

**Die uitkomst wat fisies-gestremde kliënte bereik deur hul
deelname aan rehabilitasie by 'n
Gemeenskapsrehabilitasiesentrum in die Wes-Kaap**

deur
Maatje Kloppers

*Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die
graad Magister in Arbeidsterapie aan die Fakulteit Geneeskunde en
Gesondheidswetenskappe, Universiteit van Stellenbosch*



Studieleiers: Me Blanche Pretorius
Me Elizabeth Daphné Vlok
Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe

Desember 2012

Verklaring

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleen outeur daarvan is (behalwe in die mate uitdruklik anders aangedui), dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit van Stellenbosch nie derdeparty regte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Desember 2012

Kopiereg © 2012 Universiteit van Stellenbosch

Alle regte voorbehou

Erkennings

Vonessa – my regterhand tydens die insameling van data – ek kon dit nie sonder jou gedoen het nie.

Die hele SANPAD-groep – vir die leergeleentheid en omgewing wat hulle vir my geskep het om hierdie navorsing te kon uitvoer.

Me Pretorius – vir die ekstra myle wat jy ongevraag ingesit het om my te lei deur hierdie proses – dankie voel net nie genoeg.

Mev Vlok – baie dankie vir die ondersteuning en onbaatsugtige hulp.

Ma, Juanita & my gesin – julle geduld, ondersteuning, liefde en gewillige oor om te luister as als te veel raak, daarvoor sal ek altyd dankbaar wees.

Abstract

Despite the existence of many guidelines for rehabilitation services both internationally and in South Africa, there is a need for a uniform format for the measurement and reporting of outcomes reached by clients utilising these services. Traditionally, statistics on client numbers fail to report actual outcomes attained by clients.

Aim: This aim of the study was to describe the outcomes achieved by clients after participating in rehabilitation at the Bishop Lavis Rehabilitation Centre (BLRC) over a three month period. It was done by describing clients' function according to the World Health Organisation's International Classification of Function (ICF) model, and included both the environmental and personal factors impacting on an individual's function.

Method: The study employed a descriptive design and used six measuring instruments which exceeded acceptable test-retest requirements to gather data from within the framework of the ICF Model. A field worker was trained to administer the majority of instruments which were pilot-tested for pre and post-test purposes. A sample of 78 clients who met the inclusion criteria was selected from the five main diagnostic categories seen at the BLRC. All clients were evaluated on referral, and again after receiving rehabilitation services for three months. An open-ended questionnaire was also administered as part of the post-test to obtain clients' personal perspective on outcomes reached, as well as their subjective opinion of the rehabilitation experience. Data on the impact of various demographic and environmental factors on function was also gathered and statistically analysed in conjunction with the qualitative data obtained from the interviews in order to identify the rehabilitation outcomes achieved by the clients included in this study.

Results: Clients reported a statistically significant decrease in the impact of disability on their function, with '*mobility*' emerging as the aspect of function which improved the most after rehabilitation. The effect of most demographic and environmental factors investigated were perceived as facilitating rather than debilitating to rehabilitative outcomes, with '*faith*' reported to be most facilitating and '*monthly income*' the most debilitating of all factors. Subjectively, clients perceived their participation in rehabilitation to be a contributing factor to the improvement in their function, and generally expressed a positive attitude toward the rehabilitation experience.

Recommendations based on the results of this study are presented to inform governing bodies involved in rehabilitation in South Africa.

Abstrak

Ten spyte van die bestaan van veelvuldige riglyne vir rehabilitasie dienste, beide internasionaal en in Suid-Afrika, is daar steeds 'n behoefte vir uniforme riglyne vir die meting en rapportering van die uitkomst wat kliënte bereik met deelname aan hierdie dienste. Tradisionele statistiek rakende kliëntegetalle rapporteer nie die werklike uitkomst wat kliënte bereik het nie.

Doel: Die doel van die studie was om die uitkomst te beskryf wat kliënte bereik na hul deelname aan rehabilitasie by Bishop Lavis Rehabilitasiesentrum (BLRS) oor 'n drie maande periode. Dit is gedoen deur kliënte se funksionering te beskryf volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie se Internasionale Klassifikasie van Funksie (IKF) model, insluitend beide die omgewings- en persoonlike faktore wat 'n impak op 'n individu se funksionering kon hê.

