

**DIE INVLOED VAN 'N KOMMUNIKASIEGERIGTE
OPLEIDINGSWERKSWINKEL OP DIE INTERAKSIE TUSSEN
VERPLEEGPERSONEEL EN PERSONE MET ALZHEIMER-SIEKTE (AS)
IN 'N VERSORGINGSEENHEID**

deur

NICOLENE SCHOEMAN

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

**M.Kommunikasiepatologie
Departement Kommunikasiepatologie
Fakulteit Geesteswetenskappe
Universiteit van Pretoria
2005**

OPSOMMING -

TITEL	Die invloed van 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel op die interaksie tussen verpleegpersoneel en persone met Alzheimer-siekte (AS) in 'n versorgingseenheid.
NAVORSER	Nicolene Schoeman
STUDIELEIERS	Dr. Odette Guy en Me. Alex Stipinovich
MEDE-STUDIELEIER	Mnr. Herman Tesner
DEPARTEMENT	Kommunikasiepatologie, Universiteit of Pretoria
GRAAD	M. Kommunikasiepatologie

Professionele en persoonlike sorggewers van persone met Alzheimer-siekte (AS) ontvang min of selfs geen inligting rakende die aard en verloop van die siektetoestand en gepaardgaande kommunikasieprobleme nie (Haak, 2003). Die doel van die navorsingstudie was om ondersoek in te stel na die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met Alzheimer-siekte (AS) in 'n versorgingseenheid, vóór en ná die aanbieding van 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel vir die verpleegpersoneel. Daar is van veelvuldige enkelgevalllestudies met 'n pre-eksperimentele ontwerp as ondersoekmetode gebruik gemaak. Die vier deelnemers se kommunikasievaardighede (verbaal, nieverbaal en paralinguisties) is deur die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987) beoordeel en hulle luistervaardighede is bepaal deur van die *Checklist of listening behaviours* (Hartley, 1995) gebruik te maak. 'n Vraelys is ontwerp en gebruik om hulle kennis en persepsies rakende AS te bepaal. Verskeie leemtes is in hierdie interaksieproses geïdentifiseer. Die belangrikheid van opleiding oor kommunikasievaardighede, wat tot meer suksesvolle interaksie kan lei, is hierdeur beklemtoon. 'n Kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel (wat die gebeurtenis van die studie was) is op grond van die ingesamelde data en die persoongerigte benadering (Kitwood, 1997) vanuit die literatuur opgestel. Na afloop van die werkswinkel is die deelnemers se kommunikasie- en luistervaardighede, kennis en persepsies ondersoek om te bepaal of daar moontlik 'n verandering in hierdie aspekte was. Die oorkoepelende beeld van al die deelnemers se resultate het daarop gedui dat daar 'n merkbare verbetering in die deelnemers se kommunikasie- en luistervaardighede was, aangesien die interaksie tussen die deelnemers en persone

met AS tydens die posttoets se waarnemingsessie meer toepaslik was. Die deelnemers het 'n meer persoonlike benadering tot demensie sorg tydens die posttoets gevolg. Daar was ook 'n toename in die deelnemers se kennis en hulle was na afloop van die werkswinkel meer positief teenoor persone met AS en die siektetoestand. Die afleiding wat gemaak word is dat deelname aan die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel moontlik 'n verbetering in interaksie met persone met AS kan fasiliteer. Aanbevelings is onder andere gemaak ten opsigte van opleidingsprogramme van verpleegpersoneel en voorts ook om die bestuurders van versorgingseenhede as teikengroep te gebruik wie die waarde van indiensopleiding besef en verantwoordelik is vir die verdere opleiding van verpleegpersoneel.

SLEUTELWOORDE

Alzheimer-siekte (AS), kommunikasie, opleidingswerkswinkel, verpleegpersoneel, pragmatiese vaardighede, persoonlike benadering.

SUMMARY –

TITLE	The influence of a communication-orientated educational workshop on the interaction between nursing home staff and persons with Alzheimer’s disease (AD) in a nursing home setting.
RESEARCHER	Nicolene Schoeman
SUPERVISOR	Dr Odette Guy and Mrs Alex Stipinovich
CO-SUPERVISOR	Mr Herman Tesner
DEPARTMENT	Communication Pathology, University of Pretoria
DEGREE	M.Communication Pathology

Professional and personal caregivers of persons with Alzheimer’s disease (AD) receive little or no training with regards to the nature, course and accompanying communication challenges of this illness (Haak, 2003). The main aim of the research study was to investigate the interaction between nursing home staff and persons with AD with in a nursing home context, before and after attending a communication-orientated educational workshop for the nursing home staff. Research was carried out by using multiple single case studies. A pre-experimental design was used as the research method. The four participants’ communication skills (verbal, nonverbal and paralinguistic) were evaluated by using the Pragmatic Protocol (Prutting and Kirchner, 1987). Their listening skills were observed and scored according to the Checklist of listening behaviours (Hartley, 1995). A questionnaire was designed to measure the participants’ knowledge and perceptions of different AD aspects. Various shortcomings were identified in the interaction process which highlights the importance of training staff to become competent in using communication strategies that facilitate more successful interaction with persons with AD. The communication-orientated educational workshop (event of the study) was designed according to the data that was collected and based on the person-centred approach of Kitwood (1997). The participants’ communication and listening skills, knowledge and perceptions were evaluated again in the posttest (after the workshop) to determine whether or not there had been a change in these areas. A general view of all the participants’ results showed that there was a significant change in their communication and listening skills. The interaction process was more appropriate during the posttest in comparison to the results that were obtained in the pretest. The participants’ interaction were based more on the principles of the person-

centred approach to dementia care than the pretest. There had been a noticeable increase after the workshop in the participants' knowledge and change to a more positive perception towards persons with AD and the illness. The conclusion has been reached that attendance and participation in a communication-orientated educational workshop leads to more positive interaction with persons with AD. This study has motivated the need for dementia care that is based on the principles of the person-centred approach. It is suggested that an increase in the person-centred approach leads to improvement in quality of life of persons with AD as well as the decrease of the effect of institutionalization in a nursing home setting. Suggestions for future research include that attention should be given to educational programmes with regards to communication strategies for persons with AD. It has furthermore been suggested to approach managers of nursing homes regarding future inservice training of their nursing home staff.

KEYWORDS

Alzheimer's disease (AD), communication, educational workshop, nursing home staff, pragmatic skills, person-centred approach.

INHOUDSOPGAWE -

	BLADSY
HOOFSTUK 1 -	
DIE INVLOED VAN 'N KOMMUNIKASIEGERIGTE	
OPLEIDINGSWERKSWINKEL OP DIE INTERAKSIE TUSSEN	
VERPLEEGPERSONEEL EN PERSONE MET ALZHEIMER-SIEKTE	
(AS) IN 'N VERSORGINGSEENHEID	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 BEGRIPSOMSKRYWING.....	4
1.3 UITEENSETTING VAN DIE HOOFSTUKKE VAN HIERDIE	
STUDIE.....	5
 HOOFSTUK 2 -	
TEORETIESE KOMPONENT.....	9
 HOOFSTUK 3 -	
NAVORSINGSMETODOLOGIE	28
3.1 INLEIDING	28
3.2 DOELSTELLINGS	28
3.2.1 Hoofdoelstelling	28
3.2.2 Subdoelstellings	28
3.3 NAVORSINGSONTWERP	29
3.3.1 Navorsingsontwerp en –metode	29
3.3.2 Navorsingsfases	31
3.4 DEELNEMERS EN STEEKPROEF	32
3.4.1 Kriteria vir seleksie	32
3.4.2 Prosedure vir seleksie van deelnemers	33
3.4.3 Beskrywing van deelnemers	33
3.4.4 Beskrywing van persone met AS	35
3.5 NAVORSINGSAPPARAAT EN –MATERIAAL	36
3.5.1 Waarneming van interaksies	36
3.5.1.1 <i>Pragmatic Protocol</i> (Prutting en Kirchner, 1987)	36
3.5.1.2 <i>Checklist of Listening Behaviours</i> (Hartley, 1995)	38
3.5.2 Vraelys 1 en 2: Formaat en inhoud.....	39

3.5.3	Onderhoudvoering	46
3.5.4	Werkswinkel	48
3.5.5	Vertrouenswaardigheid van werkswinkel	51
3.6	PROSEDURES	51
3.6.1	Voorstudie	51
3.6.2	Data-insamelingsprosedures	52
3.6.2.1	Stappe wat gevolg is tydens inisiële kontak met die instansie en deelnemers	52
3.6.2.2	Stappe wat gevolg is met die insameling van data met betrekking tot die waarneming van interaksie tussen deelnemers en persone met AS	53
3.6.2.3	Stappe wat gevolg is met die insameling van data met betrekking tot die voltooiing van die vraelys en semigestruktureerde onderhoud	53
3.6.2.4	Stappe wat gevolg is met die aanbieding van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel vir die deelnemers (verpleegpersoneel)	54
3.6.2.5	Stappe wat gevolg is met die insameling van data met betrekking tot die posttoets	55
3.6.3	Data-analise- en verwerkingsprosedures	56
3.6.3.1	<i>Pragmatic Protocol</i> (Prutting en Kirchner, 1987) en <i>Checklist of Listening Behaviours</i> (Hartley, 1995)	56
3.6.3.2	Kodering van vraelyste	56
3.6.3.3	Diskoersanalise	57
3.6.3.4	Triangulasie en vertrouenswaardigheid	58
3.7	ETIESE OORWEGINGS	59
3.8	ETIESE KLARING	60
HOOFSTUK 4 -		
RESULTATE		61
DEELNEMER 1		61
1	Biografiese inligting	63
2	Kommunikasievaardighede	64
2.1	Verbale aspekte	65
2.2	Paralinguistiese aspekte	69

2.3	Nieverbale aspekte	70
3	Luistergedrag	71
4	Persepsie	73
5	Kennis	74
5.1	Korrekte response	75
5.2	Onseker response	76
5.3	Foutiewe response	77
6	Temas van die diskoersanalise	79
7	Vertrouenswaardigheid van die werkwinkel.....	81
DEELNEMER 2		83
1	Biografiese inligting	83
2	Kommunikasievaardighede	84
2.1	Verbale aspekte	85
2.2	Paralinguistiese aspekte	89
2.3	Nieverbale aspekte	89
3	Luistergedrag	90
4	Persepsie	92
5	Kennis	94
5.1	Korrekte response	94
5.2	Onseker response	95
5.3	Foutiewe response	96
6	Temas van die diskoersanalise	98
7	Vertrouenswaardigheid van die werkwinkel	100
DEELNEMER 3		102
1	Biografiese inligting	102
2	Kommunikasievaardighede	103
2.1	Verbale aspekte	104
2.2	Paralinguistiese aspekte	108
2.3	Nieverbale aspekte	108
3	Luistergedrag	109
4	Persepsie	111
5	Kennis	113
5.1	Korrekte response	113

5.2	Onseker response	114
5.3	Foutiewe response	115
6	Temas van die diskoersanalise	117
7	Vertrouenswaardigheid van die werkwinkel	119
DEELNEMER 4		121
1	Biografiese inligting	121
2	Kommunikasievaardighede	122
2.1	Verbale aspekte	123
2.2	Paralinguistiese aspekte	127
2.3	Nieverbale aspekte	128
3	Luistergedrag	129
4	Persepsie	130
5	Kennis	121
5.1	Korrekte response	132
5.2	Onseker response	133
5.3	Foutiewe response	134
6	Temas van die diskoersanalise	136
7	Vertrouenswaardigheid van die werkwinkel	138
HOOFSTUK 5 -		
BESPREKING VAN RESULTATE		140
5.1 PRAGMATIESE VAARDIGHEDE		140
5.1.1	Verbale vaardighede	141
5.1.2	Paralinguistiese vaardighede	143
5.1.3	Nieverbale vaardighede	144
5.2 LUISTERVAARDIGHEDE		148
5.3 PERSEPSIE		152
5.4 KENNIS		157

HOOFSTUK 6 -	
GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	163
6.1 INLEIDING	163
6.2 GEVOLGTREKKINGS	163
6.2.1 Kommunikasie- en luistervaardighede.....	164
6.2.2 Kennis	164
6.2.3 Persepsie	165
6.3 IMPLIKASIES VAN DIE BEVINDINGS	165
6.3.1 Verpleegpersoneel	166
6.3.2 Persone met AS	166
6.3.3 Spraak-taalterapeut	167
6.4 KRITIESE EVALUASIE VAN DIE NAVORSING	167
6.5 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	168
6.6 SLOT	171
BRONNELYS	172
BYLAES	181

LYS VAN TABELLE -

TABEL	BLADSY
1 Algemene en kommunikasiesimptome van die verskillende fases wat voorkom in AS.....	10
2 'n Opsomming van Kitwood (1997) se sienings rakende die twee kulture van demensiesorg	18
3 Komponente van Deel 1 van die ICF-model (WHO, 2002)	21
4 Komponente van Deel 2 van die ICF-model (WHO, 2002)	23
5 Verskillende fases in die navorsingstudie.....	31
6 Opsomming van deelnemers wat deelgeneem het aan die studie (N=4)....	34
7 Inligting van persone met AS waarmee die deelnemers in interaksie getree het	35
8 Literatuurverwysings van stellings 1 - 24 van Afdeling B, Vraelys 1 en 2	42
9 Oop vrae van semigestruktureerde onderhoud tydens pretoets (Fase 1c)....	47
10 Oop vrae van semigestruktureerde onderhoud tydens posttoets (Fase 3c)..	48
11 Aspekte wat ingesluit is in die werkwinkel asook die motivering daarvoor..	50
12 Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2.....	78
13 Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 1 (D1)....	79
14 Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2.....	97
15 Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 2 (D2)....	98
16 Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2.....	116
17 Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 3 (D3)....	117
18 Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2.....	135
19 Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 4 (D4)....	136

LYS VAN FIGURE -

FIGUUR	BLADSY
1 Diagrammatiese voorstelling van die areas van kognisie en uitvoerende funksies wat aangetas is by die persoon met AS en moontlik kan lei tot kommunikasieprobleme	13
2 Visuele voorstelling van die ICF-model (WHO, 2002)	19
3 Diagrammatiese voorstelling van die pretoets- / posttoetsontwerp (Bless en Higson-Smith, 2000:68)	30
4 Volgorde van bespreking van onderskeie repondente se resultate	62
5 Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 1 volgens die <i>Pragmatic Protocol</i> (Prutting en Kirchner, 1987)	64
6 Persepsie van Deelnemer 1 ten opsigte van persone met AS tydens pretoets en posttoets.....	73
7 Korrekte response van Deelnemer 1 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens die pre- en posttoets (Vraelys 1 en 2)	75
8 Onseker response van Deelnemer 1 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens die pre- en posttoets (Vraelys 1 en 2)	76
9 Foutiewe response van Deelnemer 1 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens die pre- en posttoets (Vraelys 1 en 2)	77
10 Voorkeur ten opsigte van maniere van verdere opleiding	82
11 Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 2 volgens die <i>Pragmatic Protocol</i> (Prutting en Kirchner, 1987)	84
12 Persepsie van Deelnemer 2 van persone met AS tydens pre- en posttoetse	92
13 Korrekte response van Deelnemer 2 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	94
14 Onseker response van Deelnemer 2 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	95
15 Foutiewe response van Deelnemer 2 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	96
16 Voorkeur ten opsigte van maniere van verdere opleiding	101
17 Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 3 volgens die <i>Pragmatic Protocol</i> (Prutting en Kirchner, 1987)	103
	xii

18	Persepsie van Deelnemer 3 rakende persone met AS tydens pretoets en posttoets	111
19	Korrekte response van Deelnemer 3 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	113
20	Onseker response van Deelnemer 3 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	114
21	Foutiewe response van Deelnemer 3 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	115
22	Voorkeure ten opsigte van maniere van verdere opleiding	120
23	Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 4 volgens die <i>Pragmatic Protocol</i> (Prutting en Kirchner, 1987)	122
24	Persepsie van Deelnemer 4 rakende persone met AS tydens pre- en posttoetse	130
25	Korrekte response van Deelnemer 4 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	132
26	Onseker response van Deelnemer 4 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	133
27	Foutiewe response van Deelnemer 4 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)	134
28	Voorkeure ten opsigte van maniere van verdere opleiding	138
29	Interaksie (pragmatiese- en luistervaardighede) met persone met AS.....	150
30	Persepsie van persone met AS.....	155
31	Kennis rakende persone met AS.....	161

BYLAES -

BYLAE	BLADSY
A Etiese klaring vir uitvoer van navorsingstudie	181
B Toestemmingsbrief aan versorgingseenheid vir uitvoer van navorsingstudie	182
C Toestemmingsbrief vir deelname aan studie (proefpersone)	185
D Pragmatiese protokol (Prutting en Kirchner, 1987)	187
E <i>Checklist of listening behaviours</i> (Hartley, 1995)	188
F Vraelys 1 (pretoets)	189
G Vraelys 2 (posttoets)	197
H Transkripsies van onderhoude (pre- en posttoets)	204
I Kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel	224
J Vraelys om die vertrouenswaardigheid van die werkswinkel te bepaal	252
K Serfitikaat vir deelname aan die navorsingstudie	254
L Toestemming van Cherry, K. vir gebruik van dele uit vraelys vir studie	255

HOOFSTUK 1 -

DIE INVLOED VAN 'N KOMMUNIKASIEGERIGTE OPLEIDINGSWERKSWINKEL OP DIE INTERAKSIE TUSSEN VERPLEEGPERSONEEL EN PERSONE MET ALZHEIMER-SIEKTE (AS) IN 'N VERSORGINGSEENHEID

1.1 INLEIDING

“Although NAs [nursing assistants] are the staff members who spend the greatest amount of time with nursing home residents with dementia, they receive the least training”

(McCallion, Toseland, Lacey en Banks, 1999 in Haak, 2003:29).

Die inleidende hoofstuk van hierdie studie skets die scenario waarin die probleem voorkom, naamlik dat verpleegpersoneel wat persone met Alzheimer-siekte versorg nie oor genoegsame kennis en vaardighede beskik om die eise (met die fokus op kommunikasie-uitdagings) wat die simptome van hierdie siektetoestand rig, te hanteer nie. Hierdie probleemstelling word verder ondersteun deur reeds bestaande studies in die literatuur.

Studies deur Bryan en Drew (1989) in Bryan en Maxim (1998); Brodie (1986) in Bryan en Maxim (1998), dui aan dat meer as 50% van die bejaarde persone wat in versorgingseenhede woon, kommunikasieprobleme ervaar. Die grootste deel van hierdie populasie se probleme word geassosieer met demensie en dus ook Alzheimer-siekte (voortaan AS) (Peete, 2002; Morrison, 1995). Wanneer persone met demensie nie hul behoeftes suksesvol kan verbaliseer nie, veroorsaak dit dikwels gedragsprobleme wat 'n groot uitdaging aan die verpleegpersoneel van persone met AS rig (Scott, Lewis en Loughlin, 2005). 'n Ondersoek van die uitwerking van kommunikasieprobleme en onsuksesvolle interaksie op die lewenskwaliteit van die persoon met AS werp duidelik lig op die behoefte aan intervensiestrategieë met die oog op die bevordering van effektiewe kommunikasie. Todd (2002:52) meld in hierdie verband die volgende: *“Training caregivers to understand and implement the fundamentals of dementia care is the only way to establish a foundation for quality care.”*

Alhoewel “kwaliteit van lewe” nie die fokus van hierdie studie is nie, is dit die navorsers se opinie dat die uiteindelige doelstelling van enige navorsingstudie wat in hierdie veld gedoen word tog is om te bepaal of die bevindinge van die studie nie moontlik tot verbeterde lewenskwaliteit by die kliënte lei nie. Dit is ook die geval met hierdie studie. Zgola (1999) in Cecchin en Jarrad (2002) staaf die navorsers se opinie dat die doelstelling van effektiewe versorging juis die bevordering van lewenskwaliteit is wat weerspieël word in agting vir persoonlike identiteit en waardigheid. Studies deur Lubinski (1995) in Bryan en Maxim (1998) beklemtoon die behoefte aan indiensopleiding wat moontlik kan lei tot die verbeterde lewenskwaliteit van persone met AS. Daar word algemeen aanvaar dat wanneer verpleegpersoneel oor die nodige vaardighede, toewyding, houdings en waardes beskik, hulle in staat sal wees om versorging van 'n beter kwaliteit aan persone in 'n versorgingseenheid te lewer (Masterson, 2004). Daar word van verpleegpersoneel verwag om die persoon met die siektetoestand te verstaan, empaties te wees en intervensie te bied (Turner, Iliffe, Downs, Wilcock, Bryans, Levin, Keady en O'Carroll, 2004) ten spyte van beperkte opleiding in hierdie veld. Scott et al. (2005) meld dat sorggewers van persone met demensie die behoefte aan verbeterde kennis oor die eise en verloop van die siektetoestand geïdentifiseer het. Deur aandag te skenk aan aspekte soos die veranderinge wat in die vroeë fase van die siektetoestand kan plaasvind en kennis van die aard en simptome van demensie, sal sorggewers en verpleegpersoneel moontlik beter begrip vir die siektetoestand hê. In die verwerwing van kennis moet die klem eerstens geplaas word op die erkenning van die persoon en daarna behoort die inperking aandag te geniet (Scott et al., 2005). Verpleegpersoneel van persone met AS kan voorts ondersteun word deur hulle van die nodige opleiding, toesig, leierskap en toepaslike omgewingstoestande te voorsien (Masterson, 2004).

Daar bestaan verskeie benaderings tot die versorging van persone met AS (Cecchin en Jarrad, 2002). Die mediese benadering fokus op die siektetoestand en identifiseer die disfunksie (Berrios, 1994; Clarke, 1999; Shenk, 2001 in Cecchin en Jarrad, 2002). Kitwood (1997) verwys na hierdie benadering as die “ou kultuur” met betrekking tot demensiesorg. Die behavioristiese benadering (Fares, 1997 in Cecchin en Jarrad, 2002) fokus op gedragsprobleme terwyl die infantilistiese benadering die persoon beskou as afhanklik, hulpeloos en nie in staat om iets betekenisvols te doen of te sê nie (Kitwood, 1997 in Cecchin en Jarrad, 2002). Alhoewel al die vooraf genoemde benaderings meriete het, is hierdie modelle nie holistiese van aard nie en dus nie geskik

om die behoeftes van persone met demensie voldoende aan te spreek nie (WHO, 2002). Daar bestaan 'n behoefte om 'n meer psigososiale benadering tot die versorging van persone met AS te volg en om nie net na hierdie persone se fisieke behoeftes om te sien nie (Adams, 1998).

Die persoongerigte benadering is deur Kitwood (1997) voorgestel en word beskryf as die “nuwe kultuur” met betrekking tot demensiesorg. Hierdie benadering is gebaseer op psigososiale beginsels wat die uniekheid van elke persoon erken en ondersteun die daarstelling van betekenisvolle verhoudings tussen inwoners (persone met demensie) en verpleegpersoneel (Kitwood, 1997).

Grout (2004) meld tereg dat diensverskaffers van ouer persone met geestesgesondheidsprobleme (met spesifieke verwysing na demensie) wat wel die filosofie van persoongerigte versorging wil volg, die huidige prosesse en hiërargie eers in oënskou moet neem en bevraagteken. In ooreenstemming met Kitwood (1997) se siening, meld Grout (2004) dat indien diensverskaffers werklik die stem van ouer persone wil hoor, hulle eers moet beseft dat pasiënte individue bly wat werklike en geldige sienings oor hul wêreld het - ongeag hul ouderdom, diagnose of graad van inperking.

Hopper (2001:305) verwys soos volg na die moontlike tekortkomings van versorgers: “... *professional caregivers may lack understanding of the communication deficits of AD and how to promote successful communication based on principles of dementia management*”. Die navorser wil in hierdie studie bepaal wat die aard van die interaksie tussen verpleegpersoneel en persone met AS is en of 'n kommunikasiegerigte opleidings-werkswinkel wat gebaseer is op die beginsels van die persoongerigte benadering (Kitwood, 1997) moontlik 'n verandering in hierdie interaksie kan fasiliteer (indien nodig). Indien die interaksie onsuksesvol is, sal die kommunikasiegerigte werkswinkel in hierdie studie die opleidingsmedium wees wat die paradigmaskuif van die ou kultuur (mediese model) na die nuwe kultuur (psigososiale model) fasiliteer. Die navorser streef daarna dat die verpleegpersoneel na afloop van die opvoedkundige werkswinkel hul denkwyse ten opsigte van 'n persoon met AS, veral met betrekking tot versorging, na 'n meer persoongerigte benadering sal verander wat vir beide partye meer vervullend sal wees.

1.2 BEGRIPSOMSKRYWING

Die sleutelkonsepte wat in die titel gebruik is, word vervolgens gedefinieer.

- **Alzheimer-siekte (AS)**

AS is 'n stadige, progressiewe siektetoestand met 'n onverklaarbare aanvang (Bolla en Filley, 2000). Dit word geklassifiseer as 'n kortikale demensie en lei tot meer as die helfte van alle demensiegevalle. Persone met hierdie breinafwyking ervaar moontlik ook probleme op die volgende terreine: lang- en korttermyngeheue en kognisie, intelligensie, aandagspan, oordeel, oriëntasie, persepsie, probleemoplossing, leervermoëns, sosiale intakheid en gedrag tesame met een of meer van die neurologiese toestande soos afasie, apraksie, agnosie en probleme met uitvoerende funksies (Griffith, 2002; Halpern, 2000).

- **Kommunikasie**

Kommunikasie kan as 'n proses van interaksie tussen die sender en die ontvanger van 'n boodskap beskou word. Verbale en nieverbale simbole word gestuur en ontvang en kry betekenis. Die kommunikasieproses bestaan uit sewe komponente, naamlik die bron, 'n boodskap, 'n kanaal, die ontvanger, terugvoering, die konteks en steurnisse (Seiler, 1996).

- **Opleidingswerkswinkel**

Die opleidingswerkswinkel is in hierdie studie die gebeurtenis of medium waardeur kennis en vaardighede rakende 'n spesifieke onderwerp (in hierdie geval Alzheimer-siekte) met die deelnemers gedeel word om hulle voor te berei om die uitdagings ten opsigte van die versorging van persone met AS die hoof te bied.

- **Verpleegpersoneel**

Verpleegpersoneel verwys na die professionele persone wat in diens staan van 'n versorgingseenheid waar bejaarde persone (in hierdie studie persone met AS) in die algemeen versorg word en na hul individuele behoeftes omgesien word. Versorging behels dat 'n veilige omgewing vir die persone met AS en ander inwoners van die versorgingseenheid geskep word, dat daar na die persone met AS se basiese behoeftes omgesien word asook die verskaffing van fisiese sorg op 'n vaardige wyse.

- **Pragmatiese vaardighede**

Pragmatiese vaardighede is sosiale kommunikasie wat die integrasie van linguistiese kennis en taalreëls in natuurlike kontekste vereis wanneer die boodskap ontvang en gestuur word. Deelnemers aan sosiale kommunikasie wissel tussen hulle rolle as senders en ontvangers. Hulle evalueer die inligting ten opsigte van die ander deelnemer se sosiale status, kognitiewe vaardighede en emosionele status en maak dan gebruik van die inligting. Die kommunikasiedeelnemers gebruik ook hul kennis van die ruimtelike en temporale kontekste van sosiale kommunikasie. Pragmatiese vaardighede bestaan uit drie kategorieë, naamlik die verbale, nieverbale en paralinguistiese aspekte van kommunikasie (Hartley, 1995).

- **Persoongerigte benadering**

Die persoongerigte benadering is 'n filosofie wat deur Kitwood (1997) voorgestel is as die nuwe kultuur tot demensiesorg. Hierdie benadering is gebaseer op die humanistiese uitgangspunt dat die menswees van persone met demensie deur positiewe interaksies behou moet word. Met die persoongerigte benadering word daar gepoog om begrip te toon vir die persoonlike perspektiewe van persone met demensie en om hul lewenskwaliteit met hierdie tipe versorging te optimaliseer (Kuhn, Ortigara en Kasayaka, 2000).

1.3 UITEENSETTING VAN DIE HOOFSTUKKE VAN HIERDIE STUDIE

Die hoofstukke waaruit hierdie studie bestaan, word vervolgens genoem. 'n Kort verduideliking van die inhoud van elke hoofstuk asook die belangrikheid van die spesifieke hoofstuk vir die studie word gegee.

- **Hoofstuk 1: Inleiding**

Soos reeds genoem, skets die eerste hoofstuk die scenario waarin die probleem voorkom, naamlik dat verpleegpersoneel van persone met AS nie oor genoegsame kennis en vaardighede beskik om die kommunikasie-uitdagings van die simptome wat hierdie siektetoestand bied te hanteer nie. Hierdie probleem is reeds in verskeie studies wat in die literatuur voorkom, geïdentifiseer. Die invloed wat verbeterde interaksie op die lewenskwaliteit van persone met AS uitoefen, word bespreek. Die opleiding van verpleegpersoneel van persone met AS wat gebaseer is op die persoongerigte

benadering van demensiesorg (Kitwood, 1997), word as 'n moontlike oplossing vir die probleem bespreek.

- **Hoofstuk 2: Teoretiese komponent**

Die teoretiese komponent van hierdie studie ondersoek die verskillende elemente waaruit die konsep bestaan ten einde dit meer konkreet te maak. Hierdie elemente sluit aspekte soos die aard en voorkoms van AS in, asook fisieke, spraak-, taal- en kognitiewe simptome. Daar word ondersoek ingestel na die uitdagings wat die versorging van persone met AS bied en reeds bestaande opleidingsprogramme in die literatuur word bespreek. Verskillende modelle van dienslewering word bespreek, met die klem op die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF-model; WHO, 2002) en die persoongerigte benadering (Kitwood, 1997). Die rol van die spraak-taalterapeut word in die konteks van hierdie studie bespreek.

- **Hoofstuk 3: Navorsingsmetodologie**

Hoofstuk 3 behels die empiriese komponent van die navorsingstudie. Die hoof- en subdoelstellings van die studie word weergegee, asook die navorsingsontwerp wat gevolg is. Voorts volg 'n bespreking van die deelnemers wat deelgeneem het aan die studie, asook die navorsingsapparaat en -materiaal wat gebruik is om data op te teken en die prosedures van data-insameling wat gevolg is. Laastens word die etiese aspekte wat in hierdie studie in ag geneem is, bespreek. Die wyse waarop die navorsing uitgevoer is, word noukeurig in die hoofstuk uiteengesit ten einde die reproduksie van die studie moontlik te maak.

- **Hoofstuk 4: Resultate**

In Hoofstuk 4 word die resultate van elke betrokke deelnemer deur diagrammatiese voorstellings en die narratiewe vorm georganiseer en uiteengesit. Resultate wat van die data verkry is, word aangebied en beskryf. Die resultate van elke deelnemer word afsonderlik aangebied en beskryf deur na die volgende aspekte te verwys: pragmatiese vaardighede, luistervaardighede, persepsie, kennis, temas in diskoersanalise en vertrouenswaardigheid van die werkswinkel.

- **Hoofstuk 5: Bespreking van resultate**

Hoofstuk 5 is die validasiekomponent van die navorsingstudie. Die resultate wat in Hoofstuk 4 verkry is, word in Hoofstuk 5 bespreek en in verband gebring met bestaande literatuur. In hierdie hoofstuk word elke deelnemer se resultate nie afsonderlik bespreek nie, maar word die resultate van die pre- en posttoets wat van die deelnemers verkry is as 'n eenheid (algemene beeld) bespreek. Die resultate word bespreek onder die bepaalde aspekte van die subdoelstellings wat vir hierdie studie gestel is. Die aspekte sluit pragmatiese vaardighede, luistervaardighede, persepsie, kennis, temas in diskoersanalise en die ICF-model (WHO, 2002) in.

- **Hoofstuk 6: Gevolgtrekkings en aanbevelings**

In Hoofstuk 6 word daar terugverwys na die scenario's en probleemstelling wat in Hoofstuk 1 en 2 gestel word en maak die navorser gevolgtrekkings wat moontlike oplossings bied vir die probleme wat gestel is. Die implikasies van die bevindings word bespreek en die navorsingstudie word krities geëvalueer. Daar word ook aanbevelings vir verdere navorsing in die vakgebied en vir die praktyk gemaak.

- **Bylae**

Die bylae word aan die einde van die studie verskaf. Hierdie bylae word ter verduideliking van inligting voortspruitend uit die studie verskaf.

Die navorser maak die aanname dat onsuksesvolle interaksie met persone met AS moontlik die gevolg kan wees van die beperkte kennis en/of negatiewe persepsies van verpleegpersoneel, wat in die navorser se opinie die uitvoer van hierdie navorsingstudie noodsaak. Daar word in die studie voorgestel dat verpleegpersoneel van persone met AS opgelei word om die persoongerigte benadering tot demensiesorg te volg in 'n poging om 'n verandering (verkieslik 'n verbetering) in hul interaksie met persone met AS en daarmee saam ook verbeterde lewenskwaliteit vir beide partye te fasiliteer.

“The aim of effective care is to support quality of life that respects the dignity, identity, and needs of both the person in care and the caregiver. This kind of care is possible only in the context of a trusting, mutually respectful relationship. In the presence of such a relationship caring can be an enriching experience; in its absence, it becomes a custodial affair”.

(Zgola, 1999 in Cecchin en Jarrad, 2002:1).

HOOFSTUK 2 - TEORETIESE KOMPONENT

In hierdie hoofstuk word daar gefokus op aspekte soos die aard en voorkoms van Alzheimer-siekte (AS), die fisieke, spraak-, taal- en kognitiewe simptome daarvan en die invloed wat hierdie simptome op die interaksie tussen die twee partye het. Die unieke uitdagings wat die versorging van persone met AS aan verpleegpersoneel bied, word ook bespreek. Reeds bestaande opleidingsprogramme in die literatuur word bespreek en verskillende modelle van dienslewering, met die klem op die ICF-model (WHO, 2002) en die persoongerigte benadering (Kitwood, 1997), word voorgehou.

Demensie¹ as 'n siektetoestand het die afgelope paar dekades al hoe meer aandag begin geniet. Dit het daartoe gelei dat die wetenskaplike vooruitgang in die diagnose, hantering en behandeling van persone met AS die versorgingsaspek meer uitdagend maak. Die rede hiervoor is diagnoseer in die vroeë fase van die siektetoestand en langer lewensverwagting as gevolg van beter gesondheidsdienste (Cohen, 2000).

Demensie word deur Bolla en Filley (2000) gedefinieer as 'n stadige, progressiewe siektetoestand met 'n onverklaarbare aanvang. Persone met hierdie breinafwyking ervaar moontlik verder probleme op die volgende terreine: lang- en korttermyngeheue en kognisie, intelligensie, aandagspan, oordeel, oriëntasie, persepsie, probleemoplossing, leervermoë, sosiale intaktheid en gedrag tesame met een of meer van die volgende neurologiese toestande, soos gedefinieer in Griffith (2002) en Halpern (2000):

- Afasie (taalafwyking wat ouditiewe en leesbegrip asook verbale en geskrewe ekspressie affekteer)
- Apraksie (die onvermoë om 'n motoriese handeling uit te voer, ten spyte van intakte motoriese vaardighede, sensoriese funksionering en begrip van die verwagte taak)
- Agnosie (die onvermoë om bekende voorwerpe en persone te herken en te identifiseer, ten spyte van ongeskonde sensoriese funksionering)

¹ Demensie kan as 'n oorkoepelende term gesien word vir 'n verskeidenheid toestande. Alzheimer-siekte is 'n kortikale demensie en veroorsaak meer as die helfte van alle demensiegevalle. Subkortikale demensie kan onder andere ontstaan as gevolg van mediese toestande, byvoorbeeld MIV/vigs, geslote hoofbeserings, Huntington-siekte en Parkinson-siekte. Laastens dui gemengde demensie kortikale en subkortikale betrokkenheid aan waarvan die hoofoorsake vaskulêre (multi-infarkt-) demensie is, of toksies of metabolies van aard kan wees (Halpern, 2000).

- Probleme met uitvoerende funksies soos beplanning, inisiëring, organisering, opeenvolging en abstrakte dele van inligting

Elk van hierdie simptome beïnvloed werks- en sosiale funksionering en lei tot 'n afname in die persoon se daaglikse lewensaktiwiteite (Morrison, 1995).

Sabat (2001) vermeld verder dat AS meer algemeen by vrouens as by mans voorkom. Dit is verder ook die algemeenste progressiewe demensiesiektetoestand wat by ouer volwassenes voorkom. Die prevalensie van AS neem dienooreenkomstig met ouderdom toe. 10% van die ouderdomsgroep 65 jaar en ouer word deur AS geaffekteer, terwyl nagenoeg 47% van die persone bo 85-jarige ouderdom aan die siektetoestand ly (Sabat, 2001).

Individuele verskille in die aanvang, voorkoms en intensiteit van die simptome by persone met AS kom voor. Geen assessering of simptome kan die verloop van een fase na die volgende aandui of bepaal nie (Bowlby, 1993). Die algemene en kommunikasiesimptome, wat dui op die geleidelike afname in funksionering van persone met AS in elke fase, word in Tabel 1 aangedui. 'n Ondersoek van hierdie simptome werp lig op die kommunikasie-uitdagings wat aan die verpleegpersoneel gestel word asook die negatiewe impak wat die siektetoestand op die interaksieproses tussen die persone met AS en hul sorggewers het.

Tabel 1: Algemene en kommunikasiesimptome van die verskillende fases wat voorkom in AS*

	Fase 1 Aanvangs- / Vroeë fase	Fase 2 Middelfase	Fase 3 Erge / Laat fase
Algemene simptome (bv. fisiek, kognitief, gedrag)	<ul style="list-style-type: none"> • Afleibaar • Probleme met konsentrasie • Verward • Meer gefrustreerd en angstig • Depressief • Verloor belangstelling in buite-aktiwiteite • Disoriëntasie t.o.v tyd en plek • Persoonlikheidsveranderinge • Probleme met aktiwiteite van daaglikse lewe (ADL) en die uitvoer van bekende take, bv. bestuur van finansies, onderhoud van huis, bestuur van medikasie • Onttrek aan sosiale geleenthede 	<ul style="list-style-type: none"> • Opvallende verlies aan geheue en denkvermoëns (ou herinneringe relatief intakt) • Raak verlore in onbekende plekke; nie in staat om alleen te reis nie • Onttrek aan sosiale geleenthede wat persoon voorheen geniet het • Gedragsprobleme kom meer gereeld voor (bv. angstig, bang, raak maklik ontsteld, kwaad, rusteloos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Benodig bystand met die basiese ADL (bv. bad, aantrek, eet, liggaamlike versorging) • Waarneembare motoriese probleme; benodig bystand met loop • Kou en sluk meer problematies • Minimale emosionele uitdrukking • Inkontinensie • Behou slegs brokkies kennis van vroeër ervarings • Hallusinasies of delusies

	<ul style="list-style-type: none"> • Blameer ander • Swak oordeel 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaarloos voorkoms en higiëne • Verdink ander • Slaapafwykings • Gewigsverlies • Depressief of apaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvalle • Uitermatige verdinking van ander • Rusteloosheid en verontrusting • Baie beperkte aandagspan • Komplikasies, bv. bedserie, dehidrasie, aspirasie, pneumonie
Kommunikasiesimptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderde leesbegripvermoëns • Probleme met die skryf van letters • Ongewone spelfoute • Lang en ongewone pouses tussen woorde • Beperkte uitset • Woordvindingsprobleme (gebruik "leë" woorde soos "ding" en "goed") • Diskoersvermoëns geaffekteer • Wyk tydens gesprekke van die onderwerp af • Probleme met korttermyngeheue lei tot herhaling van stories • Pragmatiese probleme (swak onderwerphandhawing; verlang meer gereelde gespreksbeurte; rig gereeld versoeke vir bevestiging en verheldering; rig meer versoeke vir herstel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toename in woordvindingsprobleme • Afname in verbale begrip • Meer probleme met die vloei van gesprekke • Onttrekking aan gespreksituasies • Vervang woorde wat verwant is aan mekaar (bv. suiker wanneer persoon verwys na sout) • Begrip van verbale boodskappe verswak • Verlies van die vermoë om deel te neem aan betekenisvolle gesprekke • Swak skryfvaardighede • Swak begrip van geskrewe material • Pragmatiese probleme (verminderde vermoë om die onderwerp van 'n gesprek te verander; afname in handhawing van diskoers; onderbreking van diskoerssamehang; weglating van inligting wat verbandhou met die konteks) 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitdrukking van gedagtes en gevoelens in meer basiese terme • Sinne vereenvoudig en minder volledig • Uiters beperkte vermoë om selfs basiese behoeftes bekend te maak • Erge verbale begripsprobleme (verlies aan geheue van betekenis van algemene woorde) • Ekspressiewe woordeskat uiters beperk; minder noukeurig • Babbel; uiter dieselfde klank of woord herhaaldelik; eggo 'n spreker • Enkelwoordresponse • Sommige basiese pragmatiese handelings kan behoue bly, bv. "Dankie" en "Asseblief"; reageer op groet

* **Bronne:** Fried-Oken, Rau en Oken (2000) in Beukelman, Yorkston en Reichle (2000); Rau (1993); Kinding en Carnes (1993); Chapman en Marshall (1993)

Soos in Tabel 1 aangedui, word die verloop van AS gekenmerk deur drie fases, naamlik die vroeë, middel- en laat fase. 'n Bespreking van elk van die fases volg soos deur Halpern (2000) en Rau (1993) uiteengesit. In die vroeë fase van AS is die verandering in kommunikasie meer subtiel. Die semantiese aspek van taal word hoofsaaklik in hierdie fase aangetas. Die persoon met AS ervaar dikwels probleme met die vind van woorde; gebruik semanties "leë" inhoudswoorde en steun ook op stereotipiese uitinge. Begripsprobleme ten opsigte van abstrakte taal kom duidelik na vore. Pragmatiese probleme manifesteer dit in 'n afname in die begeerte om te kommunikeer asook in tye van disinhibisie. Sintaktiese en fonologiese aspekte van taal is in die vroeë fase van AS nog ongeskonde (Halpern, 2000; Rau, 1993).

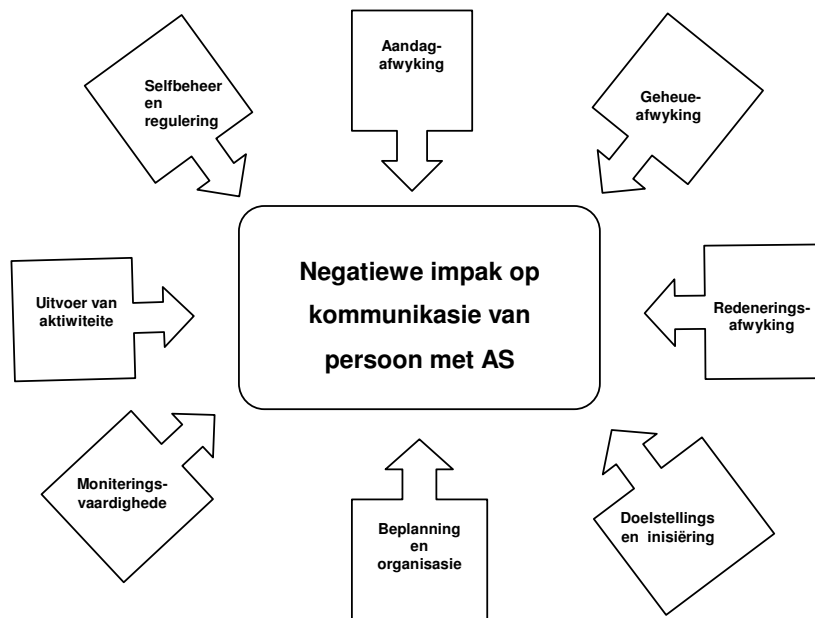
Tydens die middelfase van AS is perseverasies, probleme met tyd- en plekoriëntasie en afwykings in geheue duideliker waarneembaar. Die frekwensie van kommunikasieprobleme neem ook in hierdie fase toe. Semantiese areas wat geaffekteer word, sluit in verminderde woordeskat en toenemende woordvindingsprobleme, benoemingsfoute, verbale parafasie in diskoers en probleme met herhaling. Daar is ook 'n afname in sintaktiese kompleksiteit en volledigheid. Die pragmatiese aspekte wat verder aangetas word, sluit afname in sensitiviteit vir die konteks, verminderde oogkontak en egosentrisiteit in. Persone met AS onttrek hulself dikwels aan gespreksituasies, aangesien hulle dit moeilik vind om die gesprek te laat vloei. Kommunikasiefoute word nie self herstel nie. Die vermoë om die boodskap te verstaan en hulself verbaal uit te druk, word meer problematies en ontaard in gedragsprobleme. Die fonologiese aspek van taal bly oor die algemeen intakt. Spraak- en taalprobleme verskil van persoon tot persoon, afhangende van die tipe demensie. Motoriese spraakproduksie word oor die algemeen nie deur AS geaffekteer nie, aangesien kortikale demensie gekenmerk word deur afwykings in taal. Slegs wanneer subkortikale degenerasie ook by die persoon met AS voorkom, word spraakproduksie beïnvloed (Halpern, 2000).

Gedurende die middel- tot laat fase van AS kommunikeer die persoon sy gevoelens, denke en basiese behoeftes deur onvolledige, eenvoudige sinne of bloot kernwoorde (indien enige). Persone met AS ervaar erge disoriëntasie ten opsigte van tyd, plek en persone tydens die laat fase van die siektetoestand. Die persoon toon ook 'n onvermoë om in sy of haar daaglikse behoeftes te voorsien. Die uitdagings wat die siektetoestand stel, vereis intensiewe persoonlike versorging van persone met AS deur die verpleegpersoneel. Die laat fase word gekenmerk deur verdere semantiese agteruitgang ten opsigte van beperkte woordeskat, egolaliese en palilaliese gedrag, of andersins mutisme. Verdere sintaktiese agteruitgang (ontoepaslike woordkombinasies) en pragmatiese probleme (beperkte nakoming van gesprekreëls, swak oogkontak, tekort aan sosiale bewustheid, onvermoë om betekenisvolle intensie te vorm) word ook waargeneem in die laat fase van AS. Alhoewel die fonologiese aspek van taal relatief konstant bly, kom fonemiese parafasie en neologismes soms voor. Verbale begrip is minimaal, alhoewel daar oomblikke is waartydens persone op stimuli reageer (Halpern, 2000; Rau, 1993).

Wanneer die brein se vermoë om inligting op te neem en te onthou aangetas is, is een van die funksies wat geaffekteer word die vermoë om effektief te kommunikeer.

Gevoelens van frustrasie, woede en hulpeloosheid kan ervaar word, aangesien die individu nie daartoe in staat is om die naam van 'n bekende voorwerp of persoon te onthou nie (Rau, 1993).

Daar bestaan 'n direkte verband tussen die afname in kognitiewe status en agteruitgang in linguistiese kommunikasievermoë by die persoon met AS (Mchale, 1998). Hierdie afname word ook deur Rau (1993:5) geïllustreer: *“When illness disrupts brain function, one or more of these important features of communication (speech, language, non-verbal communication, pragmatics) may be affected.”* Die impak wat hierdie kognitiewe afwyking op kommunikasie mag hê, word in Figuur 1 voorgestel.



Figuur 1: Diagrammatiese voorstelling van die areas van kognisie en uitvoerende funksies wat aangetas is by die persoon met AS en moontlik kan lei tot kommunikasieprobleme

Wanneer *aandag* as kognitiewe aspek van 'n persoon met AS aangetas is, kan dit lei tot swak oogkontak met die spreker en 'n gedisorganiseerde diskoers met gereelde herhalings en fluktuierende vlakke van begrip. Probleme om abstrakte taal (humor, metafore) te interpreteer, om instruksies uit te voer en 'n tekort aan empatie kan

moontlik te wyte wees aan die *redenerings*aspek van kognisie wat aangetas is. *Geheueafwykings* kan daartoe lei dat die persoon met AS geneig is om instruksies te vergeet, probleme te ervaar met die herroeping van inligting, die handhawing van die onderwerp en die integrasie van idees. Daar word tussen verskeie tipes geheue onderskei en agteruitgang van die geheuesisteem (wat verband hou met patologie in die hippokampusgeheuesisteem) volg gewoonlik 'n bepaalde volgorde. Halpern (2000) en Fried-Oken et al., 2000, in Beukelman et al. (2000) beskryf hierdie agteruitgang as volg: 'n Afwyking in *episodiese geheue* (die vermoë om nuwe inligting te leer en kennis van gebeurtenisse) is gewoonlik die vroegste manifestasie van AS. Ander geheuesisteme wat deur die verloop van die progressiewe siekte geaffekteer word, is *werksgeheue*. Dit is die vermoë om inkomende inligting te onthou, hierdie inligting saam te voeg, intensies op grond daarvan te baseer en dan te besluit hoe optrede sal verloop. Werksgeheue maak ook deel uit van die korttermyngeheue. Om in gesprek te tree, vereis dus 'n intakte werksgeheuesisteem. *Semantiese* (kennis van konsepte en wêreldkennis) en *leksikale* geheue (kennis van woorde en taal) word eers in die later fases van AS aangetas. Dit word laastens gevolg deur *prosedurale* geheue, naamlik die leer en implementering van motoriese vaardighede, byvoorbeeld skryf (Halpern, 2000; Fried-Oken et al., 2000, in Beukelman et al., 2000).

Probleme met uitvoerende funksies soos *doelstelling* en *inisiëring* kan lei tot swak inisiëring van gesprekke asook die ontoereikende bekendstelling van nuwe onderwerpe. Verminderde affektiewe komponente (gesigsuitdrukkinge of prosodie), onvermoë om taal te gebruik om aksies te beskryf, asook persevererende woordkeuses en stereotipe uitinge kan ook voorkom. Onderbreking op die gebied van *bepanning en organisasie* kan 'n impak hê op die sortering van belangrike en onbelangrike feite en die swak opeenvolging en ordening van idees. Probleme om die luisteraar se vlak van begrip te snap, versuim om te vra vir verduidelikings van instruksies wanneer nodig en onvermoë om spontaan te kompenseer vir kommunikasieafwykings is kenmerkend van patologiese *moniterings*-vaardighede. Probleme met die *uitvoer van aktiwiteite* kan lei tot 'n onvermoë om situële en verbale leidrade te integreer. Laastens kan probleme met *selfbeheer en regulering* na vore tree in die ontoepaslike keuse van onderwerpe asook probleme om emosionele reaksies te beheer wat moontlik tot kommunikasieverbreking kan lei (Halpern, 2000; Fried-Oken et al., in Beukelman et al., 2000).

Die voorgemelde simptome waaraan persone met AS herken kan word (veral in die

middel- tot laat fase van die siektetoestand), noodsaak omvattende professionele versorging en lei dikwels tot die institutionalisering van hierdie persone. Institutionalisering word in die Oxford Mediese Woordeboek (1993) gedefinieer as 'n toestand wat veroorsaak word deur verblyf in 'n onpersoonlike inrigting met gebrekkige stimulering. Die individu pas in so 'n mate by die gedragsvorm van die inrigting aan dat hy elders wanaangepas is. Die kenmerke sluit dikwels apatie, afhanklikheid, stereotipering en 'n gebrek aan persoonlike verantwoordelikheid in.

'n Individu se persoonlike gevoel van voldoening speel 'n rol in lewenskwaliteit ten opsigte van fisieke gemak, emosionele welstand en interpersoonlike verhoudinge (Kuhn, Ortigara en Kasayka, 2000). Die navorser maak die afleiding dat wanneer die sorggewers aandag skenk aan bogenoemde terreine, dit moontlik kan lei tot 'n verbeterde lewenskwaliteit en dienooreenkomstig tot 'n vermindering van institutionalisering. Versorging van persone met AS moet dus gerig word op die optimalisering van hul lewenskwaliteit. Persoongerigte versorging het dan ook 'n humanistiese grondslag waarvolgens die menslikheid van persone met demensie deur positiewe interaksie bewaar word. Goeie versorging deur ander stel die persoon met demensie in staat om 'n gevoel van ondersteuning, eiewaarde en sosiale selfvertroue te geniet, ten spyte van kognitiewe beperkings. Lewenskwaliteit en kwaliteit van versorging gaan dus hand aan hand (Kuhn et al., 2000).

Kommunikasie is 'n hoofaspek van optimale lewenskwaliteit waar dit 'n belangrike rol vervul in die aanpassing en psigososiale welstand van persone in hul sosiale milieu. Probleme in die kommunikasieproses tussen verpleegpersoneel en persone met AS kan daartoe lei dat die gehalte van laasgenoemde persone se lewe daal tot 'n vlak waarop hulle bloot bestaan (Wertz, La Pointe en Rosenbeck, 1984). Alhoewel verbeterde lewenskwaliteit nie die fokus van hierdie studie is nie, behoort dit 'n kritieke aspek te wees in die spraak-taalterapeut se dienslewering aan die kliënte wie se kommunikasie ingeperk is en dié wat deur die inperking geaffekteer word. Nie net moet die optimalisering van die persoon met AS se lewenskwaliteit in gedagte gehou word nie, maar ook dié van die verpleegpersoneel. Daar moet in ag geneem word dat 'n definisie van lewenskwaliteit vir hierdie twee partye sal verskil. Die individu se persoonlike gevoel van bevrediging in lewensareas soos fisieke gemak, emosionele welstand en interpersoonlike verhoudings behoort elemente te wees wat in beide partye se definisies van lewenskwaliteit voorkom (Kuhn et al., 2000). Die sukses van

rehabilitasie kan dus gemeet word aan die impak wat dit op die lewenskwaliteit van die individu het (Sarno, 1997).

Ten einde suksesvolle en effektiewe dienslewering aan die verpleegpersoneel van persone met AS te gee, moet die spraak-taalterapeut 'n duidelike beeld hê van die kommunikasie- en interaksieprobleme waarmee hierdie persone gekonfronteer word. 'n Werkshipotese meld dat hoe gelukkiger sorggewers is of hoe minder probleme sorggewers ervaar, hoe gelukkiger en meer vervuld die persone in hul sorg is, gepaardgaande met 'n algehele verbetering in lewenskwaliteit vir beide partye (Goldsmith, 1995). In teenstelling hiermee lei ongelukkige, gefrustreerde sorggewers wat nie die versorgingsuitdagings kan hanteer nie tot die institusionalisering van die persone in hul sorg (Goldsmith, 1995). Die kommunikasiesimptome van persone met AS verander in die verskillende fases van AS, dus moet die verpleegpersoneel wat die persone met AS versorg periodiek opleiding en ondersteuning ontvang.

Verskeie intervensieprogramme is al gepubliseer wat spesifiek fokus op die verbetering van kommunikasie-interaksie tussen sorggewers en persone met AS, onder meer deur navorsers soos Ostwald, Hepburn en Burns (2003); Done en Thomas (2001); Kuhn et al. (2000); Bryan en Maxim (1998); en Ripich (1996) in Bryan en Maxim (1998). Die doel van hierdie studie is dan ook om die verpleegpersoneel van die betrokke versorgingseenheid deur die bywoning van 'n werkwinkel op te lei in die hantering van die kommunikasieprobleme van persone met AS. Tesame met die vooraf genoemde intervensieprogramme poog die navorser deur hierdie studie om 'n bydrae te lewer tot die demensieprofiel en om verandering in die praktyk te fasiliteer deurdat die kwaliteit van versorging van persone met AS bevorder word.

Nie net moet die verpleegpersoneel se kennis van AS verbreed word nie, maar ook hul persepsie van die persone met die siekte in breër verband. Daar is bewys dat die houding van verpleegpersoneel hul interaksies met die persone met afwykings beïnvloed (Goddard en Jordan, 1998). Verder affekteer verpleegpersoneel se negatiewe houding ook die gedrag van persone met afwykings. Strategieë wat die houding van verpleegpersoneel kan beïnvloed, is dus belangrik omdat hierdie houding 'n impak op die persoon met AS het (Goddard en Jordan, 1998).

Kitwood en Bredin (1992) in Kuhn et al. (2000) het 'n lys saamgestel wat 'n aanduiding

gee van die kenmerke van welsyn en dus dui op positiewe interaksies tussen persone met demensie en verpleegpersoneel. Dit sluit die volgende in: die persoon behou die handhawing van begeerte, kan 'n reeks emosies uitdruk, kan sosiale kontak inisieer, vertoon affektiewe warmte, vertoon sosiale sensitiwiteit, het selfrespek, toon aanvaarding vir ander persone met demensie, is humoristies, is kreatief, toon selfuitdrukking, toon duidelike plesier, toon behulpsaamheid en kan ontspaan. Indien die persoon met AS hartseer of rou, volgehoue woede, angstigheid, verveeldheid, apatie, onttrekking en/of fisieke ongemak toon, kan dit daarop dui dat betekenisvolle aktiwiteite in die versorgingsopset ontbreek en dus tot negatiewe interaksies lei.

Die vraag ontstaan dikwels waarom daar soveel aandag en tyd bestee word aan die rehabilitasie van persone met demensie (Bornman, 1999; Mahendra, 2001) as die DSM-IV-kriteria (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition*) (Morrison, 1995) aandui dat AS 'n progressiewe en onomkeerbare siektetoestand is. Behoort pogings nie eerder gefokus te wees op 'n persoon wat klaarblyklik meer baat by intervensie kan vind as 'n persoon wat skynbaar nie kan nie? Navorsing het bewys dat persone selfs in die laat fase van AS poog om kommunikasieonderbrekings te herstel (Orange en Lubinski, 1996). Dus moet rehabiliteerders geleenthede skep vir suksesvolle en betekenisvolle interaksie wat vir die persoon met AS 'n gevoel van vaardigheid en eiewaarde gee (dus hoër lewenskwaliteit bied).

'n Paradigmaskuif aangaande die hantering van die persone met AS is deur Kitwood (1997) voorgestel. Die aanvanklike sienswyse, wat grootendeels op 'n mediese model van intervensie gebaseer is, beskou demensie as 'n hopelose mediese toestand en die versorgingsaspek as 'n reeks fisieke take (Kuhn et al., 2000). Die hedendaagse sienswyse het plek gemaak vir 'n meer persoongerigte benadering wat die individu erken, respekteer en die strewe na optimale lewenskwaliteit fasiliteer (Kuhn et al., 2000). Die navorser steun ook hierdie siening wat ooreenstem met die nuwe kultuur van demensiesorg. Die doel van intervensie is nie om 'n verbetering te bewerkstellig nie, maar eerder om die persoon se huidige vlak van funksionering vir so lank as moontlik te probeer handhaaf, om die frekwensie van gedragsprobleme te verminder en om 'n omgewing te skep waarin die persoon se vermoëns gemaksimaliseer word. Daar moet dus 'n verandering plaasvind in die rehabiliteerder se denkpatroon oor die hantering van persone met hierdie siektetoestand.

'n Samevatting van Kitwood (1997) se sienings rakende die twee kulture van

demensiesorg word vervolgens in tabelvorm weegegee.

Tabel 2: 'n Opsomming van Kitwood (1997) se sienings rakende die twee kulture van demensiesorg*

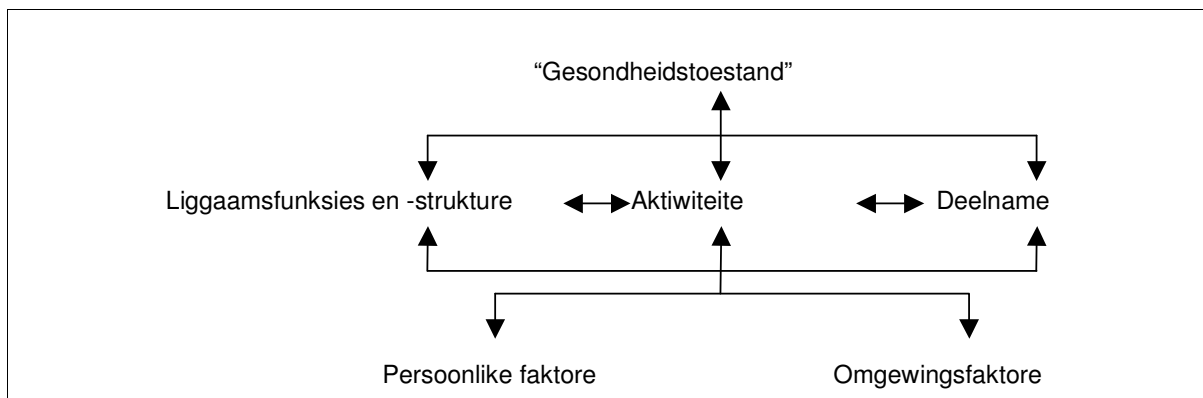
Kitwood (1997) se kontrasterende kulture van demensiesorg		
Aspek	Ou kultuur	Nuwe kultuur
Demensie	Demensie is 'n onvermydelike deel van veroudering waarvoor daar geen behandeling is nie en wat lei tot probleme met geheue en persoonlike identiteit.	Demensie is meer as net 'n neurologiese verskynsel. Dit kan ook lei tot kognitiewe inperkings asook sosiale en psigologiese disintegrasië. Die mate van aantasting is afhanklik van die kwaliteit van versorging.
Behandeling	Medikasie is daarop gemik om die gedragsimptome te verminder en die persoon se geheue te verbeter.	Optrede ter voorkoming of vertraging van demensie of wyses om agteruitgang te vertraag, moet deur mediese en psigososiale intervensies ontwikkel word.
Demensieversorging	Simptome moet beheer word. Die werk vereis lae vermoë, min inspirasie, minimale kwalifikasies en die beloning daarvoor is min.	Dit is een van die vervullendste terreine van menslike versorging wat hoë vlakke van vaardigheid, kreatiwiteit en insig vereis.
Kundiges	Dokters het die betroubaarste en relevantste kennis.	Bekwame praktisyns het die betroubaarste en relevantste kennis.
"Ons" en "hulle"	Persone met demensie verskil baie van die res van die samelewing as gevolg van hul verminderde kognitiewe status.	Persone met demensie is gelyk en waardig in die menslike samelewing. Alle persone is op dieselfde manier aangetas.
Assessering	Dit is belangrik om duidelike en akkurate begrip te toon vir 'n persoon se gebreke en om afname daarvan oor die verloop van tyd aan te teken.	Dit is belangrik om 'n duidelike en akkurate begrip van die persoon se agtergrond, vermoëns, smake, belangstellings, waardes en geestestoestand te hê.
Versorgingsprioriteite	Versorging behels die daarstelling van 'n veilige omgewing, die meet van basiese behoeftes en die behendige verskaffing van fisieke sorg.	Versorging behels die instandhouding en verbetering van menslikheid. Fisieke sorg is net 'n deel van die versorging van die persoon.
Gedragsprobleme	Hierdie gedrag word aangewakker deur breinpatologie en moet vinnig en effektief hanteer word.	Hierdie gedrag moet hoofsaaklik beskou word as pogings tot kommunikasie, wat verband hou met 'n onvervulde behoefte.
Institusionele sorg	Persone met demensie benodig mediese aandag in die psigiatriese eenheid van 'n versorgingseenheid van 'n hospitaal.	Persone met demensie vereis huislike omgewings wat die sosiale model van versorging beklemtoon en 'n verskeidenheid van individuele en groepsaktiwiteite insluit.
Onmiddellike versorgingspersoneel	Personeel is "van die organisasie" en dit is nie nodig om hul behoeftes ernstig op te neem nie.	Die menslikheid van verpleegpersoneel moet gerespekteer word sodat hulle ook die menslikheid van die persone wat in hul sorg is, kan respekteer.
Navorsing	Totdat mediese deurbrake gemaak word, is daar nie veel wat vir die persoon met demensie gedoen kan word om sy lewensgehalte te verbeter of herstel te bewerkstellig nie.	'n Groot bydrae kan gelewer word deur menslike insig en vaardigheid.

* **Bron:** 'n Aanpassing van die tabel "Two cultures of dementia care" (Kitwood, 1997 in Kuhn et al., 2000)

Uit bogenoemde tabel blyk dit duidelik dat veranderinge in die houding teenoor persone met AS direk sal lei tot veranderinge in die hantering van AS. Wat eers as net 'n siektetoestand beskou is, word tans aanvaar as 'n afwyking wat deel van die persoon se lewe is. AS is deel van die persoon se lewe, net soos enige ander siektetoestand dit

sal wees. Die gevolg van hierdie verandering in die hantering van hierdie siekte is dat daar aandag geskenk word aan die eenvoudige behoeftes van die persoon. Daarmee saam voer hierdie persone nou suksesvolle lewens en is die handhawing van 'n gesonde lewenskwaliteit van die uiterste belang (Guy, persoonlike gesprek, 2003). Deur verskillende modelle van dienslewering in ag te neem, kan die versorging van en interaksie met persone met AS onder andere binne die raamwerk van die persoongerigte benadering en die ICF-model geplaas word.

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF-model; WHO, 2002) kan as 'n verlengstuk van die persoongerigte benadering beskou word, aangesien hierdie model die basiese beginsels waarop die persoongerigte benadering berus, integreer. Die ICF-model (WHO, 2002) is op die 54ste *World Health Assembly*, wat in Mei 2001 plaasgevind het, goedgekeur en in gebruik geneem. Hierdie model is 'n opgradering en aanpassing van die vorige *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) wat sedert 1980 in gebruik was (Stephens, 2001). Die ICF-model word in Figuur 2 visueel voorgestel.



Figuur 2: Visuele voorstelling van die ICF-model (WHO, 2002)

Ter aansluiting by die persoongerigte benadering is die ICF-model 'n biopsigososiale model wat ontwerp is om 'n samevattende siening van die verskillende dimensies van gesondheid op biologiese, individuele en sosiale vlakke te verskaf (Wade en Halligan, 2003; Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann en Stucki, 2002; Threats, 2002). Ten einde 'n volledige beskrywing van 'n persoon se gesondheidstoestand te gee, behoort daar ten minste drie kontekstuele areas ingesluit te word, naamlik die sosiale, fisieke en persoonlike area. Die ICF bied 'n struktuur om die inligting in 'n betekenisvolle, onderling verbonde en maklik toeganklike manier voor te stel, en

oorkom tegelykertyd die mediese en sosiale benaderings tot gesondheid. Hierdie klassifiseringsmodel is gebaseer op menslike funksionering, en die gebrek word vanuit die individu se lewensomstandighede beskou sonder om die persoon te brandmerk (Bornman, 2002), soos ook in die persoongerigte benadering tot demensiesorg wat in Tabel 2 geïllustreer word. Die ICF is 'n universele model wat etiologies neutraal is, met die klem op gelykheid. Dit moet kultureel toepaslik wees vir die volle lewensduur van die persoon met AS. Bornman (2002) beweer verder dat hierdie model deur verskeie sektore (nie net gesondheid) gebruik kan word, onder andere opleiding, versekering, arbeid, gesondheids- en gebreksbeleid en statistiek. Binne die kliniese konteks kan die ICF gebruik word vir behoeftebepaling, die passing van intervensies by spesifieke gesondheidstoestande, rehabilitasie en uitkomst-evaluasie. Die faktore wat die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met AS beïnvloed, kan geanaliseer word om te bepaal of die effek daarvan verminder kan word.

Daar bestaan 'n komplekse verband en dinamiese interaksie tussen funksionering (positiewe aspekte) en gebrek (negatiewe aspekte/probleme), die gesondheidstoestand en verskillende omgewings- en persoonlike faktore wat 'n impak het op aktiwiteit en deelname (Bornman, 2002; Nel, 2002). Die verskillende komponente waaruit die twee dele van die ICF-model bestaan, word opsommend voorgestel in Tabel 3 en 4.

Tabel 3: Komponente van Deel 1 van die ICF-model (WHO, 2002)

DEEL 1: FUNKSIONERING EN GEBREK					
ICIDH (WHO, 1980) term	ICF (2001) term	Omskrywing van term	Kwalifiseerders		Lys van onderskeie hoofstukke in die ICF
			Eerste kwalifiseerder	Tweede kwalifiseerder	
Impairment (Afwyking)	Liggaamsvlak: Liggaamsfunksies Liggaamstrukture	Fisiologiese en sielkundige funksionering van liggaamsisteme en -strukture, bv. anatomiese dele (organe, ledemate, en die komponente daarvan).	Funksie: Generiese kwalifiseerder met 'n negatiewe skaal word gebruik om die mate van die afwyking aan te dui: 0 geen afwyking nie (0%-4%) 1 geringe afwyking (5%-24%) 2 gemiddelde afwyking (25%-49%) 3 erge afwyking (50%-95%) 4 totale afwyking (96%-100%) 8 nie gespesifiseer nie 9 nie van toepassing nie	Geen	Funksie: b1. Verstandsfunksies b2. Sensoriese funksies en pyn b3. Stem- en spraakfunksies b4. Funksies van die kardiiovaskulêre, hematologiese, immuun- en respiratoriese stelsels b5. Funksies van die verterings-, metaboliese en endokriene stelsels b6. Genito-urinêre en voortplantingsfunksies b7. Neuromuskuloskeletale en bewingsverwante funksies b8. Funksies van die vel en verwante strukture
			Struktuur: Generiese kwalifiseerder met 'n negatiewe skaal word gebruik om die mate van die afwyking aan te dui: 0 geen afwyking nie (0%-4%) 1 geringe afwyking (5%-24%) 2 gemiddelde afwyking (25%-49%) 3 erge afwyking (50%-95%) 4 totale afwyking (96%-100%) 8 nie gespesifiseer nie 9 nie van toepassing nie	Word gebruik om die aard van die verandering in die liggaamstruktuur aan te dui: 0 geen verandering in 1 struktuur nie 2 totale afwesigheid 3 gedeeltelike afwesigheid 4 addisionele deel 5 afwykende dimensies 6 diskontinuiteit 7 afwykende posisie 8 kwalitatiewe verandering in die struktuur, insluitend die versameling van vloeistof 9 nie gespesifiseer nie 10 nie van toepassing nie	Struktuur: s1. Strukture van die senuweestelsel s2. Oog, oor en verwante strukture s3. Strukture betrokke by stem en spraak s4. Strukture van die kardiiovaskulêre, hematologiese, immuun- en respiratoriese stelsels s5. Strukture verwant aan verterings-, metaboliese en endokriene stelsels s6. Strukture verwant aan genito-urinêre en voortplantingstelsels s7. Strukture verwant aan beweging s8. Vel en verwante strukture

Disability (Gebrek)	Individuele vlak: Aktiwiteit	Aktiwiteit Aanduidend van die aard en mate van aktiwiteite en take wat deur die persone uitgevoer word. Aktiwiteit mag beperk wees ten opsigte van aard, duur en kwaliteit.		Kapasiteit Generiese kwalifiseerder Mate van beperking (sonder bystand) in aktiwiteit: 0 geen probleme nie 1 geringe probleme 2 matig problematies 3 erge probleme 4 totaal problematies 8 nie gespesifiseer nie 9 nie van toepassing nie	d1. Leer en toepassing van kennis d2. Algemene take en vereistes d3. Kommunikasie d4. Beweeglikheid d5. Selfsorg d6. Huishoudelike lewe d7. Interpersoonlike interaksie en verhoudings d8. Belangrikste lewensareas d9. Gemeenskaps-, sosiale en stads- / burgerlike lewe
Handicap (Gestremdheid)	Gemeenskapsvlak: Deelname	Deelname Aanduidend van die aard en mate van 'n persoon se betrokkenheid in lewensituasies in verhouding tot geleenthede en/of beperkinge (grense) wat 'n impak op hierdie lewensareas het.	Performance (Prestasie) Generiese kwalifiseerder Probleme in die persoon se huidige omgewing Mate van beperking in deelname: 0 geen probleme nie 1 geringe probleme 2 matig problematies 3 erge probleme 4 totaal problematies 8 nie gespesifiseer nie 9 nie van toepassing nie		d1. Leer en toepassing van kennis d2. Algemene take en vereistes d3. Kommunikasie d4. Beweeglikheid d5. Selfsorg d6. Huishoudelike lewe d7. Interpersoonlike interaksie en verhoudings d8. Belangrikste lewensareas d9. Gemeenskaps-, sosiale en stads- / burgerlike lewe

Tabel 4: Komponente van Deel 2 van die ICF-model (WHO, 2002)

DEEL 2: KONTEKSTUELE FAKTORE				
Nuwe komponent in ICF (2001)	Omskrywing van term	Kwalifiseerder		Lys van onderskeie hoofstukke in die ICF
		Eerste kwalifiseerder	Tweede kwalifiseerder	
Omgewingsfaktore	Fisieke, sosiale en houdingsomgewings waarin persone lewe en waarvolgens hulle hul lewens lei. Hierdie faktore het 'n eksterne invloed op funksionering en is ekstrasiek (buite die individu), bv. die houdings van die gemeenskap, die eienskappe van die regstelsel. Omgewingsfaktore word vanaf die onmiddellike omgewing tot die algemene omgewing gerangskik.	<p>Generiese kwalifiseerder met 'n negatiewe en positiewe skaal om die mate van die hindernisse en fasiliteerders onderskeidelik aan te dui:</p> <p>Hindernisse: 0 geen hindernis nie 1 geringe hindernis 2 matige hindernis 3 erge hindernis 4 algehele hindernis</p> <p>Fasiliteerders: 0 geen fasiliteerder nie +1 geringe fasiliteerder +2 matige fasiliteerder +3 aansienlike fasiliteerder +4 algehele fasiliteerder</p>	Geen	e.1 Produkte en tegnologie e.2 Natuurlike omgewing en mensgemaakte veranderinge in die omgewing e.3 Ondersteuning en verhoudings e.4 Houdings e.5 Dienste, stelsels en beleide
Persoonlike faktore	Die eienskappe van die individu wat nie deel uitmaak van die gesondheids- of funksioneringstoestand nie. Hierdie faktore het 'n interne invloed op funksionering.	<p>Persoonlike faktore word nie in die ICF geklassifiseer nie as gevolg van die groot mate van sosiale en kulturele verskille wat daarmee geassosieer word.</p> <p>Om erkenning te verleen aan die impak wat persoonlike faktore op die uitkomst van verskeie intervensies mag hê, word dit nogtans by die model ingesluit (soos in Figuur 1 voorgestel).</p>		Byvoorbeeld: Geslag, ouderdom, fiksheid, lewenstyl, gewoontes, hanteringstyle, sosiale agtergrond, beroep, ras / etnisiteit, seksuele oriëntasie, opleiding, vorige en huidige ondervinding, algemene gedragspatroon, individuele sielkundige voordele en ander karaktertrekke.

