

**Die ontwikkeling en toepassing van 'n voorlopige
meetinstrument vir die bepaling van primêre
sorggewers se behoeftes rakende die hantering van
die persoon met 'n traumatiese breinbesering**

deur

MELANI OLIVIER

**Voorgelê ter vervulling van 'n deel van die vereistes vir die graad
M.Kommunikasiepatologie
in die Departement Kommunikasiepatologie
Fakulteit Lettere en Wysbegeerte
Universiteit van Pretoria**

Oktober 2005

OPSOMMING

TITEL:	DIE ONTWIKKELING EN TOEPASSING VAN 'N VOORLOPIGE MEETINSTRUMENT VIR DIE BEPALING VAN PRIMÊRE SORGGEWERS SE BEHOEFTE RAKENDE DIE HANTERING VAN 'N PERSOON MET 'N TRAUMATIESE BREINBESERING
NAAM:	MELANI OLIVIER
LEIER:	DR. O. GUY & MEV. A. STIPINOVICH
MEDELEIER:	MEV. U. ZSILAVECH
DEPARTEMENT:	KOMMUNIKASIEPATOLOGIE UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
GRAAD:	M.KOMMUNIKASIEPATOLOGIE

Die doel van die studie was om 'n voorlopige meetinstrument te ontwikkel om sorggewers se behoeftes ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n traumatiese breinbesering (TBB) tydens die akute rehabilitasieperiode, te bepaal. Die potensiële impak van TBB op die familiedinamiek, interpersoonlike verhoudings en funksionele onafhanklikheid, is duidelik in die literatuur gedokumenteer. Ten einde die doel van die studie te bereik is die studie in twee fases verdeel. Tydens die eerste fase van die studie is die sorggewers se behoeftes op 'n kwantitatiewe en kwalitatiewe wyse bepaal in die vorm van gestruktureerde- en ongestruktureerde waarneming, 'n Behoeftevraelys, 'n fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude. Die resultate wat tydens die uitvoer van hierdie fase verkry is, het aangedui dat sorggewers ondersteuning vanaf die professionele span en die gemeenskap benodig, asook dat hulle behoeftes het rondom die algemene hantering van die persoon met 'n TBB oor die algemeen en die hantering van potensiële kommunikasie afwykings, wat geassosieër word met 'n TBB. Gebaseer op hierdie behoeftes is 'n voorlopige meetinstrument die "Needs Questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury" ontwikkel. Tydens die tweede fase van die studie is hierdie meetinstrument uitgevoer op sorggewers, voor en na die aanbieding van 'n werkwinkel, ten einde te bepaal of die meetinstrument 'n verandering in die sorggewers se behoeftes kan meet, nadat inligting aan

hulle verskaf is. 'n Pre-toets, post-toets eksperimentele ontwerp was dus geïmplimenteer gedurende die tweede fase van die studie. Alhoewel verdere navorsing nog benodig word vir die kwalitatiewe en kwantitatiewe validasie van die meetinstrument, lewer die gebruik van hierdie meetinstrument 'n waardevolle bydrae tot die begrip van sorggewers se behoeftes gedurende die akute rehabilitasieperiode, na 'n TBB. Verder beklemtoon die resultate van hierdie studie ook dat verbeterde dienslewering in die Suid-Afrikaanse konteks afhanklik is van vroeë identifikasie van sorggewers se behoeftes deur die professionele span.

Sleuteltermes: Rehabilitasie (van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering), akute rehabilitasieperiode, akute-sorg, gemiddelde-tot-ernstige traumatiese breinbesering, primêre sorggewers, meetinstrument, kommunikasie, behoeftes.

SUMMARY

TITLE:	THE DEVELOPMENT AND APPLICATION OF A PRELIMINARY TOOL TO DETERMINE CAREGIVERS NEEDS REGARDING THE MANAGING OF A PERSON WITH A TRAUMATIC BRAIN INJURY
NAME:	MELANI OLIVIER
LEADER:	DR. O. GUY & MRS. A. STIPINOVICH
CO-LEADER:	MEV. U. ZSILAVECH
DEPARTMENT:	COMMUNICATION PATHOLOGY UNIVERSITY OF PRETORIA
DEGREE:	M.COMMUNICATION PATHOLOGY

The primary goal of this study was to develop a preliminary tool to determine caregivers' needs regarding the management of a person with a traumatic brain injury (TBI), during the acute rehabilitation period. The potential impact of TBI on family dynamics, interpersonal relationships and functional independence is well documented. To facilitate achievement of the main goal this study was divided into two phases. In the first phase, caregivers' needs were determined by means of both qualitative and quantitative measurements in the form of structured and unstructured observations, the implementation of a "Needs Questionnaire", a focus group and semi-structured interviews. The results obtained during this phase indicated that caregivers have needs for support from professionals and the community, as well as needs regarding the general management of the person with a TBI and the management of the potential communication difficulties associated with TBI. Based on these needs, a preliminary tool, namely the "Needs questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury", was developed. During the second phase of the study, this tool was administered to caregivers of individuals with TBI before and after the presentation of a workshop to determine whether there is a change in caregivers' needs once they have received information. A pretest-posttest, experimental design was thus implemented during the second phase of this study. Although further research is required for the

qualitative and quantitative validation of this tool, the use of this tool has implications for providing a better understanding of caregivers' needs during the acute rehabilitation period after TBI. The results of this study further emphasize that improved service delivery in the South African context is reliant on the early identification, by the professional team, of the needs that caregivers of individuals with TBI have.

Key terms: Rehabilitation (of a person with a traumatic brain injury), acute rehabilitation period, acute care, moderate-to-severe traumatic brain injury, primary caregivers, measurement tool, communication, needs.

INHOUDSOPGAWE

BLADSY

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1. INLEIDING.....	1
1.2. PROBLEEMSTELLING EN RASIONAAL.....	1
1.3. OMSKRYWING VAN HOOFSTUKUITLEG.....	4
1.4. BEGRIPSVERKLARING.....	5
1.5. OPSOMMING.....	7

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1. DIE METING VAN SORGGEWERS SE BEHOEFTE.....	11
2.2. ALGEMENE RAAMWERK VIR KONSULTASIE TYDENS DIE AKUTE REHABILITASIEPERIODE VIR DIE SPRAAKTAAL- TERAPEUT.....	15
2.3. OPSOMMING.....	17

HOOFSTUK 3

METODE

3.1. HOOFDOELSTELLING.....	18
3.1.1. Subdoelstelling.....	18
3.2. METODE VIR FASE 1.....	19
3.2.1. Doelstelling vir Fase 1 (Subdoelstelling 1).....	19
3.2.2. Navorsingsontwerp vir Fase 1.....	20
3.2.3. Skematiese voorstelling van die navorsingsproses van Fase 1.....	22
3.2.4. Steekproef vir Fase 1.....	24
3.2.5. Beskrywing van die deelnemers van Fase 1.....	26
3.2.6. Seleksieprosedures vir Fase 1.....	32

3.2.7. Materiaal en apparaat vir Fase 1.....	32
3.2.7.1. Loodsstudie.....	33
3.2.7.2 Veelvuldige-enkelgevallestudies (Deel 1).....	40
3.2.7.3 Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude (Deel 2).....	49
3.2.8. Prosedures.....	53
3.2.8.1. Data-insamelingsprosedures vir Fase 1.....	53
a) Waarneming.....	54
b) Behoeftevraelys.....	54
b) Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude.....	55
3.2.8.2. Dataverwerkingsprosedures.....	56
a) Waarneming.....	56
b) Behoeftevraelys.....	57
c) Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoud.....	58
d) Triangulasie.....	59
3.3. METODE VIR FASE 2.....	60
3.3.1. Doelstelling vir Fase 2 (Subdoelstelling 2).....	60
3.3.2. Navorsingsontwerp vir Fase 2.....	60
3.3.3. Skematiese voorstelling vir die navorsingsproses van Fase 2.....	61
3.3.4. Steekproef vir Fase 2.....	62
3.3.5. Beskrywing van die Deelnemers van Fase 2.....	63
3.3.6. Seleksieprosedures vir Fase 2.....	65
3.3.7. Materiaal en apparaat vir Fase 2.....	65
3.3.7.1. Voorlopige meetinstrument: Behoeftevraelys vir sorggewers van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering [“Needs questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury”].....	65
3.3.7.2. Werkswinkel.....	70
3.3.8. Data-insamelingsprosedures vir Fase 2.....	72
3.3.8.1. Veelvuldige enkelgevallestudies (Pretoets).....	72
3.3.8.2. Aanbieding van die werkswinkel (Gebeurtenis).....	72
3.3.8.3. Veelvuldige enkelgevallestudie (Posttoets).....	73
3.3.9. Dataverwerkingsprosedures vir Fase	73

3.3.9.1. Veelvuldige-enkelgevallestudies (Pretoets).....	73
3.4. ETIESE OORWEGINGS.....	75
3.5. AANGELEENTHEDE RAKENDE GELDIGHEID, BETROUBAARHEID EN VERTROUENSWAARDIGHEID.....	75
3.6. OPSOMMING.....	78

HOOFSTUK 4

BESPREKING VAN DIE RESULTATE

4.1. INLEIDING.....	79
4.2. RESULTATE VAN FASE 1 – DEEL 1: WAARNEMING EN VOLTOOIING VAN DIE BEHOEFTEVRAELYS.....	79
4.2.1. Subdoelstelling van Fase 1	79
4.2.2. Fase 1 – Deel 1 (a): Gestruktureerde en ongestruktureerde waarneming.....	80
4.2.2.1. Resultate van die gestruktureerde waarneming – Pragmatiese Protokol (Prutting en Kirchner, 1987).....	80
4.2.2.1.1. Resultate van die ongestruktureerde waarneming – Veldnotas...	84
4.2.2. Fase 1 – Deel 1 (b): Behoeftvraelys.....	85
4.2.2.1. Resultate van Afdeling B van die Behoeftvraelys.....	85
4.2.2.2. Resultate van Afdeling C van die Behoeftvraelys.....	94
4.3. RESULTATE VAN FASE 1 – DEEL 2: FOKUSGROEP EN SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE.....	97
4.3.1. Hoof temas wat in die diskoersanalise na vore gekom het.....	97
4.4. RESULTATE VAN FASE 2: VEELVULDIGE ENKELGEVALLESTUDIES (PRETOETS, POSTTOETS EKSPERIMENTELE ONTWERP).....	122
4.4.1. Subdoelstelling van Fase 2.....	122
4.4.2. Resultate van Deelnemer 12 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	122

4.4.3. Resultate van Deelnemer 13 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor na die aanbieding van die werkswinkel.....	132
4.4.4. Resultate van Deelnemer 14 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	141
4.4.5. Resultate van Deelnemer 15 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	152
4.5. RESULTATE VAN FASE 2 –VOLTOOIING VAN DIE MEETINSTRUMENT (VERVOLG).....	162
4.5.1. 'n Opsomming van deelnemers (D12, D13, D14, D15) se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	162
4.5.2. Deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel indien Opsies 1 en 2 saamgevoeg word as (Geen behoeftes) en Opsies 3 en 4 as (Behoeftes).....	164
4.5.3. Deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel indien Opsies 1 bereken word as (Geen behoefte) en Opsies 2, 3 en 4 as (Behoeftes).....	166
4.5.4. Opsomming van die deelnemers se behoeftes in die verskillende afdelings van die meetinstrument (Afdelings 1-8), voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	167

HOOFSTUK 5

INTERPRETASIE VAN DIE RESULTATE

5.1. INTERPRETASIE VAN FASE 1 (A): WAARNEMING EN BEHOEFTE VRAELYS.....	173
5.2. INTERPRETASIE VAN FASE 1 (B): FOKUSGROEPE EN SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE.....	186
5.3. INTERPRETASIE VAN DIE RESULTATE VAN FASE 2.....	196
5.4. OPSOMMING.....	204

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKKING

6.1. INLEIDING.....	206
6.2. GEVOLGTREKKING EN AFLEIDINGS.....	206
6.2.1. Subdoelstelling 1 (Fase 1).....	206
6.2.2. Subdoelstelling 2 (Fase 2).....	209
6.3. IMPLIKASIES VAN DIE STUDIE.....	211
6.3.1. TEORETIESE EN KLINIESE IMPLIKASIES.....	212
6.3.2. NAVORSINGSIMPLIKASIES EN AANBEVELINGS.....	218
6.4. BEPERKINGE VAN DIE STUDIE.....	220
6.5. SAMEVATTING.....	222

BIBLIOGRAFIE	223
---------------------	-----

BYLAES	232
---------------	-----

LYS VAN BYLAES

BYLAE		BLADSY
A	Aansoek om Goedkeuring van navorsing waarby Deelnemers betrokke is en/of navorsing met etiese implikasies.....	232
B	Toestemmingsvorm van die Navorsingsvoorstel-en Etiekkomitee: Fakulteit Geesteswetenskappe.....	239
C	Loodsstudie vraelys en waarnemingsvorms.....	240
D	Toestemmingsbriewe aan twee Afrox Rehabilitasie eenhede om toestemming tot die uitvoer van die navorsingsprojek by die betrokke eenhede te verkry.....	271
E	Toestemming van die twee Afrox Rehabilitasie eenhede om die navorsing by die eenhede uit te voer.....	273
F	Toestemmingsbrief aan navorsingsdeelnemers om toestemming tot die deelname aan die projek te verkry (Fase 1: Deel 1(a) Waarneming en Behoeftevraelys).....	275
G	Toestemmingsbrief aan navorsingsdeelnemers om toestemming tot die deelname aan die projek te verkry (Fase 1: Deel 1(b) Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoud).....	279
H	Toestemmingsbrief aan navorsingsdeelnemers om toestemming tot die deelname aan die projek te verkry (Fase 2).....	283
I	Pragmatiese Protokol (Prutting en Kirchner, 1987).....	286

J	Behoeftevraelys: Primêre sorggewers se behoeftes oor kommunikasie interaksie met 'n persoon met 'n gemiddelde-tot-ernstige traumatiese breinbesering (Afrikaanse- en Engelse weergawe).....	287
K	Fokusgroep- en semigestruktureerde onderhoudvraelys.....	299
L	Transkripsies van die fokusgroep: Sorggewers van persone met 'n TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is (D4 – D7).....	307
M	Transkripsie van semigestruktureerde onderhoud van sorggewer wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is (D8).....	318
N	Transkripsie van semigestruktureerde onderhoud van sorggewer wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is D9).....	326
O	Transkripsie van semigestruktureerde onderhoud van sorggewers wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is (D10 en D11).....	331
P	Voorlopige meetinstrument: Needs Questionnaire For Caregivers Of a Person With a Traumatic Brain injury (Engelse weergawe).....	335
Q	Werkswinkel: "What the caregiver of a person with a moderate-to-severe brain injury needs to know in the handling of communication problems and other aspects of the care giving process".....	338
R	Toestemmingsbrief van BIG (Brain Injury Group) South African National Lobby Group for People With Acquired Brain Injuries vir die gebruik van inligting.....	364

LYS VAN FIGURE

FIGUUR		BLADSY
1	Skematiese voorstelling van die navorsingsontwerpe van Fase 1.....	20
2	Skematiese voorstelling van die navorsingsproses van Fase 1.....	23
3	Skematiese voorstelling van die navorsingsproses van Fase 2.....	62
4	Meetinstrument: Behoeftevraelys vir sorggewers van 'n persoon met 'n TBB.	66
5	Persentasie toepaslike gedrag in die verbale domeine van die Pragmatiese Protokol (Prutting en Kirchner, 1987).....	81
6	Persentasie toepaslike gedrag in die paralinguistiese domeine van die Pragmatiese Protokol (Prutting en Kirchner, 1987).....	82
7	Persentasie toepaslike gedrag in die nie- verbale domeine van die Pragmatiese Protokol (Prutting en Kirchner, 1987).....	83
8	Deelnemers se behoeftes aan inligting rondom die persoon met 'n TBB se mediese toestand.....	86

9	Deelnemers se behoeftes rondom die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe afwykings.....	87
10	Deelnemers se behoeftes aangaande inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme.....	88
11	Deelnemers se behoeftes oor die hantering van die persoon met 'n TBB se gedrags-en emosioneleprobleme.....	89
12	Deelnemers se behoeftes aan ondersteuning.....	90
13	Deelnemers se behoeftes aan inligting oor die rol van die sorggewer.....	91
14	Deelnemers se behoeftes aan inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB se voedingsprobleme.....	92
15	Deelnemers se behoeftes aan inligting oor die hantering van omgewingsaanpassings, stimulasie, moegheid en uitputting van 'n persoon met 'n TBB.....	93
16	Deelnemers se behoeftes aan inligting oor groepsterapie vir 'n persoon met 'n TBB.....	94
17	Deelnemer 12 se algemene behoeftes oor die hantering van die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 1).....	123
18	Deelnemer 12 se behoeftes aan inligting wat die sorggewers graag sou wou weet voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 2).....	124
19	Deelnemer 12 se behoeftes aan ondersteuning voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 3 en 4).....	126
20	Deelnemer 12 se behoeftes oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 5).....	128
21	Deelnemer 12 se behoeftes rondom hantering en hoop voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 6 en 7).....	128
22	Deelnemer 12 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8).....	130
23	Deelnemer 13 se algemene behoeftes oor die hantering van die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 1).....	132
24	Deelnemer 13 se behoeftes aan inligting wat die sorggewers graag sou wou weet voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 2).....	133
25	Deelnemer 13 se behoeftes aan ondersteuning voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 3 en 4).....	135
26	Deelnemer 13 se behoeftes oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 5).....	136
27	Deelnemer 13 se behoeftes rondom hantering en hoop voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 6 en 7).....	137
28	Deelnemer 13 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8).....	140

29	Deelnemer 14 se algemene behoeftes oor die hantering van die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 1).....	142
30	Deelnemer 14 se behoeftes aan inligting wat die sorggewers graag sou wou weet voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 2).....	144
31	Deelnemer 14 se behoeftes aan ondersteuning voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 3 en 4).....	146
32	Deelnemer 14 se behoeftes oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 5).....	148
33	Deelnemer 14 se behoeftes rondom hantering en hoop voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 6 en 7).....	149
34	Deelnemer 14 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8).....	151
35	Deelnemer 15 se algemene behoeftes oor die hantering van die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 1).....	153
36	Deelnemer 15 se behoeftes aan inligting wat die sorggewers graag sou wou weet voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 2).....	154
37	Deelnemer 15 se behoeftes aan ondersteuning voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 3 en 4).....	155
38	Deelnemer 15 se behoeftes oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 5).....	157
39	Deelnemer 15 se behoeftes rondom hantering en hoop voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdelings 6 en 7).....	158
40	Deelnemer 15 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8).....	161
41	Opsommende beeld van die Deelnemers (D12-D15) se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	163
42	Opsommende beeld van die deelnemers (D12-D15) se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel indien Opsies 1 en 2 saamgevoeg word as “Geen behoeftes” en Opsies 3 en 4 as “Behoeftes”.....	165
43	Opsommende beeld van die deelnemers (D12-D15) se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel indien Opsies 1 bereken word as “Geen behoeftes” en Opsies 2, 3 en 4 as “Behoeftes”.....	166
43	Opsommende beeld van die deelnemers (D12-D15) se behoeftes in die verskillende afdelings van die meetinstrument (Afdeling 1 – 8) voor en na die aanbieding van die werkswinkel.....	168

LYS VAN TABELLE

TABEL	BLADSY
1 Fase 1: Beskrywing van die proefpersone (primêre sorggewers) van die persoon met 'n gemiddelde-tot-ernstige TBB.....	27
2 Fase 1: Beskrywing van die persone met 'n gemiddelde-tot-ernstige TBB.....	29
3 Loodsstudie-Doelstellings, prosedures, resultate en aanbevelings van die waarnemingsvorms.....	35
4 Loodsstudie-Doelstellings, prosedures, resultate en aanbevelings van die vraelyste.....	36
5 Ontwerp, samestelling en motivering van die vrae ingesluit in die Behoeftevraelys.....	44
6 Motivering van die insluiting van die vrae in die fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude.....	50
7 Fase 2-Beskrywing van primêre sorggewers (proefpersone) van die persoon met 'n gemiddelde tot ernstige TBB.....	64
8 Fase 2- Beskrywing van persone met 'n gemiddelde tot ernstige traumatiese breinbesering (TBB).....	64
9 Veldnotas geneem tydens die waarneming van die interaksie tussen die persoon met 'n TBB en die Respondente (primêre sorggewers van persone met TBB).....	84
10 Opsomming van die respondente (R1, R2 & R3) se response van Afdeling C van die vraelys.....	95

HOOFSTUK 1

INLEIDING

DIE ONTWIKKELING EN TOEPASSING VAN 'N VOORLOPIGE MEETINSTRUMENT VIR DIE BEPALING VAN PRIMÊRE SORGGEWERS SE BEHOEFTE RAKENDE DIE HANTERING VAN DIE PERSOON MET 'N TRAUMATIESE BREINBESERING

1.1 INLEIDING

Traumatiese breinbesering (vervolgens TBB) is tans 'n groeiende gesondheidsprobleem in ontwikkelende lande. Dit lei dikwels tot toenemende verantwoordelikhede vir familieledede. Dit veroorsaak ook ekonomiese en menslike hulpbron-implikasies vir die gemeenskap (Goldstein, 1990; Kraus, 1993, Jennette, 1996). Vooruitgang op die gebied van akute sorg oor die afgelope 30 jaar het daartoe bygedra dat meer persone met ernstige traumatiese breinbeserings oorleef (Gentleman, 2001). Volgens statistiek saamgestel deur Nell en Brown (1990), is die insidensie van TBB (penetrerende en geslote hoofbeserings) in Suid-Afrika 36 per 100 000 persone. In teenstelling met ander neurologiese breinpatologieë soos byvoorbeeld demensie en serebrovaskulêre ongelukke, is daar bevind dat TBB hoofsaaklik die predominante gesondheidsprobleem onder jonger ouderdomsgroepe is, asook een van die algemeenste oorsake van verworwe breinbeserings by volwassenes (Sinnakaruppan en Williams, 2001; Martin, Vigiuer, Deloche en Dellatolas, 2001). Die kompleksiteit van die afwykings wat geassosieer word met TBB lei daartoe dat bepaalde uitdagings en meer verantwoordelikhede op die rehabilitasieproses, professionele persone en sorggewers geplaas word.

1.2 PROBLEEMSTELLING EN RASIONAAL

In die literatuur oor breinbeserings is daar primêr gefokus op die "slagoffer" van 'n TBB, en is spesifieke uitkomst gerapporteer in terme van die persoon met 'n TBB se mediese status, kognitiewe funksionering, werkstatus en/of gedragsprobleme (Kreutzer, Gervasio en Camplair, 1994; Seroi, Kreutzer en Witol, 1997). Dié fokus het egter verskuif en rehabilitasiespesialiste het toenemend meer bewus geword van die impak van 'n TBB op familiesisteme en die belangrike rol wat familieledede, op alle tereine van

rehabilitasie, speel (Kreutzer, *et al.*, 1994). Dit word nou erken dat TBB 'n teenstrydige effek op alle vlakke van familiefunksionering het.

Die simptome van die persoon met 'n TBB is veeleisend vir die primêre sorggewers en familieledede. Dit lei daartoe dat bepaalde behoeftes en stressors as gevolg daarvan ontwikkel (Kreutzer, *et al.*, 1994). Hierdie stressors kan gevolglik die sorggewers se eie vermoëns om hulle werklading en huishoudelike verantwoordelikhede, asook die fasilitering van die persoon met 'n TBB se rehabilitasie negatief beïnvloed (Kreutzer *et al.*, 1994). Daar word van familieledede verwag om lewenslange sorg en ondersteuning te gee aan die persoon met 'n TBB (Sinnakaruppan en Williams, 2001). Die eise en langtermynverantwoordelikhede van algemene versorging van 'n persoon met 'n TBB word dikwels eers deur familieledede ervaar nadat die persoon uit die akute rehabilitasie-eenheid ontslaan word, ten spyte van sorggewers se gebrek aan formele opleiding en hulpbronne (Seroi, Kreutzer en Witol, 1997; Kreutzer *et al.*, 1994).

Volgens die literatuur het sorggewers spesifieke behoeftes in terme van die hantering van kommunikasieprobleme, kognitiewe- en gedragsafwykings, wat kan inmeng met die algehele aanpassing in familie-funksionering. Hulle het ook die behoefte dat die genoemde areas van behoeftes alreeds vroeër tydens akute rehabilitasie geïdentifiseer moes word deur die professionele spanlede. Doeltreffende kommunikasie vorm die basis van alle interaksies en vir her-integrasie in die gemeenskap kan die belangrikheid daarvan nie ignoreer word nie (Ylvisaker en Feeney, 1998). Deur die familie se behoeftes en verwagtinge te verstaan, asook om hulle as belangrike spanlede in die span te erken, kan rehabilitasiepersoneel toepaslike en meer effektiewe opleiding en ondersteuning aan sorggewers gee. *“The importance of family and friends cannot be overestimated. It is therefore an additional but vital responsibility of therapists to influence the attitudes of the family, to prepare them for the difficult months ahead, to support and counsel them during these months, and to help them to understand their brain damaged family member. If this is accepted as a part of rehabilitation form the outset it should be possible to anticipate the most harmful of secondary psychologic reactions (and interactions) of the patient and family”* (Rosenthal, Griffith, Bond en Miller, 1990:7)

Kennis van sorggewers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode kan moontlik ook daartoe lei dat meer realistiese doelwitte opgestel word tydens die rehabilitasie-proses en hierdie doelwitte kan gevolglik ook gouer bereik word. Dit kan aanvaar word

dat indien die professionele persone meer kennis het van die faktore wat korreleer met 'n beter lewenskwaliteit, hulle beter toegerus sal wees om aan familieledede inligting en hanteringstrategieë te verskaf wat gebruik kan word om hulle lewenskwaliteit te verbeter (Wedcliffe, 1999).

Daar is 'n tekort aan inligting oor die impak wat die persoon met 'n TBB se kognitiewe-, gedrags- en kommunikasieafwykings op die sorggewers se behoeftes het. Hierdie tekortkoming in behoefte bepalende instrumente dui daarop dat daar 'n alternatiewe metode gevind moet word om te bepaal wat die impak van die persoon met 'n TBB se kommunikasieafwykings op die sorggewers se behoeftes het. 'n Moontlike oplossing vir hierdie leemte is dat daar 'n meetinstrument ontwikkel word wat spesifiek daarop fokus om die sorggewers van persone met TBB se behoeftes aan kommunikasie, kommunikasie-interaksie en algemene hantering van die persoon met TBB (in die Suid-Afrikaanse konteks) te bepaal.

In die Suid-Afrikaanse konteks is daar 'n tekort aan meetinstrumente wat spesifiek fokus op die sorggewers se behoeftes in terme van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van die persoon met 'n TBB. Die kulturele veranderlikes, geloofstelsels en unieke familiesamestellings in Suid-Afrika, beklemtoon die behoeftes aan 'n meetinstrument wat spesifiek daarop fokus om hierdie unieke veranderlikes en behoeftes aan te spreek.

Die doel van hierdie studie is dus om 'n voorlopige Suid-Afrikaanse prototipe meetinstrument te ontwikkel wat 'n verandering in sorggewers se behoeftes sal kan meet wat moontlik deur die spraaktaalterapeut (vervolgens STT) en ander rehabilitasiespesialiste gebruik kan word om primêre sorggewers se behoeftes ten opsigte van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB te identifiseer en dienooreenkomstig alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode in sodanige behoeftes te voorsien. Deur die sorggewers se behoeftes reeds tydens die akute rehabilitasieperiode te identifiseer, sal daar ook in die studie bepaal word of die meetinstrument 'n verandering in sorggewers se behoeftes sal kan meet.

1.3 OMSKRYWING VAN HOOFSTUKITLEG

Hoofstuk een dien as 'n oriëntering tot die vakgebied asook 'n motivering vir die keuse van die studie.

In Hoofstuk twee is daar aandag geskenk aan 'n bespreking van die impak van 'n TBB op primêre sorggewers, die aard en probleme van 'n TBB, die doel van effektiewe kommunikasie, en reeds bepaalde behoeftes van sorggewers van 'n persoon met 'n TBB uit vorige studies. Verder word daar ook in hierdie hoofstuk aandag geskenk aan die bespreking van 'n reeds bestaande behoefte-bepalende meetinstrument, die rol van die STT asook 'n algemene raamwerk vir konsultasie tydens die akute rehabilitasieperiode.

In Hoofstuk drie is die metode van die studie uiteengesit. Dit sluit 'n bespreking in van die doelstellings, navorsingsontwerp, proef-persoonseleksie, navorsingsapparaat en-materiaal asook die prosedures van data-insameling en dataverwerkingsprosedures van Fases 1 en 2 van die studie in.

Hoofstuk vier bied 'n kwantitatiewe en kwalitatiewe beskrywing van die navorsings-resultate van Fase 1 en 2. Dit geskied aan die hand van die doelstellings van die studie.

Hoofstuk vyf bied 'n opsommende beeld van die resultate van Fase 1 en Fase 2 asook die integrasie en bespreking daarvan. Dit geskied ook aan die hand van die doelstellings van die studie asook relevante literatuur. Op grond daarvan is daar riglyne neergelê vir die bepaling van sorggewers se behoeftes asook vir ondersteuning en hantering van primêre sorggewers van die persoon met 'n TBB, tydens die akute rehabilitasieperiode.

Hoofstuk ses bevat die gevolgtrekking, 'n evaluasie van die studie en aanbevelings vir verdere navorsing.

1.4 BEGRIPSVERKLARING

Die volgende begrippe word gedefinieer om duidelikheid te verseker.

- **Rehabilitasie (van 'n persoon met 'n TBB):** Rehabilitasie word omskryf as die ontwikkeling van die individu se volle fisiese, psigologiese, sosiale, vokasionele, avokasionele en opvoedkundige potensiaal, in verhouding met die persoon se fisiologiese of anatomiese inperkinge en omgewingsbeperkinge (Johnson en Jacobson, 1998). Rehabilitasie kan ook vanuit die Wereld Gesondheidsorganisasie perspektief in terme van die gevolge van die siekte, of 'n afwyking geklassifiseer word: (1) **Impairment**, defined as “the loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure of function”, (2) **Disability**, defined as “any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being” en (3) **Handicap**, defined as “a disadvantage, for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal (depending on age, gender, and social and cultural factors) for that individual” (Johnson en Jacobson, 1998: 390).
- **Akute rehabilitasieperiode:** Akute sorg vind plaas terwyl die persoon met TBB in die akute hospitaal is. Dit is daardie punt in die intervensie kontinuum waartydens die primêre doelwitte van rehabilitasie, hoofsaaklik medies georiënteerd is. Volgens Johnson & Jacobson (1998) is die voordele van vroeë en intensiewe intervensie tydens die akute periode (insluitend die dienste gelewer deur die STT), alreeds gedokumenteer, as belangrik beskou en word dit aanbeveel. Dus word die akute rehabilitasieperiode beskou as die beginpunt van die rehabilitasie kontinuum (Johnson & Jacobson, 1998).
- **Akute sorg:** Miller en Groher (1990) in Johnson en Jacobson (1998) beskryf dit as die periode in 'n persoon met TBB se mediese versorging waartydens die simptome die ernstigste is en die duur van die onmiddellike siektetoestand die kortste is.
- **Gemiddelde-tot-ernstige traumatiese breinbesering (TBB):** Volgens Duffy (1995) word TBB verdeel word in twee onderafdelings, naamlik penetrerende- en

geslote hoofbeserings. Penetrerende hoofbeserings (bv. skrapnel en skietwonde) veroorsaak 'n meer fokale neurologiese abnormaliteit. Geslote hoofbeserings kom egter meer gereeld voor en is die hoof oorsaak van dood en/of afwykings/gestremdhede. Motorvoertuig ongelukke, val, en sportbeserings is die hoof oorsake van geslote hoofbeserings. Die ernstighedsgraad van die besering hang af van die telling op die Glasgow Coma skaal, die tydsduur wat die persoon bewusteloos was en die duur van die persoon met 'n TBB se post-traumatiese amnesia. Die verlies aan bewustheid vir 1 -12 ure word beskou as 'n gemiddelde breinbesering en 'n verlies van bewustheid langer as 24uur, word gedefineër as 'n ernstige breinbesering. Die ernstighedsgraad volgens die Glasgow Coma Skaal word as volg bereken: 'n Telling tussen 9-12, tydens aanvang van hospitalisasie word beskou as matige (gemiddelde-) breinbesering, en 'n telling minder as 9, word beskou as 'n ernstige traumatiese breinbesering (Mackey, Chapman en Morgan, 1997; Johnson en Jacobson, 1998).

- **Primêre sorggewers:** Vir die doel van hierdie studie, word die primêre sorggewers gedefineër as die persone wat die persoon met TBB geken het voor die ongeluk en daagliks na die persoon met TBB sal omsien, tydens en na die akute rehabilitasie periode.
- **Meetinstrument:** Hierdie term verwys na die meetsinstrument wat in die studie ontwikkel is. Vir die doel van hierdie studie word die term meetinstrument gedefinieër as 'n vinnige en effektiewe metode om sorggewers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal. Die meetinstrument moet maklik en vinnig uitvoerbaar wees, presies opgestel wees om die geteikende area wat dit wil meet te meet, en maklik wees om te administrateer. Die resultate moet oor 'n periode van tyd vergelyk kan word op die meetinstrument.
- **Kommunikasie:** Dit is belangrik om onderskeid te tref tussen taal en kommunikasie. Taal word volgens Sternberg (1995) gedefinieër as: *"...the specific use of an organized means of combining words in order to communicate. Communication more broadly encompasses not only the exchange of thought and feelings through language, but also nonverbal communication such as through gestures, glances, distancing, and other contextual cues"* (Sternberg, 1995: 311). Volgens Alpiner, Kaufman en Hanavan (1993) is kommunikasie 'n

dinamiese proses waartydens idees met reseptiewe en ekspressiewe kwaliteite uitgeruil word.

1.5 OPSOMMING

As inleiding bevat hierdie hoofstuk die nodige inligting wat as motivering en agtergrond vir hierdie studie dien. Deur die stelling van 'n navorsingsprobleem, gegrond op 'n gemotiveerde rasionaal, is die bepaalde studie gerig. 'n Uiteensetting van die hoofstukke van die verhandeling word aangebied en 'n omskrywing van terme soos wat dit in die betrokke studie van toepassing is, word verskaf.

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

“When the life has been saved the quality of that survival depends crucially on the next phase – the process of rehabilitation” (Gentleman 2001:193)

Verskeie studies toon aan dat die fisiese-, kognitiewe-, emosionele- en gedragsprobleme wat ontstaan as gevolg van 'n TBB, 'n geweldige impak op die gesinsdinamiek tot gevolg het (Laroi, 2000; Martin *et al.*, 2001; Sinnakaruppan en Williams, 2001). Na 'n TBB blyk dit dikwels vir sorggewers asof die persoon met 'n TBB weer “normaal” sal kan funksioneer weens die relatiewe spoedige fisiese herstel wat plaasvind. Hierdie persone ondervind egter dikwels ernstige psigososiale en kognitiewe afwykings, sowel as kommunikasie- en sosiale probleme (Ponsford, 1995; Penn, Jones, Schmaman, Vyncke, Watt en Fridjhon, 1998). Hierdie afwykings het volgens Knight, Deveraux & Godfrey (1998), 'n groter invloed as die fisiese veranderinge, op die sorggewers se emosionele welstand. Al die genoemde afwykings lei tot veranderinge in sorggewers en individue met 'n TBB se alledaagse lewe, algehele funksionering en sosiale interaksies (Moules en Chandler, 1999; Martin *et al.*, 2001). Verdere veranderinge in die familie se organisatoriese struktuur, kommunikasiepatrone en behoeftes kom ook voor (Laroi, 2000). Indien hierdie behoeftes van die sorggewers nie aandag geniet nie, kan dit lei tot psigososiale probleme soos byvoorbeeld depressie, sosiale isolasie en stres (Knight *et al.*, 1998).

Kognitiewe- en gedragsafwykings wat geassosieër word met 'n TBB, sluit onder afwykende oordeel, taalproduksie-afwykings, disinhibisie, impulsiwiteit, verlaagde inisiëring en probleme met leer en geheue in (Wallace, Bogner, Corrigan, Clinchot, Mysiw en Fugate, 1998). Aangesien hierdie kognitiewe- en gedragsprobleme nie altyd onmiddellik sigbaar is nie, is professionele persone geneig om hierdie probleme te vermy en gevolglik word die impak wat 'n persoon met 'n TBB op die familie en sy onmiddellike omgewing het, onderskat. Dit lei daartoe dat die familie se behoeftes en probleme nie onmiddellik opval nie, en dit het tot gevolg dat hulle gedragspatrone en reaksies nie voldoende aandag geniet in rehabilitasieprogramme nie (Laroi, 2000). Ponsford (1995) meld egter dat die familie se reaksies ten opsigte van die breinbesering ook 'n impak het op die persoon met 'n TBB se psigologiese aanpassing en op

spesifieke afwykings wat voorkom as gevolg van die besering (Morris, 2001). Persone met 'n TBB is geneig tot depressie en vertoon emosionele en gedragsprobleme wat kan lei tot die ontwikkeling van sosio-emosionele afwykings (Galski, Tompkins & Johnson, 1998).

Beperkte en ontoepaslike kommunikasievaardighede na 'n TBB word beskou as 'n ernstige afwyking en 'n groot struikelblok by die her-integrasie in die gemeenskap. Dit is 'n moontlike oorsaak van sosiale isolasie en kan daartoe lei dat persone met 'n TBB nie kan of wil terugkeer na hulle werkverpligtinge toe nie (Galski *et al.*, 1998; Ylvisaker en Feeney, 1998). Persone met 'n TBB ondervind hoofsaaklik probleme met taalgebruik, wat voorkom in die aanpassing van taal- en kommunikasie-interaksie, ten einde aan die eise van spesifieke sosiale situasies te voldoen. Die persone is geneig om die reëls van kommunikasie te verbreek, ondervind probleme met ekspressiewe taal en vertoon swak kommunikasievaardighede in alledaagse situasies (Galski *et al.*, 1998).

Die sukses van 'n persoon se familie-, sosiale-, beroeps- en akademiese integrasie berus hoofsaaklik op die herstel van effektiewe kommunikasie. Dit bring mee dat rehabilitasiepersoneel meer bewus raak dat meer klem gelê moet word op die vroeë identifikasie van behoeftes en probleme wat in alledaagse kommunikasie-interaksie voorkom (Galski *et al.*, 1998). Volgens Ylvisaker en Feeney (1998) vereis TBB-rehabilitasie 'n geïntegreerde en kollaboratiewe benadering wat daarop dui dat aspekte soos uitvoerende funksies, kognitiewe vaardighede, kommunikasie- en gedragsaspekte gelyktydig aandag moet geniet tydens rehabilitasie. Kommunikasie kan nie afsonderlik van 'n geïntegreerde benadering beskou word nie (Ylvisaker & Feeney, 1998). In ernstige gevalle kan die kommunikasieafwykings wat voorkom die hele proses van rehabilitasie beïnvloed indien dit nie reggestel word nie (Gentleman, 2001). Navorsing bewys ook dat swak kommunikasievaardighede kan lei tot beperkte sosiale integrasie, wat gevolglik bepaalde behoeftes by sorggewers en persone met 'n TBB laat ontstaan (Mackay *et al.*, 1997; Galski, *et al.*, 1998).

Navorsers is dit eens dat die identifisering van sorggewers se behoeftes, die beplanning van en deelname aan behandelingsprogramme en rehabilitasieprosesse, kan verbeter. Ten spyte hiervan is kennis van sorggewers se behoeftes in terme van die kommunikasie, interaksie en algemene hantering van die persoon met 'n TBB tans

beperk deur ontoepaslike en onreëlmatige navorsingsmetodologieë en die gebruik van ongesofistikeerde familie-evaluasie-instrumente (Serio *et al.*, 1997).

Verskeie studies is uitgevoer om die sorggewers se behoeftes ten opsigte van die hantering van 'n persoon met 'n TBB te bepaal (Mauss-Clum en Ryan, 1981; Mathis, 1984; Campbell, 1988; Engli en Kirsivali-Farmer, 1993; Mackay *et al.*, 1997; Seroi *et al.*, 1997; Morris, 2001; Sinnakaruppan en Williams, 2001). Mauss-Clum en Ryan (1981) was van die eerste navorsers wat inligting verskaf het in verband met familie behoeftes, na die aanvang van 'n neurologiese besering. Die behoeftes wat as die belangrikste aangewys is, is ten opsigte van duidelike verduidelikings, besprekings van realistiese verwagtinge, emosionele ondersteuning, finansiële berading en berading ten opsigte van gemeenskapshulpbronne. Geen poging is egter aangewend om te onderskei tussen die behoeftes van die diagnose, en geen spesifieke inligting in verband met die tydperk na die aanvang van die afwykings, is verskaf nie. Verdere navorsing in hierdie verband is ook deur verskeie ander navorsers gedoen (Mathis, 1984; Campbell, 1988; Engli en Kirsivali-Farmer, 1993). Oor die algemeen is die grootste behoefte van sorggewers om inligting oor die aard van breinbesering te bekom, of daar hoop is op herstel en dat vrae eerlik beantwoord moet word (Campbell, 1988; Morris, 2001; Sinnakaruppan en Williams, 2001). Verder is behoeftes in terme van finansiële ondersteuning, geleenthede om gevoelens met ander persone te bespreek, deelname aan gemeenskapsaktiwiteite, effektiewe kommunikasie met professionele persone, sosiale aanpassing, ondersteuningsdienste en langtermynuitkomst ook van wesenlike belang (Mathis, 1984; Campbell, 1988; Engli en Kirsivali-Farmer, 1993; Serio, *et al.*, 1997; Morris, 2001; Sinnakaruppan en Williams, 2001).

Uit die bogenoemde bespreking is dit duidelik dat daar tans 'n leemte in die literatuur bestaan ten opsigte van sorggewers se behoeftes in verband met kommunikasie en kommunikasie-interaksie met 'n persoon met 'n TBB. Sinnakaruppan en Williams (2001) het 'n kritiese literatuuroorsig gedoen ten opsigte van al die behoeftes wat hoofsaaklik by sorggewers van persone met 'n TBB bestaan en voorgekom het in die literatuur vanaf 1966 – 2000. Die resultate toon dat sorggewers 'n behoefte het aan riglyne vir kommunikasievaardighede. In sy studie toon Campbell (1988) aan dat 57% van die sorggewers 'n behoefte het aan kommunikasieriglyne. Resultate verkry deur Acorn (1993) toon aan dat 74% van sorggewers 'n behoefte het aan riglyne ten opsigte van

kommunikasievaardighede. Dit blyk dus asof 'n paar navorsers die potensiele impak wat kommunikasieprobleme na 'n TBB, in hulle studies ingesluit het.

Soos reeds genoem, kan kommunikasieprobleme nie net die persoon met 'n TBB se deelname aan die sosiale gemeenskap beïnvloed nie, maar ook sy verhouding met die sorggewers. Uit die aard van die komplekse kognitiewe kommunikatiewe afwykings wat voorkom by persone met 'n TBB, moet dit bepaalde behoeftes by die sorggewers laat ontstaan. In verskeie literatuurstudies (O'Keefe, 1996; Mackay *et al.*, 1997) word dit beklemtoon dat sorggewers reeds tydens die vroeë rehabilitasieperiode ingelig en opgelei moet word betreffende maniere van interaksie met die persoon, ten einde funksionele kommunikasie te verbeter. Dit word ook beklemtoon dat indien die sorggewers goed opgelei is en oor genoegsame kennis beskik om die kommunikasie-afwykings te stimuleer, dit die algehele intervensieproses kan optimaliseer: *“The family member or friend who understands how to react to disordered communication, who knows how to help improve communicative skills, and who can help teach how to neutralize a potentially distant or even hostile communication partner, is undoubtedly the best tool that the Speech Language Pathologist has in the big bag of tricks”* (O'Keefe 1996: 235).

Dit is dus nie net belangrik om sorggewers se behoeftes aan sosiale en emosionele aspekte te bepaal nie, maar wel ook in dié van kommunikasie, aangesien laasgenoemde die hoeksteen vorm van enige interaksieproses (Mackay *et al.*, 1997). Op hierdie wyse kan daar ook meer ondersteuning aan die sorggewers deur die STT verskaf word en sodoende die stresvlakke van sorggewers verminder.

2.1. DIE METING VAN SORGGEWERS SE BEHOEFTE

Daar bestaan 'n verskeidenheid meetinstrumente wat daarop fokus om sorggewers van persone met TBB se behoeftes te bepaal. Die instrumente poog oor die algemeen om te bepaal wat die impak van die persoon met 'n TBB op die sorggewers se emosionele welstand en lewenskwaliteit het en watter behoeftes as gevolg daarvan by die sorggewers ontstaan. Ten spyte hiervan is daar deur die navorsers bevind dat die oorgrote meerderheid van die meetinstrumente op die sorggewers se algemene behoeftes in terme van gesondheid-, sosiale-, opvoedings-, en psigologiese behoeftes fokus. 'n Voorbeeld van 'n behoefte-bepalende instrument wat in die literatuur voorkom

en wat gevolglik nie voldoende inligting oor kommunikasiebehoefte bevat nie, is onder andere:

Family Needs Questionnaire (FNQ) – die skaal is spesifiek ontwikkel om die behoeftes van die sorggewers van persone met TBB te evalueer, met die doel om dienslewering aan die sorggewers te verbeter. Die skaal evalueer die sorggewers se behoeftes in terme van:

- Gesondheidsinligting.
- Emosionele ondersteuning.
- Instrumentele (praktiese) ondersteuning.
- Professionele ondersteuning.
- Gemeenskapsondersteuningsnetwerke.
- Betrokkenheid by versorging.

Die nadeel van die reeds bestaande behoefte bepalende instrument is dat dit geen inligting oor sorggewers se behoeftes ten opsigte van kommunikasie en kommunikasie-interaksie bevat nie, en indien dit wel voorkom, word daar slegs een algemene vraag daarvoor gevra, naamlik: “Ek het ‘n behoefte om gerig te word ten opsigte van kommunikasievaardighede met die persoon met ‘n TBB”, met ‘n “JA / NEE” respons (Sinnakaruppan en Williams, 2001).

In die bogenoemde instrument moet die sorggewers aandui of daar in hulle behoeftes voorsien is, en wel in watter mate in die behoeftes voorsien is of nie voorsien is nie. Die resultate van die studie deur Moules en Chandler (1999) toon aan dat die meeste sorggewers aandui dat hulle behoeftes aan praktiese- en professionele ondersteuning, die minste aandag geniet. Dit beklemtoon weereens die leemte wat voorkom in die literatuur, naamlik dat sorggewers behoeftes het aan praktiese- en spesifieke riglyne deur professionele persone. Dit geld ook vir meer spesifieke- en praktiese riglyne oor kommunikasie-interaksie.

Daar is wêreldwyd tans ‘n fundamentele verandering in die wyse waarop persone met gestremdhede benader word. Die klem het verskuif van ‘n individuele mediese perspektief na ‘n sosiale model waarin die menseregte in oënskou geneem en ontwikkel word, nie net vir die persone met gestremdhede nie, maar ook vir die sorggewers (White Paper on an Integrated National Disability Strategy, 1997). Hierdie sienings val

nou saam met die Wêreld gesondheids organisasie (WHO, 1997) se “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF). Die ICF (WHO, 1997) is deel van ‘n internasionale klassifikasiesisteen wat daarop gemik is om ‘n eenvormige raamwerk ten opsigte van gesondheid en gesondheidsverbandhoudende aspekte daar te stel. Die instrument verskaf ‘n waardevolle raamwerk waarvolgens die rehabilitasieproses gerig kan word. Die ICF (WHO, 1997) kan ook gebruik word om die sorggewers se areas van belang in terme van behoeftes te bepaal, en die behoefte-areas kan dan deel wees van die fokus op rehabilitasie. Die bepaling van hierdie behoeftes kan ook ‘n raamwerk verskaf waarvolgens die sorggewers en persoon met ‘n TBB se aktiewe deelname in die gemeenskap bevorder kan word.

Soos reeds genoem in Hoofstuk 1 van die huidige studie, is daar in die Suid-Afrikaanse konteks ‘n tekort aan meetinstrumente wat spesifiek fokus op sorggewers se behoeftes in terme van kommunikasie, kommunikasie-interaksie en die algemene hantering van die persoon met ‘n TBB. Gedeeltelik gebaseer op die konsep van die ICF, rondom die behoefte aan ‘n geïntegreerde benadering ten opsigte van ‘n gestremdheid, poog hierdie studie om die potensiële behoeftes van traumatiese breinbesering, kommunikasie en sorggewers te integreer. Gebaseer op hierdie raamwerk, poog hierdie studie om ‘n meetinstrument te ontwikkel om sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en die hantering van ‘n persoon met ‘n TBB alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode te identifiseer. Volgens Kreutzer *et al.*, (1994) is navorsing in hierdie verband belangrik om praktiese en teoretiese redes, aangesien dit gebruik kan word in die opvoeding en opleiding van rehabilitasiepersoneel. Hierdie navorsing kan moontlik ook huidige rehabilitasieprogramme in staat stel om in die familie en die persoon met ‘n TBB se behoeftes en probleme optimaal te voorsien. Dit kan ook meer begrip aan rehabilitasiepersoneel verskaf ten opsigte van aanpassings wat deur die familie gemaak moet word in ekstreme stresvolle situasies.

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat die STT en ander professionele persone wat deelvorm van die rehabilitasiespan, reeds tydens die akute rehabilitasieperiode sorggewers se behoeftes moet bepaal asook om met hulle in interaksie te tree, ten einde ‘n belangrike bydrae te lewer tot die algehele plan van dienslewering. Volgens Mackay *et al.*, (1997) is die STT, in samewerking met al die ander spanlede verantwoordelik vir inligtingsverskaffing aan die sorggewers, rakende die besering en om hulle te betrek en op te lei in die verskillende fases van die persoon met ‘n TBB se herstelproses.

Alhoewel die sorggewers dikwels op hierdie stadium oorweldig is deur die oorsaak en gevolg van die breinbesering, is hulle oor die algemeen gewillig om inligting te ontvang en hulle behoeftes te stel. Dit STT as deel van die rehabilitasiespan is spesifiek verantwoordelik om spesifieke inligting aan sorggewers oordra, ten opsigte van alle aspekte van kommunikasie- en kommunikasie-interaksie. Dit is belangrik dat die STT bereid sal wees om te luister na wat die sorggewers se behoeftes is: *“Because communication is the cornerstone of...intervention, much can be gained from listening to what the family say, as well as how they say it”* (Mackay *et al.*, 1997:538). Dit is dus van kardinale belang dat die STT reeds tydens die akute fase sorggewers se behoeftes bepaal, ten einde die persoon met 'n TBB, sy sorggewers en ander spanlede te ondersteun, en om hulle bydrae te benut tydens die beplanning van intervensie. Op hierdie wyse kan die STT en ander spanlede die nodige kennis bekom om in sorggewers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode doeltreffend te voorsien.

Aangesien die STT, as deel van die professionele rehabilitasiespan 'n integrale rol speel in die hantering van beide sorggewers en die persoon met 'n TBB, het navorsing in hierdie verband ook implikasies vir die dienslewering wat deur die STT aan sorggewers verskaf word. In die akute rehabilitasie opset is die STT hoofsaaklik verantwoordelik vir die ontwikkeling en vaslegging van 'n funksionele kommunikasiesisteem tussen die sorggewers en die persoon met 'n TBB. Vir die ontwikkeling van hierdie kommunikasiesisteem is dit belangrik om die persoon met 'n TBB se kognitief-linguistiese kommunikasievaardighede te evalueer, asook sorggewers se behoeftes ten opsigte van die hantering van hierdie afwykings te bepaal en vervolgens intervensie te verskaf. Weens die ernstigheidsgraad van kognitief-linguistiese probleme, is dit dus die STT se verantwoordelikheid om opleiding aan sorggewers en ander rehabilitasiepersoneel te verskaf ten opsigte van maniere waarop gepaardgaande probleme hanteer kan word, en waarop daar met die persoon met 'n TBB in interaksie getree kan word. Dit is belangrik om inligting en opleiding te verskaf aangaande die aanpassings wat daar deur sorggewers gemaak sal moet word, ten einde optimale kommunikasie-interaksie te fasiliteer (Mackay *et al.*, 1997).

2.2. ALGEMENE RAAMWERK VIR KONSULTASIE TYDENS DIE AKUTE REHABILITASIEPERIODE VIR DIE SPRAAKTAALTERAPEUT

'n Algemene raamwerk wat deur die STT in aggeneem moet word tydens die akute rehabilitasietydperk word in die volgende gedeelte weergegee. Volgens Johnson en Jacobson (1998) bestaan konsultasie tydens die akute rehabilitasie tydperk uit drie belangrike sleutels van professionele aktiwiteite, naamlik: evaluasie/diagnose van die kommunikasie-en/of slukafwyking, intensiewe monitering van kliniese simptome, intervensie en opleiding/berading. Daar word na hierdie dienste verwys as konsultatief omdat hulle hoofsaaklik aan die persoon met 'n TBB verskaf word met inagneming van die inligtingsbehoefte van die persoon met 'n TBB, die sorggewers en die ander bronne van verwysing. Hierdie klem wat op die konsultatiewe benadering (in teenstelling met 'n tradisionele rehabilitatiewe benadering) geplaas word, word só beklemtoon, as gevolg van die kort tydsduur van die persoon met 'n TBB in akute sorg.

Dit van kardinale belang is dat die STT kennis en begrip moet toon ten opsigte van die waarde van effektiewe konsultasie, evaluering en intervensie. Een van die eerste aspekte wat in ag geneem moet word deur die STT tydens die akute rehabilitasieperiode is die belang van vinnige en doeltreffende inligtingsverskaffing aan alle ander lede van die gesondheidspan, wat vanselfsprekend ook die sorggewers van die persoon met 'n TBB insluit (Johnson en Jacobson, 1998). Die rede hiervoor is omdat persone wat in akute sorg eenhede is, se toestand vinnig verander. Buiten die vinnige verandering wat by die persoon met 'n TBB self plaasvind, is daar ook ander faktore wat daartoe lei dat persone met 'n TBB vinniger uit die akute sorg eenhede verplaas word. Redes hiervoor is onder andere die verbetering van buite-pasiënt dienslewering en ook die finansiële druk wat daar op gesondheidsisteme geplaas word. Hierdie vermindering van die tydperk waartydens die persoon met 'n TBB in die akute sorg bly, verhoog egter die kompleksiteit om effektiewe kommunikasie en besprekings tussen professionele persone en sorggewers te hanteer asook om doeltreffende akute rehabilitasiedienste te lewer. *“Given that one of the major goals of care in the acute setting is to participate in the medical and rehabilitative care of the patient, it is very important that the interaction among care providers be clear, concise, and directed toward patient care”* (Johnson en Jacobson, 1998: 102).

Nie net het hierdie verkorte tydperk waarin die persoon met 'n TBB om akute sorg opgeneem is 'n invloed op die laasgenoemde faktore nie, maar ook op die persoon met 'n TBB en die primêre sorggewers. Die sorggewers ontvang gevolglik nie die doeltreffende ondersteuning en hantering van hulle individuele behoeftes nie (Johnson en Jacobson, 1998). Dit is dus belangrik dat sorggewers se behoeftes alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode bepaal moet word, deur middel van 'n vooropgestelde meetinstrument om sodoende te voorkom dat sorggewers se behoeftes agterweë gelaat word en gevolglik nooit aangespreek word nie.

Dit is van kardinale belang dat die primêre sorggewers van die persoon ten alle tye ingelig moet wees ten opsigte van alle aspekte in terme van die hantering van die persoon met 'n TBB. Alhoewel goeie waarneming van die persoon met 'n TBB se gedrag, toepaslike en akkurate diagnoses en goeie interaksie met die persoon met 'n TBB self, baie belangrik is tydens die akute rehabilitasieperiode, gaan hierdie aspekte egter nie verseker dat die persoon met 'n TBB, bv. korrek geïdentifiseer is tydens etes nie. Verder gaan dit ook nie verseker dat daar wel toepaslike kommunikasievaardighede is en dat die persoon met 'n TBB se aanvullende en alternatiewe kommunikasiesisteme korrek gebruik word, en dat toepaslike verwysings gemaak word nie. Al hierdie genoemde aktiwiteite wat wel ook deur die STT verskaf word, moet egter later deur die persoon met 'n TBB se primêre versorger self gedoen word. Dit is dus belangrik dat die STT in die akute sorg tydperk oor goeie kommunikasievaardighede beskik wat duidelike, spesifieke verduidelikings en rasionale vir verdere aanbevelings of versoeke verskaf word. Die STT moet ook oor die vermoë beskik om enige ander agtergrondinligting te verskaf vir enige ongewone of onverwagte aanbevelings. Maar hierdie bogenoemde inligting kan slegs doeltreffend aan primêre sorggewers verskaf word, indien die sorggewers se onmiddellike behoeftes so gou as moontlik geïdentifiseer word.

In hierdie tydperk is dit ook belangrik vir die STT om nie die families of die persoon met 'n TBB te oorlaai met te veel inligting nie. Konstante aanpassings van die tipe en hoeveelheid inligting wat deur die sorggewers verskaf moet word is 'n belangrike doelwit. Die STT moet aan die begin van die "professionele verhouding" met die sorggewers, slegs duidelike, kernagtige en kort verduidelikings gee. Soos wat die verhouding vorder is dit verstandig om daaraan te dink om meer uitgebreide verduidelikings ensovoorts aan die primêre sorggewers te verskaf rakende die persoon

met 'n TBB se kommunikasievaardighede en -prognose, slukafwykings en verskeie behandelingsopsies.

Ten einde die laasgenoemde te bewerkstellig is dit belangrik dat daar 'n manier is om die sorggewers se behoeftes aanvanklik te bepaal tydens die akute rehabilitasieperiode, om te verseker dat die nodige en toepaslike inligting wat vir hulle op daárdie stadium belangrik is, aan te spreek. Dit is nie net van belang om sorggewers se behoeftes aan te spreek nie. Dit kan ook ander belangrike implikasies ten opsigte van die koste van die versorging, lengte wat die persoon met 'n TBB in hospitaal bly en die persoon se uitkomst, positief lê. Dit is daarom belangrik dat die STT so gou as moontlik, inligting verskaf.

Volgens Johnson en Jacobson (1998) verteenwoordig die akute versorgingsomgewing 'n belangrike deel van die gesondversorgingskultuur wat 'n opwindende en kreatiewe geleentheid vir die STT verskaf. Die onus berus dus op ons, om sorggewers se behoeftes alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal, ten einde hulle te ondersteun sodat hulle die versorgingsperiode beter sal kan hanteer.

2.3. OPSOMMING

Hierdie hoofstuk dien as agtergrondsliteratuurstudie oor die aard van 'n TBB en die impak van 'n TBB op die primêre sorggewers. Die probleme van 'n TBB, die doel van effektiewe kommunikasie, en reeds bepaalde behoeftes van sorggewers van 'n persoon 'n TBB uit vorige studies is ook in hierdie hoofstuk uiteengesit en bespreek. Verder is daar ook aandag geskenk aan die bespreking van 'n reeds bestaande behoefte-bepalende meetinstrument, die rol van die STT asook 'n algemene raamwerk vir konsultasie tydens die akute rehabilitasieperiode. Soos reeds genoem, is dit van kardinale belang dat sorggewers se behoeftes alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode deur professionele persone bepaal moet word ten einde dienslewering in die unieke Suid-Afrikaanse konteks te verbeter.

HOOFSTUK 3

METODE

In hierdie afdeling word die metode waarvolgens die navorsing uitgevoer is, bespreek. Die studie bestaan uit twee fases en die metodes wat in die twee verskillende fases gevolg is, word afsonderlik bespreek.

Eerstens volg 'n volledige uiteensetting en bespreking van die metode wat tydens Fase 1 gevolg is, en daarna volg 'n uiteensetting en bespreking van die metode wat tydens Fase 2 gebruik is. Die metodes van beide fases word in terme van die doelstellings, navorsingsontwerp, seleksiekriteria van die deelnemers, materiaal en apparaat, data-insamelings- asook die dataverwerkingsprosedures wat in die betrokke fase gebruik is, bespreek.

3.1. HOOFDOELSTELLING

Die hoofdoel van hierdie studie is om 'n voorlopige meetinstrument op te stel ten einde sorggewers se behoeftes te bepaal ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB tydens die akute rehabilitasieperiode en om te bepaal of 'n vooropgestelde meetinstrument wel 'n verandering in die sorggewers se behoeftes sal kan meet.

3.1.1. SUBDOELSTELLINGS

Met die oog op die **ontwikkeling en samestelling van die meetinstrument**, is die volgende subdoelstelling vir Fase 1 geformuleer, ten einde die hoofdoel van die studie te bereik.

- **Subdoelstelling 1:** Die bepaling van die sorggewers se **huidige behoeftes** en **vlak van kennis**¹ ten opsigte van bepaalde kategorieë van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB, met die doel om dit

¹ Indien die respondente volgens die navorser nie genoegsame kennis ten opsigte van die kommunikasie-interaksie met die persoon met 'n TBB vertoon het nie, is die gebrek aan kennis, vir die doel van die studie, geïnterpreteer as 'n behoefte wat die respondente het. Dus 'n gebrek aan kennis is volgens die navorser gesien as 'n behoefte en die aspekte in ag geneem tydens die opstel van die meetinstrument.

in die meetinstrument in te sluit. Hierdie kategorieë verwys spesifiek na sorggewers se behoeftes aangaande die hantering van:

- Reseptiewe taalafwykings;
 - Ekspressiewe taalafwykings;
 - Sosio-kommunikatiewe afwykings;
 - Kognitief- kommunikatiewe afwykings;
 - Gedrags- en emosionele afwykings;
 - Voedingsprobleme;
 - Omgewingsaanpassings;
 - Ander.
- **Subdoelstelling 2:** Die toepassing van die voorlopige meetinstrument op 'n bepaalde toetspopulasie ten einde te bepaal of die **meetinstrument 'n verandering** in die sorggewers se behoeftes kan **meet** na die aanbieding van 'n werkwinkel. *(Die doel van die werkwinkel is om inligting aan die sorggewers te verskaf op grond van die behoeftes wat tydens die voltooiing van die voorlopige meetinstrument geïdentifiseer is).*

3.2. METODE VIR FASE 1

3.2.1. Doelstelling vir Fase 1 (Subdoelstelling 1)

Met die oog op die **ontwikkeling en samestelling van die meetinstrument**, is die volgende subdoelstelling vir Fase 1 geformuleer, ten einde die hoofdoel van die studie te bereik.

- **Fase 1:** Die bepaling van die sorggewers se **huidige behoeftes** en **vlak van kennis**² ten opsigte van bepaalde kategorieë van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB, met die doel om dit in die

² Indien die respondente volgens die navorser nie genoegsame kennis ten opsigte van die kommunikasie-interaksie met die persoon met 'n TBB vertoon het nie, is die gebrek aan kennis, vir die doel van die studie, geïnterpreteer as 'n behoefte wat die respondente het. Dus 'n gebrek aan kennis is volgens die navorser gesien as 'n behoefte en die aspekte is in ag geneem tydens die opstel van die meetinstrument.

meetinstrument in te sluit. Hierdie kategorieë verwys spesifiek na sorggewers se behoeftes aangaande die hantering van:

- Reseptiewe taalafwykings;
- Ekspressiewe taalafwykings;
- Sosio-kommunikatiewe afwykings;
- Kognitief- kommunikatiewe afwykings;
- Gedrags- en emosionele afwykings;
- Voedingsprobleme;
- Omgewingsaanpassings;
- Ander.

3.2.2. Navorsingsontwerp vir Fase 1

Elke fase (Fase 1 en 2) het 'n spesifieke doel en navorsingsontwerp wat deur middel van 'n subdoelstelling gerealiseer is. In die volgende bespreking word 'n duidelike uiteensetting gegee van die navorsingsontwerpe wat tydens **Fase 1** gebruik is. Dit is egter belangrik om daarop te let dat **Fase 1** uit twee verskillende dele bestaan, naamlik die uitvoer van veelvuldige enkelgevallestudies (Deel 1) en fokusgroepe/semigestruktureerde onderhoude (Deel 2). Daar is dus van twee verskillende navorsingsontwerpe gebruik gemaak tydens die uitvoer van **Fase 1**.



Figuur 1: Skematiese voorstelling van die navorsingsontwerpe van Fase 1

In die **eerste deel** van Fase 1 is daar van **veelvuldige enkelgevallestudies** gebruik gemaak, ten einde die studie in die raamwerk van beskrywende navorsing uit te voer (Wisker, 2001; Nel, 2002). Die gevallestudie is ook gebruik om 'n empiriese ondersoek uit te voer ten einde te bepaal wat die kategorieë van die deelnemers se huidige behoeftes en kennis rakende kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n gemiddelde tot ernstige TBB is. Volgens Wisker (2001) is een van die voordele van die gebruik van gevallestudies as navorsingsmetode dat die fenomeen in diepte ondersoek en nagevors word. In hierdie studie is daar op die individu self gefokus en verskillende individue se belewenisse is vergelyk. Die nadeel is dat veralgemening nie kan plaasvind nie, indien daar slegs 'n enkelgevallestudie uitgevoer word nie, en dat die subjektiwiteit van die navorser bevestig word (Burns en Grove, 1993; Wisker, 2001). In 'n poging om hierdie nadele te oorkom, is daar gebruik gemaak van veelvuldige gevallestudies. Daar is ook deurgaans van 'n tweede beoordelaar (kundige op die gebied) gebruik gemaak om die verkreeë resultate op te teken en te interpreteer. Hierdeur word die bruikbaarheid van die navorsing verseker en **vermeerder** dit die moontlike interpretasies van die situasie (Wisker, 2001). Die buigbaarheid van 'n gevallestudie en die kreatiwiteit wat aan die navorser oorgelaat word, kompenseer vir die duidelike tekort aan eksterne geldigheid, of die vermoë om te veralgemeen na 'n verteenwoordigende populasie (Burns en Grove, 1993; Wisker, 2001). Tydens die veelvuldige enkelgevallestudies is daar van gestruktureerde en ongestruktureerde waarneming en vraelyste gebruik gemaak om inligting te versamel. Hierdie datainsamelingsmetodes word later in die hoofstuk volledig bespreek.

In die **tweede deel** van Fase 1 is daar van **een groepbespreking (fokusgroep) en vier semigestruktureerde onderhoude** gebruik gemaak. Die doel van die groepbespreking is om verdere interpretasie en betekenis aan die ingesamelde data (wat tydens die veelvuldige enkelgevallestudies verkry is) te verleen. Die fokusgroepbesprekings is ook gebruik vir die verdediging en wysiging van die ingesamelde data (Bloor, Frankland, Thomas en Robson, 2001). Die doel van die fokusgroepe is dus primêr beskou as 'n vorm van triangulasie, deurdat die inligting wat tydens hierdie metode ingesamel is, vergelyk is met die vorige data (Bloor *et al.*, 2001). Fokusgroepe verskaf ryker en waardevolle inligting oor die kennis, houding en ervarings van die navorsingsdeelnemers. Die gebruik van fokusgroepe kan ook die deelnemers 'n gevoel van bemagtiging gee, aangesien hulle deel van die navorsingsproses word en die geleentheid kry om hulle opinies te lig (Syron en Shelley, 2001). Fokusgroepe is

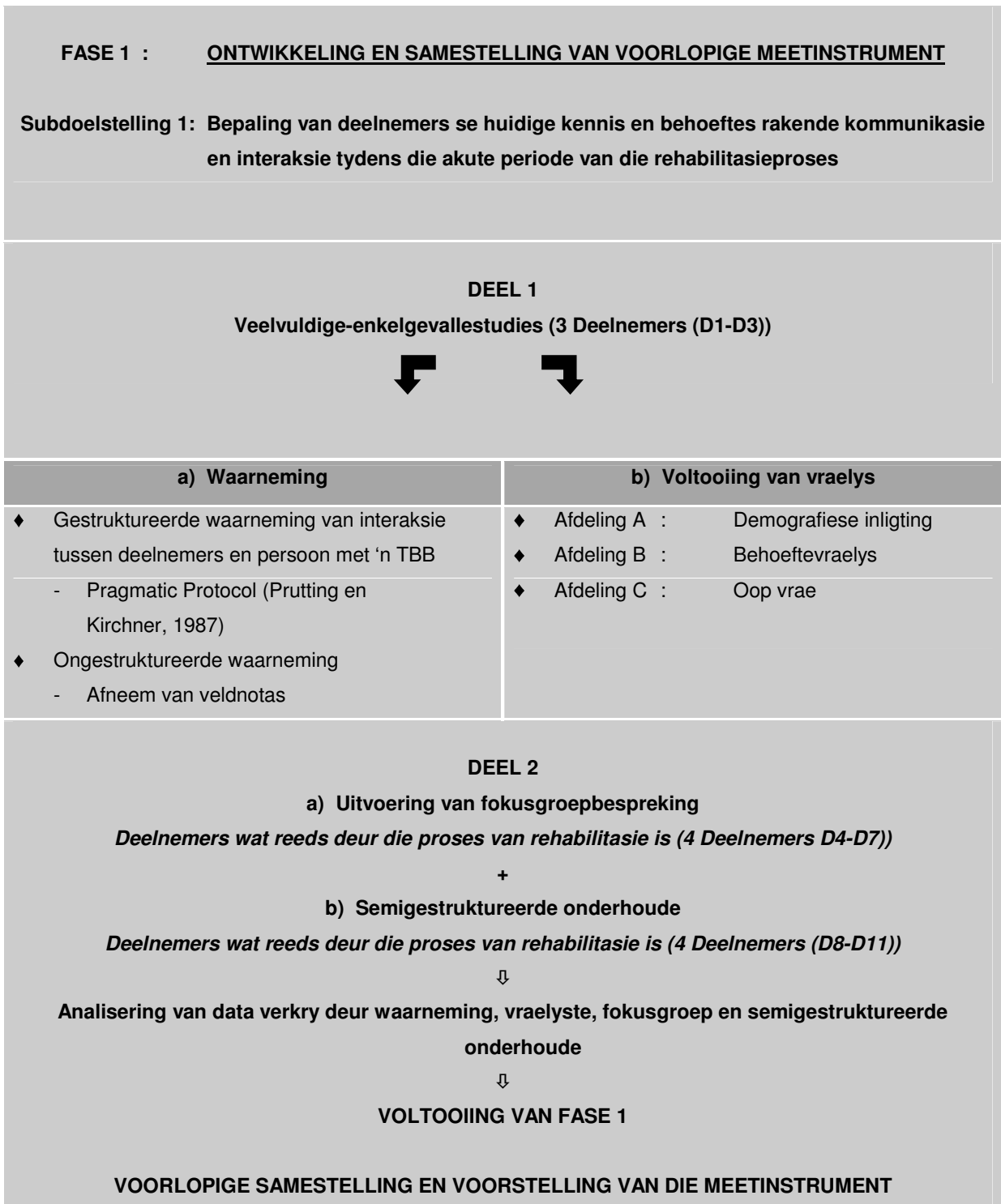
veral toepaslik vir navorsing wat dit ten doel het om dienslewering te verbeter, aangesien dit die uitdrukking van kritiek fasiliteer, wat deelnemers dikwels nie in individuele sessies wil bespreek nie. Dit lei ook tot eksplorاسie van die voor- en nadele van verskillende oplossings en moedig verhoogde deelname van deelnemers aan (De Vos 1998; Syron en Shelley, 2001).

Dit moet hier egter duidelik gestel word dat die semigestruktureerde onderhoude slegs uitgevoer is om logistieke redes, omdat van die deelnemers eerder bereid was om die inligting vertroulik en individueel met die navorser te deel. Die deelnemers wou dus nie die inligting in groepverband deel nie. Die navorser het dus die semigestruktureerde onderhoude as deel van die data-insamelingsprosedures ingesluit, om sodoende te voorkom dat belangrike en waardevolle inligting verlore gaan. Onderhoudvoering is ook 'n tegniek wat die navorser die geleentheid gee om die betekenis van 'n fenomeen in diepte te ondersoek. Die navorser se interpersoonlike vaardighede kan gebruik word om deelname te fasiliteer en meer inligting kan op hierdie wyse verkry word (Burns en Grove, 1993; Wisker 2001). Die voordele van onderhoudvoering is dat daar beter response van die deelnemers verkry word as wanneer vraelyste gebruik word en dit lei tot 'n meer verteenwoordigende beeld van die verkreeë resultate. Die nadeel is dat meer tyd en kostes benodig word om onderhoude uit te voer, en die grootte van die steekproef word gevolglik beperk (Burns en Grove, 1993; De Vos, 1998; Wisker, 2001).

Op grond van die resultate van hierdie fase (Fase 1) is die meetinstrument ontwikkel en saamgestel.

3.2.3. Skematiese voorstelling van die navorsingsproses van Fase 1

Die volgende diagram (Figuur 2) is 'n skematiese voorstelling van Fase 1 (*Bepaling van die sorggewers se huidige behoeftes en vlak van kennis ten opsigte van bepaalde kategorieë van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB, met die doel om dit in die meetinstrument in te sluit*), en navorsingstrategieë wat tydens die navorsing gebruik is ten einde die hoofdoel van die studie te bereik.



Figuur 2: Skematiese voorstellings van die navorsingsproses van Fase 1

3.2.4. Steekproef vir Fase 1

Vir die doel van die studie is daar van 'n gerieflikheidsteekproef gebruik gemaak (De Vos, 1998). Hierdie besluit is geneem op grond van die feit dat dit die insameling van data vir die navorser vergemaklik en ook die navorser in staat stel om persoonlike kontak met die deelnemers op te bou. Toestemming is verkry en twee reabilitasiesentrums is genader om die navorsing uit te voer (Bylae D en E).

a) Kriteria vir die seleksie van die deelnemers van Fase 1

Die primêre sorggewers (Deelnemers van die studie), soos aangewys deur die familieledede van 'n persoon met 'n gemiddelde-tot-ernstige TBB wat net na hospitalisasie in 'n akute reabilitasiesentrum opgeneem is, is vanuit die reabilitasiesentrum geselekteer. Primêre sorggewers is vir die doel van die studie gedefinieër as die persone wat die persoon met 'n TBB geken het voor die besering en wat daaglikse kontak sedert die ongeluk met die persoon gehad het (Marsh, Kersel, Havill en Sleigh, 2002). Die deelnemers wat tydens Fase 1 gebruik is, moes aan die volgende seleksiekriteria voldoen.

- **Ouderdom**

Die primêre sorggewers moes 18 jaar en ouer wees. Op hierdie wyse is daar verseker dat die sorggewers volwasse genoeg is, om na 'n persoon met 'n TBB om te sien en wat deur die dag instaat is om vir die persoon met 'n TBB versorging te kan bied. Die sorggewers is dus nie meer kinders of leerders wat byvoorbeeld nog op skool is nie.

- **Spreektaal**

Die deelnemers is vir die doel van die studie eerstetaal Afrikaans–en/of Engelsprekendes. Op hierdie wyse is beter geldigheid en betroubaarheid van die verkreeë resultate bekom, aangesien die navorser beide die tale magtig is, en dus kon die tipe interaksies beter interpreteer word.

- **Verhouding met die persoon met 'n TBB**

Die deelnemers is die enigste primêre sorggewers wat daagliks na die persoon omsien, en wat deur die familieledede van die persoon met 'n TBB geïdentifiseer is as die primêre sorggewer (Marsh *et al.*, 2002). Hierdie kriteria is opgestel, aangesien die primêre sorggewer juis die persoon is wat die persoon met 'n TBB die beste ken en bewus is van sy persoonlikheid voor die besering, asook sy behoeftes en beperkinge na die besering.

- **Vorige ervaring**

Veelvuldige enkelgevallestudies: Die sorggewers beskik oor geen vorige ervaring ten opsigte van die hantering van 'n persoon met 'n TBB nie. Hierdie vereiste is gestel ten einde enige invloed van vorige opleiding of persoonlike ervaring ten opsigte van die hantering van 'n persoon met 'n TBB, uit te skakel. Dit verhoog dus die betroubaarheid en geldigheid van die resultate.

Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude: Tydens die seleksie van die fokusgroep is die sorggewers wat alreeds vorige ervaring ten opsigte van die hantering van 'n persoon met 'n TBB in die akute rehabilitasieperiode geselekteer. As gevolg van die beperkte aantal beskikbare deelnemers is daar besluit om die semigestruktureerde onderhoude ook in te sluit by die data-insameling en dit dien dus ook as 'n vorm van triangulasie. Hierdie deelnemers beskik ook oor vorige ervaring ten opsigte van akute rehabilitasie. Op hierdie wyse is daar meer inligting bekom wat waardevol gebruik is tydens die ontwikkeling van die meetinstrument.

- **Geslag**

Geen onderskeid is tussen die verskillende geslagte gemaak nie, aangesien hierdie studie nie daarop gefokus is om verskille wat moontlik tussen die twee geslagte mag voorkom, te bepaal nie.

3.2.5. Beskrywing van die deelnemers van Fase 1

Tabel 1 verskaf 'n uiteensetting en beskrywing van die deelnemers wat aan Fase 1 van die studie deelgeneem het. Tydens die eerste gedeelte van Fase 1 het deelnemers D1, D2, en D3 deelgeneem aan die waarneming en voltooiing van die vraelyste. Hierdie deelnemers (D1 tot D3) is primêre sorggewers van die persoon met 'n TBB wat in die akute rehabilitasieperiode is. Al die deelnemers wat aan hierdie gedeelte van die studie deelneem is vroulik en die moeders van die persone met TBB. Deelnemers 1 en 3 ressorteer onder die ouderdomsgroep van 50 jaar en ouer, maar Deelnemer 2 het nie haar ouderdom verskaf nie. Deelnemer 1 (D1) se hoogste vlak van opleiding is matriek, Deelnemer 2 (D2) standerd 8, terwyl Deelnemer 3 (D3) oor tersiêre opleiding beskik. Beide Deelnemers 1 (D1) en 3 (D2) het daaglikse kontak met die persoon met TBB, terwyl Deelnemer 2 (D2) ten tye van die navorsing, net weeklikse kontak met die persoon met 'n TBB het.

In die tweede gedeelte van Tabel 1 is 'n volledige uiteensetting van die deelnemers wat aan die tweede gedeelte van Fase 1 (Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude) van die studie deelgeneem het. Hierdie deelnemers (D4 tot D11) is primêre sorggewers van persone met TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is. Die meerderheid van die deelnemers wat aan hierdie gedeelte van die studie deelgeneem het, is vroulik, terwyl net twee deelnemers manlik is. Al die deelnemers, behalwe D4 en D8, is die moeder en/of vader van die persoon met 'n TBB. Deelnemer 4 (D4) is die persoon met 'n TBB se vrou en Deelnemer 8 (D8), is die geaffekteerde persoon se vriendin. Die deelnemers se ouderdomme wissel tussen 34 en 60 jaar. Die meerderheid van die deelnemers het geen vorige ervaring van 'n persoon met 'n TBB gehad voor die ongeluk nie, terwyl Deelnemers D4, D6 en D7 familie of kennisse het met 'n breinbesering (Sien Tabel 1 vir verdere inligting oor die deelnemers).

Tabel 2 verskaf inligting oor die persone met 'n TBB. Vier van die persone met 'n TBB is manlik en vyf vroulik. Die persone met 'n TBB se ouderdomme wissel tussen 21 en 36 jaar, ten tye van die navorsing (Sien Tabel 2 vir verdere inligting oor die persone met 'n TBB).

Tabel 1-Fase 1: Beskrywing van die deelnemers (primêre sorggewers) van die persoon met 'n gemiddelde-tot-ernstige TBB

VEELVULDIGE ENKELGEVALLESTUDIE (DEEL 1: WAARNEMING EN BEHOEFTEVRAELYS)								
Deelnemer	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Vorige beroep	Hoogste vlak van opleiding	Verhouding met persoon met TBB	Hoeveelheid kontak met die persoon	Vorige ondervinding van TBB
D1	Vroulik	Afrikaans	50 jaar	Opleidings-beampte	Matriek	Moeder	Daaglik	Geen
D2	Vroulik	Afrikaans	Nie ingevul nie	Huisvrou	Std 8	Moeder	Weeklik	Geen
D3	Vroulik	Afrikaans	54 jaar	Onderwyseres	B.A. Honneurs	Moeder	Daaglik	Geen
FOKUSGROEP (F) EN SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE (SGO) (DEEL 2)								
Deelnemer	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Huidige beroep	Hoogste vlak van opleiding	Verhouding met persoon met TBB	Hoeveelheid kontak met die persoon	Vorige ondervinding van TBB
D4 (F)	Vroulik	Engels	42 jaar	Goudsmid	Diploma	Vrou	Daaglik	Ken familie - kennisse met 'n TBB
D5 (F)	Vroulik	Afrikaans	60 jaar	Pensioenaris	BsC BED Honneurs	Moeder	Daaglik	Geen
D6 (F)	Vroulik	Afrikaans	49 jaar	Huisvrou	Diploma	Moeder	Daaglik	Ken familie - kennisse met breinbesering
D7 (F)	Manlik	Afrikaans	47 jaar	Medies ongeskik	Matriek	Vader	Daaglik	Ken familie - kennisse met breinbesering
D8 (SGO)	Vroulik	Afrikaans	34 jaar	Eie besigheid en naskool-sentrum	Diploma	Vriendin	Daaglik	Geen

Tabel 1 (vervolg)

Deelnemer	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Vorige beroep	Hoogste vlak van opleiding	Verhouding met persoon met TBB	Hoeveelheid kontak met die persoon	Vorige ondervinding van TBB
D9 (SGO)	Vroulik	Afrikaans	59 jaar	Huismoeder by Dagsorg-sentrum	Diploma	Moeder	Daagliks	Geen
D10 (SGO)	Vroulik	Afrikaans	51 jaar	Huisvrou	Matriek	Moeder	Daagliks	Geen
D11 (SGO)	Manlik	Afrikaans	54 jaar	Eie besigheid	Matriek	Vader	Daagliks	Geen

Tabel 2- Fase 1: Beskrywing van die persone met 'n gemiddelde-tot-ernstige TBB

VEELVULDIGE ENKELGEVALLESTUDIE (DEEL 1: WAARNEMING EN BEHOEFTEVRAELYS)										
Persoon met TBB	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Beroep bekleer voor ongeluk	Hoogste vlak van opleiding	Waar woon persoon tans	Datum van ongeluk	Tydperk van koma	Telling op Glasgow-Coma Scale	Wyse van kommunikasie
TBB1	Manlik	Afrikaans	27	Passer en draaier	Matriek (Graad 12)	Rehabilitasiesentrum	2003-06-26	45 dae	< 9	Goeie verbale en nie-verbale kommunikasie – Voer betekenisvolle gesprekke
TBB2	Manlik	Afrikaans	28	Sekuriteits-beampte	Standerd 8 (Graad 10)	Rehabilitasiesentrum	2003-06- ^{**}	Nie voltooi op vraelys nie	Nie voltooi op vraelys nie	Slegs nie-verbaal kommunikasie en dus geen verbale kommunikasiegedrag nie. (Geluide bv. “mmm” en liggaamsgebare bv. kopknik vir “Ja” en “Nee” response
TBB3	Vroulik	Afrikaans	20	Student	Matriek (Graad 12)	Tuis, by ouers	2003-05-02	Paar dae	Nie voltooi op vraelys nie	Hoofsaaklik nie-verbale kommunikasie (Liggaamsgebare, handgebare en kopknik), maar daar is wel verbale kommunikasie-aspekte teenwoordig (Sê “Ja” en “Nee”), maar dit is die enigste verbale kommunikasie wat voorkom. “Ja” en “Nee” response word wel dikwels toepaslik gebruik, maar sy beantwoord en kommunikeer ten alle tye deur slegs “Ja” en “Nee” te sê.

FOKUSGROEP (F) EN SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE (SGO) (DEEL 2)

Persoon met TBB	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Beroep beklee voor ongeluk	Hoogste vlak van opleiding	Waar woon persoon tans	Datum van ongeluk	Tydperk van koma	Telling op Glasgow-Coma Scale	Wyse van kommunikasie
TBB4 (F)	Manlik	Engels	36 jaar	Assistent Direkteur by Internasionale maatskappy	Matriek	Eie huis (saam met vrou)	2001-04-30	8 maande	< 9	Maak hoofsaaklik gebruik van nie-verbale kommunikasie-metodes, bv. ge-luide, gebare. Verbaal – slegs enkelwoorde, maar onverstaanbare spraak (Disartrie)
TBB5 (F)	Vroulik	Afrikaans	27 jaar	Geneesheer	MBCHB	Eie huis	2002-10-07	6 weke	< 9	Goeie nie-verbale en verbale kommunikasie – Voer betekenisvolle gesprekke
TBB6&7 (F) ³	Vroulik	Afrikaans	21 jaar	Skolier	Standaard 8 (Graad 10)	Tuis, by ouers	1998-09-12	4 maande	Nie aangedui in vraelys nie	Nie-verbale en verbale kommunikasie – voer gesprek, maar spraak is dikwels onverstaanbaar. Baie stadige spraakspoed.

³ Die twee deelnemers is die vader en moeder van die persoon met die TBB en is vir die doel van die studie saam gegroepeer in die tabel

Persoon met TBB	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Beroep beklee voor ongeluk	Hoogste vlak van opleiding	Waar woon persoon tans	Datum van ongeluk	Tydperk van koma	Telling op Glasgow-Coma Scale	Wyse van kommunikasie
TBB8⁴(SGO)	Vroulik	Afrikaans	26 jaar	Arbeids-terapeut	Graad	Eie huis (saam met man)	2000-04-18	6 weke	Nie aangedui in vraelys nie	Hoofsaaklike nie-verbale kommunikasie, bv, kopknik vir “Ja” en “Nee” response. Verbale kommunikasie: Slegs enkelwoorde-onverstaanbaar. Dikwels amper geen kommunikasie nie (baie stil). Beantwoord dikwels nie vra nie.
TBB9 (SGO)	Manlik	Afrikaans	27 jaar	Elektrisiën	Matriek	Eie huis (saam met moeder)	1995-02-05	2 maande	< 9	Nie-verbale en verbale kommunikasie- metodes. Voer betekenisvolle gesprek
TBB10&11 (SGO)⁵	Vroulik	Afrikaans	26 jaar	Eise klerk	Matriek	Eie huis	2000-11-03	Meer as 'n maand	< 9	Verbale kommunikasie – gesprek. Onverstaanbare spraak as gevolg van disartrie. Ontoepaslike uitinge kom aanhoudend voor en persoon is geneig om te skree. Min tot geen nie-verbale kommunikasie-metodes.

⁴ Die deelnemer (TBB8) het 'n aneurisme gehad, maar is vir die doel van die studie ingesluit aangesien sy met dieselfde simptome presenteer as 'n persoon met 'n TBB. Sy vertoon ernstige gedrags-, kognitiewe en kommunikasieafwykings.

⁵ Die twee deelnemers is die vader en moeder van die persoon met die TBB en is vir die doel van die studie saam gegroepeer in die tabel

3.2.6. Seleksieprosedures vir Fase 1

- Daar is aansoek gedoen by die Etiese Navorsingskomitee van die Universiteit van Pretoria om toestemming tot die uitvoer van hierdie studie te verkry (Bylae A).
- Toestemming is verkry vanaf die Navorsingsvoorstel-en Etiekkomitee van die Universiteit van Pretoria (Bylae B).
- Rehabilitasiesentrums is telefonies en per brief gekontak om toestemming tot die uitvoer van die studie te verkry. Aangesien die kontak persone Engels-sprekend was, is die briewe slegs in Engels saamgestel (Bylae D).
- 'n Toestemmingsbrief is deur die navorser opgestel waarin die doel van die studie bekend gemaak is (Bylae D).
- Toestemming is vanaf die onderskeie Rehabilitasiesentrums verkry om die navorsing by die eenhede uit te voer (Bylae E).
- 'n Persoonlike afspraak is met die kontakpersone by die rehabilitasiesentrums gemaak waartydens die deelnemers wat aan die seleksiekriteria voldoen het, geïdentifiseer is.
- Die deelnemers is eerstens telefonies gekontak om toestemming te verkry.
- 'n Toestemmingsbrief waarin die doel van die studie asook die prosedures uiteengesit is, is aan die geselekteerde deelnemers gestuur (Bylaes F en G).
- 'n Toestemmingstrokie is onder aan die brief geheg wat deur die deelnemers voltooi is.
- Afspraaktye en -datums is met die deelnemers vasgestel.

3.2.7. Materiaal en apparaat vir Fase 1

Alle materiaal en apparaat wat tydens Fase 1 van die navorsing gebruik is word vervolgens bespreek. Voordat die navorsingsmateriaal gefinaliseer is, is daar eers 'n loodsstudie uitgevoer om die effektiwiteit en bruikbaarheid van die twee data-insamelingsinstrumente (Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) en Behoeftevraelys) te bepaal (De Vos, 1998). Die loodsstudie soos uitgevoer vir die twee data-insamelingsinstrumente word eerste in hierdie afdeling uiteengesit en bespreek. Daarna volg 'n volledige bespreking van die materiaal en apparaat wat tydens die navorsing gebruik is.

3.2.7.1. Loodsstudie

'n Loodsstudie is uitgevoer om die effektiwiteit en bruikbaarheid van die twee data-insamelingsinstrumente wat tydens die **eerste fase (Fase 1)** van die navorsing gebruik is (vraelyste en waarnemingsvorme) te bepaal. Dit is uitgevoer om die kredietwaardigheid asook die geldigheid en betroubaarheid van die metode en die navorsingsmateriaal te verseker (De Vos, 1998).

a) Deelnemers geselekteer vir die loodsstudie

Aangesien daar in die hoofstudie gebruik gemaak is van Afrikaanse sowel as Engelse deelnemers, is albei taalverwante deelnemers in die loodsstudie ingesluit. Die loodsstudie is slegs uitgevoer op STT wat kundiges op die gebied van neurologie is. Daar is van die deelnemers verwag om die vraelys te beoordeel en om veranderinge op die vraelys aan te bring waar hulle dit nodig gevind het. Die beperking van die loodsstudie is egter dat dit slegs op STT wat kundiges op die gebied van neurologie is, uitgevoer is en nie op primêre sorggewers van 'n persoon met 'n TBB nie. Die rede hiervoor is omdat daar te min deelnemers (sorggewers van persone met TBB) bereid was om deel te neem aan die hoofstudie. Die navorser het besluit om hulle nie in die loodsstudie ook te betrek nie, aangesien daar dan van die waardevolle data verlore sou gaan.

b) STT wat kundiges op die gebied van Neurologie is

Die vraelys is aan twee Engelse en twee Afrikaanse STT gestuur. Die STT moes ten minste oor twee jaar ondervinding rakende die hantering van 'n persoon met 'n ernstige TBB beskik, aangesien die navorser van mening is dat hulle ondervinding moontlik 'n waardevolle bydrae sou kon lewer.

c) Beskrywing van die deelnemers (STT) wat aan die loodsstudie deelgeneem het.

Al vier die deelnemers wat aan die loodsstudie deelgeneem het is vroulik en hulle ouderdomme wissel tussen 24 en 49 jaar. Twee van die STT Engelssprekend en die ander twee is Afrikaanssprekend. Drie van die vier deelnemers het reeds 'n

Mkommunikasiepatologiegraad verwerf. Al die deelnemers het ook die dubbel kwalifikasie wat beide spraakterapie en oudiologie insluit.

d) Doelstellings en prosedures van die loodsstudie

In terme van die gebruik van die waarnemingsvorms en vraelyste is daar bepaalde doelstellings en prosedures wat in ag geneem moet word tydens die uitvoer van die loodsstudie. 'n Volledige uiteensetting van die doelstellings, prosedures en die resultate van die loodsstudie is in Tabel 3 (Loodsstudie van waarnemingsvorms) en Tabel 4 (Loodsstudie van vraelyste) uiteengesit. Tabelle 3 en 4 verskaf 'n volledige uiteensetting van die doelstellings, prosedures en resultate wat tydens die loodsstudie uitgevoer is, ten einde die effektiwiteit, geldigheid en betroubaarheid van die navorsingsmateriaal te bepaal. Nadat die loodsstudie voltooi is, is die nodige aanpassings aan die navorsingsmateriaal gedoen. Die aanbevelings, opmerkings en terugvoering wat van die loodsstudie verkry is, is aangewend en die vraelys is in finale vorm opgestel. Vir 'n voorbeeld van die voorlopige waarnemingsvorms, Kennis-en Behoeftevraelys voor die loodsstudie uitgevoer is, sien Bylae C.

Tabel 3: Loodsstudie-Doelstellings, prosedures, resultate en aanbevelings van die waarnemingsvoms (Bylae C)

WAARNEMINGSVORMS			
Doelstellings	Prosedures	Resultate	Aanbevelings
<p>1. Evalueer die effektiwiteit van die waarnemingsvoms in terme van of dit gebruik kan word om die interaksievaardighede van beide die deelnemer en die persoon met TBB te beskryf (Leedy en Ormrod, 2001)</p>	<p>STT'e voltooi die waarnemingsvoms wat aan hulle gestuur is.</p> <p>Daar word 'n afspraak met STT'e gereël en die navorsers en die STT'e bespreek die waarnemingsvoms.</p>	<p>Die STT'e was van mening dat die waarnemingsvoms uitgeskakel moet word, omdat daar in die wyse waarop die vrae gestel word, soms reeds die aanname gemaak word dat die probleme waarop gelet moet word, reeds bestaan, bv. "Ondervind probleme om aandag te gee; Ondervind probleme om gesproke taal te verstaan". Die STT'e het genoem dat hulle hierdie vrae eerder as volg sou formuleer: "Gee aandag aan gesprek; Verstaan hoëvlak- taalgebruik". Daar word van te veel herhalings in die waarnemingsvoms gebruik gemaak en die optekening van die resultate kan moontlik probleme veroorsaak.</p>	<p>Die STT 'e het aangetoon dat hulle eerder die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) sal gebruik as waarnemingsvorm en inligting wat nie op die vorm voorkom nie, sal aanteken as veldnotas. Die optekening van die verkreeë data sal dan ook makliker wees, aangesien daar 'n spesifieke telling aan die waargenome gedrag gegee kan word.</p>

Tabel 4: Loodsstudie- Doelstellings, prosedures, resultate en aanbevelings van die vraelyste

BEHOEFTEVRAELYSSTE: Loodsstudie uitgevoer deur kundiges (STT'e) in die vakgebied Neurologie			
Doelstellings	Prosedures	Resultate	Aanbevelings
1. Evalueer die verstaanbaarheid van terminologie	<p>STT'e voltooi die vraelys wat aan hulle gestuur is.</p> <p>Daar word 'n afspraak met STT'e gereël en die navorser en die STT'e bespreek die vraelys.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat die vrae in die kennisvraelys te moeilik gestel is, en dat die sorggewers verkeerde antwoorde sou verskaf as gevolg hiervan.</p> <p>STT 2: STT 2 het aangetoon dat van die vrae in die teenwoordige tyd gestel is en van die ander vrae in die verlede tyd geformuleer is. Die STT 2 het voorgestel dat al die vrae in die teenwoordige tyd geformuleer moet word. STT 2 het ook aangetoon dat van die vrae herhaal word aangesien daar op meer as een plek dieselfde vraag gevra word, maar net op 'n ander manier. STT 2 het voorgestel dat die vrae uitgehaal moet word wat mekaar herhaal, bv. "Die persoon moet verkieslik alleen in die kamer wees wanneer u met hom praat, omdat hy deurmekaar sal raak as daar ander persone ook in die kamer praat" en "Daar moet net 1 of twee persone op 'n keer met die persoon praat". Die resultaat van die loodsstudie het aangetoon dat slegs een vraag hieroor gevra moet word.</p> <p>STT 3: STT 3 het aangetoon dat van die vrae in die kennisvraelys vereenvouding moet word aangesien van die vrae te moeilik aan die sorggewers gestel is.</p> <p>STT 4: STT 4 het slegs aangetoon dat die kennisvraelys te lank was, maar het verder geen aanbevelings in hierdie verband aangetoon nie.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat sy die behoeftevraelys verkies, aangesien meer betroubare en geldige resultate deur die voltooiing daarvan verkry sou word. STT 1 het aangetoon dat sy die kennisvraelys sou uitlaat.</p> <p>STT 2: STT 2 het die behoeftevraelys verkies om te voltooi omdat die vrae meer direk gestel word en meer verstaanbaar is. Beter en meer betroubare inligting kan dus volgens STT 2 uit hierdie vraelys verkry word.</p> <p>STT 3: STT 3 het aangetoon dat die behoeftevraelys eerder gebruik moet word, aangesien die deelnemers (sorggewers) die vrae makliker sal kan beantwoord omdat dit meer verstaanbaar is.</p> <p>STT 4: STT 4 het aangetoon dat sy slegs die behoeftevraelys sal gebruik omdat meer direkte en toepaslike antwoorde van die deelnemers verkry sal word.</p>

Tabel 4 (Vervolg)

Doelstellings	Prosedures	Resultate	Aanbevelings
<p>2. Toets die ondubbelsinnigheid van afsonderlike vrae</p>	<p>STT'e voltooi die vraelys wat aan hulle gestuur is.</p> <p>Daar word 'n afspraak met STT'e gereël en die navorser en die STT bespreek die vraelys.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat die vrae in die kennisvraelys te moeilik gestel is, en dat die sorggewers verkeerde antwoorde sou verskaf as gevolg hiervan.</p> <p>STT 2: STT 2 het aangetoon dat van die vrae se stellings dubbelsinnig is en op so 'n wyse gestel is dat die deelnemers (sorggewers) sal kan aflei wat die antwoorde is, bv. "Moenie te veel met die persoon praat wanneer hy deurmekaar is nie". STT 2 het voorgestel dat die vrae eerder as volg gefraseer moet word, bv. "Weet u hoe om die persoon met 'n TBB te oriënteer? of "Ek het 'n behoefte om te weet hoe om die persoon te oriënteer".</p> <p>STT 3: STT 3 het aangetoon dat herfrasering van die vrae noodsaaklik is, aangesien dit daartoe sal lei, dat die deelnemers (sorggewers) die antwoorde sal kan aflei uit die vrae. Dit het tot gevolg dat die inligting wat dus verkry sal word, nie betroubaar sal wees nie.</p> <p>STT 4: Vraag 49: "Fasiliteer kompetisie met die persoon ten einde hom of haar in 'n uitdagende posisie te kry. Dit kan moontlik lei tot motivering". STT 4 is van mening dat hierdie vraag nie van toepassing is nie, aangesien dit afhang van persoon tot persoon. Die vraag is dus nie van toepassing op al die verskillende persone met 'n TBB nie. Die vraag is dus dubbelsinnig gestel.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat sy eerder die behoeftevraelys verkies aangesien meer betroubare en geldige resultate deur die voltooiing daarvan verkry sou word. STT 1 toon aan dat sy die kennisvraelys sou uitlaat</p> <p>STT 2: STT 2 het die behoeftevraelys verkies om te voltooi omdat die vrae meer direk gestel word en meer verstaanbaar is. Beter en meer betroubare inligting kan dus volgens die Deelnemer uit hierdie vraelys verkry word.</p> <p>STT 3: STT 3 het geen aanbevelings in hierdie verband gehad nie.</p> <p>STT 4: STT 4 het aangetoon dat sy slegs die behoeftevraelys sal gebruik omdat meer direkte en toepaslike antwoorde van die Deelnemere verkry sal word. Die kennisvraelys was ook volgens STT 4 te lank.</p>

Tabel 4 (Vervolg)

Doelstellings	Prosedures	Resultate	Aanbevelings
<p>3. Evalueer die relevansie en toepaslikheid van inhoud</p>	<p>STT'e voltooi die vraelys wat aan hulle gestuur is.</p> <p>Daar word 'n afspraak met STT'e gereël en die navorser en die STT bespreek die vraelys.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat nie al die vrae in die kennisvraelys van toepassing is op alle persone met 'n TBB nie. Dit hang af van die persoon se aard en graad van besering.</p> <p>STT 2: STT 2 het aangetoon dat van die vrae nie van toepassing is op alle persone met 'n TBB nie, en dat sy ook nie altyd weet wat die korrekte antwoord op die vrae is nie, en dat die vrae dan eerder uitgelaat moet word. Bv. "Verskaf altyd aan die persoon die korrekte woord wanneer hy sukkel om dit uit te druk". Sy het genoem dat dit van individu tot individu verskil en dat hierdie vraag eerder uitgelaat moet word.</p> <p>STT 3: STT 3 het geen opmerkings in hierdie verband gemaak nie.</p> <p>STT 4: Vraag 49: "Fasiliteer kompetisie met die persoon ten einde hom of haar in 'n uitdagende posisie te kry. Dit kan moontlik lei tot motivering". Deelnemer was van mening dat hierdie vraag nie van toepassing is nie, aangesien dit afhang van persoon tot persoon. Die vraag is dus nie relevant vir al die verskillende persone met 'n TBB nie. Die vraag is dus ontoepaslik en nie relevant op alle persone met 'n TBB nie.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat sy eerder die behoeftevraelys verkies aangesien meer betroubare en geldige resultate deur die voltooiing daarvan verkry sou word. STT 1 het weereens aangetoon dat sy die kennisvraelys sou uitlaat.</p> <p>STT 2: STT 2 het die behoeftevraelys verkies om te voltooi omdat die vrae meer direk gestel word en meer verstaanbaar is. Beter en meer betroubare inligting kan dus volgens STT 2 uit hierdie vraelys verkry word.</p> <p>STT 3: Geen aanbevelings is gemaak nie.</p> <p>STT 4: STT 4 het aangetoon dat sy slegs die behoeftevraelys sal gebruik omdat meer direkte en toepaslike antwoorde van die deelnemers (sorggewers) verkry sal word. Die kennisvraelys was ook volgens die STT 4 te lank.</p>

Tabel 4 (Vervolg)

Doelstellings	Prosedures	Resultate	Aanbevelings
4. Toets die verstaanbaarheid van instruksies	<p>STT'e voltooi die vraelys wat aan hulle gestuur is.</p> <p>Daar word 'n afspraak met die onderskeie STT'e gereël en die navorser en die STT bespreek die vraelys.</p>	<p>STT 1: STT 1 het genoem dat daar slegs vier (4) opsies in plaas van vyf (5) aan die deelnemers (sorggewers) gegee moet word waar die response aangedui moet word bv. Opsie 1 (Geen behoefte); Opsie 2 (Geringe behoefte); Opsie 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees); Opsie 4 (Redelike groot behoefte); Opsie 5 (Groot behoefte), moet verander na: Opsie 1 (Geen behoefte); Opsie 2 (Nie so 'n groot behoefte nie), Opsie 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees); Opsie 4 (Behoefte).</p> <p>STT 1 het ook verder genoem dat die instruksies vir die invul van die behoeftevraelys bo-aan elke bladsy moet kom sodat die deelnemers (sorggewers) nie nodig het om terug te gaan na die vorige bladsy, indien hulle onseker is hoe om die vrae te beantwoord nie.</p> <p>STT 2 en 3: Die instruksies van die kennisvraelys is te moeilik gestel vir die sorggewers, bv. Die probleemstelling voor elke afdeling in die kennisvraelys is te wetenskaplik gestel en STT 2 en 3 was van mening dat die vrae eenvoudiger gestel moet word.</p> <p>STT 4: Geen aanbevelings en kommentaar in hierdie verband gemaak nie.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat sy eerder die behoeftevraelys verkies aangesien meer betroubare en geldige resultate deur die voltooiing daarvan verkry sou word. STT 1 het aangetoon dat sy die kennisvraelys sou uitlaat</p> <p>STT 2: STT 2 het die behoeftevraelys verkies omdat die vrae meer direk gestel word en meer verstaanbaar is. Beter en meer betroubare inligting kan dus volgens STT 2 uit hierdie vraelys verkry word.</p> <p>STT 3: STT 3 was van mening dat die behoeftevraelys gebruik moet word as materiaal om die navorsingsinligting te verkry aangesien die instruksies van die behoeftevraelys eenvoudiger gestel is. Op hierdie wyse sal meer realistiese antwoorde verkry kan word.</p> <p>STT 4: Geen aanbevelings en kommentaar in hierdie verband gemaak nie</p>
5. Toets die gemak van kodering	Die navorser kodeer die vraelyste	Geen probleme is met die kodering van die vraelyste ondervind nie.	Geen veranderinge is in hierdie verband aangebring nie.
6. Toets die voorgenome strategieë vir ontleding	Prosessering en analisering van die data	Voorgenome strategieë is deur die navorser getoets en geëvalueer.	Geen veranderinge is in hierdie verband aangebring nie.

Tabel 4 (Vervolg)

Doelstellings	Prosedures	Resultate	Aanbevelings
7. Evalueer die tyd benodig vir voltooiing van die vraelys	<p>STT'e voltooi die vraelys wat aan hulle gestuur is.</p> <p>Daar word 'n afspraak met STT'e gereël en die navorser en die STT bespreek die vraelys.</p>	<p>STT 1: STT 1 was van mening dat die kennisvraelys geëlimineer moet word aangesien die vraelys te lank is en te veel tyd sou neem om te voltooi.</p> <p>STT 2: STT 2 het aangedui dat die kennisvraelys te lank neem om te voltooi. Sy het geen probleem met die voltooiing van die behoefte vraelys ondervind nie.</p> <p>STT 3 en 4: STT 3 en 4 het ook aangedui dat die kennisvraelys te lank is en dat dit gevolglik daartoe sal lei dat waardevolle inligting op hierdie wyse verlore sou raak.</p>	<p>STT 1: STT 1 het aangetoon dat sy eerder die behoeftevraelys verkies aangesien meer betroubare en geldige resultate deur die voltooiing daarvan verkry sou word. STT 1 het aangetoon dat sy die kennisvraelys sou uitlaat</p> <p>STT 2: STT 2 het die behoeftevraelys verkies om te voltooi omdat dit minder tyd sal neem om te voltooi.</p> <p>STT 3 en STT 4: STT 3 en 4 het aangetoon dat hulle slegs die behoeftevraelys sal gebruik omdat meer direkte en toepaslike antwoorde van die deelnemers (sorggewers) verkry sal word. Die kennisvraelys was ook volgens STT 3 en 4 te lank.</p>

3.2.7.2. Veelvuldige-enkelvallestudies (Deel 1)

a) Die Afrikaanse vertaling van die *Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987)*

Die Afrikaanse vertaling van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) is geselekteer as 'n metode van data-insameling, aangesien dit ontwerp is om gebruik te word wanneer individue in 'n spontane gesprek gedurende ongestruktureerde kommunikasie-interaksies, waargeneem word (Binder, 1984). Dit is 'n sosiale skatting eerder as 'n kliniese toets, waartydens waargeneem word hoe die gemeenskap die individu se kommunikasiegedrag ervaar. Die gedrag is moontlik foutief, maar word nie noodwendig as verkeerd beoordeel nie (Binder, 1984). Die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) bestaan uit dertig (30) pragmatiese gedragsaspekte wat beoordeel word as toepaslik of ontoepaslik, gebaseer op sosiale persepsies. Die kommunikasie-bevoegdheid van die deelnemers en die persoon met 'n TBB is gemerk as 'n

persentasie van die aantal toepaslike en ontoepaslike pragmatiese gedragsaspekte, binne die drie pragmatiese domeine, naamlik verbaal, para-linguisties en nie-verbaal.

b) Waarneming

Tydens die eerste fase van die navorsing is 'n gekombineerde benadering gevolg, waartydens kwantitatiewe inligting deur middel van gestruktureerde waarnemings en kwalitatiewe inligting deur middel van ongestruktureerde waarnemingstegnieke verkry is (Bowling, 1997 in Turnock en Gibson, 2001). Op hierdie manier het die waarneming dus geleentheid gelaat vir 'n in diepte studie van die fenomeen (Bailey, 1994). Die gebruik hiervan in die spesifieke studie lei tot 'n subjektiewe identifikasie van die deelnemers se behoeftes en kennis wat hulle nie vermeld het in die vraelys nie.

Gestruktureerde waarneming is gebruik deur alle waargenome gedrag op die **Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987)** (Bylae I) af te merk. Die doel van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) is om meer struktuur aan die waarneming te gee en op hierdie manier het dit die navorser in staat gestel om te fokus op die relevante inligting wat benodig is vir die studie (Altrichter *et al.*, 1993 in Turnock en Gibson, 2001; Wisker, 2001). Die gebruik van die waarnemingsvorm, die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987), verhoog die geldigheid en betroubaarheid van die resultate, aangesien die spesifieke kriteria waarvoor daar opgelet moet word tydens die waarneming, reeds daargestel is (Robson, 1993).

Die navorser het ook tydens die waarneming van **veldnotas** (ongestruktureerde waarneming) gebruik gemaak om verdere inligting in te samel. Volgens Denscombe (1998) komplementeer die gesamentlike gebruik van hierdie twee metodes (gestruktureerde – en ongestruktureerde waarneming) mekaar en gee ook aan die navorser die geleentheid om weg te beweeg van die beperking van een bepaalde metode. Hierdeur verhoog dit ook die geldigheid en betroubaarheid van die data wat verkry word (Turnock en Gibson, 2001). Die gebruik van waarneming as 'n metode van data-insameling het egter 'n paar nadele wat deur die navorser in gedagte gehou moet word. Hierdie probleme is aangespreek deur van vooropgestelde tegnieke (soos om kontak tussen die navorser en die deelnemers te minimaliseer, korrekte tydsberekening asook koverte waarnemingstegnieke) gebruik te maak (Turnock en Gibson, 2001). Koverte waarneming beteken dat die deelnemers wel ingelig sal wees oor die aard van

die waarneming, maar nie sal weet wanneer die waarneming sal plaasvind nie, of op watter spesifieke vaardighede daar gelet sal word nie (Turnock en Gibson, 2001). Op hierdie wyse kon meer betroubare inligting bekom word. Verder kon die teenwoordigheid van die navorser ook die geldigheid en betroubaarheid van die waarnemingsresultate beïnvloed. Om die probleem te oorkom, is daar gebruik gemaak van 'n tweede beoordelaar tydens die waarneming en die analisering van die data, asook met die voltooiing van die vooropgestelde waarnemingsvorms, ten einde te poog om die navorser se opinies en subjektiewe waarneming nie die resultate te laat beïnvloed nie.

c) Vraelys

'n Vraelys, soos opgestel vanuit die literatuur is deur die navorser ontwerp wat deur die sorggewers van die persoon met 'n TBB voltooi is (Bylae J). Die doel van die vraelys is om te bepaal wat die deelnemers se huidige behoeftes in verband met kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n gemiddelde-tot-ernstige TBB is. Daaruit kan afleidings gemaak word oor die moontlike leemtes, behoeftes en beperkinge in die hantering van kommunikasie- en interaksieafwykings asook algemene aspekte wat voorkom en watter kategorieë in die meetinstrument ingesluit behoort te word.

Volgens Newman (1997) is vraelyste 'n effektiewe manier om inligting te bekom oor mense se sienings, oortuigings en karaktereienskappe. Vraelyste verskaf geleentheid vir vinnige en effektiewe data-insameling, aangesien die deelnemers maklik bereikbaar is. Meer gedetailleerde inligting vir 'n beskrywende studie kon ook op 'n direkte en effektiewe wyse verkry word (Dane, 1990; Visagie, 1993; Van der Merwe, 1994). Aangesien die vraelyste persoonlik aan die onderskeie deelnemers uitgedeel is en in die teenwoordigheid van die navorser voltooi is, is daar volgens De Vos (1998) baie tyd op hierdie manier bespaar en was die deelnemers ook meer gewillig om deel te neem. Anonimiteit kon egter nie bewerkstellig word nie. Probleme of verwarring wat met voltooiing van die vraelys ondervind is kon onmiddellik met die navorser bespreek word (De Vos, 1998).

Die afgelewerde vraelys het ook sekere nadele in dié sin dat 'n kleiner geografiese area op 'n bepaalde tydstep geteiken kan word. 'n In diepte ondersoek kan ook nie uitgevoer

word nie en gevolglik kan inligting op hierdie manier verlore raak indien die vrae onbeantwoord bly (Smit, 1985). Om hierdie tendens te voorkom het die navorser van verskeie metodes gebruik gemaak om die data in te samel, byvoorbeeld waarnemingsvorms, fokusgroepe en semigestruktureerde onderhoude.

'n Vraelys bestaande uit sewe bladsye is in Afrikaans en Engels saamgestel (Bylae J). Die inhoud van die vrae is opgestel vanuit die literatuur (Ylvisaker en Urbanczyk, 1990; Mackay *et al.*, 1997; Galski *et al.*, 1998; Shipley en McAfee, 1998; Moules en Chandler, 1999; Sinnakaruppan en Williams, 2001).

Afdeling A van die vraelys (Bylae J) bestaan uit een en twintig (21) vrae wat biografiese- en agtergrondvrae van die deelnemers en die persoon met 'n TBB insluit. Die vrae bestaan uit meervoudige keuse - en oop vrae.

Afdeling B van die vraelys bestaan uit 35 geslote vrae wat opgestel is met die doel om die aard van die deelnemers se huidige behoeftes ten opsigte van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB (tydens die akute rehabilitasieperiode) te identifiseer. Die doel is ook om bepaalde kategorieë van behoeftes saam te stel met die oog op die ontwikkeling van die meetinstrument. Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipe vrae gebruik gemaak, wat die deelnemers op 'n skaal van een tot vier moes afmerk: (Geen behoefte (Opsie 1); Nie so 'n groot behoefte (Opsie 2), Kan moontlik 'n behoefte wees (Opsie 3), Behoefte (Opsie 4)). Die responskategorieë is só ontwerp dat die deelnemers hulle opsies op spesifieke punte moes aandui. Die voordeel van skaaltipe vrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998). Tydens die opstel van die vraelys is daar dus aandag gegee aan die formaat en formulering van vrae en spasiëring van items.

Afdeling C van die vraelys bestaan uit vier (4) oop vrae waartydens daar aan die deelnemers die geleentheid gegee is om hulle eie mening oor moontlike behoeftes in terme van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van die persoon met TBB, wat nie in die vraelys ingesluit, te gee. Die deelnemers is versoek om hierdie vrae so volledig as moontlik te voltooi.

Die motivering vanuit die literatuur oor die vrae wat in die vraelys ingesluit is, word in Tabel 5 vervat.

Tabel 5: Ontwerp, samestelling en motivering van die vrae ingesluit in die Behoeftevraelys

Afdeling	Kategorieë van behoeftes	Rede vir die insluiting van die vrae in die vraelys	Addisionele inligting: Tipe vrae en motivering
A	Demografiese inligting van die deelnemers (Primêre sorggewers van die persoon met 'n TBB) (Vrae 1 – 8)	Demografiese inligting van elke Deelnemer (sorggewer) is van belang met die oog op latere korrelasies asook vir die beskrywing van die deelnemers in die metode.	Geslote vrae is hoofsaaklik in hierdie gedeelte van die vraelys gebruik om relevante inligting te bekom. In die geval van die deelnemers se ouderdom, hoogste vlak van opleiding en beroep wat die sorggewers tans beklee is daar van oop vrae gebruik gemaak. Die keuse vir die oop vrae is gemaak, omdat daar hier vir verskeie moontlikhede voorsiening gemaak moes word.
A	Demografiese inligting van persoon met 'n TBB (Vrae 9 – 21)	Demografiese inligting van elke persoon met 'n TBB is van belang met die oog op latere korrelasies van resultate.	Geslote vrae is hoofsaaklik in hierdie gedeelte van die vraelys gebruik om relevante inligting te bekom. In die geval van die persone met TBB se ouderdom, hoogste vlak van opleiding en beroep wat die persoon met TBB beklee het, voor die ongeluk, is daar van oop vrae gebruik gemaak. Die keuse vir die oop vrae is gemaak, omdat vir verskeie moontlikhede voorsiening gemaak moes word.
B	Behoeftes aan algemene inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand (Vrae 34, 37, 38 en 43)	<p>“... based on their experiences with families of TBI patients in the rehabilitation unit..., found that families unanimously ranked their need for kind and clear explanation of the patient's condition as first priority” (Maus-Clum en Ryan, 1981: Rollin, 2000: 85). Rollin (2000), het ook aan die lig gebring dat een van die mees effektiewe maniere om sorggewers se stresvlakke te verminder, is om aan hulle genoegsame inligting te verskaf, rakende die onmiddellike gevolge van 'n verworwe breinbesering. Uit die aard hiervan, beklemtoon dit ook waarom dit van kardinale belang is om sorggewers se</p> <p>behoeftes rakende inligting wat hulle benodig, te bepaal.</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipe-vrae gebruik gemaak, wat die deelnemers op 'n skaal van een tot vier moet afmerk: Geen behoefte (1); Nie so 'n groot behoefte nie (2); Kan moontlik 'n behoefte wees (3); Behoefte (4). Die responskategorieë is so ontwerp dat die deelnemers hulle opsies op spesifieke punte moet maak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).

Afdeling	Kategorieë van behoeftes	Rede vir die insluiting van die vrae in die vraelys	Addisionele inligting: Tipe vrae en motivering
	Behoeftes in verband met die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe afwykings (Vrae 22, 28 en 30)	<p><i>"Families provide a vital role in managing functional cognitive problems, and will continue to do so long after therapy input ceased. It is important, therefore, that management strategies are devised in consultation with the family of other caregivers..."</i> (Ponsford, 1995: 122). Aangesien die persoon met 'n TBB se kognitiewe afwykings dikwels daartoe lei dat sorggewers die versorgingsproses nie kan hanteer nie, is dit belangrik dat hulle behoeftes in die hantering daarvan bepaal moet word. Op hierdie wyse kan die nodige hulp en ondersteuning ook aan hulle gegee word, wat hulle op die langtermyn die beste sal kan gebruik.</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipevrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).
B	Behoeftes oor die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme (Vrae 25, 26, 39 en 42)	Die aanvang van 'n kommunikasieafwyking kan 'n negatiewe invloed hê op die sosiale netwerke van die persoon met 'n TBB en die sorggewers (Wedcliffe, 1999). Weens die komplekse aard van 'n persoon met 'n TBB se kommunikasieafwykings, het sorggewers bepaalde behoeftes aan riglyne oor hoe hierdie probleme opgelos kan word (Acorn, 1993). Dit is dus belangrik om hulle behoeftes in hierdie verband te bepaal, sodat die nodige riglyne en hulp aan hulle verskaf kan word.	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipevrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).
B	Behoeftes aan die hantering van die persoon met 'n TBB se gedrags-en emosionele afwykings (Vrae 23, 24, 25, 45, 46 en 53)	<p><i>"Less dramatic behavioral and emotional problems are very common after TBI, and can have a pernicious influence on function and quality of life by contributing to marital stress, social isolation, and unemployment. They include impaired judgment, loss of initiation, selfishness, reduced drive, lethargy, lack of interest in family and friends, shallowness of emotional feeling, irritability, aggressiveness, tactlessness, poor social skills, and a pathological increase or decrease in sexual interest"</i> (Gentleman, 2001:198). Hierdie stelling beklemtoon die feit dat dit belangrik is om sorggewers se behoeftes in hierdie verband te bepaal, aangesien dit 'n negatiewe invloed op die sorggewers se hantering van die probleme tot gevolg het.</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipevrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).