Metode: Die studie het gebruik gemaak van 'n beskrywende studiestruktuur. Dit het ses meetinstrumente gebruik wat beter as aanvaarbare vereistes vir toets-hertoets-betroubaarheid getoon het om data binne die raamwerk van die IKF-model in te samel. 'n Veldwerker is opgelei vir die administrasie van die meerderheid van die meetinstrumente wat vir voor- en na-toets doeleindes in 'n loodstudie getoets is. 'n Steekproef van 78 kliënte wat aan die insluitingskriteria voldoen het, is geselekteer uit die vyf hoof diagnostiese groepe gesien by BLRS. Alle kliënte is geevalueer met verwysing en weer na hulle drie maande se rehabilitasie dienste ontvang het. Administrasie van 'n oop-einde vraelys is ook as deel van na-toetsing gedoen om kliënte se persoonlike perspektief van die uitkomst wat hulle bereik het in te samel, sowel as hulle subjektiewe opinie van die rehabilitasieproses. Data oor die impak wat verskeie demografiese en omgewingsfaktore op funksionering kon hê is ingesamel, statisties ontleed en gebruik saam met die kwalitatiewe data wat met onderhoudsvoering ingesamel is om sodoende die rehabilitasieuitkomst te identifiseer wat behaal is deur kliënte wat ingesluit was in die studie.

Resultate: Kliënte rapporteer 'n statisties beduidende vermindering in die impak van gestremdheid op hulle funksionering, met '*mobilititeit*' wat uitstaan as die area van funksionering wat die meeste verbeter het na rehabilitasie. Die effek van die meeste demografiese en omgewingsfaktore wat ondersoek was, is as fassiliterend eerder as inhiberend tot rehabilitasieuitkomst ervaar, met '*geloof*' gerapporteer as die mees fassiliterende en '*maandelikse inkomste*' as die die mees inhiberende faktor. Op 'n subjektiewe vlak het kliënte hul deelname aan rehabilitasie as 'n bydraende faktor tot hul

verbetering in funksionering ervaar, en het hulle oor die algemeen 'n positiewe houding teenoor rehabilitasie gerapporteer.

Aanbevelings gebaseer op die resultate van hierdie studie is aan liggame betrokke by die beheer van rehabilitasie in Suid-Afrika gemaak.

Inhoudsopgawe

VERKLARING	II
ERKENNINGS.....	III
ABSTRACT	IV
ABSTRAK.....	V
INHOUDSOPGAWE.....	VII
LYS VAN BYLAES.....	X
LYS VAN FIGURE.....	XI
LYS VAN TABELLE	XII
OPERASIONELE DEFINISIES VAN TERME.....	XIII
ALGEMENE AFKORTINGS	XIV
HOOFSTUK 1 : INLEIDING EN MOTIVERING VIR STUDIE.....	1
1.1 NAVORSINGSVRAAG	5
1.2 DOEL VAN DIE STUDIE	5
1.3 DOELWITTE	5
HOOFSTUK 2 : LITERATUUROORSIG	7
2.1 RIGLYNE VIR REHABILITASIE IN SUID-AFRIKA EN DIE BEPALING VAN REHABILITASIEUITKOMSTE	7
2.2 GEMEENSKAPSGEBASEERDE REHABILITASIE (GBR): OORSIG EN PROBLEME ONDERVIND	9
2.3 VOORGESTELDE RAAMWERKE EN RIGLYNE VIR DIE METING VAN GBR-UITKOMSTE	10
2.3.1 <i>Klassifikasie modelle</i>	10
2.3.2 <i>Die IKF as konseptuele model vir die evaluering van rehabilitasiedienste</i>	11
2.4 UITKOMSGEBASEERDE EVALUERINGSBENADERING EN DIE KEUSE VAN INDIKATORE.....	13
2.5 FAKTORE WAT REHABILITASIEUITKOMSTE BEÏNVLOED	15
2.5.1 <i>Ouderdom voor insident</i>	15
2.5.2 <i>Ko-morbiditeite</i>	16
2.5.3 <i>Vlak van funksionering en deelname in aktiwiteite</i>	16
2.5.4 <i>Tydperk vanaf insident totdat rehabilitasie begin is</i>	16
2.5.5 <i>Intensiteit van behandeling</i>	17
2.5.6 <i>Spanbenaderings en binne-pasiënt- teenoor tuisrehabilitasie</i>	17
2.5.7 <i>Kliënte</i>	18
2.5.8 <i>Omgewing</i>	18
2.6 TOEPASLIKE MEETINSTRUMENTE VIR REHABILITASIEUITKOMSTE	19
2.6.1 <i>Faktore wat die keuse van meetinstrumente beïnvloed</i>	19
2.6.2 <i>Meetinstrumente vir die bepaling van kategorieë soos vervat in die IKF-model</i>	20