* **Bronne:** Bornman (2002); Nel (2002); <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Die visuele voorstelling (Figuur 2) identifiseer drie vlakke van menslike funksionering wat deur die ICF geklassifiseer word, naamlik funksionering op liggaamsvlak, die persoon as geheel en die persoon in 'n sosiale konteks (WHO, 2002). Soos in Figuur 2 aangedui, word funksionering en gebrek (Tabel 3) beskou as uitkomst van die interaksie tussen gesondheidstoestande en kontekstuele faktore (Tabel 4). Kontekstuele faktore bestaan uit eksterne omgewingsfaktore en interne persoonlike faktore. Die kwalifiseerders bepaal die teenwoordigheid en ernstigheidsgraad van 'n probleem op liggaamlike, persoonlike en sosiale vlak (WHO, 2002). Vir die doel van hierdie studie word in die algemeen na die drie vlakke van menslike funksionering verwys en word bepaal hoe die interaksieproses tussen verpleegpersoneel en persone met AS beïnvloed word. Daar word nie in detail na die kwalifiseerders verwys nie.

In 'n poging om hierdie filosofie/teorie na die kliniese praktyk oor te dra, word 'n opleidingswerkswinkel voorgelê. Die kommunikasiegerigte werkswinkel, wat op die beginsels van die ICF-model gebaseer is, sal in hierdie studie die opleidingsmedium wees wat die paradigmaskuif van die ou kultuur (mediese model) na die nuwe kultuur (psigososiale model) fasiliteer. Die navorser antisipeer dat die verpleegpersoneel na afloop van die opleidingswerkswinkel hul denkwysse ten opsigte van die versorging van 'n persoon met AS sal verander tot 'n meer persoongerigte benadering wat vir beide partye meer vervullend sal wees.

Met hierdie nuwe modelle (die ICF- en persoongerigte benadering), word die erkenning van 'n persoon se selfstandigheid of outonomie 'n kritieke aspek. Daarmee saam is dit belangrik om die ander beginsels van gesondheidsorg (soos hier bespreek) in gedagte te hou. Die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Spraak-, Taal- en Gehoorterapeute (*SASLHA*, 1997) gee ook aandag aan die volgende beginsels:

- Weldadigheid (*beneficence*) en niekwaadaardigheid (*nonmaleficence*) noop ons om die welsyn te handhaaf van die persone vir wie ons professioneel versorg. Verder: om in hul beste belang op te tree en hulle geen skade te berokken nie. Volgens die persoongerigte benadering en ICF-model is dit van die grootste belang vir die persoon met AS dat hy of sy aktief deel uitmaak van die samelewing en dat hy of sy nie skade berokken word deur die proses van isolasie of uitsluiting nie. Hier word na isolasie verwys as gevolg van die persoon se gebrekkige kommunikasie.

- Outonomie (*autonomy*) lei ons daartoe om die kliënt ten volle te betrek by beplanning en besluitneming wat deel vorm van die terapeutiese proses en om die kliënt se oortuigings en waardes ten alle tye te respekteer. Respek vir die persoon met AS impliseer dieselfde behandeling as vir enige ander kliënt.
- Geregtigheid (*justice*) dwing ons daartoe om te verseker dat ons dienste beskikbaar en toeganklik is vir almal en dat hierdie dienste toepaslik is vir die spesifieke individu en gemeenskap se behoeftes. Die persoon met AS behoort dus toegang te hê tot redelike intervensie, ongeag die ernstigheidsgraad en prognose van die siekte.

In ooreenstemming met bogenoemde, lui die gedragskode van 'n verplegingsprofessie, naamlik dié van *The American Nurses' Association* (Eliopoulos, 1993), as volg:

“Die verpleegster toon respek vir menslike waardigheid en die uniekheid van die pasiënt en lewer dienste sonder inagneming van sosiale of ekonomiese status, persoonlike eienskappe of die aard van die siektetoestand”.

Die gevolgtrekking wat uit die voorgaande gemaak word, is dat etiese oorwegings op die voorgrond gestel behoort te word wanneer die relevansie van of behoefte aan intervensie vir die persoon met AS gedebatteer word. Daar moet egter in gedagte gehou word dat, ten einde versorging van hoë kwaliteit te lewer terwyl die individu met respek en waardigheid hanteer word, die verpleegpersoneel ook waardig geag behoort te word en gerespekteer moet word (Sugden, 2005).

Die enigste manier om 'n basis vir versorgingskwaliteit te vestig en dus bogenoemde gedragskodes te respekteer, is deur die sorggewers op te lei om begrip vir hul AS-pasiënte te toon en die basiese grondbeginsels van demensieversorging toe te pas. Dit behels die vermindering van verwarring by pasiënte, die verbetering van daardie persone se vermoë om te kommunikeer, die hantering van hul veiligheidsbehoefte, asook die verbetering van verpleegpersoneel se vermoëns om die gedragsprobleme van hul pasiënte die hoof te bied (Todd, 2002).

Die werkwinkel vir hierdie studie fokus op die drie komponente waaruit 'n suksesvolle AS- en demensieopleidingsprogram bestaan (Peete, 2002):

- Beter begrip van die sieke se toestand (AS): die verloop van simptome deur die verskillende fases en hoe om paslik op die simptome te reageer ten einde die gesondheid van die persoon met AS te monitor.
- Strategieë om familie en sorggewers te help om die emosionele eise te hanteer wat met die afwyking gepaardgaan, soos langtermynversorging met fisieke en emosionele implikasies en stres hantering.
- Vaardighede om die gedragsprobleme (*challenging behaviour*) van persone met AS te hanteer. Kommunikasievaardighede word belangriker namate die siekte vorder, aangesien persone met AS hulle tot fisieke gedrag eerder as woorde wend om hulself uit te druk. Vaardighede vir die verbetering van verbale en nieverbale kommunikasie, asook indirekte intervensiestrategieë sal bogenoemde probleme die hoof bied.

Die navorser het in die werkwinkel (wat as die opleidingsmedium gedien het) gebruik gemaak van indirekte intervensiestrategieë wat fokus op die eksterne faktore om kommunikasie van persone met AS te fasiliteer (Hopper, 2001). Indirekte intervensiestrategieë behels die opleiding van versorgers, ontwikkeling van terapeutiese roetines en aktiwiteite asook die aanpassing van die fisiese omgewing. Inwoners wat hulself in 'n omgewing bevind wat effektiewe kommunikasie hoog op prys stel, toon 'n groter mate van onafhanklikheid, toon minder verontrusting en voel meer op hul gemak. Dit het 'n positiewe uitwerking op die persoon se pogings, vermoëns en begeertes om te kommunikeer (Todd, 2002). Ten einde AS suksesvol te hanteer, moet die kognitiewe, funksionele en gedragsimptome van die siekte aandag geniet (Galasko, 1998 in Griffith, 2002). Dit beteken dat die tekens en simptome sal stabiliseer of die tempo van agteruitgang sal afneem. Die doel van indirekte intervensie is dan ook om die eise wat aan die aangetaste kognitiewe sisteem gestel word, te verminder. Die lewenskwaliteit van persone met AS word verder ook gemaksimaliseer deurdat daar direkte en indirekte ondersteuning aan die aangetaste kognitiewe sisteem gegee word (Hopper, 2001).

Dit is algemeen bekend dat spraak-taal terapie nie tot langtermynverbetering van die persoon met AS sal lei nie. Spraak-taal terapie kan die persoon met AS (en die sorggewers) help om maksimaal te kommunikeer binne die raamwerk van die pasiënt se beperkte vermoëns (Halpern, 2000). *“The success of caregiver-patient interactions depends entirely on the communication abilities of the caregiver”* (Pietro, 1994 in Hopper, 2001:307). Dreher (1987) maak ook die stelling dat kommunikasie die sleutel is

tot gelukkige psigososiale aanpassing wat eensaamheid (en institusionalisering) kan oorbrug.

Die navorser antisipeer dat die verpleegpersoneel en persone met AS na afloop van hierdie studie "*means of grace*" (die woorde van McCurdy, 1998 in Sabat, 2001) vir mekaar sal wees en dat die individue afsonderlik van die siektetoestand beoordeel sal word.

HOOFSTUK 3 - NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1 INLEIDING

'n Uiteensetting van die navorsingsmetodiek wat tydens hierdie studie gevolg is, word vervolgens in hierdie hoofstuk bespreek. Die doelstellings word gevolg deur 'n bespreking van die navorsingsontwerp, deelnemers, steekproef, materiaal en apparaat wat gebruik is in hierdie studie. Die prosedures word bespreek in terme van data-insameling en die verwerking daarvan. Die etiese aspekte (oorwegings en klaring) word laastens bespreek.

3.2 DOELSTELLINGS

3.2.1 Hoofdoelstelling

Die hoofdoelstelling van hierdie studie is om ondersoek in te stel na die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met Alzheimer-siekte (AS) in 'n versorgingseenheid, vóór en ná die aanbieding van 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel vir die verpleegpersoneel.

3.2.2 Subdoelstellings

Ten einde bogenoemde hoofdoelstelling te bereik, is die volgende subdoelstellings nagestreef:

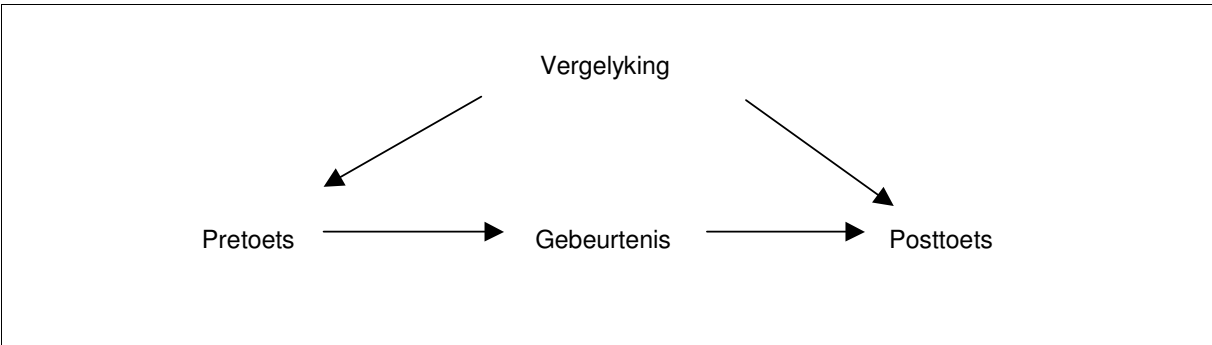
- om die luistergedrag en kommunikasievaardighede (verbaal, nieverbaal en paralinguisties) wat deur die verpleegpersoneel voor die aanvang van die werkswinkel gebruik is, te bepaal;
- om die kennis en persepsie van die verpleegpersoneel van persone met AS voor die aanvang van die werkswinkel te bepaal;
- om op grond van die ingesamelde data en 'n literatuuroorsig die inhoud van 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel te bepaal en die werkswinkel aan te bied;

- om die luistergedrag en kommunikasievaardighede (verbaal, nieverbaal en paralinguisties) wat deur die verpleegpersoneel na afloop van die werkswinkel gebruik is te bepaal;
- om die kennis en persepsie van die verpleegpersoneel van persone met AS na afloop van die werkswinkel te bepaal;
- om 'n vergelyking te tref tussen die kennis; persepsie en kommunikasievaardighede (verbaal, nieverbaal en paralinguisties) van die verpleegpersoneel van persone met AS, voor en na die werkswinkel.

3.3 NAVORSINGSONTWERP

3.3.1 Navorsingsontwerp en -metode

In hierdie studie is daar van veelvuldige enkelgevallestudies met 'n pre-eksperimentele ontwerp as ondersoekmetode gebruik gemaak, ten einde die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met AS in 'n versorgingseenheid, voor en na die aanbieding van 'n opleidingswerkswinkel vir die verpleegpersoneel te bepaal. Die doel van 'n een groep pretoets-posttoets eksperimentele ontwerp is om die invloed van 'n veranderlike te evalueer (Leedy, 1997). Die navorser het die afhanklike veranderlike voor (pretoets) en na (posttoets) die gebeurtenis gemeet, met die verwagting dat daar sekere veranderinge sou plaasvind. Metings van die afhanklike veranderlike is toe vergelyk en die verskil is toegeskryf aan die *gebeurtenis* wat plaasgevind het (Bless en Higson-Smith, 2000). Die volgorde van metings wat plaasgevind het, word diagrammaties in Figuur 3 voorgestel. 'n Tekortkoming van hierdie ontwerp is dat dit naief is, aangesien dit berus op die veronderstellings om gevolgtrekkings as geldig te aanvaar (Leedy, 1997). Ten einde hierdie tekortkoming te akkommodeer, het die navorser alle veranderinge in kommunikasie gedokumenteer, asook die veranderlikes wat moontlik 'n invloed op die studie kon hê, in ag geneem.



Figuur 3: Diagrammatiese voorstelling van die pretoets- / posttoetsontwerp (Bless en Higson-Smith, 2000:68)

Daar is van 'n kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsmetodes gebruik gemaak. Indien die twee metodes mekaar komplementeer, kan dit lei tot die versterking van die geldigheid van die kliniese bevindinge en dan word daar gekompenseer vir die tekortkominge van beide benaderings (Malterud, 2001).

Kwalitatiewe navorsing behels die insameling van narratiewe data rakende werklike lewensgebeurtenisse en verskaf sistematiese, konteks-gebaseerde beskrywende data (Pannbacker en Middleton, 1994). Hierdie studie maak hoofsaaklik gebruik van kwalitatiewe data, aangesien dit die volgende eienskappe besit soos deur Pannbacker en Middleton (1994) beskryf:

- 'n situasie/gebeurtenis word bestudeer wat ondersoek kan word sonder verwysing na hipotesisse;
- die navorser se subjektiewe mening rakende die navorsing word toegelaat;
- die fokus is op 'n spesifieke konteks en situasie;
- die doel is om die betekenis van die gebeurtenis en gedrag wat waargeneem is te beskryf;
- teorieë of hipotesisse kan as verklarings gebruik word van dit wat waargeneem is.

Kwalitatiewe navorsing word gebruik in die vorm van waarneming van die kommunikasieinteraksies tussen die deelnemers en persone met AS en vervolgens beskryf is aan die hand van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987) en *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1995). Semigestruktureerde onderhoude wat

met elke deelnemer gevoer is, is vervolgens geanaliseer en beskryf volgens diskoersanalise. Data is verder ook ingesamel deur oop stelvrae, soos wat dit dan ook in die vraelys tydens die behoeftebepaling gebruik is (Malterud, 2001).

Die kwantitatiewe navorsingsmetodes wat in die studie gebruik is, behels onder andere die gebruik van vraelyste as data-insamelingsmetode.

3.3.2 Navorsingsfases

Tabel 5 gee 'n aanduiding van die verskillende fases* waaruit hierdie studie bestaan, naamlik persoonlike kontak, pretoets, gebeurtenis, posttoets en terugvoering.

Tabel 5: Verskillende fases in die navorsingstudie

Fase*	Beskrywing	Benadering
Vooraf	<ul style="list-style-type: none"> Persoonlike kontak met instansie 	
PRETOETS		
Fase 1a	<ul style="list-style-type: none"> Waarneming van interaksie volgens: <ol style="list-style-type: none"> Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) en Checklist of Listening Behaviours (Hartley, 1995) 	Kwantitatief en kwalitatief
Fase 1b	<ul style="list-style-type: none"> Vraelys 1 (Biografiese inligting, Persepsie-, Kennis- en Behoeftebepalingafdelings) aan deelnemers 	Kwantitatief en kwalitatief
Fase 1c	<ul style="list-style-type: none"> Onderhoudvoering met deelnemers afsonderlik 	Kwalitatief
GEBEURTENIS		
Fase 2a	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel 	
Fase 2b	<ul style="list-style-type: none"> Vertrouenswaardigheid (Trustworthiness) 	Kwalitatief
POSTTOETS		
Fase 3a	<ul style="list-style-type: none"> Waarneming van interaksie volgens: i) Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) en ii) Checklist of Listening Behaviours (Hartley, 1995) 	Kwantitatief en kwalitatief
Fase 3b	<ul style="list-style-type: none"> Vraelys 2 (Kennis-, Persepsie- en Behoeftebepalingafdelings) aan deelnemers 	Kwantitatief en kwalitatief
Fase 3c	<ul style="list-style-type: none"> Onderhoudvoering met deelnemers afsonderlik 	Kwalitatief
Na afloop	<ul style="list-style-type: none"> Terugvoering aan deelnemers 	

* Sleutel: 'n Fase word in hierdie studie gedefinieer as 'n reeks metings of gebeurtenisse ten einde 'n veranderlike te bepaal.

3.4 DEELNEMERS EN STEEKPROEF

Deelnemers is vir die studie geselekteer op grond van die kriteria soos uiteengesit. Die matrone van die versorgingseenheid het op grond van die voorafopgestelde kriteria vier lede van haar verpleegpersoneel geïdentifiseer wat moontlik as deelnemers vir die studie gebruik kon word.

3.4.1 Kriteria vir seleksie

- **Opleiding**

Deelnemers moes gekwalifiseerde verpleegkundiges wees of tydens die uitvoer van die studie besig wees met toepaslike opleiding by 'n tersiêre instelling ten einde die kwalifikasie te verwerf.

- **Werkopset**

Deelnemers moes tydens data-insameling werksaam wees by die geselekteerde versorgingseenheid, aangesien die studie slegs by die betrokke eenheid uitgevoer is.

- **Werksondervinding by betrokke versorgingseenheid**

“Care staff appeared more motivated when considering a familiar resident” (Bryan en Maxim, 1998:123). Die deelnemers moes voor die aanvang van die data-insameling 'n tydperk van drie maande werksondervinding by die betrokke versorgingseenheid gehad het ten einde te verseker dat daar alreeds interaksie tussen die deelnemers en persone met AS was en hulle dus aan mekaar bekend was. Op grond van Bryan en Maxim (1998) se stelling, antisipeer die navorser dat die deelnemers wat reeds bekend was aan persone met AS moontlik meer gemotiveerd sou wees en belangstelling sou toon om meer van die persone met AS en hulle siektetoestand te wete te kom.

- **Taal**

Persone moes Afrikaans of Engels magtig wees, aangesien vraelyste in Afrikaans en Engels opgestel is en die werkswinkel in Afrikaans en Engels aangebied kon word. Die navorser is slegs hierdie twee tale magtig. Die vraelyste en werkswinkel is aangebied in die taal / tale van voorkeur van die deelnemers.

- **Ras**

Daar is verkies dat die deelnemers van dieselfde ras of etniese herkoms is, ten einde etniese veranderlikes tussen die verskillende rasse tot 'n minimum te beperk.

- **Geslag**

Geen geslagsvoorkeur is vir hierdie studie gestel nie. Deelnemers kon dus manlik of vroulik wees.

3.4.2 Prosedure vir seleksie van deelnemers

Die navorser het van 'n gerieflikheidssteekproef gebruik gemaak in hierdie studie. Die wetenskaplike toepassing van hierdie nietoewillige prosedure is meer beperk, aangesien die waarskynlikheid van die deelnemerseleksie onbekend was (Maxwell en Satake, 1997). 'n Verdere beperking van hierdie steekproefmetode is dat veralgemening van die resultate wat verkry is, na die breër verpleegpopulasie verhoed word. Een versorgingseenheid met 'n demensieafdeling, in die Pretoria-omgewing, is deur die navorser geselekteer. Die seleksiekriteria van die deelnemers is aan die matrone van die versorgingseenheid voorgehou. Die matrone het in die afwesigheid van die navorser vier potensiële kandidate geïdentifiseer en genader wat aan die vooraf genoemde kriteria voldoen. Al vier die kandidate het toestemming gegee om as deelnemers aan die studie deel te neem (verwys na data-insamelingsprosedures).

3.4.3 Beskrywing van deelnemers

Tabel 6 bevat vervolgens 'n profiel van die biografiese inligting van die deelnemers wat in die studie ingesluit is. Daar sal voortaan na die vier deelnemers verwys word as D1 (Deelnemer 1), D2 (Deelnemer 2), D3 (Deelnemer 3) en D4 (Deelnemer 4).

Tabel 6: Opsomming van deelnemers wat deelgeneem het aan die studie (N=4)

	D1	D2	D3	D4	Gemiddeld x (SD)
Geslag	Vroulik	Vroulik	Vroulik	Vroulik	-
Ouderdom	45	28	34	25	33
Huistaal	Sepedi	SeTswana	isiNdebele	isiZulu	-
Ander tale magtig	Engels Afrikaans SeTswana isiZulu	Engels	Engels isiZulu	Engels SeSotho isiNdebele	-
Ras	Swart	Swart	Swart	Swart	-
Hoogste kwalifikasie	Gekwalifiseerde hulpverpleegster	Gekwalifiseerde hulpverpleegster	Student in hulpverpleging	Student in hulpverpleging	-
Institusie waar opleiding ontvang is	Opleidingskool in Pretoria (ten tye van studie permanent werksaam by versorgingseenheid)	Opleidingskool in Pretoria (ten tye van studie permanent werksaam by versorgingseenheid)	Opleidingskool in Pretoria (ten tye van studie tydelik werksaam by versorgingseenheid)	Opleidingskool in Pretoria (ten tye van studie tydelik werksaam by versorgingseenheid)	-
Duur van verpleeg ondervinding	15 maande	27 maande	6 maande	3 maande	13 maande
Aantal persone met AS wat deelnemers daaglik versorg	4	5	3	4	4
Persoonlike ervaring (buite die versorgingseenheid) van persone met AS	Familie / vriende wat AS het	Geen ervaring	Familie / vriende wat AS het	Familie / vriende wat AS het	-

Tabel 6 gee 'n volledige uiteensetting van die deelnemers wat deelgeneem het aan die studie. Al die deelnemers is vroulik, tussen die ouderdomsinterval van 25 en 45 jaar en ontvang tans of het reeds opleiding ontvang by dieselfde opleidingskool in die kursus 'Hulpverpleging' (*Auxiliary nursing*). Die deelnemers het aangedui dat hulle daaglik tussen drie en vyf persone met AS verpleeg en beskik oor wisselende ondervinding in hul beroep. Die oorgrote meerderheid (drie) van die deelnemers het persoonlike ervaring ten opsigte van AS buite die versorgingseenheid. Al die deelnemers was swart. Daar word nie in die studie spesifiek op kulturele veranderlikes gefokus nie, alhoewel die aspek in gedagte gehou is tydens die bespreking van resultate. Mold, Fitzpatrick en Roberts (2005) meld dat gesondheidsdienste kwaliteit versorging moet verskaf om alle ouer persone se behoeftes aan te spreek wat dan ook die spesifieke behoeftes van etniese minderheidsgroepe insluit. Die heterogeniteit van die verswakte geriatriese populasie

beklemtoon die behoefte om 'n verskeidenheid gesondheidsdienste te lewer wat taal, kulturele en geloofsverskille reflekteer. Bestaande literatuur beklemtoon die behoefte aan toenemende kulturele bewustheid, insluitende kommunikasie ten einde geïndividualiseerde versorging te bevorder (Mold et al., 2005).

3.4.4 Beskrywing van persone met AS

Alhoewel persone met AS nie as deelnemers in die studie beskou is nie, is dit nogtans belangrik om agtergrondinligting van die betrokke inwoners te hê. Hierdie inligting is vanuit die betrokke inwoners se lêers verkry wat deur die matrone van die versorgingseenheid aan die navorser verskaf is. Tabel 7 gee vervolgens hierdie inligting weer.

Tabel 7: Inligting van persone met AS waarmee die deelnemers in interaksie getree het

	Persoon A	Persoon B	Persoon C	Persoon D
Geslag	Vroulik	Vroulik	Vroulik	Vroulik
Geboortedatum	1910-11-29	1918-11-11	1928-08-17	1918-11-02
Ouderdom (tydens data-insameling)	92 jaar	84 jaar	75 jaar	84 jaar
Huistaal	Afrikaans	Afrikaans	Engels	Afrikaans
Ras	Blank	Blank	Blank	Blank
Vroeë beroep	Huisvrou	Huisvrou	Huisvrou	Klerk
Datum van opname in versorgings-eenheid	1997-08-02	1995-01-27	2001-01-03	1996-02-09
Aantal jare in versorgingseenheid (tydens data-insameling)	6 jaar	8.5 jaar	2.5 jaar	7.5 jaar
Diagnose van AS	Datum van diagnose nie aangedui in lêer	2002-02-27	1996	Datum van diagnose nie aangedui in lêer
Fase van AS	Fase 3: laat	Fase 3: laat	Fase 3: laat	Fase 3: laat
Ander mediese toestande	Blindheid	Gehoerverlies Hartprobleme	Heupvervangings Psoriasis Medikasie: - Cosaldon - Diprolene lotion - Dovonex room - Aterax	Medikasie: - Imipramine

Tabel 7 dui aan dat al die persone met AS waarmee daar tydens die studie in interaksie verkeer is, vroulik, blank en tussen 75 - 92 jaar oud was. Drie van die persone met AS is

Afrikaanssprekend en een persoon is Engelssprekend. Slegs een persoon met AS het voor aftrede 'n professionele beroep beoefen as klerk. Die persone was tussen 2.5 en 8.5 jaar inwoners van die versorgingseenheid en almal was volgens die simptome waarmee hulle gediagnoseer is in die laat fase van AS.

Omskrywing van die medikasie wat persone C en D onderskeidelik gebruik het:

- *Cosaldon*: Middel wat hoofsaaklik as vasodilator optree. Bevat nikotiensuur (wat nie die serebrale bloevate by die mens verwyd nie) en heksieldimetiexantien ('n sentrale sensustelselstimulant, verwant aan kaffeien) (Sommers, 1997).
- *Diprolene*: Salf of room vir inflammatoriese manifestasie van psoriasis en kortikosterrespons (MIMS, 1999).
- *Dovonex*: Salf of room vir psoriasis vulgaris (MIMS, 1999).
- *Aterax*: Tablette vir korttermynhantering van psigomotoriese agitatie, angstigheid, spanning, pre- en postoperatiewe sedasie (MIMS, 1999).
- *Imipramine*: 'n Trisikliese antidepressiewe middel wat ook gebruik word vir die behandeling van enurese (bednatmaak) (Sommers, 1997).

3.5 NAVORSINGSAPPARAAT EN –MATERIAAL

Die volgende apparaat en materiaal is gebruik tydens die insameling van data.

3.5.1 Waarneming van interaksies

Data wat ingesamel is deur waarnemings is geanaliseer volgens die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987) en die *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1995). Die navorser het gepoog om betroubaarheid te handhaaf deurdat sy van 'n tweede merker gebruik gemaak het as ko-evalueerder en deur die data wat waargeneem is dadelik op te skryf.

Hierdie meetinstrumente word vervolgens onderskeidelik bespreek aan die hand van die doel, rasionaal, prosedure en bepunting van elk.

3.5.1.1 *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987)

“The Pragmatic Protocol is perhaps the most comprehensive tool at this time for

examining a wide range of pragmatic behaviours” (Hartley, 1990:96). Die deelnemers se pragmatiese gedrag is geëvalueer met behulp van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987), Bylae D.

- **Doel en Rasionaal:**

Prutting en Kirchner (1987) het bewys dat die *Pragmatic Protocol* as ‘n effektiewe siftingsinstrument gebruik kan word met ‘n verskeidenheid kliniese populasies, insluitend die volgende neurologiese kommunikasie-afwykings: afasie, regterhemisfeer skade en traumatiese breinbeserings. Simptome van demensie sluit die abnormale afname in geheue, denke, taal en ander kognitiewe funksies in en kan toegeskryf word aan neurologiese oorsake (Minifie, 1994). Hierdie siftingsinstrument word ook gebruik op ‘n ‘normale’ populasie (normaal word deur die navorser gedefinieer as persone wat nie deel uitmaak van vooraf genoemde kliniese populasie nie). Dus het die navorser dit goed gedink om hierdie pragmatiese protokol van toepassing te maak op die verpleegpersoneel van persone met AS. Die meetinstrument laat ook ruimte vir kulturele veranderlikes. Daar is dan ook in hierdie studie ruimte gelaat vir kulturele veranderlikes wat moontlik by die onderskeie deelnemers kon voorkom.

- **Prosedure:**

Die protokol lys 30 gedragvorme en is verdeel in drie kategorieë: Verbale-, paralinguistiese- en nieverbale aspekte van die kommunikasiehandeling. Elke pragmatiese gedrag word geëvalueer tydens ‘n 15 of langer minute waarneming van spontane, ongestruktureerde gesprekvoering tussen die persoon en ‘n bekende (kennis).

- **Bepunting:**

Pragmatiese gedrag word beskryf as TOEPASLIK (interaksie is gefasiliteer en neutraal); ONTOEPASLIK (interaksie lei tot kommunikasieonderbreking of die persoon met AS word gepenaliseer); of NIE WAARGENEEM. Die navorser erken dat tradisionele kulturele praktyk (veral binne die Suid-Afrikaanse konteks) moontlik ‘n invloed kan hê op die pragmatiese gedrag van die deelnemers. Ten spyte van die kulturele verskille wat daar kan bestaan, bly daar nogtans sekere pragmatiese vaardighede/reëls waaraan verpleegpersoneellede moet voldoen wanneer hulle in

interaksie met persone met AS verkeer. In sekere kulture is dit byvoorbeeld onvanpas om oogkontak met ouer persone te maak wanneer daar met hulle gekommunikeer word. Oogkontak fasiliteer egter kommunikasie wanneer daar in interaksie met persone met AS verkeer word. Die navorser het vir die doel van hierdie studie die verpleegpersoneel se pragmatiese vaardighede volgens die vasgestelde kriteria van die protokol bepunt. Indien kulturele veranderlikes moontlik die bepunting van die spesifieke pragmatiese vaardigheid kon beïnvloed, het die navorser die gedrag as ontoepaslik bepunt, maar dan wel melding gemaak van die kulturele aspekte wat moontlik 'n struikelblok tot toepaslike interaksie kan wees. Die navorser het opgetree as eerste merker en daarna is die analise deur 'n tweede merker gedoen. Laasgenoemde beskik oor dieselfde kwalifikasies as die navorser en ervaring in die betrokke veld. Sodoende is die betroubaarheid van die resultate wat verkry is, verbeter (Robson, 1993).

3.5.1.2 *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1995)

- **Doel en Rasionaal:**

Luistervaardighede vorm 'n essensiële deel van funksionele kommunikasie, aangesien dit die kommunikasievaardigheid is wat die meeste gebruik word (Hartley, 1995). Hartley (1995) staaf hierdie stelling deur die bevinding dat nagenoeg 55% van volwasse verbale kommunikasietyd bestee word aan die luisterproses. Die oorblywende volwasse verbale kommunikasietyd word soos volg bestee: 23% aan praat; 13% aan lees en 8% aan skryf. Luisteraars interpreteer 'n spreker se boodskap teen die agtergrond van hul kennis van die onderwerp en sosiale gebruike, kontekstuele leidrade van die omgewing en die tipe kommunikasieaktiwiteit te integreer. Luistervaardighede presenteer ook deur gedeelde kennis van die kommunikasiedeelnemers en die boodskap wat oorgedra word deur middel van linguistiese, paralinguistiese en nieverbale vorms (Hartley, 1995). 'n Voorgestelde afmerklys van Hartley (1995), naamlik die *Checklist of Listening Behaviours* is deur die navorser gebruik en dien as riglyn vir die waarneming van luistervaardighede (Bylae E).

- **Prosedure:**

"The most naturalistic method is to measure listening in everyday settings, especially

in conversations ... such as on the job" (Hartley, 1990:93). Luistergedrag is geëvalueer tydens 'n 15 of langer minute waarneming van spontane, ongestruktureerde interaksie tussen die verpleegpersoneel en 'n bekende (persoon met AS). Met hierdie spesifieke data-insamelingsprosedure is die verpleegpersoneel beskou as die luisteraars en die persone met AS as die sprekers.

- **Bepunting:**

Die afmerklys beskryf 17 verskillende aspekte van luistergedrag wat volgens die frekwensie van voorkoms tydens interaksie geëvalueer word. Die frekwensie van die luistergedrag wat plaasgevind het word aangedui op 'n vyfpunt-Likertskaal met die opsies: AMPER NOOIT, SELDE, SOMS, GEREELD, ALTYD. Daar is ook ruimte gelaat op die afmerklys vir kommentaar na elke aspek wat geëvalueer word. Die navorser erken dat daar veranderlikes bestaan tussen die luistergedrag tussen verskillende kulture. Ten spyte van hierdie verskille, bly daar nogtans sekere reëls vir effektiewe luistergedrag waaraan verpleegpersoneellede moet voldoen wanneer hulle in interaksie met persone met AS verkeer. Die navorser het vir die doel van hierdie studie die verpleegpersoneel se luistergedrag volgens die kriteria van die afmerklys bepunt. Indien kulturele veranderlikes moontlik die bepunting van die onderskeie aspekte van luistergedrag kon beïnvloed, het die navorser die gedrag volgens die frekwensie van voorkoms bepunt, maar dan wel melding gemaak van die kulturele aspekte. Soos in die geval van die pragmatiese protokol, het die navorser as die eerste merker opgetree en is daar weereens van dieselfde tweede merker gebruik gemaak om die luistergedrag te ko-evalueer.

3.5.2 Vraelys 1 en 2: Formaat en inhoud

Die doel van die vraelys is om die deelnemers se persepsie en kennis oor verskeie aspekte rakende AS voor aanvang en na afloop van die opleidende werkswinkel te bepaal. Die formaat en inhoud van Vraelys 1 en 2, asook die rasionaal van elke afdeling word vervolgens bespreek. Vraelys 1 bestaan uit nege bladsye en dit behoort 'n maksimum van 20 minute te duur om te voltooi. Die 84 vrae van Vraelys 1 is verdeel in vier afdelings, naamlik Afdelings A, B, C en D (Bylae F). Vraelys 2 bestaan uit sewe bladsye en dit behoort ongeveer 15 minute te duur om te voltooi. Die 73 vrae van Vraelys 2 is verdeel in drie afdelings, naamlik Afdelings B, C en D (Bylae G). Vraelys 1 en 2 asook die toestemmingsbriewe vir deelname aan die studie is in Engels en Afrikaans

opgestel. Al die deelnemers het egter verkies om die vraelyste in Engels te voltooi en om daardie rede is slegs die Engelse weergawe van die vraelyste en toestemmingsbriewe in die bylae ingesluit.

- **Afdeling A: Biografiese inligting (slegs Vraelys 1)**

Vrae 1 tot 11 samel biografiese, sowel as algemene inligting in. Dit sluit die volgende inligting in:

- Geslag
- Ouderdom
- Huistaal
- Ander tale magtig
- Ras / etnisiteit
- Hoogste kwalifikasie
- Instansie waar kwalifikasie verwerf is / waar opleiding ontvang is
- Aantal jare diens by die betrokke instansie
- Aantal jare diens (nie net by betrokke instansie nie)
- Aantal persone met AS wat deur die deelnemer daagliks verpleeg word
- Persoonlike ervaring van AS

Die doel van hierdie afdeling is om inligting te verkry oor die deelnemers om hulle sodoende te kon beskryf volgens hulle eienskappe. 'n Kombinasie van oop en geslote vrae is gestel, waarvan slegs die deelnemers se ouderdom en hoogste kwalifikasie deur middel van oop vrae bepaal is. Die vrae van hierdie afdeling het die navorser gehelp om te bepaal wie presies die deelnemers is, ten einde die ondersoekgroep te kon omskryf. Voorts kon resultate wat in die studie verkry is moontlik aan die hand van hierdie inligting verklaar word. Aangesien dit moeilik sou wees om die antwoorde op biografiese vrae te kontroleer, is die vrae so geformuleer dat dit vir die deelnemers maklik was om te beantwoord.

- **Afdeling B: Persepsie**

Vrae 1 tot 24 van hierdie afdeling bestaan uit stellings wat geformuleer is ten einde die persepsie van die deelnemers jeens die persoon met AS in die versorgingseenheid te bepaal. 'n Reeds bestaande vraelys, "*Interaction with disabled persons scale*" (Departement Ortopedagogiek, Universiteit van Pretoria) is as basis gebruik en aangepas

om van toepassing te wees op die betrokke populasie van die studie. 'n Driepunt-Likertskaal (met die opsies van: STEM SAAM; ONSEKER; STEM NIE SAAM NIE) is gebruik om relevante inligting te bekom. Geslote vrae is gebruik en daar is van deelnemers verwag om slegs 'n kruisie te trek om aan te dui in watter mate hulle saamstem. Tabel 8 toon die verwysings volgens die literatuur op grond waarvan die persepsietellings van hierdie betrokke afdeling geformuleer is.

Tabel 8: Literatuurverwysings van stellings 1 - 24 van Afdeling B, Vraelys 1 en 2

Stellings: PERSEPSIE	Verwysings uit die literatuur wat keuse vir betrokke stelling ondersteun
1 Ek voel gefrustreerd aangesien ek nie weet hoe om 'n persoon met AS te help nie.	"Failure to provide training often results in employee burnout and frustration and reduced quality of care" (Peete, 2002:42).
2 Dit voel belonend wanneer ek 'n persoon met AS kan help.	Die affiliasiebehoefte: om vriendskappe te smee, om samewerking te verleen en om sosiaal te verkeer, om ander lief te hê; die behoefte om ander te verwerp: om ander te ignoreer en uit te sluit; die behoefte om ander te versorg: om hulpelose mense te versorg, te help en te beskerm; en die behoefte aan beskerming, simpatie en hulp van ander" (Meyer, Moore en Viljoen, 1997:398).
3 Dit ontstel my wanneer 'n persoon met AS iets vir my probeer vertel en ek dit nie kan verstaan nie.	"Caregivers who don't understand what a resident said should gently ask the resident to repeat; the caregiver can even anticipate and offer a guess at what the resident is trying to say" (Todd, 2002:52).
4 Ek is dankbaar dat ek nie AS het nie.	-
5 Ek probeer om normaal teenoor 'n persoon met AS op te tree en die afwyking te ignoreer.	"Our frame of reference should no longer be person-with-DEMENTIA, but PERSON-with-dementia" (Kitwood, 1997). "Mense wat in 'n atmosfeer van onvoorwaardelike aanvaarding funksioneer, is mense wat deur betekenisvolle ander aanvaar word vir dit wat hulle is, net soos hulle is. Hulle word dus as persone aanvaar met bepaalde behoeftes wat eie aan hulleself is en hierdie behoeftes word nie aan die behoeftes van ander gemeet nie. Dit beteken dat die mense nie aan bepaalde voorwaardes hoef te voldoen om die positiewe agting van ander te ontvang nie en dat hulle daarom al hulle behoeftes kan erken en hulle gevoelens kan uitleef" (Meyer, et al., 1997:501).
6 Ek voel ongemaklik en vind dit moeilik om te ontspan in die teenwoordigheid van 'n persoon met AS.	"Reinforcement theory also posits that you will like a person when you experience rewards in the presence of that person... an interesting implication of this view is that you can come to like (or dislike) someone not because of who he or she is, but because of good (or bad) things that happen to you in his or her presence" (Sternberg, 1995:510).
7 Ek is bewus van die probleme wat 'n persoon met AS moontlik kan hê.	"It is important for caregivers to understand the progression of the disease from its early stage of mild symptoms through the moderate and severe stages" (Peete, 2002:42).
8 Ek voel onseker aangesien ek nie weet hoe om teenoor 'n persoon met AS op te tree nie.	"The people who have received the training say they understand their patients better" (Journal of Periodontology, 70:711-723, 1999 on http://www.nursingmanagement.com).
9 Ek bejammer nie 'n persoon met AS nie.	"Negative attitudes toward disability are expressed by avoidance, anxiety, overprotectiveness, pity, segregation, alienation and rejection" (Goddard en Jordan, 1998:307).
10. Na gereelde kontak (interaksie), vind ek dat ek die persoon raaksien en nie net die siekte/afwyking nie.	"Moreover, such depersonalizing attitudes were often reflected in care settings in which the humanity of people with dementia was undermined by a 'malignant social psychology'" (Kuhn, Ortigara en Kasayka, 2000:9).

Stellings: PERSEPSIE	Verwysings uit die literatuur
11 Ek is bang om 'n persoon met AS direk in die oë te kyk.	"They can keep residents focused by maintaining eye contact with them, speaking and reassuring in a calm manner" (Todd, 2002:52).
12 Ek is geneig om net vinnig kontak met persone met AS te maak en so gou as moontlik dit af te handel.	"Caregivers should also know how to reassure residents during all interactions and make them feel safe and comfortable as possible" (Todd, 2002:52).
13 Ek sidder vir die gedagte dat ek moontlik ook eendag AS kan hê.	<p>"What matters above all is the attitude we take toward suffering, the attitude in which we take our suffering upon ourselves" (Frankl, 1959:178 in Meyer, et al., 1997:545).</p> <p>"Volgens Frankl kom ryp persone tot 'n vergelyk met die tragiek van die lewe en wel op so 'n wyse dat dit nie hulle lewensvreugde demp nie, maar juis hulle geloof in die sin van die lewe verdiep. Frankl beskou 'n ryp persoon as 'n persoonlike getuie van die feit dat daar sin in lyding, skuld en die dood te vind is" (Meyer, et al., 1997:569).</p>
14 Ek voel ongeletterd en oningelig teenoor 'n persoon met AS.	<p>"Training caregivers to understand and implement the fundamentals of dementia care is the only way to establish a foundation for quality care" (Todd, 2002:52).</p> <p>"Studies which evaluate the knowledge-base of care assistants on communication emphasise the need for in-service training..." (Bryan en Maxim, 1998:121).</p>
15 15. Ek is geneig om 'n persoon met AS te ignoreer.	"Hoe nader die organisme aan 'n negatiewe stimulus beweeg, hoe sterker is die neiging om die stimulus of objek te vermy" (Meyer, Moore en Viljoen, 1997:326).
16 Persone met AS vereis ekstra individuele aandag wat tot die nadeel van ander persone (sonder AS) in die versorgingseenheid kan wees.	"Dementia care providers who insist on quality care go above and beyond fundamentals when it comes to resident safety" (Todd, 2002:52).
17 'n Persoon met AS se gedrag vereis meer geduld as die van 'n persoon sonder AS.	<p>"The focus of the fundamental training must encompass how to reduce confusion, while enhancing residents' ability to communicate, residents' safety needs and staff capabilities in managing behavioural changes" (Todd, 2002:52).</p> <p>"Administrators must emphasize to caregivers the importance of being patient and calm with confused residents" (Todd, 2002:52).</p> <p>"Handling aggressive behaviour in Alzheimer's residents is one of the most difficult aspects of dementia care" (Todd, 2002:54).</p>
18 Daar behoort nie van gewone verpleegsters verwag te word om na persone met AS om te sien nie.	"But, because dementia residents have such diverse needs, it's essential that administrators never compromise high standards and only hire caregivers with experience and who are dedicated to excellent care for the frail elderly and are respectful to them" (Todd, 2002:54).

Stellings: PERSEPSIE	Verwysings uit die literatuur
19 Om na 'n persoon met AS om te sien sal te veel moeite wees.	"But, because dementia residents have such diverse needs, it's essential that administrators never compromise high standards and only hire caregivers with experience and who are dedicated to excellent care for the frail elderly and are respectful to them" (Todd, 2002:54).
20 Gewone verpleegsters beskik oor die basiese kennis en vaardighede om enige bejaarde te versorg, insluitend 'n persoon met AS.	"All too frequently, staff members are transferred into an Alzheimer's / dementia unit with little or no preparation to meet the challenges of care in this environment" (Peete, 2002:42).
21 Ek is bereid om 'n ander professionele persoon (bv. spraakterapeut, sielkundige, neuroloog, arbeidsterapeut) toe te laat om my te help en raad te gee aangaande die hantering van 'n persoon met AS.	"It takes an administrator with extensive expertise in the environmental and clinical management of dementia residents to ensure that those caregivers are properly supervised and trained" (Todd, 2002:52).
22 Ek is bereid om vir verdere opleiding te gaan ten einde met 'n persoon met AS te kan kommunikeer.	"For caregivers to consistently communicate better with residents, they must be repeatedly trained." (Todd, 2002:52). "Although NAs [nursing assistants] are the staff members who spend the greatest amount of time with nursing home residents with dementia, they receive the least training" (Haak, 2003:29).
23 Ek glo in pasiëntesorg en om die pasiënt se belange eerste te stel.*	"The most important aspect of dementia care is having quality care givers" (Todd, 2002:54).
24 Ek vind dit neerdrakkend om met 'n persoon met AS te werk.*	"...clinical depression occurs in 50% of caregivers. Because stressed caregivers may find it difficult to maintain appropriate patient care, caregiver health is vital" (Griffith, 2002:23).

* **Sleutel:** Vrae verleen uit die vraelys van: Dajee, Y. (2002) *Attitudes of a group of Speech-Language Pathologists towards management of patients with Alzheimer's Dementia*. Ongepubliseerde verhandeling: Universiteit van die Witwatersrand.

- **Afdeling C: Kennis**

Vrae 1 tot 46 van hierdie afdeling bestaan uit meervoudige keusevrae en is geformuleer ten einde die deelnemers se kennis van AS te bepaal. Kennisvrae is in hierdie vraelys ingesluit, aangesien kennis dikwels die grondslag vorm van bepaalde gedrag of bydra om persepsie te vorm. Daar is van die deelnemers verwag om by elke stelling een van die volgende gegewe opsies met 'n kruisie te merk: WAAR, VALS, WEET NIE. Die vrae is vanuit die literatuur geformuleer om die volgende afdelings van die fenomeen AS te dek: aard en omvang, prevalensie, oorsake, algemene simptome, kommunikasiesimptome, intervensie en differensiaaldiagnose. Daar is verder ook van 'n aangepaste bestaande vraelys gebruik gemaak, naamlik: *The knowledge of memory aging questionnaire: Effects of adding a "don't know" option*. (Cherry, Brigman, Hawley en Reese, 2003). Laasgenoemde vraelys evalueer algemene kennis van normale en patologiese geheueveroudering en kan gebruik word deur studente, ouer volwassenes en diensleweraars wat met bejaardes werk. Die vraelys bestaan uit 28 WAAR / VALS stellings en dek 'n breë spektrum van geheue-eienskappe wat in normale veroudering en abnormale geheueafwykings (bv. volwasse demensie) voorkom. Aangesien hierdie studie slegs fokus op persone met AS en nie normale veroudering nie, kon slegs nege vrae in die oorspronklike vraelys gebruik word, naamlik Vrae 5, 8, 9, 11, 12, 15, 18, 22, 26.

- **Afdeling D: Behoeftebepaling**

Vrae 1, 2 en 3 van hierdie afdeling is hoofsaaklik algemene vrae en bestaan onder andere uit die rangskikking van gegewe opsies en oop vrae. Die doel van hierdie afdeling is om 'n behoeftebepaling te doen. Die doel van 'n behoeftebepaling rakende kommunikasie is om te bepaal wat die moontlike kommunikasie-eise en verwagtinge is wat die betrokke konteks op die persone plaas (Hartley, 1995).

Die deelnemers se keuse van opleiding is bepaal deur die vier gegewe opsies na voorkeur te rangskik (Vraag 1). Die deelnemers se addisionele behoeftes en menings aangaande AS, is deur middel van afsonderlike oop vrae bepaal. Die oop vrae is gebruik om meer inligting in verband met die voorafgaande geslote vrae te kry en daar is nie met vooraf geformuleerde antwoordkategorieë voorsiening gemaak vir moontlike response op die vrae nie. Aangesien hierdie tipe vraag tydrowend is om te kodeer, is die aantal oop vrae deur die navorser tot 'n minimum beperk.

3.5.3 Onderhoudvoering

- **Doel en Rasionaal:**

"Semistructured interviews are verbal approximations of a questionnaire with explicit research goals" (Fetterman, 1998:38). Hierdie data-insamelingsmetode is aanvullend tot die geslote vrae wat in die vraelyste gebruik is. Die navorser is ook op hierdie wyse die geleentheid gebied om die deelnemers van haar studie te ontmoet. Aangesien hierdie proses van data-insameling tydrowend is (Wisker, 2001) soos die tyd wat dit neem om die onderhoud op te neem, sowel as die transkribering daarvan het die navorser die aantal die vrae beperk.

- **Prosedure:**

'n Semigestruktureerde onderhoud is vir ongeveer 15 minute individueel met elke deelnemer gevoer om te voorkom dat die deelnemers se antwoorde mekaar beïnvloed. Slegs vier oop vrae is aan elke deelnemer gevra. Die navorser het seker gemaak dat die vrae op so 'n wyse geformuleer is dat dit nie te lank is nie, nie meer as een konsep per vraag bevat nie, geen tegniese terme bevat nie en dat die vrae nie tot moontlike vooroordele kan lei nie (Wisker, 2001; Robson, 1993).

- **Bepunting:**

Die inligting in verband met die deelnemers se persoonlike emosies, gevoelens, insigte, ervarings, asook sensitiewe kwessies wat van hierdie vrae ingewin is, is gebruik om die inligting wat uit die vraelyste verkry is, aan te vul (Wisker, 2001). Die kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsmetodes het dus gelei tot die versterking van die navorsingsbevindinge asook die geldigheid daarvan (Malterud, 2001). Die deelnemers se response is vervolgens deur middel van 'n diskoersanalise ontleed en opgeteken. Zeeman, Poggenpoel, Myburgh en Van Der Linde (2002:96) beweer: "*This process (DA) opens up space for alternative reflections that could lead to change.*" Die leser word verwys na die volledige bespreking van diskoersanalise onder data-analise en -verwerkingafdeling (3.6.3).

Tabel 9 dui die vier oop vrae wat tydens die pretoets in die semigestruktureerde onderhoud deur die navorser gevra is, vervolgens aan. Hierdie vrae is geformuleer vanuit die literatuur en die betrokke motivering vir die insluiting van die betrokke oop vraag word telkens langs die vraag aangedui.

Tabel 9: Oop vrae van semigestruktureerde onderhoud tydens pretoets (Fase 1c)

PRETOETS	
Oop vraag	Motivering vanuit die literatuur
i. As u die woord Alzheimer-siekte hoor, waaraan dink u (wat is die eerste gedagte wat by u opkom)? (What is the first thought that comes to mind when you hear the words "Alzheimer's disease"? What do you think of?)	"Providers have been forced to rethink the physical and staffing structure of their residences to accommodate the very special needs of these residents" (Peete, 2002:42).
ii. Vertel my meer van u ervaring met persone met AS. (Tell me more about your experience with persons with Alzheimer's disease.)	"The challenge to caregivers is to 'enter the resident's world', to try and understand the situation from the resident's point of view and to figure out what the resident is attempting to communicate" (Peete, 2002:44).
iii. Wat is u gevoel / persepsie teenoor AS? (What is your perception regarding a person with Alzheimer's disease?)	"The literature on disabilities supports the fact that negative attitudes toward the disabled exist and can affect behaviour" (Goddard en Jordan, 1998:307).
iv. Wat is u behoeftes aangaande persone met AS? (What needs do you have in terms of dealing with a person with Alzheimer's disease? What would you like to know more about?)	"Long term care giving, in general, is an emotionally and physically demanding profession. Providing care for a resident with Alzheimer's disease is even more challenging" (Peete, 2002:44).

Die vier oop vrae wat tydens die posttoets in die semigestruktureerde onderhoud deur die navorser gevra is, is as volg in Tabel 10 aangedui. Soos in die geval van die pretoets is die vrae weereens vanuit die literatuur geformuleer en die motivering vir insluiting is telkens langs die vraag aangedui.

**Tabel 10: Oop vrae van semigestruktureerde onderhoud tydens posttoets
(Fase 3c)**

POSTTOETS	
Oop vraag	Motivering vanuit die literatuur
i. Vertel my van die werkwinkel. Wat het u geleer? (Tell me about the workshop. What did you learn?)	"Providers who have successful Alzheimer's units report that staff training is critical to providing the specialized care required by the residents with Alzheimer's. Failure to provide training often results in employee burnout and frustration and reduced quality of care" (Peete, 2002:42).
ii. Wat met betrekking tot AS het vir jou verander sedert die werkwinkel? (What has changed for you since the workshop-regarding AD?)	"After training, the participants (nursing assistants) reported improved knowledge of AD and communication, as well as an improved attitude toward AD" (Hopper, 2001:311).
iii. Hoe voel u nou daarvoor om met 'n persoon met AS in interaksie te verkeer? Hoe vergelyk dit met voorheen? (How do you feel about interacting with a person with AD now? How does this compare to before?)	"The attitudes of nurses and other health care professionals are believed to influence their interactions with people who have disabilities" (Goddard en Jordan, 1998:307).
iv. Waaroor voel u onseker? Kan u meer daaroor sê of voorbeelde noem van wat u bedoel? (What do you NOT feel confident / assured about? Can you elaborate or give examples?)	-

3.5.4 Werkswinkel

'n Werkswinkel is as opleidingsmedium geselekteer. 'n Stel riglyne alleen verbeter nie werklik die hantering van 'n siektetoestand nie. Opleidende en organisatoriese verandering is nodig om te verseker dat die beste versorgingsplan toegepas word (Young en George, 2003). Deur die sorggewers van persone met AS op te lei in verband met kommunikasieonderbreking en strategieë vir die hantering daarvan, sal kommunikasie meer effektief plaasvind met persone met AS (Doody, Stevens, Beck, Bubinsky en Kaye, 2001 in Dajee, 2002) en derhalwe ook optimale versorging aanmoedig (Hopper, 2001). Hierdie werkwinkel is opgestel in ooreenstemming met die beginsels van die persoongerigte benadering in demensiesorg, soos voorgestel deur Kitwood (1997), en op die spesifieke behoeftes wat geanaliseer (Vraelys 1, Afdeling D) en geïdentifiseer is tydens die diskoersanalise deur die navorser. Die derde subdoelstelling is dus hierdeur beantwoord deur op grond van die ingesamelde data en

'n literatuuroorsig, die inhoud van 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel te bepaal en die werkswinkel aan te bied. Die werkswinkel is die opleiemedium wat vir 'n paradigmaskuif van die mediese model na 'n meer persoongerigte benadering in demensiesorg. Spesifieke kommunikasietegnieke is gemodelleer ten einde meer suksesvolle interaksie met die persone met AS tydens die verskillende fases van die siektetoestand te fasiliteer, aangesien praktiese toepassing van dit wat geleer word noodsaaklik is tydens opleidingsituasies. Bylae I gee 'n volledige uiteensetting van die werkswinkel.

Die 4-uur lange opleidingswerkswinkel is gerig op kommunikasie-intervensie en gebaseer op programme wat reeds in die literatuur bespreek word (Peete, 2002; Done en Thomas, 2001; Goddard en Jordan, 1998; Bryan en Maxim, 1998; Maxim, Bryan, Axelrod, Jordan en Bell, 1998).

Peete (2002) meld dat die komponente van 'n goeie AS / demensieopleidingsprogram op drie areas moet fokus: Om begrip te toon vir die siektetoestand, vaardighede aan die verpleegpersoneel oor te dra ten einde die persoon met AS te hanteer en om strategieë aan familie en sorggewers voor te hou om die emosionele uitdagings wat AS aan hulle stel te hanteer. Die volgende aspekte is onder die loep geneem tydens die werkswinkel en pas in by die drie terreine waaruit 'n AS opleidingsprogram behoort te bestaan (Tabel 11).

Tabel 11: Aspekte wat ingesluit is in die werkwinkel asook die motivering daarvoor

Aspek van werkwinkel	Motivering vanuit die literatuur
<ul style="list-style-type: none"> • Normale veroudering 	<p>“An understanding of common aging changes is essential to ensure competent gerontological nursing practice. Such knowledge can aid in promoting practices that enhance wellness, reducing risks to health and well-being, and identifying pathology in a timely manner” (Eliopoulos, 1993:60).</p> <p>“...the lapses of memory associated with normal aging are quite different from the severe memory dysfunction observed in persons with progressive dementia syndromes such as Alzheimer’s disease” (Cherry, et al., 2000:196).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ‘n Beskrywing van Alzheimer-siekte (AS) • Algemene inligting met betrekking tot AS (prevalensie, risikofaktore en moontlike oorsake van AS, 3 fases en simptome) 	<p>“Understanding the progression of the disease allows the caregiver to respond appropriately to residents’ symptoms as they occur” (Peete, 2002:42).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose van AS 	<p>“Early diagnosis and treatment of Alzheimer’s disease, a chronic, debilitating disease, can delay cognitive, functional, and behavioral declines in afflicted patients” (Griffith, 2002:13).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hantering van ‘n persoon met AS (“ou” en “nuwe” sienings van versorging) 	<p>“Caring for the frail elderly should never be about just amenities; rather, as administrators must remind themselves every day, it’s about humanity” (Todd, 2002:54).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medikasie vir die persoon met AS 	<p>“Numerous clinical trials show that second-generation ChE inhibitors (donepezil, rivastigmine, and galantamine) have beneficial effects on the cognitive, functional, and behavioral symptoms of Alzheimer’s disease and may benefit both patients and caregivers” (Griffith, 2002:23).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme met betrekking tot kommunikasie wat persone met AS kan ervaar en die hantering daarvan 	<p>“Basic to training is a clear understanding of the effect of Alzheimer’s disease on communication. It falls to the caregiver to find ways to improve communication verbally and nonverbally” (Peete, 2002:42).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme met betrekking tot aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL) en die hantering daarvan • Probleme met betrekking tot sluk wat persone met AS kan ervaar 	<p>“In the late stage of the disease, residents often experience severe language deterioration and are unable to communicate with words... difficulty swallowing, total care for ADLs, and possibly incontinence. The caregiver who understands this progression is better able to monitor the resident’s health</p>

	status and to assist both the resident and the resident's family" (Peete, 2002:42).
<ul style="list-style-type: none"> • Praktiese voorstelle om suksesvolle interaksie met 'n persoon met AS wat 'n gehoorverlies het te fasiliteer 	"Social isolation can be a serious threat because people sometimes avoid the aged person with a hearing deficit due to the difficulty in communication. Those working with the aged can minimize the limitations caused by hearing deficits" (Eliopoulos, 1993:263-264).
<ul style="list-style-type: none"> • Gevallestudies 	"They (both personal and professional caregivers) need to learn the previously mentioned strategies to enhance interactions and have an opportunity to practice strategies before implementing them with patients" (Hopper, 2001: 311).

3.5.5 Vertrouenswaardigheid van werkwinkel

Na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkwinkel is 'n vooraf opgestelde vraelys wat bestaan het uit 24 geslote stellings en twee oop vrae (Bylae J) aan die deelnemers gegee. Hierdie vraelys is gebruik om die vertrouenswaardigheid van die werkwinkel te bepaal. Die deelnemers moes aan die hand van 'n vyfpunt-Likertskaal aandui in watter mate hulle met elk van die 24 geslote stellings saamstem. Opsies het gevarieer van: ALTYD, MEESTE VAN DIE TYD, GEREELD, SOMS of NOOIT.

3.6 PROSEDURES

3.6.1 Voorstudie

'n Voorstudie is deur Strydom (1998) beskryf as 'n manier waarop die navorser haarself kan oriënteer oor die studie wat sy beoog ten einde deeglike agtergrondkennis daaroor te verkry. Dit vorm 'n integrale deel van die navorsingsproses en is in hierdie studie beskou as 'n voorvereiste vir die suksesvolle uitvoering en voltooiing daarvan.

Die voorstudie is uitgevoer op twee Engelssprekende persone en drie Afrikaanssprekendes wat aan die deelnemerseleksiekriteria voldoen (soos bespreek in 1.4.1). Hierdie persone is nie in diens van die betrokke instansie nie, aangesien die aantal deelnemers wat deel vorm van die hoofstudie beperk is. Die voorstudie behels dat die navorsingsinstrument (vraelys en semigestruktureerde onderhoud) wat gebruik is in die studie, vooraf getoets word deur 'n verteenwoordigende persoon. Sodoende het die navorser die geleentheid gekry om onvoorsiene probleme met administrasie,

kodering en analisering van die vraelys en onderhoud te bepaal. Dit was waardevol in die toets van die instrumente vir misleidende of dubbelsinnige vrae en verder het dit ook aan die navorser 'n aanduiding gegee van die tydsduur wat dit die deelnemers sou neem om die vraelys te voltooi (Guy, Edgley, Arafat en Allen, 1987).

Aangesien dit die doel van die voorstudie is om die sukses en effektiwiteit van die navorsingstudie te verbeter (Strydom, 1998), is daar ruimte in die vraelys en onderhoudstruktuur gelaat vir moontlike aanpassings om die kritiek en kommentaar soos deur die voorstudiedeelnemers aanbeveel, te akkommodeer.

Die persone het egter geen aanbevelings of kritiek op die vraelys en vrae van die semigestruktureerde onderhoud gehad nie en het gemeld dat die vrae relevant, ondubbelsinnig en maklik verstaanbaar was. Dit het die persone ongeveer 20 minute geneem om die dekbrieff deur te lees en die vraelys te voltooi.

3.6.2 Data-insamelingsprosedures

3.6.2.1 Stappe wat gevolg is tydens inisiële kontak met die instansie en deelnemers

- Die matrone van die geselekteerde versorgingseenheid is vooraf telefonies geskakel en is daarna persoonlik besoek ten einde toestemming vir die uitvoering van die navorsingsprojek te verkry. Tydens hierdie afspraak is die doel en prosedures van die studie aan die matrone verduidelik. 'n Voorbeeld van die vraelys is aan haar voorgehou en 'n toestemmingsbrief vir die uitvoer van die studie is onderteken (Bylae B).
- Die matrone is gevra om op grond van die vooraf gestelde seleksiekriteria, deelnemers van haar verpleegpersoneel te identifiseer.
- Die navorser het die vier potensiële deelnemers ontmoet, haarself en die tweede merker bekendgestel en die rasionaal van die studie aan die deelnemers verduidelik, asook die verskillende fases waaruit die studie bestaan.
- Toestemming vir deelname aan die studie is van die deelnemers verkry, want hulle het 'n vooropgestelde toestemmingsbrief (Bylae C) voltooi. 'n Kopie van die ondertekende toestemmingsbriewe is tydens die volgende kontakssessie aan die deelnemers oorhandig.
- Vertroulikheid van die deelnemers se inligting wat ingewin is deur die vraelyste, is

aan hulle verseker.

3.6.2.2 Stappe wat gevolg is met die insameling van data met betrekking tot die waarneming van interaksie tussen deelnemers en persone met AS

- Soos reeds genoem, het die deelnemers kennis gedra van die verskillende fases waaruit die studie bestaan en dus ook van Fase 1 van data-insameling.
- Die navorser het eerstens die waarneming gedoen, sodat die deelnemers se gedrag teenoor persone met AS nie gerig kon word deur die stellings wat in die vraelyste gemaak word nie. Sodoende sou die interaksie meer natuurlik wees.
- Daar is verbale toestemming vir die uitvoering van die studie van die persone met AS deur die navorser verkry, alhoewel hulle nie in hierdie studie as *deelnemers* gebruik is nie. Die navorser ondersteun die stelling wat deur Sugden (2005:14) gemaak is: “...*putting the older person at the centre of their care and requiring their consent for intervention does highlight the ethos of empowering older people.*”
- Waarneming van die interaksie tussen deelnemers en persone met AS (Fase 1a van data-insameling) het vir 'n periode van drie dae geduur.
- 'n *Diamond: Portable cassette recorder (DX 200)* en *TDK: D90* –kasset is gebruik tydens die opnames.
- Die navorser en tweede merker het tydens die interaksie in die hoek van die kamer gestaan sodat die deelnemers nie deur hulle teenwoordigheid gehinder kom word nie en om te verseker dat deelnemers se gedrag 'n refleksie van die werklikheid was.

3.6.2.3 Stappe wat gevolg is met die insameling van data met betrekking tot die voltooiing van die vraelys en semigestruktureerde onderhoud

- Daar is op 'n spesifieke dag en tyd besluit waartydens Fase 1b van die data-insamelingsprosedures plaasgevind het.
- Die matrone is versoek om 'n stil vertrek vir die data-insameling beskikbaar te stel.
- Tydens hierdie afspraak is die vraelyste persoonlik deur die navorser aan die deelnemers uitgedeel en hulle is gevra om die vraelyste in die teenwoordigheid van die navorser te voltooi.
- 'n Respondentnommer is aan elke deelnemer en vraelys toegeken.
- Die deelnemers is versoek om die vraelyste individueel te voltooi om sodoende nie mekaar se antwoorde te beïnvloed nie.

- Geen tydsbeperking is gestel vir die voltooiing van vraelyste nie.
- Na voltooiing het die deelnemers die vraelyste terugbesorg aan die navorser.
- Die navorser het vervolgens 'n onderhoud gevoer met elke deelnemer op 'n individuele basis. Sy het ter inleiding eers agtergrondinligting aan die deelnemer verskaf en daarna die vier vooraf opgestelde oop vrae as basis vir gespreksvoering aan die deelnemer gevra (1.5.3).
- Die onderhoud het plaasgevind in 'n stil vertrek by die versorgingseenheid en het tussen 15 - 30 minute per deelnemer geduur.
- Hierdie onderhoude is deur middel van 'n bandopnemer opgeneem, ten einde elke deelnemer se respons te transkribeer. Dit is later deur middel van diskoersanalise ontleed.

3.6.2.4 Stappe wat gevolg is met die aanbieding van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel vir die deelnemers (verpleegpersoneel)

- Resultate en response van die vraelys en diskoersanalise is saamgevoeg om 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel (Fase 2) vanuit die literatuur saam te stel. Hierdie werkswinkel het op die behoeftes en bekommernisse soos geïllustreer in die vraelys en diskoersanalise gefokus.
- Die werkswinkel het een week na afloop van die waarneming van die interaksie tussen die deelnemers en die persone met AS, plaasgevind.
- Die navorser en deelnemers het in die vorm van 'n semi-sirkel tydens die sessies gesit, sodat interaksie tussen die navorser en deelnemers gemaklik kon plaasvind.
- Elke deelnemer het 'n pen en uitdeeltuk, wat deur die navorser vanuit die literatuur opgestel is, ontvang.
- Die navorser het versoek dat die werkswinkel vir vier ure duur (08:00 - 12:00). Dit is in 'n stil vertrek by die versorgingseenheid, weg van enige moontlike steurings aangebied.
- Die werkswinkel is verdeel in vier sessies van ongeveer 45 minute elk met 'n 15 minute pouse na elke sessie. Tydens die pouses het die navorser verversings voorsien en die deelnemers is ook toegelaat om die badkamer te besoek.
- Die deelnemers is toegelaat om die navorser te onderbreek en om vrae te vra indien hulle enigiets nie verstaan het nie.
- Tydens die bespreking van gevallestudies het die navorser die onderskeie gevalle aan die deelnemers voorgedra. Die deelnemers het twee-twee na mekaar gedraai

om voorbeelde van gevalle te bespreek hoe suksesvolle kommunikasieinteraksie kan plaasvind aan die hand van toepaslike kommunikasieriglyne.

- 'n Wit skryfbord is deur die navorser gebruik om riglyne vir kommunikasie, wat tydens die gevallestudies gebruik is, te beklemtoon.
- 'n *Diamond: Portable cassette recorder (DX 200)* en *TDK: D90* –kasset is gebruik tydens opnames van die werkswinkel.
- Die werkswinkel het gefokus op teoretiese en praktiese benaderings, aangesien die praktyk berus op 'n teoretiese basis. Die praktiese riglyne was ook van meer nut vir die deelnemers, aangesien hulle dit dadelik tydens hul interaksies met persone met AS prakties kon toepas.
- Na afloop van die werkswinkel is die deelnemers die geleentheid gebied om vrae te vra. Elke deelnemer het 'n vooraf opgestelde vraelys individueel voltooi ten einde die vertrouenswaardigheid van die werkswinkel te bepaal.

3.6.2.5 Stappe wat gevolg is met die insameling van data met betrekking tot die posttoets

- Na afloop van die werkswinkel is die interaksie tussen deelnemers en persone met AS weereens persoonlik waargeneem (Fase 3a). 'n Tweede vraelys (Fase 3b) is aan die deelnemers gegee om te voltooi en 'n onderhoud (Fase 3c) is weereens individueel met elke deelnemer gevoer en deur middel van diskoersanalise verwerk. Die prosedure van data-insameling tydens hierdie fase het geskied soos dit reeds in fase 1a, b en c bespreek is. Sodoende het die navorser die moontlike veranderlikes wat resultate in die posttoets kon beïnvloed tot 'n minimum beperk.
- Na afloop van die posttoets en die ontleding van die resultate, het die navorser 'n kontakssessie met die deelnemers skeduleer om terugvoering van die navorsingsbevindinge te gee.
- Tydens hierdie sessie het die navorser ook die aspekte waaroor die deelnemers onseker was in oënskou geneem.
- Elke deelnemer het na afloop van die data-insamelingsperiode 'n serfitikaat vir deelname ontvang (Bylae K).
- Die navorser het ook na afloop van die studie haar dienste beskikbaar gestel aan die versorgingseenheid, sou daar enige verdere navrae wees en of daar 'n behoefte by die ander verpleegpersoneel ontstaan het om ook opgelei te word ten einde meer suksesvol met persone met AS te kommunikeer.

3.6.3 Data-analise- en verwerkingsprosedures

Die selle wat van die statistiese verwerking verkry is, was nie groot genoeg om betekenisvolle statistiese berekenings te doen nie. Hierdie data wat deur die navorser beskryf is, (voor en na die werkswinkel) is toe vanuit 'n kwalitatiewe oogpunt beskou.

3.6.3.1 Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) en Checklist of Listening Behaviours (Hartley, 1995)

Die aard en frekwensie van die verskeie aspekte van die deelnemers se pragmatiese- en luistergedrag is verwerk. Die resultate wat voor en na afloop van die werkswinkel verkry is, is vervolgens statisties en visueel deur middel van frekwensietabelle (verspreiding) en staafdiagramme voorgestel. 'n Vergelyking tussen die twee groepe resultate is getref en daar is verder ook verbande gelê tussen die verskillende veranderlikes.