Afdeling	Kategorieë van behoeftes	Rede vir die insluiting van die vrae in die vraelys	Addisionele inligting: Tipe vrae en motivering
		<p><i>“Those who work with the brain injured and their families – whether in a rehabilitation team, or in a primary care team- need to recognize when behavioural and mood problems are present and know what to do”</i> (Gentleman, 2001: 198-199). Volgens Ponsford (1995) lei die persoon met 'n TBB se gedrags-en emosionele probleme tot baie stres vir sorggewers, asook vir die rehaillitasiespan. In die lig hiervan, is dit belangrik om die sorggewers se behoeftes aan die hantering van gedrags-en emosionele probleme te bepaal, ten einde die nodige hulp en ondersteuning aan hulle te verskaf.</p>	
B	Behoeftes aan ondersteuning (Vrae 32, 33, 35, 36, 44 en 47)	<p><i>“Initially, family counseling should be convened to provide whatever information is deemed necessary for the family to have and whatever information it requests immediately following the brain injury. We would not expect the process to be particularly dynamic at that time because the family may be resistant to counseling intervention. Nonetheless, as long as the family is aware that such services are available and is aided in the understanding that such therapy will be of value to their injured member (should that person be able to participate in the process), it is more likely to be amenable”</i> (Rollin, 2000: 85). Weens die impak wat 'n TBB op die sorggewers van 'n persoon met 'n TBB mag hê, is dit voor die hand liggend dat hulle bepaalde behoeftes aan ondersteuning mag hê. Dit is belangrik dat hierdie behoeftes aan ondersteuning alreeds tydens die akute rehaillitasieperiode bepaal word, aangesien sorggewers se hantering van die gepaardgaande probleme direk verband hou met die beskikbaarheid van ondersteuning (Rollin, 2000).</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipe vrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).
B	Behoeftes aan die hantering van voedingsprobleme (54 en 55)	<p><i>“ Whenever severe TBI alters consciousness or brain stem damage causes a bulbar or pseudobulbar palsy there is a risk that aspiration of secretions or oral fluids will lead to chest infection. The risk is easy to overlook when the patient is no longer intubated, and the speech and language therapist should assess and monitor the swallow mechanism and work closely with the dietitian and nurses to achieve safe feeding strategies”</i> (Gentleman, 2001: 195).</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipevrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).

Afdeling	Kategorieë van behoeftes	Rede vir die insluiting van die vrae in die vraelys	Addisionele inligting: Tipe vrae en motivering
		Dit is dus uit die bogenoemde aanhaling duidelik dat indien sorggewers nie voldoende opgelei en/of aan hulle hulp verleen word om die persoon met 'n TBB se voedingsprobleme reg te stel nie, hulle bepaalde behoeftes in hierdie verband kan hê.	
B	Behoeftes oor wat die rol van die sorggewer is tydens die akute rehabilitasieperiode (Vrae 31, 40, 49 en 50)	<p><i>“Typically, only short-term professional assistance is available to patients and families, leaving family members to care for the long-term needs of the person with brain injury. Without adequate training and professional support for this caregiver role, a variety of problems are commonly reported by family members, including social isolation, changes in family roles, depression, anxiety, and increased somatic difficulties”</i> (Kolakowsky-Hayner, Dawn-Miner en Kreutzer, 2001:375). Uit die bogenoemde aanhaling is dit belangrik dat sorggewers se rol ten alle tye in die professionele span erken moet word, en die nodige hulp en leiding aan hulle verskaf moet word, dat hulle die gevoel van bemagtiging het om na die persoon met 'n TBB te kan omsien. Weens die komplekse aard van die persoon met 'n TBB se probleme, lei dit daartoe dat sorggewers nie altyd genoegsame kennis het om hierdie probleme te hanteer nie. Aangesien die sorggewers die persone is wat op die langtermyn na die persoon met 'n TBB moet omsien, is dit belangrik dat hulle behoeftes aan hulle rol as sorggewer geïdentifiseer, erken en aandag moet geniet.</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipevrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).
B	Behoeftes aan aanpassings in die omgewing (Vrae 41 en 56), hoe om die persoon met 'n TBB te stimuleer (Vraag 29) en die hantering van die persoon met 'n TBB wanneer hy moeg en uitgeput raak (Vraag 48)	<p><i>“A number of behaviours are associated with closed head trauma that can interfere with the treatment programme. These behaviours include... fatigue, general mental slowing...”</i> (Adamovich, Henderson, Auerbach, 1985: 34). Uit die aard hiervan is dit duidelik dat sorggewers bepaalde behoeftes sal hê aan aanpassings wat hulle sal moet maak in die omgewing en in terme van stimulasie vir die persoon met 'n TBB, om hierdie probleme van moegheid en uitputting meer effektief te hanteer.</p>	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipevrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).

Afdeling	Kategorieë van behoeftes	Rede vir die insluiting van die vrae in die vraelys	Addisionele inligting: Tipe vrae en motivering
		Aangesien daar wel bepaalde aanpassings en veranderinge in die persoon met 'n TBB se omgewing gemaak moet word, ten einde vir die persoon maksimum ondersteuning en hulp te kan gee (Ponsford, 1995), is dit belangrik dat sorggewers se behoeftes aan hierdie aanpassings bepaal moet word.	
B	Behoeftes aan groepsterapie vir die persoon met 'n TBB (Vrae 51 en 52)	Groepsterapie lewer 'n waardevolle bydrae vir persone met 'n TBB in terme van kommunikasie-interaksie, ondersteuning en reïntegrasie in die gemeenskap (Ponsford, 1995). Dit is dus belangrik dat sorggewers ingelig moet word oor waar ondersteuningsgroepe en groepsterapiefasiliteite gevind kan word en dat hulle behoeftes in die verband ooreenkomstig bepaal word.	Daar is in hierdie vraelys slegs van Likert-skaaltipe vrae gebruik gemaak. Die voordeel van skaaltipevrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998).
C	<p>Kommunikasie-interaksie:</p> <p>Hoe sou u die interaksie tussen u en die persoon beskryf? Vraag (57)</p> <p>Het u enige ander behoeftes rondom kommunikasieinteraksie met die persoon? (Vraag 59)</p>	Kommunikasie-interaksie kan negatief beïnvloed word deur die persoon met 'n TBB se verworwe kommunikasie-, kognitiewe- en pragmatiese afwykings. Hierdie afwykings kan bepaalde probleme tot gevolg hê tydens interaksie met ander persone en so die persoon met 'n TBB en sorggewers se sosiale aanpassing bemoeilik. Dit is dus belangrik om te bepaal wat sorggewers se behoeftes is tydens interaksie met die persoon met 'n TBB, sodat hulle die nodige riglyne in die hantering daarvan kan ontvang. <i>“Staff need to promote an atmosphere of shared responsibility for problem-solving where communication difficulties are concerned. It must be remembered that family members may spend vast amounts of time with the injured person, and are thereby well-placed to comment about communication skills in a range of settings”</i> (Ponsford, 1995: 156)	Daar is in hierdie afdeling van vier oop vrae gebruik gemaak om die deelnemers se behoeftes rakende algemene hantering en kommunikasie-interaksie met die persoon met 'n TBB te bepaal. Die voordeel van oop vrae is dat meer inligting van die deelnemers verkry word, en dat hulle hulle eie menings, opinies en behoeftes kan uitdruk (De Vos, 1998)
C	<p>Algemene hantering:</p> <p>Het u enige ander behoeftes rondom die hantering van die persoon? Vraag (58)</p> <p>Is daar enige iets anders wat u wil noem ten opsigte van die hantering van die persoon? Vraag 60)</p>	Hierdie vraag is ingesluit met die doel om enige ander behoeftes waarvoor daar nie in die vraelys voorsiening gemaak is nie, te bepaal.	Daar is in hierdie afdeling van vier oop vrae gebruik gemaak om die deelnemers se behoeftes rakende algemene hantering en kommunikasie-interaksie met die persoon met 'n TBB te bepaal.

3.2.7.3. Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude (Sorggewers wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is) – Deel 2

a) Fokusgroep

Fokusgroepe is 'n metode van groepsonderhoude waarin groepsinteraksie gebruik word om kwalitatiewe inligting te versamel. Hierdie metode word hoofsaaklik gebruik om te bepaal wat deelnemers dink en die redes waarom hulle op die bepaalde manier dink. Fokusgroepe verskaf ryker, waardevoller inligting oor die kennis, houding en ervarings van die navorsingsdeelnemers, as byvoorbeeld net die gebruik van 'n vraelys. Die gebruik van fokusgroepe kan ook die deelnemers 'n gevoel van bemagtiging gee, aangesien hulle deel van die navorsingsproses word en die geleentheid kry om hulle opinies te lig (Syron en Shelley, 2001). Fokusgroepe is veral toepaslik vir navorsing wat dit ten doel het om dienslewering te verbeter, aangesien dit die uitdrukking van kritiek fasiliteer, wat deelnemers dikwels nie in individuele sessies wil bespreek nie. Fokusgroepe lei ook tot eksplorاسie van die voor- en nadele van verskillende oplossings en moedig verhoogde deelname van deelnemers aan (De Vos 1998; Syron en Shelley, 2001).

Vir die doel van die studie is daar van een fokusgroep gebruik gemaak waarin vier deelnemers ingesluit is. Volgens De Vos (1998) moet die groep klein genoeg wees sodat daar aan al die lede in die groep die geleentheid gegee word om in interaksie te tree en groot genoeg om 'n diversiteit van persepsies te verskaf. Die fokusgroep het bestaan uit die sorggewers van persone met 'n gemiddelde tot ernstige TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie gewerk het. Die doel van die fokusgroep is om meer inligting te versamel en om oplossings te vind vir die deelnemers se behoeftes.

Tydens die groepsonderhoud is daar 10 oop vrae aan die deelnemers gestel (Bylae K). 'n Motivering waarom die vrae in die fokusgroep ingesluit is, word in Tabel 6 vervat .

Tabel 6: Motivering van die insluiting van die vrae in die fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude.

Afdeling	Vraag	Motivering waarop vraag ingesluit is
A	<p>Demografiese inligting van die deelnemers (Primêre sorggewers van die persoon met TBB) (Vrae 1 – 8)</p> <p>Demografiese inligting van persoon met TBB (Vrae 9 – 21)</p>	<p>Demografiese inligting van elke Deelnemer (sorggewer) is van belang met die oog op latere korrelasies asook vir die beskrywing van die deelnemers in die metode.</p> <p>Demografiese inligting van elke persoon met TBB is van belang met die oog op latere korrelasies van resultate.</p>
B	<p>Definiëring van terme/ <i>Definition of terms</i> (Vraag 19):</p> <p>a) Hoe sou u die term TBB definieer? / <i>How would you define the term "Traumatic brain injury (TBI)"?</i></p> <p>b) Hoe sal u die term sorggewer definieer? / <i>How would you define the term "caregiver"?</i></p> <p>c) Hoe sal u akute rehabilitasieperiode definieer? / <i>How would you define "Acute rehabilitation period"?</i></p>	<p>Hierdie vrae is aan die deelnemers gevra ten einde hulle persepsies te bepaal rakende die TBB, hulle rol as sorggewers in die hantering van die persoon met 'n TBB, asook die tydperk van die akute rehabilitasieperiode.</p>
B	<p>Wat was u as sorggewer se grootste behoeftes onmiddellik nadat die persoon met 'n TBB uit die hospitaal ontslaan is en opgeneem is in die rehabilitasiesentrum in terme van: / <i>What was your most important need as caregiver after the person with a TBI had been discharged from hospital and admitted in a rehabilitation centre in terms of:</i>(Vraag 20)</p> <p>a) Kommunikasie met die persoon/ <i>Communication with the person</i></p> <p>b) Algemene hantering van die persoon/ <i>Handling of the person</i></p>	<p>Verskeie literatuur toon aan dat sorggewers bepaalde behoeftes het in die hantering van die persoon met TBB nadat die persoon uit die akute tydperk uit beweeg het. In die literatuur word dit ook beklemtoon dat hierdie behoeftes van sorggewers dikwels nie aandag geniet tydens die akute rehabilitasieperiode nie, en dat hulle dan as gevolg hiervan die hele hanteringsproses as 'n swaar las ervaar (Morris, 2001). Die twee vrae oor hulle behoeftes in terme van kommunikasie met die persoon met 'n TBB asook die algemene hantering van die persoon met 'n TBB is spesifiek gevra, ten einde hierdie behoeftes moontlik in die meetinstrument in te sluit.</p>
B	<p>Watter vrae dink u behoort 'n STT aan sorggewers te vra ten einde hulle behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode te identifiseer? / <i>What questions do you feel a speech therapist should ask in order for them to identify your needs during the acute rehabilitation period?</i>(Vraag 21)</p>	<p>Hierdie vraag is gevra as 'n vorm van triangulasie, om verdere behoeftes wat sorggewers ervaar te bepaal. Sorggewers het bepaalde behoeftes in terme van hoe hulle deur die professionele span hanteer moet word. Dit is belangrik dat ons as rehabilitasiepersoneel hierdie behoeftes as belangrik moet beskou en aandag daaraan gee (Maus-Clum en Ryan, 1981, Sinnakurappan en Williams, 2001).</p>

Afdeling	Vraag	Motivering waarop vraag ingesluit is
B	Oor watter kennis dink u behoort 'n sorggewer te beskik om 'n persoon met 'n TBB te ondersteun en dienooreenskomstig te hanteer? / <i>What knowledge do you believe caregivers should have in order to support and manage a person with a TBI?</i> (Vraag 22)	Die langtermynversorging en las van die versorging kom altyd op die sorggewers van die persoon met 'n TBB af en veroorsaak hoë vlakke van stres (Tyerman en Booth, 2001). Dit is belangrik om te bepaal wat sorggewers se persepsies is, van die hantering van die persoon met 'n TBB se verwante probleme (Wedcliffe, 1999), sodat meer effektiewe ondersteuning en inligting aan hulle verskaf kan word. Deur aan hulle die vraag te vra, oor watter kennis hulle dink hulle benodig, word hulle behoeftes gevolglik ook bepaal. Die navorser is dit eens, dat indien sorggewers bewus is van hulle leemtes sover dit kennis betref, dit ook 'n aanduiding is dat hulle bewus is van hulle behoeftes.
B	Wat dink u is die persoon met TBB se primêre kommunikasie probleme/behoeftes op hierdie stadium? / <i>What do you think is the person with TBI biggest communication problem/need?</i> (Vraag 23 en 24)	Die aanvang van 'n kommunikasie-afwyking kan 'n ernstige effek hê op die verhouding tussen die sorggewers (ouers of eggenote) en die persoon met 'n TBB (Rollin, 2000). Aangesien hierdie studie poog om spesifiek te bepaal wat sorggewers se behoeftes en probleme is ten opsigte van die kommunikasieprobleme met die persoon met 'n TBB, is dit belangrik dat hulle gevra word wat hulle persepsie is van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme. Hierdeur kon moontlik bepaal word wat hulle behoeftes is in die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme. Kommunikasieprobleme van 'n persoon met 'n TBB het 'n invloed op die sosiale aanpassing en sosiale netwerke van beide die persoon met 'n TBB en die sorggewers (Wedcliffe, 1999).
B	Wat dink u is die rol van die STT ten opsigte van die hantering van u as sorggewers? / <i>What do you think is the role of the STT in the management of caregivers?</i> (Vraag 25)	<p>Sorggewers moet ten alle tye in die rehabilitasiespan ingesluit word, en dit is belangrik dat rehabilitasiepersoneel bewus is van sorggewers se behoeftes aan hoe hulle deur die professionele span hanteer wil word. Maus-Clum en Ryan (1981) het bevind dat sorggewers se belangrikste behoefte is om 'n begrip te hê van die persoon met 'n TBB se probleme en beveel aan dat hierdie inligting deel van die rehabilitasieproses moet wees. Indien sorggewers in die span ingesluit word, kan effektiewe dienslewering verskaf word. Rehabilitasie is 'n samewerkende proses, en daar moet wedersydse vertroue tussen die verskillende spanlede wees. Volgens Mackay <i>et al.</i>, (1997) speel die STT 'n intergrale rol tydens die akute rehabilitasieperiode van die persoon met 'n TBB. Die STT is hoofsaaklik verantwoordelik vir die ontwikkeling en vaslegging van 'n funksionele kommunikasiesisteem tussen die sorggewers en die persoon met 'n TBB. Rollin (2000) toon ook aan dat die STT berading aan sorggewers verskaf, ten einde hulle hantering- en probleemoplossings gedrag te bevorder.</p> <p>Hierdie vraag is dus ingesluit om te bepaal wat sorggewers se persepsies en behoeftes is van hoe hulle deur die professionele span/STT hanteer wil word.</p>

Afdeling	Vraag	Motivering waarop vraag ingesluit is
B	<p>Wat is u verwagtinge van 'n STT in die hantering van 'n persoon met 'n breinbesering? / <i>What are your expectations of a SLT in the management of a person with a TBI?</i> (Vraag 26)</p>	<p>Hierdie vraag is weer ingesluit met die doel om te bepaal wat sorggewers se verwagtinge, nie net van die STT nie, maar van alle rehabilitasiepersoneel is oor die hantering van die persoon met 'n TBB. Sorggewers se persepsies van hoe hulle en die persoon met 'n TBB deur die professionele span hanteer word, het 'n invloed op hulle mening oor die mate van ondersteuning wat hulle ontvang. Die aard van hierdie ondersteuning, beïnvloed die wyse waarop die sorggewers die langtermynuitkomste van die besering hanteer (Sinnakurappan en Williams, 2001). Hierdie vraag is gevra met die oog op latere aanbevelings om meer effektiewe dienslewering deur rehabilitasiepersoneel, te verkry.</p>
B	<p>As u een behoefte (in terme van die hantering van die persoon met 'n TBB) sal uitsonder, wat sal dit wees? Verduidelik? / <i>If you were to identify one need (in terms of managing the person with a TBI), what would it be? Explain.</i> (Vraag 27)</p>	<p>Hierdie vraag is ingesluit om te bepaal wat die sorggewers in die huidige studie se belangrikste behoeftes is. In die literatuur word beklemtoon dat sorggewers se belangrikste behoefte is om kongruente en aanhoudende inligting rakende alle aspekte van die persoon met 'n TBB te bekom, om hoop te hê en dat hulle vroeë eerlik beantwoord moet word (Kreutzer <i>et al.</i>, 1994). In die studie is daar bepaal of hierdie behoeftes ook moontlik ooreenkom met die literatuur.</p>

b) Semigestruktureerde onderhoude

Semigestruktureerde onderhoude is as deel van die data-insamelingsmetodes ingesluit vir logistieke doeleindes. Die deelnemers wat nie wou deelneem aan die fokusgroep nie, was bereid om die inligting individueel aan die navorser te verskaf. Ten einde te voorkom dat betekenisvolle inligting op hierdie wyse verlore sou raak, is daar besluit op die voer van semigestruktureerde onderhoude. Dieselfde vrae wat in die fokusgroep gebruik is, is ook vir die doel van die onderhoude gebruik (Bylae K). Dit is so gedoen om die tipe data wat ingesamel word, konstant te hou. Die doel van die onderhoud is om aan die navorser hulp te verleen om probleme wat deur die deelnemers ervaar is, te identifiseer, om sodoende meer geldige en betroubare data te verkry (Bless en Higson-Smith, 1995). Beter antwoorde of oplossings kon gevolglik verkry word, wat waardevol was tydens die opstel van die finale meetinstrument (Bless en Higson-Smith, 1995). Aangesien onderhoude as data-insamelingsmetode tydrowend is, is daar slegs drie semigestruktureerde onderhoude gevoer, maar vier persone het aan die onderhoud deelgeneem. Een van die onderhoude het bestaan uit die moeder en die vader van die persoon met 'n TBB. Daar is vier verskillende opinies tydens die onderhoude verkry.

3.2.8. Prosedures van Fase 1

Die prosedures wat tydens Fase 1 van die navorsing uitgevoer is, word vervolgens bespreek.

3.2.8.1. Data-insamelingsprosedures vir Fase 1

Die data-insamelingsprosedures wat tydens Fase 1 (Ontwikkeling en samestelling van die voorlopige meetinstrument) gebruik is, word vervolgens bespreek. Eerstens volg 'n uiteenstting van die insamelingsprosedures van die eerste deel van Fase 1 (Veelvuldige enkelgevallestudies (D1-D3)) en tweedens die bespreking van die Fokusgroep en semigestruktureerde onderhoud (D4-D11).

a) Waarneming

- Daar is veelvuldige enkelgevallestudies op die eerste drie geselekteerde deelnemers (D1-D3) uitgevoer deur van kwalitatiewe- en kwantitatiewe data-insamelingsmetodes gebruik te maak;
- Daar is eerstens van gestruktureerde en ongestruktureerde waarneming gebruik gemaak waartydens die deelnemers se kommunikasie-interaksievaardighede en behoeftes tydens interaksie met die persoon met 'n TBB bepaal is;
- Die waarneming is eerste uitgevoer (voor die invul van die vraelys) om te voorkom dat die deelnemers se interaktiewe gedrag beïnvloed sou word deur inligting wat hulle moontlik vanuit die vraelys kon aflei;
- Die deelnemers is eers vir 'n tyd waargeneem, voordat die uiteindelijke waarneming plaasgevind het, sodat hulle gewoon kon raak aan die teenwoordigheid van die navorser. Op hierdie manier is daar gepoog om te verseker dat die deelnemers se gedrag meer betroubaar en verteenwoordigend is;
- Die deelnemers is vooraf ingelig oor die aard van die waarneming, maar hulle het nie geweet op watter aspekte daar tydens die waarneming gelet sou word nie (koverte waarneming). Dit is gedoen om te voorkom dat die teenwoordigheid van die navorser en die tweede beoordelaar die deelnemers se gedrag beïnvloed;
- Die deelnemers is gevra om in interaksie te tree met die persoon met 'n TBB, byvoorbeeld gesels met die persoon oor die dag se gebeure, en die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) is voltooi;
- Die navorser en tweede beoordelaar het die interaksie waargeneem vanuit 'n bepaalde hoek van die vertrek en veldnotas geneem, om addisionele inligting te verkry.

b) Behoeftevraelys

Nadat die waarneming voltooi is, is die deelnemers (D1, D2 en D3) gevra om die vraelys te voltooi):

- Voordat die deelnemers die Behoeftevraelyste (Bylae J) voltooi het, is die doel asook die prosedures vir die invul van die vraelys deur die navorser aan hulle verduidelik;
- Die vraelys is deur die deelnemers in die teenwoordigheid van die navorser voltooi en onduidelikhede of probleme wat met die invul van die vraelyste ondervind is, is onmiddellik met die navorser bespreek;
- Die voltooiing van die vraelys het ongeveer 20 minute geduur;
- Die vraelyste is onmiddellik na voltooiing deur die navorser ingeneem.

c) **Fokusgroep en semi-gestruktureerde onderhoude**

- 'n **Fokusgroep** (bestaande uit 4 deelnemers (D4, D5, D6 en D7)) is tydens 'n afsonderlike geleentheid geïdentifiseer en daar is 'n groepsonderhoud van 2 ure deur die navorser met die deelnemers gevoer;
- Die fokusgroep bestaan uit primêre sorggewers van persone met TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is;
- Die deelnemers is eerstens gevra om 'n vraelys te voltooi, ten einde demografiese inligting van die sorggewers en die persoon met 'n TBB te verkry (Bylaag K). Die inligting is gebruik vir die beskrywing van die deelnemers;
- Na die voltooiing van die vraelys is die prosedures wat tydens die uitvoering van die fokusgroep gebruik is, aan die deelnemers verduidelik;
- Daar is tien vooropgestelde vrae (oop vrae) oor die deelnemers se behoeftes aan die hantering van die persoon met 'n TBB deur die navorser aan die deelnemers gevra;
- 'n Bandopname is van die groepsonderhoud vir data-analise-doeleindes gemaak;
- Die bandopname is daarna getranskribeer (Bylae L) en die data is deur middel van 'n diskoersanalise ontleed (Sien dataverwerkingsprosedures).
- Daar is vier **semigestruktureerde onderhoude** met die primêre sorggewers (D8, D9, D10 en D11) wat nie aan die fokusgroep wou deelneem nie, gevoer (D10 en D11 is die moeder en vader van die persoon met TBB, maar beide het hulle eie opinies gelewer);

- Die deelnemers is ook versoek om 'n vraelys te voltooi ten einde demografiese inligting van die sorggewers en die persoon met 'n TBB te verkry (Bylae K). Die inligting is gebruik vir die beskrywing van die deelnemers;
- Na die voltooiing van die vraelys is die prosedures wat tydens die voer van die onderhoud gebruik is aan die deelnemers verduidelik;
- Dieselfde vrae wat tydens die fokusgroep gebruik is, is ook tydens die onderhoude gebruik (Bylae K);
- Bandopnames is van die onderskeie onderhoude gemaak vir data-analise-doeleindes;
- Die bandopname is daarna getranskribeer (Bylaes M, N en O) en die data is deur middel van 'n diskoersanalise ontleed (Sien dataverwerkings-prosedures).

3.2.8.2. Dataverwerkingsprosedures van Fase 1

a) Waarneming

Alle waargenome gedrag wat tydens die waarneming geïdentifiseer is, is op die Pragmatic Protocol (*toepaslik of ontoepaslik*) (Prutting en Kirchner, 1987) aangeteken (Bylae I). Ten einde te verseker dat die waarneming akkuraat gedoen is, is daar van 'n tweede waarnemer (opgeleide STT) gebruik gemaak tydens die waarneming en die verwerking van die data.

Die resultate is saamgevoeg en in die bepaalde kategorieë (soos uiteengesit in die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987)) geplaas. Die inligting is kwantitatief ontleed deur die ontoepaslike- en toepaslike gedrag in die drie verskillende domeine van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) te bereken. Die ontoepaslike- en toepaslike gedrag is bymekaar getel en deur die aantal waargenome gedragareas gedeel. 'n Persentasie toepaslike en ontoepaslike gedrag in die drie verskillende domeine is verkry, en in die vorm van frekwensietabelle weergegee.

Die veldnotas is bestudeer en addisionele inligting wat van belang was tydens kommunikasie en interaksie is bepaal en ook in die kategorieë opgeteken.

b) Vraelyste

Die vraelyste (Bylae J) is op 'n kwantitatiewe wyse deur die navorser ontleed. Geen statistiese verwerking kon op die resultate uitgevoer word nie, weens die min deelnemers wat aan die studie deelgeneem het. Al die resultate van die vraelys is op die volgende wyse verwerk:

Afdeling B van die vraelys se resultate is eerstens verdeel in die verskillende kategorieë van behoeftes wat deur die deelnemers gelys is. Die volgende kategorieë behoeftes is opgestel:

- Behoeftes aan algemene inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand (Vrae 34, 37, 38 en 43);
- Behoeftes aan die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe afwykings (Vrae 22, 28 en 30);
- Behoeftes aan die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme (Vrae 25, 26, 39 en 42);
- Behoeftes aan die hantering van die persoon met 'n TBB se gedrags- en emosionele afwykings (Vrae 23, 24, 25, 45, 46 en 53);
- Behoeftes aan ondersteuning (Vrae 32, 33, 35, 36, 44 en 47);
- Behoeftes aan die hantering van voedingsprobleme (54 en 55);
- Behoeftes aan wat die rol van die sorggewer is tydens die akute rehabilitasieperiode (Vrae 31, 40, 49 en 50);
- Behoeftes aan aanpassings in die omgewing (Vrae 41 en 56); hoe om die persoon met 'n TBB te stimuleer (Vraag 29) en die hantering van die persoon met 'n TBB wanneer hy moeg en uitgeput raak (Vraag 48);
- Behoeftes aan groepsterapie vir die persoon met 'n TBB (Vrae 51 en 52).

Nadat die bogenoemde kategorieë bepaal is, is die deelnemers se resultate afsonderlik opgeteken en beskryf (Sien Resultate van Fase 1: Deel 1). Elke deelnemer se behoeftes ten opsigte van die verskillende kategorieë is bepaal en die hoeveelheid Opsies 1 (Geen behoefte), Opsies 2 (Nie so 'n groot behoefte nie), Opsies 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees) en Opsies 4 (Behoeftes) per kategorie is op 'n grafiek voorgestel.

Daarna is die resultate as volg verwerk. Indien die deelnemers Opsies 1 en 2 geselekteer het, is die behoeftes saamgevoeg as “Geen behoeftes” en indien die deelnemers Opsies 3 en 4 geselekteer het, is die behoeftes saamgevoeg as “Behoeftes”. Indien die meerderheid van die deelnemers (2 of meer), Opsies 1 en 2 geselekteer het, is daar aanvaar dat die deelnemers oor geen behoeftes rakende die bepaalde vraag of kategorie beskik nie. Indien die meerderheid van die deelnemers (2 of meer) Opsies 3 en 4 (Behoeftes) geselekteer het, is daar aanvaar dat die deelnemers wel oor ‘n behoefte rakende die bepaalde vraag of kategorie beskik. Vyftig persent dui dus op ‘n rekenkundige meerderheid en nie ‘n statistiese meerderheid nie (Pottas, 1998). Hierdie behoeftes is dan in die finale meetinstrument ingesluit.

c) Fokusgroepe en semigestruktureerde onderhoude

Die inhoud van die fokusgroepbespreking en semigestruktureerde onderhoude is deur die navorser getranskribeer en die resultate is deur middel van ‘n diskoersanalise ontleed en verwerk.

Diskoersanalise (vervolgens DA) is ‘n kwalitatiewe metode waartydens taal in natuurlike gesprekskontekste gebruik word. Die metode gee aan die deelnemers die geleentheid om hulle self uit te druk, sonder enige beperkinge, soos byvoorbeeld wat in die geval van die voltooiing van vraelyste gevind word. DA is ‘n waardevolle instrument wat aan die navorser die geleentheid gee om die individu te verstaan binne sy/haar omgewing, en verskaf ook ‘n metode waardeur die dinamiese verhouding tussen die individu, die omgewing en die siekte blootgestel word. Dit reflekteer dus ‘n egte beeld van kommunikasie in die persoon se eie lewe as wat enige ander taaltoets sou bereik (Vyncke, 1997). DA gee aan die navorser die voordeel om die individu (Deelnemer) as ‘n geheel te sien, aangesien die persoon se houding, omgewing, lewensdoelwitte, eiewaarde en huidige lewensituasies in ag geneem word (Cooper, 2001). Anders as ‘n gespreksanalise of inhoudsanalise, word daar in ‘n DA gebruik gemaak van die inhoud en konteks van ‘n gesprek, eerder as die vorm daarvan (Freeman, 2000). Dit is waardevol in die bepaling van sorggewers se behoeftes in terme van die hantering van ‘n persoon met ‘n TBB.

Die DA is deur die navorser geanaliseer, asook deur ‘n tweede beoordelaar (STT), om betroubaarheid en geldigheid te verseker. Die analise het binne die raamwerk van ‘n

DA plaasgevind en is verder aan die hand van riglyne soos deur Wetherell , Taylor en Yates (2001) voorgestel, ontleed.

Die getranskribeerde inligting word aandagtig volledig deurgelees ten einde temas wat by herhaling in die teks voorkom, te identifiseer. 'n Praktiese voorbeeld van hoe die analise plaasgevind het, word vervolgens geïllustreer.

Die proses het begin deurdat die navorser die teks verskeie kere deurgelees het. Hierdie herhaling was nodig sodat die navorser bekend kon raak met die teks. Daarna is aantekeninge/notas langs sekere dele van die teks gemaak.

Die notas is soos volg gelys:

- Inligting deur die verskillende rehabilitasiepersoneel weerspreek mekaar;
- Professionele persone gee nie voldoende inligting nie;
- Professionele persone berei sorggewers nie voor vir wat voorlê nie;
- Sorggewers wil onmiddellik weet wat is die probleme wat die persoon met 'n TBB het, en wat rehabilitasiepersoneel gaan doen om die probleem die hoof te bied;
- Sorggewers het 'n negatiewe houding teenoor rehabilitasie-personeel.

Die notas is nie in 'n spesifieke volgorde gelys nie. Dit is versigtig bestudeer en in ooreenstemmende kategorieë geplaas. Sekere temas is in die kategorieë geïdentifiseer op grond van die frekwensie van voorkoms, die tipe inligting daarvoor verskaf en die mate van gesprek wat daarvoor gevoer is. In die bogenoemde is die tema: **“Onvoldoende hantering van sorggewers deur professionele persone”** geïdentifiseer.

In hierdie proses is daar ook gebruik gemaak van 'n tweede beoordelaar om die vertrouenswaardigheid van die navorsingsresultate te verbeter. Die tweede beoordelaar was 'n STT met genoegsame kennis om waardevolle insette te lewer.

d) Triangulasie

Die metode van triangulasie is deurentyd in die studie gebruik, aangesien die navorser van verskillende metodes gebruik gemaak het om data in te samel, asook om hierdie

data te analiseer. Volgens Latvala en Vuokila- Oikkonen (2000), verhoog triangulasie-metodes die kredietwaardigheid van die studie en versterk dit die vertrouenswaardigheid van die resultate. Optimale geldigheid en betroubaarheid van die resultate word dus hierdeur verseker (Latvala en Vuokila-Oikkonen, 2000).

3.3. METODE VIR FASE 2

In hierdie gedeelte van die studie word die metode wat tydens die tweede fase (Fase 2) van die navorsing (*Voorlopige toepassing van die meetinstrument om te bepaal of die meetinstrument 'n verandering in behoeftes meet*) uiteengesit en bespreek.

3.3.1. Doelstelling vir Fase 2 (Subdoelstelling 2)

Fase 2: Die toepassing van die voorlopige meetinstrument op 'n bepaalde toetspopulasie ten einde te bepaal of die meetinstrument 'n **verandering** in die sorggewers se behoeftes kan **meet** na die aanbieding van 'n werkwinkel. (*Die doel van die werkwinkel is om inligting aan die sorggewers te verskaf op grond van die behoeftes wat tydens die voltooiing van die voorlopige meetinstrument geïdentifiseer is*)

3.3.2. Navorsingsontwerp vir Fase 2

Tydens die **tweede fase** van die navorsing is daar weer van veelvuldige enkelgevallestudies gebruik gemaak om die studie in die raamwerk van beskrywende navorsing uit te voer (Nel, 2002). Die gevallestudie is weereens gebruik om 'n empiriese ondersoek uit te voer, ten einde te bepaal wat die kategorieë van die deelnemers se huidige behoeftes en kennis rakende kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n gemiddelde tot ernstige TBB is. Die gevallestudie is uitgevoer in die vorm van 'n **pretoets/posttoets-eksperimentele ontwerp, deur gebruik te maak van enkelgevallestudies** (Bless en Higson-Smith, 1995). Die doel van hierdie fase is om te bepaal of die meetinstrument enige verandering in die deelnemers se behoeftes aan kommunikasie en interaksie kan meet. In hierdie ontwerp het die navorser dus die afhanklike veranderlike (behoefte) getoets om 'n basislyndata te verkry en dan weer 'n posttoets gedoen nadat 'n gebeurtenis (werkwinkel) plaasgevind het. Hierdeur is bepaal of daar wel verandering plaasgevind

het (Bless en Higson-Smith, 1995). Volgens Bless en Higson-Smith (1995) hou hierdie ontwerp egter 'n paar nadele in wat deur die navorser in gedagte gehou moet word tydens die navorsingsproses. Die nadele sluit onder meer in maturasie, toetseffek, instrumentasie, eksperimentele mortaliteit en reaktiewe effekte. Hierdie nadele is egter uitgeskakel deurdat die volledige data-insameling binne 'n dag voltooi is, en vooraf gereelde afsprake met die deelnemers gemaak is, waarin die tyd van die data-insameling vasgestel is. Daar is dus van verskillende data-insamelingsprosedures gebruik gemaak en triangulasie is deurentyd toegepas om die krediet- en vertrouenswaardigheid van die resultate te verseker (Bless en Higson-Smith, 1995).

3.3.3. Skematiese voorstelling van die navorsingsproses vir Fase 2

Die volgende diagram (Figuur 3) is 'n skematiese voorstelling van Fase 2 en die navorsingstrategieë wat tydens die uitvoering van hierdie fase gebruik is ten einde die hoofdoel van die studie te bereik.

FASE 2 : VOORLOPIGE TOEPASSING VAN DIE MEETINSTRUMENT OM TE BEPAAL OF DIE INSTRUMENT VERANDERING IN BEHOEFTE MEET

Die toepassing van die voorlopige meetinstrument op 'n nuwe groep deelnemers ten einde te bepaal of die instrument wel 'n verandering van die deelnemers se behoeftes meet

Veelvuldige enkelgevallestudies (Pretoets/Posttoets-eksperimentele ontwerp)

Selekteer vier nuwe deelnemers (D12-D15)



Pretoets: Deelnemers D12-D15 (vier nuwe deelnemers) voltooi die voorlopige meetinstrument



Die navorser bied die werkswinkel aan op grond van die behoeftes wat by die voltooiing van die voorlopige meetinstrument bepaal is



Gebeurtenis: Aanbieding van die werkswinkel



Posttoets: Deelnemers (D12-D15) voltooi weer die voorlopige meetinstrument



Die navorser bepaal of die instrument verandering van behoeftes meet



**VOLTOOIING VAN FASE 2
FINALE OPSTEL EN SAMESTELLING VAN DIE VOORLOPIGE
MEETINSTRUMENT**

Figuur 3: Skematiese voorstelling van die navorsingsproses van Fase 2

3.3.4. Steekproef vir Fase 2

Dieselfde seleksiekriteria vir die deelnemers van Fase 2 is gebruik as vir die deelnemers van Fase 1. Vir 'n uiteensetting van die seleksiekriteria, sien punt 3.2.4.

3.3.5. Beskrywing van die deelnemers van Fase 2

Al die deelnemers (D12, D13, D14 en D15) wat aan die tweede fase van die studie deelgeneem het, is vroulik, Engelssprekend, en hulle ouderdomme wissel tussen 28 en 55 jaar. Deelnemers D12 en D13 het beide weekliks kontak gehad met die persoon met 'n TBB, terwyl Deelnemers D14 en D15 daaglikse kontak met die persone gehad het. Geeneen van die deelnemers het vorige ondervinding van persone met TBB nie. Sien Tabel (7) vir 'n beskrywing van deelnemers wat aan Fase 2 deelgeneem het.

Die persone met TBB (Persone TBB12 tot TBB15) is manlik, Engelssprekend en hulle ouderdomme wissel tussen 20 en 56 jaar (Sien Tabel 7 vir 'n verdere beskrywing van die persone met TBB).

Tabel 7: Fase 2-Beskrywing van primêre sorggewers (deelnemers D12-D15) van die persoon met 'n gemiddelde tot ernstige TBB

Veelvuldige enkelgevallestudies								
Deelnemer	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Vorige beroep	Hoogste vlak van opleiding	Verhouding met persoon met TBB	Hoeveelheid kontak met die persoon	Vorige ondervinding met TBB
12	Vroulik	Engels	55 jaar	Afgetree	Matriek	Vrou	Weekliks	Geen
13	Vroulik	Engels	31 jaar	Huisvrou	Matriek	Tante	Weekliks	Geen
14	Vroulik	Engels	28 jaar	Program Organiseerder	Honneursgraad	Suster	Daaglik	Geen
15	Vroulik	Engels	30 jaar	Onderwyseres	Graad	Vrou	Daaglik	Geen

Tabel 8: Fase 2- Beskrywing van persone met 'n gemiddelde tot ernstige traumatiese breinbesering (TBB)

Veelvuldige enkelgevallestudies									
Persoon met TBB	Geslag	Huistaal	Ouderdom	Beroep beklee voor ongeluk	Hoogste vlak van opleiding	Waar woon persoon tans	Datum van ongeluk	Tydperk van koma	Telling op Glasgow-Coma Skaal
12	Manlik	Engels	56	Nasionale Verkoopsbestuurder	Nie voltooi in vraelys nie	Rehabilitasiesentrum	2003-07-28	Paar dae	-
13	Manlik	Engels	20	Paneel-klopper	Standerd 7 (Graad 7)	Rehabilitasiesentrum	2003-08-20	Twee weke	-
14 en 15 ⁶	Manlik	Engels	32	Koffieplantasiebestuurder	Ingenieursdiploma	Rehabilitasiesentrum	2003-08-04	Twee weke	Tussen 9-12

⁶ Deelnemers D14 en D15 is die vrou en suster van die persoon met 'n TBB. Beide die deelnemers was tydens die werkswnkel betrokke en verskaf versorging aan die persoon met die TBB.

3.3.6. Seleksieprosedures vir Fase 2

Dieselfde seleksieprosedures soos in Fase 1 is hier gebruik. Sien punt 2.2.6. van Fase 1 vir 'n uiteensetting van die seleksieprosedures.

3.3.7. Materiaal en apparaat vir Fase 2

Die voorlopige meetinstrument wat saamgestel is uit die resultate van Fase 1, is gebruik as navorsingsmateriaal vir Fase 2. Die meetinstrument sal vervolgens uitgebeeld en bespreek word (Figuur 4).

2.3.7.1. Voorlopige meetinstrument: Behoeftevraelys vir sorggewers van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering [*“Needs questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury”*]

Sien Figuur 4 vir 'n voorbeeld van die voorlopige meetinstrument om die primêre sorggewers van persone met 'n TBB se behoeftes te bepaal.

NEEDS QUESTIONNAIRE FOR CAREGIVERS OF A PERSON WITH A TRAUMATIC BRAIN INJURY

Instructions: Make a cross in the appropriate block according to your need

I need to know more about	No need	Not such a big need	Fairly big need	Big need
1. GENERAL HANDLING OF THE PERSON WITH TBI				
1) the general symptoms	1	2	3	4
2) the physical symptoms	1	2	3	4
3) the communication symptoms	1	2	3	4
4) the cognitive symptoms	1	2	3	4
5) the behavioural and emotional symptoms	1	2	3	4
6) the rehabilitation process	1	2	3	4
7) the recovery process	1	2	3	4
8) the functions of the brain	1	2	3	4
9) the basic needs of the person	1	2	3	4
10) the care priorities	1	2	3	4
Other needs that the TBI person has... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
2. INFORMATION: WHAT I AS THE CAREGIVER WANT TO KNOW				
12) my role in general	1	2	3	4
13) my role in assessment	1	2	3	4
14) my role in therapy	1	2	3	4
15) my role in the rehabilitation team	1	2	3	4
16) addressing the person's physical needs	1	2	3	4
17) addressing the person's basic needs	1	2	3	4
18) addressing the person's communication needs	1	2	3	4
19) addressing the person's emotional needs	1	2	3	4
20) addressing behavioural concerns	1	2	3	4
21) addressing cognitive concerns	1	2	3	4
Other needs that I have... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
3. SUPPORT: PERSON WITH TBI				
22) support groups	1	2	3	4
23) the benefits of support groups	1	2	3	4
24) where I can find support groups	1	2	3	4
25) day care for the person	1	2	3	4
Other needs that the person with TBI has... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4

Figuur 4: Voorloppige meetinstrument: Behoeftevraelys vir sorggewers van 'n persoon met traumatiese breinbesering.

Figuur 4: Voorloplige meetinstrument: Behoeftevraelys vir sorggewers van 'n persoon met traumatiese breinbesering.

I need	No need	Not such a big need	Fairly big need	Big need
4. SUPPORT FOR THE CAREGIVER (GC)				
26) to know more about a caregiver support group	1	2	3	4
27) to speak to other people that have already been through the process	1	2	3	4
28) to know more about a communication group where the CG can ask questions to other professionals and other people, regarding problems experienced	1	2	3	4
29) support to make the necessary changes in my life style to look after the person (my work, at home, etc)	1	2	3	4
30) to tell someone about my emotions & feelings	1	2	3	4
31) to tell someone about my disappointments	1	2	3	4
Other needs that I have... (Please list & tick relevant box)	1	2	3	4
•	1	2	3	4
5. COMMUNICATION WITH THE PERSON				
32) specific guidelines in order to help the person to understand me better during communication interaction	1	2	3	4
33) specific guidelines in order to understand the person better in communication interaction	1	2	3	4
34) to know what I can do to improve the person's speech	1	2	3	4
35) more information on different devices that are available to support the person during communication	1	2	3	4
36) more information regarding ways to address the person's communication needs	1	2	3	4
37) to know more about ways to stimulate the person	1	2	3	4
38) to know more about when to stimulate the person	1	2	3	4
Other needs that the CG has... (Please list & tick relevant box)	1	2	3	4
•	1	2	3	4
6. COPING				
39) to know how to cope with slow recovery	1	2	3	4
40) to see that the person is improving	1	2	3	4
Other needs that the CG has... (Please list & tick relevant box)	1	2	3	4
•	1	2	3	4
7. HOPE				
41) to know what the future holds for the person	1	2	3	4
42) to have more hope for the rehabilitation team	1	2	3	4
43) to know about the person's long term outcomes	1	2	3	4
44) to know about the future implications of the injury	1	2	3	4
45) to speak to someone that will give me more hope	1	2	3	4
Other needs that I have... (Please list & tick relevant box)	1	2	3	4
•	1	2	3	4

NEEDS QUESTIONNAIRE FOR CAREGIVERS OF A PERSON WITH A TRAUMATIC BRAIN INJURY

Instructions: Make a cross in the appropriate block according to your need

Die voorlopige meetinstrument “**Behoeftetraelys vir sorggewers van ‘n persoon met ‘n traumatiese breinbesering**” [*“Needs questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury”*], is saamgestel op grond van die resultate wat verkry is tydens die uitvoering van Fase 1 (Bylae P). Die doel van die voorlopige meetinstrument is tweeledig. Eerstens is met die meetinstrument gepoog om die deelnemers se behoeftes ten opsigte van die algemene hantering van die persoon met ‘n TBB, die rol van die sorggewer, ondersteuning, kommunikasie, hantering, hoop en die professionele span, te bepaal.

Tweedens is die doel van die meetinstrument (Bylae P) om te bepaal of daar wel ‘n verandering in die deelnemers se behoeftes (deur middel van die meetinstrument) gemeet kan word, nadat inligting in die vorm van ‘n werkwinkel aan hulle verskaf is. Daaruit kan moontlike afleidings gemaak word ten opsigte van die leemtes, behoeftes en beperkinge wat die sorggewers van ‘n persoon met ‘n TBB tydens die akute rehabilitasieperiode ondervind en die effektiwiteit van dienslewering deur die rehabilitasiespan. ‘n Verdere afleiding wat ook gemaak kan word, is dat indien daar reeds tydens die akute rehabilitasieperiode inligting aan sorggewers verskaf word, of hulle behoeftes dan wel sal verander, en of die meetinstrument hierdie moontlike veranderinge sal kan meet.

‘n Meetinstrument (Bylae P), bestaande uit sewe bladsye is in Engels saamgestel.⁷ Die inhoud van die vrae is opgestel vanuit die resultate wat verkry is tydens die uitvoer van Fase 1 (Deel 1: Veelvuldige enkelgevallestudies en Deel 2: ‘n Fokusgroep en drie semigestruktureerde onderhoude).

Die voorlopige meetinstrument bestaan uit agt hoofareas van behoeftes soos geïdentifiseer tydens Fase 1. Elke behoeftearea is weer onderverdeel in ‘n aantal behoeftevrae wat in die bepaalde areas van behoeftes voorgekom het. Die meetinstrument (***Behoeftetraelys vir sorggewers van ‘n persoon met TBB***) [*“Needs Questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury*] bestaan uit ‘n totaal van twee-en-sestig (62) geslote vrae, wat opgestel is met die doel om die deelnemers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal. Die agt hoofafdelings van die meetinstrument sluit die volgende behoefteareas van die sorggewers in:

⁷ Die meetinstrument is in Engels saamgestel, aangesien die deelnemers wat aan hierdie gedeelte van die studie deelgeneem het, slegs Engelssprekend was.

- Afdeling 1: Die algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB;
- Afdeling 2: Die rol van die sorggewer in die hantering van die persoon met 'n TBB;
- Afdeling 3: Ondersteuning vir die persoon met 'n TBB;
- Afdeling 4: Ondersteuning vir die sorggewer van 'n persoon met 'n TBB;
- Afdeling 5: Kommunikasie met die persoon met 'n TBB;
- Afdeling 6: Hantering: Die hantering van die herstelproses;
- Afdeling 7: Hoop: Om meer hoop te hê;
- Afdeling 8: Die professionele span.

Daar is in die meetinstrument slegs van Likert-skaaltipe vrae gebruik gemaak, wat die deelnemers op 'n skaal van een (1) tot vier (4) moes afmerk, naamlik: (Opsie 1 = Geen behoefte; Opsie 2 = Nie so 'n groot behoefte nie; Opsie 3 = Kan moontlik 'n behoefte wees; Opsie 4 = Behoeftes). Die responskategorieë is so ontwerp dat die deelnemers hulle opsies op spesifieke punte moes uitvoer. Die voordeel van Likert-skaaltipe vrae is dat waardevolle inligting oor nie-eksakte en subjektiewe aspekte verkry word (De Vos, 1998). Aan die einde van elke afdeling is daar oop vrae ingesluit, om aan die deelnemers die geleentheid te gee om enige ander behoefte wat nie in die meetinstrument ingesluit is nie, te lys.

3.3.7.2. Werkswinkel

'n Werkswinkel (Bylae Q) is deur die navorser in Engels saamgestel aangesien al die deelnemers wat in die tweede fase van die studie deelgeneem het, Engelssprekend was. In die aanbieding van die werkswinkel is daar gepoog om die deelnemers se behoeftes aan te spreek. Die doel van die werkswinkel was om te bepaal of die deelnemers se behoeftes verander nadat inligting aan hulle verskaf is, en op hierdie wyse kan daar ook bepaal word of die meetinstrument die verandering in die behoeftes kon meet. Die werkswinkel is saamgestel vanuit 'n teoretiese perspektief en volgens die behoefteareas wat in die voorlopige meetinstrument voorkom. Die volgende aspekte is tydens die aanbieding van die werkswinkel in oënskou geneem:

- Die aard van 'n TBB: Definisie, klassifikasie en oorsaak van TBB;
- Werking en funksies van die menslike brein;
- Karaktereienskappe van 'n persoon met 'n TBB;
- Kognitiewe afwykings na 'n TBB;

- Gedrags-en emosionele probleme na 'n TBB;
- Vlakke van bewustheid van 'n persoon met 'n TBB in die akute periode en die rol van die sorggewers;
- Kognitiewe kommunikasieafwykings na 'n TBB
- Fisiese afwykings na 'n TBB;
- Die rehabilitasieproses: Definisie en doelwitte;
- Die rehabilitasiespan: Die rol van die verskillende spanlede;
- Reaksies van sorggewers teenoor 'n breinbesering;
- Implikasies van die TBB vir die sorggewers;
- Wat die sorggewers kan doen as die persoon met 'n TBB ontslaan word uit die hospitaal;
- Familiehantering;
- Ondersteuningsgroepe vir sorggewers;
- Ondersteuningsgroepe vir persone met 'n TBB.

Die werkswinkel het inligting in beide verbale en geskrewe formaat aan die deelnemers voorsien en is by twee afsonderlike geleenthede⁸ aan die deelnemers by die rehabilitasiesentrums beskikbaar gestel (Bylae Q).

Tydens die eerste werkswinkel was Deelnemers D12 en D13 en tydens die tweede Deelnemers D14 en D15, teenwoordig. Die werkswinkel het ongeveer twee en 'n half ure geneem en het bestaan uit inligting- en opleidingverskaffing en groepbesprekings waar die deelnemers die geleentheid gekry het om persoonlike ervarings en behoeftes te deel. Daar is aan die einde van die werkswinkel ook geleentheid gegee vir vrae.

Die werkswinkel was suksesvol ten opsigte van die hantering van die deelnemers se behoeftes en positiewe terugvoer is van die deelnemers ontvang. Alhoewel die werkswinkel die breë areas van die deelnemers se behoeftes in verband met die aard en effekte van 'n TBB, ensovoort (sien bogenoemde punte), aangeroer het, was daar nie genoeg tyd om spesifieke probleme wat die deelnemers ervaar het, in diepte te bespreek nie. 'n Opvolg-werkswinkel sou van groot waarde gewees het, maar weens beperkte tyd van die deelnemers, was dit nie tydens die uitvoer van hierdie studie moontlik nie.

⁸ Die deelnemers kon/ was nie almal op een dag beskikbaar nie, en daarom het die navorser besluit om die werkswinkel twee keer aan te bied.

3.3.8. Data-insamelingsprosedures vir Fase 2

3.3.8.1. Veelvuldige enkelgevallestudies (Pretoets)

- Vier deelnemers (D12-D15) wat aan die seleksiekriteria voldoen is geselekteer en die voorlopige meetinstrument (**Behoeftevraelys vir sorggewers van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering**) [*“Needs questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury”*] is aan hulle gegee om te voltooi;
- Die doel en instruksies vir die invul van die meetinstrument is voor die voltooiing daarvan aan die deelnemers verduidelik;
- Die voorlopige meetinstrument is in die teenwoordigheid van die navorser voltooi;
- Die voorlopige meetinstrument is onmiddellik ingeneem nadat die deelnemers dit voltooi het.

3.3.8.2. Aanbieding van die werkswinkel (Gebeurtenis)

- Voor die aanvang van die werkswinkel het die navorser die doel van die studie asook van die werkswinkel, aan die deelnemers verduidelik;
- Voor die aanvang van die werkswinkel het die navorser aan elke deelnemer 'n program gegee van die aspekte wat tydens die werkswinkel behandel sou word;
- Elke deelnemer het ook 'n pen en papier ontvang om aantekeninge tydens die werkswinkel te neem;
- Die navorser het die werkswinkel in beide verbale en geskrewe formaat vir die deelnemers aangebied;
- Die deelnemers het 'n uitdeelstuk waarin die werkswinkel uiteengesit is, ontvang (Geskrewe formaat) (Sien Bylae Q);
- Die navorser het stap vir stap die uitdeelstuk met die deelnemers behandel en aan die einde van elke afdeling aan die deelnemers die geleentheid gegee om vrae te vra of om hulle persoonlike opinies te lig;
- Die werkswinkel het ongeveer 2 en 'n half ure geneem.

3.3.8.3. Veelvuldige enkelgevallestudies (Posttoets)

- Na die aanbieding van die werkswinkel is die deelnemers gevra om weer die voorlopige meetinstrument te voltooi. Dieselfde prosedures vir die invul van die meetinstrument is gevolg (sien pretoets);
- Die inligting van die meetinstrument is verkry en die data is op 'n kwantitatiewe wyse verwerk (Sien dataverwerkingsprosedures 3.3.8.1.).

3.3.9. Dataverwerkingsprosedures vir Fase 2

3.3.9.1. Veelvuldige-enkelgevallestudies (Pretoets)

Die vier deelnemers (D12-D15) wat aan die tweede fase van die studie deelgeneem het, het die meetinstrument voltooi, deur hulle behoeftes op die Likert-skaal (*Opsie 1 = Geen behoefte; Opsie 2 = Nie so 'n groot behoefte; Opsie 3 = Kan moontlik 'n behoefte wees; Opsies 4 = Behoefte*) aan te dui.

Die data van hierdie resultate is daarna op drie verskillende maniere bereken:

Die resultate is eerste as volg bereken:

Eerstens is al die deelnemers se behoeftes (in terme van die verskillende afdelings van die meetinstrument) afsonderlik bereken, en 'n frekwensietelling is uitgevoer op die aantal kere wat hulle Opsies 1 (Geen behoefte), Opsies 2 (Nie so 'n groot behoefte), Opsies 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees) en Opsies 4 (Behoefte), voor en na die aanbieding van die werkswinkel, gekies het. Hierdie resultate is dan op 'n grafiek voorgestel.

Tweedens is die resultate as volg bereken: Opsies 1 en 2 is saamgevoeg as "Geen behoeftes" en Opsies 3 en 4 is saamgevoeg as "Behoeftes". Die wyse waarop die resultate bereken is, deur die patrone van interpretasie te verander, is gedoen met die doel om moontlik te bewys dat 'n verandering in die wyse waarop die resultate geïnterpreteer word, nie 'n verandering van resultate tot gevolg het nie.

Die aantal “Geen behoeftes” en “Behoeftes” is dan bymekaar getel, en is op ‘n grafiek voorgestel. Dieselfde prosedures is gebruik om die resultate te bereken wat voor en na die aanbieding van die werkwinkel verkry is.

Hierdie prosedures is gebruik om elke deelnemer se data afsonderlik voor te stel. Verder is dit ook gebruik om die verskillende behoeftes, van die verskillende afdelings vir elke Deelnemer voor te stel. Daar is ook ‘n opsommende beeld van die resultate wat op hierdie wyse bereken is, waarin die resultate van al vier die deelnemers saamgevoeg is en op 1 grafiek voorgestel is.

Derdens is die resultate as volg bereken: Opsie 1 word bereken as “Geen behoefte” en Opsies 2, 3 en 4 word saamgevoeg as “Behoeftes”. Die wyse waarop die resultate bereken is, deur die patrone van interpretasie te verander, is gedoen met die doel om moontlik te bewys dat ‘n verandering in die wyse waarop die resultate geïnterpreteer word, nie ‘n verandering van resultate tot gevolg het nie.

Indien die deelnemers Opsie 1 geselekteer het voor en na die aanbieding van die werkwinkel, is hierdie behoefte beskou as “Geen behoefte” nie. Indien die Deelnemer Opsies 2, 3 en 4 geselekteer het voor die aanbieding van die werkwinkel, is dit saamgevoeg as ‘n geheel, naamlik “Behoeftes”. Die aantal “Geen behoeftes” en “Behoeftes” is dan bymekaar getel, en die totale aantal behoeftes is op ‘n grafiek voorgestel. Hierdie prosedures is gebruik om elke deelnemer se data afsonderlik en as ‘n geheel voor te stel. Verder is dit ook gebruik om die verskillende behoeftes voor te stel van die verskillende afdelings vir elke deelnemer.

Daar is ook ‘n opsommende beeld van die resultate wat op hierdie wyse bereken is, waarin die resultate van al 4 die deelnemers saamgevoeg is, en op 1 grafiek voorgestel is.

Al die inligting wat voor en na die aanbieding van die werkwinkel verkry is, is in dieselfde frekwensietabelle en staafdiagramme aangedui. Op hierdie wyse is daar bepaal of daar wel ‘n verskuiwing in die sorggewers se behoeftes voorgekom het nadat inligting aan hulle verskaf is.

3.4. ETIESE OORWEGINGS

Die volgende etiese oorwegings is tydens die data-insameling in gedagte gehou:

- Die studie is voorgelê aan die Universiteit van Pretoria se Navorsings-en Etiese Komitee vir goedkeuring (Bylae A en B);
- Die deelnemers het die doel van die studie verstaan en het die reg gehad om enige tyd hulle deelname aan die projek te onttrek indien dit hulle keuse sou wees (Latvala en Vuokila- Oikkonen, 2000);
- Die deelnemers het skriftelike toestemming gegee tot die uitvoer van die projek en is voldoende ingelig oor alle aspekte van die studie. Daar is seker gemaak dat die deelnemers deeglik ingelig is oor hulle deelname aan die projek (Bylae H).
- Aangesien die deelnemers persoonlik genader is, kon anonimiteit nie gehandhaaf word nie. Volgens Bless en Higson-Smith (1995) is die deelnemers dus verseker van vertroulikheid deurdat die resultate slegs vir die doel van die navorsing gebruik is, en dat geen ander persone toegang tot die data wat verkry is, het nie.

3.5. AANGELEENTHEDE RAKENDE GELDIGHEID, BETROUBAARHEID EN VERTROUENSWAARDIGHEID

Newman (1997) omskryf die geldigheid van 'n meetinstrument as die mate waarin die instrument dít meet wat gepoog word om te meet. Neuman (1997) meen verder dat inhoudsgeldigheid die volgende vereis: "Is die volle inhoud van 'n definisie verteenwoordig in die meting?" Om die geldigheid van die materiaal (waarnemingsvorme, vraelyste en meetinstrument) wat in hierdie studie gebruik is, te verhoog, is die materiaal verdeel in gedragkategorieë of dimensies waarvolgens die metings gedoen is. Verder is 'n in diepte literatuurstudie uitgevoer om die spesifieke materiaal op 'n oordeelkundige wyse te selekteer en sodoende die inhoudsgeldigheid te verhoog.

Konstruksiegeldigheid moet in ag geneem word om die wetenskaplikheid van 'n studie te verhoog. Volgens Neuman (1997) is konstruksiegeldigheid van toepassing op studies waar meer as een meting gebruik word. Die vraag is of die onderskeie metings op 'n konsekwente manier plaasvind en/of die inligting wat deur die onderskeie metings

verwerf gaan word, mekaar ondersteun. Neuman (1997) meen dat die meetings verbeter kan word deur 'n definisie van die metingskonsep te gebruik wat gespesifiseerde grense aandui. Soos reeds genoem, is die materiaal (waarnemingsvorme, vraelys en meetinstrument) wat in die studie gebruik is, verdeel in kategorieë waarvolgens die metings gedoen is. Die gebruik van hierdie kategorieë het die konstruksiegeldigheid vir hierdie studie verhoog. Die navorser het ook voor die uitvoer van die hoofstudie ander kundige kollegas (STT) op die vakgebied genader om die verskeie meetinstrumente wat in die studie gebruik is, te evalueer.

Die interne geldigheid van 'n studie word deur Leedy en Ormrod (2001) omskryf as die mate waarin die ontwerp en die data wat dit insamel, die navorser toelaat om akkurate gevolgtrekkings oor die oorsaak en gevolg en ander verhoudings binne die data te maak. Ten einde die interne geldigheid van die studie te verseker, is daar gepoog om die veranderlikes konstant te hou en alle moontlike verklarings vir die resultate waargeneem, uit te skakel. Dit is bereik deur die seleksiekriteria vir die deelnemers streng op te stel en na te volg.

Die eksterne geldigheid is die mate waarin gevolgtrekkings wat gemaak word uit die studie veralgemeen kan word ten opsigte van ander kontekste (Leedy en Ormrod, 2001). In hierdie geval is die huidige studie beperk as gevolg van die klein groep deelnemers wat gebruik is. Daar is in die bespreking van die resultate gewaak teen oorveralgemening ten opsigte van die populasie van sorggewers van 'n persoon met 'n TBB. Verder het hierdie studie slegs gepoog op die ontwikkeling van 'n voorlopige meetinstrument en nie op die bepaling van die effektiwiteit daarvan nie.

Volgens Baird *et al.*, (1992) is betroubaarheid 'n kwessie wat kommer wek oor die deelnemer se interaksie vaardighede en instrumente wat gebaseer is op inferensiële en evaluasie veranderlikes. Om die betroubaarheid van die analise van die waarneming te verhoog, het die navorser gebruik gemaak van 'n tweede waarnemer tydens die analise van die waarnemingsresultate (Fase 1).

Neuman (1997) is egter van mening, dat perfekte geldigheid en betroubaarheid feitlik onmoontlik is om te behaal, maar dat navorsers dit deur aanpassings, soos in die voorafgaande bespreking verduidelik, probeer maksimaliseer. Die kredietwaardigheid van hierdie studie is verder verhoog deur die inligting op verskillende maniere in te

samel. Daar is van verskillende metodes en inligtingsgroepe gebruik gemaak. Op hierdie wyse is die fenomeen van die studie beter verstaan en geïnterpreteer.

Omdat daar in hierdie studie ook van kwalitatiewe navorsing gebruik gemaak is, is dit ook belangrik om die kwessies oor geldigheid en betroubaarheid in die tipe navorsing te bespreek. In kwalitatiewe navorsing word daar nie van die terme “geldigheid” en “betroubaarheid” gebruik gemaak nie (Nel, 2002). Marshall en Rossman (1995) meld dat alle tipes navorsing moet reageer op die standaarde wat dien as ‘n kriteria waarvolgens die vertrouenswaardigheid van die projek geëvalueer kan word. Volgens Marshall en Rossman (1995) kan hierdie standaarde herfraseer word as vrae waarop alle navorsing moet reageer:

- Hoe geloofwaardig is die spesifieke bevindinge van die studie en watter kriteria kan gebruik word om die bevindinge te beoordeel?
- Hoe kan hierdie bevindinge oorgedra en toegepas word in ander omstandighede en op ander deelnemers?
- Hoe kan daar min of meer verseker word dat die navorsingsbevindinge herhaal kan word, in dieselfde situasies en deelnemers?
- Hoe kan daar seker gemaak word dat die bevindinge die van die deelnemers en navraag self reflekteer, eerder as die navorser se vooroordele?

In hierdie studie is daar gepoog om aan die bogenoemde kriteria te voldoen deur die volgende stappe te doen:

- Elke stap van die navorsing is deeglik beplan en moontlike probleme is in ag geneem;
- Die hoofdoelwit en die subdoelwitte wat daaruit vloei, is duidelik gestel;
- Die vrae is opgestel sodat direkte antwoorde op die doelstellings verskaf kon word;
- ‘n Deeglike literatuurstudie is uitgevoer sodat die navorser kan verseker dat resente tendense in navorsing in gedagte gehou kan word;
- Eenvoudige instruksies, formaat en taalgebruik van die gesprek is gebruik;
- ‘n Loodsstudie is vooraf uitgevoer om enige tekortkominge vooraf te identifiseer en om seker te maak dat alle data-insamelingsprosedures toepaslik en toepasbaar is.

Deur van die bogenoemde kriteria en prosedures gebruik te maak, is die vertrouenswaardigheid van die navorsingsprojek verseker en daar is ook seker gemaak dat die projek op dieselfde wyse gedupliseer kan word (Nel, 2002).

3.6. OPSOMMING

Hierdie hoofstuk bied 'n uiteensetting van die beplanning en implementering van die navorsing om die primêre sorggewers se behoeftes te bepaal tydens die akute rehabilitasie periode, ten einde 'n meetinstrument op te stel, wat hierdie behoeftes sal kan meet, tydens die akute rehabilitasieperiode. Die hoofstuk bied verder 'n uiteensetting van die implementering van die navorsing ten einde te bepaal of die voorlopige meetinstrument wel 'n verandering in die primêre sorggewers se behoeftes sal kan meet, nadat inligting in die vorm van 'n werkwinkel aan hulle verskaf is.

Eerstens is die hoofdoelstelling geformuleer en daarna volg 'n volledige uiteensetting van die metode wat tydens Fases 1 en 2 van die navorsing wat uitgevoer is. Beide fases se metode word uiteengesit volgens die doelstelling, navorsingsontwerp, steekproef, beskrywing van die deelnemers en seleksieprosedures. Die navorsingsmateriaal, datainsamelings- en dataverwerkingsprosedures van altwee Fases word ook uiteengesit en volledig bespreek.

HOOFSTUK 4

AANBIEDING VAN RESULTATE

4.1. INLEIDING

Die hoofdoel van hierdie studie is om primêre sorggewers van persone met 'n TBB se behoeftes te bepaal met die oog op die ontwikkeling van 'n voorlopige meetinstrument en om daarna te bepaal of die meetinstrument 'n verandering in die sorggewers se behoeftes kan meet, nadat inligting aan hulle verskaf is.

Ten einde die doel van die studie te bereik, is die navorsingsproses in twee fases (Fase 1 en Fase 2) ingedeel. Die resultate van die studie sal aangebied en bespreek word ooreenkomstig die geformuleerde subdoelstellings soos uiteengesit in die metode. Eerstens volg 'n volledige bespreking van die resultate wat verkry is tydens die uitvoering van die veelvuldige enkelgevallestudies (Fase 1: Deel 1 - Waarneming en vraelyste). Daarna sal 'n bespreking volg van die resultate wat verkry is tydens die uitvoer van die diskoersanalise (DA) (Fase 1: Deel 2 - Fokusgroep en semi-gestruktureerde onderhoude). Die resultate van Fase 2 (Vier enkel-gevallestudies) word laastens bespreek.

4.2. RESULTATE VAN FASE 1 – DEEL 1: WAARNEMING EN VOLTOOI-ING VAN DIE BEHOEFTEVRAELYS

In hierdie gedeelte van die studie sal die resultate wat tydens die eerste deel van Fase 1 verkry is, bespreek word.

4.2.1. Subdoelstelling van Fase 1

Bepaling van die deelnemers se huidige behoeftes en vlak van kennis ten opsigte van bepaalde kategorieë van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n TBB, met die doel om dit in die meetinstrument in te sluit.

Die resultate van hierdie subdoelstelling word eerstens bespreek in terme van die gestruktureerde waarneming (Fase 1: Deel 1) (Pragmatic Protocol, Prutting en Kirchner,

1987) en die Behoeftetraelys (Fase 1: Deel 1). Die resultate word as geheel saamgevat en bespreek.

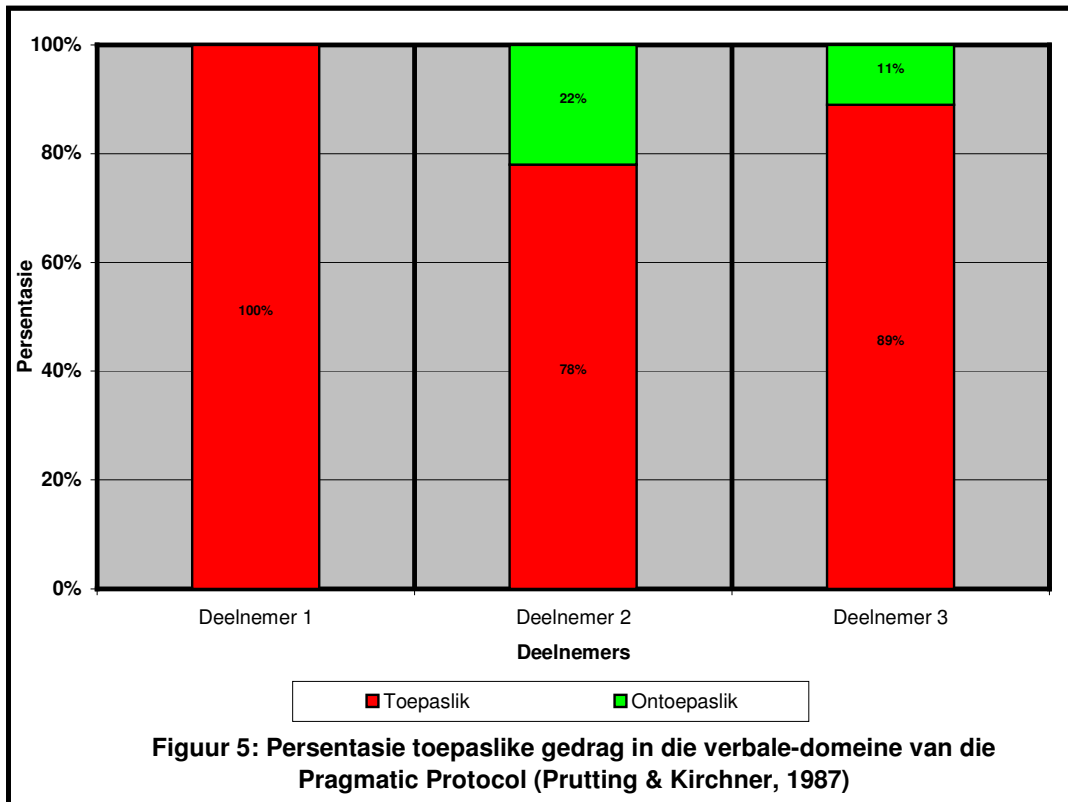
4.2.2. Fase 1 – Deel 1 (a): Gestruktureerde en ongestruktureerde waarneming

Die resultate wat tydens die uitvoer van die **gestruktureerde waarneming** verkry is, word vervolgens bespreek. Tydens die waarneming is die interaksie tussen die deelnemers (sorggewers van persone met 'n TBB) en die persone met 'n TBB waargeneem, en die waargenome gedrag is op die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) opgeteken. Die resultate is met behulp van 'n tweede beoordelaar geanaliseer en in die vorm van grafieke voorgestel. Daarna volg 'n volledige uiteensetting van die resultate wat tydens die **ongestruktureerde waarneming** (veldnotas) verkry is. Die veldnotas maak voorsiening vir die optekening van addisionele inligting wat tydens die waarneming verkry is. Op hierdie wyse is alle moontlike gedrag waargeneem en opgeteken om die resultate meer volledig te maak.

4.2.2.1. Resultate van die gestruktureerde waarneming – Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987)

a) Resultate van die deelnemers (D1, D2 & D3) se gedrag op die verbale domeine van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987)

Die verskillende persentasies wat verkry is tydens die analisering van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) word grafies voorgestel in Figure 5, 6, en 7.

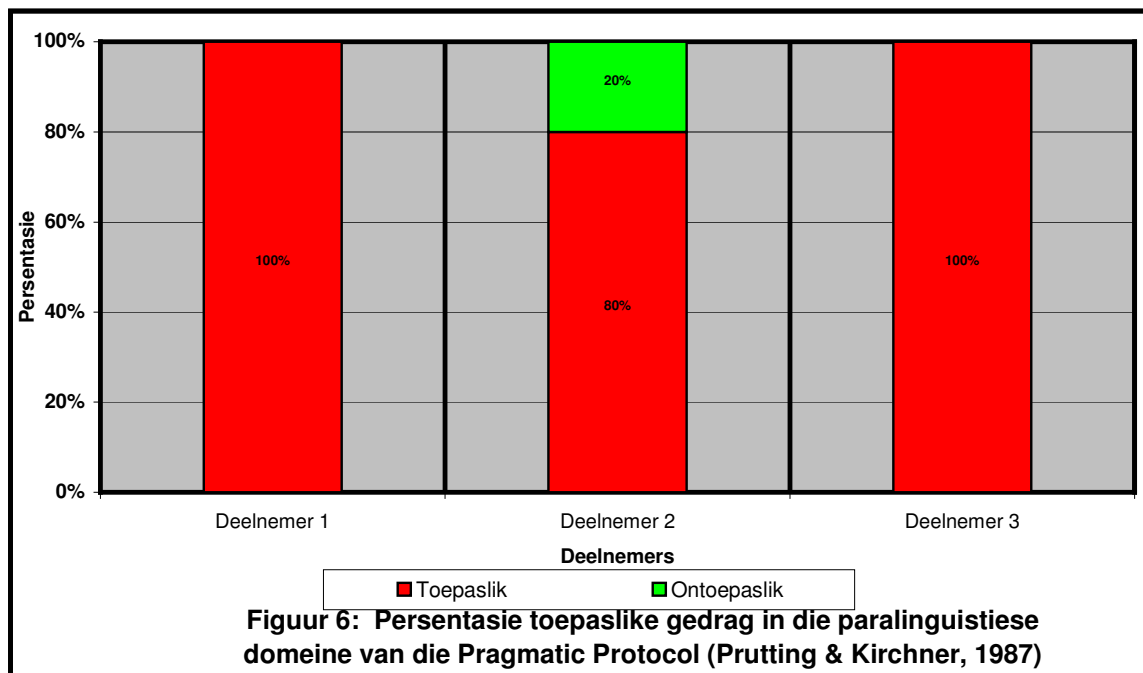


Die analisering van Figuur 5 dui daarop dat die deelnemers oor die algemeen 'n hoë persentasie verkry het in die verskillende verbale domeine van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987). 'n Indiepte analisering van die resultate dui aan dat die navorser en die tweede beoordelaar van mening is dat Deelnemer 1 geen ontoepaslike gedrag in die verskillende verbale domeine van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) toon nie. Deelnemer 2 toon egter ontoepaslike interaksie in die gebruik van beurname. Dié deelnemer (D2) se vermoë om spraakgebeurtenisse ten tye van die waarneming te inisieër en dienooreenkomstig daarop te reageer, is as ontoepaslik beskryf. Verder is ontoepaslike interaksievaardighede ook waargeneem aangesien Deelnemer 2 geneig is om die persoon met 'n TBB te onderbreek tydens kommunikasie-interaksie en dat die gesprek tussen Deelnemer 2 en die persoon met 'n TBB dikwels oorvleuel. Die oorvleueling van die gesprek tussen Deelnemer 2 en die persoon met 'n TBB beïnvloed gevolglik die effektiwiteit van die interaksie. Deelnemer 2 se variasies in kommunikasiestyl is ook as ontoepaslik beskryf, aangesien die persoon van te veel variasie in haar stemtoon gebruik maak en gevolglik met die persoon op 'n onvolwasse manier kommunikeer. Dit lei tot die gevolg dat 'n wanaanpassing tussen die styl en status van die luisteraar (persoon met 'n TBB) ontstaan.

Deelnemer 3 toon hoofsaaklik in die area van die gebruik van beurtname ontoepaslike interaksie. Deelnemer 3 toon 'n onvermoë om die gesprek te herstel indien kommunikasie afbraak voorkom asook in haar vermoë om te vra vir die herstel van die kommunikasie afbraak indien sy nie die persoon met 'n TBB goed verstaan nie. Onderbreking en oorvleueling tydens kommunikasie-interaksie is ook by Deelnemer 3 waargeneem.

Die ontoepaslike gedrag wat by Deelnemers 2 en 3 waargeneem is, kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat die Deelnemers se familielid met 'n TBB min maniere van verbale kommunikasie het en hoofsaaklik slegs op 'n nie-verbale wyse kommunikeer. Nie een van die twee persone met 'n TBB (van Deelnemers 2 en 3) kon verbaal kommunikeer nie en kommunikeer slegs deur middel van "Ja"/ "Nee" response, en die gebruik van gesigsuitdrukkings en/of gebare. Deelnemer 1 se persoon met 'n TBB, beskik egter oor goeie verbale kommunikasievermoëns, en kan 'n gesprek voer.

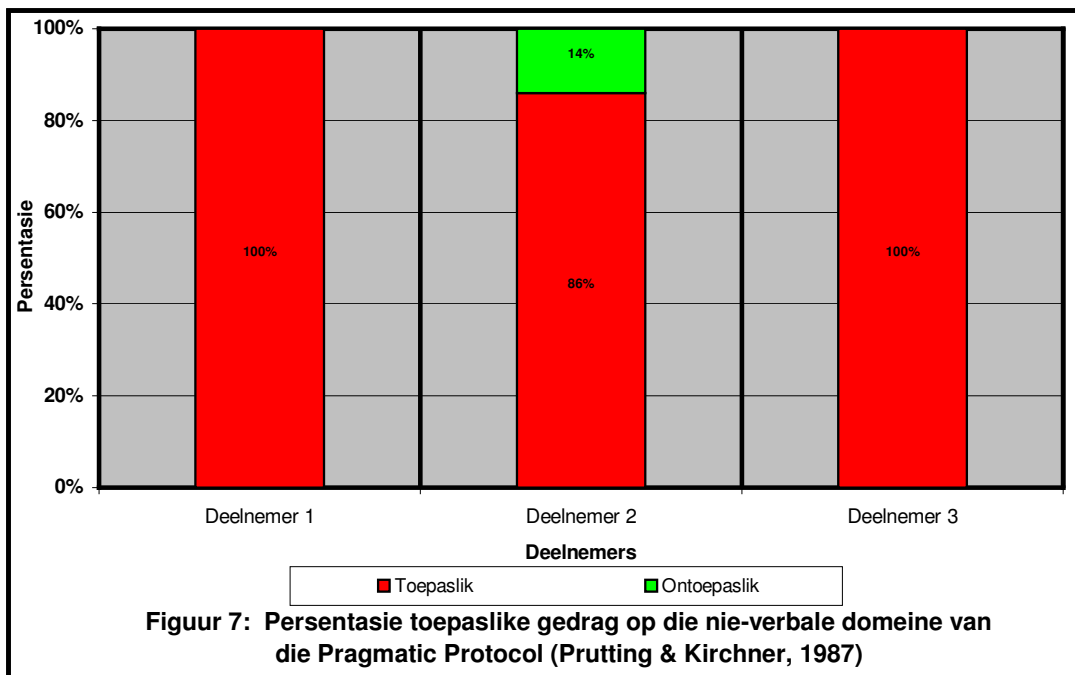
b) Resultate van die deelnemers (D1, D2 & D3) se gedrag op die Paralinguistiese domein van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987)



Die resultate van die pragmatiese domein van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) word aangetoon in Figuur 6.

Analisering van die resultate in Figuur 6 dui daarop dat die drie deelnemers goeie interaksievaardighede openbaar in die volgende areas: verstaanbaarheid, vokaalintensiteit, vokaalkwaliteit, prosodie en vlotheid. Deelnemer 2, toon ontoepaslike gedrag in die gebruik van prosodie. Daar is deur die navorser en die tweede beoordelaar waargeneem dat Deelnemer 2 van oormatige intonasie en klempatrone in die boodskap gebruik maak. Daar kom ook te veel ontoepaslike variasies in haar luidheid, toonhoogte en duur voor. Dit “klink” dus asof die persoon met ‘n jong kind en nie met ‘n volwassene praat nie.

c) Resultate van die deelnemers (D1, D2 & D3) se gedrag op die nie-verbale domeine van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987).



Volgens die resultate soos uiteengesit in Figuur 7, is dit duidelik dat Deelnemers 1 en 3 toepaslike interaksievaardighede vertoon in al die areas van nie-verbale domeine van kommunikasie-interaksie. Deelnemers 2, toon egter in hierdie domein ontoepaslike gedrag in die gebruik van fisiese kontak. Daar is deur die navorser en tweede beoordelaar opgemerk dat Deelnemer 2 te veel aan die persoon met ‘n TBB vat, en dat sy ook, nie toepaslik vir sy ouderdom nie, hom ontoepaslik aan die kop vat, en sy kop op haar skouer neerlê. Die gedrag stem ooreen met al die vorige gedrag wat ook waargeneem is in die verbale- sowel as paralinguistiese domeine van interaksie,

deurdat die navorser van mening is dat Deelnemer 2 op 'n meer volwasse manier met die persoon met 'n TBB moet kommunikeer.

4.2.2.2. Resultate van die ongestruktureerde waarneming – Veldnotas

Veldnotas is tydens die waarneming deur die navorser asook die tweede beoordelaar gemaak. Die veldnotas word in tabel (Tabel 9) uiteengesit.

Tabel 9: Veldnotas geneem tydens die waarneming van die interaksie tussen die persoon met 'n TBB en die Deelnemers (D1-D3) (primêre sorggewers van persone met TBB)

Deelnemers	Resultate/ Veldnotas
Deelnemer 1	<ul style="list-style-type: none"> Deelnemer 1 is stil en kommunikeer nie baie met die persoon met 'n TBB nie, maar indien daar wel interaksie voorkom, is dit toepaslik.
Deelnemer 2	<ul style="list-style-type: none"> Deelnemer 2 praat op 'n onvolwasse manier met die persoon met 'n TBB, soos asof hy 'n kind is. Deelnemer 2 maak van te veel variasies in haar stemtoonhoogte gebruik, met die gevolg dat dit klink asof sy met die persoon praat asof hy nog 'n kind is. Deelnemer 2 blyk onbewus te wees van haar kind se probleme, en ervaar die feit dat die persoon nie kan praat nie, as normaal. Die deelnemer het tydens die waarneming genoem dat sy net bly is die persoon met die TBB het die ongeluk oorleef. Die feit dat die deelnemer slegs verlig is dat die persoon die ongeluk oorleef het, blyk normaal te wees tydens die akute rehabilitasie tydperk. Dit verklaar ook die bevinding dat die deelnemer nie op hierdie stadium bekommerd is oor die persoon met TBB se kommunikasieprobleem nie. Deelnemer 2 vra te veel vrae en raai wat die persoon met 'n TBB se antwoord op 'n vraag is.

Deelnemer 3

- Dit wil voorkom asof Deelnemer 3 dikwels geïrriteerd raak tydens kommunikasie-interaksie, as sy nie die persoon met 'n TBB kan verstaan nie. Wanneer dit gebeur, is dit hoofsaaklik wanneer daar oorvleueling van die gesprek plaasvind, en gevolglik die interaksie negatief beïnvloed.

Tabel 9 is 'n uiteensetting van die veldnotas wat deur die navorser en die tweede beoordelaar tydens die waarneming geneem is. Die waargenome gedrag van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) word dus beklemtoon. Die veldnotas is ook gebruik om die aard van die waargenome interaksie volledig te beskryf tydens die waarneming. Slegs die ontoepaslike gedrag wat herhaaldelik tydens die interaksie waargeneem is, is opgeteken as veldnotas, aangesien die navorser en tweede beoordelaar dan van mening was dat die betrokke deelnemer nie oor genoegsame kennis beskik, om die foutiewe gedrag te verander nie.

In die analisering van die veldnotas kom dit voor asof die deelnemers nie oor genoegsame kennis⁹ beskik ten opsigte van die maniere waarop hulle met die persoon met 'n TBB kan kommunikeer indien die persoon kommunikasie-probleme het nie. Deelnemer 1 is geneig om stil te bly tydens kommunikasie om moontlik te voorkom dat sy die persoon met 'n TBB frustreer. Deelnemer 2 het dikwels “patronizing”¹⁰ opgetree teenoor die persoon. Sy het met die persoon gekommunikeer deur met hom te praat asof hy 'n kind is, en ontoepaslik sy kop op haar skouer gesit en gevryf. Deelnemer 3 het dikwels geïrriteerd geraak as sy nie die persoon met 'n TBB verstaan het nie, en dit het ook daartoe gelei dat die persoon met 'n TBB ook gefrusteerd raak. In hierdie geval het daar dikwels oorvleueling van gesprek plaasgevind, en gevolglik die interaksie negatief beïnvloed.

4.2.3. Fase 1 – Deel 1 (b): Behoeftevraelys

4.2.3.1. Resultate van Afdeling B van die behoeftevraelys

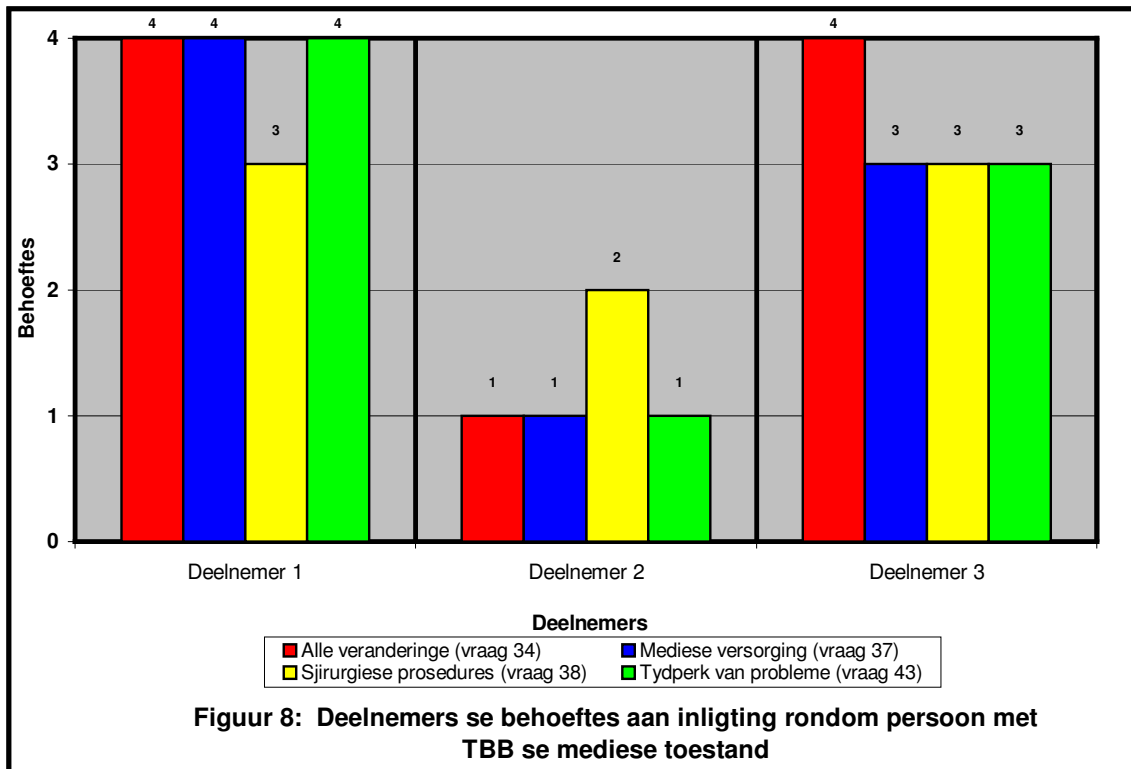
⁹ Indien die respondente volgens die navorser nie genoegsame kennis ten opsigte van interaksie met die persoon met 'n TBB vertoon het nie, is die gebrek aan kennis, vir die doel van die studie, geïnterpreteer as 'n behoefte wat die respondente het. Dus 'n gebrek aan kennis is volgens die navorser gesien as 'n behoefte en die aspekte is ag geneem tydens die opstel van die meetinstrument.

¹⁰ Die woord “patronizing” word vir die doel van die bespreking in die studie gebruik, aangesien daar geen Afrikaanse woord gevind kan word om die doeltreffende betekenis van die woord weer te gee nie.

Die resultate van toepassing in hierdie gedeelte, word bespreek in terme van die subafdelings van die vraelys (Afdeling B), en is voorgestel met behulp van staafdiagramme. Die resultate is as 'n geheel bespreek in terme van die response van Deelnemers 1, 2 en 3, soos verkry tydens die uitvoer van die veelvuldige enkelgevallestudies.

a) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan algemene inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand

Hierdie resultate sluit die reponse op Vrae 34, 37, 38 en 43 van die vraelys in, rakende die deelnemers se behoeftes aan inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand.

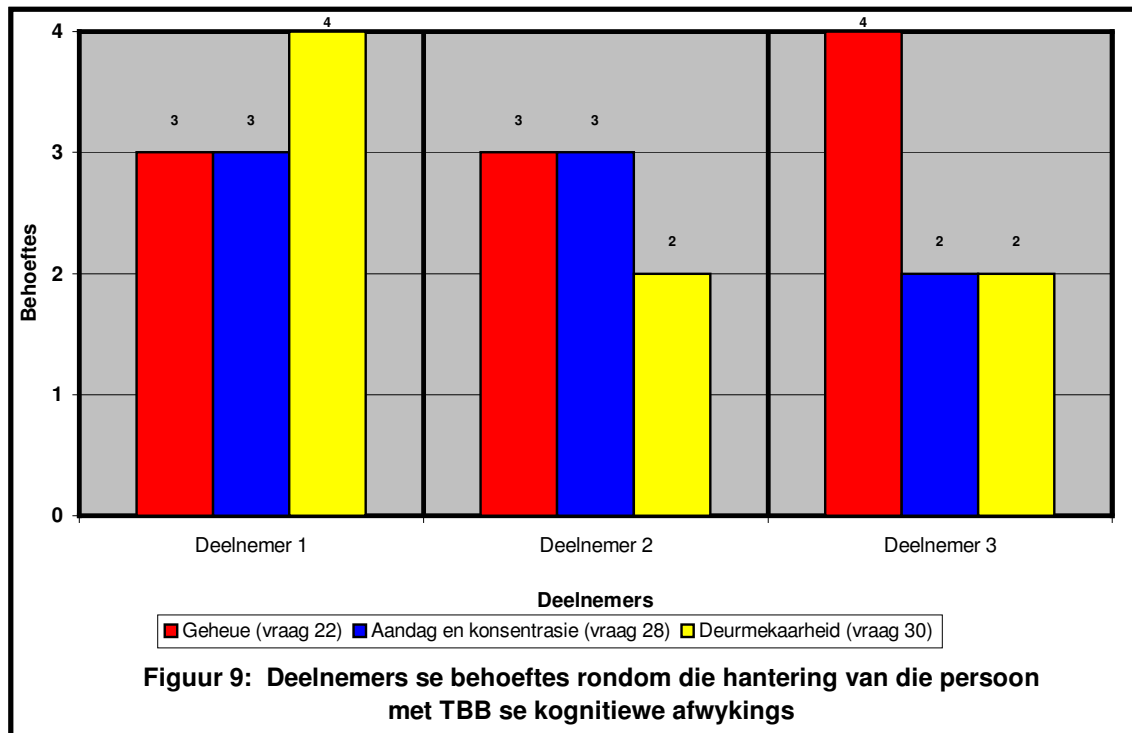


Figuur 8 dui aan dat Deelnemer 1 op drie van die vier vroe Opsies 4 (Behoefte) en op slegs een vraag, Opsie 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees) geselekteer het. Deelnemer 1 dui aan dat sy 'n behoefte het aan meer inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese versorging, alle veranderinge in die mediese toestand wat moontlik kan voorkom en 'n aanduiding van hoe lank die persoon met 'n TBB se probleme sal aanhou. Verder het Deelnemer 1 ook 'n moontlike behoefte om meer inligting te ontvang oor die sjirurgiese prosedures wat gevolg kan word tydens breinbeserings.

Deelnemer 3 toon aan dat sy 'n moontlike behoefte het om meer inligting te ontvang oor die mediese versorging van die persoon met 'n TBB, sjiurgiese prosedures wat gevolg kan word tydens 'n TBB, asook 'n aanduiding van hoe lank die persoon met 'n TBB se probleme sal aanhou. Om ingelig te word oor alle veranderinge in die persoon met 'n TBB se mediese toestand is deur Deelnemer 3 aangedui as 'n behoefte. Deelnemer 2 het hoofsaaklik die Opsies 1 en 2 van die vrae gekies, wat daarop dui dat sy geen of nie so 'n groot behoefte het aan meer inligting oor die mediese toestand van die persoon met 'n TBB nie. Deelnemer 2 dui aan dat sy geen behoefte het om ingelig te word oor alle veranderinge in die persoon met 'n TBB se mediese toestand, mediese versorging en 'n aanduiding van hoe lank die persoon met 'n TBB se probleme sal aanhou nie. Inligting oor sjiurgiese prosedures wat gevolg word tydens breinbeserings is ook as nie so 'n groot behoefte deur Deelnemer 2 aangedui.

b) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan inligting in verband met die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe afwykings

Die resultate van hierdie behoeftes sluit die response van Vrae 22, 28 en 30 in.

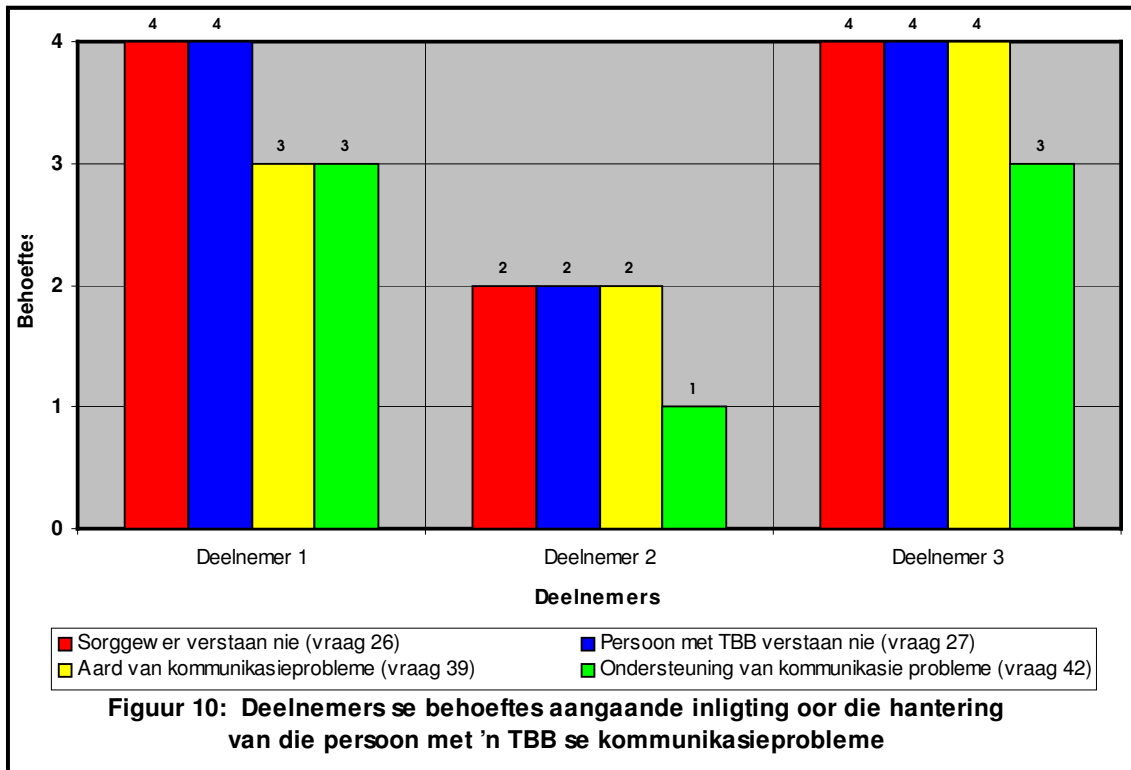


Die resultate soos aangedui in Figuur 9 toon aan dat die deelnemers verskillende behoeftes ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe

afwykings het. Deelnemers 1 en 2 dui aan dat hulle 'n moontlike behoefte het om die persoon met 'n TBB te help om beter te onthou, terwyl Deelnemer 3 aantoon dat sy wel 'n behoefte het om die persoon met 'n TBB te help om beter te onthou. Slegs Deelnemers 1 en 2 het 'n moontlike behoefte aan kennis oor hoe om die persoon se aandag en konsentrasievaardighede te hanteer, terwyl Deelnemer 3 aandui dat sy nie so 'n groot behoefte het aan riglyne om die persoon met 'n TBB se aandag en konsentrasievaardighede te verbeter nie. Op die resultaat van Vraag 30 dui Deelnemer 1 aan dat sy 'n behoefte het om te weet hoe om die persoon met 'n TBB te hanteer as hy deurmekaar is, terwyl Deelnemers 2 en 3 dit nie as so 'n groot behoefte beskou nie.

c) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan inligting rakende die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasiereprobleme

Hierdie resultate sluit die response op Vrae 25, 26, 39, en 42 in.

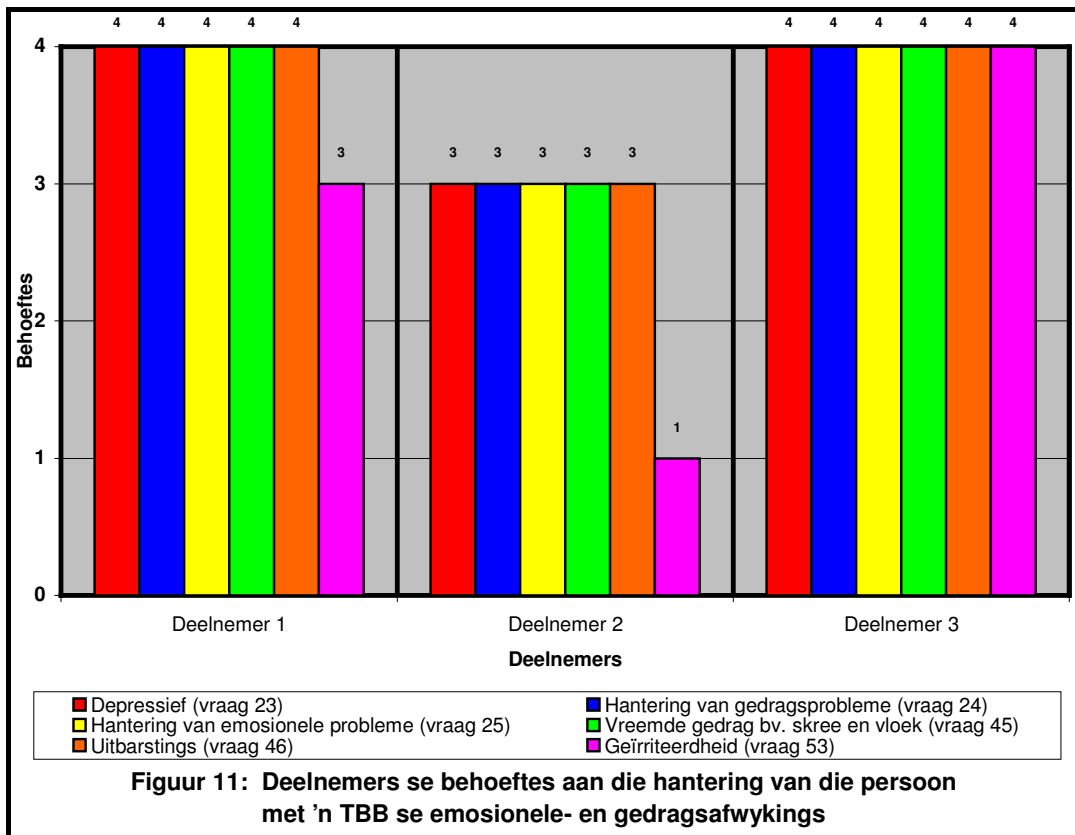


Volgens Figuur 10 is dit duidelik dat Deelnemers 1 en 3, 'n moontlike behoefte en 'n behoefte het aan inligting oor die maniere waarop hulle die persone met 'n TBB se kommunikasiereprobleme moet hanteer. Een van die grootste behoeftes wat by dié deelnemers (D1 en D3) geïdentifiseer is, is om ingelig te word oor wat gedoen moet word indien hulle nie die persone met TBB verstaan nie of indien die persone met TBB

hulle nie verstaan tydens kommunikasie-interaksie nie. Deelnemer 2 toon op hierdie vrae aan dat sy nie so 'n groot behoefte het om ingelig te word oor hoe om op te tree indien sy nie die persoon met 'n TBB verstaan en of hy haar nie verstaan tydens kommunikasie-interaksie nie. Om ingelig te word oor die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme en hoe hulle as sorggewers hulle verskillende kommunikasie-style kan aanpas om die persone met TBB te ondersteun tydens kommunikasie-interaksie, is ook van die moontlike behoeftes, wat by die betrokke deelnemers (D1 en D3) geïdentifiseer is. Deelnemer 2 toon egter aan dat dit nie so 'n groot behoefte, tot geen behoefte vir haar is nie.

d) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan inligting oor die hantering van emosionele- en gedragsprobleme

Die volgende resultate is die response op Vrae 23-25, 45-46 en 53.

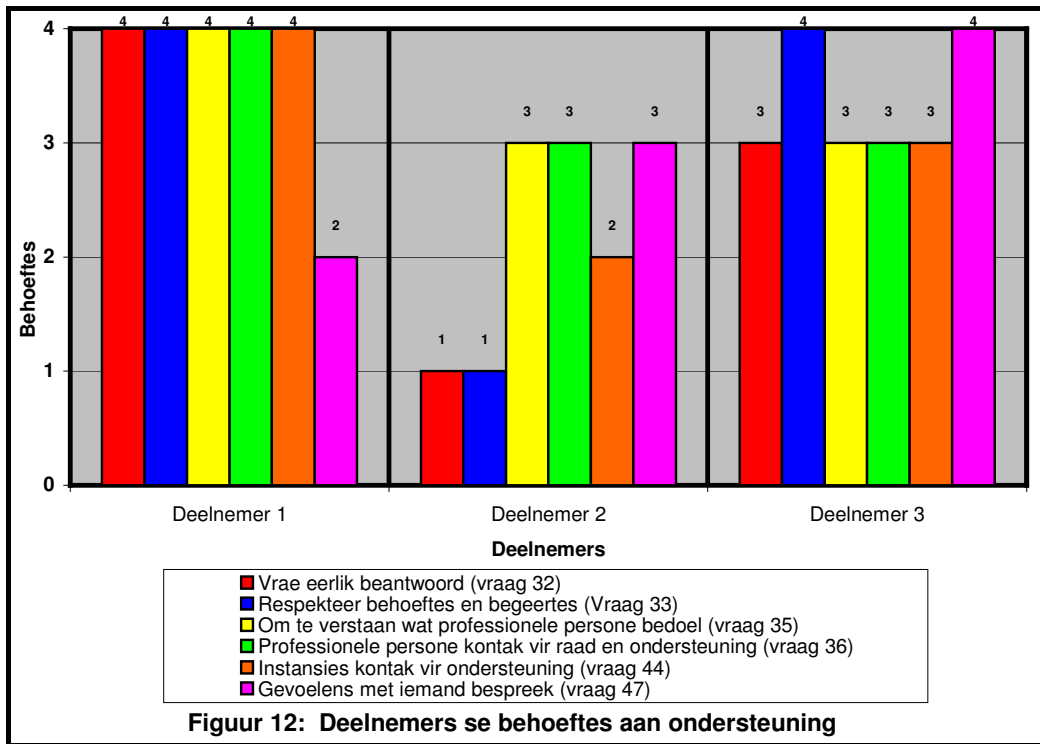


Dit is duidelik dat al drie die deelnemers (D1, D2 en D3) volgens Figuur 11 'n moontlike behoefte en 'n behoefte het aan inligting oor hoe die persoon met 'n TBB se gedrags- en emosionele probleme hanteer moet word. Inligting oor hoe om die persoon te hanteer wanneer hy depressief raak, vreemd optree en/of uitbarstings kry, is behoeftes

wat by Deelnemer 1 en 3 geïdentifiseer is. Deelnemer 2 toon op al die voorafgaande vrae Opsie 3 aan wat aandui dat sy 'n moontlike behoefte het om meer inligting in hierdie verband te bekom. Om ingelig te word oor hoe hulle te werk moet gaan wanneer die persone geïrriteerd raak, is een van die behoeftes wat by Deelnemer 3 geïdentifiseer is, terwyl Deelnemer 2 dit as geen behoefte beskryf nie. Deelnemer 1 toon op hiërdie vraag aan dat sy 'n moontlike behoefte het om ingelig te word oor wat om te doen indien die persoon met 'n TBB geïrriteerd raak.

e) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan ondersteuning

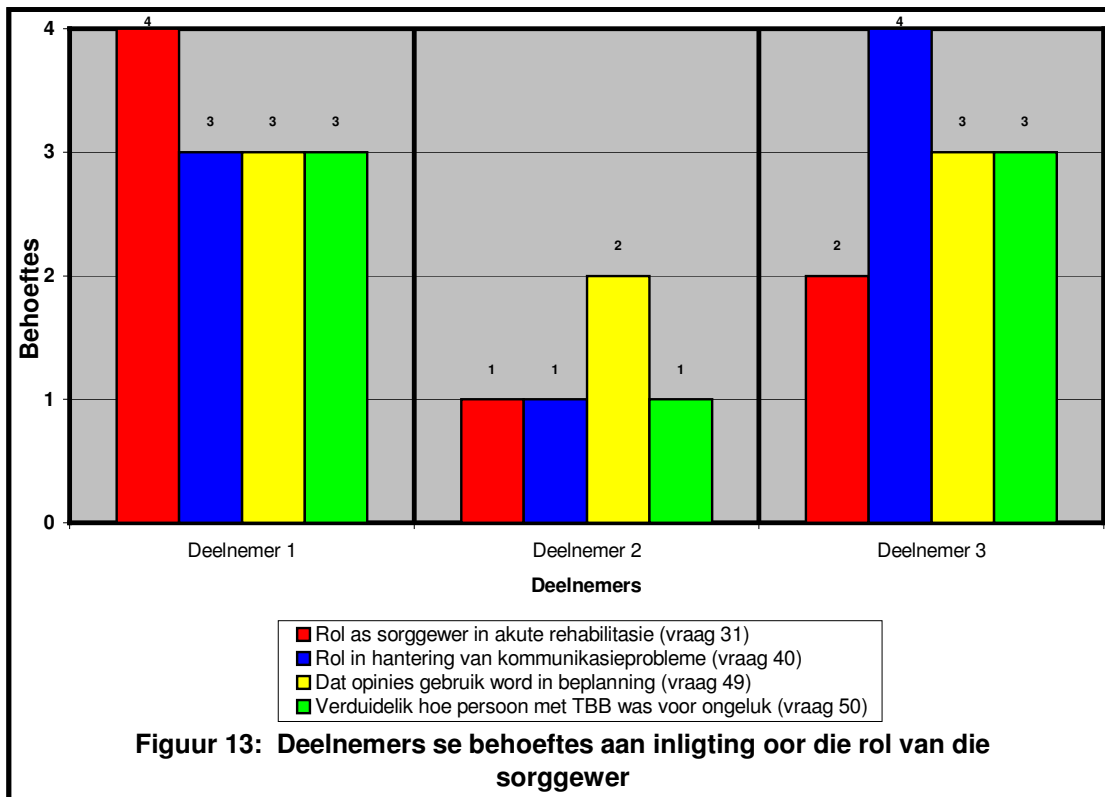
Die volgende bespreking sluit die resultate op Vrae 32-33, 35-36, 44 en 47 in.



Uit die voorafgaande Figuur 12 is dit duidelik dat die deelnemers 'n moontlike behoefte (Opsie 3) en 'n behoefte (Opsie 4) aanton ten opsigte van Vrae 35, 36. Deelnemer 1 toon aan dat sy 'n behoefte het dat professionele persone met haar moet praat op so 'n wyse dat sy kan verstaan wat hulle bedoel. Deelnemers 2 en 3 selekteer Opsie 3, op hiërdie vraag. Om professionele persone te nader om raad en ondersteuning, is weereens deur Deelnemer 1 aangedui as 'n behoefte, terwyl Deelnemers 2 en 3 weer Opsie 3 op hierdie vraag kies. Deelnemer 1 toon verder aan dat sy 'n behoefte daaraan

het dat haar vrae eerlik beantwoord moet word. Deelnemer 3 toon ook aan dat sy 'n moontlike behoefte daaraan het dat haar vrae eerlik beantwoord moet word, terwyl Deelnemer 2 aandui dat sy geen behoefte daaraan het nie. Dat alle mediese personeel hulle as sorggewers en die persoon met 'n TBB se behoeftes en begeertes sal respekteer, is deur Deelnemers 1 en 3 as behoeftes aangetoon, terwyl Deelnemer 2 weereens aantoon dat sy geen behoefte in hierdie verband het nie. Om inligting te ontvang oor instansies wat hulle kan nader vir raad en ondersteuning is 'n behoefte wat aangetoon is deur Deelnemer 1, en 'n moontlike behoefte vir Deelnemer 3, terwyl Deelnemer 2 dit nie as so 'n groot behoefte beskou nie. Deelnemers 2 en 3 toon wel aan dat hulle 'n moontlike behoefte het om hulle gevoelens met iemand te bespreek wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is, terwyl Deelnemer 1 op hierdie vraag aantoon, dat dit nie so 'n groot behoefte vir haar is nie.

f) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan inligting oor die rol van die sorggewer tydens die akute rehabilitasieperiode

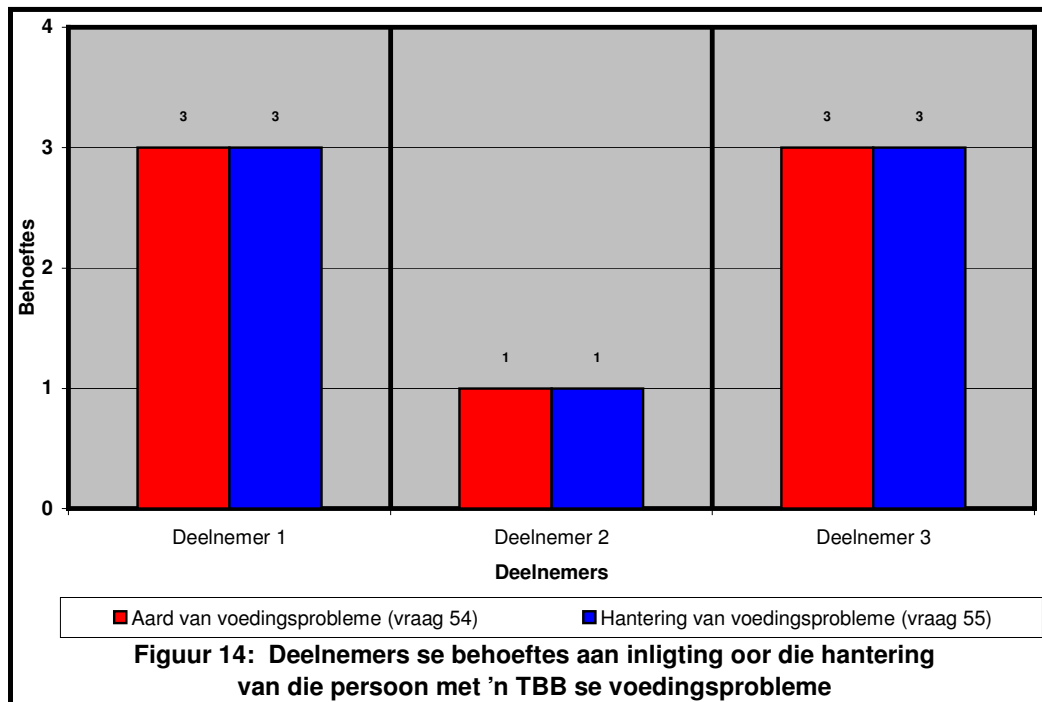


Die resultate op hierdie vrae toon weereens verskillende behoeftes by die deelnemers aan. Volgens Figuur 13 is dit duidelik dat slegs Deelnemer 1 aantoon dat sy 'n behoefte

daaraan het om te weet wat haar rol as sorggewer tydens die akute rehabilitasieperiode is. Deelnemer 2 dui aan dat sy geen behoefte daaraan het om te weet wat die rol van die sorggewer is tydens die akute rehabilitasieperiode nie, terwyl Deelnemer 3 aantoon dat dit nie so 'n groot behoefte vir haar is nie. Die sorggewers se rol in die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme is deur Deelnemer 1 aangetoon as 'n moontlike behoefte en deur Deelnemer 3 as 'n behoefte, terwyl Deelnemer 2 dit as geen behoefte aandui. Dat hulle menings gebruik word in die beplanning van die persoon met 'n TBB se terapie en opleiding, asook om aan die professionele persone te verduidelik hoe die persoon met 'n TBB was voor die ongeluk, is deur Deelnemers 1 en 3 aangetoon as moontlike behoeftes. Deelnemer 2, toon weereens aan dat sy nie so 'n groot behoefte tot geen behoefte, in hierdie verband het nie.

g) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan inligting oor die hantering van voedingsprobleme

Hierdie resultate sluit die response op Vrae 54 en 55 in.

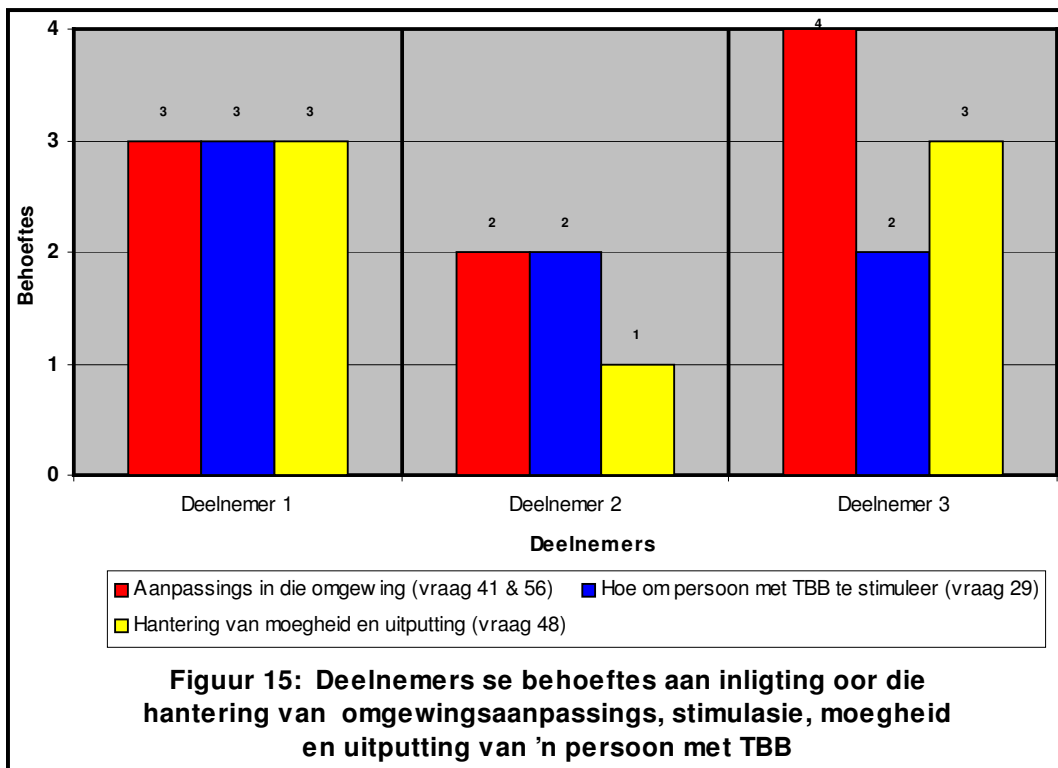


Volgens Figuur 14 toon slegs Deelnemer 2 aan dat sy geen behoefte het aan inligting oor die aard en hantering van die persoon met 'n TBB se voedingsprobleme nie.

Deelnemers 1 en 3 het met die voltooiing van die behoeftevraelys aangedui dat dit 'n moontlike behoefte by hulle is om meer inligting in hierdie verband te verkry.

h) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoeftes aan inligting oor aanpassings wat in die omgewing gemaak kan word, hoe om die persoon met 'n TBB te stimuleer en die hantering van die persoon met 'n TBB wanneer hy moeg en uitgeput raak

Hierdie resultate sluit die response op Vrae 29, 41, 48 en 56 in.