2.6.3 Meetinstrumente vir spesifieke diagnostiese groepe.....	23
2.6.4 Verdere meetinstrumente benodig vir omvattende bepaling van rehabilitasie-uitkomste	26
HOOFSTUK 3 : METODOLOGIE	27
3.1 STUDIE-ONTWERP	27
3.2 STUDIE POPULASIE	27
3.3 STEEKPROEF	28
3.3.1 Insluitingskriteria.....	28
3.3.2 Uitsluitingskriteria.....	28
3.4 DATAINSAMELING	28
3.4.1 Metode.....	29
3.4.2 Tydperk van datainsameling:.....	29
3.4.3 Meetinstrumente en Datavasleggingsdokumente.....	30
3.4.4 Etiese beginsels/kwessies.....	39
3.4.5 Datavaslegging en data-analise.....	41
HOOFSTUK 4 : RESULTATE.....	44
4.1 UITKOMSTE WAT DIE TOTALE STEEKPROEF(N=78) BEHAAL HET VOLGENS DIE IKF-MODEL SE AKTIWITEITE, DEELNAME EN LIGGAAMSFUNKSIES EN STRUKTURE (STUDIEDOELWITTE 1 EN 4).....	45
4.1.1 Aktiwiteite en Deelname	45
4.1.2 Liggaamsfunksies en strukture.....	52
4.1.3 Uitkomste per diagnostiese groep behaal het volgens die AZ en Diagnose- spesifieke meetinstrumente.....	53
4.1.4 Steekproef se subjektiewe ervaring van deelname aan rehabilitasie	60
4.2 DIE ONDERLINGE VERBAND TUSSEN DEMOGRAFIESE FAKTORE VAN DIE STEEKPROEF EN REHABILITASIE UITKOMSTE (STUDIEDOELWIT 2).....	65
4.2.1 Geslag, diagnose en Ouderdom	65
4.2.2 Gesondheidsorgvlak van verwysings.....	66
4.2.3 Opvoedingspeil van steekproef	67
4.2.4 Risikofaktore.....	67
4.2.5 Tydperk vanaf besering/gestremdheid	67
4.3 DIE ONDERLIGE VERBAND TUSSEN OMGEWINGS FAKTORE EN UITKOMSTE BEREIK (STUDIEDOELWIT 3)	68
4.3.1 Omgewingsfaktore per diagnostiese groep	69
HOOFSTUK 5 : BESPREKING EN INTERPRETASIE VAN DIE STUDIERESULTATE.....	80
5.1 UITKOMSTE WAT KLIËNTE BEREIK HET	80
5.1.1 Uitkomste bereik deur kliënte wat Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie (GBR) benadering insette gekry het by BLRS.....	80
5.1.2 Uitkomste in die funksionele area van Mobiliteit en die faktore wat uitkomste beïnvloed	81