3.6.3.2 Kodering van vraelyste

Die navorser het die projek by die Departement Inligtingstechnologie, Universiteit van Pretoria geregistreer, waar daar van 'n statistikus se hulp gebruik gemaak is om die navorser in te lig oor die opstel van 'n vraelys asook die statistiese voorskrifte vir dataverwerking. Die response wat van die geslote vrae van die vraelyste verkry is, is verwerk deur gebruik te maak van 'n koderingsstelsel. 'n Kode (syfer) is aan elke antwoord in die vraelys toegeken wat in 'n ooreenstemmende blokkie tot die vraag op die vraelys ingevul is. Dit het die navorser gehelp om die data te organiseer, kwantifiseer en te analiseer (Robson, 1993), sodat die navorser in staat sou wees om die inligting betekenisvol te kon ontleed en beskryf. Die data wat voor en na afloop van die werkswinkel verkry is, is vervolgens statisties en visueel voorgestel met behulp van frekwensietabelle en staafdiagramme.

Aangesien oop vrae moeilik analiseerbaar is en hierdie proses tydrowend is, is daar slegs twee oop vrae in die vraelys ingesluit. Die response op die vrae is deur die navorser deur middel van 'n inhoudsanalise ontleed en daarna saamgegroepeer in kategorieë wat deur die navorser opgestel is. Hierdie inligting is vervolgens ook in verband gebring met die resultate wat volgens diskoersanalise tydens die onderhoudvoering ontleed is.

3.6.3.3 Diskoersanalise

“Innovative methods of research such as conversation analysis, narrative analysis and discourse analysis would be useful when examining the use of language in this area of community mental health nursing” (Adams, 1998:620). Diskoersanalise as navorsingsmetode fokus op die sistematiese insameling, organisasie en inter-pretasie van data. Diskoersanalise maak eerder gebruik van die konteks en inhoud van die diskoers, as van die vorm (Guy, 2002). Daar is van ‘n semigestruktureerde onderhoud gebruik gemaak om diskoers te ontlok. Die doel van hierdie navorsings-metode is om ondersoek in te stel na die betekenis van sosiale verskynsels, soos ervaar deur die individu in ‘n natuurlike milieu (Malterud, 2001). Dit verskaf verder ook ‘n manier om die dinamiese verhouding tussen die individu, die omgewing en die siektetoestand te openbaar (Van Dijk, 1985 in Guy, 2002). Die vier verskillende oop vrae wat in die pre- en posttoetse aan die deelnemers gevra is, het ‘n wye verskeidenheid van response ontlok wat die navorser insig gegee het in die verskillende idees, gevoelens en persepsie wat die deelnemers het (Wisker, 2001). Daarmee saam sou dit moeiliker wees om die resultate te kwantifiseer, aangesien die navorser al die response van die deelnemers rapporteer het.

Vir hierdie studie het die diskoersanalise op die volgende manier plaasgevind (Guy, 2002):

- Die data wat van die semigestruktureerde onderhoud verkry is, is verbatim getranskribeer.
- Daarna is die teks herhaaldelik deurgelees en notas is in die kantlyn by sekere dele van die teks aangebring.
- Die notas is dan gelys en volgens kategorieë georganiseer.
- Die navorser het seker gemaak dat daar nie data in die proses van kategorisering verlore gaan nie, deur deurgaans terug te verwys na die oorspronklike teks en daarmee saam die notas binne konteks te beskou.
- Die kategorieë is herhaaldelik in oënskou geneem en die navorser het oorkoepelende temas geïdentifiseer met die doel om sekere patrone uit te lig en te benoem.

3.6.3.4 Triangulasie en vertrouenswaardigheid

Die navorser het van triangulasie gebruik gemaak ten einde die betroubaarheid van die kwalitatiewe data te verbeter (Robson, 1993). Triangulasie is om meer as een metode te gebruik ten einde verskillende insigte jeens die onderwerp te kry (Masterson, 2004). Dit is gedoen deur van:

- verskillende bronne van inligting gebruik te maak (die deelnemers, sowel as verwysings vanuit die literatuur);
- verskillende metodes van data-insameling gebruik te maak (kwalitatiewe-sowel as kwantitatiewe navorsingsmetodes: Verwys ook na 3.5.1 – 3.5.3);
- verskillende ondersoekers (tweede merker wat opgetree het as ko-evalueerder van fase 1, 2 en diskoersanalise asook deelnemers wat reflekteer het op die inhoud en verloop van die werkwinkel soos deur die navorser opgestel).

Aangesien die doelwitte, strategieë en bevindinge van elke fase van die studie met die deelnemers gedeel is, het die navorser sodoende dus die vennootskap tussen haar en die deelnemers erken (Wisker, 2001) en is die bevestiging en vertrouenswaardigheid van die studie ook versterk (Guy, persoonlike kontakmaking: 04/2003).

Die hoofleemte van kwalitatiewe navorsing hou verband met die betroubaarheid en geldigheid daarvan (Cox en West, 1986 in Pannbacker en Middleton, 1994). Lincoln (1992 in Wuest, King Ericson, Noerager Stern en Irwin 2001) meet die vertrouenswaardigheid van 'n kwalitatiewe studie aan die volgende kriteria: kredietwaardigheid (*credibility*), betroubaarheid (*dependability*), bevestigbaarheid (*confirmability*) en oordraagbaarheid (*transferability*). Hierdie studie se krediet-waardigheid setel in die feit dat die bevindinge 'n direkte refleksie van die deelnemers se ervarings is. Betroubaarheid en bevestigbaarheid is verkry deurdat daar verbatim data verkry is deur die semigestruktureerde onderhoude wat daarna met behulp van diskoersanalise verwerk is. Die rou data (voor die proses van diskoersanalise) is in Bylae H van die studie ingesluit. Oordraagbaarheid is beperk, aangesien die deelnemers van dieselfde kultuur is en die studie slegs binne een milieu uitgevoer is.

3.7 ETIESE OORWEGINGS

Die volgende etiese aspekte in verband met die deelnemers is in ag geneem tydens data-insameling:

- **Reg tot privaatheid en vrywillige deelname**

Deelnemers aan die navorsingstudie het 'n toestemmingsbrief onderteken waarin die positiewe en negatiewe aspekte en/of gevolge van deelname aan die studie aangetoon uitgelig is (Bylae C). Deelnemers is dus in staat om 'n ingeligte besluit te neem en op hierdie manier is samewerking ook bewerkstellig (Bless en Higson-Smith, 2000). Indien die geïdentifiseerde deelnemers nie wou deelneem aan die studie nie of op enige stadium wou onttrek, sou hulle op geen manier benadeel of tenagekom word nie.

- **Anonimiteit**

Die navorser stel in hierdie studie slegs belang in die data, eerder as die individuele resultate en die deelnemers is slegs uitgeken aan die nommer wat aan elkeen toegeken is (Bless en Higson-Smith, 2000). Hierdie deelnemernommers is op die vraelyste aangebring om te voorkom dat die navorser bevooroordeel optree.

- **Vertroulikheid**

Aangesien anonimiteit nie gehandhaaf kon word tydens die onderhoudvoering met die deelnemers nie en die navorser direkte kontak met die deelnemers gehad het, is die deelnemers daarvan verseker dat die inligting wat hulle verskaf konfidensieel hanteer word. Die data word slegs vir die doel van hierdie navorsingstudie gebruik en geen ander persoon sal toegang tot die onderhoudsdata hê nie (Bless en Higson-Smith, 2000).

Alhoewel die persone met AS nie in hierdie studie as *deelnemers* gebruik is nie, is daar nogtans verbale toestemming van die persone met AS vir die uitvoer van die studie verkry. Die navorser ondersteun die siening van Cuenod en Gasser (2003:19), naamlik: “...*the subject involved in a research project is also an ‘autonomous’ human being, possessing of all fundamental rights and deserving full respect.*” Aangesien die proses van interaksie 'n tweerigtingproses tussen persone is, is die persone met AS se interaksie met die verpleegpersoneel waargeneem. Die

persone met AS se kommunikasievaardighede is nie die kern van die studie nie.

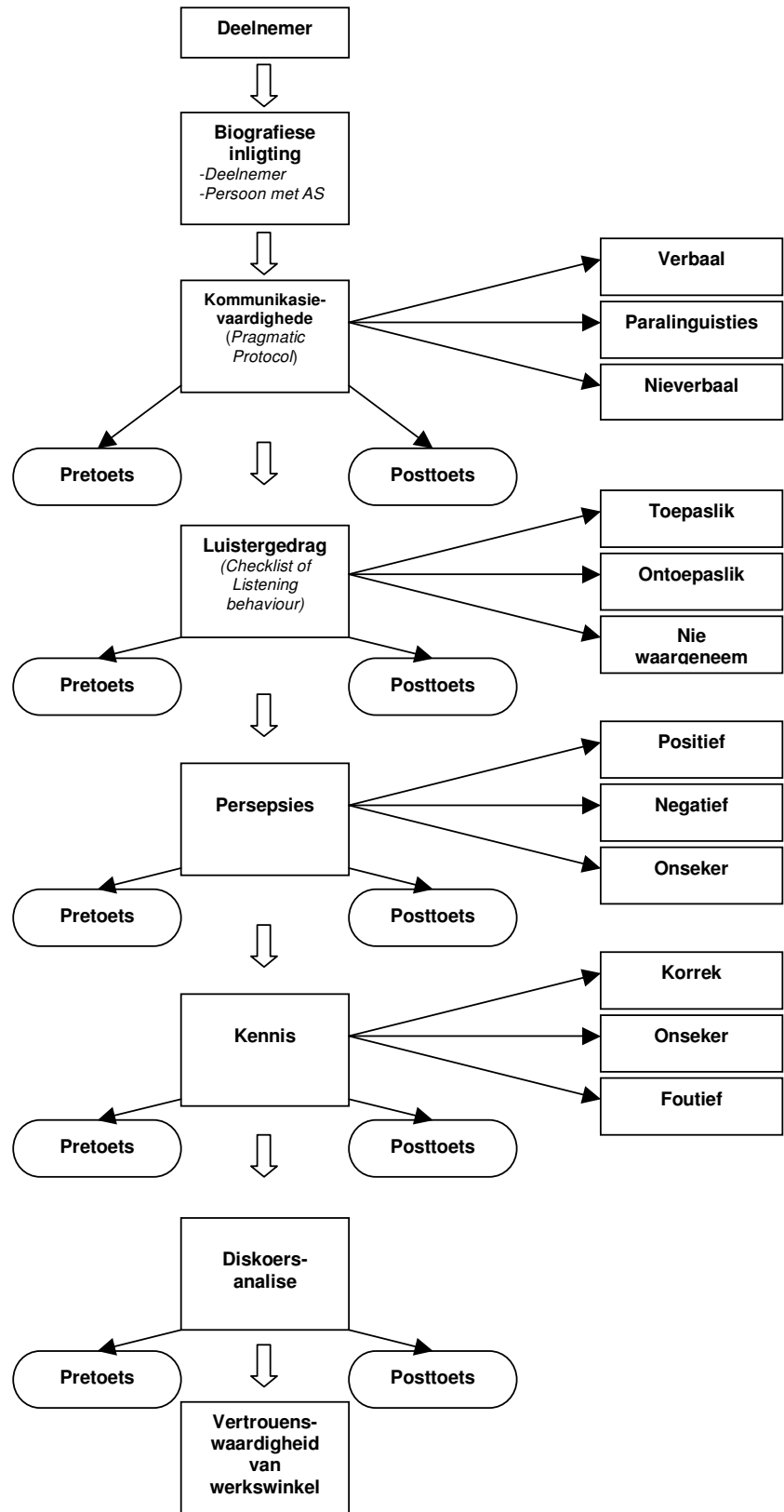
3.8 ETIESE KLARING

Hierdie studie is voorgelê aan die Universiteit van Pretoria se Navorsings- en Etiese komitee vir goedkeuring, voordat dit uitgevoer is (Bylae A).

In Hoofstuk 3 is die navorsingsmetodiek wat in die studie gevolg is bespreek ten einde die reproduksie van die studie moontlik te maak. Die hoof- en subdoelstellings is uiteengesit, gevolg deur die tipe navorsingsontwerp wat gevolg is. 'n Beskrywing van die vier deelnemers en die kriteria waaraan hulle moes voldoen is uiteengesit, asook die gerieflikheidssteekproef, materiaal en apparaat wat vir die uitvoer van die studie gebruik is. Stappe wat gevolg is met die insameling en verwerking van data is puntsgewys uiteengesit. Laastens is die etiese aspekte wat in hierdie studie in aggeneem is bespreek.

HOOFSTUK 4 - RESULTATE

Aangesien die navorsingsontwerp wat in hierdie studie gevolg is veelvuldige enkelgevallestudies is, is die resultate wat verkry is tydens die data-insamelingsprosedures van elke deelnemer georden en aan die hand van gestelde subdoelwitte bespreek. Op grond hiervan sal die hoofdoel van die studie, naamlik om ondersoek in te stel na die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met Alzheimer-siekte (AS) in 'n versorgingseenheid, voor en na die aanbieding van 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel vir die verpleegpersoneel, bereik word. Elke deelnemer se resultate wat verband hou met die onderskeie subdoelstellings word apart aangebied en bespreek. Die spesifieke vrae uit die vraelyste wat vir die betrokke subdoelwit gebruik is, word ook aangedui. Die resultate word dan ook kwalitatief en kwantitatief georganiseer en opgesom deurdat dit uiteengesit word deur van staafdiagramme, tabelle en die narratiewe vorm gebruik te maak. Daarna word die resultate in Hoofstuk 5 (Bespreking van resultate) geïnterpreteer, bespreek en in verband gebring met die relevante literatuur. 'n Vloediagram (Figuur 4), wat die volgorde waarin die resultate bespreek is aandui, sien soos volg daar uit.



Figuur 4: Volgorde van bespreking van onderskeie repondente se resultate

DEELNEMER 1

1 Biografiese inligting

Deelnemer 1 is 'n 45-jarige vrou van Sepedi afkoms. Sy is die oudste deelnemer aan die studie. Deelnemer 1 het verder in Vraelys 1, Afdeling A aangedui dat sy veeltalig is, aangesien sy Engels, Afrikaans, Tswana en Zulu magtig is. Sy het in Julie 2003 haar kursus in hulpverpleging voltooi en is tans permanent in diens geneem by die betrokke versorgingseenheid waar sy daagliks vier persone met AS versorg. Sy het ook ervaring van hierdie siektetoestand, aangesien sy familie en vriende ken wat AS het.

Tydens die pretoets is Deelnemer 1 se interaksie met Persoon A, wat in die laat fase van AS is, waargeneem. Persoon A is 'n 92-jarige Afrikaanssprekende vrou wat die afgelope ses jaar (sedert 1997) 'n inwoner van die versorgingseenheid is. Daar kon nie vasgestel word wanneer en deur wie sy met AS gediagnoseer is nie. Persoon A ervaar ook 'n gehoorverlies (aard en graad onbekend) asook visuele probleme.

As gevolg van logistiese probleme kon Deelnemer 1 se interaksie met Persoon A nie tydens die posttoets waargeneem word nie. Deelnemer 1 se interaksie is wel met Persoon C, wat 'n 85-jarige Engelssprekende vrou is, gedokumenteer. Persoon C is reeds in 1996 met AS gediagnoseer, alhoewel sy eers in Januarie 2001 in die versorgingseenheid opgeneem is. Die fisiese en kommunikatiewe simptome waarmee Persoon C presenteer dui daarop dat sy tans in die laat fase van AS is. Addisionele probleme wat in Persoon C se lêer gedokumenteer is, is dat sy 'n heupvervanging gehad het, psoriasis (veltoestand) het en 'n verskeidenheid medikasie middels gebruik.

Subdoelstelling 1 en 4

Om die kommunikasievaardighede (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) en luistergedrag wat deur die verpleegpersoneel voor (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel gebruik word, te bepaal.

2 Kommunikasievaardighede

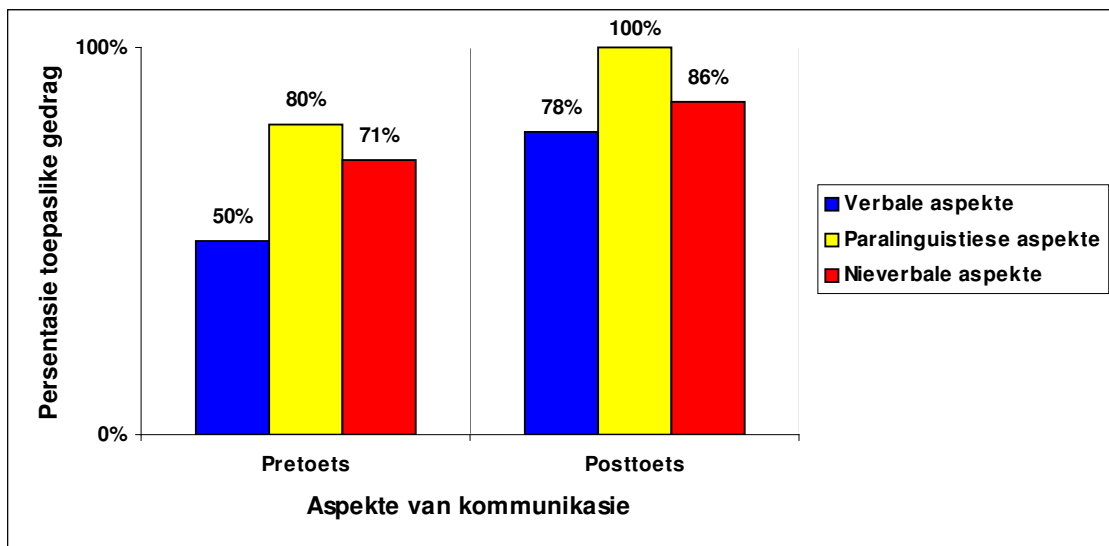
Die kommunikasievaardighede van Deelnemer 1 is waargeneem tydens haar interaksie met persone met AS en aan die hand van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987) geanaliseer. Die resultate van haar kommunikasievaardighede word onder die volgende drie hoofpunte (soos wat dit ook voorkom in die betrokke protokol) bespreek, naamlik:

2.1 Verbaal

2.2 Paralinguisties

2.3 Nieverbaal

Pragmatiese gedrag word beskryf as 'toepaslik' wanneer interaksie met persone met AS gefasiliteer is of neutraal bly of as 'ontoepaslik' wanneer kommunikasie-onderbreking waargeneem is of die persoon met AS tydens die interaksieproses gepenaliseer is (soos reeds aangedui in 3.5.1).



Figuur 5: Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 1 volgens die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987)

Figuur 5 dui die persentasie toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 1 aan soos waargeneem tydens die pre- en posttoets.

2.1 Tydens die pretoets het Deelnemer 1 toepaslike verbale kommunikasiegedrag gebruik vir 50% van die aspekte van hierdie betrokke afdeling van die

Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987). Daar is tydens die posttoets 'n toename in toepaslike verbale kommunikasiegedrag by Deelnemer 1 waargeneem en daar is gedokumenteer dat Deelnemer 1 toepaslik gereageer het op 78% van die verbale aspekte.

2.2 Soos in die geval van die verbale aspekte, is daar ook 'n toename in toepaslike paralinguistiese kommunikasiegedrag. Deelnemer 1 het toepaslik gereageer op 80% van die paralinguistiese aspekte tydens die pretoets. Toepaslike kommunikasiegedrag is vir al die aspekte van hierdie afdeling (100%) tydens die posttoets waargeneem.

2.3 Daar is ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag, aangesien Deelnemer 1 toepaslik gereageer het op 71% van die aspekte tydens die pretoets en op 86% van die aspekte tydens die posttoets.

Vervolgens word die aspekte van verbale kommunikasievaardighede wat geëvalueer is volgens die toepaslikheid of ontoepaslikheid soos waargeneem tydens die pretoets en daarna soos tydens die posttoets bespreek.

2.1 Verbale aspekte

- **Spraakaksies**
- **Gesprekstema**
- **Beurtnaam**
- **Woordkeuse en sinskonstruksie**
- **Stilistiese variasies**

❖ Pretoets

- **Spraakaksies**

Deelnemer 1 het 'n verskeidenheid spraakaksies gebruik tydens interaksie met die persoon met AS. Deelnemer 1 het kommentaar gelewer (byvoorbeeld: *“Ek is nou klaar, sweetie. Kry jy koud, sweetie?”*) en versoeke aan die persoon met AS gerig (byvoorbeeld: *“Gee my hierdie hand hierso. Bietjie slap mevrou, asseblief.”*). Sy het verder ook beloftes gemaak deur vir die persoon met AS te sê: *“Ons gaan nou tee drink as ons klaar is.”* Die verskeidenheid spraakaksies wat tydens die pretoets waargeneem is, is toepaslik.

- **Gesprekstema**

Deelnemer 1 se keuse en voorstelling van 'n gesprekstema is tydens die pretoets toepaslik, dog beperk. Deelnemer 1 het byvoorbeeld aan die persoon met AS verduidelik dat sy die persoon met AS gaan laat stort om skoon te kom. Hierdie gesprekstema is relevant vir die konteks. Die tema is nie deur ondersteunende uitinge opgevolg nie en dit is ook nie verander nie. Aspekte van temahandhawing en -verandering is dus as ontoepaslik gedokumenteer, aangesien Deelnemer 1 nie addisionele temas wat toepaslik was vir die konteks en deelnemers in die interaksie kon aanwend nie.

- **Beurtnaam**

Tydens die pretoets is daar waargeneem dat Deelnemer 1 verskeie spraakaksies geïnisieer het (soos reeds genoem). Deelnemer 1 het ook op die persoon met AS se uitinge gereageer. Toe die persoon met AS sê: *“Dis koud”*, het Deelnemer 1 die volgende respons gehad: *“Ekskuus mevrou, ek is nou klaar.”* Alhoewel die gespreksituasie tussen Deelnemer 1 en persoon met AS uit losstaande stellings bestaan, het Deelnemer 1 nie gepoog om die gesprek te herstel wanneer daar onderbrekings voorgekom het nie. Die pouse wat verloop het tussen die sinne wat deur die persoon met AS gekommunikeer is, was te lank en is dus as ontoepaslik gedokumenteer. Deelnemer 1 het deur verbale response onmiddellike terugvoer aan die persoon met AS gegee. 'n Voorbeeld van terugvoer, naasliggendheid en voortvloeiendheid is soos volg: Die persoon met AS het gemeld dat sy koud kry, waarop Deelnemer 1 gereageer het: *“Kry jy koud, 'sweetie'? Ek's nou klaar, 'sweetie'.”* Deelnemer 1 se bydrae tot die gesprek was beperk en die inligting wat weergegee is, was onvoldoende vir die gespreksituasie. Aspekte van beurtnaam wat tydens die pretoets toepaslik was sluit insiëring, respons, terugvoer, naasliggendheid en voortvloeiendheid in. Aspekte wat ontoepaslike was sluit herstel, pouse, kwantiteit en bondigheid in. Onderbreking en oorvleueling is nie tydens die interaksie waargeneem nie.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Die akkuraatheid van die woordkeuse wat tydens die pretoets deur Deelnemer 1 gebruik is, was toepaslik. Deelnemer 1 het eenvoudige sintaksis gebruik en dit was verbandhoudend met die konteks. Sy het ook toepaslike woordkeuses gebruik wat die inligting in die diskoers duidelik stel. Die gesprek wat tussen

Deelnemer 1 en persoon met AS gevoer is het egter nie 'n eenheid gevorm nie, aangesien dit uit enkel, losstaande uitinge bestaan het. Kohesie tussen die spraakaksies is dus tydens die pretoets as ontoepaslik gedokumenteer.

- **Stilistiese variasies**

Die stilistiese variasies wat deur Deelnemer 1 beoefen is, was tydens die pretoets ontoepaslik, aangesien sy die persoon met AS voortdurend aangespreek het as "*sweetie*" en selde die persoon se titel en van gebruik het.

❖ **Posttoets**

- **Spraakaksies**

Resultate van die posttoets dui aan dat die verskeidenheid spraakaksies wat Deelnemer 1 tydens die interaksie met die persoon met AS gebruik het, toepaslik was. Deelnemer 1 het kommentaar gelewer deur byvoorbeeld te sê: "*I'm ...³, I'm going to bath you*"; "*I must wash your face*" asook "*I won't hurt you.*" Sy het versoeke aan die persoon met AS gerig deur te vra: "*Let's take off the clothes*"; "*Turn this way please*" en "*Give me your hand.*" Deelnemer 1 het ook die volgende belofte aan die persoon met AS gemaak: "*We are going to bath and then we are going for some tea.*"

- **Gesprekstema**

Gesprekstemas wat deur Deelnemer 1 geselekteer is tydens die posttoets was toepaslik en verbandhoudend met die konteks. Sy het die persoon met AS wakker gemaak, haarself voorgestel en gesê dat sy die persoon gaan bad. Die gesprek is deur enkel losstaande uitinge gehandhaaf toe Deelnemer 1 byvoorbeeld daarna aan die persoon met AS gesê het: "*Let's take off the clothes.*" 'n Nuwe tema is in die diskoers voorgestel toe Deelnemer 1 gesê het dat hulle tee gaan drink nadat sy die persoon met AS gebad het. Deelnemer 1 het die nuwe gesprekstema gehandhaaf deur weereens slegs enkele stellings wat die 'tee drink'-tema ondersteun te gebruik, naamlik: "*Are you hungry?*" en toe "*We are going to have some tea and bread.*" Die tema van die verbale kommunikasie tydens die posttoets was dus toepaslik.

³ Deelnemer 1 het haar eie naam gebruik

- **Beurtname**

Deelnemer 1 het beurtname geïnisieer deur die verskeidenheid van spraakaksies wat sy voorgestel het. Sy het verder ook toepaslik gereageer op die persoon met AS se uitinge deur verbale kommentaar daarop te lewer. Terugvoer aan die persoon met AS en die naasliggendheid en voortvloeiendheid was dus ook toepaslik. 'n Voorbeeld hiervan is toe die persoon met AS gesê het: *“Close the door.”* Deelnemer 1 het gereageer deur te sê: *“I did, sweetie. It's very cold, I know.”* Pogings om die gesprek tydens onderbrekings en oorvleuelings in die gesprek te herstel, is nie waargeneem nie en kon dus nie beoordeel word nie. Deelnemer 1 het binne 'n toepaslike tydsraamwerk op die uitinge van die persoon met AS gereageer. Die aard van die bydrae (kwantiteit en bondigheid) wat deur Deelnemer 1 gelewer is, was toepaslik aangesien dit nie te veel of te min inligting bevat het nie.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Soos in die geval van die pretoets was die akkuraatheid van die woordkeuse wat tydens die posttoets deur Deelnemer 1 gebruik is, toepaslik. Eenvoudige sintaksis wat verbandhoudend was met die konteks is gebruik. Deelnemer 1 het ook toepaslike woordkeuses gebruik wat die inligting in die diskoers duidelik stel. Die gesprek wat tydens die posttoets tussen Deelnemer 1 en persoon met AS gevoer is, het ten spyte van die toename in uitinge nie 'n eenheid gevorm nie. Die gesprek het uit enkel, losstaande uitinge bestaan. Kohesie tussen die spraakaksies is dus ook tydens die posttoets as ontoepaslik gedokumenteer.

- **Stilistiese variasies**

Deelnemer 1 se stilistiese variasies was tydens die posttoets meer toepaslik, aangesien sy die persoon met AS slegs op 'n enkele geleentheid tydens die waarneming aangespreek het as *“sweetie”*. Sy het hoofsaaklik die persoon met AS se titel en van gebruik as aanspreekvorm tydens die posttoets wat beskou word as 'n beleefde vorm. Soos genoem by die woordkeuse en sinskonstruksie, het Deelnemer 1 aanpassings gemaak, soos byvoorbeeld korter en eenvoudiger sinne te gebruik tydens interaksie met die persoon met AS.

2.2 Paralinguisties

- **Verstaanbaarheid en prosodie**

❖ **Pretoets**

Die verstaanbaarheid van die boodskap wat deur Deelnemer 1 en persoon met AS gekommunikeer is, was toepaslik aangesien albei persone verstaan het wat gesê is. Die stemintensiteit van Deelnemer 1 was besonder hard, dog toepaslik vir die konteks, aangesien die persoon met AS 'n gehoorverlies het. Daar moet wel gemeld word dat wanneer Deelnemer 1 praat, daar waargeneem is dat sy binnensmonds praat en dus moeiliker verstaanbaar is. Stemkwaliteit is ook as toepaslik gedokumenteer. Deelnemer 1 het 'n diep stemkwaliteit en aangesien die persoon met AS 'n mate van gehoorverlies het, het die diep stemkwaliteit moontlik bygedra tot die beter verstaan van die boodskap deur die persoon met AS. Die prosodie-aspek van hierdie afdeling was egter ontoepaslik vir Deelnemer 1. Sy het nie van intonasiepatrone gebruik gemaak nie of klem op die sleutelwoorde van die frases gelê nie. Variasie in luidheid, toonhoogte en duur is nie tydens die pretoets waargeneem nie en die navorser het 'n aantekening gemaak dat Deelnemer 1 met 'n monotone stem praat. Die vlotheid waarmee die boodskap deur Deelnemer 1 tydens die pretoets gekommunikeer is, is as toepaslik beskou, aangesien die boodskap teen 'n konstante spraakspoed oorgedra is.

❖ **Posttoets**

Soos in die geval van die pretoets is Deelnemer 1 en die persoon met AS se verstaanbaarheid as toepaslik gedokumenteer. Tydens die posttoets het die persoon met AS nie 'n gehoorverlies gehad nie, maar Deelnemer 1 het nogtans met 'n effens luider intensiteit gepraat, wat moontlik ook bygedra het tot die verstaanbaarheid van die boodskap deur die persoon met AS. Deelnemer 1 se stemkwaliteit was weereens toepaslik. Daar is tydens die posttoets 'n verandering in Deelnemer 1 se prosodie waargeneem. Aangesien Deelnemer 1 effens sagter gepraat het (in vergelyking met die pretoets) kon variasies in intonasie- en klempatrone, luidheid en toonhoogte waargeneem word. Die prosodie-aspek was dus tydens die posttoets toepaslik. Die boodskap is weereens vlot en toepaslik deur Deelnemer 1 gekommunikeer.

2.3 Nieverbale aspekte

- **Kinese en proksemie**

Die konteks waarin die interaksie tussen Deelnemer 1 en persone met AS waargeneem is, het beide partye daartoe beweeg om in fisiese kontak met mekaar te verkeer. Deelnemer 1 is soggens waargeneem waartydens sy die persone met AS wakker gemaak het, gebad en aangetrek het. Die nieverbale gedrag is dus as toepaslik of ontoepaslik beoordeel op grond van die aard van die milieu waarin interaksie plaasgevind het.

❖ **Pretoets**

Deelnemer 1 se fisiese naasliggendheid aan die persoon met AS was toepaslik vir die situasie. Die mate van fisiese kontak wat plaasgevind het, was ook nouer aangesien Deelnemer 1 die persoon met AS 'n bedbad gegee het. Ten spyte van die milieu wat natuurlik gelei het tot fisiese naasliggendheid en aanraking, het Deelnemer 1 voor die aanvang van die bedbad nader aan die persoon met AS geleun om met haar te praat. Sy het ook die persoon met AS se arm aangeraak om haar aandag te kry toe sy die persoon met AS wakker gemaak het. Aspekte van fisiese aanraking en nabyheid, asook gebare wat verbale gedrag ondersteun, is as toepaslik tydens die pretoets gedokumenteer. Laasgenoemde gedrag het Deelnemer 1 se verbale boodskap ook verder ondersteun, aangesien die persoon met AS 'n gehoorverlies het. Voet-been- en hand-armbewegings is nie tydens die waarneming van interaksie opgemerk nie. Deelnemer 1 se gesigsuitdrukking was neutraal tydens die interaksie. Sy het nie oogkontak met die persoon met AS gemaak nie, aangesien sy direk in die persoon met AS se oor gepraat het. Daar is ook aangeteken dat Deelnemer 1 in die verbygaan met die persone met AS gepraat het, sonder om eers hulle aandag te kry. Oogkontak was dus ontoepaslik vir die situasie, alhoewel daar in gedagte gehou moet word dat hierdie verskynsel (om oogkontak te vermy) moontlik toegeskryf kan word aan Deelnemer 1 se kultuur waar dit moontlik beleefd is om nie oogkontak met ouer persone te maak nie. Die persoon met AS sou moontlik meer baat gevind het (die boodskap beter verstaan het) as sy Deelnemer 1 se lipbewegings kon waarneem.

❖ **Posttoets**

Fisiese nabyheid, fisiese aanraking, liggaamshouding, gebare en oogkontak was tydens die posttoets toepaslik. Deelnemer 1 het voor die persoon met AS gestaan, tot op die persoon se vlak gedaal om oogkontak te maak, die persoon met AS se hande in hare

vasgehou en toe aan haar verduidelik dat sy haar gaan bad. Voet-been- en hand-armbewegings is nie tydens die posttoets waargeneem nie. Deelnemer 1 het tydens die posttoets ook 'n positiewe gesigsuitdrukking gehad aangesien haar mondhoeke opwaarts gekeer was; sy het vir die persoon met AS geglimlag. Daar is dus tydens die posttoets meer toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag deur Deelnemer 1 tydens interaksie met die persoon met AS gebruik.

3 Luistergedrag

Die luistergedrag van Deelnemer 1 is waargeneem tydens haar interaksie met persone met AS en geanaliseer aan die hand van die *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1990). Soos bespreek in die Metodologie, is die verpleegpersoneel in hierdie studie beskou as die luisteraars en die persone met AS is beskou as die sprekers.

❖ Pretoets

Deelnemer 1 het tydens die pretoets op 'n gereelde basis 'n vlak van aansporing gehandhaaf. Haar aandag is soms afgelei deur nierelevante geluide en bewegings wanneer kollegas byvoorbeeld die persoon met AS se kamer binnegekom het. Sy het 'n neutrale gesigsuitdrukking gehad wat nie in ooreenstemming was met die persoon met AS se boodskap nie. Deelnemer 1 het selde oogkontak met die persoon met AS gehandhaaf, aangesien sy gefokus was op die taak waarmee sy besig was. Daar is ook waargeneem dat Deelnemer 1 gereeld ander take uitvoer wat die persoon met AS kon verwar en/of onderbreek het. Deelnemer 1 het byvoorbeeld in haar moedertaal met haar kollegas gesels, alhoewel die persoon met AS nie hierdie taal kon verstaan nie. Daar was tye wat Deelnemer 1 nie 'n vlak van begrip getoon het nie, aangesien haar verbale reaksie op die persoon met AS se uitinge ontoepaslik was. Die persoon met AS het byvoorbeeld gesê: *“My pa sê ook so.”* Deelnemer 1 se kommentaar daarop was: *“Dankie.”* Deelnemer 1 het dikwels ook eers die instruksie gegee en dan met die taak voortgegaan. Laasgenoemde uiting het Deelnemer 1 in die sprekerposisie geplaas en die persoon met AS in die luisteraarsposisie. Deelnemer 1 het selde om verduideliking of herhaling gevra, aangesien die boodskap duidelik verstaanbaar was. Vrae of versoeke en kommentaar wat relevant was vir die tema onder bespreking is gereeld deur Deelnemer 1 geïnisieer. Sy het aan die persoon met AS verduidelik dat sy gebad gaan word en haar byvoorbeeld versoek: *“Gee my hierdie hand hierso.”* Gereelde kommentaar wat verband hou met die kommentaar wat deur die spreker (persoon met

AS) gelewer is, is ook gedokumenteer. In reaksie op die persoon met AS wat gesê het: “*Sjoe, dis koud*” het Deelnemer 1 gesê: “*Ek’s nou klaar, sweetie.*” Toe die persoon met AS gesê het: “*Eina!*” het Deelnemer 1 gereageer deur te sê: “*Ekskuus mevrou.*” Deelnemer 1 het tydens die pretoets geopenbaar dat sy soms die paralinguistiese en nieverbale aspekte van die persoon met AS se kommunikasie verstaan, aangesien haar (Deelnemer 1) verbale respons hierdie aspekte gestaaf het.

❖ **Posttoets**

Tydens die posttoets is daar waargeneem dat Deelnemer 1 ‘n toepaslike vlak van aansporing gehandhaaf het. ‘n Verandering wat waargeneem is tydens die posttoets was dat Deelnemer 1 se aandag nie deur nierelevante geluide en bewegings, byvoorbeeld kollegas, afgelei is nie. Sy was ook nie besig met ander take wat moontlik die persoon met AS kon verwar nie. Deelnemer 1 het verder toepaslike oogkontak met die persoon met AS gemaak en begrip getoon deur verbale response op die persoon met AS se uitinge. ‘n Voorbeeld hiervan word gevind in die volgende scenario: Persoon met AS: “*Close the door.*” Deelnemer 1: “*I did, sweetie.*” Asook: “*I’m cold*” waarop Deelnemer 1 gereageer het: “*It’s very cold, I know.*” Laasgenoemde het ook daarop gedui dat die kommentaar wat deur Deelnemer 1 gelewer is, begrip toon vir die persoon met AS se intensie en ook verband hou met die kommentaar wat vooraf deur laasgenoemde gelewer is. Deelnemer 1 het ook nie die spreker onderbreek nie. Daar is nie waargeneem dat Deelnemer 1 vir verklaring of verduideliking tydens die posttoets vra nie. Volgens die navorser was die boodskap van die persoon met AS verstaanbaar. Vrae en kommentaar wat relevant was vir die konteks is ook deur Deelnemer 1 geïnisieer. Vergelyk die volgende voorbeelde van hierdie aspek wat onderskeie kere voorkom: “*We are going to bath and then we are going to have some tea. I must wash your face. Give me your hand, mrs ...⁴*”. Deelnemer 1 het ten alle tye getoon dat sy die persoon met AS se paralinguistiese en nieverbale kommunikasie verstaan.

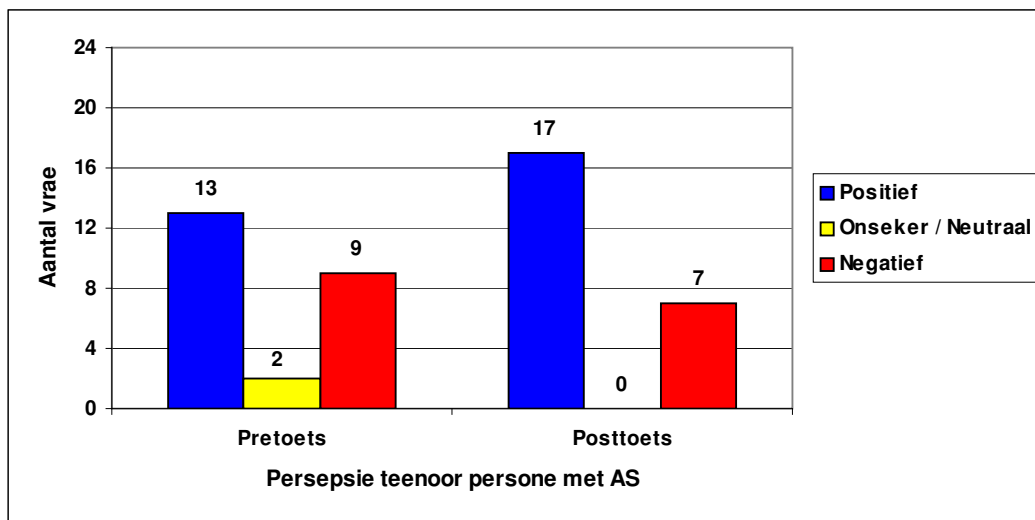
Subdoelstelling 2 en 5

Om die persepsie en kennis van die verpleegpersoneel rakende persone met AS voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel te bepaal.

⁴ Deelnemer 1 het die persoon met AS se naam gebruik.

4 Persepsie

Die inligting is verkry deur die response op Vrae 1 – 24 van Afdeling B in die onderskeie vraelyste te gebruik en dit word grafies voorgestel in Figuur 6. Op grond van die wyse waarop Vrae 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 en 24 se inhoud geformuleer is, moet die response dienooreenkomstig omgekeerd gekodeer word. Dit beteken dat, indien Deelnemer 1 met die stellings saamstem, dit as 'n negatiewe houding gekodeer word en indien sy nie met die stellings saamstem nie, dit as 'n positiewe houding gekodeer word.



Figuur 6: Persepsie van Deelnemer 1 ten opsigte van persone met AS tydens pretoets en posttoets

Figuur 6 gee 'n aanduiding van Deelnemer 1 se persepsie jeens persone met AS vóór en ná die werkswinkel. Tydens die pretoets het Deelnemer 1 aangedui dat sy oor 13 (54%) van die stellings 'n positiewe persepsie ervaar. Sy was oor twee (8%) van die stellings onseker en het negatief gereageer op nege (38%) van die geslote stellings.

Die resultate van die posttoets dui aan dat daar 'n verandering in Deelnemer 1 se persepsie ná die werkswinkel was. Deelnemer 1 het meer positief gevoel oor vier van die stellings, aangesien sy die positiewe opsie geselekteer het vir 17 (71%) van die stellings tydens die posttoets. Waar Deelnemer 1 aanvanklik 'n negatiewe of onseker persepsie oor Vrae 6, 8, 14 en 18 gehad het, het sy tydens die posttoets haar persepsie

verander. Die onseker opsie is glad nie tydens die posttoets uitgevoer nie, alhoewel die negatiewe opsie sewe (29%) van die stellings ingesluit het. Vrae 4, 9, 12, 16, 17, 19 en 24 van Afdeling B is tydens die pre- en posttoets as negatief aangedui en dus het daar nie 'n verandering in Deelnemer 1 se persepsie rakende hierdie stellings plaasgevind nie. Die betrokke vrae verskyn in Bylae F.

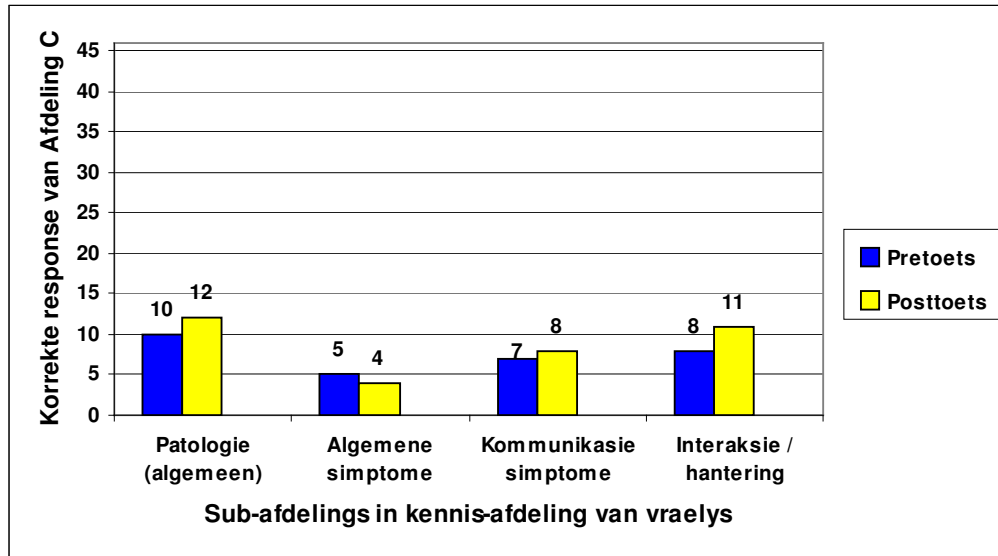
Alhoewel nie al die veranderinge in Deelnemer 1 se persepsie uiteengesit word nie, word daar sekere van haar persepsie, wat na afloop van die kommunikasiegerigte, opleidingswerkswinkel verander het, vervolgens bespreek. Deelnemer 1 het tydens die pretoets aangedui dat sy onseker voel aangesien sy nie weet hoe om teenoor 'n persoon met AS op te tree nie. Hierdie persepsie het tydens die posttoets verander en sy het aangedui dat sy nie meer onseker voel nie. Verder was Deelnemer 1 onseker oor die stelling dat daar nie van gewone verpleegpersoneel verwag behoort te word om persone met AS te versorg nie. In die posttoets is daar gedokumenteer dat sy nie met hierdie stelling saamstem nie, wat dus 'n positiewe persepsie reflekteer. Daar was geen verandering in Deelnemer 1 se persepsie rakende die stelling: *“Ek is geneig om net vinnig kontak met persone met AS te maak en so vinnig as moontlik dit af te handel.”* Deelnemer 1 het 'n negatiewe persepsie rakende hierdie stelling tydens die pre- en posttoets aangedui.

5 Kennis

Afdeling C van Vraelys 1 en 2 is gebruik om inligting rakende die kennisaspek te verkry. Response op Vrae 1 – 46 van hierdie afdeling is in subafdelings verdeel en word grafies voorgestel in Figure 7, 8 en 9. Die onderskeie subafdelings en betrokke vrae sien soos volg daarna daaruit:

- AS as patologie (algemene inligting): Vrae 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 33, 36.
- Algemene simptome van AS: Vrae 4, 10, 13, 17, 18, 30, 31, 32, 35, 46.
- Kommunikasiesimptome van AS: Vrae 19, 25, 27, 38, 39, 40, 41, 45.
- Interaksie met en hantering van persone met AS: Vrae 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 34, 37, 42, 43, 44.

5.1 Korrekte response



Figuur 7: Korrekte response van Deelnemer 1 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens die pre- en posttoets (Vraelys 1 en 2)

Figuur 7 verskaf 'n grafiese voorstelling van die aantal korrekte response rakende die kennisafdeling van die onderskeie vraelyste. In die subafdeling **algemene patologie** het Deelnemer 1 tien van die 16 vrae tydens die pretoets korrek beantwoord. Die posttoets het aangetoon dat daar 'n verandering in haar kennis van die **algemene patologie** is, aangesien sy 12 vrae korrek beantwoord het.

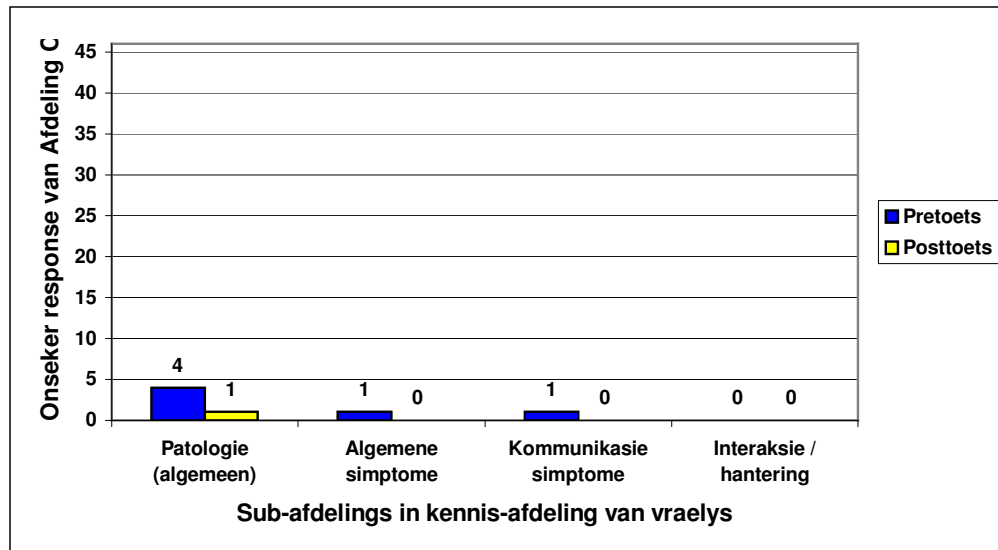
Deelnemer 1 het een vraag in die subafdeling **algemene simptome** tydens die posttoets minder korrek beantwoord. Sy het vyf van die tien vrae van hierdie subafdeling tydens die pretoets korrek beantwoord en slegs vier tydens die posttoets.

Response op **kommunikasiesimptome** sien soos volg daaruit: Deelnemer 1 het sewe van die agt vrae in hierdie subafdeling korrek beantwoord tydens die pretoets en die korrekte respons vir al die vrae tydens die posttoets geselekteer. Vraag 27, wat daarna verwys dat 'n persoon met AS geneig is tot isolasie (hoofsaaklik as gevolg van die persoon se kommunikasie afwyking) is die vraag wat ook tydens die posttoets korrek beantwoord is.

'n Verandering in Deelnemer 1 se kennis aangaande die **interaksie met en hantering**

van persone met AS is na afloop van die werkswinkel waargeneem. Resultate van die pretoets toon aan dat agt van die 12 vrae in die subafdeling korrek beantwoord is. Tydens die posttoets is 11 van die betrokke vrae korrek beantwoord.

5.2 Onseker response



Figuur 8: Onseker response van Deelnemer 1 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens die pre- en posttoets (Vraelys 1 en 2)

Figuur 8 toon aan dat Deelnemer 1 'n mate van onsekerheid rakende die subafdeling **algemene patologie** tydens die pretoets ervaar het. Sy was onseker oor 'n kwart van die vrae in hierdie subafdeling. Resultate van die posttoets dui aan dat daar 'n afname in Deelnemer 1 se onsekerheid was, aangesien sy slegs oor een van die vrae onseker was.

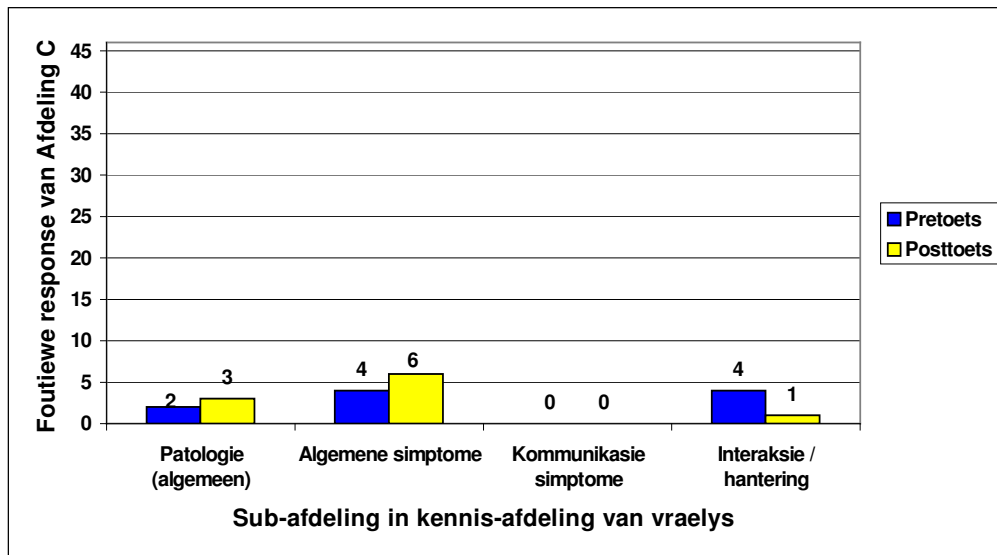
Onsekerheid rakende **algemene simptome** van AS is soos volg: Tydens die pretoets was Deelnemer 1 onseker oor een vraag. Resultate van die posttoets toon dat geen vraag as onseker deur Deelnemer 1 gemerk is nie.

Soos in die geval van die subafdeling **algemene simptome**, was Deelnemer 1 ook net oor een vraag onseker met betrekking tot die subafdeling **kommunikasiesimptome** tydens die pretoets en is die onseker opsie glad nie tydens die posttoets geselekteer nie.

Deelnemer 1 was tydens die pre- en posttoets oor geen van die vrae met betrekking tot die subafdeling **interaksie met en hantering van persone met AS** onseker nie.

Daar was dus oor die algemeen 'n afname in Deelnemer 1 se onsekerheid na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel.

5.3 Foutiewe response



Figuur 9: Foutiewe response van Deelnemer 1 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens die pre- en posttoets (Vraelys 1 en 2)

Deelnemer 1 se foutiewe response word in Figuur 9 voorgestel en dui daarop dat Deelnemer 1 twee van die 16 vrae van die eerste subafdeling (**algemene patologie**) tydens die pretoets foutief beantwoord het. Tydens die posttoets was daar 'n toename in foutiewe response, aangesien Deelnemer 1 drie vrae verkeerd beantwoord het.

Dieselfde tendens het in die subafdeling **algemene simptome** verskyn. Deelnemer 1 het na afloop van die werkswinkel meer vrae foutief beantwoord as tydens die pretoets. Response op vier vrae tydens die pre- en posttoets was foutief. Addisioneel tot hierdie vier vrae het Deelnemer 1 ook Vrae 18 en 32 tydens die posttoets verkeerd beantwoord.

Daar was geen foutiewe response deur Deelnemer 1 vir die pre- of posttoets van die

subafdeling **kommunikasiesimptome** nie.

Resultate van die pretoets rakende in die subafdeling **interaksie met en hantering van persone met AS** dui daarop dat Deelnemer 1 vier van die 12 vrae foutief beantwoord het. Daar is 'n verandering in Deelnemer 1 se kennis na afloop van die werkswinkel waargeneem, aangesien sy slegs een van die vrae in hierdie subafdeling foutief beantwoord het.

Tabel 12 gee 'n opsomming van die resultate wat verkry is van Afdeling C (kennisafdeling).

Tabel 12: Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2

	Opsies		
	Korrek	Onseker	Foutief
Pretoets	30 (65%)	6 (13%)	10 (22%)
Posttoets	35 (76%)	1 (2%)	10 (22%)
Verandering	Toename	Afname	Onveranderd

Opsommend kan dus gesê word dat Deelnemer 1 tydens die pretoets 30 (65%) van die vrae van Afdeling C (Vraelys 1) korrek beantwoord het, oor ses (13%) van die vrae onseker was en tien (22%) van die vrae foutief beantwoord het. Resultate van die posttoets (Afdeling C, Vraelys 2) dui aan Deelnemer 1 35 (76%) van die vrae korrek beantwoord het, onseker was oor een (2%) van die vrae en tien (22%) van die vrae in hierdie afdeling foutief beantwoord het. Daar was dus 'n toename in kennis vir Deelnemer 1 na afloop van die werkswinkel, aangesien sy meer vrae tydens die posttoets korrek beantwoord het en minder onseker was. Sy het wel dieselfde aantal foutiewe response op die vrae gehad.

6 Temas van die diskoersanalise

Temas wat by Deelnemer 1 (D1) uit die transkripsies (Bylae H) van die semigestruktureerde onderhoud geïdentifiseer is, word in Tabel 13 weergegee.

Tabel 13: Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 1 (D1)

Temas van diskoersanalise	Pretoets	Posttoets
Kennis van AS (oorsake, simptome)	<ul style="list-style-type: none"> • D1 het mediese kennis van AS (ooreenstemmend met die mediese model van demensie versorging). • Beskryf persone met AS as deurmekaar, gedisoriënteerd en ongeduldig. "...they are confused. They don't know where they are, which day is it today, which night. Sometimes they don't know their families..." • Assosieer die siektetoestand met ouderdom of skade aan die brein. "...they don't know their families, because of the age."; "I think the brain loses the thinking, the physical way of doing things." 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen merkbare verandering tydens posttoets. • D1 meld dat sy meer geleer het oor die tekens en simptome van 'n persoon met AS.
Kommunikasie met persoon met AS		<ul style="list-style-type: none"> • D1 het tydens die onderhoud van die posttoets aangedui dat sy voorheen die persoon met AS geignoreer het en nie met die persone gepraat het nie. "...before I did not talk to the patient, I was doing what I was supposed to do. But I was ignoring the patient." • D1 dui aan dat sy baie geleer het ten opsigte van verskillende maniere om met 'n persoon met AS te kommunikeer.

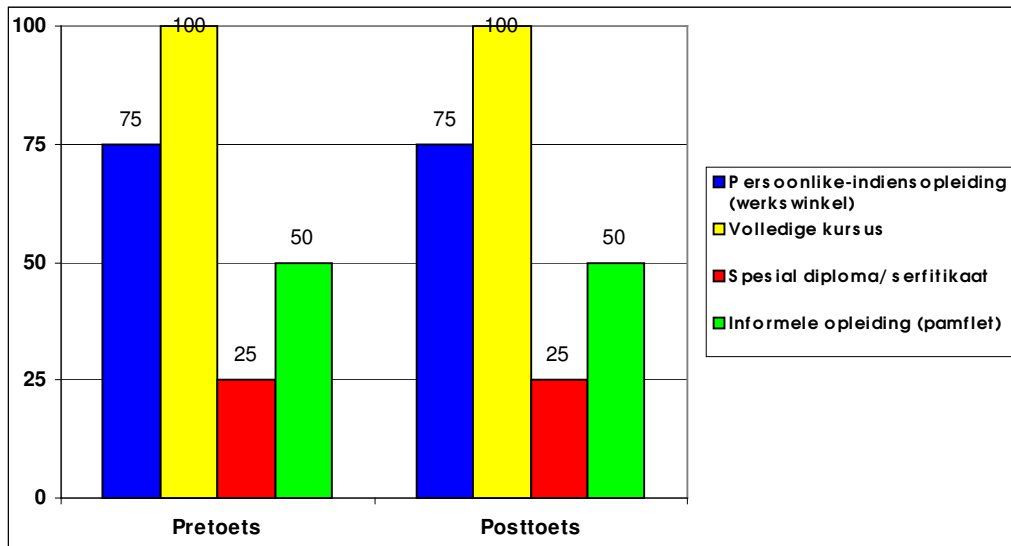
		<ul style="list-style-type: none"> • Sy het geleer hoe om aggressie te hanteer. • Bewus van die belangrikheid om 'n persoon met AS in te lig oor die prosedures. "...we have to touch the patient to explain the procedure, getting or telling the patient what we are going to do and maybe to discuss and communicate with the patient during the procedure, what we are doing." • Tegnieke geleer om met die persoon met AS te kommunikeer. "...handling the patient- when met patient is upset or aggressive..."; "...you are not supposed to talk long sentences, it has to be short. You use short sentences and your voice must be loud and you must repeat what you have said. Don't change words for the patient, we must look at the patient in the eye..."; "...you must talk to the patient and give the patient time to respond."
<p>Persepsie van persoon met AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geniet dit om met bejaarde persone te werk. "But I enjoy working with old people. Once you are old, you are aging. You are all by yourself- no other people are taking care of you." • Sy erken dat sy onder die indruk was dat persone met AS nie lewende wesens was nie. "We thought they don't live, they don't hear, they don't respond, I must not talk... before I did not talk to the patient, I was doing what I was supposed to do. But I was ignoring the patient." 	<ul style="list-style-type: none"> • Meld dat die werkswinkel haar geleer het hoe om teenoor 'n persoon met AS op te tree. • Meld hoeveel sy verander het. "I've changed. Personally I've changed a lot because I learned to be more patient than before..." • Tydens die onderhoud van die posttoets het D1 gemeld dat sy gewoonlik ongeduldig en rof met persone met AS was. "Before the workshop I was...impatient, and I was being rough..." • D1 meld dat sy skuldig voel oor hoe sy persone met AS van te

		<p>vore hanteer het. "...and now I felt very upset, because what I was doing was wrong."</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1 ervaar 'n gevoel van trots oor hoe sy die persoon met AS nou hanteer. "But now I'm enjoying this really now."; "...with talking to the patient I feel very proud to know at least I know some different type of patient..."
Behoeftes	<ul style="list-style-type: none"> • Geen behoeftes is voor aanvang van die werkwinkel aangedui nie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Versoek verdere inligting aangaande die voeding van persone met AS. "The feeding, because I, sometimes when I feed I don't know how, if they swallow."

Vier hoofteemas is tydens die pre- en posttoets onderhoude by Deelnemer 1 deur middel van diskoersanalise geïdentifiseer. Hierdie teemas word ondersteun deur stellings wat deur Deelnemer 1 gemaak is (soos aangedui in Tabel 13). Die teemas sluit Deelnemer 1 se kennis van die oorsake en simptome van AS in, kommunikasie met persone met AS, Deelnemer 1 se persepsie van persone met AS asook spesifieke behoeftes wat deur die deelnemer gemeld is.

7 Vertrouenswaardigheid van die werkwinkel

Daar is ondersoek ingestel na Deelnemer 1 se persoonlike keuse vir maniere van verdere opleiding wat moontlik die interaksie tussen Deelnemer 1 en persone met AS kan verbeter. Die inligting is verkry deur response op Vraag 1 van Afdeling D in die onderskeie vraelyste. Resultate van die voorkeur van hierdie keuse word vervolgens in Figuur 10 weergegee en daarna bespreek.



Figuur 10: Voorkeur ten opsigte van maniere van verdere opleiding

Soos Figuur 10 aandui, is Deelnemer 1 se persoonlike voorkeur vir verdere opleiding ten einde die interaksie tussen haar en 'n persoon met AS te verbeter tydens die pre- en posttoets dieselfde. 'n Volledige opleidingskursus wat strek oor enkele dae het voor en na die werkswinkel die meeste byval gevind. Haar tweede keuse is in albei gevalle persoonlike indiensopleiding (werkswinkel) deur 'n gekwalifiseerde spraakterapeut. Deelnemer 1 dui ook aan dat informele indiensopleiding deur middel van inligtingstukke haar derde keuse vir verder opleiding is. 'n Spesiale opleidingsdiploma of -sertifikaat het die minste byval gevind, aangesien dit Deelnemer 1 se laaste keuse is wat aangedui is in die pre- en posttoets.

Na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel is 'n vooraf opgestelde vraelys wat bestaan uit 24 geslote stellings en twee oop vrae (betrokke vraelys ingesluit in Bylae J) aan Deelnemer 1 gegee, ten einde die vertrouenswaardigheid van die werkswinkel te bepaal. Deelnemer 1 het daarin aangedui dat sy al die aspekte wat in die werkswinkel gedek is verstaan aangesien sy die keuses "Altyd" of "Meeste van die tyd" vir al die stellings geselekteer het. Sy het ook die tweede invulvraag aan die einde van die vraelys beantwoord met: *"I do understand everything said about AS patients"*, wat haar keuses vir die beantwoording van die geslote stellings ondersteun. Deelnemer 1 het aangedui dat die inhoud van die werkswinkel toepaslik was vir haar spesifieke behoeftes (Vrae 1 en 5) en dat die inligting interessant was (Vraag 3). Sy het verder ook aangedui dat sy normale veroudering (Vraag 6), moontlike oorsake van AS (Vraag 7),

die fisiese en gedrags- en kommunikasiesimptome wat 'n persoon met AS moontlik kan ervaar (Vrae 8, 9, 10, 11) ten volle verstaan. Verder het Deelnemer 1 ook saamgestem met die stelling dat 'n spanbenadering noodsaaklik is in die hantering van 'n persoon met AS (Vraag 13). Deelnemer 1 het ook aangedui dat sy bevoeg voel om die verbale en nieverbale strategieë, wat tydens die werkswinkel aan haar voorgehou is, te gebruik wanneer sy in verskillende situasies in interaksie verkeer met die persoon met AS (Vrae 18, 19, 20, 21).

Deelnemer 1 het geen ander behoeftes gemeld nie, maar wel haar dank uitgespreek vir die geleentheid om meer inligting oor persone met AS te kon verkry. *“I’ve got more information about AD and I am so grateful and lucky to have an opportunity to learn and know better about AD persons”* (Deelnemer 1).

DEELNEMER 2

1 Biografiese inligting

Deelnemer 2 is 'n vrou van Tswana afkoms en is 28 jaar oud. Behalwe vir haar huistaal (Tswana) is sy ook Engels en Afrikaans magtig. Sy het reeds 27 maande ervaring in die beroep en is tans in 'n permanente hoedanigheid as 'n hulpverpleegster werksaam. Deelnemer 2 het haar kwalifikasie aan 'n opleidingsinstansie in Pretoria verwerf. Sy versorg daaglik vyf persone met AS in die versorgingseenheid en het geen persoonlike ervaring van die siektetoestand buite die versorgingseenheid nie.

Deelnemer 2 se interaksie is tydens die pre- en posttoets waargeneem en gedokumenteer terwyl sy met Persoon C gekommunikeer het. Soos reeds gemeld, is Persoon C 'n 85-jarige Engelssprekende vrou wat sedert 1996 met AS gediagnoseer is. Sy is tans in die laat fase van die siektetoestand. Persoon C is sedert Januarie 2001 'n inwoner van die versorgingseenheid.

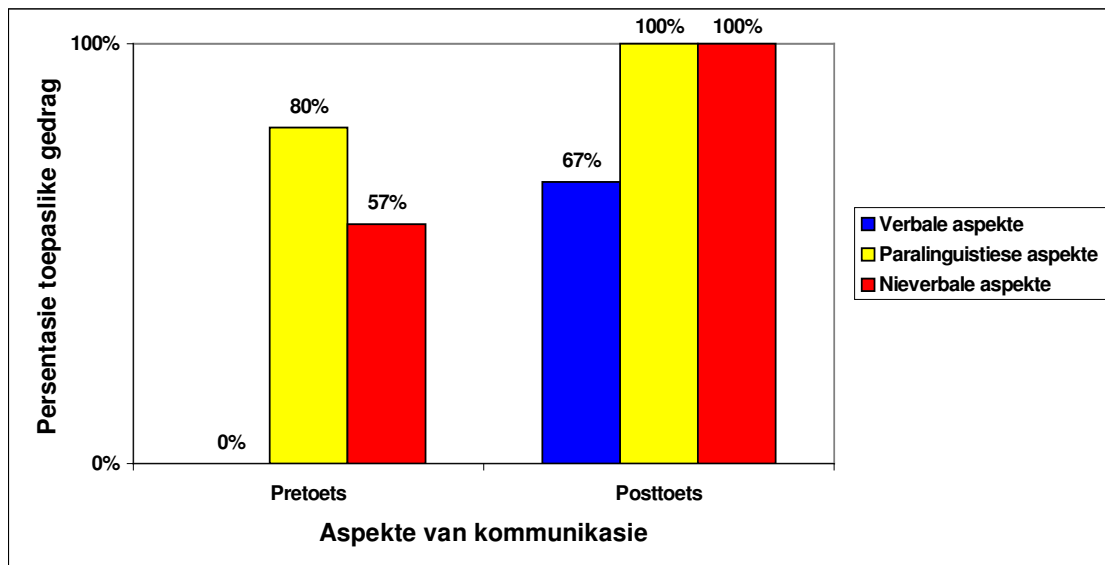
Subdoelstelling 1 en 4

Om die kommunikasievaardighede (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) en luistergedrag wat deur die verpleegpersoneel voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel geopenbaar is, te bepaal.

2 Kommunikasievaardighede

Die kommunikasievaardighede van Deelnemer 2 is waargeneem tydens haar interaksie met 'n persoon met AS en geanaliseer aan die hand van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987). Die resultate van Deelnemer 2 se kommunikasievaardighede word onder die volgende drie hoofpunte, soos wat dit ook voorkom in die betrokke protokol bespreek, naamlik:

- 2.1 Verbaal
- 2.2 Paralinguisties
- 2.3 Nieverbaal



Figuur 11: Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 2 volgens die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987)

- 2.1 Figuur 11 dui die persentasie toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 2 aan soos waargeneem tydens die pre- en posttoets. Tydens die pretoets is daar gedokumenteer dat Deelnemer 2 geen (0%) toepaslike

verbale kommunikasiegedragopenbaar het nie. 'n Merkbare toename is in Deelnemer 2 se verbale kommunikasiegedrag tydens die posttoets waargeneem, aangesien sy toepaslik gereageer het op 67% van die aspekte van hierdie betrokke afdeling van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987).

- 2.2 Daar is ook 'n toename in toepaslike paralinguistiese kommunikasiegedrag na afloop van die gebeurtenis (werkswinkel). Deelnemer 2 het toepaslik gereageer op 80% van die paralinguistiese aspekte tydens die pretoets. Toepaslike kommunikasiegedrag is vir al die aspekte van hierdie afdeling (100%) tydens die posttoets waargeneem.
- 2.3 Soos in die geval van die verbale en paralinguistiese aspekte, was daar ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag, aangesien Deelnemer 2 toepaslik gereageer het op 57% van die aspekte tydens die pretoets en al die aspekte (100%) van nieverbale kommunikasie

Vervolgens word die aspekte van verbale kommunikasievaardighede wat geëvalueer is bespreek volgens die toepaslikheid of ontoepaslikheid soos waargeneem tydens die pretoets en daarna soos tydens die posttoets.

2.1 Verbale aspekte

- **Spraakaksies**
- **Gesprekstema**
- **Beurtnaam**
- **Woordkeuse en sinskonstruksie**
- **Stilistiese variasies**

❖ Pretoets

- **Spraakaksies**

Daar is tydens die pretoets aangedui dat Deelnemer 2 se gebruik van spraakaksies tydens waarneming van interaksie ontoepaslik was, aangesien Deelnemer 2 se uitinge slegs uit bevel bestaan het. Voorbeelde hiervan is: “*Wag bietjie, my skat*” en “*Wait a minute*” asook “*Moenie eet nie.*”

- **Gesprekstema**

Deelnemer 2 het tydens die pretoets geen gesprekstema geselekteer, voorgestel, gehandhaaf of verander nie tydens interaksie met die persoon met AS nie. Hierdie afdeling van verbale aspekte is dus as ontoepaslik aangedui, aangesien die geleentheid tot interaksie daar was, maar nie deur nie navorser waargeneem is nie.

- **Beurtnaam**

Deelnemer 2 het tydens interaksie met die persoon met AS op die persoon se uitinge gereageer deur die babbelgedrag van die persoon met AS te herhaal. Die persoon met AS het voortdurend “*kê-kê-kê*” of “*ka-ka-ka*” gesê, wat Deelnemer 2 dan dadelik herhaal het. Die naasliggendheid van die uitinge het wel onmiddellik na die persoon met AS s’n voorgekom, maar as gevolg van die inhoud waaruit Deelnemer 2 se uiting bestaan het, is die naasliggendheid as ontoepaslik gedokumenteer. Om dieselfde rede was die terugvoer aan die spreker (persoon met AS) asook die voortvloeiendheid en kwantiteit en bondigheid van beurtnaam ontoepaslik, aangesien die betekenis van die uitinge so beperk is. Inisiëring en herstel van beurtnaam is nie waargeneem nie en as ontoepaslik aangedui, asook die pouse tussen die uitinge. Onderbreking en oor-vleueling is nie tydens die interaksie waargeneem nie.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Resultate van die akkuraatheid van die woordkeuse wat tydens die pretoets deur Deelnemer 2 gebruik is, was ontoepaslik. Die gesprek wat tussen Deelnemer 2 en die persoon met AS gevoer is het nie ‘n eenheid gevorm nie, aangesien dit uit enkel, losstaande bevele wat deur Deelnemer 2 geuiter is, bestaan het. Kohesie tussen die spraakaksies is tydens die pretoets ook as ontoepaslik gedokumenteer. Deelnemer 2 het wel eenvoudige sintaksis gebruik in die bevele wat sy aan die persoon met AS gegee het, maar haar woordkeuse was ontoepaslik, aangesien die inligting in die diskoers nie duidelik gestel is nie.

- **Stilistiese variasies**

Stilistiese variasies wat deur Deelnemer 2 gemaak is, was tydens die pretoets ontoepaslik, aangesien Deelnemer 2 nie aanpassings gemaak het om suksesvolle kommunikasie en interaksie met die persoon met AS te fasiliteer nie.

❖ **Posttoets**

Resultate van die posttoets toon 'n verandering in Deelnemer 2 se verbale aspekte tydens interaksie met die persoon met AS.

• **Spraakaksies**

Deelnemer 2 het tydens die posttoets 'n verskeidenheid spraakaksies gebruik en hierdie aspek is dus as toepaslik gedokumenteer. Deelnemer 2 het vrae aan die persoon met AS gevra ("*Hoe gaan dit vandag?*" en "*Are you angry?*"), kommentaar gelewer en 'n belofte aan die persoon met AS gemaak ("*Jy gaan stort hoor*" en "*Ek sien jy's honger, ons gaan nou eet*").

• **Gesprekstema**

Deelnemer 2 het ook tydens die posttoets gesprekstemas geselekteer en voorgestel wat toepaslik was vir die konteks. Sy het byvoorbeeld die persoon met AS wakker gemaak, gegroet en toe gesê: "*Jy gaan stort, hoor*" asook: "*As ons klaar is, jy gaan eet, hoor.*" Sy het ook later aan die persoon met AS gevra of die persoon kwaad is. Ten spyte van die toepaslikheid van die seleksie en voorstelling van 'n nuwe tema, het Deelnemer 2 nie die gesprekstemas gehandhaaf deur opeenvolgende stellings wat verbandhoudend met die temas is te maak nie. Sy het ook nie die temas verander nie. Laasgenoemde twee aspekte van verbale kommunikasie (temahandhawing en -verandering) is dus as ontoepaslik gedokumenteer.