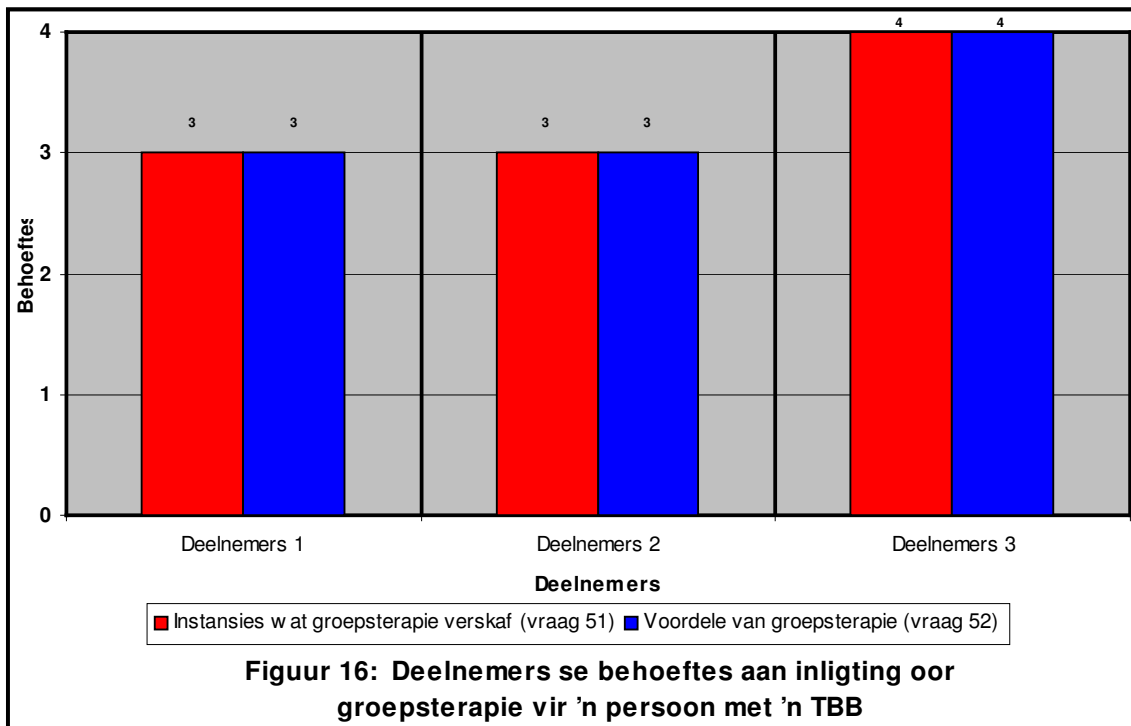


Uit Figuur 15 blyk dit dat Deelnemers 1 en 3 'n behoefte het aan inligting oor maniere waarop hulle die omgewing kan verander om die persoon met 'n TBB te ondersteun tydens kommunikasie en interaksie. Deelnemer 1 toon aan dat sy 'n moontlike behoefte het om ingelig te word in verband met die aanpassings wat daar in die omgewing gemaak kan word. Deelnemer 3 toon aan dat sy 'n behoefte in hierdie verband het, terwyl Deelnemer 2 aantoon dat sy nie so 'n groot behoefte daaraan het om meer inligting te bekom nie. Hoe om die persoon met 'n TBB te stimuleer, is slegs as 'n moontlike behoefte aangetoon deur Deelnemer 1, terwyl Deelnemers 2 en 3 nie so 'n groot behoefte in hierdie verband het nie. Deelnemers 1 en 3 toon aan dat hulle 'n

moontlike behoefte het aan inligting oor hoe hulle die persoon moet hanteer wanneer hy moeg en uitgeput raak, terwyl Deelnemer 2 meld dat sy geen behoefte in hierdie verband het nie.

i) Afdeling B: Deelnemers (D1, D2 & D3) se behoefte aan inligting oor groepsterapie

Hierdie deel sluit die response op Vrae 51 en 52 van die vraelys in.



Figuur 16: Die resultate van die response op Vrae 51 en 52 dui daarop dat Deelnemers 1, 2 en 3, 'n moontlike behoefte en 'n behoefte het aan meer inligting oor die aard en voordele van groepsterapie. Inligting oor instansies wat genader kan word ten opsigte van groepsterapie en die voordele daarvan, is 'n moontlike behoefte wat by Deelnemers 1 en 2 geïdentifiseer is, terwyl Deelnemer 3 aantoon dat sy 'n behoefte het aan meer inligting in hierdie verband.

4.2.3.2. Resultate van Afdeling C van die behoeftevraelys

Met betrekking tot die deelnemers se response op die oop vrae van die vraelys (Afdeling C) het die deelnemers die volgende behoeftes aangetoon. In die volgende

tabel (Tabel 10) volg 'n opsomming van die deelnemers (D1, D2 en D3) se response op die oopvraag afdeling (Afdeling C) van die behoeftevraelys.

Tabel 10: Opsomming van die deelnemers (D1, D2 & D3) se response van Afdeling C van die vraelys.

Afdeling C: Oop vrae	Response van die verskillende Deelnemers	Tema wat vanuit die response kom
<p>Hoe sou u die interaksie tussen u en die persoon met 'n TBB beskryf? (bv. ek vind dit moeilik om hom/haar te verstaan)</p>	<p><i>Deelnemer 1: " Ek verstaan hom en ook dat hy heelwat geïrriteerd kan word"</i> <i>Deelnemer 2: "Ek verstaan hom"</i> <i>Deelnemer 3: "Aan die begin +/- 3 maande gelede was dit moeilik om te verstaan wat sy bedoel; Nou 6 maande na die val is dit redelik maklik om haar te verstaan. Sy het ook gou verstaan wat ek gesê het – alhoewel sy baie begrippe vergeet het en die betekenis daaraan weer vir haar moes geleer word"</i></p>	<p>Behoefte om die persoon met 'n TBB te verstaan tydens die akute rehabilitasieperiode.</p>
<p>Enige ander behoeftes aan inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB?</p>	<p><i>Deelnemer 1: "Dat ek moontlik sal weet hoe lank dubbelvisie neem en of daar iets is wat daaromtrent gedoen kan word."</i> <i>Deelnemer 2: "Nee"</i> <i>Deelnemer 3: "Sy word maklik woedend en bedaar nie gou nie. wanneer sy kwaad is het ek nie kennis om reg op te tree nie behalwe om haar te ignoreer nie"</i></p>	<p>Sorggewers het 'n behoefte aan meer inligting oor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die behandeling van visuele probleme - Hantering van gedrags- en emosionele probleme
<p>Enige ander behoeftes aan inligting oor die kommunikasie- interaksie met die persoon met 'n TBB?</p>	<p><i>Deelnemer 1: "Moet ek aanvaar wat hy sê en wil of kan mens ook ferm optree."</i> <i>Deelnemer 2: "Nee"</i> <i>Deelnemer 3: "Sy antwoord dikwels nie 'n eenvoudige vraag nie. Sy sê nie asseblief, dankie, halo of totsiens nie. Dit is asof die gelykte gebruik van sekere terme glad nie vir haar saak maak nie (ook nie halo, môre ens. nie).</i></p>	<p>Hantering van gedragsprobleme, bv. hoe om op te tree wanneer die persoon vreemd optree.</p>

Afdeling C: Oop vrae	Response van die verskillende Deelnemers	Tema wat vanuit die response kom
Is daar nog enige iets anders wat u wil noem ten opsigte van die hantering van die persoon?	<p><i>Deelnemer 1: "Watse terapie gee hulle vir sy gesigspiere wat verslap want sy gesig trek nog skeef as hy lag."</i></p> <p><i>Deelnemer 2: "Nee"</i></p> <p><i>Deelnemer 3: "Sy is bereid om van haar pa te leer maar nie van my nie. Dit is asof sy oor die algemeen antagonisties is teenoor vroue, maar vriendeliker met die manlike geslag.</i></p> <p><i>Daar is wel vordering en verbetering klein bietjies elke week".</i></p>	<p>Meer inligting oor die aard van die verskillende tipes terapie en die doel daarvan. (Meer inligting deur die professionele span).</p> <p>Die hantering van vreemde gedrag.</p> <p>'n Behoeftte om te sien dat daar vordering plaasvind.</p>

Indien die resultate van hierdie afdeling van die vraelys (Afdeling C), vergelyk word met die behoeftes wat die sorggewers afgemerkt het in die behoeftevraelys, kan die volgende resultate daaruit verkry word:

Deelnemer 1: Hantering van gedragsprobleme, byvoorbeeld, hoe om op te tree wanneer die persoon "vreemd" optree. Deelnemer 1 het in die behoeftevraelys op al die vrae wat gehandel het oor die hantering van gedragsprobleme, die Opsies 4 (Behoeftte) en Opsies 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees) geselekteer. Indien hierdie resultate dus met mekaar vergelyk word, kan die afleiding gemaak word dat Deelnemer 1 'n behoefte het om te weet hoe om die persoon met 'n TBB se gedragsprobleme te hanteer. Verder het Deelnemer 1 ook gemeld dat sy 'n behoefte daaraan het om te weet hoe die persoon se visuele probleme hanteer gaan word, asook om meer inligting oor die aard van verskillende terapie en die doel daarvan (veral met betrekking tot die hantering van die persoon se swak gesigspiere) in te win.

Deelnemer 2: Deelnemer 2 se response op die oop vrae stem ooreen met haar behoeftes in die vraelys. Die Deelnemer het aangetoon dat sy geen verdere behoeftes het aan inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB asook tydens kommunikasie-interaksie nie.

Deelnemer 3: Deelnemer 3 het haar behoeftes aan inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB se gedrags-en emosionele probleme weereens beklemtoon by

wyse van haar response in Afdeling C. Sy het ook die behoefte uitgespreek oor hoe sy “vreemde” gedrag moet hanteer en dit duidelik gestel dat sy nie die kennis het om gedragprobleme op te los nie. Sy het dus ‘n behoefte aan riglyne om hierdie probleemareas te hanteer.

4.3. FASE 1 – DEEL 2: FOKUSGROEP EN SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE

In hierdie afdeling word die resultate wat tydens die fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude (Fase 1: Deel 2) verkry is, volledig bespreek. In die diskoersanalises (DA) van die resultate van die gesprekke wat met die deelnemers (D4 – D11) gevoer is, het bepaalde temas na vore gekom. Die verlangde inligting is verkry uit gesprekke met die onderskeie deelnemers (sorggewers van persone met ‘n TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is). Tydens die gesprekke en onderhoude is daar 10 vrae aan die deelnemers gevra, soos uiteengesit in die metode. Die getranskribeerde gesprekke tussen die navorser en die deelnemers (D4 – D11) is in die bylae (Bylae L - O). Die resultate word as ‘n geheel bespreek en dus sal die inligting wat vanuit die fokusgroepe en semigestruktureerde onderhoude verkry is, saamgevoeg word en nie as afsonderlik bespreek word nie.

Die temas wat die meeste voorkom in die DA van die resultate word eerste beskryf. Daarna volg ‘n volledige uiteensetting van ander temas wat ook in die resultate voorkom. Dié temas is gevolglik nie van hoë frekwensie nie, en is ook net deur sekere deelnemers gemeld. Uit die aard van die ontwikkeling van die meetinstrument is dit belangrik om ook melding van die ander temas te maak, ten einde die instrument so volledig as moontlik te ontwikkel.

4.3.1. Hoofemas wat in die diskoersanalise na vore kom

Die hoofemas wat ná die DA na vore kom en wat deur die deelnemers as hulle belangrikste behoeftes aan inligting oor die hantering van die persoon met ‘n TBB op hierdie stadium van hulle lewe beskou word, is:

- a) Behoefte: Ondersteuning;
- b) Behoefte: Meer hoop aan sorggewers tydens die akute rehabilitasie-periode;

- c) Behoefte: Kommunikasie met die persoon met 'n TBB;
- d) Behoefte: Stimulasie van die persoon met 'n TBB;
- e) Behoefte: Inligting oor die aard van 'n TBB;
- f) Behoefte: Inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB;
- g) Behoefte: Die professionele span
- h) Die deelnemers se persepsies van hulle rol in die rehabilitasiespan tydens die akute rehabilitasie

Elkeen van hierdie temas word vervolgens afsonderlik uiteengesit.

a) Behoefte: Ondersteuning

In hierdie konteks verwys die term “Behoefte aan ondersteuning” na die deelnemers se behoeftes aan meer ondersteuning tydens die akute rehabilitasieperiode. Die deelnemers is van mening dat indien hulle meer ondersteuning tydens die akute rehabilitasieperiode ontvang het, hulle moontlik die versorging en gepaardgaande probleme met die benadering van die persoon met 'n TBB beter sou kon hanteer. Die resultate van die DA dui aan dat die deelnemers alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode 'n behoefte aan ondersteuningsgroepe het. Die volgende patrone van behoeftes het in die tema van ondersteuning navore gekom en sal vervolgens bespreek word: Behoefte aan ondersteuningsgroepe en Behoefte aan meer ondersteuning deur professionele persone en ander, ten einde die nodige aanpassings in hulle lewenstyl te maak.

• Behoefte aan ondersteuningsgroepe

Daar is duidelike patrone in die subtema “Behoefte aan ondersteuningsgroepe” verkry, wat deur die verskillende deelnemers in die volgende aanhalings geïllustreer word:

“Daar moet soorte van 'n groep sorggewers opgestel word om met daai ouers ..., sê, met die sorggewer te gaan praat” (Deelnemer 9).

“So as daar 'n groep van sê maar sorggewers kan kom en die rondte doen by ICU en hoë sorg en vir daai ouers te sê: “Hoor hier, dit is nie so sleg nie en daar is hoop, en glo wat jy wil” (Deelnemer 9).

Met ander woorde, die deelnemer is van mening dat sorggewers alreeds hierdie tipe ondersteuningsgroepe tydens die akute rehabilitasieperiode nodig het vir ondersteuning en om hulle emosies, bekommernisse en gevoelens met daardie persone te deel. Die deelnemers het ook 'n bepaalde behoefte om met ander persone in ondersteuningsgroepe te kan kommunikeer, ten einde meer kennis te verkry van hoe om sekere situasies te hanteer - ook vir geselskap. Dit is duidelik dat die deelnemers bemoediging, ondersteuning en opleiding tydens die akute periode nodig het. Hierdie behoefte word in die volgende aanhalings deur verskillende deelnemers geïllustreer:

“...waar 'n mens 'n groep moet maak waar versorgers mekaar kan ontmoet. En ek dink dit kan 'n baie baie goeie idee wees. Want ons uhm, ons versorgers is die hele hele liewe dag net besig met uhm, daai persoon. En dit voel later jy word afgestomp. Jy het regtig behoefte aan geselskap” (Deelnemer 8).

Die deelnemers meld ook dat hierdie behoefte aan ondersteuningsgroepe en geselskap, hulle juis sou ondersteun om die gepaardgaande probleme beter op te los en te hanteer. Dit word beklemtoon in die volgende aanhaling. *“Geselskap, geselskap. Dit is baie alleen. So ek dink ek sou enige iets wat haar terapie en versorging aanbetref, beter kon hanteer as ek ook 'n groep kon gehad het”* (Deelnemer 8).

“...maar ek dink as 'n mens met iemand anders praat en so... dan kan jy 'n idee kry van dit wat hulle ook maar deurgaang en dit maak jou darem weer voel: “ Okay, jy is nie alleen in hierdie ding in nie” (Deelnemer 8).

“En ek dink as 'n mens so 'n groep het wat, (soos as die breinbeseerdes bymekaar kom), so groep wat ook onder leiding kan praat met mekaar, en bv. sê: “Maar hou nou moed jy sal sien oor twee weke sal haar bui dalk so en so verander” (Deelnemer 8).

Dit is met ander woorde vir die deelnemers belangrik om hulle gevoelens, behoeftes en probleme met ander sorggewers te deel wat ook alreeds deur die proses is. Die deelnemers is van mening dat hulle meer ondersteuning en hulp nodig het tydens die akute rehabilitasieperiode, ten einde die nodige ondersteuning en bystand te verkry om die stresvolle situasie beter te hanteer. Die behoefte om met ander persone te praat wat alreeds deur die proses is, is een van die areas van ondersteuning waaraan die deelnemers 'n behoefte het. *“Ek sê altyd as hulle vir my vra om te gaan praat by 'n*

pasiënt wat hoofbesering opgedoen het, by ICU en die hoë sorge, dan sê ek dit is nie daai pasiënt wat hulp nodig het nie, dit is jy” (Deelnemer 9).

“Ek dink mens wil bystand hê op daai stadium. Jy wil graag bystand hê, en-en jy soek mense wat verstaan. En-en-en ek dink daar is min dinge in die lewe wat vir jou... dis-dis reeds vir jou ‘n traumatiese belewenis, dan soek ‘n mens dan seker maar mense wat vir jou as ouers kan bystaan. Selfs tydens wanneer jy jou kind besoek” (Deelnemer 6).

Die behoefte word verder beklemtoon in die volgende aanhalings deurdat die deelnemers van mening is, dat hulle nodig het om met ander sorggewers te praat oor meer hulp en ondersteuning. *“So ek dink dit is die grootste behoefte om iemand, iemand wat baie na aan ‘n hoofbeseerde is, vir jou te kom sê: “Glo wat jy wil glo. Moenie gaan volgens die dokters en die susters nie” (Deelnemer 9).*

As gevolg van die feit dat die familiedinamika dikwels verander wanneer ‘n persoon ‘n TBB het, ervaar die sorggewers soms dat hulle alleen deur die proses moet gaan, en geen ondersteuning van ander familieledede ontvang nie. Hierdie behoefte word duidelik geïllustreer in die volgende:

“As daai pasiënt bygekom het...en dan het jy niemand om jou nie, dan is die predikante weg, die familie is weg” en “Ek sit nou nog met probleme met hom, en ek sit alleen” (Deelnemer 9).

“So almal wat die sorggewer word is alweer op die familie en uhm hulle kan dit nie “handle” nie omdat daar nie vir hulle hulp is nie” (Deelnemer 9).

“In die begin is familieledede en vriende baie nou in kontak, maar later raak hulle ook, familie almal, hulle skryf daai persoon af en hulle begin vergeet en op die ou einde is dit net die ‘caretaker’ en daai persoon wat nog oor is. Dit is my en my man se ondervinding...” (Deelnemer 6).

Uit die bogenoemde aanhalings word die deelnemers se behoeftes aan die hulp en bystand van ondersteuningsgroepe dus duideliker beklemtoon.

Deelnemer 8 beklemtoon ook hierdie behoefte, deurdat sy tydens die onderhoud meld dat dit vir haar belangrik sou wees om met ander sorggewers te kommunikeer, om meer

inligting te ontvang oor hoe hulle sekere probleemareas hanteer. Die deelnemer (D8) beklemtoon die tema “Behoeftes aan ondersteuning tydens die akute rehabilitasieperiode” verder. Deelnemer 8 is van mening dat indien sy vroeër by ‘n sorggewer-ondersteuningsgroep ingeskakel het dit vir haar van groot hulp in terme van inligtingsverskaffing sou gewees het.

Die behoefte word in die volgende aanhalings beskryf: *“En maar ook net om met ander versorgers te kon praat om te hoor hoe doen hulle dit. Want aanvanklik het ek nie...ons het eers in die tweede jaar by die groep ingeskakel. En ek dink as ons van die eerste jaar af daar kon wees, jy weet, dat ‘n mens met verskillende terapeute, verskillende sorggewers en verskillende persone met breinbeserings kon praat, sou dit gehelp het”* (Deelnemer 8).

Een van die uitkomstes van die DA is dat die deelnemers van mening is dat hulle reeds ondersteuning tydens die akute rehabilitasieperiode benodig en wel in die vorm van kommunikasiegroepe. Die deelnemers beskou die kommunikasie-groep as ‘n medium waardeur hulle aan ander professionele persone en persone met ‘n TBB verskillende vrae kan vra oor die probleme wat hulle as sorggewers ervaar, in die hantering van die persoon met ‘n TBB. *“Die ander ding sou ek sê jy weet meer, ‘n kommunikasie-vraag groep, eerder as sommer net ‘n praatjie uhm, dis hoe dinge werk en ons sit en luister na ‘n praatjie of so iets. Iets waar ons kan vrae vra”* (Deelnemer 8).

Dit is dus duidelik dat die deelnemers nie net ‘n behoefte het om aanhoudend inligting te ontvang nie, maar dat hulle ook wil deelneem aan gesprekke om hulle onmiddellike behoeftes te bevredig, asook om hulle emosies en gevoelens met ander sorggewers en professionele persone te deel. Die behoefte aan ondersteuningsgroepe vir sorggewers is vir die deelnemers baie belangrik, omdat dit hulle emosionele behoeftes ook op hierdie wyse bevredig. Die deelnemers vertolk die rol as sorggewer as ‘n emosionele tydperk waardeur hulle beweeg, en benodig gevolglik ondersteuning om hierdie emosionele behoeftes te bevredig. Hierdie stelling word deur Deelnemer 8 gestaaf: *‘Uhm jy ry emosioneel baie wipplank, want uhm as sy vorder dan voel jy goed en as sy nie vorder nie dan voel jy nie goed nie... So uhm, dit is ‘n baie emosionele ding om na, om na iemand om te sien. So enige vraag wat vra, hoe die sorggewer se emosies voel”* (Deelnemer 8).

Die deelnemer (D8) is ook verder van mening dat daar tydens die persoon met 'n TBB se terapietydperk ook na die sorggewers se emosionele behoeftes omgesien moet word, deur belangstelling te toon in hulle emosies tydens die proses van versorging. Deur ook met die sorggewers gedurende daardie sessies te kommunikeer, dien vir hulle as 'n bron van ondersteuning: *“Want kom ons by terapie, dan gaan dit die heelyd oor TBB8. Dit gaan oor wat sy die hele week gedoen het, hoe gaan dit met haar. Jy weet so en... uhm dit moet ek vir jou sê het ek baie waardeer van TBB8 se terapeute. Dat dit partymaal vir my meer beteken het om soon toe te gaan as wat ek dink dit het vir haar beteken. Want dit is die enigste iemand met wie ek kon praat in die dag”* (Deelnemer 8).

Om hulle teleurstellings met iemand te deel, is ook 'n rede waarom die deelnemers 'n behoefte het aan ondersteuningsgroepe vir sorggewers. Die deelnemers meld dat hulle teleurstellings ervaar in die hantering van die persoon met 'n TBB, weens die feit dat die vordering nie altyd na wense is nie: *“Want ek dink soos met enige beroep, of enige iets, as jy begin daarmee, dan dink jy, jy gaan 'n verskil maak en dan kom jy na 'n maand agter jy is nie besig om 'n verskil te maak nie”. ...so ek dink: “Watse teleurstellings ervaar jy as jy dit nie maak nie?”* (Deelnemer 8).

- **Behoeftes aan ondersteuning deur professionele persone en ander om die nodige veranderinge in die deelnemers se lewenstyl te maak**

Weens die impak wat die versorging van die persoon met 'n TBB op die sorggewers se lewenstyl het, het sorggewers ook 'n behoefte aan die ondersteuning van professionele persone en ander ten einde hulp te verkry, in verband met die aanpassings en veranderinge wat hulle in hulle lewenstyl moet maak, om na die persoon met 'n TBB te kan omsien.

Die deelnemers het ook ondersteuning nodig met die versorging van die persoon met 'n TBB, sodat hulle steeds hulle daaglikse verpligtinge kan nakom. Hulle het dus gevolglik behoefte daaraan dat daar daaglik iemand of instansies moet wees, wat kan hulp verskaf met die versorging van die persoon.

Die aard van hierdie behoeftes word duidelik deur die volgende aanhalings geïllustreer: *“Maar ek voel daar moet 'n tipe koshuis wees, waar hulle kan inboek met*

sorggewers...vir daai tyd voor jy as 'n ma hulle weer kan huistoe vat.” en “Maar jy-jy-jy het hulp nodig, van alle kante. En daar moet 'n plek wees waar hulle kan gaan waar jy hulle kan vat, wat goedkoop is” (Deelnemer 9).

“I guess it is just maybe, if I could afford it, somebody that would look after TBB4 instead of me doing it all the time. Cause I must start to work, to make money to... care for the rest of the family and everything. Everything that I need to do. Because if he needs attention all the time. If I go to work, he sits and does nothing. So, I need somebody who maybe would be prepared to help me with it. Of course I need to pay... because, he does, he does nothing if I don't do it with him. But I can't sit and keep him occupied all day, cause I also need to work. Or if somewhere where I could take him and somebody would keep him occupied during the day. That I can also work and I know he is not just sitting and do nothing. That's my biggest problem” (Deelnemer 4).

“[Ek dink dit is miskien, as ek dit kon bekostig, iemand wat na TBB4 sal kyk, inplaas daarvan dat ek dit die hele tyd moet doen. Want ek moet begin werk, om geld te maak... om na die res van die gesin en alles om te sien. Alles wat ek moet doen. Want hy benodig die hele tyd aandag. As ek werk toe gaan sit hy net en doen niks. So, ek benodig iemand wat miskien voorbereid is om my te help met dit. Natuurlik sal ek moet betaal...want, hy doen, hy doen niks as ek dit nie vir hom doen nie. Maar ek kan nie sit en hom die hele dag besig hou nie, want ek moet ook werk. Of iewers waar ek hom kan vat en iemand wat hom kan besig hou vir die dag. Dat ek ook kan werk en weet hy sit nie net en doen niks nie. Dit is my grootste probleem]” (Deelnemer 4).

Dit is uit die bogenoemde aanhalings duidelik dat die deelnemers 'n behoefte aan hulp en bystand het, ten einde hierdie aanpassings wat hulle in hulle leefwyse moet maak, te kan behartig. Weens die finansiële druk wat 'n persoon met 'n TBB op 'n familiesisteem plaas, is dit uiteraard vanselfsprekend dat die sorggewer (dikwels die vrou) weer moet begin werk, om al die gesins- en finansiële verpligtinge te kan nakom. Dit op sigself lei tot spanning, omdat daar dan niemand anders is om na die persoon gedurende die dag om te sien nie. 'n Ander gevolg van die versorging van 'n TBB vir 'n gesinslewe en familiesisteem, is dat die sorggewer dikwels sy/haar werk moet prys gee of verander, om die nodige versorging te kan behartig. Laasgenoemde is dikwels die eerste probleem waarmee sorggewers te kampe het en waarvoor hulle hulp benodig.

Deelnemer 9 het dit ook in hierdie studie beklemtoon: *“Die eerste ding is... Sal jou werk... sal jy hierdie kind by die huis kan kyk na, met jou werk? En sal jy iemand kan inkry om dit te kan doen?”* (Deelnemer 9).

Opsommend kan daar dus die afleiding gemaak word, dat die deelnemers 'n behoefte het aan ondersteuning tydens die akute rehabilitasieperiode ten einde meer inligting te bekom, ten opsigte van: hulle emosies, gevoelens en teleurstellings met ander te deel, om stresvolle situasies beter te hanteer deur te weet dat hulle nie alleen deur die proses gaan nie. Sorggewers verlang ook ondersteuning deur professionele en ander persone om die nodige aanpassings in hulle leefwyse te maak ten opsigte van hulle werk en om na die persoon met 'n TBB om te sien. Die behoeftes wat herhaaldelik in die DA na vore kom, is dat die deelnemers 'n behoefte daaraan het om met ander persone wat reeds deur die proses is, te kan kommunikeer oor hulp, inligtingverskaffing, emosies, gevoelens en teleurstellings. Die aanpassings wat gemaak moet word, kan emosionele stress ontlok, en daarom het die deelnemers ondersteuning nodig om hierdie aanpassings, veral in terme van hulle werk en tuisversorging van die persoon met 'n TBB, te maak. Hierdie behoefte-terreine is dus in die meetinstrument ingesluit.

b) Behoefte: Dat daar meer hoop aan sorggewers gegee moet word tydens die akute rehabilitasie periode

Bogenoemde tema dui daarop dat die deelnemers van mening is dat hulle nie genoeg hoop tydens die akute rehabilitasieperiode ontvang nie. Die tema kom herhaaldelik in die DA van die resultate na vore. Die deelnemers het 'n sterk behoefte dat daar meer hoop aan hulle gegee moet word. Hulle het tydens die fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude gemeld dat indien hulle meer hoop van ander persone en professionele persone tydens die akute tydperk ontvang het, hulle die situasie beter sou kon hanteer.

Die algemene patrone wat onder die tema van “Hoop” in die DA voorkom, is: 'n Behoefte om met ander persone, wat kennis het oor breinbeserings, te praat vir meer hoop; 'n Behoefte aan meer hoop deur professionele persone; 'n Behoefte om te weet wat om van die persoon met 'n TBB te verwag, en wat sy langtermynuitkomst gaan wees.

- **‘n Behoefte om met ander persone, wat kennis het oor breinbeserings, te praat vir meer hoop**

Die onderstaande aanhalings illustreer die deelnemers se behoeftes om met ander persone (wat mediese kennis het) te praat om sodoende meer hoop aan hulle te verskaf tydens die akute rehabilitasieperiode, in die hantering van die persoon met ‘n TBB.

“So my eerste behoefte was om net met iemand te praat wat vir jou sê uhm: “Vertrou op God en glo”, want hulle [professionele persone] gee vir jou hierdie totale negatiewe goed” (Deelnemer 9).

“Maar as daar net iemand buite, wat mediese kennis het dit vir daai ouers kon sê: “Glo wat jy wil glo”. As jy ‘n kind van die Here is vertrou jy op Hom en jy vertrou jou gebed. Dis al” (Deelnemer 9).

Wat interessant is in die bogenoemde aanhalings, is dat die deelnemer juis nie met mediese personeel wou praat vir hoop nie, aangesien sy van mening was dat die mediese personeel (dokters en verpleegsters) die persone is wat nie hoop gee nie. Deelnemer 9 is dus daarvan oortuig dat alle professionele persone meer hoop aan sorggewers moet of kan gee tydens die akute rehabilitasieperiode en minder negatief teenoor die persoon met ‘n TBB se uitkomst moet wees.

- **‘n Behoefte aan meer hoop deur professionele persone**

Die deelnemers het verder ook ‘n behoefte om met iemand te praat wat aan hulle op ‘n eenvoudige wyse verduidelik wat die aard van die probleem is as gevolg van die breinbesering is, sodat hulle beter voorbereid kan wees om die situasie en gepaardgaande probleme te hanteer. Hierdie behoeftes ressorteer onder die volgende subtema van “Hoop”, naamlik die deelnemers se behoefte daaraan dat professionele persone meer hoop moet gee. Dit word in die volgende aanhalings geïllustreer:

“Ek is teleurgesteld in almal. Al die dokters. Hulle gee geen hoop nie” (Deelnemer 10).
“Ek kan nie verstaan nie, weet hulle dan niks, of wil hulle net nie vir jou hoop gee nie of stel hulle nie belang nie?” (Deelnemer 10).

“Daar is een dokter wat vir my gesê het, daar is 95% kans dat sy weer sal loop en dit is waaraan ek vasklou” (Deelnemer 10).

Uit die bogenoemde aanhalings blyk dit ook dat Deelnemer 10 negatief ingestel is, teenoor die ondersteuning en hantering wat sy van die professionele persone af ontvang het. Deelnemer 10 se mening dat die rehabilitasiepersoneel nie hoop gee nie, het tot gevolg dat sy hulle ervaar het as belangeloos en dat professionele persone nie oor voldoende kennis beskik nie. Die bewering dat die deelnemers van mening is dat die personeel nie belangstel nie en ook geen hoop gee nie, kom ook duidelik in die volgende aanhalings ter sprake:

“Except when he was in the clinic, we had a physiotherapist who said to me why should she bother about his foot that’s hanging, because he is never going to walk again anyway. And things like that. I mean, she, she decided he is not going to walk again, so why should she worry about physiotherapy...” (Deelnemer 4). [*Behalwe toe hy in die kliniek was, het ons ‘n fisioterapeut gehad wat gesê het hoekom moet sy bekommerd wees oor sy voet wat hang, want hy gaan in elk geval nooit weer loop nie. En dinge soos dit. Ek bedoel, sy, sy het besluit hy gaan nooit weer kan loop nie, so hoekom moet sy bekommerd wees oor fisioterapie*] (Deelnemer 4).

“Jy weet soos as jou kind, of wie ook, nou daar lê, sal hulle vir jou sê dat jou kind dit nie gaan maak nie. Hy gaan nie lank leef nie, en jy weet op daai stadium wil jy nie sulke dinge hoor nie. Jy wil bemoediging hê. Jy wil nie bekommerd wees nie. Hou jou oë op die Here, sulke dinge jy weet, dit, dit, jy wil nie seergemaak voel nie” (Deelnemer 6).

“Baie mense het natuurlik al gesê uhm gaan sit jou kind in ‘n kliniek. Vergeet van haar en gaan aan met jou lewe. Nou uh, dis nie reg nie. Jy kan nie dit doen nie” (Deelnemer 7).

“As daar ‘n hoofbesering is en die dokter sê: “Hoor hier, skryf hom af”. Dan sê ek: “Vergeet dit, jy bly hoop tot op die laaste. Tot op die laaste, want die affekteer jou” (Deelnemer 9).

“Kyk dit is...ek wens net ek het daai tyd geweet wat ek vandag weet dan sou ons dit beter hanteer het en ons sou meer hoop gehad het. Maar al die dokters is negatief. Die

meeste terapeute ook. So ons het nie geweet waar ons staan en wat lê voor nie” (Deelnemer 10).

Dit wil voorkom asof die bevinding dat die rehabilitasiepersoneel nie hoop gee nie, dit die deelnemers se hantering van die proses beïnvloed, aangesien hulle emosionele behoeftes nie bevredig word nie. Die deelnemers ervaar reeds probleme met die aanpassing om die persoon met 'n TBB te versorg, en om die verworwe probleme te hanteer. Om meer hoop aan die sorggewers te verskaf, is dus ook 'n vorm van ondersteuning, wat die deelnemers se behoefte is, veral tydens die akute rehabilitasieperiode.

- **'n Behoefte om te weet wat om van die persoon met 'n TBB te verwag, en wat sy langtermynuitkomst gaan wees**

Onder dieselfde tema van “Hoop”, het die deelnemers ook 'n behoefte om te weet wat om van die persoon met 'n TBB te verwag en wat die persoon se langtermynuitkomst gaan wees (Sub-tema 3). Die behoefte word in die volgende aanhalings beklemtoon:

“If the speech therapist just said to me..., I didn't really know what to expect, but I mean this is what could happen and this is sort of the problems that you are going to have....afterwards. But I mean it took TBB4 such a long time. He was in a coma for 8 months. But I gradually realize this is actually what he is going to be like. But no one really ever said to me, TBB4 is like this and this is the problems that you are going to have. Or this is how we are going to treat him...” (Deelnemer 4). *[As die spraakterapeut net vir my gesê het... Ek het regtig nie geweet wat om te verwag nie, maar ek bedoel, dit is wat kan gebeur, en dit is soort van die probleme wat jy gaan hê... na die tyd. Maar ek bedoel, dit het TBB4 so 'n lang tyd geneem. Hy was in 'n koma vir 8 maande gewees. Maar niemand het ooit regtig vir my gesê, TBB4 is soos dit, en dit is die probleme wat jy met hom gaan hê nie. Of dit is hoe ons hom gaan behandel...]* (Deelnemer 4).

“...my grootste behoefte was dat iemand net vir my 'n idee moet kan gee van die padjie wat ons gaan moet loop. Jy kan hierdie kant loop en daai een kan daai kant toe loop, party het 'n kort padjie en ander het 'n lang padjie. Maar dat jy net die hele spektrum vir jou gestel word en sê binne hierdie ervarings van verskillende mense gaan jy 'n padjie

loop”. en “Ja. Wat is die beste uhm-uhm, uitkoms en wat is die slegste uitkoms. En daar is baie van hierdie wat dieselfde is by almal. Party sin vat net langer. Daar is, (ek het dit nou al gesien), dit is nou seker bietjie van ‘n veralgemening. Maar daar is sekere dinge wat dieselfde is by almal van hulle” (Deelnemer 5).

“What’s the future that they are going to have? en “Are they going to work again, whatever...” (Deelnemer 4). [Wat is die toekoms wat hulle gaan hê?] en [Gaan hulle weer kan werk, wat ook al...] (Deelnemer 4).

Die deelnemers het ‘n behoefte om alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode te weet wat die langtermynuitkomst van die persoon met ‘n TBB behoort te wees. Hulle het hierdie tipe inligting nodig om meer hoop te kan hê en wil dus nie hê dat die personeel negatief ingestel moet wees nie.

c) Behoefte: Kommunikasie met die persoon met ‘n TBB

In die tema, “Behoefte aan kommunikasie met die persoon met ‘n TBB” is dit duidelik dat kommunikasie juis een van die grootste behoeftes is wat die deelnemers tydens die akute rehabilitasieperiode ondervind. Die deelnemers het dit as ‘n skok ervaar dat hulle nie met die persoon met ‘n TBB kon kommunikeer nie, en het gevolglik ‘n bepaalde behoefte daaraan om inligting te verkry oor hoe om met die persoon met ‘n TBB te kan kommunikeer. In hierdie tema kom daar weereens twee algemene patrone (subtemas) voor: ‘n Behoefte om te weet hoe om met die persoon met ‘n TBB te kommunikeer en ‘n Behoefte aan spesifieke riglyne oor hoe om met die persoon te kommunikeer.

- **‘n Behoefte om te weet hoe om met die persoon met ‘n TBB te kommunikeer**

In die eerste subtema: “‘n Behoefte om te weet hoe om met die persoon met ‘n TBB te kommunikeer” illustreer die volgende aanhalings die deelnemers se behoeftes rakende kommunikasie met die geaffekteerde persoon:

“Maar ons het nie geweet hoe om met haar te kommunikeer nie” (Deelnemer 10).

“Dit was verskriklik. Dit was vir my ‘n geweldige skok toe ek nie met hom kon praat nie” (Deelnemer 9).

“My husband didn’t even speak for 10 months. He didn’t do anything for 10 months. He couldn’t speak. He still can’t really speak. So for 10 months I didn’t really know what he needed. He just lay in bed and we just did anything that we thought we needed to do. And... it was difficult cause we didn’t know what he wanted” (Deelnemer 4). *[My man het nie eers gepraat vir 10 maande nie. Hy kon niks doen vir 10 maande nie. Hy kon nie praat nie. Hy kan nogsteeds nie regtig praat nie. So vir tien maande, het ek nie regtig geweet wat hy nodig het nie. Hy het net in die bed gelê, en ons het maar net alles gedoen wat ons gedink het ons moet doen. En... dit was moeilik, want ons het nie geweet wat hy wou gehad het nie]* (Deelnemer 4).

Om met die persoon te kan kommunikeer, hou direk verband met die deelnemers se behoefte aan ondersteuning en inligting oor hoe om sekere probleme wat die persoon met ‘n TBB ervaar, te hanteer.

- **‘n Behoefte aan spesifieke riglyne oor hoe om met die persoon te kommunikeer**

Dit feit dat die deelnemers nie oor die bogenoemde kennis in die vorige subtema (subtema 1) beskik nie, en dit as ‘n skok beskryf, kan ook toegeskryf word aan hulle behoefte aan spesifieke riglyne oor hoe om met die persoon te kan kommunikeer (subtema 2), reeds tydens die akute rehabilitasieperiode. Die deelnemers benodig spesifieke riglyne of oplossings vir die probleme wat hulle tydens kommunikasie-interaksie met die persoon met ‘n TBB ervaar. Dit word geïllustreer in die volgende aanhalings:

“Ek weet nie ek het nie eintlik veel ‘n oplossing oor hoe om met haar te gekommunikeer het nie. Ek het maar net baie herhaal en herhaal en haar hande gevat en dan so gedoen met haar wat sy moes gedoen het” (Deelnemer 8).

“...I mean... in a way I know what to do, but don’t know if it really helps. So in someway knowing what he actually wanted to know, he can’t read so, he cannot sit down and read and his handwriting is very bad. That’s sort of thing its – communication is my and

TBB4's biggest problem" (Deelnemer 4). *[Ek bedoel. In 'n sekere mate weet ek wat om te doen, maar ek weet nie of dit regtig help nie. So, op 'n manier weet wat hy graag wil weet, hy kan nie lees nie, so hy kan nie gaan sit en lees en sy handskrif is baie swak. Daardie soort van ding – kommunikasie is my en TBB4 se grootste probleem]* (Deelnemer 4).

"Dit sou my verskriklik kon help as, as hulle miskien vir TBB8 kon 'n manier gee waarmee sy met my kon kommunikeer" (Deelnemer 8).

"So, daar moet op, of ek- ek weet nie, julle ken meer die goed, dat sy miskien uhm twee kaarte by haar kon gehad het, een met 'n hartseer gesig en een met 'n vrolike gesig en dan net kon sê ..."Ja" (Deelnemer 8).

"... en uhm, toe hierso aan die einde van die tydperk, van ons van die tydperk wat ek na haar gekyk het, het uhm iemand vir my 'n "device" gegee wat jy druk as sy wil, as sy wil...uhm, sê nou maar iets sou sê....en toe het ek baie keer gewonder as ek nie vroeër dalk so ding gehad het nie...of dit nie dalk meer sou gehelp het nie" (Deelnemer 8).

Die deelnemers het onder die tema "Behoeftes aan maniere hoe om met die persoon met 'n TBB te kommunikeer", ook die behoefte uitgespreek om riglyne te kry, om te weet of die persoon met 'n TBB wel die boodskap verstaan tydens kommunikasie-interaksie.

"Uhm sy kon, en ja nou ook nog. Sy reageer nie as 'n mens regtig met haar gepraat het nie. So as jy vir haar iets gesê het, uhm, het sy geen uitdrukking getoon nie, of sy het nie die gepaste uitdrukking getoon nie. So uhm, wat vir my baie moeilik was met kommunikasie met haar, ek het nie regtig geweet of sy my altyd verstaan nie" (Deelnemer 8).

"Because I mean even though... in a way I know what to do, but don't know if it really helps. So, I guess ja, in someway knowing what he actually wanted to know. He can't read so, he can't sit down and read. His handwriting is very bad. That's sort of things its... Communication is me and TBB4's biggest problem" (Deelnemer 4). *[Want ek bedoel...op 'n manier weet ek wat om te doen, maar weet nie of dit regtig help nie. So ek dink, op 'n manier weet ek hy eintlik graag wil weet. Hy kan nie lees nie so, hy kan*

nie sit en lees nie. Sy handskrif is baie swak. Daardie soort van dinge dis... Kommunikasie is my en TBB se grootste probleem”] (Deelnemer 4).

Die deelnemers het riglyne nodig om te weet op watter kommunikasietekens hulle moet let tydens interaksie met die persoon met 'n TBB, ten einde te weet of die persoon wel die kommunikasieboodskap verstaan.

d) Behoefte: Stimulasie van die persoon met 'n TBB

Die tema “Stimulasie van die persoon met 'n TBB” dui daarop dat die deelnemers 'n behoefte het om te weet wat hulle as sorggewers, alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode, kan doen om die persoon met 'n TBB te stimuleer. Die deelnemers is nie bewus van maniere waarop hulle die persoon met 'n TBB kan stimuleer nie, maar het die behoefte om met die persoon te kan “kommunikeer”. Hierdie behoeftes kom duidelik voor in die volgende aanhalings van Deelnemer 9:

“As iemand net vir my gesê het: “Hoor hier, staan net by jou kind en druk hom, en vryf hom en smeer hom...dan sou ek dit ook gedoen het” en “... as iemand net vir jou kan sê: ” Hoor hier vat aan hom, druk hom, vryf hom” (Deelnemer 9).

“En dan gehoor. Die gehoor, weet ek het nooit daaraan gedink nie. Dat jy die healtyd met hom praat, normaal en dat jy musiek moet speel...en dat uhm, uh, die healtyd dat hy beseft jy is daarso” en “... en dat jy al begin praat en hy dan woorde optel” (Deelnemer 9).

“Sien ek het ek het daar maar my vyfde, sesde sintuig gebruik en gesê slaan vir my daai een. Jy sien om haar te probeer stimuleer. Stimulasie was van radikale belang. Is ook van die begin af, jy weet om so persoon weer uit daai fase uit te kry” (Deelnemer 6).

Uit die bogenoemde aanhalings blyk dit dat die deelnemers 'n behoefte het aan maniere waarop hulle die persoon met 'n TBB kan stimuleer. Die deelnemers is ook nie bewus van metodes waarvolgens hulle die persoon met 'n TBB kan stimuleer nie, en dit is gevolglik vir hulle 'n behoefte om die hierdie metodes alreeds tydens die akute rehabilitasie periode aan te leer.

e) Behoefte: Inligting oor die aard van 'n TBB

Dit kom in die DA na vore dat die deelnemers nie kennis dra van die funksies van die brein nie. Die deelnemers is van mening dat hulle die persoon met 'n TBB beter sou kon hanteer en ondersteun tydens die akute rehabilitasieperiode, as hulle die nodige kennis in hierdie verband gehad het. Die deelnemers se behoeftes word in die volgende aanhalings geïllustreer:

“Uhm, inligting oor wat spesifiek seergekry het... as miskien bietjie verduidelik hoe die brein werk ...sal mens dalk bietjie kan sien okay... Haar man het altyd vir my gesê, hulle het 'n scan gewys en gesê daai en daai deel is swart op die brein. Maar dan het ek altyd gewonder maar daai deel wat swart is? Hoekom? Wat?” (Deelnemer 8).

“... en ek dink vir so versorger is dit baie, baie moeilik om te verstaan hoekom die daai persoon so optree, so ja, uhm ek dink dit kan nogal help as 'n mens miskien bietjie van die brein weet” (Deelnemer 8).

f) Behoefte: Inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB

'n Volgende tema wat na vore kom, is dat die deelnemers behoeftes aan inligting het, ten opsigte van watter probleme wat die persoon met 'n TBB vertoon eerste aandag moet geniet (Prioriteite in die versorging van die persoon met 'n TBB). 'n Voorbeeld hiervan is, dat Deelnemer 8 die behoefte het om te weet watter probleemareas sy eerste aandag aan moes gee.

“Ek sê nou maar hulle kon vir my sê kyk spesifiek na haar kommunikasie, kyk na haar balans. Kyk... jy weet net bietjie meer... want daar is soveel dinge wat verkeerd is, mens kan nie alles gelyk aanspreek nie” (Deelnemer 8).

“So as iemand dalk net kon sê “ Begin eerste met oefeninge om haar spraak te verbeter” En dis eerste prioriteit en die tweede een is sê om haar weer te leer om weer 'n toilet-roetine te hê” (Deelnemer 8).

Basiese versorgingsbehoefte is ook 'n patroon wat onder die tema: “Behoefte aan inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB” voorkom. Die

deelnemers is onseker oor watter basiese behoeftes eerste aandag moet geniet. Dit word in die volgende aanhaling geïllustreer: *“Uhm, so dit is alles, dit is sy... so as jy dit saamvat, is dit bedseer, en maar dan is dit ‘n daaglikse bad iemand sal jou moet help, fisioterapie iemand gaan jou met dit moet help”* (Deelnemer 9).

Dieselfde word geïllustreer in Deelnemer 9 se behoefte daaraan, om te weet wanneer sy die persoon met ‘n TBB kan begin help met voeding:

“Wat kan hy eet? Wat kan jy hom voer?” en “en uhm, ek het nie geweet wat hy regtig kan eet nie, want hy het daai pyp ingehad. Die voedingspyp. Hoe gaan hy van dit na kos toe kan gaan, en uhm dit was my grootste behoeftes gewees” (Deelnemer 9).

Deelnemer 5 het ook die behoefte om te weet wat die persoon met ‘n TBB se grootste behoeftes is waaraan sy as sorggewer aandag moet gee: *“Ek sou sê uhm, die Spraakterapeut, maar ek moet dit, moet net vir jou sê wat is jou kind se behoeftes, hulle self moet daarin uhm, voorsien. Maar dan moet hulle vir jou sê as hulle nie by jou is nie, of as die pasiënt nie by hulle is nie, wat kan ek doen wat my rol kan wees om haar te help”* (Deelnemer 5).

Opsommend kan daar dus uit die bogenoemde aanhalings afgelei word dat die deelnemers se behoeftes in terme van algemene hantering van die persoon met ‘n TBB hoofsaaklik te doen het met meer inligting oor die aard van die persoon met ‘n TBB se besering, watter terreine voorkeuringversorging verg, asook meer inligting oor die hantering van basiese behoeftes. Laastens het die deelnemers (Deelnemer 5) ‘n behoefte daaraan om inligting te bekom in verband met die persoon met ‘n TBB se behoeftes en wat sy as sorggewer kan doen om hierdie behoeftes te bevredig.

g) Behoefte: Die professionele span

Die volgende tema wat uit die DA na vore kom, is: Die professionele span. Hierdie tema hou verband met die deelnemers se behoeftes dat meer inligting deur die span aan hulle verskaf moet word, om sodoende te wete te kom oor wat die rol van die verskillende spanlede is. Die professionele span moet ook vasstel wat die sorggewers se behoeftes ten opsigte van die hantering van die persoon met ‘n TBB is. Dit is ook vir die sorggewers belangrik om inligting te ontvang oor die uitkomst van die

evaluasiresultate en die doel van die verskillende behandelings wat aan die geaffekteerde persoon verskaf word. Dat hulle rol as sorggewers in die span erken moet word, asook om te weet wat die rol van die verskillende spanlede is, is ook behoeftes wat die sorggewer onder hierdie tema meld. Laastens is dit vir die sorggewers belangrik dat die professionele span hulle beter moet voorberei vir die pad wat hulle moontlik gaan loop. Die aard van hierdie behoeftes word aan die hand van die volgende aanhalings geïllustreer en is in die volgende sub-temas onderverdeel: Behoefte aan meer inligting deur die professionele span; 'n Behoefte dat hulle rol as sorggewer in die span erken moet word; 'n Behoefte om te weet wat die rol van die verskillende spanlede is en 'n Behoefte dat die professionele span hulle moet voorberei vir die pad wat hulle gaan loop.

- **Behoefte aan meer inligting deur die professionele span**

Die eerste patroon wat voorkom, is dat die deelnemers meer inligting benodig oor die aard van die besering en die uitkomst van die evaluasiresultate, sodat hulle meer realistiese verwagtinge kan koester ten opsigte van wat van die persoon met 'n TBB verwag mag word. Die volgende aanhalings illustreer die deelnemers se behoeftes in hierdie verband:

“En jy wil met hierdie kind praat. Verstaan jy? Hy is nog heeltemal ‘lights out’ en jy kan dit nie verstaan nie. So as ‘n gewone ouer nie eers ‘n bietjie mediese uhm-uhm goed agter hom het nie nie- ‘n mediese begrip, moet dit verskriklik wees vir hulle” (Deelnemer 9).

“As daai pasiënt eers uhm ‘geassess’ word, wat is die Afrikaanse woord, geëvalueer word, terug te kom na die sorggewer toe en sê; ‘Jy verwag te veel as jy verwag hy moet nou praat’ en “Maar ek dink dit is die belangrikste. Hoe belangrik gehoor en spraak en vat is. En te evalueer en vir daai ma sê: ‘Kyk, hy is soos...hulle sê nou hierdie een is soos ‘n veertienjarige en dat jy moet verwag dat hy uitbarstings kry...” (Deelnemer 9).

“Verduidelik dit in sleutel terme vir ‘n mens darem... ek bedoel feit, ons gaan nie alles verstaan soos wat julle dit geleer het nie of verstaan nie. Maar as hulle miskien net vir ‘n mens spesifiek kan verduidelik dit is min of meer wat jy kan verwag van iemand met so

besering. Ek bedoel elke besering is verskillend, maar jy weet uhm, dit en dit het seergekry. Uhm dit kan dalk verbeter, dit vermoed ons kan nie verbeter nie, maar mens kan daaraan werk, sodat 'n mens net tipe van riglyne het waarvolgens jy kan min of meer kan gaan” (Deelnemer 8).

Uit die bogenoemde aanhalings is dit volgens die twee deelnemers duidelik dat die professionele persone juis nie genoegsame inligting oor die aard van die breinbesering aan die sorggewers gee nie, en dit lei daartoe dat sorggewers 'n wanpersepsie het van die aard van die breinbesering. Die gevolg hiervan is dat hulle eers later ontugter word deur die realiteit en dit plaas verdere stres en druk op die versorgingsproses. Dit word in die volgende aanhalings geïllustreer:

“Niemand het vir ons gesê wat gaan gebeur nie. Ons het gedink sy gaan wakker word en nog dieselfde wees” (Deelnemer 10).

“Ek wens net iemand het vir my gesê hoe erg sy besering was dat ek hom nie gedruk het nie” (Deelnemer 9).

“'n Mens wil so gou moontlik wil jy hulp hê daarvoor. Jy moenie eers wag en kyk nou wanneer gaan jou kind nou weer reg kom nie, jy moet so gou as moontlik met 'n met die metode...” (Deelnemer 7).

'n Verdere behoefte wat ook in terme van die inligtingverskaffing, oor die aard van die breinbesering en evaluasieresultate voorkom, is dat sorggewers nie altyd die terme verstaan wat die professionele persone gebruik nie, en gevolglik ook 'n behoefte daaraan het dat inligting op só 'n wyse aan hulle verskaf moet word, dat hulle dit wel kan verstaan. Deelnemer 9 se mening beklemtoon die genoemde stelling: *“Die eerste wil ek hê dat iemand moet vir my kon sê wat was op die EEG. Jy weet ek al is ek 'n suster, kom hulle daar met hierdie verskriklike woorde van 'efusie' en uhm...dit was 'efusie'. Dit was 'n verskriklike term” (Deelnemer 9).*

“Jy weet jy kyk, daar in die ICU, jy kyk na daai verskriklike groot kaarte en jy sien al hierdie syfers- die Glasgow skaal. Hulle het vir my gesê sy glasgow skaal is maar drie uit vyftien. En dit is wat my laat swot het vir hoërsorgsuster. Want dan sê hulle: “Dis verskriklik”. Jy weet, nou verwag jy hierdie kind gaan doodgaan, en-en-en dit is baie erg” (Deelnemer 9).

Verder het die deelnemers onder hierdie subtema van “Meer inligting deur die professionele span” die behoefte uitgespreek om ingelig te word oor die tipe behandeling wat die persoon met ‘n TBB ontvang. Die deelnemers het beklemtoon dat hulle ook oor die nodige kennis wil beskik rakende die doel van die behandeling, aangesien hulle van mening is dat dit hulle meer begrip van die probleem gee. Die aanhalings van Deelnemers 7, 8 10 en 11 illustreer hierdie behoefte:

“Ek sal ook sê hulle doen ‘n diens en doen dit wat hulle moet doen, maar ons wat dit elke dag met haar moet doen, weet nie hoekom ons dit moet doen nie” en “Jy wil net weet wat doen hulle. Want as ek weet waarnatoe hulle gaan, dan gaan ek mos meer daaraan werk” en “...ons het seker eers na die agste of negende klas, toe kom ons eers agter dat dit vir haar balans is. Jy wil net weet wat doen hulle” (Deelnemer 11).

“Ek dink hulle kan seker vir jou ‘n metode uitwerk om jou te help. Jy weet nie alles nie, jy ken nie alles nie. Hulle kan jou leer om te begin, daar...” (Deelnemer 7).

“Spraakterapeut sê vir my dit gebeur en dat gebeur, en dan kan jy bietjie meer insien hoe spraakterapie werk”... Daai hoekom sy dit doen, dan verstaan mens beter. Dit help nie jy gaan na ‘n klas toe en hulle gaan aan en jy weet, dit is vir jou sinneloos. Maar as jy weet jy doen dit, dan kan jy daaraan werk” (Deelnemer 10).

“Opleiding oor uhm, oor baie van hoe julle dink. As jy bevoorbeeld dink kom ons doen hierdie terapie, omdat ek wil sien waar dit uitkom, om baie vir die versorgers te sê hoekom ons ‘n sekere, hoekom ons sekere goeters doen” en “Ek bedoel ons kan nie leer wat julle geleer het in jare en jare se ondervinding nie, maar ek dink regtig dat uhm partymaal voel dit vir ‘n versorger uhm, sy weet eintlik niks nie” (Deelnemer 8).

Deelnemer 10 meld dat sy wel later in die versorgingsproses meer inligting ontvang het oor die aard van die spraakterapie en dat dit haar ondersteun het en dat sy meer begrip van die probleem gekry het:

“Haar nuwe spraakterapeut sê vir my dit gebeur en dat gebeur. Dan kan jy bietjie meer insien hoe spraakterapie werk. Sy sê vir my gewoonlik doen hulle dit. Of dit of dit of dit gebeur as sy die woord sê of sy sluk haar eerste of haar laaste woord in. Daai, hoekom sy dit doen, dan verstaan mens beter. Dit help nie jy gaan na ‘n klas toe en hulle gaan

aan en jy weet, dit is vir jou sinneloos. Maar as jy weet hoekom jy doen dit dan, kan jy daaraan werk” (Deelnemer 10).

- **Behoeftes dat hulle rol as sorggewer in die span erken moet word;**

Die deelnemers dui ook aan dat hulle bydraes tydens die rehabilitasieproses asook hulle rol en behoeftes as sorggewers in die hantering van die persoon met 'n TBB deur die professionele span erken word. In die volgende aanhalings word hierdie behoeftes beklemtoon:

“...ek dink omdat ons die hele dag met daai persoon werk nê, is daar baie uhm-uhm praktiese kennis van wat werk en wat werk nie” (Deelnemer 8).

“...wat hulle vir jou kan vra...Ek was altyd by die terapie, so ek weet presies wat sy gedoen het en uhm wat sy miskien, wat hulle vir jou kan vrae is: “Wat dink jy is die persoon se behoeftes? Waar dink jy is daar 'n groot leemte omdat jy heeldag by die persoon is. En dan wat hulle ook miskien vir jou kan vra wat hulle...hoe sien jy die werk wat hulle doen...of hulle jou kind reg benader. En uhm, volgens jou mening, jou leke mening of hulle jou kind reg benader” (Deelnemer 5).

“Wel wat vir my belangrik is, is dat hulle my nie moet laat voel maar ek is stupid nie en ek weet nie wat ek doen nie, want ek kyk mos nou maar net na haar nie” (Deelnemer 8).

“...uhm en dan die ander ding was dat hulle altyd vir my gevra het hoe gaan dit met my, hoe voel ek “ en “ Maar ek dink baie maal het die terapeute as ek vir hulle sê oor TBB8, goed gesê het oor TBB8 het hulle....jy weet, hulle het na my geluister asof ek, ek weet. Jy is in hierdie ding en jy weet nou waarvan jy praat. En uhm, so dit het vir my regtig baie beteken en ek kon baie maal my hart uitpraat” (Deelnemer 8).

- **Behoeftes om te weet wat die rol van die verskillende spanlede is**

'n Volgende belangrike subtema wat ook onder die tema: “Professionele span” voorkom is dat die deelnemers onseker is oor die rol van die verskillende spanlede in die rehabilitasiespan. Deelnemer 6 toon aan dat sy onkundig is oor die verskillende rolle

van die professionele persone en meld onder andere dat sy nie kennis het van wat die werklike rol van 'n spraakterapeut is in die hantering van 'n persoon met 'n TBB nie.

“Ek dink ons is maar dalk op daardie gebied miskien bietjie onkundig. Ons weet nie wat behels en wat doen 'n spraakterapeut nie. Wat behels hulle hele uhm, studies, saam met die pasiënt of saam met die ouers nie” en “Maar ek ,O, ek is 'n leek in die opsig van ons weet nie wat is die spraakterapeut se rol teenoor ons as ouers gewees nie. Ons het nie ondervinding daarvan nie” (Deelnemer 6).

“I didn't really know what speech therapy was all about. I just thought you know, they will help TBB4 to talk again, but that never happened. I didn't realize that they also have to work on memory, and all that sort of things. I thought it was their job, really just to help him to talk again. But I discovered, there is a lot more to it” (Deelnemer 4). [Ek het nie regtig geweet waarom 'n spraakterapie gaan nie. Ek het gedink, jy weet, hulle sal TBB4 help om weer te praat, maar dit het nooit gebeur nie. Ek het nie beseef dat hulle ook werk aan geheue en daardie soort van dinge nie. Ek het gedog dit was hulle werk, regtig, net om hom weer te help om te praat, maar ek het ontdek, dat daar baie meer daaraan is] (Deelnemer 4).

“Want ek gevoel het, uhm vandat TBB5 in 'n reabilitasiesentrum is, hulle volg 'n spanbenadering, en uhm, ek dink dit is, 'n mens weet nie regtig waar hou die een terapeut se rol op en waar begin die ander een sin nie. Maar omdat hulle in 'n span met die persoon werk, uhm spreek hulle die behoeftes aan omdat hulle gedurig vergadering het” (Deelnemer 5).

Die feit dat die deelnemers nie goed ingelig is oor die verskillende rolle van die professionele persone nie, lei daartoe dat hulle negatief raak oor die aard van reabilitasie en reabilitasiespanlede. Die deelnemers voel onseker oor wat daar van hulle as sorggewers verwag word, asook die tipe intervensie wat verskaf word, omdat inligting van die verskillende spanlede mekaar dikwels weerspreek en moontlik juis omdat hulle nie weet wat die verskillende spanlede se rolle is nie.

“As ek terug dink aan al die terapie ook, die een sê doen dit en die een sê doen dat. Dit is asof ons in die middel loop en ons moet besluit wat om te doen en ons het nie daai kennis nie. Die een sê ja en die een sê nee. So dit was moeilik” (Deelnemer 10).

- **Behoeftes dat die professionele span hulle moet voorberei vir die pad wat hulle gaan loop.**

'n Volgende belangrike subtema wat ook in die tema: "Die professionele span" verskyn, is dat die deelnemers 'n behoefte daaraan het dat die professionele span hulle moet voorberei vir die moontlike pad wat hulle as sorggewers in die herstel proses gaan moet loop. Die deelnemers is van mening dat hulle nie voldoende voorberei word vir die pad wat hulle sal moet loop nie. Hierdie subtema sluit nou aan by die temas: "Behoeftes aan ondersteuning" en "Behoeftes aan hoop", aangesien die deelnemers van mening is dat, indien hulle beter voorbereid was op die pad wat hulle moet loop, hulle die hele proses beter sou kon hanteer. Die behoeftes word in die volgende aanhalings geïllustreer:

"... maar ek dink die professionele mens sny af... Ons het nie geweet waar ons staan en wat lê voor nie" (Deelnemer 11).

"As 'n mens net 'n bietjie meer voorbereid was, so dit beter gewees het" (Deelnemer 10).

"... maar my grootste behoefte was dat iemand net vir my 'n idee moet gee van die paadjie wat ons gaan moet loop. Jy kan hierdie kant loop en daai een kan daai kant toe loop, party het 'n kort padjie en ander 'n lang padjie. Maar dat jy net die hele spektrum vir jou gestel word en sê binne hierdie ervarings van verskillende mense, gaan jy 'n padjie loop" (Deelnemer 5).

"Ja, wat is die beste uhm uhm uitkoms en wat is die slegste uitkoms. En daar is baie van hierdie wat dieselfde is by almal. Party sin vat net langer. Daar is (ek het nou al gesien) dit is nou seker bietjie van 'n veralgemening, maar daar is sekere dinge wat dieselfde is by almal van hulle" (Deelnemer 5).

Deelnemer 6 is van mening dat sy voldoende voorbereiding gehad het vir die pad wat sy moontlik sal moet loop, en dat dit haar baie gehelp het tydens die proses van rehabilitasie: *"Ek moet vir jou sê my ou suster was 'n maatskaplike werkster, en ...ek dink as dit nie vir haar was nie, wat geweldige insette in my lewe...en sy het vir my hierdie ding gesê TBB6&7 dit is 'n moeilike pad. ...dit en dit en dit gaan nog met jou gebeur..."* (Deelnemer 6).

Dit is dus belangrik dat rehabilitasiepersoneel bewus moet wees van sorggewers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode, sodat daar meer ondersteuning aan hulle gegee kan word, om die aanpassings en opofferings in die hantering van die persoon met 'n TBB beter te hanteer.

h) Die deelnemers se persepsies van hulle rol in die rehabilitasiespan tydens die akute rehabilitasie periode

Alhoewel die deelnemers aandui dat hulle 'n behoefte daaraan het dat hulle rolle as sorggewers in die rehabilitasiespan erken moet word, en dat hulle 'n belangrike bron van inligting aangaande die hantering van die persoon met 'n TBB is, het 'n belangrike tema ontstaan oor hoe hulle as sorggewers hulle rol in die rehabilitasiespan beskou. In die laaste tema van die DA kom die volgende subtemas na vore: Die deelnemers beskou hulleself as: koördineerder; inligtingverskaffer aan ander persone oor die hantering van die persoon met 'n TBB; die persoon wat inligting moet bekom by ander oor die hantering van die persoon met 'n TBB; intensiewe versorger en persoon wat die beste in die persoon met 'n TBB se behoeftes kan voorsien. Hierdie subtemas word duidelik in die volgende aanhalings geïllustreer:

- **Koördineerder**

"... dit is die een wat al die terapie en alles wat die persoon moet deurgaans moet koördineer" (Deelnemer 5).

- **Verskaf inligting aan ander oor hoe die persoon met 'n TBB hanteer moet word**

"...en dan ook ander mense inlig hoe hulle die pasiënt moet hanteer en uhm moet bepaal wat die pasiënt se behoeftes is" (Deelnemer 5).

- **Verkry die nodige inligting by ander**

"... en dan weer inligting in te win by professionele mense en dan daai pasiënt so na moontlik te behandel volgens die raad en advies wat jy kry" (Deelnemer 5).

- **Persoon wat intensiewe sorg aan die persoon met TBB moet gee**

“Ek het uhm dit al so geformuleer dat ek dink ‘n sorggewer is soos ‘n intensiewe sorgeneheid – al daai masjiene, wat elke verskillende aktiwiteit van daai persoon monitor, en jy is so. En jy reageer op daai prikkels elke keer as dit verander en as daar ‘n behoefte is dan moet jy aan daai behoefte voorsien. En ek dink dit is noodsaaklik dat daar een persoon altyd by is, selfs omtrent dag en nag in die hospitaal, dat mens presies weet wat daai persoon nie kan doen nie en wat daai persoon wel kan doen en hom nie oorbeskerm nie...” (Deelnemer 5).

- **Voel dat die sorggewer die enigste persoon is wat in die persoon met ‘n TBB se behoeftes kan voorsien**

“Jy, jy ...outomaties weet jy as hulle so optree dan weet jy, jy moet nou dit gaan doen, en dit is wat ‘n ander ou nie kan doen nie. ‘n Normale ou daar buitekant gaan nie weet wat gaan aan nie, maar jy as “caretaker” weet, of familielid weet presies wat daai persoon nou nodig het” (Deelnemer 5).

“Iemand wat omsien na daai persoon se belange. Versorg, uhm, omsien die-die fisiese behoeftes, emosionele behoeftes en daaglikse behoeftes. Soos in elke dag se doen met die persoon omdat hy nie meer daai vermoë het nie” (Deelnemer 8).

“...ek glo natuurlik ook daar is niemand wat in die kontekste sien van die pasiënt, die beseerde, die breinbeseerde...., is daar niemand beter as ‘n “caretaker”... as ‘n persoon wat baie na is aan die familielid, soos jou kind, jou man, of by die betrokke huisgesin nie” (Deelnemer 5).

Sorggewers is die persone wat lank nadat terapie gestaak is en die rehabilitasieproses verby is, steeds elke dag na die persoon met ‘n TBB moet omsien. Die onus rus dus op die professionele spanlede om hierdie behoeftes wat die sorggewers reeds tydens die akute periode ervaar, so gou as moontlik te bevredig. Alleen dan kan rehabilitasiepersoneel moontlik die nodige ondersteuning, hoop en inligting wat die sorggewers benodig, aan hulle verskaf en moontlik die lang proses na herstel verkort word.

4.4. RESULTATE VAN FASE 2: VEELVULDIGE ENKELGEVALLE-STUDIES (PRETOETS, POSTTOETS EKSPERIMENTELE ONTWERP)

In die volgende gedeelte volg 'n volledige bespreking van die resultate wat tydens die tweede fase van die studie verkry is.

4.4.1. Subdoelstelling van Fase 2

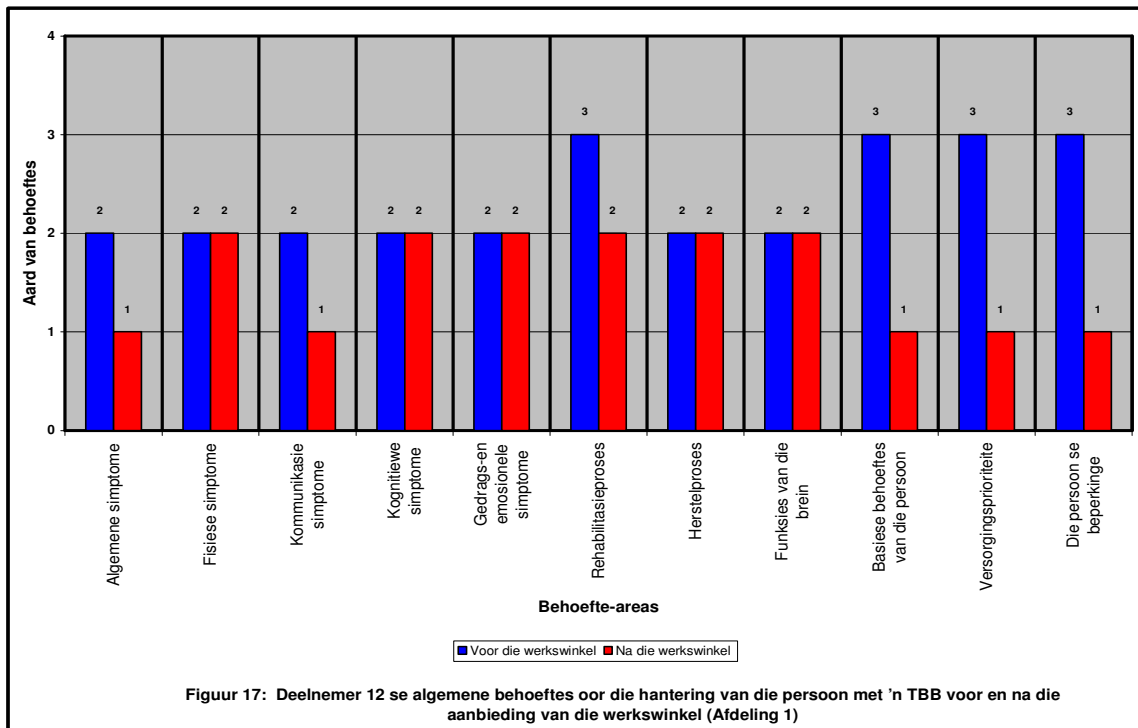
Toepassing van die voorlopige meetinstrument op 'n bepaalde toetspopulasie, ten einde te bepaal of die meetinstrument 'n **verandering/verskuiwing** van die sorggewers se behoeftes kon meet, na die aanbieding van 'n werkwinkel. *(Die doel van die werkwinkel is slegs om inligting aan die sorggewers te verskaf op grond van die behoeftes wat tydens die voltooiing van die voorlopige meetinstrument geïdentifiseer is ten einde daarna te bepaal of die meetinstrument wel die verandering in behoeftes sal kan meet. Die hoofokus is dus nie die werkwinkel nie, maar die verandering wat die meetinstrument sal kan meet of nie).*

Die resultate van die vier deelnemers (D12-D15) wat aan die tweede fase van die studie deelgeneem het, word afsonderlik bespreek in terme van die verskillende subafdelings van die meetinstrument. Die resultate word op grafieke voorgestel, ten einde 'n visuele beeld te verskaf van die verandering wat die meetinstrument van die deelnemers se behoeftes gemeet het.

4.4.2. Resultate van Deelnemer 12 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor en na die aanbieding van die werkwinkel

a) Inligtingbehoefte (Afdelings 1 en 2)

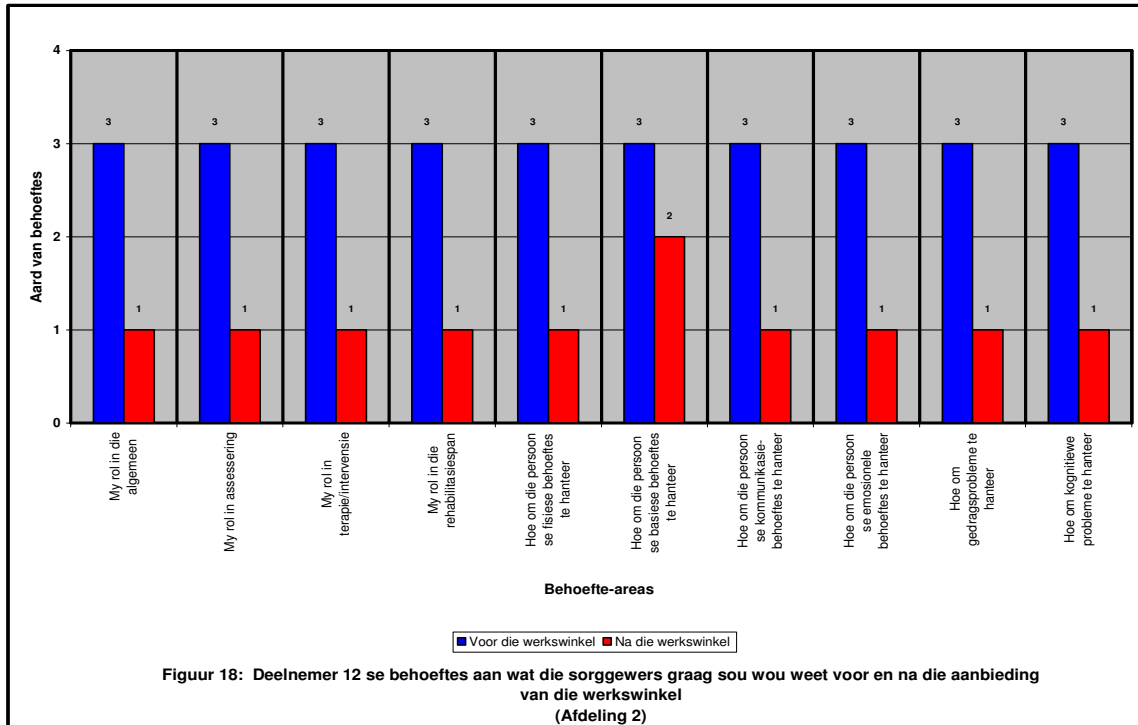
Die resultate word bespreek in terme van die Deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkwinkel. Die resultate word op grafieke voorgestel en op hierdie wyse sal dit moontlik wees om aan te toon of die meetinstrument wel 'n verandering in die Deelnemers se behoeftes meet.



Figuur 17 toon aan dat Deelnemer 12 voor die aanbieding van die werkswinkel die meerderheid van die vrae in Afdeling 1, Opsie 2 geselekteer het. Deelnemer 12 was van mening dat sy nie so 'n groot behoefte gehad het om meer inligting te bekom aangaande die algemene behoeftes en fisiese-, kommunikasie-, kognitiewe-, gedrags- en emosionele simptome van die persoon met 'n TBB nie. Inligting oor die herstelproses en funksies van die brein is ook areas waarin Deelnemer 12 meld dat sy nie so 'n groot behoefte het nie. Meer inligting oor die aard van die rehabilitasieproses, die basiese behoeftes van die persoon met 'n TBB, die versorgingsprioriteite en ander beperkinge van die persoon met 'n TBB is as moontlike behoeftes deur Deelnemer 12 aangedui, voor die aanbieding van die werkswinkel. Na die aanbieding van die werkswinkel het sy egter aangetoon dat sy geen behoeftes meer het oor die hantering van die algemene behoeftes, kommunikasie-simptome, basiese behoeftes, versorgingsprioriteite en die aard van die persoon met 'n TBB se beperkinge nie.

Dit is dus uit hierdie resultate duidelik dat daar wel 'n verskuiwing van Deelnemer 12 se behoeftes in terme van die bogenoemde aspekte voorkom. Voor die werkswinkel het Deelnemer 12 aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte het om meer inligting te bekom oor die aard van die rehabilitasieproses. Na die werkswinkel het sy egter aangedui dat dit nie meer so 'n groot behoefte is nie. Die deelnemer se behoeftes in terme van inligting oor die hantering van fisiese-, kognitiewe, gedrags- en emosionele simptome,

die herstelproses en die funksies van die brein is areas waarin die deelnemer se behoeftes nie verander het na die aanbieding van die werkswinkel nie. Die deelnemer was steeds van mening dat sy nie so 'n groot behoefte gehad het om meer inligting oor die bogenoemde areas te bekom nie. Die resultate dui dus daarop dat die meetinstrument wel 'n verandering in Deelnemer 12 se behoeftes, rakende inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB, kon meet.



Uit Figuur 18 is dit duidelik dat Deelnemer 12 in Afdeling 2 van die meetinstrument op al die behoeftevrae voor die aanbieding van die werkswinkel, Opsie 3 gekies het. Deelnemer 12 dui aan dat inligting oor die algemene rol van die sorggewer, asook tydens evaluasie en behandeling, areas is wat moontlik 'n behoefte kan wees, voor die aanbieding van die werkswinkel. Hoe om die persoon met 'n TBB se fisiese-, basiese-, emosionele- en kommunikasieprobleme aan te spreek, is ook deur Deelnemer 12 voor die werkswinkel aangedui as moontlike behoeftes. Deelnemer 12 het ook voor die werkswinkel aangedui dat sy 'n moontlike behoefte het om te weet wat die sorggewer se rol in die hantering van die persoon met 'n TBB se gedrags- en emosionele probleme is.

Uit Figuur 18 is dit duidelik dat Deelnemer 12 se behoeftes op die meerderheid van die vrae verander het, na die aanbieding van die werkswinkel. Sy is van mening dat sy na

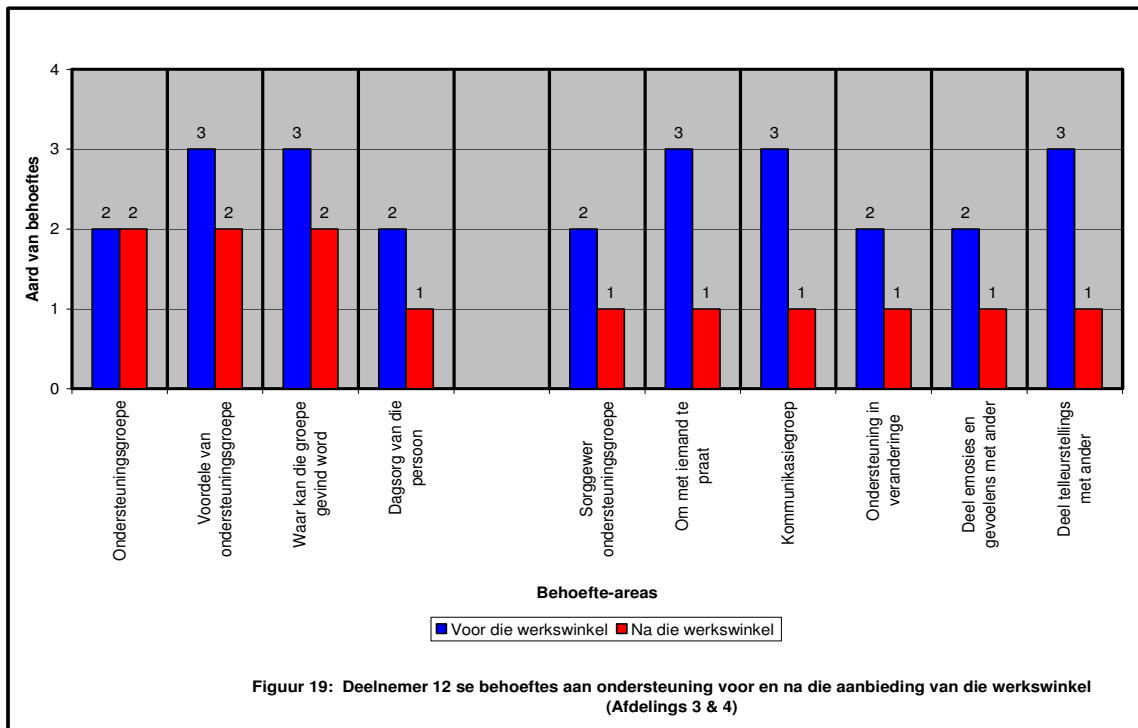
die aanbieding van die werkswinkel geen behoefte meer het om meer inligting te bekom rakende haar rol as sorggewer oor die algemeen, tydens evaluasie en behandeling nie. Verder het sy ook geen behoefte meer om te weet wat haar rol in die rehabilitasieproses asook in die hantering van die persoon met 'n TBB se fisiese behoeftes is nie. Verder toon Deelnemer 12 ook aan dat sy geen behoefte aan meer inligting benodig nie, rakende haar rol in die hantering van die persoon se kommunikasie-, gedrags-, emosionele- en kognitiewe probleme nie. Dit is ook duidelik uit Figuur 18 dat Deelnemer 12, nie meer so 'n groot behoefte het aan hoe om die persoon met 'n TBB se basiese behoeftes te hanteer, na die aanbieding van die werkswinkel nie.

b) Behoeftes aan ondersteuning (Afdelings 3 en 4)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 3 (Ondersteuning vir die persoon met 'n TBB) en Afdeling 4 (Ondersteuning vir die sorggewers van die persoon met 'n TBB) van die meetinstrument in. Die resultate word bespreek soos verkry voor en na die aanbieding van die werkswinkel.

Afdeling 3: In Figuur 19 is dit duidelik dat Deelnemer 12 voor die aanbieding van die werkswinkel nie so 'n groot behoefte het aan ondersteuningsgroepe en dagsorgfasiliteite vir die persoon met 'n TBB nie. Inligting oor die voordele van ondersteuningsgroepe en waar ondersteuningsgroepe gevind kan word, is twee areas waarin Deelnemer 12 aandui dat sy 'n moontlike behoefte aan meer inligting het.

Na die aanbieding van die werkswinkel is dit in Figuur 19 duidelik dat Deelnemer 12 nie meer so 'n groot behoefte het om te weet wat die voordele van ondersteuningsgroepe asook waar ondersteuningsgroepe gevind kan word nie. Sy dui ook aan dat sy geen behoefte het aan meer inligting oor dagsorgfasiliteite, na die aanbieding van die werkswinkel nie.



Afdeling 4: Volgens die resultate soos aangetoon op Figuur 19 toon Deelnemer 12 voor die aanbieding van die werkswinkel aan dat sy nie so 'n groot behoefte het aan 'n sorggewer-ondersteuningsgroep nie. Sy toon ook aan dat sy nie so 'n groot behoefte aan ondersteuning het om die nodige verandering in haar leefwyse te maak om na die persoon met 'n TBB om te sien nie, of om met iemand te praat oor haar emosies en gevoelens nie. Om met ander persone te praat wat reeds deur die proses van rehabilitasie is en 'n kommunikasiegroep by te woon waarin sorggewers vrae aan professionele persone en ander kan stel oor die probleme wat sy ervaar en om met iemand te praat om haar teleurstellings wat sy ervaar te deel, is as moontlike behoeftes deur Deelnemer 12 aangedui.

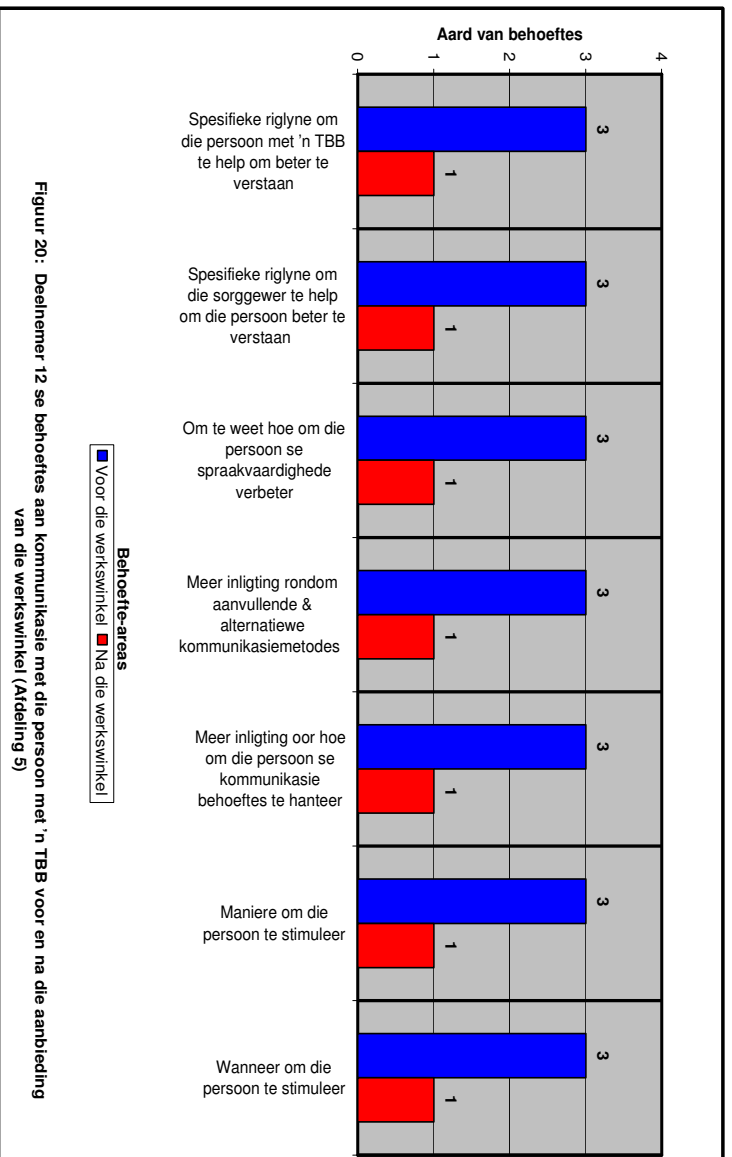
Uit Figuur 19 is dit duidelik dat Deelnemer 12 na die aanbieding van die werkswinkel op al die vrae aantoon dat sy geen behoeftes meer het rakende die bogenoemde aspekte van ondersteuning nie. Die werkswinkel het dus aan al Deelnemer 12 se behoeftes in terme van ondersteuning vir die sorggewer voldoen, en die meetinstrument het ook die verandering in haar behoeftes gemeet.

c) Kommunikasiebehoefte (Afdeling 5)

Hierdie response sluit die resultate van Afdeling 5 (Kommunikasie met die persoon met 'n TBB) van die meetinstrument in.

Uit Figuur 20 is dit duidelik dat Deelnemer 12 voor die aanbieding van die werkwinkel op al die vrae in die meetinstrument aantoon dat sy moontlike behoeftes het aan kommunikasie met die persoon met 'n TBB. Sy antwoord op al die vrae dat sy 'n moontlike behoefte het aan spesifieke riglyne om die persoon met 'n TBB te help om haar beter te verstaan tydens kommunikasie-interaksie. Verdere riglyne oor wat om te doen om die persoon se spraak te verbeter en inligting rondom oor aanvullende kommunikasiemetodes om die persoon te ondersteun tydens kommunikasie-interaksie is ook moontlike behoefteareas wat deur Deelnemer 12 aangedui is. Verder meld sy dat sy moontlike behoeftes het aan meer inligting oor maniere waarop sy die persoon met 'n TBB se kommunikasiebehoefte kan bevredig. Riglyne oor hoe en wanneer om die persoon met 'n TBB te stimuleer vir beter kommunikasie-interaksie, is ook moontlike behoeftes wat deur haar aangetoon is, voor die aanbieding van die werkwinkel.

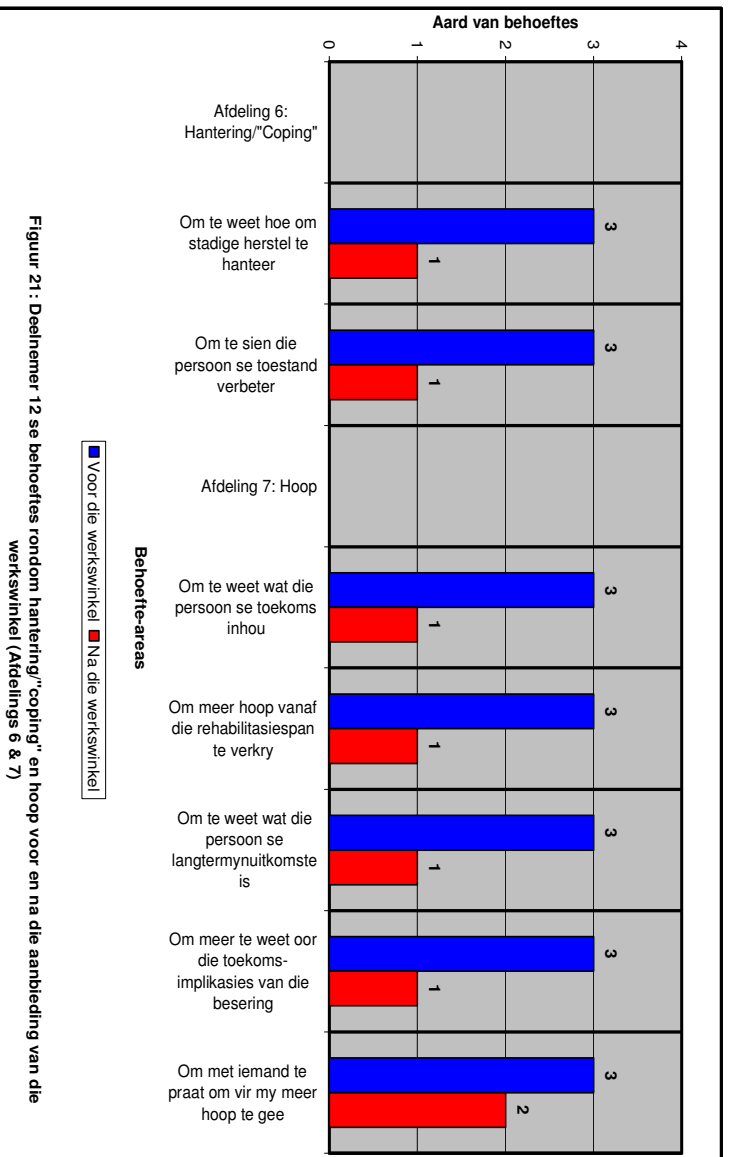
Uit Figuur 20 is dit duidelik dat Deelnemer 12 na die aanbieding van die werkwinkel aantoon dat sy geen behoeftes meer het oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB nie. Sy het na die werkwinkel op al die behoeftevrae Opsie 1 (Geen behoefte) aangetoon. Daar is dus 'n duidelike verandering in Deelnemer 12 se behoeftes gemeet, en die meetinstrument toon hierdie verandering in die deelnemer se behoeftes aan.



Figuur 20: Deelnemer 12 se behoeftes aan kommunikasie met die persoon met 'n TBB voor en na die aanblyding van die werkswinkiel (Afdeling 5)

d) Hantering (“Coping”) en Hoop (Afdelings 6 en 7)

Hierdie response sluit die resultate van Afdeling 6 (Hantering/“Coping”) en Afdeling 7 (Hoop) van die meetinstrument in.



Figuur 21: Deelnemer 12 se behoeftes rondom hantering/“coping” en hoop voor en na die aanblyding van die werkswinkiel (Afdelings 6 & 7)

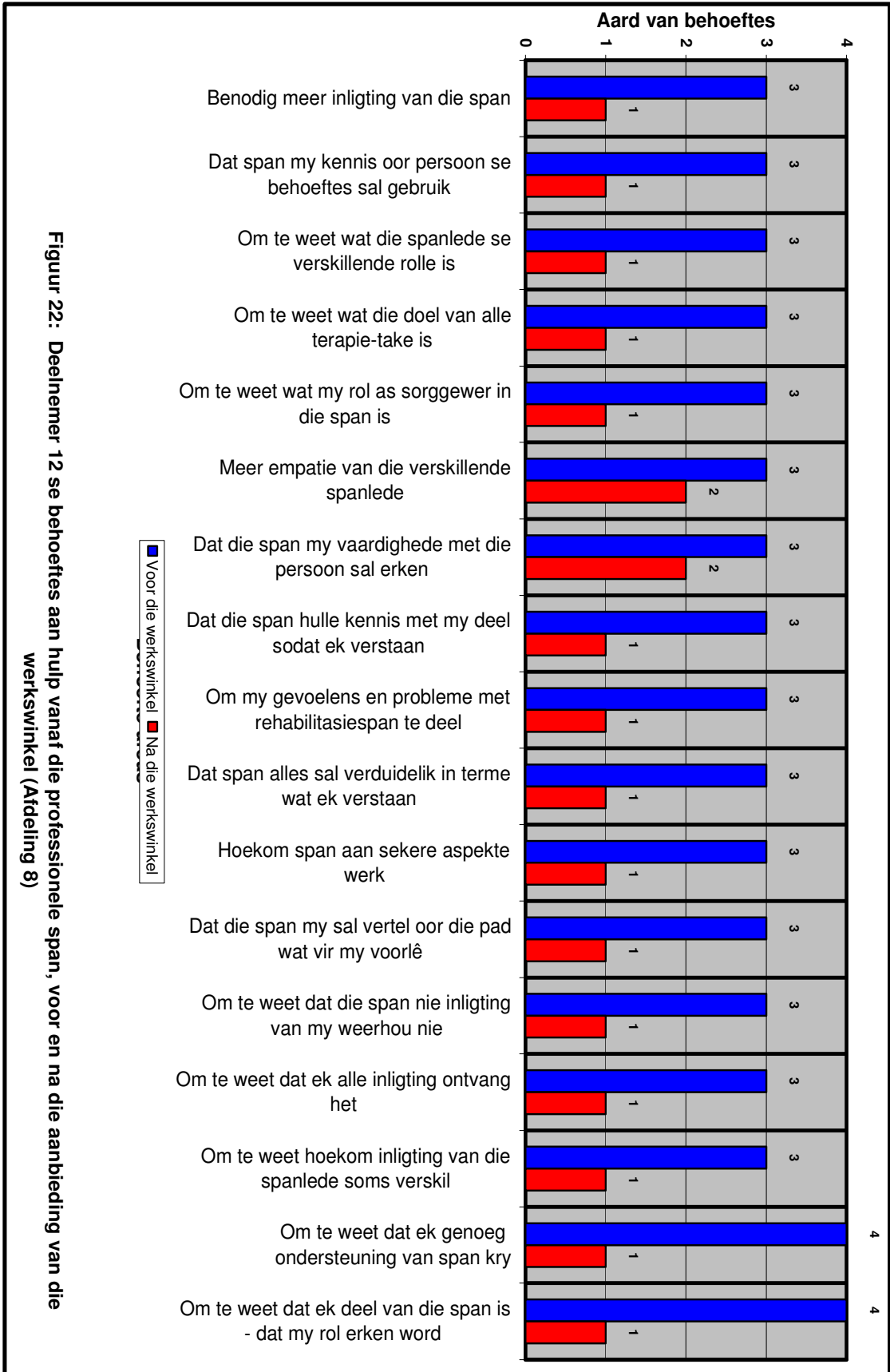
Soos Figuur 21 aandui, het Deelnemer 12 voor die aanbieding van die werkwinkel moontlike behoeftes gehad aan maniere om die herstelproses te hanteer en om meer hoop te ontvang. Volgens die meetinstrument, het sy 'n moontlike behoefte om hulp te verkry oor hoe om stadige herstel te hanteer en om te sien dat die persoon met 'n TBB se toestand verbeter (Afdeling 6). Na die aanbieding van die werkwinkel het Deelnemer 12 egter op die twee bogenoemde vrae die Opsie 1 geselekteer. Daar het dus 'n verandering in haar behoeftes aan die hantering van die traumatiese proses plaasgevind, nadat meer inligting aan haar verskaf is tydens die werkwinkel.

Figuur 21 dui ook aan dat Deelnemer 12 op die meerderheid van die vrae in Afdeling 7 (Hoop) die Opsie 3 geselekteer het. Dit toon aan dat sy 'n moontlike behoefte het om te weet wat die persoon met 'n TBB se toekomsverwagtinge is, om meer hoop van die reabilitasiespan te kry tydens die akute tydperk, asook om te weet wat die persoon se verwagte langtermynuitkomst gaan wees. Die implikasies wat die besering op die persoon se toekoms gaan hê, asook om met ander persone te kommunikeer om meer hoop te kry, is ook moontlike behoeftes wat die deelnemer gehad het voor die aanbieding van die werkwinkel.

Na die aanbieding van die werkwinkel het Deelnemer 12 se behoeftes egter verander, aangesien sy op die meerderheid van die vrae Opsie 1 selekteer. Sy het geen behoeftes meer, aan meer inligting oor die persoon se toekomsverwagtinge en langtermyn-uitkomst nie, asook om meer hoop van die reabilitasiepersoneel af te kry nie. Die deelnemer het ook nie meer 'n behoefte, om meer inligting te ontvang oor die implikasies wat die besering op die persoon met 'n TBB se toekoms gaan hê nie. Sy toon ook aan dat sy nie meer so 'n groot behoefte het om met iemand te kommunikeer met die oog op meer hoop nie. Hier het dus ook 'n verandering in Deelnemer 12 se behoeftes plaasgevind nadat die werkwinkel aangebied is.

e) Behoeftes rakende die professionele span (Afdeling 8)

Hierdie response sluit die resultate van Afdeling 8 (Die professionele span) in.



Figuur 22: Deelnemer 12 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8)

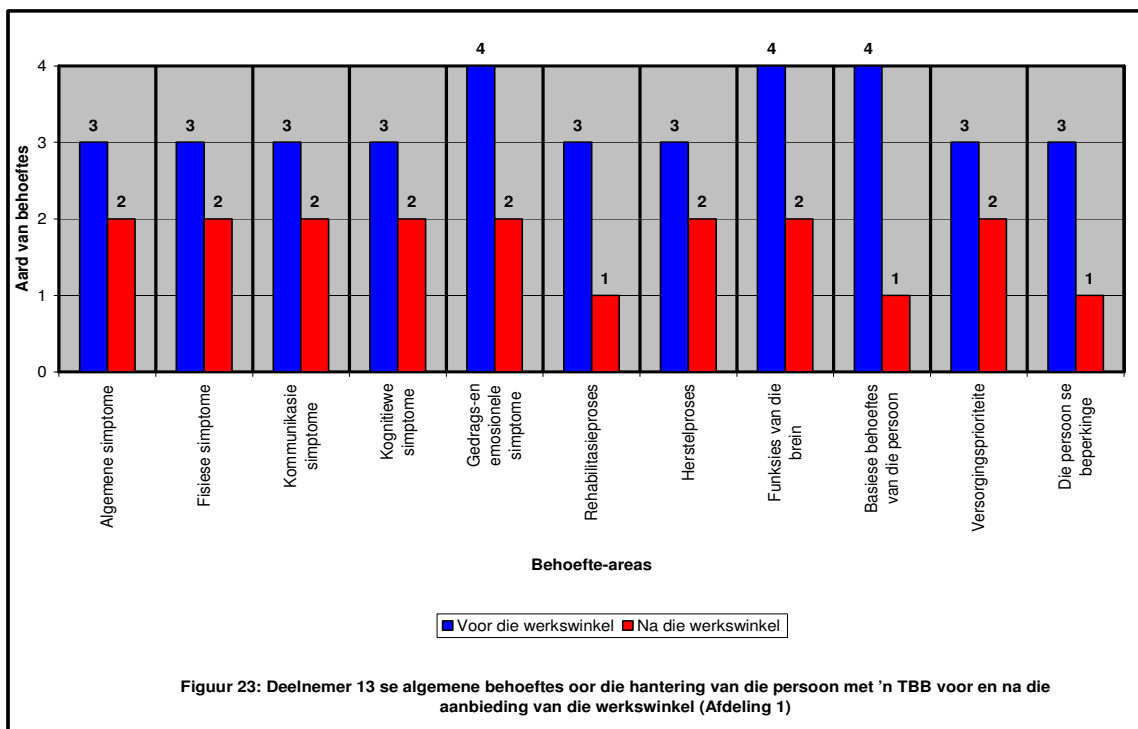
Dit is uit Figuur 22 duidelik dat Deelnemer 12 voor die aanbieding van die werkwinkel op die meerderheid van die vrae, oor haar behoeftes ten opsigte van die professionele span, Opsie 3 gekies het. Sy het 'n moontlike behoefte gehad om meer inligting van die professionele span af te kry, en dat die span meer van haar kennis van die persoon met 'n TBB se behoeftes gebruik moet maak. Om te weet wat die verskillende spanlede asook die rol van die sorggewer in die rehabilitasiespan en die doel van verskillende rehabilitasiedienste is, sluit ook moontlike behoeftes in wat voor die aanbieding van die werkwinkel deur Deelnemer 12 aangedui is. Verder toon Deelnemer 12 ook aan dat sy 'n moontlike behoefte het om meer empatie van die verskillende spanlede te ontvang en dat haar vaardighede met die persoon met 'n TBB erken sal word. Dat die professionele span hulle kennis in verband met die besering met haar sal deel, ten einde 'n beter begrip van die aard van die breinbesering te ontvang, is ook 'n moontlike behoefte wat deur haar aangedui is. Sy toon ook aan dat sy 'n moontlike behoefte het om haar gevoelens en probleme met die rehabilitasiepersoneel te deel en dat die span alles sal verduidelik in terme wat sy kan verstaan. Verder toon sy ook aan dat sy 'n moontlike behoefte daaraan het dat die rehabilitasiespan aan haar moet verduidelik waarom daar aan sekere aspekte gewerk word, asook riglyne oor die pad wat vir sorggewers voorlê. Om te weet waarom die rehabilitasiespan soms inligting van die sorggewers weerhou en dat sorggewers alle inligting van die rehabilitasiespan af wil ontvang, sluit ook moontlike behoeftes in wat Deelnemer 12 aantoon voor die aanbieding van die werkwinkel. Deelnemer 12 toon egter aan dat sy 'n behoefte het om te weet waarom die inligting van die verskillende spanlede mekaar dikwels weerspreek. Om te weet dat sorggewers genoeg ondersteuning van die rehabilitasiespan ontvang en dat sorggewers deel is van die span, is ook twee behoeftes wat deur haar aangedui is voor die aanbieding van die werkwinkel.

Volgens Figuur 22 is dit duidelik dat Deelnemer 12 se behoeftes verander het ná die aanbieding van die werkwinkel. Sy het hoofsaaklik Opsie 1 geselekteer nadat inligting aan haar verskaf is tydens die werkwinkel. Dit impliseer dat die werkwinkel wel aan die deelnemer se behoeftes aangaande die professionele span voldoen, en dat die meetinstrument in staat is om 'n verandering in die deelnemer se behoeftes te meet.

4.4.3. Resultate van Deelnemer 13 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor en na die aanbieding van die werkwinkel

a) Inligtingbehoefte (Afdelings 1 en 2)

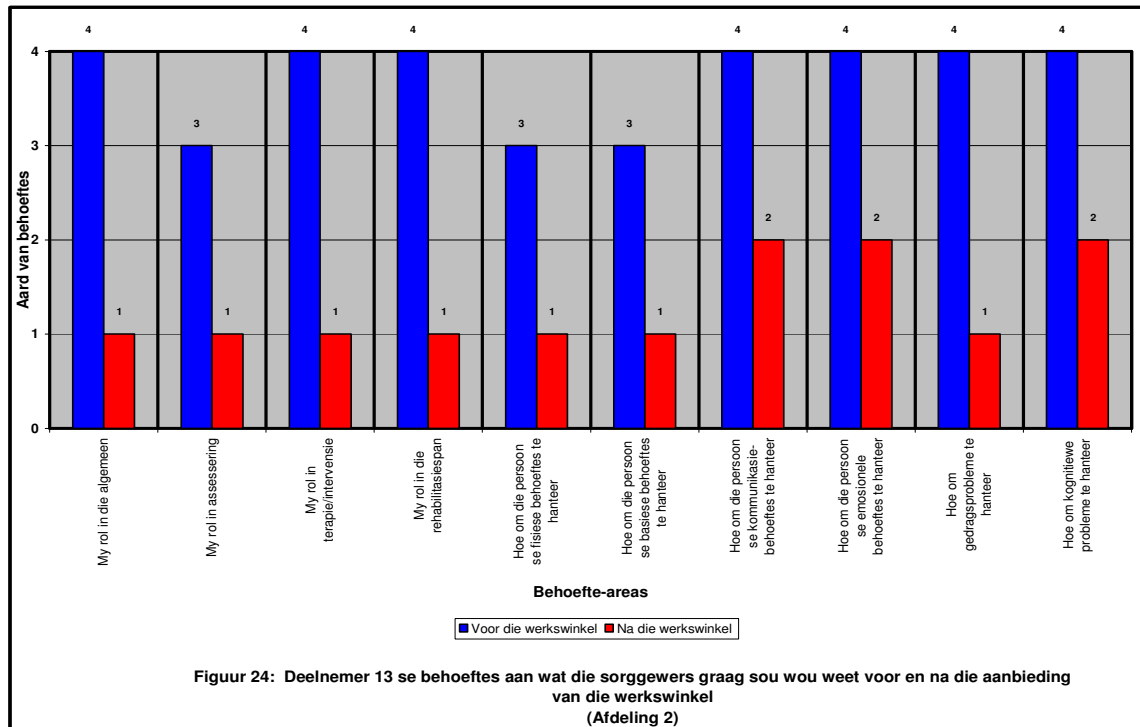
Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 1 (Algemene hantering van die persoon met 'n TBB) en Afdeling 2 (Inligtingbehoefte wat die sorggewer graag sou wou weet) van die meetinstrument in. Die resultate word bespreek in terme van Deelnemer 13 se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkwinkel.



Uit Figuur 23 is dit duidelik dat Deelnemer 13 voor die aanbieding van die werkwinkel op die meerderheid van die vrae van Afdeling 1 die Opsie 3 geselekteer het. Deelnemer 13 toon aan dat sy 'n moontlike behoefte het om meer inligting te bekom, rakende die algemene behoeftes en fisiese-, kommunikasie- en kognitiewe simptome van die persoon met 'n TBB. Sy het 'n behoefte aan meer inligting ten opsigte van die gedrags- en emosionele simptome van 'n persoon met 'n TBB. Uit Figuur 23 blyk dit dat Deelnemer 13 na die aanbieding van die werkwinkel aantoon dat sy nie meer so 'n groot behoefte het om meer te weet van die algemene behoeftes en fisiese-, kommunikasie, kognitiewe-, gedrags- en emosionele simptome nie. Verder dui sy voor die aanbieding van die werkwinkel aan dat sy 'n moontlike behoefte het om meer

inligting te ontvang aangaande die rehabilitasie- en herstelproses van die persoon met 'n TBB. Sy het ook 'n behoefte gehad om meer inligting te bekom oor die funksies van die brein en die basiese behoeftes van die persoon met 'n TBB. Meer inligting oor die persoon met 'n TBB se versorgingsprioriteite en beperkinge is ook deur Deelnemer 13 aangedui as moontlike behoeftes, voor die aanbieding van die werkswinkel. Soos gesien kan word in Figuur 23, het Deelnemer 13 se behoeftes egter verander ná die aanbieding van die werkswinkel. Sy toon aan dat sy geen behoefte meer het om inligting te ontvang oor die rehabilitasieproses, die basiese behoeftes en beperkinge van die persoon met 'n TBB nie. Sy het ook nie meer so 'n groot behoefte om meer te weet van die herstelproses, versorgingsprioriteite en funksies van die brein nie. Op grond van hierdie resultate kan daar aanvaar word dat die meetinstrument wel die verandering in Deelnemer 13 se behoeftes ten opsigte van Afdeling 1 gemeet het.

Figuur 24 is 'n visuele voorstelling van Deelnemer 13 se behoeftes in Afdeling 2 van die meetinstrument.



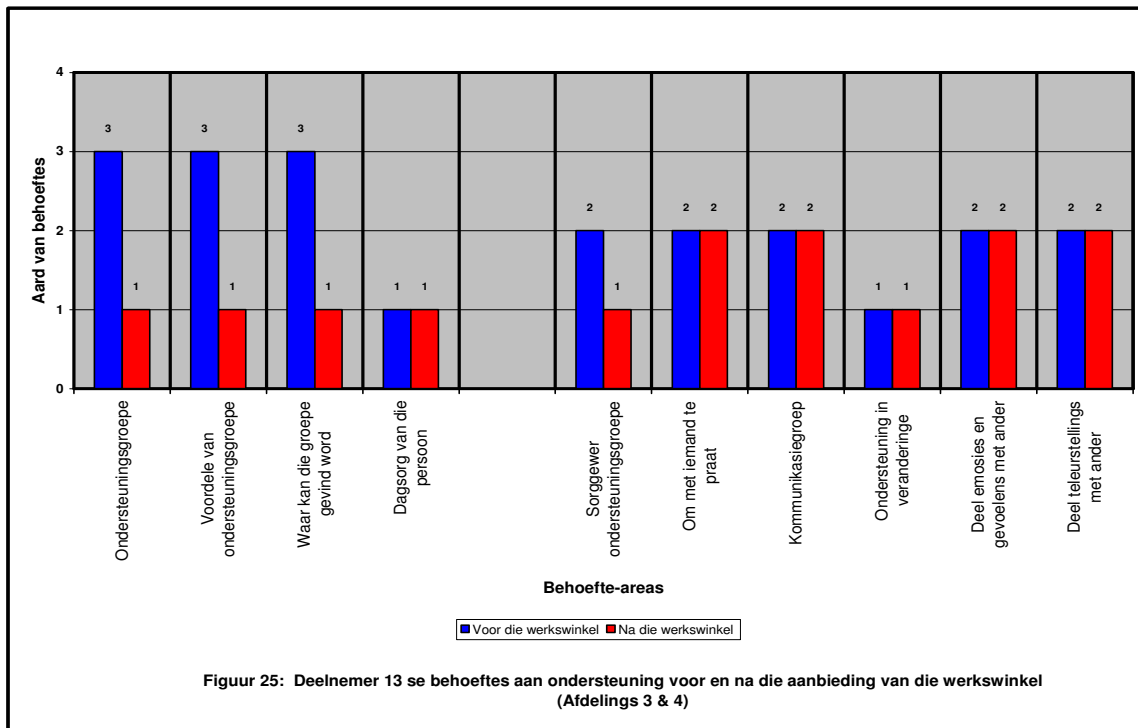
Uit Figuur 24 is dit ook duidelik dat Deelnemer 13 met die voltooiing van Afdeling 2, op die meerderheid van die vrae, Opsie 4 (Behoeftes) aandui. Deelnemer 13 het voor die aanbieding van die werkswinkel 'n behoefte gehad om te weet wat haar rol as sorggewer oor die algemeen, tydens terapie en in die rehabilitasiespan, is. Die rol van

die sorggewer tydens assessering is as 'n moontlike behoefte deur Deelnemer 13 aangedui. Na die aanbieding van die werkswinkel toon Deelnemer 13 aan dat sy nie meer 'n behoefte het om te weet wat haar rol as sorggewer oor die algemeen, tydens assessering, terapie en in die rehabilitasiespan is nie. Sy dui op al hierdie vrae Opsie 1 aan, na die aanbieding van die werkswinkel.

Verder het Deelnemer 13 voor die aanbieding van die werkswinkel aangedui dat sy 'n moontlike behoefte het aan meer inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB se fisiese en basiese behoeftes. Sy toon ook aan dat sy 'n behoefte het om te weet hoe om die persoon met 'n TBB se kommunikasie-, emosionele-, gedrags- en kognitiewe behoeftes aan te spreek. Uit Figuur 24 is dit duidelik dat hierdie behoeftes ook verander het na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien Deelnemer 13 aantoon dat sy geen behoefte meer het om te weet hoe om die persoon met 'n TBB se fisiese en basiese behoeftes op te los nie. Sy toon ook aan dat sy nie meer so 'n groot behoefte het om die persoon met 'n TBB se kommunikasie-, emosionele en kognitiewe probleme te hanteer nie, terwyl sy geen behoefte aandui aan inligting om die persoon met 'n TBB se gedragsprobleme te hanteer nie.

b) Behoeftes aan ondersteuning (Afdelings 3 en 4)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 3 (Ondersteuning vir die persoon met 'n TBB) en Afdeling 4 (Ondersteuning vir die sorggewers van 'n persoon met 'n TBB) van die meetinstrument in. Die resultate word bespreek soos verkry voor en na die aanbieding van die werkswinkel.



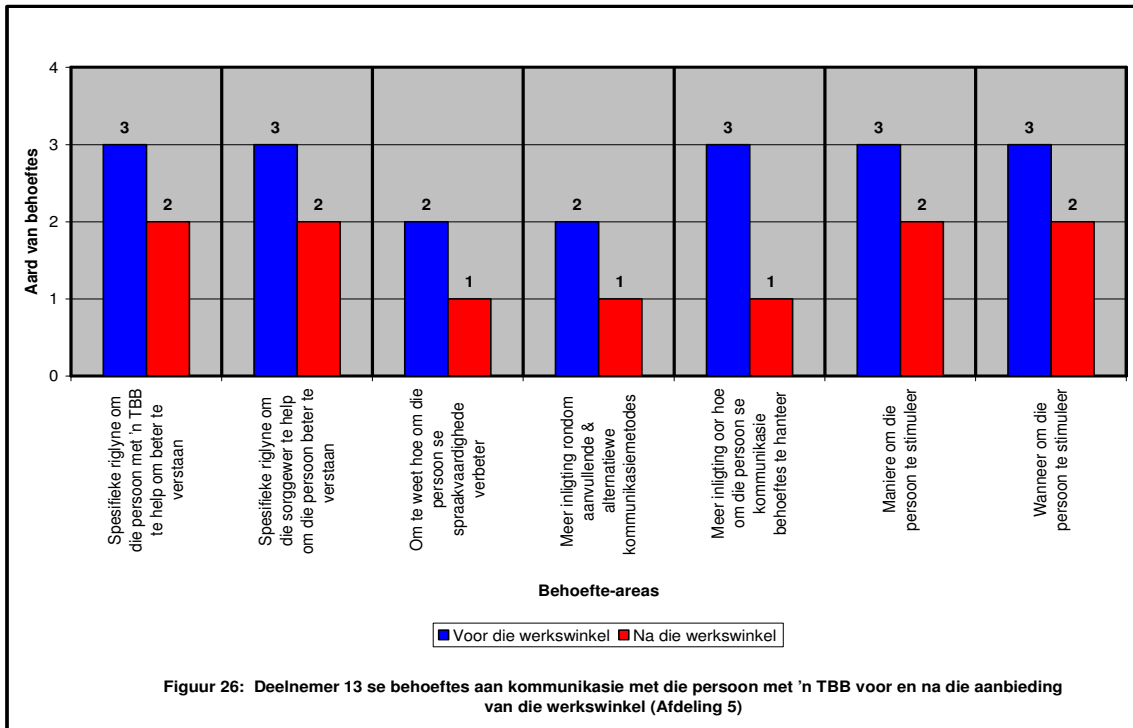
Afdeling 3: Uit Figuur 25 blyk dit dat Deelnemer 13 voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon het dat sy 'n moontlike behoefte het aan meer inligting oor die aard van ondersteuningsgroepe, die voordele daarvan asook waar hierdie groepe beskikbaar is. Sy het geen behoefte gehad aan meer inligting oor dagsorgfasiliteite vir die persoon met 'n TBB nie. Na die aanbieding van die werkswinkel dui Deelnemer 13 aan dat sy geen behoefte het aan meer inligting oor die bogenoemde behoeftes nie. Volgens Figuur 25 blyk dit dat die meetinstrument wel die verandering in haar behoeftes gemeet het na die aanbieding van die werkswinkel.

Afdeling 4: Figuur 25 bepaal dat Deelnemer 13 voor die aanbieding van die werkswinkel nie so 'n groot behoefte (Opsie 2) gehad het aan ondersteuning vir sorggewers nie. Sy dui ook aan dat sy geen behoefte aan ondersteuning het om die nodige veranderinge in haar daaglikse lewenswyse te maak ten einde na die persoon met 'n TBB om te sien nie. Sy het nie so 'n groot behoefte aan 'n sorggewerondersteuningsgroep, om met ander te praat wat alreeds deur die proses is, of 'n kommunikasiegroep waar daar vrae rakende die probleme wat sy ervaar aan professionele persone en andere gevrae kan word nie. Deelnemer 13 het ook nie so 'n groot behoefte om haar emosies, gevoelens en teleurstellings met ander persone te deel nie.

Uit Figuur 25 is dit duidelik dat daar nie baie veranderings in Deelnemer 13 se behoeftes ten opsigte van Afdeling 4 voorkom ná die aanbieding van die werkwinkel nie. Al haar behoeftes bly dieselfde, en het slegs by een vraag verander het, deurdat sy aantoon dat sy geen behoefte meer het aan 'n sorggewerondersteuningsgroep nie.

c) Kommunikasiebehoeftes (Afdeling 5)

Hierdie resultate sluit Deelnemer 13 se behoeftes ten opsigte van Afdeling 5 van die meetinstrument (Kommunikasie met die persoon met 'n TBB) in.

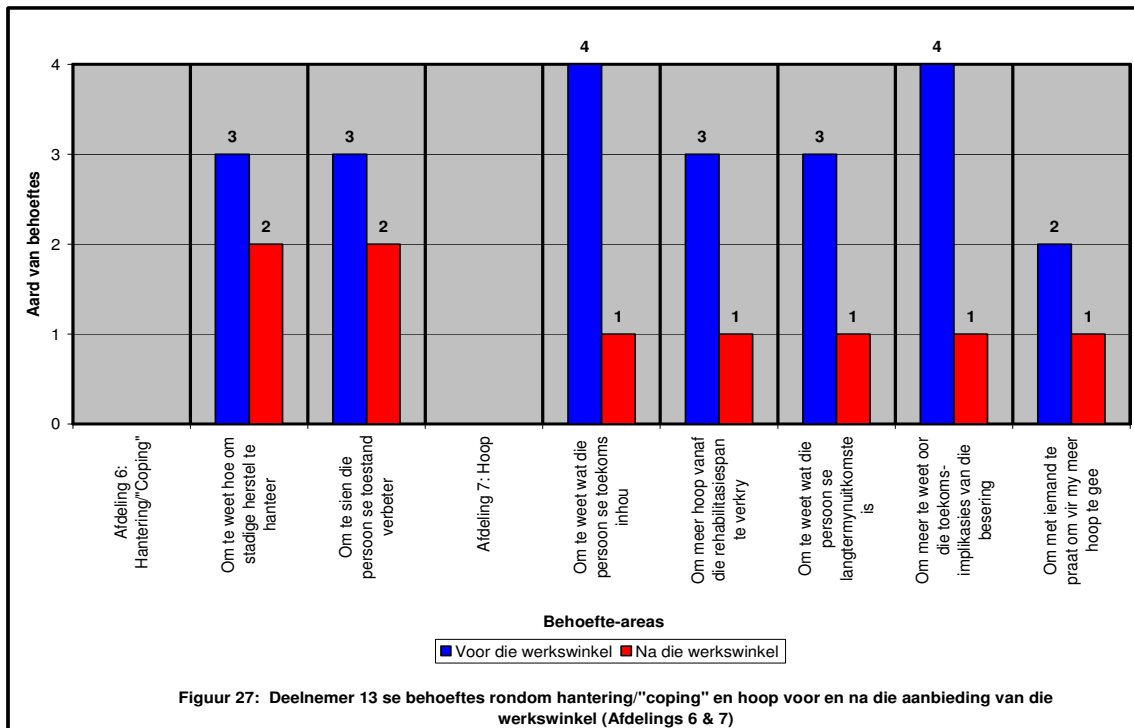


Figuur 26 toon duidelik aan dat Deelnemer 13 voor die aanbieding van die werkwinkel hoofsaaklik Opsie 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees) geselekteer het. Sy toon aan dat sy 'n moontlike behoefte het aan spesifieke riglyne om die persoon met 'n TBB te ondersteun om haar beter te verstaan asook hoe om die persoon met 'n TBB beter te verstaan tydens kommunikasie-interaksie. Meer inligting rakende maniere om die persoon met 'n TBB se kommunikasiebehoeftes te hanteer, maniere hoe en wanneer om die persoon te stimuleer, is ook moontlike behoeftes wat deur Deelnemer 13 aangetoon is. Uit die Figuur 26 is dit duidelik dat sy voor die aanbieding van die werkwinkel nie so 'n groot behoefte gehad het aan maniere om die persoon met 'n TBB se spraak te verbeter nie. Die gebruik van alternatiewe kommunikasiemetodes, om die persoon met 'n TBB te ondersteun om beter te kommunikeer was ook nie so 'n groot

behoefte nie. Deelnemer 13 se behoeftes het egter verander na die aanbieding van die werkwinkel en sy het hoofsaaklik Opsie 2 (Nie so 'n groot behoefte) as antwoord op die meeste vrae gegee. Sy toon aan dat sy nie meer so 'n groot behoefte het aan spesifieke riglyne om die persoon met 'n TBB en haarself te help om mekaar beter te verstaan tydens kommunikasie-interaksie nie. Sy het ook nie meer so 'n groot behoefte aan maniere hoe en wanneer om die persoon met 'n TBB te stimuleer nie. Deelnemer 13 dui ook na die aanbieding van die werkwinkel aan dat sy geen behoefte meer het aan maniere om die persoon se kommunikasiebehoefte te bevredig nie, om die persoon se spraak te verbeter en meer inligting oor alternatiewe kommunikasiemetodes te bekom nie. Uit die resultate en die visuele voorstelling van die grafiek (Figuur 26) is dit duidelik dat Deelnemer 13 se behoeftes verander het na die aanbieding van die werkwinkel, en dat die meetinstrument die verandering gemeet het.

d) Hantering (“Coping”) en Hoop (Afdelings 6 en 7)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 6 en Afdeling 7 van die meetinstrument in.