5.1.3	<i>Uitkomstebereik in die funksionele areas van 'Selfversorging' en 'Huishoudelike lewe' en die faktore wat uitkomstebereik beïnvloed het</i>	83
5.1.4	<i>Uitkomstebereik in die funksionele area van 'Interpersoonlike gedrag' en faktore wat die uitkomstebereik beïnvloed het</i>	84
5.1.5	<i>Uitkomstebereik in die funksionele area van 'Belangrike lewensareas' en die faktore wat die uitkomstebereik beïnvloed het</i>	85
5.1.6	<i>Uitkomstebereik in die funksionele area van Gemeenskap, sosiale en burgerlike lewe aktiwiteite en die faktore wat dit beïnvloed het</i>	86
5.1.7	<i>Uitkomstebereik in terme van kliënte se tevredenheid met die rehabilitasiediens by BLRS</i>	87
5.1.8	<i>Liggaamsfunksies en strukture</i>	87
5.2	PERSONLIKE EN OMGEWINGSFAKTORE SE INVLOED OP UITKOMSTEBEREIK	88
5.2.1	<i>Persoonlike faktore van die steekproef</i>	88
5.2.1.1	<i>Voldoen BLRS aan Nasionale beleid?</i>	90
5.2.1.2	<i>Persoonlike faktor 'ouderdom' en die verband met uitkomstebereik deur kliënte</i>	91
5.2.2	<i>Omgewingsfaktore</i>	92
5.3	RAAMWERK VIR DIE BEPALING VAN FUNKSIONELE UITKOMSTE EN DIE MEETINSTRUMENTE GEBRUIK	92
5.3.1	<i>IKF-model raamwerk</i>	92
5.3.2	<i>Meting van uitkomstebereik in aktiwiteit en deelname met AZ</i>	93
5.3.3	<i>Uitkomstebereik van kliënte met AZ sowel as diagnose-spesifieke meetinstrumente gemeet</i>	93
HOOFSTUK 6 : GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN BEPERKINGS		95
6.1	<i>GEVOLGTREKKING NA AANLEIDING VAN DIE STUDIEDOELWITTE</i>	95
6.2	<i>LEEMTES VAN DIE STUDIE</i>	97
6.3	<i>AANBEVELINGS</i>	98
6.3.1	<i>Voorkomende en Bevorderende dienste</i>	98
6.3.2	<i>Rehabiliterende en Habiliterende dienste</i>	99
6.3.3	<i>Terapeutiese dienste</i>	102
6.3.4	<i>Verdere aanbevelings aan WKDG in terme van realistiese statistiese evaluering van rehabilitasiediens uitkomstebereik</i>	103
6.3.5	<i>Verdere aanbevelings aan BLRS</i>	104
6.3.6	<i>Meetinstrumente</i>	104
7.	VERWYSINGS	106

Lys van Bylaes

BYLAAG A - DEMOGRAFIESE VRAELYS 1 (VOOR-TOETS)	116
BYLAAG B - DEMOGRAFIESE VRAELYS 2 (NA-TOETS)	119
BYLAAG C - ONDERHOUD VRAELYS	125
BYLAAG D - AANGEPASTE ZAMBIESE AKTIWITEITE EN DEELNAME VRAELYS (AZ)	127
BYLAAG E - BARTHELINDEKS (BI)	132
BYLAAG F- OSWESTRY-RUGPYNVRAELYS	135
BYLAAG G - ARTHRITUS IMPAK METING SKAAL KORT VORM (AIMS2-SF).....	138
BYLAAG H - GESTREMDHEID VAN DIE ARM, SKOUER EN HAND [DISABILITY OF THE ARM, SHOULDER AND HAND] (DASH)	141
BYLAAG I - KLINIESE MOBILITEITSKAAL	146
BYLAAG J - VERSORGERSPANNINGINDEKS	149
BYLAAG K – CRALM	152
BYLAAG L - LÊER DATA-VASLEGGING DOKUMENT	168
BYLAAG M – US ETIESE GOEDKEURINGSVORMS	172
BYLAAG N – DEPARTEMENT VAN GESONDHEID VAN DIE WES-KAAP ETIESE GOEDKEURINGSVORM	178
BYLAAG O – INGELIGTE TOESTEMMINGSVORM VIR DEELNEMERS	181
BYLAAG P – VOORBEELD VAN DATAVASLEGGINGSVERSPREIDINGSTABEL	186
BYLAAG Q – “TURN-IT-IN” VERSLAG	189