• **Beurtnaam**

Deelnemer 2 het tydens die posttoets beurtnaam geïnisieer deur die verskeidenheid van spraakaksies wat sy gebruik het (soos reeds bespreek). Sy het toepaslik op die persoon met AS se uitinge gereageer en dus is die volgende aspekte ook as toepaslik gedokumenteer:

- terugvoer aan die persoon met AS
- naasliggendheid
- voortvloeiendheid

'n Voorbeeld wat die toepaslikheid van bogenoemde aspekte illustreer, is soos volg: Die persoon met AS het 'n steungeluid ("*Uh-uh*") gemaak wat deur Deelnemer 2 geïnterpreteer is as 'n teken van ongemak. Deelnemer 2 het

gereageer deur direk na die persoon met AS se uiting te sê: *“Ek sien jy’s honger. Ons gaan nou eet.”* By ‘n volgende geleentheid het sy aan die persoon met AS gesê: *“Are you angry, Mrs...?”* Tydens die posttoetswaarneming, is pogings om die gesprek te herstel tydens onderbrekings en oorvleuelings nie waargeneem nie en dus nie deur die navorser beoordeel nie. Deelnemer 2 het binne ‘n toepaslike tydsraamwerk op die uitinge van die persoon met AS gereageer. Laastens is die aard van Deelnemer 2 se bydrae (kwantiteit en bondigheid) as toepaslik aangedui, aangesien die kort sinne wat Deelnemer 2 gebruik het nie te veel of te min inligting bevat het nie.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Tydens die posttoets is die akkuraatheid van die woordkeuse wat deur Deelnemer 2 gebruik is, toepaslik. Eenvoudige sintaksis en woorde wat verbandhoudend is met die konteks is gebruik, soos dit blyk in die vooraf genoemde voorbeelde. Deelnemer 2 het ook toepaslike woordkeuses gebruik wat die inligting in die diskoers duidelik stel. Die gesprek wat tydens die posttoets tussen Deelnemer 2 en die persoon met AS gevoer is, het ten spyte van die toename in uitinge nie ‘n eenheid gevorm nie. Die gesprek het uit enkel, losstaande uitinge bestaan. Kohesie tussen die spraakaksies is ook tydens die posttoets as ontoepaslik gedokumenteer.

- **Stilistiese variasies**

In teenstelling met die resultate van die pretoets, is die stilistiese variasieaspek van verbale kommunikasie tydens die posttoets as toepaslik gedokumenteer. Redes hiervoor is dat Deelnemer 2 sekere aanpassings gemaak het tydens interaksie met die persoon met AS. Deelnemer 2 het byvoorbeeld van kort, eenvoudige sinne gebruik gemaak wat toepaslik was vir die konteks en ook die persoon met AS beleefd aangespreek deur tydens die interaksie laasgenoemde se titel te gebruik.

2.2 Paralinguistiese aspekte

- **Verstaanbaarheid en prosodie**

❖ **Pretoets**

Die verstaanbaarheid en prosodiese aspekte van die boodskap is as toepaslik aangedui, aangesien die navorser en tweede merker die boodskap kon verstaan. Daar kon nie vasgestel word of die boodskap deur die persoon met AS verstaan word nie. Redes hiervoor is dat Deelnemer 2 nie werklik met die persoon met AS gekommunikeer het nie. Wanneer sy wel opdragte aan die persoon met AS gegee het, het sy nie genoegsame tyd gegun dat die persoon met AS op die opdrag kon reageer nie. Deelnemer 2 se stemintensiteit en stemkwaliteit was toepaslik. Deelnemer 2 het haar stemluidheid gevarieer en gebruik gemaak van intonasie en klempatrone. Sy het byvoorbeeld haar stem verskeie kere verhef wanneer sy ongeduldig met die persoon met AS geraak het. Die persoon met AS het byvoorbeeld die laken oor haar kop getrek, waarop Deelnemer 2 gereageer het: *“Wait a minute.”* Alhoewel die gedrag ontoepaslik was, was die variasies in prosodie toepaslik.

❖ **Posttoets**

Deelnemer 2 se paralinguistiese aspekte van kommunikasie was tydens die posttoets toepaslik. Die verstaanbaarheid waarmee die boodskap gekommunikeer is en stemkwaliteit was weereens toepaslik. Deelnemer 2 het vir die persoon met AS gesing, wat laasgenoemde gekalmeer en laat lag het. Sy (Deelnemer 2) het dus gebruik gemaak van variasies in luidheid en prosodie (toonhoogte, duur en intonasiepatrone). Aangesien Deelnemer 2 in vergelyking met die pretoets meer met die persoon met AS gekommunikeer het, was die vlotheid waarmee die boodskap oorgedra is meer toepaslik.

2.3 Nieverbale aspekte

- **Kinese en proksemie**

Die konteks waarin die interaksie tussen Deelnemer 2 en persoon met AS waargeneem is, het beide partye daartoe genoodsaak om in fisiese kontak met mekaar te verkeer. Deelnemer 2 is soggens waargeneem waartydens sy die persoon met AS wakker gemaak het, gestort en aangetrek het. Die nieverbale gedrag is dus as toepaslik of ontoepaslik beoordeel op grond van die aard van die milieu waarin interaksie plaasgevind het.

❖ **Pretoets**

Bogenoemde situasie het daartoe gelei dat die fisiese afstand tussen die twee partye baie min was en die fisiese kontak gereeld. Die fisiese kontak was toepaslik vir die situasie, aangesien die persoon met AS gestort en aangetrek is. Deelnemer 2 het agter die persoon met AS gestaan terwyl sy haar gewas het en kon dus tydens die wassessie nie oogkontak met die persoon met AS maak nie. Deelnemer 2 het wel vooroor geleun en oogkontak met die persoon met AS gemaak toe sy laasgenoemde gegroet het. Liggaamshouding en oogkontak is as toepaslik aangedui. Voet-been- en hand-armbewegings asook gebare wat Deelnemer 2 se verbale gedrag ondersteun, is nie tydens die waarnemings opgemerk nie. Deelnemer 2 het 'n neutrale gesigsuitdrukking gehad. Hierdie aspek is as ontoepaslik aangedui.

❖ **Posttoets**

Die volgende aspekte van nieverbale kommunikasie was tydens die posttoets toepaslik: fisiese naasliggendheid en kontak, liggaamshouding, hand-armbewegings, gebare, gesigs-uitdrukking en oogkontak. Hierdie gedrag word geïllustreer aan die hand van die volgende voorbeeld van interaksie wat plaasgevind het. Deelnemer 2 het met haar hand aan die persoon met AS se arm geraak en geglimlag (wat dui op 'n positiewe gesigsuitdrukking) terwyl sy met die persoon met AS gepraat het voordat sy gewas is. Deelnemer 2 het ook voor die persoon met AS gestaan toe die persoon regop in die bed gesit het, gebuk en oogkontak gemaak terwyl sy spontaan vir die persoon met AS begin sing het. Deelnemer 2 het geglimlag en ook haar hande geklap op die ritme van die liedjie. Die reaksie wat van die persoon met AS ontlok is, was positief, aangesien laasgenoemde vir Deelnemer 2 gelag het en daarna rustiger was. Voet-beenbewegings van Deelnemer 2 is nie tydens die posttoets waargeneem nie.

3 Luistergedrag

Die luistergedrag van Deelnemer 2 is waargeneem tydens interaksie met die persoon met AS en geanaliseer aan die hand van die *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1990). Soos bespreek in die Metodologie, is die verpleegpersoneel in hierdie studie beskou as die luisteraars en die persone met AS as die sprekers.

❖ **Pretoets**

Resultate van die pretoets dui aan dat Deelnemer 2 somtyds 'n behoorlike vlak van aansporing handhaaf en ook afgelei word deur nierelevante geluide en bewegings in die omgewing. Voorbeelde hiervan is waar kollegas en ander inwoners rondbeweeg het en Deelnemer 2 in interaksie met hierdie persone verkeer het. Deur ander take uit te voer het dit daartoe gelei dat die spreker (persoon met AS) onderbreek word. Deelnemer 2 het haar gedagtes geïnhibeer aangesien dit nie in ooreenstemming met die persoon met AS se boodskap was nie. Deelnemer 2 het tydens die pretoets 'n neutrale gesigsuitdrukking gehad. Daar is waargeneem dat Deelnemer 2 nie op 'n gereelde basis oogkontak met die persoon met AS handhaaf nie. Die volgende luistergedrag is selde tydens die pretoets by Deelnemer 2 waargeneem:

- vra vir verduideliking en/of herhaling wanneer onseker van boodskap
- lewer kommentaar wat begrip vir die persoon met AS se intensie van die boodskap toon
- inisieer vrae en/of kommentaar wat relevant is vir die tema van bespreking
- kommentaar hou verband met die spreker (persoon met AS) se vorige uitinge.

Deelnemer 2 het wel aangedui dat sy tog in 'n meerdere mate die paralinguistiese en nieverbale aspekte van kommunikasie van die persoon met AS verstaan.

❖ **Posttoets**

Deelnemer 2 het tydens die posttoets aangetoon dat sy gereeld 'n vlak van aansporing handhaaf en dat haar aandag selde deur nierelevante geluide en bewegings afgelei word. Deelnemer 2 het tot op die persoon met AS se vlak gebuig en gereeld oogkontak gemaak. Sy het verder ook op die persoon met AS gefokus en nie op die taak waarmee sy besig was nie wanneer die persoon met AS pogings tot kommunikasie aangewend het. Daar is wel aangedui dat Deelnemer 2 per geleentheid met die ander verpleegsters gesels het terwyl sy besig was om die persoon met AS te bad. Daar is nie tydens die posttoets waargeneem dat Deelnemer 2 aan die persoon met AS vra vir verklarings of herhaling van die boodskap indien dit onduidelik was nie, alhoewel die kommentaar wat deur Deelnemer 2 gelewer is in reaksie op die persoon met AS se uitinge, daarop gedui het dat sy die intensie van die persoon met AS se boodskap verstaan. Die persoon met AS het gekommunikeer deur "*Uh-uh*" (steungeluid).

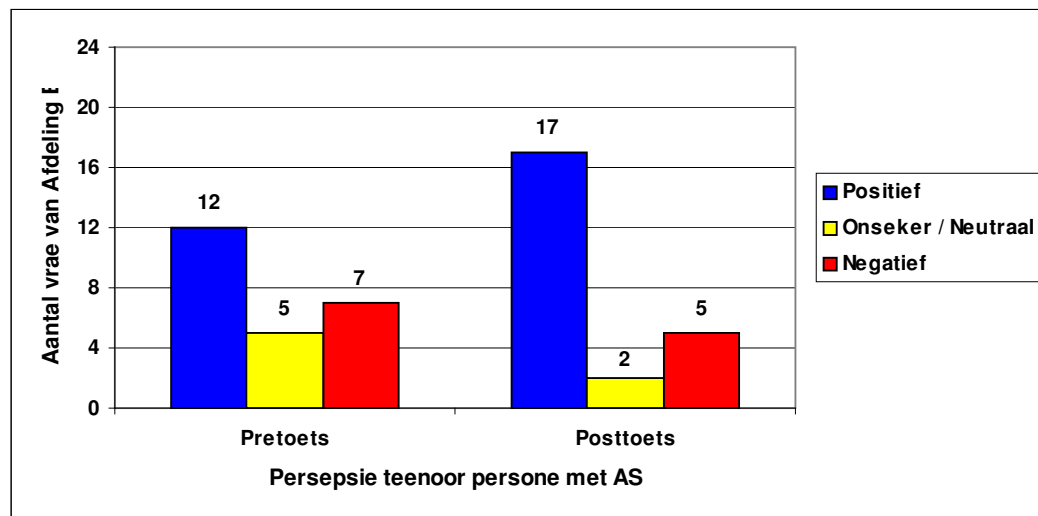
Deelnemer 2 het soos volg op hierdie uiting gereageer: “*Ek sien jy’s honger. Ons gaan nou eet*” en by ‘n volgende geleentheid het sy gesê: “*Ons is klaar.*” Laasgenoemde aspek word ondersteun deur die waarneming dat Deelnemer 2 soms vrae en kommentaar geïnisieer het wat relevant was by die gesprekstema en die persoon met AS se uitinge. Daar is ook tydens die posttoets gedokumenteer dat Deelnemer 2 gereeld begrip toon vir die paralinguistiese en nieverbale aspekte van kommunikasie.

Subdoelstelling 2 en 5

Om die persepsie en kennis van die verpleegpersoneel rakende persone met AS voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel te bepaal.

4 Persepsie

Die inligting is verkry deur die response op Vrae 1 – 24 van Afdeling B in die onderskeie vraelyste te gebruik en word grafies voorgestel in Figuur 12. Op grond van die wyse waarop Vrae 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 en 24 se inhoud geformuleer is, moet die response dienooreenkomstig omgekeerd gekodeer word. Dit beteken dat indien Deelnemer 2 met die stellings saamstem, dit as ‘n negatiewe houding gekodeer word en indien Deelnemer 2 nie daarmee saamstem nie, dit as ‘n positiewe houding gekodeer word.



Figuur 12: Persepsie van Deelnemer 2 van persone met AS tydens pre- en posttoetse

Deelnemer 2 se resultate van haar persepsie jeens persone met AS, word in Figuur 12 voorgestel. Soos Figuur 12 aandui, het Deelnemer 2 tydens die pretoets die helfte (50%) van die stellings van Afdeling B, Vraelys 1 positief beantwoord. Sy het aangedui dat sy onseker is van vyf (21%) van die 24 stellings en het 'n negatiewe persepsie van sewe (29%) van die stellings voor die aanvang van die werkswinkel gehad.

Daar is 'n verandering in Deelnemer 2 se persepsie waargeneem tydens die posttoets. Deelnemer 2 het na afloop van die posttoets die positiewe opsie geselekteer vir 17 (71%) van die 24 stellings. Op vier van die stellings (9, 10, 13 en 15) waaroor Deelnemer 2 tydens die pretoets onseker was, het sy positief gereageer tydens die posttoets. 'n Afname in onsekerheid is ook waargeneem, aangesien Deelnemer 2 oor slegs twee (8%) van die stellings tydens die posttoets onseker was. Deelnemer 2 was onseker oor Vraag 16 tydens die pre- en posttoets. Resultate van die posttoets het laastens aangetoon dat Deelnemer 2 'n negatiewe persepsie van vyf (21%) van die stellings van Afdeling B, Vraelys 2 het. 'n Negatiewe persepsie voor en na die werkswinkel is aangedui vir Vrae 6, 17 en 19. Waar Deelnemer 2 aanvanklik (tydens die pretoets) positief was oor Vrae 5 en 18, het sy tydens die posttoets negatief op hierdie stellings gereageer.

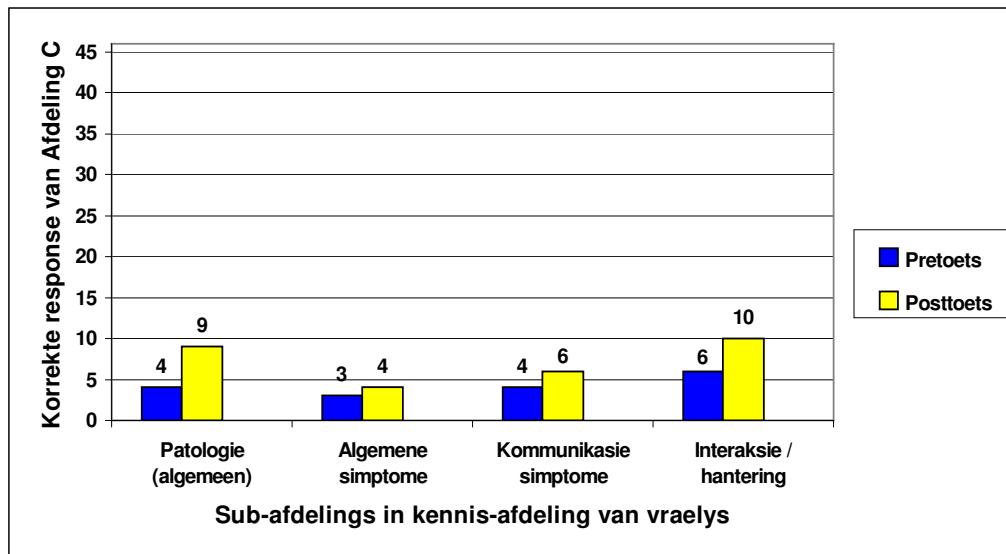
Daar is tydens die pretoets deur Deelnemer 2 aangedui dat sy onseker voel oor die stellings *"Na gereelde kontak (interaksie), vind ek dat ek die persoon met AS raaksien en nie net die siekte nie"* en *"Ek is geneig om 'n persoon met AS te ignoreer"*. Resultate van die posttoets dui aan dat Deelnemer 2 saamstem met die eerste stelling en nie met laasgenoemde stelling nie. Hierdie twee response is gedokumenteer as 'n positiewe persepsie. Waar Deelnemer 2 aanvanklik negatief oor Vraag 24 was en aangedui het dat sy dit neerdrukkend vind om met 'n persoon met AS te werk, het sy haar persepsie oor die stelling na die posttoets verander na 'n positiewe persepsie.

5 Kennis

Afdeling C van Vraelys 1 en 2 is gebruik om inligting oor die kennisaspek te verkry. Response op Vrae 1 – 46 van hierdie afdeling is in subafdelings verdeel en word grafies voorgestel in Figure 13, 14 en 15. Die onderskeie subafdelings en betrokke vrae sien soos volg daar uit:

- AS as patologie (algemene inligting): Vrae 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 33, 36.
- Algemene simptome van AS: Vrae 4, 10, 13, 17, 18, 30, 31, 32, 35, 46.
- Kommunikasiesimptome van AS: Vrae 19, 25, 27, 38, 39, 40, 41, 45.
- Interaksie met en hantering van persone met AS: Vrae 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 34, 37, 42, 43, 44.

5.1 Korrekte response



Figuur 13: Korrekte response van Deelnemer 2 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Figuur 13 gee 'n oorsig van Deelnemer 2 se korrekte response tydens die pre- en posttoetse. Daar kan oor al die subafdelings waargeneem word dat Deelnemer 2 meer vrae korrek beantwoord het tydens die posttoets. In die subafdeling **algemene patologie** het Deelnemer 2 voor die aanvang van die werkswinkel vier van die 16 vrae

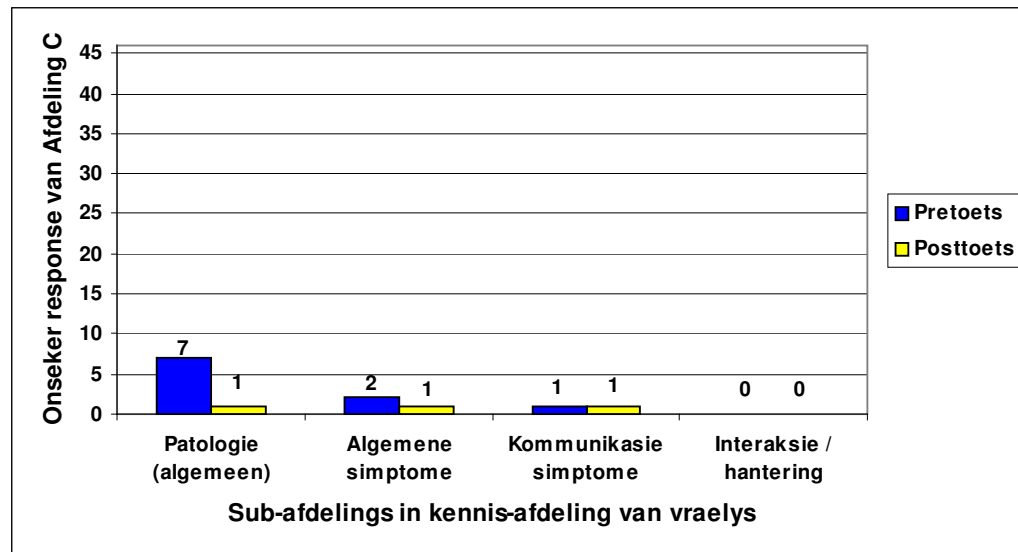
in die betrokke subafdeling korrek beantwoord. Na afloop van die werkswinkel het sy nege van die vrae korrek beantwoord. Deelnemer 2 was tydens die pretoets onseker oor drie vrae, maar tydens die posttoets het sy hierdie drie vrae korrek beantwoord. Drie vrae is aanvanklik foutief beantwoord, maar resultate van die posttoets dui aan dat die betrokke vrae korrek beantwoord is. Deelnemer 2 se kennis het dus ten opsigte van die subafdeling **algemene patologie** toegeneem.

Response van die subafdeling **algemene simptome** dui daarop dat Deelnemer 2 tydens die pretoets drie van die tien vrae korrek beantwoord het. Vier vrae is tydens die posttoets korrek beantwoord.

Deelnemer 2 het aanvanklik die helfte (vier) van die vrae in die subafdeling **kommunikasiesimptome** korrek beantwoord. Na afloop van die werkswinkel het sy ses vrae in hierdie subafdeling korrek beantwoord. Hierdie twee vrae is tydens die pretoets foutief beantwoord maar die korrekte opsie is tydens die posttoets geselekteer.

Ses van die 12 vrae in die **interaksie met en hantering van persone met AS** is tydens die pretoets korrek beantwoord. Resultate van die posttoets dui aan dat Deelnemer 2 tien van die vrae korrek beantwoord het.

5.2 Onseker response



Figuur 14: Onseker response van Deelnemer 2 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

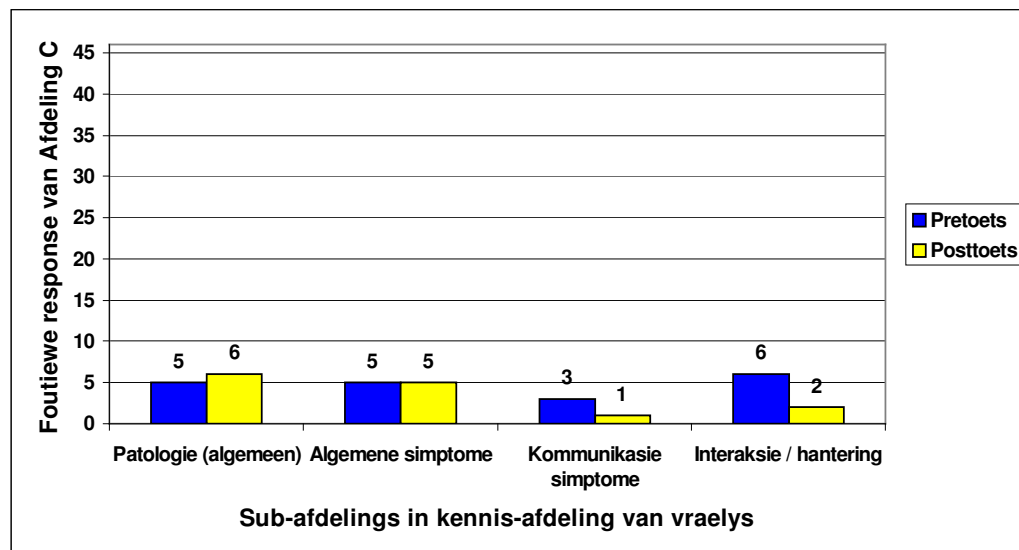
Figuur 14 gee 'n aanduiding van die aantal kere wat Deelnemer 2 die onseker opsie geselekteer het in die beantwoording van die onderskeie vraelyste. Deelnemer 2 het aangedui dat sy onseker was oor sewe van die 16 vrae in die subafdeling **algemene patologie**. 'n Verandering in Deelnemer 2 se onsekerheid is na afloop van die werkswinkel waargeneem, aangesien sy toe oor slegs een vraag onseker was.

Onseker resultate van die subafdeling **algemene simptome** dui aan dat Deelnemer 2 hierdie opsie geselekteer het vir twee vrae tydens die pretoets. Deelnemer 2 was selfs na die werkswinkel nog onseker oor een van die vrae.

Resultate van die subafdeling **kommunikasiesimptome** dui aan dat Deelnemer 2 tydens die pre- en posttoetse onseker was oor een vraag.

Deelnemer 2 het glad nie die onseker opsie uitgevoer vir die subafdeling **interaksie met en hantering van persone met AS** in Vraelys 1 of 2 nie.

5.3 Foutiewe response



Figuur 15: Foutiewe response van Deelnemer 2 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Die aantal vrae wat Deelnemer 2 tydens die pre- en posttoetse van elke subafdeling foutief beantwoord het, word voorgestel in Figuur 15. Deelnemer 2 het vyf van die vrae

tydens die pretoets en ses van die 16 vrae tydens die posttoets in die subafdeling **algemene patologie** foutief beantwoord. Waar Deelnemer 2 tydens die pretoets aangedui het dat sy onseker is oor drie vrae, het sy hierdie vrae tydens die posttoets foutief beantwoord.

In die subafdeling **algemene simptome** het Deelnemer 2 met beide die pre- en posttoets die helfte van die vrae (vyf) van die betrokke afdeling foutief beantwoord. Dieselfde vrae is tydens beide geleenthede foutief beantwoord.

Drie van die agt vrae van die subafdeling **kommunikasiesimptome** is tydens die pretoets foutief beantwoord. Resultate van die posttoets dui daarop dat slegs een vraag van hierdie subafdeling foutief beantwoord is.

Foutiewe response op die **interaksie met en hantering van persone met AS** is soos volg: Deelnemer 2 het ses van die 12 vrae in hierdie subafdeling tydens die pretoets foutief beantwoord. Twee van die vrae is ook tydens die posttoets foutief beantwoord.

Tabel 14 gee 'n opsomming van die resultate wat verkry is van Afdeling C (kennisafdeling).

Tabel 14: Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2

	Opsies		
	Korrek	Onseker	Foutief
Pretoets	17 (37%)	10 (22%)	19 (41%)
Posttoets	29 (63%)	3 (7%)	14 (30%)
Verandering	Toename	Afname	Afname

Opsommend kan dus gesê word dat Deelnemer 2 tydens die pretoets 17 (37%) van die vrae van Afdeling C (Vraelys 1) korrek beantwoord het, oor tien (22%) van die vrae onseker was en 19 (41%) van die vrae foutief beantwoord het. Resultate van die posttoets (Afdeling C, Vraelys 2) toon aan dat Deelnemer 2, 29 (63%) van die vrae korrek beantwoord het, onseker was oor drie (7%) van die vrae en 14 (30%) van die vrae in hierdie afdeling foutief beantwoord het. Daar was dus 'n toename in kennis vir Deelnemer 2 na afloop van die werkswinkel, aangesien sy meer vrae tydens die

posttoets korrek beantwoord het, minder onseker was en minder foutiewe response op die vrae gehad het.

6 Temas van die diskoersanalise

Die volgende temas is tydens die pre- en posttoetse van die diskoersanalise by Deelnemer 2 geïdentifiseer en sien soos volg daarna daaruit (sien Bylae H vir volledige transkripsies van die semigestruktureerde onderhoud).

Tabel 15: Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 2 (D2)

Temas van diskoersanalise	Pretoets	Posttoets
Kennis van AS (oorsake, simptome)	<ul style="list-style-type: none"> • D2 het mediese kennis van AS (ooreenstemmed met die mediese model van versorging van persone met demensie). • Beskryf persone met AS as deurmekaar en gedisoriënteerd. “...the patient who is confused. She can’t remember the day. Let me say, she’s disorientated.” • Beskryf die kommunikasie simptome van persone met AS. “When she speak, she just speak anything. I, I think she think what she said is right. When you talks, she talks after.” • Assosieer die siektetoestand met depressie, stress en breinskade. “They don’t look after their parents for their parents get depressed and at the end to the day the brain damage.” 	<ul style="list-style-type: none"> • D2 het aangedui dat sy baie by die werkwinkel geleer het. “But now I know some things. And now I can come with them.” • D2 meld dat sy meer geleer het oor die verskil tussen Parkinson-siekte en Alzheimer-siekte.

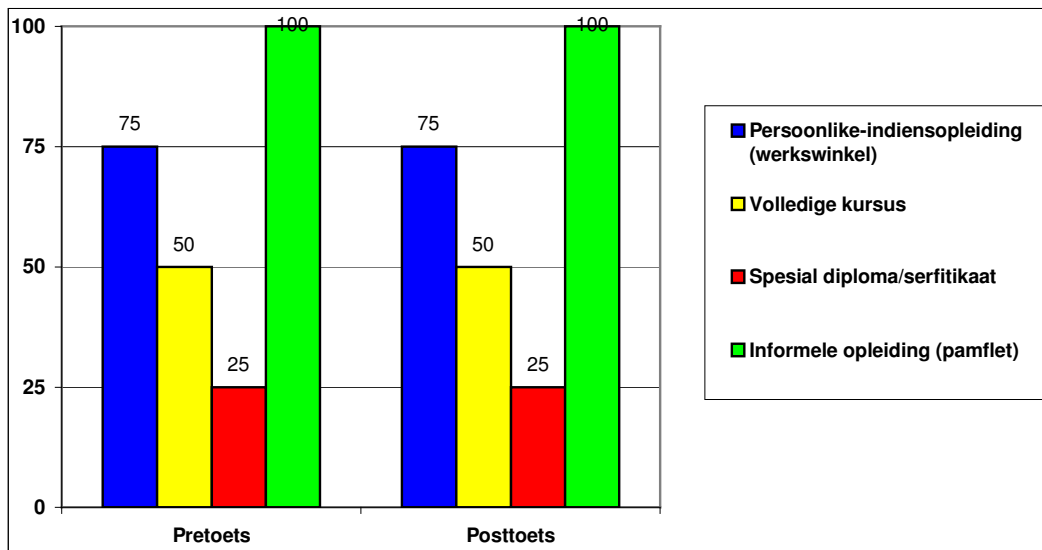
<p>Kommunikasie met persoon met AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D2 beskryf hoe sy met 'n persoon met AS voor aanvang van die werkwinkel kommunikeer. "...I just speak harder, then she get frightened, she just leave me." • D2 is bewus daarvan dat dit nie die korrekte manier van interaksie met 'n persoon met AS is nie. "When you approach them don't be angry, because... just softly, and they will show you what they are trying to say." 	<ul style="list-style-type: none"> • D2 dui aan dat sy baie geleer het oor maniere om met persone met AS te kommunikeer. Sy het geleer van die belangrikheid om kommunikasie pogings van persone met AS te erken en verskillende metodes van kommunikasie. "If he, she speaks to you, you mustn't, um, ignore her."; "When she wants water, she just shows she wants water." • Sy met maniere geleer om aggressie te hanteer. "Since then, when I speak to her she got angry. I just leave her for five minutes, two minutes when I go back she's okay." • Daar is egter teenstrydigheid en bewyse van ontoepaslike gedrag. "I shout at her but I now know that she don't hear anything."
<p>Persepsie van persoon met AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Daar is 'n teenstrydigheid in D2 se persepsie. Aan die een kant dui sy aan dat sy gefrustreerd voel en aan die ander kant meld sy dat dit nie so sleg is om met persone met AS te werk nie. "Sometimes when we go there, and she doesn't... she doesn't want to understand."; "But sometimes when we speak to her...she do whatever you say she must do...but they are not so bad." • Tydens die onderhoud van die posttoets, het D2 aangedui dat sy gewoonlik kwaad geraak het vir die persone met AS. "When she get angry, I get angry." Sy erken 	<ul style="list-style-type: none"> • D2 het 'n veranderde houding (meer positief). "Sometimes when they are around you working with them, they make funny things, you can laugh. But they are not so bad." • Daar is aanduiding dat sy gemotiveerd is om haar interaksie aantepas. "But after the workshop, I'm going to try hard to do what I've been told."

	<p>dat dit gebeur het aangesien sy gedink het dat die persoon met AS nie na haar wou luister nie.</p> <p>“Because I, I think she don't want to listen to me. I didn't know it's because of the disease.”</p>	
Behoeftes	<ul style="list-style-type: none"> D2 dui aan dat sy meer inligting oor die behandeling en prognose van AS wil hê. “I want to know...even if the disease can affect the heart, because sister already told me there is no cure for Alzheimer's.”; “There is nothing they can do for you? To calm the patient down?” 	<ul style="list-style-type: none"> Dui aan dat sy nie seker is oor hoe om te reageer as 'n persoon met AS vloek nie.

Vier hoofemas is tydens die pre- en posttoets onderhoude by Deelnemer 2 deur middel van diskoersanalise geïdentifiseer. Hierdie temas word ondersteun deur stellings wat deur Deelnemer 2 gemaak is (soos aangedui in Tabel 15). Die temas sluit Deelnemer 2 se kennis van die oorsake en simptome van AS in, kommunikasie met persone met AS, Deelnemer 2 se persepsie van persone met AS asook spesifieke behoeftes wat deur die deelnemer gemeld is.

7 Vertrouenswaardigheid van die werkwinkel

Daar is ondersoek ingestel na Deelnemer 2 se persoonlike keuse vir maniere vir verdere opleiding wat moontlik die interaksie tussen Deelnemer 2 en persone met AS kan verbeter. Die inligting is verkry van response op Vraag 1 van Afdeling D in die onderskeie vraelyste. Resultate van die voorkeur vir hierdie keuse word vervolgens in Figuur 16 weergegee en daarna bespreek.



Figuur 16: Voorkeur ten opsigte van maniere van verdere opleiding

Figuur 16 dui aan dat Deelnemer 2 se voorkeure ten opsigte van maniere van verdere opleiding voor en na die gebeurtenis (opleidingswerkswinkel) dieselfde was. Sy het aangedui dat informele indiensopleiding deur middel van inligtingstukke haar eerste keuse sou wees indien sy verdere opleiding moet ondergaan ten einde die interaksie tussen haar en 'n persoon met AS te verbeter. Persoonlike indiensopleiding deur 'n gekwalifiseerde spraak-terapeut, bv. 'n werkswinkel, was albei kere haar tweede keuse. Dertens verkies sy 'n volledige opleidingskursus wat strek oor enkele dae. Deelnemer 2 het aangedui dat haar laaste keuse 'n spesiale opleidingsdiploma of -serfitikaat is.

Deelnemer 2 het in die vertrouenswaardigheidvraelys (sien Bylae H), wat na afloop van die werkswinkel aan haar gegee is om te voltooi, aangedui dat sy "Altyd" of "Meeste van die tyd" met die oorgrote meerderheid van die stellings wat in die vraelys gemaak is, saamstem. Deelnemer 2 het aangedui dat sy die inligting en terme wat in die werkswinkel gebruik is verstaan het (Vraag 2) en interessant gevind het (Vraag 3). Sy het verder ook aangedui dat sy konsepte soos moontlike oorsake van AS (Vraag 7), die fases en simptome van AS (Vrae 8, 9, 10, 11); die diagnostiese proses (Vraag 12), en ou en nuwe sienings van versorging (Vrae 15 en 16) verstaan. Deelnemer 2 het ook aangedui dat sy bevoeg voel om die verbale en nieverbale strategieë wat tydens die werkswinkel aan haar voorgehou is tydens die persoon met AS se aktiwiteite van daaglikse lewe (Vrae 18, 19, 20, 21 en 23) aan te wend. Deelnemer 2 was minder seker oor die spanbenadering wat gevolg moet word ten einde persone met AS te

hanteer (Vraag 13) en die verskillende medikasies en moontlike newe-effekte daarvan wat 'n persoon met AS kan gebruik (Vraag 17). Deelnemer 2 het geen ander behoeftes by die oop vrae aangedui nie.

DEELNEMER 3

1 Biografiese inligting

Deelnemer 3 is 'n 34-jarige Ndebele vrou wat ook Engels, Afrikaans en Zulu magtig is. Sy is die afgelope ses maande 'n eerstejaarstudent aan 'n opleidingskool in Pretoria en doen die praktiese komponent van haar hulpverplegingkursus by die betrokke versorgingseenheid. Sy versorg daagliks drie inwoners wat AS het. Voor die aanvang van die studie het sy persoonlike ervaring (buite die versorgingseenheid) ten opsigte van AS gehad.

Tydens die pre- en posttoetse het Deelnemer 3 in interaksie verkeer met Persoon B (soos opgesom in Tabel 7). Persoon B is 'n 84-jarige Afrikaanse weduwee wat sedert 1995 'n inwoner van die versorgingseenheid is. Sy is in Februarie 2002 met AS gediagnoseer en is tans in die laat fase van die siektetoestand. Addisioneel tot die AS het Persoon B ook 'n gehoorverlies en hartprobleme. Waarneming van die interaksie het plaasgevind tydens die oggendroetine wat die volgende behels het: die persoon met AS (Persoon B) is wakker gemaak, het 'n bedbad ontvang en is daarna aangetrek en eetsaal toe geneem.

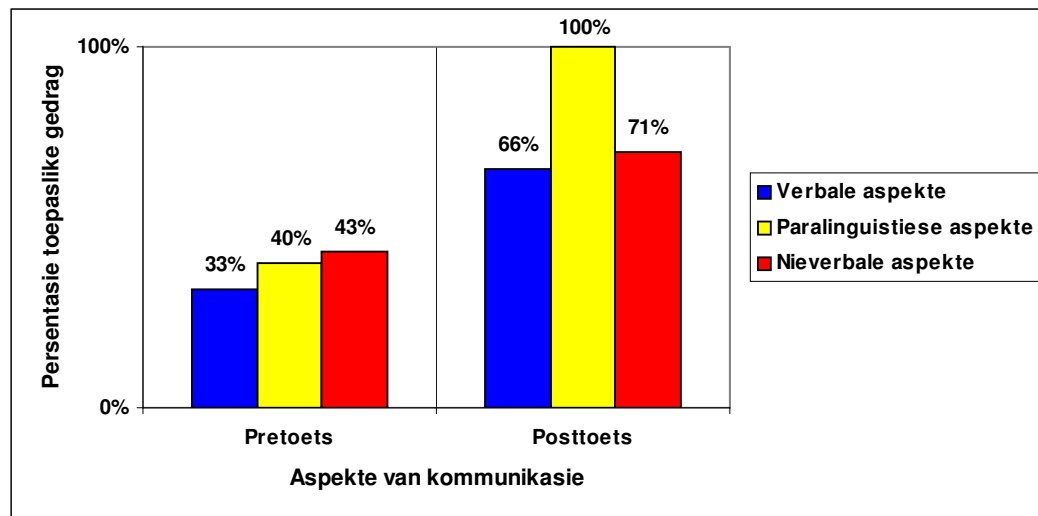
Subdoelstelling 1 en 4

Om die kommunikasievaardighede (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) en luistergedrag wat deur die verpleegpersoneel voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel aangewend is te bepaal.

2 Kommunikasievaardighede

Die kommunikasievaardighede van die Deelnemer is waargeneem tydens interaksie met 'n persoon met AS en geanaliseer aan die hand van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987). Die resultate van haar kommunikasievaardighede word onder die volgende drie hoofpunte soos wat dit ook in die betrokke protokol voorkom, bespreek:

- 2.1 Verbaal
- 2.2 Paralinguisties
- 2.3 Nieverbaal



Figuur 17: Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 3 volgens die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987)

Figuur 17 dui die persentasie toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 3 aan soos waargeneem tydens die pre- en posttoetse.

- 2.1 Tydens die pretoets het Deelnemer 3 toepaslike verbale kommunikasiegedrag aangewend vir 33% van die aspekte van hierdie betrokke afdeling in die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987). Daar is tydens die posttoets 'n toename in toepaslike verbale kommunikasiegedrag by Deelnemer 3 waargeneem en daar is

gedokumenteer dat Deelnemer 3 toepaslik gereageer het op 66% van die verbale aspekte.

- 2.2 Soos in die geval van die verbale aspekte, was daar ook 'n toename in toepaslike paralinguistiese kommunikasiegedrag. Deelnemer 3 het toepaslik gereageer op 40% van die paralinguistiese aspekte tydens die pretoets. Toepaslike kommunikasiegedrag is vir al die aspekte van hierdie afdeling (100%) tydens die posttoets waargeneem.
- 2.3 Daar was ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag, aangesien Deelnemer 3 toepaslik gereageer het op 43% van die aspekte tydens die pretoets en 71% van die aspekte tydens die posttoets.

Vervolgens word die aspekte van verbale kommunikasievaardighede wat evalueer is bespreek volgens die toepaslikheid of ontoepaslikheid soos waargeneem tydens die pre- en posttoetse.

2.1 Verbale aspekte

- **Spraakaksies**
- **Gesprekstema**
- **Beurtnaam**
- **Woordkeuse en sinskonstruksie**
- **Stilistiese variasies**

❖ Pretoets

- **Spraakaksies**

Tydens die pretoets het Deelnemer 3 'n verskeidenheid spraakaksies beoefen wat toepaslik was vir die situasie. Sy het die persoon met AS onder andere gegroet en 'n vraag gevra: "*Hoe gaan dit?*" Deelnemer 3 het ook kommentaar gelewer: "*Nou stort toe gaan, hoor*" en "*Ja, ek is nou klaar*" en bevele gegee soos: "*Nee, moenie*".

- **Gesprekstema**

Deelnemer 3 het wel 'n gesprekstema tydens interaksie met die persoon met AS gekies en voorgestel. Deelnemer 3 het in reaksie op die persoon met AS se versoek dat Deelnemer 3 haar nie moet seer maak nie, gedreig dat sy die polisie

gaan haal: *“I will fetch the police and they will come and fetch you”*. Deelnemer 3 het die gesprekstema gehandhaaf deur ‘n opeenvolgende sin: *“If you don’t talk, I won’t hurt you.”* Daar is nie tydens die pretoets ‘n verandering in die tema waargeneem nie. Ten spyte daarvan dat die Deelnemer wel ‘n gesprekstema geselekteer, voorgestel en gehandhaaf het, word hierdie aspekte as ontoepaslik gekodeer as gevolg van die aard van die inhoud van die gesprek wat deur Deelnemer 3 gevoer is.

- **Beurtnaam**

Deelnemer 3 het wel beurtname geïnisieer toe sy die persoon met AS gegroet het en na die persoon se welstand uitgevra het. Soos reeds genoem, het Deelnemer 3 wel gereageer op die persoon met AS se uitinge en ook dadelik terugvoering aan die persoon met AS gegee. Toe die persoon met AS byvoorbeeld gesê het dat sy koud kry, het Deelnemer 3 gereageer deur te sê: *“Ja, ek is nou klaar.”* Die pouse tussen die twee deelnemers se uitinge asook die naasliggendheid was dus ook toepaslik. Daar is nie waargeneem dat Deelnemer 3 gepoog het om die gesprek te herstel waar onderbreking plaasgevind het nie. Deelnemer 3 het ook nie die persoon met AS onderbreek of terselfdertyd met die persoon met AS gesels nie. Aangesien Deelnemer 3 se verbale uitinge nie verbandhoudend was met die persoon met AS se uitinge nie, is hierdie aspek as ontoepaslik gekodeer. ‘n Voorbeeld hiervan word gevind waar die persoon met AS versoek het dat Deelnemer 3 haar nie moet seer maak nie. Deelnemer 3 het gereageer deur te sê: *“I will fetch the police and they will come and fetch you”*. Die beperkte uitinge het daartoe gelei dat die mate van kwantiteit en voortvloeiendheid van Deelnemer 3 met die persoon met AS ontoepaslik was.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Die akkuraatheid van die woordkeuse wat tydens die pretoets deur Deelnemer 3 beoefen is, was nie toepaslik nie. Alhoewel Deelnemer 3 eenvoudige sintaksis gebruik het, was haar uitinge nie altyd verbandhoudend met die konteks nie. Die gesprek wat tydens die pretoets tussen Deelnemer 3 en die persoon met AS plaasgevind het, het nie ‘n eenheid gevorm nie, aangesien die gesprek uit enkel, losstaande uitinge bestaan het. Hierdie aspek het daartoe gelei dat die kohesie tussen die spraakaksies tydens die pretoets as ontoepaslik gekodeer is.

- **Stilistiese variasie**

Die stilistiese variasies wat deur Deelnemer 3 beoefen is, was tydens die pretoets ontoepaslik, aangesien die dreigemente met die polisie moontlik die persoon met AS beangs kon maak het.

❖ **Posttoets**

Resultate van die posttoets dui daarop dat verskeie aspekte van Deelnemer 3 se kommunikasievaardighede na afloop van die werkswinkel verander het.

- **Spraakaksies**

Deelnemer 3 het ook tydens die posttoets 'n verskeidenheid spraakaksies aan die dag gelê. Sy het die persoon met AS gegroet en gevra na haar welstand: *"Hallo. Hoe gaan dit?"* Deelnemer 3 het kommentaar gelewer op die aksies wat uitgevoer moes word: *"Ons gaan nou was, hoor"* en *"Jy kan maar sit, sit, sit."* Daar is ook verskeie bevels aan die persoon met AS gegee: *"Los my liefie"* en *"Draai my liefie"*, sowel as om verskoning aan die persoon te vra: *"Ekskuus my liefie"*. Deelnemer 3 het ook die persoon met AS aan die einde van die wassessie bedank: *"Dankie, my skat. Ek is nou klaar hoor. Laat ek sien hierso"*. Daar is ook aangeteken dat Deelnemer 3 soms die babbelgedrag van die persoon met AS herhaal het, maar ten spyte daarvan is die spraakaksies as toepaslik aangeteken.

- **Gesprekstema**

Deelnemer 3 het tydens waarneming van die interaksie ook gesprekstemas geselekteer en voorgestel. Sy het aan die persoon met AS gesê: *"Ons gaan jou nou was, hoor."* Teen die einde van die wassessie het Deelnemer 3 aan die persoon met AS gesê: *"Sit bietjie. Ons gaan net-nou eet."* Die temakeuse en -voorstelling is as toepaslik gekodeer. Aangesien Deelnemer 3 nie die gesprekstema gehandhaaf het deur opeenvolgende uitinge nie, is hierdie aspek as ontoepaslik gekodeer. Deelnemer 3 het by 'n enkele geleentheid die tema verander toe sy aan die persoon met AS gesê het: *"Ons gaan net-nou eet."* Alhoewel Deelnemer 3 se uitinge beperk en losstaande was, is die diskoers oor die wassituasie verander na die eetsituasie en dus is die temaverandering as toepaslik gekodeer.

- **Beurtname**

Deelnemer 3 het wel tydens die posttoets beurtname geïnisieer deur die vrae wat sy aan die persoon met AS gevra het en die kommentaar (verskeidenheid spraakaksies) wat sy tydens interaksie met die persoon met AS gelewer het. Alhoewel dit aangeteken is dat Deelnemer 3 by tye die persoon met AS se babbelgedrag herhaal het, het Deelnemer 3 dikwels toepaslike response en terugvoering op die persoon met AS se uitinge (pogings tot kommunikasie) binne 'n toepaslike tydsraamwerk gegee. Die kwessie van naasliggendheid is dus ook as toepaslik gekodeer. Sy het byvoorbeeld vir die persoon met AS om verskoning gevra toe sy sien dat laasgenoemde ongemaklik is. Die aspekte verklaring, herhaling en onderbreking of oorvleueling is nie tydens die posttoets waargeneem nie. Aangesien Deelnemer 3 gekommunikeer het deur enkel, losstaande uitinge wat beperk was in die weergee van informasie, is die voortvloeiendheids- en kwantiteitaspekte as ontoepaslik gekodeer.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Tydens die posttoets was Deelnemer 3 se woordkeuse en gebruik akkuraat en toepaslik. Deelnemer 3 het items gebruik wat toepaslik was vir die konteks, naamlik aktiwiteite van die daaglikse lewe (ADL). Voorbeelde van Deelnemer 3 se uitinge wat hierdie aspek ondersteun, is: *“Ons gaan jou nou was, hoor. Jy kan maar sit. Ja, ons moet skoonmaak. Ons gaan net-nou eet, wag net.”* Daar is dus 'n kohesie in die teks en daar is 'n gesprek met die persoon met AS gevoer, alhoewel die uitinge, soos in die geval van die pretoets, losstaande van mekaar was. Die woordeskat wat gebruik is, word as toepaslik beskou, aangesien dit eenvoudige sleutelwoorde is.

- **Stilistiese variasies**

Variasies in die kommunikasiestyl van Deelnemer 3 is tydens die posttoets as toepaslik beskou, aangesien sy aanpassings gemaak het om meer suksesvol met die persoon met AS in interaksie te tree. Sy het om verskoning gevra wanneer die persoon met AS aangedui het dat sy ongemak ervaar en het ook kort, eenvoudige sinne gebruik wat toepaslik was in die situasie. Deelnemer 3 het nie van beleefde vorms gebruik gemaak deur die persoon met AS aan te spreek op haar titel en van nie, maar wel die persoon met AS verskeie kere as *“my liefie”* aangespreek.

2.2 Paralinguistiese aspekte

- **Verstaanbaarheid en prosodie**

❖ **Pretoets**

Deelnemer 3 se verstaanbaarheids- en prosodiese aspekte is deur die navorser as toepaslik gekodeer, alhoewel die uitinge beperk was. Aangesien die persoon met AS nie op die uitinge gereageer het of kommentaar daarop gelever het nie, kon daar nie vasgestel word of die boodskap deur die persoon met AS verstaan word nie. Deelnemer 3 se stemkwaliteit was toepaslik. Aangesien Deelnemer 3 se uitinge tydens die pretoets beperk was, het die navorser nie variasies in haar stemluidheid waargeneem nie. Die gebruik van intonasie- en klempatrone is ook nie tydens interaksie met die persoon met AS waargeneem nie. Die vlotheid waarmee Deelnemer 3 die boodskap gekommunikeer het, was ontoepaslik aangesien daar nie konstant met die persoon met AS gekommunikeer is nie.

❖ **Posttoets**

Resultate van die paralinguistiese aspekte van kommunikasie wat tydens die posttoets waargeneem is, het aangedui dat die verstaanbaarheid waarmee die boodskap deur Deelnemer 3 gekommunikeer is, toepaslik was. Deelnemer 3 se aantal verbale uitinge het in vergelyking met die pretoets toegeneem en dus kon daar bepaal word dat Deelnemer 3 se stemkwaliteit en vlotheid toepaslik was. Deelnemer 3 het gebruik gemaak van variasies in luidheid en prosodie. Deelnemer 3 se stemintensiteit was dus ook toepaslik.

2.3 Nieverbale aspekte

- **Kinese en proksemie**

Die konteks waarin die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persoon met AS waargeneem is, het beide partye daartoe genoodsaak om in fisiese kontak met mekaar te verkeer. Verpleegpersoneel is soggens waargeneem waartydens hulle die persone met AS wakker gemaak het, gebad en aangetrek het. Die nieverbale gedrag is dus as toepaslik of ontoepaslik beoordeel op grond van die aard van die konteks waarin interaksie plaasgevind het.

❖ **Pretoets**

Die bed-bad-stortsituasie het daartoe gelei dat die fisiese afstand tussen Deelnemer 3 en die persoon met AS gering was en die fisiese kontak gereeld plaasgevind het, dog toepaslik vir die situasie. Tydens die pretoets het Deelnemer 3 van geen gebare gebruik gemaak nie om haar verbale gedrag te ondersteun of te komplementeer nie. Liggaamshouding was toepaslik. Voet-been- en hand-armbewegings is nie tydens die pretoets waargeneem nie. Deelnemer 3 het tydens interaksie met die persoon met AS 'n neutrale gesigsuitdrukking gehad, aangesien haar gesig in 'n rustende posisie was. Haar mondhoeke was nie opwaarts of afwaarts gedraai nie. Oogkontak was beperk en ontoepaslik. Die beperkte oogkontak kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat Deelnemer 3 gefokus was op die uitvoer van die taak (wassituasie). Hierdie aspek is as ontoepaslik gedokumenteer, aangesien oogkontak kommunikasie sou fasiliteer.

❖ **Posttoets**

Soos reeds genoem in die pretoets, kon die fisiese afstand en fisiese kontak nie werklik beoordeel word nie, maar in die lig van die konteks waarin die interaksie plaasgevind het, was die gedrag toepaslik. Deelnemer 3 het die persoon met AS aangeraak en vorentoe geleun na die persoon met AS toe toe sy haar wakker gemaak het. Deelnemer 3 het aan die persoon met AS verduidelik dat sy haar nou gaan bad: "*Ons gaan jou nou was, hoor.*" Liggaamshouding, oogkontak en hand-armbewegings van nieverbale kommunikasie is dus as toepaslik kodeer. Voet-beenbewegings is nie tydens die posttoets by Deelnemer 3 waargeneem nie. Deelnemer 3 het nie van gebare gebruik gemaak om haar verbale gedrag te ondersteun, komplementeer of vervang nie. Deelnemer 3 se gesigsuitdrukking was ten tye van die interaksie neutraal. Hierdie aspek is dus as ontoepaslik kodeer. Deelnemer 3 het wel 'n positiewe gesigsuitdrukking gehad toe sy die persoon met AS gegroet het.

3 Luistergedrag

Die luistergedrag van Deelnemer 3 is waargeneem tydens interaksie met die persoon met AS en geanaliseer aan die hand van die *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1990). Soos bespreek in die Metodologie, is die verpleegpersoneel in hierdie studie beskou as die luisteraars en die persone met AS as die sprekers.

❖ **Pretoets**

Tydens die pretoets is Deelnemer 3 se aandag gereeld afgelei deur die ander verpleegpersoneel wat in die omgewing was. Deelnemer 3 het soms in haar huistaal met die ander personeel gepraat terwyl sy besig was om die persoon met AS te bad. Dit kon moontlik die persoon met AS verwar en onderbreek. Daar is ook waargeneem dat Deelnemer 3 selde oogkontak gemaak het met die persoon met AS en somtyds begrip getoon het vir die persoon met AS se uitinge deur byvoorbeeld van verbale of nieverbale aspekte gebruik te maak. Die persoon met AS was met tye van die pretoets aggressief en het beangs voorgekom. Deelnemer 3 se verbale uitinge was beperk en sy het slegs somtyds kommentaar gelewer of vrae gevra wat aandui dat sy die persoon met AS se intensie verstaan. Deelnemer 3 het amper nooit vir die persoon met AS om 'n verduideliking of herhaling van die boodskap gevra nie.

❖ **Posttoets**

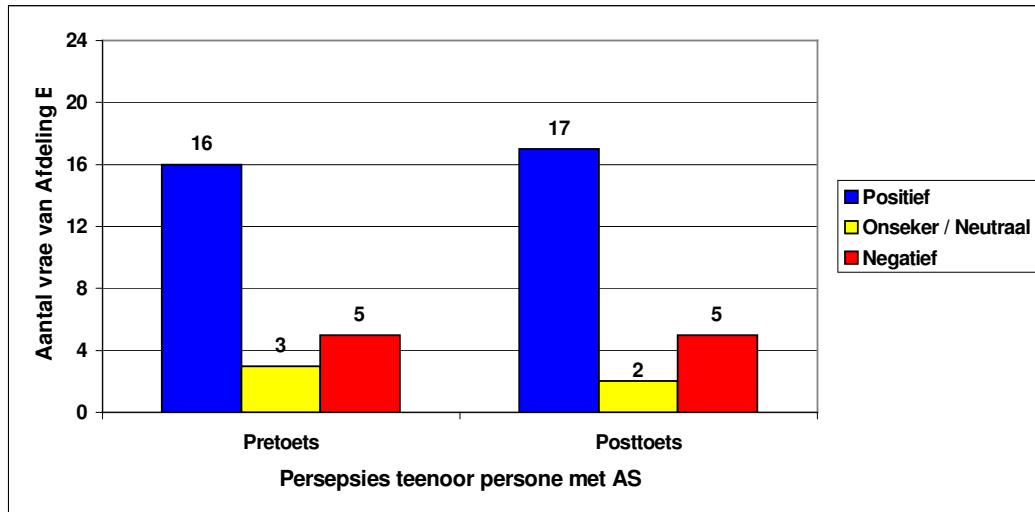
Deelnemer 3 het tydens die posttoets gereeld 'n behoorlike vlak van aansporing gehandhaaf. Daar is waargeneem dat Deelnemer 3 se aandag, in teenstelling met die pretoets, selde deur nierelevante geluide en bewegings afgelei is. Deelnemer 3 se aandag is gevestig op die taak waarmee sy besig was en sy het gereeld oogkontak met die persoon met AS gemaak. 'n Voorbeeld hiervan is dat Deelnemer 3 die persoon met AS aangeraak het en oogkontak met die persoon met AS gemaak het toe sy haar gegroet het en die wasprosedure aan die persoon met AS verduidelik het. Daar is ook aangeteken dat Deelnemer 3 tydens interaksie gereeld met die persoon met AS verbaal gekommunikeer het en ook deur die kommentaar wat sy gelewer het begrip getoon het vir die persoon met AS se uitinge. Deelnemer 3 het somtyds die babbelgedrag van die persoon met AS ge-eggo, wat moontlik neerbuigend (*patronizing*) kon wees. Laasgenoemde gedrag is nie 'n aanduiding dat Deelnemer 3 begrip getoon het vir die persoon met AS se intensie nie. Soos in die geval van die pretoets, het Deelnemer 3 weereens nie vir die persoon met AS om verduideliking of herhaling van die boodskap gevra nie, alhoewel die persoon met AS se uitinge volgens die navorser soms onverstaanbaar was. Deelnemer 3 het soms aangedui dat sy begrip toon vir die persoon met AS se paralinguistiese en nieverbale kommunikasie, aangesien sy die ongemak by laasgenoemde waargeneem het en soos volg daarop gereageer het: *“Ons gaan netnou eet, wag net.”*

Subdoelstelling 2 en 5

Om die persepsie en kennis van die verpleegpersoneel van persone met AS voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel te bepaal.

4 Persepsie

Die inligting is verkry deur die response op Vrae 1 – 24 van Afdeling B in die onderskeie vraelyste te gebruik en dit word grafies voorgestel in Figuur 18. Op grond van die wyse waarop Vrae 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 en 24 se inhoud geformuleer is, moet die response dienooreenkomstig omgekeerd gekodeer word. Dit beteken dat indien Deelnemer 3 met die stellings saamstem, dit as 'n negatiewe houding gekodeer word en andersom.



Figuur 18: Persepsie van Deelnemer 3 rakende persone met AS tydens pretoets en posttoets

Resultate van Deelnemer 3 se persepsie van persone met AS tydens die pre- en posttoetse word in Figuur 18 voorgestel. Figuur 18 dui aan dat Deelnemer 3 'n positiewe persepsie van 16 (67%) van die stellings het, onseker is oor drie (12%) van die stellings en 'n negatiewe persepsie het van vyf (21%) van die stellings in Afdeling B van Vraelys 1.

Figuur 18 dui verder aan dat daar 'n geringe verandering in die resultate van Deelnemer 3 se persepsie tydens die posttoets waargeneem is. Deelnemer 3 het die positiewe opsie geselekteer vir 17 (71%) van die 24 stellings. Deelnemer 3 het tydens die pretoets 'n negatiewe persepsie aangedui vir Vrae 2 en 21, wat tydens die posttoets verander het na 'n positiewe persepsie. Sy was aanvanklik ook onseker oor Vraag 1, maar het na afloop van die werkswinkel die positiewe opsie vir hierdie vraag geselekteer. Deelnemer 3 was onseker oor twee (8%) van die stellings tydens die posttoets, naamlik Vrae 8 en 9. Hierdie twee stellings is ook voor die werkswinkel as onseker beantwoord. Laastens het Deelnemer 3 aangedui dat sy 'n negatiewe persepsie het van vyf (21%) van die vrae. Vrae 4, 5 en 19 is tydens die pre- en post toets negatief aangedui. Addisioneel tot hierdie drie vrae het Deelnemer 3 ook aangedui dat sy 'n negatiewe persepsie het van Vrae 16 en 17. 'n Positiewe persepsie is aanvanklik tydens die pretoets van hierdie twee vrae aangedui.

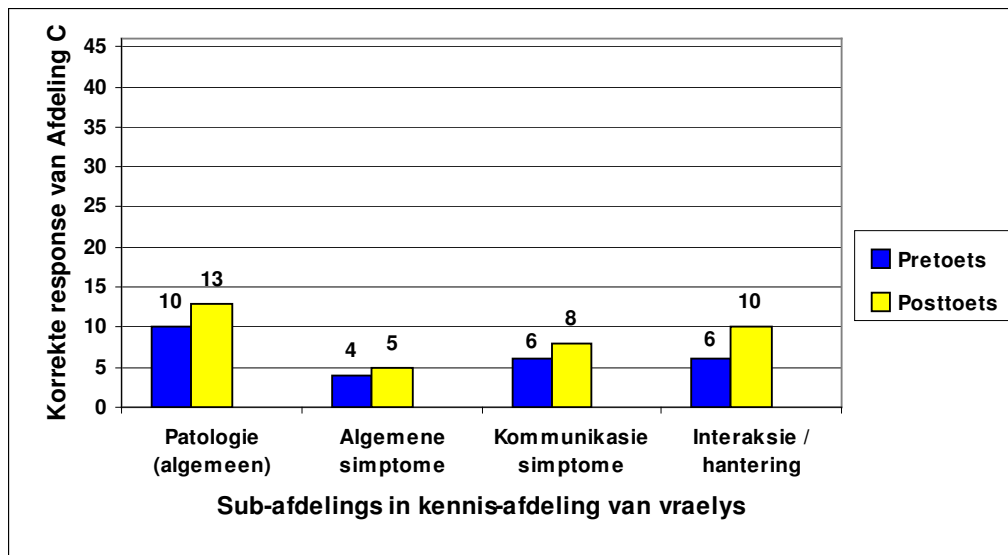
Repondent 3 het aanvanklik aangedui dat dit nie belonend voel as sy 'n persoon met AS kan help nie. Hierdie stelling is na afloop van die werkswinkel positief beantwoord. Deelnemer 3 was ook tydens die pretoets negatief jeens spanwerk, aangesien sy aangedui het dat sy nie bereid is om 'n ander professionele persoon bv. 'n spraaktaalterapeut, sielkundige, neuroloog of arbeidsterapeut toe te laat om haar te help en raad te gee in verband met die hantering van 'n persoon met AS nie. Haar persepsie van hierdie stelling het tydens die posttoets verander en sy was positief oor spanwerk. Onsekerheid oor die stelling: *“Ek is nie jammer vir 'n persoon met AS nie”* het tydens die pre- en posttoets na vore gekom. 'n Verandering in Deelnemer 3 se persepsie van die stellings dat persone met AS ekstra individuele aandag vereis wat tot die nadeel van ander persone (sonder AS) in die versorgingseenheid kan wees en dat 'n persoon met AS se gedrag meer geduld vereis as 'n persoon sonder AS, is gedokumenteer. Deelnemer 3 het tydens die pretoets aangedui dat sy nie hierdie twee stellings onderskryf nie, wat dus aanduidend is van 'n positiewe persepsie. Sy het egter tydens die posttoets 'n negatiewe persepsie van hierdie stellings aangedui.

5 Kennis

Afdeling C van Vraelys 1 en 2 is gebruik om inligting in verband met die kennisaspek te verkry. Response op Vrae 1 – 46 van hierdie afdeling is in subafdelings verdeel en word in Figure 19, 20 en 21 grafies voorgestel. Die onderskeie subafdelings en betrokke vrae sien soos volg daar uit:

- AS as patologie (algemene inligting): Vrae 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 33, 36.
- Algemene simptome van AS: Vrae 4, 10, 13, 17, 18, 30, 31, 32, 35, 46.
- .Kommunikasiesimptome van AS: Vrae 19, 25, 27, 38, 39, 40, 41, 45.
- Interaksie met en hantering van persone met AS: Vrae 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 34, 37, 42, 43, 44

5.1 Korrekte response



Figuur 19: Korrekte response van Deelnemer 3 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Figuur 19 dui Deelnemer 3 se korrekte response van die verskeie subafdelings tydens die pre- en posttoetse aan. Deelnemer 3 het in die subafdeling **algemene patologie** tien van die 16 vrae tydens die pretoets korrek beantwoord. Dertien van hierdie vrae is tydens die posttoets korrek beantwoord. Twee vrae is aanvanklik foutief beantwoord, maar na afloop van die werkswinkel is hierdie vrae korrek beantwoord. Waar

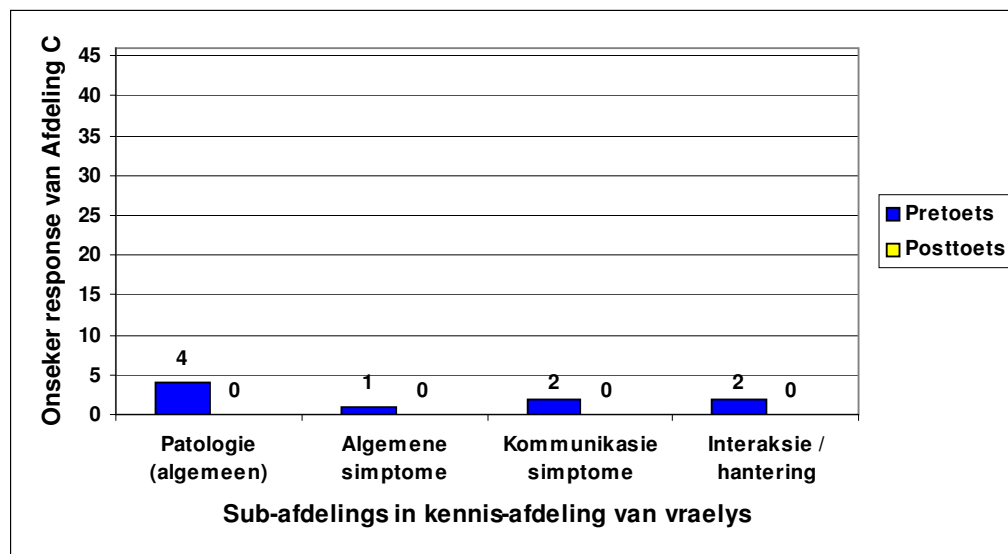
Deelnemer 3 voor die aanvang van die werkswinkel aangedui het dat sy onseker is oor twee vrae, het sy hierdie twee vrae in die posttoets ook korrek beantwoord.

Resultate van die subafdeling **algemene simptome** dui aan dat vier van die tien vrae tydens die pretoets deur Deelnemer 3 korrek beantwoord is. Die helfte (vyf) van die vrae van hierdie subafdeling is tydens die posttoets korrek beantwoord.

In die subafdeling **kommunikasiesimptome** het Deelnemer 3 voor die aanvang van die werkswinkel ses van die agt vrae korrek beantwoord. Al die vrae (agt) van hierdie betrokke subafdeling is na afloop van die werkswinkel korrek beantwoord.

'n Verandering in Deelnemer 3 se kennis, rakende die **interaksie met en hantering van persone met AS**, is na afloop van die werkswinkel ook waargeneem. Deelnemer 3 het die helfte (ses) van die vrae in hierdie subafdeling tydens die pretoets korrek beantwoord en tien van die 12 vrae tydens die posttoets. Hierdie verandering word toegeskryf aan drie vrae wat aanvanklik foutief beantwoord is, maar tydens die posttoets korrek beantwoord is.

5.2 Onseker response



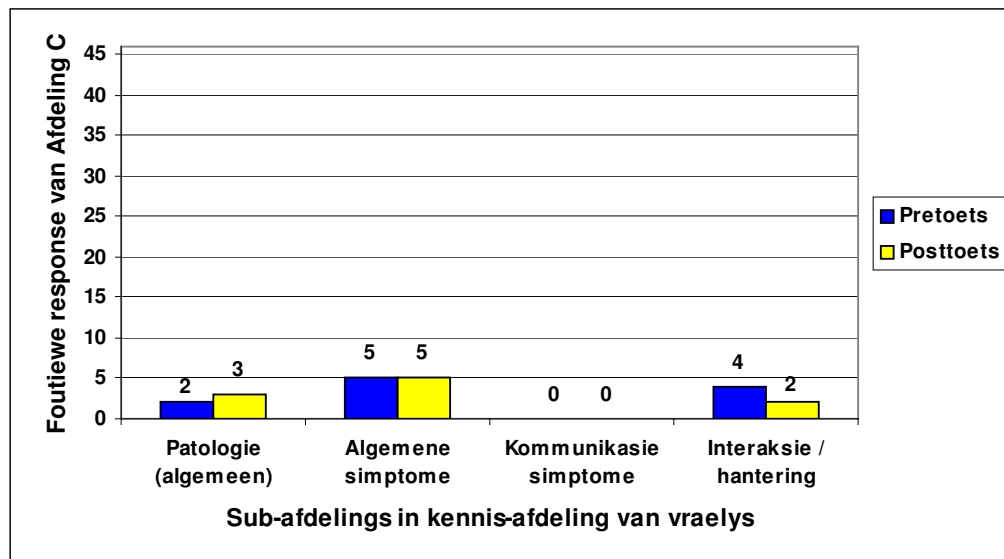
Figuur 20: Onseker response van Deelnemer 3 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Die onseker resultate van Vraelys 1 en 2 van Deelnemer 3 word in Figuur 20

voorgestel. Soos aangedui, het Deelnemer 3 voor die aanvang van die werkwinkel 'n mate van onsekerheid ervaar, aangesien hierdie opsie verskeie kere geselekteer is. Die werkwinkel het gelei tot 'n verandering, aangesien Deelnemer 3 nie in een van die vier subafdelings van die kennisafdeling die onseker opsie geselekteer het nie.

Deelnemer 3 was onseker oor vier van die 16 vrae in die subafdeling **algemene patologie** van Vraelys 1. Deelnemer 3 was slegs onseker oor een vraag van die subafdeling **algemene simptome** tydens die pretoets. Vrae 25 en 27 was verantwoordelik vir die onsekere resultate wat gedokumenteer is in die subafdeling **kommunikasiesimptome** tydens die pretoets. Laastens was Deelnemer 3 onseker oor twee van die 12 vrae van die **interaksie met en hantering van persone met AS** tydens die pretoets.

5.3 Foutiewe response



Figuur 21: Foutiewe response van Deelnemer 3 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Deelnemer 3 se foutiewe response in Vraelys 1 (pretoets) en 2 (posttoets) word aangedui in Figuur 21. Deelnemer 3 het tydens die pretoets twee van die 16 vrae in die subafdeling **algemene patologie** foutief beantwoord. Drie van hierdie vrae is tydens die posttoets foutief beantwoord.

Met betrekking tot die subafdeling **algemene simptome** het Deelnemer 3 die helfte van die vrae (vyf) tydens die pre- en posttoetse foutief beantwoord.

Resultate van die subafdeling **kommunikasiesimptome** dui aan dat Deelnemer 3 geen vrae tydens die pre- of posttoetse foutief beantwoord het nie.

Die foutiewe opsie is voor die aanvang van die werkswinkel vir vier van die 12 vrae in die subafdeling **interaksie met en hantering van persone met AS** geselekteer. Slegs twee is na afloop van die werkswinkel foutief beantwoord.

Tabel 16 gee 'n opsomming van die resultate wat verkry is van Afdeling C (kennisafdeling).

Tabel 16: Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2

	Opsies		
	Korrek	Onseker	Foutief
Pretoets	26 (56%)	9 (20%)	11 (24%)
Posttoets	36 (78%)	0 (0%)	10 (22%)
Verandering	Toename	Afname	Afname

Opsommend kan gesê word dat Deelnemer 3 tydens die pretoets 26 (56%) van die vrae van Afdeling C (Vraelys 1) korrek beantwoord het, oor nul (20%) van die vrae onseker was en 11 (24%) van die vrae foutief beantwoord het. Resultate van die posttoets (Afdeling C, Vraelys 2) toon aan dat die Deelnemer 36 (78%) van die vrae korrek beantwoord het, onseker was oor geen (0%) en tien (22%) van die vrae in hierdie afdeling foutief beantwoord het. Daar was dus 'n toename in kennis vir Deelnemer 3 na afloop van die werkswinkel, aangesien sy meer vrae tydens die posttoets korrek beantwoord het; minder onseker was en minder foutiewe response op die vrae getoon het.

6 Temas van die diskoersanalise

Temas wat by Deelnemer 3 geïdentifiseer is uit die transkripsies (verwys na Bylae H vir volledige uiteensetting) van die semigestruktureerde onderhoud, sien soos volg daar uit.