Deelnemer 13 het volgens Figuur 27 hoofsaaklik Opsie 3 (Kan moontlik 'n behoefte wees) in Afdeling 6 geselekteer voor die aanbieding van die werkwinkel. Sy het 'n

moontlike behoefte gehad om te weet hoe stadige herstel van die persoon met 'n TBB hanteer moet word, asook 'n behoefte om te sien dat die persoon wel verbeter. Na die aanbieding van die werkswinkel toon sy aan dat sy nie meer so 'n groot behoefte het om te weet hoe om stadige herstel te hanteer nie en om te sien dat die persoon met 'n TBB wel verbeter nie. Daar het dus 'n verandering in haar behoeftes aan inligting oor die hantering van die traumatiese proses plaasgevind nadat meer inligting aan haar verskaf is tydens die werkswinkel.

In die voorafgaande Figuur 27 is dit duidelik dat Deelnemer 13, voor die aanbieding van die werkswinkel, op die meerderheid van die "Hoop" vrae, Opsie 3 en Opsie 4 geselekteer het. Sy het aangetoon dat sy 'n behoefte het om te weet wat die persoon met 'n TBB se toekoms inhou en wat die toekomstige implikasies van die TBB is. Sy het ook 'n moontlike behoefte gehad, dat meer hoop deur die rehabilitasiespan aan sorggewers gegee moet word tydens die akute tydperk. So ook het sy 'n moontlike behoefte gehad om te weet wat die persoon se verwagte langtermynuitkomst is. Om met iemand te praat oor meer hoop is nie as so 'n groot behoefte deur haar aangedui nie.

Na die aanbieding van die werkswinkel het die Deelnemer se behoeftes egter verander, aangesien sy daarna op die meerderheid van die vrae Opsie 1 geselekteer. Sy het geen behoeftes meer om te weet wat die persoon se toekoms vir hom inhou nie, om hoop van die rehabilitasiepersoneel af te kry nie en wat die persoon se langtermynuitkomst gaan wees nie. Die Deelnemer het ook nie meer 'n behoefte daaraan om meer inligting te ontvang oor die implikasies wat die besering op die persoon met 'n TBB se toekoms gaan hê nie. Sy toon aan dat sy geen behoefte het om met iemand te kommunikeer oor meer hoop nie. Hier het dus ook 'n verandering van haar behoeftes plaasgevind, nadat die werkswinkel aangebied is.

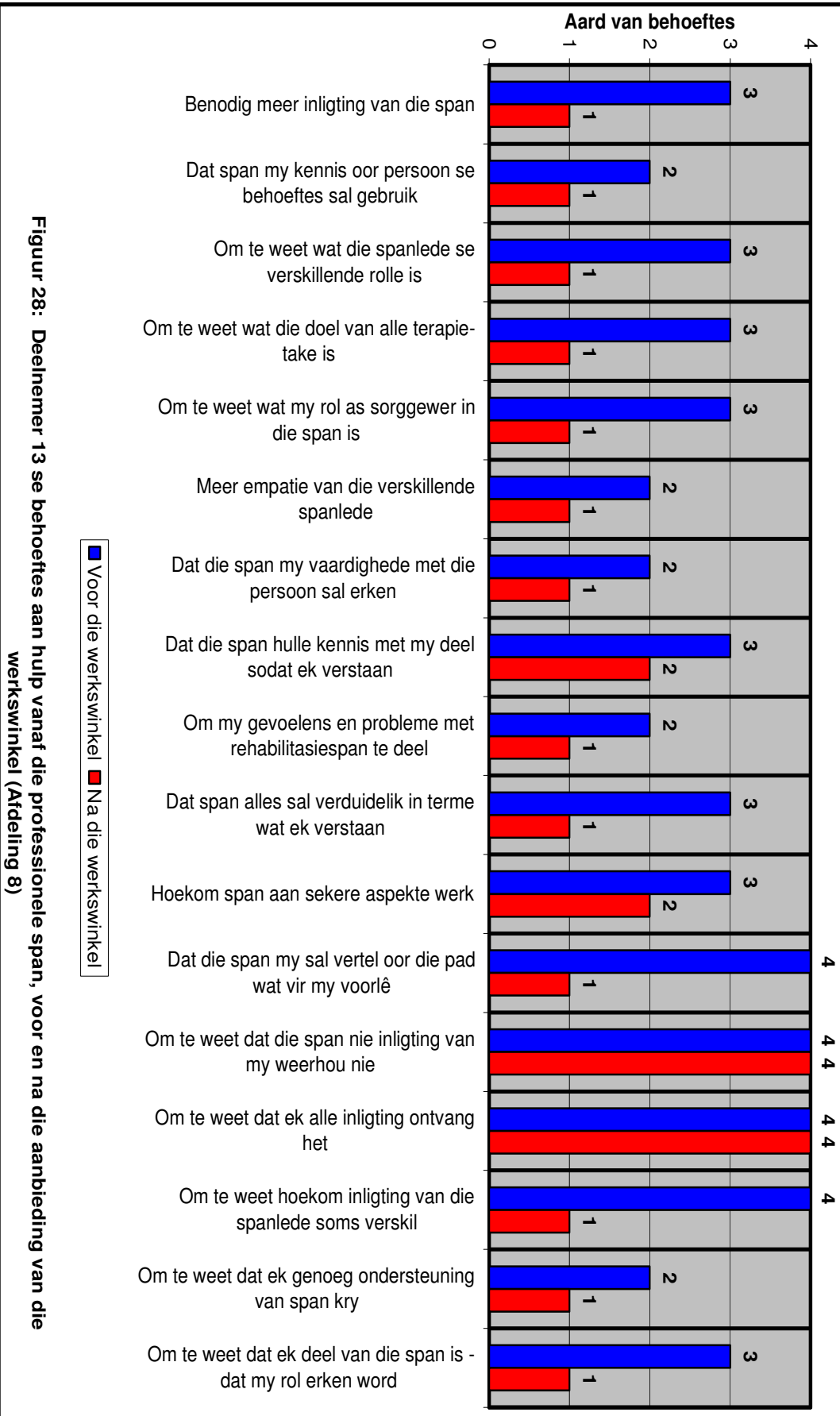
e) Behoeftes rakende die professionele span (Afdeling 8)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 8 van die meetinstrument in.

Dit is uit Figuur 28 duidelik dat Deelnemer 13 voor die aanbieding van die werkswinkel op die meerderheid van die vrae, oor haar behoeftes aangaande die professionele span, Opsie 3 en Opsie 4, geselekteer het. Sy het 'n moontlike behoefte gehad om

meer inligting van die professionele span af te kry, die doel van verskillende rehasitasiedienste en om te weet wat die rol van die verskillende spanlede asook die rol van 'n sorggewer in die span is. Dat professionele persone hulle kennis van die aard van die besering met haar moet deel, op so 'n wyse dat sy verstaan wat fout is met die persoon, dat alles aan haar verduidelik moet word in terme wat sy kan verstaan en dat sy weet waarom die span aan sekere aspekte werk, is ook moontlike behoeftes wat deur haar geïdentifiseer is. Sy het ook 'n moontlike behoefte daaraan gehad dat haar rol deur die professionele span erken moet word. Verder toon sy aan dat sy 'n behoefte daaraan het om te weet wat die pad is wat voorlê, waarom die spanlede inligting van haar weerhou, en dat sy alle nodige inligting wil ontvang. Sy het ook 'n behoefte om te weet waarom die inligting van die verskillende spanlede mekaar weerspreek.

Deelnemer 13 het nie so 'n groot behoefte daaraan dat die span haar kennis van die persoon met 'n TBB se behoeftes moet gebruik nie. So ook het sy nie so 'n groot behoefte om meer empatie van die verskillende spanlede te ontvang, om haar gevoelens en probleme met die rehasitasiespan te deel nie en dat haar vaardighede met die persoon met 'n TBB deur die span erken moet word nie. Sy toon verder aan dat sy nie so 'n groot behoefte het om ondersteuning van die span te verkry nie.

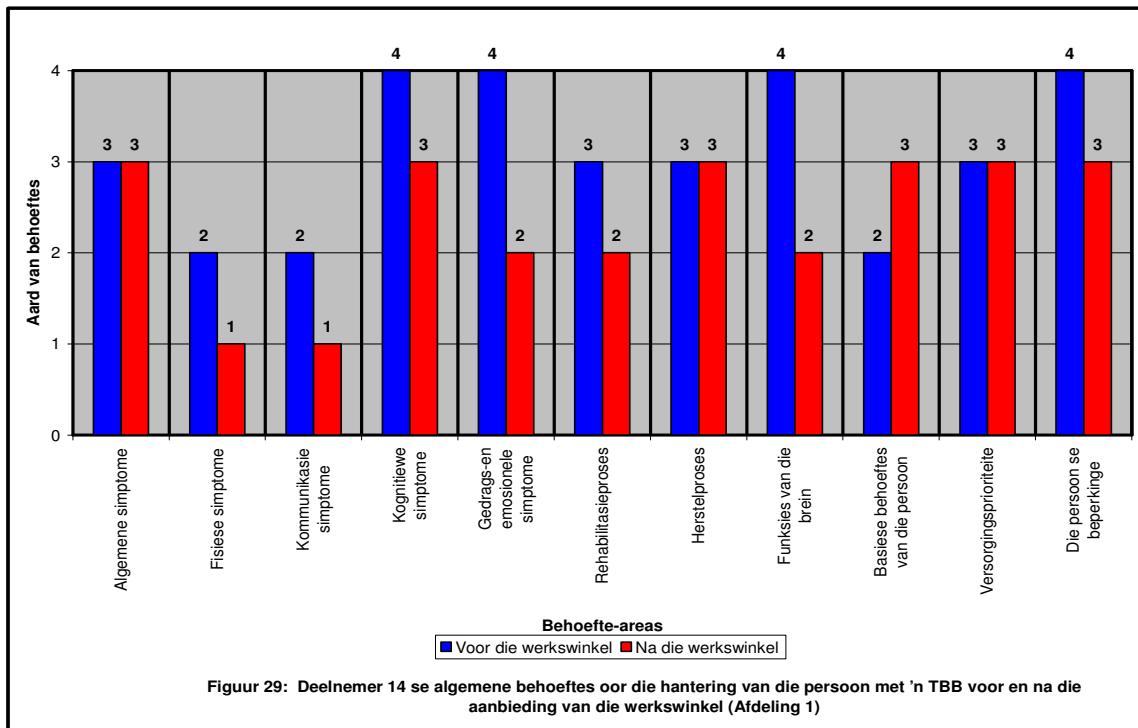


Volgens Figuur 28 het Deelnemer 13 se behoeftes wel verander na die aanbieding van die werkwinkel, deurdat sy hoofsaaklik Opsie 1 aangedui het. Dit beteken dat die werkwinkel wel die Deelnemer se behoeftes aangaande die professionele span hanteer het en dat die meetinstrument hierdie verandering kon meet. Die enigste twee behoeftes wat nie verander het nie, is om te weet waarom die professionele span dikwels inligting van haar weerhou en dat sy al die inligting wat sy benodig, ontvang. Hierdie twee aspekte, is steeds twee behoeftes wat deur Deelnemer 13 aangetoon is na die aanbieding van die werkwinkel. 'n Moontlike rede hiervoor is dat die werkwinkel nie professionele spanlede se diensverskaffing aangespreek het nie, maar die deelnemers se behoeftes. Die gedrag van die professionele span het dus dieselfde gebly, en dus het die deelnemers se behoeftes interme van hierdie aspekte ook dieselfde gebly.

4.4.4. Resultate van Deelnemer 14 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument, voor en na die aanbieding van die werkwinkel

a) Inligtingbehoefte (Afdelings 1 en 2)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 1 (Algemene hantering van die persoon met 'n TBB) en Afdeling 2 (Inligtingbehoefte van wat die sorggewers graag sou wou weet) van die meetinstrument in.

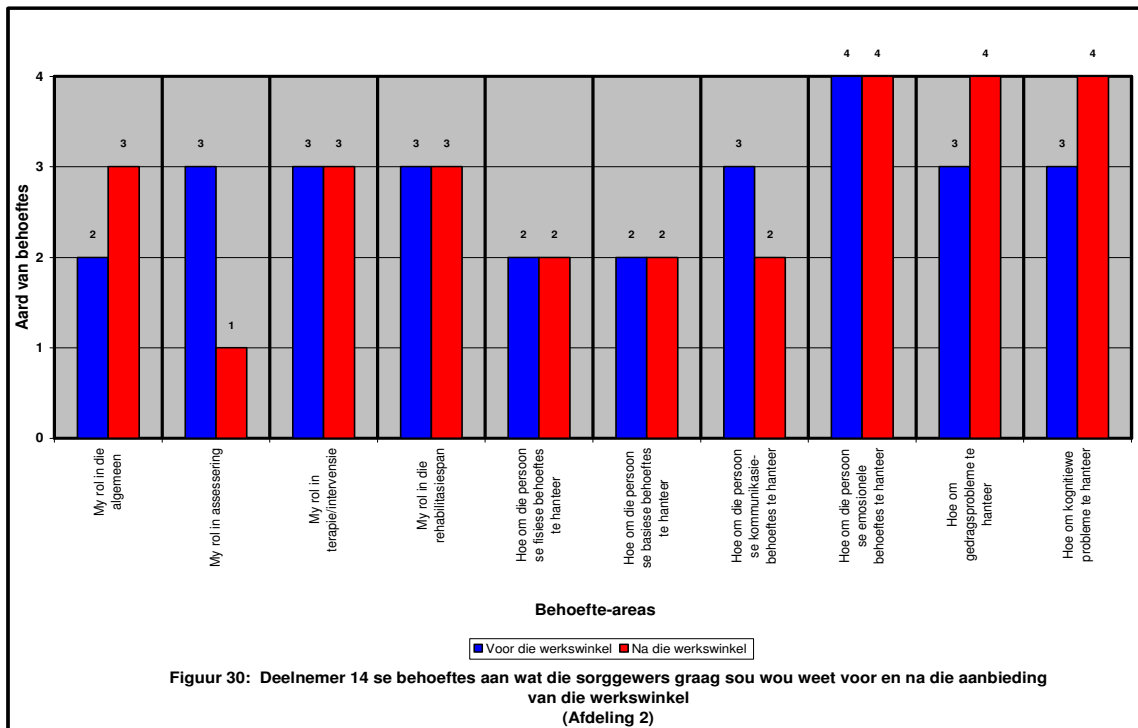


Uit Figuur 29 is dit duidelik dat Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkswinkel op die meeste van die vrae Afdeling 1, Opsie 3 en Opsie 4 gekies het. Deelnemer 14 het 'n moontlike behoefte gehad om meer inligting te bekom aangaande die hantering van die persoon met 'n TBB se algemene simptome. Hierdie behoefte het egter onveranderd gebly na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien sy weer Opsie 3 aangedui het. Sy het ook voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlik behoefte het om meer inligting te bekom aangaande die rehabilitasie- en herstelproses asook die versorgingsprioriteite van die persoon met 'n TBB. Die behoefte om meer inligting te bekom oor die herstelproses, asook die persoon met 'n TBB se versorgingsprioriteite, het ook onveranderd gebly, aangesien sy in albei gevalle weer Opsie 3, na die aanbieding van die werkswinkel, aangetoon het.

Deelnemer 14 se behoefte aangaande meer inligting oor die rehabilitasieproses, verander na die aanbieding van die werkswinkel. Sy is van mening dat sy nie meer so 'n groot behoefte het om meer inligting in hierdie verband te kry nie. Verder het sy voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n behoefte het om meer inligting te bekom rakende die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe-, gedrags- en emosionele simptome. Hierdie behoeftes het ook verander na die aanbieding van die werkswinkel, en Deelnemer 14 het aangetoon dat meer inligting oor die hantering van die persoon se gedrags- en emosionele behoeftes nie meer so 'n groot behoefte is nie.

Sy toon verder dat meer inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe simptome steeds 'n moontlike behoefte kan wees. Meer kennis van die funksies van die brein en die persoon met 'n TBB se beperkinge is ook twee areas van behoeftes wat sy aandui. Hierdie behoeftes het verander na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien sy daarna aantoon dat sy nie meer so 'n groot behoefte het aan meer inligting oor die funksies van die brein nie. Inligting oor die persoon met 'n TBB se beperkinge is na die werkswinkel slegs 'n moontlike behoefte en nie meer 'n behoefte nie. Meer inligting rakende die hantering van die fisiese- en kommunikasiesimptome, is deur Deelnemer 14 aangetoon as areas waarin sy nie so 'n groot behoefte aan meer inligting het nie. Na die aanbieding van die werkswinkel toon sy egter aan dat sy geen behoefte meer het om inligting in hierdie verband te bekom nie. Hierdie behoeftes het dus ook verander na die aanbieding van die werkswinkel. Wat die hantering van die persoon met 'n TBB se basiese behoeftes betref, het Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy nie so 'n groot behoefte het om meer inligting in hierdie verband te bekom nie. Na die aanbieding van die werkswinkel dui sy egter aan, dat dit 'n moontlike behoefte kan wees. Dit kan moontlik wees dat sy voor die aanbieding van die werkswinkel nie bewus was van haar behoeftes in hierdie verband nie, en nadat die inligting aan haar verskaf is, het sy insig in die probleem verkry. Haar behoeftes het dus toegeneem.

Uit die Figuur 29 is dit duidelik dat Deelnemer 14 se behoeftes wel verander het na die aanbieding van die werkswinkel, en dat die meetinstrument hierdie verandering gemeet het.



Figuur 30 toon aan dat Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkwinkel op die meerderheid van die vrae (Afdeling 2) van die meetinstrument Opsie 3 gekies het. Sy dui aan dat sy 'n moontlike behoefte het om meer inligting te bekom rakende haar rol as sorggewer tydens evaluasie, behandeling en in die rehabilitasiespan. Haar behoeftes rakende die sorggewer se rol in terapie en in die rehabilitasiespan, het egter onveranderd gebly, na die aanbieding van die werkwinkel. Deelnemer 14 se behoeftes in terme van haar rol as sorggewer tydens assessering het verander, aangesien sy na die aanbieding van die werkwinkel aantoon dat sy geen behoefte meer in hierdie verband het nie. Sy het voor die aanbieding van die werkwinkel aangetoon dat sy nie so 'n groot behoefte het om te weet wat haar rol as sorggewer in die algemeen is nie, maar dui na die werkwinkel aan, dat dit wel 'n moontlike behoefte is. Dit is weereens moontlik dat die inligting wat tydens die werkwinkel aan haar verskaf is, haar meer insig in haar behoeftes gegee het. Sy was voor die werkwinkel moontlik nie bewus van die eise wat aan sorggewers gestel word in die hantering van die persoon met 'n TBB nie, aangesien die persoon steeds in die rehabilitasiesentrum is, en daar nog nie tuisversorging van haar verwag is nie. Hoe om die persoon met 'n TBB se fisiese- en basiese behoeftes te bevredig, is voor en na die aanbieding van die werkwinkel deur Deelnemer 14 aangedui as nie so 'n groot behoefte nie. Sy het die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasiebehoeftes weereens voor die

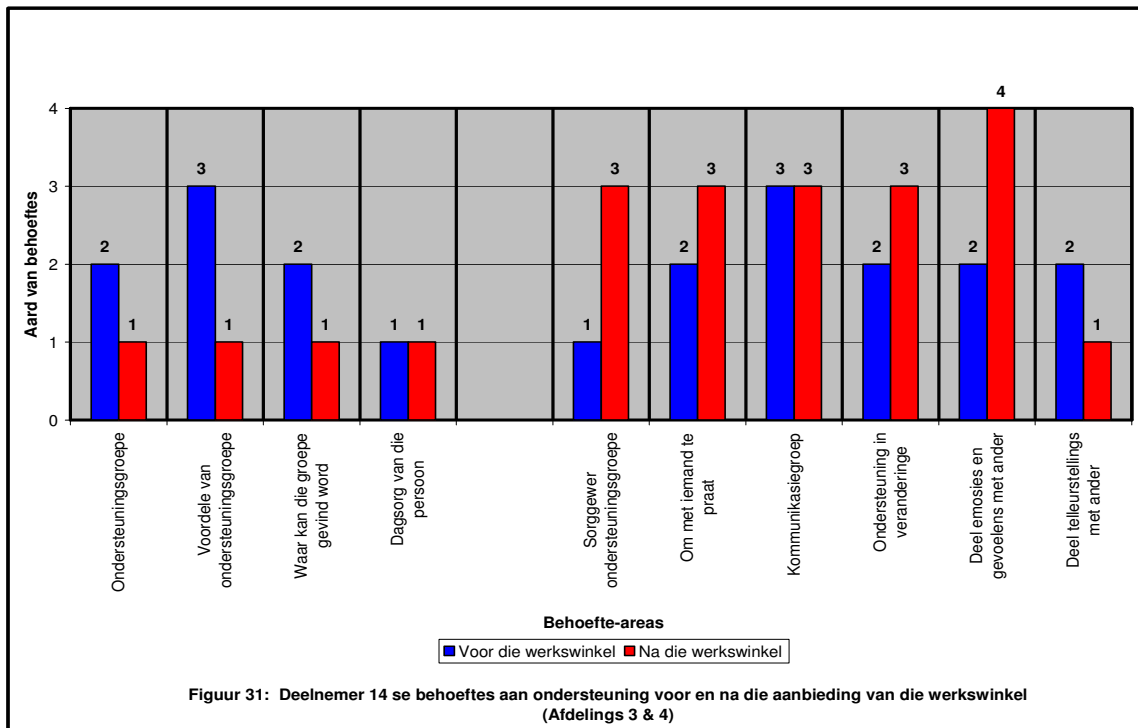
aanbieding van die werkswinkel aangedui as nie so 'n groot behoefte nie, maar nadat die werkswinkel aangebied is, is dit as 'n moontlike behoefte deur haar aangedui.

Uit Figuur 30 het Deelnemer 14 se behoeftes rakende hoe om die persoon met 'n TBB se emosionele-, gedrags- en kognitiewe probleme op te los, onveranderd gebly, of toegeneem. Die behoeftes aan inligting oor hoe om die persoon se gedrags-en kognitiewe probleme op te los, is voor die aanbieding van die werkswinkel aangedui as Opsie 3, en na die werkswinkel as Opsie 4. Die hantering van die persoon met 'n TBB se emosionele probleme is egter deur Deelnemer 14 voor en na die werkswinkel aangetoon as 'n behoefte.

In die oop Vraag-afdeling van die meetinstrument waarin die Deelnemers enige ander behoeftes wat nie in die meetinstrument aangedui is nie kon lys, het Deelnemer 14 'n behoefte daaraan gehad om te weet waar om die grens te stel sodat die persoon met 'n TBB dinge vir homself moet begin doen. Met ander woorde, Deelnemer 14 het 'n behoefte daaraan gehad om te weet wanneer daar aan die persoon met 'n TBB onafhanklikheid geleer moet word.

b) Behoeftes aan ondersteuning (Afdelings 3 en 4)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 3 (Ondersteuning vir die persoon met 'n TBB) en Afdeling 4 (Ondersteuning vir die sorggewers van die persoon met 'n TBB) van die meetinstrument in.



Afdeling 3: Uit Figuur 31 is dit duidelik dat Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkwinkel nie so 'n groot behoefte (Opsie 2) gehad het om meer inligting te bekom rakende die ondersteuning van die persoon met 'n TBB nie, aangesien sy onderskeidelik net Opsie 1 en Opsie 2 gekies het. Deelnemer 14 het nie so 'n groot behoefte gehad om meer te weet oor die aard van ondersteuningsgroepe en waar hulle gevind kan word nie. Die voordele van ondersteuningsgroepe is as 'n moontlike behoefte aangedui. Verder het Deelnemer 14, geen behoefte aan meer inligting oor dagsorgfasiliteite vir die persoon met 'n TBB gehad nie. Uit Figuur 31 is dit egter duidelik dat haar behoeftes verander het na die aanbieding van die werkwinkel, aangesien sy slegs Opsie 1 aangedui het.

Afdeling 4: Volgens die resultate soos aangetoon in Figuur 31 het Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkwinkel hoofsaaklik Opsie 1 en Opsies 2 aangetoon. Na die aanbieding van die werkwinkel het sy hoofsaaklik Opsie 3 en Opsie 4 aangedui. Dit is moontlik dat sy nie as sorggewer haar behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode as belangrik beskou het nie, en slegs gefokus het op die persoon met 'n TBB se behoeftes. Nadat die werkwinkel aangebied is, het sy meer insig en kennis verkry, deur te beseef dat haar behoeftes in terme van ondersteuning vir die sorggewer ook belangrik is. Sy het voor die aanbieding van die werkwinkel aangedui dat sy geen behoefte het aan 'n sorggewerondersteuningsgroep nie. Om met ander persone te

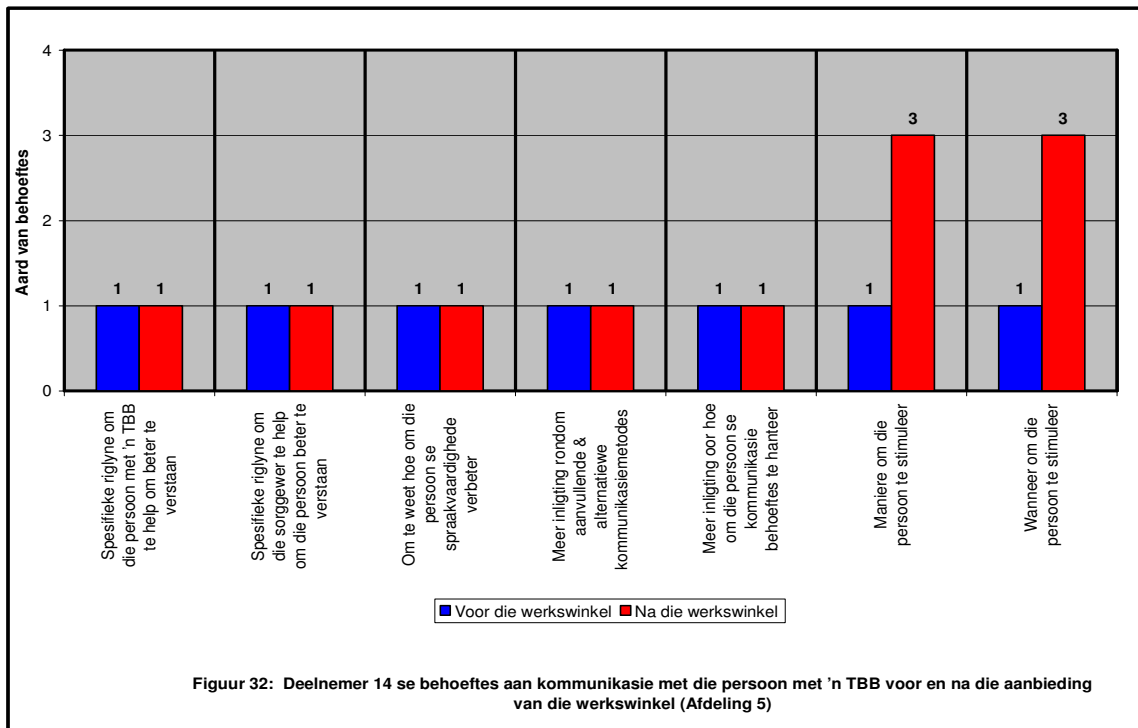
praat wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is, en ondersteuning om die nodige verandering in haar lewenswyse te bewerkstellig om na die persoon met 'n TBB om te sien is ook nie as so 'n groot behoefte beskou, voor die aanbieding van die werkswinkel nie. Om 'n kommunikasiegroep te begin, waar hulle vrae aan professionele persone kan stel, is as 'n moontlike behoefte ervaar voor die aanbieding van die werkswinkel.

Na die aanbieding van die werkswinkel het Deelnemer 14 aangetoon dat sy wel 'n moontlike behoefte het aan 'n sorggewerondersteuningsgroep om met ander te praat wat alreeds deur die proses is, en ondersteuning om die nodige veranderinge in haar daaglikse lewe te maak om na die persoon met 'n TBB om te sien. Sy het egter steeds na die aanbieding van die werkswinkel 'n moontlike behoefte gehad om deel te vorm van 'n kommunikasiegroep waar vrae aan professionele persone gestel kan word.

Verder het Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy nie so 'n groot behoefte het om met iemand haar emosies en gevoelens te deel nie, maar sy het na die aanbieding van die werkswinkel aangedui dat sy 'n behoefte het om dit wel te doen. Om haar teleurstellings met ander te deel, is voor die werkswinkel aangedui as nie so 'n groot behoefte nie, en na die die werkswinkel as geen behoefte nie. Die meetinstrument het dus ook die verandering in Deelnemer 14 se behoeftes gemeet.

c) Kommunikasie behoeftes (Afdeling 5)

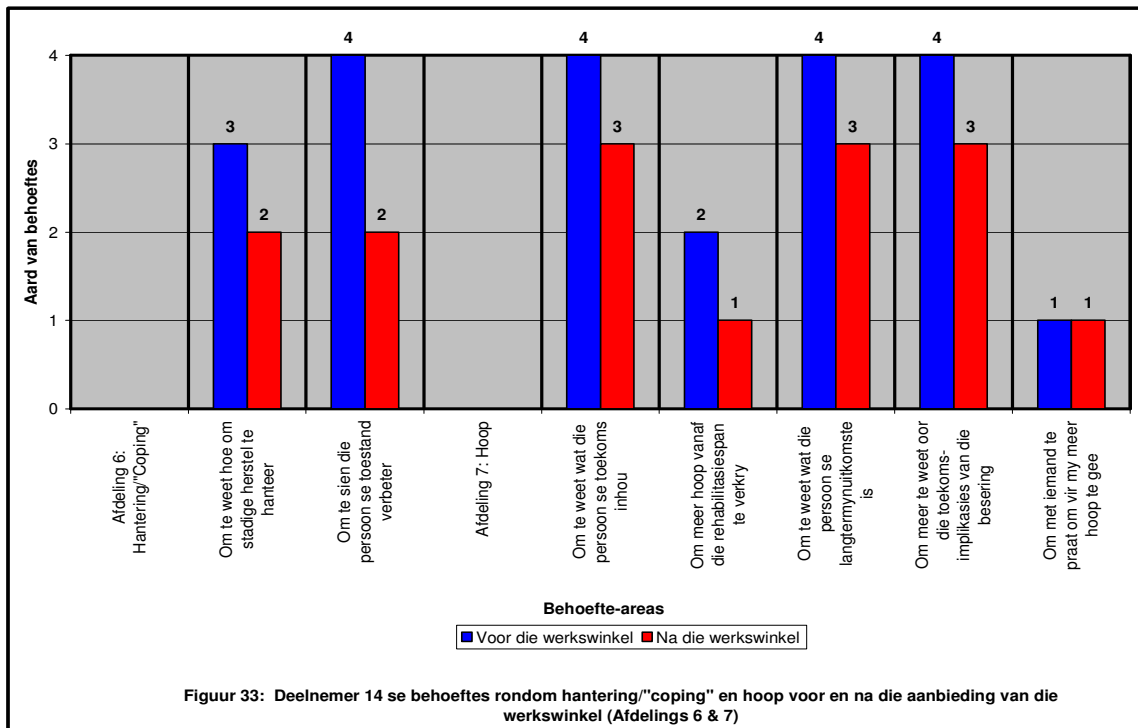
Hierdie response sluit die resultate van Afdeling 5 (Kommunikasie met die persoon met 'n TBB) van die meetinstrument in.



Uit Figuur 32 blyk dit dat Deelnemer 14 voor en na die aanbieding van die werkswinkel geen behoefte gehad het in terme van die kommunikasie met die persoon met 'n TBB nie. Deelnemer 14 het voor en na die aanbieding van die werkswinkel aangedui dat sy geen behoefte het aan spesifieke riglyne om die persoon met 'n TBB beter te verstaan nie asook dat die persoon met 'n TBB haar beter verstaan tydens kommunikasie-interaksie nie. Wat om te doen om die persoon se spraak te verbeter, inligting oor aanvullende kommunikasiemetodes om die persoon te ondersteun tydens kommunikasie-interaksie en meer inligting om die persoon met 'n TBB se kommunikasiebehoeftes op te los, is ook deur Deelnemer 14 voor en na die aanbieding van die werkswinkel aangedui as geen behoefte. Verder het sy voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy geen behoefte het aan inligting oor maniere hoe en wanneer om die persoon met 'n TBB te stimuleer vir beter kommunikasie-interaksie nie, maar het na die werkswinkel aangetoon dat dit wel 'n moontlike behoefte kan wees.

d) Hantering (“Coping”) en Hoop (Afdelings 6 en 7)

Hierdie response sluit die resultate van Afdeling 6 (Hantering/”Coping”) en Afdeling 7 (Hoop) van die meetinstrument in.



Afdeling 6: Uit Figuur 33 is dit duidelik dat Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkswinkel 'n moontlike behoefte gehad het om te weet hoe om stadige herstel te hanteer, en 'n behoefte om te sien dat die persoon met 'n TBB verbeter. Na die aanbieding van die werkswinkel het sy egter aangetoon dat sy nie meer so 'n groot behoefte in die bogenoemde verband het nie.

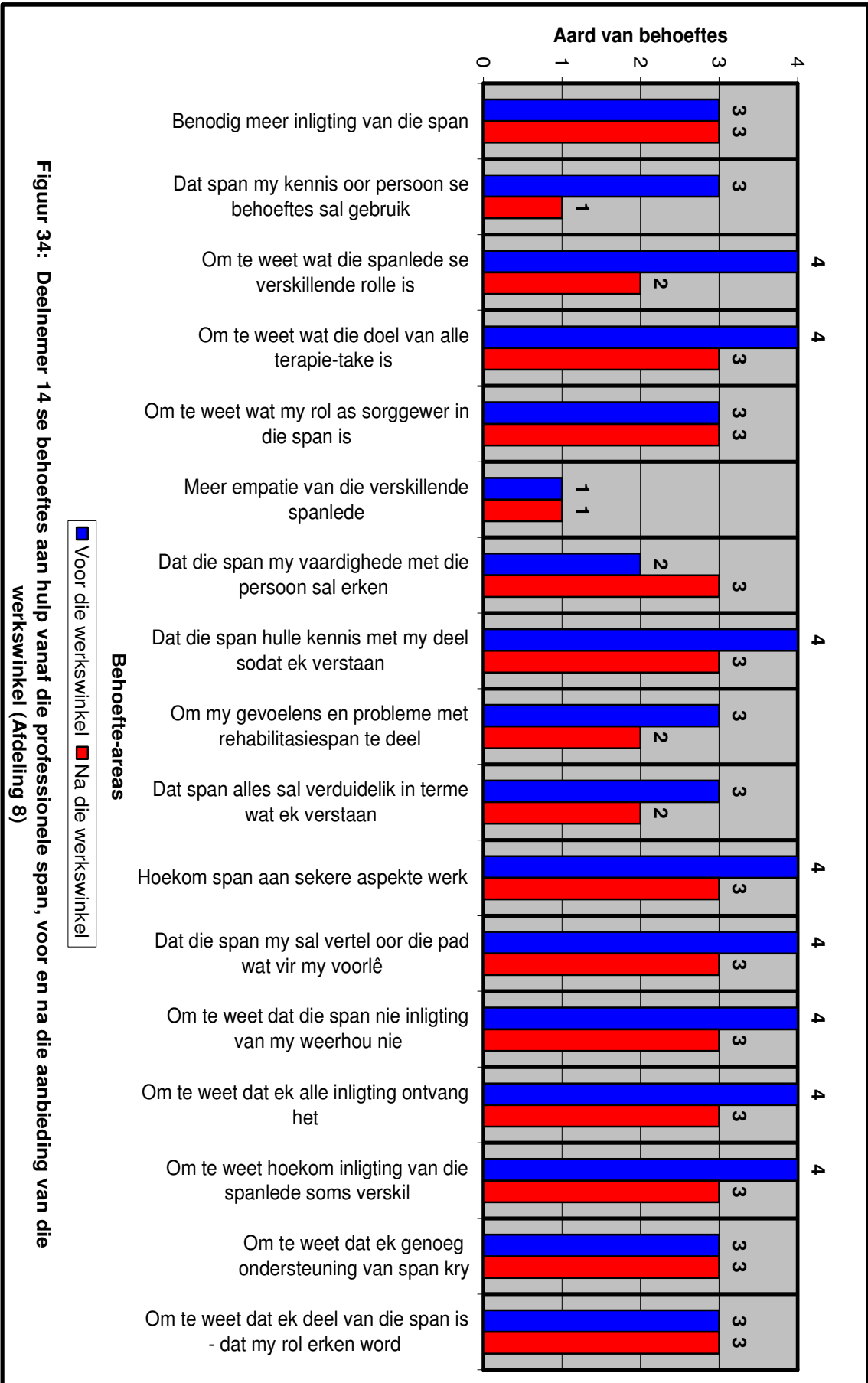
In Figuur 33 is dit ook duidelik dat Deelnemer 14 op die meerderheid van die vrae oor hoop, die Opsie 4 geselekteer het voor die aanbieding van die werkswinkel. Sy het aangetoon dat sy 'n behoefte het om te weet wat die persoon met 'n TBB se toekomsverwagtinge is, wat die persoon se verwagte langtermynuitkomst is, asook wat die implikasies van die besering op die persoon met 'n TBB se toekoms gaan hê. Na die aanbieding van die werkswinkel het sy egter op al drie die bogenoemde vrae, Opsie 3 geselekteer, wat dus beteken dat haar behoeftes wel verander het, maar dat sy steeds behoeftes in hierdie verband het. Om meer hoop van die reabilitasiespan te verkry, is voor die aanbieding van die werkswinkel deur Deelnemer 14 aangedui as nie so 'n groot behoefte nie, en om met iemand te praat vir meer hoop, is aangedui as geen behoefte nie. Hierdie behoeftes het onveranderd gebly na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien die Deelnemer aangetoon het dat sy steeds geen behoefte in hierdie verband het nie.

e) Behoeftes rakende die professionele span (Afdeling 8)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 8 van die meetinstrument in.

In Figuur 34 is dit duidelik dat Deelnemer 14 bepaalde behoeftes rakende die professionele span het. Sy het voor en na die werkswinkel op die meerderheid van die vrae Opsies 3 en Opsie 4 geselekteer. Daar is slegs 'n paar aspekte van die professionele span wat nie so 'n groot behoefte of geen behoefte vir haar is nie.

Volgens Figuur 34 het Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkswinkel 'n behoefte gehad om te weet wat die rol van die verskillende spanlede is, en wat die doel van die verskillende terapeutiese take is. Na die aanbieding van die werkswinkel het sy aangetoon dat sy nie meer so 'n groot behoefte het om te weet wat die rol van die verskillende spanlede is nie, maar om te weet wat die doel van die verskillende terapeutiese take is, was steeds 'n moontlike behoefte. Uit Figuur 34 is dit ook duidelik dat sy voor die aanbieding van die werkswinkel 'n behoefte gehad het dat die professionele span hulle kennis van die aard van die besering met haar sal deel, sodat sy kan verstaan wat fout is met die persoon. Sy het na die aanbieding van die werkswinkel aangedui dat dit steeds 'n moontlike behoefte is. Om te weet waarom die span aan sekere aspekte werk en wat die pad is wat voorlê, is ook deur haar voor die aanbieding van die werkswinkel as behoeftes aangedui en na die werkswinkel as moontlike behoeftes. Verder is dit ook uit Figuur 34 duidelik dat Deelnemer 14 voor die aanbieding van die werkswinkel aangedui het dat sy 'n Behoefte het om te weet dat die professionele span nie inligting van haar weerhou nie, dat sy al die inligting wat sy benodig verkry het, en waarom die inligting van die verskillende spanlede mekaar dikwels weerspreek.



Figuur 34: Deelnemer 14 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8)

Deelnemer 14 het na die aanbieding van die werkswinkel steeds aangedui dat sy 'n moontlike behoefte aan die laasgenoemde aspekte het. Om meer inligting van die span af te verkry, om te weet wat haar rol as sorggewer in die span is, om te weet dat sy genoeg ondersteuning van die span af kry, en dat haar rol in die span erken sal word, is as moontlike behoeftes voor en na die werkswinkel deur haar aangedui. Verder het sy voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte het om met die rehabilitasiespan haar emosies en gevoelens te deel, maar het na die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy nie meer so 'n groot behoefte daaraan het nie. Sy het ook voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte daaraan het dat die span aan haar aspekte moet verduidelik in terme wat sy kan verstaan, dog het ook daarna aangetoon dat dit nie meer so 'n groot behoefte vir haar is nie. Dit is ook uit Figuur 34 duidelik dat sy voor die aanbieding van die werkswinkel aangedui het dat sy 'n moontlike behoefte daaraan het dat die span haar meer moet uitdra oor haar kennis van die persoon met 'n TBB se behoeftes, maar toon daarna aan dat dit nie meer 'n behoefte is nie. Om meer empatie van die span te ontvang, is voor en na die aanbieding van die werkswinkel deur Deelnemer 14 aangetoon as geen behoefte nie. Haar behoefte daaraan dat die span haar vaardighede met die persoon met 'n TBB moet erken, het toegeneem na die aanbieding van die werkswinkel. Sy het voor dit aangetoon dat sy nie so 'n groot behoefte daaraan het dat haar vaardighede met die persoon met 'n TBB deur die span erken moet word nie, maar toon na die aanbieding van die werkswinkel aan dat dit wel 'n moontlike behoefte is.

In die oop Vraag-afdeling van die meetinstrument waarin die Deelnemers enige ander behoeftes wat nie in die meetinstrument aangedui is nie kon lys, het Deelnemer 14 'n behoefte daaraan gehad dat daar aan haar en die persoon met 'n TBB verduidelik moet word waarom die medikasie en die dosisse daarvan verander het. Hierdie aspek is egter nie tydens die werkswinkel aangespreek nie en die deelnemer het nie weer hierdie vraag na die aanbieding van die werkswinkel voltooi nie. Dit was dus nie moontlik om te bepaal of hierdie behoefte wel verander het nie.

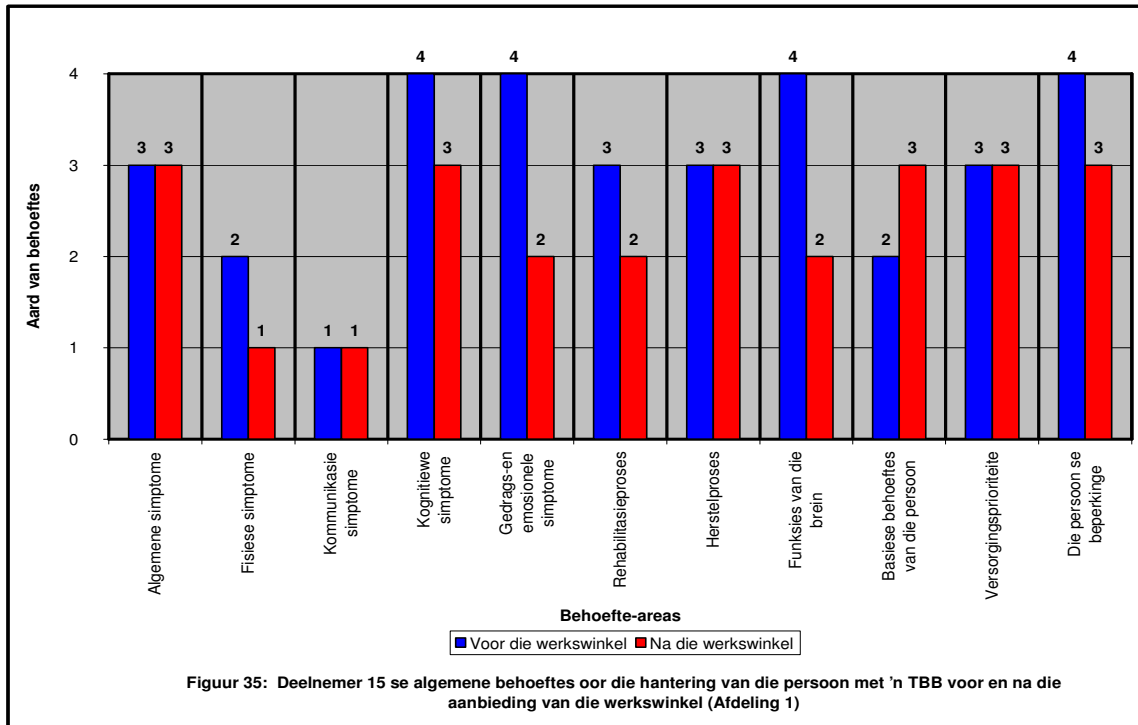
4.4.5. Resultate van Deelnemer 15 se behoeftes soos bepaal in die voltooiing van die meetinstrument voor en na die aanbieding van die werkswinkel

Die resultate word bespreek in terme van Deelnemer 15 se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel. Die resultate is op grafieke voorgestel en op hierdie

wyse is dit moontlik om aan te toon of die meetinstrument wel 'n verandering in die Deelnemer se behoeftes meet.

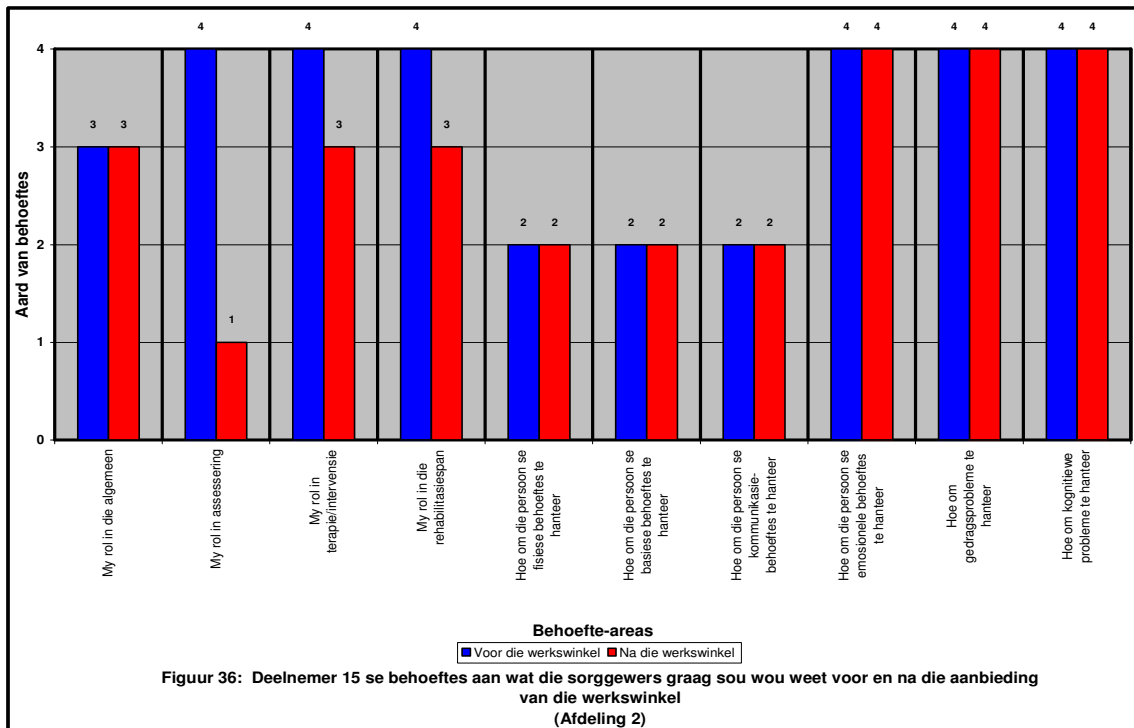
a) Inligtingbehoefte (Afdelings 1 en 2)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 1 en Afdeling 2 van die meetinstrument in.



Afdeling 1: Uit Figuur 35 blyk dit dat Deelnemer 15 se behoeftes verander het voor en na die aanbieding van die werkswinkel. Deelnemer 15 het voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n behoefte het aan meer inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe-, gedrags- en emosionele simptome. Sy toon na die aanbieding van die werkswinkel aan dat meer inligting aangaande die hantering van die persoon met 'n TBB se kognitiewe simptome 'n moontlike behoefte kan wees, en meer inligting in verband met die hantering van die persoon met 'n TBB se emosionele- en gedragsimptome is na die aanbieding van die werkswinkel as nie so 'n groot behoefte aangedui. Verder toon sy aan dat sy ook 'n behoefte het aan meer inligting oor die funksies van die brein en die persoon met 'n TBB se beperking voor die aanbieding van die werkswinkel. Hierdie behoeftes het ook verander na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien sy toe van mening was dat sy nie meer so 'n groot behoefte aangedui het. Sy het ook na die

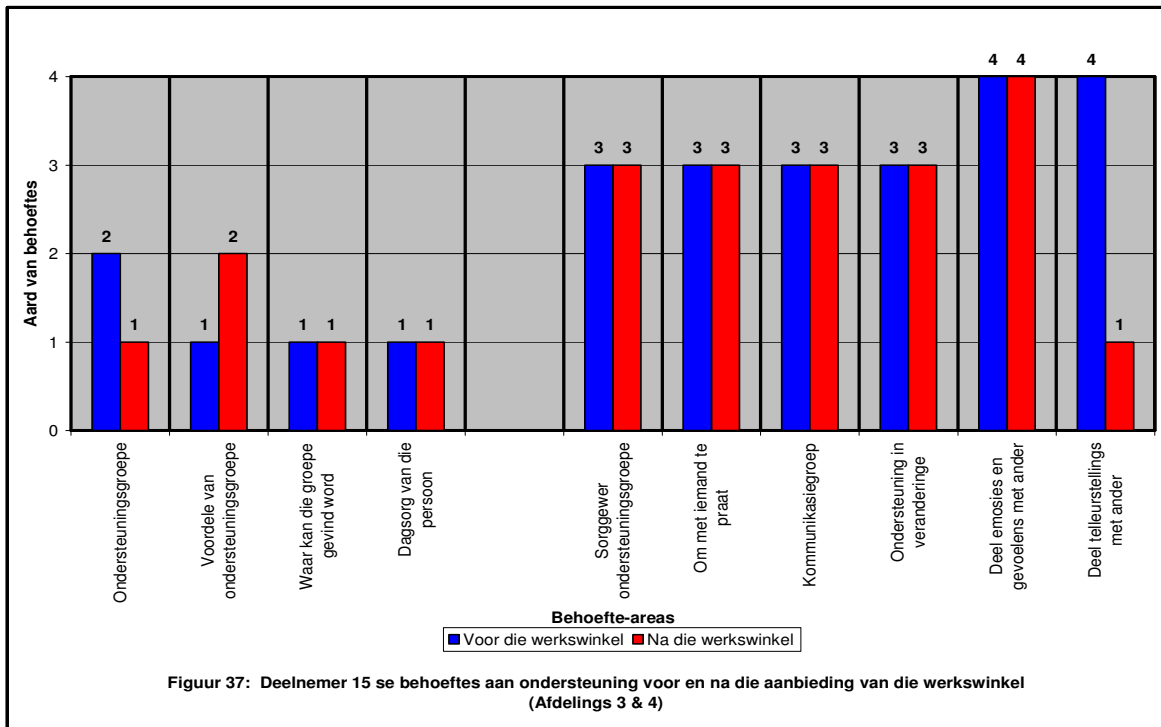
aanbieding van die werkswinkel aangedui dat meer inligting oor die persoon met 'n TBB se beperking 'n moontlike behoefte is. Sy het ook voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte het aan meer inligting aangaande die algemene simptome, rehabilitasie- en herstelproses, asook die versorgingsprioriteite van die persoon met 'n TBB. Voorafgaande behoeftes het egter onveranderd gebly na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien sy steeds Opsie 3 op al die vrae geselekteer het. Haar behoefte aan meer inligting oor die rehabilitasieproses het verander, en sy was van mening dat sy nie meer so 'n groot behoefte in die verband het na die aanbieding van die werkswinkel nie. Uit Figuur 35 blyk dit dat Deelnemer 15 voor die aanbieding van die werkswinkel nie so 'n groot behoefte gehad het aan meer inligting oor die persoon met 'n TBB se fisiese simptome en basiese behoeftes nie. Na die aanbieding van die werkswinkel dui sy egter aan dat sy geen behoefte meer het aan verdere inligting oor die persoon met 'n TBB se fisiese simptome nie, maar sy het wel 'n moontlike behoefte aan meer inligting oor die persoon met 'n TBB se basiese behoeftes. Deelnemer 15 se behoeftes in die verband het dus meer geword. Meer inligting aangaande die persoon met 'n TBB se kommunikasiesimptome is voor en na die aanbieding van die werkswinkel aangetoon as geen behoefte.



Afdeling 2: Uit Figuur 36 kan daar opgemerk word dat Deelnemer 15 voor en na die aanbieding van die werkswinkel baie behoeftes het oor aspekte van die rol van die

sorggewer. Sy het op die meeste van die vrae Opsie 3 en Opsie 4 geselekteer. Sy het voor die aanbieding van die werkwinkel aangetoon dat sy 'n behoefte het aan meer inligting oor haar rol as sorggewer tydens assessering, terapie en in die rehabilitasieproses. Na die aanbieding van die werkwinkel toon sy aan dat sy steeds 'n moontlike behoefte het aan meer inligting oor haar rol in die terapeutiese- en rehabilitasieproses, maar dat sy geen behoefte meer het aan meer inligting oor haar rol as sorggewer tydens assessering nie. Hoe om die persoon met 'n TBB se emosionele-, gedrags- en kognitiewe probleme te hanteer, is voor en na die aanbieding van die werkwinkel as 'n behoefte, deur Deelnemer 15 aangedui. Haar behoefte aan die sorggewer se rol oor die algemeen het ook onveranderd gebly voor en na die aanbieding van die werkwinkel, aangesien sy steeds aantoon dat dit 'n moontlike behoefte kan wees. Hoe om die persoon met 'n TBB se fisiese-, basiese- en kommunikasiebehoeftes aan te spreek, is voor en na die aanbieding van die werkwinkel deur haar aangedui as nie so 'n groot behoefte nie.

b) Behoeftes aan ondersteuning (Afdelings 3 en 4)



Afdeling 3: (Ondersteuning vir die persoon met 'n TBB): Uit Figuur 37 is dit duidelik dat Deelnemer 15 voor en na die aanbieding van die werkwinkel nie behoeftes gehad het aan ondersteuning van die persoon met 'n TBB nie. Sy het op die meeste van die vrae

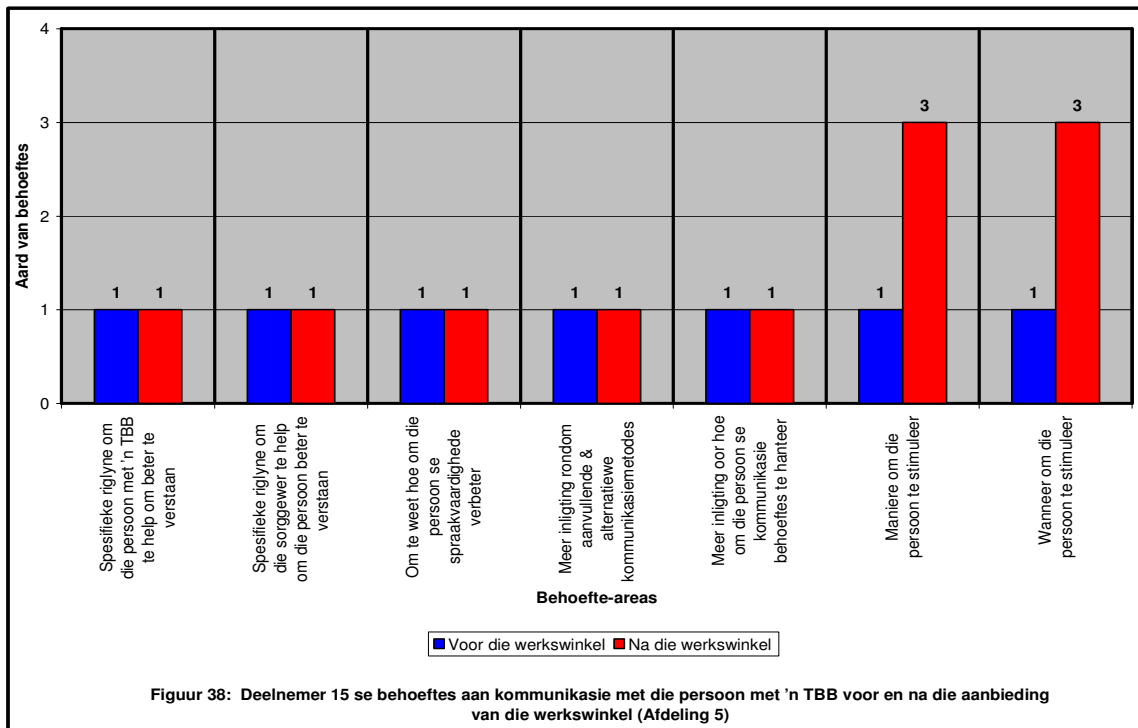
Opsie 1 en Opsie 2 geselekteer. Sy het voor en na die aanbieding van die werkwinkel aangedui dat sy geen behoefte het aan meer inligting rakende die voordele van ondersteuningsgroepe nie, waar ondersteuningsgroepe gevind kan word, asook dagsorgfasiliteite vir die persoon met 'n TBB nie. Sy het op al hierdie vrae voor en na die aanbieding van die werkwinkel, Opsie 1 aangetoon. Meer inligting oor ondersteuningsgroepe is voor die werkwinkel deur haar aangedui as nie so 'n groot behoefte nie, en na die werkwinkel as geen behoefte nie.

Afdeling 4: (Ondersteuning vir die sorggewers van 'n persoon met 'n TBB): Soos dit in Figuur 37 gesien kan word, het Deelnemer 15 'n behoefte aan ondersteuning vir sorggewers. Sy het op die meeste van die vrae Opsies 3 en Opsies 4 geselekteer. Die Deelnemer het voor en na die aanbieding van die werkwinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte aan meer inligting het aangaande sorggewersondersteuningsgroepe, om met ander persone te praat wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is en 'n kommunikasiegroep waar daar vrae aan professionele persone en ander persone gevra kan word oor die probleme wat sy ervaar. Om met iemand te praat om haar emosies en gevoelens te deel, is ook deur haar aangedui as 'n behoefte, voor en na die aanbieding van die werkwinkel. Deelnemer 15 toon verder aan dat sy voor die aanbieding van die werkwinkel 'n behoefte gehad het om met iemand te praat oor die teleurstellings wat sy ervaar, maar na die aanbieding van die werkwinkel toon sy aan dat sy geen behoefte in die verband meer het nie.

In die oop vrae afdeling waarin Deelnemer 15 die opsie gehad het om ander behoeftes wat nie in die meetinstrument aangedui is nie te lys, het sy voor die aanbieding van die werkwinkel aangedui dat sy 'n behoefte daaraan het om terugvoering van die rehabilitasiespan af, oor hulle bevindinge te verkry. Hierdie aspek is egter nie tydens die werkwinkel aangespreek nie en sy het ook nie weer die vraag na die aanbieding van die werkwinkel voltooi nie. Gevolglik is dit nie moontlik om te bepaal of hierdie behoefte wel verander het of nie.

c) Kommunikasiebehoeftes (Afdeling 5)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 5 van die meetinstrument in.



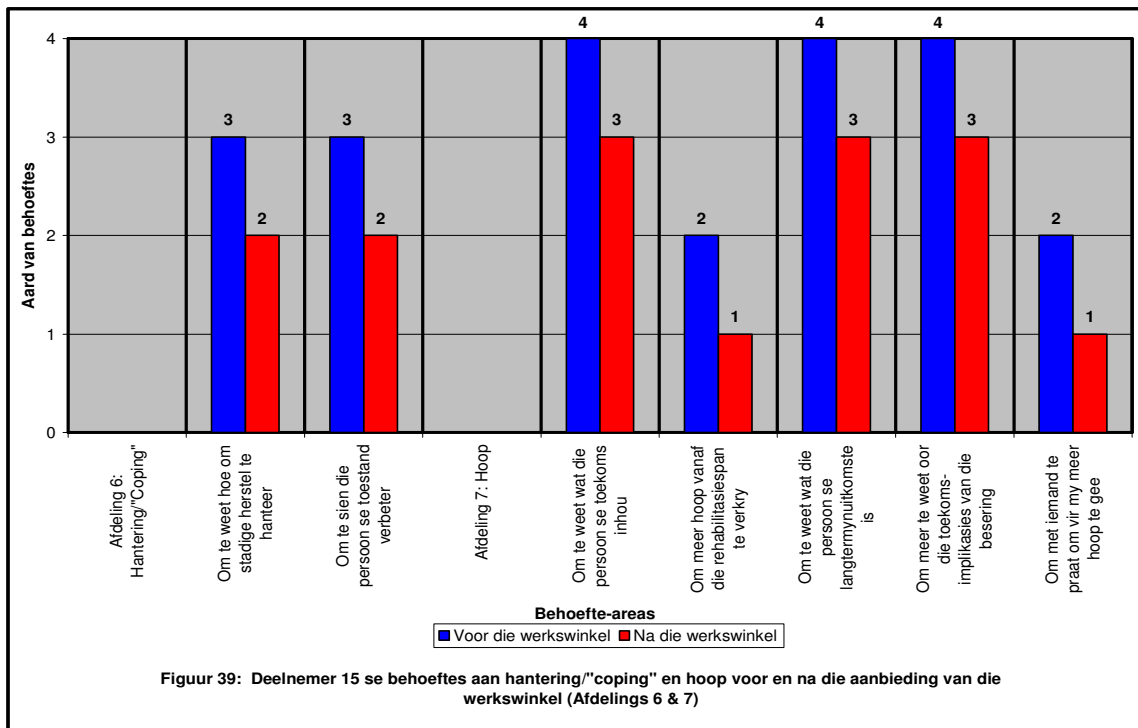
Uit Figuur 38 blyk dit dat Deelnemer 15 geen behoefte aan inligting oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB gehad het voor en na die aanbieding van die werkswinkel nie. Sy was voor en na die aanbieding van die werkswinkel van mening dat sy geen behoefte aan meer inligting het oor spesifieke riglyne om die persoon met 'n TBB te help om haar beter te verstaan tydens kommunikasie nie. Om riglyne te kry om haar as sorggewer te help om die persoon met 'n TBB beter te verstaan en om te weet wat gedoen kan word om die persoon met 'n TBB se spraak te verbeter is deur die Deelnemer as geen behoeftes voor en na die werkswinkel aangetoon. Meer inligting oor alternatiewe hulpmiddels wat gebruik kan word om die persoon met 'n TBB te ondersteun tydens kommunikasie, asook maniere om die persoon se kommunikasiebehoeftes te bevredig, is ook voor en na die werkswinkel as geen behoefte deur Deelnemer 15 aangedui. Maniere om die persoon met 'n TBB te stimuleer, asook wanneer om dit te doen, is voor die aanbieding van die werkswinkel aangedui as geen behoefte nie, maar na die aanbieding van die werkswinkel het Deelnemer 15 aangetoon dat dit wel 'n moontlike behoefte is.

Dit is belangrik om hier te meld dat die persoon met 'n TBB waarvan Deelnemer 15 die primêre sorggewer is, nie enige fisiese kommunikasieprobleme (Disartrie) getoon het nie. Die persoon se spraak is nie afwykend nie, maar wel sy manier van kommunikasie. Dit kan moontlik wees waarom Deelnemer 15 nie hierdie afdeling van die vraelys as 'n behoefte beskou het voor die aanbieding van die werkswinkel nie, maar na die

aanbieding van die werkswinkel op twee van die vroeë, moontlike behoeftes aangedui het. Tydens die werkswinkel is daar aan die deelnemers inligting verskaf rakende maniere waarop hulle die persoon met 'n TBB kan stimuleer. Die deelnemer het dus na die aanbieding van die werkswinkel meer insig in hierdie verband gehad, om meer inligting rakende stimulasie van die persoon met 'n TBB se kommunikasie, te verkry. Sy was dus moontlik nie bewus van enige maniere waarop die persoon met TBB gestimuleer kan word, voor die aanbieding van die werkswinkel nie, maar nadat inligting aan haar verskaf is, het haar behoeftes in hierdie verband toegeneem.

d) Hantering (“Coping”) en Hoop (Afdelings 6 en 7)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 6 en Afdeling 7 in.



Afdeling 6: Figuur 39 dui aan dat Deelnemer 15 voor die aanbieding van die werkswinkel 'n moontlike behoefte gehad het om stadige herstel te hanteer asook om op te merk dat die persoon met 'n TBB wel vordering toon. Nadat inligting in die werkswinkel aan haar verskaf is, het sy aangetoon dat sy nie meer so 'n groot behoefte het aan die genoemde aangeleenthede nie. In die oop vraag-afdeling van die meetinstrument waarin daar aan die Deelnemer die geleentheid verskaf is om ander behoeftes wat nie in die meetinstrument aangedui is nie te lys, het sy voor die

aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte het om presies te weet hoe lank die herstelproses gaan wees. Sy het egter nie weer hierdie vraag nadat die aanbieding van die werkswinkel voltooi is, beantwoord nie en dus kan daar nie bepaal word of haar behoefte in hierdie verband verander het nie.

Afdeling 7: Uit Figuur 39 is dit duidelik dat Deelnemer 15 'n behoefte aan meer hoop gehad het voor die aanbieding van die werkswinkel. Sy het op die meerderheid van die vrae Opsie 4 geselekteer, wat aangedui het dat sy 'n behoefte het om te weet wat die toekoms vir die persoon met 'n TBB inhou en wat die langtermynuitkomst asook toekomstige implikasies van die besering sal wees. Sy het op al hierdie vrae, ook na die aanbieding van die werkswinkel, aangetoon dat dit steeds 'n moontlike behoefte is, maar nie meer 'n behoefte nie. Om meer hoop van die rehabilitasiespan af te kry en om met iemand te kommunikeer met die oog op meer hoop, is voor die aanbieding van die werkswinkel as nie so 'n groot behoefte deur Deelnemer 15 aangedui. Na die werkswinkel het sy op albei behoeftes aangedui dat dit geen behoefte (Opsie 1) meer is nie.

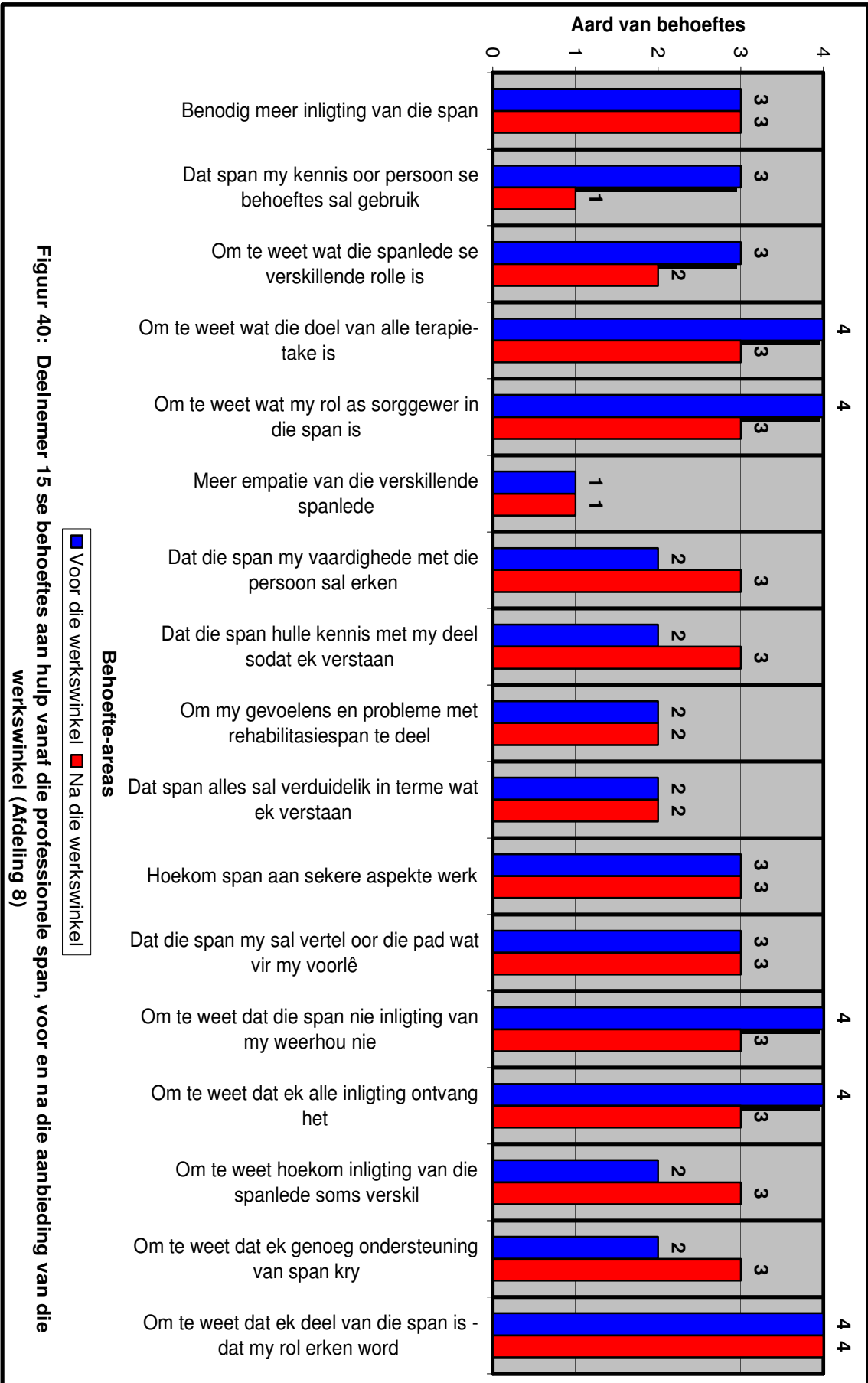
e) Behoeftes rakende die professionele span (Afdeling 8)

Hierdie resultate sluit die response van Afdeling 8 van die meetinstrument in.

In Figuur 40 is dit duidelik dat Deelnemer 15 bepaalde behoeftes het aan inligting oor die professionele span. Sy het voor en na die werkswinkel op die meerderheid van die vrae Opsies 3 en Opsie 4 aangedui. Daar is slegs 'n paar aspekte oor die professionele span wat nie so 'n groot behoefte of geen behoefte vir Deelnemer 15 is nie. Volgens Figuur 40 het sy voor die aanbieding van die werkswinkel 'n behoefte gehad om te weet wat die doel van die verskillende terapeutiese take asook haar rol as sorggewer in die span is. Sy het ook na die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat dit steeds 'n moontlike behoefte vir haar is. Om te weet dat die span nie inligting van haar weerhou nie, dat sy al die nodige inligting van die span ontvang het, asook dat haar rol in die rehabilitasiespan erken word, is ook areas waaraan Deelnemer 15 'n behoefte gehad het voor die aanbieding van die werkswinkel. Na die aanbieding van die werkswinkel het sy steeds aangedui dat sy 'n moontlike behoefte aan al die laasgenoemde aspekte het. Verder het sy voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte het om meer inligting van die span te verkry,

dat die span van haar kennis van die persoon met 'n TBB se behoeftes sal verneem en om te weet wat die verskillende rolle van die verskillende spanlede is. Na die aanbieding van die werkswinkel het sy egter aangetoon dat sy steeds 'n moontlike behoefte daaraan het om meer inligting van die span te verkry. Dat die span haar moet nader oor haar kennis van die persoon met 'n TBB se behoeftes, is na die werkswinkel aangetoon as geen behoefte. Haar behoefte aan meer inligting oor die rol van die verskillende spanlede het ook verander na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien sy aangedui het dat dit nie meer so 'n groot behoefte is nie. Om te weet waarom die span aan sekere aspekte werk en dat die span haar moet inlig oor die pad wat voorlê, is voor en na die aanbieding van die werkswinkel as 'n moontlike behoefte aangedui.

Sy het ook voor die aanbieding van die werkswinkel aangetoon dat sy 'n moontlike behoefte daaraan het dat die spanlede haar vaardighede met die persoon met 'n TBB sal erken en dat die span hulle kennis van die aard van die besering met haar sal deel sodat sy kan verstaan wat fout is met die persoon. Na die aanbieding van die werkswinkel het Deelnemer 15 se behoeftes in hierdie verband egter verander, en sy het in beide die laasgenoemde areas aangetoon dat dit nie meer so 'n groot behoefte vir haar is nie. Om teenoor die rehabilitasiespan haar gevoelens te lig, en dat die span alles wat sy moet weet in terme sal verduidelik sodat sy dit kan verstaan, is voor en na die aanbieding van die werkswinkel as nie so 'n groot behoefte deur haar aangedui.



Figuur 40: Deelnemer 15 se behoeftes aan hulp vanaf die professionele span, voor en na die aanbieding van die werkswinkel (Afdeling 8)

4.5. RESULTATE VAN FASE 2 – PRETOETS, POSTTOETS, EKSPERIMENTELE ONTWERP (VERVOLG)

In die volgende bespreking volg 'n uiteensetting van die resultate wat tydens die uitvoer van die tweede fase van die navorsing verkry is. Die doel van hiërdie bespreking is om te bepaal of die meetinstrument wel 'n verandering in die deelnemers se behoeftes gemeet het, nadat inligting deur middel van 'n werkwinkel aan hulle verskaf is. Die resultate is bereken deur middel van 'n frekwensietelling en word op drie verskillende wyses uiteengesit en bespreek. Dit word ook in die vorm van staafdiagramme en grafieke voorgestel, ten einde die verandering¹¹ wat deur die meetinstrument gemeet is op 'n visuele wyse voor te stel. Eerstens volg 'n volledige bespreking van die deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkwinkel. Vir die doel van hierdie bespreking is die deelnemers se behoeftes bereken in terme van die aantal keer wat hulle Opsies 1 (*Geen behoefte*), Opsies 2 (*Nie so 'n groot behoefte nie*), Opsies 3 (*Kan moontlik 'n behoefte wees*) en Opsies 4 (*Behoeftes*) geselekteer het, voor en na die aanbieding van die werkwinkel.

Daarna volg 'n bespreking waarin die navorser al die resultate van die verskillende deelnemers (D12 - D15) bereken het, deur Opsies 1 en 2 saam te voeg as "Geen behoeftes" en Opsies 3 en 4 as "Behoeftes".

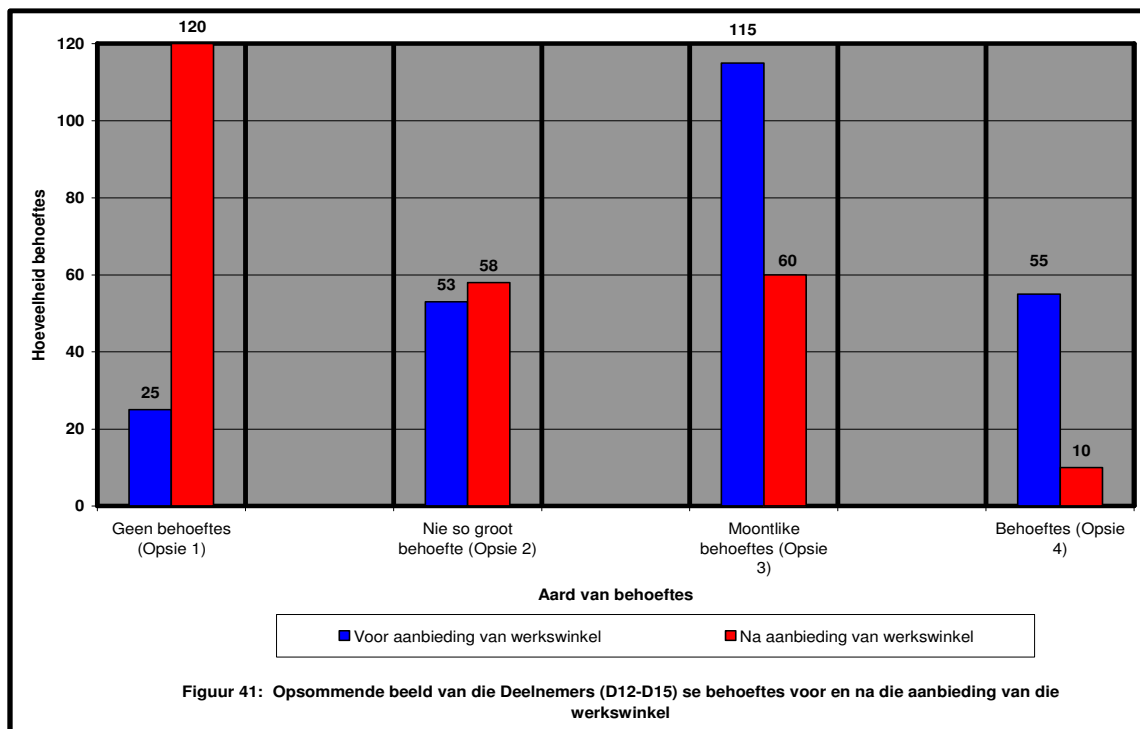
Na hierdie bespreking volg weer 'n uiteensetting van die resultate waarin die navorser al die resultate van die verskillende deelnemers (D12 - D15) verwerk het, deur Opsie 1 te bereken as "Geen behoefte" en Opsies 2, 3 en 4 as "Behoeftes".

Die wyse waarop die resultate geïnterpreteer word deur die patrone van interpretasie te verander, sal gedoen word om moontlik te bewys dat 'n verandering in die wyse waarop die resultate geïnterpreteer word, nie 'n verandering van resultate tot gevolg sal hê nie.

4.5.1. 'n Opsomming van deelnemers (D12, D13, D14, D15) se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkwinkel

¹¹ Die verandering wat deur die meetinstrument aangedui word, kan nie statisties bereken word nie, aangesien die toetspopulasie te klein was. Slegs 'n visuele voorstelling van die verandering wat deur die meetinstrument gemeet is, word telkens verskaf.

In die volgende gedeelte volg 'n opsomming van die deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel, soos bereken deur middel van 'n frekwensietelling. Die deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel is volgens frekwensies bereken, en uiteengesit in die hoeveelheid: Geen behoeftes (Opsies 1), Nie so 'n groot behoefte nie (Opsies 2), Kan moontlik 'n behoefte wees (Opsies 3) en Behoeftes (Opsies 4), soos verkry voor en na die aanbieding van die werkswinkel. In die volgende grafiek (Figuur 41) is 'n opsommende beeld van die deelnemers (D12-D15) se behoeftes soos voor en na die aanbieding van die werkswinkel voorgestel.



Uit die resultate van die Figure 41 is dit duidelik dat daar wel 'n verandering in die deelnemers se behoeftes voorkom, nadat inligting deur middel van 'n werkswinkel aan hulle verskaf is. Die resultate dui daarop dat die deelnemers voor die aanbieding van die werkswinkel slegs 25 keer Opsie 1 (*Geen behoefte*) geselekteer het, wat 'n aanduiding is dat hulle in die meeste areas wel behoeftes het ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB. Hierdie bevinding word beklemtoon deurdat hierdie telling (25) die laagste is, in terme van die ander opsies van die behoeftes voor die aanbieding van die werkswinkel. Na die aanbieding van die werkswinkel het daar egter 'n verandering in die deelnemers se behoeftes in terme van Opsie 1 plaasgevind. Die deelnemers dui 120 keer aan dat hulle na die aanbieding van die werkswinkel

behoefte meer het nie, rakende die hantering van die persoon met 'n TBB. Die afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat die deelnemers se behoeftes verminder indien daar inligting aan hulle verskaf word.

'n Soortgelyke patroon kom voor in die deelnemers se resultate in terme van die seleksie van Opsies 2 (*Nie so 'n groot behoefte nie*) soos gesien kan word uit Figuur 41. Die deelnemers het voor die aanbieding van die werkswinkel, 53 keer Opsie 2 geselekteer, en na die aanbieding van die werkswinkel is 'n totale hoeveelheid van 58, Opsies 2 (*Nie so 'n groot behoefte nie*) bereken. Die deelnemers is dus van mening dat daar wel van hulle behoeftes was wat opgelos is.

Die bogenoemde resultate korreleer met die aantal Opsies 3 (*Kan moontlik 'n behoefte wees*), en Opsies 4 (*Behoefte*) wat deur die deelnemers geselekteer is.

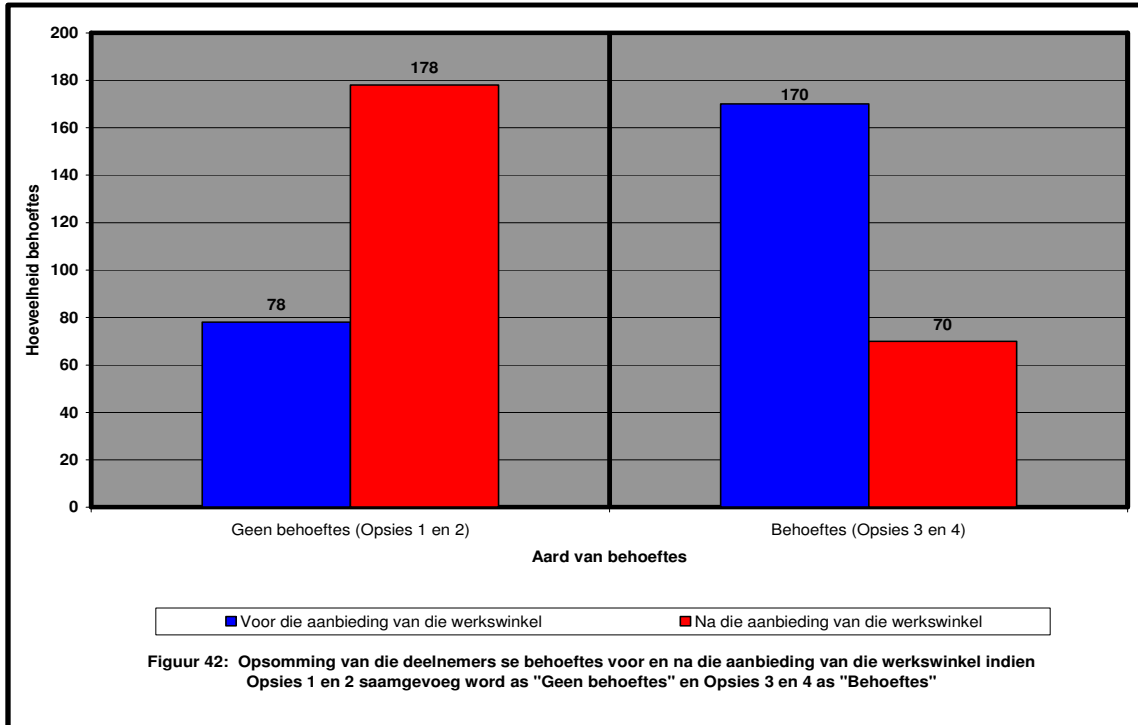
Die deelnemers het voor die aanbieding van die werkswinkel 115 keer Opsies 3 geselekteer, wat daarop dui dat hulle moontlike behoeftes gehad het ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB. Na die aanbieding van die werkswinkel het hulle behoeftes verminder, en die deelnemers het slegs 60 keer aangetoon dat hulle steeds moontlike behoeftes wat nie opgelos is nie, in sekere areas het.

Weereens kom dieselfde patroon voor in terme van die deelnemers se resultate van Opsie 4 (*Behoefte*), deurdat die deelnemers voor die aanbieding van die werkswinkel vyf-en-vyftig keer Opsie 4 geselekteer het, en nadat inligting aan hulle verskaf is, slegs 10 keer. Uit hierdie bevindinge is dit dus duidelik dat die meetinstrument wel die verandering in die deelnemers se behoeftes kon meet, en dat dit visueel sigbaar is. Verder kan afgelei word dat die deelnemers se behoeftes verminder indien die nodige inligting aan hulle verskaf word.

4.5.2. Deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel indien Opsies 1 en 2 saamgevoeg word as (Geen behoeftes) en Opsies 3 en 4 as (Behoeftes).

In die volgende bespreking volg 'n opsommende uiteensetting van die deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel, indien Opsies 1 en 2 saamgevoeg word as (*Geen behoeftes*) en Opsies 3 en 4 as (*Behoeftes*). Die hoeveelheid *Geen behoeftes* (Opsies 1 en 2) en *Behoeftes* (Opsies 3 en 4) voor en na die aanbieding van die werkswinkel is ook bereken deur 'n frekwensietelling. Ten einde

die verandering aan te dui, word die resultate visueel voorgestel word deur middel van staafdiagramme en grafieke.



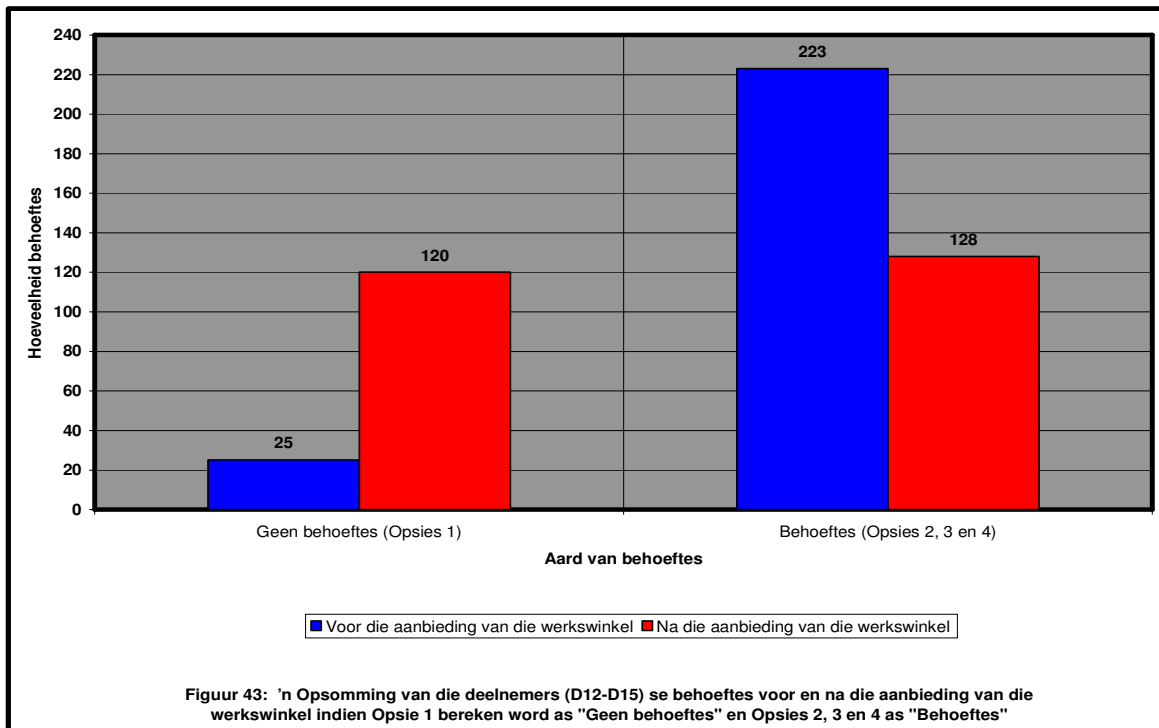
Indien Opsies 1 en 2 saamgevoeg word as (*Geen behoeftes*) en Opsies 3 en 4 as (*Behoeftes*), is dit uit die voorafgaande grafiek (Figuur 42) duidelik dat die deelnemers se behoeftes wel verander het voor en na die aanbieding van die werkswinkel. Die deelnemers dui voor die aanbieding van die werkswinkel 170 keer aan dat hulle wel behoeftes het ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB. Hulle het die Opsies 1 en 2 (*Geen behoefte*) slegs 70 keer aangetoon. Na die aanbieding van die werkswinkel dui die deelnemers egter uit die totale hoeveelheid van 248 vroe, 178 keer aan dat hulle geen behoeftes meer het aan inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB nie. Hierdie resultate dui ook daarop dat die deelnemers se behoeftes afneem, nadat inligting aan hulle verskaf is, en korreleer ook gunstig met die bevinding dat die deelnemers na die werkswinkel net 70 keer aantoon dat hulle steeds behoeftes het.

Hierdie resultate impliseer dat die deelnemers van mening is dat hulle behoeftes wel in 'n sekere mate aangespreek is tydens die aanbieding van die werkswinkel. Indien resultate visueel bestudeer word, kan die afleiding gemaak word dat die meetinstrument

wel hierdie verandering in die deelnemers se behoeftes meet en dat 'n toename in kennis lei tot 'n afname in behoeftes.

4.5.3. Deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel indien Opsies 1 bereken word as (Geen behoefte) en Opsies 2, 3 en 4 as (Behoeftes).

In die volgende bespreking is die deelnemers se behoeftes verwerk deur Opsie 1 te interpreteer as (*Geen behoeftes*), en Opsies 2, 3 en 4 saam te voeg as (*Behoeftes*). Die wyse waarop die resultate geïnterpreteer is deur die patrone van interpretasie te verander, is gedoen met die doel om te bewys dat 'n verandering in die wyse waarop die resultate geïnterpreteer word, nie 'n verandering van resultate tot gevolg het nie.



Uit Figuur 43, is dit duidelik dat die patroon (*'n Toename aan inligting lei tot 'n afname in behoeftes*) weereens voorkom, al word die resultate verskillend geïnterpreteer. Die deelnemers het voor die aanbieding van die werkswinkel slegs 25 die Opsie 1 (*Geen behoefte*) geselekteer, wat daarop dui dat hulle bepaalde behoeftes het ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB. Hierdie stelling word ook bewys deurdat hulle 223 keer voor die aanbieding van die werkswinkel die behoeftes aantoon. Na die aanbieding van die werkswinkel het die deelnemers se behoeftes egter weer verander,

deurdat hulle meer Opsies 1 (*Geen behoeftes*) aangedui het en minder Opsies 2,3 en 4 (*Behoeftes*). In Figuur 43 is dit weereens duidelik dat die meetinstrument die verandering in die deelnemers se behoeftes rakende die algemene hantering van die persoon met 'n TBB gemeet het.

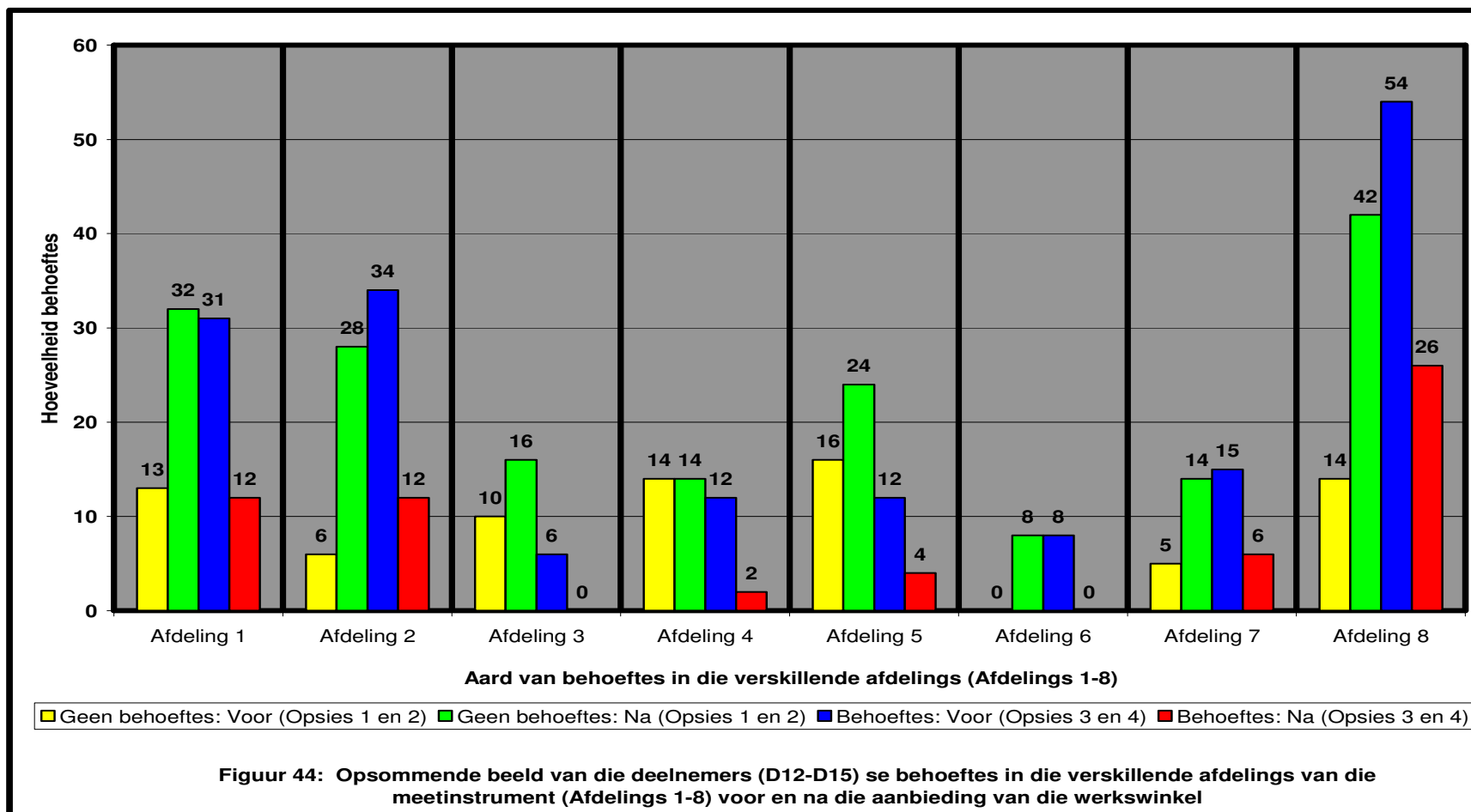
Die wyse waarop die resultate geïnterpreteer is deur die patrone van interpretasie te verander, is gedoen met die doel om te bewys dat 'n verandering in die wyse waarop die resultate geïnterpreteer word, nie 'n verandering van resultate tot gevolg het nie. Indien Opsies 1 en 2 saamgevoeg word as (*Geen behoeftes*) en Opsies 3 en 4 as (*Behoeftes*), kom daar geen verandering in die patroon voor nie. So ook is daar geen verandering van die patroon indien Opsie 1 geïnterpreteer word as (*Geen behoeftes*) en Opsies 2,3 en 4 as (*Behoeftes*) nie. Die patroon bly deurlopend konstant.

Daar kan dus uit hierdie studie afgelei word dat 'n toename in inligting in die meerderheid van die gevalle lei tot 'n afname in die deelnemers se behoeftes.

4.5.4. Opsomming van die deelnemers se behoeftes in die verskillende afdelings van die meetinstrument (Afdelings 1-8), voor en na die aanbieding van die werkswinkel.

In Figuur 44 (Sien volgende bladsy) is die deelnemers se behoeftes bereken ten opsigte van die verskillende afdelings van die meetinstrument (Afdelings 1-8). Die resultate is saamgevoeg en die opsomming daarvan word vervolgens in Hoofstuk 5 geïnterpreteer. Vir die doel van hierdie bespreking is die resultate geïnterpreteer deur die Opsies 1 en 2 te bereken as (*Geen behoeftes*) en Opsies 3 en 4, as (*Behoeftes*).

Die doel van hierdie uiteensetting van die resultate is om te bepaal of die deelnemers se behoeftes verander het nadat inligting in die vorm van die werkswinkel aan hulle verskaf is. Uit hierdie uiteensetting is dit duidelik in watter areas/Afdelings van die meetinstrument die deelnemers se behoeftes wel verander het en in watter areas nie.



Sleutel:

Afdeling 1: Algemene hantering van die persoon met 'n TBB	Afdeling 2: Inligting: Wat ek as die sorggewer verlang	Afdeling 3: Ondersteuning vir die persoon met 'n TBB
Afdeling 4: Ondersteuning vir die sorggewer	Afdeling 5: Kommunikasie met die persoon met 'n TBB	Afdeling 6: Hantering/ "Coping"
Afdeling 7: Hoop	Afdeling 8: Die professionele span	Totaal: Totale aantal vrae in die meetinstrument

Afdeling 1: Uit Figuur 44 toon die deelnemers voor die aanbieding van die werkswinkel aan dat hulle bepaalde behoeftes het rakende die genoemde aspekte wat die algemene hantering van die persoon met 'n TBB insluit. Die deelnemers dui slegs 13 Opsies 1 en 2 (Geen behoeftes) aan, wat impliseer dat daar min areas is waarvan hulle nie meer kennis of inligting sou benodig nie en het dus 'n behoefte daaraan gehad. Die bevinding dat die deelnemers, 32 keer voor die aanbieding van die werkswinkel aantoon dat hulle behoeftes (Opsies 3 en 4) het oor hoe hulle die persoon met 'n TBB moet hanteer, beklemtoon ook hierdie stelling. Nadat die werkswinkel aangebied is, het die deelnemers se behoeftes in terme van die aspekte oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB verander, deurdat hulle slegs 31 keer die Opsies 1 en 2 (*Geen behoeftes*) selekteer, en 12 keer aantoon dat hulle steeds behoeftes (Opsies 3 en 4) in sekere areas van die algemene hantering van die persoon met 'n TBB het.

Afdeling 2 van die meetinstrument dui op bepaalde behoeftes, wat die sorggewers van 'n persoon met 'n TBB oor die algemeen ondervind. Indien die resultate in Figuur 44 in ag geneem word, is dit duidelik dat die deelnemers in die huidige studie ook behoeftes in hierdie verband gehad het. Die deelnemers het voor die aanbieding van die werkswinkel slegs 6 keer aangedui dat hulle geen behoeftes in die bogenoemde verband gehad het nie, en 34 keer dat hulle wel behoeftes (Opsies 3 en 4) het. Na die aanbieding van die werkswinkel het die deelnemers se behoeftes verander, deurdat hulle 28 keer aangedui het dat hulle geen behoeftes meer gehad het ten opsigte van die rol van die sorggewers in die hantering van die persoon met 'n TBB nie. Die deelnemers het 12 keer aangedui dat hulle nog behoeftes in sekere areas van hierdie afdeling het.

Die volgende afdeling (Afdeling 3) in die meetinstrument wat gepoog het om die deelnemers se behoeftes in terme van die ondersteuning vir die persoon met 'n TBB te bepaal, dui daarop dat die deelnemers bepaalde behoeftes ten opsigte van ondersteuning vir die persoon met 'n TBB het. In Figuur 44 dui die deelnemers oor die algemeen voor en na die aanbieding van die werkswinkel aan dat hulle behoeftes in terme van ondersteuning van die persoon met 'n TBB tydens die akute rehabilitasieperiode nie so groot is nie. Die deelnemers selekteer voor en na die aanbieding van die werkswinkel op die meerderheid van die vroeë opsies 1 en 2 (*Geen behoeftes*). Die deelnemers dui op tien van die vroeë voor die aanbieding van die werkswinkel aan dat hulle geen behoeftes in hierdie verband het nie. Na die aanbieding

van die werkswinkel het hulle behoeftes egter verander, aangesien hulle daarna op 16 van die vrae die Opsies 1 en 2 (*Geen behoeftes*) selekteer. Die deelnemers dui slegs op 6 van die vrae aan, dat hulle wel 'n behoefte het aan ondersteuning vir die persoon met 'n TBB. Voor die aanbidding van die werkswinkel en na die aanbidding is Opsie 3 en 4 (*Behoeftes*) nie aangedui nie.

Afdeling 4 van die meetinstrument poog om die deelnemers se behoeftes ten opsigte van ondersteuning tydens die akute rehabilitasieperiode. Uit Figuur 44 is dit duidelik dat die deelnemers se behoeftes voor en na die aanbidding van die werkswinkel onveranderd gebly het. Hierdie verskynsel is duidelik weens die resultaat dat die deelnemers voor en na die aanbidding van die werkswinkel 14 keer aandui, dat hulle geen behoefte in terme van die bogenoemde aspekte het nie. So ook dui die deelnemers voor en na die werkswinkel 10 keer aan dat hulle wel behoefte het aan ondersteuning vir hulle as sorggewers.

Afdeling 5 van die meetinstrument poog om die deelnemers se behoeftes in terme van kommunikasie met die persoon met 'n TBB te bepaal en te meet. Volgens Figuur 44 dui die deelnemers voor die aanbidding van die werkswinkel 16 keer aan dat hulle geen behoeftes rondom kommunikasie met die persoon met 'n TBB het nie. Die deelnemers dui 12 keer aan dat hulle wel behoeftes in hierdie verband het. Die eerste aspek wat opval, is dat die deelnemers se behoeftes wel verander na die aanbidding van die werkswinkel, aangesien hulle 24 keer op die vrae aandui, dat hulle geen behoeftes meer het nie, en slegs 4 keer dat hulle wel nog 'n behoeftes aan kommunikasieriglyne met die persoon met 'n TBB het. Die werkswinkel het dus daarin geslaag om van die behoeftes aan te spreek. Gevolglik het hulle behoeftes afgeneem nadat inligting aan hulle verskaf is.

Die deelnemers se behoeftes aan hoe stadige herstel hanteer moet word en om te ervaar dat die persoon met 'n TBB wel verbeter, het betrekking op twee areas van hantering/"coping" wat in Afdeling 6 van die meetinstrument bepaal is. Die deelnemers dui voor die aanbidding van die werkswinkel aan dat hulle 'n behoefte in hanteringsterreine ("coping") van die meetinstrument het. Op al die vrae selekteer hulle Opsies 3 en 4 (*Behoeftes*). Na die aanbidding van die werkswinkel het die deelnemers egter aangetoon dat hulle geen behoeftes in hierdie verband meer het nie. Hulle het

daarna op al die vrae in verband met hierdie behoeftes Opsies 1 en 2 (*Geen behoefte*) geselekteer.

Afdeling 7 van die meetinstrument poog om te bepaal wat die deelnemers se behoeftes aan “Hoop” is. Uit Figuur 44 het die deelnemers voor die aanbieding van die werkswinkel slegs 5 keer aangedui dat hulle ’n behoefte het om meer hoop te ontvang nie, en 15 keer dat hulle ’n behoefte het aan meer hoop tydens die akute rehabilitasieperiode. Volgens Figuur 44 is dit duidelik dat die deelnemers se behoeftes in terme van hoop verander het na die aanbieding van die werkswinkel. Die deelnemers het daarna by die meeste van die vrae Opsies 1 en 2 (*Geen behoefte*) geselekteer, en slegs 6 keer aangedui dat daar wel aspekte van hoop is waaraan hulle steeds ’n behoefte het.

Afdeling 8 van die meetinstrument sluit die deelnemers se behoeftes oor die professionele span in. Uit Figuur 44 is dit duidelik dat die deelnemers op die meeste van die vrae Opsies 3 en 4 (*Behoeftes*), voor die aanbieding van die werkswinkel geselekteer het. Hierdie omvang van behoeftes dui daarop dui dat hulle baie behoeftes het in terme van die maniere waarop die professionele span hulle as sorggewers en die persoon met ’n TBB behoort te hanteer. Hulle het voor die aanbieding van die werkswinkel 54 keer Opsies 3 en 4 (*Behoeftes*) geselekteer en slegs 14 keer Opsies 1 en 2 (*Geen behoefte*). Na die aanbieding van die werkswinkel het hulle behoeftes in dié verband wel verander, maar dit is uit Figuur 44 steeds duidelik dat hulle 26 keer aantoon dat hulle bepaalde behoeftes ten opsigte van die professionele span het. Hulle het egter op die meerderheid van die behoeftevrae 42 keer, na die aanbieding van die werkswinkel aangedui, dat hulle geen behoeftes (*Opsies 1 en 2*) het nie. Deelnemer 15 het na die aanbieding van die werkswinkel meer behoeftes gehad oor die professionele span. Hierdie stelling word beklemtoon aangesien deelnemer 15 voor die aanbieding van die werkswinkel 10 keer die Opsies 3 en 4 (*Behoeftes*) aangedui het, en na die aanbieding het sy 12 keer Opsies 3 en 4 (*Behoeftes*) geselekteer. Haar behoeftes het dus toegeneem. Hierdie verandering in die patroon van die deelnemer se behoeftes kan moontlik verduidelik word in die lig daarvan dat die toename van kennis en inligting juis haar behoeftes verhoog het. Sy was moontlik voor die aanbieding van die werkswinkel nie bewus van haar behoeftes oor die professionele span nie, maar die inligting het haar insig verbreed, en gevolglik het sy van meer behoeftes bewus geword en dit aangetoon. Daar moet egter hier weereens ingedagte geneem word, dat die

werkswinkel nie die aard professionele persone se dienslewering aangespreek het nie, maar die sorggewers se behoeftes. Dus is die professionele persone steeds onbewus van die deelnemers se behoeftes, en is hulle houding en gedrag teenoor die deelnemers, steeds dieselfde.

HOOFSTUK 5

INTERPRETASIE VAN RESULTATE

In die volgende afdeling word 'n samevatting verskaf van die resultate wat tydens die uitvoer van Fase 1 en 2 verkry is. Die resultate word ook in hierdie afdeling geïnterpreteer. Tydens die eerste gedeelte van Fase 1(a) is veelvuldige enkel-gevallestudies op drie sorggewers (Deelnemers D1-D3) wat met die proses van rehabilitasie besig was, uitgevoer. Die sorggewers is waargeneem tydens interaksie met die persoon met 'n TBB, en die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) is deur die navorser en tweede beoordelaar voltooi. Tydens die tweede gedeelte van Fase 1(b), is nuwe deelnemers, wat alreeds deur die proses van rehabilitasie was, geselekteer (D4-D11). 'n Fokusgroep en drie semigestruktureerde onderhoude is uitgevoer, en 'n DA is uitgevoer om die resultate te analiseer. Op grond van hierdie resultate is die deelnemers se behoeftes bepaal en die meetinstrument is ontwikkel en saamgestel.

Tydens Fase 2 van die studie is vier nuwe deelnemers (D12- D15) geselekteer om die meetinstrument te voltooi. Nadat die meetinstrument voltooi is, is 'n werkwinkel aan die deelnemers aangebied, waarna hulle weer die meetinstrument voltooi het. Op hierdie wyse was dit moontlik om te bepaal of die meetinstrument wel 'n verandering in die deelnemers se behoeftes kon meet, nadat inligting aan hulle verskaf is.

5.1. INTERPRETASIE VAN FASE 1(a): WAARNEMING EN BEHOEFTE-VRAELYS

In die volgende afdeling word 'n samevatting verskaf van die resultate wat tydens die uitvoer van Fase 1 verkry is.

Kommunikasie-interaksie is nie net die kern van 'n persoon se sosiale identiteit en vermoë om 'n verhouding met ander persone aan te gaan nie (Kirchner en Prutting, 1989), maar ook die wyse waarop die persoon met ander in interaksie tree om gedagtes, wense, begeertes, emosies en opinies oor te dra (Wedcliffe, 1999). Verder speel kommunikasie 'n essensiële rol in die persone se psigososiale welstand en aanpassings wat hulle in hulle sosiale kontekste moet maak. Persone met 'n TBB ondervind 'n komplekse reeks van kommunikasieafwykings, wat die wyse waarop hulle

met ander persone in hulle sosiale kontekste in interkasie tree, negatief kan beïnvloed. Hierdie afwykings sluit hoofsaaklik woordvindingsprobleme, uitermatige baie praat, probleme om die tema van die gesprek vol te hou en swak gebruik van beurname in (Ponsford en Snow, 1995). Kommunikasie-afwykings het egter nie net 'n invloed op die wyse waarop die persoon met ander in sy sosiale konteks in interkasie tree nie, maar het ook ernstige psigososiale gevolge wat 'n impak het op die sosiale netwerke van die individue met TBB en sy sorggewers (Wedcliffe, 1999). Hierdie gedeelte van die studie het bepaal wat die deelnemers se pragmatiese vaardighede is tydens interkasie met die persoon met 'n TBB, wat moontlik pragmatiese afwykings vertoon.

In die huidige studie het die resultate van die waarneming van die interkasie tussen die sorggewers en die persoon met 'n TBB aangetoon, dat twee van die drie deelnemers oor die algemeen goeie interkasievaardighede met die persoon met 'n TBB vertoon. Peck (1989) toon aan dat die sukses van interkasie afhang van die mate waarin die gespreksgenote hulle manier van kommunikasie aanpas, om 'n gesprek in stand te hou of om enige kommunikasie-afbraak en/of –onderbreking, te herstel. Gereelde kommunikasie afbraak en/of –onderbreking kan lei tot 'n groot mate van frustrasie en irritasie, nie net vir die persone met 'n TBB nie, wat onbewus is van sy kommunikasieprobleme nie, maar ook vir persone wat met die persoon met 'n TBB in interkasie tree (sorggewers).

Deelnemer 2 het uitvalle getoon in al drie die domeine van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987). In die verbale domeine is daar waargeneem dat Deelnemer 2 ontoepaslike gedrag geopenbaar het in die gebruik van beurname, inisiëring van spraakgebeurtenisse, onderbreking en oorvleueling van gesprek tydens interkasie. Deelnemer 2 het ook van ontoepaslike variasies in haar stemtoon gebruik gemaak. In die paralinguistiese domein van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) het die deelnemer (D2) uitvalle in die gebruik van prosodie geopenbaar, deur van te veel intonasie en klempatrone in die gesprek gebruik te maak. Die variasies in Deelnemer 2 se luidheid, toonhoogte en duur is ook as ontoepaslik beskryf. Dié deelnemer maak ook van te veel fisiese kontak gebruik tydens interkasie en dus het sy ook 'n uitval vertoon in die nie-verbale domein van die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987).

Die uitvalle wat by Deelnemers 2 en 3 voorgekom het, korreleer met die bevinding dat beide deelnemers se persone met 'n TBB minimale verbale kommunikasievaardighede geopenbaar het. Albei die persone met 'n TBB, het gebruik gemaak van nie-verbale kommunikasievaardighede soos, oogkontak, kopskud en kopvat, om te kommunikeer.

In die analise van die veldnotas het dit navore gekom dat die deelnemers nie oor genoegsame kennis beskik ten opsigte van maniere oor hoe hulle met die persoon met 'n TBB kan kommunikeer, indien die persoon kommunikasie-afwykings het nie. Deelnemer 1 was geneig om stil te bly tydens kommunikasie-interaksie om moontlik te voorkom dat sy die persoon met 'n TBB frustreer nie. Ander moontlike redes hiervoor kan wees dat die deelnemers nie bewus was van maniere om ontoepaslike uitinge te hanteer nie, en gevolglik eerder kommunikasie met die persoon met 'n TBB vermy het. Weens die bevinding dat die persoon met 'n TBB kommunikasie-afwykings geopenbaar het, is die deelnemers nie bewus van maniere om met die persoon in interaksie te tree, of om kommunikasie te ontlok nie. Dit het tot gevolg gehad dat die Deelnemer 2 dikwels "patronizing" opgetree het teenoor die persoon met 'n TBB. Sy het met die persoon gekommunikeer asof hy 'n kind is, en ontoepaslik sy kop op haar skouer gesit en gevryf.

'n Ander aspek wat in die veldnotas waargeneem is, is dat die deelnemers tydens die akute rehabilitasieperiode nie ten alle tye bewus was van maniere om kommunikasie-afbraak te herstel nie. Hulle blyk ook nie op daardie stadium bekommerd te gewees het oor die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme nie. Deelnemer 2 het tydens die kommunikasie-interaksie aangetoon dat sy die persoon met 'n TBB as normaal beskou. Sy het ook die meeste uitvalle tydens die waarneming en interaksie vertoon. So ook het sy min behoeftes oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB, in die Behoeftevraelys aangetoon. Volgens Ponsford (1995) kom hierdie verskynsel wel voor by sorggewers tydens die akute rehabilitasieperiode, indien die persoon uit die kritieke tydperk beweeg. Daar ontstaan gevoelens van hoë verwagtinge, optimisme, en hoop dat die persoon met 'n TBB volkome sal herstel. Daar is 'n geneigdheid by sorggewers om duidelike afwykings in kognisie, kommunikasie en gedrag te ontken of te ignoreer (Ponsford,1995). Hierdie ontkenning word versterk deur 'n paar faktore soos byvoorbeeld dat vorige voorspellings wat deur professionele persone gemaak is dat die persoon met 'n TBB nie die trauma sou oorleef nie en/of dat die persoon komateus sal bly of nooit weer sal kan loop of praat nie, verkeerd bewys is (Ponsford,1995).

Deelnemer 2 was moontlik nog in die ontkenningfase van die rouproses, en daarom het sy die meeste van die ooglopende afwykings van die persoon met die TBB geïgnoreer en verduidelik dit ook gevolglik waarom sy nie enige behoeftes aangedui het nie.

Ontkenning is 'n komplekse probleem en kan 'n moontlike bron wees van konflik tussen sorggewers en die reabilitasiespan. Ontkenning het volgens Ponsford, (1995), egter ook 'n voordeel in die vroeë fase van herstel, aangesien sorggewers die idee dat hulle lewe nie meer dieselfde sal wees nie, op 'n emosionele wyse probeer hanteer, om weer balans in die familiesisteem te probeer handhaaf. Indien die ontkenningfase egter te lank duur, kan dit ook negatiewe gevolge vir sorggewers inhou, soos onder andere sosiale isolasie. *"... however, that it may be important for the family to deny, to an extent, in order to re-establish family equilibrium. Denial helps the families come to terms with their life change, but if it persists, social isolation may result and life might then centre around the impaired individual only"* (Rollin, 2000: 77).

Professionele persone wat saam met hierdie sorggewers werk, moet hierdie aspek van ontkenning respekteer, aangesien pogings om hierdie ontkenning te konfronteer, juis die verhouding tussen die sorggewers en die professionele span negatief kan beïnvloed (Ponsford, 1995). *"Relatives may come to view staff as pessimistic, and lose faith in their commitment to making the best of the injured family member's future"* (Ponsford, 1995: 267). Die rede hiervoor kan moontlik gesien word vanuit die oogpunt dat die sorggewers steeds in die ontkenningfase van die rouproses is.

'n Oop verhouding tussen professionele spanlede en die sorggewers kan moontlik daartoe lei dat die fase van ontkenning vinniger oorkom word. Alhoewel die sorggewers min kennis van die aard van 'n breinbesering en gepaardgaande afwykings het, het hulle genoegsame kennis van die persoon met 'n TBB se behoeftes en is hulle juis die persone wat op die langtermyn aktief betrokke is in die versorgings-, toesig- en ondersteuningsrol van die persoon met 'n TBB. In die meeste gevalle is dit onmoontlik om aan sorggewers die uitkomst te voorspel en om meer besonderhede te verskaf oor wat die persoon met 'n TBB se toekoms moontlik inhou. Alhoewel die voorspellings wat deur reabilitasiepersoneel gemaak word dikwels meer akkuraat en realisties is as dié van sorggewers, is dit onder hierdie omstandighede van ontkenning, verstandig om hierdie meningsverskil te erken, as om dit te etiketteer as "ontkenning".

Na die waarneming is die deelnemers versoek om die vraelys te voltooi waarin daar van hulle verwag is om hulle behoeftes op 'n Likert-skaal aan te dui. Die analisering van die Behoeftevraelys het aangetoon dat die deelnemers wel bepaalde behoeftes gehad het oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB tydens die akute rehabilitasieperiode. Die resultate sal vervolgens geïnterpreteer word.

a) Mediese toestand

Op die skaal het Deelnemers 1 en 3 aangetoon dat hulle 'n bepaalde behoefte het ten opsigte van algemene inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand. Die behoeftes het aspekte ingesluit soos dat hulle ten alle tye ingelig wil wees ten opsigte van veranderinge in die persoon se mediese toestand, die tydperk wat die persoon met 'n TBB se probleme moontlik sal voortduur, asook inligting oor die aard van mediese- sowel as sjirurgiese prosedures. Die resultate stem duidelik ooreen met vorige navorsing wat uitgevoer is in die veld van sorggewers se behoeftes oor die hantering van persone met 'n TBB.

