journal of Advanced Nursing, 27*, 241-252.

Peterson, C. (2000). *The future of optimism. American Psychologist, 55*, 44-55.

Potgieter J.C. (2000). **Die sielkundige behoeftes van die versorgers van pasiënte met Alzheimer se siekte.** Ongepubliseerde Magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Pretorius, T.B. (1997). **Salutogenic resistance resources: The role of personal and environmental characteristics in stress-resistance.** Unpublished doctoral dissertation, University of the Free State, Bloemfontein.

Relkin, N. (2002). *Advances in Alzheimer's disease treatment.* Medscape conference coverage, based on selected sessions at the Eighth International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders. [Internet]: <http://www.medscape.com>.

Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S. & Kumpfer, K.L. (1990). *The Resiliency Model. Health Education, 21*, 33-39.

Richter, R.W., Blass, J.P. & Valentine, J.L. (1989). **Principles in caring for Alzheimer's patients** in G.D. Miner, L.A. Winters-Miner, J.P. Blass, R.W. Richter & J.L. Valentine (Eds), **Caring for Alzheimer's patients: A guide for family and healthcare providers** (pp.79-102). New York: Plenum Press

Robertson, J.F., Herth, K.A. & Cummings, C.C. (1994). *Long-term care: Retention of nurses. Journal of Gerontological Nursing, 20*, 4-10.

Rosin, M.F. (1987). *Alzheimer's disease: An overview of the past and present developments in the diagnosis of the disease. South African Family Practice, 8*, 95-100.

Rosor, M. (1991). *Dementia - Alzheimer's disease. Clinical Neurology, 2*, 36-41.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being*. *American Psychologist*, **55**, 68-78.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. *American Psychologist*, **52**, 141-166.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). *The contours of positive human health*. *Psychological Inquiry*, **9**, 1-28.

Ryff, C.D. & Singer, B. (2000). *Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millenium*. *Personality and Social Psychology Review*, **4**, 30-44.

Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. *American Psychologist*, **55**, 5-13.

Sheldon, K.M. & King, L. (2001). *Why positive psychology is necessary*. *American Psychologist*, **56**, 216-217.

Silverman, D. (2000). **Doing qualitative research: A practical handbook**. London: Sage Publications.

Sloan, P. (1994). **Neuropsychological assessment of dementia** in R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), **Alzheimer's disease: A handbook for caregivers** (2nd ed) (pp. 44-64). Boston: Mosby.

Smit, M. *Verpleegkundiges raak al skaarser*. *Die Volksblad*, 29 Januarie 2003, 5.

Smith, J.C. (1993). **Understanding stress and coping**. New York: Macmillan.

Stewart, R. (2002). *Risk factors for dementia*. *Alzheimer's and Related Dementias Association*, **3**, 3-4.

Strauss, A. & Corben, J. (1998). **Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory** (2nd ed). London: Sage Publications.

Strümpfer, D.J.W. (1990). *Salutogenis: A new paradigm*. *South African Journal of Psychology*, **20**, 265-276.

Strümpfer, D.J.W. (1995). *The origins of health and strength: From salutogenesis to fortigenesis*. *South African Journal of Psychology*, **25**, 81-89.

Turnbull, J.M. (1994a). **Clinical diagnosis** in R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), **Alzheimer's disease: A handbook for caregivers** (2nd ed) (pp.117-144). Boston: Mosby.

Turnbull, J.M. (1994b). **Stress in nursing care** in R.C. Hamdy, J.M. Turnbull, W. Clark & M.M. Lancaster (Eds), **Alzheimer's disease: A handbook for caregivers** (2nd ed) (pp.319-327). Boston: Mosby.

Vaillant, G.E. (2000). *Adaptive mental mechanisms*. *American Psychologist*, **55**, 89-98.

Valentine, J.L. & Valentine J.M. (1989). **The diagnosis and etiology of Alzheimer's disease** in G.D. Miner, L.A. Winters-Miner, J.P. Blass, R.W. Richter & J.L. Valentine (Eds), **Caring for Alzheimer's patients: A guide for family and healthcare providers** (pp.103-125). New York: Plenum Press.

Venter, J.H. (2000). **Die verband tussen psigofortologiese faktore en uitbranding by verpleegkundiges van Alzheimer-pasiënte**. Ongepubliseerde Magister-verhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Viljoen, M. (2000). **Fortologiese demensies by bejaardes met Alzheimer se siekte of rumatoïede artritis**. Ongepubliseerde Magisterverhandeling, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1998). **Psychological well-being: A fortigenic conceptualization and empirical clarification** in L. Schlebusch (Ed.), **South Africa beyond transition: Psychological well-being** (pp. 379-393). Proceedings of the Third Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, PsySSA: Pretoria.

Zika, S. & Chamberlain, K. (1992). *On the relation between meaning in life and psychological well-being*. **British Journal of Psychology**, **83**, 133-145.

BYLAAG A

TOESTEMMINGSBRIEF

Geagte Bestuurder/es

Ek is verbonde aan die Sielkunde Departement van die Universiteit van die Vrystaat en is tans besig met my Meestersgraadstudie onder leiding van Prof. P.M Heyns. Ons is besig met 'n uitgebreide studie oor die invloed wat die versorging van Alzheimer-pasiënte op verpleegkundiges se lewenskwaliteit het.

U en die verpleegkundiges se toestemming word dus verlang sodat ons ondersoek kan instel na die verpleegkundiges se ervarings en hoe dit hulle lewenskwaliteit beïnvloed. Die inligting sal versamel word by wyse van vraelyste en individuele onderhoude.

Elke onderhoud sal ongeveer 'n uur neem waartydens die vraelys ook voltooi sal word. Daar sal wel in samewerking met u en die verpleegkundige personeel geleë tye afgespreek word om die minste ongerief te veroorsaak.

Al die inligting wat die verpleegkundiges verskaf, sal anoniem en vertroulik gehanteer word. Daar sal ook terugvoering gegee word oor die studie, indien hulle dit sou verlang.

Baie dankie by voorbaat vir u bereidwilligheid en samewerking.

Indien daar enige verdere vrae of onsekerhede sou bestaan kan u Hilda Venter gerus by 082 867 0200 skakel.

Me H. Venter

Prof. P.M.Heyns
Studieleier

LETTER OF CONSENT

Dear Manager

I am currently busy with my Master's degree at the Department of Psychology at the University of Free State under supervision of Prof. P.M Heyns. We are busy with extensive research on the influence that caring for Alzheimer patients could have on the nurses' quality of life.

We thus need your permission and that of the nursing staff so that we can investigate the nurses' experience and how it affects their quality of life. The information will be gathered through a questionnaire and individual interviews.

Every interview will take no longer than an hour during which the questionnaire will also be completed. Full co-operation will be given to you and the nursing staff to make convenient appointments.

All the information given by the nursing staff will be handled anonymously and confidentially. Feedback on the study will be given, should it be required.

Thank you very much for your willingness and co-operation in this regard.

If there are any further questions or uncertainties you need to clarify, please get in touch with Hilda Venter at 082 867 0200.

Ms H Venter

Prof PM Heyns
Supervisor