Tabel 17: Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 3 (D3)

Temas van diskoersanalise	Pretoets	Posttoets
Kennis van AS (oorsake, simptome)	<ul style="list-style-type: none"> • D3 het mediese kennis van AS (ooreenstemmend met die mediese model van versorging van persone met demensie). • D3 meld dat sy in haar kursus inligting ontvang het oor Alzheimer-siekte, alhoewel dit beperk was tot daaglikse aktiwiteite. • "...Alzheimer's disease, but we just touch it here and there."; "We must bath them, yeah we have to feed them. And help them if they want to uhm, go outside." • D3 meld die hoë insidensie van AS. "...because here in old age home, most of our patient, umh umh they have this disease." • Beskryf die persoon met AS as deurmekaar en gedisoriënteerd. "They are confused- they don't understand today's date, or who are you. They even don't know their family of friends when they come to visit them." 	<ul style="list-style-type: none"> • D3 meld dat die werkwinkel haar kennis aangaande versorging van persone met AS vermeerder het. "It teach me a lot of how to take care of a person with AD"; "Now after the workshop I know what I'm supposed to do..." • Sy het aangedui dat sy dankbaar is oor dit wat sy geleer het en het haar behoefte aan verdere opleiding uitgespreek. "I just want to say thank you very much for helping us. I wish, if I can have some more experience in future time, maybe attend a course to learn something about the patient." • D3 noem in die posttoets dat sy voor aanvang van die werkwinkel ervaring van die siektetoestand gehad het, maar nie kennis nie. "First, umh, I have experience, but not knowledge."

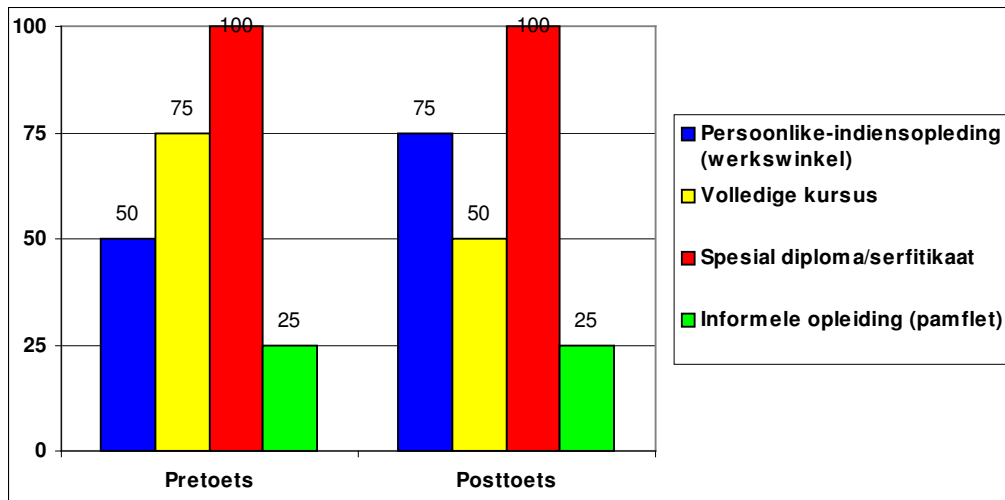
<p>Kommunikasie met persoon met AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D3 meld dat sy met persone met AS kommunikeer, maar dat hulle deurmekaar is. "So, we always talking ...so they become confusing." • Sy is bereid om meer te doen of aanpassings te maak, ten einde die persoon met AS beter te verstaan. "She can do anything, so you help to understand the patient better, you do anything." • D3 dra kennis van maniere om suksesvol met persone met AS te kommunikeer. "Take it easy, slowly, step-by-step, because if you get angry you can hurt the patient because she is confused." 	<ul style="list-style-type: none"> • D3 meld dat daar nie 'n verandering in haar interaksie teenoor persone met AS is nie. "Not really. Some of the things are just the same." • Sy meld dat kommunikasie met persone met AS nie altyd effektief is nie. "...you talk to her, and sometimes she can hear you and sometimes she's confuse."; "...you can't understand what they are trying to say." • Noem maniere om meer effektief met die persoon met AS te kommunikeer. "...be patient, you have to prepare the room, you can't shout at them and be nice to them..."; "Short sentences, speak slowly, give them time to reply." • Teenstrydigheid ten opsigte van kommunikasie kom na vore, aangesien D3 meld dat sy met 'n persoon met AS kommunikeer soos wat sy met 'n kind sou doen. "...you are talking to them, it's like when you are talking to a child."
<p>Persepsie van persoon met AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sy was positief teenoor persone met AS, alhoewel sy hulle nie altyd verstaan het nie. "Sometimes make jokes, uhm, tell you something that you don't understand, so you feel good."; "...you have to put yourself in the patient's position so that you can help the patient." • D3 meld dat jy sterk en geduldig moet wees. 	<ul style="list-style-type: none"> • D3 is ook tydens die posttoets positief teenoor persone met AS en meld verskillende eienskappe wat die sorggewers moet openbaar. "...be patient...be nice to them; accept them the way they are." • Teenstrydigheid in haar persepsie na vore gekom, aangesien sy die persoon met AS verkleineer. "...it's like when you are talking to a child."

	<ul style="list-style-type: none"> • Geniet dit om in versorgingseenheid en met bejaarde persone te werk. "...at old age home- it's good, it's very...because they are old people..." 	<ul style="list-style-type: none"> • Meld dat 'n persoon geduldig moet wees tydens interaksie met persoon met AS. "You have to take your time, go slowly."
Behoeftes	<ul style="list-style-type: none"> • D3 dui aan dat sy meer inligting oor die aanvangsouderdome van die siektetoestand wil hê, moontlike oorsake van AS, asook maniere vir voorkoming en behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hantering van die persoon met AS tuis.

Vier hoofteemas is tydens die pre- en posttoets onderhoude by Deelnemer 3 deur middel van diskoersanalise geïdentifiseer. Hierdie teemas word ondersteun deur stellings wat deur Deelnemer 3 gemaak is (soos aangedui in Tabel 17). Die teemas sluit Deelnemer 3 se kennis van die oorsake en simptome van AS in, kommunikasie met persone met AS, Deelnemer 3 se persepsie van persone met AS asook spesifieke behoeftes wat deur die deelnemer gemeld is.

7 Vertrouenswaardigheid van die werkswinkel

Daar is ondersoek ingestel na Deelnemer 3 se persoonlike keuse van maniere vir verdere opleiding wat moontlik die interaksie tussen Deelnemer 3 en persone met AS kan verbeter. Die inligting is verkry deur response op Vraag 1 van Afdeling D in die onderskeie vraelyste. Resultate van die voorkeur van hierdie keuses word vervolgens in Figuur 22 weergegee en daarna bespreek.



Figuur 22: Voorkeure ten opsigte van maniere van verdere opleiding

Figuur 22 dui aan dat Deelnemer 3 se persoonlike keuse van verdere opleiding 'n spesiale diploma of serfitikaat is ten einde die interaksie tussen 'n persoon met AS en haarself te verbeter. Hierdie opsie het tydens die pre- en posttoetse die meeste byval gevind. 'n Volledige opleidingskursus wat strek oor enkele dae was tydens die pretoets die tweede keuse van verdere opleiding en daarna het persoonlike indiensopleiding deur 'n gekwalifiseerde spraakterapeut, bv. 'n werkswinkel, die meeste byval gevind. Informele indiensopleiding deur middel van inligtingstukke het tydens die pre- en posttoetse die minste byval ten opsigte van verdere opleiding by Deelnemer 3 gevind.

Ten einde die vertrouenswaardigheid van die werkswinkel as gebeurtenis te bepaal, is Deelnemer 3 gevra om 'n vooraf opgestelde vraelys wat bestaan uit 24 geslote stellings en twee oop vrae (sien Bylae J) te voltooi. Resultate van die vraelys dui aan dat Deelnemer 3 al die aspekte wat deur die werkswinkel gedek is verstaan, aangesien sy die keuses "Altyd" of "Meeste van die tyd" vir 23 van die 24 stellings geselekteer het. Die tweede oop vraag van die vraelys is beantwoord met: "*I understand everything we learned about today and I enjoyed*" wat haar response op die geslote vrae ondersteun. Daar is aangedui dat die inhoud van die werkswinkel toepaslik en relevant is vir Deelnemer 3 se spesifieke behoeftes (Vrae 1 en 5) en dat die inligting interessant is (Vraag 3). Sy het verder ook aangedui dat sy normale veroudering (Vraag 6); moontlike oorsake van AS (Vraag 7), die fisiese-, gedrags- en kommunikasiesimptome wat 'n persoon met AS moontlik kan ervaar (Vrae 8, 9, 10, 11), die diagnostiese proses (Vraag 12), ou en nuwe sienings in versorging (Vrae 15 en 16) en die verskillende medikasies

en moontlike newe-effekte daarvan wat 'n persoon met AS kan gebruik (Vraag 17) ten volle verstaan. Sy het nie saam gestem met die stelling dat 'n spanbenadering noodsaaklik is vir die hantering van 'n persoon met AS (Vraag 13) nie, aangesien sy "soms" as opsie geselekteer het. Deelnemer 3 het ook aangedui dat sy bevoeg voel om die verbale en nieverbale strategieë wat tydens die werkswinkel aan haar voorgelê is te gebruik wanneer sy in verskillende situasies in interaksie verkeer met die persoon met AS (Vrae 18, 19, 20, 21).

Addisionele behoeftes wat deur Deelnemer 3 in die eerste oop vraag vermeld is, lui soos volg: *"I would like to know more about AD person. How will their community help them, like they don't have money... They are poor."*

DEELNEMER 4

1 Biografiese inligting

Deelnemer 4 is 'n 25-jarige vrou wat Zulu-sprekend is. Sy was die jongste deelnemer met die minste ondervinding in die profesie wat deelgeneem het aan die studie. In Julie 2003 het sy met 'n kursus vir opleiding in hulpverpleging by 'n opleidingsinstansie in Pretoria begin en doen sedertdien haar praktikum by die betrokke versorgings-eenheid. Sy versorg tans vier persone met AS op 'n daaglikse basis en het persoonlike ervaring ten opsigte van die siektetoestand.

Tydens waarneming van die interaksie het Deelnemer 4 met Persoon D wat Alzheimersiekte het geskakel. Persoon D is 'n 85-jarige blanke vrou wat Afrikaanssprekend is. Sy is sedert 1996 'n inwoner van die versorgingseenheid. Persoon D se fisiese en kommunikasie-simptome soos in die Inleiding uiteengesit, dui daarop dat sy in die laat fase van AS is.

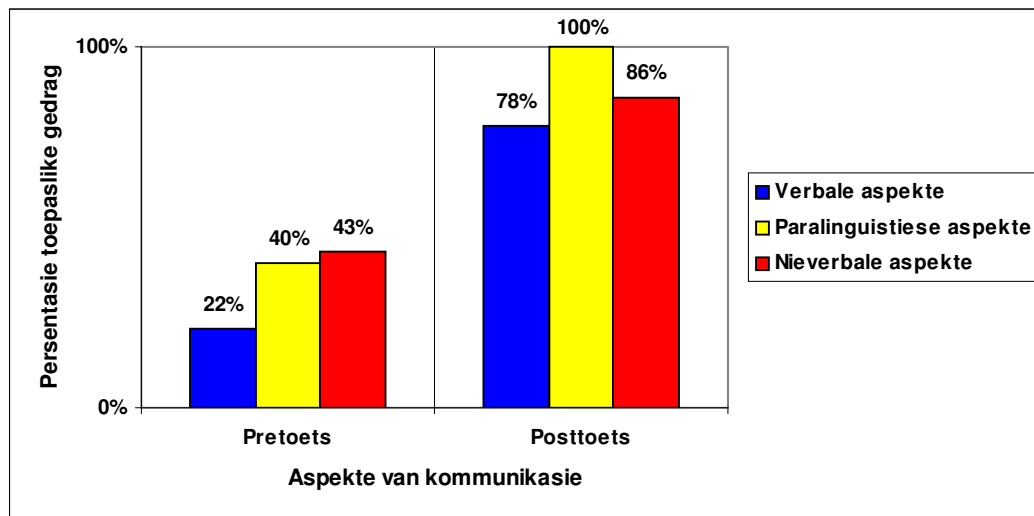
Subdoelstelling 1 en 4

Om die kommunikasievaardighede (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) en luistergedrag wat deur die verpleegpersoneel voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel, te bepaal.

2 Kommunikasievaardighede

Die kommunikasievaardighede van Deelnemer 4 is waargeneem tydens haar interaksie met persone met AS en geanaliseer aan die hand van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987). Die resultate van haar kommunikasievaardighede word bespreek onder die volgende drie hoofpunte, soos wat dit ook voorkom in die betrokke protokol bespreek:

- 2.1 Verbaal
- 2.2 Paralinguisties
- 2.3 Nieverbaal



Figuur 23: Toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 4 volgens die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987)

Figuur 23 dui die persentasie toepaslike kommunikasiegedrag van Deelnemer 4 aan soos waargeneem tydens die pre- en posttoetse.

- 2.1 Tydens die pretoets is daar gedokumenteer dat Deelnemer 4 geen (0%) toepaslike verbale kommunikasiegedrag openbaar nie. 'n Merkbare toename is in Deelnemer 4 se verbale kommunikasiegedrag tydens die posttoets waargeneem, aangesien sy toepaslik gereageer het op 67% van die aspekte van hierdie betrokke afdeling van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987).

- 2.2 Daar is ook 'n toename in toepaslike paralinguistiese kommunikasiegedrag na afloop van die gebeurtenis (werkswinkel). Deelnemer 4 het toepaslik gereageer op 40% van die paralinguistiese aspekte tydens die pretoets. Toepaslike kommunikasiegedrag is vir al die aspekte van hierdie afdeling (100%) tydens die posttoets waargeneem.
- 2.3 Soos in die geval van die verbale en paralinguistiese aspekte, was daar ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag, aangesien Deelnemer 4 toepaslik gereageer het op 43% van die aspekte tydens die pretoets en 86% van die aspekte van nieverbale kommunikasie tydens die posttoets.

Soos in die geval van die verbale en paralinguistiese aspekte, was daar ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag, aangesien Deelnemer 4 toepaslik gereageer het op 43% van die aspekte tydens die pretoets en 86% van die aspekte van nieverbale kommunikasie tydens die posttoets.

Vervolgens word die aspekte van verbale kommunikasievaardighede wat evalueer is bespreek volgens die toepaslikheid of ontoepaslikheid soos waargeneem tydens die pretoets en daarna soos tydens die posttoets.

2.1 Verbale aspekte

- **Spraakaksies**
- **Gesprekstema**
- **Beurtnaam**
- **Woordkeuse en sinskonstruksie**
- **Stilistiese variasies**

❖ Pretoets

- **Spraakaksies**

Deelnemer 4 het van 'n verskeidenheid van spraakaksies gebruik gemaak. Hierdie spraakaksies het slegs uit sleutelwoorde en eenvoudige taalgebruik bestaan. Deelnemer 4 het tydens die pretoets hoofsaaklik versoeke en bevele gerig. Voorbeelde van hierdie versoeke aan die persoon met AS is: *“Lig op. Give me your hand. Close your eyes.”* Sy het ook by 'n enkele geleentheid kommentaar gelewer toe sy aan die persoon met AS gesê het: *“Ons is nou klaar, mevrou.”* Die aspek van spraakaksies is as ontoepaslike gedrag op die afmerklys

aangedui, aangesien die uitinge en dus ook die diversiteit van die spraakaksies van Deelnemer 4 as beperk beskou is.

- **Gesprekstema**

Die gesprekstema-afdeling rakende verbale aspekte is tydens die pretoets deur die navorser as ontoepaslik beskou, aangesien Deelnemer 4 slegs by 'n enkele geleentheid 'n gesprekstema wat toepaslik was vir die konteks geselekteer het toe sy gesê het: *“Ek gaan jou nou was.”* Hierdie tema is nie deur die daaropvolgende uitinge geondersteun nie, aangesien Deelnemer 4 nie relevante bydraes tot die tema gelewer het nie. Deelnemer 4 het nie tydens waarneming van interaksie nuwe gesprekstemas in die diskoers geselekteer, voorgestel, gehandhaaf of verander nie.

- **Beurtnaam**

Beurtnaam het wel tydens die pretoets voorgekom, maar dit was ook 'n aspek wat as ontoepaslik deur die navorser opgeteken is. Alhoewel Deelnemer 4 gereageer het op die uitinge van die persoon met AS, is die uiting van Deelnemer 4 as ontoepaslik aangeteken, aangesien sy die presiese uiting van die persoon met AS herhaal het. Terugvoering en naasliggendheid is dus dadelik aan die persoon met AS gegee, maar die inhoud van die uiting wat Deelnemer 4 gebruik het, maak hierdie aspek ontoepaslik. Die tydsduur wat tussen die sinne was te lank, aangesien Deelnemer 4 se uitinge beperk was. Daar het ook geen onderbreking in die gesprek plaasgevind nie. Die kwantiteit en bondigheidsaspek is ook as ontoepaslik beskou, aangesien daar te min relevante en informatiewe inligting aan die persoon met AS, rakende die situasie en konteks, oorgedra is.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Die akkuraatheid van die woordkeuse wat deur Deelnemer 4 gebruik is tydens waarneming van die interaksie (pretoets) is as toepaslik, dog beperk beskou. Sy het min met die persoon met AS gekommunikeer, alhoewel die uitinge wat tot die persoon met AS gerig is, spesifiek was wat inligting oorgedra het, byvoorbeeld: *“Ons gaan mevrou was. Close your eyes.”* Daarteenoor, kon die verwysing: *“Lig op”* vertolk word as dubbelsinnigheid van die boodskap, aangesien die persoon met AS nie sou weet na watter liggaamsdeel Deelnemer 4 verwys nie. Maar, soos reeds genoem, is daar nie genoeg reaksietyd gelaat vir die persoon met AS

om die handeling uit te voer nie, en dus kon daar nie bepaal word hoe die persoon met AS die boodskap interpreteer nie. Die kohesie tussen die spraakaksies is as ontoepaslik beskou, aangesien die gesprek nie vloeiend was nie en die uitinge nie in logiese en opeenvolgende orde nie. Daar het nie 'n gesprek plaasgevind wat deur die navorser gevolg kon word nie, aangesien die uitinge losstaande was en daar lang pouses tussen die verskillende uitinge voorgekom het.

- **Stilistiese variasies**

Laastens is die stilistiese variasie (variasies in die kommunikatiewe styl) tydens die pretoets as toepaslik beskou, aangesien Deelnemer 4 verskeie kere aanpassings gemaak het om met die persoon met AS te kommunikeer. Sy het byvoorbeeld in 'n meerdere mate beleefde vorms gebruik deur die persoon met AS aan te spreek as "*mevrou.*" Daar is wel by twee geleenthede gedokumenteer dat Deelnemer 4 die persoon met AS aangespreek het as "*Oumie.*" Deelnemer 4 het ook kort sinne met eenvoudige taalgebruik gebruik om met die persoon met AS te kommunikeer, byvoorbeeld: "*Give me your hand.*"

- ❖ **Posttoets**

Resultate van die posttoets dui daarop dat verskeie aspekte van Deelnemer 4 se kommunikasievaardighede na afloop van die werkswinkel verander het.

- **Spraakaksies**

Daar is tydens die posttoets van 'n verskeidenheid van spraakaksies gebruik gemaak, aangesien sy die persoon met AS gegroet het: "*Hello, mevrou*", gevra het na die persoon met AS se welstand ("*How are you?*") en kommentaar gelewer het op die aksies wat toe plaasgevind het: "*Wake up, mevrou. We are going to wash you now.*" Daar is ook verskeie versoeke aan die persoon met AS gerig: "*Close your eyes. Draai om*", sowel as beloftes: "*We're going to eat now. We're going to have tea and bread.*" Deelnemer 4 het ook die persoon met AS vir haar samewerking aan die einde van die wassessie bedank: "*Dankie, mevrou*". Die spraakaksies is dus as toepaslik aangeteken.

- **Gesprekstema**

Deelnemer 4 het tydens die posttoets 'n gesprekstema voorgestel, hoewel van beperkte aard. Sy het die gesprekstema "ete" gekies en gesê: "*We're going to eat now.*" Die tema is daarna deur 'n enkele opeenvolgende sin uitgebrei: "*We're going to have tea and bread.*" Hierdie voorafgenoemde uitinge kan ook beskou word as 'n verandering in die diskoers, aangesien die diskoers aanvanklik gehandel het oor die wassituasie en toe verander is na die eetsituasie. Die tema-aspek van Deelnemer 4 se verbale vaardighede is tydens die posttoets as toepaslik gedokumenteer.

- **Beurtnaam**

Beurtnaam is tydens die posttoets weereens beperk, hoewel sekere aspekte daarvan as toepaslik beskou is. Deelnemer 4 het deur haar uitinge (verskeidenheid spraakaksies wat gebruik is) beurtnaam geïnisieer en op die persoon met AS se uitinge gereageer. Toe die persoon met AS byvoorbeeld kreune van ongemak gegee het, het Deelnemer 4 dadelik daarop gereageer deur die volgende terugvoering: "*Ekskuus. Ek is nou klaar*", asook: "*It's very cold.*" Sy (Deelnemer 4) het meer tyd gelaat vir die persoon met AS, alhoewel dit nogtans nie genoegsaam was nie. Onderbreking of oorvleueling van Deelnemer 4 en persoon met AS se uitinge is nie waargeneem nie. Die voortvloeiendheid van beurtnaam was ook toepaslik, aangesien Deelnemer 4 uitinge gelewer het wat dieselfde gesprekstema as die voorafgaande uiting deel en meer inligting tot die voorafgaande uiting gevoeg het. 'n Voorbeeld van hierdie aspek word gevind word in: "*We're going to eat now. We're going to have tea and bread.*" Aangesien daar meer informatiewe inligting gekommunikeer is, is hierdie aspek dan ook dienooreenkomstig as meer toepaslik (dog beperk) in die posttoets aangeteken.

- **Woordkeuse en sinskonstruksie**

Deelnemer 4 se woordkeuse en -gebruik was akkuraat en toepaslik, aangesien die items wat aangewend is by die konteks van daaglikse aktiwiteite ingepas het. Deelnemer 4 het byvoorbeeld onderskeidelik gesê: "*Wake up, mevrou. We are going to wash you now. We're going to finish now. We're going to eat now.*" Bogenoemde uitinge dui daarop dat daar 'n kohesie in die teks is en dat 'n gesprek met die persoon met AS gevoer is, hoewel die uitinge (soos in die geval van die pretoets) losstaande van mekaar is. Die woordeskat wat gebruik is, word

as toepaslik beskou, aangesien dit eenvoudige sleutelwoorde is.

- **Stilistiese variasie**

Variasies in kommunikasiestyl van Deelnemer 4 is ook tydens die posttoets as toepaslik beskou, aangesien sy aanpassings gemaak het om meer suksesvol met die persoon met AS te skakel. Sy het weereens beleefde vorms aangewend en om verskoning gevra wanneer die persoon met AS gekla het. Ten spyte van die beleefde vorms, het Deelnemer 4 ook die persoon met AS verskeie kere aangespreek as “*my liefie.*”

2.2 Paralinguistiese aspekte

- **Verstaanbaarheid en prosodie**

- ❖ **Pretoets**

Daar kon nie werklik bepaal word of die boodskap deur die persoon met AS verstaan word nie, aangesien die persoon nie 'n kans gegun is om die opdrag wat aan haar gegee is uit te voer nie. Deelnemer 4 het die opdrag gegee en gelyktydig die aksie uitgevoer wat van die persoon met AS verwag is. Sy het byvoorbeeld die persoon met AS versoek om haar arm op te lig terwyl sy terselfdertyd die persoon se arm opgelig en gewas het. Die navorser kon wel die boodskap verstaan en het dit as toepaslik aangedui. Deelnemer 4 se stemintensiteit was relatief sag, wat as ontoepaslik vir die konteks aangedui is. Haar stemkwaliteit was toepaslik. Sy het nie variasies in luidheid, toonhoogte of duur geopenbaar nie, dog en het met 'n monotone stem gepraat. Hierdie aspekte word volgens die protokol as ontoepaslik beskou. Die boodskap is met ontoepaslike vlotheid weergegee, aangesien die uitinge beperk was en konstante kommunikasieuitinge dus nie waargeneem is nie.

- ❖ **Posttoets**

Deelnemer 4 het meer tyd vir 'n reaksie op die versoek wat sy gerig het aan die persoon met AS gelaat, alhoewel dit nogtans nie voldoende was nie. Sy het met 'n effens luider intensiteit gepraat wat hierdie nieverbale aspek van die kommunikasiegedrag meer toepaslik gemaak het. Soos tydens die pretoets was Deelnemer 4 se stemkwaliteit weereens toepaslik. Aangesien sy met 'n effens luider intensiteit gepraat het, is meer variasies in prosodie waargeneem en dus as toepaslik beskou. Daar is meer uitinge tydens die posttoets geopenbaar en dus kon daar vassgestel word dat die

gespreksvloei ook toepaslik is.

2.3 Nieverbale aspekte

- **Kinese en proksemie**

Die konteks waarin die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met AS waargeneem is, het beide partye daartoe genoodsaak om in fisiese kontak met mekaar te verkeer. Verpleegpersoneel is soggens waargeneem waartydens hulle die persone met AS wakker gemaak het, gebad en aangetrek het. Die nieverbale gedrag is dus as toepaslik of ontoepaslik op grond van die aard van die konteks waarin interaksie plaasgevind het beoordeel.

❖ **Pretoets**

Bogenoemde situasie het daartoe gelei dat die fisiese afstand tussen die twee partye baie gering was en die fisiese kontak gereeld, dog toepaslik vir die situasie. Deelnemer 4 het van geen gebare gebruik gemaak om haar verbale gedrag te ondersteun of te komplementeer nie. Liggaamshouding was toepaslik. Sy het verder 'n neutrale gesigsuitdrukking gehad, aangesien dit in 'n rustende posisie was. Haar mondhoeke was nie opwaarts of afwaarts gedraai nie. Oogkontak was beperk, aangesien Deelnemer 4 gefokus was op die uitvoer van die taak. Hierdie aspek is dus as ontoepaslik gekodeer.

❖ **Posttoets**

Soos in die geval van die pretoets kon die fisiese afstand, fisiese kontak en liggaamshouding nie werklik beoordeel word nie, maar in die lig van die konteks waarin die interaksie plaasgevind het, was die gedrag toepaslik. Deelnemer 4 het tydens die wakkermaaksituasie die persoon met AS met haar hand aangeraak. Hierdie gedrag is as toepaslik gekodeer by die aspekte van fisiese kontak en gebare. Sy het gereeld geglimlag, wat as 'n positiewe gesigsuitdrukking bestempel is. Toe Deelnemer 4 die persoon met AS groet en die prosedures aan die begin van die wassituasie aan haar verduidelik, het sy afgebuig tot op die persoon met AS se vlak en oogkontak met haar gemaak. Hierdie gedrag is as toepaslik beskou. Voet-been- en hand-armbewegings is nie waargeneem nie.

3 Luistergedrag

Die luistergedrag van die deelnemers is waargeneem tydens hul interaksie met persone met AS en geanaliseer aan die hand van die *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1990). Soos bespreek in die Metodologie, is die verpleegpersoneel in hierdie studie beskou as die luisteraars en die persone met AS as die sprekers.

❖ Pretoets

Deelnemer 4 se aandag is gereeld afgelei deur irrelevantte geluide en bewegings in die omgewing. Sy het selde oogkontak gemaak met die persoon met AS en het ook nie 'n mate van begrip getoon deur van verbale en nieverbale aspekte gebruik te maak nie. Indien die persoon met AS iets onverstaanbaar geuit het, het Deelnemer 4 selde gevra om 'n verduideliking daarvan en het dus nie begrip getoon vir die persoon met AS (spreker) se intensies nie. Die persoon met AS het byvoorbeeld haar gesig getrek van ongemak en herhaaldelik 'n eenwoorduiting ("Ja") gegee waarop Deelnemer 4 nie gereageer het nie. Hierdie eenwoorduiting is vertolk as kommunikasiepogings van die persoon met AS. Kommentaar is dus nie gegee as opvolging op die persoon met AS se uitinge nie en Deelnemer 4 het nie werklik 'n aanduiding gegee dat sy die nieverbale kommunikasie wat deur die persoon met AS gebruik is, verstaan en daarop reageer nie. Laastens het Deelnemer 4 ook min vrae of kommentaar geïnisieer wat verbandhoudend is met die konteks. Deelnemer 4 het verskeie kere met kollegas in haar eerste taal, tydens die waarneming gekommunikeer.

❖ Posttoets

Die resultate wat tydens die posttoets verkry is, het daarop gedui dat daar 'n verandering in Deelnemer 4 se luistergedrag teenoor die persoon met AS ingetree het. Daar is waargeneem dat die oogkontakfrekwensie tussen Deelnemer 4 (luisteraar) en die persoon met AS (spreker) toegeneem het. Toe laasgenoemde wakker gemaak is, het Deelnemer 4 haar aangeraak, tot op haar vlak gedaal en oogkontak gemaak toe sy groet. Deelnemer 4 het ook meer responstyd gelaat nadat sy instruksies gegee het en het eers met die taak begin nadat die prosedure verduidelik is. Sy het byvoorbeeld die persoon met AS versoek om haar oë toe te maak aangesien sy laasgenoemde se gesig wou afvee en toe eers die aksie uitgevoer. Kommentaar is gelewer direk nadat die persoon met AS reageer het. Deelnemer 4 het ook getoon dat sy die nieverbale gedrag van die persoon met AS verstaan, aangesien sy kommentaar gelewer het wat

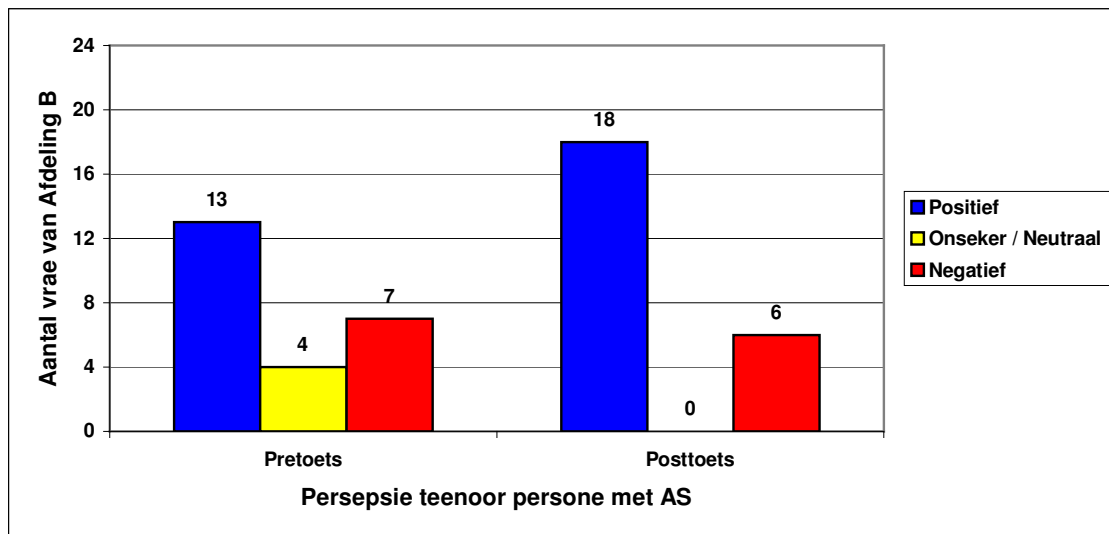
verbandhoudend was met die persoon met AS se gesigsuitdrukking en gebare. Die persoon met AS se gesigsuitdrukking was weereens diè van ongemak en sy het gesteun, waarop Deelnemer 4 gereageer het deur onderskeie kere te sê: “*Ek is klaar nou. Jy kan maar sit. Ons gaan nou eet.*” Ten spyte van die voorafgenoemde is Deelnemer 4 se aandag nog steeds maklik afgelei van eksterne bronne (gesels met kollegas wat die kamer binnekom soos reeds genoem).

Subdoelstelling 2 en 5

Om die persepsie en kennis van die verpleegpersoneel rakende persone met AS voor die aanvang (pretoets) en na afloop (posttoets) van die werkswinkel te bepaal.

4 Persepsie

Die inligting is verkry deur die antwoorde op Vrae 1 – 24 van Afdeling B in die onderskeie vraelyste te gebruik en word grafies voorgestel in Figuur 24. Op grond van die wyse waarop Vrae 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 en 24 se inhoud geformuleer is, moet die antwoorde dienoreenkomstig omgekeerd gekodeer word. Dit beteken dat indien die deelnemers met die stellings saamstem, dit as ‘n negatiewe houding gekodeer word en indien die Deelnemer nie saamstem met die stellings nie, dit as ‘n positiewe houding gekodeer word.



Figuur 24: Persepsie van Deelnemer 4 rakende persone met AS tydens pre- en posttoetse

Uit Figuur 24, word die volgende inligting gedokumenteer: Tydens die pretoets het Deelnemer 4 positief gereageer op net meer as die helfte, 13 (54%), van die vrae. Daar was 'n mate van onsekerheid wat voorgekom het, aangesien sy die onseker-opsie vir vier (17%) van die vrae aangedui het. Die negatiewe opsie is uitgeoefen as respons op sewe (29%) van die 24 vrae van hierdie afdeling in Vraelys 1. Na afloop van die gebeurtenis (kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel) het die betrokke Deelnemer aangedui dat sy 'n positiewe persepsie het van 18 (75%) van die vrae aan persone met AS. Die onsekerheid wat na vore getree het tydens die pretoets het heeltemal afgeneem met die meting van die posttoets. Nogtans was daar wel 'n mate van negatiewe persepsie wat na vore getree het tydens die posttoets, aangesien Deelnemer 4 negatief geantwoord het op 'n kwart van die vrae, ses (25%), in Afdeling B van Vraelys 2.

Waar Deelnemer 4 tydens die pretoets aangedui het dat dit nie lonend is om 'n persoon met AS te help nie, het sy in die posttoets aangedui dat sy hierdie stelling as positief en dus lonend ervaar. 'n Negatiewe respons is ook gegee op die stelling: *“Ek probeer om normaal teenoor 'n persoon met AS op te tree en die afwyking te ignoreer”* tydens die pretoets, maar na afloop van die gebeurtenis het Deelnemer 4 'n positiewe persepsie van hierdie stelling gegee. Geen verandering van persepsie het plaasgevind van die volgende aspekte nie: Deelnemer 4 stem saam met die stelling dat persone met AS ekstra individuele aandag vereis wat tot die nadeel van ander persone (sonder AS) in die versorgingseenheid kan wees. Sy voel ook dat om na 'n persoon met AS om te sien te veel moeite sal wees. Hierdie stellings dui dus op negatiewe persepsie wat voor en na die gebeurtenis ervaar is.

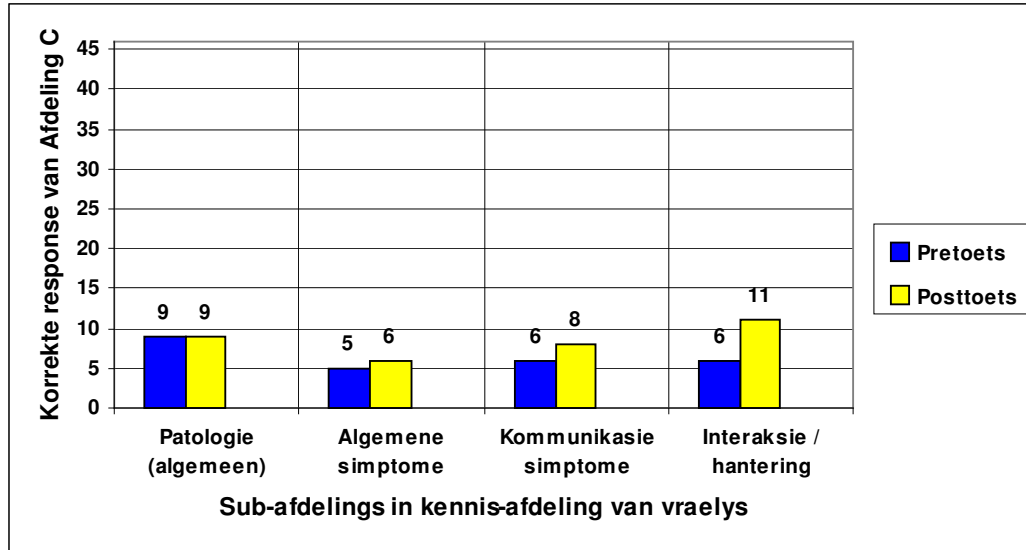
5 Kennis

Afdeling C van Vraelys 1 en 2 is gebruik om inligting rakende die kennisaspek te verkry. Response op Vrae 1 – 46 van hierdie afdeling is in subafdelings verdeel en word grafies voorgestel in Figure 25, 26 en 27. Die onderskeie subafdelings en betrokke vrae sien soos volg daar uit:

- AS as patologie (algemene inligting): Vrae 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 33, 36.
- Algemene simptome van AS: Vrae 4, 10, 13, 17, 18, 30, 31, 32, 35, 46.

- Kommunikasiesimptome van AS: Vrae 19, 25, 27, 38, 39, 40, 41, 45.
- Interaksie met en hantering van persone met AS: Vrae 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 34, 37, 42, 43, 44.

5.1 Korrekte response



Figuur 25: Korrekte response van Deelnemer 4 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Resultate wat voorgestel word in Figuur 25 dui aan dat Deelnemer 4 ewe veel vrae korrek beantwoord het tydens die pre- en posttoetse in die subafdeling **algemene patologie** van Afdeling C. Deelnemer 4 het nege vrae van hierdie subafdeling tydens die pre- en posttoetse korrek beantwoord. Twee van die vrae is tydens die pretoets korrek, maar tydens die posttoets foutief beantwoord. Waar die “onseker” opsie vir twee van die vrae aanvanklik geselekteer is, het Deelnemer 4 hierdie vrae tydens die posttoets korrek beantwoord.

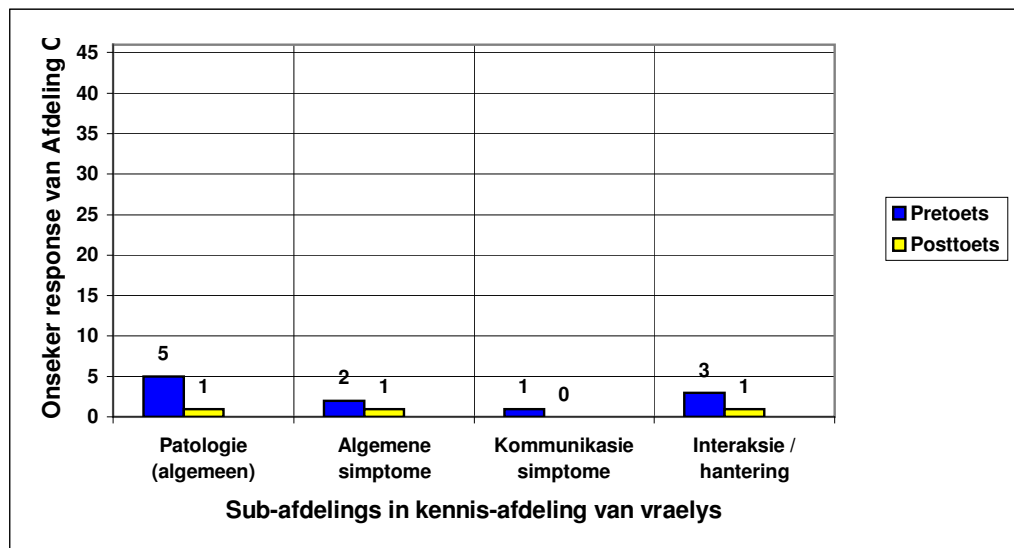
Die tweede subafdeling, wat ondersoek ingestel het na die kennis van Deelnemer 4 rakende die **algemene simptome** van AS, dui daarop dat sy tydens die pretoets vyf van die 10 betrokke vrae en ses tydens die posttoets korrek beantwoord het.

Response op die **kommunikasiesimptome** dui daarop dat Deelnemer 4 ses van die agt vrae van hierdie subafdeling tydens die pretoets korrek beantwoord het. In die

posttoets is al agt die vrae van die betrokke subafdeling korrek beantwoord.

Die laaste subafdeling van Afdeling C, wat handel oor die **interaksie met en hantering van 'n persoon met AS** se reponse sien soos volg daar uit: Deelnemer 4 het tydens die posttoets 11 van die 12 betrokke vrae korrek beantwoord. Dit is 'n merkwaardige verbetering op die ses vrae wat tydens die pretoets korrek beantwoord is. Drie vrae wat tydens die pretoets as “onseker” bestempel is, is tydens die posttoets korrek beantwoord. Waar die response op drie ander vrae aanvanklik as foutief aangedui is, is die korrekte opsie na afloop van die werkswinkel vir hierdie drie vrae geselekteer.

5.2 Onseker response



Figuur 26: Onseker response van Deelnemer 4 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

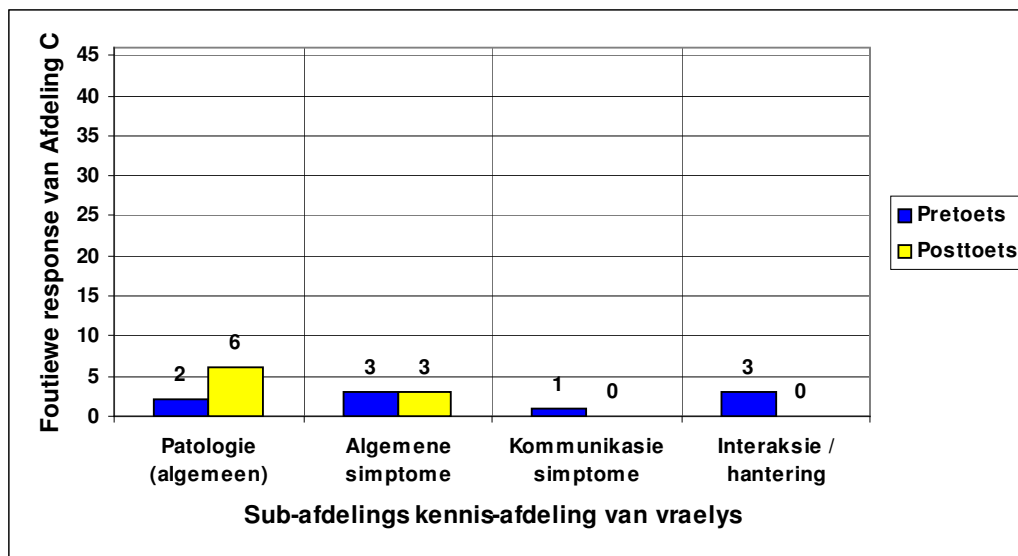
Die onsekeropsie was die keuse wat die minste deur Deelnemer 4 uitgeoefen is, soos aangedui in Figuur 26. Tydens die pretoets het Deelnemer 4 aangedui dat sy onseker is oor vyf vrae in die subafdeling **algemene patologie**. Die posttoets dui aan dat sy nog steeds onseker is oor een vraag. Twee van die vier oorblywende opsies is tydens die posttoets as korrek beantwoord en die oorblywende twee as foutief.

Deelnemer 4 was onseker oor twee van die vrae in die subafdeling **algemene simptome** van die Vraelys 1. Beide hierdie vrae is tydens die posttoets foutief beantwoord. Deelnemer 4 was ook onseker oor Vraag 30 na afloop van die werkswinkel. Sy het voor die werkswinkel hierdie vraag korrek beantwoord.

Waar Deelnemer 4 slegs onseker was oor een vraag in die subafdeling **kommunikasie-simptome**, het sy hierdie vraag korrek beantwoord tydens die posttoets.

Daar is verder ook 'n afname in onsekerheid by Deelnemer 4 rakende die **interaksie met en hantering van persone met AS**, aangesien Deelnemer 4 hierdie opsie beoefen het vir drie vrae tydens die pretoets. Al drie hierdie vrae is tydens die posttoets korrek beantwoord. In teenstelling hiermee, het Deelnemer 4 Vraag 37 tydens die pretoets as korrek beantwoord en tydens die posttoets die onsekeropsie gekies.

5.3 Foutiewe response



Figuur 27: Foutiewe response van Deelnemer 4 op die kennisafdeling (Afdeling C) van die vraelys tydens pre- en posttoetse (Vraelys 1 en 2)

Figuur 27 verskaf 'n voorstelling van die foutiewe opsies wat tydens die pre- en posttoets geselekteer is. Deelnemer 4 het tydens die pretoets slegs twee van die 16 vrae van die subafdeling **algemene patologie** foutief beantwoord. Tydens die posttoets was daar 'n toename in foutiewe response, aangesien sy ses van die betrokke vrae foutief beantwoord het. Twee vrae (Vrae 2 en 15) is tydens albei geleenthede foutief beantwoord. Addisioneel daartoe was die antwoorde op vier ander vrae tydens die posttoets foutief.

Die foutiewe-opsie het konstant gebly vir die subafdeling **algemene simptome**. Drie

vrae is tydens die pretoets foutief beantwoord. Deelnemer 4 het Vraag 32 ook in die posttoets foutief beantwoord. Waar Deelnemer 4 aanvanklik aangedui het dat sy onseker is oor Vrae 31 en 46, het sy tydens die posttoets die verkeerde opsie uitgeoefen vir hierdie twee vrae.

Slegs een vraag in die subafdeling **kommunikasiesimptome** is tydens die pretoets foutief beantwoord. Hierdie enkele vraag is na afloop van die werkswinkel korrek beantwoord en dus het Deelnemer 4 geen foutiewe opsies tydens die posttoets met betrekking tot hierdie subafdeling uitgevoer nie.

In die subafdeling, **interaksie met en hantering van persone met AS**, is drie van die 12 vrae met die pretoets foutief beantwoord. Al drie hierdie vrae is tydens die posttoets korrek beantwoord.

Tabel 18 gee 'n opsomming van die resultate wat verkry is van Afdeling C (kennisafdeling).

Tabel 18: Resultate van kennisafdeling (Afdeling C), Vraelys 1 en 2

	Opsies		
	Korrek	Onseker	Foutief
Pretoets	26 (56%)	11 (24%)	9 (20%)
Posttoets	34 (74%)	3 (6%)	9 (20%)
Verandering	Toename	Afname	Onveranderd

Opsommend kan gesê word dat Deelnemer 4 tydens die pretoets 26 (56%) van die vrae van Afdeling C (Vraelys 1) korrek beantwoord het, oor 11 (24%) van die vrae onseker was en nege (20%) van die vrae foutief beantwoord het. Resultate van die posttoets (Afdeling C, Vraelys 2) dui aan dat Deelnemer 4 34 (74%) van die vrae korrek beantwoord het, onseker was oor drie (6%) van die vrae en nege (20%) van die vrae in hierdie afdeling foutief beantwoord het. Daar was dus 'n toename in kennis vir Deelnemer 4 na afloop van die werkswinkel, aangesien sy meer vrae tydens die posttoets korrek beantwoord het; minder onseker was en in twee van die subafdelings minder foutiewe antwoorde op die vrae gehad het.

6 Temas van die diskoersanalise

Temas wat by Deelnemer 4 geïdentifiseer is uit die transkripsies (sien Bylae H) van die semigestruktureerde onderhoud, sien soos volg daar uit:

Tabel 19: Temas van diskoersanalise van pre- en posttoets van Deelnemer 4 (D4)

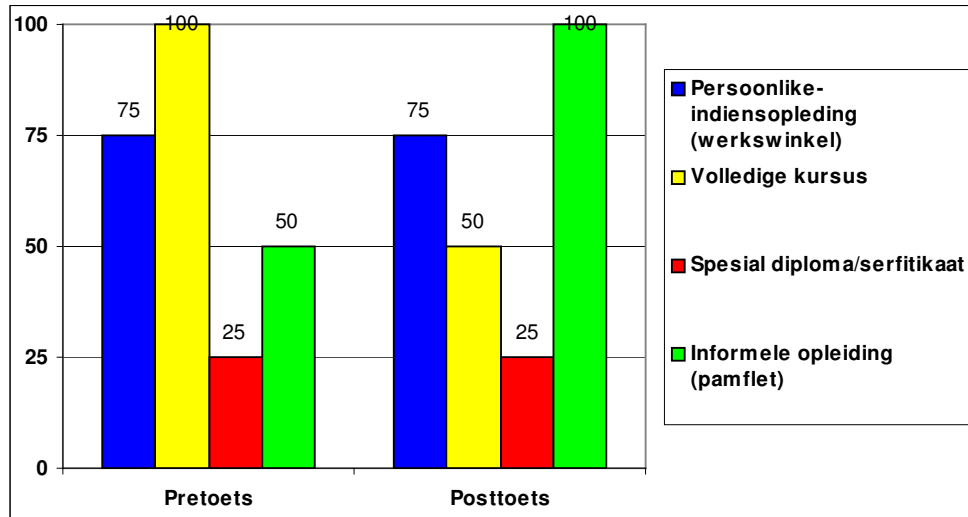
Temas van diskoersanalise	Pretoets	Posttoets
Kennis van AS (oorsake, simptome)	<ul style="list-style-type: none"> D4 dra kennis van die algemene hantering van pasiënte. Beskryf die persoon met AS as deurmekaar en wat baie slaap. "I'll tell her that it's a patient that's confused." "Maybe it's a patient who's confused and usually she sleeps..." 	<ul style="list-style-type: none"> D4 meld dat haar kennis van AS tydens die werkwinkel toegeneem het. "I learn a lot now about the workshop, about the, this disease."
Kommunikasie met persoon met AS	<ul style="list-style-type: none"> D4 meld dat die persoon met AS nie verstaan wat daar met haar gekommunikeer word nie. "When you talk to her, she don't understand it...". "And she don't understand what you're meaning." Bewus van kommunikasie tegnieke wat meer suksesvolle kommunikasie kan fasiliteer. "...and then you mustn't use long sentences. Ja, and you must not avoid that person. You must include that patient when you are talking or where you are working." "You must try to talk...she will never understand you, but she will see what you are doing." 	<ul style="list-style-type: none"> Noem van tegnieke wat belangrik is om kommunikasie met persone met AS te fasiliteer. "...you must talk to them. It's like you must not, you're not supposed to shout, to use short sentences." "...you must face the pat-, the person, and then it's like you can say: 'We're going to eat now.'"; "Like when the person want to talk, you must listen to that person." D4 meld dat die persoon met AS nie vermy moet word nie. "I, you must not avoid that person."

<p>Persepsie van persoon met AS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D4 meld telkens dat dit vir haar aanvanklik 'n aanpassing en moeilik was om met persone met AS te werk. "Yeah, difficult working with them."; "But it is difficult when you're alone..."; "It was difficult, but now I'm used to it." • Sy erken dat sy aanvanklik kwaad geraak het vir persone met AS. "Ja, at first time I was angry. I nearly end my course, but like I get used to it." • Sy geniet dit om met persone met AS te werk, ten spyte van die aanpassing. "Ja, I enjoy it but at first it was difficult..." "No, we like them." "Now it is better." 	<ul style="list-style-type: none"> • D4 meld dat haar persepsie van persone met AS verander het na die werkswinkel. "It has changed, because at first time I was, I didn't know about that person." • Sy erken die persoon ten spyte van die siektetoestand. "Those people are like us. Yeah, because they didn't make them, they didn't like to get, to get that disease." • Verkies dit om met ouer persone te werk wat nie meer fisies sterk is of weerstand bied nie. "But when they are younger, you cannot always...they will fight you." "I mean I can work with the old people, not the young."
<p>Behoeftes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D4 wil graag inligting oor die prevalensie van AS bekom. "It's like I want to know if there many patients having that disease?" • Hantering van die persoon met AS sou hulle siek word (bv. medikasie). • Voeding van die persoon met AS (hoe en hoeveel). 	<ul style="list-style-type: none"> • D4 het geen behoeftes tydens die posttoets gemeld nie.

Vier hooftemas is tydens die pre- en posttoets onderhoude by Deelnemer 4 deur middel van diskoersanalise geïdentifiseer. Hierdie temas word ondersteun deur stellings wat deur Deelnemer 4 gemaak is (soos aangedui in Tabel 19). Die temas sluit Deelnemer 4 se kennis van die oorsake en simptome van AS in, kommunikasie met persone met AS, Deelnemer 4 se persepsie van persone met AS asook spesifieke behoeftes wat deur die deelnemer gemeld is.

7 Vertrouenswaardigheid van die werkswinkel

Daar is ondersoek ingestel na Deelnemer 4 se persoonlike keuse van wyses vir verdere opleiding wat moontlik die interaksie tussen Deelnemer 4 en persone met AS kan verbeter. Die inligting is verkry deur antwoorde op Vraag 1 van Afdeling D in die onderskeie vraelyste. Resultate van die voorkeur van hierdie keuse word vervolgens in Figuur 28 weergegee en daarna bespreek.



Figuur 28: Voorkeure ten opsigte van maniere van verdere opleiding

Die inligting wat in Figuur 28 weergegee word is van belang, aangesien deelnemers se verdere opleiding op die regte manier benader moet word, sodat hul positiewe houding ook oorgedra sal word na die persoon met AS in die versorgingseenheid. Tydens die pretoets het die opsie van 'n volledige opleidingskursus wat oor 'n tydperk van dae strek die meeste byval by Deelnemer 4 gevind. Daarna was persoonlike indiensopleiding deur 'n spraakterapeut, soos byvoorbeeld in die vorm van 'n werkswinkel, die tweede gewildste opsie en informele indiensopleiding deur middel van 'n inligtingspamflet haar derde keuse. 'n Spesiale diploma of serfitikaat het die minste byval gevind.

Resultate van die posttoets dui daarop dat Deelnemer 4 na afloop van die werkswinkel informele indiensopleiding deur middel van 'n inligtingspamflet as die opleidingsmedium sou verkies. Haar tweede keuse, naamlik persoonlike indiensopleiding deur 'n spraakterapeut, het dieselfde gebly tydens die posttoets. Waar 'n volledige opleidings-

kursus aanvanklik haar eerste keuse was, het sy in die posttoets aangedui dat dit nou haar derde keuse is. Soos aangedui in die pretoets, was haar laaste keuse weereens opleiding in die vorm van 'n spesiale diploma of serfitikaat.

Deelnemer 4 dui na afloop van die werkswinkel op die vooraf opgestelde vraelys aan dat sy die oorgrote meerderheid van die aspekte wat in die werkswinkel gedek is verstaan, en bevoeg voel om verbale en nieverbale strategieë toe te pas tydens interaksie met persone met AS. Sy meld dat sy die inligting wat tydens die werkswinkel aan haar voorgehou is interessant vind, en dat dit relevant is vir haar spesifieke werksituasie (Vrae 3 en 5). Verder dui sy ook aan dat sy die verskillende fases en simptome (fisies en gedrag) van AS ten volle begryp (Vrae 8, 9, 10), sluk-probleme wat persone met AS kan ervaar (Vraag 22), asook die verskillende rolle wat vervul word tydens die multidisiplinêre spanbenadering vir die hantering van persone met AS (Vraag 14). Daar moet gemeld word dat sy selfs na afloop van die werkswinkel onseker was oor die moontlike oorsake van AS (Vraag 7), die kommunikasiesimptome waarmee 'n persoon met AS kan presenteer (Vraag 11), die diagnostiese prosesse (Vraag 12) en laastens die medikasie en moontlike nuwe-effekte van die medikasie (Vraag 17).

In Hoofstuk 4 is die vier deelnemers se resultate wat tydens die pre- en posttoets verkry is uiteengesit. Die verandering wat plaasgevind het ten opsigte van hulle kommunikasie-vaardighede, persepsie, kennis, en temas in diskoersanalise na afloop van die werkswinkel is aangedui. Oor die algemeen was daar 'n verbetering in die deelnemers se kommunikasievaardighede (verbaal, nieverbaal en paralinguisties), aangesien die deelnemers meer toepaslik gereageer het tydens die waarnemingsessie van die posttoets. Daar was ook 'n verbetering in al die deelnemers se luistervaardighede na afloop van die opleidende werkswinkel. Resultate van die posttoets dui voorts aan dat die deelnemers meer positief was jeens persone met die AS en daar was laastens ook 'n toename in al die deelnemers se kennis oor AS na afloop van die opleidende werkswinkel. Hierdie resultate word vervolgens as 'n geheel in Hoofstuk 5 bespreek en in verband gebring met die literatuur.

HOOFSTUK 5 - BESPREKING VAN RESULTATE

Die resultate van elke betrokke deelnemer word in Hoofstuk 4 georganiseer aan die hand van staafdiagramme, tabelle en deur van die narratiewe vorm gebruik te maak. Die resultate word nou in hierdie hoofstuk bespreek en in die lig van relevante literatuur verklaar. Die bespreking van resultate vind plaas onder die bepaalde aspekte van die subdoelstellings wat vir hierdie studie gestel is. Die aspekte sluit die volgende in:

- 5.1 Pragmatiese vaardighede
- 5.2 Luistervaardighede
- 5.3 Persepsie
- 5.4 Kennis

Daar word deurgaans verwys na die staafdiagramme en tabelle wat in Hoofstuk 4 gebruik word, asook na aspekte van die werkswinkel waardeur die bepaalde fenomeen tydens die gebeurtenis ondersoek is. Vir die doel van die bespreking van resultate word elke deelnemer se resultate nie afsonderlik bespreek nie, maar die resultate wat in die pre- en posttoets van die deelnemers verkry is, word as 'n eenheid (algemene beeld) bespreek. Indien 'n deelnemer se resultate nie met die meerderheidsneiging van die ander deelnemers ooreenstem nie, word hierdie betrokke deelnemer se resultate apart aangebied en bespreek. Temas wat tydens die pre- en posttoets deur middel van diskoersanalise geïdentifiseer is, word onder die bepaalde aspekte van die subdoelstellings bespreek. Laastens word die aspekte aan die hand van die ICF-model bespreek.

5.1 PRAGMATIESE VAARDIGHEDE

Aan die hand van die eerste en vierde subdoelstellings is onder andere ondersoek ingestel na die kommunikasievaardighede (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) wat die deelnemers voor en na die werkswinkel gebruik het. Hierdeur word dus bepaal of die kommunikasie-gerigte opleidingswerkswinkel moontlik kon lei tot 'n verandering in die deelnemers se kommunikasievaardighede wanneer hulle in interaksie met persone met AS verkeer.

Figure 5, 11, 17 en 23 in Hoofstuk 4 dui die persentasie toepaslike kommunikasiegedrag van die onderskeie deelnemers aan soos tydens die pre- en posttoetse waargeneem. Die inligting in bogenoemde figure word vervolgens samevattend bespreek.

5.1.1 Verbale vaardighede

Na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel het al vier die deelnemers 'n toename in toepaslike verbale kommunikasiegedrag geopenbaar. Die werkswinkel is op die verbale aspekte van pragmatiek toegespits deurdat daar verwys is na die probleme rakende kommunikasie wat persone met AS kan ervaar en die hantering daarvan. Spesifieke voorstelle is op grond van literatuurgegewens gemaak (Bowlby, 1993; Rau, 1993) om verbale kommunikasie te bevorder. Hierdie voorstelle verskyn in Bylae I. Die navorser het denkbeeldige gevallestudies gesimuleer en rollespel is met die deelnemers gebruik om hierdie voorstelle te oefen. Daar is ook in die werkswinkel aandag geskenk aan die kommunikasiesimptome waarmee 'n persoon met AS in die drie fases van die siektetoestand kan presenteer.

Met verwysing na die verskillende aspekte waaruit verbale kommunikasiegedrag bestaan, het die resultate van die pretoets daarop gedui dat die meerderheid deelnemers ontoepaslike verbale kommunikasiegedrag rakende spraakaksies, gesprekstema, beurtnaam, woordkeuse en sinskonstruksie, en stilistiese variasies gebruik het. Die algemene beeld na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel het daarop gedui dat die deelnemers toepaslik gereageer het in al die onderskeie areas van verbale kommunikasiegedrag. Die positiewe veranderinge wat tydens die posttoets gedokumenteer is (dus verbale gedrag wat tydens die pretoets ontoepaslik was, maar ten tye van die posttoets toepaslik was), sluit spraakaksies, beurtname, woordkeuse en sinskonstruksie, en stilistiese variasie in. Die navorser maak die afleiding dat die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel die medium kan wees wat moontlik hierdie verandering in toepaslike verbale pragmatiese vaardighede meegebring het. Daar was egter na afloop van die werkswinkel geen verandering ten opsigte van die gesprekstema-aspek van verbale kommunikasie nie. Laasgenoemde aspek is dus ook tydens die posttoets as ontoepaslik gedokumenteer. Dit is die navorser se opinie dat, in die lig van die biografiese inligting van die deelnemers en die persone met AS, 'n moontlike rede vir hierdie bevinding is dat die deelnemers nie

dieselfde ervarings en agtergrond as die persone met AS deel nie en dit dus moeilik vind om nuwe gesprekstemas te selekteer, te handhaaf en/of te verander.

Literatuurstudies wat tipiese resultate gedokumenteer het en by hierdie studie aansluit, word vervolgens voorgehou. In 'n studie deur Bryan en Maxim (1998) is verpleegpersoneel in twee opleidingsessies opgelei om 'n persoon met demensie te hanteer. Postterapie-evaluasies het aangedui dat sekere aspekte na afloop van die opleidingsessies onveranderd gebly het. Voorbeelde van hierdie aspekte is aandagspan, semantiese kennis en oriëntasie. Desnieteenstaande is daar ook positiewe veranderinge tydens die interaksie met verpleegpersoneel waargeneem in die opsig dat die persoon met demensie meer gesprekstemas geïnisieer en onderhou het en minder stereotipiese vrae gestel het, en dat interaksieperiodes langer geduur het en minder kommunikasie-onderbrekings voorgekom het. Alhoewel daar in die onderhawige studie verbale aspekte was wat na afloop van die gebeurtenis verbeter het, was daar ook verbale aspekte wat steeds ontoepaslik deur die onderskeie deelnemers gebruik is en dus onveranderd gebly het. Die onveranderde verbale aspekte sluit onvoldoende kohesie tussen spraakaksies, voortvloeiendheidsaspekte, en onvoldoende handhawing en verandering van gesprekstemas in.

Seiler (1996) bespreek moontlike redes vir hierdie onveranderde verbale aspekte en beskou "ontwyking" onder andere as 'n verbale struikelblok (meer spesifiek 'n taalgebaseerde struikelblok) tot kommunikasie wat misverstande by die luisteraar (in hierdie studie dus persone met AS) kan meebring. Die term "ontwyking" verwys na misverstande wat tussen die spreker en luisteraar ontstaan as gevolg van die wanbegrip dat elke woord slegs een betekenis het en dat woorde betekenis in hulself dra. Seiler (1996) stel voor dat hierdie struikelblok geëlimineer kan word deur meer persoonsgeoriënteerd as woordgeoriënteerd ingestel te wees. Die spreker moet dus dink aan hoe die luisteraar die tersaaklike woorde gewoonlik gebruik en watter betekenis die luisteraar daaraan heg. Deur hierdie taktiek toe te pas, word die persoonsgerigte benadering tot versorging (Kitwood, 1997 in Kuhn et al., 2000) van persone met AS ondersteun. Indien 'n misverstand as gevolg van verskille in agtergrond, ouderdom, geslag, beroep, houding, kennis en persepsie kan ontstaan, moet die luisteraar vry voel om 'n mededeling te bevraagteken en die spreker bereid wees om dit te parafraseer. Die behoefte aan bevraagtekening en parafrasering word in hierdie studie beklemtoon, aangesien die biografiese verskille tussen hierdie twee groepe opvallend is. Die

deelnemers (verpleegpersoneel) en persone met AS verskil in terme van hul ras en ouderdom en die beroepe wat hulle beoefen het. Die enigste ooreenkoms tussen die deelnemers en persone met AS is dat albei groepe vroulik was. Die houding, kennis en persepsie van die persone met AS is nie in hierdie studie bepaal nie, en kon dus nie as verskille beskou word wat moontlik tot misverstande kon lei nie. Seiler (1996) meld dat vrye kommunikasie gefasiliteer kan word indien persone toeganklik is vir ander en gewillig is om te luister. Dit is voorts ook belangrik om respek te toon vir wat die persone met AS sê. Laasgenoemde stelling sluit nou aan by die "nuwe kultuur" van demensie-versorging wat meld dat persone met demensie gelyke lede van die menslike samelewing is (Kitwood, 1997 in Kuhn et al., 2000).

5.1.2 Paralinguistiese vaardighede

Paralinguistiese eienskappe van kommunikasie is inherente aspekte van spraakproduksie en sluit stemkwaliteit, luidheid, spraakverstaanbaarheid, vlotheid van produksie en prosodie in (Hartley, 1995). 'n Toename in toepaslike paralinguistiese kommunikasiegedrag is tydens die posttoets by al die deelnemers waargeneem. Die algemene beeld van die vier deelnemers tydens die pretoets het ontoepaslike verstaanbaarheids- en prosodiese aspekte van paralinguistiese kommunikasiegedrag gereflekteer. Tydens die navorser se waarneming van interaksie (na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel) het die deelnemers toepaslike paralinguistiese vaardighede geopenbaar. Terwyl die deelnemers voor die werks-winkel eers onseker was en nie duidelik met die persone met AS gepraat het nie, was hulle spraak na afloop van die werkswinkel meer verstaanbaar en het hulle met 'n verskeidenheid prosodiese patrone gekommunikeer.

Alhoewel die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel nie spesifiek op paralinguistiese aspekte gefokus het nie, het die werkswinkel wel op die nieverbale aspekte van pragmatiek gefokus (en daarmee saam dus ook paralinguistiese aspekte as onderafdeling). Daar is verwys na die probleme rakende kommunikasie wat persone met AS kan ervaar en die hantering daarvan. Spesifieke voorstelle is uit die literatuur verkry (Bowlby, 1993; Rau, 1993) om nieverbale kommunikasie (asook paralinguistiese aspekte) te bevorder. Soos in die geval van die verbale kommunikasie het die navorser denkbeeldige gevallestudies gesimuleer en is rolspel tussen die deelnemers gebruik om hierdie voorstelle prakties te oefen. Daar is ook in die werkswinkel aandag geskenk

aan die kommunikasiesimptome waarmee 'n persoon met AS in die drie verskillende fases van die siektetoestand kan presenteer.

Dit wil voorkom asof die verbetering van paralinguistiese pragmatiek, tesame met 'n toename in selfvertroue moontlik kon voortvloei uit die verpleegpersoneel se deelname aan die werkswinkel.

In die werkswinkel is voorstelle uit die literatuur voorgehou (Bowlby, 1993; Rau, 1993 in Bylae I) om paralinguistiese aspekte (onder andere spraakverstaanbaarheid) te bevorder. Met hierdie voorstelle is ook gepoog om die onbekende aksente van die deelnemers te elimineer of te neutraliseer. 'n Navorsingstudie wat deur Mahendra, Bayles en Tomoeda (1999) uitgevoer is, het ondersoek ingestel na die effek wat onbekende aksente op die herhalingsvermoë van persone wat normaal verouder teenoor persone met AS kan hê. Die resultate van die studie het daarop gedui dat albei groepe merkwaardig swakker gevaar het met spraakdiskriminasie en fraseherhaling indien die spreker met 'n onbekende aksent gepraat het. Dit het gevolglik voorgekom of persone met AS erger aangetas is deur die siektetoestand as wat hulle werklik was. Die onbekende aksent kon ook moontlik daartoe bygedra het dat die persone met AS nie die instruksies wat aan hulle gegee is, verstaan het nie. Laasgenoemde kon weer aanleiding gegee het tot angstigheid en gevoelens van frustrasie. In hierdie studie was die deelnemers en persone met AS van verskillende rasse en het die deelnemers se huistale verskil van dié van die persone met AS (verwys na Tabel 6 en 7 vir 'n uiteensetting van die huistale van die onderskeie deelnemers en persone met AS). Reynolds (1992) in Mahendra et al. (1999) stel voor dat sorggewers wat met onbekende aksente praat, moontlik hul kommunikasiestyle moet aanpas sodat persone met AS hulle beter kan verstaan. Indiensopleiding (soos ook in die geval van die kommunikasie-gerigte opleidingswerkswinkel) kan gebruik word vir die bewusmaking van die invloed van aksente om spraakverstaanbaarheid en die aanleer van tegnieke vir meer suksesvolle kommunikasie tussen verpleegpersoneel en persone met AS te fasiliteer (Reynolds, 1992 in Mahendra et al., 1999).

5.1.3 Nieverbale vaardighede

Nieverbale kommunikasie is enige inligting wat uitgedruk word sonder woorde en wat verbale uitinge komplementeer, reguleer of vervang (Seiler, 1996). By al die deel-

nemers is ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasiegedrag opgemerk, aangesien hulle tydens die posttoets op meer nieverbale aspekte toepaslik gereageer het as tydens die pretoets. Die deelnemers het tydens die pretoets gedeeltelik toepaslik gereageer op die aspekte van nieverbale pragmatiek, naamlik kinese (kommunikasie deur liggaamsbewegings) en proksemie (die gebruik en persepsie van sosiale en persoonlike ruimte in kommunikasie). Ten tye van die posttoets het al die deelnemers toepaslik op die aspekte van kinese en proksemie gereageer. Die deelnemers het ten tye van die posttoetswaarneming van meer toepaslike liggaamsbewegings (onder andere gesigsuitdrukkings, oogkontak en gebare) gebruik gemaak wat 'n beter vlak van begrip aandui en sosiale interaksie aanmoedig (Hartley, 1995). Voorts dui dit ook op 'n verbetering in die spraakaksies van die deelnemers wanneer hulle in interaksie tree met persone met AS.

Die meeste persone met AS is besonder fyn ingestel op en meer bewus van nieverbale leidrade tydens interaksie met kommunikasiedeelnemers (Todd, 2002). Dit is dus van die uiterste belang dat verpleegpersoneel toepaslike nieverbale pragmatiek gebruik wanneer hulle in interaksie verkeer met persone met AS. Die kommunikasiegerigte opleidings-werkswinkel het op die nieverbale aspekte van pragmatiek ingegaan deurdat daar verwys is na die probleme rakende kommunikasie wat persone in die verskillende fases van AS kan ervaar en die hantering daarvan.

Die resultate van die huidige studie is tipies van die wat in verskeie studies in die literatuur verkry is. 'n Studie deur Beach en Kramer (1999) in Haak (2003) toon dat nieverbale kommunikasie die belangrikste faktor is wanneer daar met persone met AS gewerk word, alhoewel dit 'n geruime tyd neem om die leidrade wat die persone met AS deurgee, aan te leer. Die verpleegpersoneel betrokke by die studie van Beach en Kramer (1999) in Haak (2003) het na die nieverbale kommunikasie van die persone met AS gekyk wanneer die inwoners se verbale boodskappe nie samehangend was nie. Hierdie aspek van kommunikasie kon volgens die verpleegpersoneellede nie deur formele opleiding aangeleer word nie, maar slegs deur direkte waarneming van die persone met AS. Ter aansluiting by die teoretiese inligting wat tydens die opleidingswerkswinkel aan die deelnemers deurgegee is, is daar ook van spesifieke gevallestudies gebruik gemaak wat die persone met AS wat daaglik deur die deelnemers versorg is, ingesluit het.

Bryan en Maxim (1998) verwys in 'n studie na verpleeg- en rehabilitasiepersoneel wat 'n nieverbale kliënt versorg het. Die spraak-taalterapeut het spesifieke strategieë aan die personeel voorgehou wat die nieverbale kliënt se kommunikasiebehoefte asook sy kommunikasie-intensies in ag geneem het. Die personeel het hierdie strategieë tydens interaksie met die nieverbale kliënt geïmplementeer. Alhoewel die kliënt nie 'n bevoegde kommunikeerder was nie, kon die personeel nadat hulle die strategieë aangeleer het, suksesvol met die kliënt kommunikeer. In die onderhawige studie is daar tydens die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel aandag geskenk aan die nieverbale aspekte van kommunikasie wanneer die deelnemers in interaksie verkeer met persone wat reeds aan die gevorderde of laat fase van AS ly. Die resultate het ook gedui op 'n verbetering in die repondente se nieverbale pragmatiese vaardighede tydens die posttoets, nadat hulle die strategieë of riglyne vir kommunikasie toegepas het. Die resultate wat die navorser verkry het, is dus ook tipies van die resultate wat deur Bryan en Maxim (1998) verkry is.