Verskeie studies toon aan dat sorggewers van persone met 'n TBB se belangrikste behoeftes is om inligting te ontvang in verband met die persoon met 'n TBB se mediese toestand (Maus-Clum en Ryan, 1981). Grant en Bean (1992) het verdere ondersoek ingestel na sorggewers se behoeftes in terme van intra-, inter- en ekstrapersoonlike stressors deur van die Neuman Sisteem Model (Neuman, 1984) gebruik te maak. In die studie het 13% van die sorggewers die behoefte aan inligting oor die breinbesering. Die resultate van Grant en Bean (1992) se studie stem ooreen met 'n gevolgtrekking wat deur Campbell (1988) gemaak is, naamlik dat sorggewers hoofsaaklik behoeftes het aan meer opleiding en inligting rakende die aard van die breinbesering en die versorging daarvan (Grant en Bean, 1992; Campbell, 1988). Mathis (1984) het ondersoek ingestel om te bepaal of die behoeftes van sorggewers van 'n persoon met 'n TBB verskil van dié van die sorggewers van 'n kritieke siek persoon, sonder 'n akute TBB. Weereens dui die resultate daarop dat baie van die behoeftes van die twee groepe sorggewers ooreenstem, en dat een van hulle belangrikste behoeftes is om ingelig te word oor alle veranderinge in die persoon se mediese toestand, spesifieke inligting aangaande die persoon se vordering en om meer inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand te verkry (Mathis, 1984; Engli en Karsivali, 1993). Nog ander studies het die sorggewers se behoeftes rakende meer inligting ondersoek, en

aangetoon dat al die sorggewers (100%) 'n behoefte het om te weet wat fout is met die persoon met 'n TBB en om te weet hoe die persoon medies behandel moet word (Engli en Karsivali-Farmer, 1993; Mackay *et al.*, 1997).

Slegs Deelnemer 2 het aangedui aan dat sy geen behoefte het om meer inligting te bekom rakende die mediese toestand van die persoon met 'n TBB nie. By wyse van 'n verduideliking, is daar egter 'n paar faktore wat in oorweging geneem moet word. Eerstens, soos ook gemeld word deur (Ponsford, 1995) word ontkenning in hierdie stadium van die beseringstydperk (akute rehabilitasieperiode), gebruik as 'n waardevolle oorlewingsinstrument. In die tweede plek het Deelnemer 2 finansiële probleme tydens die periode van data-insameling gehad en kon sy met meer as een geleentheid, nie publieke vervoer na die rehabilitasiesentrum bekostig nie. 'n Kombinasie van finansiële probleme, verligting dat die persoon met 'n TBB die besering oorleef het, en die potensiaal vir sosio-ekonomiese druk in die huishouding, kon moontlik bygedra het tot 'n gebrek aan Deelnemer 2 se inligtingsbehoefte. Dit is moontlik dat die deelnemer haarself in 'n posisie geplaas het waar sy die persoon met 'n TBB en haar familie die probleme beter kon hanteer. Volgens Cook (1990) en Degeneffe (2001) speel sosio-ekonomiese status wel 'n rol in die hantering van gepaardgaande probleme as gevolg van 'n TBB, asook aspekte soos ouderdom, ras, finansies en ander onderskeidende kenmerke van sorggewers. Hierdie tekort aan inligtingsbehoefte is in teenstelling met ander studies wat bevind dat sorggewers met 'n laer inkomste, meer dikwels aandui dat hulle behoeftes het wat nie aandag geniet nie, as hulle eweknie met 'n hoër inkomste (Kreutzer *et al.*, 1994).

b) Kognitiewe afwykings

In die huidige studie is daar ook bevind dat die deelnemers nie ten alle tye bewus was van die persoon met 'n TBB se onderliggende kognitiewe afwykings nie. Indien die aard van hulle behoeftes in terme van die hantering van kognitiewe afwykings vergelyk word met die aard van hulle behoeftes aan ander aspekte van die persoon met 'n TBB se afwykings, blyk hulle behoeftes aan die hantering van kognitiewe afwykings minder te gewees het. Hierdie resultate stem ooreen met Gentleman (2001) se stelling dat kognitiewe afwykings eers later in die herstelproses deur sorggewers geïdentifiseer word. Die hantering van die persoon met 'n TBB se geheueprobleme is egter deur al drie die deelnemers beskou as 'n behoefte. Die rede hiervoor is moontlik dat die

deelnemers reeds bewus geword het dat die persoon met 'n TBB se geheue swakker is as voor die ongeluk.

Volgens Ponsford (1995) is die hantering van kognitiewe probleme, veral geheueprobleme, een van die areas wat dien as 'n bron van stres wat deur die sorggewers van 'n persoon met 'n TBB ervaar word. Die deelnemers het in gesprek met die navorser gemeld dat hulle 'n behoefte het om te weet waarom die persoon met 'n TBB sekere dinge onthou wat voor die ongeluk gebeur het, maar veral probleme ervaar met korttermyngeheue, soos byvoorbeeld dat die persoon met 'n TBB nie kon onthou wat hy/sy die vorige dag gedoen het nie. Die deelnemers was dus al gekonfronteer met die persoon met 'n TBB se afwykings in geheue. In die resultate van die studie uitgevoer deur Campbell (1988) en Acorn (1993) toon 64% en 74% van die sorggewers onderskeidelik aan dat hulle 'n behoefte daaraan het om metodes aan te leer oor hoe hulle die persoon met 'n TBB kan ondersteun om sy geheueprobleme te oorbrug.

In hierdie studie het slegs Deelnemers 1 en 2 aangetoon dat hulle 'n moontlike behoefte gehad het om ingelig te word oor die aard van die persoon met 'n TBB se aandag- en konsentrasieafwykings, terwyl Deelnemer 3 dit as nie so 'n belangrike behoefte beskou het nie. Hoe om die persoon met 'n TBB te hanteer wanneer hy deurmekaar is, is *slegs* deur Deelnemer 1 aangedui as 'n behoefte, terwyl Deelnemers 2 en 3 dit as nie 'n behoefte aangedui het nie. Hierdie resultate is egter in teenstelling met bevindinge van vorige studies, deurdat verskeie navorsers aantoon dat een van sorggewers se belangrikste behoeftes is om ingelig te word oor maniere om die persoon met 'n TBB te help met probleme rakende die denke (99%) (Kreatzer, Serio en Bergquist, 1994; Moules en Chandler, 1999). Hierdie diskrepansie in die resultate van die huidige navorsing en die resultate van vorige navorsing het moontlik te doen met die bevinding dat hierdie afwykings in die persoon met 'n TBB eers later te voorskyn tree: *"...TBI is often called the hidden disability, as many of its disabling features are invisible to the casual observer..."* (Gentleman, 2001: 197). Alhoewel een deelnemer nie 'n behoefte gehad het om meer te weet van die kognitiewe veranderinge in die persoon met 'n TBB nie, is dit steeds belangrik om te bepaal wat die sorggewers se behoeftes in terme van die hantering van die persoon se kognitiewe afwykings is, sodat die nodige inligting en aanpassings wat daar deur hulle gemaak moet word, vroegtydig geïdentifiseer kan word en hulle die nodige opleiding in hierdie verband kan ontvang. Hierdie stelling word gestaaf in die volgende aanhaling: *"An assessment of the overall demands on the family*

is important, so that a realistic level of involvement can be encouraged” (Sloan en Ponsford, 1995: 122).

c) Kommunikasieprobleme

Kommunikasie speel 'n sentrale rol in individue se vermoëns om in die daaglikse lewe te funksioneer en vereis die suksesvolle interaksies in die persoon se kognitiewe-, linguistiese- en gedragsvermoëns. In die geval van 'n traumatiese breinbesering word baie van hierdie vaardighede aangetas en dit lei tot 'n komplekse verskeidenheid van kommunikasieprobleme (Snow en Ponsford, 1995). Die aard van die kommunikasie-afwykings kan op sigself die totale rehabilitasieproses beïnvloed indien die probleme ernstig is (Gentleman, 2001). As gevolg van die uitwerking wat 'n kommunikasie-afwyking op die sosiale netwerke van persone met 'n TBB en hulle sorggewers mag hê, kan daar wel behoeftes by sorggewers ontstaan in terme van kommunikasie met die persoon met 'n TBB.

In die huidige studie het beide Deelnemers 1 en 3 'n behoefte gehad om meer ingelig te word oor die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme. Die deelnemers se behoeftes het aangetoon dat hulle ingelig wou word oor die aard van die persoon met 'n TBB se kommunikasieprobleme, hoe om reseptiewe taalafwykings te hanteer, en wat om te doen as hulle nie die persoon met 'n TBB verstaan nie. Deelnemer 3 het ook hierdie behoeftes beklemtoon in die gedeelte van die vraelys waarin daar oop vrae aan die deelnemers gestel is. Sy het gemeld dat dit in die begin moeilik was om die persoon met 'n TBB te verstaan. Beide Deelnemers 1 en 3 het ook 'n behoefte aan meer inligting gehad oor hoe om hulle kommunikasiestyl moes aanpas, ten einde die persoon met 'n TBB te ondersteun tydens kommunikasie-interaksie.

Die bogenoemde resultate sluit ook aan by navorsing wat gedoen is deur Campbell (1988) en Acorn (1993) deurdat 57% en 74% van die sorggewers in albei studies meld dat hulle behoeftes het aan riglyne oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB. Acorn (1993) en Campbell (1988) meld dat 'n gebrek aan vaardighede om met die persoon met 'n TBB te kommunikeer, juis een van die faktore is wat stres by sorggewers laat ontstaan. Dit is ook belangrik dat sorggewers van 'n persoon met 'n TBB ingelig moet word oor die basis van kommunikasie-afwykings wat kan lei tot 'n ontwrigting in hulle gesprekke en interpersoonlike verhoudings tussen die persone met

'n TBB en sorggewers (Wedcliffe, 1999). Op hierdie wyse kan sorggewers ondersteun en bygestaan word in terme van die moontlike frustrasies wat hulle kan ervaar tydens die interaksie met die persoon met 'n TBB.

Deelnemer 2 het herhaaldelik gemeld dat sy geen behoeftes in terme van kommunikasie met die persoon met 'n TBB gehad het nie, en dat sy die persoon met 'n TBB deurgaans verstaan het. Hierdie resultaat dui op 'n interessante patroon wat by hierdie deelnemer voorkom. Dit kom voor asof sy die hanteringsmeganisme van ontkenning gebruik, ten spyte van die waarneming dat die Pragmatic Protocol (Prutting en Kirchner, 1987) aandui dat haar kommunikasie-interaksie ontoepaslik is. Hierdie stelling word gemaak op grond van die waarneming dat sy nie bewus was van subtiele en duidelike simptome wat deur die persoon met 'n TBB vertoon is nie (kognitiewe-, mediese en kommunikasie-verwante simptome).

Die kommunikasiebehoeftes van die deelnemers (uitsluitend Deelnemer 2) blyk dus voor die hand liggend te wees, deurdat hulle ondersteuning benodig om optimale kommunikasie-interaksie met die geaffekteerde persoon te fasiliteer. Hierdie bevindinge word ook in die literatuur ondersteun (Campbell, 1988, Acorn, 1993, , Mackay *et al.*, 1997, Wedcliffe, 1999).

d) Gedrags- en emosionele afwykings

Resultate van die studie het aangetoon dat Deelnemers 1, 2 en 3 'n behoefte gehad het oor die wyse van hantering van die persoon met 'n TBB se gedrags- en emosionele afwykings. Dit het onder andere aspekte ingesluit soos die hantering van depressie, uitbarstings, vreemde gedrag en geïrriteerdheid. In die analisering van die oop vrae van die vraelys (Afdeling C) het die resultate daarop gedui dat die meeste deelnemers (Deelnemers 1 en 3) nie oor genoegsame kennis beskik oor die hantering van gedrags- en emosionele afwykings, beskik het nie. Hulle het behoeftes gehad aan inligting oor hoé die persoon met 'n TBB se gedrags-en emosionele afwykings hanteer moes word. Hierdie afleiding is gemaak op grond van die opmerkings wat deur Deelnemers 1 en 3 gemaak is. Deelnemer 1 het 'n behoefte gehad om te weet of sy ferm teenoor die persoon met 'n TBB moes optree en of sy die persoon se vreemde gedrag moes ignoreer. Deelnemer 3 het duidelik aangetoon dat sy nie genoegsame kennis het van

hoe sy die persoon met 'n TBB moes hanteer wanneer sy woedeuitbarstings gekry het nie.

Die resultate van vorige studies meld ook dat een van sorggewers se belangrikste behoeftes is om meer inligting te bekom en opgelei te word in aspekte oor hoe om die persoon met 'n TBB se gedragsprobleme te hanteer (Wallace *et al.*, 1998). *“Additionally, this need for accurate information has been cited by other researchers as one of the most prominent reported among caregivers”* (Wallace *et al.*, 1998: 491). Ponsford (1995: 165) het niks anders aangehaal nie as: *“One of the greatest sources of stress for those living and working with people who have sustained TBI is dealing with changes in behaviour”*.

Gedrags- en emosionele probleme kan, indien ernstig, lei tot gevaar vir die persone wat met die persoon met 'n TBB werk. Hierdie tipe probleme kan ook lei tot meer stres vir die familie, terapeute en rehabilitasiepersoneel. As gevolg van stresvolle interaksies wat kan ontstaan, kan persone met 'n TBB dikwels minder rehabilitasie ontvang as wat hulle moet, asook uitgeskuif word tydens interaksies. Hierdie probleem kan dan moontlik ook hulle geleentheid tot reïntegrasie in die gemeenskap beperk (Ponsford, 1995). Dit is dus belangrik dat sorggewers se behoeftes aan die wyse van die hantering van hierdie gedrags- en emosionele afwykings geïdentifiseer moet word, sodat voldoende riglyne en ondersteuning deur rehabilitasiepersoneel aan hulle gegee word.

e) Ondersteuning

In terme van die deelnemers se behoeftes aan ondersteuning, was dit duidelik dat dit 'n aangeleentheid is waaraan al die deelnemers 'n behoefte gehad het. Al die deelnemers behalwe Deelnemer 1, het gemeld dat hulle 'n behoefte daaraan het dat al hulle vrae eerlik beantwoord moes word en dat hulle as sorggewers en die persoon met 'n TBB se behoeftes en begeertes gerespekteer moes word. Mathis (1984) en Engli en Karsivali-Farmer (1993) se bevindinge beklemtoon ook hierdie behoefte, deurdat sorggewers wil weet dat die hospitaal en professionele persone bekommerd is en omgee vir die persoon met 'n TBB. Deelnemer 2 was van mening dat sy geen behoeftes in die laasgenoemde verband gehad het nie.

Al drie die deelnemers het 'n behoefte aan meer ondersteuning deur professionele persone gehad. Hulle het 'n behoefte gehad om professionele persone te nader vir raad en ondersteuning en dat die professionele persone inligting aan hulle sal oordra in terme wat hulle verstaan. Ondersteuning deur ander is deur Deelnemers 2 en 3 as belangrik beskou, en hulle het gemeld dat hulle 'n behoefte gehad het om met iemand oor hulle gevoelens te praat. Deelnemers 1, 2 en 3 het ook verder gemeld dat hulle 'n behoefte aan meer inligting gehad het oor die aard en voordele van groepsterapie vir die persoon met 'n TBB, ten einde die persoon met TBB te ondersteun.

In die studies uitgevoer deur Campbell (1988) en Acorn (1993) het onderskeidelik 83% en 73% van die sorggewers aangetoon dat hulle behoefte het om oor hulle gevoelens te praat en om emosionele ondersteuning te ontvang. In 'n literatuuoroorsig is dit duidelik dat die aard van die deelnemers se behoeftes in die huidige studie, 'n sterk ooreenkoms toon met sorggewers se behoeftes in vorige navorsing. Verskeie studies bewys (meer as 80% van die ondersoeke) dat primêre sorggewers se belangrikste behoeftes is: dat hulle vrae ten alle tye eerlik beantwoord moet word (Campbell, 1988; Mathis, 1984, Kreutzer, Serio en Bergquist, 1994; Moules en Chandler, 1999), dat hulle vrae beantwoord moet word in taal wat hulle verstaan en dat professionele persone hulle behoeftes en begeertes respekteer (Mackay et al., 1997). Die laasgenoemde behoeftes kom ook direk ooreen met die sorggewers van kritieke siek persone se tien belangrikste behoeftes wat in gepubliseerde studies voorkom vanaf 1979 tot 1993 (Mackay *et al.*, 1997).

Uit die resultate van die verskillende studies en die huidige studie, is dit duidelik dat sorggewers 'n behoefte aan ondersteuning het tydens die akute rehabilitasieperiode. 'n Skielike trauma, soos in die geval van 'n traumatiese breinbesering, laat gevoelens van vrees en angstigtheid by sorggewers ontstaan. Hierdie vrees en angstigtheid bestaan uit frustrasie, hulpeloosheid, skuldgevoelens, woede en gewoonlik die nywigheid van die ervaring vir die familie. Die onverwagte noodlot wat met sy kenmerkende gevolge die trauma inlui, veroorsaak dat die gesinslede nie vooraf kon beplan nie. Baie van die sorggewers se behoeftes word nie bevredig tydens die kritieke versorgingsperiode nie, en dit laat hulle voel dat hulle alleen deur die proses moet gaan (voel geïsoleerd), dat hulle verkeerd verstaan word, en dat hulle dus glo dat hulle geen ondersteuning ontvang nie (Kreutzer, Serio en Bergquist, 1994).

Toepaslike en voordurende evaluasie van die familie-dinamiek, ondersteuningstrukture en toepaslike intervensie deur professionele persone is van kardinale belang om die persoon met 'n TBB en sy familie se vooruitsigte so ver as moontlik draaglik te maak. Die familie dien as 'n groot bron van ondersteuning vir die persoon met 'n TBB, en verskeie studies meld dat sterk ondersteuningstrukture, die persoon met 'n TBB se uitkomst positief beïnvloed (Wallace *et al.*, 1998). Die sorggewers se reaksie in die krisistydperk van die ernstige TBB moet taktvol en beheersd wees, ten einde die persoon met 'n TBB so min as moontlik te ontstel. Hieruit is dit duidelik dat sorggewers se behoeftes aan ondersteuningsmetodes bepaal moet word, sodat hulp en leiding van die begin af aan hulle verskaf kan word, ten einde albei se langtermynuitkomst te bevorder.

f) Voedingsprobleme

Deelnemers 1 en 3 meld dat hulle 'n moontlike behoefte het om ingelig te word oor die aard van die persoon met 'n TBB se voedingsprobleme, terwyl Deelnemer 2 dit as geen behoefte noem nie. Aangesien disfagie, of slukafwykings, moontlik een van die probleme is waarmee 'n persoon met TBB kan presenteer na 'n TBB, is dit belangrik om hierdie behoeftes te bepaal tydens die akute rehabilitasieperiode. TBB-verwante disfagie kan die gevolg wees van 'n psigologiese afwyking (bv. vertraagde of afwesige opwekking van faringeale sluk), kognitief-kommunikatiewe afwyking (bv. verminderde aandag) en/of gedragsafwykings (bv. impulsitwiteit) (O'Neil –Pirozzi, Momose, Mello, Lepak, Maccabe, Connors en Lisiecki, 2003). Weens die komplekse aard van 'n TBB, is sorggewers egter nie altyd bewus van die impak van 'n TBB op die persoon met TBB se voeding nie, en gebeur dit dikwels dat sorggewers nie kennis dra van die aard daarvan nie. Die bevinding dat Deelnemer 2 aangetoon het dat sy geen behoefte gehad het ten opsigte van die persoon met TBB se voedingsprobleme nie, kan moontlik gesien word in die lig daarvan, dat die persoon met 'n TBB nie meer enige probleme met voeding ondervind het nie, en reeds besig was met orale voeding, en kon homself voer.

g) Rol van die sorggewer

Inligting oor die rol van die sorggewer is tydens die akute rehabilitasieperiode is 'n behoefte wat deur beide Deelnemers 1 en 3 beklemtoon is. Deelnemer 1 het 'n

behoefte gehad om te weet wat haar rol as sorggewer is tydens die akute rehabilitasieperiode. Deelnemers 1 en 3 het 'n behoefte gehad om te weet wat hulle rol is in die hantering van kommunikasieprobleme, en dat hulle menings gebruik word in die beplanning van die persoon met 'n TBB se intervensie, en om aan professionele persone te verduidelik wat die toestand van die persoon met 'n TBB voor die ongeluk was. Deelnemer 2 het egter genoem dat dit geen behoefte vir haar is om te weet wat haar rol as sorggewer is nie.

Aanpassings wat in die omgewing gemaak moet word om die persoon met 'n TBB te ondersteun en te hanteer as hy moeg en uitgeput raak, is as 'n behoefte deur Deelnemers 1 en 3 beskou, terwyl Deelnemer 2 dit as geen behoefte gesien het nie. Hoe om die persoon met 'n TBB te stimuleer is slegs deur Deelnemer 1 as 'n behoefte beskou, terwyl die ander dit nie so beskou het nie.

Huidige navorsing beklemtoon dat alle omgewingsfaktore, wat 'n moontlike invloed het op die persoon met 'n TBB se vordering, onmiddelik bepaal en aangespreek moet word (Sander, Caroselli, High, Becker, Neese en Scheibel, 2002; Davis, Gemeinhardt, Gan, Anstey en Gargaro, 2003). Aangesien sorggewers een van die faktore is wat 'n belangrike rol speel in die versorging van die persoon met 'n TBB, is dit belangrik dat hulle behoeftes ten opsigte van hulle rol en die nodige aanpassings wat hulle moet maak, alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode bepaal en aangespreek moet word. Volgens die literatuur speel sorggewers en die onmiddelike gesinsomgewing 'n belangrike rol in die persoon met TBB se vordering, uitkomst asook die psigososiale aanpassings wat die persoon met TBB moet maak. Indien die sorggewers egter nie bewus is van hulle rol tydens die rehabilitasieperiode en omgewingsaanpassing wat hulle moet maak nie, kan dit die persoon met TBB se uitkomst asook vordering in rehabilitasie negatief beïnvloed (Sander, *et al.*, 2002, Davis *et al.*, 2003). Suksesvolle rehabilitasie vereis egter voldoende samewerking van sorggewers, in bv. vervoer van persone met TBB na onderskeie rehabilitasiedienste, daaglikse terapeutiese tuisprogramme wat uitgevoer moet word, her-struktuering van die huislike omgewing om die persoon met TBB te ondersteun ens. Indien die sorggewers psigologiese stress ervaar, en daar konflik tussen die onderskeie familielede is, kan dit ook die proses van rehabilitasie negatief beïnvloed, aangesien hulle dus nie effektiewe deelnemers in die rehabilitasieproses is nie (Sander, *et al.*, 2002).

In die analisering van die resultate van die oop vrae het die deelnemers ook ander behoeftes gehad wat nie in die vraelys aan hulle gevra is nie. Die resultate toon aan dat Deelnemer 1 'n behoefte gehad het om te weet hoe lank dubbelvisie sal aanhou en wat daaromtrent gedoen kan word. So ook het Deelnemer 1 gemeld dat sy 'n behoefte gehad het aan inligting oor die tipe behandeling wat daar vir swak gesigspiere verskaf word. Hierdie behoeftes resorteer dus onder die kategorieë van meer inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand en beklemtoon weereens dat sorggewers se belangrikste behoefte is om meer inligting rakende alle aspekte van die persoon met 'n TBB te ontvang.

5.2. INTERPRETASIE VAN FASE 1 (B): FOKUSGROEPE EN SEMI- GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE

Tydens die tweede gedeelte van Fase 1 (Fase 1: Deel 2- Fokusgroepe en semigestruktureerde onderhoude) van die studie is daar van 'n fokusgroep en drie semigestruktureerde onderhoude gebruik gemaak om 'n nuwe groep sorggewers, (wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is), se behoeftes ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB te bepaal, met die oog daarop om die behoeftes in die voorlopige meetinstrument in te sluit. Die inligting wat uit hierdie gesprekke na vore gekom het, is deur middel van 'n DA geanaliseer. Met die DA van die gesprekke het verskeie temas na vore gekom. Die behoeftes sal vervolgens gelys word: 'n Behoefte aan:

- a) Ondersteuning;
- b) Inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB;
- c) Hantering deur die professionele span en sorggewers se hoop;
- d) Behoefte aan kommunikasie en stimulasie van die persoon met 'n TBB;
- e) Deelnemer se persepsies oor die rol van die sorggewer tydens die akute rehabilitasieperiode.

a) Ondersteuning

Die resultate toon hoofsaaklik aan dat die sorggewers alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode 'n behoefte aan ondersteuning het. Hulle wou reeds van die begin af deel van 'n ondersteuningsgroep wees vir ondersteuning, hoop en om hulle emosies,

gevoelens asook teleurstellings te deel. Verder meld hulle ook dat hulle hierdie behoefte aan ondersteuning gehad het om 'n gevoel van bemagtiging te kry, en om te voel dat hulle nie alleen deur die proses gaan nie. Baie navorsers het reeds behoefte aan familieondersteuning gedurende die rehabilitasieperiode beklemtoon. Die hele familie moet die fokuspunt van opleiding en intervensie wees (Gleckman en Brill, 1995; Junque, Bruna en Mataro, 1997; Tyerman, 1991). Verder meld Douglas en Spellacy (1996) ook dat 'n tekort aan sosiale ondersteuning vir sorggewers, na die ontstaan van 'n breinbesering, 'n spesifieke risiko inhou vir suksesvolle familie-aanpassing. Navorsers het dus tot die gevolgtrekking gekom dat sosiale ondersteuning geïdentifiseer is as die belangrikste faktor vir optimale familie-funksionering (Douglas en Spellacy, 1996). *“The family and its support systems play a vital role in the continuum of care following severe brain injury. The way in which the family responds to a crisis may drastically affect the outcome of the injured individual. The health care system places expectations on the family to cope appropriately, provide the necessary support for the patient, and follow through on recommendations and suggestions”* (Mackay et al., 1997:561).

Die deelnemers verklaar dat hulle 'n behoefte het aan meer professionele steun ten einde meer inligting te verkry sodat hulle die nodige veranderings in hulle lewenstyl kan aanbring. Hulle verlang beter voorbereiding vir die pad wat hulle sal moet loop. Die pad sluit in, aanpassings om daaglik na die persoon met 'n TBB om te sien en inligting oor instansies wat hulle kan nader om hulp met versorging. Die deelnemers is van mening dat ondersteuning deur professionele persone hulle sal help om hulle emosionele behoeftes te bevredig. Kreatzer, Serio en Bergquist (1994) het in hulle studie beklemtoon, dat indien sorggewers se behoeftes nie aandag geniet nie, hulle dit interpreteer as onvoldoende ondersteuning. *“In contrast, unmet needs were predominantly related to the provision of support* (Sinnakurappan en Williams, 2001: 668-669). Hierdie beperkte ondersteuning kan moontlik daartoe lei dat sorggewers probleme ondervind met die aanpassings wat hulle sal moet maak ten einde die persoon met 'n TBB te versorg. *“The role of support has not been widely explored in the literature,suggest that an intricate and influential relationship exists between family adjustment and the perceptions of the caregiver regarding the ... amount of support received...”*(Wallace et al., 1998: 490).

b) Inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB

Die behoeftes van die deelnemers lei daartoe dat hulle van mening is dat hulle nie oor genoegsame kennis beskik, om die persoon met 'n TBB te hanteer nie. Hulle is van mening dat hulle meer kennis by rehabilitasiepersoneel sou wou inwin oor die aard van die breinbesering, funksies van die brein, watter breindele beskadig is en wat die gevolge daarvan gaan wees. Die deelnemers meld dat hulle die persoon met 'n TBB beter sou kon hanteer en verstaan het indien hulle meer insig in die aard van sy probleme gehad het. Die tweede aspek waaraan die deelnemers 'n behoefte aan meer inligting het, is hoe om die persoon met 'n TBB se basiese behoeftes te bevredig, watter probleme eerste opgelos moet word en die rede daarvoor; dus inligting oor watter aspekte prioriteit is in behandeling en waarom. Hierdie tipe inligtingbehoefte dien as “stressors” vir die sorggewers en moet effektief deur rehabilitasiepersoneel hanteer word. Bogenoemde bevinding is in ooreenstemming met die literatuur wat aantoon dat sorggewers toegang tot inligting van rehabilitasiepersoneel af benodig, ten einde hulle te ondersteun om die krisistydperk beter te hanteer (Sinnakurappan en Williams, 2001). Volgens Mackay *et al.*, (1997) is opvoeding en opleiding een van die eerste stappe in rehabilitasie en die verskaffing van hierdie tipe inligting is deel van die regte van die sorggewers. *“We have gradually moved into an era of consumerism that has come to include patient and family rights, one of the biggest of these being access...to extensive and full information... [regarding] the critically injured family member. Families need and want consistent and frequent information. Often the desire for information exceeds what information is available. The combination of providing medical information and defining the involvement and role of the family helps to decrease confusion and gives structure to a potentially unpredictable situation”* (Mackay *et al.*, 1997:546). Dit is dus juis om hierdie redes belangrik, dat inligting alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode aan sorggewers verskaf moet word.

c) Hantering deur die professionele span en sorggewers se hoop

Die deelnemers het deurgaans en voordurend 'n behoefte om meer duidelikheid te verkry in verband met die rolle van die verskillende rehabilitasiepersoneel, wat 'n belangrike deel vorm van die rehabilitasieproses. *“During the course of acute hospitalization, family members will come into contact with many professionals.*

Families who are only beginning to face this crisis may be confused as to roles and identities” (Mackay et al., 1997: 547). Spanwerk saam met sorggewers is dus noodsaaklik.

Verder het die deelnemers ‘n behoefte daaraan dat rehabilitasiepersoneel hulle beter moet voorberei vir die toekoms, saam met die geaffekteerde persoon. Hierdie is nie ‘n nuwe bevinding nie, aangesien Mackay et al., (1997:562) ook reeds aangetoon het dat: *“Health care personnel also bear the responsibility of understanding the full continuum of recovery from brain injury. All team members must work together to assist families in understanding the “whole picture” in terms of what has occurred and what is to come”*.

Hoop vir die toekoms vanaf die rehabilitasiepersoneel is nog ‘n belangrike behoefte. *“A family’s ability to maintain hope is a key factor in its ability to maintain coping skills” (Mackay et al., 1997:543). Hierdie aanhaling stel dit onomwonde dat dit vir sorggewers van ‘n persoon met ‘n TBB belangrik is om hoopvol te wees tydens die akute rehabilitasieperiode. Die gevoel van hoop is een van die belangrike elemente in die fases van herstel en vorm deel van die ontkenningsfase. In tye van ‘n krisis, soos tydens die akute rehabilitasieperiode, word “ontkenning” deur die sorggewers gebruik as die tyd wat benodig word om aan te pas en te aanvaar wat gebeur het. Hierdie fase, ook bekend as die “Everything will be all right” – fase (Mackay et al., 1997: 543), gee die sorggewers die geleentheid om ondersteuning en moed bymekaar te skraap. Ontkenning dien as ‘n psigologiese voorbereiding vir moontlike slegte nuus (Mackay et al., 1997). Aangesien hoop dus ‘n belangrike element van hierdie fases in die herstelproses is, moet dit nooit laat vaar word nie, mits die dood voor die hand liggend is. Volgens Mackay et al., (1997) moet die professionele spanlede die twee faktore; naamlik die behoefte om te ontken, en die behoefte om die realiteit van die situasie te hanteer, ‘n gelyke kans gee. Om ondersteuning te verskaf beteken volgens Mackay et al., (1997) om inligting aan sorggewers te verskaf met die oog op ‘n hoopvolle verloop van sake. Hierdie literatuur stem ooreen met sommige van die response wat deur die sorggewers tydens die navorsing verkry is. Wat interessant is van hierdie behoefte, is dat die deelnemers van mening was dat rehabilitasiepersoneel nie oor genoegsame kennis beskik nie, en dat dit die rede is waarom hulle nie genoeg hoop aan sorggewers gee tydens die akute rehabilitasieperiode nie. Hierdie aspekte lei daartoe dat die deelnemers ‘n negatiewe houding teenoor die rehabilitasiespan openbaar en van*

mening is dat die span nie in die persoon met 'n TBB of die sorggewers se behoeftes belangstel nie.

Dit is vir die sorggewers belangrik om hoopvol te wees aangesien dit hulle help om die situasie beter te hanteer. *“These manifestations of hoping generate a sense of energy within the family, which allows the family to better utilize resources to confront the myriad of problems”* (Mackay et al., 1997: 543).

Die behoeftes in die voorafgaande bespreking, naamlik 'n behoefte aan ondersteuning, om meer hoop te ontvang, inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB, kommunikasie met die persoon met 'n TBB, dat alle vrae eerlik beantwoord moet word, toekomsverwagtinge van die persoon met 'n TBB, ensovoorts, toon 'n sterk ooreenkoms met die temas wat vanuit ander navorsing verkry is. Campbell (1988) het 'n studie uitgevoer op 14 Amerikaanse sorggewers van 'n persoon met 'n TBB, en die resultate toon dat al die sorggewers (100%) behoeftes uitgespreek het om te weet dat daar hoop is, en 93% het aangetoon dat hulle wil weet wat die toekoms vir die persoon met die besering sal inhou. Die navorser het hierdie behoeftes as psigologiese behoeftes geklassifiseer. Volgens Campbell (1988) het die sorggewers opvoedings-behoeftes gehad. Hulle het meer inligting verlang ten opsigte van die komplikasies van die breinbesering op die persoon met 'n TBB. Verder wou die sorggewers op hoogte wees van die beskikbare hulpbronne in die gemeenskap. Hulle wou ook weet of al hulle vrae eerlik deur die rehabilitasie-personeel beantwoord sou word.

Grant en Bean (1992) het verdere ondersoek ingestel oor sorggewers se behoeftes in terme van intrapersoonlike, interpersoonlike en ekstrapersoonlike stressors wat hulle op grond van 'n vraelys verkry het. Die Neuman Sisteem Model (Neuman (1984) is gebruik. Albei studies (Campbell, 1998 en Grant en Bean, 1992) beklemtoon dat die sorggewers bepaalde behoeftes gehad het deur te wou weet wat die toekoms vir die persoon met 'n TBB inhou. Ander algemene behoeftes wat ook deur Grant en Bean (1992) geïdentifiseer is, is dat sorggewers 'n behoefte het aan ondersteuningsgroepe (26%) en vriende om hulle te help met huishulptake (8%). Ander behoeftes is om inligting te bekom oor dagsorgfasiliteite (26%) en inligting in verband met die breinbesering (13%). Hierdie resultate van Grant en Bean (1992) stem ooreen met die gevolgtrekking wat deur Campbell (1988) gemaak is, naamlik dat sorggewers hoofsaaklik behoeftes het aan meer opleiding en inligting rakende die breinbesering en

die versorging daarvan. Resultate van 'n studie wat deur Jones (1996) en Knight, Devereux en Godfrey (1998) uitgevoer is, dui aan dat sorggewers bepaalde behoeftes het om te weet wat die toekoms vir die persoon met 'n TBB inhou (77%) en wat die aard van die versorging gaan wees wat die persoon sou benodig (Jones, 1996).

Acorn (1993) het ondersoek ingestel na die behoeftes van sorggewers en sy resultate wat ook deur Campbell (1988) aangedui is, dui daarop dat sorggewers bepaalde behoeftes het om te weet dat hulle vrae eerlike beantwoord sal word (100%). Dit was die reaksie van 93% van die sorggewers wat deur Acorn (1993) ondervra is. Wat die psigologiese behoeftes betref: 93% van die sorggewers het in die studie van Campbell (1988) en 95% in die studie van Acorn (1993) aangedui dat die sorggewers behoeftes daaraan het om te weet wat die toekoms vir die persoon met 'n TBB inhou. Die behoefte om oor hulle gevoelens te praat is deur 78 % van die sorggewers in Campbell (1988) se studie en 81% in Acorn (1993) se studie aangetoon. So ook het sorggewers 'n behoefte aan emosionele ondersteuning en dit is onderskeidelik deur 86% en 90% van die sorggewers aangedui in Campbell (1988) en Acorn (1993) se navorsing. Om te voel dat daar hoop is, is onderskeidelik 100% en 93% deur die twee navorsers aangedui (Campbell, 1988; Acorn, 1993).

Mathis (1984) het verdere ondersoek ingestel om te bepaal of die behoeftes van sorggewers van 'n persoon met 'n TBB verskil van dié van kritieke siek persone sonder 'n akute TBB. Die resultate van hierdie studie toon dat die behoeftes wat by al die sorggewers dieselfde is, is dat hulle vrae eerlike beantwoord moet word, om te weet dat die hospitaalpersoneel besorgd is oor die persoon en om te voel dat daar hoop is. 'n Behoefte aan spesifieke inligting oor die persoon se vordering en alle veranderinge in sy/haar mediese toestand is ook tydens hierdie navorsing deur Mathis (1984) bepaal. Engli en Karsivali-Farmer (1993) se resultate toon dat sorggewers bepaalde behoeftes daaraan het om te voel dat die professionele persone persoonlik omgee vir die persoon met 'n TBB en om inligting te ontvang oor hoe die persoon medies behandel word. Ander behoeftes van sorggewers is ook om verduidelikings te ontvang in terme wat hulle verstaan en spesifieke inligting oor die aard van die persoon se vordering (Engli en Karsivali-Farmer, 1993).

Kreatzer, Serio en Bergquist (1994) se bevindinge toon aan dat 'n groot aantal sorggewers se behoeftes nie aandag geniet het tydens die kritieke versorgingsperiode

nie. Die bevinding dat hierdie behoeftes nie tydens die kritieke tydperk aandag geniet het nie, laat sorggewers voel dat hulle alleen deur die proses moet gaan en dat hulle behoeftes verkeerd geïnterpreteer word. Dit lei gevolglik daartoe dat die sorggewers van mening is dat hulle geen ondersteuning tydens hierdie kritieke tydperk ontvang nie. Die resultate van hierdie studie (Kreatzer, Serio en Bergquist, 1994) dui daarop dat die meerderheid van die sorggewers die behoeftes aan inligtingverskaffing en om sekerheid te kry, as belangrik beskou. Die belangrikste behoeftes wat die sorggewers aangetoon het in die studie is dat al hulle vrae eerlik beantwoord moet word (99%) en dat hulle seker wil wees dat die beste moontlike hulp aan die persoon met die besering verskaf word (99%).

Die bogenoemde literatuur is dus in ooreenstemming met die resultate van die huidige studie, aangesien dieselfde temas en behoeftes ook by die deelnemers voorkom. Om meer hoop aan sorggewers te verskaf kon moontlik daartoe gelei het dat die sorggewers se emosionele behoeftes aandag sou geniet, en dat hulle meer die gevoel sou gehad het dat hulle wel genoeg ondersteuning van die rehabilitasiepersoneel verkry. Verder moet dit ook in gedagte gehou word dat sommige sorggewers langer in die fase van ontkenning verkeer as ander. In die lig hiervan is dit dus belangrik dat rehabilitasiepersoneel spesiale aandag aan hierdie sorggewers moet gee, deur gereeld opvolgessies te hou, ten einde hulle te ondersteun om hulle rol as sorggewer beter uit te voer. Dit sal ook bydra tot makliker hantering van die realiteit van die situasie (Mackay, *et al.*, 1997).

d) Behoefte aan kommunikasie en maniere om die persoon met TBB te stimuleer

Die tema “Behoefte aan kommunikasie” is ook een van die behoeftes wat die deelnemers tydens die akute rehabilitasieperiode ervaar het. Die deelnemers wat aan hierdie gedeelte van Fase 1 (Deel 2), deelgeneem het, het die feit dat hulle nie met die persoon met 'n TBB kon kommunikeer nie as 'n skok ervaar en die behoefte uitgespreek om riglyne en maniere te vind om kommunikasie te verbeter. Voorbeelde hiervan is dat hulle ingelig wil word oor die kommunikasietekens waarvoor hulle moet oplet tydens kommunikasie-interaksie, ten einde te verseker dat die persoon met 'n TBB hulle wel verstaan.

Die behoefte aan kommunikasie sluit direk aan by die deelnemers se behoeftes aan riglyne om die persoon met 'n TBB te stimuleer tydens die akute rehabilitasieperiode. Die deelnemers het aangetoon dat hulle wel die behoefte het om met die persoon te kan kommunikeer, maar het 'n behoefte aan maniere waarop hulle die persoon met 'n TBB kan stimuleer en met hom kan kommunikeer.

Hierdie behoeftes in terme van kommunikasie en stimulasie soos deur die onderskeie deelnemers genoem is, kom direk ooreen met die vier stadiums wat Rollin, (2000) geformuleer het ten opsigte van die verskillende reaksies wat sorggewers op 'n skielike kommunikasie-afwyking toon. Die outeur meld dat sorggewers die feit dat hulle nie met die persoon met 'n kommunikasie-afwyking kan kommunikeer nie, eerstens as 'n skok ervaar. Daarna besef hulle die probleem, wil die probleem oplos en laastens erken hulle die feit dat daar wel 'n kommunikasie-afwyking voorkom.

Hierdie behoeftes het dus bepaalde eise wat daar aan rehabilitasiepersoneel gestel word. Dit is belangrik dat professionele persone kennis dra van sorggewers se behoeftes in terme van die hantering van kommunikasie-afwykings aangesien hiërdie afwykings juis kan lei tot probleme in sosiale aanpassing, seksuele bevrediging, interpersoonlike kommunikasie-interaksie en 'n verlies aan vennootskap tussen man en vrou (Rollin, 2000).

Ander probleme wat ook kan ontwikkel, indien kommunikasiebehoefte nie doeltreffend aangespreek word nie, is onder andere 'n onderbreking in die persoon se sosiale en daaglikse aktiwiteite (Rollin, 2000), aanpassing in rolveranderinge tussen man en vrou en 'n onvermoë om met die ander persoon te kommunikeer (Rollin, 2000). Laastens lei dit tot 'n onderbreking en versteuring in die dinamiese familiesisteem (Rollin, 2000). Die outeurs beklemtoon ook die belang van toepaslike en doeltreffende aandag aan die langtermyn psigososiale probleme, wat as gevolg van hierdie kommunikasie-afwykings kan voorkom (Rollin, 2000).

e) Deelnemer se persepsies oor die rol van die sorggewer tydens die akute rehabilitasieperiode

In die laaste tema wat uit die diskoersanalise (Fase 1: Deel 2) na vore gekom het, het die deelnemers hulle mening uitgespreek oor hulle persepsie van hulle rol as

sorggewers in die hantering van die persoon met 'n TBB. Die deelnemers het dit duidelik gestel dat hulle, hulleself beskou as die koördineerders van die persoon met 'n TBB se verskillende tipes behandeling. Op grond van die bogenoemde is dit duidelik dat die sorggewers 'n belangrike rol in die rehabilitasiespan moet speel, en dat hulle as mede spanlede beskou moet word. Dit is ook duidelik dat hulle 'n behoefte het om aan ander persone te verduidelik hoe die persoon met 'n TBB voor die besering was, omdat hulle van mening is dat hulle die persone is wat aan ander spanlede die inligting moet verskaf oor hoe die persoon hanteer moet word. Die deelnemers stel dit duidelik dat hulle die enigste persone is wat die persoon met 'n TBB ken en ten alle tye in sy onmiddellike behoeftes kan voorsien. Hulle is gevolglik die persone wat gekonfronteer word met die langtermyn-implikasies en impak wat die besering op hulle as sorggewers en die familiesisteem het. Die deelnemers noem ook dat hulle die nodige inligting by ander persone moet kry, ten einde die beste sorg aan die persoon met 'n TBB te verskaf. Geen inligting moet dus deur ander spanlede, van die sorggewers weerhou word nie.

Volgens Mackay et al., (1997), het sorggewers 'n behoefte daaraan dat hulle hulp benodig word en dat hulle alreeds 'n betekenisvolle bydrae, in die kritieke tydperk van die persoon met 'n TBB se herstelproses, wil lewer. Die professionele persone kan aan die sorggewers die geleentheid gee om onder andere self die persoon se basiese behoeftes alreeds in die hospitaal te bevredig.

Verder het die sorggewers 'n behoefte om alle inligting oor die persoon met 'n TBB met die professionele persone te deel. Die professionele persone moet hierdie behoeftes respekteer en die sorggewers se bydrae ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB ten alle tye in ag neem. Op hierdie wyse sal nie net die sorggewers se behoeftes bevredig word deur hulle rol in ag te neem nie, maar dit kan ook die professionele spanne se werkslading verlig en op die langtermyn lei tot meer effektiewe dienslewering. Dit kan uiteraard ook 'n positiewe invloed hê om die langtermyn-uitkomst van die persoon met 'n TBB en die van die sorggewers. Deur die sorggewers alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode te betrek kan hulle moontlik die gevoel van bemagtiging kry en die las as sorggewer kan verminder. *“The unique assistance relatives can provide, promotes a feeling of contribution and inclusion in the overall treatment plan. Family members feel helpful rather than helpless, and this empowers*

them in the role of contributors throughout the recovery process (Mackay et al., 1997:556).

Uit die bogenoemde resultate is die meetsinstrument (*Needs Questionnaire for caregivers of a person with a traumatic brain injury*) [*Behoeftes vraelys vir sorggewers van persone met 'n traumatiese breinbesering*], opgestel. Die inhoud van die meetinstrument kom ooreen met die resultate van vorige studies wat uitgevoer is met die doel om sorggewers se behoeftes te bepaal. Vorige navorsing het reeds bewys dat die identifisering van sorggewers se behoeftes 'n waardevolle navorsingsterrein is (Serio, Kreutzer en Witol, 1997). Daar is egter beperkte navorsing wat spesifiek op sorggewers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode fokus. Min tot geen inligting wat betrekking het op sorggewers se behoeftes in die Suid-Afrikaanse konteks kon tans in die literatuur gevind word nie. Die aanname wat deur Serio *et al.*, (1997) gemaak is, kan ook in hierdie studie gebruik word. Die navorsers is van mening dat dit indrukwekkend is om te sien dat die sorggewers se behoeftes konstant bly oor verskillende tipes navorsingsareas heen. In die huidige studie is die hoë vlak van ooreenstemming van die sorggewers se behoeftes indrukwekkend, as die verskillende metodes van data-insameling, grootte van die toetspopulasie, die wisseling in die tydperk waarin die sorggewers opgetree het ná die aanvang van die besering, en die Suid-Afrikaanse konteks in ag geneem word.

Opsommend kan daar afgelei word dat die inhoud van hierdie meetinstrument gunstig vergelyk kan word met die behoeftes wat verkry is vanuit internasionale literatuur en dit is dus 'n aanduiding daarvan dat universele behoeftes geïdentifiseer is. Alhoewel daar in die huidige studie van min proefpersone gebruik gemaak is, is daar bevind dat behoeftes in terme van inligting, emosionele ondersteuning, aard en kwaliteit van dienslewering deur die professionele persone, en hoop van die grootste behoeftes is wat sorggewers tydens die akute rehabilitasieperiode, asook in die eerste paar jaar na die ongeluk ondervind. Alhoewel daar verdere navorsing in hierdie verband benodig word, dui die huidige resultate aan dat die meetinstrument moontlik gebruik kan word om sorggewers se behoeftes reeds tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal, en om moontlik die evaluasie en behandelingstydperke, te monitor (Serio, *et al.*, 1997).

5.3. INTERPRETASIE VAN DIE RESULTATE VAN FASE 2

Afdeling 1 van die meetinstrument bepaal die deelnemers se behoeftes ten opsigte van die algemene hantering van die persoon met 'n TBB. Dit sluit behoeftes in ten opsigte van meer kennis en inligting oor die hantering van algemene-, fisiese-, kommunikasie-, kognitiewe-, gedrags- en emosionele simptome. Die deelnemers se behoeftes aan meer inligting en kennis oor die verloop van die rehabilitasieproses, herstelproses, funksies van die brein, en versorgingsprioriteite is ook in hierdie afdeling bepaal. 'n Behoefte aan meer inligting oor die persoon met 'n TBB se beperkinge en ander basiese behoeftes kom ook in hierdie afdeling voor.

Die resultate het aangetoon dat die deelnemers bepaalde behoeftes gehad het rakende die bogenoemde aspekte wat die algemene hantering van die persoon met 'n TBB insluit. Die deelnemers het voor die aanbieding van die werkswinkel minder die opsies "Geen behoeftes" aangedui. Dit het geïmpliseer dat daar min areas is waarvan hulle nie meer kennis of inligting benodig het nie en het dus 'n behoefte daaraan gehad. Nadat die werkswinkel aangebied is, het die deelnemers se behoeftes in terme van die aspekte oor die hantering van die persoon met 'n TBB verander.

Afdeling 2 van die meetinstrument het ook op bepaalde inligtingsbehoefte gedui, wat sorggewers van 'n persoon met 'n TBB oor die algemeen ondervind. Hierdie behoeftes het aspekte ingesluit soos dat die deelnemers behoeftes daaraan het om te weet wat hulle rol oor die algemeen, tydens evaluasie, behandeling, in die professionele span en in die hantering van die persoon met 'n TBB, is. Hoe om die persoon se fisiese-, basiese-, kommunikasie-, emosionele-, gedrags- en kognitiewe probleme te hanteer, is ook behoeftes wat by deelnemers voorgekom het.

Volgens Rollin, (2000) is dit van kardinale belang om aan sorggewers eerstens inligting te gee oor die aard van die afwyking. Dit is ook die eerste stap in die hanteringsproses van die sorggewers. Deur inligting aan hulle te gee, kan hulle heel moontlik ondersteun word om die situasies beter te hanteer. *"...in their description of practical management guidelines, highlight the importance of providing information about the disorder to the patient and family to allay fear, banish misconceptions, stress positive aspects, and provide the basis for slow developing recognition of the realities of the situation and renewable adjustment"* (Baretz en Stephenson, 1976: 56 in Rollin, 2000: 44).

Die belang van inligtingsverskaffing aan sorggewers, kan nie oorbeklemtoon word nie. Daar moet egter erkenning gegee word, dat die familie dikwels nie enige van die inligting wat tydens die akute tydperk aan hulle verskaf word, kan onthou of inneem nie. Die rede hiervoor is dat die familielede dikwels nog te geskok, deurmekaar, oorweldig of depressief is om te begryp wat daar aan hulle gesê is. Morris (2001) het dit duidelik gemaak dat rehabilitasiepersoneel in die veld van breinbeserings voordurend belangrike inligting aan sorggewers verskaf, maar vanweë die angstigheids wat sorggewers tydens die akute tydperk ervaar, hulle die inligting dikwels misinterpreteer of misverstaan. Ley (1990) toon aan dat hierdie angstigheids 'n belangrike rol speel in die wyse waarop inligting geprosesseer word. As gevolg van hierdie angstigheids resulteer dit dikwels daarin dat persone swak herroepingsvermoëns vir dit wat gesê is, openbaar. Dit is dus dienoooreenkomstig belangrik om 'n alternatiewe of aanvullende wyse van kommunikasie in oorweging te neem, om hierdie belangrike inligting oor te dra (Morris, 2001).

Verskeie studies beklemtoon die waarde van inligtingsverskaffing deur middel van 'n inligtingsboek aan sorggewers. Die resultate dui daarop dat hierdie wyse waarop inligting aan sorggewers oorgedra word, wel hulle stresvlakke verlaag en positiewe uitkomstes vir die langtermynhantering van probleme tot gevolg het (Wallace, 1986). Brumfitt, Atkinson en Greated (1994) het ondersoek ingestel na sorggewers se response op geskrewe inligting oor verworwe kommunikasie-afwykings. Die resultate van die studie meld dat 69% van die sorggewers aangedui het dat geskrewe inligting alleen, of saam met verbale inligting, vir hulle voordeliger was as wanneer inligting slegs in verbale vorm gegee is. Toner (1987) het 'n soortgelyke studie uitgevoer op sorggewers van persone met demensie, en toon aan dat onsekerheid hoofsaaklik 'n bron van potensiële stres is. Hy meld verder dat geskrewe inligting wat opgestel is met die doel om aan sorggewers inligting te verskaf, die onsekerheid kan verwyder en die stresvlakke verminder (Toner, 1987). Die resultate van die studie dui daarop dat inligtingsverskaffing, met behulp van 'n inligtingsboek, lei tot 'n duidelike afname in die sorggewers se vlakke van stres. Aangesien stres verband hou met die ontstaan van bepaalde behoeftes, kan hierdie veralgemening ook van toepassing wees op sorggewers van persone met 'n TBB. Wiles, Pain en Buckland (1998) het ook 'n studie uitgevoer waarin hulle aan sorggewers van persone wat 'n beroerte gehad het, inligting verskaf. Wiles *et al.*, (1998) beweer dat sorggewers, net soos in die geval van die huidige studie, bepaalde behoeftes het ten opsigte van inligting oor die behandeling,

prognose, en herstel, praktiese inligting asook inligting oor beskikbare hulpbronne in die gemeenskap. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom, dat sorggewers daartoe neig om meer behoeftes te hê, indien die nodige belangrike inligting nie aan hulle verskaf word nie. Die studie beklemtoon dus die waarde van inligtingsverskaffing.

Novack, Begquist en Bennett (1991) beweer verder in hulle navorsing dat inligtingsverskaffing in die vorm van verbale en geskrewe formaat daartoe lei dat die angstigheid van sorggewers afneem in die tydperk wanneer die persoon met die breinbesering in die hospitaal opgeneem word, tot wanneer hy/sy die hospitaal verlaat. Die navorsers beweer dat angstigheid juis verminder as gevolg daarvan dat die sorggewers 'n beter begrip oor die herstel van die breinbesering verkry. Dit is belangriker om reeds tydens die akute rehabilitasieperiode inligting aan sorggewers te verskaf, aangesien dit kan lei tot meer verbeterde uitkomst, as wanneer die inligting eers later in die rehabilitasie-tydperk aan hulle verskaf word. *“If written information, aimed at reducing uncertainty, were available, it would seem likely that those who are in the acute stages post-injury would benefit most from it”* (Morris, 2001: 250) .

In die volgende afdeling (Afdeling 3) van die meetinstrument is daar gepoog om die deelnemers se behoeftes in terme van die ondersteuning vir die persoon met 'n TBB te bepaal. Die resultate het daarop gedui dat die deelnemers bepaalde behoeftes ten opsigte van ondersteuning vir die persoon met 'n TBB gehad het. Hierdie behoeftes het areas ingesluit soos inligting oor ondersteuningsgroepe, die voordele daarvan, waar ondersteuningsgroepe gevind kan word en beskikbare dagsorgfasiliteite vir die persoon met 'n TBB. In die analisering van die resultate het dit voorgekom asof dat die deelnemers se behoeftes ten opsigte van ondersteuning, voor en na die aanbieding van die werkwinkel, nie 'n groot behoefte was nie, alhoewel die werkwinkel wel daarin geslaag het om van hierdie behoeftes aan te spreek. Die verandering is deur die meetinstrument gemeet.

Afdeling 4 van die meetinstrument het gepoog om die deelnemers se behoeftes ten opsigte van 'n sorggewerondersteuningsgroep, om met ander persone te praat wat reeds deur die proses van rehabilitasie was asook 'n kommunikasiegroep waar hulle professionele persone kan konsulteer oor probleme wat hulle ondervind in die hantering van die persoon met 'n TBB, te bepaal. Die afdeling het ook behoeftes ingesluit wat bepaal of die deelnemers ondersteuning nodig het om verandering in hulle daaglikse

lewe aan te bring ten einde na die persoon met 'n TBB om te sien, en ook om met iemand te kommunikeer oor hulle emosies, gevoelens en teleurstellings. Uit die resultate was dit duidelik dat die deelnemers se behoeftes voor en na die aanbieding van die werkswinkel nie baie verander het nie. Die moontlike rede waarom die meetinstrument nie die verandering in hierdie afdeling kon meet nie, is omdat die meerderheid van hierdie vrae, emosionele aspekte betrek wat nie deur middel van 'n toename in kennis verander kan word nie.

Vanuit 'n ander oogpunt, is dit in die resultate duidelik dat die deelnemers moontlik nie op daardie stadium 'n behoefte aan ondersteuning vir hulle as sorggewers gehad het nie. Die moontlike rede hiervoor was waarskynlik dat die deelnemers nie oor hulle eie behoeftes bekommerd was nie, maar slegs op die behoeftes van die persoon met 'n TBB gefokus het. Die resultate van die huidige studie het ooreengestem met die studie uitgevoer deur Kreatzer, Serio en Bergquist (1994) wat ondersoek ingestel het na sorggewers se behoeftes in die kritieke versorgingsperiode. Kreatzer *et al.*, (1994) het bevind dat sorggewers tydens die akute tydperk die behoeftes rakende praktiese en emosionele hulp asook ondersteuning vir hulle as sorggewers, as onbelangrik beskou. 'n Moontlike rede hiervoor is, soos reeds genoem dat die sorggewers net verlig is dat die persoon met TBB die ongeluk oorleef het, en nie bewus is van hulle behoeftes en die kompleksiteit van die langtermynhantering van die probleem nie. Hulle is moontlik nog in 'n toestand van skok en ontkenning. *“Shock, disbelief, denial and anger are common in relatives immediately following injury”* (Kosciulek, 1997: 822).

Afdeling 5 van die meetinstrument het gepoog om die deelnemers se behoeftes in terme van kommunikasie met die persoon met 'n TBB te bepaal en te meet. In hierdie afdeling is daar bepaal of die sorggewers 'n behoefte het aan spesifieke riglyne om die persoon met 'n TBB beter te verstaan asook sodat die persoon met 'n TBB hulle beter kan verstaan tydens kommunikasie-interaksie. Behoeftes soos om te weet wat hulle as sorggewers kan doen om die persoon met 'n TBB se spraakproduksie te verbeter, watter alternatiewe en aanvullende kommunikasiesisteme daar beskikbaar is en hoe om die persoon met 'n TBB se kommunikasiebehoeftes op te los, is ook gemeet. Verder poog die afdeling ook om te bepaal of die deelnemers 'n behoefte het om te weet wanneer en hoe om die persoon met 'n TBB te stimuleer. Volgens die resultate dui die deelnemers voor die aanbieding van die werkswinkel 16 keer aangedui dat hulle geen behoeftes rondom kommunikasie met die persoon met 'n TBB het nie en twaalf keer,

dat hulle wel behoeftes in hierdie verband gehad het. Die belangrike aspek wat opval, is dat die deelnemers se behoeftes wel verander het na die aanbieding van die werkswinkel, aangesien hulle daarna vier-en-twintig keer aangedui het, dat hulle geen behoeftes meer het nie, en slegs 4 keer dat hulle wel nog 'n behoefte aan inligting, oor kommunikasie met die persoon met 'n TBB gehad het. Die werkswinkel het dus daarin geslaag om van die behoeftes aan te spreek en gevolglik het hulle behoeftes afgeneem nadat inligting aan hulle verskaf is.

Ally, Bhagwande en Mehtar (2003) het tydens hulle navorsing bevind dat dit belangrik is om aan sorggewers inligting te verskaf rakende kommunikasieprobleme van die persoon met 'n TBB kan ondervind, asook rondom die aard van dienste wat beskikbaar is om hierdie probleme te hanteer. Kommunikasie is een van die kern aspekte van 'n toepaslik kwaliteit van lewe, en speel 'n belangrike rol in die bepaling van die kwaliteit van die persoon met TBB se uitkomst na die TBB. Resultate uit die vorige navorsing (Ally, et al., 2003) het ook bewys dat indien inligting rondom kommunikasie en kommunikasieafwykings van die persoon met TBB aan die sorggewers verskaf is, dit hulle persepsies rondom spraak- en taal terapie verander. Sorggewers se houding teenoor die aard en doel van spraak terapie het verbeter. Inligtingsverskaffing is dus belangrik aangesien dit ook sorggewers se persepsies en houdings teenoor die moontlike afwykings en beskikbare dienste, kan verbeter, wat ook op hulle beurt weer 'n invloed het op hoe sorggewers hulle rol in terapie sien, asook die aard van hulle gedrag tydens terapie (Ally, et al., 2003 en Eagly, Chaiken Youngblood, 1992). Sinnakurrapan en Williams (2001) beweer ook dat dit belangrik is om sorggewers se algemene behoeftes te bepaal, maar dat die beste dienslewering en behoeftes slegs aandag kan geniet, indien sorggewers se behoeftes individueel bepaal en geïdentifiseer word.

Afdeling 6 van die meetsinstrument het die deelnemers se behoeftes aan hoe stadige herstel te hanteer, en om te ervaar dat die persoon met 'n TBB wel verbeter, bepaal. Roskies en Lazarus (1979) beskryf die hanteringsproses as: “... a dynamic process whereby the individual is actively involved in responding to what has happened but coping also determines what will happen when reacting to an event” (Rollin, 2000: 39). Die deelnemers het voor die aanbieding van die werkswinkel aangedui dat hulle behoeftes in hanteringsterreine (“coping”) van die meetinstrument het. Hulle het op al die vrae Opsies 3 en 4 (*Behoefte*) geselekteer, voor die aanbieding van die werkswinkel. Na die aanbieding van die werkswinkel het die deelnemers egter

aangetoon dat hulle geen behoeftes in hierdie verband meer gehad het nie. Hulle het daarna op al die vrae Opsies 1 en 2 (*Geen behoefte*) geselekteer.

Sorggewers se proses van hantering/ “coping” kan verander indien hulle beter voorberei word vir die pad wat hulle met die persoon met ‘n TBB moet loop. Deur aan sorggewers vroegtydig die gevoel van bemagtiging te gee deur aan hulle te verduidelik om nie onrealistiese verwagtinge te koester nie, en hulle voor te berei deur middel van inligting- verskaffing, kan die sorggewers ‘n idee kry van wat om van die persoon met ‘n TBB te verwag. Op hierdie wyse sal hulle nie onrealistiese verwagtinge koester nie, en gevolglik kan dit daartoe bydrae dat hulle die herstelproses makliker hanteer: *“Throughout these stages, the family is confronted with the need and desire to cope effectively with this life-changing crisis. Coping is an adjustive reaction made in response to actual or imagined stress in order to maintain psychologic integrity”* (Mackay *et al.*, 1997: 545). Die afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat die werkwinkel wel aspekte hanteer het soos die herstelproses en dat hierdie inligting moontlik aan die deelnemers ‘n deur oopgemaak deur te aanvaar dat dit ‘n lang proses gaan wees en dat hulle geduldig sal moet wees. *“Information itself is supportive in that it helps families cope better with the situation”* (Mackay *et al.*, 1997:546). Hierdie stelling beklemtoon, dat inligting aan sorggewers belangrik is tydens die akute rehabilitasieperiode, aangesien dit aan hulle die nodige ondersteuning gee om die stresvolle situasie beter te hanteer.

Afdeling 7 van die meetinstrument het gepoog om te bepaal wat die deelnemers se behoeftes aan “Hoop” is. Die afdeling het bepaal of die deelnemers ‘n behoefte het om te weet wat die toekoms vir die persoon met ‘n TBB inhou, om meer hoop van die rehabilitasiespan af te kry en om te weet wat die persoon se langtermynuitkomst is. Wat die implikasies van die besering vir die toekoms sou inhou, en om iemand te raadpleeg vir meer hoop, was ook behoeftes wat in hierdie afdeling van hoop bepaal is. Volgens die resultate het die deelnemers voor die aanbieding van die werkwinkel aangedui dat hulle ‘n behoefte het om meer hoop te ontvang tydens die akute rehabilitasieperiode. Die deelnemers se behoeftes in terme van hoop het verander na die aanbieding van die werkwinkel. Die deelnemers het daarna by die meeste van die vrae Opsies 1 en 2 (*Geen behoefte*) geselekteer, en slegs ses keer aangedui dat daar wel aspekte van hoop is waaraan hulle steeds ‘n behoefte het. Weereens is hoop ‘n

emosie en dit kan nie altyd in 'n werkswinkel reggestel of verander deur die verkryging van meer kennis nie.

Hoop is deel van die rouproses en is reeds aan die begin van die akute rehabilitasieperiode, teenwoordig. Sorggewers bly altyd hoop en hulle stel dikwels onverwagte eise en het onrealistiese verwagtinge oor die uitkomst van die besering. Soos reeds bespreek, dui die resultate daarop dat die sorggewers se behoeftes wel verander het in terme van "Hoop" voor en na die aanbieding van die werkswinkel. Dit kan moontlik wees dat die sorggewers nie wil erken dat daar fout is met die persoon nie, dat hulle na die aanbieding van die werkswinkel aandui dat hulle behoeftes minder geword het, maar dat dit nie 'n verteenwoordigende of ware beeld is van hoe hulle regtig voel nie (Mackay *et al.*, 1997). 'n Tweede rede hiervoor kan ook wees dat die sorggewers moontlik net meer inligting nodig gehad het, om meer hoop te kry vir die toekoms. Die moontlikheid dat hulle steeds onverwagte eise stel, kan ook weereens nie ontken word nie. Wat in ag geneem moet word is dat die werkswinkel algemene aspekte hanteer het, en dat eksakte raad en advies vir 'n individu haas onmoontlik is. Dit kan moontlik wees dat die deelnemers aan die algemene inligting gaan bly vasklou, en dalk onrealistiese hoop kry, want hulle familielid gaan beter word.

Volgens Blankfeld en Holahan (1999) kom hierdie vermydingsreaksies wel voor by sorggewers en dit word geassosieer met psigologiese stres. Dit is belangrik dat professionele persone bewus moet wees van hierdie vermydingsreaksies wat sorggewers kan vertoon, aangesien hierdie vermydings-georiënteerde hanteringsmeganisme die sorggewers se optimale versorgingstrategieë negatief kan beïnvloed. Dit hou verband met 'n hoër vlak van depressie en laer lewensatisfaksie by die sorggewers (Haley, Roth, Coleton, Ford, West, Collins en Isobe, 1996). Wedcliffe (1999) het hierdie stelling verder beklemtoon deurdat sorggewers dikwels stresvolle situasies op verskillende wyses hanteer as gevolg van persoonlike eienskappe, belangstellings, vorige ervaringe, sosiale ondersteuning en –verhoudinge en ekonomiese beperkinge (Gravell 1988 in Wedcliffe, 1999). Alhoewel verskeie studies aantoon dat sorggewers verskillende hanteringsmeganismes aanwend, is dit belangrik dat professionele persone bewus moet wees van die verskillende hanteringsmeganismes, ten einde konstruktiewe aanbevelings en voorstelle te doen vir sorggewers se optimale deelname aan aktiwiteite van die daaglikse lewe. Hierdeur kan

dit ook moontlik daartoe lei dat die sorggewers se kwaliteit van versorging en hantering van die probleem verbeter (Wedcliffe, 1999).

Die bogenoemde interpretasie kan moontlik 'n verduideliking wees vir die meerderheid van die resultate wat tydens hierdie Fase 2 verkry is.

Afdeling 8 van die meetinstrument het die deelnemers se behoeftes oor die professionele span bepaal. In hierdie afdeling is daar gepoog om die deelnemers se behoeftes ten opsigte van inligtingsverskaffing deur professionele persone, die rol van verskillende spanlede en die sorggewer en ondersteuning deur die spanlede, te meet. Die sorggewers se behoeftes oor die doel en aard van rehabilitasie wat deur die verskillende spanlede verskaf word asook hulle persepsie van die algemene hantering deur die professionele span tydens die akute rehabilitasieperiode, is ook in hierdie afdeling bepaal. Indien Afdeling 8 van die meetinstrument met die ander afdelings (Afdelings 1-7) vergelyk word, val dit op dat hierdie area die een is waarin die sorggewers se omvang van behoeftes (*Opsies 3 en 4*) in verhouding met hulle omvang van geen behoeftes (*Opsies 1 en 2*), die grootste is. Dit is ook oor die algemeen, die een area van die meetinstrument, waarin die sorggewers die meeste behoeftes aangedui het.

Uit die resultate is dit duidelik dat die deelnemers op die meeste van die vroeë Opsies 3 en 4 (*Behoeftes*), voor die aanbieding van die werkwinkel geselekteer het. Hierdie omvang van behoeftes dui daarop dat hulle baie behoeftes in terme van die maniere waarop die professionele span hulle as sorggewers en die persoon met 'n TBB hanteer gehad het. Hierdie resultate sluit aan by die feit dat sorggewers van persone met 'n TBB alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode behoeftes het rondom die hantering van die persoon met 'n TBB, wat onmiddellik deur rehabilitasiepersoneel aandag moet geniet. Indien hierdie behoeftes nie vroegtydig en voldoende aandag geniet nie, kan dit 'n impak hê op die sorggewers se emosionele hantering van die probleem. Daar word alreeds baie druk op die sorggewers geplaas en die hele trauma is 'n skok vir die familie (Rollin, 2000). *“Early contact with the family is the starting point for helping them understand brain injury and often sets the stage for accepting more education during the recovery process”* (Mackay *et al.*, 1997:546). Hierdie stelling beklemtoon, dat dit belangrik is om reeds tydens die akute rehabilitasieperiode sorggewers se behoeftes te bepaal. Na die aanbieding van die werkwinkel het hulle behoeftes in dié verband wel verander, maar dit is uit die resultate steeds duidelik gewees dat hulle bepaalde

behoefte ten opsigte van die professionele span gehad. Hulle het op die meerderheid van die behoeftevrae na die aanbieding van die werkwinkel aangedui dat hulle geen behoeftes (*Opsies 1 en 2*) het nie. Deelnemer 15 het na die aanbieding van die werkwinkel meer behoeftes gehad oor die professionele span. Die resultate kan duidelik gesien word, aangesien Deelnemer 15 voor die aanbieding van die werkwinkel 10 keer die Opsies 3 en 4 (*Behoefte*) aangedui het, en na die aanbieding, 12 keer, Opsies 3 en 4 (*Behoefte*) geselekteer. Haar behoeftes het dus toegeneem. Hierdie verandering in die patroon van die deelnemer se behoeftes kan moontlik gesien word in die lig daarvan dat die toename van kennis en inligting juis haar behoeftes vermeerder /verhoog het. Sy was moontlik voor die aanbieding van die werkwinkel nie bewus van haar behoeftes oor die professionele span nie, maar die inligting het haar insig verbreed, en gevolglik het sy van meer behoeftes bewus geword en dit aangedui. Die studie bewys dat dit belangrik is om reeds tydens die akute rehabilitasieperiode inligting aan die sorggewers te verskaf, aangesien sorggewers aanvanklik nie altyd bewus is van die aard van hulle behoeftes reeds tydens hierdie akute periode. Die stelling beklemtoon die bevinding dat vorige navorsing alreeds bewys het, dat sorggewers eers na 'n periode van versorging van die persoon met 'n TBB agterkom wat hulle behoeftes is. Hulle noem dus dit hulle alreeds vroeër ingelig moes wees, oor die alle aspekte rondom versorging, deur die professionele spanlede. *“It would appear that the majority of carers ...would have preferred to receive the information provided at a much earlier time”* (Morris, 2001: 253).

'n Ander aspek wat ook hier in aggeneem moet word, is dat die werkwinkel nie aan die professionele persone aangebied was nie, maar het inligting aan sorggewers verskaf. Die span is dus nie bewus van die sorggewers se behoeftes en persepsies rondom hoe hulle voel hulle deur die span hanteer behoort te word nie, en het dus nog nie hulle manier van dienslewering aangepas om die sorggewers se behoeftes te bevredig nie.

5.4. OPSOMMING

Uit die bogenoemde resultate kan die afleiding gemaak word dat die sorggewers se belangrikste behoefte is om inligting oor die aard van die persoon met 'n TBB se algemene toestand van professionele persone af te ontvang. Hoewel een van die subdoelstellings van die studie is, om te bepaal wat sorggewers se behoeftes in terme van die algemene hantering van die persoon met 'n TBB is, en nie om die behoeftes op

te los nie, het interessante resultate hieruit voortvloei. Die resultate openbaar dat, indien sorggewers se behoeftes wel aandag geniet, dit lei tot 'n afname in hulle behoeftes. Die gevolgtrekking wat gemaak word, is dus dat hierdie inligtingsverskaffing deur middel van die werkwinkel wel hulle behoeftes verander het. Hierdie verandering in die deelnemers se behoeftes kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat verbale en geskrewe inligting deur middel van die werkwinkel aan die deelnemers verskaf is.

Verder word afgelei dat die meetinstrument wel 'n verandering in die deelnemers se behoeftes meet, nadat daar inligting deur 'n werkwinkel aan hulle verskaf is. Dit is dus belangrik om reeds tydens die akute rehabilitasieperiode aan sorggewers die nodige inligting te verskaf oor alle aspekte wat hulle hantering van die persoon met 'n TBB kan beïnvloed. Indien hulle hierdie inligting vroegtydig ontvang kan daar aan hulle die nodige ondersteuning gegee word om beter aanpassings te maak, om gepaardgaande stresfaktore in die versorging van die persoon met 'n TBB te oorkom. Dit kan ook 'n bepaalde invloed hê op die wyse waarop die sorggewers die probleme op die langtermyn hanteer, asook op die kwaliteit van dienslewering deur professionele persone.

HOOFSTUK 6

GEVOLGTREKKING

6.1. INLEIDING

Hoofstuk 6 bevat die gevolgtrekkings en afleidings, asook die aanbevelings van hierdie studie. 'n Objektiewe evaluasie van die studie word ook in hierdie hoofstuk aangebied.

6.2. GEVOLGTREKKING EN AFLEIDINGS

Die doel van die studie is om 'n voorlopige meetinstrument te ontwikkel ten einde primêre sorggewers van 'n persoon met 'n TBB se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal. Daarna is ook bepaal of die meetinstrument 'n verandering in die sorggewers se behoeftes kan meet nadat inligting in die vorm van 'n werkwinkel aan hulle verskaf is. Die studie bestaan uit twee fases waartydens kwalitatiewe en kwantitatiewe metings gebruik is om die sorggewers se behoeftes aan die hantering van die persoon met 'n TBB te bepaal en om die verandering in die behoeftes te meet. Die gevolgtrekking word vervolgens in terme van die twee fases en subdoelstellings waaruit die studie bestaan, bespreek.

6.2.1. Subdoelstelling 1 (Fase 1)

- **Bepaling van die sorggewers se huidige behoeftes en vlak van kennis ten opsigte van die bepaalde kategorieë van kommunikasie, interaksie en algemene hantering van die persoon met TBB, met die doel om dit in die meetinstrument in te sluit.**

Hierdie kategorieë verwys spesifiek na die sorggewers se behoeftes aan die hantering van reseptiewe- en ekspressiewe taalafwykings, sosio- en kognitiewe kommunikasie-afwykings, gedrags- en emosionele afwykings, voedingsprobleme, omgewings-aanpassings, en ander. Die inligting is ingesamel deur gebruik te maak van gestruktureerde- en ongestruktureerde waarneming, 'n vraelys, 'n fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude (Diskoersanalises).

Die analisering van die resultate van die waarneming dui daarop dat, die primêre sorggewers oor die algemeen goeie interaksievaardighede vertoon, maar dat die graad van die persoon met 'n TBB se kommunikasie-afwyking een van die faktore is wat daartoe bygedra het dat die sorggewers bepaalde behoeftes in terme van interaksie met die persoon met 'n TBB het. Sorggewers is ook nie altyd bewus is van maniere waarop hulle enige probleme in kommunikasie-interaksie kan oplos nie, en het 'n behoefte aan spesifieke riglyne om optimale kommunikasie-interaksie te fasiliteer. Weens die feit dat die sorggewers nie altyd bewus is van maniere om met die persoon met 'n TBB in interaksie te tree of om gepaardgaande probleme tydens interaksie te hanteer nie, het die daartoe gelei dat daar dikwels frustrasie en irritasie voorgekom asook ontoepaslike hantering van kommunikasie-afbraak. 'n Ander aspek wat uit die resultate van die waarneming opgemerk is, is die moontlikheid dat sorggewers tydens die akute rehabilitasie nog in die fase van ontkenning is. Hierdie probleem lei gevolglik daartoe dat die sorggewers nie die afwykings wat die persoon met 'n TBB vertoon erken nie, en slegs dankbaar is dat die persoon met 'n TBB die krisistydperk oorleef het.

Die resultate van die Behoeftevraelys toon aan dat die meerderheid van die sorggewers behoeftes gehad het in terme van algemene inligting oor die persoon met 'n TBB se mediese toestand, kognitiewe-, kommunikasie-, emosionele- en gedragsafwykings. Behoeftes aan ondersteuning, inligting aangaande die rol van die sorggewer is tydens die akute rehabilitasieperiode, hantering van voedingsprobleme asook inligting in verband met omgewingsaanpassings, stimulasie en groepsterapie vir die persoon met 'n TBB, is ook by die sorggewers geïdentifiseer. Die studie beklemtoon dat sorggewers alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode bepaalde behoeftes het wat deur professionele persone bevredig moet word. Op hierdie wyse kan daar aan sorggewers die gevoel van selfbemaagtiging en die nodige hanteringsmeganismes gegee word om hulle te ondersteun in die versorgings- en hanteringsproses van die persoon met 'n TBB. Die resultate beklemtoon ook die waarde van behoeftebepaling en kommunikasie met sorggewers tydens die akute rehabilitasieperiode beklemtoon.

Die analise van die gesprekke van die fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude (Fase 1: Deel 2) lê bepaalde temas bloot, onder andere die primêre sorggewers se behoeftes aan ondersteuning en om meer hoop te hê tydens die akute rehabilitasieperiode. Kommunikasie en riglyne om die persoon met 'n TBB te stimuleer asook inligting oor die algemene hantering van die persoon met 'n TBB is ook

belangrike temas wat in die DA geïdentifiseer is. Laastens het die sorggewers bepaalde behoeftes aan die verbeterde hantering deur professionele persone, aangesien hulle van mening is dat hulle nie genoeg ondersteuning van die reabilitasiespan ontvang tydens die akute reabilitasieperiode nie. Hulle is ook van mening dat hulle nie genoeg hoop van die spanlede ontvang nie, en dat inligting tussen die onderskeie spanlede mekaar weerspreek, van die sorggewers weerhou word en dat hulle nie al die inligting ontvang wat hulle benodig nie. Dit lei gevolglik daartoe dat die primêre sorggewers glo dat die span hulle nie voldoende voorberei vir die hanteringsproses van die persoon met 'n TBB nie en is gevolglik negatief ingestel teenoor die reabilitasiespan. Eersgenoemde lug ook hulle menings oor die rol van 'n sorggewer in die reabilitasiespan tydens die akute reabilitasieperiode. Hulle noem onder andere dat hulle as sorggewers die taak vervul van die koördineerder van die persoon met 'n TBB se reabilitasiedienste. Verder is hulle ook die inligtingverskaffers aan die ander spanlede oor die persoon se huidige toestand en behoeftes. Hulle moet ook alle inligting van ander bronne insamel, ten einde die beste sorg aan die persoon met 'n TBB te verskaf.

Indien die resultate oorweeg word, blyk dit dat sorggewers van persone met 'n TBB alreeds tydens die akute reabilitasieperiode behoeftes het aan die hantering van die persoon met 'n TBB, wat onmiddelik deur reabilitasiepersoneel aandag moet geniet. Sorggewers moet dus so vroeg as moontlik in die reabilitasiespan ingesluit word, en ondersteuning moet aan hulle verskaf word, sodat hulle ingeligte besluite kan neem, en die nodige aanpassings wat gemaak moet word, kan aanbring. Deur nie hierdie behoeftes reeds tydens die akute reabilitasieperiode te identifiseer en te bevredig nie, verleng reabilitasiepersoneel die sorggewers se rouproses. Dit kan dan ook moontlik 'n nadelige invloed hê op die langtermynuitkomste van die persoon met 'n TBB. Indien sorggewers ten alle tye positief is en die nodige ondersteuningstrukture beskikbaar het, kan dit hulle lewenskwaliteit en hantering van die probleem, verbeter.

Volgens die sorggewers begaan reabilitasiepersoneel dikwels die fout om te glo dat hulle weet wat die behoeftes van sorggewers en die persoon met 'n TBB kan wees. Die resultate dui egter daarop dat iemand wat nie self die situasie ervaar het nie, geen aannames kan maak oor die ervaring en ondervinding wat die sorggewers beleef nie. Die resultate toon ook duidelik aan dat elke sorggewer individuele behoeftes het wat bevredig moet word. Die beste manier om hierdie probleem die hoof te bied, is deur aan die geaffekteerde persone self te vra wat hulle behoeftes is. Dit is ook interessant om te

bemerk dat indien sorggewers se behoeftes nie alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode aandag geniet nie, hulle 'n negatiewe houding teenoor alle aspekte van die versorgingsproses openbaar. Die sorggewers wat alreeds deur die proses van rehabilitasie gewerk het, toon 'n negatiewe houding teenoor die wyse waarop hulle deur die rehabilitasiepersoneel hanteer is tydens die akute rehabilitasieperiode. Hulle is van mening dat die span nie genoeg ondersteuning en hoop gee nie en dat hulle nie voldoende voorberei word vir die pad wat hulle moet loop nie.

Die gevolgtrekking is: rehabilitasiepersoneel moet bewus wees van sorggewers se individuele behoeftes. Op hierdie wyse sal nie net aan die sorggewers die nodige respek wat hulle verdien betoon word nie, maar daar sal ook meer effektiewe dienslewering in word. Deur hierdie meetinstrument te gebruik, kan ons as rehabilitasiepersoneel 'n oorsig kry van wat sorggewers se behoeftes is tydens die akute rehabilitasieperiode. Dit gee ook 'n idee/aanduiding van die tipes behoeftes wat steeds voorkom indien dit nie vroegtydig aandag geniet nie.

6.2.2. Subdoelstelling 2 (Fase 2)

- **Om te bepaal of die meetinstrument 'n verandering in die sorggewers se behoeftes sal kan meet, nadat inligting in die vorm van 'n werkwinkel aan hulle verskaf is**

Die resultate toon aan dat die meetinstrument wel 'n verandering in die sorggewers se behoeftes meet. Die veranderinge kom voor in die sorggewers se behoeftes in terme van algemene hantering van die persoon met 'n TBB, aspekte ten opsigte van die rol van die sorggewer in die hantering van die geaffekteerde persoon en behoeftes aan ondersteuning vir beide die persoon met 'n TBB en die sorggewer. Die sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie met die persoon met 'n TBB, die hantering van die rehabilitasieproses, hoop en behoeftes in verband met die hantering van die professionele span kom ook voor. Die meeste verandering kom voor in die algemene hantering van die persoon met 'n TBB se behoeftes en probleme. Die minste verandering kom voor by die ondersteuning-, hoop- en hantering deur die professionele span afdelings. Hierdie areas verander wel deur die inligtingverskaffing, maar dit is nie altyd moontlik om die aard van hierdie behoeftes te verander deur bloot inligting te verskaf nie. Hierdie behoeftes moet fisies bevredig word by wyse van deurlopende

berading en ondersteuning deur die professionele span. 'n Ander rede waarom daar nie veel verandering in hierdie areas gemeet kon word nie, is moontlik omdat die werkwinkel nie aan professionele persone verskaf is nie, maar slegs aan die sorggewers. Die professionele persone is dus nie bewus van die sorggewers se persepsies oor die tipe dienslewering, wat deur professionele persone verskaf word nie. Dus, die professionele persone is nie bewus daarvan dat die sorggewers van mening is dat hulle nie genoeg hoop gee nie, dat inligting tussen die verskillende professies mekaar weerspreek en dat sorggewers voel die span is nie altyd oop en eerlik met hulle nie en gevolglik inligting van hulle as sorggewers weerhou nie.

Verdere aangeleenthede wat uit die navorsing blyk en wat belangrik is vir alle rehabilitasiepersoneel, is die sorggewers se persepsie van professionele persone en die kwaliteit van hulle dienslewering. Die sorggewers se persepsies dui op 'n wanbalans tussen hulle regte en die kwaliteit van die professionele persone se dienslewering. So is die sorggewers byvoorbeeld van mening dat rehabilitasiepersoneel inligting van hulle weerhou en dat die inligting van die verskillende spanlede mekaar weerspreek. Verder ondervind die sorggewers dat die spanlede nie genoeg empatie aan hulle betoon nie. Die sorggewers voel uitgesluit in die span en derhalwe maak hulle nie deel uit van die besluite wat oor die persoon met 'n TBB geneem word nie. Die gevolg van hierdie omstandighede is dat daar swak kommunikasie tussen die spanlede voorkom en daarom kry die sorggewers die indruk dat die spanlede onseker en onbevoeg is. Om hierdie probleem te oorkom, moet sorggewers se behoeftes en persepsies alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode geïdentifiseer word en kan daar beter en meer effektiewe dienslewering verskaf word deur die behoeftes so vroeg as moontlik te identifiseer. Die meetinstrument verskaf 'n riglyn ten opsigte van sorggewers se behoeftes en dit kan aangewend word om die huidige wanbalans tussen die sorggewers (gebruikers van dienste) en die professionele persone wat die dienste verskaf, uit te skakel.

Sorggewers het die reg om ingelig te word oor alle aspekte van rehabilitasie ten opsigte van die persoon met 'n TBB. Indien inligting van hulle weerhou word, is hulle nie langer deel van die rehabilitasiespan nie, en op hierdie wyse verminder dit ook die effektiwiteit van 'n spanbenadering. Deur hierdie meetinstrument te gebruik om aan die behoeftes van die sorggewers te voldoen deur middel van inligtingverskaffing, kry die sorggewer reeds tydens die akute rehabilitasieperiode 'n idee van die pad wat hulle moontlik sal

loop. Op hierdie wyse kan die sorggewers en rehabilitasiepersoneel begin beplan oor hoe hulle die persoon met 'n TBB se probleme in 'n veranderde situasie gaan hanteer.

Indien hierdie meetinstrument reeds tydens die akute rehabilitasieperiode gebruik word, kan sorggewers se wanpersepsies en leemtes rondom bevoorbeeld inligtingverskaffing, ondersteuning, hantering deur die professionele span ensovoorts voorkom word. Hierdie instrument kan ook gebruik word om die sorggewers te bemagtig en aan te moedig deur hulle te laat voel dat hulle deel van die span is. Op hierdie wyse sal hulle ook deelneem aan die besluitnemingsproses.

Die familie sowel as die rehabilitasiespan speel 'n baie belangrike rol in die herstelproses van die breinbeseerde pasiënt. Die suksesvolle herstel van so 'n pasiënt hang grootliks af van die reaksie en samewerking van die familie. Die rehabilitasiespan verwag van die familie om die persoon met 'n TBB te ondersteun en aan hulle die nodige hulp te verleen om die persoon met 'n TBB op die regte manier te benader en te behandel. Net so, verwag die familie van die rehabilitasiespan om die beste diens te lewer, eerlik en opreg te reageer indien daar vrae gevra word en beskikbaar te wees wanneer die familie hulle nodig het. Dit word ook verwag dat die span sensitief sal wees vir die kultuurverskille van die persoon met 'n TBB en dié se familie. Dit is reeds as gevolg van hierdie verwagtinge deur die twee spanne dat dit net tot die persoon met 'n TBB se voordeel is indien daar reeds voor die tyd onderhoude, besprekings en opleiding kan plaasvind en die uitruil van die nodige inligting om die hele herstelproses so vlot as moontlik te laat verloop.

6.3. IMPLIKASIES VAN DIE STUDIE

Hierdie studie het verskeie implikasies tot gevolg, nie net ten opsigte van die sorggewers se behoeftes in terme van die algemene hantering van die persoon met 'n TBB nie, maar ook vir die wyse waarop die professionele span die primêre sorggewers en die persoon met 'n TBB hanteer tydens die akute rehabilitasieperiode. Daar het dus ook belangrike implikasies na vore gekom ten opsigte van die professionele rehabilitasiedienste en dit word vervolgens bespreek.

6.3.1. TEORETIESE EN KLINIESE IMPLIKASIES

- **Die waarde van die meetinstrument**

In die studie is daar bepaal dat dit belangrik is om sorggewers se behoeftes reeds tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal en te bevredig, aangesien dit moontlik kan bydra dat hulle die verandering wat in hulle lewenstyl plaasvind beter sal kan hanteer. In die studie kom dit voor dat die sorggewers 'n behoefte het aan ondersteuning en inligting oor die hantering van die persoon met 'n TBB. Hierdie behoeftes kan reeds tydens die akute rehabilitasieperiode bepaal word, en sodoende kan die dienslewering aan sorggewers en die persoon met 'n TBB verbeter. Deur die instrument reeds tydens die akute rehabilitasieperiode te gebruik, kan sorggewers se behoeftes vroeër geïdentifiseer word, en kan die proses op hierdie wyse versnel en gemonitor word.

Die meetinstrument en die sorggewers se response in die voltooiing van die instrument kan gebruik word in die opleiding en opvoeding van toekomstige rehabilitasiepersoneel, om hulle 'n idee te gee van die aard van sorggewers se behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode, sodat hulle meer sensitief sal kan wees daarvoor. Dit kan ook aan die toekomstige rehabilitasiepersoneel vroeg in hulle professionele loopbane beklemtoon hoe belangrik dit is om ten alle tye sorggewers se behoeftes in gedagte te hou tydens die rehabilitasieperiode. *“In preparing professionals to deliver services to our families, our academic programs have an ethical obligation to create training experiences that is still a philosophy of family- centred intervention”* (Rollin, 2000: 28).

Rehabilitasiepersoneel kan hulle dienslewering verbeter indien hulle sonder versuim ingelig word en weet wat die sorggewers se onmiddellike behoeftes is, veral tydens die akute rehabilitasieperiode. Dit gebeur dikwels dat rehabilitasiepersoneel nie altyd bewus is van sorggewers se behoeftes nie, en dat dit juis hierdeur 'n misverstand veroorsaak. Op hierdie wyse kan professionele persone optimale dienslewering aan die sorggewers en persone met 'n TBB verskaf, en sal daar minder negatiewiteit teenoor die rehabilitasiepersoneel heers. Nietemin is dit van kardinale belang om elke familie van 'n persoon met 'n TBB, te beskou as unieke individue in hulle omgewings, aangesien hierdie aspekte 'n invloed het op elke persoon se besondere response en reaksies. Verder is dit ook belangrik dat elke individu se behoeftes in kombinasie met ander

behoefte temas, bepaal moet word deur 'n volledige enkelgevallestudie, aangesien nie twee individue se behoeftes altyd ooreenstem nie. *“...carers' needs can only be more fully accommodated by a combination of addressing common themes and the identification of individual family needs”* (Sinnakaruppan en Williams, 2001:671)

Indien die meetinstrument reeds tydens die akute rehabilitasieperiode aan die sorggewers verskaf word, kan dit aan professionele persone hulp verleen om 'n holistiese beeld van die sorggewers en die persoon met 'n TBB te verkry. Op hierdie wyse kan die sorggewers se ondersteuningsisteme en hulle swak- sowel as goeie hoedanighede geïdentifiseer word. 'n Geïndividualiseerde intervensieprogram kan vir die sorggewers sowel as die persone met 'n TBB voorsien word. Die korrekte verwysings kan vroegtijdig gemaak word, en sodoende ook die sorggewers ondersteun en die duur van die rouproses verkort.

Sorggewers is ook nie altyd van hulle behoeftes bewus nie, aangesien hulle slegs op die persoon met 'n TBB se behoeftes fokus. Deur die meetinstrument te voltooi kry hulle ook 'n beeld van moontlike behoeftes wat hulle in die toekoms sal ondervind in die hantering van die persoon met 'n TBB. Dit kan ook aan rehabilitasiepersoneel die nodige begrip verskaf van die familie se aanpassingsprobleme ten opsigte van uiters stresvolle situasies. Daar is onder andere 'n sterk ooreenkoms tussen die gedragsprobleme van die persoon met 'n TBB en die totale behoeftes van sorggewers wat nie opgelos word nie (Sinnakaruppan en Williams, 2001). Indien die sorggewers se behoeftes in verband met die hantering van hierdie probleme bepaal word en voldoende inligting in verband daarmee aan hulle verskaf word, kan dit ook moontlike druk en verantwoordelikheid van die rehabilitasiepersoneel en sorggewers verwyder, asook 'n bydrae lewer tot meer effektiewe rehabilitasie en hantering van hierdie probleme. Dit impliseer dat daar alreeds van die begin af deur die verskillende persone wat na die persoon met 'n TBB omsien, saamgewerk moet word om begrip te verkry van die redes waarom die persoon se gedrag wel so is. Beplanning oor hoe die probleem opgelos gaan word, aanhoudende en samewerkende implementering van die plan, gereelde monitering van vordering, die nodige veranderinge wat aangebring moet word asook die evaluasie van die effektiwiteit van die plan, is ook belangrik (Ponsford, 1995).

Deur die primêre sorggewers se behoeftes in terme van die hantering van gedrags-en emosionele afwykings alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode te bepaal, lei dit

daartoe dat die sorggewers alreeds van die begin af deel van die rehabilitasieproses is, en gevolglik kan meer effektiewe dienslewering verskaf word. *“Such involvement, which should extend to the family and any others having frequent contact with the injured individual, will maximize the commitment of all team members and the family to the implementation of any procedures agreed upon”* (Ponsford, 1995: 167).

Dit is verder ook belangrik dat rehabilitasiepersoneel insig moet hê in die sorggewers se behoeftes asook hulle psigososiale reaksies ten opsigte van die breinbesering, sodat die beste moontlike strategieë beplan kan word om aan die sorggewers ondersteuning te verleen met die hantering van die probleme.

Die meetinstrument wat tydens die navorsing ontwikkel is, kan moontlik gebruik word om die effektiwiteit van rehabilitasie te monitor. Indien die meetinstrument reeds tydens die akute rehabilitasieperiode aan sorggewers verskaf word, kan dit aan rehabilitasiepersoneel 'n riglyn gee van wat die sorggewers se onmiddellike behoeftes is. Op hierdie wyse sal die sorggewers dan reeds die gevoel kry dat hulle deel vorm van die rehabilitasiespan, en dat daar werklik 'n poging aangewend word om hulle behoeftes te bevredig. Die instrument sal dus op sy beurt weer die persoon met 'n TBB se behoeftes bevredig, indien die impak wat die breinbesering op die familie het, nie so ernstig deur die sorggewers ervaar word nie. Dit kan lei tot verbeterde langtermynuitkomst en 'n verbeterde deelname aan daaglikse aktiwiteite vir die sorggewers en persone met 'n TBB.

- **Die waarde van inligtingverskaffing tydens die akute rehabilitasieperiode**

Die resultate toon dat sorggewers se behoeftes verander nadat inligting aan hulle verskaf is. Die studie bewys dat dit belangrik is om reeds tydens die akute rehabilitasieperiode inligting aan die sorggewers te verskaf. Dit gebeur dikwels dat sorggewers nie bewus is van die komplikasies van 'n breinbesering nie, en nie noodwendig weet wat om van die persoon met 'n TBB en van hulle as sorggewers self te verwag nie. In die studie toon die resultate dat sorggewers soms geen behoefte het aan die hantering van sekere aspekte nie. Nadat inligting egter aan hulle verskaf is, en hulle meer kennis verkry, neem hulle behoeftes toe. Dit is dus daarna vir hulle belangrik om te weet hoe om sekere aspekte te hanteer. Sorggewers het ook bepaalde behoeftes aan sekere inligting, byvoorbeeld die hantering van die persoon met 'n TBB se emosionele

probleme. Nadat daar aan hulle inligting verskaf is oor die hantering van hierdie aan-geleenthede, verminder hulle behoeftes omdat hulle meer kennis in die opsig verkry het.

- **Die waarde van gespreksanalise**

Die kwalitatiewe meting (diskoersanalise) wat in die studie gebruik is as een van die metodes van data-insameling om die meetinstrument saam te stel (Fase 1), verskaf waardevolle inligting oor die proefpersone se behoeftes in terme van die hantering van die persoon met 'n TBB. Wells (1998) is van mening dat so 'n tipe kwalitatiewe meting waardevoller en vollediger inligting verskaf as ander metodes. Die gebruik van kwalitatiewe data-insameling kan die sorggewers se behoeftes beter beskryf, en stel ook die navorser in staat om persoonlike persepsies deel te maak van die resultate. Hierdie metode verskaf ryk data en dit helder die proefpersone se persoonlike ondervinding en die resultate op. 'n Verdere voordeel van die diskoersanalise is dat dit voorkom dat die navorser se persepsies van sorggewers se moontlike behoeftes nie in ag geneem word nie, maar eerder aan sorggewers self die geleentheid verskaf om hulle eie emosies en behoeftes uit te spreek. Die diskoersanalise kan ook gebruik word as 'n riglyn tydens intervensie en op hierdie wyse kan meer kliëntgesentreerde intervensie beoefen word, wat sorggewers en persone met 'n TBB se onmiddellike behoeftes bevredig.

- **Die rol van die STT**

Die studie beklemtoon die rol van die STT ten opsigte van berading en inligting-verskaffing oor die kognitiewe-linguistiese oorsprong van kommunikasie- probleme, voedingsprobleme en die oorsake van die breinbesering. Hierdie inligting lei daartoe dat sorggewers se begrip van die TBB verbeter en dat hulle behoeftes en moontlike frustrasievlakke afneem. Die STT speel 'n belangrike rol deur aan sorggewers emosionele ondersteuning en inligting oor die aard van die besering te verskaf. Die STT, as een van die professionele spanlede, verduidelik ook die gevolge van die breinbesering aan die sorggewers in terme van kommunikasie-, sosiale vaardighede, reïntegrasie in die gemeenskap ensovoorts. As gevolg van die STT se skakeling met die breinbeseerde populasie en weens die bevindinge dat die meeste van die sorg-gewers se behoeftes vanuit kognitiewe kommunikasie-afwyking ontstaan, is berading

en inligtingverskaffing 'n belangrike taak van die STT. Koördinerings van dienste tussen die verskillende professionele persone is nog 'n belangrike taak van die STT. *“It is not unusual, though, for the responsibility to fall on the expertise of the speech-language pathologist, who must guide the patient-therapist-family relationship in encouraging the widest range of skills and activities”* (Rollin, 2000: 70). Dit word egter erken dat berading deur sielkundiges, maatskaplike werkers en ander rehabilitasiepersoneel, wat kontak het met die persoon met 'n TBB en sorggewers, ook gedoen kan word en nie net deur 'n STT. Dus het die bevindinge van die studie belangrike implikasies vir alle rehabilitasiepersoneel (Wedcliffe, 1999).

Die resultate van die waarneming oor die behoeftes en leemtes ten opsigte van kennis en inligting, wat tydens interaksies met die persoon met 'n TBB by die deelnemers aangetref is, beklemtoon weereens dat dit belangrik is om tydens die beplanning en uitvoering van intervensie te fokus op kommunikasie-afbraak wat tydens kommunikasie-interaksie voorkom. Die STT, moet gevolglik kennis dra en bewus wees van sorggewers se behoeftes tydens kommunikasie-interaksie met die persoon met 'n TBB. Dit is belangrik dat albei die gespreksgenote se behoeftes tydens kommunikasie-interaksie, in ag geneem moet word. Op hierdie wyse kan die nodige riglyne en inligting aan die sorggewers verskaf word, en moontlike behoeftes verminder word. Afwykings in kommunikasie-interaksie het bepaalde negatiewe invloede op die primêre sorggewers van 'n persoon met 'n TBB, indien hulle nie voldoende ingelig word oor maniere om met die persoon met 'n TBB in interaksie te tree nie. *“Spouses/partners may feel that communication is futile and unable to achieve its purpose of conveying or requesting information, sustaining social relationships and gratifying emotional needs”* (Wedcliffe, 1999: 28).

- **Die professionele span**

Een van die aspekte wat duidelik in die studie navore gekom het, is dat die sorggewers van mening is dat hulle nie optimale dienslewering van die professionele spanlede kry nie. Hierdie is egter 'n belangrike implikasie wat in ag geneem moet word tydens die akute rehabilitasieperiode en wat ook onder die aandag van rehabilitasiepersoneel gebring moet word. Om bewus te wees van die sorggewers se behoeftes ten opsigte van hulle persepsies van hoe hulle deur die professionele spanlede hanteer word, kom in die bevindinge van die studie navore. Dit het belangrike kliniese implikasies vir alle

professionele persone, en kan rehabilitasiepersoneel help om kennis te dra van hulle dienste wat verskaf word, ten einde hulle dienslewering te verbeter. Die professionele persoon moet bewus wees van die feit dat sorggewers dikwels onrealistiese verwagtinge koester en dat negatiewe emosionele reaksies dikwels op hulle as professionele persone gemik gaan word, soos bv. ontkenning. Dit is dus belangrik vir die professionele persone om kennis te dra van die bogenoemde aspek, sodat hulle voorbereid kan wees op negatieweiteit wat op hulle gemik sal word (Ponsford, 1995). Deur die loop van die hele studie dui die resultate daarop dat dit belangrik is vir gesondheidwerkers om kennis te dra en sensitief te wees vir sorggewers se behoeftes in terme van die emosionele en sosiale gevolge van 'n breinbesering.

Die resultate van die studie bewys dat dit belangrik is om aan die sorggewers van persone met 'n TBB riglyne te verskaf ten opsigte van toekomstige verwagtinge en langtermynuitkomst van die persoon met 'n TBB. Deur aan sorggewers 'n geleentheid te gee (deur middel van die meetinstrument) om hulle behoeftes uit te spreek, kry hulle die geleentheid om 'n eerste tree te gee in die hanteringsproses van die krisis as gevolg van 'n TBB. *“Opportunity provides individuals and families with a window of chance to overcome difficult odds, evoking skills that until that point in time may have remained dormant”* (Mackay et al., 1997).

Dit is dus uiteraard belangrik dat rehabilitasiepersoneel genoeg kennis en inligting aan die sorggewers moet verskaf en sorg dat hulle aktief betrokke is by die rehabilitasiespan. Dit kan daartoe lei dat hulle dikwels meer realisties sal wees oor die toekomstverwagtinge van die persoon met 'n TBB (Ponsford, 1995). *“However, participation of family members in relevant aspects of the rehabilitation programme will enhance their awareness of the TBI person’s strengths and weaknesses, and their ability to assist in minimizing the impact of the disabilities”* (Ponsford, 1995: 282). Aangesien hulle ook voel dat hulle die enigste persone is wat werklik in die persoon met 'n TBB se behoeftes sal kan voorsien, is dit belangrik dat hulle nie deur professionele persone uit die span geskuif word nie, en dat hulle rol erkenning geniet. Hulle moet ten alle tye kennis dra van alle besluite wat daar oor die persoon met 'n TBB geneem word. Professionele spanlede moet hierdie rol erken en aan die sorggewers op hierdie wyse die nodige hulp, inligting en ondersteuning gee. Dit is dus belangrik dat daar alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode aan die sorggewers verduidelik word wat hulle rol in die span is,

weens die feit dat hulle dikwels nie alreeds tydens die akute tydperk bewus is van die eise wat die versorging van die persoon met TBB aan hulle gaan stel nie. Rehabilitasiepersoneel behoort dus ten alle tye sensitief teenoor sorggewers se behoeftes te wees. Hierdeur kan die professionele persone moontlik meehelp sodat die impak van die besering beter deur die sorggewers hanteer word en sodoende aan hulle en die persoon met 'n TBB 'n beter geleentheid gee ten opsigte van deelname aan aktiwiteite van die daaglikse lewe.

Die deelnemers se persepsies van hulle rol as sorggewers tydens die akute rehabilitasieperiode het belangrike implikasies vir die professionele persoon. Professionele persone moet kennis dra van die feit dat die sorggewers 'n bepaalde behoefte het om ten alle tye, by alle aspekte van die persoon met 'n TBB betrokke te wees. Die professionele persone moet sensitief daarvoor wees, om alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode, veral tydens die kritieke fase, nie die sorggewers uit te skakel nie. Hierdie probleem kan voorkom word indien die sorggewers se behoeftes ten opsigte van hulle rol as sorggewers in die hantering van die persoon met 'n TBB reeds vroegtydig geïdentifiseer word. Die Deelnemers se persepsies van hulle rol as sorggewer in die hantering van persone met 'n TBB, het 'n sterk ooreenkoms met die aard van hulle behoeftes tydens die akute rehabilitasieperiode.

6.3.2. NAVORSINGSIMPLIKASIES EN AANBEVELINGS

- Die studie moet op 'n groter toetspopulasie uitgevoer word. In die huidige studie is daar van slegs 11 proefpersone gebruik gemaak om die meetinstrument te ontwikkel en op te stel, en slegs van vier om te bepaal of die meetinstrument wel 'n verandering in die sorggewers se behoeftes kan meet. Die behoeftes van meer proefpersone moet nog bepaal word, en meer proefpersone moet deelneem om die veranderinge in die sorggewers se behoeftes te kan meet. Die huidige meetinstrument kan verfyn word, en geldiger en betroubaarder data kan op hierdie wyse verkry word. Hierdie studie stel egter die raamwerk vir verdere moontlike navorsing ten opsigte van die sorggewers se behoeftes, waarna die resultate veralgemeen sal kan word. Die studie kan op 'n groter populasie herhaal word wat 'n verskeidenheid van proefpersone met verskillende sosio-ekonomiese statusse dek en wat ook nog nie blootgestel is aan enige vorm van rehabilitasie nie.

- Die studie is slegs uitgevoer op sorggewers van persone met 'n gemiddelde tot ernstige traumatiese breinbesering, en moet ook uitgevoer word op persone met geringe breinbeserings. Die resultate van hierdie studie verteenwoordig dus nie die hele traumatiese breinbeseringspopulasie nie, en dus kan daar nie veralgemeen word nie.
- Die studie moet op verskillende kultuurgroepe in Suid-Afrika uitgevoer word. Hierdie aanbeveling word gedoen op grond van die feit dat daar in die huidige studie slegs van proefpersone gebruik gemaak is, wat Afrikaans en/of Engelsprekend is. In die Suid-Afrikaanse konteks is dit egter van uiterste belang dat 'n meetinstrument ontwikkel moet word wat kultuursensitiwiteit in ag neem. Op hierdie wyse kan die meetinstrument ook verfyn word vir die Suid-Afrikaanse konteks. Die resultate van so 'n studie kan vergelyk word met die huidige studie met die oog daarop om beter resultate te verkry wat verteenwoordigend is vir die diverse populasie in Suid-Afrika.
- Nog 'n aanbeveling vir verdere navorsing is dat die studie uitgevoer word op verskillende linguistiese groepe. Die rede hiervoor is dat die terminologie wat in die studie gebruik word ook gestandaardiseer moet word om enige verwarring wat moontlik in die gebruik van sekere terme kan voorkom, uit te skakel.
- 'n Verdere aanbeveling vir toekomstige navorsing is dat die meetinstrument gebruik word om sorggewers se behoeftes oor 'n sekere tydperk te monitor. Sorggewers moet die meetinstrument tydens die akute reabilitasietydperk voltooi, en dan weer oor 'n periode van 3 en 6 maande. Op hierdie wyse sal daar moontlik bepaal kan word, of die meetinstrument sorggewers se behoeftes oor 'n tydperk kan meet, en ook bepaal of die sorggewers se behoeftes al aangespreek is, aldan nie.
- Daar word ook aanbeveel dat 'n werkwinkel aan professionele persone aangebied word, sodat hulle ingelig kan word oor sorggewers se behoeftes en persepsies oor hulle as professionele persone se dienslewering tydens die akute reabilitasieperiode. Alle aspekte aangaande sorggewers se behoeftes oor 'n gebrek aan inligting, dat inligting tussen die verskillende spanlede mekaar weerspreek, dat hulle nie genoeg hoop, ondersteuning ensovoorts gee nie, kan tydens hierdie werkwinkel onder die professionele spanlede se aandag gebring word.

6.4. BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

- Die studie maak van te min proefpersone gebruik en gevolglik kan die resultate nie veralgemeen word nie, aangesien die klein groep proefpersone nie 'n verteenwoordigende beeld van die groter traumatiese breinbeseringspopulasie is nie. As gevolg van die beperkte aantal proefpersone, klein proefpersoonpopulasie, swak verteenwoordigende beeld van die verskillende kultuur-, etniese-linguistiese- en sosio-ekonomiese groepe in Suid-Afrika, kan die resultate van hierdie studie nie as algemeen geldig vir die diverse populasie in Suid-Afrika beskou word nie. Die klein proefpersoonpopulasie het ook tot gevolg dat die resultate van die meetinstrument, om te bepaal of dit wel 'n verandering in behoeftes gemeet het of nie, nie statisties bewys word nie.
- As gevolg van die feit dat daar te min proefpersone was wat bereid was om aan die fokusgroep deel te neem (Fase 1 van die navorsing), is daar besluit dat die ander inligting wat van die proefpersone verlang word, deur middel van semigestruktureerde onderhoude verkry word. Ten einde die inligting wat verkry is konstant te hou, is daar besluit om aan die persone wat aan die semigestruktureerde onderhoude deelgeneem het dieselfde vrae te stel as aan die fokusgroep, wat 'n moontlike beperking van inligting meebring.
- Die studie poog nie om die verskille tussen die sorggewers se geslag en verhouding met die persoon met 'n TBB se behoeftes te bepaal nie. In die literatuur is daar duidelike bewyse dat geslag en die verhoudinge met die persoon wel verskille ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB tot gevolg het. Toekomstige navorsing moet dus daarop fokus om moontlik die huidige meetinstrument te gebruik om sorggewers se behoeftes te bepaal, en die moontlike verskil in hierdie behoeftes ondersteun.
- 'n Groot gedeelte van die meetinstrument is opgestel met behulp van inligting wat van die sorggewers wat reeds deur die proses van rehabilitasie is, verkry is (Fokusgroepe en semi-gestruktureerde onderhoude). Alhoewel sorggewers se behoeftes wel met die verloop van tyd verander soos wat hulle deur die herstelproses en rehabilitasie gevorder het, is dit nie altyd moontlik om daardie behoeftes te vergelyk met die sorggewers wat tans in die proses van rehabilitasie is nie. Indien slegs die rouproses in ag geneem word, is dit moontlik dat die sorggewers wat aan die studie deelgeneem het almal op 'n ander stadium van die rouproses is, en dus stem hulle behoeftes nie altyd ooreen nie. Vergelyk

onder andere die afdeling van *Hoop*. Hoop vorm deel van die rouproses, en kom later in die herstelproses voor, en dit is nie altyd van toepassing op die sorggewers wat tans in die proses van rehabilitasie is nie. Die meetinstrument dek 'n breë spektrum van moontlike behoeftes wat sorggewers, in die “grootmaakproses” van die persoon met 'n TBB, kan hê. 'n Ander verskynsel is dat die sorggewers wat reeds deur die proses van rehabilitasie is, reeds voldoende insig in hulle behoeftes en probleme het, om 'n waardevolle bydrae te lewer tot die ontwikkeling van die meetinstrument.

- Weens die klein groep proefpersone wat bereid was om aan die studie deel te neem, was dit nie altyd moontlik dat hulle steeds in die akute tydperk van die rehabilitasieproses sou wees nie. Daar is met sommige van die proefpersone, net voor die persoon met 'n TBB ontslaan is, in aanraking gekom en gevolglik het van die sorggewers alreeds meer insig in die probleem gehad, en was die meeste van hulle onmiddellike behoeftes reeds bevredig.
- 'n Verdere beperking van hierdie studie is dat dit gestruktureerd is in 'n kwalitatiewe paradigma. Die subjektiwiteit van die oop vrae kon moontlik die vergelyking van verskillende individue beperk. Die subjektiewe interpretasie van die resultate deur die navorser kon ook daartoe lei dat daar 'n afname in die geldigheid van die resultate mag voorkom. 'n Tweede beoordelaar is egter gebruik in 'n poging om hierdie probleem die hoof te bied.
- Tydens die fokusgroep en semigestruktureerde onderhoude het die navorser spesifieke vrae gevra en nie altyd aan die sorggewers die geleentheid gegee om hulle eie gevoelens uit te druk nie. Daar moet dalk meer op oop vrae gefokus word.
- Tydens die uitvoer van die *loodsstudie* is slegs professionele persone (STT) gebruik om die loodsstudie uit te voer. Daar kon moontlik beter insette van sorggewers van persone met 'n TBB verkry word, maar weens die beperkte hoeveelheid proefpersone wat bereid was om aan die studie deel te neem, is daar besluit om hulle nie ook by die loodsstudie te betrek nie. Die rede hiervoor is dat waardevolle inligting wat vir die doeleindes van die studie gebruik kon word, verlore kon gaan. Indien hierdie navorsing weer uitgevoer word, word daar voorgestel dat soveel as moontlik sorggewers van persone met 'n TBB aan die loodsstudie deelneem.

Die studie het dus heelwat beperkinge wat in aggeneem moet word indien verder navorsing in hierdie verband uitgevoer sou word.

6.5. SAMEVATTING

Tydens hierdie studie is die sorggewers se behoeftes ten opsigte van die hantering van die persoon met 'n TBB bepaal, met die oog op die ontwikkeling van 'n voorlopige meetinstrument. Die meetinstrument is ook tydens die navorsing op 'n groep sorggewers uitgevoer om te bepaal of die instrument wel 'n verandering in sorggewers se behoeftes sal kan meet, nadat inligting in die vorm van 'n werkwinkel aan hulle verskaf is. Die resultate van die studie het aangetoon dat sorggewers wel bepaalde behoeftes het in die hantering van die persoon met 'n TBB, wat alreeds tydens die akute rehabilitasieperiode aangespreek behoort te word. Verder het die resultate ook aangetoon dat die sorggewers bepaalde behoeftes het oor hoe hulle deur die professionele span hanteer behoort te word, asook om te weet dat hulle ook deel vorm van die besluitnemingsproses rakende die hantering van die persoon met 'n TBB tydens die akute rehabilitasieperiode. Sorggewers meen dat hulle unieke behoeftes het wat aangespreek behoort te word, en dat hulle ondersteun behoort te word deur die professionele span, ten einde hierdie behoeftes te bevredig. Die sorggewers het gevolglik 'n behoefte aan inligting oor hoe sekere probleme hanteer behoort te word, en resultate het ook aangetoon dat sorggewers se behoeftes geneig is om te verander, indien toepaslike inligting aan hulle verskaf word, tydens die akute periode. Op hierdie wyse behoort hulle die proses rondom die algemene hantering en versorging van die persoon 'n TBB, beter hanteer en sal die sorggewers se wanpersepie oor van die hantering deur professionele persone moontlik verbeter. *“Parents and professionals may differ in their priorities for goals or services. From a family-centered perspective, interventionists can merely provide family members with the information they need to make a choice. Ultimately, families must make decisions that satisfy their value system and suit their unique needs”* (Raver & Kilgo, 1991: 173).

BIBLIOGRAFIE

Acorn, S. (1993). Head- injured survivors: caregivers and support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 39-45 in Sinnakaruppan, I., & Williams, D.M. (2001). Family carers and the adult head-injured: a critical review of carers' needs. *Brain Injury*, 15(8), 653- 672.

Adamovich, B.B., Henderson, J.A. & Auerbach, S. (1985). *Cognitive rehabilitation of closed head injured patients. A dynamic approach.* PRO-ED. Inc.

Ally, A., Bhagwandeem, Y en Methar, Y. (2003). Family members' perceptions regarding their role during speech-language therapy programmes for individuals with traumatic brain injury. *Unpublished B.Communication Pathology Dissertation.* University of Durban-Westville.

Alpiner, J.G., Kaufman, M.S. & Hanavan, P.C. (1993). Overview of rehabilitative audiology. In Alpiner, J.G. & McCarthy, P.A. (eds): *Rehabilitative Audiology: Children and Adults.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Alrichether H., Posh, P. & Somekh, B. (1993). Teachers investigate their work. Routledge, London, UK, in Turnock, C. & Gibson, V. (2001). Validity in action research: a discussion on theoretical and practice issues encountered whilst using observation to collect data. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 471– 477.

Bailey, K.D. (1994). *Methods of social research.* 4th ed. New York, The Free Press.

Binder, G.M. (1984). Aphasia: A societal and clinical appraisal of pragmatic and linguistic behaviours. *Masters dissertation,* University of California, Santa Barbara.

Blanffeld, D. F & Holohan, C.J. (1999). Social support, coping, and psychological adjustment among caregivers of head-injured patients. *Psychology and Health*, 14, 609-624.

Bless, C. & Higson-Smith, C. (1995). *Fundamentals of social research methods: An African Perspective*. 2nd ed. Kenwyn, Juta and Co, Ltd.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). *Focus groups in social research. Introducing qualitative methods*. 1st ed. SAGE Publications Ltd.

Bowling, A. (1997). *Research methods in health*. Open University Press, Buckingham, UK, in Turnock, C. & Gibson, V. (2001). Validity in action research: a discussion on theoretical and practice issues encountered whilst using observation to collect data. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 471 – 477.

Brumfitt, S., Atkinson, J.A. en Greated, C. (1994). The carer's response to written information about acquired communication problems. *Aphasiology*, 8, 583-590.

Burns, N. & Grove, S.K. (1993). *The practice of nursing research. Conduct, Critique & Utilization*. 2nd Edition. W.B. Sanders Company.

Campbell, C. (1988). Needs of relatives and helpfulness of support groups in severe head injury. *Rehabilitation Nursing*, 13, 320-325.

Campbell, C. (1988). Needs of relatives and helpfulness of support groups in severe head injury. *Rehabilitation Nursing*, 13: 320-325 in Sinnakaruppan, I., & Williams, D.M. (2001). Family carers and the adult head-injured: a critical review of carers' needs. *Brain Injury*, 15(8), 653- 672.

Cooper, N. (2001). *Quality of life and aphasia*. Unpublished B.Communication Pathology Dissertation. University of Pretoria.

Dane, F.C. (1990). *Research methods*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole.

Davis, J.R., Gemeinhardt, M., Gan, G., Anstey., K en Gargaro, J. (2003). Crisis and its assessment after brain injury. *Brain Injury*, 17(5), 359-376.

De Vos, A.S. (1998). *Research at grass roots. A primer for caring professions*. 1st edition. JL van Schaik Publishers.

Denscombe, M. (1998). *The good research guide*. Open University Press, Buckingham, UK, In Turnock, C. & Gibson, V. (2001). Validity in Action Research: a discussion on theoretical and practice issues encountered whilst using observation to collect data. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 471 – 477.

Douglas, J.M & Spellacy, F.J. (1996). Indicators of long-term family functioning following severe traumatic brain injury in adults. *Brain Injury*, 10, 819-839.

Duffy, J.R. (1995). Motor speech disorders. *Substrates, differential diagnosis, and management*. Mayo Foundation.

Engli, M. & Kirsivali-Farmer, K. (1993). Needs of Family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25, 78-85.

Freeman, L.J. (2000). *Communication and quality of life after traumatic brain injury: A discourse analysis*. Unpublished BA Speech and Hearing therapy. Dissertation. University of the Witwatersrand.

Galski, T., Tompkins, C. & Johnson., M.V. (1998). Competence in discourse as a measure of social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(9), 769- 782.

Gentleman, D. (2001). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Trauma*, 3, 193-204.

Gleckman, A & Brill, S. (1995). The impact of brain injury on family functioning: implications for subacute rehabilitation programmes. *Brain Injury*, 9, 385-393.

Goldstein M. (1990). Traumatic brain injury: A silent epidemic. *Annals of Neurology*, 27, 327.

Grant, J.S & Bean, C.A. (1992). Self-identified needs of informal caregivers of head-injured adults. *Family and Community Health, 15*, 49-58.

Haley, W.E., Roth, D.L., Coleton, M.L., Ford, G.R., West, C.A.C., Collins, R.P & Isobe, T.L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in Black and White family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 121-129.