Lys van Figure

FIGUUR 1. 1: VOORSTELLING VAN SANPAD-PROJEK OM REHABILITASIEDIENSTE IN DIE WES-KAAP TE EVALUEER (2009)	3
FIGUUR 2. 1: VERBAND TUSSEN IKF-MODEL, UITKOMSTE EN INDIKATOR.....	13
FIGUUR 4. 1: VERANDERING IN FUNKSIONERING VIR TOTALE STEEKPROEF OOR AKTIWITEIT EN DEELNAME SOOS GEMEET OP DIE AZ (N=78)	46
FIGUUR 4. 2: VERANDERING IN STEEKPROEF SE MOBILITEITSFUNKSIONERING(AKTIWITEIT)	48
FIGUUR 4. 3: VTB-AKTIWITEITE WAARAAN STEEKPROEF DEELNEEM (VOOR-TOETS N=63; NA-TOETS N=68).....	51
FIGUUR 4. 4: STEEKPROEF (N=78) SE LIGGAAMSFUNKSIES EN STRUKTURE WAT AANGETAS WAS MET VERWYSING NA BLRS.....	52
FIGUUR 4. 5: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN TEMATIESE ONTLEDING VAN ONDERHOUDE	60
FIGUUR 4. 6: VERSKIL IN UITKOMSTE VIR MANS(N=33) VS VROUENS(N=45).....	66
FIGUUR 4. 7: OMGEWINGSFAKTOR ‘WEER’ SE INVLOED PER DIAGNOSTIESE GROEP VOORGESTEL	69
FIGUUR 4. 8: VERSORGERS WAT AANGEDUI HET ‘N STRESSOR IS TEENWOORDIG – VOOR-TOETS(N=13) VS NA-TOETS(N=12) MET VERSORGERSPANNINGINDEKS	71
FIGUUR 4. 9: METODE VAN VERVOER WAT KLIËNTE GEBRUIK OM BLRS TE BESOEK	73
FIGUUR 4. 10: INVLOED VAN OMGEWINGSFAKTOR ‘VERVOER’ PER DIAGNOSTIESE GROEP	73
FIGUUR 4. 11: OMGEWINGSFAKTOR ‘GELOOF’ SE INVLOED PER DIAGNOSTIESE GROEP	74
FIGUUR 4. 12: BRON VAN INKOMSTE VIR STEEKPROEF (N=78) VOOR-TOETS VS NA-TOETS	75
FIGUUR 4. 13: GEMIDDELDE MAANDELIKSE INKOMSTE VAN STEEKPROEF (N=78)	75
FIGUUR 4. 14: TIPE WONINGS WAARIN STEEKPROEF WOON (N=78).....	76
FIGUUR 4. 15: OMGEWINGSFAKTOR ‘STRUKTUUR VAN JOU HUIS’ SE INVLOED PER DIAGNOSTIESE GROEP.....	77
FIGUUR 4. 16: OMGEWINGSFAKTOR ‘GEMEENSAP SE HOUDING’ SE INVLOED PER DIAGNOSTIESE GROEP	78