Dit wil voorkom of die verbetering in die deelnemers se nieverbale pragmatiese vaardighede moontlik toegeskryf kan word aan hul deelname aan die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel.

- **Temas van diskoersanalise wat 'n verandering in deelnemers se interaksie reflekteer**

Temas wat uit die diskoersanalise van die posttoets na vore getree het, dui daarop dat die deelnemers 'n meer humanistiese model (en dus persoongerigte benadering) ten opsigte van die versorging van persone met AS aanhang. *“Communication abilities are integral to our humanity”* (Haak, 2003:27). Haak (2003) stel ook voor dat enkele aanpassings gemaak word tydens kommunikasie met persone met AS ten einde suksesvolle interaksie te fasiliteer. In die posttoets is waargeneem dat die deelnemers meer aanpassings in hul kommunikasiestyle gemaak het tydens die interaksiesessie met persone met AS. Die navorser maak ook die afleiding dat die deelnemers na afloop van die werkswinkel meer respek vir die persone met AS gehad het, aangesien die deelnemers se verbale pragmatiese kommunikasiegedrag tydens die waarnemingsessie 'n verbetering getoon het en hulle ook meer gewillig was om te luister na wat die persone met AS gesê het. Aansluitend hierby ondersteun die Suid-Afrikaanse Spraak-, Taal- en Gehoorassosiasie (SASLHA, 1997) ook die beginsel van outonomie wat

impliseer dat die oortuigings en waardes van die persoon met AS ten alle tye gerespekteer behoort te word. Respek vir die persoon met AS impliseer dat dieselfde praktyk en energie toegepas word op hierdie persoon as wat die geval met enige ander kliënt is. Hierdie beginsel van outonomie word dan ook in die onderhawige studie toegepas deurdat 'n meer persoongerigte benadering tot versorging ten tye van die waarneming gevolg is.

'n Verdere tema wat tydens die diskoersanalise geïdentifiseer is, was die tema van toename in kennis ten opsigte van interaksiepatrone met persone met AS. Bourgeois et al. (2001) in Haak (2003) meld dat, sonder opleiding oor die neurologiese oorsake van die kommunikasieprobleme wat persone met AS kan ervaar, die verpleegpersoneellede moontlik daardie persone se ontoereikende kommunikasiepogings en intensies verkeerd kan verstaan. Beperkte opleiding kan moontlik daartoe lei dat die sorggewers van persone met AS óf te hoë óf te lae kommunikasieverwagtinge koester. Wanneer kommunikasieverwagtinge te hoog is, kan dit moontlik lei tot frustrasie en wanneer dit te laag is, kan die sorggewers die persepsie hê dat die persoon met AS heeltemal hulpeloos is en nie daartoe in staat is om doeltreffend te kommunikeer nie. Die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel het in hierdie studie die deelnemers opgelei rakende die verskillende fases van die siektetoestand en neurologiese probleme wat moontlik in kommunikasieprobleme tot uiting kan kom. Die resultate van die posttoets dui op 'n toename in die deelnemers se kennis, aangesien hulle telkens voorbeelde genoem het van aspekte wat suksesvolle interaksie met persone met AS fasiliteer en daar 'n afname in kommunikasie-onderbreking tydens interaksie was. Die deelnemers se persepsie van persone met AS het na die werkswinkel ook verbeter (dit was meer positief). Die navorser lei af dat die gunstiger interaksiepatrone tussen die deelnemers en persone met AS moontlik ook toegeskryf kan word aan deelname aan die werkswinkel wat gelei het tot verbeterde begrip vir en insig in die siektetoestand by die deelnemers, asook aan die aanbevelings wat gemaak is ten opsigte van kommunikasie-interaksie.

5.2 LUISTERVAARDIGHEDE

Die eerste en vierde subdoelstellings het onder andere ondersoek ingestel na die luistergedrag wat voor die werkwinkel deur die deelnemers geopenbaar is. Daar is dus ook ondersoek ingestel na die moontlikheid of die opleidingswerkwinkel 'n verandering in die deelnemers se luistergedrag tydens interaksie met persone met AS kon fasiliteer.

Luister is 'n aktiewe proses wat energie en wil verg en waartydens ouditiewe stimuli ontvang word deurdat die luisteraar hoor, selekteer, aandag gee, verstaan, evalueer en onthou (Seiler, 1996). Die resultate van die onderskeie deelnemers se luistergedrag word volledig in Hoofstuk 4 uiteengesit. 'n Algemene beeld van die deelnemers se luistergedrag kan opsommend beskryf word as 'n verbetering in luistergedrag tydens interaksie met persone met AS na afloop van die werkwinkel as gebeurtenis. Al die deelnemers het dus meer van die aspekte van luistergedrag wat ondersoek is, tydens die posttoets toegepas as ten tye van die pretoets.

Volgens Hartley (1995) is dit van die uiterste belang om beide verbale en nieverbale gedrag te identifiseer waarvoor goeie luisteraars behoort te beskik. Die kommunikasie-gerigte opleidingswerkwinkel het aandag geskenk aan die verbale en nieverbale aspekte van kommunikasie wat van 'n goeie luisteraar verwag word. Daar is voorts ook verwys na die probleme rakende kommunikasie wat persone met AS in die onderskeie fases van die siektetoestand kan ervaar en hoe die deelnemers hierdie probleme kan hanteer. Gevallestudies en rolspel tussen die deelnemers is ter illustrasie gebruik.

Luister is die kommunikasievaardigheid wat oor die algemeen die meeste gebruik word (Hartley, 1995). Die belangrikheid van luister is al reeds in 1978 aangedui in 'n studie wat Smith (1978) in Seiler (1996) uitgevoer het. In daardie studie het 457 administratiewe bestuurders uit 'n lys van 73 vaardighede aangedui dat "luister" die vaardigheid is wat van kritieke belang is ten einde 'n suksesvolle bestuurder te wees. Voorts het die vier belangrikste vaardighede, wat ook van kritieke belang is vir 'n suksesvolle bestuurder, verband gehou met kommunikasie en die vermoë om met persone te werk. In meer resente literatuur het Brown (1982) in Hartley (1995) gedokumenteer dat werknemers gemiddeld 60% van hul werksdag spandeer deur te luister. Daar word in die literatuur ook gemeld dat luister dié kommunikasie-vaardigheid is wat die belangrikste faktor is in werksukses (DiSalvo en Steere, 1980 in Hartley,

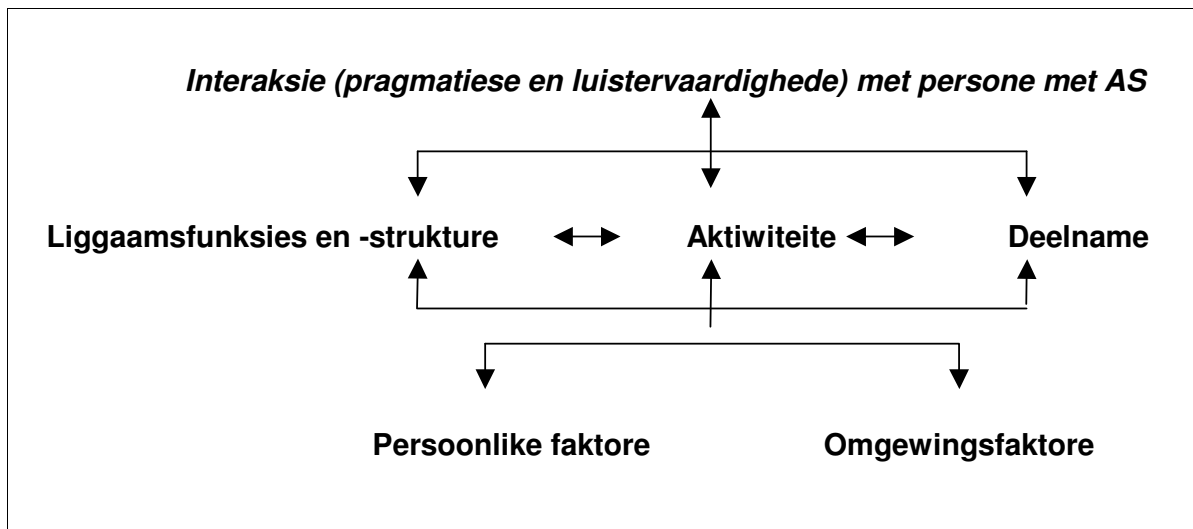
1995), loopbaanbevoegdheid (Painter, 1985 in Hartley, 1995) en bevordering (Murphy en Jenks, 1982 in Hartley, 1995), aangesien goeie luistervaardighede die basis vorm vir probleemoplossing, leer en sosiale groei. Alhoewel die navorser nie in hierdie studie bepaal het hoeveel tyd die deelnemers daaglik aan luister spandeer nie, kan daar geskat word dat die deelnemers moontlik selfs meer as 60% van hul werksdag bestee deur na die persone met AS te luister. Laasgenoemde statistiek bevestig dus die belangrikheid van goeie en suksesvolle luistervaardighede vir die deelnemers aan hierdie studie, veral met die klem op werksukses en probleemoplossing. Ook in die beroepsveld van maatskaplike werk voer Chapman en Marshall (1993) aan dat aktiewe en reflekerende luistervaardighede nodig is vir die werknemer (die individu wat persone met AS hanteer) om empaties op te tree, gevoelens te erken en kliënte (persone met AS) te lei om tot hul eie gevolgtrekkings te kom.

Hartley (1995) meld dat faktore soos 'n persoon se motivering, belangstelling, houding en gesindheid in ag geneem moet word tydens die assessering van luistervaardighede. As daar dus terugverwys word na die deelnemers se negatiewe persepsie jeens persone met AS tydens die pretoets, kan hierdie faktor moontlik 'n verklaring wees vir die swakker luister-gedrag wat die deelnemers geopenbaar het voor die aanvang van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel. *"The most frequent barrier to effective communication is an unwillingness to listen to others"* (Seiler, 1996:99). Watson, Chenery en Carter (1999) in Haak (2003) het ter aansluiting hierby bevind dat aktiewe en sensitiewe luister deur die normale interakteerder (in hierdie studie dan die deelnemers) belangrik is wanneer kommunikasie-onderbreking plaasvind tydens interaksie met persone met AS. Die navorser maak die afleiding, gebaseer op die voorafgenoemde aanhaling van Seiler (1996), dat indien die luistervaardighede van die deelnemers van hierdie studie na afloop van die werkswinkel verbeter, dit dien-ooreenkomstig sal lei tot effektiewer kommunikasie en verminderde kommunikasie-onderbreking met persone met AS. Die resultate van die posttoets dui daarop dat die deelnemers positiewer ingestel was jeens persone met AS en dat daarook 'n verbetering in die deelnemers se luistergedrag waargeneem is. Voorts vind die natuurlike ontwikkeling van luistervaardighede plaas deur die verkryging van vaardighede en kennis (Hartley, 1995). Die navorser maak dus die afleiding dat indien die deelnemers se pragmatiese vaardighede en kennis verbeter het jeens persone met AS (soos in die geval van hierdie studie), die deelnemers se luistervaardighede ook natuurlik ontwikkel het. 'n Verdere afleiding wat deur die navorser gemaak word is dat

die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel die medium was wat verbeterde luistervaardighede by die deelnemers gefasiliteer het.

- **Toepassing van die ICF-model ten opsigte van deelnemers se pragmatiese en luistervaardighede**

Die navorser het die aspek van pragmatiese en luistervaardighede op grond van die ICF-model (WHO, 2002) verklaar en in die plek van die "gesondheidstoestand" aangedui. Hierdie twee aspekte word in terme van die areas (hoofstukke in die ICF) wat die betrokke komponent beïnvloed, bespreek.



Figuur 29: Interaksie (pragmatiese en luistervaardighede) met persone met AS

Die komponente "aktiwiteite" en "deelname", "omgewingsfaktore" asook "persoonlike faktore" beïnvloed die pragmatiese en luistervaardighede van die deelnemers.

- **Aktiwiteite en deelname**

- (d1) Leer en toepassing van kennis
- (d2) Algemene take en vereistes
- (d3) Kommunikasie
- (d7) Interpersoonlike interaksies en verhoudings

Bogenoemde hoofstukke (d1, d2, d3 en d7) is areas wat die aktiwiteite- en deelname-komponent beïnvloed, aangesien die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel in

hierdie studie die medium was waardeur leer plaasgevind het (toename in kennis) en kennis toegepas is (gesimuleerde gevalle en rollespel wat gebruik is om die teoretiese kennis prakties aan te wend). Tydens die waarnemingsessie na afloop van die werkswinkel is 'n verandering in die deelnemers se kommunikasie en interpersoonlike interaksies en verhoudings ook waargeneem, aangesien die resultate van die posttoets aangedui het dat die deelnemers meer toepaslike pragmatiese gedrag (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) gebruik het. Daarmee saam het die deelnemers ook 'n positiewer persepsie van persone met AS gehad, wat hulle interpersoonlike interaksies en verhoudings ook positief beïnvloed het.

- **Omgewingsfaktore**

- (e2) Natuurlike omgewing en mensgemaakte veranderinge aan die omgewing
- (e3) Ondersteuning en verhoudings

Die omgewingsfaktore-komponent beïnvloed die deelnemers se pragmatiese en luistervaardighede, aangesien die area "natuurlike omgewing en mensgemaakte veranderinge aan die omgewing" verander het. Die navorser het tydens die kommunikasiegerigte opleidings-werkswinkel verskeie aanbevelings gemaak ten einde 'n meer kommunikasievriendelike omgewing te skep wat interaksie tussen repondente en persone met AS kan fasiliteer (verwys na Bylae I wat 'n volledige uiteensetting van die werkswinkel gee asook die bogenoemde aanbevelings aandui). Aspekte in die omgewing wat tydens die pretoets hindernisse (negatiewe aspekte) was, het na afloop van die werkswinkel verander na fasiliteerders (positiewe aspekte) wat bygedra het tot die gebruik van meer toepaslike pragmatiese en luistervaardighede.

- **Persoonlike faktore**

Die onderskeie deelnemers se persoonlike faktore (soos in Tabel 6 aangedui deur hul biografiese inligting) is areas wat 'n interne invloed op funksionering en dus ook op die interaksie tussen deelnemers en persone met AS kon hê. Persoonlike faktore van die deelnemers het 'n impak op die uitkomst van hul interaksie met persone met AS, maar as gevolg van die groot mate van sosiale en kulturele verskille wat daarmee geassosieer word, word spesifieke areas nie geklassifiseer nie. Daar kan net kortliks genoem word dat die deelnemers en persone met AS onder andere van verskillende kulturele en sosiale agter-gronde afkomstig is, en dat hul huistale asook hul opleiding

en beroepe verskil.

5.3 PERSEPSIE

In hierdie deel het die tweede en vyfde subdoelstellings deels ondersoek ingestel na die persepsie van die deelnemers jeens persone met AS voor die aanvang en na afloop van die werkswinkel. Die doel was ook om te bepaal of die opleidingswerkswinkel moontlik kon lei tot 'n verandering in die deelnemers se persepsie jeens persone met AS.

'n Algemene beeld van die onderskeie deelnemers se persepsie tydens die pre- en posttoets word visueel in Figure 6, 12, 18 en 24 van Hoofstuk 4 voorgestel. Die resultate dui daarop dat al vier die deelnemers tydens die posttoets meer positief en minder onseker was teenoor persone met AS as ten tye van die pretoets.

In die literatuur is verskeie studies gedokumenteer wat hierdie resultate ondersteun. Parallele studies wat professionele en persoonlike sorggewers se persepsie teenoor persone met demensie bepaal, asook die veranderlikes wat moontlik tot 'n verandering in hierdie sorggewers se persepsie kan lei, word ook in die literatuur gevind. Kuhn et al. (2000) het byvoorbeeld 'n meetinstrument ontwikkel waarmee persoongerigte versorging (en dienooreenkomstig ook kwaliteit van lewe) gemeet kan word, naamlik "*Dementia Care Mapping*" (DCM). Hierdie meetinstrument poog om die persepsie, houding en gedrag van personeel van die versorgingsorganisasie te hervorm. Die afleiding wat deur die navorser gemaak word, is dat intervensie (soos deur middel van die DCM) moontlik kan lei tot 'n verandering in die deelnemers se persepsie. Die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel het in hierdie studie die rol vervul waarvoor die DCM (Kuhn et al., 2000) ook bekend staan. Die resultate van die persepsievraelys en temas wat tydens die diskoersanalise geïdentifiseer is, het tydens die posttoets aangedui dat 'n verandering in die deelnemers se persepsie jeens persone met AS ingetree het en dat die versorging van persone met AS na afloop van die werkswinkel meer persoongebaseerd was.

Spraak-taalterapeute staan saam met verpleegpersoneel op die voorgrond om rehabiliterende dienste aan persone met AS in versorgingseenhede te lewer. 'n Suid-Afrikaanse studie wat deur Dajee (2002) uitgevoer is, het bevind dat spraak-

taalterapeute wat persone met demensie hanteer, positief gevoel het betreffende die bevinding dat persone met demensie die reg het tot terapie en dat hierdie persone eerste gestel moet word (soos ondersteun deur die persoongerigte benadering). Die studie het ook 'n swak korrelasie getoon tussen die idee dat die hantering van persone met AS neerdrukkend is en dat terapie vir hierdie individue nie die moeite werd is nie. Met ander woorde, alhoewel die spraak-taalterapeute dit neerdrukkend ervaar het om persone met AS te hanteer, hulle nogtans gevoel het dat die persone met AS kon baat vind by terapie. Laasgenoemde resultate stem ook ooreen met die wat tydens die posttoets van die onderhawige studie verkry is. Paris (1993) in Dajee (2002) het bevind dat die negatiewe persepsie van gesondheidsdienswerkers vernietigende gevolge vir terapeutiese intervensie kan hê. Hierdie gesondheidsdienswerkers moet dan eerder nie met persone werk wat die spesifieke siektetoestand het nie. Die stelling “... *to accept the person as they are and to accept the possibilities of communication*” (Goldsmith, 1996 in Haak, 2003:37) ondersteun die feit dat persone met AS nie kan voorkom wat met hulle gebeur nie en dat die verpleegpersoneel van hierdie persone positief en innoverend moet wees ten opsigte van die verskillende maniere van kommunikasie tot hulle beskikking.

Bourgeois, Schulz, Burgio en Beach (2002) het in aansluiting by laasgenoemde aanhaling bevind dat, wanneer die optrede van die sorggewers van persone met AS verander, hul persepsie jeens die gedrag van persone met AS ook met verloop van tyd verander. Die fokus van die opleidingswerkswinkel in die onderhawige studie was hoofsaaklik probleem-oplossingsvaardighede en die vermeerdering van positiewe en aangename gebeurtenisse. Die resultate van die studie van Bourgeois et al. (2002) ondersteun die hipotese in die onderhawige studie dat gedragsintervensie wat gerig is op die opleiding van sorggewers met die doel om hulle eie gedrag ten opsigte van die versorgingsuitdagings van persone met AS te verander, effektief is (Gallager-Thompson, 1994; Teri, Curtis, Gallager-Thompson en Thompson, 1994 in Bougeois et al., 2002). Deur die sorggewers van persone met AS doelgerig vaardighede aan te leer wat hulle in staat stel om spesifieke versorgingsuitdagings te hanteer, word 'n verhoging in die effektiwiteit van hulle versorging bewerkstellig. Die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel wat deur die navorser aangebied is, het spesifieke kommunikasievaardighede aan die deelnemers voorgehou sodat hulle die uitdagings wat hulle daagliks ten opsigte van die versorging van persone met AS beleef, beter sou kon hanteer.

- **Temas van diskoersanalise wat 'n verandering in persepsie reflekteer**

Temas wat tydens die diskoersanalise geïdentifiseer is, het 'n teenstrydigheid in die deelnemers se persepsie van persone met AS aangedui. Hopper (2001) gee 'n moontlike verduideliking vir die teenstrydigheid in persepsie, naamlik dat dit te wyte kan wees daaraan dat hierdie professionele sorggewers (verpleegpersoneellede) beperkte opleiding ontvang ten opsigte van die kommunikasieveranderinge wat plaasvind in persone met AS en hoe om hul kommunikasiestyle tot voordeel van daardie persone aan te pas (Hopper, 2001). Hierdie stelling sluit aan by die grondrede vir die studie. Haak (2003) noem voorts dat beperkte kennis rakende die aard en verloop van die siektetoestand en gepaardgaande kommunikasieprobleme moontlik kan lei tot te hoë of te lae kommunikasieverwagtinge by die sorggewers van persone met AS. Wanneer kommunikasieverwagtinge te hoog is, kan dit lei tot frustrasie. Bykomend tot die kwessie van beperkte opleiding het Kinney en Stephens (1989) in Hopper (2001) bevind dat die onderbreking in kommunikasie een van die belangrikste aspekte is wat bydra tot verhoogde spanningsvlakke by die sorggewers van persone met AS. Die navorser lei af dat die toename in spanning tot 'n afname in werksbevrediging kan lei. Die teenstrydigheid in die deelnemers se persepsie van persone met AS kan moontlik ook toegeskryf word aan die verskil in hul biografiese inligting ten opsigte van ouderdom, werkservaring en mate van blootstelling aan AS.

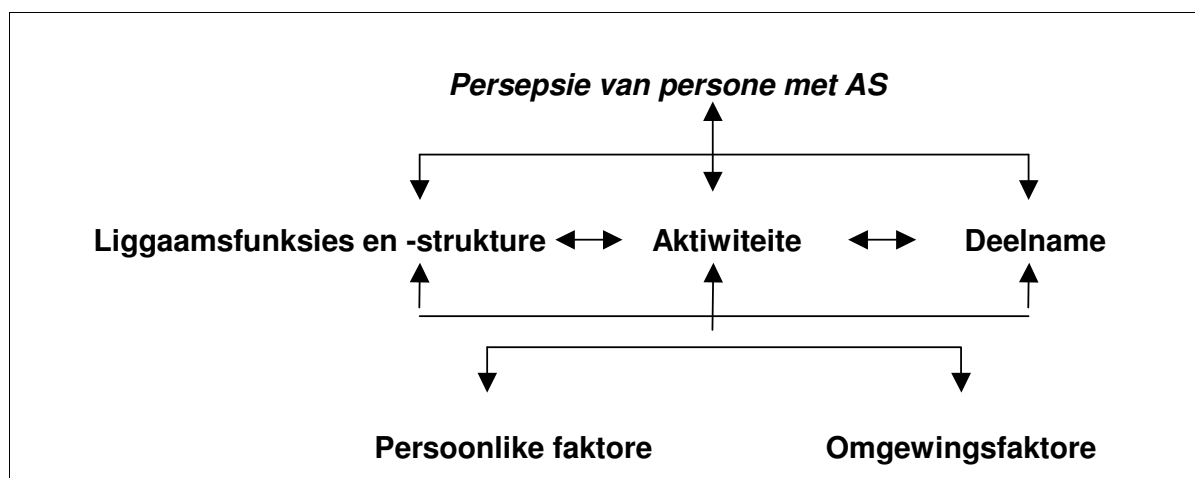
Kuhn et al. (2000) meld dat persoongerigte versorging gebaseer is op die humanistiese beginsel waarvolgens die menslikheid van persone met demensie deur positiewe interaksies bewaar word. Volgens die outeurs is die eerste stap van die persoongerigte filosofie om bestaande stereotipes rakende demensie, persone met demensie en bestaande benaderings tot die versorging daarvan uit te ken. Die volgende stap is om dan die uitdaging aan te neem wat sal lei tot 'n verbeterde kwaliteit van versorging vir die persone met demensie. Hierdie beginsel het ook tydens die diskoersanalise van die deelnemers na vore gekom, deurdat die deelnemers tydens die pretoets sekere stereotiperende gedrag van persone met AS genoem het en die mediese model tot versorging aangehang het. Die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel (die gebeurtenis van die navorsingsfases) was die medium wat die uitdaging aan die deelnemers gestel het om verbeterde kwaliteit van versorging aan die persone met AS te lewer. Die resultate van die diskoersanalise van die posttoets het dan ook daarop gedui dat die deelnemers die uitdaging aangeneem het en 'n meer persoongerigte benadering

tot die versorging van persone met AS gevolg het. Die verbeterde interaksie tussen die deelnemers en persone met AS asook die verandering in die deelnemers se persepsie en toename in hul kennis jeens AS is volgens die navorser boustene vir verbeterde kwaliteit van versorging.

Volgens Kitwood (1997) in Kuhn et al. (2000) is dit duidelik dat veranderinge in persepsies aangaande persone met AS direk sal lei tot veranderinge in die beskouing van AS en die behandeling van persone wat daaraan ly. Wat eens beskou is as net 'n siektetoestand, word tans gesien as 'n afwyking wat deel van die persoon se lewe is. Die persoon lewe dus met AS, net soos 'n persoon met enige ander siektetoestand leef. Die gevolg van hierdie verandering in die hantering van persone met AS is dat daar aandag geskenk word aan die eenvoudige behoeftes van die persone, en daarmee saam voer hierdie persone nou suksesvolle lewens en is die handhawing van 'n hoër kwaliteit van lewe van die uiterste belang (Guy, persoonlike mededeling, 2003). *“Caring for the frail elderly should never be about just amenities; rather, as administrators must remind themselves every day, it's about humanity”* Todd (2002:54).

- **Toepassing van die ICF-model ten opsigte van deelnemers se persepsie**

Die persepsie-aspek ten opsigte van dienslewering word vervolgens aan die hand van die ICF-model (WHO, 2002) verklaar en word in die plek van die "gesondheidstoestand" gestel. Elke area (hoofstuk in die ICF) wat die persepsie-aspek ten opsigte van dienslewering beïnvloed, word aangedui en bespreek.



Figuur 30: Persepsie van persone met AS

- **Omgewingsfaktore**

- (e3) Ondersteuning en verhoudings
- (e4) Houding

Beide "ondersteuning en verhoudings" asook "houding" (e3 en e4) is areas van omgewingsfaktore wat die deelnemers se persepsie van persone met AS beïnvloed het. Dit is die navorser se opinie dat die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel nie net 'n medium was wat tot 'n toename in kennis kon lei nie, maar die deelnemers ook riglyne en ondersteuning kon bied vir hul hantering van persone met AS. 'n Verdere afleiding word gemaak dat die deelnemers na afloop van die werkswinkel 'n positiewer houding teenoor persone met AS geopenbaar het, aangesien hulle bemagtig is om meer suksesvol met die persone met AS te kommunikeer. Waar ondersteuning en verhoudings asook houding tydens die pretoets hindernisse was (en dus moontlik kon bydra tot die negatiewer persepsie van persone met AS), is hierdie areas tydens die posttoets as fasiliteerders beskou wat dus moontlik die deelnemers se persepsie van persone met AS positief kon beïnvloed het.

- **Persoonlike faktore**

Die onderskeie deelnemers se persoonlike faktore (soos aangedui deur hul biografiese inligting) is areas wat 'n interne invloed op funksionering en dus ook op hul persepsie van persone met AS kon hê. Die persoonlike faktore van die deelnemers het 'n impak op die uitkomste van hul interaksie met persone met AS, maar as gevolg van die groot mate van sosiale en kulturele verskille wat daarmee geassosieer word, word spesifieke areas nie geklassifiseer nie. Daar is waargeneem dat die deelnemers se werkservaring, persoonlike blootstelling aan AS en ouderdom nie werklik 'n noembare invloed op die persepsieresultate gehad het nie.

5.4 KENNIS

Die tweede deel van subdoelstellings twee en vyf het ondersoek ingestel na die deelnemers se kennis van persone met AS voor die aanvang en na afloop van die werkswinkel. Hierdie doelstellings het dus bepaal of die opleidingswerkswinkel moontlik tot 'n verandering in die deelnemers se kennis kon lei.

'n Algemene beeld van die deelnemers se kennis ten opsigte van Alzheimer-siekte (AS) tydens die pre- en posttoets word in Hoofstuk 4 opsommend weergegee in Tabelle 13, 14, 15 en 16. Hierdie tabelle dui daarop dat die deelnemers geneig was om meer vrae tydens die posttoets korrek te beantwoord as ten tye van die pretoets. Bogenoemde tabelle dui ook aan dat daar 'n afname was in onsekerheid by al vier die deelnemers, aangesien hierdie opsie tydens die posttoets minder geselekteer is. Deelnemers 2 en 3 het tydens die posttoets minder kennisvrae foutief beantwoord, alhoewel daar nie 'n verandering was in die aantal foutiewe response van Deelnemers 1 en 4 tydens die pre- en posttoets nie. Opsommend kan dus gesê word dat 'n toename in die deelnemers se kennis merkbaar was na afloop van die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel. Ten einde die vertrouenswaardigheid van die werkswinkel as 'n gebeurtenis te bepaal, is die deelnemers gevra om 'n vooraf opgestelde vraelys te voltooi. Die response wat hierdeur verkry is, ondersteun en staaf dan ook die deelnemers se toename in kennis na afloop van die gebeurtenis.

Die belangrikheid van opleiding vir verpleegpersoneellede van suksesvolle AS-eenhede word deur Peete (2002) beskou as 'n kritieke aspek van die gespesialiseerde versorging wat persone met AS benodig. Die effek wat AS op die persoon se kommunikasievaardighede het, is 'n tema wat in elke opleidingsprogram ingesluit behoort te wees (Peete, 2002). Die afleiding word dus deur die navorser gemaak dat, indien verpleegpersoneel gespesialiseerde opleiding ten opsigte van AS ontvang (byvoorbeeld 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel), die kwaliteit van versorging dienoreenkomstig gaan verbeter en dus ook die kwaliteit van die interaksie. Die navorser se opinie sluit aan by die volgende opmerking van Todd (2002:52): *“Training caregivers to understand and implement the fundamentals of dementia care is the only way to establish a foundation for quality care.”*

Wanneer daar na die literatuur verwys word, is dit duidelik dat die resultate wat in

hierdie studie verkry is, tipies is van verskeie ander studies wat internasionaal uitgevoer is. Bestaande literatuur ondersteun dus die resultate wat deur die navorser in hierdie studie verwag en verkry is, naamlik dat 'n opleidingswerkswinkel vir verpleegpersoneel 'n toename in kennis en dienoreenkomstig ook verbeterde interaksie met persone met AS sal meebring. Die geldigheid van bevindinge word deur ander literatuurbronne bevestig.

Die spraak-taalterapeute Shaw en May (1998) het verpleegpersoneel aangaande kommunikasie- en slukafwykings opgelei deur 'n werkswinkel aan te bied. Die effektiwiteit van die werkswinkel is bepaal deurdat die verpleegpersoneel dieselfde vraelyste tydens die pre- en posttoets voltooi het (soos wat ook die geval in die onderhawige studie was). Die resultate van Shaw en May (1998) se studie het onder andere getoon dat die opleiding van verpleegpersoneel in kommunikasie- en slukafwykings effektief was, aangesien die verpleegpersoneel se kennis uitgebrei het. Die verpleegpersoneel was ook bereid om nuwe strategieë toe te pas ten einde versorging van beter kwaliteit aan die inwoners te bied. Bryan en Maxim (1998) het ook bevind dat die verbetering in die lewenskwaliteit van die persone met kommunikasieprobleme toe te skryf is aan die verpleegpersoneel se toename in kennis aangaande hierdie persone se probleme. In aansluiting by die bevindinge van Shaw en May (1998) en van Bryan en Maxim (1998), het Peete (2002) ook gemeld dat opleiding van verpleegpersoneel 'n kritieke aspek vir die suksesvolle versorging van persone met AS is. Hy het ook bevind dat personeellede dikwels na AS-versorgingseenhede verplaas word sonder dat hulle voorbereid is vir die versorgingseise wat hierdie omgewing stel.

Reese, Cherry en Norris (1999) in Cherry, et al. (2000) voer aan dat 'n groot uitdaging in geriatrise navorsing is om te bepaal oor watter aspekte die algemene publiek onseker is en dat daardie aspekte dan die basis van opleidingsprogramme behoort te vorm. Verder meld die outeurs ook dat opleidingsmateriaal en -programme, wat aspekte van normale veroudering en patologiese veroudering vergelyk en kontrasteer, van groot waarde sal wees vir studente, sorggewers en diensverskaffers van die geriatrise populasie. Die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel wat as gebeurtenis in hierdie studie gebruik is, het normale en patologiese veroudering vergelyk en gekontrasteer en ook die aspekte waaroor die verpleegpersoneel onseker was, geïnkorporeer by die inhoud van die werkswinkel.

- **Temas van diskoersanalise wat 'n verandering in kennis reflekteer**

'n Tema wat tydens die pretoets na vore gekom het, het daarop gedui dat die deelnemers se kennis oor AS beperk was en dat hulle die mediese model ten opsigte van die versorging van persone met demensie aangehang het. Die kennistema wat geanaliseer is, ondersteun die resultate wat uit die vraelyste van die pre- en posttoets verkry is. 'n Behoefte aan verdere opleiding is deur die deelnemers uitgespreek. Hierdie aspek is tipies van ander studies wat in die literatuur beskryf word. Lubinski (1995) in Bryan en Maxim (1998), wat hulpverpleegsters se kennis aangaande kommunikasieprobleme van inwoners in versorgingseenhede geëvalueer het, beklemtoon ook die behoefte aan indiensopleiding. Hopper (2001) meld dat sorggewers van persone met demensie beperkte kennis het oor die beginsels van demensiehantering wat suksesvolle kommunikasie bevorder. Al die deelnemers het tydens die posttoets-onderhoud gemeld dat hulle meer geleer het oor die tekens en simptome van die siektetoestand en dat hulle kennis van die algemene hantering van persone met AS verbeter het. Deelnemers se kennis van persone met AS was tydens die pretoets beperk, aangesien hierdie persone telkens slegs as "deurmekaar" beskryf is. Seiler (1996) het bevind dat stereotipering dikwels die gevolg is van beperkte kennis oor 'n spesifieke onderwerp. Die navorser maak dus die afleiding dat die deelnemers al die persone met AS as "deurmekaar" beskryf het as gevolg van hul eie beperkte kennis van die verskillende simptome waarmee persone met AS in die verskillende fases van die siektetoestand kan presenteer.

Die navorser maak 'n verdere afleiding dat, indien 'n toename in kennis bewerkstellig is in die tydperk vanaf die pretoets tot die posttoets, die gebeurtenis (opleidingswerkswinkel) hierdie verandering moontlik gefasiliteer het. Hierdie verandering word deur die navorser as 'n positiewe verskynsel gesien en dui op die effektiwiteit van die opleidingswerkswinkel as 'n medium om verpleegpersoneel se kennis rakende AS te verbeter. Hierdie bevindinge impliseer ook dat die addisionele inligting ten opsigte van AS tot voordeel sal wees vir interaksie tussen verpleegpersoneel en persone met AS.

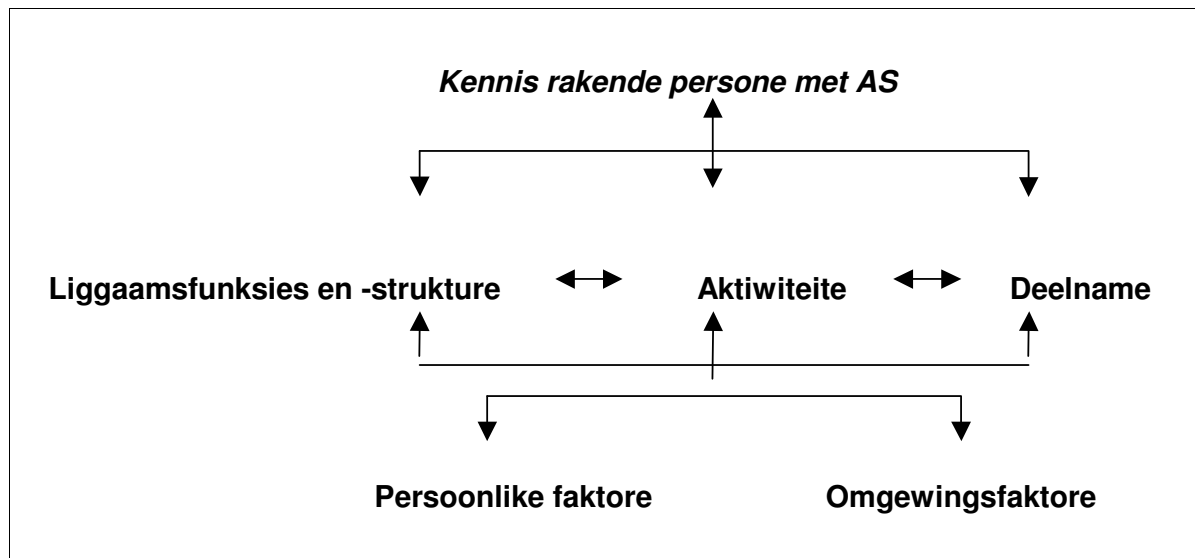
Ten spyte van die effektiwiteit van die opleidingswerkswinkel ten opsigte van kennisvermeerdering, was daar ook 'n paar leemtes in die werkswinkel wat gedokumenteer moet word. Eerstens was hierdie werkswinkel gefokus op die vier deelnemers se behoeftes aan spesifieke aspekte waarin hul kennis aangaande persone

met AS tekortgeskiet het. Die navorser antisipeer dat indien die studie meer deelnemers ingesluit het, meer areas moontlik geïdentifiseer kon word waarin die deelnemers 'n tekort aan kennis ervaar het. Verder vermoed die navorser ook dat nie alle areas ten opsigte van kennistekortkominge ondersoek is nie. Die navorser gaan van die veronderstelling uit dat, indien 'n persoon nie oor genoegsame kennis jeens 'n bepaalde fenomeen (in hierdie geval AS) beskik nie, die persoon dus ook nie gaan weet in watter areas van die fenomeen hy of sy 'n tekort aan kennis het nie. 'n Tweede leemte het ontstaan uit die aard van tydsbeperkinge wat vir die voltooiing van die studie gegeld het. Ten einde voortdurend beter met persone met AS te kan kommunikeer, behoort sorggewers periodiek heropgelei te word (Todd, 2002). 'n Leemte van die studie was dus dat daar nie 'n opvolgwerkswinkel aangebied is of herhaaldelik geleentheid vir opleiding vir die verpleegpersoneel geskep is nie.

Opleidingswerkswinkels en -programme wat fokus op die verbetering van kennis van AS is van die uiterste belang vir alle verpleegpersoneel, aangesien die meeste van hierdie individue met persone met AS in aanraking kom. Chapman en Marshall (1993) beklemtoon ook dat kennis van die siektetoestand veral in die vroeë stadium van die siektetoestand 'n groot behoefte by sorggewers van persone met AS is. *"The quality of life improvements resulted from carer's increased knowledge about the residents"* (Bryan en Maxim, 1998:124). Deurdat diensgewers meer kennis van die fenomeen en die hantering daarvan dra, sal interaksie, persepsie, luistervaardighede en dus ook dienslewering dienooreenkomstig verbeter.

- **Toepassing van die ICF-model ten opsigte van deelnemers se kennis**

Die kennisaspek ten opsigte van dienslewering word aan die hand van die ICF-model (WHO, 2002) verklar deur elke area (hoofstuk in die ICF) wat hierdie komponent beïnvloed, te bespreek.



Figuur 31: Kennis rakende persone met AS

- **Aktiwiteite en deelname**

- (d1) Leer en toepassing van kennis
- (d3) Kommunikasie

Bogenoemde hoofstukke (d1 en d3) is areas wat die aktiwiteite- en deelname-komponent beïnvloed, aangesien die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel in hierdie studie die medium was waardeur leer ('n toename in kennis) plaasgevind het en kennis toegepas is (gevallestudies en rollespel wat gebruik is om die teoretiese kennis prakties aan te wend). Na afloop van die werkswinkel was 'n verandering in die deelnemers se kommunikasie ook te bespeur, aangesien die resultate van die posttoets aangedui het dat die deelnemers meer toepaslike pragmatiese gedrag (verbaal, paralinguisties en nieverbaal) gebruik het.

- **Omgewingsfaktore**

- (e5) Dienste, sisteme en beleide

Die area "dienste, sisteme en beleide" (e5) is 'n hoofstuk van die omgewingskomponent wat moontlik die deelnemers se kennis van AS kon beïnvloed het. Die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel is op die persoongerigte benadering (Kitwood, 1997) gebaseer en het 'n uitdaging aan die deelnemers gestel ten opsigte van hul sienings van die siektetoestand en die versorging van persone met AS. Terwyl die deelnemers

tydens die pretoets die "ou kultuur" van demensieversorging aangehang het, het daar as gevolg van die werkwinkel 'n verandering in die deelnemers se siening van die persone met AS plaasgevind. Die resultate van die diskoersanalise van die posttoets het aangedui dat die deelnemers 'n humanistiese grondslag ten opsigte van die persone met AS gevolg het. Die navorser maak die afleiding dat daar 'n verband bestaan tussen die deelnemers se toename in kennis en dienslewering na afloop van die werkwinkel. As gevolg van die verandering in kennis, het daar ook 'n verandering ingetree in die deelnemers se dienslewering en die beleide (mediese model) wat hulle aanvanklik gevolg en aangehang het.

- **Persoonlike faktore**

Die onderskeie deelnemers se persoonlike faktore (soos in Tabel 6 aangedui) is areas wat 'n interne invloed op funksionering en dus ook op hul kennis van persone met AS en die siektetoestand kon hê. Die persoonlike faktore van die deelnemers het 'n impak op die uitkomste van hul interaksie met persone met AS, maar as gevolg van die groot mate van sosiale en kulturele verskille wat daarmee geassosieer word, word spesifieke areas nie geklassifiseer nie. Daar kan net kortliks genoem word dat die deelnemers en persone met AS ook ten opsigte van hul opleiding en die beroepe wat hulle beoefen het, verskil.

Ten einde aan die hoofdoelstelling van die studie te beantwoord, is die navorsingsresultate onder die onderskeie subdoelstellings bespreek en met relevante literatuur vergelyk. Daar is in hierdie hoofstuk aangetoon dat die verbetering in die verpleegpersoneel se kommunikasie en interaksie, en hul kennis en persepsie van persone met AS moontlik die gevolg kan wees van die kommunikasiegerigte opleidingswerkwinkel wat as die gebeurtenis van die studie gedien het. Aspekte van die ICF-model wat deur die studie beïnvloed is, is ook uiteengesit.

HOOFSTUK 6 - GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1 INLEIDING

Professionele en persoonlike sorggewers van persone met Alzheimer-siekte (AS) ontvang min of selfs geen inligting rakende die aard en verloop van die siektetoestand en gepaardgaande kommunikasieprobleme nie (Haak, 2003). Dit kan moontlik daartoe lei dat die sorggewers van persone met AS die persepsie het dat daardie persone hulpeloos is en nie daartoe in staat is om doeltreffend te kommunikeer nie. Bourgeois et al. (2001) in Haak (2003) meld dat, sonder opleiding rakende die neurologiese oorsake van die kommunikasieprobleme wat persone met AS kan ervaar, die verpleegpersoneelle moontlik die ontoereikende kommunikasiepogings en intensies van die persone met AS verkeerd kan verstaan. Die opleiding van verpleegpersoneel word voorgestel as die eerste stap in die realisering van die doelwit van die persoongerigte benadering tot demensiesorg.

In hierdie hoofstuk word die waarde van die navorsingsresultate wat verkry is, sowel as die toepassing daarvan, bespreek. Aanbevelings word gemaak vir soortgelyke studies in die toekoms, aangesien die onderhawige studie as riglyn kan dien vir verdere navorsing.

6.2 GEVOLGTREKKINGS

Die hoofdoel van die studie was om ondersoek in te stel na die invloed wat 'n kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel op die interaksie tussen verpleegpersoneel en persone met AS in 'n versorgingseenheid het. Ten einde die navorsingsvraag te beantwoord, is data ingesamel rakende die verpleegpersoneel se kommunikasievaardighede, luistervaardighede, persepsie en kennis van AS. Die volgende gevolgtrekkings word gemaak na aanleiding van die bepaalde subdoelstellings.

6.2.1 Kommunikasie- en luistervaardighede

Voordat opleiding deur middel van die kommunikasiegerigte werkwinkel plaasgevind het, is die verpleegpersoneel se interaksie met persone met AS ten opsigte van hul kommunikasie- en luistervaardighede ondersoek. Verskeie leemtes is in hierdie interaksieproses geïdentifiseer en die belangrikheid van opleiding oor kommunikasievaardighede wat tot meer suksesvolle interaksie kan lei, is beklemtoon.

Die algemene beeld van die deelnemers se kommunikasiegedrag dui daarop dat 'n merkbare verbetering in al die deelnemers se verbale kommunikasiegedrag tydens die posttoets waargeneem is, aangesien die deelnemers meer toepaslik gereageer het op die onderskeie aspekte van hierdie betrokke afdeling van die *Pragmatic Protocol* (Prutting en Kirchner, 1987). Hierbenewens is 'n toename in toepaslike paralinguistiese kommunikasiegedrag na afloop van die gebeurtenis (werkwinkel) waargeneem. Soos in die geval van die verbale en paralinguistiese aspekte, was daar ook 'n toename in toepaslike nieverbale kommunikasie-gedrag aangesien die deelnemers meer toepaslik gereageer het op hierdie aspekte tydens die posttoets.

Met verwysing na die deelnemers se luistergedrag is daar volgens die *Checklist of Listening Behaviours* (Hartley, 1990) gedokumenteer dat 'n algehele verbetering in die deelnemers se luistergedrag na afloop van die opleidingswerkwinkel waargeneem is.

Uit die resultate van hierdie studie blyk dit dat verpleegpersoneel in hierdie spesifieke versorgingseenheid wel opgelei kan word om meer suksesvol met persone met AS te kommunikeer.

6.2.2 Kennis

Die resultate van die vraelys wat tydens die posttoets voltooi is, het 'n toename in kennis by die deelnemers getoon na afloop van die werkwinkel. Die deelnemers het oor die algemeen meer vrae tydens die posttoets korrek beantwoord, was oor minder vrae onseker en het minder of dieselfde aantal foutiewe response op die vrae gegee. Hierdie verandering kan moontlik toegeskryf word aan die werkwinkel wat die deelnemers bygewoon het.

6.2.3 Persepsie

Die resultate van die posttoets dui 'n verandering aan in al die deelnemers se persepsie na afloop van die werkswinkel. Die deelnemers het tydens die posttoets oor die algemeen 'n positiewer persepsie teenoor persone met AS en die siektetoestand geopenbaar. Die onseker opsie is selde of soms glad nie tydens die posttoets gekies nie. Die negatiewe opsie is in sommige gevalle weereens tydens die posttoets vir van die stellings geselekteer.

In die lig van die bevindinge in hierdie studie wil dit voorkom asof daar moontlik 'n verband bestaan tussen die verskillende aspekte wat in die studie en deur die kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel ondersoek is. Dit blyk dus asof 'n toename of verbetering in die een aspek na afloop van die gebeurtenis (werkswinkel) moontlik kan lei tot 'n toename of verbetering in 'n ander aspek. Die toename in die respondente se kennis van die siektetoestand kan moontlik lei tot 'n positiewer persepsie van persone met AS. Voorts blyk dit ook of die positiewer persepsie en uitbreiding van kennis as gevolg van die kommunikasie-gerigte opleidingswerkswinkel moontlik kan lei tot verbeterde kommunikasie- en luistervaardighede by die deelnemers.

Hieruit word afgelei dat, indien 'n toename in kennis van die pretoets na die posttoets merkbaar is, die gebeurtenis (opleidingswerkswinkel) hierdie verandering moontlik gefasiliteer het. Hierdie veranderinge word deur die navorser as positiewe aspekte gesien en dui op die effektiwiteit van die opleidingswerkswinkel as 'n medium om verpleegpersoneel se interaksie, kennis en persepsie rakende AS te verbeter.

6.3 IMPLIKASIES VAN DIE BEVINDINGS

Aangesien 'n verandering in die interaksie tussen die verpleegpersoneel en persone met AS na afloop van die werkswinkel waargeneem is, maak die navorser die afleiding dat hierdie bevindings sekere implikasies inhou vir die onderskeie partye wat direk by die uitvoer van hierdie studie betrokke was. Die studie hou implikasies in vir die verpleegpersoneel wat die deelnemers van die studie was, asook vir die persone met AS met wie die navorser interaksie gehad het. Daar is ook sekere implikasies vir die rol van die spraak-taalterapeut ten einde die interaksieproses tussen verpleegpersoneel en persone met AS te bevorder. Hierdie implikasies sien soos volg daar uit:

6.3.1 Verpleegpersoneel

Die resultate van die waarnemingsessie van die posttoets bevestig dat daar by die verpleegpersoneel 'n paradigmaskuif na 'n meer persoongerigte benadering ten opsigte van die versorging van persone met AS plaasgevind het. Die kommunikasiegerigte werkwinkel was in hierdie studie die opleidingsmedium wat moontlik die paradigmaskuif gefasiliteer het. Dit het daartoe gelei dat verpleegpersoneel tydens die waarnemingsessie na afloop van die werkwinkel meer vaardig was ten opsigte van die interaksie met persone met AS. Dit is die navorser se opinie dat, namate die verpleegpersoneel se kommunikasievaardighede verbeter het, hulle ook meer selfvertroue verwerf het en dat hulle nou moontlik oor die nodige vaardighede beskik om ook suksesvol te kommunikeer met ander persone wat kommunikasieprobleme ervaar. Dit blyk asof die toename in kennis oor AS by die verpleegpersoneel gelei het tot 'n positiewer persepsie van persone met AS, met die gevolg dat meer suksesvolle interaksies waargeneem is. In die lig van die voorafgenoemde aspekte kan dit moontlik lei tot 'n hoër mate van werksbevrediging wat deur die verpleegpersoneel ervaar word. In die konteks van die versorgingseenheid kan die verpleegpersoneel wat deelgeneem het aan die studie moontlik na afloop van die werkwinkel as mentors optree vir dié wat nie daaraan deelgeneem het nie. Sodoende sal verdere opleiding kan plaasvind.

6.3.2 Persone met AS

Die interaksie van die persone met AS was nie die fokus van hierdie studie nie, alhoewel dit direk geraak word deur die verandering wat deur die werkwinkel meegebring is. Aangesien die verpleegpersoneel (wat die meeste tyd saam met die persone met AS spandeer) opgelei is om spesifieke kommunikasietegnieke te gebruik ten einde suksesvolle interaksie met persone met AS te fasiliteer, sal dit moontlik lei tot verminderde gedragsprobleme (byvoorbeeld aggressie en frustrasie) by die persone met AS (Scott et al., 2005). Die navorser antisipeer dat die persone met AS minder tyd in afsondering sal deurbring en sosiale disintegrasie dus nie sal plaasvind nie. Dit is die mening van die navorser dat hierdie studie dus tot verbeterde lewenskwaliteit van persone met AS kan bydra.

6.3.3 Spraak-taalterapeut

Die behoefte aan en waarde van indiensopleiding asook die spraak-taalterapeut se rol in dienslewering is in hierdie studie geïdentifiseer. Die werkwinkel wat aangebied is, bewys dat indirekte intervensie met welslae in dienslewering aan persone met AS toegepas kan word. Daar moet egter in gedagte gehou word dat indiensopleiding tussen spraak-taalterapeute en verpleegpersoneel 'n wedersydse proses is en dat opleiding tussen die twee dissiplines voortdurend moet geskied (Sturdy, 2004). Om kennis te deel en meer transdissiplinêr te werk, sal ook tot voordeel van die versorging van die persoon met AS wees.

Ter opsomming het die kommunikasiegerigte opleidingswerkwinkel wat in hierdie studie die gebeurtenis was, bewys dat dit 'n medium is waardeur verandering in die interaksie van die verpleegpersoneel en persone met AS in 'n versorgingseenheid gefasiliteer kan word. Die posttoets na afloop van die werkwinkel toon, in vergelyking met die pretoets, 'n verbetering in die verpleegpersoneel se pragmatiese vaardighede (verbaal, nieverbaal en paralinguisties); luistervaardighede; kennis en persepsie teenoor persone met AS. Die gevolgtrekking waartoe die navorser kom, is dat die algehele verandering in interaksie wat in die algemeen waargeneem is, wel 'n verbetering in die verpleegpersoneel se interaksie met persone met AS verteenwoordig.

6.4 KRITIESE EVALUASIE VAN DIE NAVORSING

Dit is belangrik om die sterkpunte en leemtes van die studie te bepaal en daarom is dit nodig om 'n kritiese evaluasie uit te voer.

- Aangesien hierdie studie tot slegs vier deelnemers beperk was, is verdere navorsing met meer deelnemers nodig alvorens veralgemening van resultate na alle verpleegpersoneellede van persone met AS in versorgingseenhede gemaak kan word. Alhoewel die resultate as betroubaar aanvaar kan word, kan die resultate nie veralgemeen word na al die versorgingseenhede in Suid-Afrika nie, aangesien die studie slegs by een versorgingseenheid in Gauteng uitgevoer is. Hierdie studie kan uitgebrei word na ander versorgingseenhede en meer verpleegpersoneellede betrek om sodoende 'n meer verteenwoordigende beeld van verpleegpersoneel se kommunikasievaardighede, kennis en persepsie van persone met AS te verkry.
- Waarneming van interaksie was in hierdie studie beperk tot die oggendroetine. Dit

sou ideaal gewees het om die interaksieproses tussen deelnemers en persone met AS ook waar te neem tydens 'n meer informele interaksionele situasie, byvoorbeeld wanneer daar na etenstyd gesosialiseer word.

- Tydens die transkripsie van die onderhoud met die deelnemers het die navorser verskeie beperkinge in haar onderhoudvoeringstegniek opgemerk. Die navorser het dikwels leidende woorde gebruik wat moontlik die deelnemers se response op die oop vrae wat aan hulle gestel is, kon beïnvloed. As gevolg van swak klankkwaliteit het waardevolle inligting met die pretoetsopname van Deelnemer 1 verlore geraak.
- In die Suid-Afrikaanse konteks stel die kulturele veranderlikes unieke uitdagings. Hierdie veranderlikes is nie in die studie in ag geneem nie en kon moontlik die deelnemers se resultate (meer spesifiek hul nieverbale kommunikasievaardighede) beïnvloed het. Tesame met die unieke kulturele veranderlikes stel die taalaspek ook unieke uitdagings aan hierdie studie. Weereens is die deelnemers se interaksie slegs beoordeel in terme van hul interaksie. Gesondheids- en sosiale dienslewering behoort versorging van 'n hoë kwaliteit te bied, ten spyte van die deelnemers en bejaarde persone met AS se diverse behoeftes (Mold et al., 2005).
- Die proses van data-insameling, asook die opleidingswerkswinkel het weens verskeie redes nie in die deelnemers se onderskeie huistale plaasgevind nie, maar wel in Engels (hul tweede taal). Die moontlikheid bestaan dat die deelnemers nie deurentyd die terme wat gebruik is, verstaan het nie. Indien die navorser tydens die aanbieding van die opleidingswerkswinkel van 'n tolk gebruik gemaak het, kon dit moontlik van meer waarde vir die deelnemers van die studie gewees het.
- Geen opvolgssessies is vir die studie beplan nie. 'n Opvolgwerkswinkel kon van waarde gewees het om te bepaal of verandering wat tydens die posttoets waargeneem is, van 'n meer permanente aard was.

6.5 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Aanbevelings vir verdere navorsing wat volgens die navorser uit hierdie studie voortspruit, word vervolgens aangedui.

- Kulturele sensitiviteit en veranderlikes: Die diversiteit en unieke uitdagings wat die Suid-Afrikaanse konteks stel, behoort voortdurend in ag geneem te word met die uitvoer van navorsingstudies. *“Existing literature highlights the need for greater cultural awareness, including communication issues in order to enhance individualized care”* (Mold et al., 2005:112). Die verskillende rasse, kulture en etniese groepe, asook die invloed wat die persone se aksent op die reseptiewe taalvaardighede van die persoon met AS kan hê, kan moontlik ondersoek word.
- Die teikengroep van ‘n volgende navorsingstudie kan moontlik die bestuurders van versorgingseenhede wees wat die waarde van indiensopleiding besef en verantwoordelik is vir die verdere opleiding van verpleegpersoneel (Masterson, 2004). Dit sal ook meebring dat die persoongerigte benadering tot die versorging van persone met AS en ander inwoners van die versorgingseenheid ondersteun word. Volgens die literatuur (Todd, 2002; Kuhn et al., 2000; Bryan en Maxim, 1998), sal die nuwe kultuur van demensiesorg (die persoongerigte benadering) lei tot die verbeterde lewenskwaliteit van die inwoners in ‘n versorgingseenheid. *“Developing the communication skills of professionals such as nurses, social workers, and physicians as well as direct caregivers can enhance quality of life for the person with dementia”* (Ripich en Ziol, 1998:487 in Haak, 2003:31).
- In hierdie studie is daar van ‘n beperkte aantal deelnemers gebruik gemaak wat kan beteken dat die kliniese toepassing van die werkwinkel onvoldoende was. Daar word aanbeveel dat hierdie studie op ‘n groter populasie uitgevoer word om sodoende ‘n meer verteenwoordigende beeld aangaande die kommunikasievaardighede, kennis en persepsie van verpleegpersoneel in Suid-Afrika te verkry. Waardevolle inligting kan moontlik verkry word deur ondersoek in te stel na verpleegpersoneel wat in verskillende kontekste (hetsy versorgingseenhede, tuis vir bejaardes, hospitale, ensovoorts) werk.
- AS as siektetoestand kan vir ‘n hele aantal jare met verskillende en veranderende simptome voortduur en kan tot ‘n verskeidenheid intervensiebehoeftes lei (Bourgeois et al., 2002). Klinici (in hierdie geval spraak-taalterapeute) behoort sorggewers op te lei sodat hulle self kan identifiseer wanneer ‘n behandelingsprosedure nie meer effektief is nie. Wanneer daar dus veranderinge plaasvind in die persoon met AS en/of die persoon se omgewingstoestande, behoort die sorggewers die intervensie-

strategieë aan te pas om hierdie nuwe behoeftes wat na vore gekom het, te akkomodeer (Orange, Van Gennep, Miller en Johnson, 1998 in Haak, 2003). Dit sal vereis dat indiensopleiding meer intens is en dat die spraak-taalterapeut voortdurend en op 'n permanente basis opleiding en ondersteuning aan die sorggewers van persone met AS verskaf.

- Video-opnames: Verpleegpersoneel het tydens 'n studie van Bryan en Maxim (1998) aangedui dat hulle daarby baat gevind het om die spraak-taalterapeut waar te neem tydens interaksie met inwoners van die versorgingseenheid, wat dus neerkom op indirekte opleiding. Verskeie etiese aspekte moet oorweeg word wanneer data van persone met demensie ingesamel word (Grout, 2004). Video-opnames as data-insamelingmetode kan 'n suksesvolle manier wees om data te verkry en ook om indiensopleiding te doen.
- Alhoewel die moontlike verandering in lewenskwaliteit van persone met AS nie een van die doelstellings van hierdie studie was nie, kan dit moontlik van waarde wees om te bepaal of meer suksesvolle interaksie met verpleegpersoneel die persone met AS se lewenskwaliteit beïnvloed. Voorts kan daar ook van 'n meetinstrument gebruik gemaak word, byvoorbeeld die ICF-model (WHO, 2002) of "*Dementia Care Mapping*" (Kuhn et al., 2000), om die mate van werksbevrediging wat verpleegpersoneel ervaar, voor die aanbieding en na afloop van 'n werkswinkel te bepaal.
- Laastens word daar aanbeveel dat ondersoek ingestel word na die opleidingsprogramme (voorgaadse kurrikula van tersiêre instansies) van verpleegpersoneel. Aangesien die aard en voorkoms van demensie in versorgingseenhede hoog is (Bryan en Drew, 1989 en Brodie, 1986 in Bryan en Maxim, 1998), behoort voorgaadse studente in hulpverpleging opgelei te word ten opsigte van die basiese beginsels van suksesvolle kommunikasie met persone met demensie. Dit is dus die spraak-taalterapeut se rol en verantwoordelikheid om hierdie verpleegpersoneel oor verskeie aspekte wat met hul beroep verband hou, op te lei. Aangesien beperkte navorsing gedoen is oor die opleiding van verpleegpersoneel in suksesvolle kommunikasietegnieke ten opsigte van persone met demensie, kan hierdie studie moontlik as vertrekpunt dien vir verdere navorsing oor die onderwerp.

Deur bogenoemde aanbevelings te oorweeg, kan probleemareas in toekomstige en

soortgelyke studies verminder of geëlimineer word. Hierdie oorwegings kan voorts tot voor-deel van die versorging van en dienslewering aan persone met AS lei.

6.6 SLOT

In hierdie hoofstuk is die gevolgtrekkings wat bereik is in die studie, sowel as die implikasies van die bevindings wat daaruit voortgespruit het, bespreek. Die hoofstuk word met 'n kritiese evaluering van die studie afgesluit en aanbevelings vir verdere navorsing word gemaak.

“Training caregivers to understand and implement the fundamentals of dementia care is the only way to establish a foundation for quality care”

Todd (2002:52).

BRONNELYS -

Adams, T. (1998) The discursive construction of dementia care: Implications for mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3) September, pp. 614-622.

Beukelman, D.R. Yorkston, K.M. & Reichle, J. (2000). *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders*. Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.

Bless, C. & Higson-Smith, S.C. (2000). *Fundamentals of social research methods: An African Perspective (3rd edition)*. Lusaka: Juta.

Bolla L.R. & Filley, C.M. (2000). Dementia DDX. *Geriatrics*, 55 (1) January, pp. 34-42.

Bornman, J. (1999). Touching the Untouched: The use of AAC Strategies with Individuals with Alzheimer's Disease. *KLINIKA: Toepassings in Kliniese Praktijk van Kommunikasie-patologie*, 4, pp. 65-75.

Bornman, J. (2002). *The development of a primary level communication intervention protocol for children with severe disabilities*. Ongepubliseerde D-verhandeling. Departement Aanvullende en Alternatiewe Kommunikasie: Universiteit van Pretoria.

Bourgeois, M.S., Schulz, R.U., Burgio, L.D. & Beach, S. (2002). Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease: Outcomes of an intervention study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (1), pp. 53-73.

Bowlby, C. (1993). *Therapeutic activities with persons disabled by Alzheimer's disease and related disorders*. Maryland: Aspen Publishers, Inc.

Bryan, K. & Maxim, J. (1998). Enabling care staff to relate to older communication disabled people. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33 (Supplement), pp. 121-125.

- Cecchin, M. & Jarrad, S.** (2002). *Personal and possible: Achieving quality dementia care in residential aged care services.* <http://www.alzheimers.org.au/upload/Personal%20and%20Possible%20Document.doc>.
- Chapman, A. & Marshall, M.** (1993). *Dementia: New skills for social workers.* Great Britain: Biddles Ltd.
- Cherry, K.E., Brigman, S., Hawley, K.S. & Reese, C.M.** (2003). The knowledge of memory aging questionnaire: Effects of adding a “don’t know” response option. *Educational Gerontology*, 29, pp. 427-446.
- Cohen, D.** (2000). Caregivers for persons with Alzheimer’s Disease. *Current psychiatry reports*, 2 (1), pp. 32-39.
- Cuenod, M. & Gasser, J.** (2003). Research for the mentally incompetent. *Journal of Medical Ethics*, 29 (1), February, pp. 19-21.
- Dajee, Y.** (2002). *Attitudes of a group of speech-language pathologists towards management of patients with Alzheimer’s Dementia.* Ongepubliseerde verhandeling: Universiteit van die Witwatersrand.
- Departement Ortopedagogiek.** *Interaction with disabled persons scale.* Universiteit van Pretoria.
- Done, D.J. & Thomas, J.A.** (2001). Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: A cluster randomised clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (8), August, pp. 816-821.
- Dreher, B.B.** (1987). *Communication skills for working with elders.* New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Eliopoulos, C.** (1993). *Gerontological nursing* (3rd ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- Fetterman, D.M.** (1998). *Ethnography* (6th ed). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Goddard, L. & Jordan, L.** (1998). Changing attitudes about persons with disabilities: Effect of a Simulation. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30 (5), pp. 307-131.
- Goldsmith, D.L.** 1995. *Family members' perceptions of daily living type problems experienced in their relationship with the dementia patient*. Unpublished thesis: University of the Witwatersrand.
- Golper, L.C.** (1998). *Sourcebook for medical speech pathology*, 2nd ed. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Griffith, V.T.** (2002). Diagnose and treat mild to moderate Alzheimer's Disease. *The Nurse Practitioner*, 27 (12) December, pp. 13-25.
- Grout, G.** (2004). Using negotiated consent in research and practice. *Nursing Older People*, 16 (4), pp. 18-20.
- Guy, O.** (2002). *Effects of communication and swallowing difficulties on quality of life of people with early onset and late onset Parkinson's Disease based on a linguistic and motor speech profile and discourse analysis*. Ongepubliseerde D-verhandeling, Departement Kommunikasiepatologie: Universiteit van die Witwatersrand.
- Guy, O.** (2003). Persoonlike kontakmaking. Departement Kommunikasiepatologie, Universiteit van Pretoria.
- Guy, R.F., Edgley, C.E., Arafat, I. & Allen, D.E.** (1987). *Social research methods, puzzles and solutions*. Toronto: Allyn and Bacon.
- Haak, N.J.** (2003). "Do you hear what I mean?" A lived experience of disrupted communication in mid-to-late stage Alzheimer's Disease. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4 (1) January/March, pp. 26-40.

- Halpern, H.** (2000). *Language and motor speech disorders in adults, 2nd ed.* Austin, Texas: Pro-Ed, Inc.
- Hartley, L.L.** (1995). *Cognitive communicative abilities following brain injury: A functional approach.* San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Hopper, T.** (2001). Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's Disease. *Seminars in Speech and Language, 22* (4), pp. 305-315.
- Journal of Peroidontology** www.nursingmanagement.com
- Kinding, M.N. & Carnes, M.** (1993). *Coping with Alzheimer's Disease and other dementing illnesses.* San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Kitwood, T.** (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first.* Buckingham: Open University Press.
- Kuhn, D., Ortigara, A. & Kasayka, R.E.** (2000). Dementia Care Mapping: An innovative tool to measure person-centered care. *Alzheimer's Care Quarterly, 1* (3), pp. 7-15.
- LaPointe, L.L.** (1999). Quality of life with aphasia. *Seminars in Speech and Language, 20* (1), pp. 5-17.
- Leedy, P.D.** (1980). *Practical research (3rd edition).* New York: Macmillan Publishers Co.
- Logemann, J.A.** (1998) *Evaluation and treatment of swallowing disorders.* Texas: Pro-ed.
- Mahendra, N.** (2001). Direct interventions for improving the performance of individuals with Alzheimer's Disease. *Seminars in Speech and Language, 22* (4), pp. 291-303.

- Mahendra, N., Bayles, K.A. & Tomoeda, C.K.** (1999). Effect of an unfamiliar accent on the repetition ability of normal elders and individuals with Alzheimer's Disease. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 7 (3), pp. 223-230.
- Malterud, K.** (2001) Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358 (9280), pp. 483-488.
- Masterson, A.** (2004). Towards an ideal skill mix in nursing homes. *Nursing older people*, 16 (4), pp. 14-16.
- Maxim, J., Bryan, K., Axelrod, L., Jordan, L. & Bell, L.** (1998). Speech and language therapists as trainers: Enabling care staff working with older people. *International Journal of Language and Communication Disorders*, (Session 5.2), pp.194-199.
- Maxwell, D.L. & Satake, E.** (1997). *Research and statistical methods in communication disorders*. Baltimore: Williams & Wilkens.
- Mchale, R.W.** (1998). The relationship between linguistic communication skills and physically aggressive behavior in nursing home residents with possible dementia of Alzheimer's type. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 59 (6-B), p. 2683.
- Meyer, W.F., Moore, C. & Viljoen, H.G.** (1997). *Personologie: van individu tot ekosistiem*. Johannesburg: Heinemann.
- MIMS.** (Maart 1999). *Medical Specialities*, 39 (3). Pretoria.
- Miner, G.D., Winters-Miner, L.A., Blass, J.P., Richter, R.W. & Valentine, J.L.** (1989). *Caring for Alzheimer's patients: A guide for family and healthcare providers*. New York: Plenum Press.
- Minifie, F.D.** (1994). *Introduction to communication science and disorders*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

- Mold, F., Fitzpatrick, J.M. & Roberts, J.D.** (2005) Minority ethnic elders in care homes: a review of the literature. *Age and Aging*, 34, pp. 107-113.
- Monohan, D.J. & Hooker, K.** (1997). Caregiving and social support in two illness groups. *Social Work*, 42 (3), pp. 278-287.
- Morrison, J.** (1995). *DSM-IV made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York: Guilford.
- Nel, S.** (2002). *Persone met disfagie as gevolg van kanker se persepsies van kwaliteit van lewe*. Ongepubliseerde M-verhandeling. Departement Kommunikasiepatologie, Universiteit van Pretoria.
- Netter, F.H.** (1996). *Atlas of Human Anatomy*. New Jersey: Ciba-Geigy Corporation.
- Orange, J.B. & Lubinski, R.B.** (1996). Conversational repair by individuals with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Speech & Hearing Research*, 39 (4) August, pp. 881-896.
- Ostwald, S.K., Hepburn, K.W. & Burns, T.** (2003). Training family caregivers of patients with dementia. A structured workshop approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (1), January, pp. 37-44.
- Oxford Mediese Woordeboek: vertalend en verklarend** (1993). Suid-Afrika: Oxford University Press.
- Pannbacker, M.H. & Middleton, G.F.** (1994). Introduction to clinical research in communication disorders. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Peete, D.** (2002). Training staff for Alzheimer's Disease. *Assisted Living Federation of America magazine*. January, pp. 42-44.
- Prutting, C. & Kirchner, D.** (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, pp.105-119.

- Rau, M.T.** (1993). *Coping with communication challenges in Alzheimer's Disease*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Robson, C.** (1993). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner researchers*. Oxford & Cambridge (Massachusetts): Blackwell Publishers.
- Sabat, S. R.** (2001). *The experience of Alzheimer's disease: Life through a tangled veil*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Sarno, M.T.** (1997) Quality of life in aphasia in the first post-stroke year. *Aphasiology*, 11 (7), pp. 665-679.
- SASHLA** (January 1997). Code of Ethics. Ethics and Standards Committee.
- Scott, A., Lewis, D. & Loughlin, N.** (2005). Dementia and challenging behaviour: the needs of family caregivers. *Nursing older people*, 17 (1), pp.26-31.
- Seiler, W.J.** (1996). *Communication: Foundations, skills, and applications*, 3rd ed. New York: HarperCollins College Publishers Inc.
- Shaw, D. & May, H.** (1998). Sharing knowledge with nursing home staff: An objective investigation. *International Journal of Language and Communication Disorders*. (Session 5.2), pp. 200-205.
- Sommers, D. K.** (1997). *Farmakologie*, 6e uitgawe. Johannesburg: Heinemann.
- Steiner, W.A., Ryser, L. Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. & Stucki, G.** (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, 82 (11), pp. 1098-1107.
- Stephens, D.** (2001). World health organization's international classification of functioning, disability and health- ICF. *Journal of Audiological Medicine*, 10 (3), pp. vii-x.

- Sternberg, R.J.** (1995). *In search of the human mind*. Orlando: Harcourt Brace & Company.
- Strydom, H.** (1998). "The pilot study" in De Vos, A.S. (ed.): *Research at grass roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.
- Sturdy, D.** (2004). Older people and essence of care benchmarking for better services. *Nursing Older People*, 16 (4), pp. 30-31.
- Sugden, M.** (2005). As the experts. *Nursing Older People*, 17 (2), pp.14-15.
- Threats, T.** (2002). Evidence-based practice research using a WHO framework. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 10 (3), pp. xvii-xxiv.
- Thompson, P.M.** (2002). Communicating with dementia patients on hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19 (4), pp. 263-267.
- Todd, J.** (2002). Maintaining quality Alzheimer's Care. *Assisted Living Federation of America magazine*. April, pp. 52-54.
- Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin, E. Keady, J. & O'Carroll, R.** (2004). General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Aging*, 33, pp. 461-467.
- Wade, D.T. & Halligan, P.** (2003). New wine in old bottles: The WHO ICF as an explanatory model of human behaviour (Editorial). *Clinical Rehabilitation*, 17, pp. 349-354.
- Wertz, R., LaPointe, L. & Rosenbeck, J.** (1984). *Apraxia of speech in adults: The disorder and its management*. Orlando, Florida: Grune and Stratton Inc.
- World Health Organization (WHO).** (2002). International classification of functioning, disability, and health (ICF). Geneva, Switzerland: WHO. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Wisker, G. (2001). *The postgraduate research handbook*. Hampshire: Palgrave.