Jennette, B. (1996). Epidemiology of head injury. *Journal of Neurological Neurosurgery Psychology, 60*, 362-369.

Johnson, A.F & Jacobson. B.H. (1998). *Medical speech-language pathology: A practitioner's guide*. Thieme Medical Publishers, Inc.

Junque, C., Bruna, O & Mataro, M. (1997). Information needs of the traumatic brain injury patient's family members regarding the consequences of the injury and associated perception of physical, cognitive, emotional and quality of life changes. *Brain Injury, 11*, 251-258.

Knight, R.G., Devereux, R. & Godfrey, H.P.D. (1998). Caring for a family member with a traumatic brain injury. *Brain Injury, 12 (6)*, 467-481.

Kolakowsky-Hayner, S.A., Dawn-Miner, K. & Kreutzer, J.S. (2001). Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 16(4)*, 374- 385.

Kraus J.F. (1993). Epidemiology of head injury. In: Cooper PR ed. *Head Injury*. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1-25.

Kreutzer, J.S., Gervasio, A.H. & Camplair, P.S. (1994). Primary caregivers' psychological status and family functioning after traumatic brain injury. *Brain injury, 8(3)*, 197-210.

Kreutzer, J.S., Serio, C.D & Bergquist, S. (1994). Family needs after brain injury: a quantitative analysis. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 9*, 104 – 115.

Laroi, F. (2000). Treating families of individuals with traumatic brain injury: Presentation of clinical cases approached from a structural therapy perspective. *Journal of Family Psychotherapy*, 11(4), 69- 78.

Latvala, E., Vuokila- Oikkonen, P. & Janhonen, S. (2000). Videotaped recording as a method of participant observation in psychiatric nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1252-1257.

Leedy, P.D. & Ormrod, J.E. (2001). *Practical research planning and design*. 7th ed. New Jersey: Merrill Prentice Hall.

Ley, P. (1990). *Communication with patients: Improving communication satisfaction and compliance*. Chapman and Hall. London.

Mackay, L.E., Chapman, P.E. & Morgan, A.S. (1997). *Maximizing brain injury recovery. Integrating critical Care and Early Rehabilitation*. Aspen Publishers, Inc.

Marsh, N.V., Kersel, D.A., Havill, J.H. & Sleigh, J.W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(4), 434 - 447.

Marshall, C & Rossman, G. B. (1995). *Designing qualitative research*. 2nd ed. Sage Publications: Thousand Oaks.

Martin, C., Viguier, D., Deloche, G. & Dellatolas, G. (2001). Subjective experience after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15(11), 947-959.

Mathis, M. (1984). Personal needs of families of critically ill patients with and without brain injury. *Journal of Neurosurgery Nursing*, 16, 36-44.

Mauss-Clum, N. & Ryan, M. (1981). Brain injury and the family. *Journal of Neurosurgery Nursing*, 13, 165-169.

Morris, K.C. (2001). Psychological distress in carers of head injured individuals: the provision of written information. *Brain Injury*, 15(3), 239-254.

Moules, S., & Chandler, B.J. (1999). A study of the health and social needs of carers of traumatically brain injured individuals served by one community rehabilitation team. *Brain Injury*, 13(12), 983- 993.

Nel, S. (2002). *Persone met disfagie as gevolg van kanker se persepsies van hul kwaliteit van lewe*. Ongepubliseerde M.Kommunikasiepatologie Verhandeling. Universiteit van Pretoria.

Nell, V., & Brown, D.S.O. (1990). Epidemiology of traumatic brain injury in Johannesburg: Morbidity, mortality and etiology. Health Psychology Unit: Technical Report No. 1: UNISA and HSRC.

Neuman, B. (1989). *The Neuman's System Model*. 2nd edition. Norwalk, CN: Appleton and Large.

Neuman, W.L. (1997). *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches*. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon, Inc.

Novack, T.A., Begquiat, T.F en Bennett, G. (1991). Primary caregivers distress following severe head injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, 69-77.

O' Neil-Pirozzi, T.M., Momose, J.K., Mello, J., Lepak, P., McCabe, M., Connors, J.J en Lisiecki, D.J. (2003). Feasibility of swallowing interventions for tracheostomized individuals with severely disordered consciousness following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 17(5), 389-399.

O'Keefe B.M. (1996). *Communication disorders. Just minor inconveniences?* In: Renwick, R., Brown, I. & Nagler, M. (1996). *Quality of life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues, and Applications*. 1st Ed. Sage Publications, Inc.

Penn, C., Jones, D., Schmaman, L., Vyncke, O., Watt, N. & Fridjhon, P. (1998). Return to work and communication disability: the development of a tool for South-Africa employment contexts. *Unpublished*.

Ponsford, J. (1995). *Traumatic brain injury: rehabilitation for everyday adaptive living*. United Kingdom: Lawrence Erlbaum Associates.

Ponsford, J. (1995a). *Mechanisms of recovery and sequelae of traumatic brain injury*. In J. Ponsford (Ed.), *Traumatic Brain Injury, Rehabilitation for Everyday Adaptive Living*. United Kingdom: Lawrence Erlbaum Associates.

Pottas, L. (1998). Oudiologie as wetenskap: Die waarde daarvan vir die onderwyser van die kind met 'n gehoorverlies. *Ongepubliseerde MKommunikasiepatologie Verhandeling*, Universiteit van Pretoria.

Prutting, C.A. & Kirchner, D.M. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 105-119.

Robson, C. (1993). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*. Oxford: Blackwell.

Rollin, W.J. (2000). *Counseling individuals with communication disorders: Psychodynamic and family aspects*. 2nd Edition. Butterworth-Heinemann Publications.

Rosenthal, M., Bond, M., Griffith, E.R & Miller, J.D. (1990). *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*. Philadelphia: Davis.

Sander, A.M., Caroselli, W.M., High, JR., Becker, C., Neese, L en Scheibel, R. (2002). Relationship of family functioning to progress in a post-acute rehabilitation programme following traumatic brain injury. *Brain injury*, 16(8), 649-657.

Serio, C.D., Kreutzer, J.S. & Witol, A.D. (1997). Family needs after traumatic brain injury: a factor analytic study of the family needs questionnaire. *Brain Injury*, 11(1), 1-9.

Shipley. K.G. & McAfee, J.G. (1998). *Assessment in speech-language pathology: A resource manual*. 2nd Edition. Singular Publishing Group, Inc.

Sinnakaruppan, I. & Williams, D.M. (2001). Family carers and the adult head-injured: a critical review of carers' needs. *Brain Injury*, 15(8), 653-672.

Smit, G.J. (1985). *Navorsingsmetodes in Gedragwetenskappe*. RSA: HAUM Opvoedkundige Uitgewers.

Sternberg, R. J. (1995). *In Search of the Human Mind*. Harcourt Brace College Publishers: San Diego.

Syron, M. & Shelley, E. (2001). The needs of informal carers: a proposed assessment tool for use by public health nurses. *Journal of Nursing Management*, 9, 31-38.

Toner, H. L. (1987). Effectiveness of a written guide for carers of dementia sufferers. *British Journal of Clinical and Social Psychiatry*, 5, 24-26.

Turnock, C. & Gibson, V. (2001). Validity in action research: a discussion on theoretical and practice issues encountered whilst using observation to collect data. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 471 – 477.

Tyerman, A & Booth, J, (2001. Family interventions after traumatic brain injury: a service example. *NeuroRehabilitation*, 16, 59-66.

Tyerman, A. (1990). Counseling in Head Injury. *Counseling and Communication in Health Care*, 115 – 128.

Van der Merwe, J. (1994). 'n Tipologie van navorsingsontwerpe. In: *Kursus in Navorsings-metodiek (Geesteswetenskappe)*. Aangebied deur: Navorsingadministrasie, Universiteit van Pretoria: 28- 31 Maart.

Visagie, M.J. (1993). The competitiveness of the South African clothing industry in a Post Sanctions era. *Unpublished MBL thesis*, University of Pretoria.

Vyncke, I.O. (1997). *Self perceptions of subjects with Parkinson's disease with regard to communication and swallowing difficulties*. Unpublished Masters dissertation, University of the Witwatersrand.

Wallace, C.A., Bogner, J., Corrigan, J.D., Clinchot, D., Mysiw, W.J. & Fugate, L.P. (1998). Primary caregivers of persons with brain injury: life change 1 year after injury. *Brain Injury*, 12(6), 483- 493.

Wallace, L.M. (1986). Communication variables in the design of pre-surgical preparatory information. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 111-118.

Wedcliffe, T. (1999). *The psychosocial effects of traumatic brain injury on the quality of life of a group of spouses/partners*. Unpublished B.A. Speech and Hearing therapy dissertation. University of the Witwatersrand. Johannesburg.

Wethertell, M., Taylor, S. & Yates, S.J. (2001). *Discourse as data: A guide for analysis*. Bath Press, Bath.

White paper on An Integrated National Disability Strategy (1997). Cape Town: *Office of the Deputy President*.

Wiles, R., Pain, H en Buckland, S. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 794-801.

Willis, C.J. (1984). *More advanced quantity surveying*. London: Granada.

Wisker, G. (2001). *The post graduate research handbook: succeed with your MA, Mphil, EdD and PhD*. Basingstoke: Palgrave.

Ylvisaker, M., & Feeney, T. (1998). *Collaborative brain injury intervention. Positive everyday routines*. Singular: San Diego.

Ylvisaker, M.S. & Urbanczyk, B. (1990). The efficacy of speech-language pathology intervention: Traumatic brain injury. *Seminars in Speech and Language*, 11(4), 215-225.

Spraakproduksie-afwykings; Kognitief- Kommunikatiewe afwykings; Gedrags-en emosionele afwykings; Gehoorafwykings; Visuele-afwykings; Voedingsprobleme en Omgewingsaanpassings.

- **Fase 2:** Toepassing van die voorlopige meetinstrument op 'n bepaalde toetspopulasie (primêre sorggewers van persone met TBB) ten einde te bepaal of die meetinstrument '**n verandering/ verskuiwing van die sorggewers se behoeftes** sal kan meet **na** die aanbieding van 'n werkwinkel. *(Die doel van die werkwinkel is om inligting aan die sorggewers te verskaf op grond van die behoeftes wat tydens die voltooiing van die voorlopige meetinstrument geïdentifiseer is.)*

2. KORT OMSKRYWING VAN DIE NAVORSING:

Verstrek asb.'n kort omskrywing van die navorsing (maksimum 250 – 300 woorde).

In die literatuur bestaan daar tans 'n leemte rondom die sorggewers se behoeftes aangaande kommunikasie en kommunikasie-interaksie. 'n Persoon met 'n traumatiese breinbesering het bepaalde kognitiewe, gedrags en kommunikasieafwykings wat kan lei tot swakker sosiale re-intergrasie en kan gevolglik bepaalde behoeftes by primêre sorggewers laat ontstaan.

Die doel van die studie is om 'n voorlopige meetinstrument te ontwikkel ten einde die primêre sorggewers, van persone met 'n ernstige-tot-totale TBB, se behoeftes en kennis, rakende kommunikasie en kommunikasie-interaksies, tydens akute rehabilitasie periode te bepaal. Die proefpersone sal op grond van 'n gerieflikheidssteekproef geselekteer word vanuit die instansie Riverfield Lodge Rehabilitasie sentrum. Die navorsingsproses sal in twee hoof fases verdeel word. Tydens die eerste fase sal daar drie (3) proefpersone geselekteer word en daar sal van veelvuldige enkelgevallestudies gebruik gemaak word, om data te versamel. Die data-insamelingsprosedures en materiaal wat tydens hierdie fase gebruik sal word is: gestruktureerde en ongestruktureerde waarneming, vraelyste, semi-gestruktureerde onderhoude en die gebruik van twee fokusgroepe. Die resultate wat tydens hierdie fase verkry word, sal gebruik word om die voorlopige meetinstrument saam te stel. Tydens die tweede fase sal daar twaalf (12) nuwe proefpersone, wat aan die seleksiekriteria voldoen, geselekteer word en sal daar van 'n pre-toets/post-toets eksperimentele ontwerp gebruik gemaak word, om te bepaal of die meetinstrument verandering in behoeftes sal kan meet. Tydens die fase sal 'n werkwinkel aangebied word waarin inligting aan proefpersone verskaf sal word. Die proefpersone sal ook tydens die fase (fase 2) die meetinstrument evalueer om te bepaal of die vrae wat in die instrument ingesluit is, volgens hulle, ingesluit moet word of nie.

3. BETROKKENHEID VAN PROEFPERSONE

3.1 Waar en hoe word proefpersone geselekteer?

Die proefpersone sal op grond van 'n gerieflikheidssteekproef geselekteer word vanuit Riverfield Lodge Rehabilitasie sentrum. Daar is bepaalde seleksie kriteria vanuit die literatuur opgestel, waaraan die proefpersone moet voldoen om aan die studie deel te neem. Daar sal vooraf telefoniese kontak met die instansie gemaak word, om toestemming vir die uitvoer van die projek te verkry. 'n Toestemmingsbrief sal opgestel waarin die doel van die studie aan die instansie verduidelik sal word. Aan die einde van die brief sal 'n skeurstrokie verskaf word, waarin skriftelike toestemming tot die uitvoer van die projek verkry sal word. Nadat toestemming van die instansie verkry is, sal die moontlike proefpersone geselekteer. Die proefpersone sal ook telefonies gekontak word en daarna sal 'n toestemmingsbrief aan hulle verskaf word, waarin die doel van die studie, asook die tipe deelname wat daar van hulle vereis sal word duidelik uiteengesit sal wees. Daar sal ook 'n skeurstrokie aan die brief wees, sodat die proefpersone ook skriftelike toestemming tot deelname aan die projek sal gee.

3.2 Indien vrywilligers as proefpersone gevra word, wie word as vrywilligers genader en hoe word hulle geselekteer?
N.V.T.

3.3 Op welke wyse word proefpersone tydens die werwingsproses tot deelname oorreed?

Telefoniese kontak en die verskaffing van 'n ingeligte toestemmingsbrief waarin die doel van die navorsing bekend gemaak sal word. In die brief sal daar duidelik gestipuleer word wat daar van die verskillende proefpersone verwag sal word, tydens die uitvoer van die navorsing.

3.4 Indien proefpersone se rekords gebruik gaan word, dui aan wat die aard van die rekords is en hoe dit geselekteer gaan word.
N.V.T.

3.5 Is toestemming verkry om hierdie rekords te bestudeer en daarvoor verslag te doen?

Ja Nee Nie van toepassing ✓

Heg briewe aan

3.6 Profiel van proefpersone
Aantal: Fase 1: Veelvuldige-enkelgevalllestudies (3+ proefpersone) en Fokusgroep-besprekings (3-8 proefpersone); Fase 2: Pre-toets/Post-toets Eksperimentele ontwerp (12+ proefpersone)
Geslag: Manlike en vroulike proefpersone sal in die studie ingesluit word
Ouderdom: Volwassenes van 18 jaar en ouer

3.7 Is toestemming van die betrokke owerhede (skool, hospitaal, kliniek, ens.) verkry? Indien wel, spesifiseer.

Ja Nee ✓ Nie van toepassing

Heg briewe aan. (Sien Bylae 1 – 3)

3.8 Dui aan watter prosedures gebruik gaan word om inligting van die proefpersone in te win deur die toepaslike blokkie te merk:

€ Nagaan van rekords

✓ Onderhoud (Sien Bylae 7)

✓ Vraelys (*Heg aan indien beskikbaar. Indien nie, lê voor wanneer beskikbaar, tesame met aanvanklike goedkeuring van die Navorsingsetiëkkomitee.*) (Sien Bylae 5)

€ Kliniese evaluering

€ Prosedures (bv. terapie). Spesifiseer asb.

✓ Ander:

- Gestruktureerde en ongestruktureerde waarneming deur middel van video-opnames van die interaksie tussen die proefpersone en die persone met 'n TBB. (Sien Bylae 4)
- Twee fokusgroepe: Proefpersone wat tans in die proses van rehabilitasie is
Proefpersone wat reeds in die proses van rehabilitasie was.
(Sien Bylae 9)

3.9 Indien spesifieke evaluerings-, assesserings- en behandelingsprosedures uitgevoer gaan word, is die navorser geregistreer om sodanige prosedures uit te voer?
N.V.T.

3.10 Indien die navorser nie die prosedure persoonlik gaan uitvoer nie, verstrek die naam en posisie van die persoon wat dit wel gaan doen.
N.V.T.

4. INGELIGTE TOESTEMMING

- 4.1 Heg 'n kopie van die toestemmingsvorm aan. (Sien Bylae 1-3)
- 4.2 Indien die proefpersone
- jonger as 18 is of verstandelik of regtens onbevoeg is om tot deelname in te stem, hoe word hul instemming verkry en / of wie gee namens hulle toestemming?
Spesifiseer asb.
N.V.T.
 - Indien die proefpersone
 - jonger as 18 is of verstandelik of regtens onbevoeg is, hoe sal dit aan hulle verduidelik word dat hulle te enige tyd van die studie kan onttrek?
Spesifiseer asb.
N.V.T.
- 4.3 Indien die navorser nie vaardig in die moedertaal van die proefpersone is nie, hoe sal hy/sy verseker dat die proefpersone die inhoud van die toestemmingsvorm verstaan?
Spesifiseer asb.
N.V.T.

5. RISIKO'S EN MOONTLIKE BENADELING VAN PROEFPERSONE

- 5.1 Stel deelname aan die navorsing proefpersone aan enige potensiële fisieke, psigologiese, wetlike, of sosiale benadeling bloot? Nee Ja
- 5.2 Indien **Ja**, watter voorsorgmaatreëls word getref om die risiko te verminder?
Spesifiseer asb. N.V.T.
- 5.3 Sal deelname of die weiering tot deelname die proefpersone op enige wyse benadeel?
Nee Ja Indien **Ja**, verduidelik.

6. MISLEIDING VAN PROEFPERSONE

- 6.1 Is daar enige aspekte van die navorsing waarvoor proefpersone nie ingelig gaan word nie?
Nee Ja
Indien **Ja**, beskryf kortliks.

7. VOORDELE VIR PROEFPERSONE:

- 7.1 Sal deelname proefpersone bevoordeel? Nee Ja
Indien **Ja**, beskryf kortliks.

Daar bestaan 'n behoefte in die literatuur rondom meetinstrumente wat sorggewers se behoeftes tydens kommunikasie en kommunikasie-ineraksie met die persoon met 'n traumatiese breinesering kan bepaal. Die kommunikasie afwykings wat ontstaan as gevolg van 'n traumatiese breinbesering het 'n geweldige impak op die sosiale aspekte van sorggewers se lewe en beïnvloed gevolglik beide, die sorggewer en die persoon met 'n traumatiese breinbeseing se kwaliteit van lewe. Hierdie studie gaan nie spesifiek fokus op die verbetering van die proefpersone se kwaliteit van lewe nie, maar gaan aan hulle 'n moontlike hulpmiddel verskaf wat indien dit korrek aangewend word, die sorggewers se behoeftes vroegtydig sal kan identifiseer. Die instrument sal dus hulp verleen tot die vroeë identifikasie van sorggewers se behoeftes in

terme van die hantering van die persoon met 'n TBB se kommunikasie-, kognitiewe- en gedragsprobleme. Dit kan gebruik word om terapie te monitor en dus kan dit lei tot beter en meer effektiewe dienslewering in die Suid- Afrikaanse konteks.

Tydens die uitvoer van die navorsing sal die proefpersone ook die geleentheid kry om 'n werkswinkel by te woon, wat daarop gemik sal wees om hulle behoeftes, soos geïdentifiseer deur die toepassing van die meetinstrument, aan te spreek. Daar sal gepoog word om inligting aan hulle te verskaf oor die hantering van moontlike kommunikasie en interaksie probleme en gevolglik sal hulle huidige kennis in hierdie verband ook uitgebrei word. Op hierdie wyse sal daar dus aan hulle tegnieke aangeleer waardeur optimale hantering van die persoon met 'n TBB, gefasiliteer kan word.

8. VERTROULIKHEID

8.1 Hoe word vertroulikheid en/of anonimiteit verseker?

In die ingeligte toestemmingsbrief word die proefpersone verseker van anonimiteit en dat geen identifiserende inligting in die finale verslag ingesluit sal word nie.

Geen identifiserende inligting sal in die vraelys en semi-gestruktureerde onderhoude van die proefpersone verwag word nie.

Proefpersone sal verseker word dat alle inligting vertroulik hanteer sal word en dat geen persoon toegang tot die primêre data wat ingesamel word, sal verkry nie.

9. DISSEMINASIE / BEKENDMAKING VAN NAVORSINGSRESULTATE

9.1 Aan wie sal navorsingsresultate bekend gemaak word?

Aan die Universiteit van Pretoria en belangstellendes.

9.2 In watter formaat voorsien u sal resultate bekendgemaak word?

Merk die toepaslike blokkie:

boek	<input checked="" type="checkbox"/>	wetenskaplike artikel	<input type="checkbox"/>	populêr-wetenskaplike artikel
radio	<input type="checkbox"/>	kongresreferaat	<input type="checkbox"/>	TV
			<input type="checkbox"/>	ander. Spesifiseer asb.

10. STOOR VAN NAVORSINGSDATA

10.1 Sal die navorsingsdata na afloop van die studie vernietig word? Ja Nee

10.2 Indien *Nee*, in watter formaat en vir hoe lank gaan die data gestoor word?
Spesifiseer asb.

In harde kopie (Navorsingskripsie en Wetenskaplike Artikel)

10.3 Vir watter doel sal die data gestoor word?

Merk die toepaslike blokkie:

navorsing

demonstrasie

openbare opvoering

argivering

10.4 Hoe sal proefpersone se toestemming vir die verdere gebruik van die data bekom word?

√ Ingeligte toestemmingsvorm

€ Ander. Spesifiseer asb.

11. ANDER INLIGTING

Enige ander inligting wat vir die komitee van waarde mag wees, moet hier verstrek word.

N.V.T.

HANDTEKENINGE:

AANSOEKER:

DATUM: 2003-07-01

STUDIELEIER:

DATUM: 2003-07-01

VOORSITTER:

DEPARTEMENTELE NAVKOM:

DATUM:

DEPARTEMENTSHOOF:

DATUM:

Is u van mening dat die navorsingsprojek etiese implikasies kan hê?

Ja € Nee €

VOORSITTER: NAVORSINGSETIEKKOMITEE:

DATUM:

Is u van mening dat die navorsingsprojek etiese implikasies kan hê?

Ja € Nee €

AANHANGSELS:

Goedkeuring: ander owerhede

√ Ingeligte toestemming

√ Vraelyste, onderhoude, assessering

√ Instruksies aan proefpersone

√ Ander

Met erkenning aan Harvard Universiteit, 1999-2000, Universiteit van die Witwatersrand 1992.

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
VOORSTELLE IN VERBAND MET ONDERWERPE VAN PROEFSKRIFTE/VERHANDELINGS/SKRIPSIES
PROMOTORS/LEIERS, VAKKEUSE EN EKSAMINATORE

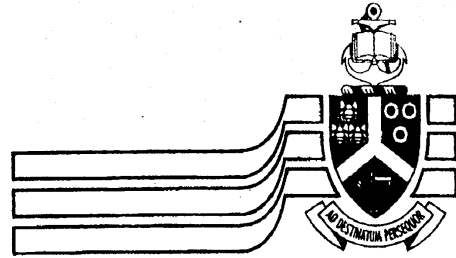
HIERDIE VORM MOET GETIK WORD.

Belangrik: LET ASB DAAROP DAT DIE NODIGE ETIEKKOMITEEVRAELYS EN NAVORSINGSVOORSTEL **AANGEHEG** MOET WORD.

<p>Studentenommer: 9904489 Titel: Mej</p> <p>Van: Olivier Voorletters: M</p> <p>Studierigting bv MA(Afr): MKommunikasiepatologie</p> <p>Departement: Kommunikasiepatologie</p> <p>Adres: Posbus 1870 Springs 1560</p> <p>Tel Nr: 082-9039677 of (012) 331-0488</p>	<p>a) PROMOTOR/LEIER:</p> <p>Dr. Odette Guy</p> <p>b) MEDE-PROMOTOR/-LEIER (‘n motivering moet hierdie voorstel vergesel as ‘n persoon van buite die universiteit benoem word)</p>	<p>EKSTERNE EKSAMINATORE: (NAME, TITELS EN POSADRES VOLLEDIG TE VERSTREK) Magister: ten minste 1 eksterne van buite die Universiteit Doktoraal: ten minste 2 eksternes van buite die Universiteit. (ten minste 6 maande nie meer aan die Universiteit verbonde nie).</p> <p>a) EKSAMEN:</p>	<p>ROETEWYSER</p> <p>1. STUDIELEIER</p> <p>.....</p> <p>2. DEPARTEMENTELE NAVORSINGSKOMITEE:</p> <p>.....</p> <p>3. DEPARTEMENTSHOOF:</p> <p>.....</p> <p>4. MEV H KIRSTEIN: (wat dit gereedmaak vir voorlegging aan Navorsingsetiekkomitee)</p> <p>.....</p> <p>5. NAVORSINGSETIEKKOM.:</p> <p>.....</p> <p>6. DEKAAN:</p> <p>.....</p> <p>7. BRIEF AAN STUDENT:</p> <p>Datum:</p>
<p>LET ASSEBLIEF OP DIE TAALKUNDIGE KORREKTHEID VAN DIE ONDERWERP GELIEWE NIE DIE VOLLE TITEL IN HOOFLETTERS TE TIK NIE. VIR KENNISNAME DEUR FAKULTEITSRAAD OF REDAKSIONELE WYSIGING MELD ASSEBLIEF: VERHANDELING: ____ SKRIPSIE: __X__</p>			
<p><i>Die ontwikkeling van ‘n voorlopige meetinstrument vir die bepaling van primêre sorggewers se behoeftes rakende die hantering van ‘n persoon met ‘n traumatiese breinbesering.</i></p>			
<p>VAKKEUSE VIR DOKTORALE/ MAGISTER EKSAMEN:</p> <p>Hoofvak:</p> <p>Byvakke:</p>		<p>b) PROEFSKRIF/VERHANDELING/ SKRIPSIE</p> <p>Nog nie geselekteer nie</p>	
<p>GOEDKEURING: <input checked="" type="checkbox"/> Vir voorlegging aan die Navorsingsetiekkomitee <input type="checkbox"/> Redaksionele wysiging <input type="checkbox"/> Eksaminatore</p>			

BYLAE B

Lede: Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee
Prof D Beyers; Prof C Delport; 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

6 Augustus 2003

Beste Doktor Guy

Projek: *Die ontwikkeling van 'n voorlopige meetinstrument vir die bepaling van primêre sorggewers se behoeftes rakende die hantering van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering*

Navorser: M Olivier
Leier: Dr O Guy
Departement: Kommunikasiepatologie
Verwysingsnommer: 9904489

Baie dankie vir die aansoek wat u voorgelê het aan die Navorsingsvoorstel- en Etiekkomitee, Fakulteit Geesteswetenskappe.

Die aansoek is formeel deur die komitee goedgekeur op 31 Julie 2003.

Die komitee wil u graag versoek om bogenoemde goedkeuring aan Me Olivier 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 C

Vraelys

Sorggewers se kennis en behoeftes oor kommunikasie en kommunikasie interaksie met 'n persoon met 'n gemiddelde –tot-ernstige traumatiese breinbesering

Vir kantoorgebruik

Respondentnommer	V1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1-4
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

Instruksies:

Aangesien daar van u verwag word om die vraelys so eerlik moontlik te voltooi, word anonimiteit verseker en hoef u naam op geen deel van die vraelys te verskyn nie. U hulp met die voltooiing van die vraelys is van uiterste belang, alhoewel deelname vrywillig en opsioneel is.

AFDELING A

Demografiese inligting

(Merk asseblief die toepaslike blokkie met 'n x)

Inligting van die primêre sorggewer

1. Geslag:

Manlik	<input type="checkbox"/>
Vroulik	<input type="checkbox"/>

V2 5

2. Huistaal:

Engels	<input type="checkbox"/>
Afrikaans	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>

V3 6-7

3. Wat is u ouderdom?

_____ jaar

V4 8-9

4. Meld asseblief die beroep wat u tans beklee

V5 10-11

5. Wat is u hoogste vlak van opleiding

V6 12-13

6. Wat is u verhouding ten opsigte van die persoon met 'n traumatiese breinbesering

Moeder	<input type="checkbox"/>
Vader	<input type="checkbox"/>
Man	<input type="checkbox"/>
Vrou	<input type="checkbox"/>
Broer	<input type="checkbox"/>
Suster	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>

Indien ander, spesifiseer
asseblief _____

V7 14

<p>7. Wat is die heoveelheid kontak wat u met die persoon met 'n traumatiese breinbesering het</p> <table border="1" data-bbox="212 199 618 348"> <tr> <td>Die persoon woon saam met u</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Weeklikse kontak</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maandeliks</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p>	Die persoon woon saam met u		Weeklikse kontak		Maandeliks		Ander		<p>V8 <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16</p>
Die persoon woon saam met u									
Weeklikse kontak									
Maandeliks									
Ander									
<p>8. Dui asseblief u persoonlike ervaring ten opsigte van 'n Traumatiese Breinbesering aan. (Merk alle blokkies wat van toepassing is.)</p> <table border="1" data-bbox="212 520 618 758"> <tr> <td>Geen ervaring</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ek het al met 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering gewerk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ek ken familie / kennisse met 'n traumatiese breinbesering</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p>	Geen ervaring		Ek het al met 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering gewerk		Ek ken familie / kennisse met 'n traumatiese breinbesering		Ander		<p>V9 <input type="text"/> <input type="text"/> 17-18</p>
Geen ervaring									
Ek het al met 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering gewerk									
Ek ken familie / kennisse met 'n traumatiese breinbesering									
Ander									
<p><u>Inligting van die persoon met 'n Traumatiese Breinbesering</u></p>									
<p>9. Geslag:</p> <table border="1" data-bbox="212 957 461 1045"> <tr> <td>Manlik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vroulik</td> <td></td> </tr> </table>	Manlik		Vroulik		<p>V10 <input type="text"/> 19</p>				
Manlik									
Vroulik									
<p>10. Huistaal:</p> <table border="1" data-bbox="212 1129 461 1220"> <tr> <td>Engels</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Afrikaans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table>	Engels		Afrikaans		Ander		<p>V11 <input type="text"/> <input type="text"/> 20-21</p>		
Engels									
Afrikaans									
Ander									
<p>11. Ouderdom?</p> <p>_____ jaar</p>	<p>V12 <input type="text"/> <input type="text"/> 22-23</p>								
<p>12. Wat is die persoon met traumatiese breinbesering se hoogste vlak van opleiding</p> <p>_____</p>	<p>V13 <input type="text"/> <input type="text"/> 24-25</p>								
<p>13. Watter beroep het die persoon bekleed voor die ongeluk?</p> <p>_____</p>	<p>V14 <input type="text"/> <input type="text"/> 26-27</p>								
<p>14. Waar woon die persoon met die Traumatiese Breinbesering tans?</p> <table border="1" data-bbox="212 1661 618 1787"> <tr> <td>Eie huis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saam met ouers</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Te huis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apart van die sorggewer</td> <td></td> </tr> </table>	Eie huis		Saam met ouers		Te huis		Apart van die sorggewer		<p>V15 <input type="text"/> 28 V16 <input type="text"/> 29 V17 <input type="text"/> 30 V18 <input type="text"/> 31</p>
Eie huis									
Saam met ouers									
Te huis									
Apart van die sorggewer									
<p>15. Oorsaak van die Traumatiese Breinbesering?</p> <p>_____</p>	<p>V19 <input type="text"/> <input type="text"/> 32-33</p>								

16. Datum waarop die ongeluk gebeur het? _____	V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 34-35
17. Tydperk wat die persoon in die hospitaal was? _____	V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 36-37
18. Datum waarop die persoon in die Rehabilitasie Sentrum opgeneem is? _____	V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 38-39

AFDELING B. KENNIS VRAELYS (Maak 'n (x) in die toepaslike blokkie				
<u>Wakkerheid en verstandelike uitputting</u> <i>Gedurende die vroeë fases van herstel van 'n akute traumatiese breinbesering is die persoon dikwels veranderlik in sy wakkerheid/ bewustheid vir beide interne en eksterne stimulasie. Hoe sal u tydens hierdie fase te werk gaan?</i>				
	Waar	Onseker	Vals	Slegs vir kantoorgebruik
19. Ek kan met die persoon in interaksie tree tydens die vroeë fases van herstel				V23 <input type="checkbox"/> 40
20. Dit is nie nodig om bevele en stimuli tydens hierdie fase te herhaal nie.				V24 <input type="checkbox"/> 41
21. Die persoon sal nooit gereed wees vir kommunikasie-interaksie tydens hierdie fases nie.				V25 <input type="checkbox"/> 42
22. Daar moet aan die persoon gereelde rus periodes verskaf word tydens hierdie fase				V26 <input type="checkbox"/> 43
23. Terapie- en voedingstye moet aangepas word volgens die persoon se vlak van wakkerheid.				V27 <input type="checkbox"/> 44
24. Rus en kort periodes van gefokuste aksies is die beste manier om verdere vordering te fasiliteer				V28 <input type="checkbox"/> 45
25. 'n Mens kan nooit die persoon oor-stimuleer tydens die vroeë fases van herstel nie.				V29 <input type="checkbox"/> 46
26. Verminder die eise wat aan die persoon gestel word				V30 <input type="checkbox"/> 47
27. Daar moet soveel as moontlik stimulasie aan die persoon gegee word tydens hierdie fase aangesien dit die langtermynuitkomst van die persoon kan beïnvloed				V31 <input type="checkbox"/> 48
28. Laat ekstra tyd vir die persoon om te reageer tydens hierdie fase				V32 <input type="checkbox"/> 49
29. Daar is sekere periodes van die dag wat die persoon meer wakker sal wees en dus beter sal optree				V33 <input type="checkbox"/> 50
30. Verandering kan verwag word in die herstel fase van wakkerheid bv. Dit is normaal vir die persoon om swakker te doen vir 'n paar dae, na een goeie dag.				V34 <input type="checkbox"/> 51
31. Versterk en moedig vinniger respons tye aan, selfs al is dit buite die persoon se vermoë.				V35 <input type="checkbox"/> 52
32. Herhaal bevele en stimuli gereeld				V36 <input type="checkbox"/> 53
<u>Deurmekaarheid</u> <i>In die eerste paar weke of maande na die traumatiese breinbesering, is die persone dikwels geneig om gedisoriënteerd en deurmekaar te wees. Hoe dink u behoort u hierdie situasies te hanteer?</i>				

	Waar	Onseker	Vals	Slegs vir kantoorgebruik
33. Laat een familielid/verpleegster die healtyd by die persoon bly.				V37 <input type="checkbox"/> 54
34. Verduidelik ten volle aan die persoon wat jy van plan is om te doen voor u enige aktiwiteite en gesprekke inisieër				V38 <input type="checkbox"/> 55
35. Verander die persoon se huidige omgewing				V39 <input type="checkbox"/> 56
36. Maak die nuwe omgewing so voorspelbaar en eenvoudig as moontlik				V40 <input type="checkbox"/> 57
37. Re-oriënteer die persoon so vinnig as moontlik				V41 <input type="checkbox"/> 58
38. Konfronteer verkeerde gedrag of deurmekaarheid				V42 <input type="checkbox"/> 59
39. Her-direkteer die persoon in alternatiewe patrone van gedrag deur alternatiewe voor te stel				V43 <input type="checkbox"/> 60
40. Persone wat deurmekaar is benodig struktuur				V44 <input type="checkbox"/> 61
41. Maak sterk bevele en opdragte aan die persoon wanneer hy/sy deurmekaar is.				V45 <input type="checkbox"/> 62
42. Rig die persoon in 'n kalm, geduldige maar ferm manier				V46 <input type="checkbox"/> 63
43. Aanhoudende herhaling van die korrekte tyd, datum, plek en identiteit van ander in die omgewing sal help om terugvalle in deurmekaarheid te voorkom				V47 <input type="checkbox"/> 64
44. Muurkaarte is waardevol om die persoon te oriënteer				V48 <input type="checkbox"/> 65
45. Persone met 'n traumatiese breinbesering is meer deurmekaar in die oggend				V49 <input type="checkbox"/> 66
46. Aangesien die persoon deurmekaar is, is dit nie belangrik om kalm en stil gedrag vir die persoon te modelleer nie,				V50 <input type="checkbox"/> 67
<p><i>Afwykende vermoë om 'n plan uit te voer</i> <i>'n Kardinale teken van traumatiese breinbesering is die onvermoë om die wêreld waar te neem en 'n gedragsrepons te inisieër om toekomstige gebeure te antisipeer in 'n beplande manier. Wat dink u kan gedoen word om die persoon te help in hierdie geval?</i></p>				
	Waar	Onseker	Vals	Slegs vir kantoorgebruik
47. Laat die persoon praat oor 'n aktiwiteit maar moenie dat hy/sy dit uitvoer nie				V51 <input type="checkbox"/> 68
48. Verduidelik altyd die aktiwiteite wat die persoon moet uitvoer in 'n duidelike en eenvoudige manier voor die persoon dit uitvoer.				V52 <input type="checkbox"/> 69
49. Fasiliteer kompetisie met die persoon ten einde hom of haar in 'n uitdagende posisie te kry. Dit kan moontlik lei tot motivering				V53 <input type="checkbox"/> 70

50. Herhaal en verduidelik aanhoudend die opeenvolging van take wat die persoon moet uitvoer				V54 <input type="text"/> 71
<p><u>Geheue probleme</u> <i>U kom agter dat die persoon met 'n traumatiese breinbesering geheueprobleme vertoon sedert die ongeluk. Wat dink u kan gedoen word ten einde die persoon te ondersteun en by te staan in sy geheue funksies?</i></p>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
51. Probeer om nuwe leeraspekte by ou bekende konsepte te pas wat die persoon instaat is om te herroep				V55 <input type="text"/> 72
52. Maak 'n geheue-boek vir die persoon				V56 <input type="text"/> 73
53. Maak muurkaarte				V57 <input type="text"/> 74
54. Skryf altyd alles neer, sodat die persoon dit kan lees en kan onthou wat daar vanhom/haar verwag is.				V58 <input type="text"/> 75
55. Konfronteer die persoon wanneer hy/sy iets vergeet, sodat hy/sy kan leer om dit te onthou				V59 <input type="text"/> 76
56. Moet nie gebruik maak van addisionele materiaal om die persoon te help om inligting te onthou nie. Dit sal hom/haar meer deurmekaar maak.				V60 <input type="text"/> 77
57. Hou aan om al die korrekte feite te herhaal as die persoon aanhou om dit te vergeet.				V61 <input type="text"/> 78
<p><u>Omgewingsaanpassings: Aandagsafwykings en konsentrasie probleme</u> <i>Die persoon met 'n traumatiese breinbesering ondervind probleme om in nuwe kontekste te kommunikeer en gee dikwels nie aandag aan die spreker nie. Dink u dat die volgende aanpassings in die omgewing en in die manier waarop u met die persoon kommunikeer, die persoon kan help om beter in interaksie te tree?</i></p>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
58. Beperk agtergronds versteurings bv. sit die televisie af wanneer u met die persoon kommunikeer				V62 <input type="text"/> 79
59. Maak meer gebruik van gesigsuitdrukings wanneer u met die persoon kommunikeer				V63 <input type="text"/> 80
60. Raak aan die persoon wanneer u met hom/ haar praat				V64 <input type="text"/> 81
61. Maak seker dat daar genoeg lig op u gesig is wanneer u met die persoon kommunikeer				V65 <input type="text"/> 82
62. Skryf die inligting neer wat u aan die persoon probeer oordra				V66 <input type="text"/> 83
63. Maak gebruik van visuele stimuli bv, prente				V67 <input type="text"/> 84
64. Moet nie gebruik maak van enige addisionele hulpmiddels soos bv, prente, pen en papier wanneer u met die persoon in interaksie tree nie, aangesien dit die persoon net meer deurmekaar kan maak.				V68 <input type="text"/> 85

65. Lui 'n klokkie wanneer u die persoon se aandag op 'n aktiwiteit wil fokus				V69 <input type="text"/> 86
66. Praat in 'n kamer waar daar ander persone ook besig is om te kommunikeer				V70 <input type="text"/> 87
67. Maak gebruik van sensoriese sintuie wat kan help om die boodskap en inligting oor te dra waarop u wil hê die persoon moet fokus. Bv. Laat die persoon daaraan ruik of vat.				V71 <input type="text"/> 88
<p><i>Kommunikasieprobleme: Reseptiewe taalafwykings</i> <i>Baie persone met 'n traumatiese breinbesering het probleme met die begrip van gesproke en geskrewe taal. Dit is belangrik dat alle personeel en familielede op so 'n wyse met die persoon kommunikeer dat dit optimale kommunikasie en begrip tussen hulle fasiliteer. Wat dink u kan gedoen word om beter begrip vir die persoon met die traumatiese breinbesering te fasiliteer?</i></p>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
68. Kry altyd eers die persoon se aandag voor u met hom/haar praat				V72 <input type="text"/> 89
69. Praat altyd duidelik en stadig met die persoon				V73 <input type="text"/> 90
70. Oorbeklemtoon u spraak sodat die persoon u beter kan verstaan				V74 <input type="text"/> 91
71. Herhaal die boodskap soveel as moontlik om te verseker dat die persoon dit verstaan het.				V75 <input type="text"/> 92
72. Herhaal kritiese frases of woorde soveel kere as wat nodig is vir die persoon om dit te verstaan				V76 <input type="text"/> 93
73. Praat op 'n volwasse manier met die persoon				V77 <input type="text"/> 94
74. Praat met die persoon in 'n kinderlike taal ten einde beter begrip te fasiliteer				V78 <input type="text"/> 95
75. Moenie 'n vraag of stelling herhaal as die persoon nie daarop reageer nie				V79 <input type="text"/> 96
76. Let op vir konformasie van begrip van die persoon, bv. indien moontlik laat die persoon herhaal wat u gesê het om te verseker dat hy/sy die boodskap verstaan het.				V80 <input type="text"/> 97
77. Beperk agtergronds-versteurings soveel as moontlik en werk een-tot-een met die persoon in 'n geslote kamer				V81 <input type="text"/> 98
78. Praat oor bekende temas waarin die persoon geïnteresseerd is, insluitend belangrike daaglikse aktiwiteite				V82 <input type="text"/> 99
79. Maak gebruik van lang instruksies om die persoon te help om die boodskap of opdrag te verstaan				V83 <input type="text"/> 100

Ekspressiewe taalafwykings

Persone met 'n traumatiese breinbesering kan dikwels probleme ondervind om hulself uit te druk deur middel van praat en skryf. Hierdie probleem, in kommunikasie met ander, kan geweldig frustrerend wees vir die persoon self en vir die familie. Hoe dink u kan die persoon se kommunikasieprobleme hanteer word?

	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
80. Moedig altyd korrekte spraak van die persoon aan				V84 <input type="text"/> 101
81. Probeer betekenis vind in die nie-betekenisvolle taal wat dikwels deur die persoon gepraat word.				V85 <input type="text"/> 102
82. Indien die persoon gefrustreerd raak met 'n woord wat hy/sy probeer sê, kan dit van hulp wees om die korrekte woord of frase aan die persoon te verskaf.				V86 <input type="text"/> 103
83. Modelleer stadige, duidelike en oorbeklemtoonde spraak vir die persoon ten einde dieselde gedrag by hulle te ontlok				V87 <input type="text"/> 104
84. Maak gebruik van dieselfde wyse van kommunikasie as al die ander personeel in die rehabilitasie sentrum				V88 <input type="text"/> 105
85. Maak gebruik van 'n alternatiewe kommunikasie bord as 'n vervanging van spraak, soos bv. 'n letter bord of 'n nota boek.				V89 <input type="text"/> 106
86. Maak gebruik van 'n kommunikasie bord aangesien dit frustrasie en foute in kommunikasie sal verminder				V90 <input type="text"/> 107
87. Moedig steeds die gebruik van gesproke taal (spraak) aan, selfs al wil die persoon slegs deurmiddel van 'n kommunikasiebord kommunikeer.				V91 <input type="text"/> 108
88. Gee vir die persoon geleentheid om sy./haar gesprek te voltooi, selfs al neem dit 'n lange tyd				V92 <input type="text"/> 109
89. Vra vir die persoon vrae, as u hom/haar nie verstaan het nie				V93 <input type="text"/> 110
90. Onderbreek die persoon wanneer hy/sy praat en u nie verstaan wat hy/sy sê nie				V94 <input type="text"/> 111
91. Gee voor dat u die persoon se boodskap verstaan het, ten einde konflik en verleentheid te voorkom				V95 <input type="text"/> 112
92. Moedig die persoon aan om vinniger die praat				V96 <input type="text"/> 113
93. Moedig die gebruik van 'n alternatiewe kommunikasie sisteem aan, indien die persoon dit nie wil gebruik nie				V97 <input type="text"/> 114

Gedrags- en emosionele probleme				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
94. Moenie vir die persoon keuses gee tussen twee alternatiewe nie				V98 <input type="text"/> 115
95. Vra altyd vir die persoon wat hy/sy wil doen				V99 <input type="text"/> 116
96. Herhinner die persoon aan sy/haar vorige vlakke van funksionering sedert die ongeluk				V100 <input type="text"/> 117
97. Gee aandag aan en reageer op die persoon se negatiewe emosionele houding				V101 <input type="text"/> 118
98. Moenie reageer op die persoon se gemoedveranderinge/buie nie. Wag net tot die bedaar.				V102 <input type="text"/> 119
99. Lag vir die persoon se ontoepaslike gedrag aangesien dit sal help om die persoon se gemoedsveanderinge/ buie te hanteer				V103 <input type="text"/> 120
100. Maak die persoon bewus van sy/haar onvermoëns om sekere take uit te voer, vir die doel van veiligheid – selfs al kan emosionele stress hierdeur ontstaan				V104 <input type="text"/> 121
<u>Agitasie en geïrriteerdheid</u> <i>Baie breinbeseede persone is baie aktief, ongeduldig en rusteloos. Hulle raak maklik geïrriteerd en selfs veglustig met min uitdagings. Hoe kan hierdie gedrag volgens u hanteer word?</i>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
101. Rig die persoon se aandag weg van die bron/oorsaak van frustrasie				V105 <input type="text"/> 122
102. Straf uitbarstings				V106 <input type="text"/> 123
103. Her-oriënteer die persoon				V107 <input type="text"/> 124
104. Verwag baie vyandige en kwaai gedrag om op u gerig te wees				V108 <input type="text"/> 125
105. Verminder stimuli bv. prente, klanke ens. gedurende uitbarstings				V109 <input type="text"/> 126
106. Maak die persoon so gemaklik as moontlik met gemaklik spraak/kommunikasie				V110 <input type="text"/> 127
107. Maak die persoon se onmiddellike omgewing (rondom hom/haar) so veilig as moontlik				V111 <input type="text"/> 128
108. Gee aandag en reageer op die persoon se negatiewe emosies				V112 <input type="text"/> 129
109. Laat die persoon skuldig voel wanneer hy/sy iets verkeerd gedoen het				V113 <input type="text"/> 130
110. Los die persoon alleen wanneer hy/sy opgewonde/kwaad raak				V114 <input type="text"/> 131

111. Verskaf 'n alternatiewe idee aan die persoon en help om die persoon te rig in 'n nuwe area.				V115 <input type="text"/> 132
<i>Na die ongeluk kom u agter dat die persoon met 'n traumatiese breinbesering probleme met sy/haar gehoor vertoon. Hoe sal u die situasie hanteer?</i>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
112. Maak gebruik van visuele hulpmiddels om die boodskap duideliker oor te dra				V116 <input type="text"/> 133
113. Neem die persoon vir 'n gehoortoets				V117 <input type="text"/> 134
114. Staan voor die persoon wanneer u met hom/haar kommunikeer				V118 <input type="text"/> 135
115. Staan aan die kant van die persoon se beste oor wanneer u met hom/haar kommunikeer				V119 <input type="text"/> 136
116. Praat baie hard wanneer u met die persoon kommunikeer				V120 <input type="text"/> 137
<i>Na die ongeluk kom u agter dat die persoon visuele probleme vertoon. Hoe sal u hierdie situasie hanteer?</i>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
117. Maak baie gebruik van visuele hulpmiddels				V121 <input type="text"/> 138
118. Maak baie gebruik van ouditiewe stimuli om die boodskap duideliker oor te dra				V122 <input type="text"/> 139
119. Die grootte van die visuele stimuli moet aangepas word, bv. dit moet grootter gemaak word				V123 <input type="text"/> 140
120. Staan voor die persoon tydens kommunikasie interaksie				V124 <input type="text"/> 141
<i>Na die traumatiese breinbesering, vertoon die persoon voedingsprobleme en ondervind hy/sy probleme met die sluk van vloeistowwe. Hoe sal u hierdie situasie/probleem hanteer?</i>				
	Ja	Onseker	Nee	Slegs vir kantoorgebruik
121. Gee vir die persoon baie water om te drink, sodat hy kan oefen om vloeistowwe te sluk				V125 <input type="text"/> 142
122. Verdik alle vloeistowwe wat die persoon moet inneem				V126 <input type="text"/> 143
123. Moenie vir die persoon enige vloeistowwe gee om te drink deur sy/haar mond nie.				V127 <input type="text"/> 144
124. Maak seker dat die binne-kant van die persoon se mond skoon is, nadat hy/sy klaar geëet het.				V128 <input type="text"/> 145
125. Laat die persoon self eet				V129 <input type="text"/> 146
126. Pas die persoon se voedsel aan om aan te pas by sy/haar huidige toestand, bv. Maak die kos fyn as die persoon nie kan kou nie.				V130 <input type="text"/> 147

127. Pas die persoon se eetgerei aan om by sy/haar huidige toestand aan te pas				V131 <input data-bbox="1182 170 1248 203" type="text"/> 148
--------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	-------------------------------------------------------------

AFDELING C: BEHOEFTE - BEPALINGS VRAELYS						
Instruksies:						
<i>Op 'n skaal van 1 tot 5. Merk asseblief die toepaslike blokkie met 'n (x) in terme van u behoeftes.</i>						
<i>1 = Geen behoefte nie</i>						
<i>2 = Geringe behoefte</i>						
<i>3 = Kan moontlik 'n behoefte wees</i>						
<i>4 = Redelike groot behoefte</i>						
<i>5 = Groot behoefte</i>						
Ek het 'n behoefte ...						Vir kantoorgebruik
128. Om te weet wat om van die persoon met 'n traumatiese breinbesering te verwag tydens die vroeë fases van die herstel proses	1	2	3	4	5	V132 <input type="checkbox"/> 149
129. Om te weet wat my rol as familielid is gedurende die vroeë fases van die herstel proses	1	2	3	4	5	V133 <input type="checkbox"/> 150
130. Dat my vrae eerlik beantwoord sal word	1	2	3	4	5	V134 <input type="checkbox"/> 151
131. Om gewys te word, dat mediese, opvoedkundige en rehabilitasie personeel die persoon met 'n traumatiese beinbesering se behoeftes en begeertes respekteer.	1	2	3	4	5	V135 <input type="checkbox"/> 152
132. Om ingelig te word rondom alle veranderinge in die persoon met 'n traumatiese breinbesering se mediese toestand	1	2	3	4	5	V136 <input type="checkbox"/> 153
133. Om verduidelikings van professionele persone te kry in terme/taal wat ek maklik kan verstaan	1	2	3	4	5	V137 <input type="checkbox"/> 154
134. Om 'n professionele persoon te kan konsulteer vir raad en ondersteuningsdienste wanneer die persoon met 'n traumatiese breinbesering hulp benodig	1	2	3	4	5	V138 <input type="checkbox"/> 155
135. Om volledige inligting te ontvang ten opsigte van die mediese versorging van breinbeserings	1	2	3	4	5	V139 <input type="checkbox"/> 156
136. Om volledige inligting te verkry ten opsigte van die probleme wat die persoon kan ondervind in sy denke	1	2	3	4	5	V140 <input type="checkbox"/> 157
137. Om vaardighede aan te leer om die persoon se intellektuele vermoëns te stimuleer	1	2	3	4	5	V141 <input type="checkbox"/> 158
139. Om ingelig te word rondom wat die persoon met 'n traumatiese breinbesering se kommunikasie behoeftes in die toekoms sal wees	1	2	3	4	5	V143 <input type="checkbox"/> 160

140. Om volledige inligting te ontvang rondom aanpassings wat in die omgewing behoort gemaak te word om die persoon met 'n traumatiese breinbesering te ondersteun tydens kommunikasie-interaksie	1	2	3	4	5	V144 <input type="text"/> 161
141. Om ingelig te word oor hoe lank die persoon se probleme sal aanhou	1	2	3	4	5	V145 <input type="text"/> 162
142. Om ingelig te word ten opsigte van hoe om te reageer wanneer die persoon tekens toon van deurmekaarheid.	1	2	3	4	5	V146 <input type="text"/> 163
143. Om gelei te word ten opsigte van hoe ek moet optree wanneer die persoon ontsteld is	1	2	3	4	5	V147 <input type="text"/> 164
144. Om ingelig te word oor hoe om op te tree wanneer die persoon vreemd optree	1	2	3	4	5	V148 <input type="text"/> 165
145. Om gewys te word dat my opinies gebruik word in die beplanning van die persoon se behandeling, rehabilitasie en/of opvoeding.	1	2	3	4	5	V149 <input type="text"/> 166
146. Om ingelig te word rondom hoe om op te tree ten einde intellektuele uitputting by die persoon met 'n traumatiese breinbesering te voorkom	1	2	3	4	5	V150 <input type="text"/> 167
147. Om gelei te word ten einde die persoon se wakkerheid te bevorder	1	2	3	4	5	V151 <input type="text"/> 168
148. Om my gevoelens met iemand te bespreek wat alreeds deur dieselfde ervaring was.	1	2	3	4	5	V152 <input type="text"/> 169
149. Om te weet hoe om die persoon se kommunikasieprobleme, wat hy/sy moontlik kan ervaar, te hanteer	1	2	3	4	5	V153 <input type="text"/> 170
150. Om aan professionele persone te verduidelik hoe die persoon was voor die besering.	1	2	3	4	5	V154 <input type="text"/> 171
151. Om gelei te word oor hoe om implusiewe gedrag te hanteer	1	2	3	4	5	V155 <input type="text"/> 172
152. Om gelei te word hoe om 'n tekort aan inhibisie te hanteer	1	2	3	4	5	V156 <input type="text"/> 173
153. Om ingelig te word rondom groepsterapie	1	2	3	4	5	V157 <input type="text"/> 174
154. Om te weet hoe om op te tree wanneer die persoon ongevoelig/apaties is	1	2	3	4	5	V158 <input type="text"/> 175
155. Om te weet hoe om die persoon te hanteer wanneer hy/ sy geïrriteerd raak	1	2	3	4	5	V159 <input type="text"/> 176

156. Om te weet hoe om opgewonde/ woelige (agitatie) gedrag te hanteer	1	2	3	4	5	V160 <input type="text"/> 177
157. Om gelei te word rondom hoe ek moet reageer wanneer die persoon aandagsprobleme toon	1	2	3	4	5	V161 <input type="text"/> 178
158. Om ingelig te word rondom hoe ek moet reageer wanneer die persoon konsentrasie afwykings vertoon	1	2	3	4	5	V162 <input type="text"/> 179
159. Om inligting te ontvang rondom aspekte van voeding	1	2	3	4	5	V163 <input type="text"/> 180
160. Aan inligting rondom die persoon se langtermyn uitkomst	1	2	3	4	5	V164 <input type="text"/> 181
161. Aan inligting rondom enige intellektuele beperkinge wat die persoon moontlik kan hê.	1	2	3	4	5	V165 <input type="text"/> 182
162. Aan inligting rondom enige persoonlikheidsveanderinge wat moontlik by die persoon met die traumatiese breinbesering kan ontstaan	1	2	3	4	5	V166 <input type="text"/> 183
163. Aan inligting rondom beskikbare hulpbronne/ hulpdienste vir my as sorggewer en vir die persoon met 'n traumatiese breinbesering.	1	2	3	4	5	V167 <input type="text"/> 184

Dankie vir u deelname

Questionnaire
Caregivers knowledge and needs regarding communication and communication interaction
with a person with a moderate-to-severe traumatic brain injury

For office use only

Respondent number	V1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1-4														
<p><u>Instructions:</u> <i>In order to permit you to answer the questions as honestly as possible, your name need not appear anywhere on the questionnaire and confidentiality is ensured. There are no right or wrong answers. Your help in completing the questionnaire is of vital importance, although participation is entirely voluntary.</i></p>															
<p><u>SECTION A</u> <u>Demographic information</u> (Please mark the appropriate block with a x.)</p>															
<p><u>Caregivers' information</u></p>															
<p>1. Gender:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Male</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Female</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Male	<input type="checkbox"/>	Female	<input type="checkbox"/>	V2 <input type="text"/> 5										
Male	<input type="checkbox"/>														
Female	<input type="checkbox"/>														
<p>2. Home language:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">English</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Afrikaans</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	English	<input type="checkbox"/>	Afrikaans	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	V3 <input type="text"/> <input type="text"/> 6-7								
English	<input type="checkbox"/>														
Afrikaans	<input type="checkbox"/>														
Other	<input type="checkbox"/>														
<p>3. How old are you?</p> <p>_____ years</p>	V4 <input type="text"/> <input type="text"/> 8-9														
<p>4. Please indicate your current career</p> <p>_____</p>	V5 <input type="text"/> <input type="text"/> 10-11														
<p>5. What are your highest level of education?</p> <p>_____</p>	V6 <input type="text"/> <input type="text"/> 12-13														
<p>6. What is your relationship with the person with the traumatic brain injury?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Mother</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Father</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Husband</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wife</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brother</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sister</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>If other, please indicate</p> <p>_____</p>	Mother	<input type="checkbox"/>	Father	<input type="checkbox"/>	Husband	<input type="checkbox"/>	Wife	<input type="checkbox"/>	Brother	<input type="checkbox"/>	Sister	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	V7 <input type="text"/> 14
Mother	<input type="checkbox"/>														
Father	<input type="checkbox"/>														
Husband	<input type="checkbox"/>														
Wife	<input type="checkbox"/>														
Brother	<input type="checkbox"/>														
Sister	<input type="checkbox"/>														
Other	<input type="checkbox"/>														

<p>7. What is the frequency of contact that you have with the person with the person with the traumatic brain injury?</p> <table border="1" data-bbox="212 199 618 321"> <tr> <td>The person stays with you</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Weekly contact</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monthly contact</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td></td> </tr> </table> <p>If other, please indicate _____</p>	The person stays with you		Weekly contact		Monthly contact		Other		<p>V8 <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16</p>
The person stays with you									
Weekly contact									
Monthly contact									
Other									
<p>8. What is your personal experience towards traumatic brain injury? (Mark all the appropriate blocks)</p> <table border="1" data-bbox="212 493 618 699"> <tr> <td>None</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I have worked with a person with a traumatic brain injury</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I know family / friends who have a traumatic brain injury</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td></td> </tr> </table> <p>If other, please indicate _____</p>	None		I have worked with a person with a traumatic brain injury		I know family / friends who have a traumatic brain injury		Other		<p>V9 <input type="text"/> <input type="text"/> 17-18</p>
None									
I have worked with a person with a traumatic brain injury									
I know family / friends who have a traumatic brain injury									
Other									
<p><u>Information of the person with a traumatic brain injury</u></p>									
<p>9. Gender:</p> <table border="1" data-bbox="212 898 461 982"> <tr> <td>Male</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Female</td> <td></td> </tr> </table>	Male		Female		<p>V10 <input type="text"/> 19</p>				
Male									
Female									
<p>10. Home language:</p> <table border="1" data-bbox="212 1073 461 1157"> <tr> <td>English</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Afrikaans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td></td> </tr> </table>	English		Afrikaans		Other		<p>V11 <input type="text"/> <input type="text"/> 20-21</p>		
English									
Afrikaans									
Other									
<p>11. Age? _____ years</p>	<p>V12 <input type="text"/> <input type="text"/> 22-23</p>								
<p>12. What is the persons' highest level of education? _____</p>	<p>V13 <input type="text"/> <input type="text"/> 24-25</p>								
<p>13. What job did the person do, before the accident? _____</p>	<p>V14 <input type="text"/> <input type="text"/> 26-27</p>								
<p>14. Where does the person stay at the moment?</p> <table border="1" data-bbox="212 1577 618 1698"> <tr> <td>Own house</td> <td></td> </tr> <tr> <td>With parents</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Home</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Separately from caregiver</td> <td></td> </tr> </table>	Own house		With parents		Home		Separately from caregiver		<p>V15 <input type="text"/> 28 V16 <input type="text"/> 29 V17 <input type="text"/> 30 V18 <input type="text"/> 31</p>
Own house									
With parents									
Home									
Separately from caregiver									
<p>15. Cause of the traumatic brain injury? _____</p>	<p>V19 <input type="text"/> <input type="text"/> 32-33</p>								

16. Date when the accident happened? _____	V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 34-35
17. Time in hospital? _____	V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 36-37
18. Date when person started at the rehabilitation centre? _____	V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 38-39

SECTION B. KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE (Make in x in the appropriate block				
<u>Alertness and mental fatigue</u> <i>During the early phase of recovery from acute trauma head injuries the person is often variable in alertness to both internal en external stimulation. How should you go about during this phase?</i>				
	True	Uncertain	False	For office use only
19. I can interact with the person during the early course of recovery				V23 <input type="checkbox"/> 40
20. It is not necessary to repeat commands and stimulu during this phase				V24 <input type="checkbox"/> 41
21. The person will never be ready for communication during this phase				V25 <input type="checkbox"/> 42
22. The person must be given frequent rest periods				V26 <input type="checkbox"/> 43
23. Time of therapy and feeding should be adjusted to his/her schedule of alertness				V27 <input type="checkbox"/> 44
24. Rest and brief periods of focused action are the best ways to facilitate further progress				V28 <input type="checkbox"/> 45
25. One can never over-stimulate the person during this phase				V29 <input type="checkbox"/> 46
26. Reduce the demands on the person				V30 <input type="checkbox"/> 47
27. One should give as much stimulation as possible during this phase as it will influence the long term effects of rehabilitation				V31 <input type="checkbox"/> 48
28. Allow extra time for the person to respond during this phase				V32 <input type="checkbox"/> 49
29. There are certain periods of the day that the person is more alert and perform better				V33 <input type="checkbox"/> 50
30. Variability can be expected in recovering alertness e.g. is it normal for the person to do worse for a couple of days, after a good day				V34 <input type="checkbox"/> 51
31. Reinforce and encourage faster respond times that is beyond the capabilities of the person.				V35 <input type="checkbox"/> 52
32. Repeat commands and stimuli often				V36 <input type="checkbox"/> 53
<u>Confusion</u> <i>In the first few weeks or months following a traumatic brain injury, people are often disorientated and confused. How do you think you should handle the situation?</i>				
	True	Uncertain	False	For office use only
33. Let one family member/nurse be with the person all the time.				V37 <input type="checkbox"/> 54
34. Fully explain to the person what you intend to do before initiating any activities or conversations				V38 <input type="checkbox"/> 55

	True	Uncertain	False	For office use only
35. Change the persons current environment				V39 <input type="checkbox"/> 56
36. Make the new environment as simple and predictable as possible				V40 <input type="checkbox"/> 57
37. Re-orientate the person as soon as possible				V41 <input type="checkbox"/> 58
38. Confront the misbehaviour or confusion				V42 <input type="checkbox"/> 59
39. Re-direct the person into alternative patterns of behaviour by suggestion				V43 <input type="checkbox"/> 60
40. Confused people need structure				V44 <input type="checkbox"/> 61
41. Forcefully command the person who is confused				V45 <input type="checkbox"/> 62
42. Firmly guide him in a calm and patient manner				V46 <input type="checkbox"/> 63
43. Continual repetition of the correct time, date, place and identity of others in the environment will help to prevent lapses of confusion				V47 <input type="checkbox"/> 64
44. Wall charts are useful for orientating the person				V48 <input type="checkbox"/> 65
45. People with a brain injury are more confused in the mornings				V49 <input type="checkbox"/> 66
46. It is not important to model calm and quite behaviour since the person may be to confused.				V50 <input type="checkbox"/> 67
<p><u>Impaired ability to carry out a plan</u> <i>A cardinal sign of traumatic brain injuries is the inability to perceive the world and initiate a behavioural response to anticipate future events in a planned manner. What do you think can be done to help the person in this case?</i></p>				
	True	Uncertain	False	For office use only
47. Let the person talk about an activity but do not let him do it				V51 <input type="checkbox"/> 68
48. Always explain activities to be done by the person in a clear and simple manner beforehand.				V52 <input type="checkbox"/> 69
49. Facilitate competition with the person to get him/her in a challenging position. This may lead to more motivation				V53 <input type="checkbox"/> 70
50. Continually repeat and explain the sequences of a behavioural task to the person				V54 <input type="checkbox"/> 71
<p><u>Memory problems</u> <i>You realize that the person with a traumatic brain injury shows problems with his memory. What do you think can be done do assist the person with his memory function?</i></p>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
51. Try to pair new learning with old familiar concepts that the person is able to recall				V55 <input type="checkbox"/> 72

52. Make a memory book for the person				V56 <input type="text"/> 73
53. Make wall charts				V57 <input type="text"/> 74
54. Always write everything down so that the person can read it to remember what was expected from him/her.				V58 <input type="text"/> 75
55. Confront the person when he/she forgets something so that he/she can learn to remember it				V59 <input type="text"/> 76
56. Do not make use of additional materials to help the person to remember as this will confuse him/her more				V60 <input type="text"/> 77
57. Continue to repeat all the correct facts if the person keeps on forgetting them				V61 <input type="text"/> 78
<i>Environmental adjustments, Attention deficits and Concentration problems</i> <i>The person with the brain injury finds it difficult to communicate in new contexts and does not give attention to the speaker. Do you think the following changes in the environment and in the way you communicate will help with the person to interact better?</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
58. Limit background distraction e.g. switch off the television when you are communicating				V62 <input type="text"/> 79
59. Make more use of facial expressions when talking to the person				V63 <input type="text"/> 80
60. Touch the person when you are speaking to him/her				V64 <input type="text"/> 81
61. Make sure that there is enough light on your face when you speak to the person				V65 <input type="text"/> 82
62. Write down the information that you are trying to give to the person				V66 <input type="text"/> 83
63. Make use of visual stimuli, like pictures				V67 <input type="text"/> 84
64. Do not make use of any additional aids such as pictures, pen and paper when interacting with the person as he/she will get more confused				V68 <input type="text"/> 85
65. Ring a bell when you want the person to focus on the activity				V69 <input type="text"/> 86
66. Talk in a room where there are other people that communicate as well				V70 <input type="text"/> 87
67. Make use of sensory senses that can help get the information across that you want the person to focus on e.g. let the person smell or touch something.				V71 <input type="text"/> 88

<u>Communication problems</u>				
<i>Many people with traumatic brain injury have problems in understanding spoken and written language. It is important for all staff and family members to interact with the person in a manner that facilitates communication and understanding between them. What do you think can be done to facilitate better understanding for the person with the brain injury?</i>				
	Yes	Uncertain	No	Office use only
68. Always get the person's attention before you speak				V72 <input type="text"/> 89
69. Always talk slowly and clearly to the person				V73 <input type="text"/> 90
70. Exaggerate your speech so that the person can understand you better				V74 <input type="text"/> 91
71. Repeat the message as many times necessary, to help the person to understand				V75 <input type="text"/> 92
72. Repeat critical phrases of words as many times necessary for the person to understand				V76 <input type="text"/> 93
73. Speak in an adult manner				V77 <input type="text"/> 94
74. Talk to the person in child-like language to facilitate understanding				V78 <input type="text"/> 95
75. Do not repeat a question/ statement if the person is not responding				V79 <input type="text"/> 96
76. Look for confirmation of comprehension from the person e.g. if possible ask the person to repeat what he has been told				V80 <input type="text"/> 97
77. Limit background distractions as much as possible and work one-to-one with the person in a close room				V81 <input type="text"/> 98
78. Talk about familiar topics that the person is interested in, including daily living skills				V82 <input type="text"/> 99
79. Make use of long instructions to help the person understand				V83 <input type="text"/> 100
<u>Expressive language disorders</u>				
<i>People with a traumatic brain injury may have difficulties in expressing themselves in talking and writing. This problem in communication with others can be extremely frustrating to the person self, and the family. People with traumatic brain injury often slur words to the extent that they can only marginally be understood. How do you think one should handle these communication difficulties?</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
80. Always encourage proper speech from the person				V84 <input type="text"/> 101
81. Try to find meaning in the nonsense language often spoken by the person				V85 <input type="text"/> 102
82. If the person becomes frustrated at trying to say a word, it will be helpful to supply the word or phrase.				V86 <input type="text"/> 103

83. Model slow, clear and exaggerated speaking with the person to encourage the same behaviour from them				V87 <input type="checkbox"/> 104
84. Use the same means of communication with the person as all the staff from the rehabilitation centre				V88 <input type="checkbox"/> 105
85. Use an alternative device as a substitute for speaking such as a letter board or notebook.				V89 <input type="checkbox"/> 106
86. Use an alternative communication device as this will reduce frustration and errors in communication				V90 <input type="checkbox"/> 107
87. If the person only wants to use an alternative communication device, you should still encourage speech				V91 <input type="checkbox"/> 108
88. Allow the person to finish his conversation, even if it takes a while				V92 <input type="checkbox"/> 109
89. Question the person if you do not understand him/her				V93 <input type="checkbox"/> 110
90. Interrupt the person when he/she is trying to speak and you do not understand				V94 <input type="checkbox"/> 111
91. Pretend that you understood the message to avoid conflict or embarrassment				V95 <input type="checkbox"/> 112
92. Encourage the person to speak faster				V96 <input type="checkbox"/> 113
93. Encourage the use of an alternative communication device if the person does not want to use it				V97 <input type="checkbox"/> 114
<i>Behavioural and emotional problems</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
94. Don't give the person choices among two alternatives				V98 <input type="checkbox"/> 115
95. Always ask the person what he/she wants to do				V99 <input type="checkbox"/> 116
96. Remind the person of his/ her past levels of functioning since his/ her head injury				V100 <input type="checkbox"/> 117
97. Pay attention to or react to negative emotionality				V101 <input type="checkbox"/> 118
98. The person's mood swings must just be "waited out" and not reacted on				V102 <input type="checkbox"/> 119
99. Laugh at the person's inappropriate behaviour as this will help in handling his/ her mood swings				V103 <input type="checkbox"/> 120
100. Make the person aware of his/her inability to do certain tasks for the sake of safety- even though emotional distress may result.				V104 <input type="checkbox"/> 121

<i>Agitation and irritability</i> <i>Many brain injured people are highly active, impatient and restless. They can become quickly irritated and even combative with little provocation. According to you how can this behaviour be handled?</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
101. Redirection of the person's attention away from the cause of the frustration				V105 <input type="text"/> 122
102. Punish outbursts				V106 <input type="text"/> 123
103. Re-orientate the person				V107 <input type="text"/> 124
104. Expect many hostile and angry feelings to be directed to you				V108 <input type="text"/> 125
105. Reduce stimulation e.g. sounds, pictures during outbursts				V109 <input type="text"/> 126
106. Make the person as comfortable as possible with gentle talking				V110 <input type="text"/> 127
107. Make the immediate environment around the person as safe as possible				V111 <input type="text"/> 128
108. Pay attention to or react on negative emotions				V112 <input type="text"/> 129
109. Make the person feel guilty for something that he/she has done wrong				V113 <input type="text"/> 130
110. Leave the person alone when he/ she becomes agitated				V114 <input type="text"/> 131
111. Present an alternative idea to the person and help to guide him/ her in a new area.				V115 <input type="text"/> 132
<i>After the accident you find that the person shows hearing problems. How would you handle the situation?</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
112. Make use of visual aids to convey the message clearer				V116 <input type="text"/> 133
113. Subject the person to a hearing test				V117 <input type="text"/> 134
114. Stand in front of the person when communicating with him/ her				V118 <input type="text"/> 135
115. Take up position on the side of the less damaged ear				V119 <input type="text"/> 136
116. Talk in a very loud voice tone to the person				V120 <input type="text"/> 137
<i>After the accident the person is experiencing visual problems. I would you handle the situation?</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
117. Extensively make use of visual stimuli				V121 <input type="text"/> 138

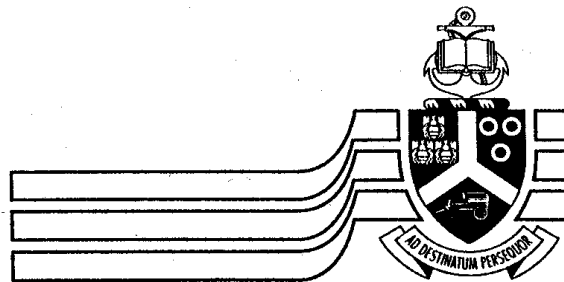
118. Extensively make use of auditory stimuli to convey the message better				V122 <input type="checkbox"/> 139
119. The size of the visual stimuli will have to be addapted, e.g. make it bigger				V123 <input type="checkbox"/> 140
120. Stand in front of the person during communication interaction				V124 <input type="checkbox"/> 141
<i>After the accident the person experience feeding problems and difficulty with the intake of fluids. How will you go about handling the situation?</i>				
	Yes	Uncertain	No	For office use only
121. Give the person lots of water to practice how to swallow liquids				V125 <input type="checkbox"/> 142
122. Condense the liquids				V126 <input type="checkbox"/> 143
123. Do not give the person any liquids through his/her mouth				V127 <input type="checkbox"/> 144
124. Insure that the inside of the person's mouth is clean, after he/she had eaten				V128 <input type="checkbox"/> 145
125. Let the person eat by him/herself				V129 <input type="checkbox"/> 146
126. Adjust the food to suit his/ her current condition, e.g. mince of mash the food if the person cannot chew				V130 <input type="checkbox"/> 147
127. Adjust the person's cutlery to suit his/ her circumstances				V131 <input type="checkbox"/> 148

SECTION C: NEEDS ASSESSMENT QUESTIONNAIRE		
Instructions:		
<i>On a scale from 1 to 5. Please indicate with a cross in the appropriate block the following needs</i>		
<i>1 = No need</i>		
<i>2 = Slight need</i>		
<i>3 = Possible need</i>		
<i>4 = Reasonable need</i>		
<i>5 = Big need</i>		
<i>I need...</i>		For office use only
128. To know what to expect from the person in the early phases of recovery	1 2 3 4 5	V132 <input type="checkbox"/> 149
129. To know what my role as a family member is during the early phase of recovery	1 2 3 4 5	V133 <input type="checkbox"/> 150
130. To have my questions answered honestly	1 2 3 4 5	V134 <input type="checkbox"/> 151
131. To be shown/assured that medical, educational and/or rehabilitation staff respect the person's needs and wishes	1 2 3 4 5	V135 <input type="checkbox"/> 152
132. To be told about all the changes in the person's medical status	1 2 3 4 5	V136 <input type="checkbox"/> 153
133. To have explanations from professionals given in terms I can understand	1 2 3 4 5	V137 <input type="checkbox"/> 154
134. To have a professional to consult for advice or services when the person needs help	1 2 3 4 5	V138 <input type="checkbox"/> 155
135. To have complete information on the medical care of brain injuries	1 2 3 4 5	V139 <input type="checkbox"/> 156
136. To have complete information on the person's problems in thinking	1 2 3 4 5	V140 <input type="checkbox"/> 157
137. To learn ways to address the intellectual ability function	1 2 3 4 5	V141 <input type="checkbox"/> 158
138. To be told what the person's immediate communication needs will be	1 2 3 4 5	V142 <input type="checkbox"/> 159
139. To be told what the person's future communication needs will be	1 2 3 4 5	V143 <input type="checkbox"/> 160
140. To have complete information on changes that I can make in the environment to assist the person in terms of communication difficulties	1 2 3 4 5	V144 <input type="checkbox"/> 161
141. To be told how long each of the person's problems is expected to last	1 2 3 4 5	V145 <input type="checkbox"/> 162
142. To be guided how to react when the person shows signs of confusion	1 2 3 4 5	V146 <input type="checkbox"/> 163
144. To be guided what to do when the person is acting strange	1 2 3 4 5	V148 <input type="checkbox"/> 165
146. To be guided how to prevent mental fatigue	1 2 3 4 5	V150 <input type="checkbox"/> 167

147. To be guided how to increase the person's alertness	1 2 3 4 5	V151 <input type="text"/> 168
148. To discuss my feelings about the person with someone who as gone through the same experience	1 2 3 4 5	V152 <input type="text"/> 169
149. To know how to handle communication difficulties that the person may experience	1 2 3 4 5	V153 <input type="text"/> 170
150. To explain to professional people what the person was like before the injury	1 2 3 4 5	V154 <input type="text"/> 171
151. To be guided how to handle impulsive behaviours	1 2 3 4 5	V155 <input type="text"/> 172
152. To be guided how to handle lack of inhibition	1 2 3 4 5	V156 <input type="text"/> 173
153. To be informed about group therapy	1 2 3 4 5	V157 <input type="text"/> 174
154. To know what to do when the person becomes apathetic	1 2 3 4 5	V158 <input type="text"/> 175
155. To know how to handle shallow irritability	1 2 3 4 5	V159 <input type="text"/> 176
156. To know how to handle agitation	1 2 3 4 5	V160 <input type="text"/> 177
157. To be guided how to react when a person experience problems with attention	1 2 3 4 5	V161 <input type="text"/> 178
158. To be guided how to react when a person experience concentration disabilities	1 2 3 4 5	V162 <input type="text"/> 179
159. To be told about feeding aspects of the person	1 2 3 4 5	V163 <input type="text"/> 180
160. Information about the long-term outcome	1 2 3 4 5	V164 <input type="text"/> 181
161. Information about any intellectual limitations	1 2 3 4 5	V165 <input type="text"/> 182
162. Information about personality changes	1 2 3 4 5	V166 <input type="text"/> 183
163. Information about the available resources for me and the person with the brain injury	1 2 3 4 5	V167 <input type="text"/> 184

Thank you for your participation

BYLAE D



University of Pretoria

Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2357

Fax : +27 12 420 3517

Email : shugo@postino.up.ac.za

To Whom It May Concern

CONSENT TO CARRY OUT A RESEARCH PROJECT

I am currently a Master's student in Speech/Language Pathology and Audiology (M.Communication Pathology) at the Department of Communication Pathology at the University of Pretoria. In order to complete my degree I am required to institute a project involving primary caregivers of persons with moderate to severe brain injury during the acute rehabilitation period.

The purpose of my study is to develop a preliminary measurement tool to determine the needs of caregivers with regard to communication, interaction and general managing of a person with a traumatic brain injury during the acute rehabilitation period. Recommendation can then be made for the evaluation of the caregivers' requirements during the acute rehabilitation period using the results of the study.

The aim of the study is to determine the possibility of the speech therapist offering a more effective service to the patient. In the South African context there is currently a shortage of measurement tools which specifically focus on the caregivers' needs with regard to communication, interaction and managing of such persons.

Three to four primary caregivers (18 years or older) of persons of either gender with a moderate to severe traumatic brain injury (18 years or older) are required as research participants for the study. Only persons with a severe traumatic brain injury as set out in the Glasgow Coma Scale (Teasdale & Jennet, 1974) with a count of <9 before intubation, within 24 hours of the injury is required for the study. The suitable candidate should only have been admitted to the rehabilitation centre for a maximum of a week. The caregivers must be persons who knew the patient of the traumatic brain before the injury occurred and who will be the primary caregiver. In order to make data analysis more effective for the researcher the participants of the research should be Afrikaans or English speaking.

The caregivers will be requested to interact with the person with the injury for approximately 15 minutes while an observation will be made of the interaction. A second observer (qualified Speech/Language therapist) will also be present along with the researcher for data analysis purposes. Thereafter the caregivers will be requested to complete a questionnaire which should take approximately 30 minutes of their time. The questionnaire will be pertinent to the aspects of the caregivers' needs and knowledge with regard to communication, interaction and general managing of a person with a traumatic brain injury during the acute rehabilitation period.

Once the questionnaire has been completed a short informal interview will be carried out with each of the caregivers. The purpose of the interview will be to obtain their feedback with regard to their interaction of persons with traumatic brain injury. The participants will also be asked to provide feedback on the questionnaire and, if necessary, make recommendations with regard to the questions asked. Once this information has been assembled it will be analysed and, based on the results, a preliminary measurement tool will be compiled.

Thereafter approximately 12 additional new persons who comply with the selection criteria will be required. These persons will then be requested to complete the preliminary measurement tool which focuses on their needs in terms of communication, interaction and general managing of a person with traumatic brain injury. Once this has been completed the information will then be studied and, based on these findings, a workshop will be presented to the caregivers.

During the workshop, which should last for approximately 2 hours, we will endeavour to address the needs in terms of the managing of a person with a traumatic brain injury. Guidelines will be provided based on these needs for the managing of communication disorders, adaptations to the environment, behavioural and emotional disorders, cognitive disorders and other general needs as reported by the caregivers.

At the end of the workshop caregivers will again be asked to complete the measurement tool. It should thereafter be possible to determine if the tool succeeds in measuring the changes in the caregivers' needs after they have received information. Caregivers will also be asked to evaluate the suitability of the tool during a short group session.

I would like to assure all parties that all information will be handled with confidentiality to ensure anonymity. The results of the study will be used in my research report but the caregivers and the person with the injury will at all times remain anonymous. The participants retain the right to withdraw their participation in the research project at any time.

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 your centre.

The research procedures must be made known to all participants as well as the assurance of their anonymity. Attached hereto please find a consent letter which should be given to all participants should they be willing to take part in this project.

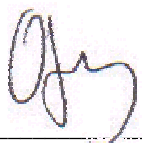
I trust that my request will be favourably received. Please feel free to contact me on 082-903-9677 or my research leader, Dr. Odette Guy on (012) 420-2948.

Your assistance and willingness to assist me with this research project is greatly appreciated.

Regards



Melani Olivier
Speech language pathologist and audiologist



Dr. Odette Guy
Research Leader
Department Communication Pathology
University of Pretoria



Prof. René Hugo
Head: Communication Pathology
University of Pretoria

BYLAE E

AFROX REHABILITATION

Afrox Rehabilitation – National Office
New Kensington Clinic
23 Roberts Avenue
Kensington 2094
PO Box 75089
Garden View 2047
Telephone 011 614 7125
Facsimile 011 614 3037

New Kensington Clinic – Gauteng
Telephone 011 614 7125

Pasteur Hospital – Free State
Telephone 051 522 6601

Riverfield Lodge – Gauteng
Telephone 011 460 1970

www.rchab.co.za

27 August 2003

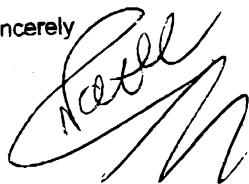
Ms Melani Olivier
M. Communication Pathology student
University of Pretoria

Dear Melani

Thank you for your request to conduct research in our units. You are most welcome to approach our unit. The contact person for New Kensington Clinic is Michèle de Kock (011 614 7125). She will assist you in identifying suitable subjects.

We wish you well with this project and look forward to some feedback on your findings.

Yours sincerely



Dr N. Patel
National Rehabilitation Manager

cc **Ms Michèle de Kock**
Unit Manager Therapy
New Kensington Clinic

Afrox Healthcare is part of the worldwide BOC Group
Afrox Healthcare Limited
Reg No 1985/001315/06
Directors: G.L. Sedgwick* (Chairman) C.M.D. Flemming (Managing Director)
R.G. Correll R.L. Hogben R.K. Lourey* R. Médori** DMJ Neube CJPG van Zyl
*Australian **French
Company Secretary IM Mathee

 **AFROX REHABILITATION**

Afrox Rehabilitation – National Office
New Kensington Clinic
23 Roberts Avenue
Kensington 2094
PO Box 75089
Garden View 2047
Telephone 011 614 7125
Facsimile 011 614 3037

New Kensington Clinic – Gauteng
Telephone 011 614 7125

Pasteur Hospital – Free State
Telephone 051 522 6601

Riverfield Lodge – Gauteng
Telephone 011 460 1970

www.rchab.co.za

13 October 2003

Ms Melani Olivier
M. Communication Pathology student
University of Pretoria

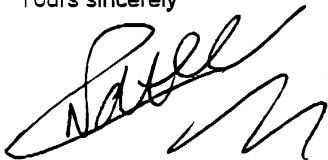
Fax : 012 420 3517

Dear Melani

Thank you for your request to conduct research in our units. You are most welcome to approach the Riverfield Lodge unit. The contact person for Riverfield Lodge is Ms Jessica Lund (011 460-1970). She will assist you in identifying suitable subjects.

We wish you well with this project and look forward to some feedback on your findings.

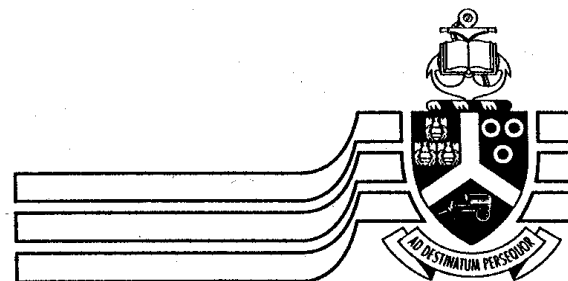
Yours sincerely



Dr N. Patel
National Rehabilitation Manager

cc **Ms Jessica Lund**
Unit Manager Therapy
Riverfield Lodge

BYLAE F



University of Pretoria

Department Kommunikasiepatologie Spraak-, Stem- en Gehoorkliniek

Tel : +27 12 420 2490

Fax : +27 12 420 3517

Email : shugo@postino.up.ac.za

Geagte navorsingsdeelnemer

TOESTEMMING TOT DEELNAME AAN DIE PROJEK

Ek is tans 'n Meesters student in Spraak-Taalpatologie & Oudiologie (M.Kommunikasiepatologie) van die Departement Kommunikasiepatologie, aan die Universiteit van Pretoria. Vir die voltooiing van die graad het ek besluit om 'n projek te loods wat die primêre sorggewers van persone met 'n gemiddelde- tot-ernstige traumatiese breinbesering, sal betrek en ek versoek daarom u vriendelike samewerking.

Die doel van my studie is om 'n voorlopige meetinstrument te ontwikkel ten einde die sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering (tydens die akute rehabilitasie periode), te bepaal. Op grond van die resultate wat verkry sal word, kan daar aanbevelings gemaak word oor die evaluering van sorggewers se behoeftes en kennis. Gevolglik kan daar meer effektiewe dienslewering deur spraaktaalterapeute verskaf word. Daar is tans 'n tekort in die Suid- Afrikaanse konteks aan meetinstrumente wat spesifiek fokus op sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en hantering van die persoon met 'n traumatiese breinbesering.

U betrokkeheid by die projek sal waarneming van u interaksie met die persoon met 'n breinbesering behels. Na die waarneming sal u versoek word om 'n vraelys in te vul oor u behoeftes ten opsigte van kommunikasie, interaksie en die algemene hantering van die persoon met 'n breinbesering. Die invul van die vraelys sal 30 minute van u tyd in beslag neem. In die vraelys sal u ook versoek word om agtergrondsinligting van u self en van die persoon met 'n traumatiese breinbesering te verskaf. Die doel van die vraelys is bloot om u behoeftes te bepaal en dus is daar geen regte of verkeerde antwoorde nie.

Ek wil u daarvan verseker dat alle inligting vertroulik hanteer sal word om anonimiteit te bewerkstellig. Die resultate sal wel in my navorsingsverslag weergegee word, maar u en die persoon met die breinbesering sal anoniem bly. U het ook die reg om enige tyd uit die navorsing te onttrek.

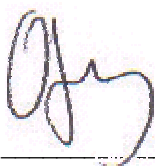
Hiermee rig ek dan 'n vriendelike versoek om u hulp tot die deelname aan die navorsingsprojek. Indien u enige vrae het of enige verdere inligting benodig, is u welkom om my te skakel by 082 903 9677. U is ook welkom om my navorsingsleier Dr. Odette Guy, te skakel by (012) 420 2948.

U bereidwilligheid om my van hulp te wees in hierdie navorsingsprojek, word baie waardeer.

Byvoorbaat dankie



Me. Melani Olivier
Spraak- Taalterapeut & Oudioloog



Dr. O. Guy
Navorsingsleier
Departement Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

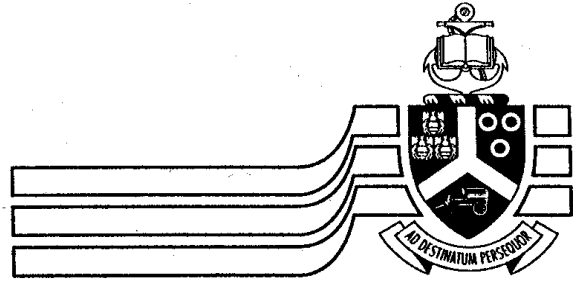


Prof. René Hugo
Hoof: Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

Voltooi asseblief die onderstaande skeurstrokie

Ek _____ stem hiermee vrywilliglik in om deel te neem aan die navorsingsprojek.
Ek dra kennis van alle prosedures wat tydens die uitvoer van die studie gebruik gaan word en stem in daarop.

Handtekening



University of Pretoria

Department of Communication pathology
Speech- Voice & Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2490

Fax : +27 12 420 3517

Email : shugo@postino.up.ac.za

Dear research participant

CONSENT TO PARTICIPATE IN PROJECT

I am currently a Master's student in Speech/Language Pathology and Audiology (M.Communication Pathology) at the Department Communication Pathology at the University of Pretoria. In order to complete my degree I am required to institute a project involving the primary caregivers of persons with moderate to severe brain injury during the acute rehabilitation period and I hereby request your assistance.

The purpose of my study is to develop a preliminary measurement tool in order to determine the needs of caregivers with regard to communication, interaction and general management of a person with a traumatic brain injury during the acute rehabilitation period. The intent is to thereby enable the Speech/Language Therapist to provide a more effective service. There is currently a shortage, in the South African context, of measuring tools which specifically focus on the caregiver's needs with regard to communication, interaction and general management of the person with a traumatic brain injury.

Your participation in the project will involve an initial observation of your interaction with the person with a traumatic brain injury. This survey will be done at a time when you will be interacting with the injured person at Kensington Hospital. On completion you will be requested to complete a questionnaire with regard to your needs in respect of aspects of communication, interaction and the general managing of the person with a traumatic brain injury. The completion of this questionnaire should take approximately 30 minutes of your time. In the questionnaire you will also be requested to furnish background information on yourself as well as the person with a traumatic brain injury. The purpose of these questions is purely to establish your needs and as such there are no right or wrong answers.

I would like to assure you that all information will be handled with the utmost confidentiality in order to ensure anonymity of all parties involved. The results of the study will be used in my research report but anonymity is ensured at all times. You also retain the right to withdraw from the project at any time should you wish to do so.

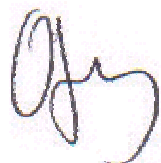
I hereby respectfully request your assistance in this research study by your participation in this project. If you have any questions regarding this study please feel free to contact me on 082-903-9677 or my research leader, Dr. Odette Guy on (012) 420-2948.

Your assistance and willingness to assist me with this research project is greatly appreciated.

Many thanks



Ms. Melani Olivier
Speech/Language Therapist and Audiologist



Dr O. Guy
Research Leader
Department Communication Pathology
University of Pretoria



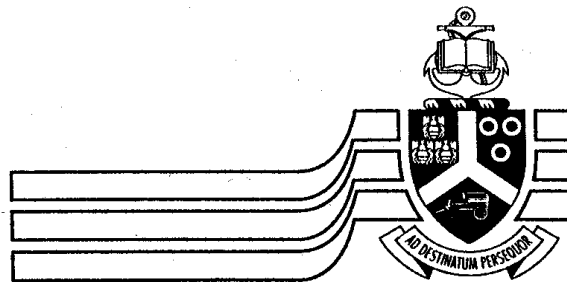
Prof. René Hugo
Head: Communication Pathology
University of Pretoria

Please complete

Ihereby willingly consent to participate in the research project. I am fully aware of all the research procedures that will be used in carrying out the study and agree thereto.

Signature

BYLAE G



University of Pretoria

Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

Tel : +27 12 420 2357

Fax : +27 12 420 3517

Email : shugo@postino.up.ac.za

Geagte navorsingsdeelnemer

TOESTEMMING TOT DEELNAME AAN DIE PROJEK

Ek is tans 'n Meesters student in Spraak-Taalpatologie & Oudiologie (M.Kommunikasiepatologie) van die Departement Kommunikasiepatologie, aan die Universiteit van Pretoria. Vir die voltooiing van die graad het ek besluit om 'n projek te loods wat die primêre sorggewers van persone met 'n gemiddelde- tot-ernstige traumatiese breinbesering, sal betrek en ek versoek daarom u vriendelike samewerking.

Die doel van my studie is om 'n voorlopige meetinstrument te ontwikkel ten einde die sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n Traumatische breinbesering (tydens die akute rehabilitasie periode), te bepaal. Op grond van die resultate wat verkry sal word, kan daar aanbevelings gemaak word oor die evaluering van sorggewers se behoeftes en kennis. Gevolglik kan daar meer effektiewe dienslewering deur spraaktaalterapeute verskaf word. Daar is tans 'n tekort in die Suid- Afrikaanse konteks aan meetinstrumente wat spesifiek fokus op sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en hantering van die persoon met 'n traumatiese breinbesering.

U betrokkenheid by die projek sal 'n groepsbespreking van ongeveer twee (2) ure behels. Tydens die bespreking sal daar verskillende vrae aan u gestel word oor u behoeftes rondom die hantering van die persoon met 'n breinbesering. Tydens die groepsbespreking sal daar ook 3 – 6 ander sorggewers. van persone met 'n TBB, betrokke wees. 'n Video- en bandopname sal van die bespreking gemaak word ten einde die navorser van hulp te wees met die analise en optekening van die verkreeë data.

Ek wil u daarvan verseker dat alle inligting vertroulik hanteer sal word om anonimiteit te bewerkstellig. Die resultate sal wel in my navorsingsverslag weergegee word, maar u en die persoon met 'n traumatiese breinbesering sal anoniem bly. U het ook die reg om enige tyd uit die navorsing te onttrek.

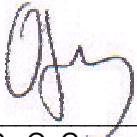
Hiermee rig ek dan 'n vriendelike versoek om u hulp tot die deelname aan die navorsingsprojek. Indien u enige vrae het of enige verdere inligting benodig, is u welkom om my te skakel by 082 903 9677. U is ook welkom om my navoringsleier Dr. Odette Guy, te skakel by (012) 420 2948.

Sal u asseblief so vriendelik wees om die skeurstrokie aan die einde hierdie brief te voltooi en te teken.

U bereidwilligheid om my van hulp te wees in hierdie navorsingsprojek, word baie waardeer.

Byvoorbaat dankie

Me. Melani Olivier
Spraak- Taalterapeut & Oudioloog



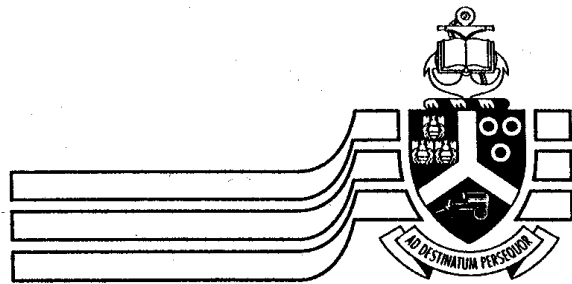
Dr. O. Guy
Navorsingsleier
Departement Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria



Prof. René Hugo
Hoof: Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

Ek _____ stem hiermee vrywilliglik in om deel te neem aan die navorsingsprojek. Ek dra kennis van alle prosedures wat tydens die uitvoer van die studie gebruik gaan word en stem in daarop.

Handtekening



University of Pretoria

Department of Communication Pathology Speech, Voice and Hearing Clinic

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

Geagte navorsingsdeelnemer

TOESTEMMING TOT DEELNAME AAN DIE PROJEK

Ek is tans 'n Meesters student in Spraak-Taalpatologie & Oudiologie (M.Kommunikasiepatologie) van die Departement Kommunikasiepatologie, aan die Universiteit van Pretoria. Vir die voltooiing van die graad het ek besluit om 'n projek te loods wat die primêre sorggewers van persone met 'n gemiddelde- tot-ernstige traumatiese breinbesering, sal betrek en ek versoek daarom u vriendelike samewerking.

Die doel van my studie is om 'n voorlopige meetinstrument te ontwikkel ten einde die sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en algemene hantering van 'n persoon met 'n Traumatiese breinbesering (tydens die akute rehabilitasie periode), te bepaal. Op grond van die resultate wat verkry sal word, kan daar aanbevelings gemaak word oor die evaluering van sorggewers se behoeftes en kennis. Gevolglik kan daar meer effektiewe dienslewering deur spraaktaalterapeute verskaf word. Daar is tans 'n tekort in die Suid- Afrikaanse konteks aan meetinstrumente wat spesifiek fokus op sorggewers se behoeftes rakende kommunikasie, interaksie en hantering van die persoon met 'n traumatiese breinbesering.

U betrokkenheid by die projek sal 'n individuele onderhoud van ongeveer twee (2) ure behels. Tydens die onderhoud sal daar verskillende vrae aan u gestel word oor u behoeftes rondom die hantering van die persoon met 'n breinbesering. 'n Bandopname sal van die bespreking gemaak word ten einde die navorser van hulp te wees met die analise en optekening van die verkreë data.

Ek wil u daarvan verseker dat alle inligting vertroulik hanteer sal word om anonimiteit te bewerkstellig. Die resultate sal wel in my navorsingsverslag weergegee word, maar u en die persoon met 'n traumatiese breinbesering sal anoniem bly. U het ook die reg om enige tyd uit die navorsing te onttrek.

Hiermee rig ek dan 'n vriendelike versoek om u hulp tot die deelname aan die navorsingsprojek. Indien u enige vrae het of enige verdere inligting benodig, is u welkom om my te skakel by 082 903 9677. U is ook welkom om my navoringsleier Dr. Odette Guy, te skakel by (012) 420 2948.

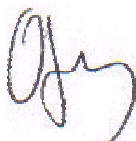
Sal u asseblief so vriendelik wees om die skeurstrokie aan die einde hierdie brief te voltooi en te teken.

U bereidwilligheid om my van hulp te wees in hierdie navorsingsprojek, word baie waardeer.

Byvoorbaat dankie



Me. Melani Olivier
Spraaak- Taalterapeut & Oudioloog



Dr. O. Guy
Navorsingsleier
Departement Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

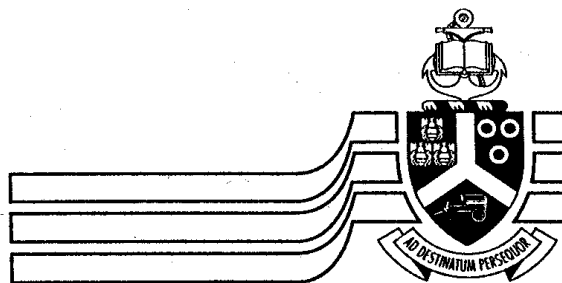


Prof. René Hugo
Hoof: Kommunikasiepatologie
Universiteit van Pretoria

Ek _____ stem hiermee vrywilliglik in om deel te neem aan die navorsingsprojek. Ek dra kennis van alle prosedures wat tydens die uitvoer van die studie gebruik gaan word en stem in daarop.

Handtekening

BYLAE H



University of Pretoria

**Department of Communication pathology
Speech-Voice and Hearing Clinic**

Tel : +27 12 420 2490

Fax : +27 12 420 3517

Email : shugo@postino.up.ac.za

Dear research participant

CONSENT TO PARTICIPATE IN RESEARCH PROJECT

I am currently a Master's student in Speech/Language Pathology and Audiology (M.Communication Pathology) at the Department of Communication Pathology at the University of Pretoria. In order to complete my degree I am required to institute a project involving primary caregivers of persons with moderate to severe brain injury during the acute rehabilitation period.

The purpose of my study is to develop a preliminary measurement tool to determine the needs of caregivers' with regard to communication, interaction and general managing of a person with a traumatic brain injury during the acute rehabilitation period. Recommendation can then be made for the evaluation of the caregivers' requirements during the acute rehabilitation period using the results of the study.

In the South African context there is currently a shortage of measurement tools which specifically focus on the caregivers' needs with regard to communication, interaction and managing of such persons. In addition it is anticipated that the project may provide more information to enable speech language pathologists to provide a more effective service to caregivers and persons with a traumatic brain injury

Your participation in this study is voluntary. Should you choose to participate, you will be required to undertake the following tasks. Your participation in the project will involve an initial completion of a questionnaire regarding your needs in the handling of a person with a moderate to severe head injury. The questionnaire will be about your needs with regard to communication, interaction and general managing of a person with a traumatic brain injury during the acute rehabilitation period. After the completion of the questionnaire you will be required to attend a workshop that will focus on possible ways in which you can handle the person with the brain injury. During the workshop, which should last for approximately 2 hours, I will endeavour to address your needs in terms of the managing of a person with a traumatic brain injury. Guidelines will be provided based on these needs for the managing of communication disorders, adaptations to the environment, behavioural and emotional disorders, cognitive disorders and other general needs as reported by the caregivers. The workshop will also cover other aspects such as: the nature of a traumatic brain injury; the symptoms that may occur after a brain injury; guidelines for the caregivers on how they can handle the symptoms that may occur, the role of the caregiver; the members of the rehabilitation team and their different roles; as well as aspects regarding the assessment and treatment of a person with a traumatic brain injury etc.

At the end of the workshop you will be asked to complete the same questionnaire again. It should thereafter be possible to determine if the questionnaire succeeds in measuring the changes in the caregivers' needs after you have received information. You will also be asked to evaluate the suitability of the questionnaire during a short group session.

I would like to assure you that all information will be treated as confidential. The results of the study will be used in my research report but your details and the person with the injury will at all times remain anonymous. You also retain the right to withdraw your participation in the research project at any time without incurring any penalties.

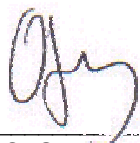
I hereby respectfully request your assistance in this research study by your participation in this project. If you have any questions regarding this study, please free to contact me on 082 903 9677 or my research supervisor, Dr. Odette Guy on (012) 420-2948.

Your assistance and willingness to assist me with this research project is greatly appreciated.

Many thanks



Ms. Melani Olivier
M.Communication pathology student
Department Communication pathology
University of Pretoria



Dr O. Guy
Research supervisor
Department Communication Pathology
University of Pretoria



Prof. René Hugo
Head: Communication Pathology
University of Pretoria

I hereby willingly consent to participate in the research project. I am fully aware of 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 Ms. Melani Olivier by Afrox Rehabilitation Centre: Riverfield Lodge for the purpose of her research.

Date :	
Name and Surname :	
Telephone Numbers : Home	
Cell phone	
Work	

SIGNATURE

BYLAE I**PUTTING & KIRCHNER: PRAGMATIC ASPECTS OF LANGUAGE**
*JSHD MAY 1987, 52, 105-119***PRAGMATIC PROTOCOL**Name: _____
Communicative setting observed: _____Date: _____
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 J**Vraelys****Primêre sorggewers se behoeftes oor kommunikasie en kommunikasie interaksie met 'n persoon met 'n gemiddelde –tot-ernstige traumatiese breinbesering**

Vir kantoorgebruik

Respondentnommer	V1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1-4
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

Instruksies:

Aangesien daar van u verwag word om die vraelys so eerlik moontlik te voltooi, word anonimiteit verseker en hoef u naam op geen deel van die vraelys te verskyn nie. U hulp met die voltooiing van die vraelys is van uiterste belang, alhoewel deelname vrywillig en opsioneel is.

Afdeling A**Demografiese inligting**

(Merk asseblief die toepaslike blokkie met 'n x)

A) <u>Inligting van die primêre sorggewer</u>		
1. Geslag		V2 <input type="text"/> 5
<input type="checkbox"/> Manlik	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vroulik	<input type="checkbox"/>	
2. Huistaal:		V3 <input type="text"/> <input type="text"/> 6-7
<input type="checkbox"/> Engels	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Afrikaans	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ander	<input type="checkbox"/>	
3. Wat is u ouderdom?		V4 <input type="text"/> <input type="text"/> 8-9
_____ jaar		
4. Meld asseblief die beroep wat u tans beklee		V5 <input type="text"/> <input type="text"/> 10-11

5. Wat is u hoogste vlak van opleiding?		V6 <input type="text"/> <input type="text"/> 12-13

6. Wat is u verhouding met die persoon?		V7 <input type="text"/> 14
<input type="checkbox"/> Moeder	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vrou	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Broer	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Suster	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ander	<input type="checkbox"/>	
Indien ander, spesifiseer asseblief _____		
7. Wat is die hoeveelheid kontak wat u met die persoon het?		V8 <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16
<input type="checkbox"/> Die persoon woon saam met u	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Daaglikse kontak	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Weeklikse kontak	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Maandelikse kontak	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ander	<input type="checkbox"/>	

Indien ander, spesifiseer asseblief <hr/> <hr/>																	
8. Het u al enige vorige ondervinding met 'n breinbesering gehad? (Merk alle blokkies wat van toepassing is.) <table border="1" data-bbox="212 386 618 594"> <tr> <td>Geen ervaring</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> Indien ander, spesifiseer asseblief. <hr/> <hr/>	Geen ervaring		Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk		Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering		Ander		V9 <table border="1" data-bbox="1133 415 1318 447"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 17-18								
Geen ervaring																	
Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk																	
Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering																	
Ander																	
B) Identifiserende inligting van die persoon met die breinbesering 9. Geslag: <table border="1" data-bbox="212 825 461 909"> <tr> <td>Manlik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vroulik</td> <td></td> </tr> </table>	Manlik		Vroulik		V10 <table border="1" data-bbox="1166 825 1300 856"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 19												
Manlik																	
Vroulik																	
10. Huistaal: <table border="1" data-bbox="212 989 461 1073"> <tr> <td>Engels</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Afrikaans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table>	Engels		Afrikaans		Ander		V11 <table border="1" data-bbox="1133 989 1318 1020"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 20-21										
Engels																	
Afrikaans																	
Ander																	
11. Ouderdom _____ jaar	V12 <table border="1" data-bbox="1133 1150 1318 1182"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 22-23																
12. Wat is die persoon se hoogste vlak van opleiding _____	V13 <table border="1" data-bbox="1133 1230 1318 1262"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 24-25																
13. Watter beroep het die persoon bekleed voor die ongeluk? _____	V14 <table border="1" data-bbox="1133 1314 1318 1346"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 26-27																
14. Waar woon die persoon tans? <table border="1" data-bbox="212 1434 618 1556"> <tr> <td>Eie huis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saam met ouers</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Versorgingseenheid</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> Indien ander, spesifiseer asseblief _____ <hr/>	Eie huis		Saam met ouers		Versorgingseenheid		Ander		V15 <table border="1" data-bbox="1166 1434 1300 1465"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 28 V16 <table border="1" data-bbox="1166 1465 1300 1497"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 29 V17 <table border="1" data-bbox="1166 1497 1300 1528"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 30 V18 <table border="1" data-bbox="1166 1528 1300 1560"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 31								
Eie huis																	
Saam met ouers																	
Versorgingseenheid																	
Ander																	
15. Wat was die oorsaak van die breinbesering? <table border="1" data-bbox="212 1787 618 1934"> <tr> <td>Motorongeluk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Motorfiets ongeluk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Die persoon het geval</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tref-en trap ongeluk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Skiet voorval</td> <td></td> </tr> </table>	Motorongeluk		Motorfiets ongeluk		Die persoon het geval		Tref-en trap ongeluk		Skiet voorval		V19 <table border="1" data-bbox="1133 1755 1318 1787"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> 32-33						
Motorongeluk																	
Motorfiets ongeluk																	
Die persoon het geval																	
Tref-en trap ongeluk																	
Skiet voorval																	

<table border="1"> <tr> <td>Skiet voorval</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p> <p>_____</p>	Skiet voorval		Ander								
Skiet voorval											
Ander											
<p>16. Wat was die datum van die ongeluk?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 34-35										
<p>17. Was die persoon in 'n koma gewees na die ongeluk?</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td></td> </tr> </table>	Ja		Nee		V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 36-37						
Ja											
Nee											
<p>18. Indien u ja, geantwoord het by die vorige vraag, dui asseblief aan u lank die persoon in die koma was?</p> <table border="1"> <tr> <td>Paar uur</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Paar dae</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maand</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meer as 'n maand</td> <td></td> </tr> </table> <p>Dui asseblief die presiese tydperk aan indien moontlik _____</p>	Paar uur		Paar dae		Week		Maand		Meer as 'n maand		V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 38-39
Paar uur											
Paar dae											
Week											
Maand											
Meer as 'n maand											
<p>19. Het die persoon 'n telling op die Glasgow - Coma - skaal gehad?</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td></td> </tr> </table>	Ja		Nee		V23 <input type="text"/> <input type="text"/> 40-41						
Ja											
Nee											
<p>20. Indien u ja geantwoord het by die vorige vraag, wat was die telling?</p> <table border="1"> <tr> <td>Tussen 13- 15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tussen 9-12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Minder as 9</td> <td></td> </tr> </table>	Tussen 13- 15		Tussen 9-12		Minder as 9		V24 <input type="text"/> <input type="text"/> 42-43				
Tussen 13- 15											
Tussen 9-12											
Minder as 9											
<p>21. Dui asseblief aan wanneer die persoon in die rehabilitasie sentrum opgeneem is.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	V25 <input type="text"/> <input type="text"/> 44-45										

Afdeling B

Instruksies: In die volgende vraelys word daar aan u 'n paar vroe gestel rondom moontlike behoeftes wat by kan u voorkom rakende die hantering van die persoon met die breinbesering. Daar word van u verwag om elke vraag te beoordeel op 'n skaal van 1 – 4 ten opsigte van hoe groot u betrokke behoefte op die vraag is. (Sien in die onderstaande blokkie vir 'n uiteensetting van die skaal).

(Let asseblief daarop dat daar geen korrekte of verkeerde antwoord is nie. Die doel van die vraelys is net om te bepaal watter behoeftes by u die grootste is).

("Die persoon" verwys deurgaans na die persoon met die breinbesering)

Uiteensetting van die skaal						
1 = Geen behoefte 2 = Nie so 'n groot behoefte nie 3 = Kan moontlik 'n behoefte wees 4 = Behoeftes						
Ek het 'n behoefte....	Skaal				Kantoorgebruik	
22. om te weet wat ek kan doen om die persoon te help om beter te onthou .	1	2	3	4	V26	46
23. om te weet hoe om die persoon te hanteer indien hy depressief raak.	1	2	3	4	V27	47
24. om te weet hoe om die persoon se gedragsprobleme te hanteer	1	2	3	4	V28	48
25. om te weet hoe om die persoon se emosionele probleme aan te spreek	1	2	3	4	V29	49
26. om te weet wat om te doen indien ek nie die persoon verstaan nie .	1	2	3	4	V30	50
27. om te weet wat om te doen indien die persoon my nie verstaan nie	1	2	3	4	V31	51
28. om te weet hoe ek die persoon kan help om sy aandag en konsentrasie te verbeter.	1	2	3	4	V32	52
29. om te weet op watter maniere ek die persoon kan stimuleer .	1	2	3	4	V33	53
30. om te weet hoe om op te tree wanneer die persoon deurmekaar is.	1	2	3	4	V34	54
31. om te weet wat my rol as sorggewer is	1	2	3	4	V35	55
32. dat my vrae eerlik beantwoord sal word	1	2	3	4	V36	56
33. dat alle mediese personeel my en die persoon se behoeftes en begeertes sal respekteer	1	2	3	4	V37	57
34. om ingelig te word rondom alle veranderinge in die persoon se mediese toestand	1	2	3	4	V38	58
35. dat professionele persone met my sal praat op so wyse dat ek sal verstaan wat hulle vir my sê (met ander woorde hulle moet woorde en taal gebruik wat ek kan verstaan)	1	2	3	4	V39	59
36. om professionele persone te kontak vir raad en ondersteuning indien ek hulp nodig het rondom die hantering van die persoon	1	2	3	4	V40	60
37. om inligting te ontvang rondom die mediese versorging van breinbeserings	1	2	3	4	V41	61
38. om inligting te ontvang rondom moontlike sjirurgiese prosedures wat gevolg kan word tydens breinbeserings	1	2	3	4	V42	62

Uiteensetting van die skaal						
1 = Geen behoefte 2 = Nie so 'n groot behoefte nie 3 = Kan moontlik 'n behoefte wees 4 = Behoefte						
Ek het 'n behoefte....	Skaal				Kantoorgebruik	
39. om ingelig te word rondom die persoon se kommunikasieprobleme	1	2	3	4	V43	63
40. om ingelig te word oor hoe ek as sorggewer die persoon se kommunikasieprobleme kan aanspreek	1	2	3	4	V44	64
41. om ingelig te word hoe om die persoon se omgewing te verander om dit so doeltreffend moontlik te maak	1	2	3	4	V45	65
42. om ingelig te word rondom hoe ek my kommunikasiestyl moet aanpas om die persoon te ondersteun tydens interaksie	1	2	3	4	V46	66
43. ingelig te word rondom hoe lank die persoon se probleme moontlik sal aanhou	1	2	3	4	V47	67
44. om ingelig te word rondom instansies wat ek kan kontak om my te ondersteun rondom die hantering van die persoon	1	2	3	4	V48	68
45. om te leer hoe om op te tree wanneer die persoon vreemd optree, bv, skree en vloek	1	2	3	4	V49	69
46. om ingelig te word hoe om op te tree wanneer die persoon uitbarstings kry	1	2	3	4	V50	70
47. om ondersteuning te kry deur my gevoelens met iemand te bespreek wat alreeds deur dieselfde proses is.	1	2	3	4	V51	71
48. om ingelig te word hoe om op te tree wanneer die persoon moeg en uitgeput raak	1	2	3	4	V52	72
49. om te weet dat my opinies gebruik word tydens die beplanning van die persoon se terapie en opleiding.	1	2	3	4	V53	73
50. om aan die professionele persone te verduidelik hoe die persoon was voor die ongeluk.	1	2	3	4	V54	74
51. om ingelig te word rondom instansies wat groepsterapie aan die persoon te kan verskaf	1	2	3	4	V55	75
52. om ingelig te word rondom die voordele van groepsterapie (ondersteuningsgroepe)	1	2	3	4	V56	76
53. om te weet hoe om die persoon te hanteer wanneer hy geïrriteerd is	1	2	3	4	V57	77
54. om ingelig te word rondom alle aspekte van voeding	1	2	3	4	V58	78
55. om te weet hoe om die persoon se voedingsprobleme te hanteer	1	2	3	4	V59	79
56. om te weet hoe ek die persoon se omgewing kan verander	1	2	3	4	V60	80

Afdeling C

In die volgende afdeling word daar van u verwag om vier vrae te beantwoord. Voltooi asseblief die vrae so volledig as moontlik.

<p>57. Hoe sou u die interaksie tussen u en die persoon beskryf? (bv. ek vind dit moeilik om hom/haar te verstaan)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V61 <input type="text"/> <input type="text"/> 81-82</p>
<p>58. Het u enige ander behoeftes rondom die hantering van die persoon?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V62 <input type="text"/> <input type="text"/> 83-84</p>
<p>59. Het u enige ander behoeftes rondom die kommunikasie interaksie met die persoon?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V63 <input type="text"/> <input type="text"/> 85-86</p>
<p>60. Is daar nog enige iets anders wat u wil noem ten opsigte van die hantering van die persoon?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V64 <input type="text"/> <input type="text"/> 87-88</p>

Baie dankie vir u tyd & deelname!

Questionnaire
Caregiver's needs regarding communication, interaction and overall handling of a person with a moderate to severe traumatic brain injury

For office use only

Respondent number	V1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1-4
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Instructions:

In order to permit you to answer the questions as honestly as possible, your name need not appear anywhere on the questionnaire and confidentiality is ensured. There are no right or wrong answers. Your help in completing the questionnaire is of vital importance, although participation is entirely voluntary.