Lys van Tabele

TABEL 3. 1: Tipes DATA EN VERBAND VAN MEETINSTRUMENTE MET STUDIEDOELWITTE SOWEL AS DIE IKF-MODEL.....	33
TABEL 3. 2: ADMINISTRASIE VAN MEETINSTRUMENTE IN DIE STUDIE GEBRUIK	35
TABEL 3. 3: TOTALE KLIËNT KONTAKTYD MET DATAINSAMELING PER DIAGNOSTIESE GROEP (TYD IN MINUTE)	38
TABEL 4. 1: SAMESTELLING VAN DIE STEEKPROEF.....	44
TABEL 4. 2: AKTIWITEITE EN DEELNAME VAN TOTALE STEEKPROEF (N=78).....	46
TABEL 4. 3: AFDELINGS VAN AKTIWITEITE EN DEELNAME FUNKSIONERING OOR DIE TOTALE STEEKPROEF (N=78)	47
TABEL 4. 4: UITKOMSTE VAN STEEKPROEF IN AZ VERDEEL IN DIAGNOSTIESE GROEPE.....	54
TABEL 4. 5: VERANDERING IN FUNKSIONERING VAN KLIËNTE MET SVO (N=20) VOLGENS BI	55
TABEL 4. 6: VERANDERING IN FUNKSIONERING VAN KLIËNTE MET RUGPYN (N=29) VOLGENS OSWESTRY	56
TABEL 4. 7: VERANDERING IN FUNKSIONERING VAN KLIËNTE MET ARTRITIS (N=9) IN AIMS2-SF	57
TABEL 4. 8: VERANDERING IN FUNKSIONERING VAN KLIËNTE MET BOONSTE LEDEMAATBESERINGS (N=15) IN DASH.....	58
TABEL 4. 9: VERANDERING IN FUNKSIONERING VAN KLIËNTE MET ONDERSTE LEDEMAATBESERINGS (N=6) IN KLINIESE MOBILITEITSKAAL.....	59
TABEL 4. 10: OPSOMMING VAN TOTALE STEEKPROEF SE DEMOGRAFIESE FAKTORE (N=78)	65
TABEL 4. 11: INVLOED VAN OMGEWINGS- EN PERSOONLIKE FAKTORE OP UITKOMSTE (N=78)	68
TABEL 4. 12: VERSORGER SE VERWANTSKAP MET DIE KLIËNT (VOOR-TOETS N=13; NA-TOETS N=12).....	70
TABEL 4. 13: VERANDERING VAN VERSORGERSPANNING MET VOOR-TOETS (N=13) EN MET NA-TOETS (N=12).....	72

Operasionele definisies van terme

- **ADL:** Aktiwiteite van die Daaglikse Lewe sluit in alle aktiwiteite wat 'n individu deur die verloop van sy dag sal uitvoer bv. eet, slaap, werk
- **Kliënte met fisiese gestremdhede:** kliënte met enige inperking wat die fisiese funksionering van een of meer ledemate beperk of fyn of grof motoriese vermoëns beperk (Wikipedia Free Encyclopedia, 2011). In hierdie studie sluit “Kliënte met fisiese gestremdhede” diagnoses van SVO, Artritis, Rug- en nekbeserings, Onderste- en Boonste ledemaatbeserings in.
- **GBR:** Gemeenskapsgebaseerde Rehabilitasie is 'n strategie wat gevolg word in gemeenskapsontwikkeling vir die ontwikkeling van rehabilitasie, skep van gelyke geleenthede en die sosiale insluiting van alle mense met gestremdhede (World Health Organization, 2004)
- **IKF-model:** WGO se model van Internasionale Klassifikasie van Funksie wat as raamwerk vir die studie dien (World Health Organization, 2002)
- **Rehabilitasie:** 'n Proses wat daarop gefokus is om mense met gestremdhede in staat te stel om hul optimale vlak van funksionering te bereik en te behou (World Health Organization, 2011)
- **Uitkomst:** Die voordele en die veranderinge wat plaasvind in die geteikende populasie wat aan 'n program deelneem (Voelker-Morris, 2004)

Algemene afkortings

ADL – Aktiwiteite van die Daaglikse Lewe

AIMS2-SF – Athritis Impak Measurement Scale 2nd edition Short-form

ART – kliënt wat met Artritis gediagnoseer is

AZ – Aangepasde Zambian

BI – Barthelindeks

BL – kliënt met besering van die boonste ledemaat

BLGGS - Bishop Lavis Gemeenskapgesondheidsentrum (Daghospitaal)

BLRS - Bishop Lavis Rehabilitasiesentrum

CHIEF - Craig Hospital Inventory of Environmental Factors

DASH – Disability Assessment Schedule of the Shoulder and Hand

FIM – Functional Independence Measure

GBR - Gemeenskapsgebaseerde Rehabilitasie

IKF – Internasionale Klasifikasie van Funksie (WGO)

GBR - Gemeenskapsgebaseerde Rehabilitasie

KBH- Karl Bremer Hospitaal

LIFE-H – Meetinstrument wat die kwaliteit van sosiale deelname meet

LRP – kliënt wat met 'n rugbesering gediagnoseer is

OL – kliënt met besering van die onderste ledemaat

NRB - Nasionale Rehabilitasie Beleid (Department of Health, 2000b)