Wuest, J., Ericson, P., Stern, P. & Irwin, G.W. (2001). Connected and disconnected support: The impact on the care giving process in Alzheimer's Disease. *Health Care for Women International*, 22, pp. 115-130.

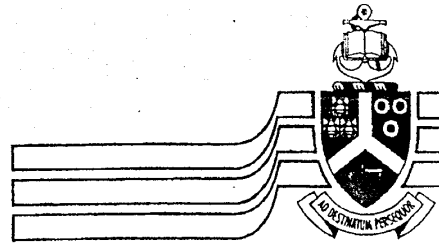
Young, L.J. & George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age and Aging*, 32, pp. 525-528.

Zeeman, L., Poggenpoel, M., Myburgh, C.P.H. & Van Der Linde, N. (2002). An introduction to a postmodern approach to educational research: Discourse Analysis. *Education*, 123 (1) Fall, pp. 96-103.

BYLAE A :

Etiese klaring

Lede: Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee
Prof D Beyers; Prof C Delpoit; Dr JEH Grobler;
Prof KL Harris; Prof E Krüger; Prof B Louw;
Prof IA Niehaus; Prof C Potgieter;
Prof D Prinsloo; Dr E Taljard; Prof J van Eeden;
Prof A Wessels



Universiteit van Pretoria
Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee
Fakulteit Geesteswetenskappe

11 September 2003

Beste Doktor Guy

Projek: *Die invloed van 'n kommunikasie-gerigte, opleidende werkwinkel op die interaksie tussen verpleegpersoneel en persone met Alzheimer-siekte (AS) in 'n versorgings-eenheid*

Navorser: N Schoeman
Leier: Dr IO Guy
Departement: Kommunikasiepatologie
Verwysingsnommer: 9802937

Baie dankie vir u respons op die komitee se skrywe van 6 Augustus 2003.

Die komitee aanvaar u verhelderings en motiverings en waardeer die moeite in dié verband geneem.

Die aansoek is formeel deur die komitee goedgekeur op 'n *ad hoc* vergadering wat op 10 September 2003 plaasgevind het.

Die komitee wil u graag versoek om bogenoemde goedkeuring aan me Schoeman oor te dra.

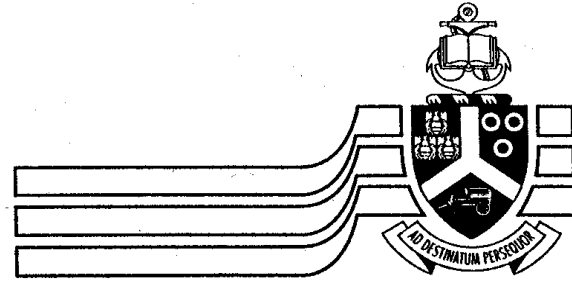
Ons wens u sukses met die projek toe.

Vriendelike groete

Prof Brenda Louw
Voorsitter: Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee
Fakulteit Geesteswetenskappe
UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

BYLAE B:

Toestemmingsbrief aan versorgingseenheid vir uitvoer van navorsingstudie



University of Pretoria

**Department of Communication Pathology
Speech, Voice and Hearing Clinic**

Tel : +27 12 420 2357
Fax : +27 12 420 3517
Email : oguy@postino.up.ac.za

1 August 2003

To whom it may concern

CONSENT TO CARRY OUT A RESEARCH PROJECT

I am a Master's student in the Department of Communication Pathology at the University of Pretoria. In order to complete my degree I am conducting a research project on the influence of a communication orientated, educational workshop on the interaction between nursing home staff and persons with Alzheimer's Disease (AD) in a nursing home setting.

Four nursing staff members are required as research participants for the study. In order to make data analysis more effective, the participants should be older than 22 years; Afrikaans and/or English speaking; of the same ethnic background; and have some form of tertiary education in their field.

The study will consist of three (3) phases, namely:

Phase 1	<ul style="list-style-type: none"> - Observation of the nursing home staff (as participants) interacting with persons with Alzheimer's Disease; - The completion of a questionnaire (consisting of 4 sections) that will take approximately 20 minutes to complete; - Participation in a short informal interview that will be tape-recorded with the researcher
Phase 2	<ul style="list-style-type: none"> - The attendance of a 4-hour workshop that will address the needs of the participants regarding the management of a person with AD
Phase 3	<ul style="list-style-type: none"> - A second observation of the nursing home staff (as participants) interacting with persons with Alzheimer's Disease; - Participation in a second short informal interview that will be tape-recorded with the researcher; - And lastly, the completion of a second questionnaire (consisting of 4 sections) that will take approximately 20 minutes to complete.

All information will be treated as confidential, and no names or any other identifying information of participants will be revealed. The study will not harm the participants in any way. Participants will be free to withdraw their consent or terminate their participation at any time during the study, without incurring any penalties.

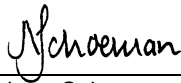
Please note that the persons with AD are not seen as *participants* and the focus of this study is on the nursing home staff. Verbal consent will be obtained from the persons with AD by the researcher in order to observe their interaction with the nursing home staff. Personal information and observations will be handled with confidentiality to ensure anonymity.

I hereby respectfully request your assistance in sourcing the research participants as well as obtaining their consent to the carrying out of the research at the nursing home.

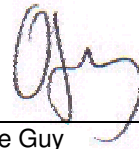
For any further queries, please do not hesitate to contact me on 084 683 0136 or my supervisor, Dr. Odette Guy, at the Department of Communication Pathology on (012) 420 2948.

Your participation will be greatly appreciated.

Yours sincerely,



Nicolene Schoeman
M.Communication Pathology-student



Dr. Odette Guy
Research supervisor
Department of Communication
Pathology

I, _____ hereby willingly give consent for the researcher to carry out the research project: ***The influence of a communication orientated, educational workshop on the interaction between nursing home staff and persons with Alzheimer's Disease (AD) in a nursing home setting***, at the nursing home. I also give consent to the participation of the staff of this institution in the research project. I am fully aware of the all the research procedures that will be used in carrying out the study and agree thereto.

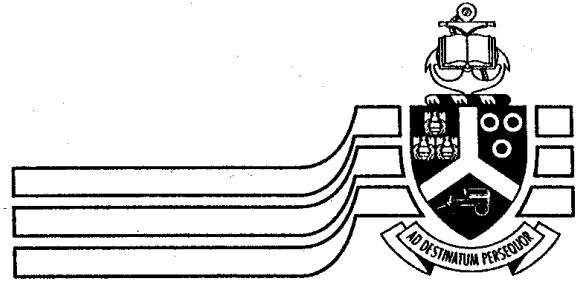
I also hereby grant permission for my personal contact details be furnished to Nicolene Schoeman for the purpose of her research.

DATE	
NAME AND SURNAME	
CONTACT DETAILS (Telephone number, e-mail address)	

Signature

BYLAE C:

Toestemmingsbrief vir deelname aan studie (proefpersone)



University of Pretoria

**Department of Communication Pathology
Speech, Voice and Hearing Clinic**

Tel : +27 12 420 2357

Fax : +27 12 420 3517

E-mail : oguy@postino.up.ac.za

Participant's Name: _____

Date: _____

Principle Investigator: Nicolene Schoeman
Department of Communication Pathology,
University of Pretoria

Informed Consent:

1. **Title of study:** The influence of a communication orientated, educational workshop on the interaction between nursing home staff and people with Alzheimer's Disease (AD) in a nursing home setting.
2. **Purpose of study:** The purpose of this study is to investigate the interaction between nursing staff and persons with Alzheimer's Disease, before and after a workshop for the nursing home staff.
3. **Procedures:** This study consists of different phases, namely:
 - an observation of myself (as participant) interacting with a person with Alzheimer's Disease;
 - the completion of a questionnaire (consisting of 4 sections);
 - participation in an interview that will be tape-recorded with the researcher;
 - the attendance of a 4-hour workshop;
 - a second observation of myself (as participant) interacting with a person with Alzheimer's Disease;
 - participation in a second interview that will be tape-recorded with the researcher;
 - and lastly, the completion of a second questionnaire (consisting of 4 sections).
4. **Risks and Discomforts:** There are no known medical risks or discomforts associated with this project.
5. **Benefits:** I understand that the only benefit to me for participating on this study is of an

educational nature. Furthermore, the results may help researchers to gain a better understanding of the way we interact with other people.

6. **Participant's Rights:** My participation in this study is voluntary and I may withdraw from participating in the study at any time without incurring any penalties from the researcher or my employers
7. **Confidentiality:** In order to record exactly what I say in the investigation, a tape-recorder will be used. The results of this study may be published in professional journals or presented at professional conferences, but my recordings or identity will not be revealed unless I provide permission to do so. No information will be revealed to any employers without my prior consent.
8. If I have any questions or concerns, I can call **Nicolene Schoeman** at the **University of Pretoria** on **(012) 420-2357**, during office hours.

I understand my rights as a research participant, and I voluntarily consent to participation in this study. I understand what the study is about, how and why it is being done. I will receive a signed copy of this consent form.

Participant's Signature

N. Schoeman

Investigator: Nicolene Schoeman

Date

[Handwritten Signature]

Supervisor: Dr. Odette Guy

BYLAE D:

Putting & Kirchner: Pragmatic aspects of language

JSHD MAY 1987, 52, 105-119

PRAGMATIC PROTOCOL

Name: _____

Date: _____

Communicative setting observed: _____

Communicative partner's relationship: _____

Communicative act	Appropriate	Inappropriate	No opportunity to observe	Examples and comments
VERBAL ASPECTS A. Speech acts 1. Speech act pair analysis 2. Variety of speech acts B. Topic 3. Selection 4. Introduction 5. Maintenance 6. Change C. Turn taking 7. Initiation 8. Response 9. Repair / Revision 10. Pause time 11. Interruption / overlap 12. Feedback to speakers 13. Adjacency 14. Contingency 15. Quantity/ conciseness D. Lexical selection/use across speech acts 16. Specificity / accuracy 17. Cohesion E. Stylistic variations 18. The varying of communicative style PARALINGUISTIC ASPECTS F. Intelligibility & prosodics 19. Intelligibility 20. Vocal intensity 21. Vocal quality 22. Prosody 23. Fluency NONVERBAL ASPECTS G. Kinesics & proxemics 24. Physical proximity 25. Physical contacts 26. Body posture 27. Foot/leg & hand/arm movements 28. Gestures 29. Facial expression 30. Eye gaze				

BYLAE E:

Checklist of listening behaviours (Hartley, 1995)

Checklist of Listening Behaviors

Name: _____ Date: _____

Setting(s) Observed: _____

Indicate the frequency of the following listening behaviors in conversations or group activities.

	Almost never	Seldom	Sometimes	Often	Always	Comments
Maintains proper level of arousal						
Not easily distracted by irrelevant noises, movement						
Inhibits internal thoughts (facial expression inconsistent with speaker's message, planning what to say rather than listening)						
Maintains eye gaze towards speaker						
Refrains from doing other tasks that might distract speaker						
Indicates level of understanding through verbal or nonverbal means						
Refrains from interrupting speaker						
Shifts attention in group as speaker changes						
Waits until directions/instructions completed before starts						
Asks for clarification/repetition when unsure of message						
Follows directions without need for excessive repetition or explanation						
Comments indicate understanding of speaker's intent (asking question vs. requesting a favor, etc.)						
Initiates questions/comments relevant to topic of discussion						
Comments indicate good grasp of main ideas/critical points of discussion						
Ties comments to those of previous speaker(s)						
Comprehends paralinguistic aspects of communication (vocal tone, loudness, fluency)						
Attends to and understands nonverbal communication (body positioning, facial expression, gestures)						

Note: From Assessment of Functional Communication (p. 168) by L. L. Hartley, 1990. Boston: Kluwer Academic Publishers. Copyright 1990 by Kluwer Academic Publishers. Adapted by permission.

BYLAE F:

Vraelys 1 (pretoets)

QUESTIONNAIRE 1

Questionnaire for nursing staff of persons with Alzheimer’s Disease (AD) in a nursing home setting

Office use only

DEELNEMER number	V1 <input type="text"/> <input type="text"/> 1-2
------------------	--

Instructions:

Please answer the questions as accurately and honestly as possible. Your name will not appear anywhere on the questionnaire and confidentiality is assured. There are no right or wrong answers. Please note that the abbreviation AD refers to ALZHEIMER’S DISEASE.

Section A:

Demographic information

(Please mark the appropriate block with a)

1. Gender:

Male	<input type="checkbox"/>
Female	<input type="checkbox"/>

V2 3

2. Your age?

_____ years old

V3 4-5

3. Home language (tick only 1 block):

English	<input type="checkbox"/>
Afrikaans	<input type="checkbox"/>
SeTswana	<input type="checkbox"/>
iSiZulu	<input type="checkbox"/>
iSiXhosa	<input type="checkbox"/>
Sepedi	<input type="checkbox"/>
TshiVenda	<input type="checkbox"/>
SeSotho	<input type="checkbox"/>
SeSwati	<input type="checkbox"/>
XiTsonga	<input type="checkbox"/>
iSiNdebele	<input type="checkbox"/>

V4 6-7

<p>4. Other languages (tick all the appropriate blocks):</p> <table border="1"> <tr><td>English</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Afrikaans</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SeTswana</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>iSiZulu</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>iSiXhosa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sepedi</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>TshiVenda</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SeSotho</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SeSwati</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>XiTsonga</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>iSiNdebele</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	English	<input type="checkbox"/>	Afrikaans	<input type="checkbox"/>	SeTswana	<input type="checkbox"/>	iSiZulu	<input type="checkbox"/>	iSiXhosa	<input type="checkbox"/>	Sepedi	<input type="checkbox"/>	TshiVenda	<input type="checkbox"/>	SeSotho	<input type="checkbox"/>	SeSwati	<input type="checkbox"/>	XiTsonga	<input type="checkbox"/>	iSiNdebele	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>V5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>8-9</td></tr> <tr><td>V6</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>10-11</td></tr> <tr><td>V7</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>12-13</td></tr> <tr><td>V8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>14-15</td></tr> <tr><td>V9</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>16-17</td></tr> <tr><td>V10</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>18-19</td></tr> <tr><td>V11</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>20-21</td></tr> <tr><td>V12</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>22-23</td></tr> <tr><td>V13</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>24-25</td></tr> <tr><td>V14</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>26-27</td></tr> <tr><td>V15</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>28-29</td></tr> </table>	V5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-9	V6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-11	V7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-13	V8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-15	V9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-17	V10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-19	V11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-21	V12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-23	V13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-25	V14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26-27	V15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28-29
English	<input type="checkbox"/>																																																																		
Afrikaans	<input type="checkbox"/>																																																																		
SeTswana	<input type="checkbox"/>																																																																		
iSiZulu	<input type="checkbox"/>																																																																		
iSiXhosa	<input type="checkbox"/>																																																																		
Sepedi	<input type="checkbox"/>																																																																		
TshiVenda	<input type="checkbox"/>																																																																		
SeSotho	<input type="checkbox"/>																																																																		
SeSwati	<input type="checkbox"/>																																																																		
XiTsonga	<input type="checkbox"/>																																																																		
iSiNdebele	<input type="checkbox"/>																																																																		
V5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-9																																																																
V6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-11																																																																
V7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-13																																																																
V8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-15																																																																
V9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-17																																																																
V10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-19																																																																
V11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-21																																																																
V12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-23																																																																
V13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-25																																																																
V14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26-27																																																																
V15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28-29																																																																
<p>5. Race:</p> <table border="1"> <tr><td>White</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>African</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Indian</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Coloured</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Other</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	White	<input type="checkbox"/>	African	<input type="checkbox"/>	Indian	<input type="checkbox"/>	Coloured	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<p>V16 <input type="text"/> 30</p>																																																								
White	<input type="checkbox"/>																																																																		
African	<input type="checkbox"/>																																																																		
Indian	<input type="checkbox"/>																																																																		
Coloured	<input type="checkbox"/>																																																																		
Other	<input type="checkbox"/>																																																																		
<p>6. What is your highest level of education? (Please indicate the course that you are taking, as well as your current year of studies.)</p> <p>Course: _____</p> <table border="1"> <tr><td>1st year student</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2nd year student</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3rd year student</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4th year student</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>Other: _____</p>	1 st year student	<input type="checkbox"/>	2 nd year student	<input type="checkbox"/>	3 rd year student	<input type="checkbox"/>	4 th year student	<input type="checkbox"/>	<p>V17 <input type="text"/> <input type="text"/> 31-32</p> <p>V18 <input type="text"/> 33</p>																																																										
1 st year student	<input type="checkbox"/>																																																																		
2 nd year student	<input type="checkbox"/>																																																																		
3 rd year student	<input type="checkbox"/>																																																																		
4 th year student	<input type="checkbox"/>																																																																		
<p>7. Name the institution where you receive your training:</p> <p>_____</p>	<p>V19 <input type="text"/> <input type="text"/> 34-35</p>																																																																		
<p>8. Length of nursing experience only at ** nursing home:</p> <p>_____ years</p>	<p>V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 36-37</p>																																																																		
<p>9. Length of nursing experience in general (not just at ** nursing home):</p> <p>_____ years</p>	<p>V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 38-39</p>																																																																		
<p>10. How many persons with Alzheimer's Disease do you nurse daily in the home:</p> <p>_____ persons</p>	<p>V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 40-41</p>																																																																		
<p>11. What is your personal experience (outside the nursing home) with Alzheimer's Disease?</p> <table border="1"> <tr><td>No experience</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>I know family / friends who have Alzheimer's Disease</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Unsure</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	No experience	<input type="checkbox"/>	I know family / friends who have Alzheimer's Disease	<input type="checkbox"/>	Unsure	<input type="checkbox"/>	<p>V23 <input type="text"/> 42</p>																																																												
No experience	<input type="checkbox"/>																																																																		
I know family / friends who have Alzheimer's Disease	<input type="checkbox"/>																																																																		
Unsure	<input type="checkbox"/>																																																																		

Section B: <i>Please place one tick (☑) under the column that describes how you usually feel.</i>	I agree (YES)	Uncertain	I don't agree (NO)	Office use only
1. I feel frustrated because I don't know how to help a person with Alzheimer's Disease.				V24 <input type="checkbox"/> 43
2. It is rewarding when I am able to help a person with AD.				V25 <input type="checkbox"/> 44
3. It hurts me when the person with AD tries to tell me something and can't.				V26 <input type="checkbox"/> 45
4. I am grateful that I do not have AD.				V27 <input type="checkbox"/> 46
5. I try to act normally and to ignore the disability that a person with AD has.				V28 <input type="checkbox"/> 47
6. I feel uncomfortable and find it hard to relax in the presence of person with AD.				V29 <input type="checkbox"/> 48
7. I am aware of the problems that a person with AD has.				V30 <input type="checkbox"/> 49
8. I feel unsure because I do not know how to behave towards a person with AD.				V31 <input type="checkbox"/> 50
9. I don't pity people with AD.				V32 <input type="checkbox"/> 51
10. After frequent contact, I find I just notice the person and not the disease.				V33 <input type="checkbox"/> 52
11. I am afraid to look at the person with AD straight in the face.				V34 <input type="checkbox"/> 53
12. I tend to make contacts with people with AD only brief and finish them as quickly as possible.				V35 <input type="checkbox"/> 54
13. I dread the thought that I could eventually have AD as well.				V36 <input type="checkbox"/> 55
14. I feel uneducated and uninformed to handle a person with AD.				V37 <input type="checkbox"/> 56
15. I tend to ignore a person with AD.				V38 <input type="checkbox"/> 57
16. People with AD require additional individual attention that will be to the detriment of the other people (without AD) in the nursing home.				V39 <input type="checkbox"/> 58
17. A person with AD's behaviour requires more patience than a person without AD.				V40 <input type="checkbox"/> 59
18. Regular nurses should not be expected to look after or take care of people with AD.				V41 <input type="checkbox"/> 60
19. Having to look after a person with AD requires too much effort.				V42 <input type="checkbox"/> 61

	I agree (YES)	Uncertain	I don't agree (NO)	Office use only
20. Regular nurses have the basic knowledge and skills to take care of any elderly person, including a person with AD.				V43 <input type="checkbox"/> 62
21. I am willing to allow another professional person (e.g. speech therapist, psychiatrist, neurologist, occupational therapist) to give me advice on, and help me to handle a person with AD.				V44 <input type="checkbox"/> 63
22. I am willing to go for further training in order to communicate with a person with AD.				V45 <input type="checkbox"/> 64
23. I believe in patient care and putting the patient first.				V46 <input type="checkbox"/> 65
24. I find working with people with AD depressing.				V47 <input type="checkbox"/> 66

Section C: <i>Please place one tick (☑) under the column that you think the right answer is.</i>	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
1. AD is a progressive, irreversible brain disorder.				V48 <input type="checkbox"/> 67
2. The onset of AD is generally after 80 years of age.				V49 <input type="checkbox"/> 68
3. A person with AD generally has a life expectancy of 2-15 years after onset.				V50 <input type="checkbox"/> 69
4. AD is characterized by deterioration of memory, communication skills, thinking abilities, personality, and behaviour.				V51 <input type="checkbox"/> 70
5. All old people have some form of AD.				V52 <input type="checkbox"/> 71
6. AD is a genetic disorder (thus, the only cause of AD is family history of the disorder).				V53 <input type="checkbox"/> 72
7. The male gender is more affected by AD than the female gender.				V54 <input type="checkbox"/> 73
8. AD is characterised mainly by physical decline, where as Parkinson's Disease manifests primarily as loss of cognitive function.				V55 <input type="checkbox"/> 74
9. AD is classified as a dementia, as is Parkinson's Disease.				V56 <input type="checkbox"/> 75
10. Becoming disoriented (such as getting lost or losing track of what day it is) happens to persons with AD, but only in the later stages of the disease.				V57 <input type="checkbox"/> 76

	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
11. Sometimes the effects of intense grief over the loss of a loved one may be mistaken for early AD in older adults.				V58 <input type="checkbox"/> 77
12. A complete physical exam by a doctor is routinely recommended if a diagnosis of AD is suspected.				V59 <input type="checkbox"/> 78
13. Frequent complaining about memory problems is an early sign of AD.				V60 <input type="checkbox"/> 79
14. The only way to tell for sure if an individual has AD is to do an autopsy after that person has died.				V61 <input type="checkbox"/> 80
15. If one has lived to be 85 years old and shows no signs of AD, then the chances are very high that this person will live out the rest of his or her life without developing the disease.				V62 <input type="checkbox"/> 81
16. Signs and symptoms of AD show up gradually and become more noticeable to family members and close friends over time.				V63 <input type="checkbox"/> 82
17. AD is the only illness that leads to confusion and memory problems in older adults.				V64 <input type="checkbox"/> 83
18. Dramatic changes in personality and relationships with others may be seen in persons who have AD.				V65 <input type="checkbox"/> 84
19. A person with AD's quality of life decreases due to the deterioration of his / her communication abilities.				V66 <input type="checkbox"/> 85
20. The correct treatment for AD can lead to the course of the disease being reversed.				V67 <input type="checkbox"/> 86
21. If ones expectations are too high of a person with AD, it may frustrate and upset the person.				V68 <input type="checkbox"/> 87
22. With the assistance of rehabilitation professionals, a variety of facilitative strategies can be taught to maintain meaningful and satisfying interactions with persons with AD until the end of life.				V69 <input type="checkbox"/> 88
23. It is important to not disagree and avoid "no" as a response with a person with AD.				V70 <input type="checkbox"/> 89
24. It is not necessary to establish a trusting relationship with the person with AD.				V71 <input type="checkbox"/> 90
25. In the late stage of the disease, people with AD often experience severe language deterioration and are unable to communicate with words.				V72 <input type="checkbox"/> 91

	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
26. If one cannot understand what a person with AD says, one should gently ask the person with AD to repeat, and one can even anticipate and offer a guess at what the person is trying to say.				V73 <input type="checkbox"/> 92
27. A tendency of a person with AD to spend time in solitude, may be due to the person's communication deficit.				V74 <input type="checkbox"/> 93
28. One should use simple words and short, uncomplicated sentences when talking to a person with AD.				V75 <input type="checkbox"/> 94
29. Ask persons with AD questions that require merely yes / no answers.				V76 <input type="checkbox"/> 95
30. Persons with AD become increasingly confused as the day progresses.				V77 <input type="checkbox"/> 96
31. A structured daily program will provoke anxiety and agitation throughout the day.				V78 <input type="checkbox"/> 97
32. Problem behaviours are triggered by brain pathology and must be managed quickly and efficiently.				V79 <input type="checkbox"/> 98
33. The complex nature of AD requires the involvement of different specialists and health professionals.				V80 <input type="checkbox"/> 99
34. If repeating seems necessary, repeat the question or comment using the same words and phrasing.				V81 <input type="checkbox"/> 100
35. As the disease progresses, persons with AD resort to physical behaviours rather than words to express themselves.				V82 <input type="checkbox"/> 101
36. AD's clinical course is characterised by three phases (mild, moderate and severe stages).				V83 <input type="checkbox"/> 102
37. If unable to attract the person with AD's attention, leave and try again in 1-2 minutes.				V84 <input type="checkbox"/> 103
38. Persons with AD have problems with naming (naming objects in front of them as well as finding the right words when speaking).				V85 <input type="checkbox"/> 104
39. Since the initial stages of AD, a person seems to communicate with difficulty (they cannot form long sentences and their speech is disfluent).				V86 <input type="checkbox"/> 105
40. Persons with AD often substitute words, for instance, they call a "chair" a "table".				V87 <input type="checkbox"/> 106

	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
41. In the final stages of AD, the person may be mute or echolalic (repeat whatever you say), or just use jargon.				V88 <input type="checkbox"/> 107
42. When talking to a person with AD, it is important to make sure that the TV is off and the room is quiet with minimal distractions.				V89 <input type="checkbox"/> 108
43. It is better to sit next to a person with AD when speaking to him than to face the person.				V90 <input type="checkbox"/> 109
44. Speaking at a normal rate and expecting an immediate response from a person with AD, can improve understanding.				V91 <input type="checkbox"/> 110
45. Communication problems cause persons with AD to withdraw themselves for fear of embarrassment, or for others to have difficulty interacting with them.				V92 <input type="checkbox"/> 111
46. Depression never co-exists with AD, as AD always exists in isolation.				V93 <input type="checkbox"/> 112

<p>Section D:</p> <p>Please give your opinion regarding the following questions</p>	<p>Office use only</p>								
<p>1. Should I receive training in order to improve the interaction between a person with AD and me, my choice of training would be as follows.</p> <p>Arrange the given options from 1 - 4 in order of preference; with</p> <p style="padding-left: 40px;"> 1=my <i>first</i> choice 2=my <i>second</i> choice 3=my <i>third</i> choice 4=my <i>last</i> choice </p> <table border="1" data-bbox="290 550 1097 728"> <tbody> <tr> <td>a) Personal in-service training by a qualified speech therapist, e.g. a workshop</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) A complete educational course over a period of days</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) A special educational diploma / certificate</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) Informal in-service training through an informational pamphlet</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	a) Personal in-service training by a qualified speech therapist, e.g. a workshop		b) A complete educational course over a period of days		c) A special educational diploma / certificate		d) Informal in-service training through an informational pamphlet		<p>V94 <input type="text"/> <input type="text"/> 113</p> <p>V95 <input type="text"/> <input type="text"/> 114</p> <p>V96 <input type="text"/> <input type="text"/> 115</p> <p>V97 <input type="text"/> <input type="text"/> 116</p>
a) Personal in-service training by a qualified speech therapist, e.g. a workshop									
b) A complete educational course over a period of days									
c) A special educational diploma / certificate									
d) Informal in-service training through an informational pamphlet									
<p>2. Do you have any specific training needs in terms of dealing with a person with AD in the nursing home setting? In other words, what would you like to know more about?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V98 <input type="text"/> <input type="text"/> 117-118</p> <p>V99 <input type="text"/> <input type="text"/> 119-120</p>								
<p>3. Is there anything else that you would like to share concerning the person with AD?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V100 <input type="text"/> <input type="text"/> 121-122</p> <p>V101 <input type="text"/> <input type="text"/> 123-124</p>								

Thank you for your participation and co-operation!

BYLAE G:

Vraelys 2 (posttoets)

QUESTIONNAIRE 2

Questionnaire for nursing staff of persons with Alzheimer's Disease (AD) in a nursing home setting

Office use only

DEELNEMER number	V1 <input type="text"/> <input type="text"/> 1-2
------------------	--

Instructions:

Please answer the questions as accurate and honestly as possible. Your name will not appear anywhere on the questionnaire and confidentiality is assured. Please note that the abbreviation AD refers to ALZHEIMER'S DISEASE.

Section B: <i>Please place one tick (☑) under the column that describes how you usually feel. There are no right or wrong answers.</i>	I agree (YES)	Uncertain	I don't agree (NO)	Office use only
1. I feel frustrated because I don't know how to help a person with Alzheimer's Disease.				V24 <input type="checkbox"/> 43
2. It is rewarding when I am able to help a person with AD.				V25 <input type="checkbox"/> 44
3. It hurts me when the person with AD tries to tell me something and can't.				V26 <input type="checkbox"/> 45
4. I am grateful that I do not have AD.				V27 <input type="checkbox"/> 46
5. I try to act normally and to ignore the disability that a person with AD has.				V28 <input type="checkbox"/> 47
6. I feel uncomfortable and find it hard to relax in the presence of person with AD.				V29 <input type="checkbox"/> 48
7. I am aware of the problems that a person with AD has.				V30 <input type="checkbox"/> 49
8. I feel unsure because I do not know how to behave towards a person with AD.				V31 <input type="checkbox"/> 50
9. I don't pity people with AD.				V32 <input type="checkbox"/> 51
10. After frequent contact, I find I just notice the person and not the disease.				V33 <input type="checkbox"/> 52
11. I am afraid to look at the person with AD straight in the face.				V34 <input type="checkbox"/> 53
12. I tend to make contacts with people with AD only brief and finish them as quickly as possible.				V35 <input type="checkbox"/> 54
13. I dread the thought that I could eventually have AD as well.				V36 <input type="checkbox"/> 55
14. I feel uneducated and uninformed to handle a person with AD.				V37 <input type="checkbox"/> 56
15. I tend to ignore a person with AD.				V38 <input type="checkbox"/> 57
16. People with AD require additional individual attention that will be to the demerit of the other people (without AD) in the nursing home.				V39 <input type="checkbox"/> 58
17. A person with AD's behaviour requires more patience than a person without AD.				V40 <input type="checkbox"/> 59
18. Regular nurses should not be expected to look after or take care of people with AD.				V41 <input type="checkbox"/> 60
19. Having to look after a person with AD requires too much effort.				V42 <input type="checkbox"/> 61

	I agree (YES)	Uncertain	I don't agree (NO)	Office use only
20. Regular nurses have the basic knowledge and skills to take care of any elderly person, including a person with AD.				V43 <input type="checkbox"/> 62
21. I am willing to allow another professional person (e.g. speech therapist, psychiatrist, neurologist, occupational therapist) to give me advice on, and help me to handle a person with AD.				V44 <input type="checkbox"/> 63
22. I am willing to go for further training in order to communicate with a person with AD.				V45 <input type="checkbox"/> 64
23. I believe in patient care and putting the patient first.				V46 <input type="checkbox"/> 65
24. I find working with people with AD depressing.				V47 <input type="checkbox"/> 66

Section C: <i>Please place one tick (☑) under the column that you think the right answer is.</i>	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
1. AD is a progressive, irreversible brain disorder.				V48 <input type="checkbox"/> 67
2. The onset of AD is generally after 80 years of age.				V49 <input type="checkbox"/> 68
3. A person with AD generally has a life expectancy of 2-15 years after onset.				V50 <input type="checkbox"/> 69
4. AD is characterized by deterioration of memory, communication skills, thinking abilities, personality, and behaviour.				V51 <input type="checkbox"/> 70
5. All old people have some form of AD.				V52 <input type="checkbox"/> 71
6. AD is a genetic disorder (thus, the only cause of AD is family history of the disorder).				V53 <input type="checkbox"/> 72
7. The male gender is more affected by AD than the female gender.				V54 <input type="checkbox"/> 73
8. AD is characterised mainly by physical decline, where as Parkinson's Disease manifests primarily as loss of cognitive function.				V55 <input type="checkbox"/> 74
9. AD is classified as a dementia, as is Parkinson's Disease.				V56 <input type="checkbox"/> 75
10. Becoming disoriented (such as getting lost or losing track of what day it is) happens to persons with AD, but only in the later stages of the disease.				V57 <input type="checkbox"/> 76

	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
11. Sometimes the effects of intense grief over the loss of a loved one may be mistaken for early AD in older adults.				V58 <input type="checkbox"/> 77
12. A complete physical exam by a doctor is routinely recommended if a diagnosis of AD is suspected.				V59 <input type="checkbox"/> 78
13. Frequent complaining about memory problems is an early sign of AD.				V60 <input type="checkbox"/> 79
14. The only way to tell for sure if an individual has AD is to do an autopsy after that person has died.				V61 <input type="checkbox"/> 80
15. If one has lived to be 85 years old and shows no signs of AD, then the chances are very high that this person will live out the rest of his or her life without developing the disease.				V62 <input type="checkbox"/> 81
16. Signs and symptoms of AD show up gradually and become more noticeable to family members and close friends over time.				V63 <input type="checkbox"/> 82
17. AD is the only illness that leads to confusion and memory problems in older adults.				V64 <input type="checkbox"/> 83
18. Dramatic changes in personality and relationships with others may be seen in persons who have AD.				V65 <input type="checkbox"/> 84
19. A person with AD's quality of life decreases due to the deterioration of his / her communication abilities.				V66 <input type="checkbox"/> 85
20. The correct treatment for AD can lead to the course of the disease being reversed.				V67 <input type="checkbox"/> 86
21. If ones expectations are too high of a person with AD, it may frustrate and upset the person.				V68 <input type="checkbox"/> 87
22. With the assistance of rehabilitation professionals, a variety of facilitative strategies can be taught to maintain meaningful and satisfying interactions with persons with AD until the end of life.				V69 <input type="checkbox"/> 88
23. It is important to not disagree and avoid "no" as a response with a person with AD.				V70 <input type="checkbox"/> 89
24. It is not necessary to establish a trusting relationship with the person with AD.				V71 <input type="checkbox"/> 90
25. In the late stage of the disease, people with AD often experience severe language deterioration and are unable to communicate with words.				V72 <input type="checkbox"/> 91

	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
26. If one cannot understand what a person with AD says, one should gently ask the person with AD to repeat, and one can even anticipate and offer a guess at what the person is trying to say.				V73 <input type="checkbox"/> 92
27. A tendency of a person with AD to spend time in solitude, may be due to the person's communication deficit.				V74 <input type="checkbox"/> 93
28. One should use simple words and short, uncomplicated sentences when talking to a person with AD.				V75 <input type="checkbox"/> 94
29. Ask persons with AD questions that require merely yes / no answers.				V76 <input type="checkbox"/> 95
30. Persons with AD become increasingly confused as the day progresses.				V77 <input type="checkbox"/> 96
31. A structured daily program will provoke anxiety and agitation throughout the day.				V78 <input type="checkbox"/> 97
32. Problem behaviours are triggered by brain pathology and must be managed quickly and efficiently.				V79 <input type="checkbox"/> 98
33. The complex nature of AD requires the involvement of different specialists and health professionals.				V80 <input type="checkbox"/> 99
34. If repeating seems necessary, repeat the question or comment using the same words and phrasing.				V81 <input type="checkbox"/> 100
35. As the disease progresses, persons with AD resort to physical behaviours rather than words to express themselves.				V82 <input type="checkbox"/> 101
36. AD's clinical course is characterised by three phases (mild, moderate and severe stages).				V83 <input type="checkbox"/> 102
37. If unable to attract the person with AD's attention, leave and try again in 1-2 minutes.				V84 <input type="checkbox"/> 103
38. Persons with AD have problems with naming (naming objects in front of them as well as finding the right words when speaking).				V85 <input type="checkbox"/> 104
39. Since the initial stages of AD, a person seems to communicate with difficulty (they cannot form long sentences and their speech is disfluent).				V86 <input type="checkbox"/> 105
40. Persons with AD often substitute words, for instance, they call a "chair" a "table".				V87 <input type="checkbox"/> 106

	TRUE	I DON'T KNOW	FALSE	Office use only
41. In the final stages of AD, the person may be mute or echolalic (repeat whatever you say), or just use jargon.				V88 <input type="checkbox"/> 107
42. When talking to a person with AD, it is important to make sure that the TV is off and the room is quiet with minimal distractions.				V89 <input type="checkbox"/> 108
43. It is better to sit next to a person with AD when speaking to him than to face the person.				V90 <input type="checkbox"/> 109
44. Speaking at a normal rate and expecting an immediate response from a person with AD, can improve understanding.				V91 <input type="checkbox"/> 110
45. Communication problems cause persons with AD to withdraw themselves for fear of embarrassment, or for others to have difficulty interacting with them.				V92 <input type="checkbox"/> 111
46. Depression never co-exists with AD, as AD always exists in isolation.				V93 <input type="checkbox"/> 112

<p>Section D:</p> <p>Please give your opinion regarding the following questions</p>	<p>Office use only</p>								
<p>1. Should I receive training in order to improve the interaction between a person with AD and me, my choice of training would be as follows.</p> <p>Arrange the given options from 1 - 4 in order of preference; with</p> <p style="padding-left: 40px;"> 1=my <i>first</i> choice 2=my <i>second</i> choice 3=my <i>third</i> choice 4=my <i>last</i> choice </p> <table border="1" data-bbox="289 550 1097 728"> <tbody> <tr> <td>e) Personal in-service training by a qualified speech therapist, e.g. a workshop</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) A complete educational course over a period of days</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) A special educational diploma / certificate</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h) Informal in-service training through an informational pamphlet</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	e) Personal in-service training by a qualified speech therapist, e.g. a workshop		f) A complete educational course over a period of days		g) A special educational diploma / certificate		h) Informal in-service training through an informational pamphlet		<p>V94 <input type="text"/> <input type="text"/> 113</p> <p>V95 <input type="text"/> <input type="text"/> 114</p> <p>V96 <input type="text"/> <input type="text"/> 115</p> <p>V97 <input type="text"/> <input type="text"/> 116</p>
e) Personal in-service training by a qualified speech therapist, e.g. a workshop									
f) A complete educational course over a period of days									
g) A special educational diploma / certificate									
h) Informal in-service training through an informational pamphlet									
<p>2. Do you have any specific training needs in terms of dealing with a person with AD in the nursing home setting? In other words, what would you like to know more about?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V98 <input type="text"/> <input type="text"/> 117-118</p> <p>V99 <input type="text"/> <input type="text"/> 119-120</p>								
<p>3. Is there anything else that you would like to share concerning the person with AD?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V100 <input type="text"/> <input type="text"/> 121-122</p> <p>V101 <input type="text"/> <input type="text"/> 123-124</p>								

Thank you for your participation and co-operation!

BYLAE H:

Transkripsies van onderhoude (pre- en posttoets)

1 DEELNEMER 1:

1.1 Pretoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: I want to ask you, before we start, where did you study? I know you wrote it down in the form. Where did you study- did you do like a course? Tell me how it works.

D1: I stud . the first of July to the first of August. The results came in and I passed.

N: That's great! What did you do in the course?

D1: In the course we got training of the history of medicine, secondly in HIV positive- who do we feed; what type of patient gets what type of food; to know the body of the patient. The nursing care of the patient, how do we nurse the patient with diabetic or the patient with AIDS, who is HIV positive, how do you treat a person with internal bleeding....

N: So you did quite a lot of work during the year.

D1: Yes, lots of things.

N: And now? Can you start working in the nursing home or do you have to do practical?

D1: Ja. We usually do practical and then we go to different classes and there they tell us how to do practical. And then we go to different places- three places. ---- hospital and then we went to military hospital- things that are different from old age home and then when we complete, we come for the final exam for admission to the nurses council, and we show them how do we do all these things.

N: What did you enjoy the most? Did you enjoy the nursing homes or the hospitals? What do you prefer?

D1: For myself I prefer the old age home, because I'm old enough compared to the students. ---- ---- the sister and maybe the staff nurse and all the ---- ----. But I enjoy working with old people. Once you are old, you are aging. You are all by yourself- no other people are taking care of you. A lot of things change, change their lives. ---- ---- It's very difficult but I prefer the old age home the most, working with the old.

N: Okay, my study is about old people, but more about Alzheimer's disease. So, when you think of a person that has got Alzheimer's disease, what do you think of? What comes to mind?

D1: (silence)

N: When somebody asks you: 'Describe to me a person that has Alzheimer's disease?' –what would you say?

D1: I'll say, the Alzheimer's patient is the patient, they are confused. They don't know where they are, which day is it today, which night? Sometimes they don't know their families, because of the age. They cannot remember when because they just become fed up what are you doing to them. even some of with me I just because they want to be supported, caring, giving them love. Explaining even in the position

N: What do you think is wrong with the person that has Alzheimer's disease?

D1: I think the brain loses the thinking, the physical way of doing things

N: Okay, so you think it's because there are problems with the brain- that's why.

D1: Ja, ja.

N: And can you tell me more about your experience with persons with Alzheimer's? Do you know anybody (like family) that has got Alzheimer's? Like a grandmother or a grandfather?

D1: No, I don't have the family as such. I know a person ----- I think about 10 years and he start losing the ----- Can't move, can't stand, because it was caused by an accident. Sending a message to the patient so the patient can't do anything and I was ----- for three years with the patient- can't even go the toilet, can't feed himself, can't even wash and do anything, the saliva just come out and everything, you know? But I experience one thing, that was a time I even a short period, that counts telling him / her that I was not like this. And the brain start working again and start being a normal person. But sometimes they do think a little bit alright when they continue talking the brain start to relax and doing all this

N: So your husband has a brain injury. But you don't have any family or friends with Alzheimer's?

D1: No, no, only the brain injury.

N: So the first time you worked with somebody or you came into contact with somebody with Alzheimer's disease was when you began working in the nursing home

(inaudible)

N: We are going to do this workshop now next Friday, so if you've got any questions or anything you want to ask like how to deal with the person, what needs do you have to work with the person who's got Alzheimer's disease. I want you to ask me, so that we can address those questions at the workshop.

D1: Okay, I will.

N: Can you think of anything now, that you would like to know more about or things that I can perhaps help you with? Things we can talk about next Friday.

D1: We've only got few time to deal with this patient. It's only bathing, from there their going to

N: Okay, how does your day with a person with Alzheimer's work? Do you wake them up in the morning (like I saw) and then?

D1: Ja, we wake

(inaudible)

1.2.1 Posttoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: Okay, tell me more about the workshop.

D1: The workshop...

N: That we did last Friday.

D1: -----

N: Ja, I want to ask you, what have you learned?

D1: Now, in the workshop we did last Friday we learned about the patient with Alzheimer. How to ----- how you observe the person with Alzheimer disease; how do you notice the signs and symptoms and also how to treat and how to behave; you felt towards the patient; ----- handling the patient- when the patient is upset or aggressive or even how to the person and also then how to be patient. You know, I've learned a lot about the Alzheimer's patient

N: Can you give some examples of how to handle a person with Alzheimer's disease?

D1: Yes, now examples of how to handle the per,- patient with Alzheimer's disease: we have to touch the

patient as the patient needs to know I'm here or we have to touch the patient to explain the procedure, getting or telling the patient what we are going to do and maybe to discuss and communicate with the patient during the procedure, what we are doing.

N: Okay, is there anything else that you want to say?

D1: Now if you, you have to talk to the patient, you are not supposed to talk long sentences, it has to be short. You use short sentences and your voice must be loud and you must repeat what you have said. Don't change the words for the patient, we must look at the patient in the eye, saying, say exactly the exact words you've said before to the patient. And the patient, you must look at the patient eye-to-eye.

N: Okay, and what have changed for you since the workshop?

D1: I've changed. Personally I've changed a lot because I learned to be more patient than before and then I, my attitude towards other patients.... The Alzheimer patient learned me to take time for the patient you must talk to the patient and give the patient time to respond. ----- for the patient to respond at the very same time. You have to give chance, you have to what ever the emotion that the patient has, have to give you skills as you changed and show the patient ----- and patience and always be kind. Don't say words or ----- only the answers only, say your name. You must be patient, what's your name and just tell the patient... and you don't ever use no as an answer. You just have to agree with the patient, always. --
--- -----.

N: Okay, and before the workshop? How did you react towards the patient before the workshop?

D1: Before the workshop I was... I was impatient, and I was being rough sometimes- rubbing the patient in a way that I think really dealing with them ruff. The patient would understand because I was not.. when the patient disagree to give the hand, I would force him to give the hand. I did not have the knowledge that you must support the movement of the patient. If the patient goes to the right, we must go with to the patient. And we must talk to the patient. We thought they don't live, they don't hear, they don't respond I must not talk... before I did not talk to the patient, I was doing what I was supposed to do. But I was ignoring the patient. But since the problem came into my knowledge I have to understand that this patient does not ----- with other patients that are normal, that did not have that Alzheimer's disease, so I was acting unprofessional to the patient, because I ddid not know. I thought it's a patient that does not hear, I must not done everything that I think is right but I wasn't supporting the emotions of the patients before. So since, I have this time after I, because I realize many things that I must do like ----- the patient because ---- the normal patient with other diseases, rather than the Alzheimer's disease.

N: Okay. Another question that I want to ask you: How do you feel about interacting with a person with Alzheimer's disease now?

D1: Now.

N: Yes, now after the workshop.

D1: After the workshop I felt very, I've been communicating, I can be more patient. Because I've got all the knowledge and now I felt very upset, because what I was doing was wrong, but I didn't know before. But now I'm enjoying this really now. Just to go according to the rules and the ----- that we were taught last week in the program: how must we handle the patient, how must we discuss with the patient, how must we carry on when doing the procedure with the patient. But now I feel very proud and I know, I feel very guilty before when I realize all the rules. But now with, with talking to the patient I feel very proud to know at least I know some different type of patient- how must I handle this one, how must I handle the other one. Same disease they have. So I'm very proud of having this skills now.

N: Okay, so you feel that you've learned a lot of new skills. The new skills that you've learned, are they the same that you explained to me earlier on- the communication things that you have to do? (silence). Is that the skills you were referring to?

D1: The skills I am referring to is we have the skills that we must communicate to ----- with not with the Alzheimer's patient. We are doing this with the other patient that we see, we can understand they are not disorientated. But with the Alzheimer I didn't know so, I've got more skills so the medicine skills that I must apply to other patients I must also apply to this Alzheimer's patient. And then the skills that I must know how to handle the patient if the patient is aggressive, I must hold my feelings to her, to calm her down, and the more I explain to the patient the more the patient becomes cool and cooperating. So that I

wasn't know. I thought when I work with this patient, because it's not cooperating, what I do roughly is giving her clothes and taking her to the dining room to drink some tea without involving the patient to the procedure. But since then, I realize what is this patient.

N: Okay. The last question is: What do you NOT feel confident about?

D1: About the Alzheimer's?

N: About the Alzheimer's patient or the handling of this patient.

D1: (silence).

N: Okay, we did all these suggestions that you can use with the communication, like not to use long sentences, but is there anything that we've done on Friday, anyone of those tips that I've given you, that you don't feel confident about using? That you're not sure about- how to use it.

D1: No, in the past, ----- tips that we did last week I didn't have anything that I did not I understand. I'm very proud of the way everything ----- that I've got more- how must we talk, how must we give food, how must we... Things we can do- when the patient talks like this, you must not repeat what she's said, we must just speak a short and sense sentences so that somebody can hear. So everything in the past --- I'm very proud of the ----- knowledge and how it helps me.

N: Okay, so you feel confident about using all those tips.

D1: I don't feel, I don't feel upset or...

N: Or maybe that you're not sure...

D1: ... I'm not sure of anything. Everything that I was learned I've immediately practiced then afterwards to continue because we were working with the patients ----- some of the practicals ----- enjoy. ----- --- Thank you very much.

N: Okay, is there anything else that you want to say- maybe something you are wondering about? That you still want to know?

D1: So everything that thought I have done, what I have learned, what I have experienced practically, what I'm left with is to try and how to feed the patient, because this patient sometimes don't feed themselves. We have to feed them and then I'm not sure how feeding the patient with Alzheimer, because we've got special sisters, like Sophie's feeding and many times we must try and give, so. They didn't teach us how to feed properly the Alzheimer's patient. But the bathing, the communication, the sentence and discussing the patient, I'm very sure about that.

N: Okay, so the one aspect that you don't feel confident about is the feeding.

D1: The feeding, because I, sometimes when I feed I don't know how, if they swallow. They don't have some teeth sometimes. Finish swallowing or must I give another, because some of them are bending their head down, you know, keep their food inside. I'm giving it but I coughing or shaking and I'm frightened to feed the patient. If swallow nicely, chew, even if. But the feeding, it, it gives me frightening.

N: Okay, because in the workshop we only did what the problems are what they experience. But we didn't do how to manage it, how to feed. I'll go and get some things for you, some information on how to do it and then on Friday, when I see you again, I will give you some reading work.

D1: Ja, just the ----. I'll be very grateful. Training, I've got that part of feeding the patient. Because all this, coming back sleeping. But then coming to me, serving a meal, feeding, it gives me... That's where I . the right way, what can I do. Because sometimes, Mrs. S bends her head; I have to keep the head up and she bend again. I don't know whether or how can we do that. So that is the one thing.

N: So, it's only the feeding?

D1: The feeding part that I...

N: Okay, on Friday I'll give you something on that.

D1: Thank you, I am very grateful, because work for , maybe my, so if I then know the maybe I can help others to – how to do the feeding and how many seconds or maybe minutes must the patient chew or swallow. The mouth doesn't have anything there in but I didn't give, I am frightful, but there's nothing I can do. I don't have the knowledge of the patient that ...

N: Okay, I understand.

D1: Thank you.

2 DEELNEMER 2:

2.1 Pretoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: Where did you study, or how does your course work? (silence) Did you study the same like D1 did?

D2: Ah, I start with Pre-Nursery (N: Okay.) It was May 2001 and I start another course on August. And I start with Auxiliary 1 October, ----- last year October.

N: Are you finished?

D2: Hmm.

N: So, you are working now permanently here at Silversig, or what?

D2: (nods head)

N: Do you enjoy your studies?

D2: Baie, baie. Dit was baie lekker. Dit was, dit was mooi.

N: Het jy dit geniet?

D2: (nods head).

N: Dis goed. Wat het julle alles gedoen?

D2: They teach how, us how to handle, handle the patient; the nursing care. Uhm, I have learned, what I have learned if I have someone with some injuries, like at home, I can do first aid. I can do many things alone.

N: So you did first aid and did you do any specific illnesses or something like that?

D2: (nods head)

N: What did you do?

D2: Patient with AIDS, uhm. And then that one woman comes (N: Yes.) we use to work with that patient ----- It will be easy for me to work with all. Ek dink met amper alles.

N: All the different things that you get.

D2: (nods head)

N: Did you enjoy working at the hospital?

D2: Ooh, too much.

N: Too much work?

D2: It was nice, but it's hard, because you get some young people lying there, struggling, not nice. It's hard.

N: Ja, it must be upsetting.

D2: But we learn lot of things, lots of disease.

N: Lots of different things. So, do you like working in the nursing home now?

D2: Ah, we are working just for experience. But if I get, but now I want to study better. I want to do the staffing nurse.

N: The staff nurse?

D2: Hmmm.

N: So, do you do it then at the same place (the course) or how do you do it? Do you do it here at Silversig?

D2: No, I'm not going to do it here, because there's no staff nurse course here. I'm going to learn outside. But working here.

N: So, you're going to do it part-time?

D2: Ja, part-time studying.

N: Okay, uhm, the questionnaire you completed was on Alzheimer's disease. And it was what I said to you earlier on before we started, you know the different patients who have Alzheimer's in the nursing home? (D2: Hmmm.) So, when I say the words "Alzheimer's disease" to you, what do you think of? If I have to ask you, say for example if you have to explain to your mother what a person with Alzheimer's disease is like, what would you say to her?

D2: The person with Alzheimer is the, the patient who is confused. She can't remember the day. Let me say, she's disorientated. (N: Yes, okay.) When she speak, she just speak anything. I, I think she think what she said is right. When you talks, she talks after. She says what you have said. And she just, you...

N: So, basically she doesn't say anything that makes sense. Is that what you were trying to say?

D2: Hmmm.

N: Okay. What do you think causes this? What do you think is wrong with the patient?

D2: I think of depression...

N: Depression, ja...

D2: And uhm, stress. The other, another reason, if their children leave the parents, their mother or the mother struggle to bring them up and then when they see, I'm working, I have everything, they just leave their troubles alone. They don't look after their parents for their parents get depressed and at the end of the day the brain damage.

N: Brain damage?

D2: You get confused.

N: Do you think it's because they are lonely and things like that?

D2: Hmmm.

N: Okay. Tell me more about your experience with people with Alzheimer's disease. Do you know anybody like family- like your grandmother or an aunt or uncle that has dementia or Alzheimer's disease?

D2: Oh yes, my grandmother. At the first time, first before I came here, I would start get cross with her because I didn't know anything about it. (N: Okay.) But now, if she just do everything, like the mad person, I just... I can cope with her now. I try to talk, if she's angry, I, I'll try to calm her down. She need

moral support.

N: Okay, ja. So, you've got a grandmother with Alzheimer's and then, was that the first time when you saw Alzheimer's?

D2: It was for the first time.

N: The first time. And then, when you came here to Silversig, then you saw the other patients with Alzheimer's?

D2: And they teach me how to handle that patient. If I'm at home I can handle her. I know how to cope with them.

N: How much do you work with the person with Alzheimer's disease in the day? In what situations do you work with the person?

D2: Where I'm working, where on 1B, there are 5.

N: Five, okay, and what do you do with them? (silence) Do you have to bath them...

D2: Have to bath them, everything. The other, they can't eat themselves, I help them to eat.

N: So, with the feeding and the bathing and they get three meals a day, hey?

D2: Hmmm.

N: So, you're quite busy with them.

D2: But you must always be, uhm, what can I say? I would like to be careful because you can... See, one of them, she hit me when I was trying to bath her.

N: So, they get angry (D1: Hmmm.) They get very, not violent...

D2: If you are not careful, she will hit you. Because I was, I told her to take off her blouse. When I close the door, and I turn, she kicked.

N: Ouch!

D2: (laughs)

N: What do you do then?

D2: Hmmm?

N: What do you do then when that happens?

D2: When it happen, I just speak harder, then she get frightened, she just leave me. But after that, I'm going to talk nice with them again. She will be all right, she will see what she has done is not right.

N: Is not right?

D2: Hmmm.

N: In your course that you did, did you do anything in theory, did you learn anything about dementia or Alzheimer's disease. (silence) Did you do like any bookwork or things like that? Write tests on it?

D2: You know, they just teach us how to help, to cope with that patient.

N: Okay, so you did more practical work.

D2: Ja.

N: Okay, when you see a person with Alzheimer's or when you work with them, how do you feel? How does it make you feel?

D2: Now, uhm... Sometimes when we go there, and she doesn't co-, co-..., she doesn't want to understand. You feel like ----- (laughs).

N: You get frustrated?

D2: Hmm. But sometimes when we speak to her, she co-..., she do what ever you say she must do. Eish, but they are not so bad.

N: So, if they don't want to give their cooperation...

D2: Hmm. You must....

N: What do you do then, how does it make you feel?

D2: When you approach them, don't be angry because... Just softly, and they will show you what they are trying to say. When you go there: "Hey, do that, do that", you begin to fight and then they do alles.

N: I guess you must have lots of patience.

D2: Hmm.

N: Okay. Is there anything you would like to know more about Alzheimer's? Is there anything that you are wondering about?

D2: Hmm. I want to know, uhm, even if the disease can affect the heart, because sister already told me there is no cure for Alzheimer's.

N: Ja, ja.

D2: She will be like that until the end?

N: Till the end, ja. The person will probably just get worse, because the disease, Alzheimer's is a disease that there is no medication that will make it better. (D2: Yes.) So, she will either stay the same or she will get worse.

D2: There is nothing they can do for you? To calm the patient down?

N: Uhm, you can do... Next Friday when we are going to do the workshop, I'm going to tell you some things you can do and we're going to talk about a couple of things that you can do, maybe that can calm the patient and that can improve their quality of life.

D2: I, I feel if you, if you give attention, the disease will not be worse?

N: The disease won't go away, but you can help a person. Yes, you can just help the person, uhm, so that they react better. Okay? And it will help you to understand what they are going through. And then in the end they won't have all these symptoms or rather, they won't be so frustrated or so angry, you know, which will be able to cope with it. Okay? So they won't ever get better, like they were before. Because the disease, you know, they deteriorate.

D2: I know, uhm, I want to know what happen to the brain?

N: We're going to talk about that on Friday, then I'll tell you everything, show you pictures of the brain and things like that. Okay?

D2: Yes.

N: So, you basically would like to know what happened to the brain, what went wrong (D2: Hmm.) and then how to speak to the people, to...

D2: Hmm. Because they make: "la, la, la, la, la." You can't understand what she wa-, what she wants to say.

N: Ja, it's difficult to understand.

D2: It's affecting their speaking?

N: Ja, yes. Okay, I'll tell you then more about what their speaking and their language... What goes wrong there. You want to know then as well if the disease affects other parts of the body as well? Okay, I will talk about that as well then. Is there anything else that you want to say?

D2: Hmmm?

N: Can you think of anything?

D2: Sister, this disease is just for the old people or even us, we can get that disease? When the ----- goes on.

N: No, not likely. Only maybe when you get older.

D2: (laughs)

N: Ja, but not everybody gets it. Okay?

D2: Okay.

N: I'm going to tell you everything on Friday- we'll talk about this and we'll discuss it.

2.2 Posttoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: I'm going to ask you a couple of questions again. There's no right or wrong answers- the same as last time. You must just answer what you think. Okay? I want you to tell me more about the workshop.

D2: I enjoyed the workshop, I enjoyed it a lot, because I didn't know some of the, how to handle the patient with Alzheimer. But now I know some things. And I, I can now cope with them.

N: Can you tell me more of what you know now?

D2: Firstly I know, uhm, the difference between Alzheimer and Parkinson disease. And then uhm, how to include both of them.

N: Okay, and how would you handle a person with Alzheimer's disease now?

D2: If he, she speaks to you, you mustn't, uhm, ignore her. Because sometimes you want to do something and she wants something and you ignore her. It hurt you.

N: Okay. Can you give me some more examples of what you've learned perhaps?

D2: Uhm, like when... the language they use (silence) But I, I learn more...

N: Okay.

D2: Ja.

N: What has changed for you since the workshop regarding persons with Alzheimer's disease?

D2: Since then, when I speak to her she got angry. I just leave her for 5minutes, 2minutes when I go back she's okay.

N: Okay. Can you tell me a little bit more about that?

D2: Like mevrou S... When she wants water, she just shows she wants water. So when you give her water she said: "Ja, ja, ja." You must wait for them.

N: Okay. Uhm, the other question is: How do you feel about interacting with a person with Alzheimer's disease?

D2: (silence)

N: How do you feel about being with them and working with them? Things like that.

D2: Uhm, (silence). You know what? Sometimes when they are around you working with them, they make funny things, you can laugh. But they are not so bad.

N: Okay. Is this now after the workshop?

D2: Ja.

N: And before the workshop? How did it feel, how was it to interact with a person with Alzheimer's disease?

D2: When she get angry, I get angry.

N: You got angry?

D2: Because I, I think, she don't want to listen to me. I didn't know it's because of the disease. That's it.

N: And now after the workshop?

D2: I can cope with her.

N: Tell me a little bit more about that. How do you cope?

D2: *** (inaudible) that she can walk. Sometimes she hit us, but now I can talk to her nice, accompany her to her room. She will come. But before, when she get angry and she shout, I shout... Hmm.

N: And now that has changed?

D2: Ja.

N: Okay. And when you say that you can talk to her- how do you talk to her?

D2: Like, if she wants something, I will like: "You need to go to toilet?" I, I will take a pad and give her. If it's right, she's going to say: "Ja, ja, ja." And I will put the pad but if not, she's going to be rude

N: Okay.

D2: And then if she was thirsty, when I give her water, she's going to drink. But if she's not thirsty, she will not drink the water.

N: So, if that's not what she wants, she won't take it and then you know that it's something else that she wanted.

D2: Ja.

N: Okay, and how do you know then what she wants? Do you give her different things...

D2: You know, mevrou S, she says: "Ja, ja, ja, ja, ja" or she point to her drinking cup. I then think she want tea or water and when I give her one of them, she will drink. And then when she's enough she will say: "No, no, nee, nee, nee, nee", I know she's had enough.

N: She will tell you when she has had enough.

D2: Hmm.

N: What do you not feel confident about? With the handling with persons with Alzheimer's disease?

D2: Uhm, when they 'vloek'?

N: When they 'vloek'? And what do you do then?

D2: Uhm, I get cross. Like maybe mevrou S, she wants to kill us, we are bitches (laughs). Uhm, when you are not looking, she will hit you with everything.

N: Okay, so what will you do then?

D2: But now, I will talk to her nice and take her to her room.

N: Is there anything else that you don't feel confident about?

D2: Uhm...

N: Something that you are not sure about?

D2: But know, I think, at the beginning I didn't know about many things. But after the workshop, I'm going to try hard to do what I've been told. That you told me.

N: What haven't you know then what you know now?

D2: First I didn't know that if you mustn't get cross with her, because she didn't know what

N: Some more examples perhaps? I'm pushing you now!

D2: (laughs) Like with mrs S, you want to do something to her or want to take her to sit down, she just stretch her legs and arms, then you can't do nothing with her.

N: What do you do then?

D2: (laughs) I shout at her but I now know that she don't hear anything.

N: She hears you, it's just that she might not understand sometimes.

D2: Oh, okay.

N: Is there anything else that you would like to say? Feeding of the persons with Alzheimer's disease?

D2: Now, I'm sure.

N: And all the different communication things we did, like to give the person time to respond?

D2: Ja. I think I'm okay. I must just do what the sister (the researcher) has told me to do.

3 DEELNEMER 3:

3.1 Pretoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: You're still studying, aren't you?

D3: Yes.

N: What are you studying? What's your course about? Can you tell me a little bit more about that?

D3: Yes. The course, I'm studying Auxiliary.

N: Auxiliary?

D3: Yeah, Auxiliary. I'm first year. And we did everything, like: how to nurse a patient- TB, HIV, nursing care of a patient. Everything. What else...

N: What other illnesses did you do? You said you did HIV...

D3: Yes.

N: And TB...

D3: TB, HIV, TB, diarrhoea, uhm, Parkin- Parkinson disease, uhm... Alzheimer's disease. But we just touch it here and there.

N: Okay, so you only did a little bit of it.

D3: Yes, yes, because here in old age home, most of our patient, uhm they have this disease.

N: Okay.

D3: So, they teach us how to nurse them because they are older, they don't know what's right what's wrong, and during the day- we must help them. Sometimes we feed them, wash them. We give them everything. Ja. And our tutor taught us, even when you nurse a patient, you have to put yourself on the patient's position so that you can help the patient.

N: So that it gives you more insight (P: Yes.) into how to help the patient?

D3: Yes, yes.

N: Okay. When I say the words "Alzheimer's disease"- what do you think of? If you have to describe to somebody what is person who has Alzheimer's disease, what are they like, what would you say to them?

D3: Like some of them, uh, they are, look like they are confused. They are confused- they don't understand today's date, or who are you. They even don't know their family or friends when they come to visit them. So, we always talking or sometimes lying down or scream, everything. So, uhm, they become confusing.

N: Okay, and uhm, you said just now that when you came to the nursing home, lots of people have Alzheimer's disease. But was there any other place else in your life that you met a person that's got Alzheimer's?

D3: At home.

N: At home?

D3: Ja, some of my friends and my family have this disease.

N: Okay.

D3: And they stay there at home.

N: Did you know before hand that they have Alzheimer's or did you only learn that after you did your course.

D3: Uh, I learned before. Because some of them ----- but I didn't know more.

N: So did you know how to handle them before you had the training?

D3: Yes, but a little bit.

N: Okay. And now in the nursing home, uhm, what do you basically do with the patient that's got Alzheimer's disease?

(silence)

N: You bath them...

D3: Yes.

N: What else?

D3: We must bath them, yeah, we have to feed them. And help them if they want to uhm, go outside.

We must help them ----- and we must stay with them, because we are not allowed to leave them alone because they can damage, can injure. Yeah.

N: So it's a full time work basically, hey?

D3: Yes, yes. Every time. Every time we must not leave them alone.

N: Do you like working with them? How do you feel when you have to work with a person who's got Alzheimer's?

D3: Like this, at the old age home- it's good, it's very ----- because they are old people, you know. Sometimes make jokes, uhm, tell you something that you don't understand, so you feel good (N: Okay.) And it's not like the, the hospital.

N: And sometimes when the people that have Alzheimer's don't understand or don't want to work with you (they don't want to cooperate) and they uhm, you know, they get angry with you- how do you feel then?

D3: You must be strong. You must be patient. (N: Ja.) You need to be patient. Take it easy, slowly, step-by-step, because if you get angry you can hurt the patient because she's confused. (N: Ja.) She can, she can do anything, so you help to understand the patient better, you do anything.

N: That's good insight. Okay, and I want to ask you another question: What would you like to know more about regarding person's with Alzheimer's disease? Is there anything that you're wondering about or things like that?

D3: Yeah.

N: What do you wonder about?

D3: My problem, my problem, I just want to know: Will this happen to the young children, the babies, like when they're small, the babies. If she could get AD?

N: No, babies can't get it.

D3: No? When?

N: Only when people get older.

D3: Only.

N: Ja, most of the time. You do get (but not like Alzheimer's disease), dementia. And Alzheimer's disease is a type of dementia. (P: Yes.) So, sometimes people who are younger do get dementia, but other types. Like from AIDS, you can get dementia as well and from different diseases, you can get dementia. But Alzheimer's disease you only get when you are old.

D3: Only when you are old.

N: Do you know persons who have Down syndrome?

D3: Down syndrome?

N: Do you know the syndrome?

(silence)

N: I think you've got a lady here, a patient here (P: Yeah) that's got Down syndrome as well.

D3: Yes, yes.

N: They tend to get Alzheimer's at a very early age.

D3: Okay.

N: But most of the time, in most cases you only get Alzheimer's when you're over 65. When you're older than 65.

D3: Okay. But there's no cure for them?

N: For what? For the...

D3: For the Alzheimer patient?

N: No, you can only... We're going to talk about this next Friday in the workshop (P: Okay.) You can't, there's no medication or operation they can give that will make it better or that will take it away. But you can do things, with the handling, you know, or the management of the patient that will make it better, but only the symptoms. Okay?

D3: Okay. Oraait.

N: So, Alzheimer's is an illness that only gets worse, it won't get better. But then, (that's what we're going to talk about) by the way that you handle the illness, you can make it better for the patient. You can teach the patient things to do, and how to cope (P: Okay, okay.) with it, so it makes it better then. Okay?

D3: Ja.

N: So, we'll talk more about who gets Alzheimer's disease- that's what you want to know.

D3: And what causes.

N: What causes the disease- we'll talk about that. And then we'll talk about how to handle a person that's got Alzheimer's disease so that it makes it better for you and better for the person with the disease.

D3: Okay.

N: Okay?

D3: Yeah.

N: Anything else you want to know more about?

D3: No.

N: Is that all?

D3: Yes.

N: Anything you want to say?

D3: No, it's okay.

N: Okay, then next Friday we'll have the workshop and then we'll talk about these things.

D3: Yes, okay.

3.2 Posttoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: Okay, D3, I'm going to ask you a couple of questions. It's just the same like last time, there's no right or wrong answers.

D3: Okay.

N: The first question I want to ask you is to tell me more about the workshop.

D3: The workshop was very good. It teach me a lot of how to take care of a person with Alzheimer's disease.

N: Okay?

D3: I learn, you know, everything was perfect. I learn about, of how to take care about Alzheimer patient, how can we help them. Uhm, and if you come across a person with AD, how can we help them- at home or somewhere else. It was very good, thank you. (N: I'm glad.) It gave me lot.

N: Uhm, what have changed for you since the workshop with regard to the person with Alzheimer's disease.

D3: It's changed me, because, I didn't have an experience that helped to take care of. Now after the workshop I know what I'm supposed to do -----.

N: So, before the workshop, how did you act towards a person with Alzheimer's disease?

D3: First, you uhm, I have experience, but not knowledge. To take care of the patient, we did learn it- not lot of this. We gained a lot in the workshop. Now I know the Alzheimer's disease starts at the age of 65 years and above. Before I thought the baby gets it and becomes big, now I know it's 65.

N: So, it's more like a knowledge thing. (D3: Yes.) And about the handling of a person with Alzheimer's disease? How did you handle the person before the workshop? (silence). Did that change, or...

D3: Not really. Some of the things are just the same.

N: Okay, can you give me some examples?

D3: Like how to bath a person with Alzheimer's disease- be patient, you have to prepare the room, you can't shout at them and be nice to them; accept them the way they are.

N: Okay, is there anything else?

D3: No, I just want to say thank you very much for helping us. Thank you. I wish, if I can have some more experience in future time, maybe attend a course to learn something more about the patient

N: What more would you like to know?

D3: If they are old, I don't know... sometimes you have -----and then they became confused, ----- I just want to know: like at home, not here at the hospital, how can you handle the Alzheimer's disease, because you are all alone and I want to know how can we clean them if it's your grandmother or your mother.

N: Okay, do you mean like when you have to bath the person?

D3: Hmmm, ja.

N: And you don't have like another nurse there to help (D3: Yes.) you there with it? Okay, when you've got that person and there's nobody else there to help you, you need assistance... is your grandmother aggressive?

D3: Ja.

N: Okay, then maybe you can use all those communication strategies we've talked about (not to use long sentences and to calm her down). When you're talking, maybe you can calm her down and get her cooperation so that you don't need somebody else to help. But if that doesn't help, it's probably better to get somebody else in. Maybe if it's just your mother or a friend or someone like that? Am I answering your question?

D3: Yes, I understand.

N: Okay, but all the things that we used here, all the communication things that we talked about (you know that list of things), you can use at home as well. And you can use that with your grandmother as well. And to try and talk to her- with your grandmother you've got some past experience, so you've got some things in common. So you can calm her down by making her think of, like say for example you've got photo's in your house, to talk about that and things that you share in common. Things that she knows

about as well in that way she might give her cooperation.

D3: Oraait, oraait.

N: Uhm, how do you feel about interacting with a person with Alzheimer's disease?

D3: What do you mean?

N: Interacting- how do you feel about talking and things like that, to be with the person with Alzheimer's disease.

D3: Okay, it feels good. Sometimes they talk jokes, or sometimes ----- they because you can't understand what they are trying to say. So if you, you are talking to them, it's just, it's like when you are talking to a child. ----- Sometimes you laugh, you tell them you ----- it's good- no problem.

N: Is this now after the workshop or has this been the same the whole time?

D3: It's the same the whole time. Like mevrou S., you can talk to her, and sometimes she can hear you and sometimes she's confuse

N: Okay, is there anything that you do not feel confident about? (silence). What do you not feel confident about with the handling of the person with Alzheimer's disease?

(silence).

N: Are you sure about everything that you have to do with a person with Alzheimer's disease? It's not as if you don't know how to do something perhaps or...

D3: No.

N: So you are coping with all the different things that you have to do with the person with Alzheimer's disease.

D3: Yes, no problem.

N: Okay, and the feeding perhaps? Do you do the feeding or not?

D3: Yes, I do the feeding of mevrou S. ----- You have to take your time only, go slowly.

N: And the communication things we did of how to speak to a person with Alzheimer's disease, like for example: not to use long sentences and speak to the person as an adult. Is there anything of those things that you don't feel confident about or that you don't understand perhaps?