Section A**Demographic information**

(Please mark the appropriate blocks with an X)

Caregiver's information

1. Gender:

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

V2 5

2. Home language:

English	<input type="checkbox"/>
Afrikaans	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>

V3 6-7

3. How old are you?

_____ years

V4 8-9

4. Please indicate your current career

V5 10-11

5. What is your highest level of education

V6 12-13

6. What is your relationship with the person?

Mother	<input type="checkbox"/>
Father	<input type="checkbox"/>
Husband	<input type="checkbox"/>
Wife	<input type="checkbox"/>
Brother	<input type="checkbox"/>
Sister	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>

V7 14

If other, please indicate as _____

7. What is the frequency of contact that you have with the person?

The person stays with you	<input type="checkbox"/>
Weekly contact	<input type="checkbox"/>
Monthly	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>

V8 15-16

If other, please indicate _____

<p>8. Do you have any other experience with traumatic brain injuries (Please mark all the appropriate blocks.)</p> <table border="1"> <tr> <td>No experience</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>I have worked with a person with a brain injury</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>I know family or a friend who has a brain injury</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>If other, please indicate _____</p> <p>_____</p>	No experience	<input type="checkbox"/>	I have worked with a person with a brain injury	<input type="checkbox"/>	I know family or a friend who has a brain injury	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<p>V9 <input type="text"/> <input type="text"/> 17-18</p>				
No experience	<input type="checkbox"/>												
I have worked with a person with a brain injury	<input type="checkbox"/>												
I know family or a friend who has a brain injury	<input type="checkbox"/>												
Other	<input type="checkbox"/>												
<p>Demographic information of the person with the brain injury</p>													
<p>9. Gender:</p> <table border="1"> <tr> <td>Male</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Female</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Male	<input type="checkbox"/>	Female	<input type="checkbox"/>	<p>V10 <input type="text"/> 19</p>								
Male	<input type="checkbox"/>												
Female	<input type="checkbox"/>												
<p>10. Home language:</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>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	English	<input type="checkbox"/>	Afrikaans	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<p>V11 <input type="text"/> <input type="text"/> 20-21</p>						
English	<input type="checkbox"/>												
Afrikaans	<input type="checkbox"/>												
Other	<input type="checkbox"/>												
<p>11. Age?</p> <p>_____ years</p>	<p>V12 <input type="text"/> <input type="text"/> 22-23</p>												
<p>12. What is the person's highest level of education?</p> <p>_____</p>	<p>V13 <input type="text"/> <input type="text"/> 24-25</p>												
<p>13. What job did the person do before the accident?</p> <p>_____</p>	<p>V14 <input type="text"/> <input type="text"/> 26-27</p>												
<p>14. Where does the person stay at the moment?</p> <table border="1"> <tr> <td>Own house</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>With parents</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Institution</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Own house	<input type="checkbox"/>	With parents	<input type="checkbox"/>	Institution	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<p>V15 <input type="text"/> 28 V16 <input type="text"/> 29 V17 <input type="text"/> 30 V18 <input type="text"/> 31</p>				
Own house	<input type="checkbox"/>												
With parents	<input type="checkbox"/>												
Institution	<input type="checkbox"/>												
Other	<input type="checkbox"/>												
<p>15. What was the cause of the accident?</p> <table border="1"> <tr> <td>Car accident</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Motorbike accident</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>The person fell</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hit-and-run accident</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>The person was shot</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>If other, please specify _____</p> <p>_____</p>	Car accident	<input type="checkbox"/>	Motorbike accident	<input type="checkbox"/>	The person fell	<input type="checkbox"/>	Hit-and-run accident	<input type="checkbox"/>	The person was shot	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<p>V19 <input type="text"/> <input type="text"/> 32-33</p>
Car accident	<input type="checkbox"/>												
Motorbike accident	<input type="checkbox"/>												
The person fell	<input type="checkbox"/>												
Hit-and-run accident	<input type="checkbox"/>												
The person was shot	<input type="checkbox"/>												
Other	<input type="checkbox"/>												
<p>16. When did the accident happen? (Day, month, year)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 34-35</p>												

<p>17. Was the person in a coma after the accident?</p> <table border="1" data-bbox="214 199 620 262"> <tr> <td>Yes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td></td> </tr> </table>	Yes		No		<p>V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 36-37</p>						
Yes											
No											
<p>18. If you have answered yes on the previous question, please indicate how long the person was comatized?</p> <table border="1" data-bbox="214 346 620 499"> <tr> <td>Few hours</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Few days</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Week</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Month</td> <td></td> </tr> <tr> <td>More than a month</td> <td></td> </tr> </table> <p>Please indicate the precise period, if possible</p> <hr/>	Few hours		Few days		Week		Month		More than a month		<p>V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 38-39</p>
Few hours											
Few days											
Week											
Month											
More than a month											
<p>19. Did the person have a score on the Glasgow Coma Scale?</p> <table border="1" data-bbox="214 672 620 735"> <tr> <td>Yes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td></td> </tr> </table>	Yes		No		<p>V23 <input type="text"/> <input type="text"/> 40-41</p>						
Yes											
No											
<p>20. If yes what was the score?</p> <table border="1" data-bbox="214 793 620 884"> <tr> <td>Between 13-15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Between 9-12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Less than 9</td> <td></td> </tr> </table>	Between 13-15		Between 9-12		Less than 9		<p>V24 <input type="text"/> <input type="text"/> 42-43</p>				
Between 13-15											
Between 9-12											
Less than 9											
<p>21. Please indicate the date when the person started at with rehabilitation at the hospital</p> <hr/>	<p>V25 <input type="text"/> <input type="text"/> 44-45</p>										

Section B

Instructions: In the following section contains a few questions regarding your possible needs in the handling of the person with the injury. You are required to rate each question on a scale from 1 – 4 regarding how big your need is on the specific question. (See the outline of the scale in the block underneath)

(Please note that there are no right or wrong answers. The aim of the questionnaire is mainly to determine what needs are your biggest).

Outline of the scale						
1 = No need 2 = Not such a big need 3 = Fairly big need 4 = Need						
I need to....	Scale				For office use only	
22. know what I can do to help the person to remember better	1	2	3	4	V26	46
23. know how to handle the person when he gets depressed	1	2	3	4	V27	47
24. know how to handle the persons' behaviour problems	1	2	3	4	V28	48
25. know how to react to the person's emotional problems	1	2	3	4	V29	49
26. know what to do if I do not understand the person	1	2	3	4	V30	50
27. know what to do if the person does not understand me	1	2	3	4	V31	51
28. know how I can help the person to improve his attention span and concentration abilities	1	2	3	4	V32	52
29. know what I can do to stimulate the person at home	1	2	3	4	V33	53
30. know how to react when the person is confused	1	2	3	4	V34	54
31. know what my role as caregiver is	1	2	3	4	V35	55
32. know that my questions will be answered honestly	1	2	3	4	V36	56
33. know that all medical personnel will respect the person with the brain injury as well as my needs and wishes	1	2	3	4	V37	57
34. be informed about all changes in the persons' medical status	1	2	3	4	V38	58
35. have explanations from professional people given in a language that I can understand (e.g. they must make use of words and a language that I can understand)	1	2	3	4	V39	59
36. make contact with professional people for advice and support if I need any help with the handling of the person	1	2	3	4	V40	60
37. receive information regarding the medical care of brain injuries	1	2	3	4	V41	61
38. receive information regarding possible surgical procedures which can be followed after a brain injury	1	2	3	4	V42	62
39. be informed about the persons' communication problems	1	2	3	4	V43	63
40. be informed what I (as the caregiver) can do to help the person with his communication problems					V44	64
41. be informed on how to change/ adapt the persons' environment in order to assist him as much as possible	1	2	3	4	V45	65
42. be informed on how I can adapt my communication style to support the person during communication interaction	1	2	3	4	V46	66
43. be informed on how long each of the persons' problems is expected to last	1	2	3	4	V47	67
44. be informed about institutions that I can contact to support me regarding the handling of the person	1	2	3	4	V48	68

Outline of the scale						
1 = No need 2 = Not such a big need 3 = Fairly big need 4 = Need						
I need to....	Scale				For office use only	
45. know how to react when the person acts strange , e.g. shout and swear	1	2	3	4	V49	69
46. be informed on how to react when the person has outbursts					V50	70
47. be supported by someone that has already been through the same process by discussing my feelings with them	1	2	3	4	V51	71
48. be informed on what to do when the person becomes tired	1	2	3	4	V52	72
49. know that my opinions are used in the planning of the persons' therapy and training	1	2	3	4	V53	73
50. explain to professional people what the person was like before the accident	1	2	3	4	V54	74
51. be informed about institutions that give group therapy to brain injured people	1	2	3	4	V55	75
52. be informed about the benefits of group therapy (support groups)	1	2	3	4	V56	76
53. know how to handle the person when he is irritated	1	2	3	4	V57	77
54. know about all aspects of feeding	1	2	3	4	V58	78
55. know how to handle the persons' feeding problems	1	2	3	4	V59	79
56. know how I can change the persons' environment	1	2	3	4	V60	80

Section C

In the following section you are required to answer four questions. Please complete the questions by providing as much detail as possible.

<p>57. How would you describe your interaction with the person suffering from the injury? (e.g. I find it difficult to understand him/her)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>V61 <input type="text"/> <input type="text"/> 81-82</p>
<p>58. Do you have any other needs with regard to the handling of the person who suffer from the brain injury?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>V62 <input type="text"/> <input type="text"/> 83-84</p>
<p>59. Do you have any other needs with regard to communication interaction with the person with the brain injury?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>V63 <input type="text"/> <input type="text"/> 85-86</p>
<p>60. Is there any thing else that you would like to mention regarding the handling of the person with the injury ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>V64 <input type="text"/> <input type="text"/> 87-88</p>

Thank you for your time & participation!

BYLAE K

FOKUSGROEP VRAELYS

ALGEMENE INLIGTINGSVORM VAN PROEFPERSONE

Slegs vir kantoorgebruik

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

Instruksies:

Sal u asseblief so vriendelik wees om die volgende vorm so volledig as moontlik te voltooi. Die doel hiervan is net om agtergrondsinsligting rondom u en u dogter/ man te verkry ten einde die proefpersone in my finale verslag te beskryf. U word verseker van anonimiteit en dat alle verkreeë inligting vertroulik hanteer sal word.

Demografiese inligting

(Merk asseblief die toepaslike blokkie met 'n x)

A) Inligting van die primêre sorggewers		
1. Geslag		V2 <input type="text"/> 3
Manlik	<input type="checkbox"/>	
Vroulik	<input type="checkbox"/>	
2. Huistaal:		V3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4
Engels	<input type="checkbox"/>	
Afrikaans	<input type="checkbox"/>	
Ander	<input type="checkbox"/>	
3. Wat is u ouderdom?		V4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5-6
_____ jaar		
4. Meld asseblief die beroep wat u tans bekleed.		V5 <input type="text"/> <input type="text"/> 7-8

5. Wat is u hoogste vlak van opleiding?		V6 <input type="text"/> <input type="text"/> 9-10

6. Wat is u verhouding met die persoon?		V7 <input type="text"/> <input type="text"/> 11-12
Moeder	<input type="checkbox"/>	
Vader	<input type="checkbox"/>	
Man	<input type="checkbox"/>	
Vrou	<input type="checkbox"/>	
Broer	<input type="checkbox"/>	
Suster	<input type="checkbox"/>	
Ander	<input type="checkbox"/>	
Indien ander, spesifiseer asseblief _____		

<p>7. Wat is die hoeveelheid kontak wat u met die persoon het? (blaa om asb.)</p> <table border="1" data-bbox="214 199 618 436"> <tr><td>Die persoon woon saam met u</td><td></td></tr> <tr><td>Die persoon woon nie by u nie, maar u het daaglikse kontak</td><td></td></tr> <tr><td>Weeklikse kontak</td><td></td></tr> <tr><td>Maandelikse kontak</td><td></td></tr> <tr><td>Ander</td><td></td></tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p>	Die persoon woon saam met u		Die persoon woon nie by u nie, maar u het daaglikse kontak		Weeklikse kontak		Maandelikse kontak		Ander		<p>V8 <input type="text"/> <input type="text"/> 13-14</p>
Die persoon woon saam met u											
Die persoon woon nie by u nie, maar u het daaglikse kontak											
Weeklikse kontak											
Maandelikse kontak											
Ander											
<p>8. Het u al enige vorige ondervinding met 'n breinbesering gehad? (Merk alle blokkies wat van toepassing is.)</p> <table border="1" data-bbox="214 611 618 814"> <tr><td>Geen ervaring</td><td></td></tr> <tr><td>Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk</td><td></td></tr> <tr><td>Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering</td><td></td></tr> <tr><td>Ander</td><td></td></tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief. _____</p>	Geen ervaring		Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk		Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering		Ander		<p>V9 <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16</p>		
Geen ervaring											
Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk											
Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering											
Ander											
<p>B) Identifiserende inligting van die persoon met die breinbesering</p>											
<p>9. Geslag:</p> <table border="1" data-bbox="214 989 461 1077"> <tr><td>Manlik</td><td></td></tr> <tr><td>Vroulik</td><td></td></tr> </table>	Manlik		Vroulik		<p>V10 <input type="text"/> 17-18</p>						
Manlik											
Vroulik											
<p>10. Huistaal:</p> <table border="1" data-bbox="214 1115 461 1203"> <tr><td>Engels</td><td></td></tr> <tr><td>Afrikaans</td><td></td></tr> <tr><td>Ander</td><td></td></tr> </table>	Engels		Afrikaans		Ander		<p>V11 <input type="text"/> <input type="text"/> 19-20</p>				
Engels											
Afrikaans											
Ander											
<p>11. Ouderdom</p> <p>_____ jaar</p>	<p>V12 <input type="text"/> <input type="text"/> 21-22</p>										
<p>12. Wat is die persoon se hoogste vlak van opleiding</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V13 <input type="text"/> <input type="text"/> 23-24</p>										
<p>13. Watter beroep het die persoon bekleed voor die ongeluk?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V14 <input type="text"/> <input type="text"/> 25-26</p>										
<p>14. Waar woon die persoon tans?</p> <table border="1" data-bbox="214 1587 618 1707"> <tr><td>Eie huis</td><td></td></tr> <tr><td>Saam met ouers</td><td></td></tr> <tr><td>Versorgingseenheid</td><td></td></tr> <tr><td>Ander</td><td></td></tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p> <p>_____</p>	Eie huis		Saam met ouers		Versorgingseenheid		Ander		<p>V15 <input type="text"/> 27 V16 <input type="text"/> 28 V17 <input type="text"/> 29 V18 <input type="text"/> 30</p>		
Eie huis											
Saam met ouers											
Versorgingseenheid											
Ander											

<p>15. Wat was die oorsaak van die breinbesering?</p> <table border="1" data-bbox="214 199 618 409"> <tr><td>Motorongeluk</td><td></td></tr> <tr><td>Motorfiets ongeluk</td><td></td></tr> <tr><td>Die persoon het geval</td><td></td></tr> <tr><td>Tref-en trap ongeluk (voetganger)</td><td></td></tr> <tr><td>Skiet voorval</td><td></td></tr> <tr><td>Ander</td><td></td></tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p> <p>_____</p>	Motorongeluk		Motorfiets ongeluk		Die persoon het geval		Tref-en trap ongeluk (voetganger)		Skiet voorval		Ander		<p>V19 <input type="text"/> <input type="text"/> 31-32</p>
Motorongeluk													
Motorfiets ongeluk													
Die persoon het geval													
Tref-en trap ongeluk (voetganger)													
Skiet voorval													
Ander													
<p>16. Wat was die datum van die ongeluk?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 33-34</p>												
<p>17. Was die persoon in 'n koma gewees na die ongeluk?</p> <table border="1" data-bbox="214 699 618 760"> <tr><td>Ja</td><td></td></tr> <tr><td>Nee</td><td></td></tr> </table>	Ja		Nee		<p>V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 35-36</p>								
Ja													
Nee													
<p>18. Indien u ja, geantwoord het by die vorige vraag, dui asseblief aan u lank die persoon in die koma was?</p> <table border="1" data-bbox="214 848 618 997"> <tr><td>Paar uur</td><td></td></tr> <tr><td>Paar dae</td><td></td></tr> <tr><td>Week</td><td></td></tr> <tr><td>Maand</td><td></td></tr> <tr><td>Meer as 'n maand</td><td></td></tr> </table> <p>Dui asseblief die presiese tydperk aan indien moontlik</p> <p>_____</p>	Paar uur		Paar dae		Week		Maand		Meer as 'n maand		<p>V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 37-38</p>		
Paar uur													
Paar dae													
Week													
Maand													
Meer as 'n maand													
<p>19. Het die persoon 'n telling op die Glasgow - Coma - skaal gehad?</p> <table border="1" data-bbox="214 1142 618 1203"> <tr><td>Ja</td><td></td></tr> <tr><td>Nee</td><td></td></tr> </table>	Ja		Nee		<p>V23 <input type="text"/> 39</p>								
Ja													
Nee													
<p>20. Indien u ja geantwoord het by die vorige vraag, wat was die telling?</p> <table border="1" data-bbox="214 1262 618 1352"> <tr><td>Tussen 13- 15</td><td></td></tr> <tr><td>Tussen 9-12</td><td></td></tr> <tr><td>Minder as 9</td><td></td></tr> </table>	Tussen 13- 15		Tussen 9-12		Minder as 9		<p>V24 <input type="text"/> 40</p>						
Tussen 13- 15													
Tussen 9-12													
Minder as 9													
<p>21. Dui asseblief aan wanneer die persoon met rehabilitasie (enige vorm van terapie) begin het.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V25 <input type="text"/> <input type="text"/> 41-42</p>												

Baie dankie vir u tyd en deelname!

Die ontwikkeling van 'n meetinstrument vir die bepaling van primêre sorggewers se behoeftes rakende die hantering van die persoon met 'n traumatiese breinbesering

Fokusgroep 1: *Sorggewers van persone met 'n TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is.*

- 19) Definiëring van terme:
 - a. Hoe sou **u** die term TBB definieër? / *How would **you** define the term "Traumatic brain injury (TBI)"?*
 - b) Hoe sal **u** die term sorggewer definieër? / *How would **you** define the term "caregiver"?*
 - c) Hoe sal **u** akute rehabilitasie periode definieër? / *How would **you** define "Acute rehabilitation period"?*

- 20) Wat was u as sorggewer se grootste behoeftes onmiddelik nadat die persoon met TBB uit die hospitaal uit ontslaan is en opgeneem is in die rehabilitasie sentrum in terme van: / *What was your most important need as caregiver after the person with a TBI had been discharged from hospital and admitted in a rehabilitation centre in terms of:*
 - a. Kommunikasie met die persoon/ *Communication with the person*
 - b. Algemene hantering van die persoon/ *Handling of the person*

- 21) Watter vrae dink u behoort 'n STT aan sorggewers te vra ten einde hulle behoeftes tydens die akute rehabilitasie periode te identifiseer? / *What questions do you feel a speech therapist should ask in order for them to identify your needs during the acute rehabilitation period?*

- 22) Oor watter kennis dink u behoort 'n sorggewer te beskik om 'n persoon met 'n TBB te ondersteun en dienooreenskomstig te hanteer? / *What knowledge do you believe caregivers should have in order to support and manage a person with a TBI?*

- 23) Wat dink u is die persoon met TBB se primêre kommunikasie probleme op hierdie stadium? / *What do you think is the person with TBI biggest communication problem?*

- 24) Wat dink u is die persoon met TBB se belangrikste behoeftes (interme van kommunikasie)? / *What do you think is the person with TBI most important needs in terms of communication?*

- 25) Wat dink u is die rol van die STT ten opsigte van die hantering van u as sorggewers? / *What do you think is the role of the STT in the management of caregivers?*

- 26) Wat is u verwagtinge van 'n STT in die hantering van 'n persoon met 'n breinbesering? / *What are your expectations of a STT in the management of a person with a TBI?*

- 27) As u een behoefte (in terme van die hantering van die persoon met TBB) sal uitsonder, wat so dit wees? Verduidelik? / *If you were to identify one need (in terms of managing the person with a TBI), what would it be? Explain.*

SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUD VRAELYS

ALGEMENE INLIGTINGSVORM VAN PROEFPERSONE

Slegs vir kantoorgebruik

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

Instruksies:

Sal u asseblief so vriendelik wees om die volgende vorm so volledig as moontlik te voltooi. Die doel hiervan is net om agtergrondsinsligting rondom u en u dogter/ man te verkry ten einde die proefpersone in my finale verslag te beskryf. U word verseker van anonimiteit en dat alle verkreeë inligting vertroulik hanteer sal word.

Demografiese inligting*(Merk asseblief die toepaslike blokkie met 'n x)*

B) Inligting van die primêre sorggewers		
1. Geslag		V2 <input type="text"/> 3
Manlik	<input type="checkbox"/>	
Vroulik	<input type="checkbox"/>	
2. Huistaal:		V3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4
Engels	<input type="checkbox"/>	
Afrikaans	<input type="checkbox"/>	
Ander	<input type="checkbox"/>	
3. Wat is u ouderdom?		V4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5-6
_____ jaar		
4. Meld asseblief die beroep wat u tans beklee.		V5 <input type="text"/> <input type="text"/> 7-8

5. Wat is u hoogste vlak van opleiding?		V6 <input type="text"/> <input type="text"/> 9-10

6. Wat is u verhouding met die persoon?		V7 <input type="text"/> <input type="text"/> 11-12
Moeder	<input type="checkbox"/>	
Vader	<input type="checkbox"/>	
Man	<input type="checkbox"/>	
Vrou	<input type="checkbox"/>	
Broer	<input type="checkbox"/>	
Suster	<input type="checkbox"/>	
Ander	<input type="checkbox"/>	
Indien ander, spesifiseer asseblief		
7. Wat is die hoeveelheid kontak wat u met die persoon het? (blaaï om asb.)		V8 <input type="text"/> <input type="text"/> 13-14
Die persoon woon saam met u	<input type="checkbox"/>	
Die persoon woon nie by u nie, maar u het daaglikse kontak	<input type="checkbox"/>	
Weeklikse kontak	<input type="checkbox"/>	
Maandelikse kontak	<input type="checkbox"/>	
Ander	<input type="checkbox"/>	

Indien ander, spesifiseer asseblief <hr/> <hr/>									
8. Het u al enige vorige ondervinding met 'n breinbesering gehad? (Merk alle blokkies wat van toepassing is.) <table border="1" data-bbox="212 386 618 594"> <tr> <td>Geen ervaring</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> Indien ander, spesifiseer asseblief. <hr/> <hr/>	Geen ervaring		Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk		Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering		Ander		V9 <input type="text"/> <input type="text"/> 15-16
Geen ervaring									
Ek het al met 'n persoon met 'n breinbesering gewerk									
Ek ken familie / kennisse met 'n breinbesering									
Ander									
B) Identifiserende inligting van die persoon met die breinbesering 9. Geslag: <table border="1" data-bbox="212 764 461 852"> <tr> <td>Manlik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vroulik</td> <td></td> </tr> </table>	Manlik		Vroulik		V10 <input type="text"/> 17-18				
Manlik									
Vroulik									
10. Huistaal: <table border="1" data-bbox="212 892 461 982"> <tr> <td>Engels</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Afrikaans</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table>	Engels		Afrikaans		Ander		V11 <input type="text"/> <input type="text"/> 19-20		
Engels									
Afrikaans									
Ander									
11. Ouderdom _____ jaar	V12 <input type="text"/> <input type="text"/> 21-22								
12. Wat is die persoon se hoogste vlak van opleiding <hr/> <hr/>	V13 <input type="text"/> <input type="text"/> 23-24								
13. Watter beroep het die persoon bekleed voor die ongeluk? <hr/> <hr/>	V14 <input type="text"/> <input type="text"/> 25-26								
14. Waar woon die persoon tans? <table border="1" data-bbox="212 1360 618 1486"> <tr> <td>Eie huis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saam met ouers</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Versorgingseenheid</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ander</td> <td></td> </tr> </table> Indien ander, spesifieer asseblief _____ <hr/> <hr/>	Eie huis		Saam met ouers		Versorgingseenheid		Ander		V15 <input type="text"/> 27 V16 <input type="text"/> 28 V17 <input type="text"/> 29 V18 <input type="text"/> 30
Eie huis									
Saam met ouers									
Versorgingseenheid									
Ander									

<p>15. Wat was die oorsaak van die breinbesering?</p> <table border="1" data-bbox="212 201 618 407"> <tr><td>Motorongeluk</td><td></td></tr> <tr><td>Motorfiets ongeluk</td><td></td></tr> <tr><td>Die persoon het geval</td><td></td></tr> <tr><td>Tref-en trap ongeluk (voetganger)</td><td></td></tr> <tr><td>Skiet voorval</td><td></td></tr> <tr><td>Ander</td><td></td></tr> </table> <p>Indien ander, spesifiseer asseblief _____</p> <p>_____</p>	Motorongeluk		Motorfiets ongeluk		Die persoon het geval		Tref-en trap ongeluk (voetganger)		Skiet voorval		Ander		<p>V19 <input type="text"/> <input type="text"/> 31-32</p>
Motorongeluk													
Motorfiets ongeluk													
Die persoon het geval													
Tref-en trap ongeluk (voetganger)													
Skiet voorval													
Ander													
<p>16. Wat was die datum van die ongeluk?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V20 <input type="text"/> <input type="text"/> 33-34</p>												
<p>17. Was die persoon in 'n koma gewees na die ongeluk?</p> <table border="1" data-bbox="212 699 618 756"> <tr><td>Ja</td><td></td></tr> <tr><td>Nee</td><td></td></tr> </table>	Ja		Nee		<p>V21 <input type="text"/> <input type="text"/> 35-36</p>								
Ja													
Nee													
<p>18. Indien u ja, geantwoord het by die vorige vraag, dui asseblief aan u lank die persoon in die koma was?</p> <table border="1" data-bbox="212 848 618 995"> <tr><td>Paar uur</td><td></td></tr> <tr><td>Paar dae</td><td></td></tr> <tr><td>Week</td><td></td></tr> <tr><td>Maand</td><td></td></tr> <tr><td>Meer as 'n maand</td><td></td></tr> </table> <p>Dui asseblief die presiese tydperk aan indien moontlik</p> <p>_____</p>	Paar uur		Paar dae		Week		Maand		Meer as 'n maand		<p>V22 <input type="text"/> <input type="text"/> 37-38</p>		
Paar uur													
Paar dae													
Week													
Maand													
Meer as 'n maand													
<p>19. Het die persoon 'n telling op die Glasgow - Coma - skaal gehad?</p> <table border="1" data-bbox="212 1142 618 1199"> <tr><td>Ja</td><td></td></tr> <tr><td>Nee</td><td></td></tr> </table>	Ja		Nee		<p>V23 <input type="text"/> 39</p>								
Ja													
Nee													
<p>20. Indien u ja geantwoord het by die vorige vraag, wat was die telling?</p> <table border="1" data-bbox="212 1262 618 1352"> <tr><td>Tussen 13- 15</td><td></td></tr> <tr><td>Tussen 9-12</td><td></td></tr> <tr><td>Minder as 9</td><td></td></tr> </table>	Tussen 13- 15		Tussen 9-12		Minder as 9		<p>V24 <input type="text"/> 40</p>						
Tussen 13- 15													
Tussen 9-12													
Minder as 9													
<p>21. Dui asseblief aan wanneer die persoon met rehabilitasie (enige vorm van terapie) begin het.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>V25 <input type="text"/> <input type="text"/> 41-42</p>												

Baie dankie vir u tyd en deelname!

Die ontwikkeling van 'n meetinstrument vir die bepaling van primêre sorggewers se behoeftes rakende die hantering van die persoon met 'n traumatiese breinbesering

Semi-gestruktureerde onderhoud: *Sorggewers van persone met 'n TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is.*

- 22) Definiëring van terme:
- b. Hoe sou **u** die term TBB definieër? / *How would **you** define the term "Traumatic brain injury (TBI)"?*
 - d) Hoe sal **u** die term sorggewer definieër? / *How would **you** define the term "caregiver"?*
 - e) Hoe sal **u** akute rehabilitasie periode definieër? / *How would **you** define "Acute rehabilitation period"?*
- 23) Wat was u as sorggewer se grootste behoeftes onmiddelik nadat die persoon met TBB uit die hospitaal uit ontslaan is en opgeneem is in die rehabilitasie sentrum in terme van: / *What was your most important need as caregiver after the person with a TBI had been discharged form hospital and admitted in a rehabilitation centre in terms of:*
- a. Kommunikasie met die persoon/ *Communication with the person*
 - b. Algemene hantering van die persoon/ *Handling of the person*
- 24) Watter vrae dink u behoort 'n STT aan sorggewers te vra ten einde hulle behoeftes tydens die akute rehabilitasie periode te identifiseer? / *What questions do you feel a speech therapist should ask in order for them to identify your needs during the acute rehabilitation period?*
- 25) Oor watter kennis dink u behoort 'n sorggewer te beskik om 'n persoon met 'n TBB te ondersteun en dienoorenskostig te hanteer? / *What knowledge do you believe caregivers should have in order to support and manage a person with a TBI?*
- 26) Wat dink u is die persoon met TBB se primêre kommunikasie probleme op hierdie stadium? / *What do you think is the person with TBI biggest communication problem?*
- 27) Wat dink u is die persoon met TBB se belangrikste behoeftes (interne van kommunikasie?) / *What do you think is the person with TBI most important needs in terms of communication?*
- 28) Wat dink u is die rol van die STT ten opsigte van die hantering van u as sorggewers? / *What do you think is the role of the STT in the management of caregivers?*
- 29) Wat is u verwagtinge van 'n STT in die hantering van 'n persoon met 'n breinbesering? / *What are your expectations of a STT in the management of a person with a TBI?*
- 30) As u een behoefte (in terme van die hantering van die persoon met TBB) sal uitsonder, wat so dit wees? Verduidelik? / *If you were to identify one need (in terms of managing the person with a TBI), what would it be? Explain.*

BYLAE L

Transkripsies van die fokusgroep: Sorggewers van persone met 'n TBB wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is

Deelnemer 4:
Deelnemer 5:
Deelnemer 6:
Deelnemer 7:
Navorsers: N

N: As u nou die term traumatiese breinbesering moet definieer of aan my moet verduidelik, wat u sal dink is dit, hoe sal u vir my sê. Uhm, if you have to define the term traumatic brain injury, how would you define it? How would you say, in your own words.

P6: Plain Afrikaans: dis aaklig. Dis glad nie lekker nie. Dis baie traumaties. Ek het nie woorde daarvoor nie en ek wens dit nie eers vir my vyande toe nie.

P5: Ek sou sê dit is 'n breinbesering wat 'n persoon opgedoen het in 'n onnatuurlike situasie soos 'n motor ongeluk, en wat die persoon se gedrag en hele lewe ingrypend kan verander en somtyds ook breek.

P4: Basically I suppose it is a brain injury that you get from an accident due ... of course its not a stroke and I don't think people know exactly what it means. It's something that you don't expect. I mean like when I saw my husband there was nothing wrong with him there was no broken bones.....and you don't realize first what it actually means. That's when I realized it.

P6: Dit is maar seer, uh en ek dink 'n mens ...dit is verskriklik om dit te probeer verwerk, wel te verwerk, maar ter wille van jou geliefdes doen 'n mens dit, omdat jy lief is vir jou mense. En omdat jy lief is vir hulle wat na aan jou is. Ek het soveel gestremdes al in my lewe het ek self al hanteer en dit, dit, dit is ongelukkig 'n baie verwerplike paadjie, uhm veral in die samelewing. In alle gebiede soos wat die pad ook maar aanstap is dit nie 'n kwessie van nou stop dit en mÔre is dit okay nie. En uhm, dit, dit is 'n seer pad, maar mens kom, maar kom ek sê, mens kom deur die genade van onse liewe Heer, maak ons die beste van dit wat met ons gebeur het. En probeer mens deur baie liefde en begrip en aanvaarding dit maar deurmaak.

P7: Ek dink jy pas jou later makliker daarby aan soos wat jou dogter is nou op die oomblik. In die begin is dit vreeslik emosioneel, dis swaar om te verwerk. Ek praat van myself. Ek wou vir 'n lang tyd glad nie eers meer by my vrou slaap nie. Ek het in my meisiekind se kamer gaan slaap. Dit moeilik om elke dag... okay nou aanvaar jy dit so. Daar is tye wat 'n mens tog maar terug dink, kyk hoe is sy nou. Dis jammer sy's nou so.

N: En as u nou vir my die term of die woord sorggewer kan verduidelik in u eie woorde. Dink aan u self. As u aan u self moet dink as die sorggewer. As you think about yourself as the caregiver, how would you define the word for me?

P5: Ek sou sê dit is die een wat al die terapie en alles wat die pasiënt moet deur gaan moet koördineer en dan ook ander mense inlig hoe hulle die pasiënt moet hanteer. Uhm moet bepaal wat die pasiënt se behoeftes is en dan weer inligting in te win by professionele mense en dan die pasiënt so na as moontlik te behandel volgens die raad en professionele advies wat jy kry.

P4: I guess, suppose all I did, well at first I had nurses, 24 hour nurses to sort of pass on some of the responsibility but also to organize all the... occupational therapist, speech therapist... I always sort of be there to see what they are doing. They always showed me what to do, when they weren't there. That sort of thing.

P6: Ek glo natuurlik ook daaraan daar is niemand wat in die kontekste sien van die pasiënt, die beseerde, die breinbeseerde as X, is daar niemand beter as 'n caretaker... as 'n persoon wat baie na is aan die familie lid soos jou kind, jou man of by die betrokke huisgesin. En ook natuurlik geweldige baie opoffering en liefde. Want ek voel op daai stadium in hulle lewe en nogsteeds en dit is 'n "non-stop" program. Baie liefde, geduld, en werk. En jy kan nie stop daarmee nie. Daar is nie 'n kwessie van daar is 'n begin en nou na drie jaar stop dit nie of na vyf jaar nie. Dit is, jy moet amper altyd daar wees vir daai persoon om in hulle behoeftes te voorsien. Want 'n mens moet verstaan hulle self as persoon wat die trauma beleef, is

dit, dit is vir hulle soveel erger, en uhm, ek vat X wat deesdae aggressiewe aanvalle kry. Waar sy sê, ek wou nie so gewees het nie, ek was in die skool. Sy het atletiek gedoen, sy het model gedoen. Dit is vir hulle traumaties en sy, sy wil dit nie so hê nie. Niemand aanvaar haar meer nie, en hoekom moet sy so wees. En dan moet 'n mens daar wees en daai "caretaker", veral familielede moet daar wees in daai spesifieke situasie om baie liefde en begrip te gee. In die begin is familielede en vriende baie in nou kontak, maar later raak hulle ook, familie almal, skryf daai persoon af en hulle begin vergeet en op die uiteinde is dit net die "caretaker" en daai persoon wat nog oor is. Dit is my, my en my man se ondervinding.

P7: Dit is uh, uh, die aggressie stadium wat sy deurgaans probeer ons maar haar aandag aftrek, of van iets anders praat en dan vergeet sy weer daarvan en dan ontspan sy. Ook jy weet dis maar bietjie humor sin wat jy inbring.

P6: Om haar bietjie gelukkig te hou.

P7: Sy kom baie gou-gou daarvoor en dan lag ons maar bietjie daarvoor en dan is dit weer verby. Net om haar aandag bietjie af te dwaal.

P5: Ek het uhm, dit al so geformuleer dat ek dink 'n sorggewer is soos in 'n intensiewe sorg eenheid – al daai masjiene wat elke verskillende aktiwiteit van daai persoon monitor en jy is so. En jy reageer op daai prikkels elke keer as dit verander, as en, as daar 'n behoefte is dan moet jy aan daai behoefte voorsien. En dit is, ek dink dis noodsaaklik dat daar een persoon altyd by is, selfs omtrent dag en nag in die hospitaal, dat mens presies weet wat daai persoon nie kan doen nie en wat daai persoon wel kan doen en hom nou nie oorbeskerm nie, as hy dan in 'n ander omgewing is nie.

P6: Ek glo mens ontwikkel ook naderhand, die "caretaker" soos in ons almal se geval, ontwikkel jy naderhand 'n sesde sintuig. Is dit nie so nie? Dat jy naderhand, nog voordat die persoon..., dan weet jy maar hy het dit nodig. En-en-en dit is wat ek besef het met hierdie hele ding. Jy-jy, outomaties weet jy as hulle so optree dan weet jy, jy moet nou dit gaan doen. En dit is wat 'n ander ou nie kan doen nie. 'n Normale ou daar buite kant gaan nie weet wat gaan nou aan nie, maar jy as "caretaker" weet, of familielid weet presies wat daai persoon nou nodig het.

N: Goed as u nou moet terugdink aan die tyd nadat die persoon uit die hospitaal uit gekom het. (Skies ek praat baie van "die persoon", maar ek verwys heelyd na die persoon met die traumatiese breinbesering). As u terug dink aan daardie tyd, wat was u grootste behoeftes, u as sorggewer se grootste behoeftes gedurende daai tyd in terme van kommunikasie met die persoon. In terme van hoe u met hom moet kommunikeer?

P4: I'll start. My husband didn't even speak for 10 months. He didn't do anything for 10 months. He couldn't speak. He still can't really not speak. So for 10 months I didn't really know what he needed. He just lay in bed and we just did anything that we thought we needed to do. And... it was difficult cause we didn't know what he wanted.

N: Okay and what was you needs then, what did you want to know?

P4: Well. I guess basically what a person should be doing for the person. He couldn't really tell you. I suppose nobody really knows, I don't know. We just looked after him we did everything we could... what he might need.

P7: Dit is amper maar om 'n kind weer van vooraf groot te maak. Hoe sal jy hulle moet droog maak, of hoe sal jy hulle moet voer, aantrek of bad.

P6: Hulle dra 'n doek op daardie stadium, en dit is, dis is... Ek onthou X toe sy uit ICU uit gekom het... en sy kon nie praat nie, en dis net 'n arm en 'n been wat hier beweeg en die heelyd skop. En hier ry ek, en ek huil so, ek ry hier agter hierdie ambulans aan. Dit was vir my die mees traumatiese ervaring van omtrent die hele proses. En toe ons haar daai eerste naweek huistoe gebring het, het ek haar in 'n kokketjie vas gewikkel soos 'n pasgebore babatjie. Sy konnie sit nie, sy konnie behoortlik sluk nie, sy het 'n maagpyp ingehad, al daai goed. En ek dink daai stadium, het dit vir my gevoel... ek self het eintlik so gewens dat die Liewe Heer net self daar kon gewees het en gesê het ek gaan jou kind mÔre gesond maak. Dat sy gaan opstaan en loop en dat dit maar weer kon wees soos vroeër. En uhm, dit het nie gebeur nie, maar ek dink nabyheid, die vrede en die kalmte wat ek en hy ervaar het op daai stadium van ons lewe. Want ek weet dit was absoluut net die Here se hulp wat ons bygestaan het en wat vir ons

getroos het, wat vir my ontsaglik baie beteken het. En verder is dit maar net dis nie noodwendig kommunikasie nie, dis net daai verstaan. En op daai stadium verstaan jy nie self regtig nog nie. Dit is moeilik. Jy kan nie regtig eers dit oorvertel nie. Dis 'n baie moeilike situasie.

P5: Ek het nie dit regtig as 'n probleem beleef nie. Ek het maar gedink ek kyk na die verpleeg-personeel, en ek doen (ek stem nie altyd met hulle saam nie) ek doen...ek het maar op my eie moeder instink staatgemaak. Soos iemand gesê het, dit is maar soos jy vir 'n baba doen wat jy dink wat nodig is en dan later natuurlik kan jy maar uit hulle eie reaksies aflei wat hulle behoeftes is. Maar uhm, dis is maar wat ek, soos ek gesê het, dis was nie regtig 'n probleem nie. Ek het maar net gedoen wat ek gedink het nodig was. Wat hulle nodig het. Wat gedoen moet word, wat hulle nodig het.

P7: Ja, X2 het natuurlik baie maklik vergeet. Uhm, sy het jou oor en oor dieselfde vrae gevra soos: Wat se dag is dit? Toe't Y flitskaarte gemaak en dit teen die muur geplak en dit het gesê vandag se datum is soveel. As sy vra, dan sê ons "Kyk daar". So, toe het ons maar begin om... 'n horlosie teen die muur. Hoe laat is dit? Hoe laat is dit nou? Dit was maar om die geheue bietjie op te wek.

N: Watse vrae sou u graag wou gehad het 'n spraakterapeut, of selfs enige iemand wat met hierdie persoon werk. Watse vrae sou u gedink het hierdie persone moet aan u vrae om u behoeftes te bepaal? Vir nou en in daardie tyd? Watse tipe vrae so u graag wou beantwoord het?

P7: Met die terapeute sal ek nie sê het ons al ooit 'n probleem mee gehad nie, dat hulle verkeerde vrae vra nie. Maar wel die hospitaal se susters of verpleegsters. Daar het jy baie probleme gekry.

P6: Ja, o ja.

P7: Jy weet soos as jou kind, of wie ook, nou daar lê, sal hulle vir jou sê dat jou kind gaan dit nie maak nie. Hy gaan nie lank leef nie. En jy weet. op daai stadium wil jy nie sulke dinge hoor nie. Jy wil bemoediging hê. Jy wil nie bekommerd wees nie. Hou jou oë op die Here, sulke dinge jy weet? Dit, dit, jy wil nie seergemaak voel nie.

P6: Jy weet, ek dink daar hang dit af van individu. Van die breinbeseede self. Want elke breinbeseerde... Ek en my man moes alreeds 'n kind aan die dood afstaan en hier is ons tweede kind op 16 jaar in 'n verskriklike motorongeluk. En weet jy op daardie stadium uit ons ondervinding, as man en vrou, wou ons nie graag, want ons weet op daardie stadium het die dokters hoeveel keer vir ons gesê dit is ons tweede kind wat ons weet kan enige oomblik sterf. En... uhm die mense is wreed, maar ek dink nie... Ek dink die publiek is wreed. Selfs predikante is wreed. Ek is hard as ek dit sê, dis nie hard nie, ek is, ek is, ek is net ...

P7: Eerlik.

P6: Ek is 'n eerlike mens. Ek is reguit. Mense het vir my gesê ek het nie geloof nie. en uhm, jy weet dit is nie waar nie. En uhm, ek staan nie genoeg op die Woord nie. Dis hoekom daar nie wonderwerke gebeur met my kind nie. En, uhm, dat ek voel maar sit hulle in my posisie. Ek is 'n gelowige, ek bedoel niemand gaan vir my sê om, hoe ek moet glo nie. Ek weet dit is 'n saak tussen my en-en-en die Here self, op daai stadium wat ons weet ons 'n pad geloop het. Maar die publiek en die mense daar buite is partykeer hard en lelik. Ek dink op daardie stadium is daar werklik vir my mense wat vir my as persoon baie omgee en dit het ek al ervaar in die lewe... ervaar al deur baie ander gestremdes ook. Is terapeute en neuro-chirurge wat ek voel al mense wat ek op staatmaak. En susters, hier en daar, maar nie almal nie. Ek kan dit ongelukkig nie sê nie, dat dit almal is wat dit verstaan nie.

P4: I didn't..., I never really had to ask them any questions because they always saw X1 and did what I thought they should be doing. Accept when he was in the clinic, we had a physiotherapist who said to me why should she bother about his foot that's hanging, because he is never going to walk again anyway. And things like that. I mean, she-she decided he is not going to walk again, so why should she worry about physiotherapy. But the speech therapist and the occupational therapists were all right.

P5: Ja ek het ook gedink die spraakterapeute...,ek het ook nie regtig daar 'n probleem gehad nie. Ek uhm, wat hulle vir 'n mens kan vra? Ek was altyd by die terapie so ek weet presies wat sy gedoen het en uhm wat sy miskien... Wat hulle vir jou kan vra is: "Wat dink jy is die persoon se behoeftes? Waar dink jy is daar 'n groot leemte omdat jy heeldag by die persoon is? En dan kan hulle miskien vir jou vra wat hulle...Hoe sien jy die werk wat hulle doen? Of hulle jou kind reg benader? En uhm, volgens jou mening, jou leke mening of hulle jou kind reg benader. En of dan kan hulle miskien goed vrae, sê of van haar

verwag wat sy nooit kon gedoen het, of waarvan sy nooit gehou het nie. Of miskien persoonlike vra vrae dat sy nie so 'n persoon is om dit te beantwoord nie. Maar ek het nie probleme gehad nie. Eerlik waar.

N: Goed uhm, volgende vrae wat ek wou weet uhm oor watter kennis dink u moet 'n sorggewer... wat moet 'n sorggewer weet om met 'n persoon met 'n breinbesering te kan werk. Wat dink u moet 'n sorggewers weet?

P6: 'n Sorggewer, die persoon wat met die breinbeseerde werk of die publiek?

N: Nee, u as sorggewer self.

P7: Ek dink jy moet regtig geduld hê. Jy moet geduld hê en jy moet liefdevol wees teenoor daardie persoon.

P6: O ja, ja baie.

P7: Daai persoon kan dit nie help as hulle so is nie.

P6: Hulle kan dit nie help nie.

P7: Jy moet regtig baie geduld hê.

P5: Ek sou sê jy moet alles van jou kind weet. Jy moet soveel as moontlik weet. Jy wil nie in haar diepste binneste indring nie. Uhm, maar sover as wat uhm sy jou kind is. Myne was nou al groot en sy het haar eie lewe gehad. Dit wil ek nie van geweet het nie. Dit was haar persoonlike en haar, en die sielkundige se saak. Maar ek dink jy moet weet waarvan hou sy. Jy moet weet wat kan sy goed doen. Jy moet weet alles, alles, alles van daai persoon. Wat is haar slaapgewoontes? Wat is haar sosiale gewoontes? Jy moet, 'n ma is eintlik die ideale persoon om die sorggewers te wees. Ek dink daar is niemand wat die persoon so goed ken en weet nie.

P6: Ek stem heeltemal saam.

P5: Selfs 'n pa weet nie soveel van 'n kind nie wat 'n ma weet nie.

P6: Ja 'n pa weet nie.

P4: I had a different problem because X1 wasn't, isn't really the same person any more. He doesn't like all the things that he used to like before his accident. So I can't say to him X1, you must do this you must do that, cause that's what you liked doing. X1 wouldn't go a day without music, now he turns the music of, he doesn't want to listen to it anymore. So you really got to start have patience, cause he is really, he's different now. He is not the same person anymore. So you know, even though I knew him, I knew what he liked and everything. It doesn't help after words, because that's different. He is not the same.

P5: Ja

P4: Start all over again. Find something else that he likes maybe.

P5: Dit is verseker. Jy maak weer daardie kind groot, met sy nuwe behoeftes. Dit hoef nie noodwendig dieselfde te wees nie, maar met sy nuwe behoeftes sal jy beter weet as enige iemand anderster.

P6: Ek dink nie mens hoef net die een te wees naaste, jy weet die een naaste, maar absoluut fisies en psigies in alle aspekte te ken. En dan..., daai een in sy huidige posisie te leer ken. Mens leer dit ook maar..., ek bedoel nie een van ons het vooraf geweet kyk dit gaan so wees en so wees nie. So dis 'n leerproses saam met die persoon. Dis, dis 'n groei proses en geduld. Geduld en ook baie liefde, toewyding en aandag. Geweldig baie aandag. Ek wat X2 het 'n slaapprobleem. Sy slaap nie deur nie. en sy is baie wakker in die nagte. En uhm, ons het haar drie maande by die huis gehad, na die ongeluk, en dit was sy verjaarsdag. Dit was winter. Vier uur die oggend word ek en hy wakker, toe kon sy nie kon loop nie. Op daardie stadium kon sy nog net sit. Toe is sy van die bed af, op die grond en ons hoor toe iets grrrr, grrrr. En ek en hy word wakker van dit,... kyk wie's besig om in die gang afgeskuif. Toe onthou sy haar pa verjaar. Maak nie saak hoe laat dit was nie. Sy het afgestap en gesê: "Baie geluk met pappa se verjaarsdag". 'n Baie gebroke "Pappa verjaar". Sy kom hom nou geluk wens en nou, toe skuif sy af met die sakkie... Dit was vir ons dierbaar, maar dit dit, dit is hulle tyd, so neem daardie persoon se tyd in ag.

P7: Ek onthou toe sy nog in 'n koma was het Y byvoorbeeld uh, uh, uh, verskillende reukwater vir haar gegee... "Onthou jy hierdie?" Dan het sy dit vir haar laat ruik. Hierdie ene is lekker, in haar, in haar bewussyn.

P6: (Suurlemoen op haar lippe en tong gesit) , en ballonne gemaak. – *Praat saam met die pa*

P7: En hierdie ene is nie lekker nie – dit is sleg. En dit waarvan jy gehou het en waarvan jy nie gehou het nie, dan het sy dit probeer in haar bewussyn inkry. Dit was maar uhm, 'n metode van leer wat ons probeer het om haar gedagtes weer... te probeer wakker kry.

P6: Ons het nie geweet of sy weer gaan bykom of nie, op daardie stadium. Omdat dit nou al solank was. En toe het ek maar baie aan haar sintuie gewerk of vir haar lekkerruik goed gespuit. En sout laat proe en asyn laat proe. Dan frons sy so. Toe het ons besef, daar is, daar is, lewe.

N: Goed uhm, volgende vragie wat dink u is die persoon (u kind) se grootste behoeftes op hierdie stadium?

P7: Ek sal sê seker maar om normaal weer te wees, om te kan hardloop.

P6: Ja, hulle wil normaal aanvaar word.

P7: X2 wil graag weer hardloop. Sy wil weer normaal wees.

P6: Aanvaarding. Aanvaarding deur die publiek, aanvaarding deur familie, aanvaarding waar hulle ookal kom. En ek dink, en liefde, nie verwerping nie.

P5: Is dit nou, elke persoon, elke individu se behoefte? Die persoon na wie ek nou verwys? Sy wil graag weer iets vir iemand anders beteken, ander mense. Sy wil graag 'n lewe, lewe waar sy vir anders mense iets kan beteken.

P6: Ja, maar ek dink X2 ook. Sy wil ook, weet... Hulle besef nie. Ek dink nie altyd X2 besef, want sy sê baie keer sy wil weer lugwaardin gaan word. Sy wil nou universeit toe gaan. Sy dink sy kom hiernatoe partykeer, sy dink sy kom hier studeer. En, en, sy vergeet dat sy seergekry het, dat sy dit nie kan doen nie. En dan uh, maar nogsteeds, koester hulle daarna daai drome en ideale wat hulle vooraf gehad het, om daarmee te kan aangaan. En dit is ongelukkig nie altyd nawenslik nie.

P4: X1 always says to me, he wants to drive again and he wants to go back to his old job. There's no ways his going back to his old job. His speech is to bad too begin with. But I mean, they don't go back to their old jobs. The neurosurgeon said to me the firts time when... "What did X1 study?" trying to tell him. He said X1 can dream it, but he will never be able to do it again.

P5: Nog 'n behoeftes is om geselskap te hê, om sosiaal met mense te kan verkeer. Dat hulle vriende het, en ook dat hulle heeltemal onafhanklik kan wees. Om 'n motor te kan bestuur en om op hulle eie te wees.

P7: Ek weet X2 het ook baie die vrae gevra, "Kan ek polisie toe gaan?" Dan sê ek "Ja". Dan sê sy "Goed, baie dankie." En dan is dit vergete. Maar as ek nee sê, dan-dan-dan, hou sy aan daarmee. Of "Kan ek my hare rooi kleur?". Dan sê ek: "Ja". Daar is altyd 'n vraag wat sy vra. Dan moenie nee sê daarvoor nie. Ek dink sê ja, want nie om lelik te wees nie, maar sy vergeet dit weer. Maar op daai oomblik is sy dan nou gelukkig. "Kan ek 'n Corsa ry?. Ek wil 'n Corsa'tjie ry". Dan sê ek: "Ja, goed ons sal vir jou enetjie kry". "Baie dankie pappa." En dan is dit verby.

N: "Goed, uhm, wat is op hierdie stadium u grootste behoeftes?"

P6: Eksskuus?

N: "Wat is op hierdie stadium u grootste behoeftes?" rondom die hantering van u kind.

P5: Myne, is om presies te weet uhm waar my kind nog leemstes het en of daar iemand is wat vir haar die beste hulp kan gee. Of 'n terapeut of . Of watse soort terapeut kan in haar behoeftes voorsien of net probeer om haar optimaal in daai uhm in daai rigting te laat verder vorder. As dit enigsins moontlik is. Maar ek-ek die behoefte is dat mens haar optimaal moet help dat sy haar moontlike potensiaal kan

bereik. En wie, wie moet daarvoor? Wie kan dit doen? En-en-en ek het gesê uhm dit is nou in ons spesifieke geval 'n-'n-'n "Finishing school" vir breinbeseerdes. Dat hulle eers bepaal PRESIES waar is die groot leemtes, en dan dit uhm rehabiliteer, of wat ook al daaraan, spesifiek daaraan werk. Of dit nou sosiale uhm, of sosiaal half onaanvaarbare gedrag is, of redeneringsvermoë of, wat ookal, dat iemand dit kan bepaal. Iemand wat bietjie meer buite staan. Maar wat meer weet as 'n terapeut wat... waarheen jy net elke dag, of-of twee ure 'n week gaan. Om haar spesifiek te evalueer. En dan die nodige aanbevelings te maak ten opsigte van die spesifieke probleme.

P7: Baie mense het natuurlik al gesê uhm gaan sit jou kind in 'n kliniek. Vergeet van haar en gaan aan met jou lewe. Nou uh, dis nie reg nie. Jy kan nie dit doen nie. Op hierdie oomblik dink ek ook dit is my begeerte dat ek seker, of as ma en pa, so lank as moontlik gespaar sal wees, ook vir haar. Jy weet, uh, jy wil nie graag jou kind afgee aan iemand anderster om na haar te kyk nie. Ek bedoel hoe gaan hulle na haar kyk? Of gaan dit goed wees? So ek dink daai bekommernis is maar daar by jou dat jy nou maar liewers self na jou kind so lank as moontlik sal kan... Dat jy 'n langer lewe sal hê... (onduidelik).

P6: Ek dink die grootste behoefte nou wat X2 het, op die oomblik, wat ek voel is daai sekuriteit wat ek dink hulle absoluut elke dag nodig het. En toekoms gewys is emosioneel, psigies en liggaamlik. En ek dink omdat hulle so kwesbaar is veral 'n meisiekind ek dink, is, is, is vir jou as ouer... die grootste seer, seksuele molestering. Want hulle, hulle is so broos is en mens, mens is bang vir inrigtings daarvoor, vir sulke dinge. En wat mens al gehoor en gesien het uhm, wil ek, ek wil nie eers daaraan dink nie. Daar wil mens haar onder andere beskerm, mens moet hulle meer beskerm op daai gebied as enige ander normale mens. In daai opsig. Ongeag watter gestremdheid. 'n Mens moet in daai opsig, ek vat hulle veiligheid is vir my hoof belangrik.

P4: What needs do I have? I guess it is just maybe, if I could afford it, somebody that would look after X1 instead of me doing all the time. Cause I must start to work, to make money to... care for the rest of the family and everything. Everything that I need to do. Because if he needs attention all the time. If I go to work, he sits and do nothing. So, I need somebody who maybe would be prepared to help me with it. Of course I need to pay... because, he does, he does nothing if I don't do it with him. But I can't sit and keep him occupied all day, cause I also need to work. Or if somewhere were I could take him and somebody would keep him occupied during the day. That I can also work and I know he is not just sit and do nothing. That's my biggest problem.

P6: Ek dink aan ander behoeftes wat daar is, as 'n mens kyk na bietjie by kultuur om bietjie uit te gaan, om hulle bietjie uit te vat in die samelewing. Ek dink daar is so min plekke. Daar is nie regtig plekke vir hulle om na toe te gaan nie. En, uhm, okay teaters en so-aan, hulle is almal life... X2 hou nie van bioskoop kyk nie. Sy sal hier en daar... Sy hou van lag goedjies en so, maar ek ek vat ons was...Maart maand was ons see toe gewees, en ons het so gesukkel by daai Durban se akwarium, hulle moes ons heeltal jy weet buitekant uitvat.

P4: Ja, the wheel chair...

P7: Ja

P6: Met alles sukkel jy. Jy sukkel jou blou. Daar is niks, niks wat aangebied word. Nie eers op televisie, wat vir hulle ook 'n programmetjie of iets wat vir hulle lekker is...dit gaan alles oor normale mense en ek voel aan hulle behoeftes is daar nul wat aangedink word nie. Dis my, wel dis dis, ons ondervinding. Regtig, en ek voel dit is 'n groot leemte. Want daar is regtig, jy kan hulle nie... Ek vat toe ons in die see gegaan het, aah, mense het gedink ons is dronk. Ons het meer geval as wat ons geloop het – die wind is so sterk en dan loop ons daar in die water. Dan kom die branders en dan slaan hulle ons meer om as wat ons kan loop. Want ek bedoel sy sukkel om te kan loop. Dan dink die mense ons is dronk. Maar ons het naderhand, ons het geleer om so te lag. Daar is regtig daar is nie – piekniek, ag mense regtig. Daar is nie hierdie... wat is hierdie? Rietvlei-dam. Dis 'n nagmerrie. Dis 'n nagmerrie. Daar is net nie uitstappies, plekke, parke waarnatoe jy kan gaan nie. En ek voel hoekom word daar nie ook aan hulle behoeftes voorsien nie.

P5: Uhm, 'n behoeftes wat ek sou sien is dat uhm, maar dit geld net vir mense wat in motoringelukke was, en waar die padongelukke fonds 'n bydrae moet lewer. Dat hulle vir die interm tydperk terwyl hulle herstel en... dat hulle vergoeding kry, of wat ookal... Net voorsiening maak dat daai mense in die spesiale behoeftes soos, dat so 'n persoon dalk 'n sjoefeer kan hê, wat hierdie persoon orals heen vat en dat die een persoon of ander mense nie net altyd daarvoor verantwoordelik moet wees nie. Net om die lewe vir hulle - lewenskwaliteit om dit vir hulle te probeer beter maak, vir die interm tot... Of miskien 'n

Vereening of iets... of sulke mense rondry met kombi's teen 'n minimale bedrag. Ek weet nie of die enigsins eers moontlik is nie, maar dit is 'n behoefte. Ja...

P6: Finansiële behoeftes is 'n geweldige probleem, hoor. Definitief.

N: Enige behoeftes in terme van kommunikasie met die persoon? Rondom wat mens moontlik moet doen, hoe kan jy hom kry dat hy moontlik moet begin praat? Hoe moet u maak dat hy aandag aan u gee? Enige behoeftes in daardie verband?

P6: Ek dink dit verskil tussen en van individu tot individu.

N: Goed, maar nou in u geval? Wase behoeftes het u gehad?

P7: X2 het byvoorbeeld uh toe sy nog bedleënd was toe't sy maar net voor haar gestaan en dan.... Sy het gekleure ballonne gehang en 'n die arm kon al beweeg, die een arm. En dan het sy vir haar gesê, slaan die geel ballon. En dan het sy hom geslaan. Net om kleur weer terug te bring.

P6: Sien ek het ek het daar maar my vyfde, sesde suntuig gebruik en gesê slaan vir my daai een. Jy sien om haar te probeer stimuleer. Stimulasie was van radikale belang. Is ook van die begin af, jy weet om so persoon weer uit daai fase uit te kry. Maar ek voel nogsteeds, ek gaan nogsteeds met X2 gym toe, 3 keer 'n week. Ek sit haar in die apperate. Ons trap nou... die been wil nie altyd saamwerk nie, maar jong ons gaan aan. Ons gaan aan. Soos dit is wat ek sê, dit is 'n "never ending" program. Jy weet jy-jy-jy kannie stop daarmee nie. Dit is, dit is, 'n voltydse werk en uhm, mens doen dit omdat jy jou geliefde lief het.

P7: In die begin was jou lewe maar altyd net om jouself gewees, nou is dit alles om jou kind. Dan pas jy maar so aan.

P5: Met X3 het ek gevind sy wou baie graag kommunikeer. Ek het baiekeer vir haar gesê...

P6: Mmm, mmm hulle wil.

P5: Uhm, wat wil jy nou doen? Wil jy televisie kyk? Of moet mammië vir jou lees? Of wat wil jy doen? Toe het sy gesê ek wil gesels. En sy wil nogsteeds, wil sy graag kommunikeer. Dit is vir haar lekker.

P6: Hulle haal self baie uit die verlede uit aan. Omdat ek dink ook maar, afhangende van 'n persoon wat uh-uh, as hulle korttermyn beserings het, soos X2, wat, dan haal hulle die langtermyn, alles wat hulle in die verlede gedoen het. Praat hulle oor en oor en oor. So dit is, dit gebeur die hele dag.

P5: Wat sy ook vir my gesê het: "Vertel vir my van my?" "Vertel vir my wat ek gedoen het?" "Vertel vir my van my troue?" "Vertel vir my van my studies?" "Vertel vir my alles wat mammië van my weet, alles, alles?" "Vertel vir my van die skool?". "Alles wat ek gedoen het in my lewe". "Vertel dit vir my".

P4: I had. I still have a communication problem with X1. It's, it's so difficult. I mean he didn't speak, and he didn't really communicate. He still doesn't. He still asks questions. "When did I get married?" "When was my son born?" And things like that, that he has forgotten. But, uh, he also, I think would like to ask more, but he also doesn't know how to. Even though he can read up, I don't always understand what X1 wants to say. It is difficult for me. I mean communication for me and X1 is a problem.

N: Would you like to know what to do?

P4: Ja. I guess, but I don't know if I could. Because I mean even though... in a way I know what to do, but don't know if it really helps. So, I guess ja, in some way knowing what he actually wanted to know. He can't read so, he can't sit down and read. His handwriting is very bad. That's sort of things its... Communication is me and X1 biggest problem.

P5: Wat ek gister, ondervind het is as ons praat van iets dan sê ek X3 onthou jy dit? En toe sê ek vir haar onthou jy die vrydagaand voor die ongeluk, ons was by die Vierskole konsert, toe sê sy "Nee". Toe sê ek, onthou nie, dit was, julle het 'n nuwe motor gekoop nie. En toe het daar net vir haar 'n venstertjie oop gegaan. En toe sê sy "Ja". "Ons het parkeer, daar en daar". "En julle het daar parkeer, ons het eers na julle kar toe geloop". "En toe het ons na my kar, ons kar toe geloop". En toe sê ek vir haar: "Weet jy waar ons in die saal gesit het?" Toe sê sy "Dit onthou sy ook". So hierdie kommunikasie help om vir hulle vensters oop te maak om hulle geheue te verfris. En dit was, dit was wonderlik. Want sy kan eintlik die

twee jaar medium termyn, kan sy nie onthou nie. En hierdie is net drie dae voor die ongeluk wat sy kan onthou. Dit was vir my soos 'n wonderwerk.

P6: En onthou X2 ook, sy kan onthou tot selfs die middag tot voor die ongeluk. Maar na die besering is dit asof hulle twee jaar uitsny. Ek weet nie hoekom nie. Dit is asof hulle twee jaar uitgesny het want sy kan 'n fase onthou van standaard 6 af, maar sy kannie die klein rukkies onthou van selfs, voor die ongeluk en uhm, want sy het op daardie stadium met 'n vriend uitgegaan, en wat hulle gedoen het nie. Op plekke, as sy op daai spesifieke plekke kom waar ons was, dan onthou sy dit. Uhm, uh dit kan sy onthou, maar dit is asof sy 'n tydperk toe sy begin, uh praat het na 5 maande, toe het sy begin sê: "Ja, maar dit kan nie, dit kan nie nou 2000 wees nie. Dit moet nog 1998 wees". En dit is asof daai, die brein daai gedeeltes...uitsny.

P4: X1 asks me questions about what he did before his accident. I know some of the times he even knows, but he still asks me the questions. I think just to make sure that he is remembering... is it right... Did he do this and did he work there. And then I say yes. And then he says: "Yes, I remember. Because he always asks me the questions first and then he tells me that yes he does remember it. Sometimes I also say to him do you remember things? And some of the things he says to me "No". And than the next day I'll say it to him and then he says: "Ja, I remember it". That he does remember it.

P6: Wat vir my baie interessant is, X2 het selfs onthou toe ek haar verwag het. Dat sy gesê het maar pappa het dit gedoen, aan my gedoen, toe mamma vir my verwag het. En weet jy... dit... ek-ek en hy kyk vir mekaar toe sê sy: "Ja, pappa het aan mamma se maag gekielie. Ek het dit gevoel, toe gee ek nog so skop. En weet jy ek gaan sit toe eendag, toe dink ek daarna... maar X2 sê sy onthou dit. So ek weet nie, daai diep ingesluite, hoe sê hulle van die brein, van voorgeboorte, daai fases kan sy onthou. En dit is, dit was vir my ontsettend interessant gewees.

P7: Ek dink ook iets wat interessant is dalk uhm, in die stadiums wat hulle nou begin soos in ... kan nie mooi skryf nie, as jy daai omskrywing... en dan weer na drie maande, weer daai iets, maak dit bymekaar, dan gaan jy die verskil sien hoe daai persoon verbeter het. As jy self die ouer is, is dit moeilik om die herstel te sien. Ander wat lank daarna...

Kant B:

P7: Ek het byvoorbeeld al daai goedjies bymekaar gehou, en dit gaan lamineer. En uhm, soos fototjies van haar, "oef" daar was albums vol. Maar goed soos prentjies teken, hoe sy geteken het, en dan nou teken sy weer... in die kuns lyn is sy nou weer... om haar besig te hou, dan kan jy sien hoe sy werklik nou al gevorder het.

P6: Ja sy het. Daar is definitief vordering. Dit is maar groot stimulasie.

P7: Die sketsies is byvoorbeeld nou soos ek kan... kinder-sketsies, en so het dit al nou verbeter.

P5: Ja wat ek dink, ja... dit is nie net die skrif nie, maar ook die inhoud en die skryfstyl wat baie goed is as hulle byvoorbeeld net 'n dagboek skryf. Uhm, 'n maand later... en dan X3 het so deel... so moet uhm, mense gaan vertel, vir die terapeute van haar, hoe sy dit beleef het. En sy het omtrent drie maande gelede begin skryf en sy het dit toe nou klaar gemaak. En sy het toe die eerste gedeelte, het sy, die inhoud, het sy so gehou. En sy kan nie glo dat sy so geskryf het nie. Die inhoud..., so nie, en die hele styl, dit uhm, het baie, baie verbeter het. So, ek dink dit is nou nie regtig die vraag nie, maar dit help dat hulle dinge kan neerskryf in hulle eie woorde. En dan, dit dan later weer probeer verwoord, en dit wys dadelik wat 'n vooruitgang daar is.

N: Goed, volgende vragie is wat dink u is die rol van 'n spraakterapeut in die hantering van u as sorggewers. Wat dink, wat verwag u van 'n STT?

P6: Ek dink ons is maar dalk op daardie gebied miskien bietjie onkundig. Ons weet nie wat behels en wat doen 'n STT nie. Wat behels hulle hele uhm, studies, saam met die pasiënt of saam met die ouers nie. En ek dink, as ek vat hoe het ons met X2... in die begin was daar 'n STT... Kyk, ek haar haar tande geborsel, haar wange gevryf, en geborsel, 2000 keer op 'n dag. Haar lippe 2000 keer. Ek het haar geborsel op en af en haar bene en haar arms, en uhm, toe met daai plaatjie op die tong gedruk en dan die ken vorentoe gedruk. Daai tipe oefeninkies. Maar ek, O, ek is 'n leek in die opsig van ons weet nie wat is die STT se rol teenoor ons as ouers gewees nie. Ons het nie ondervinding daarvan nie.

N: Wat sou u graag wou gehad het sy moes doen?

P6: Ek dink mens wil bystand hê op daai stadium. Jy wil graag bystand hê, en-en jy soek mense wat verstaan. En-en-en ek dink daar is min dinge in die lewe wat vir jou... dis-dis reeds vir jou 'n traumatiese belewenis, dan soek 'n mens dan seker maar mense wat vir jou as ouers kan bystaan. Selfs tydens wanneer jy jou kind besoek. Ek weet nie, dit is seker maar ons...

P5: Ek sou sê uhm, die STT, maar ek moet dit, moet net vir jou sê wat is jou kind se behoeftes, hulle self moet daarin uhm, voorsien. Maar dan moet hulle vir jou sê as hulle nie by jou is nie, of as die pasiënt nie by hulle is nie, wat kan ek doen wat my rol kan wees om haar te help.

P7: Ek dink hulle kan seker vir jou 'n metode uitwerk om jou te help. Jy weet nie alles nie. Jy ken nie alles nie. Hulle kan jou leer om te begin, daar...

P4: I didn't really know what a speech therapist was all about. I just thought you know, they will help X1 to talk again. But that never happen. I didn't realize that they also have to work on the memory, and all that sort of things. I thought it was their job, really just to help him to talk again. But I discovered, there is a lot more to it.

N: Sou dit vir u belangrik gewees het om dalk te weet in die begin? Wat is al die verskillende mense se rolle.

P6: Ja. Ja ek dink definitief so. Ek dink, ek dink verseker. Ek vat 'n maatskaplike werkster by Nedcare het my paar keer gekontak, en haar eerste vraag aan my was: "Wat is vir my die ergste om te aanvaar?" en my woorde was: "Vertraging". En sy kon my nie antwoord nie. Sy kon my nie help nie. Ek sê vir haar: "Want dit is 'n skok, ek is soos ek sê ek is eerlik en dit is vir baie mense moeilik om te aanvaar. En eerlik sy kon my nie help nie. Sy het vir my gesê: P6 ek is jammer, ek kan jou nie help nie en sterkte". En verder dink ek was dit 'n kwessie gewees van die STT op daai stadium, sy het vir my gesê van die oefeninge wat ek vir X2 moes gee, en uhm, natuurlik die Neurosjirurg, wat ek persoonlik goed ken, wat ook geweldig baie oefeninge vir my gegee het om te doen met X2, en wat ek aan gewerk het. Uhm, verder was daar nie regtig hulp gewees nie. 'n Mens gaan maar binne in 'n ontkeningsfase in. Jy wil nie aanvaar dat dit so erg is in die begin nie, want ek, 'n mens, ons as mense glo. En ons het die reg om te glo dit kan. Dit kan, dit kan beter. En ek dink nogsteeds bly ons almal maar glo dit kan beter. Dit, dit gaan nie slegter nie.

P4: If the STT just said to me..., I didn't really know what to expect, but I mean this is what could happen and this is sort of the problems that you are going to have....afterwards. But I mean it took X1 such a long time. He was in a coma for 8 months. But I gradually realize this is actually what he is going to be like. But no one really ever said to me, X1 is like this and this is the problems' that you are going to have. Or this is how we are going to treat him...

N: So, u wil weet wat die probleem was, maar hulle moet nie net sê sit is die probleem nie. Hulle moet ook kom met 'n oplossing? Hulle moet nie net sê dit is die probleem en dit dan net so los nie.

P7: Ek...mens wil so gou as moontlik wil jy hulp hê daarvoor. Jy moenie eers wag en kyk nou wanneer gaan jou kind nou weer reg kom nie. Jy moet so gou as moontlik met 'n... met die metodes...

P6: Ek dink ook... 'n pastorale predikant sal ook 'n geweldige groot rol speel. Maar iemand wat sy storie ken. Hy moet sy feite ken en nie net goed sê nie.

P5: Wat ek gevoel het is uhm, vandat X3 in 'n rehabilitasie sentrum is volg hulle 'n spanbenadering. En uhm, ek dink dit is... 'n mens weet nie waar hou die een terapeut se rol op en waar begin die ander een sin nie. Maar omdat hulle in 'n span werk. Uhm spreek hulle die behoeftes aan omdat hulle gedurig vergadering het waartydens hulle die persoon se behoeftes bespreek. Sodat dit in die geval so verskriklik belangrik is dat 'n mens presies weet wat is die een uhm se rol. Wat is die spesifieke terapeut se rol nie, maar sodat sy as geheel, as person gehelp kan word in alle opsigte. En dan sien 'n mens dat die rolle van die verskillende terapeute, die sielkundige en die STT en die OT, dit oorvleuel. En my gevoel was kan 'n mens nie 'n superterapeut kry wat uhm-uhm meer kennis het oor al hierdie verskillende velde... Sy hoef nie spesifiek gespesialiseerd te wees in een... maar een persoon wat iets weet oor al hierdie goed, en dan die persoon verwys na die spesifieke eksperts op die gebied van die behoefte. Dan kan sy sê: "Okay, sy moet nou na STT toe gaan wat gaan kyk na die stemtoon, en na die vlotheid en "wordfinding" of "whatever". Dat dit 'n eers 'n algemene evaluering gaan wees wat uhm..., so 'n persoon, ek weet nie... Ek soek nog so persoon wat 'n mens as geheel kan evalueer, en dan verwys. Maar elkeen konsentreer net op sy spesifieke veld en dan is daar ander leemtes wat jy nie weet wie gaan aanspreek

nie. Waar, wie spreek sosiale gedrag aan? Dit weet ek nou nog nie. En hoe bepaal hulle dit as hulle die persoon nie in 'n sosiale opset sien nie. Ek weet die STT spreek dit ook aan, goed wat onvanpas is om in 'n geselskap te doen, en sulke dinge. Want uhm hulle sien daai persoon nie in sy hele opset nie. Iemand moet by jou in die huis kom bly, saam met jou loop....

P4: ...she sees him at home. The other day when she came to group with him she said she couldn't believe it. That's how X1 actually behaves in public. She said you know, she sees him, she sits in front of him, she sees him as one person. The behaviour with a group of people..., or when he really goes out or that type of thing.... So she doesn't know how to, she obviously then doesn't know how to treat him, and what to do to help him with those sort of problems because she doesn't see him... When she saw how he behaves in public, she nearly had a heart attack. So now we have to sort other things out not only...

N: So dit is belangrik dat 'n mens heeltemal 'n geheelbeeld van die persoon in verskillende kontekste en op grond daarvan dan aanbevelings maak?

P6: Jy weet so baie mense praat maar so min doen. Want soos ek op 'n stadium..., jy kom op 'n stadium, jy is so moeg vir al die hoor. Ek is 'n doener. Ek hou daarvan om 'n ding te vat en dit te doen. En-en 'n mens wil... jy wil-jy wil graag hê dit moet iemand wees wat saam met jou bietjie betrokke wees.

N: Goed nog een vragie: Uhm wat verwag u van 'n STT in die hantering van die persoon met die breinbesering. Dit is baie oor wat ons nou gepraat het, maar wat so u verwag in die hantering van daai persoon. Hoe moet sy die persoon hanteer?

P6: Jy weet dit is reeds soos, soos eintlik is ons leke in die gebied. Ons weet nie wat behels spraakterapie nie.

N: As u nou terug dink aan X2, goed as u dink aan daai tyd en u dink aan nou, wat sou u nou graag wou hê, u het nou bietjie meer kennis opgedoen.

P6: Weet jy ek dink, sy het X2, hoor hier, tien minute en dan blits dan is sy weer uit. En dan daai heledag het ek gesit met hierdie kind. En ek voel, ek is... ek gee nie om nie, maar tien minute en dan is dit 'n hengse fooi... Dis-dis, ek is eerlik en-en-en uhm ek voel net, jy voel naderhand deur al die dokters, al die terapeute naderhand, jy is net nog 'n nommer. Gaan aan, maak klaar en kom terug en gaan huis toe. En verder gaan doen jy nou maar by die huis jou eie ding, jou eie intensiewe ding.

P4: I must say, I always had nice STT.

P6: Uhm, tien minute terapie kom gee en dan gaan sy huis toe en dan doen jy al die intensiewe tyd oefeninge die heledag self.

P4: I never had a problem with that.

P5: Ek het alles gesê wat ek alreeds gesê het ek kan niks byvoeg nie.

N: Goed laaste vragie, as u een behoefte sou uitsonder rondom die hantering van hierdie persoon, wat sou dit wees? Net een.

P5: Algemene hantering?

N: Ja algemene hantering.

P7: Ek dink dit is partykeer moeilik om te sê want jy pas souself so aan jy weet by hierdie persoon... (onduidelik). Jy leer self verder wat om te doen, hoe om dit te doen, maar dit is soos om 'n klein kind weer groot te maak. Uhm, dit is vir my moeilik om te sê... as ek maar net meer kennis gehad het.

P6: Nee, ek dink dit is persoonlike ondervinding. Eindstryd wat maar aangaan.

P5: Dit is nie op die oomblik my behoefte nie, maar my grootste behoefte was dat iemand net vir my 'n idee moet kan gee van die padjie wat ons gaan moet loop. Jy kan hierdie kant loop en daai een kan daai kant toe loop, party het 'n kort padjie en ander het 'n lang padjie. Maar dat jy net die hele spektrum vir jou gestel word en sê binne hierdie ervarings van verskillende mense gaan jy 'n padjie loop.

P4: What's the future that they are going to have?

P5: Wat-wat, hoe loop so 'n mens se lewe. Wat is die....

P4: Are they going to work again, whatever...

P5: Ja. Wat is die beste uhm-uhm, uitkoms en wat is die slegste uitkoms. En daar is baie van hierdie wat dieselfde is by almal. Party sin vat net langer. Daar is, (ek het dit nou al gesien), dit is nou seker bietjie van 'n veralgemening. Maar daar is sekere dinge wat dieselfde is by almal van hulle.

P4: Yes, like memory problems.

P5: Ja. Dit sou ek graag wou geweet het. Dit is my, maar nie op die oomblik nie, dit is my grootste behoeftes.

P6: Ek moet vir jou sê my ou suster was 'n maatskaplike werkster. Sy is 'n bestuurder by SITA, en ek dink as dit nie vir haar was nie, wat geweldige insette in my lewe... en sy het vir my hierdie ding gesê vrou dit is 'n moeilike pad. Vrou dit en dit en dit gaan nog met jou gebeur. Dit en dit en dit ...

P4: I wasn't so lucky. I had ... (you know ... everybody knows ...) his mother then... now she can tell me that, she told me this is what happen, this is what is stil going to happen. Because I didn't have any experience. I mean, if I didn't have known her, if I haven't know her, things would have been different. X1 would have probably been dumped in an institution or something like that. I wouldn't have known, if I take him home that I would have management like that. So, put him in an institution, cause that's the best place for him. She told me, don't do it. Take him home and see how it goes. Really... luckily I knew someone that's been through it and who helped me. And people don't tell you what's going to happen.

P6: Party mense hardloop letterlik maak nie saak of hulle hoe geleerd is nie, hardloop letterlik van jou kind af weg. "Ek is jammer maar ek kan dit nie hanteer nie". Ek is ernstig.

BYLAE M

Transkripsie van semi-gestruktureerde onderhoud van sorggewer wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is

Deelnemer 8

N: Hoe sal jy die term traumatiese breinbesering beskryf? Wat sal jy sê, in jou eie woorde?

P8: Mmm. Okay...Traumatiese breinbesering, ek het ook altyd daarvoor gewonder omdat die woord trauma vir my uhm verwys na die breinbesering, maar ook na die mense wat betrokke is. So ek, traumaties daar het iets met die brein, seker maar gebeur hetsy 'n aneurisme of 'n beroerte of 'n motorongeluk of iets wat maak dat die brein nie meer funksioneer soos wat hy gefunksioneer het nie. En ja, trauma vir almal daarby betrokke.

N: En hoe sal jy die term sorggewer defineer?

P: Iemand wat omsien na daai persoon se belange. Versorg, uhm omsien na die fisiese behoeftes, emosionele behoeftes en daaglikse behoeftes. Soos in elke dag se doen met daai persoon omdat hy nie meer daai vermoë het om dit te doen nie.

N: En hoe sal jy die akute rehabilitasie periode defineer?

P: Dit is nou die tyd na die... Uhm ek dink belangrikste is die aanpassing. Uhm om te kyk wat nou gedoen moet word om die persoon gesond te hou. Die persoon weer, (ek sal nie sê in die akute tyd te rehabiliteer nie). Ek sou eers sê om net aan te pas by daai van hoe gaan ons nou elke dag aanpak, wat gaan ons doen om die persoon gesond te hou. Om die persoon skoon te hou en die persoon help om aan te pas. Ek dink in elkgeval dit verskil van breinbesering tot breinbesering, want een persoon gaan nie dieselfde moet doen nie. Hy het nie soveel aanpassings verandering wat moet Ek sal sê jy moet nou gebad word, en jy moet nou, jy weet higiënies versorg word en dan later sal dit eers uitkring na dat jy nou vir jousef leer koffie maak en dit doen en vir jousef te sorg. Maar die heel eerste gedeelte dink ek is om by die huis aan te pas. Miskien is daai persoon nou in 'n rolstoel of sukkel met loop of so, want dit moet nou eers aandag geniet. X4 spesifiek moes weer "gepotty-train" het. Dit was die eerste tyd baie belangrik om vir haar eers dit te leer.

N: Uhm, goed as jy nou terug moet dink aan die tyd toe jy na haar moes begin kyk het, wat was jou grootste behoeftes in terme van haar hantering?

P: Uhm, inligting oor wat spesifiek seergekry het. Uhm, miskien 'n tipe van projeksie van waaraan moet aandag gegee word. Ek sê nou maar hulle kon vir my sê kyk spesifiek na haar kommunikasie, kyk spesifiek na haar balans. Kyk ... jy weet dat ek net bietjie meer Want daar is soveel dinge wat verkeerd is. Mens kan nie alles gelyk aanspreek nie. So as iemand dalk net kon sê: "Begin eerste met haar oefeninge doen om haar spraak te verbeter". En dis eerste prioriteit en die tweede een is sê maar om haar te leer om weer 'n toilet roetine te hê. Maar uhm...nou hierdie hele familie het hierdie verwagting van alles moet dadelik aangespreek word, en ek dink nie dit is moontlik nie. So ja en uhm....

P: Vra weer die vraag?

N: Wat was jou grootste behoeftes toe jy net daar begin werk het?

Okay. Ja. Om te weet waaraan ek eerste moet aandag gee. En maar ook net om met ander versorgers te kom praat om te hoor hoe doen hulle dit. Want aanvanklik het ek nie... ons het eers in die tweede jaar by die groep ingeskakel. En ek dink as ons van die eerste jaar af daar kon inskakel, jy weet, dat 'n mens met verskillende terapeute, verskillende versorgers en verskillende persone met breinbeserings kon praat, sou dit gehelp het.

N: Goed. Weer dieselfde tipe vraag. Uhm wat was jou grootste behoeftes in terme van kommunikasie met die persoon met die TBB? As jy moet dink spesifiek toe jy met haar moes kommunikeer, wat was jou grootste behoeftes?

P: Uhm, sy kon... en ja nou ook nog. Sy reageer nie as 'n mens regtig met haar gepraat het nie. So as jy vir haar iets gesê het, uhm het sy of geen uitdrukking getoon nie, of sy het nie die gepaste uitdrukking getoon nie. So uhm, wat vir my baie moeilik was met kommunikasie met haar, ek het nie geweet of sy my altyd verstaan nie. En uhm, maar hoe 'n mens verby dit moet kom en hoe 'n mens moet weet, dink ek kom maar met tyd. Ek dink sy was slim genoeg om terug te hou. Ek dink so. En eers uhm ek sal omtrent sê so twee maande na die tyd nadat ek begin het om haar te versorg ek het sy amper eers oop gemaak en begin aanvaar ek is nou elke dag daar om na haar te kyk. En, toe het dit vir my gevoel asof die kommunikasie verbeter.

N: Uhm, jy het nou baie van die vraag beantwoord maar in terme van algemene hantering wat was jou grootste behoeftes?

P: As jy vir haar 'n opdrag gee tipe van?

N: Ja

P: Ek weet nie ek het nie eintlik veel 'n oplossing oor hoe om met haar te gekommunikeer het nie. Ek het maar net baie herhaal en herhaal en haar hande gevat en dan gedoen met haar wat sy moes gedoen het. En uhm, op daai stadium het sy baie gehuil so ek het partymaal getroos, en partymaal het ek baie streng moes wees met haar. Maar dit was net een rigting kommunikasie. Ek het met haar gepraat en aangehou en aangehou wag totdat sy gedoen het wat ek haar gevra het om te doen. Dit was nie 'n kwessie gewees dat sy ooit terug respond het nie. Glad nie.

N: Goed, volgende vragie. Watter vrae dink jy behoort ons as STT, (of Arbeidsterapeute of fisioterapeute) mense wat met hierdie persone werk. Watse vrae dink jy behoort ons aan sorggewers te vra ten einde te bepaal wat hulle behoeftes is.

P: Uhm, die sorggewers se behoeftes self? Watse vrae kan julle vir ons vra? Uhm, "Watse talleurstellings ervaar 'n mens?" Want ek dink soos met enige beroep, of enige iets, as jy begin daarmee, dan dink jy, jy gaan 'n verskil maak en dan kom jy na 'n maand agter jy is nie besig om 'n verskil te maak nie. So ek dink: "Watse verwagtinge het jy?" en "Watse talleurstellings ervaar jy as jy dit nie maak nie?". Uhm, en dan miskien ook: "Hoe druk jou tyd is?" "Wat die familie van jou verwag?" Uhm, laat ek nog dink sit eers af.....

Okay uhm goed wat julle nog vir ons kan vra? Uhm, jy ry emosioneel baie wipplank. Want uhm as sy vorder dan voel jy goed en as sy nie vorder nie dan voel jy nie goed nie. En as die familie met jou baklei het oor sy nie vorder nie, dan voel jy baie af. So uhm, dis 'n baie emosionele ding om na, om na iemand om te sien. So enige vraag miskien wat vrae: "Hoe die versorger se emosies voel". Want ons kom by 'n terapeut en dit gaan die hele tyd oor X4. Dit gaan oor wat het sy die hele week gedoen, hoe gaan dit met haar. Jy weet so en, en uhm dit moet ek vir jou sê het ek regtig baie waardeer van die terapeute by wie X4 was. Dat dit partymaal vir my meer beteken het om soontoe te gaan, as wat ek dink dit het vir haar beteken. Want dit is die enigste iemand met wie ek kon praat in 'n dag. En uhm ek moet ook sê hulle het my regtig baie maal uhm, laat voel asof ek weet iets. Waar haar ma en haar man my altyd laat voel het, ag jy weet ek is somer maar net iemand wat hulle gekry het om na haar te kyk en te versorg. "Wat weet ek in any case?" Maar ek dink baie maal het die terapeute as ek vir hulle sê oor X4, goed gesê het oor X4, het hulle.... jy weet, hulle het na my geluister asof ek, ek weet. Jy is in hierdie ding en jy weet nou waarvan jy praat. En uhm so dit het vir my regtig baie beteken en ek kon baie maal my hart uitpraat. En uhm vir hulle sê: "Jy weet ek voel so talleurgesteld want niks gebeur nie en uhm ek wil hê sy moet beter word". "Ek sit soveel ure in spesifiek, dit of dit". Iemand, jy weet huiswerk wat hulle vir my gegee het, wat ek deur die week met haar moet doen, dan voel ek net ek kom volgende week daar en dan lyk dit nie eers of ek die huiswerk gedoen het nie, want dit het net geen, geen verskil gemaak nie. Ek dink hulle was baie simpatiek daarvoor gewees.

Ander ding wat Y1 van gepraat het sê, was iets waar 'n mens 'n groep moet maak waar die versorgers mekaar kan ontmoet. En ek dink dit kan 'n baie, baie goeie idee wees. Want ons uhm, ons versorgers is die hele, hele lieue dag net besig met uhm met daai persoon. En dit voel later jy word so afgestomp. Jy het regtig behoefte aan geselskap. En ek dink as 'n mens so groep het wat, soos as die breinbeserings bymekaar kom, so groep wat ook onder leiding kan praat met mekaar en bv, sal sê, "Maar hou nou moed jy sal sien oor twee weke sal haar bui dalk so of so verander". Wat dit baie moeilik maak is, ek het gesien met die breinbeseringsgroepe, nê. Nie een van daai mense het dieselfde probleem nie. Hulle het nie dieselfde behoeftes nie. Hulle het nie dieselfde, ver... dieselfde tipe versorgers nodig nie. So dit maak dit baie moeilik. Party kan praat en party kan nie praat nie en party kan vir hulle self dink en soos X4 kon regtig nie vir haarself dink nie. Sy kon geen besluit neem nie. Glad, glad nie. So jy weet

uhm, nie een se situasie is dieselfde nie, maar ek dink as 'n mens darem met iemand anders praat en so ... dan kan jy 'n idee kry van dit wat hulle ook maar deurgaans en dit maak jou darem weer voel: "Okay jy is nie alleen nie-alleen in die ding nie". So maar uhm, ek dink regtig die terapeute het 'n baie groot rol uhm wat die versorgers betref. Want julle is eintlik besig om die versorgers die heelyd op te lei.

Weet jy dit is asof hulle, hulle is so instinktief dat hulle net so terug trek. Want jy is daar, jy sorg. Ek dink partymaal raak hulle te afhanklik van hulle versorgers. Hulle, (ek dink regtig), hulle is baie slimmer as wat hulle dit sommer kan weergee. Hulle dink nog die hele tyd nê... as ek nou spesifiek vir X4 moet vat, wat nie regtig kan kommunikeer nie, maar sy uhm, sy het die ding van uhm, sy kan half nog manipulerend wees. Dis vir my asof sy met tye besluit het: "Ek doen niks." Dit dit is die gevoel wat ek baie maal gekry het. Die oomblik as daar te veel eise aan haar gestel word, dan begin hulle met manipulerende gedrag.

Weet jy uhm dis hoekom ek dink uhm vir 'n ouer of 'n sê nou maar 'n vrou of 'n man van 'n persoon wat 'n breinbesering gekry het, is dit baie baie moeiliker om die versorger te wees. Want ek kon my emosioneel half terugtrek en sê: "Maar ek verwag dit van jou". En X4 se ma hulle het my baie maal kwalik geneem omdat ek miskien te kwaai is met haar maar ek het net gesê dit is wat sy moet doen, nê. Waar ek dink as ek vat as dit my eie kind moes gewees het, ek sou nie kon streng wees nie. Ek sou nie. So 'n persoon, 'n ma wat haar kind so versorg nê, of 'n vrou of 'n man nê, is dit baie moeiliker vir hulle as 'n "buitestaander-versorger". Want vir ons kan ons half, ek kon half vir myself sê: "Dit is my werk en ek moet dit van haar verwag"... Al gooi sy my hierdie "blanc" van "Ek gaan nie saam werk nie", het ek net aanhou aandring daarop dat sy moet saamwerk. Waar ek gesien het met haar ma en met haar man, hulle gee onmiddellik in, want hulle is te sag en te emosioneel betrokke. So regtig uhm, die die... breinbeseerders wie se familie na hulle omsien, dit vat 'n baie baie baie sterk persoon om dit te doen. Ek het die boek gelees van uhm, "My plunge to fame", van uhm, ag van wie is dit nou weer.... Uhm, uhm, man van daai aktrise wat geval het in die staatsteater en toe 'n breinbesering opgedoen het. Nou haar ma het na haar omgesien, die hele boek deur.... Vir daai vrou haal ek my hoed af, want sy was baie streng met haar. Sy het ook vir haar gesê ek gaan niks vir jou doen, wat jy vir jouself kan doen nie. En uhm, dit vat baie van 'n ma om dit te kan doen hoor, regtig. Baie baie. Jy weet dit is jou kind sê nou maar, en jy het daai hartseer van wat gebeur het, en om nogtans by daai punt verby te kom van: "Ek is vir jou so jammer, maar ek weet dit is vir jou beter, dat ek moet so kwaai wees, en jou dwing om vir jouself iets te doen". Dit vat 'n baie besonderse mens om dit te kan doen. Ek dink selfs om net 'n ma te wees, onder normale omstandighede, doen jy partykeer vir jou kinders meer as wat jy veronderstel is om te doen. So nog te meer as jy nog daai hartseer by dit het.

N: So nog vrae, as jy aan nog iets kan dink?

P: Okay wat julle vir ons kan vra?

N: Dink in terme van kommunikasie, kommunikeer met die persoon?

Uhm, iets wat vir my baie gepla het van die spraakterapie wat X4 gekry het, is dit het baie gegaan oor uhm, dit was vir my baie meer (ek weet nie of ek die regte woord gebruik nie), "Kognitief". Dit was vir my baie: "Wat sien jy in hierdie prentjie?" en sulke goedjies. "Wat sit jy bymekaar?". Sulke tipe dinge nê, wat vir my partymaal glad nie oor kommunikasie gegaan het nie. Dit sou vir my verskriklik kon help as, as hulle miskien vir X4 kon 'n manier gee waarmee sy met my kon kommunikeer. Want ek het, ek het die altyd vergelyk met, ek kan musiek in my kop hoor. 'n Wysie, die deskant, die dromme, alles alles, die woorde alles. Maar weet jy ek kan nie sing nie. Ek kan nie, dis asof ek half frusteed raak ek kan nie sing nie. Dit kan glad nie by my mond uitkom nie. Alhoewel ek dit in my kop hoor. Alles, alles presies. Ek kan dit dit glad nie sing nie. En ek het baie maal gedink dis hoe X4 voel. Alles gaan hierbo in haar kop aan. Sy verstaan alles. Sy besluit oor dinge, maar kan om die dood dit nie uitbring by haar mond nie. En uhm, toe hierso aan die einde van die tydperk, van ons van die tydperk wat ek na haar gekyk het, het uhm iemand vir my so "device" gegee wat jy druk as sy wil, as sy wil.... Uhm sê nou maar iets sou sê, bv. Die stappe van koffie maak. Dan sou sy nou elke keer op die stap druk... En toe het ek baie maal gewonder dat as ek nie vroeër dalk so ding gehad het nie, wat sou sê, ag sy nou maar emosionele uhm kommunikasie sou weergee soos: "Ek is nou kwaad" of "Ek is moeg", of "Ek het pyn" of so, en sy kon op hom druk tot sy by dit kom wat sy wil hê ek moet hoor.... of dit nie dalk meer sou gehelp het nie. Alhoewel ek moet sê dit was ook amper twee jaar na haar uhm besering. En uhm dit het verskriklik lank gevat vir haar om te leer wanneer sy moet dit doen. Maar ek dink net om dit vroeër te probeer of te hê, sou beter gewees het. So, daar moet op of ek ek weet nie, julle ken meer die goed, dat sy miskien uhm twee kaarte by haar kon gehad het, een met 'n hartseer gesig en een met 'n vrolike gesig en dan net kon, kon sê ... ja. Uhm, maar X4 se besering was baie anders as die ander mense by die groep sin. Omdat ek kon sien, hulle kon nog vir hulle self besluite neem. Maar X4 kon regtig nie vir haarself besluite neem

nie. As jy vir haar sou vra: "Wil jy koffie of tee hê?", sou sy tee antwoord, want sy het "tee" laaste gehoor. So mens weet nie. As sy dalk die kaarte gehad het sou sy dalk nogsteeds op die laaste een wat sy na gekyk het, bly fokus het. Sy, ek weet nie hoekom nie, kon nie weer terug gaan na die eerste een toe nie. Ek weet nie, maar ek is seker dat van die ander wat net 'n spraakprobleem het nê, sou sou met so tipe ding dalk kon druk totdat hulle by die boodskap kom wat hulle....

Want uhm, X4 se musiekterapeut, het in die tweede jaar wat ek my X4 was, het sy ook 'n beroerte gehad. En die eerste ding wat ek gedoen het toe ek by haar gaan kuier het was (ek het die volgende dag al gegaan nê), uhm, is ek het vir haar 'n witbord saamgevat met 'n pen. En toe ek by haar kom, toe sê ek vir haar: "Wys my net of kan jy skryf en of kan jy nie skryf nie". Weet jy ek dog sy gryp my, as sy kon sou sy seker en sy begin om met die pen te skryf of daai bord nê, en ons kon amper nie sien wat daar staan nie, maar sy kon vir my 'n regmerknie maak as ek vir haar iets gevra het of 'n kruis maak. En toe kon ek en sy die eerste dag na haar... okay haar beroerte was ook nie seker so erg nie, maar sy kon onmiddellik vir my sê: "Ja" of "Nee". Jy weet, en ek kon vir haar vra, want haar dogter was in Amerika en sy sou eers die naweek teruggekom het, en toe ek vir haar vra: "Moet ons haar laat weet iets het gebeur?" en sy het vir my dadelik 'n kruis gemaak, ek het... Jy weet so... (X4 se besering was baie erger as dit) maar uhm, maar na die tyd het sy vir my ook gesê dit het vir haar verskriklik baie gehelp dat sy net kon kommunikeer.

N: Dit het jou ook gehelp

P8: Ja, want toe weet ek ook om vir haar kinders te sê... Y4 was 20 en sy is geskei. So hy was die enigste een wat moes die besluite neem en omsien na haar. So ja, definitief daar moet ook gekyk word na kommunikasie. En dan X4 se terapie spesifiek sou ek gesê het moet meer gaan oor uhm (ek weet nie ek weet min van STT), maar gorreloefeninge of lip oefeninge of sulke tipe goed. Dit het hulle baie gedoen met daai vrou. Sy het spesifiek oefeninge gehad wat sy moes uhm wat sy haar... moes oefen om te kan praat. X4 het dit glad nie gehad nie. Glad nie. Ek weet nie hoekom nie en ek weet nie of hulle gevoel het sy het nog die vermoë om te kan praat nie. Of omdat haar breinbesering nie haar lam gemaak het aan die een kant of so nie. Maar ek dink tog nog sy het 'n probleem gehad om te praat. Sy het, sy kon aanvanklik kon sy nie klanke maak nie. Sy kon nie uhm, toe sy begin praat het, dit was asof asof sy dit nie kon uitspreek nie. So ek het altyd gedink, ek wonder hoekom gee hulle nie vir haar sulke tipe oefeninge nie. Fisio-oefeninge het sy spesifiek gekry. Sy moet dit doen sodat sy haar balans kan terugkry. Maar haar spraakterapie oefeninge het van dag een af gegaan oor uhm, (jy weet watter oefeninge ek van praat) ... prentjies en goedjies en wat pas bymekaar. Dis baie meer kognitiewe terapie gewees en glad nie spraak nie. Klankoefeninge, niks sulke goed nie. En ek het nogal gewonder daaroor.

N: So jy dink mens moet eerder meer op die spraak self konsentreer?

P: Ja.

N: Goed, volgende vraag. Die vraag kom baie ooreen met nou net, oor watse kennis dink jy moet 'n sorggewer beskik om na so persoon te kan kyk. As jy nou moet vir ander sorggewers sê wat hulle moet weet, wat dink jy moet hulle weet?

P: Ek dink nie daar is enigsins iewers 'n kursus wat jy sou kan doen om jou regtig te kan leer hoe om 'n sorggewer te kan wees nie, maar uhm ek dink basiese versorgingsmetodes. Weereens hang dit af van hoe die pasiënt is. Sê nou maar dit is 'n bedleënde pasiënt – sou iemand moet weet om om daai pasiënt om te draai, hoe om hom te bad. Hoe om hom te voer daai tipe goeters dink ek is baie nodig vir 'n versorger om te weet. En dan dink ek ook as hulle miskien meer by arbeidsterapeute en spraakterapeute bietjie meer kennis kan kry oor hoe die brein werk. Watter deel sorg vir wat. Uhm, hoe hulle kan miskien ...en ek dink dit is baie moeilik en weet nie of daar regtig antwoorde vir dit is nie, maar om sê nou maar te sê kom ons kyk na die persoon se kommunikasie wat moeilik is. Uhm, hierdie, probeer prentjies, probeer uhm, probeer self vir hulle 'n pen gee, probeer sulke goed, en dan elke keer te kyk goed maar dit het nie gewerk nie. Probeer so "device", okay hy het nie gewerk nie. Opleiding oor uhm, oor baie van hoe julle dink. As jy byvoorbeeld dink kom ons doen hierdie terapie omdat ek wil sien waar dit uitkom, om baie vir die versorgers te sê dit is hoekom ons 'n sekere, hoekom ons sekere goeters doen. Ek bedoel ons kan nie leer wat julle, geleer het in jare en jare se ondervinding nie, maar ek dink regtig dat uhm partymaal voel dit vir 'n versorger uhm sy weet eintlik niks nie. En ek dink nie, ek dink omdat ons die hele dag met daai persoon werk nê, is, daar is baie uhm-uhm praktiese kennis van wat werk en wat werk nie. So ek ek dink, miskien vir 'n mens 'n dag seminaar of kursus of 'n ding kan kry wat miskien bietjie kan verduidelik hoe die brein werk... sal mens dalk bietjie kan sien okay... Haar man het altyd vir my gesê, hulle het 'n "scan" gewys en gesê daai en daai deel is swart op die brein. Maar dan het ek altyd gewonder maar daai deel wat swart is, hoekom? Wat? Die dokters het altyd vir my gesê,

emosioneel het sy seergekry, en uhm, haar balans het seergekry jy weet so... Maar dat 'n mens meer weet, want emosioneel is 'n baie moeilike ding as dit seerkry. Want X4 was glad nie 'n moeilike pasiënt (as ek dit so kan stel) nie. Sy het nie "tantrums" gegooi nie. Sy het nie woede aanvalle gekry nie. So ek was baie, baie gelukkig in daai opsig. Maar ander pasiënte word... kry uitbarstings. Gaan byt hulleself van woede. En ek dink vir so versorger is dit baie, baie moeilik om te verstaan HOEKOM daai persoon so optree. So ja, uhm ek dink dit kan nogal help as 'n mens miskien bietjie van die brein weet. Ek het, as daar enigsins 'n plek was waar ek kon gaan, het ek gegaan. As hulle by Eugene Marais 'n praatjie gehad het, het ek gesorg dat ek gaan, of ek het maar altyd gekyk. As daar enige iets was, dan sleep ek maar nou net eenvouding vir X4 saam soontoe en ons gaan en ons sit en ons luister. En ek dink dit is ... om op hoogte gehou te word, is baie belangrik. En ek dink die neuroloë ook, moet maar half uhm, probeer om 'n band met die versorgers te vorm. Want uhm, hulle is partymaal asof hulle... dit voel vir my hulle het die kennis en hulle dink jy sal dit inelkgeval nie verstaan nie. So hulle sê nie regtig vir jou wat daar... wat hulle dink wat ... Verduidelik dit in sleutelteme vir 'n mens darem ... ek bedoel FEIT, ons gaan nie alles kan verstaan soos wat julle dit geleer het nie, of verstaan nie. Maar as hulle miskien net vir 'n mens spesifiek kan verduidelik dit is min of meer wat jy kan verwag van iemand met so besering. Ek bedoel elke besering is verskillend, maar jy weet uhm, dit en dit het seergekry. Uhm, dit kan dalk verbeter, dit vermoed ons kan nie verbeter nie, maar mens kan daaraan werk. So dat 'n mens net tipe van riglyne het waarvolgens jy min of meer kan gaan. Jy weet om te weet waar jy wil uitkom. Al kom jy nie dalk regtig daarby uit nie, dat jy 'n rigting het. Nou word jy by hierdie persoon gesit en jy moet haar nou versorg, en daar is baie dinge wat jy moet kan, wat jy moet na kan kyk. Want jy gaan nie net ... versorg beteken jy moet sorg dat sy eet, jy moet sorg dat sy bad, jy moet sorg dat sy nie 'n glipsie kry nie en dan moet jy sorg dat sy terapie doen, EN jy moet sorg dat sy beter word. Jy moet iets bereik jy weet. Maar 'n dag het net soveel ure en daai basiese behoeftes vat baie van 'n dag. So daar bly min tyd oor vir regtig terapie-terapie dan nou. Mens probeer dit maar inkorporeer tussen die daaglikse aktiwiteite, maar maar ek dink... Soos in X4 se geval staan haar ouers eenkant en hulle wil vordering sien. Maar hulle besef nie, die helfte van die dag gaan net hom haar basiese behoeftes. Om net te sorg dat sy skoon is, dat sy toilet toe gaan want dit vat... Alles vat baie langer. Jy gaan nou met haar gym. Sy gaan nou gym. Maar om haar by die gym te kry wat jou 'n uur. Want ek het altyd probeer om haar, (dit was deel van haar terapie) so uhm ek sê vir haar "Ons gaan nou gym, kry jou gym sak", dan het sy nie 'n "clue" waar haar gym sak gebêre is nie. Vir twee jaar lank word haar gym sak altyd op dieselfde plek gebêre, maar sy weet nie waar hy is nie. Weet nou kan jy nie net die sak vat en nou ry ons en dit is vyf minute nie. Dan moes ek vir haar sê: "Gaan kyk in jou kamer". Dan sal sy in haar kamer staan en bo kyk, jy weet vir die mure. Dan sê jy: "n Sak moet onder staan of op iets staan, kyk laer af" dan moet sy nou laer afkyk. Dan het sy nou haar sak, dan sê jy vir haar okay: "Jy het nou jou klere aan, uhm gaan jy met hierdie klere kan gym?" "Nee, kom ons kyk watse oefenklere gaan ons saamvat". Dan sal jy nou vir haar kom: "Kom ons kry 'n T-hemp" Dan stol sy. Dan moet jy haar eers weer lei dat 'n T-Hemp in 'n kas gebêre word. Verstaan jy so dit vat 'n uur om haar gym sak gepak te kry vir ry. Dan ry ons tot daar en dan kom ons tot in die gym en dan stap sy net. Dan moet ek weer vir haar vir haar sê: "Goed wat wil jy nou eerste doen?". "Jy wil aantrek". "Waar gaan jy aantrek?" "Kan ons hier aantrek?" dan begin ek haar klere, maak of hulle wil los maak in die gym dan sê sy: "Nee, nee, nee." Jy weet. Dan sê ek okay: "Maar waar gaan ons aantrek?" Dan sal sy nou op die ou einde sê: "Kleedkamer" of sy sal sê... jy weet begin rond kyk. Dan sal ek sê: "Wil jy toilet toe gaan?". "Ja". So dit het hulle nooit verstaan nie, dat dit vat amper drie ure vir haar om te gaan gym. Jy weet, so dit dink ek ook 'n ander ding is, dat die mense wat NIE versorg nie, moet begin begrip kry vir wat dit vat om te versorg. Want dit is baie maklik en vat haar gym sak en gooi hom oor my skouer en ons gaan gym toe, en ek trek haar aan, jy weet. En dis dit. Maar om dit te doen asof dit terapie is, dit vat lank. Dit vat baie tyd. So en ek dink nie... Haar ma'hulle was ver, en hulle wil net sien dat dinge beter word, maar jy weet en daar moet baie goed... Haar ma'hulle het verskriklik baie (haar man ook) verwag daar moet baie in 'n dag gebeur. Daar moet gegym word, daar moet 'n aktiwiteit gedoen word, jy weet 'n kunsaktiwiteit, plus sy moet terapie toe gaan. Plus sy moet haar terapie huiswerk doen. Sy moet haar eie kos maak, kyk weet. So alles – hulle wil alles in 'n dag gedoen kry. (onderbreking)

En ek het gevoel dit is nie altyd vir my 'n prioriteit nie (jy kan self sien ek is nie 'n ou vir grimeer nie), dit hang ook maar van versorger tot versorger af. Daar sal seker nou iemand wees wat elke dag sal sorg dat sy nou pynlik netjies gegrimeer is. Ek verstaan dat sy moet goed lyk, maar ek het altyd gevoel ek sal liever uhm uhm daai tien minute wat dit van om haar te grimeer eerder gebruik om haar te leer om koffie te maak, want dit kan sy meer funksioneel gebruik. En toe later dat hulle nou regtig aandring daarop dat sy moet gegrimeer word, toe sê ek goed maar dan vat ek dit is terapie. Sy moet haar elke dag self grimeer. Dan sal ek nou by haar staan, en en haar nou lei, weet en sê okay: "Jy het nou klaar dit gedoen, wat kort nog aan jou gesiggie?" En dan sal sy nou op die ou einde kom by die maskara. Dan sal ons nou... en ek het haar gedwing om dit self aan te sit, maar wat dit moeilike gemaak het (en ek is seker nou nie veronderstel om dit op hierdie tape te sê nie), is dan kom die naweek en dan maak haar ma haar op. En dan Maandag oggend dan begin ek weer voor, want hulle het vir haar half laat verstaan dat dit is nie

nodig dat sy dit hoef te doen nie. Jy weet. So, so dit sit 'n mens terug met jou "terapie". Ek dink miskien as hulle kursusse kan maak wat 'n mens kan gaan swot om 'n versorger te word, dat jy kan sê: "Maar luister mamma ek het geswot en ek voel ek het geleer dat dit die beste manier is", dan gaan hulle dalk nou na jou kyk met 'n ding van uhm, jy weet sy het 'n kwalifikasie. Vir X4 se ma hulle was dit die "ultimate". Die persoon of enige een wat met haar werk moet 'n kwalifikasie hê. En hulle het hoeveelkeer vir haar man gesê: "Maar watse kwalifikasie het ek om met X4 te kan werk?". Nou, ek weet nie, want daar is nie 'n kwalifikasie wat 'n mens kan kry nie. 'n Kwalifikasie kan jou bietjie kennis gee, maar dit kan nog nie daai aanvoeling gee om met so persoon te werk nie. So uhm, maar as daar miskien so 'n kwalifikasie kon gewees het, dink ek kan dit dit amper vir die versorger makliker maak wat sê net soos wat, hulle sal nooit met 'n terapeut stry oor wat mens moet doen nie. Maar hulle sou die hele tyd met my stry oor wat sy moet doen jy weet. Net omdat ek nie kan sê: "Maar horie, ek het hierdie papiere wat wat waar ek gestudeer het wat sê sy moet dit doen" Jy weet. Hulle vat net nie, hulle het dit net nie aanvaar nie, as iets wat ek.... En eintlik het ek 'n onderwyskwalifikasie, ek was 8 jaar in die onderwys. So ek het geweet, hoe om haar voorkennis te probeer gebruik om haar te leer, as sy nou haar wiskunde sommetjie doen, hoe om dit te benader om daai somme te doen en sulke goeters. Ek dink ek het meer kennis gehad as wat sy by iemand sou kry wat hulle van die straat af soek het - jy weet sou vat om haar... as ek vat, ek bedoel dit nou glad nie lelik nie, maar die tannie wat nou na haar kyk is 'n ouerige tannie en sy is 'n uhm, was haar hele lewe lank 'n sekretaresse. Ek dink nie sy het daai onderwysbenadering wat ek het nie. Alhoewel ek weer glo sy het meer lewensondervinding, want sy het kinders wat al groot is, en sy het kleinkinders. En sy weet hoe om daai tipe versorgingsgoed te doen. Jy weet. Maar, maar uh, ek dink as 'n mens 'n kursus kon doen en sê: "Wel, uhm dis so ek moet besluit dis so". Jy weet, hulle het my altyd laat voel asof, wat weet jy nou eintlik. Jy weet en al is dit nie 'n voltydse kursus nie, jy weet net iets wat hulle deelyds kan doen en iets waar hulle dan bymekaar kan kom. Wat inplaas daarvan dat ons nou by die breinbeseringsgroep sit, jy weet en ons amper deelneem aan die groep in plaas van die persoon. Ons ons eie groep eenkant het waar ons bietjie opleiding kan kry oor sekere goed. En met mekaar kan gesels en ons lief en leed ook kan deel. Want want uhm, soos ek sê jy word baie afgestomp en jy smag later so na geselskap, nê. So, op daai manier kan die versorgers ook bietjie uitkom. En bietjie praat en sê: "O, ek sukkel verskriklik, sy wil net nie potty train nie, watse raad het julle vir my". Jy weet sulke tipe goed. Ek het goeie raad. X4 het "time and again", nommer twee glipse gehad, o verskriklik. En dit is baie erg, ek bedoel dit is 'n groot volwasse vrou jy weet. En dan het ek haar in die bad gesit en dan moes ek haar afspoel, en alles. Maar eendag, maar dit was darem in die somer moet ek sê, het ek haar in die tuin laat staan en ek het die tuinslang in haar broek ingedruk. En ek het om oopgedraai en ek het haar daar buite afgespuit. Nou moet jy weet dit is baie erg, nou loop dit en dit loop... En dit is koue water en die heelyd het sy gesê: O, dit koud, o dis koud". En ek het vir haar gesê: "Maar X4 dit is wat gebeur as 'n mens in jou broekie vuilmaak, dan dan dan moet jy koue water kry op jou". "Jy wou in jou broekie vuilmaak." Dit was die laaste keer wat dit gebeur het. Jy weet so, partymaal is dit dit is "cruel to be kind". En dit sou haar ma byvoorbeeld nooit met haar kon doen nie. En as haar ma moet weet ek het dit met haar gedoen sal sy my iets aan doen. Maar dit was op die ou einde wat die verskil gemaak het. Maar 'n mens sit met hierdie ding binne in jou wat worstel: "Doen ek die regte ding, doen ek die regte ding, wat gaan nou gebeur?". Maar mens moet partymaal jou instink gebruik. (Onderbreking)

Met die verskil ek glo hierdie persoon het nog partykeer bietjie meer insig dat hy nog hierdie manipulerende aspek kan inbring. Want 'n kleintjie van twee, kry sy twee jaar "tantrums", maar hy bly nog klein. Waar jy het nou hierdie persoon van 24 wat in opsigte soos 'n tweejarige is, maar nie in alle opsigte nie. So daar is ander plekke waar hulle nog volwasse dink, al moet hulle weer soos 'n tweejarige leer. En dan begin hulle jou manipuleer. Dis regtig. Ek dink regtig so. Baie gaan oor 'n besluit wat hulle in hulle kop neem. Van hulle wil dalk nie beter word nie, (soos in X4 se geval) soos ek vir jou gesê het sy het altyd gesê sy sal dit nooit kan hanteer nie. En ek dink nou is dit deel van haar lewe.....

Kant B:

P8: En ek dink die versorgers moet miskien daarop bedag gemaak word dat hulle gemanipuleer word. Want ek dink uhm van die ouers se kant af en van ander mense se kant af, as jy hard is met die persoon, "hard" in aanhalings tekens, want dit is nie regtig dat jy hard is nie. Dis net dat jy ferm is miskien eerder. Dan dan is, laat hulle jou voel, jy weet, jy-jy-jy is hard. En eintlik is dit. Jy moet weet dat jy moet ferm wees, want anders gaan daai persoon jou manipuleer.

N: Wat dink jy is persone met breinbeserings se primêre kommunikasieprobleme?

P8: Uhm, die praat. Ek dink hulle kan dit dink, maar hulle sukkel om dit by hulle mond uit te kry. In X4 se geval kon sy dit eintlik glad nie uitkry nie. Sy kon regtig glad nie praat nie. En nou nog praat sy baie swak. En sy sal ook mos, omdat sy geen inisiatief neem nie, sy sal nie sinne praat of met jou kommunikeer nie. Sy, sy kan nou op hierdie stadium net vir jou terug antwoord wat jy haar vra. Jy weet.

Maar ek het gesien met die ander mense daar, meer die beroerte groep daar waar julle was, uhm, jy weet hulle dink dit, maar dis net asof daai konneksies net nie daar is om dit uit te kry by die mond nie. Dit is baie moeilik. En dis hoekom ek sê daai oefeninge, watse oefeninge ookal daai “GORREL”, “BRRR”, of wat ook al moet daar wees want dit is uhm nodig om-om-om weer die lippetjies te kan regkry. Die tong te werk. Ek dink nie die kommunikasie probleem is so groot nie, dat hulle nie kan dink wat om te kommunikeer nie, ek dink dit is maar net ‘n kwessie van hulle moet ‘n manier kry om dit uit te bring. Hetsy te skryf, prentjies te teken. Hetsy te kies of iets, hetsy daai knoppie ding te druk om ...op ‘n respons wat hulle wil gee. Of dan om net eenvoudig te praat al sukkel hulle om dit uit te druk.

N: Wat dink jy is ‘n persoon met ‘n breinbesering se belangrikste behoeftes in terme van hulle kommunikasie? Wat dink jy is vir hulle ‘n behoefte?

P8: Ek dink dit is vir hulle baie frustrerend om nie te kan praat nie. So ek dink dit is vir hulle ‘n behoefte om hulle self te kan uitdruk. En ek ek het nie baie kennis daarvoor nie, maar daai uhm alternatiewe kommunikasie metodes, daai tipe goed, dink ek help vir hulle baie. Al is dit ‘n kwessie van dat hulle later na terapie weer sal kan praat soos die mense met die beroertes gehad het. Ek bedoel hulle, ewensieël kom hulle spraak tog reg. Maar, ek dink daai tydperk tot hulle spraak regkom wanneer hulle nie kan sê wat hulle wil sê nie, is dit baie belangrik om iets anders te kry waarmee hulle, hulle kan uitdruk. Ek dink dit is nogal. Want hulle hulle dink tog, verstaan, van die begin af wil hulle goed sê. En uhm hulle kan nie. So vir twee jaar word wat hulle dink omtrent, dit verdwyn maar in die niet. Want wat hulle dink dit en dis maar waar dit bly.

N: Want dink jy is ons as spraakterapeute se rol in terme van die hantering van ‘n sorggewer?

P8: Wat so ek wou hê hulle moes vir my kon doen?

N: Ja wat dink jy, hoe sou jy graag hanteer wou word?

P8: Uhm, wel wat vir my baie belangrik is, is dat hulle my nie moet laat voel maar ek is stupid en ek weet nie wat ek doen nie. Want ek kyk mos nou maar net na haar nie. Asof hulle, as hulle vir my gesê het ja dit is hoekom hulle iets doen, dat dit my laat voel het asof hulle dink ek verstaan. Uhm, en dan die ander ding was dat hulle altyd vir my gevra het hoe gaan dit met my? Hoe voel ek? Soos: "Los haar vir ‘n uur by my ek moet in elkgeval terapie met haar doen, sy is in veilige hande. Gaan sit jy net buite en blaai ‘n tydskrif deur of wat ookal". Dat jy net bietjie jou gedagtes kan laat gaan.

P8: Die ander ding sou ek gesê het uhm dat ons groepe kry om bymekaar te kom, dat ons vir julle kan vra vrae. Sê, ek het regtig nou ‘n probleem, ek verstaan nie hoekom gebeur dit of dat nie. Miskien meer ‘n, jy weet, meer ‘n kommunikasie-vrae-groep eerder as sommer net ‘n uhm, dis hoe dinge werk en ons sit en luister na ‘n praatjie of so iets. Iets waar ons kan vrae vra. Uhm, ja dit is maar... iets wat ek dink baie kon gehelp het miskien dat ‘n mens... ‘n tipe van ‘n werkboek miskien kan opstel. Waar uhm, ek dink nou maar as ek... In die onderwys moes ons ‘n lesbeplanning doen, en dan moes jy na die tyd terug rapporteer op jou beplanning, van wat het gewerk in jou les en wat het nie gewerk nie. Dit vat baie tyd en soos ek vir jou gesê het, hoe min tyd is daar (want gym vat 3 ure), maar laat ‘n mens aan die einde van die dag net bietjie kan neerskryf: "Ek het vandag aandag gegee aan dit en dit en dis hoe sy daarop gereageer het". Dat mens miskien uh uh werkkaart kan maak, uh wat sê dit is jou doelwitte en dit het jy bereik en dit het jy nie bereik nie. Ek het in die begin dit gedoen, sommer net op ‘n stuk papier tipe van uhm, want aanvanklik moes ek geskryf het presies wanneer X4 toilet toe gaan, presies hoe lank sy slaap, presies wie haar gebel het, presies hoe sy daarop reageer het. En baie maal as dit vir my gevoel het daar het niks niks verander nie, dan het ek teruggegaan na prentjies wat sy geteken het...waar ek gesê het teken vir my jousef. En sy kon glad nie jy weet. En ek moes haar help en sê: "Het jy nie armpies nie?" Dan het sy ou armpies moes by teken. Toe het ek onderaan bygeskryf uhm dis die datum, X4 kon nie dit of dit doen nie. Ek moes haar lei om dit en dit... En toe ek ‘n jaar terug weer daarna gaan kyk, toe besef ek maar ons het gevorder. As ek nou vir haar sê teken vir my ‘n dogtertjie dan kan sy ‘n dogtertjie teken. So daar is vordering. Maar dit voel vir ‘n mens sy vorder glad nie. So ek dink dit is baie belangrik as mens ‘n werkboek het wat jy daarin skryf en sê: "Vandag was sy baie emosioneel." Uhm en dit kan miskien ook help in die opsig dat die mense buitekant, haar ouers, of haar man, of wat ookal daarna kan gaan kyk en sê: "Julle het darem gewerk vandag." Hoekom ek opgehou het daarmee is omdat dit toe nou verkeerd opgeneem is. As ek daarin geskryf het: "Haar ma het haar gebel, en uhm na die oproep was dit vir my asof sy depressief was", dan het hulle nou dit opgeneem asof ek probeer haar man nou inlig dat dit sleg is dat hulle bel. En dit was glad nie my doel daarmee gewees nie. So ewensieël het ek opgehou daarmee omdat dit teen my gegooi is. Maar ek dink as dit miskien meer ‘n beplande tipe van ‘n uitwerk, uitgewerkte ding is wat daar byvoorbeeld staan, jy moet skryf: "Hoe was haar emosie?" Uhm riglyne gee waarna jy moes kyk interme van hoe het sy gereageer op bevele, goed soos...merk dit af tipe van nê. In plaas daarvan dat ek nou daar my opinie gegee het, dink ek dit kon nogal vir hulle meer laat

voel het ek, ek het gewerk jy weet en daaruit kon ons sien uhm die eerste keer toe ek by haar was: "Emosioneel, huilerig, sy het die hele tyd gehuil". "Paar dae later kalm, rustig" Wat ookal. Vir rekord doeleindes het jy dit dan, so.