SF36 – The MOS 36-item short-form health survey

SINTEF – The foundation for Scientific and Industrial Research

SANPAD - South Africa Netherlands Research Programme on Alternatives in Development

SVO - Serebro-Vaskulêre Ongeluk ook bekend as beroerte

TBH – Tygerberg Hospitaal

US - Universiteit van Stellenbosch

WCRC – Western Cape Rehabilitation Centre

WGO - Wêreld Gesondheidsorganisasie

WHODAS 2.0 – World Health Organizations Disability Assessment Schedule 2nd edition

WKDG - Wes-Kaapse Departement van Gesondheid

WGNGS - Witskrif vir 'n Geïntegreerde Nasionale Gestremdheidstrategie

HOOFSTUK 1 : INLEIDING EN MOTIVERING VIR STUDIE

Persone met gestremdhede se reg tot gelyke toegang tot dienste word op internasionale vlak uitgelig deur die Verenigde Nasies (VN) se Handves vir die Regte van die Gestremde (United Nations, 2006). Suid-Afrika het homself ook tot hierdie handves verbind. Loeb, Eide & Mont (2008) benadruk dat data wat nodig is om dienste vir persone met gestremdhede te beplan of toeganklik te maak, gedetailleerde informasie moet bevat rakende die persone se funksionering. Finkenflügel, Cornielje & Velema (2008) stel voor dat data uit studies rakende gestremdheid gebruik word om diensbeplanning en beleidsveranderinge en -ontwikkeling te rig. Die Wes-Kaapse Departement Gesondheid (WKDG) is tans besig om die rehabilitasiedienste in die Kaapse Metropool te beplan en herstruktureer in die beoogde 'Comprehensive Service Plan' (CSP) 2020 en sou evaluasie inligting vir hierdie doel kon gebruik. Soos bepaal in die 2001 Sensus opname het 4,1% van alle Wes-Kaapse inwoners 'n gestremdheid in vergelyking met die 5% wat nasionaal voorkom. Fisiese gestremdhede kom tweede meeste voor (29,6% van alle gestremdhede) (Statistics South Africa, 2005). Gestremde persone maak dus 'n groot persentasie van die populasie uit. Gedetailleerde informasie rakende hierdie persone se funksionering is dus nodig om doeltreffende beplanning vir dienste in terme van hulle behoeftes en benodighede te kan doen.