D3: No. Everything's fine. Short sentences, speak slowly, give them time to reply.

N: Okay. Is there anything else that you'd like to say or what you are wondering about?

D3: No questions.

4 DEELNEMER 4:

4.1 Pretoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: I'm going to ask you a couple of questions. There are no right or wrong answers. The questions are about how you feel and to tell me more about yourself and your studies, your work and things like that. Will you tell me more... are you still a student?

D4: Yes, I'm a student.

N: What do you study?

D4: Auxiliary nursing, my first year.

N: Okay. When did you start with the course?

D4: I started July, this year.

N: July of this year?

D4: Yes. And then I finish July next year.

N: Okay. Do you enjoy it so far?

D4: Ja, I enjoy it.

N: How's the classes? What did you do in the classes up to now?

D4: We ----- and then at the end of the month we write a test. And sometimes you come here for the practical.

N: Okay. So what do you do in the classes. Do you do illnesses? What do they teach you?

D4: No, we just read and then it's like they explain everything what to do in your practical

N: Okay. So, they tell you how to...

D4: Handle a patient, if the patient has TB, if the patient has HIV, or the first aid if the patient is hurting or got burnt.

N: Okay, then how to handle a patient. Have you only worked in the nursing home so far? Or have you worked in a hospital as well?

D4: No, the home, I started here.

N: You started here now. Do you enjoy it in the nursing home?

D4: Ja, I enjoy it but at first it was difficult, because I never worked.

N: It must have been... to adapt to everything, it must have been all new to you.

D4: Yeah.

N: Okay, you know the patients that we talked about who have Alzheimer's disease? I know you haven't done it in your course or anything (D4: Yes.) But if, say for example, your mother comes to you and she says to you: What is a person who's got Alzheimer's disease like? What would you say to her?

D4: Hmm. I'll tell her that it's a patient that's confused. When you talk to her, she don't understand it and then you must not use long sentences (N: Okay.) Ja, and then you must, you must not avoid that person. You must include that patient when you are talking or where you are working. Yeah, difficult working with them.

N: Okay, so can you describe such a patient to me- what does she look like to you?

D4: Maybe it's a patient who's confused and usually she sleeps ----- . And she don't understand what you're meaning.

N: Ja, okay. And can you tell me more about your experience with Alzheimer's disease? Is it the first time that you've seen persons with Alzheimer's in the nursing home?

D4: It was the first time.

N: So, you don't know any family or friends or aunts or uncles that's got Alzheimer's disease? Like for example your grandmother?

D4: No, I don't know. It's the first time when I come here. Ja. It was difficult, but now I'm used to it.

N: Ja. How does it make you feel when you see a person with Alzheimer's, when you have to work with them? Do you like it or don't you like it, because I mean, sometimes, you know, you don't like working with certain things.

D4: Yeah. No, we like them. (N: Ja.) But it is difficult when you're alone, you have to ask somebody to come and help you. Like when you bath the patient, must come ----- , when you handle a patient, like when you wash she can kick you, or...

N: They get aggressive and things like that?

D4: Yes.

N: Do you sometimes feel, or how do you feel when they don't understand you and if they don't want to cooperate?

D4: You must try to talk. If you, she will never understand you, but she will see what you're doing.

N: Okay. So, do you ever get frustrated or things like that? Do you ever feel angry?

D4: Ja, at the first time I was angry. Ja, I nearly end my course, but like I get used to it.

N: So you get used to it and then it becomes better

D4: Yes. Now it is better.

N: Do you think it is because you understand the person better?

D4: Ja, I understand the person better.

N: Okay, that's good. Uhm, and then is there anything that you would like to know more about persons with Alzheimer's disease?

D4: Ja.

N: What would you like to know more about. Is there anything you're wondering about?

D4: It's like I want to know if there many patients having that disease? How I should handle those patient if they are sick, the medication I must give them. (N: Okay.) -----

N: Anything else you want to know?

D4: No.

N: So, you want to know how many patients have the disease and then how to handle the patient. Is it how to talk to them and when they get aggressive...

D4: Talk, ja. If you feed them, how much you ate, you know? Like somebody just feed just little.

N: What must you do then?

D4: Ja.

N: And the other thing you said was...

D4: How to feed the patient.

N: Okay, then next Friday, when we do the workshop, we will talk about things like that. Okay? How to handle the patient, to make it for you better, to make your life easier and to make their lives easier as well. Okay. Is that all?

D4: Yes.

N: Do you want to say anything else?

D4: Yes, I want to know more about this disease. And if like they are going to be in hospital (N: Yes.) If they have more patient- how must I help the patient.

N: With Alzheimer's?

D4: Yes.

N: Okay, we'll talk about all of those things then. It will be quite a long workshop and we'll cover all those areas, okay?

D4: Okay, thanks.

4.2 Posttoets: Semi-gestruktureerde onderhoud

N: I want you to tell me more about the workshop.

D4: (silence). I learn a lot now about the workshop, about the, this disease. To help the patient with this disease. Hmm. And that, the questions helped me a lot. (silence).

N: The questions of the questionnaire?

D4: Ja, the questionnaire.

N: How did it help you?

D4: It's like when you're working with a patient with AD, when you wash them or when you must talk to them. It's like you must not, you're not supposed to shout; to use like short sentences. (silence).

N: Can you give me some more examples?

D4: It's like, when you talk, you must face the pat-, the person, and then it's like you can say: "We're going to eat now" and "We're going to eat something". And exact words, always exact words.

N: Okay, so have you learned more after the workshop than you knew before?

D4: After the workshop.

N: Okay. And what has changed for you since the workshop?

D4: Change?

N: What has changed? Regarding the persons with Alzheimer's disease?

D4: Uhm, everything has changed. (silence).

N: Can you say a little bit more about that? Explain that?

D4: (silence). It has changed, because at first time I was, I didn't know about that person. It's like when you bath them, they want to kick you. I then learn that we must help each other, because ----- . Maybe when you want to wash, she must help a lot.

N: Okay, so before you didn't know how to handle the patient (D4: Ja.) and now after the workshop it's better. How do you feel about interacting with a person with Alzheimer's disease now?

D4: I feel like, I did, I did ----- because I, you must not avoid that person. I have learned ----- .

N: Okay, can you give me an example there?

D4: Like when the person want to talk, you must listen to that person. Because some word, you can understand some word. (silence)

N: Ja. And what do you not feel confident or assured about?

(silence)

N: Is there anything that you don't feel confident about? With handle- managing the person with Alzheimer's disease?

D4: Those people are like us. Yeah, because they didn't make them, they didn't like to get, to get that disease.

N: Okay, is there anything that you're wondering about, that you don't feel that you can really do when you are helping a person with Alzheimer's disease?

(silence).

N: Do you think you're coping with it fine, that there's nothing else that you need to know.... Things like that?

D4: Hmm, I'm coping fine, but sometimes like now, here at the old age, we have old people, we can handle that. But when they are younger, you cannot always -----, because those ----- have power.

N: If you say that they still got the power, do you mean the young people?

D4: Ja, now maybe if you want to help them, they will fight with you. ----- -----.

N: Do you mean you don't have the strength to...

D4: I mean I can work with the old people, not the young.

N: Okay, do you like working with the old people? Do you prefer that?

D4: Ja.

N: Okay

**BYLAE I:
Kommunikasiegerigte opleidingswerkswinkel**

The influence of a communication-orientated, educational workshop on the interaction between nursing home staff and persons with Alzheimer's disease (AD) in a nursing home setting



presented by

Nicolene Schoeman

as part of a master's degree study in the Department of Communication Pathology
University of Pretoria

- 10 October 2003 -

TABLE OF CONTENTS

	<i>Page</i>
1. RATIONALE FOR A COMMUNICATION-ORIENTATED, EDUCATION WORKSHOP	1
2. NORMAL AGING	1
3. A DESCRIPTION OF ALZHEIMER'S DISEASE	3
4. GENERAL INFORMATION REGARDING ALZHEIMER'S DISEASE	4
5. DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE	7
6. MANAGEMENT OF A PERSON WITH ALZHEIMER'S DISEASE	9
7. MEDICATION FOR THE PERSON WITH ALZHEIMER'S DISEASE	10
8. COMMUNICATION PROBLEMS IN AD AND HOW TO MANAGE THEM	11
9. SWALLOWING PROBLEMS IN AD	16
10. PROBLEMS WITH ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) AND THE MANAGEMENT THEREOF	18
11. SUGGESTIONS TO IMPROVE INTERACTION WITH A PERSON WITH AD AND HEARING IMPAIRMENT	22
12. REFERENCES	23
13. APPENDIX A: NURSES' OBSERVATION SCALE FOR GERIATRIC PATIENTS	24
14. APPENDIX B: GLOSSARY OF TERMS	25
15. APPENDIX C: QUESTIONNAIRE	27

1 RATIONALE FOR A COMMUNICATION ORIENTATED, EDUCATIONAL WORKSHOP- WHY ARE WE HERE TODAY?

More than 50% of nursing home residents experience problems with communication (Bryan and Drew, 1989; Brodie, 1986, cited in Bryan and Maxim, 1998). Dementia (and Alzheimer's disease) account for the largest portion of these problems (Morrison, 1995; Peete, 2002). The impact of the communication problems on the person with Alzheimer's disease's quality of life, emphasizes the importance of intervention strategies for effective communication. Nursing home staff are at the forefront of coping with swallowing and communication disorders and spend the most time with persons with Alzheimer's disease (Shaw and May, 1995). Thus: the nursing home staff should be able to communicate with residents leading to a better quality of life for those in their care. A key to working with individuals with Alzheimer's disease is to earn their trust by being dependable and by creating a calm, safe, comfortable and supportive environment (Bornman, 1999).

2 NORMAL AGING

It is important to know as much as possible about normal age-related changes in order to be able to distinguish them from changes caused by diseases such as Alzheimer's disease. Until very recently the classic symptoms of Alzheimer's disease (disorientation, memory loss and personality changes) were incorrectly assumed to be a normal part of aging. Bowlby (1993) addresses the following aspects of normal aging:

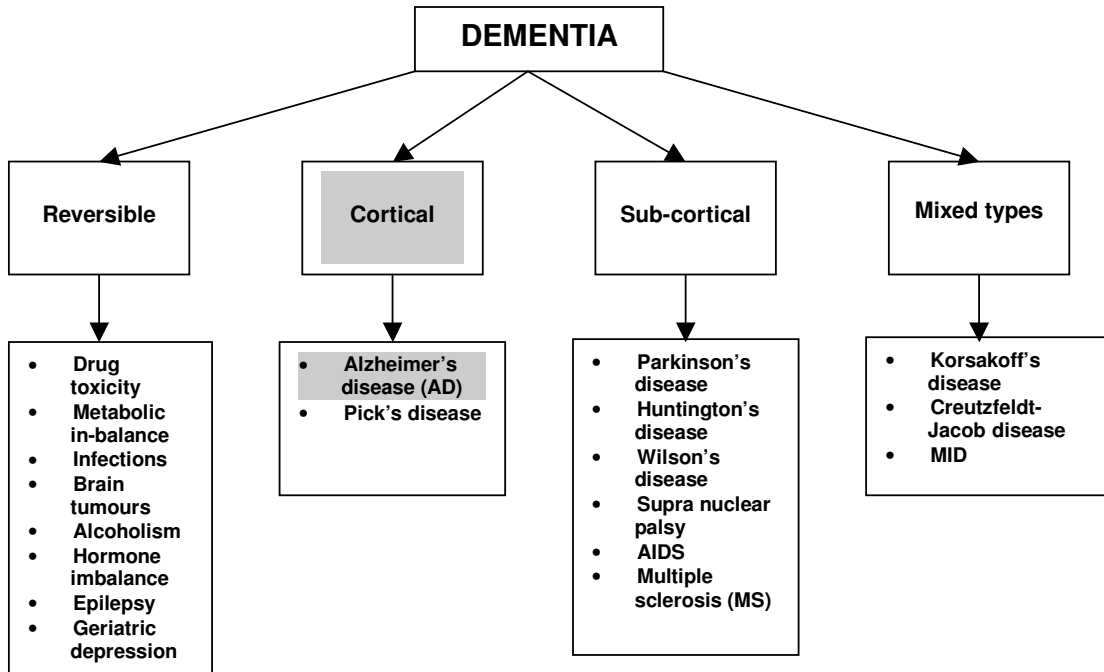
- ❖ **Intelligence:** There is no substantial loss, associated with age alone, in overall intellectual functioning that significantly interferes with daily function. Although there may be some decrease in problem solving and the speed of doing cognitive activities, given enough time, healthy older individuals perform cognitive activities just as younger ones will be able to. Healthy older adults do not have significant memory loss, i.e., a forgetfulness that significantly interferes with daily living.
- ❖ **Special senses:** Sensory losses are widespread among the old, with nearly 75% of those over 65 years suffering from significant impairment in one or more functions. Most of these changes have been gradual, beginning as early as age 35, and the older person has made a gradual accommodation.
- ❖ **Vision:** Changes in vision are numerous and begin early in life. Interference with activities such as driving and reading is 20x more likely for the older adult than for someone who is middle aged. When adjustments are not made, limitations in vision can lead to decreased motivation and attention, increased anxiety, and a lowered self-esteem.
- ❖ **Hearing:** Hearing loss is considered to have an even greater impact on the individual than vision loss, because it causes isolation from people and the environment. Hearing loss is widespread in persons over 65, with 40 - 70% having a hearing loss that interferes with conversation. More men than women have hearing loss, and 20% of all individuals over 65 years are profoundly deaf.

- ❖ **Sense of smell:** The sense of smell begins to show a marked decline at about age 60. These changes are important because of safety concerns (e.g. detecting smoke); taste, appetite and nutrition; unawareness of offensive personal and environmental odours (negative effect on social contacts).
- ❖ **Taste:** Decrease in taste is closely related to the sense on smell. Taste for salt and sweet deteriorate considerably more with age than those for bitter or sour. Smoking and medication may account for part of the losses in taste. There is also a decrease in the amount of saliva in the mouth.
- ❖ **Feeling sensations:** E.g.: pain, temperature, vibration, pressure, touch, stereognosis (the ability to distinguish objects by touch), proprioception (awareness of the location of body parts in space), and kinaesthesia (the awareness of body parts moving through space). The deterioration of these sensations is much less common and appears to be relatively spared during aging.
- ❖ **Bones, joints and skeletal muscle:** The decrease in physical activity and fitness plays an important role in aging. Body muscles do change with age. The general decrease in strength and changes in body muscle mass with aging are particularly noticeable because of the large number of muscles. More than 75% of persons over 65 experience joint changes associated with osteoarthritis. Exercise that particularly strengthens muscles around the joints plays an important role in preventing disability.
- ❖ **Skin:** Some general age-associated changes in the skin, includes:
 - decreased sweat and oil production, leading to dry skin and a reduced cooling effect
 - slower growth of the outer skin layer, thinner skin, and less elastic inner skin, leading to skin that is more susceptible to tearing and pressure sores
 - decreased fine blood circulation, decreased immune response and clearance of foreign materials by cells, which means an increased time for skin wound healing, less temperature control, and less absorption of external creams or salves.
- ❖ **Sleep:** There seems to be an increasing frequency of sleep disturbances in older people. The following sleep disturbances occur in some of the elderly:
 - sleep of older people is disrupted by periods of wakefulness more often
 - older people experience an increased level of disordered breathing (e.g. 60% of men over 60 years snore)
 - older people take longer to fall asleep
 - daytime naps disrupt circadian rhythms and less sleep at night may become a pattern.

3 A DESCRIPTION OF ALZHEIMER'S DISEASE

Alzheimer's disease is a primary degenerative dementia. This means that many of the nerve cells in the brain stop functioning correctly, degenerate, and die. When enough of these cells die, the brain cannot work properly and the person develops dementia (Kindig and Carnes, 1993). Dementia is a decline in memory, judgment, and higher intellectual functions from a person's previous level of functioning that may

be caused by a number of diseases.



See visual presentation of the brain in *Atlas of Human Anatomy* (Netter, 1996:101, 135)

Dementia can be seen as an umbrella term for a variety of conditions. Alzheimer's disease accounts for more than 50% of the dementias; thereafter 10 – 20% of the dementias are vascular; 5 – 10% is due to drug induced and lastly, dementias due to other medical conditions, e.g. HIV/AIDS, closed head injury, Huntington's disease and Parkinson's disease (Morrison, 1995).

• **Alzheimer's Disease**

Bolla & Filley (2000) defines Alzheimer's disease as a slowly, debilitating disease with an unknown cause. Persons presenting with this brain pathology experience problems in the following areas: long- and short term memory, cognition (intelligence, attention span, judgment, orientation, perception, problem-solving, learning abilities, social intactness and behavioural problems); together with one or more of the following neurologic functions (Griffith, 2002):

- Aphasia (language disturbance)
- Apraxia (impaired motor activity, despite intact motor function)
- Agnosia (inability to recognize familiar objects / persons, despite intact sensory function)
- Disturbance in executive functioning (problems with the planning, organizing, sequencing and parts of abstract information), (Hartley, 1995).

All of these symptoms influence work and social functioning and result in a decline of the person's level of functioning (Morrison, 1995).

4 GENERAL INFORMATION REGARDING ALZHEIMER'S DISEASE

4.1 Incidence / prevalence

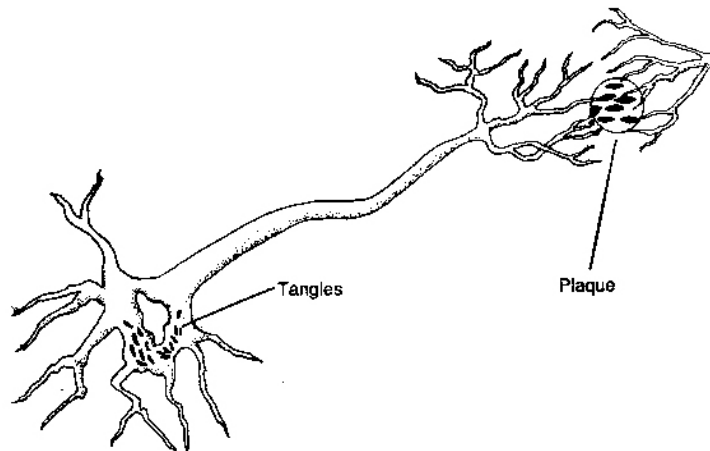
Dementia is a common syndrome. The disease incidence increases with age, with a prevalence of (Griffith, 2002):

- 3% in the age range of 65 – 74 yrs
- 18% in the age range of 75 – 84 yrs
- 50% in the age range of 85+ yrs.

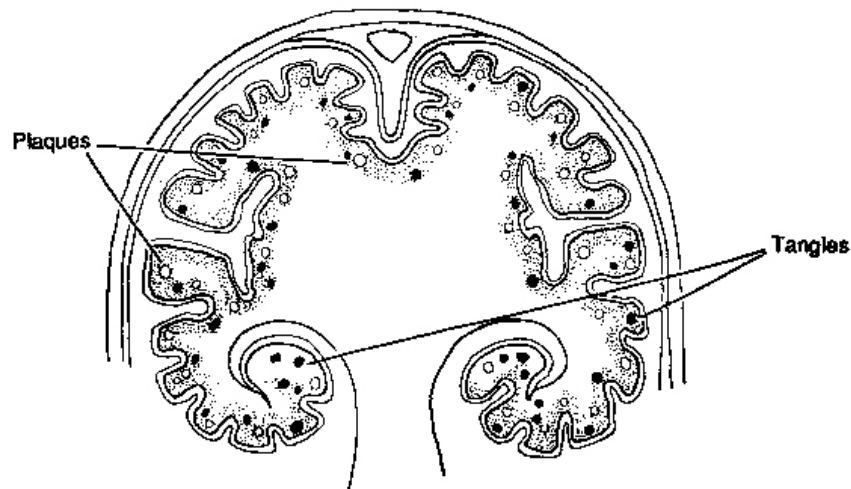
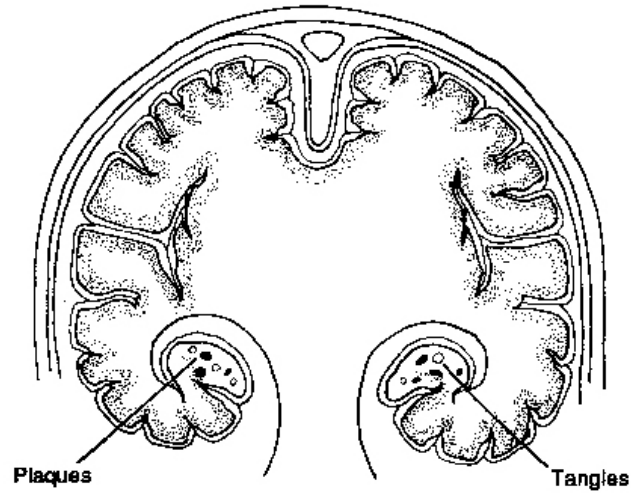
Life expectancy is anywhere from 3 to 20 years from the first symptoms until death. The average course is 7 or 8 years, characterized by a progressive decline (Bowlby, 1993). This means that the person with Alzheimer's disease functionally regresses (in their ability to perform daily tasks) and becomes less capable. As the brain shuts down various bodily systems, the body is no longer able to function, and eventually, the lungs and heart will collapse. Fortunately, in most cases that reach this stage of the disease, little or no pain is experienced. The person just appears to weaken with each day and dies fairly peacefully (Thompson, 2002).

4.2 Risk factors and possible causes of Alzheimer's disease

The cause remains unclear / unknown, but a decrease in brain chemicals may account for the cognitive and behavioural disturbances characteristic of the disease (Griffith, 2002). Brain atrophy (abnormal shrinkage of the brain); senile plaques (abnormal deposits of products from neuronal breakdown) and neurofibrillary tangles (accumulation, within the nerve cell, of nerve filaments that are abnormally coarse and thick) in the brain are hallmarks of the disease. Magnetic resonance imaging (MRI) gives a detailed picture of the brain and will help rule out other causes of dementia (e.g. brain tumours and subdural haematoma). (Pictures showing the brain pathology, Kindig and Carnes, 1993:52).



Brain cell degenerating from Alzheimer's disease



Comparison of a normal brain (top) and a brain affected by Alzheimer's disease (bottom)

- **What causes Alzheimer's disease (some of the main theories)**
 - the **genetic** theory: in a small percentage of cases of Alzheimer's disease, there is to believe a genetic link, thus, the disease might run in families
 - the **virus** theory: the brain becomes infected by a virus that slowly destroys brain cells
 - the **immune** theory: the brain immune system (that enables the body to fight off an infection and heal after injury) is activated to destroy the invading substances, and normal brain cells are destroyed in the process
 - the **aluminium** theory: brains of persons with Alzheimer's disease contain aluminium (toxic metal) that can cause damage to nerve cells.

4.3 Three phases and symptoms (physical, behavioural, communication) that presents in each phase

There exists great individual variability in onset, presentation, and severity of the symptoms from person to person. No assessment or symptom indicates progression from one stage to the next. The general symptoms of each stage are described below (Bowlby, 1993). Chapman and Marshall's (1993:25) visual presentation of the gradual deterioration in functioning of persons with Alzheimer's disease.



(Fried-Oken, Rau and Oken cited in Beukelman, Yorkston and Reichle, 2000); (Rau, 1993); (Kindig and Carnes, 1993); Chapman and Marshall (1993):

	Phase 1: Mild stage	Phase 2: Middle / moderate stage	Phase 3: Severe stage
General symptoms (e.g. physical, cognitive, behavioural)	<ul style="list-style-type: none"> • Distractibility • Difficulty with concentrating • Confusion • Increased frustration or anxiety • Depression • Loss of interest of outside activities • Disorientation in time and place • Changes in personality • Difficulty with instrumental activities of daily living (ADL) and performing familiar tasks 	<ul style="list-style-type: none"> • Loss of memory and thinking abilities more obvious (old memories relatively intact) • Become lost in unfamiliar places, unable to travel alone • Withdraw from previously enjoyed social activities • Problem behaviours more frequent (e.g. anxious, fearful, easily upset, uncharacteristically angry, restless) 	<ul style="list-style-type: none"> • Physical assistance with the basic ADL (e.g. bathing, dressing, eating, grooming) • Noticeable motor problems, need assistance with walking • Chewing and swallowing more difficult • Minimal emotional expression • Bladder and bowl incontinence • Retain only the remnants of knowledge about his past life

	<ul style="list-style-type: none"> • e.g. managing finances, housekeeping, managing medications • Withdrawal from social situations • Blaming others • - Poor judgment 	<ul style="list-style-type: none"> • Neglect of appearance and hygiene • Suspicion of others • Sleep disturbances • Weight loss • Depression or apathy 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations or delusions • Seizures • Extreme suspicion of others • Restlessness and agitation • Very limited attention span • Complications such as bed sores, dehydration, aspiration pneumonia, painful contractures
Communication symptoms	<ul style="list-style-type: none"> • Diminished reading comprehension abilities • Difficulty with writing letters • Uncharacteristic spelling errors in writing • Mild word retrieval problems, long and unusual pauses between words • Reduced output • Word finding difficulties (use “empty word such as ‘thing’ and ‘stuff’) • Discourse abilities affected • Wander off track in conversations • Problems with short term memory will result in repeating stories • Pragmatic impairments (poor topic maintenance, more frequent conversational turns, frequent requests for confirmation and clarification, more requests for repairs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Increasing difficulty finding words • Declining verbal understanding • More difficulty keeping conversations going • Withdrawal from speaking situations • More difficulty in finding specific words • Substitutes a closely related or associated word for the word he intends (e.g. sugar when he means salt) • Worsening comprehension of verbal messages • Losing the ability to participate in meaningful conversations • Poor writing skills • Poor comprehension of written material • Pragmatic problems (reduced ability to change the topic of conversation and still maintain discourse flow, breakdown in discourse cohesion and coherence, omission of information related to setting) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresses his thoughts and feelings in more and more basic terms • Sentences simplifies and less complete • Extremely limited in his ability to make even basic needs known • Verbal comprehension problems severe (memory for meaning of common word erodes) • Expressive vocabulary severely reduced, more imprecise • Babble, utter the same sound or word repetitively, echo another speaker • One word responses • Some basic pragmatics (social aspects of language) may be spared, e.g. “Thank you” or “Please”, respond to greetings
Specific needs	<ul style="list-style-type: none"> • Provide information about the illness (what to expect in order to minimize the impact that the unexpected changes would have) • Dealing with the issue of loss and grief (counselling and emotional support) 	<ul style="list-style-type: none"> • Placement of person (move vs institution) • Counselling with life decisions; guilt; grief. • Develop strategies to deal with large amounts of stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Assist the patients family to deal with their grief and loss • Reintegrate into society • Develop staff confidence and self esteem • Re-establish social networks

5 DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE

5.1 Pre-diagnosis (Chapman and Marshall, 1993:26)

Given the early symptoms of dementia are similar to the symptoms of stress and depression, it is important to evaluate the psychosocial situation of the person to eliminate these as the cause of the symptoms. One must be aware, however, that early symptoms of dementia can in itself lead to stress and depression. At this stage the individual and family often require basic information about the illness and the assessment and support services available and support them on an emotional level.

5.2 Benefits of early diagnosis (Griffith, 2002:14)

If the diagnosis is made before significant losing of intellectual function begins, the patient may help in making decisions regarding long-term care, power of attorney (person appointed to take care of the person with Alzheimer's disease personal business), disability coverage, and living will. The patient may find making decisions empowering, while allowing some stress relief for the family members. An early diagnosis also allows early therapy. When treatment is delayed, patients may not have the maximum benefits of treatment. Early support, care and treatment may allow patients and caregivers to receive optimal therapy benefits, especially when treatment begins before significant intellectual or functional deterioration.

Physical examination, neuropsychological assessment and laboratory tests will help rule out other underlying conditions that cause losing intellectual function.

In addition to specific case history questions, the nurse and the person with Alzheimer's disease's family can complete the **Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)** –see Appendix A. This tool assesses memory, activities of daily living (ADL), self-care, mood, social behaviour, and disturbing behaviour.

5.3 Professional persons (Griffith, 2002; Kindig and Carnes, 1993; Golper, 1992)

The complex nature of Alzheimer's disease requires the involvement of different specialists and health professionals. A multidisciplinary approach includes addressing medical, psychosocial, nutritional, safety and financial issues, physical and occupational therapies, living arrangements, social services and caregiver needs.

The different professionals and a description of profession:

- **Doctors**

It's important that a physician provides regular medical care. The physician needs to be someone who is experienced in caring for people with Alzheimer's disease, who is accessible, and who communicates well.

- Family practitioner: *doctors who consult with and treat people of all ages*
- Physicians: *doctors who specialize in the diagnosis and treatment of medical illnesses in adults*

- Geriatricians: *doctors who specialize in providing health care to older persons*
- Neurologists: *doctors who specialize in the diagnosis and treatment of diseases of the brain and nervous system*
- Psychiatrists: *doctors who diagnose and treat mental health problems, behavioural and brain disorders*

- **Nurse**

A nurse can help evaluate medical concerns, communicate questions to the doctor and provide practical suggestions about caring for someone with Alzheimer's disease.

- **Speech-language therapist (SLT)**

A SLT is trained to evaluate and treat communication and related disorders. Some SLTs have special training in evaluating and treating swallowing problems. These individuals work in hospitals, clinics, nursing homes, and in private practice as well as in schools and other settings.

- **Social worker**

Social workers are responsible for helping families evaluate what community services may be helpful, make referrals, provide emotional support as the disease progresses, and help families work together.

- **Occupational therapist (OT)**

An OT can help evaluate safety, needs for special equipment, and appropriate everyday activities for the person with AD.

- **Physiotherapist (PT)**

PTs are responsible for evaluating and helping with mobility problems, including the risks and prevention of falls

- **Dietician**

Dieticians have professional training in nutrition as it relates to health and disease. They manage and implement the food services and dietary therapies in health care facilities.

6 MANAGEMENT OF A PERSON WITH ALZHEIMER'S DISEASE

In the past, dementia was seen a hopeless medical condition. Today, the individuality of each person with dementia is respected and person-centered care is based on the premise that people with dementia maintain those characteristics that make them an individual despite the progression of the disease (Kuhn, Ortigara and Kasayka, 2000; Haak, 2003). A summary of the contrast between the "old" and "new" views of dementia care can be seen in table 1.

Table 1: The different views of dementia (AD) care

Issues	Past (“old” views)	Present (“new” views)
Dementia	Dementia is an inevitable part of aging that has no treatment and results in loss of all memory and personal identity	Dementia is caused by brain disease, which can be prevented and treated. How a person is affected is vitally dependent on the quality of care
Treatment	Medication is aimed at alleviating behavioural symptoms and improving memory	Means to prevent, delay, or slow decline through medical and psychosocial interventions must be developed
Dementia care	Symptoms need to be controlled. The work requires low ability, little inspiration, and few qualification; rewards are few	This is one of the richest areas of human work, requiring high levels of ability, creativity, and insight
Experts	Doctors possess the most reliable and relevant knowledge	Skilled and insightful practitioners possess the most reliable and relevant knowledge
“Us and them”	Those with dementia are significantly different than the rest of humanity because of their diminished cognitive status	Those with dementia are equal members of the human race. All persons are damaged in the same way
Assessment	It is important to have a clear and accurate understanding of a person’s impairments to chart decline over time	It is important to have a clear and accurate understanding of a person’s background, abilities, tastes, interests, values, and spirituality
Care priorities	Care is concerned with providing a safe environment, meeting basic needs, and giving physical care in a competent way	Care is concerned with the maintenance and enhancement of personhood. Physical care is only part of the care of the whole person.
Problem behaviours	These behaviours are triggered by brain pathology and must be managed quickly and efficiently	These behaviours should be viewed, primarily, as attempts at communication, related to an unmet need
Institutional care	People with dementia require medical attention in psychiatric units or nursing homes patterned after hospitals	Those with dementia require home-like settings, which emphasize a social model of care involving a variety of individual and group activities
Direct care staff	Staff are “servants of the organization” and it is not necessary to take their needs seriously	Personhood of staff must be respected if they are to respect the personhood of those in their care
Research	There is not much that can be done positively for a person with dementia until there are medical breakthroughs	There is a great deal that we can do now through human insight and skill

* **Source:** An adaptation of the table “Two cultures of dementia care” (Kitwood, 1997 cited in Kuhn et al., 2000).

7 MEDICATION FOR THE PERSON WITH ALZHEIMER’S DISEASE

A person with Alzheimer’s disease may take medication for three reasons:

- to help treat or prevent progression of dementia
- to treat a medical problem unrelated to the dementia
- to treat a problem that arises because of the dementia

The **side effects** of some medications (particularly psychotropic medications) can have a negative effect on some individuals with Alzheimer’s disease. A common side effect is worsening confusion. The caregiver (nurse) has an important role in alerting the doctor about behavioural changes after a change in medication.

Medication for...	Type	Possible side effects
Anxiety (minor tranquillisers, anxiolytics, or nerve pills)	Diazepam [Valium] Lorazepam [Ativan] Vuspirone [Buspar]	Confusion, drowsiness, worsening agitation, unsteadiness, and falling
Depression (antidepressants)	Nortriptyline [Pamelor] Doxepin [Sinequan] Desipramine [Norpramin] Trazedone [Desyrel] Fluoxetine [Prozac] Sertraline [Zoloft]	Drowsiness, agitation, anxiety
Sleep (hypnotics or sleepers)	Temzepam [Restoril] Triazolam [Halcyon] Chloral hydrate Diphenhydramine [Benadryl] Chlorpheniramine [Chlortrimeton] Trazodone [Desyrel] Doxepin [Sinquan]	Confusion, drowsiness, worsening agitation, unsteadiness, falling, dry mouth, constipation and difficulty urinating
Hallucinations or Suspiciousness (tranquillisers, antipsychotics or neuroleptics)	Haloperdol [Haldol] Thioridazine [Mellaril] Loxapine [Loxitane] Molindone [Moban]	Difficulty moving because of stiff muscles, abnormal movements of the mouth, lips and tongue, restless movements of the legs, confusion, unsteadiness, a fall in blood pressure when standing, dry mouth and difficulty urinating
Other medications sometimes used for aggressive behaviour (beta-blockers, anticonvulsants)	Propranolol [Inderal] Carbamazepine [Tegretol]	Low blood pressure, slow pulse and depression, dizziness, falling and confusion

8 COMMUNICATION PROBLEMS IN ALZHEIMER'S DISEASE AND HOW TO MANAGE THEM

8.1 Suggestions for enhancing verbal and nonverbal communication (Bowlby, 1993; Rau, 1993)

Indirect interventions improve the communicative function of individuals with Alzheimer's disease through training of caregivers, modifying the physical environment and developing therapeutic routines and activities (Hopper, 2001).



- **Speak to the person as an adult**

The person with Alzheimer's disease remains acutely aware that he / she is an adult. Show recognition of the individual by making eye contact, addressing by proper name, and commenting on personal attributes (e.g. eye colour or a pretty item of clothing). Speaking to the person other than with the dignity and respect they deserve causes them either to withdraw or to become understandably agitated. Never

use condescending terms or unfamiliar nicknames (e.g. “grannie”) or baby talk (e.g. “Are we ready to go wee-wee now”).

- **Address a person by proper title and use the first name only with permission**

Many older adults are not comfortable with being addressed by their first name, except by close friends. It is important to find out from family what the person wishes to be called. It is also essential to know the proper pronunciation of names. Otherwise, there may be an incorrect assumption that the person does not respond to his or her own name.

- **Reassure by confirming the emotional message of a communication, even if you cannot understand what the person is saying**

Even if the words are not making any sense to you, attend to the non-verbal parts (e.g. voice tone, facial expression, body posture, gestures). This, together with any understandable words, should give an indication of the feeling the person is trying to express, e.g. happiness, frustration, anger, fear. Check your interpretation out, e.g.: “Mrs Olivier, do you feel frustrated?” If you get agreement, acknowledge the feeling by caring touch and say something like: “I’m sorry you feel frustrated. Is it because you can’t explain what you need?” By just acknowledging that you are aware of the person’s feelings is calming and reassuring.



- **Never argue, disagree with, or embarrass a person who has expressed incorrect information or ideas**

(Especially if these ideas are expressions of paranoia). Direct attempts to correct the faulty information will be threatening and will probably cause agitation. Instead, try to identify with the feelings associated with these statements and make positive connections with the people or things mentioned. E.g.: a person may say that his or her daughter never comes to visit, when in fact she was just there yesterday. Don’t say: “That’s not true, she was just here yesterday.” Rather say: “Your daughter is a very wonderful person. You must miss her a lot and it must seem like a long time since you have seen her.” Gradually, begin to make positive associations with the person’s daughter and slowly work around to talking about yesterday’s visit.

- **Emphasize recognition, not recall**

Never begin a conversation with a person with Alzheimer’s disease by saying: “Do you know who I am?” It is natural for the person with Alzheimer’s disease to be unable to remember your name, as difficulty with names begins very early in the disease. These types of questions put the person on the spot, confront the disability, and set a negative tone for the whole conversation. Look for recognition, in nonverbal responses, e.g. a smile, a warm embrace and other comments. Perhaps you have experienced something of this when you have temporarily forgotten the name of a colleague or an acquaintance in a social situation?

- ***Be aware of every aspect of how you present yourself: voice tone, posture, facial expression***

These nonverbal methods of communication are very powerful and set the mood for communication. Speak calmly, with a warm voice tone, a welcoming facial expression and a relaxing posture.

- ***Alert the person to your presence by touching a hand and saying his or her name***

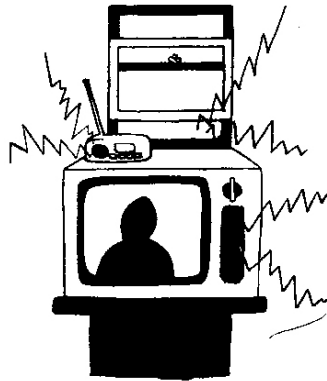
Perceptual deficits may prevent the person from recognizing that you are addressing him or her, unless you give extra cues.

- ***Always introduce yourself, state your relationship to the person, and provide other orientating information***

Say for example: “Morning, Mrs S. I am your nurse. It is teatime. It is a beautiful Monday in October, a good time for a cup of tea.”

- ***Eliminate background noise and confusion***

Avoid distraction caused by radios, TVs, other conversations, lawnmower from an open window.



- ***Face the person when you speak, being sure to make eye contact***

Never say something as you are passing in the hall or shout from another room. Persons with Alzheimer’s disease need every possible nonverbal cue to interpret the message. If the person is seated, bend down so that you are on the same level.

- ***Speak slower and clearer***

Try to have your speech rate at 160 - 170 words per minute

- ***Use short, simple (but adult) sentences***

E.g. “The chef made the meal” is easier to understand than: “The chef, known for his excellent sauces, prepared the meal.”

- ***Use the same name or term that is most familiar to the person***

Avoid technical or professional jargon.

- ***Lower your voice tone and speak somewhat more loudly, but do not shout***

Shouting conveys anger and irritation and will cause the person to become upset.

- ***Allow enough time for a response***

Be comfortable with silences. It takes the person with Alzheimer's disease longer to process information and organize a response.

- ***If repeating seems necessary, repeat the question or comment using the same words and phrasing***

Changing the wording will add to the cognitively impaired person's confusion. The problem is not so much in hearing, but in understanding and processing. This is in contrast to the approach with the hearing impaired where the wording should be changed. If the person does not understand after two or three repetitions, it is best to change the subject and try again later with different phrasing.

- ***Supply the words the person is trying to recall***

Some persons may be upset by this, if so, discontinue.

- ***Encourage the use of gestures and demonstration to get the message across***

Gestures can be effective when words fail to get the point across. Some useful common gestures:

- waving hello or goodbye
- beckoning (outstretching a hand and bringing it back to yourself)
- indicating a chair or place at the table with an outstretched hand
- miming and exaggerating movements to indicate functional activities such as washing hands and face, eating, brushing teeth, combing hair. (To avoid confusion, be sure to use these movements only in the appropriate context)
- pointing or indicating with the whole hand towards yourself or others as you identify yourself or others by name
- sliding your arm gently under a person's elbow, to indicate that you want the person to come with you



- **Use frequent turn-taking, the normal structure of adult conversation**

To help maintain the train of thought, repeat the last words the person said. If the person becomes frustrated, reassure and distract; do not keep trying to get the message across.

- **Speak positively and avoid using “don’ts” and commands**

E.g., If a resident is found rummaging in another resident’s possessions, gently take the person’s arm and say: “Mrs Naudè, would you come with me please? I want to show you a pretty blouse in your closet.”

Don’t say: “Mrs Naudè, get out of here right now. This is not your room!”

This response inevitably causes the person to become more upset and resistant to leaving.

- **Give instructions one step at a time, breaking activities into several steps**

The instruction: “Put sugar in you tea”, involves many steps. It is better to give directions for each step:

- *Take the spoon.*
- *Now put the spoon in the sugar.*
- *Fill the spoon with sugar.*
- *Add the spoonful of sugar to your tea.*
- *Stir the tea with the spoon.*
- *Take the spoon out of the tea.*
- *Put the spoon on the table.*
- *Drink your tea.*

- **Offer only two choices or options at a time**

Too many choices overwhelm the person and make understanding difficult, e.g. “Would you like pizza or chicken for dinner?” or use yes / no questions, e.g. “Do you want apple pie?”

- **If you do not understand, say so**

Never pretend as if you understood what the person said. This can lead to a poor relationship between you and the person.

- **Give immediate rewards and feedback for attempts at conversation**

You want to acknowledge any attempt at communication. Sometimes this might mean you will have to acknowledge the attempt with a smile, even though you might not have understood what the person said. Acknowledge the attempt with a smile, a touch, or a greeting.

- **Use familiar, favourite music to provide an opportunity for expressing emotions and to encourage verbalization**

- **Never speak in the person’s presence as if the person is not there**

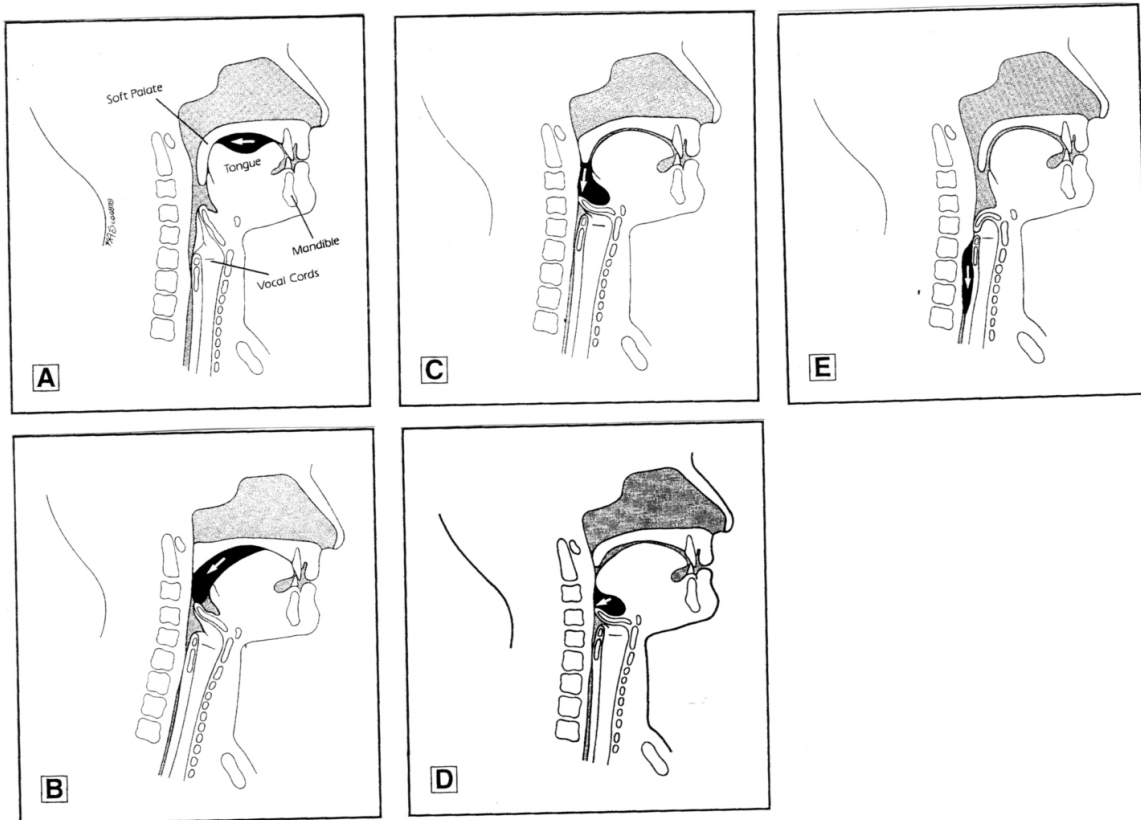
The words may not be understood, but there is a clear message that the person is a non-person, not to be considered or included. In many cases, the words are understood much more than we will ever imagine.

8.2 Case studies

9 SWALLOWING PROBLEMS IN ALZHEIMER'S DISEASE

A large number of degenerative neurologic and neuromuscular diseases result in swallowing problems. Alzheimer's disease causes a number of feeding and swallowing disorders, similar to those in normal aging. However, these symptoms are more pronounced especially in the later stages of the disease (Logemann, 1998).

Swallowing in the Elderly (Guy, 2002)		
Mouth phase (A & B)	Throat phase (C & D)	Food pipe phase (E)
<ul style="list-style-type: none"> • increase in tissues and muscles in the tongue • absence of teeth, atrophy of the bones of the mouth • decrease in chewing strength • difficulty moving tongue to control food • face muscles become weak, therefore food collects in cheeks • reduced feeling in mouth, therefore can't feel where food is • decreased saliva 	<ul style="list-style-type: none"> • delayed triggering of swallow • voice box goes down slowly, therefore the airway opening is open for a longer period • food takes longer to pass down throat • delayed clearing of throat because of weaker muscle tone • palate weakness, therefore food comes through nose • epiglottis is smaller and is slower to tilt down and backwards 	<ul style="list-style-type: none"> • decrease muscle tone therefore reduced peristalsis • coughing and choking • food takes longer to reach the stomach • reflux



Initially, patients develop an **agnosia** for food (they cannot visually recognize food as food when it is placed in front of them, e.g., if asked to recognize something to eat by discriminating between a sandwich / a pencil / a pair of scissors, the patients cannot identify the sandwich as something to eat). This makes it difficult for them to accept food into the mouth and swallow it and explains their slowness in opening their mouth and accepting food.

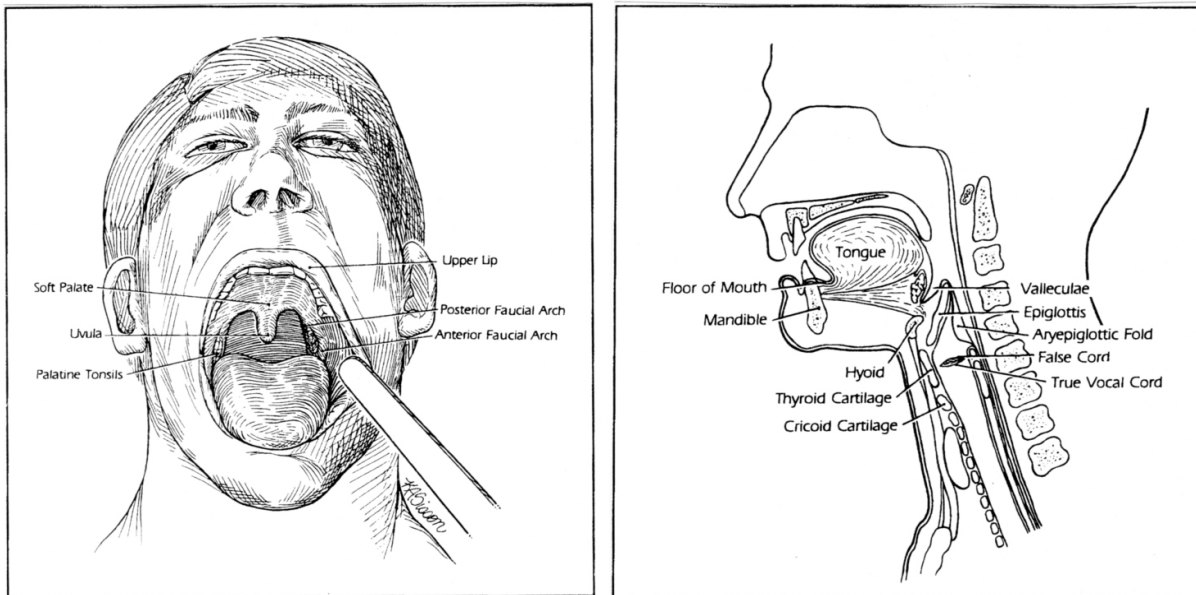
As the disease progresses: **feeding apraxia** → makes it difficult for them to use utensils to feed themselves (e.g. patient will pick up a spoon and turn it around as if trying to figure out which end to use.)

Swallowing apraxia → difficult to initiate the oral stage of swallowing (move the food around the mouth in searching motions as if trying to determine what to do with it and how to begin the swallow or hold the food in the mouth for several minutes with no tongue movement).

Furthermore, patients with Alzheimer's disease may exhibit physiologic changes in the swallow:

- reduction in lateral tongue motion for chewing
- delay in triggering the pharyngeal swallow
- motor abnormalities in the pharynx (bilateral pharyngeal weakness, reduced laryngeal elevation, reduced posterior motion of the tongue base)

Some patients may take 3 or 4 minutes to initiate a single swallow. Eating may be socially debilitating because of these symptoms.



10 PROBLEMS WITH ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) AND THE MANAGEMENT THEREOF

Bathing, grooming, dressing, eating, and toilet use are the most basic, essential and frequently overlooked human activities. Deficits associated with Alzheimer's disease have a progressive, negative effect on the performance of the activities of daily living. An institutional setting (e.g. nursing home) particularly fosters the dependence of persons with Alzheimer's disease where they have to fit in to the daily institutional routine. Care staff often falls into "doing for" rather than "doing with" the person with Alzheimer's disease.

The frequent institutional response to difficulties with self-feeding tend to be to feed the person, rather than to design environments and programs to encourage independent eating. The final result is the institutional tendency to encourage dependence rather than independence. This has a further devastating effect on the person with Alzheimer's disease's self-esteem (Bowlby, 1993).

10.1 Premises for enabling independence in the Activities of Daily Living (ADL)

- ***Break ADL into manageable steps, giving guidance/instruction for one step at a time***

To suggest that the person with moderately AD brush his / her teeth is usually too complex. Instead, assist with one step at a time.

- ***Begin the activity at the step where the person can succeed***

E.g. with brushing teeth, the person may be unable to put the toothpaste on the brush. In such cases, rather begin with the brush prepared.

- ***Help to initiate, as necessary***

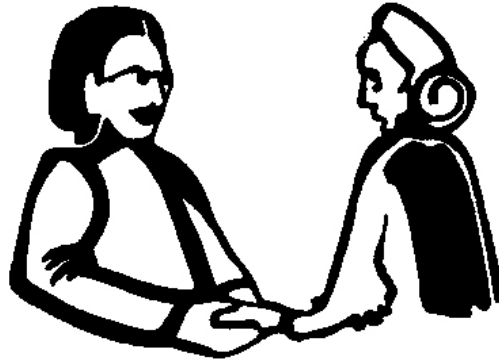
The person may, for instance, be able to feed him / herself when assisted with hand-over-hand guidance to make the first few hand-to-mouth movements. He / she may be able to wash hands and face when the hands are guided to the warm water and the face cloth.

- **Organize necessary materials and equipment in advance**

Prepare the bathroom in advance of a bath by having the water drawn and towels, soap, shampoo, and clothes ready. This advance preparation allows you to give full attention to the person.

- **Provide familiar environmental cues**

The bathroom and dining room, in particular, should look as homely as possible.



- **Use multimodel cues**

E.g.: The person can be cued that it is lunch-time by the smell of the food and the sight of a familiar dining room, by being verbally cued that it is lunch-time and by the feel of the cutlery in the hand.

- **Reduce distractions**

To be successful in ADL tasks, a person with Alzheimer's disease needs to concentrate on the task at hand. Turn off music or radios, attend to the person, and do not be in conversation with others. Unrelated conversations among staff are especially distracting during mealtimes.

- **Ensure privacy**

This is particularly important for personal activities such as toilet use, bathing, and dressing. Cover the person with a large beach towel if he / she is embarrassed about receiving assistance with the bath. Dressing should be done in a bedroom with the doors closed and drapes pulled.

- **Provide manageable choices**

Offer alternatives of two or three items of clothing, instead of asking them what they want to wear.

- **Ensure consistency in routines and approaches**

Staff communication is absolutely essential in this regard. Once a successful approach is attained, it should be followed by all staff at all times.

10.2 Sleep-wake cycle (Bowlby, 1993)

The sleep-wake cycle is often seriously disturbed as Alzheimer's disease progresses. Attention to the following suggestions takes on a special significance. Usual bedtime routines should be a part of the history obtained from family or significant others. A reasonable level of activity during the daytime is also very important. Research indicates that awakening persons with Alzheimer's disease during the night for toileting is significantly associated with increased daytime agitation.

The following **sleep disturbances** occur in a significant proportion of the elderly:

- sleep of older people is disrupted by periods of wakefulness more often
- older people experience an increased level of disordered breathing (60% of men over 60 yrs snore) and snoring appears to be related to an increased risk of cardiovascular diseases
- older people take longer to fall asleep
- disruption of normal circadian rhythms due to daytime naps and less sleep at night may become a pattern. Older people seem to require progressively less sleep during the night

For persons with Alzheimer's disease, these sleep disturbances are exaggerated, resulting in more frequent night-time awakenings and much reduced rapid-eye-movement (REM) sleep. As Alzheimer's disease progresses, REM sleep becomes less.

- **Suggestions to promote adequate sleep:**

- encourage exercise and physical fitness activities during the day
- maintain a consistent and familiar bedtime routine. This becomes especially important for the individual living in an institution temporarily or permanently. Lifelong rituals at bedtime are an important part of triggering sleep
- encourage relaxing bedtime activities (e.g. a warm bath, listening to calming music, progressive relaxation exercises, a back rub, reading in bed, a cup of hot milk) and avoid stimulating ones (e.g. caffeine drinks, vigorous activity)
- discourage use of the bedroom or the bed for non-sleep activities such as exercise, eating, paperwork and so forth. The bedroom then becomes associated with being awake and alert as opposed to sleep and rest
- educate older persons about the reduced need for sleep that is associated with aging. Bedtimes may need to be altered, or earlier awakening accepted.

10.3 Strategies for facilitating independence and interaction (Bornman, 1999)







- **Organising the day:**

A deliberate attempt should be made to keep persons with Alzheimer's disease actively involved in daily life and to maintain their abilities so that they can lead happy and fulfilled lives in spite of the disease. Schedules provide consistent cues about the daily routine, enabling the person with Alzheimer's disease to anticipate what will happen next and in doing so, reduce anxiety and other behavioural disturbances (e.g. wandering, agitation, pacing, restlessness and repetitive mannerisms). Schedules also have the

side-benefit of encouraging active participation in the planning and choice-making process. In order to make a schedule, start by writing down, in chronological order, the person's daily schedule, e.g.

07:00 get up, bathroom
 07:15 bath, dress, and do hair
 08:00 eat breakfast
 08:30 wait for visitor, etc.

Today is Friday, 17 September 1999

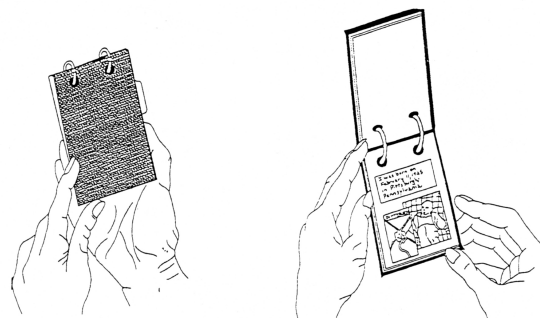
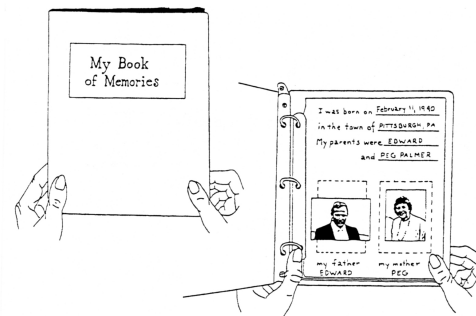
7:30 Eat breakfast 
 8:30 Bath 
 8:50 Get dressed 
 9:10 Comb hair 
 9:20 Watch TV 
 10:30 Tim will visit 

See picture presentation (Bornman, 1999:68)

• **Memory aiding (photo album memory book)**

Meeting unfulfilled emotional needs can also alleviate behavioural disturbances. Looking at family photographs can help individuals with Alzheimer's disease to feel less lonely. They also provide opportunities for interaction between the individual with Alzheimer's disease and potential communicational partners. Comments should accompany photographs, e.g. "This is Angela, my youngest daughter. She is a teacher and lives in Johannesburg" or "My husband, John, died of a heart attack in 1993". Keep memory aids in designated places, e.g. on the coffee table, in the bedroom, or attached to the individual's body, etc.

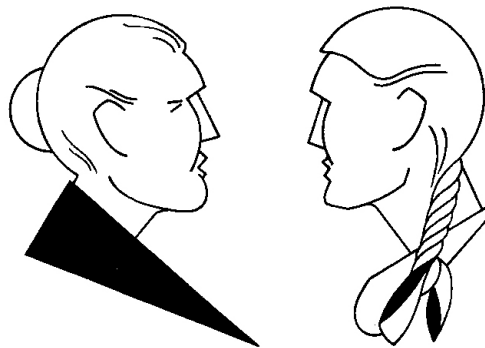
See picture (Bornman, 1999:69, 70)



11 SUGGESTIONS TO IMPROVE INTERACTION WITH A PERSON WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND HEARING IMPAIRMENT

Do repeat the same words, more clearly and distinctly, when they have not been heard the first time. This is in contrast to the usual approach with the hearing impaired. For persons with Alzheimer's disease, rephrasing would cause confusion. When the message still is not being understood after two or three attempts, change the topic and focus attention on something else to avoid frustration. Try again later, using different phrasing. Be especially careful not to shout, as persons with Alzheimer's disease may interpret this as anger (Bowlby, 1993).

- **Tips for talking to the hearing impaired (e.g. Mrs S)** (Bowlby, 1993)
 - Face the person, preferably at eye level, when you speak. Never say something while walking by or calling from another room. Make sure the light on your face is clear, to enhance lip reading.
 - Pronounce words carefully, using good lip movements. Do not chew gum, eat, or smoke while speaking.
 - Lower the pitch of your voice, because high-pitched sounds are harder to hear.
 - Do not shout, as this distorts word formation and makes lip reading more difficult.
 - If your message is not understood, rephrase and try again.
 - Many people with hearing impairment hear better with one ear, than the other. Direct conversation to the hearing ear or speak directly into this ear.
 - Gain attention (e.g. by touching the hand before speaking.)



12 REFERENCES

- Beukelman, D.R. Yorkston, K.M. & Reichle, J. (2000) *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders*. Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bolla, L.R. & Filley, C.M. (2000) Dementia DDX. *Geriatrics*, 55 (1) January, pp. 34-42.
- Bornman, J. (1999) Touching the Untouched: The use of AAC Strategies with Individuals with Alzheimer's Disease. *KLINIKA: Toepassings in Kliniese Praktyk van Kommunikasiepatologie*, 4, pp. 65-75.
- Bowlby, C. (1993) *Therapeutic activities with persons disabled by Alzheimer's disease and related disorders*. Maryland: Aspen Publishers, Inc.
- Brush, J.A. Threats, T. & Calkins, M.P. (2003) Influences on perceived function for a nursing home resident. *Journal of Communication Disorders*, 36 (5).
- Bryan, K. & Maxim, J. (1998) Enabling care staff to relate to older communication disabled people. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33 (Supplement), pp. 121-125.
- Chapman, A. & Marshall, M. (1993) *Dementia: New skills for social workers*. Great Britain: Biddles Ltd.
- Golper, L.C. (1998) *Sourcebook for medical speech pathology*, 2nd ed. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Griffith, V.T. (2002) Diagnose and treat mild to moderate Alzheimer's Disease. *The Nurse Practitioner*, 27 (12) December, pp. 13-25.
- Guy, O. (2002) SPP-module. Departement Kommunikasiepatologie, Universiteit van Pretoria.
- Haak, N.J. (2003) "Do you hear what I mean?" A lived experience of disrupted communication in mid-to-late stage Alzheimer's Disease. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4 (1) January / March, pp. 26-40.
- Hopper, T. (2001) Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's Disease. *Seminars in Speech and Language*, 22 (4), pp. 305-315.
- Kindig, M.N. & Carnes, M. (1993) *Coping with Alzheimer's Disease and other dementing illnesses*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kuhn, D. Ortigara, A. & Kasayka, R.E. (2000) Dementia Care Mapping: An innovative tool to measure person-centered care. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1 (3), pp. 7-15.
- Logemann, J.A. (1998) *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Texas: Pro-ed.
- Morrison, J. (1995) *DSM-IV made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York: Guilford.
- Netter, F.H. (1996) *Atlas of Human Anatomy*. New Jersey: Ciba-Geigy Corporation.
- Peete, D. (2002) Training Staff for Alzheimer's Disease. *Assisted Living Federation of America magazine*. January, pp. 42-44.
- Rau, M.T. (1993) *Coping with communication challenges in Alzheimer's Disease*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Thompson, P.M. (2002) Communicating with dementia patients on hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19 (4), pp. 263-267.

13. APPENDIX A: NURSES' OBSERVATION SCALE FOR GERIATRIC PATIENTS (NOSGER)

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)					
<ul style="list-style-type: none"> From: Spiegel, R. Brunner, C. Ermini-Funfschilling, D. et al. (1991) A new behavioural assessment scale for geriatric out- and in-patients: <i>The NOSGER. J Am Geriatr Soc, 39 (4), p. 339-347.</i> 					
	<i>All of the time</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Often</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Never</i>
1. Shaves or puts on makeup; combs hair without help					
2. Follows favourite radio or TV programs					
3. Reports feeling sad					
4. Restless during the night					
5. Interested in what is going on around him/her					
6. Tries to keep his/her room tidy					
7. Able to control bowels					
8. Remembers a point in conversation after interruption					
9. Goes shopping for small items (newspaper, groceries)					
10. Reports feeling worthless					
11. Continues with a favourite hobby					
12. Repeats the same point in conversation over and over.					
13. Appears sad or tearful					
14. Has a clean and tidy appearance					
15. Runs away					
16. Remembers the names of close friends					
17. Helps others, as physically able					
18. Goes outdoors dressed inappropriately					
19. Is oriented when in usual surroundings					
20. When asked questions, seems quarrelsome and irritable					
21. Makes contact with people					
22. Remembers where clothes and other items are placed					
23. Is aggressive (verbally and physically)					
24. Is able to control bladder function					
25. Appears cheerful					
26. Maintains contact with friends or family					
27. Confuses the identity of some people with others					
28. Enjoys certain events (visits, parties)					
29. Appears friendly and positive in conversation with family members or friends					
30. Behaves stubbornly and doesn't follow instructions or rules					

14. APPENDIX B: GLOSSARY OF TERMS

Activities of daily living: Functions of everyday life, including bathing, eating, dressing, grooming, going to the bathroom, and walking or getting about in other ways.

Agnosia: A brain function where a person cannot interpret a sensation correctly, despite normal functioning of senses and nerves.

Anxiety: A feeling of fearfulness and distress in response to stress.

Apathy: Lack of interest.

Aphasia: Loss or decrease in the ability to use and to understand words or other language symbols (such as gestures) due to brain damage.

Apraxia: Difficulty in planning and carrying out a sequence of motor movements due to brain damage. In Alzheimer's disease, apraxia may result in problems with dressing, ambulation, or eating, for example.

Assessment: Description and evaluation of a person's existing and non-existing communicative behaviours (clinical measurement).

Attention span: Amount of time a person can concentrate or focus on a specific activity, person or object.

Behavioural problems: repeated and continuous patterns of aggressive or otherwise anti-social behaviour.

Cognition: Intelligence.

Communication: Ways by which people make contact with each other, exchange of ideas or opinions. Speaking, listening, reading, writing and gesturing are all ways in which people send and receive messages.

Comprehension: To understand, to grasp mentally.

Confusion: Bewilderment.

Cortical: The "outside" part of the brain.

Delusions: A false or inaccurate personal belief that is firmly sustained despite all evidence to the contrary.

Dementia: Decline in memory, judgment, and higher intellectual functions from a person's previous level of functioning. Dementia may be caused by a number of diseases, the most common of which is Alzheimer's disease.

Depression: A mental state characterized by sadness. Person acts restless, slow. Behaviour is influenced by negative or hopeless views and sleep patterns, appetite and concentration are affected.

Diagnosis: A clinical activity designed to find causes of diseases or disorders.

Hallucinations: A strongly experienced false perception of objects or persons seen or voices heard that is not apparent to anyone else.

Hearing impaired: Reduced hearing acuity; a hearing level that is greater than 25dB for adults. Includes the Hard of Hearing and Deaf.

Incontinence: Loss of bowel and / or bladder control.

Intelligence: Mental ability, quickness to understand.

Judgment: The ability to understand consequences and form appropriate responses to everyday situations.

Memory: Remembrance. The ability to keep things in mind; store facts.

Mobility: The ability to move around freely.

Neuropsychological assessment: Evaluation of the relationship between brain function and behaviour of persons who are suspected of having brain damage or brain disease.

Non-verbal communication: Conveying a message without using words by means of facial expression, body posture, gesture, and tone of voice.

Orientation: Awareness of the individual in time, place and space.

Paranoia: Tendencies to be suspicious and wary of others who display hypersensitivity and envy and have heightened sense of self-importance.

Perception: The awareness of the physical environment

Person-centered care: New view in dementia care where the focus is on the individual and not the disease (in contrast to the medical model).

Pragmatics: Aspects of appropriate language use in natural contexts as well as the “rules” of conversation (e.g., eye contact, turn taking, topic initiation and maintenance).

Problem-solving: The ability to find an answer / respond to a difficult task.

Seizures: Attacks.

Social intactness: Appropriate communication and interaction between people.

Subdural haematoma: In elderly persons, a slight head injury can cause veins that’s close to the surface, to tear.

Verbal communication: Spoken; connected with words and their use.

BYLAE J:

Vertrouenswaardigheid van werkwinkel

Appendix C:

The influence of a communication-orientated, educational workshop on the interaction between nursing home staff and persons with Alzheimer's disease (AD) in a nursing home setting

Date: _____

Please indicate to what extent you agree with the following statements by making a cross (x) under the appropriate column					
	<i>All of the time</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Often</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Never</i>
1. The content of the workshop was appropriate and my specific needs were addressed					
2. I could understand the information and terms that were presented to me					
3. The information was interesting					
4. I have more insight into the problems experienced by the person with Alzheimer's disease					
5. The information that was provided is relevant to my specific work situation					
6. I understand the concept of normal aging and how it differs from Alzheimer's disease					
7. I understand the possible causes of AD					
8. I understand the different phases of AD as well as the symptoms associated with each stage					
9. I understand the physical symptoms that persons with AD have					
10. I understand the behavioural symptoms that persons with AD have					
11. I understand the communication symptoms that persons with AD have					
12. I understand the diagnostic process in order to label a person with the disease					
13. I believe that a team approach is necessary with the management of the person with AD					
14. I understand what the different roles of the professional persons are					
15. I understand the old view (medical orientated) regarding the management of a person with AD					
16. I understand the new view (person-centred care) regarding the management of a person with AD					
17. I understand the different medications that a person with AD can take, as well as the possible side-effects of each					
18. I feel competent to use the verbal communication strategies presented to me when bathing a person with AD					
19. I feel competent to use the non-verbal communication strategies presented to me when bathing a person with AD					
20. I feel competent to use the verbal communication strategies presented to me when feeding a person with AD					
21. I feel competent to use the non-verbal communication strategies presented to me when feeding a person with AD					

	<i>All of the time</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Often</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Never</i>
22. I understand the reasons why persons with AD may experience swallowing problems					
23. I feel competent to use strategies that will enhance activities of daily living					
24. I understand the sleep-wake cycle of a person with AD					

Please complete the following:

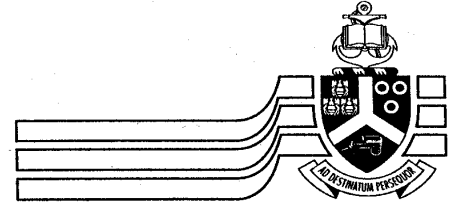
I would like to know more about / my specific needs are...

I did not understand the following...

Thank you!

BYLAE K:

Sertifikaat vir deelname aan die navorsingstudie



University of Pretoria

NAME: _____

ATTENDANCE OF A WORKSHOP IN ALZHEIMER'S DISEASE

Date of workshop: 10 October 2003

The above mentioned person attended a 4-hour educational workshop geared toward communication intervention and took part in a research study entitled: ***"The influence of a communication-orientated, educational workshop on the interaction between nursing home staff and persons with Alzheimer's Disease (AD) in a nursing home setting"***. The study was conducted by a master's student of the Department of Communication Pathology at the University of Pretoria. The study consisted of different phases, namely the observation of nursing home staff interacting with persons with Alzheimer's disease; the completion of a questionnaire (consisting of knowledge, perception and needs analysis sections); participation in an informal interview and the attendance of a workshop that addressed the needs of the participants regarding the management of persons with Alzheimer's disease.

The following aspects were covered in the workshop:

- Normal aging
- A description of Alzheimer's disease (AD)
- General information regarding AD (Incidence / prevalence, Risk factors and possible causes of AD, 3 phases and symptoms)
- Diagnosis of AD
- Management of a person with AD ("old" and "new" views in caring)
- Medication for the person with AD
- Problems regarding communication that persons with AD experience and the management thereof
- Problems regarding activities of daily living (ADL) and the management thereof
- Problems regarding swallowing that persons with AD may experience
- Practical suggestions to facilitate successful interaction with a person with AD and a hearing impairment

Nicolene Schoeman
M.Communication Pathology student
University of Pretoria

Dr. Odette Guy
Research supervisor
University of Pretoria

Prof. Brenda Louw
Head: Department of Communication Pathology
University of Pretoria

BYLAE L:

Toestemming van Cherry, K. vir gebruik van vraelys

Subject: Re: Permission to use questionnaire
Date: Fri, 01 Aug 2003 09:51:51 -0500
From: Katie Cherry <pskatie@lsu.edu>
To: Dr Odette Guy <oguy@postino.up.ac.za>

Dear Odette Guy and Nicolene Schoeman,

I'm delighted to give you permission to use the KMAQ in your research project. Please know that we have since added a "don't know" response option to the KMAQ, which reduces measurement error due to guessing. I've attached this version for your use. Here is the reference for the dk version article--please use this reference when citing the KMAQ.

Cherry, K.E., Brigman, S., Hawley, K. S., & Reese, C. M. (2003). The knowledge of memory aging questionnaire: Effects of adding a "don't know" response option. *Educational Gerontology*, 29, 427-446.

Thanks, and good luck with your project! I'd be interested in hearing how it turns out!

Katie Cherry

Katie E. Cherry, Ph.D.
Professor and Chair, Department of Psychology
telephone: (225) 578-8745
fax: (225) 578-4125
email: pskatie@lsu.edu
<http://www.psych.lsu.edu/>

Mailing address:
Department of Psychology
236 Audubon Hall
Louisiana State University
Baton Rouge, LA 70803-5501

From:Katie E Cherry/pskatie/LSU@postino.up.ac.za on 08/01/2003 09:11
> AM
> ZE2

Name: zKMAQ-withcover.DOC
zKMAQ-withcover.DOC Type: WINWORD File (application/msword)
Encoding: base64

At 09:11 AM 8/1/2003 +0200, you wrote:

>
> Dear Ms Cherry,
>
> Please find attached a letter requesting permission to use part of
> your
> questionnaire, as published in Educational Gerontology.
>
> Yours sincerely,
>
> Odette Guy and Nicolene Schoeman
>
> (See attached file: Toestemming van Cherry et al vir vrae uit
> vraelys verleen.doc)
>
>