N: Wat is jou verwagtinge van 'n STT in die hantering van 'n persoon met 'n traumatiese breinbesering?

P: Uhm, sy moet ferm wees. Hulle moet uhm...dis wat ek van die terapeute gehou het wat met X gewerk het...ek praat maar uit daai ondervinding. Ek het daarvan gehou dat hulle ferm was. Ek het baie daarvan gehou dat hulle nie betrokke geraak het nie. Nooit, nie een van hulle het ook betrokke geraak by die bakleiry nie tussen haar man en haar ouers nie. Uhm, die ander ding wat ek baie waardeer het van hulle is dat waar as hulle op die punt gekom het waar hulle gesien het maar dis twee jaar en daar is nie regtig enige iets verder wat hulle kan doen nie, het hulle nie aangehou en aangehou en aangehou met terapie nie. En dan hulle kan dan net tipe van 'n handleiding vir 'n mens gee... kom ons kom eenkeer in 6 maande bymekaar, dat ons net praat oor wat het nou in die volgende ses maande gebeur. Uhm, hoe sy en dan spesifiek ook iets waarop jy moet afmerk, julle is nou klaar met terapie. Dit is die vlak waarop sy nou is. Jy vul hom miskien in as terapeut en die versorger vul hom miskien in. En haar man of vrou of ma of wie ookal. En oor ses maande vul hulle dieselfde tipe vorm in en sê okay hulle dink dit en dit en dit het nou verander, verbeter of versleg of wat ook al. Dat 'n mens nie net aan en aan en aan gaan met terapie nie, maar dat jy net nie ook gelos word nie. Dat jy nou, nou moet jy maar net op jou eie aangaan. Jy weet en elke dag nou maar net verby kry. So ek dink uhm, daar moet nou maar soos sê maar elke 6 maande teruggegaan word, soos wat hulle in elk geval elke 6 maande moet teruggaan na die neuroloog toe. So iets. Uhm maar regtig die terapeute het dit vir my, baie maal as ek gevoel het ek gaan my goed vat en net wegvlieg, uhm, vir my krag gegee om weer aan te gaan. So, uhm hulle moet partymaal meer met die versorger werk as wat hulle met die pasiënt werk. Dat hulle mooi opleiding gee van dit is die huiswerk, dis hoe dit gedoen moet word, en uhm omdat mense ook baie besig is, dan kry ek nou huiswerk wat ek met haar moet doen. Ons het nou Dinsdag terapie gehad, dan het ons sê nou maar volgende Dinsdag weer. En dan doen ek dit hier by Woensdag of Donderdag met haar, en dan Dinsdag as ek daar kom dan kan ek nie eers meer mooi onthou ek het dit met haar gedoen nie. Dan het daar soveel goed in tussen tyd gebeur dat as 'n mens miskien 'n opdrag gee, jy weet, jy doen hierdie huiswerk met haar. 'n Tipe van 'n merkstaatjie bysit wat jy dan wanneer jy dit met haar doen afmerk, uhm dis hoe sy dit gedoen het 'n dan 'n klein stukkie opmerking daarby byskryf en dan volgende Dinsdag as jy daarkom dan gee jy dit nou weer in. Dan kan jy dink: "O, ja dis wat ons gedoen het". Want deur die week is dit, dis arbeidsterapie, dit is spraakterapie dit is fisioterapie, dis is musiekterapie, dit is gym tussen in, dit is kunstgoed tussen in. So gaan dit die heletyd, dan voel ek half so dom teen volgende week Dinsdag, dan sit en daar by die spraakterapeut dan vra sy: "Hoe het dit gegaan?" dan kan ek nie eers onthou wat moes ons doen nie, jy weet. En as ek nou nie die huiswerk kan uithaal nie dan is dit half moeilik. Mens moet miskien dan so tipe van 'n merkstaatjie of 'n ding bysit. Want ek glo daar is seker maar nou versorgers wat dit net doen vir die geld en nie regtig veel omgee nie, en as hulle nou nie opgepas word nie, dan doen hulle nie eintlik veel nie. Ek bedoel dis die lewe, daar is sulke mense. So ek bedoel dat so tipe ding sorg dat daai persoon dit gedoen het en terug rapporteer.

N: Laaste vraag, as jy een behoefte moes uitsonder net een in die hantering van die persoon met 'n TBB, wat sou dit gewees het?

P: Geselsskap. Geselsskap. Dit is baie alleen. So ek dink ek sou enige iets wat haar terapie en versorging aanbetref, beter kon hanteer as ek ook 'n groep kon gehad het. As ek ook kon uitsien na.... Wel X4 het nie veel gebaat by die groep nie, jy weet hoekom, julle het gesien sy sit maar net daar, maar ons het elke week gekom. Want ek het daarby gebaat. So, ek het dit was amper half selfsugtig maar ons het eenkeer 'n week gegaan vir my en nie vir haar nie. Maar dit hang ook maar af, daar is party persone wat daar kon wees op hulle eie, maar ek kon X4 nie daar gelos het nie. Sy sou geen bydra in elk geval gelewer het nie en sy sou net daar gesit het, jy weet. Uhm, en ek kon haar nooit alleen gelos het nie sy sou die pad gevat het. Dis hoekom ek sou haar nie alleen kon los nie, al wou ek sê nou maar langsaan by 'n ander groep wees en kon haar nie los nie. So dit hang ook maar af van elkeen af.

BYLAE N

Transkripsie van semi-gestruktureerde onderhoud van sorggewer wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is

Deelnemer 9

N: Goed, die eerste drie vragies is net inleidend tot die hele doel van die studie. Hoe sal mevrou die term traumatiese breinbesering beskryf?

P9: Dit is traumaties. Dit is erg traumaties vir die familie. Vir daai pasiënt ook, maar jy besef nie op daai oomblik dat dit vir hom ook traumaties is nie. Syne kom eers omtrent vyf jaar daarna. Maar vir die familie is dit baie erg. Regtig. Want dit is traumaties. Dit is regtig. Dit slaan vir almal. Dit slaan vir almal.

N: En die term die akute rehabilitasie periode. Hoe sal u dit definieër?

P9: Okay ek weet hulle sê die akute tydperk dit is die “golden hour” en as dit op die ongeluks-toneel daar is dan sal dit baie baie goed gaan. En as hulle dit reg behandel dan sal daai pasiënt definitief okay wees. Maar vir my bly daai akute baie baie lank. Baie lank. As daai pasiënt bygekom het, begin hy besef dat daar is ‘n deel uit sy lewe. En dan het jy niemand om jou nie. Dan is die predikante weg, die familie is weg. Hy is heel moontlik uit die hospitaal uit ontslaan. En dan sit jy met hierdie persoon wat nie meer dieselfde persoon is nie. So daai akute is vir my dwarsdeur. Dwarsdeur. Ek sit nou nog met probleme met hom en ek sit alleen. Hy het begin werk en uhm daar is baie dinge wat hy besef wat hy verloor het. So vir my is daai akute reg van die ongeluk af. Dwarsdeur. En dit val ongelukkig op die persoon wat vir hom sorg.

N: En die term sorggewer. As u aan u self moet dink. Hoe sal u die term sorggewer definieër?

P: Dit val ongelukkig op die familie. Uhm, hy word opgeneem in die hospitaal. Daar is sorggewers in die vorm van susters en uhm dokters en alles. Maar hulle-hulle-hulle weet nie regtig wat aangaan nie. En ongelukkig val dit terug op die familie. En regtig dit is-dit is baie erg. Daai sorggewer hulle vat alles uit hom... uit daai persoon. En dit is gewoonlik die ma. Dit is gewoonlik die ma.

Ek wil net hier sê, gewoonlik, ek het dit nou al agtergekom. Ek is by hierdie uhm “Injury group” en ons kom elke maand bymekaar, by HF, by Pretoria Akademies. Uh, onder twee X'e... een is ‘n maatskaplike werker, en een is ‘n suster ek kan nie die naam onthou nie. Hulle het dit alles gereël vir die ouers. Maar wat ek ook, wat ek besef het is dat dit ‘n verskriklike ding is as dit ‘n getroude persoon is wat uhm weer terug gaan na die vrou toe. Daai, dit word gewoonlik...hulle gaan terug na die ouers toe, met die vrou. Maar dit uhm, gewoonlik is dit ‘n egskedding. Gewoonlik daai ega, kan dit nie hanteer nie. Of dit nou die man of die vrou... Die vrou hanteer dit beter as die man. Maar as die vrou seergekry het loop die man gewoonlik weg. So daai huwelik hou nie. Daai sorggewer wat uit die huwelik uit kom, hou nie. Dit hou nie, hulle kan dit nie hanteer nie. So hulle het hulp nodig. By een Brain Injury Group, die man hy het sy vrou begin slaan. Toe kan sy nie aangaan nie, toe is dit ‘n egskedding. Die een is ‘n man, nogal ‘n pastoor, en hy het die kind begin slaan, toe is hulle geskei. So, almal wat die sorggewer word is alweer op die familie en uhm hulle kan dit net nie “handle” nie omdat daar nie vir hulle hulp is nie. Ek sê altyd as hulle vir my vra om te gaan praat by ‘n pasiënt wat hoofbesering opgedoen het, by ICU en die hoë sorge. Dan sê ek dit is nie daai pasiënt wat hulp nodig het nie, dit is jy. Jy het die hulp nodig. Vergeet van daai pasiënt. Jy moet alles wat jy vat, moet jy vat. Ag, alles wat jy tee loop en kry, moet jy vat. En jy moet elke nommer neerskryf van iemand wat ‘n hoofbeseerde in die familie het. Hulle kan vir jou...Net deur te praat is al klaar wonderlik. Ek sê dankie, ek het by daai groep uitgekom by PTA Akademies, want regtig, dit het vir my “sane” gehou, want regtig anders het ek vir X5 “doodgemaak”. Ek kon dit net nie meer “handle” nie. En dan kom jy daar, en jy hoor jy is nie uniek nie. Jy sit met hierdie moordgedagtes en hierdie verskriklike vloek en skree periodes wat jy deurgaen met hom en dit is nie uniek nie. Almal gaan deur dit en onmiddelik voel jy beter. Onmiddelik. En jy weet daai een met die hoofbeserings manipuleer jou en jy val vir die grap. Jy val vir die grap. As gevolg van ‘n klomp “baggage” wat jy saamdra.

N: As u nou moet terug dink aan die tydperk toe X5 net uit die hospitaal uitgekom het. Wat was u grootste behoeftes in terme van kommunikasie met X5 en selfs nou.

P9: Weet jy ek dink dit is elkeen se uhm dit is uh, hoe kan ek sê. Elkeen van ons (Ek het al met baie mense gepraat)...Ek het geglo daar is niks fout met hom nie. Ek het geglo hy gaan daar bykom en hy

gaan heeltemal normaal wees. En dan begin praat jy eerste met die dokters en jy begin praat met die verpleegsters. En jy kry hierdie “feedback” van hy gaan ‘n “cabbage” wees hy gaan niks werd wees nie en jy gaan hom moet begin in ‘n instituut insit. Jy moet-moet hom afskryf en jy moet hom bêre. Hy gaan nie meer deel van jou lewe wees nie. So, vir my was dit die...en ek sê dit ook, die eerste behoefte wat jy het is om net met iemand te praat wat vir jou sê, uhm: “Vertrou op jou God en glo”. Want hulle gee vir jou hierdie totale negatiewe goed, (wat ook normaal is). Ek werk daar. Ek weet die dokters wil nie vir jou vals hoop gee en dit nie. Maar, ek sou sê probeer om met ‘n sorggewer te praat. Daar moet soorte van ‘n groep sorggewers opgestel word om met daai ouers (nie net die ouers nie), sê met die sorggewer te gaan praat. Dat jy besef jy is nie abnormaal, dat jy hierdie vals hoop het, en dat jy glo, jy het gebid en daar kan genesing kom. Definitief. Ek dink dit was die grootste behoefte. Uhm, om nie die dokters te glo en nie die susters te glo nie. Jy weet dit was die grootste grootste behoefte. Want almal het gedink ek is mal. Hulle het regtig gedink ek is mal. Omdat ek hierdie verskriklike geloof gehad het, dat X5 gaan regkom. En jy weet ongelukkig, en dit ook... jy as ouers, ek het sy pa geskei en ek het nie sy pa gehad om op te steun nie. Maar ek sien die pa en die ma bars uitmekaar uit. Alklaar. En hulle...die pa blameer die ma en die ma blameer die pa. En die kinders word afgeskeep. So as daar ‘n groep van sorggewers kan kom en die rondte doen by ICU en hoë sorg en vir daai ouers te sê: “Hoor hier, dit is nie so sleg nie en daar is hoop. En glo jy wat jy wil”.

N: Wat was u behoeftes in interme van kommunikasie met X5? Toe hy nou net uit die koma uitgekom het?

P9: Dit was verskriklik. Dit was vir my ‘n geweldige skok dat ek nie met hom kon praat nie.

N: En wat was u behoefte toe? Wat sou u wou weet?

P9: Die eerste wil ek hê iemand moet vir my kon sê wat was op die EEG. Jy weet, ek, al is ek ‘n suster, kom hulle daar met hierdie verskriklike woorde van “Efusie” en uhm ...dit was “efusie”. Dit was vir my ‘n verskriklike term. En dan sê hulle, maar die brein het geskud. En dan sê jy: “Ag maar so what, die brein het geskud, hy gaan regkom”. So vir my voel dat daar moet iemand buite ‘n suster en buite ‘n dokter wees wat vir jou kom sê: “Hoor hier, hierdie kind het verskriklik seergekry”. En jy weet wat met my gebeur het, ek het begin baklei. Ek het met die uhm, uhm, dokters begin baklei ek het met die susters begin baklei. Ek het net vir hulle gesê, hy kry nie die regte sorg nie. En uhm toe het ek by ‘n maatskaplike werkster beland. Hulle het toe die maatskaplike werkster vir my gekry. En sy het ook nie regtig behoeftes bevredig nie, want hulle praat nie met jou nie. En JY wil met hierdie kind praat. Verstaan jy? Hy is heeltemal nog “lights out”. En jy kan dit nie verstaan nie. So as ‘n gewone ouer nie eers ‘n bietjie mediese, uhm uhm goed agter hom het nie, ‘n mediese begrip, moet dit verskriklik wees vir hulle. Dit moet verskriklik wees. Jy weet jy kyk, daar in die ICU, jy kyk na daai verskriklike groot kaarte en jy sien al hierdie syfers – die Glasgow skaal. Hulle het vir my gesê sy Glasgow skaal is maar drie uit vyftien. En dit was dit wat vir my laat gaan swot het vir hoë sorg suster. Want, dan dan sê hulle: “Dis verskriklik”. Jy weet nou verwag jy hierdie kind gaan doodgaan. En-en-en dit was baie erg. So ek voel daar moet iemand wees wat daar, jou behoeftes kan kommunikeer hoe om met daai kind te kommunikeer. Jy weet dat jy voete “massage” en hande “massage”. En miskien uhm, jy weet met hom aanhou praat. Dit is eers nadat ek beland het by hierdie uh-uh groep dat ek toe musiek gevat het. Ek het die heelyd vir hom musiek gespeel, want hulle het vir my gesê: “Hy hoor” en “Hy sal hoor”. En wat ek ook my pastoor ingebring het om vir hom te bid en hom met olie te salf. Hulle het gedink ek is mal. Hulle het totaal gedink ek is gek. Maar sy, die maatskaplike werkster het vir my gesê: “Moenie glo wat hulle vir jou sê nie. Glo wat jy glo.” So ek dink dit is die groot behoefte om iemand wat baie na aan ‘n hoofbesering is vir jou te kom sê: “Glo wat jy wil glo”. Moenie gaan volgens die dokters en die susters nie.

Ek verstaan hoekom hulle dit sê. Ek is deel van daai span. En dit gaan nogsteeds oor baklei. As daar ‘n hoofbesering daar is en die dokter sê: “Hoor hier, skryf hom af”. Dan sê ek: “Vergeet dit, jy bly hoop tot op die laaste”. Tot op die laaste. Want dit affekteer jou. Ek het by ‘n dokter X beland. Hy het toe nog geswot by PTA Akademies maar hy was oor X5 gewees. En hy was die eerste een wat vir my gesê het: “Mevrou neem afskeid van jou kind, hy gaan ‘n “gabbage” wees”. En ek het hom daarna (kyk hy het nou sy eie praktyk iewers in XX). En ek het weer by hom beland en ek het al hierdie dinge met hom bespreek. En toe sê hy: “Maar jy moet ons punt ook insien”. Hy sê: “Ons leef elke dag saam met hierdie en ons het gesien as ons vir die ouers vals hoop gee waar beland hulle”. “Hulle pak op”. So ek kan dit ook verstaan. Maar as daar net iemand buite, wat mediese kennis het dit vir daai ouers kon sê: “Glo wat jy wil glo”. As jy ‘n kind van die Here is, vertrou jy op hom en jy vertrou op jou gebed”. Dis al.

Ons het uh, een van die seuns daar by ons was ook baie brein erg beseerd en hy was baie langer as X5 in ‘n koma en sy ma is uh-uh, refleksioloog. En so het sy uitgevind haar seun verstaan. En hy kan hoor en hy kan rustiger gemaak word deur net daai beweging en gevoel. En dit is ook vir my belangrik. As

iemand net vir my gesê het: “Hoor hier, staan net by jou kind en druk hom en vryf hom en smeer hom, en pas daai refleksiologie toe, dan sou ek dit ook gedoen het. Maar jy weet ek wou hom uit die bed uit kry en ek wou hom op die toilet kry en ek wou hom laat eet het. Maar dit was totaal verkeerd. Totaal. Ek het totaal probeer oorneem. Wat verkeerd is, en ek dink (vergeet dat ek 'n verpleegkundige is). Ek dink elkeen, elke ouer is so. Jy wil hom sou gou as moontlik terugkry na normaal. En dit is verkeerd. En ek dink dit is ook...ek dink spraak, dit hoef nie net praat te wees nie. As iemand net vir jou kan sê: “Hoor hier vat aan hom”. “Druk hom, vryf hom”.

N: En interme van algemene hantering? Wat sou u graag wou weet hoe om dit te hanteer?

P: Wel, ek het...Kyk 'n ouer vra jou onmiddelik as hy begin opstaan en regkom. Wat kan hy eet. Wat kan jy hom voer. Wat is sy toilet behoeftes. En uhm, ek het geweet. Daai dinge het ek geweet. As ek hom huistoe gevat het naweke, het ek onmiddelik geweet, hulle het ook vir my gesê hy gaan verskriklik eet en dat ek hom in 'n roetine in moet kry. Maar ek dink dit is gewone roetine dinge. Jy moet weet dat hy gaan baie eet of niks eet nie. Jy moet vir hom sulke kosse gee. Uhm, die vitamienes wat hy nodig het. En uhm dat hy homself gaan vuil maak nog. Jy moet weer 'n normale toilet roetine inkry. En dit is normaal dat hy homself vuilmaak. En dat hy homself natmaak.

N: Goed volgende vragie. Gestel 'n STT kom by u. Watter vrae sou u graag wil hê moet sy vir u vrae, ten einde u behoeftes te bepaal ten opsigte van die hantering van die persoon?

P: Jou werk. Die eerste jou werk. Sal jy kan... (ek was op nagdiens gewees, nee ek was op dagdiens gewees by ...) en omdat ek toe my seun by my gekry het, het ek toe oorgegaan op nagdiens. Die eerste ding is. Sal jou werk...sal jy hierdie kind by die huis kan kyk na, met jou werk? En sal jy iemand kan inkry om dit te kan doen. En die groot kwessie daar is - sy pa was op die platteland. Jy weet daar is nie 'n STT nie, daar is nie 'n maatskaplike werkster nie, daar is nie 'n fisioterapeut, jy weet daar is niks daar nie. Toe het ek besef ek gaan hom hier moet hou. En hy het toe weekliks na PTA Akademies gegaan. Maar ek voel daar moet uh tipe koshuis wees, waar hulle kan inboek met sorggewers. Soos hierso. Hier kan hulle 'n ding kom opbou, waar hulle die hoofbeserings opsit, vir daai tyd voor jy as 'n ma vir hulle weer kan huistoe vat. Want dit is 'n verskriklike groot werk. Verskriklik. En dit hou nie op nie. Dit is wat vir my die ergste is. Nadat ek toe nou uitgevind ek kan my oudste seun hiernatoe bring, het ek hom uit sy werk gevat, en hy het na hom in die dag gekyk, of in die nag gekyk... ek het na hom in die dag gekyk. Het ons saam alles begin doen. Ek het eie fisioterapie... ek het nie eers gedink aan spraak nie, weet jy? Of dit was een van die laaste dinge wat by my opgekrom het. Maar jy-jy-jy het hulp nodig. Van alle kante. En ek voel daar moet 'n plek wees waar hulle kan gaan waar jy hulle kan vat, wat goedkoop is. Want die meeste het nie mediese fondse nie. Die mediese fondse betaal nie meer nie. So dis jou mediese fonds. Dit is jou verblyf. Dit is jou werk. En die platteland skiet ver te kort wat dit betref. So, jy sal moet iemand hierkry wat vir hom kan kyk. So dit gaan 'n tipe saal moet wees. En ons sit met al hierdie probleme as hulle uit ICU, uit hoë sorg uitkom. Ja. En dan die grootste behoefte ook is uhm opleiding. Vir susters, (ek gaan nie eers dokters hierdie inbring nie), laat daai... nie voor die pasiënt doodgaan nie. Jy bly hoop. Jy bly praat met hom. Jy bly vat aan hom. Jy moet hom behandel soos 'n normale mens. Ek sien dit nou daar. Ek baklei so ver as wat ek loop. Maar ek kan onthou die naweke toe ek vir X5 huis toe gebring het. Ek het nie geweet waar om doeke te kry nie. Ek het toe teruggegaan na PTA Akademies toe. En hulle het toe nou vir my die doeke gegee wat ek nodig gehad net. En uhm, ek het nie geweet wat hy regtig kan eet nie. Want hy het daai pyp in gehad. Die voedingspyp. Hoe hy van dit na die kos toe kan gaan. En uhm, dit was my grootste behoeftes gewees. En dan ook die verandering van werk. Jy weet ek het na my werk toe gegaan en vir hulle gesê weet ek sal moet oorgaan op nagdiens en kan nie meer dagdiens doen nie. Maar hulle het verstaan, hulle was baie baie behulpsaam.

N: Net vir interessantheid. Hoekom het mevrou nie daaraan gedink om spraakterapie te doen nie?

P: Ek het nie geweet van STT nie. En hy het sag gepraat. Hy het sag gepraat. En toe het hulle vir my by PTA Akademies gesê ek moet nie na hom luister as hy fluister nie. Want dit was, hy het uhm...'n tragie gehad. En hy moet leer om hard te praat. En toe het hulle ook vir my gesê ek moet hom (die tragie) toe druk, sodat ek hom kan leer om hard te praat.

N: Oor watter kennis dink u moet sorggewers oor beskik ten einde na 'n persoon met 'n breinbesering om te sien? As u nou vir 'n ander sorggewer moet verduidelik..... net kortliks.

P9: Ek wens iemand het vir my gesê hoe erg sy besering was dat ek hom nie gedruk het nie. En dan... ek het die kennis gehad van fisioterapie en bedseer. Bedseer vir my is baie belangrik. Beweging is baie belangrik. Hoe ver jy hom kan druk. En hoe ver jy hom kan laat oefen. Uhm, en dan weer hulp vir jou. Jy

gaan moet hulp kry. Jy gaan dit nie alleen kan doen nie. As daar nie 'n ma en 'n pa en 'n broer of 'n suster is nie. Jy gaan moet hulp kry om daai oefeninge te doen. 'n Bedbad as hy bedleënd is, 'n bedwas te gee. Uhm, so dit is alles, dit is sy...so as jy dit saamvat, is dit bedsere maar dan is dit 'n daaglikse bad iemand sal jou met dit moet help, fisioterapie iemand gaan jou met die moet help, en dan jou behoeftes. Dat jy jousef moet afsonder. So ver as moontlik moet jy hulp vra.

N: Wat is op die oomblik X5 se grootste kommunikasie probleme?

P: Ek voel hy moet drink om te kan kommunikeer. Daar is 'n hele hap uit sy lewe uit gevat. Die meisietjie met wie hy uitgegaan het is getroud met 'n kind, sy broer oor wie hy baie erg was is getroud met 'n kind. En hy kan nie vir my sê wat regtig in hom aangaan nie. Hy praat baie goed en hy weet hoe om vir jou 'n ding te sê, maar uhm hy leef absoluut in homself. Absoluut. As hy 'n paar doppe in het dan kan hy praat. Nou sit jy, dit is nou alreeds wat 8 jaar ...nou sit ek met hierdie verskriklike behoeftes. Ek kan nie, ek kan nie, ek weet nie hoe om dit reg te kry nie. Ek kan vir jou dit nou vertel, want dit is ook vir my baie groot spraak. Ek het hom gaan wegvat by sy pa, toe ek besef het hy het hulp nodig. Ek het hom toe hier na die kollege toe, hier in Centurion gevat. Toe het ek besef hy het nie matriek nie. Matriek is weg. En ek het hom ingeskryf as 'n elektriëen. Ek vir drie weke lank saam met hom klasse toe geloop om-om-om vir hom te leer waar is die klasse. Waar moet hy dit en waar moet hy dat, en waar moet hy wag vir my. En toe was sy kommunikasie baie baie swak. Baie swak. En ek kan vir jou dalk briewe gee van dit... Want ons het met hom begin by N3 want hy was in matriek hy het heeltemal teruggegaan na N1 toe. Hy kon nie verstaan nie en hy kon nie kommunikeer nie. Hy kon nie vir my sê wat was in hom fout nie. So hou dit nou vir sewe jaar daarna aan. En dan nou as hy kan praat met sy spraak net so, dan sy fisiese spraak. Hy praat eentoning aanmekaar. Ek dink dit is al manier hoe jy kan weet hy is 'n hoofbeseerde. Wat niemand nog dit vir hom gesê het nie. Ek probeer dit vir hom sê, maar dan sê hy ek kritiseer. Hulle vat kritiek baie sleg. Baie. Oor hierdie drank storie, sê hy maar hy het dit nodig om te ontspan en dan te kan praat. Sodra hy moet die skottelgoed was, ek vat...hy moet 50 % van die huiswerk doen ... dan sê hy vir my maar nee hy het 'n hoofbesering hy is nie lus om vanaand die skottelgoed te was nie. Uhm, sulke dingetjies. En hy is baie ... hy kan baie vir homself doen, baie baie. Hy is baie aggressief, omdat hy homself nie kan uitdruk nie. Ek bedoel hy werk as 'n elektriëen, vat my kar, hy gaan soontoe en hy kom terug. As hy laat is, dan stres ek my dood. Manipuleer alreeds weer daar, maar dan sê hy nee maar hy werk laat... dan raak hy aggressief. Hy raak baie aggressief. Hy was 'n baie aggressiewe tipe kind gewees, so jy verwag dit. Maar hy handhaaf homself emosioneel baie goed.

N: Wat dink u is op hierdie stadium sy grootste behoefte in terme van kommunikasie?

P: Maats. En waar kry hulle maats? By 'n ander hoofbesering. En dan sit jy met jou hoofbeserings onder een dak. Maar hy het 'n normale sosiale lewe nodig. En hulle stoot hulle definitief uit, want hulle is bietjie stadiger, vrae bietjie snaakse vrae. Uhm en al sy pelle wat hy gehad het, is weg. Is net weg. Dit is 'n helse behoefte. Die sorggewer moet geleer word om die die persoon "rope" te gee. Weet ek besef as hy hierdie werk permanent kry, dan gaan ek definitief probeer om hom by Ararat, (ek hoor dit is 'n christelike plek), in te kry met 'n kamer. Ek sal hom steeds onderhou, maar hy moet wegbreek. Hy moet. Maar ek besef dit. Ek gaan moet vir hom begin afstoot, wegstoot. Hy gaan nou uit met 'n meisietjie wat ook hoofbeserings opgedoen het en uhm sy het baie goeie ouers. Maar uhm, ag dit gaan nie goed nie, jy weet? Hulle wil saam uitgaan, jy wil nie vir hulle daai "rope" gee nie. Dit is baie erg. Dit is regtig erg. En dit is wat ek baie keer sê. Dit is nie, dit is nie net 'n week of 'n maand en twee maande se ding nie. Hierdie ding wat die ouers tref, is maande en maande en jare. En-en-en dit het my verskriklik gehelp met hierdie klomp. Hierdie is 72 verstandelik verstremde...en hulle is opgepiep. En ek het gesê: "Vergeet dit, vergeet dit". Dit is "self advocacy". Jy moet dit toepas op hulle, hulle moet leer om vir hulle self te dink. Jy bederf hulle.

N: Wat dink u is ons rol as STT in die hantering van sorggewers?

P: As daai pasiënt eers uhm ge"assess" word, wat is die Afrikaanse woord, geëvalueer word, terug te kom na die sorggewer toe en sê: "Jy verwag te veel as jy verwag hy moet nou praat". En daai klein dingetjies dat ek moet die tragie toe hou as...dat hy harder praat. Die behoefte van vat, en dat daai persoon definitief voel as jy vat. En dan gehoor. Die gehoor. Weet, ek het nooit daaraan gedink nie. Dat jy die heelyd met hom moet praat normaal en dat jy musiek moet speel... en dat uhm uh, die heelyd dat hy besef jy is daarso. En dat jy al begin praat dat hy dan woorde optel. Ons het 'n "tape" vir hom gespeel, ek kan nie eers onthou watse "tape" nie. Maar dit was 'n kinder-"tape". Weet jy die eerste keer wat ek besef het hierdie kind verstaan wat hy hoor, is hy het sy vinger opgetel en hy het sy ore toegedruk. Maar ek dink dit is die belangrikste. Hoe belangrik gehoor en spraak en vat is. En te evalueer en vir daai ma te sê: "Kyk, hy is soos....hulle sê nou hierdie een is soos 'n veertien jarige en dat ek moet verwag dat hy

uitbarstings kry en dat hy ook.....(onduidelik). Want jy weet en onthou ek het hom teruggevat na sy pa toe en sy pa het hom dag en nag laat slaap. En dit is verkeerd gewees. En ek het net besef ek moet hom terugbring hiernatoe en ek moet hom iewers by 'n plek inkry ek moet hom help... ons was toe by OETA gewees – medies geskik vir werk. Gelukkig het dit toe nog bestaan. En ek het toe met hom op die “computer” begin. En hulle het my eendag ingeroep en gesê hoe ek met hom moet praat en hoe ek sy hande en sy voete moet... en dit is belangrik. En in 'n groep inskakel waar ander mense ook praat. En ek doen dit hierso. Dit hoekom as ek een van julle hoor wil ek julle net kry om met die huismoeders te kom praat.

N: As u een behoefte het ten opsigte van die hantering van die persoon met die TBB wat sou dit wees?

P: Oef, ek wens ek het hom beter geleer voordat hy die hoofbeserings opgedoen het. Ek was 'n verskriklike besige ma. Ek het nie sy behoeftes geken nie. Voor ek hom daar gekry het in die hospitaal nie. Ek het-ek het besef ek het totaal verby my kind gelewe. En ek het nie sy behoeftes geken nie. Ek het dit nou eers begin leer ken. Dit waarvoor hy lief is, dit waarvoor hy nie lief is nie. En uhm, ek dink dit is my grootste behoefte. Regtig. En dan deur hom wat dit is om die susters in die hoë sorg....te...dat hulle besef dit is nie “afskryf” nie. Ek het hulle al gehoor sê as ek daar loop: “Ag mevrou, skryf hom af hy het 'n hoofbesering”. As ek net daai daai daai...dit het 'n behoefte by my geword as gevolg van X5. Dit is iets in ons opleiding gewees dink ek, want ek het ook so gemaak. Weet ek sê baie keer vir hulle ek sit met hierdie verskriklike... en dit ook, as 'n mens net aan 'n sorggewer kan oordra dat sy moet vergeet van al haar skuldgevoelens. Vat dit van jou skouers af. Vergeet van die verlede en leef vir die toekoms want jy het hierdie pesoon om aan te dink. Vergeet van al jou dinge wat jy mee groot geword het. Jy weet ek het skuldig gevoel omdat ek uit die huis uit is. Ek het skuldig gevoel omdat ek geskei het en ek het skuldig gevoel omdat ek hierdie kind nie regtig geken het nie. Vergeet dit alles. Vergeet dit alles. En kry die behandeling. En ek sal nooit vergeet nie, my eerste gebed was en ek het gesê: “Here asseblief gee net hierdie kind terug vir my”. “Dat hy net 'n toilet kan gebruik en self kan eet”. Jis. Het ek maar besef as ek daai tyd gevra het vir 'n miljoen rand het die Here vir my die miljoen rand gegee. Want Hy het vir my baie meer terug gegee as daai behoeftes. Jy weet. Regtig. Dankie ek het 'n God geken anderster het ek “gepack”. Ek het opgepak en ek het hom vir sy pa gegee en ek het wegeloop. Jy moet kom insit by daardie groep op 'n Maandag aand waar die hoofbeserings is. Daai man is 'n fantastiese mens. Regtig weet jy wat hy vir my beteken het. Ek kan dit nooit vir hom teruggee nie. Maar daar besef jy. Ag ek het nie eers die helfte van die probleme gekry wat hulle kry nie. Regtig.

BYLAE O

Transkripsie van semi-gestruktureerde onderhoud van sorggewers wat alreeds deur die proses van rehabilitasie is

Deelnemer 10 en 11:

Opmerkings: Die opname was baie swak en onduidelik gewees. Die verskillende deelnemers het die inligting wat hulle weergegee het baie beperk. Almal wat moontlik 'n inset in die familie kon lewer het iets op die band genoem. Daar was drie deelnemers, maar dit het heeltyd net gewissel tussen twee persone op een slag.

N: As u die term traumatiese breinbesering in u eie woorde moet omsit, hoe sou u die term beskryf?

P10: Traumaties is die regte woord. Uhm dis baie erg.

N: En as mevrou die term sorggewer moet beskryf?

P10: Die sorggewer is maar persoon wat haar moet help met alles. Met alles. Die hele dag. Sy kan niks vir haarself doen nie. Sy begin nou so bietjie, maar ...dit is nie die wonderlikste werk op aarde nie maar ons is lief genoeg vir haar om dit te doen, so ons sal haar nie in 'n rehabilitasie sentrum sit nie. Maar uhm, dis nie maklik nie. En dit moet definitief iemand wees wat haar goed ken. Soos ek ook in die hof gesê het nou die dag, iemand anders het nie daai empatie... en ons het al versorgers probeer in die begin en dit sal nie werk nie. Dan sê ons maar net vir haar sy hoef nie weer te kom nie. En as ons haar in 'n rehab center gesit het, sou sy dood gegaan het. Ek weet dit. En, ons... haar baie. Ons behandel haar normaal en dit het baie bygedra tot haar verbetering vandag.

N: En as mevrou die term akute rehabilitasie periode moet kan definieër, hoe sou u dit beskryf?

P10: Kyk dit is... ek wens net ek het daai tyd geweet wat ek vandag weet. Dan sou ons dit beter hanteer het en ons sou meer hoop gehad het. Maar al die dokters is negatief. Die meeste terapeute ook. So, ons het nie geweet waar ons staan en wat lê voor nie. Plaas het hulle ons gevat en sê hoor hier dis die probleem, dit is wat breinbeserings is. Dit is wat voorlê. Dit is die vordering. Niemand het vir ons gesê wat gaan gebeur nie. Ons het gedink sy gaan wakker word en nog dieselfde wees. Ek is talleurgesteld in almal. Al die dokters. Hulle gee geen hoop nie. Niks.

N: Almal sê al wat hulle altyd wou weet is wat is die pad wat voorlê.

P10: Nou weet ek wat is die pad.

N: Niemand kan vir jou presies sê nie.

P10: Maar min of meer. Dit is die pad, dit gebeur, dit gebeur, dit gebeur. Tot in die hospitaal. Dis min of meer, almal kry epilepsie of spraakterapie. Ek het my dood geskrik die eerste keer. Niemand sê wat lê voor nie. As mens net bietjie voorbereid was, dan sou dit beter gewees het.

N: Uhm, as u terug dink aan daai tyd, uhm met X7 (dit is nou baie gebasseer op die vorige vraag), maar wat was u behoeftes in daai tyd. U as sorggewers se behoeftes, rondom kommunikasie met haar. Rondom hoe om met haar te kommunikeer.

P10: Jy sien ons het nie geweet nie. Verstaan sy? Uh, wat moet ons doen? Ons het haar maar net normaal behandel het, en op die ou einde het dit maar die beste gewerk. Sy kon nie terug praat. Jy weet nooit wanneer het sy pyn nie, wanneer, uh wanneer moet jy wat doen nie, maar ons het maar geleer.

N: En in terme van algemene hantering van haar? Net in terme van... kyk die vorige vraag was rondom dat u wou weet of sy verstaan. Maar nou rondom algemene hantering. Fisies? Uhm, wat was u behoeftes daar rondom gewees?

P10: Dit was ook maar moeilik. Want een kon haar nie alleen hanteer het nie. Ons moes haar dra in 'n handdoek. Waar ons haar wil hê. En dit was moeilik.

(Vader (P11) wat gehelp het met versorging word nou deel van die onderhoud).

N: Ek het nou net jou ma gevra uhm in terme, ek het haar gevra wat was haar behoeftes toe X7 by die huis gekom het – toe sy net uit die hospitaal uitgekom het. Wat was haar behoeftes interme van om met haar te kon kommunikeer. So wat was jou behoeftes? Wat sou jy graag wou weet?

P11: In watter opsig, in watter opset praat jy nou van?

N: In terme van kommunikasie met haar? Om met haar te praat.

P11: Toe sy net uit die hospitaal uitgekom het? Oef. Dit was feitlik onmoontlik om met haar te praat. Sy het ... Ja sy was bedleënd. Sy het die pyppie nog... daai voedingspyppie deur haar neus gehad, wat deur haar slukderm keel gegaan het, so sy kon nie fisies eintlik niks praat nie. Sy was te swak om te praat. Sy kon skaars wakker bly. So jy kon eintlik glad nie met haar praat nie. Niks nie.

N: Sou jy graag wou weet of sy jou verstaan as jy met haar praat?

P11: Ja. Wat ons... wat vir my nice was in daai opsig. Dit was asof sy op 'n manier kon kommunikeer deur 'n handdruk of...ag jy weet moes, jy kry so gevoel as iemand verstaan as jy met hom praat. En dis asof daar bietjie aksie in haar oë was wat jy kon of, of reaksie, wat jy kon sien. So soort van ja.

N: Het mevrou nog iets wat mevrou wou antwoord. Ons was op algemene hantering. Wat was mevrou se behoeftes?

P10: My behoeftes of hare?

N: Mevrou sin. Hoe om haar te hanteer. Mevrou het gesê dit was moeilik in die begin, want mens moes haar dra.

P10: Mmm. Ja, mens moet maar net baie geduldig wees, dis al.

P11: Ons moes haar met handdoeke in en uit die bad optel. Uhm met 'n kombers...ja sy konnie regop dit nie, sy sou omval. Ons moes haar orals heen dra. Sy kon nie regop sit nie, sy moes lê die heelyd.

P10: Ons het haar "opgejack" met die rolstoel, dat sy kon staan.

N: En het mevrou hulle hierdie goed self uitgevind en of.....

P10: Iemand het die rolstoel gebruik en ons het net...ons moes haar so gou as moontlik normaal kry. Sit staan... en het besef dit gaan maar lank vat...

N: As mevrou hulle voor die tyd geweet het, sou dit makliker gewees het?

P10: Ja, want dan het jy geweet wat lê voor. Jy weet, voorsorg tref, hulp kry.

N: Watter vrae dink mevrou, sou mevrou wou gehad het moet die dokters, of die STT, of die fisioterapeut, of die arbeidsterapeut vir mevrou vra om mevrou se behoeftes te kon identifiseer?

P10: Hulle moet jou net hoop gegee het. Hulle moet nie net vir jou... negatief wees en of niks sê nie. Hulle het te doen met baie sulke gevalle. Hulle weet min of meer daar is 'n patroon. As, ek bedoel al is elke breinbesering anders, daar is wel 'n soort van 'n patroon... so dra sy loop gaan haar spraak verbeter. Ek het dit by drie mense, nou na drie jaar, het dit vir my gesê. So jy weet daar is dinge wat 'n mens behoort te weet.

N: En interme van spraak en taal?

P10: Ja, in die hospitaal het die dokter direk gesê: "Sy gaan nooit loop nie, sy gaan nie praat nie". En hoe kan jy dit vir iemand sê? Jy breek moes sy moed. En as ons nie moed het nie, hoe moet ons dit oordra... (onduidelik) aan haar toe. Ek kan nie verstaan, weet hulle niks daarvan of wil hulle jou net nie hoop gee nie, of stel hulle nie belang nie.

N: So dit vir mevrou beter gewees het om, dat hulle vir mevrou sê hoor hier daar gaan...daar is miskien hoop. Hulle dink hulle is bang. Ek dink as hulle sê dit gaan gebeur....

P10: dan is jy kwaad vir hulle.

N: Maar sal dit vir mevrou beter wees as hulle net bietjie meer hoop gee?

P10: Ja. As wat hulle jou dadelik afskiet en sê... Ek is seker daarvan hulle het baie gevalle gesien. Ek meen ek het nou in hierdie drie jaar (ek het vir jou gesê) Z. (baie wat hulle geen hoop voor gehad het nie). Loop, praat, 90% normaal. Daar is een dokter wat vir my gesê het, 95% kans dat sy weer sal loop en dit is waarin ek vasklou. Ag en ons sien die vordering is goed. Sal.... As ek terug dink aan al die terapie ook. Die een sê doen dit. Die een sê doen dat. Dit is altyd asof ons in die middel loop, en ons moet besluit wat om te doen. En ons het nie daai kennis nie. Die een sê ja en die een sê nee. So dit was moeilik.

N: Die volgende vraag is, as mevrou nou terug dink aan die hele tyd wat verby is. Oor watter kennis dink u moet 'n sorggewer kan beskik om so peroon te kan hanteer. Wat dink mevrou moet 'n mens weet om optimaal na haar te kan kyk? In enige aspek. Maar dink in terme van algemene hantering, kommunikasie, familie en alles.

P10: Ek dink die belangrikste is 'n mens moet hulle normaal behandel. Nie soos 'n baba op piep nie. Mens moet hulle normaal behandel soos wat hulle was. En dan kry jy meer normaliteit.

N: Interme van kommunikasie?

P10: Ek weet nie.

N: Sou mevrou oor maniere wou, sou mevrou graag wou hê hulle moet vir mevrou maniere gee hoe om dit makliker te maak vir mevrou en ook vir haar?

P10: Ja, ja.

(Lang stiltes)

N: En interme van gedrag. Sou mevrou graag wou gehad het hulle moet vir mevrou wys hoe om dit te kon hanteer?

(Baie lang stiltes)

P10: Ja.

(Vader het uitgeloopt vir oomblik, is nou weer terug – navorser herhaal die vraag.).

N: Die vraag wat ek gevra het is oor watter kennis dink jy behoort 'n sorggewer te beskik om die persoon optimal te hanteer?

P11: Dis maar jy moet... moet weet hoe om haar te stimuleer. Hoe om haar op 'n manier te probeer....(kyk obviously het sy baie verlore gedagtes of-of-of "memory loss" en al daai goeters), hoe om dit op 'n manier te probeer terug te stoor in haar. Hoe om haar gedrag te hanteer. Baie keer as sy... ek dink sy raak ook aggressief, sy raak ook moeilik. Sy probeer dinge oordra, en baie keer verstaan niemand haar nie. Om al daai metodes, om dit makliker vir haar te maak. Dis wat ek dink.

P10: Want sy skree as iemand haar nie verstaan nie.

P11: Sy skree gereeld op my.

P10: Maar nou sy het 'n bokkie bo haar bed gehad. Dan sê haar ouma dit is nie 'n bokkie nie, dit is 'n dit. Toe skree sy. Want sy moenie met haar stry. Sy glo dis so en dan is dit so. En sy was reg.

P11: Watse hantering? Laat ek dit so stel.

N: Goed ons kan eerste dink in terme van om met haar te kon kommunikeer.

P11: Daar was nie kommunikasie nie. Geen spraak nie. Niks nie. Ons het gewonder... (onduidelik)

P: Maar ons het nie geweet hoe om met haar te kommunikeer nie.

P3: Ja, maar niemand kon met haar kommunikeer nie.sy kon kyk, jy weet haar oê het gedwaal. Kyk sy het nie beweeg eintlik nie niks nie.

N: Sou meneer graag wou weet as mens met haar praat of sy wel verstaan?

P11: Ja, dit sou 'n mens graag wou weet. Wat ervaar so persoon, jy weet? Ek weet nou jy kan dit nie bepaal nie. Uhm, dit is iemand met wie jy graag sou wou kommunikeer, (onduidelik) of is ek verkeerd as ek dit sê?

N: Wat dink mevrou is op hierdie stadium die persoon se grootste behoeftes.

P10: Wat is haar grootste behoeftes? Spraak. En om te loop. Die toilet storie. En sy soek... geselskap (onduidelik)... al haar vriende en vriendinne het haar gelos. Sy soek maar nog vriende en vriendinne.

P11: Maats. Sy is die hele dag op haar eie. (onduidelik). En dan balans. Ek sit aan 'n ander ding en dink. Het jy al party keer gehoor hoe toe is haar neus. Ek dink as haar neus meer oop is sal sy duideliker kan praat. As ek dink, sy vorm darem maar partykeer haar woorde baie mooi, maar ander kere (onduidelik). Partykeer klink haar ma soos pa. En ander kere kan jy die pa baie duideliker hoor.

N: Wat dink u is die rol, ek het nou hier spesifiek gevra spraakterapeute, maar enige ander persoon, bv. fisioterapeut, dokters ens. in die hantering van u as sorggewers? Wat dink u moet hulle doen om u meer effektief te kan hanteer.

P10: Hulle moet jou beter voorberei.

P11: Ja, voorbereiding kan help. Ek sal ook sê hulle doen 'n diens en doen wat hulle moet doen. Maar ons wat dit elke dag met haar moet doen, weet nie hoekom ons dit met haar moet doen nie. Jy weet, kom ons vat nou 'n stupid ding. Jy moet haar nou met 'n borsel, borsel. Ons het seker eers na die agtste of die negende klas toe kom ons eers agter dat dit vir haar balans is. Jy wil net weet wat doen hulle. Want as ek weet waarnatoe hulle gaan, dan gaan ek mos baie meer daaraan werk. Maar ek... mos nou... hierdie geborselry... hierdie kind het nie bedsiekte nie, sy het nie luise nie. Maar jy moet haar borsel. Dis logika. Sy word genoeg rondgedra, so sy kry nie bedsere nie. Waarvoor moet jy borsel? Ek noem nou maar jy weet, net dat jy weet. Maar ek dink die professionele mens...(onduidelik) ek is self 'n professionele mens... (onduidelik) maar hulle sny af. Hulle doen die werk maar...(onduidelik).

P10: Haar nuwe spraakterapeut sê vir my dit gebeur en dat gebeur. Dan kan jy bietjie meer insien hoe spraakterapie werk. Sy sê vir my gewoonlik doen hulle dit. Of dit of dit of dit gebeur as sy die woord sê of sy sluk haar eerste of haar laaste woord in. Daai, hoekom sy dit doen, dan verstaan mens beter. Dit help nie jy gaan na 'n klas toe en hulle gaan aan en jy weet, dit is vir jou sinneloos. Maar as jy weet hoekom jy doen dit dan, kan jy daar aan werk.

N: Hierdie aspekte kom deurentyd uit.

P11: Ja, want dit kom van die begin af. Jy het nou jou Neurosjirurg. As jy hom nie persoonlik betaal nie... dan sny hy af. Jy moet hom sien. Dit is jou mens wat daar lê... (onduidelik).

N: En as u dink in terme van die hantering van die persoon met 'n breinbesering. Wat is die rol van 'n STT?

P11: Kyk dit is die kommunikasie. Jy moet kyk dat die persoon kommunikeer.

N: As u een behoefte het in die hantering van X, wat sou dit gewees het.

P11: As ek een behoefte het? Dis maar kommunikasie en balans. Dit is al wat ek aan kan dink. Dit staan by my so, daar is nie een wat ek kan uitsonder nie... (onduidelik).

P10: Dat sy weer normaal moet praat, en so naby as normaal weer mens kan wees.

N: Baie dankie.

BYLAE P

Figuur 4: Voorlopië meetinstrument: Behoefteveraelys vir sorggewers van 'n persoon met traumatiese breinbesering.

I need to know more about	No need	Not such a big need	Fairly big need	Big need
1. GENERAL HANDLING OF THE PERSON WITH TBI				
1) the general symptoms	1	2	3	4
2) the physical symptoms	1	2	3	4
3) the communication symptoms	1	2	3	4
4) the cognitive symptoms	1	2	3	4
5) the behavioural and emotional symptoms	1	2	3	4
6) the rehabilitation process	1	2	3	4
7) the recovery process	1	2	3	4
8) the functions of the brain	1	2	3	4
9) the basic needs of the person	1	2	3	4
10) the care priorities	1	2	3	4
Other needs that the TBI person has... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
2. INFORMATION: WHAT I AS THE CAREGIVER WANT TO KNOW				
12) my role in general	1	2	3	4
13) my role in assessment	1	2	3	4
14) my role in therapy	1	2	3	4
15) my role in the rehabilitation team	1	2	3	4
16) addressing the person's physical needs	1	2	3	4
17) addressing the person's basic needs	1	2	3	4
18) addressing the person's communication needs	1	2	3	4
19) addressing the person's emotional needs	1	2	3	4
20) addressing behavioural concerns	1	2	3	4
21) addressing cognitive concerns	1	2	3	4
Other needs that I have... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
3. SUPPORT: PERSON WITH TBI				
22) support groups	1	2	3	4
23) the benefits of support groups	1	2	3	4
24) where can I find support groups	1	2	3	4
25) day care for the person	1	2	3	4
Other needs that the person with TBI has... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4

NEEDS QUESTIONNAIRE FOR CAREGIVERS OF A PERSON WITH A TRAUMATIC BRAIN INJURY
 Instructions: Make a cross in the appropriate block according to your need

Figuur 4: Voorlopige meetinstrument: Behoeftevraelys vir sorggevers van 'n persoon met traumatiese breinbesering.

I need	No need	Not such a big need	Fairly big need	Big need
4. SUPPORT FOR THE CAREGIVER				
26) to know more about a caregiver support group	1	2	3	4
27) to speak to other people that have already been through the process	1	2	3	4
28) to know more about a communication group where the CG can ask questions to other professionals and other people, regarding problems experience	1	2	3	4
29) support to make the necessary changes in my life style to look after the person (my work, at home, etc)	1	2	3	4
30) to tell someone about my emotions & feelings	1	2	3	4
31) to tell someone about my disappoints	1	2	3	4
Other needs that I have... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
5. COMMUNICATION WITH THE PERSON				
32) specific guidelines in order to help the person to understand me better during communication interaction	1	2	3	4
33) specific guidelines in order to understand the person better in communication interaction	1	2	3	4
34) to know what I can do to improve the person's speech	1	2	3	4
35) more information on different devices that are available to support the person during communication	1	2	3	4
36) more information regarding ways to address the person's communication needs	1	2	3	4
37) to know more about ways to stimulate the person	1	2	3	4
38) to know more about when to stimulate the person	1	2	3	4
Other needs that I have... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
6. COPING				
39) to know how to cope with slow recovery	1	2	3	4
40) to see that the person is improving	1	2	3	4
Other needs that the CG has... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4
7. HOPE				
41) to know what the future holds for the person	1	2	3	4
42) to have more hope for the rehabilitation team	1	2	3	4
43) to know about the person's long term outcomes	1	2	3	4
44) to know about the future implications of the injury	1	2	3	4
45) to speak to someone that will give me more hope	1	2	3	4
Other needs that I have... <i>(Please list & tick relevant box)</i>	1	2	3	4
•	1	2	3	4

NEEDS QUESTIONNAIRE FOR CAREGIVERS OF A PERSON WITH A TRAUMATIC BRAIN INJURY
 Instructions: Make a cross in the appropriate block according to your need

BYLAE Q

**WHAT THE CAREGIVER OF A PERSON WITH A MODERATE-
TO-SEVERE BRAIN INJURY NEEDS TO KNOW IN THE
HANDLING OF COMMUNICATION PROBLEMS AND OF
OTHER ASPECTS OF THE CAREGIVING PROCESS**

Presented by

Melani Olivier

**As part of a master's degree study in the Department of Communication
Pathology**

University of Pretoria

November 2003

Table of contents

1. The nature of a traumatic brain injury	339
2. How the human brain works, and the functions of the different parts	339
3. Characteristics of a head injured individual/ symptoms that can occur	344
4. Possible levels of consciousness of the patient and the role of the family	349
5. Behavioural/ Emotional problems	353
6. Cognitive problems	354
7. Cognitive-communication problems	356
8. Physical difficulties	356
9. The rehabilitation process	357
10. Reaction of family members to brain injury	359
11. The implications for the TBI patient's family	360
12. What to do after leaving the hospital	361
13. Family coping	362
14. Support and support groups for caregivers	363
15. <i>Reference list</i>	364

1. THE NATURE OF A TRAUMATIC BRAIN INJURY (TBI)

- **Definition of a TBI**

To understand a traumatic injury better, we define it as a **cognitive, intellectual, emotional, and physical impairment** resulting from multiple lesions in the brain due to sudden injury from an external source (Rollin, 2000). TBI usually occurs in a much younger population (Rollin, 2000).

- **Classifications and causes of TBI**

Although the precise figures are unavailable the two major types of TBI are **penetrating injuries and closed head injuries**. Brain injuries are classified as “closed head” injuries in which the brain is injured even though the skull is not penetrated.

Common causes of closed head injuries are car accidents (30% - 50% of all cases), sport injuries, falls (20% - 30% of all cases), and blows to the head.

An “open-head” injury is one in which the brain is injured when the skull is penetrated.

Common causes of open head injuries are skull fractures, gunshot or knife wounds (Naugle 1990 in Shipley and McAfee, 1998). Penetrating injuries occur when an object, such as a knife or a bullet, penetrates the skull and rips through the soft brain tissue, damaging nerve fibers and nerve cells. The neurological damage is focal (localized) and the resulting behaviour varies, depending on the severity and location of the injury. A focal injury is one in which the injury is restricted to one specific region of the brain.

Closed head injuries are incurred from the collision of the head with an object or surface that does not penetrate the skull. Even though the skull remains intact, the brain can be severely damaged. The damage is diffuse. **Diffuse injury refers to an injury throughout a portion of the brain and results from the twisting and rebounding of the brain within the skull.** This twisting can result in shearing or tearing of the axons (nerve fibers). This type of injury is the principal cause of prolonged traumatic coma (Duffy, 1998 and Shipley and McAfee, 1998).

Considering the varying nature of a TBI one can understand why there is no such a thing as a typical brain injury. Also, a brain injury can occur at any stage. These factors pose a unique challenge to the therapists and caregivers in attempting to intervene and support a person who has suffered a head injury (Shipley and McAfee, 1998).

2. HOW DOES THE HUMAN BRAIN WORK, AND WHAT ARE THE FUNCTIONS OF THE DIFFERENT PARTS

a) What happens when the person has a TBI?

In a traumatic brain injury the brain may be injured in a specific location or the injury may be diffused to many different parts of the brain. It is this indefinite nature of a brain injury that makes treatment unique for each individual patient.

In the past twenty years, a great deal has been learned about the nature of the problems an individual may have by knowing the location of a lesion. As professional people working with people with a traumatic brain injury and their caregivers, however, we have learned about an injury by observing the day to day activities of the person with a TBI.

All the activities a person performs each day, whether physical or mental are directed by different parts of the brains. It is important that you become familiar with brain function to understand better why the person has problems with specific tasks. In order for you to understand how the rehabilitation process works I will guide you through the different parts of the brain and indicate some of the functions and problems resulting from the injury.

b) What is the brain?

The brain is a mass of soft, spongy, pinkish gray nerve tissue that weighs about three pounds (1.36Kg). The brain **controls many involuntary functions, such as circulation of body fluids, temperature, respirations (breathing), and sensory impressions received from the ears, nose, mouth and skin.** The brain also controls **consciousness, emotions, thought and reasoning processes.**

It contains a **memory center** which allows recording, recalling and making use of past experiences. When someone suffers a brain injury, some of these functions may be affected.

The brain has many parts including the **cerebral cortex, brain stem and cerebellum**. By listing some of the functions of each part, I will provide an overview of what problems occur after injury to these parts. It is important to understand that the brain functions as a whole by the interrelationship of its component parts. An injury which disrupts only a particular set of activities that occurs in a specific step, or activities out of sequence, can reveal the problems associated with the injury.

In the following section the functions and deficits or problems revealed when injury occurs at particular locations will be discussed. (*The terms in parenthesis are the professional terms used to describe the deficit*).

c) The right and the left hemispheres of the brain

We have two eyes, two hands and two legs, so why not two brains? The brain is divided in half, a right and a left hemisphere.

The right hemisphere does a different job from the left. The **right hemisphere deals more with visual activities and plays a role in putting things together**. For example, it takes visual information, puts it together, and says "I recognize that – *that's a chair* or *that's a car* or *that's a house*". It organizes or groups information together.

The left hemisphere tends to be the more analytical part. It analyses information collected by the right hemisphere. It takes information from the right hemisphere and applies language to it. The right hemisphere "sees" a house, but the left hemisphere says, "*Oh yeah, I know whose house that is – It's Uncle Bob's house*". In reality it is evident that the two hemispheres work together, for communication.

Your left hemisphere is also more responsible for all **your other language abilities – from reading to calculating and writing**.

Your **right side** controls your **visual memories, your abilities to draw or copy, play music or dance**. It is also the right side that allows you to see the bigger picture, the consequences of your life further down the road, as well as humour.

So now everybody wants to know what happens if the one side of the brain is injured?

People who have an injury to the right side of the brain "don't put things together". They fail to process important information. As a result, they often develop a denial syndrome and say "there's nothing wrong with me". For example, if a person has an injury to the right side of the brain – for instance, the back part of the right brain that deals with visual information, then he loses half of his vision. Because the right side of the brain was injured, it fails to "collect" information, so the brain does not realize that something is missing.

The left side of the brain deals more with language and helps to analyze information given to the brain. If the person has an injury in the left side of the brain, he is aware that things aren't working (the right hemisphere job) but are unable to solve complex or do complex activities. People with left hemisphere injuries tend to be more depressed, have more organizational problems and have problems using language.

When head injury occurs in only one hemisphere of the brain, the result is seen in the opposite side of the body. A damaged left-brain could result in paralysis on the right side of the body, and vice versa. Emotional differences will also be noticed. Injury to the left hemisphere can commonly cause depression. But the same injury in the right hemisphere could actually make a person unaware of his deficits.

d) The different lobes of the brain and their functions

Not only is your brain divided in half, but each half has four lobes, each with a different function.

1.1. The cortex

The cortex is responsible for our higher intellectual functions and is divided into 4 lobes in each hemisphere.

1.1.1. The frontal lobes

The frontal lobes are of course, in front. They are in many ways the commanding offices of the brain. Here you will find controls for impulse, motivation, social abilities, expressive language, and voluntary movements. You will also find the ability to retrieve memory from storage. These lobes also control your “executive functions” – which include the abilities to plan and organize, to stay focused, to make decisions and set goals.

Functions

- Determines how we know what we are doing within the environment (consciousness)
- Determines how we initiate activity in response to our environment
- Controls the judgments we make about what occurs in our daily activities
- Controls our emotional response
- Controls our expressive language
- Assigns meaning to the words we choose
- Involves word associations
- Stores our memory of habits and motor activities

Problems that can occur if this part of the brain is damaged

- Loss of simple movement of various body parts (*paralysis*)
- Inability to plan a sequence of complex movements needed to complete multi-stepped tasks, such as making coffee (*Sequencing*)
- Loss of spontaneity in interacting with others (*He/she might not be able to say what she means*).
- Loss of flexibility in thinking
- Persistence of a single thought (*perseveration*)
- Inability to focus on task (*attending*)
- Mood changes (*Emotionally labile*)
- Changes in social behaviour
- Changes in personality (*He might lose control and become violent*) abusive, and coarse.
- Difficulty with problem solving (*He might not be able to generate any new ideas*).
- Inability to express language, e.g. He can't say what he really means in different situations

1.1.2. The temporal lobes

The temporal lobes are just behind and below the frontal lobes. They are nestled above your ears. They are as vulnerable to head injury as frontal lobes. They hold the bulk of your **memories**, both short and long term. The temporal lobes, too, are the home of your emotional thoughts.

Functions of the temporal lobes

- Hearing ability
- Making memories
- Some visual perceptions
- Categorization of objects, e.g. putting all the things together that he needs to make coffee
- Controlling the ability to understand language and appreciate music

Observed problems

- Difficulty in recognizing faces (*prosopagnosia*)
- Difficulty in understanding spoken words (He might not be able to perceive what you mean).
- Disturbance with selective attention to what he sees and hears
- Difficulty with identification of, and verbalization about objects
- Short-term memory loss (she will have trouble remembering things she had done just an hour ago).
- Interference with long term memory
- Increased or decreased interest in sexual behaviour
- Inability to categorize objects (categorization)
- Right lobe damage can cause persistent talking
- Increased aggressive behaviour
- The Mozart she hears might sound like cacophony.

1.1.3. The parietal lobes

The parietal lobes sit above the ears, near the back of the brain. They may be called the “sensitive” lobes because they control the sense of touch, and they play a major role in the academic abilities, including reading comprehension and spatial relationships.

Functions

- Location for visual attention
- Location for touch perception
- Control of goal directed voluntary movements
- Control of object manipulation
- Integration of different senses that allows understanding of a single concept

Problems that may occur

- Inability to focus on more than one object at a time
- Inability to name an object (*anomia*) / (*Inability to physically feel and recognize an object*).
- Inability to locate words for writing (*Agraphia*)
- Problems with reading (*alexia*) / (*She might find herself unable to read even simple sentences*)
- Difficulty with drawing objects
- Difficulty in distinguishing left from right
- Difficulty with doing mathematics (*Discalculia*)
- Lack of awareness of certain body parts and/or surrounding space (*apraxia*) that leads to difficulties in self-care
- Inability to focus visual attention
- Difficulties with eye and hand coordination
- Inability to distinguish between objects, i.e. an apple and an orange; to him both appear equally strange.

1.1.4. The occipital lobes

The occipital lobes are literally “the eyes at the back of your head”. They are responsible, purely and simply, for sight.

Functions

- Vision

Problems observed

- Defect in vision (Visual field cuts)
- Difficulty with locating objects in environment
- Difficulty with identifying colours (*colour agnosia*)
- Production of hallucinations
- Visual illusions – inaccurately seeing objects
- Word blindness- inability to recognize words
- Difficulty in recognizing drawn objects
- Inability to recognize the movement of an object (*movement agnosia*)
- Difficulties with reading and writing

1.2. The Brainstem

The brainstem is responsible for basic life functions such as heartbeat and breathing, as well as for alertness, arousal, and basic orientations to the environment.

The brainstem consists of three areas:

Medulla: It is as basic as you can get. It is the location of life sustaining controls of blood pressure, heart rate and breathing in or out.

Pons: The Pons is the bridge linking the medulla to the higher more evolved areas of the brain. This part of the brain helps to control muscle tone, reflexes, wakefulness, and mechanisms to keep you alert and ready to react to change.

Midbrain: This area gives you eye muscle control and more of the above actions – from staying alert to keeping your reflexes honed. It is also the bridge between the brainstem and the cerebellum.

Damage to parts of the brainstem can interfere with the cerebellum's ability to provide smooth movements.

Functions

Controls -

- Breathing
- Heart rate
- Swallowing
- Reflexes to seeing and hearing
- Sweating, blood pressure, digestion, temperature
- Affects level of alertness
- Ability to sleep
- Sense of balance

Observed problems

- Decreased vital capacity in breathing, important for speech
- Problems in swallowing food and water (*Disphagia*)
- Difficulty with organizing/perception of the environment
- Problems with balance and movement
- Dizziness and nausea (*vertigo*)
- Sleeping difficulties (*insomnia*)

1.3. Cerebellum

Behind the brainstem you will find the cerebellum, the area of the brain that regulates all your movements, balancing and adjusts every step and every stance. It is also a wonderful “traffic manager”, smoothing and coordinating your movements and your speech muscles.

Functions

- Coordinating of voluntary movements, e.g. to walk – put one foot before the other
- Balance and equilibrium

Problems

- Loss of ability to coordinate fine motor movements
- Loss of ability to walk
- Inability to reach out and grab objects
- Tremors
- Dizziness
- Slurred speech
- Inability to make rapid movements

3. CHARACTERISTICS OF A HEAD INJURED INDIVIDUAL / SYMPTOMS OF BRAIN INJURY THAT CAN OCCUR

The person with a TBI undergoes many physical, mental and personality changes from the time of the injury and throughout the recovery process.

Many things can cause these changes, for instance:

- The person's personality before the injury, e.g. it gets worse, or changes to the complete opposite
- The amount of brain damage: focal or diffuse
- The location of the injury, e.g. frontal lobe, temporal lobe etc.
- Severity of the injury (mild, moderate, severe injury)
- Length of coma (Glasgow coma Scale)

The following are some of the characteristic that the head injured individual may show:

Impairment	Description
Motor/ Physical deficits	<ul style="list-style-type: none"> • Weakness (hemipareses) • Paralysis (Hemiplegia) on one side of the body • Loss of balance and coordination • Difficulty in planning motor movements (ataxia) • Abnormal tone and stiffness in the muscles (spasticity) – patient has inability to move joints as far as he she should
Perceptual deficits: the brain is the control center for all bodily sensations, such as sense of touch, sight, smell, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Double vision (Diplopia) • May not see items on one side of the body (hemianopsia) • Limited attention span – unable to focus on an object for more than a few seconds • Impaired body scheme (person does not know where his body is in space and the relationship of body parts). • Inability visually to separate an object from its background (figure-ground) • Perception of size or shape of things may also be impaired • Hypersensitivity (very sensitive to touch, smell) • Loss of some taste, touch or smell sensations
Speech and language deficits	<ul style="list-style-type: none"> • Expressive language deficit (has problems saying what he of she wants) • Difficulty understanding what is said (receptive language deficit) • Difficulty recalling names of people, places and things (anomia) • Slurred and slow speech (disarthria) • Inability to make the physical movements that are needed for speech (oral apraxia). This makes it difficult to make the sounds needed for words.
Cognitive deficits	<ul style="list-style-type: none"> • Confused: about where he is, who he is, the date, en who the people are around him (disorientation) • Memory deficits • Difficulty remembering and storing new information • Learning new information is a problem • Concentration difficulties • Attention deficits • Perseveration (the person is unable to stop or modify an activity or word once is has been started, even though it has become inappropriate) • Difficulty understanding the complexities of concepts and adapting to changes • Difficulty with judgment, planning, sequencing and making decisions (problem solving)

Lack of insight	<ul style="list-style-type: none"> • Person is unaware of capabilities • May not understand the level of damage • Lacks insight into mental, physical or emotional abilities • For instance: The person may try to stand or even insist on driving a car even though not physically or mentally ready.
Sleeping and waking patterns	<ul style="list-style-type: none"> • Tires easily • Requires rest periods during the day • May sleep during the day and remain awake at night
Hypertension (rise in blood pressure)	<ul style="list-style-type: none"> • This may continue in the head injured individual for weeks or months after the accident. It is more common and lasts longer in those who have been in a coma for a long period of time.
Emotional responses	<ul style="list-style-type: none"> • Personality changes • Agitation – unable to focus attention for long periods of time or to remain still, appears resistive and possibly shows self-destructive behaviour • Extreme mood swings (often crying and laughing for no apparent reason) • Anger and denial • Frustration • Impulsive, demanding, and often unable to show control over words and actions • Self-centered and shows little concern for others • Demonstration of excessive behaviours such as need to eat constantly; desire to go to the bath room frequently, and constant talking.

A uniform set of symptoms characteristic of all TBI's simply does not exist. However, some commonly seen consequences of brain injury include the following:

You can read the following to help you better to understand the cognitive and behavioural changes of the person with TBI,

Cognitive difficulties after TBI (Novack, 1999)

The cognitive difficulties experienced by people after traumatic brain injury (TBI), often have more impact on their recovery and outcome than their physical limitations. Most people with traumatic brain injury, even those that are severe in degree, are ambulatory after their trauma. Within a year, 90% of them are getting around independently and are able to care for themselves. It is however, the cognitive difficulties and behavioural problems that have the most significant impact in terms of their independence.

It helps to think about cognitive abilities as a hierarchy, beginning with the very basic skills and then moving on to more complex ones.

- **Arousal or alertness is first in the hierarchy.**

This is the foundation of everything else. An individual must first be aroused in order to do anything cognitively or behaviourally (Novack, 1999).

- **Sensory motor skills are next.**

One must be able to sense the world in order to operate in it and manage one's life. Sensing means having the use of one's senses, including vision, hearing, and touch. While few injuries cause blindness, they can cause double vision or perceptual problems, making it difficult to interpret visual material. With regard to hearing, an individual very rarely becomes deaf as a result of a head injury. However, there may be problems in discerning discreet sound or in processing auditory material fast

enough to be able to keep up. Motor ability involves manipulating one's environment with one's hands, particularly performing basic skills.

- **Attention and concentration skills are the next level.**

These skills involve selecting what is important in the environment, as well as **shifting one's attention** to what is important. It may be easy to pick out what is important, but one must also be able to maintain attention and focus. When changes occur, one must be able to shift attention. All of these components of attention can be disrupted by a brain injury.

- **Language skills or the ability to communicate with the world is the next level in the hierarchy.**

It is very rare for someone with TBI to lose all language abilities so that they cannot comprehend or express themselves. Language skills problems after TBI are more subtle. An individual may be able to express himself in a basic way, but be **unable to explain complex things in a logical fashion**. One of the more subtle problems that may exist involves **word finding**. The individual cannot quickly access words from memory. When talking, they tend to talk around the topic. It is difficult for them to find the correct word and that can be very frustrating for them.

- **Spatial and constructional abilities are the next level and involve spatial activities, such as drawing or building things and judging distances.**

This requires visual perception as well as being able to take mental images and apply it in the environment through motor output. A complex series of events have to take place for this to occur.

- **Memory abilities come next.**
- **Reasoning skills and the ability to solve problems are the next level in the hierarchy.**

First one has to know that there is a problem. Individuals with head injury **often do not recognize the need for a solution** or they tend to be inflexible. They may come up with one strategy but if that does not work they cannot think of an alternative. They will **stick with that same strategy** even though it does not work. ***The basic "if-then" reasoning that most people use, does not occur for these individuals.***

- **Intellectual abilities follow.**

Here we see a combination of many different skills that combine reasoning, memory, spatial skills, etc.

- **Academic abilities are the final level, combining many different skills.**

For someone who has been through a reasonable educational program, it is rare to lose academic abilities following a TBI. Injured people can usually **still read, write and do mathematics because these are learnt skills**. They are already in the memory banks to the point that these skills are almost automatic. Academically the problem is that an individual is not able to add these skills after the injury because of the memory and reasoning difficulties.

Behavioural/emotional difficulties

Behavioural and emotional difficulties cannot be separated from the cognitive difficulties that accompany TBI. **99% of the time when there is a behavioural problem it is tied to a cognitive problem.**

- **Restlessness and agitation are common problems, particularly in early recovery.** At that point of recovery, people with TBI have significant problems with **attention**. **Restlessness** is a normal reaction for a person who cannot pay attention or is easily distracted. The same thing applies with reasoning. When an individual cannot reason effectively enough to accomplish a goal, they tend to be restless and are thus more agitated.
- **The family frequently describes emotional lability and irritability exhibited by the individual with the head injury.** To understand what is happening, think about it in terms of

executive (reasoning) skills as a gating mechanism. These gates keep behaviour in control. A lot of what the frontal lobes of the brain do is to inhibit actions that are not consistent with the person's goals. They keep him from doing things that he should not do.

When a person has a significant brain injury that involves the **frontal areas**, the gating mechanism can be knocked askew inasmuch as that the person **cannot inhibit behaviour** as effectively as prior to the injury. The individual is **not reasoning effectively and cannot figure out what to do in a situation to solve a problem**. To get the attention needed or to generate a response they may get angry or exhibit other inappropriate behaviour. The gates that kept behaviour in control are knocked askew and things come out that used to be kept in.

- **Confabulation is another behaviour problem.** A patient may tell staff he was at the movies last weekend when actually he has been in the hospital the past two months. The person is not lying; the memory is playing tricks on him. Patients are not able to organize their memory and therefore cannot retrieve information accurately. The person may have been to the movies in the distant past. The organizational process of their memories, called “time-tagging”, is often disrupted.
- **Diminished insight** on the part of people with TBI is a frequent complaint among caregivers. Self-awareness is a very unique skill of adulthood. As adults we are able to step outside ourselves and look at our performance and abilities. This involves being able to process information at a very high-level, requiring attention, memory and reasoning abilities. **Often a person with severe head injury does not have a very good understanding of the deficits or the impact of those deficits on daily life. They will deny cognitive difficulties that are obvious to others, or feel they can engage in activities such as driving, even while acknowledging significant problems.**
- **Impulsivity.** Socially inappropriate behaviour results from both diminished reasoning and lack of inhibition. Both have a lot to do with frontal area functioning and the gating mechanism that has already been discussed. **Many families describe the person with the head injury as saying hurtful things; and that they are insensitive and blunt.** Patients say things that come to mind without due consideration of the situation. It can be a subtle problem or it can sometimes be severe. The injured person is not able to reason: “If I say this, then something undesirable is going to happen”. The appropriate inhibition is not there.
- **Poor initiative can be confused with depression.** Frontal area injury can affect the ability to plan and to organize. This results in a person not initiating activity. They will sit quietly and contentedly. If directed to do something they will do it. But they will not go any further than that. The “if / then” reasoning skills are not present. In addition, attention problems may prevent the individual with TBI from focusing on something long enough to be able to carry through with a plan.
- **Lack of emotional response is demonstrated by a lack of initiative and a flattened affect.** The individual does not smile or show any emotional response to things going on in the environment. An example is an adult with TBI who was told by his mother that he could not drive anymore. His reaction was to put the keys on the dresser and walk out without exhibiting any reaction or emotional response. Most adults would react differently. The emotional response is just not there.
- **Paranoia or blaming of others for negative events is a natural tendency when individuals do not reason effectively.** This can be compounded by individuals having TBI because they are not reasoning well enough to know the logical explanation for what is happening. They automatically assume that someone else is doing something to them and project blame automatically. **If you are not able to apply reason to things, you assume that somebody is doing something to you. When the person is not able to remember something they did, they blame someone else.**
- **Depression is a common problem for individuals after head injury.** The issue is how much of it is organic, related to the brain injury itself versus reactive to the situation. Fortunately, in either case, the condition is usually responsive to medication and counselling. The danger is that depression can compound the problems that already exist, by decreasing activity levels and undermining the expression of skills possessed by the injured person,

- **Anxiety** occurs, in part, because of reasoning difficulties. The inability to comprehend a situation or to anticipate what is going to happen, leads to anxiety.

4. POSSIBLE LEVELS OF CONSCIOUSNESS OF THE PATIENT AND THE ROLE OF THE FAMILY

The following is an explanation of the levels of coma through which a patient may pass as he recovers, along with practical suggestions for the family.

4.1. The comatose, non-responsive level

This means that there is no reaction to any stimulus. The person looks as if he is sleeping deeply. He is usually on a ventilator in the intensive care unit.

4.2. The comatose, but responsive level

This means that there will be some reaction when the senses are stimulated. This level can be subdivided into two types of reaction.

a) Generalized responses

The person sleeps, most of the time, but reacts in an inappropriate and aimless way to some stimuli. His reactions are limited and often the same and are inclined to be delayed. Reactions may be in the form of physiological changes, body movements or speech.

During these stages of recovery the person may respond more to family and friends. When the patient is alert, it is important for you to use time wisely. The following list will help you:

1. Feel comfortable in showing affections i.e., holding hands, rubbing his or her arm, etc.
2. Speak to the person in a calm, slow voice. Talking loudly will not help. Keep sentences short and simple. Use facial expressions and visual cues along with speech.
3. Don't talk down or about the person in his or her presence. Always talk to the patient as if you can be understood by him. Tell the person what you are doing to him or her (i.e. combing hair, washing the face etc.)
4. Providing sensory stimulation for short periods of time (5- 20minutes) can be very helpful. You'll want to stimulate the person through all the different senses, including visual, auditory, smell, tactile and oral. Visually you can use bright, colorful objects, family pictures and penlights. Auditory you can use music bells and hand clapping. For smell you can use perfume, aftershave, cooking extracts and coffee. For touch you can use cotton, feathers, burlap and sandpaper. And orally you can use ice on lips, lemon swabs, sugar and salt.
5. Look for small steps of progress at this level, and reward each one.

b) Localized response

The person appears more awake at certain times and reacts more appropriately to certain stimuli. He may obey simple commands, although not every time and very slowly.

Suggestions for the family may include one or more of the following:

- Talk to the person in a calm, slow, normal voice and say the things that are important to you.
- Introduce him to the nurses and other personnel.
- Make sure you meet his doctors and other therapists, and feel free to ask questions.
- Communication is less confusing when one or two close family members talk to the CHI patient. Try to identify what he wants to say or asks for.
- Talk to the person in a reassuring voice – the ability to hear is present long before the ability to understand.
- Don't discuss the person's condition as if he is not there.

- Stimulate the person when he is awake, but not for longer than 5-10 minutes at a time, as he may become tired. Ask the Occupational Therapist or nurse about an organized way of stimulating his senses.
- Continue to show the person love and affection in a calm way.
- At intervals, play music that the person likes.
- Ask the person to obey simple commands like “lift your arm, close your eyes, stick out your tongue, show me your teeth” or “move your toes”.
- Every time you see the person, say who you are. Tell him what day and date it is. Tell him where he is, how he was injured and that he is recovering.
- Limit the number of visitors and explain to them to speak calmly and teach them about the various forms of stimulation.
- Talk to the person about familiar people and things, names of family members and friends, school and work, holidays and hobbies.
- It is especially valuable to use pictures to illustrate conversations about familiar things and people. Bring the photo album and show photos of the people you’re discussing.
- As the person gradually awakens, help him to start doing the routine activities of caring for himself, like washing his own face with a face cloth.
- Sometimes the person is awake enough to allow one to ask him question about his past, which can be answered with a “yes” or “no”. Allow enough time for him to answer, as his reaction time will be slow.
- Many families find it useful to keep a diary of the patient’s progress, which can also serve as a means of communication between the family and the medical team.
- This is a time when very little activity takes place. The aim is first to get a reaction to sensory stimulation, followed by a slow improvement in regularity, speed, duration, variety and quality of reaction.
- You may initially feel afraid to leave the hospital. It is important to try to be calm and to get enough sleep, exercise and relaxation. Also ensure you eat properly. Alternate visits with other family members. Learn to ask for and accept help from friends and family.
- Not everyone experiences the same feelings at the same time. Some family members may be upset by the attitudes of others. Do not be ashamed to discuss these conflicts with the Social Worker.

4.3. The conscious, but non-responsive level

The patient has no way of reacting to or giving an indication of awareness of your presence. He cannot react appropriately to your stimuli. He may pick up the sensation of sight, hearing, feeling and even taste or smell, but may not be able to give any indication that he has done so.

4.4. The conscious and responsive level

The patient is out of his coma and can demonstrate this by obeying simple commands.

During this stage the goal is focused on getting the patient to respond to simple commands. Avoid over stimulation by eliminating excessive noise and distractions. Be aware of the patient’s energy level and attention span and schedule activities within those limits.

- Ask patient to follow simple commands such as “open your mouth”, “close your eyes”, “show me your teeth”, “shake your head” and “move your finger”.
- Start simple self-care activities such as brushing teeth, washing face and hands. Use a mirror to have the patient name body parts.

- Bring in familiar pictures and objects. Label them so the staff can use them for orientation. Avoid too much clutter.
- Talk about daily events, i.e. what's in the news, the date and month. Watch morning shows.

4.5. Confused / agitated

The person is very active and overreacts to stimuli. He may be aggressive and too active when he is not asleep. He can only pay attention for short periods, during which times he seems to be himself and his abilities can be overestimated. He only remembers the things that happened before his head injury. He cannot be held responsible for his behaviour and may swear a great deal at this stage.

Suggestions for the family dealing with the confused / agitated patient:

- This stage is a sign of improvement, not a personality change
- Use this time to improve the patient's ability to react correctly, as long as he is not irritable.
- Encourage him to perform simple tasks; such as caring for himself (discuss this with the occupational therapist). Don't expect cooperation; just be glad if you get it.
- Only give him the choice of one foodstuff at a time if you visit him during a mealtime.
- Limit visitors to one at a time. Don't do too many things at once – this leads to more confusion.
- Communication is important for the person's recovery – i.e. talk to him as an adult, and if relevant acknowledge that speaking is hard for him. Use any means possible to try and communicate with him.
- Keep on orientating him calmly about his past and present – i.e. who he is, what he was doing before the accident and where he is at the moment.
- Point out unacceptable and inaccurate reactions to him without making a fuss. Don't argue with him – rather change the subject.
- Don't ever scold, threaten or humiliate him.
- Don't ignore him or walk away when he gets upset. Human contact and reassurance from the family usually have a calming effect.
- Don't take childish behaviour personally.
- Behaviour varies with fatigue, amount of stimulation and time of day.
- When everything gets too much, discuss your feelings with the Social Worker. These feelings are normal.
- Don't forget about the other members of your family – they need your attention too.
- Medication to sedate the brain-injured patient is used as little as possible, because it slows down the thought processes and worsens confusion.
- Tears and screams are a generalized reaction to stimuli. Don't label the person stubborn or uncooperative.

4.6. Confused / rude

The person appears wide-awake and can react quite appropriately to simple commands, but struggles with complex commands. He can concentrate for longer, but his attention wanders easily. He has started to remember events from the past, but remembers very little of what has happened since the accident. He can't learn new tasks, but can perform automatic tasks. He may display unacceptable sexual behaviour, poor manners and he may also swear a lot.

- During this stage of recovery, the goal is focused on using up the extra energy the patient may have while providing an environment which is calm and soothing.
- If able to walk, walk with the patient in designated areas (check with the nurse). If the patient is unable to walk, push the patient in a wheelchair.
- Encourage the patient to sit up for as long as can be tolerated. Rest periods must be scheduled.
- Try doing activities the patient can accomplish, i.e., identifying objects. Remember positive rewards are a good motivation.
- Continue to encourage self-care activities i.e. brushing teeth, putting on shirt, combing hair.
- Correct inappropriate and/or inaccurate responses in a "matter of fact" manner. However if the patient is argumentative change the subject or activity.
- Continue orientation. If the patient owns a watch, encourage him or her to wear and use it. Leaving a calendar in the room and a digital clock by the bed is also beneficial.
- Set up and try to maintain a routine with the patient. Structure and routine help them to feel more comfortable and less agitated.

- Keep the room quiet and free of distractions.
- Speak slowly and give the patient time to respond.
- If the person becomes agitated, try to redirect attention to a simple task (i.e. folding paper, sorting cards, etc). Don't try to reason or argue, as this is useless.
- When possible, give SIMPLE choices, to help the patient feel some control over his life again (i.e. "Do you want to wear the blue or red shirt?"). Complex choices will only confuse and agitate.
- A daily log may be begun. Have the patient record events throughout the day to help him with memory.
- To help the patient's memory skill, occasionally ask simple questions, i.e. "What did you have for breakfast?" Give praise for success.
- Ball games, memory games, simple card games and puzzles with a few parts are all good activities.
- Assist him, when necessary, with homework.

4.7. Confused / appropriate

The person obeys simple commands correctly and remembers how to do routine activities. Memory of recent events is still very poor. His attention wanders less and he is more conscious of time and place.

- Encourage independence, especially with self-care activities
- Continue crafts, games and sport activities with increasing complexity.
- Assist with homework and daily log activities when necessary.
- Encourage discussion of TV shows, news broadcasts, conversation or reading material immediately after he or she has seen, heard or read them.
- Work with the patient on money concepts and coin changes. Use vending machine during breaks at the facility.

4.8. Automatic / appropriate

The person seems normal. He can't remember everything that he does. He has poor judgment and problem-solving ability and cannot plan the future realistically. He has very limited insight into his problems. He can take in new information, but more slowly and with difficulty. He can take part in, and enjoy more recreational and social events.

Suggestions for the family:

- Discuss situations at home that may be dangerous and let him tell you what he would do to avoid them, i.e. how to call the police.
- Encourage him to write in his diary (daily).
- Working on a computer can help to develop step-by-step logic, especially if he was familiar with computers before the accident.
- It is important to ensure that your words, actions and movements are clear.
- NB: Don't allow him to drive a car or motorbike.
- He may still react slowly to questions or be hesitant about imitating a conversation or activity. Be patient.
- He may behave in a socially unacceptable way – give him feedback in a calm, matter-of-fact manner.
- Have the patient practice using the telephone book and reading maps.
- Take the individual to the grocery store and have him or her locate a few items and then estimate the cost of each item and handle the money to purchase them.
- When at home, have the patient make beds, assist with house cleaning, light meal preparation, kitchen tasks, garden work and laundry.
- Encourage reading crafts, games and involvement in hobbies.

4.9. Capable / appropriate

Memory of information from the past is good, but recent memories are still vague. He can learn a few new facts, although not rapidly.

Suggestions for the family:

- Encourage maximal involvement at home, school or work (where relevant) within his physical and Intellectual limits.
- Involve the person in complex tasks and allow him to take responsibility for specific tasks.
- If the person needs regular medication, when appropriate, it should be his own responsibility to take the correct dose at the right time.
- Let him practice balancing his cheque book and managing an allowance.
- The person should practice using public transport on his own, but first discuss this with his therapist.
- He should have a stable daily routine to make him feel safe in his environment.
- A need for structure, order and direction, together with a need for acceptance, makes these people vulnerable to peer-group pressure. TBI patients can be exploited and care should be taken with their vulnerability.
- The inability to think in the abstract means that the person takes everything literally and may thus interpret things incorrectly.
- The person is no longer able to learn very effectively from his mistakes.
- Try to measure improvement since the accident, rather than to compare him to how he was before the accident. LEARN TO APPRECIATE THE NEW PERSON!
- Show patience, tact and intelligence and don't forget that with encouragement, the reward of independence is not impossible.
- Use of alcohol should be discouraged.

5. BEHAVIOURAL / EMOTIONAL PROBLEMS

A range of behavioural problems may exist which may lessen with time as the TBI individual recovers. These may include one or more of the following:

5.1. Intellectual problems

Lowered level of consciousness and psychological blunting

In the initial phase of recovery, the patient is not fully aware of anything occurring around him and his level of consciousness fluctuates.

- The patient must rest regularly.
- Beware of over stimulating the patient.

5.2. Emotional problems

Emotional problems may occur, and the assistance of a Psychologist/Neuropsychologist should be obtained to help the family cope. Emotional problems may include a range of difficulties:

5.2.1. Outbursts of rage and irritation

Especially in the early recovery period most TBI patients are very easily irritated and aggressive, particularly if they are teased or when they have to perform a difficult task. They could then show aggression to the person closest to them.

- When the person has an outburst, it is advisable to distract him from that which has upset or frustrated him.
- The patient does not feel regret about an outburst. Don't make him feel guilty, it may confuse him and lead to another outburst.
- The patient mustn't be confronted. Rather, explain to him that such behaviour is not permissible and that he must control it.
- The patient shouldn't be left alone when he is upset because he may feel afraid and has a need for structure and safety.
- When these rages happen too regularly, it may be necessary to leave the patient alone for a while after an outburst.
- Patients are often irritable after they get up. They should be woken up in a calm way, followed by an orderly/structured work schedule.

5.2.2. Limited emotional control

The patient often feels that a negative response is the only way to control his environment. He is sensitive to criticism. He may be self-centered and conscious of failure or embarrassment and may often not properly understand certain situation. He is also often not aware of the effect of his behaviour on others and blames others for his failures.

- Don't remind the patient repeatedly what his behaviour was like before the accident.
- Don't pay too much attention to negative emotional behaviour, as this can worsen the behaviour.
- Constant positive behaviour from the family is necessary to elicit stable behaviour from the patient.

5.2.3. Apathy

Depression tends to follow a TBI, particularly as the person develops insight into his current limitation and its future implications.

Some patients are very apathetic.

- The family should stimulate the patient and encourage him to take part in activities.
- He must be reminded of the reality of his problem, with the emphasis on the benefits of therapy.
- Don't ask him what he wants to do, rather give him a choice of two things.

5.2.4. Lack of insight and denial of disability

The patient may not have much insight into the consequences of his injury, and may deny his disabilities.

- Take care not to transmit feelings of frustration.
- Patience and endless repetition is essential to make the patient aware of himself again.

5.2.5. Self-centeredness and egocentricity

Brain injured patients are often self-centered and egocentric

6. COGNITIVE PROBLEM

A range of cognitive problems may arise including:

6.1. Concentration problems

When the patient has reached a reasonable level of consciousness, he may struggle to keep his attention focused.

- If problems are experienced, activities should be rationalized so that they are within his capabilities.
- Make sure that the patient is paying attention before giving an explanation or order.
- The patient must be stimulated by activities that interest him.
- Explanations could be accompanied by illustrations.
- Give recognition and encourage the patient.
- Reward the patient immediately after each success.
- At first, only actions that are within his capabilities should be included. As he acquires more belief in himself the actions should be broadened in order to improve his situation.
- Remember that the patient tires very easily.
- When the patient gets stuck on a certain activity/point, help him to see it from a different angle – it might make a solution to the problem seem more evident.

6.2. Confusion

In the first weeks or months after a TBI, the patient may be disorientated and confused.

- During the period of confusion, it is better for only one person in particular to talk to the patient so as not to confuse and tire him.
- Don't over stimulate the patient when he is confused.
- Always explain to the patient what is going to happen.
- The patient should not be forced to do something, but a firm attitude will often be necessary.
- The patient needs routine.

6.3. Inability to carry out a plan of action

- The patient may be unable to make a plan, carry it out, get feedback from the environment, correct the plan himself, or achieve a goal.

6.4. Memory loss

Loss of memory is a common problem after a traumatic brain injury has occurred. Most long-term memory can be easily recalled, while the patient struggles to remember events that occurred around and after the accident. Short-term memory problems are commonly reported and can be very frustrating for the TBI patient, their family members, teachers and employers. Tasks that can help to compensate for this include:

- Writing down everything that the patient must remember on charts or in a notebook to give him guidance.
- Remember that the patient will recall tasks that he could do well before the accident better than those that he did not do regularly before the accident.
- Do constant memory training, like playing card games or some games on the computer.
- Take care not to allow the patient to make too many mistakes. One of the reasons for this is that he will realize that he has problems in this area, and it could be very demoralizing and frustrating for him.

Tips on how to help the brain injured person with memory problems

- Simplify the information that you want the head-injured person to remember. This applies particularly to the written word. For example, a head injured person who needs to change the batteries in a piece of equipment that is used frequently may not be helped by reading: "Insert two R6 batteries checking the correct polarity". The instructions may be remembered better if it is written "Put in two batteries, plus to plus and minus to minus."
- Reduce the amount to be remembered (e.g. ask the person to remember one thing rather than three).
- Make sure the head injured person has understood the information by repeating it back, or re-telling in his/her own words.
- Try to get the person to link the information to something that he/she already knows - that is to make associations. For example, the name of the therapist will be better remembered if it is associated with the name of a relative or film star of the same name.
- When assisting the head injured person to learn or remember something new, use the rule "LITTLE AND OFTEN". Generally it is better work for a few minutes several times a day, than for an hour once a day.
- If possible, encourage the head injured person to organize the information that is to be remembered. We know, for example, that if people are asked to remember a shopping list, they remember more when they group the items into categories such as vegetables, dairy products, stationary and cleaning materials.

6.5. Poor Judgment and abstract reasoning

A TBI normally affects one's ability to think abstractly and to grasp concepts.

- The patient will run into problems if he attempts more than one task at a time.

- When he is ready to perform a task that requires more than one step, gradually control the progress to allow him to do more complex but familiar activities, like card games.
- The patient may have to relearn behaviour and tasks that can be used in real life, because he may have difficulty in generalizing.

6.6. Inability to learn new tasks and skills

The TBI patient may struggle to learn new tasks and skills, therefore:

- Activities must not be too easy or too difficult.
- Don't assume that the patient has retained the knowledge of a particular skill / behaviour. Behaviour strategies have often to be relearned from scratch.
- Don't start with activities that are too difficult.
- Repetition of activities is important.
- Always give the patient recognition when he succeeds.
- The patient needs a structured work environment and it is sometimes more sensible to help him in certain situation than to let him fail.

6.7. Impulsiveness and loss of inhibitions

Little tolerance for frustration and poor control of impulses are common problems in these patients when they are placed in stressful situations. The patient may have problems controlling his behaviour.

- It is important to rationalize expectations and to help him learn defusing techniques e.g. count to 3 in order to gather your thoughts and then speak. *No injury affects two people in the same way..... meaning that each person's rehabilitation processes are different.*
- Give the patient small tasks to do, whereby he will feel in control of his impulsive behaviour.
- Give him constant recognition and reward his successes.

7. COGNITIVE-COMMUNICATION PROBLEMS

Remember that each person with a TBI is an individual who will be presented with his own personal speech and language difficulties (referred to as cognitive-communicative difficulties); so that an individual programme should ideally be drawn up to maximally assist the person with TBI. Frequently the TBI individual's communication will reflect the difficulties he may be having with memory, and concentration – so that he may have difficulties talking in detail about a topic, finding the correct words/names for objects. He may also change the topic and go off on a tangent. In addition, he may have slurred (dysarthric) speech that makes his speech hard to understand.

Tips to improve speech and communication may include the following:

- Many patients may struggle to understand the spoken and written word, so try and ensure that the patient is concentrating before speaking. A communication chart with photos or a book may help the TBI patient to understand at this stage of his recovery.
- In more severe cases, talk slowly and clearly so that the patient can understand you.
- In very severe cases, use drawings or a communication board so that the patient can understand what you are talking about.
- Always remember to talk to the TBI patient with the dignity and respect that he deserves.

How to help the person to understand language better (Receptive language)

Many persons with TBI have problems in understanding spoken and written language. While this problem is dealt with in speech and communication therapy, it is important for family members to interact with the person in a manner that facilitates good communication and understanding between the sender and the patient.

Tips on how to help the person with his abilities to understand language

- Be sure you have the person's attention before you speak

- Speak slowly and clearly to the person
- Repeat as many times as necessary for the person to understand
- Look for confirmation of comprehension from the person
- Ask the person to repeat what has been said or look for demonstrations or responses that indicate comprehension of what has been said.
- Speak slowly but in an adult manner. Most brain-injured persons resent being talked to as if they are children.
- Limit background distractions as much as possible.
- Talk one-on-one to the person in a quiet room (persons can be distracted by other conversations)
- Talk about familiar topics that the person is interested in, including daily living skills.

Expressive language problems of the person with a TBI

Many people with TBI have difficulties in expressing themselves in talking and writing. This problem can range from word finding problems to a complete inability to speak, make sound or write. This problem of communication with others can be extremely frustrating to the person with the TBI as well as the family.

- It is important to encourage the person to speak.
- Do not interrupt when the person is trying to speak. Allow him to finish what he has started, even if it takes a while.
- Be sure to question the person if you do not understand – it is better to make the person repeat what he has said than to misunderstand or pretend to understand the person's message.
- Be patient. Allow time for the person to speak. Do not rush the person. Trying to hurry the person will usually result in an emotional reaction of frustration and cause even more problems.
- If the person cannot speak well enough to communicate or is just learning to speak again, the use of an alternative communication device (such as a board with common words and alphabet letters) should be strongly encouraged. With severely injured persons who cannot speak or use an alternative communication device, try to establish the best means of communication – usually this means to get a reliable “yes” of “no” response of some kind - eye blinks, headshakes, finger movements, etc.
- When it becomes evident that the person is becoming very frustrated at trying to say a word or phrase it may be helpful to supply the word or phrase.

8. PHYSICAL DIFFICULTIES

Many TBI individuals may experience a range of physical difficulties that could persist to a greater or lesser extent. These may include difficulties with walking and balance; spasticity of the arms and legs; as well as a range of visual difficulties. The assistance of a physiotherapist and/or ophthalmologist respectively is recommended to assist the patient as much as possible in improving and compensating for the difficulties he may experience.

9. THE REHABILITATION PROCESS

9.1. What is rehabilitation?

In this instance rehabilitation refers to the therapeutic process a person undergoes following a head-injury.

Rehabilitation is a process of change through which a brain-injured person goes, when seeking to regain former skill and to compensate for skills lost. Its aim is always to achieve the optimum levels of physical, cognitive and social competence followed by integration into the most suitable environment.

Rehabilitation is not achieved by doing something to somebody. It involves a process of change in which the person concerned participates.

9.2. Primary goals of rehabilitation:

- To help the person to reach the highest level of recovery from his impairments.
- To encourage patient independence.

- To teach alternate (compensatory) techniques that permit successful performance of daily living functions despite remaining deficits.

9.3. When does rehabilitation begin?

Rehabilitation usually begins upon discharge from the acute care hospital when the patient is judged to be medically stable and able to tolerate an intensive therapy routine. The initial admission procedures include a medical examination by doctors and other additional evaluations by other rehabilitation professionals. Upon the completion of these evaluations, recommendations are made, including medical treatment orders, therapy and possible referrals for further evaluations. Therapies are scheduled once or twice a day and may include speech therapy, occupational therapy, physiotherapy, etc.

9.4. The rehabilitation team

We believe the philosophy that characterizes the best rehabilitation centers is a team approach. Because of the wide range of problems encountered with TBI, and the different types of injuries that vary along different stages, many disciplines need to be involved in patient care. Although each area has its own distinctive goals to pursue with the patient, not one of them can be totally effective without interacting with the others. The rehabilitation team is made up of a number of professionals who use an interdisciplinary model. This model demands that each team member looks at the whole patient and works together with the rest of the team towards meeting "functional patient" goals. The following are descriptions of the professionals who usually make up the rehabilitation team.

a) Dietitian

The dietitian plays an integral role in the care of the head injured person. A thorough nutritional assessment is conducted upon admission to determine each patient's unique needs. Common to many head-injured patients is the potential for rapid weight gain and difficulties with oral motor control or dysphagia (swallowing problems). These problems can affect the consistency or the amounts of foods tolerated. Sometimes tube feeding is required for a short period of time or for a long term. Overall, the dietitian monitors each patient's nutritional status, ensures that nutritional needs are met and assists the patient and family members in choosing a healthy lifetime diet.

b) Neurologist

This is the physician that you are likely to see following a head injury. A neurologist deals with the brain and nerves. The neurologist is usually a consultant rather than a primary doctor for head-injured patients. The most common problem that neurologists deal with is headaches and seizures that may occur after a brain injury.

c) Neuropsychologist

A neuropsychologist specializes in the relationship between the brain and behaviour. The neuropsychologist functions as an important part of the rehabilitation team by providing comprehensive testing and follow-up services. These evaluations provide in-depth information about the person's cognitive status, which is used in forming functional patient goals. The neuropsychologist also provides patient and family counselling which addresses adjustment to cognitive and physical disability.

d) Neurosurgeon

This is a surgeon who does surgery on your brain or nerves. In the early stages, you may have a bruise on your brain. If there is pressure on the brain then it can stop important parts of the brain from working (e.g. parts that control breathing or being awake). In the early phases of a head injury a neurosurgeon may be needed to stop bleeding in the brain. Because they are surgically orientated, they tend not to follow the rehabilitation of brain injury people over long periods over time. The patient is more likely to be referred to another doctor for long term care.

e) Rehabilitation Nurse (RN)

The RN along with the other team members, provide 24 hour care to the head injured person. The RN is actively involved in helping the patient do as much for himself as possible and supporting the work of the therapists. In addition, he or she helps prevent complications, monitors functions involving the bowel, bladder, skin and nutrition, as well as dispensing medication and performing treatments as ordered by the physician. The RN provides daily information to the physician so that necessary changes can be made in the patient's medication or treatments, and also provides a safe environment and support for the patient and family.

f) Occupational therapist

Achieving independence with self-care is the ultimate goal of educational therapy. It is not only the paralysis of limbs, which interferes with achievement of these goals, but often perceptual (visual) and cognitive (thought) deficits, which make everyday skills difficult. Therefore, the occupational therapist teaches activities of daily living, working towards achieving the most functional use of a patient's upper body, as well as evaluating and providing training in areas of cognition and perception.

g) Physiotherapist

Physiotherapy is an integral part of a head injured person's rehabilitation course. It is concerned with the development and maintenance of the head injured person's highest level of motor functioning by improving quality of movement. An assessment of the motor system is done by a physiotherapist and he continually reassessed throughout the patients' stay. Areas assessed and treated if necessary are muscle tone, joint, range of motion, motor control (how much control a person has over his or her muscles), sitting and standing balance, coordination and functional mobility (transfers, ambulation and bed mobility). Physiotherapy also addresses wheelchair or bracing concerns and casting or splinting of a joint in order to increase its range of motion, achieve proper positioning or to reduce tone.

h) Social worker

The social worker assists the patient and the family with discharge planning by making appropriate community referrals, obtaining necessary equipment and accessing the community. The social worker also provides educational materials addressing the individual's disability and provides supportive counselling as needed. In addition the social worker is a patient and family advocate to ensure the family unit's involvement into the patient's treatment program, as well as keeping the family informed of the patient's progress and setting up the family conferences and teaching times.

i) Speech/Language Pathologist

A speech therapist's role is to test, diagnose and treat problems with language (understanding and expression); usage of conversational speech (i.e. Turn taking, remaining on topic); pronunciation of speech sounds; swallowing; cognition or thinking, voice and hearing. If a person is unable to produce verbal speech, testing may be done to see if an augmentative device (i.e. word or picture communication board) will help. A speech therapist may also work with a patient who appears to have "no speech or language problems". It may be that cognitive (thinking) skills are limited or damaged and the patient is unable to carry out adult-like language skills (i.e. verbal problem-solving or decision making). These speech services are provided on an individual and/or group basis.

In addition to testing and therapy services, the speech therapist provides counselling or training to the patient and the family along with making referrals to other professionals when appropriate. When the patient is ready to return to community living (home, work), the speech therapist becomes a consultant regarding evaluation of readiness and placement adjustment or considerations.

10. REACTION OF FAMILY MEMBERS TO BRAIN INJURY

The reaction of the family to brain injury can be compared to the grieving process. The initial reaction is shock and disbelief. During the early stages of the crisis, there is a mobilization of support from family and friends. The injured individual may be comatose and in this instance, would be treated in an intensive care unit. When the crisis has passed and the patient begins to awaken from his coma, the family has to handle the unique circumstances associated with the early recovery of the brain-injured patient. These dramatic behaviour changes weaken the family's hope that their loved one will just wake up from his coma and be the same. The family notices improvements during this phase. This progress

strengthens the family's faith that the injured individual will recover completely. Discharge from hospital is usually a sign that the crisis is past and the support from family and friends gradually lessens. When outpatient treatment is stopped, the family begins to realize that some aspects of the injury are permanent. This frequently leads to depression of family members, who with appropriate support and counselling will hopefully accept the fact that recovery from TBI is a lifelong process. The family should feel free to discuss these feelings with the Social Worker, Psychologist or Neuropsychologist.

11. THE IMPLICATIONS FOR THE TBI PATIENT'S FAMILY

There are many potential problems that may arise – each family will experience them differently, and may require relevant support to assist in coping with the problems as they arise.

The main problem may be lost hope, and the realization that responsibility for the care and welfare of the TBI child or adult may be a lifelong process. This may interfere with the parents' long awaited plans to have the freedom to enjoy their retirement and to have privacy and independence. The brain-injured child may compete with the other children for their mother's attention. Conflict may arise in the marriage with differences of opinion about the person's care, as well as a feeling of neglect between parents.

Since each patient's care and rehabilitation plan is different, the family's involvement in the early stages of rehabilitation varies. Health team members instruct people in specific ways in which they can become involved in the treatment plan.

The following guidelines will help during the acute rehabilitation phases:

- **Avoid over stimulation.** This is especially important in the early stages. A patient who is tired or physically weakened fatigues quickly. Later, over stimulation may only increase agitation and confusion.
- **Use the familiar.** A patient with a short attention span is more likely to focus on something familiar and comfortable than something new and strange. Familiar voices, music, and objects may help a patient's memory and reduce confusion.
- **Be consistent.** Staff, family and friends should use a routine approach with the patient. The staff will assist family members in developing helpful approaches and responses, as it can be difficult to maintain uniform behaviour with confused, agitated and aggressive patients. In addition, a consistent approach can help improve memory, reduce confusion, foster language skills and promote emotional control. Following a daily routine in the acute rehabilitation phase can help the patient become oriented and feel more secure.
- **Stay calm.** Family and staff should serve as role models for the patient. Observing loved one's calmness can help to decrease the patient's confusion and agitation.
- **Give step-by-step directions.** When the patient begins to follow simple commands give directions one-step at a time. This approach lessens fatigue and confusion, improves memory, and gives the patient a sense of success in completing a task.
- **Do not remind the patient of past abilities.** As patients gradually become aware of their deficits, reminding them of abilities they no longer have may upset or embarrass them.
- **Do not talk down to the patient.** Talk with patients at a level appropriate to their age and current level of understanding.
- **Avoid arguments and stressful situations.** Remember that patients are particularly sensitive to stress after a brain injury.
- **Allow response time.** As patient's abilities to speak and comprehend return, they usually take longer to respond to a question or join in a conversation.
- **Maintain a sense of humour.** A sense of humour has a healing influence. Once a patient's condition stabilizes and improves, family members find their ability to laugh returns. Moreover, they find that laughter helps them as well as the patient.
- **Remember to praise.** When family members tell patients how proud they are of their progress, they promote further improvement. This simple advice may be easy to remember when dealing with children, but it applies to adults as well.
- **Support by friends.** Friends of those with brain injuries may find it uncomfortable to visit the hospital when the patient is confused or agitated. Honest explanations from family members may help them continue to offer the attention and support that can be so helpful to patients. Sharing this booklet is another way to help them understand.

12. WHAT TO DO AFTER LEAVING THE HOSPITAL

Now let us talk about what to do when the head-injured person gets home. Often this is a very big event for family members. It is a great occasion. But unfortunately, it is just the beginning of the recovery process. The medical injuries (basically the bruises and broken bones) heal very quickly. But healing from a head injury can take years. When someone goes home, family members may think that it will just be a couple of months more before full recovery occurs. In truth, it usually takes a lot longer.

In the months following discharge from the hospital, it is important to be aware that the head-injured person may have a fatigue problem. In other words, they get very tired quickly. When head-injured people get home from the hospital, they may have only 3 or 4 good hours in the day before they're 'wiped out'. They may easily fall asleep, or they may not be able to concentrate. In general, the person is better in the mornings and has tougher times in the afternoons. It's important for family members to remember this. Often the evening comes around and family members want to bring relatives over to see them. Those evenings are often tough on the head-injured person. In the early weeks, one of the things that I would suggest is to try to limit "welcome home parties" and visitors. Have them scaled down and shorter in length. For example, try a welcome party that lasts for about an hour, and then have everyone leave. The head-injured person may want to see friends right away. You may need to limit it to just one hour or two hours, depending on how much the person can tolerate. At the same time, you don't want to limit it too much, because the person may become depressed and feel isolated from friends. It is always a very careful balancing act in terms of how much the person needs versus what can be dealt with.

I think another thing that families find difficult is treating the person normally. Often, family members will unknowingly talk down to the patients, or treat them with pity. The head-injured person wants to be treated like everyone else. It is also important to note that many friends of the patient will be very uncomfortable talking about the injury. For most people, this is very frightening. Many people harbour thoughts of "this could have been me". And talking about it scares them. Visitors often feel that they have to get into this very deep discussion about the injury, but are afraid the head-injured person will be upset by it. For visitor or guests, a very brief acknowledgment of the person's injury is best. If the head-injured person wants to talk about it, fine, but they usually want to get on with life and have normal conversations about how things are going. For example, most people diagnosed with a serious illness, such as cancer, don't want to talk about their illness all the time. They also like to talk about the things they love to do, their work, their friends, what has been happened since they've been away. It is important to try to normalize conversations.

Family members have difficulty dealing with someone who looks the same but is different. Head-injured people may talk the same and walk the same, but will be emotionally or behaviourally different. For example, they may be more irritable, or more cranky, and perhaps more impulsive. For family members, it is very hard to deal with this. It is almost as if someone has come in and stolen their personality. This leads to a loss of a lot of friends. In general, there is what is called the 90% Rule. Over a one to two year period, the head-injured person may lose 90% of their friends. In the early phases of the hospital stay, their friends are there a great deal. They send a lot of cards and there is a lot of sympathy. But as time goes on, those friends seem to fade away. Although this is not true of everybody, it is a very common problem. Family members get very angry at those people who tend to fade away. It is important to understand that those who are not around may often have difficulty dealing with serious illness. Most people want to live a happy, carefree life. They don't want to think of things like head injury or cancer or someone dying terribly. People don't want to handle that level of reality. Family members can get very upset and may wish to confront friends about why they aren't around. What a family should do is encourage new relationships. New people who meet head-injured patients will like them the way they are. They don't know how they used to act before they were injured.

As I work with head-injured patients, I find it very common that the new friendships are very solid friendships, but they take time to develop. This often means that family members have to let go a little bit. When the head-injured person is with friends, the friends may not be as cautious. For example, someone may fall easily, or friends don't control transfers in and out of cars as well as family members. There is always some risk that the person may fall or be injured. It is important to understand the concept of acceptable risk. Although family members want to prevent any further harm to the injured person, nothing in life is risk-free. For family members, it's very difficult to come to terms with this concept. The head-injured person needs to get out and be with friends, away from the sometimes protective cocoon of families. It is a difficult balancing act, but new activities must be encouraged.

13. FAMILY COPING

A head injury affects not only the person who received the injury but the entire family system. It is not uncommon to have feelings of anger, frustration and sorrow for the person with the head injury as well as for yourself. It is very important to take care of yourself and the rest of the family as well as the patient. It is normal for families to go through four different stages in recovering from the trauma. The stages may vary with each individual but generally include denial, anger and frustration, depression and withdrawal and finally, acceptance.

Many times after a head injury the person will not return completely to the previous life style because of physical, cognitive and behavioral changes. Often families must go through the process of grieving the loss of their family member as they knew him or her, before beginning to accept the new person that the head injured survivor has become. Family members should try not to compare the person to the way he or she was before the injury. Sometimes the head-injured person begins to show behaviours such as inappropriate language, aggressive behaviour, etc. These behaviours are caused by the head-injury and should not be taken personally by the family.

Support help is available through special head-injured support groups, which provide assistance and comfort. These groups offer family members an opportunity to meet and share with others experiencing similar problems and feelings. Professional such as psychologists and social workers are also available to help families cope with the feelings and emotions.

Learning to accept offers of help from friends is important. It is essential to your own well being to take time out for yourself, to get away for periods of time and take care of your own mental and physical health. Therefore you may want to let a friend prepare a meal for you or let them stay with the head-injured person for an hour while you get out, run errands etc.

Above all, feel free to ask questions and expert explanations about your loved one's injury, behaviours, treatment and care.

The following information is very important for you as the primary caregivers, to remember:

- Anger, frustration and sorrow are natural emotions for close relatives of TBI;
- Care giving persons must take care of themselves first if they are going to be able to continue giving the patient good care;
- As the caregiver you must ultimately rely on your own conscience and judgment in conflicts with the patient or other family members;
- The role changes that inevitably take place when an adult becomes dependent or irresponsible can be emotionally distressing for all concerned.
- The family members can probably do little to change the person and thus need not feel guilty or wanting when the care does not result in improvement.
- When it appears that the welfare of dependent children may be at stake, families must explore the issue of divided loyalties and weigh their responsibilities.

This section offers simple tips on dealing with stress.

Learning to manage stress is important for those closest to the brain-injured person. Many people become so involved with the crisis that they neglect their own health, the jobs and other family responsibilities. Time away from the bedside and the hospital is essential for the health and emotional welfare of all family members.

Following a brain injury, the strain of worry and the upheaval of family life quickly take its toll. Of course, avoiding stress is unrealistic, but there are ways to manage it. Those who do not pay attention to their own needs are unable to help the patient because of their exhaustion and irritability.

Some warning signs of stress include inability to sleep, poor self-care, constant self blaming, frequent feelings of loneliness, nightmares, excessive use of alcohol and/or medications, a sense of worthlessness, and not knowing where to turn for help.

Some tips of managing and preventing stress are listed below.

- **Eat properly.** Skipping meals, eating on the run, or filling up on junk food will diminish energy reserves. A regular diet rich in nutrition will help your body deal with stress.
- **Try to get enough rest.** Right after the injury and during the first days of uncertainty your body will run on “nervous energy,” but that soon ends. Plan to take turns at the hospital with family members and friends, and use some of your time away from the hospital to rest. You may find that giving constant progress reports to concerned friends and relative can be very draining. Give information to one person and have that person contact others.
- **Avoid excessive use of alcohol and medications.** Instead of relieving stress, abusing these substances will only create more problems.
- **Express your feelings.** Discuss your positive and negative feelings with trusted friends, family members, or staff. Some people find it helpful to keep a diary or journal of their feelings and experiences. Use the blank pages in this booklet if you like. List your problems and worries and then ask yourself three things: What things can I change and how can I change them? What do I need more information on and where can I get that information? What things are beyond my power and control to change? This exercise helps you clear your mind, feel in control, and take action when possible.
- **Seek out professional help.** Physicians, nurses, social workers, psychologists, psychiatrists and clergy are easily accessible in most hospitals. They can offer assistance or refer you to other sources of help.
- **Be kind to yourself.** Take time for exercise or to have a meal with a friend. Be specific about how the person can help, either at home or in the hospital. Ask hospital staff about support groups within the hospital or the surrounding community.
- **Ask questions.** Write your questions down as you think of them and ask hospital staff members for answers. Although many questions may have no clear-cut answers, a more thorough understanding can help you deal with it.

14. SUPPORT AND SUPPORT GROUPS FOR CAREGIVERS

There is hope after a brain injury. The picture that a family gets from the medical team may be negative. The doctors know the most about the medical procedures and they are experts in this area, but no matter what people say, there is always hope. Don't have unrealistic hope, but hope there is. With family support, support from the relevant professionals and support groups, as well as strong belief great progress is possible.

Support groups normally consist of people who have been involved, in one way or another with the traumatic experience of a brain injury. These people have been through the circumstances of a brain injury and they are therefore excellent sources of knowledge. These support groups can give support to the family, friends and the brain injured person him/herself. Remember, there is a positive link between the support that a patient receives and the outcome of the injury.

Sometimes a person with a brain injury has no physical deficiencies and the deficiencies experienced by this person are not easily noticeable by other people. This person may gain a lot from going to a support group, because it makes a person realize that he/she is not alone. Support groups have regular meetings and some also have facilities (e.g. houses where the brain injured can stay, day care centers, small libraries etc.)

14.1. Brain Injury Support Groups

“A brain injury support group is a gathering of people who have experienced brain injury, either first-hand or second-hand (such as a family member), who come together for self-expression and encouragement. The group provides a forum for emotional expression within a nurturing environment.”

The nature of a brain injury support group differs depending on its origins, the members themselves and the focus of the group. One group may consist of family members who meet monthly at a local coffee shop to talk about the challenges of care giving. Another group may involve people with brain injuries meeting regularly at each other's homes to discuss how their lives have changed since their injuries and how they plan to achieve new goals. Some groups meet at hospitals, and these therapeutic support groups are open to individuals with brain injury and family members dealing with all the stages of the injury.

The benefits of a support group

- EMOTIONAL HEALING comes through interpersonal contact.
- SHARING OF SIMILAR EXPERIENCES helps members feel less isolated and more empowered to deal with daily challenges.
- ENCOURAGEMENT comes from learning about the achievement of others who have overcome similar difficulties.
- CONTRIBUTION helps support group members feel useful and gives meaning to their lives.
- EDUCATION results from the exchange of information and person experiences.
- SOCIALISATION establishes and maintains important connections with people and enhances confidence in social skills.
- SELF-EXPRESSIONS, as emotions are experienced and released, it creates a greater understanding of oneself and one's capabilities.
- CONFIDENCE BUILDING results as members self-direct the support group and work on the problems they all have in common.
- SAFETY in the context of a confidential, supportive, non-judgmental environment, allows for honest self-expression and confidence building.
- SENSE OF GROWTH occurs as long-term members see new participants and reminisce about where they began and how far they have come in their personal journey.

REFERENCE LIST

- **Rollin, W.J.** (2000). *Counseling individuals with communication disorders: Psychodynamic and family aspects*. 2nd Edition. Butterworth-Heinemann Publications.
- **Shipley, K.G. & McAfee, J.G.** (1998). *Assessment in speech-language pathology: A resource manual*. 2nd Edition. Singular Publishing Group, Inc.

Special thanks to the following internet resources and the Big-Group for the use of the information:

- braint@intekom.co.za
- <http://tbilaw.com>
- <http://tbiguide.com>
- <http://www.neuroskills.com>
- <http://www.biausa.org>
- **Most of the information used in this workshop is from a publication drawn up by the Neuro Department of Pretoria Academic Hospital. We thank them en the Big Group for the use of their information.**

BYLAE R



BIG (BRAIN INJURY GROUP)
SOUTH AFRICAN NATIONAL LOBBY
GROUP FOR PEOPLE WITH ACQUIRED
BRAIN INJURIES
009 - 222 NPO

10 Oktober 2003

Melani Olivier
Spraaakterapeut en Opatooloog

Geagte Me. Olivier

Gebruik van Inligting op die web

Hiermee word daar toestemming gegee aan Melani Olivier verleen, dat sy die inligting wat op die BIG web wenf verskyn mag gebruik, as die doeleindes van die bereiking van haar meesters graad.

Die uwe



Gert van Rensburg
Bestuurder

P.O. Box 21397
Sunnyside, 0132
Tel (012) 348 2303
Fax (012) 333 0593
e-mail: brain@inekom.co.za