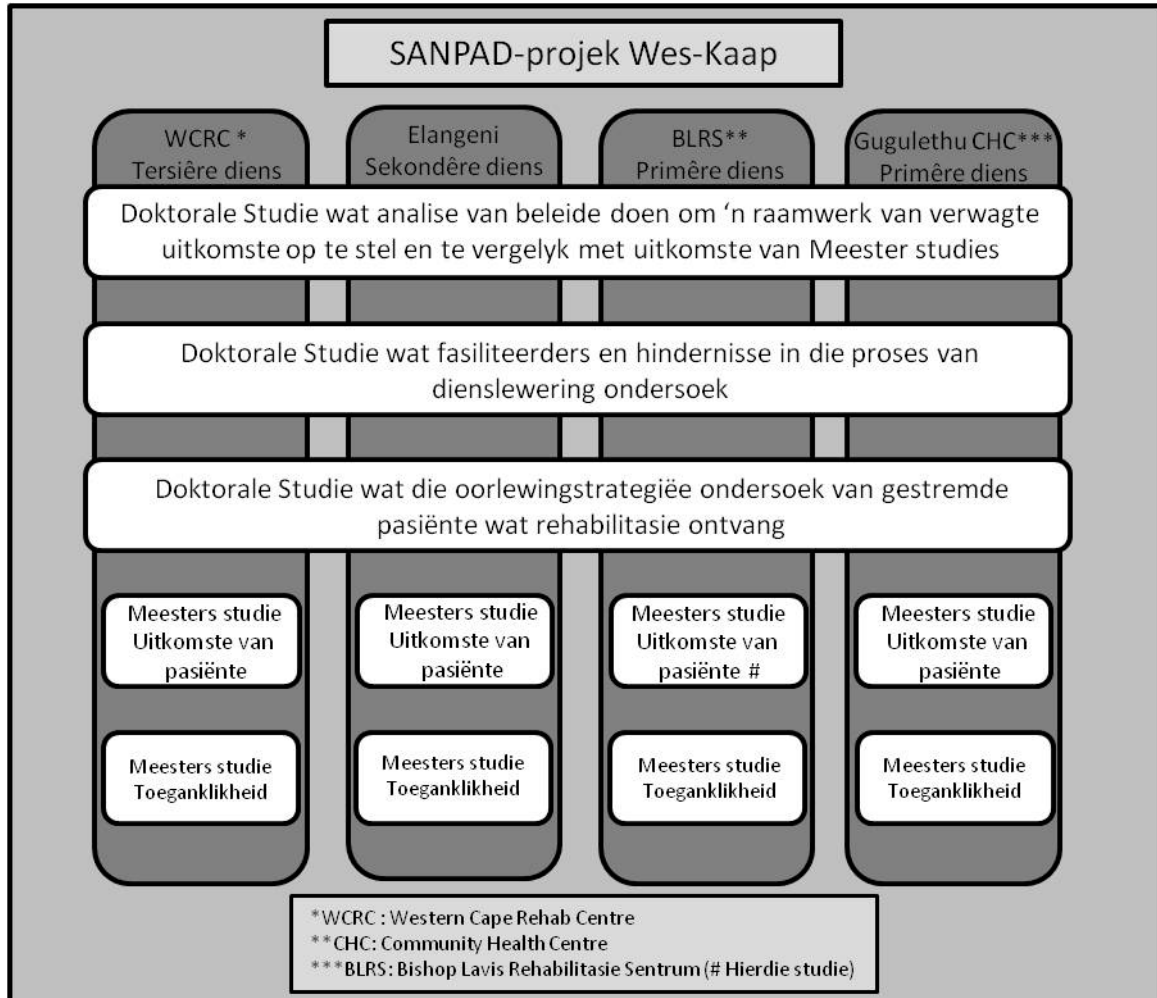
Riglyne en standaarde waarvolgens Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie (GBR) moet plaasvind word op internasionale vlak verskaf deur die Verenigde Nasies se Handves vir die Regte van die Gestremde (United Nations, 2006) asook die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) se raamwerk vir GBR (World Health Organization, 2004). Rehabilitasiedienste in Suid-Afrika word vanaf November 2003 deur die Nasionale Rehabilitasie Beleid (NRB) gerig (Department of Health, 2000b). Die voorloper vir hierdie beleid was die Geïntegreerde Nasionale Gestremdheid Strategie Witskrif (Department of Health, 1997) wat in November 1997 bekendgestel is. Alhoewel beide hierdie dokumente voorsiening maak vir die evaluering van rehabilitasiedienste wat aan die publiek voorsien word, is bewyse van die evaluering van rehabilitasiedienste in SA beperk. Instansies en terapeute wat rehabilitasiedienste lewer, rig hul dienste op die NRB, maar stel steeds hulle eie protokolle op vir behandeling. Die moontlike implikasie hiervan is dat daar nie noodwendig die mees effektiewe rehabilitasie behandeling aan kliënte gebied word nie en dat dit die kontrolering, evaluering en beplanning van hierdie dienste volgens NRB riglyne uiters moeilik maak.

Hierdie stand van sake belemmer ook uitkomsgebaseerde navorsing op streeksvlak wat moontlik riglyne sou kon verskaf vir die mees effektiewe protokol vir rehabilitasie behandeling. Dit is dus moeilik om generiese koste-effektiewe of tyd-effektiewe uitkomst van die terapie te bepaal en te vergelyk met ander instansies of ander vlakke van dienslewering, ten einde die bes moontlike rehabilitasiedienste vir Suid-Afrika te beplan.

Met die herstrukturering van gesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap Provinsie is die Gesondheidsorg 2010-plan (Department of Health, 2003) geïmplementeer. Die fokus in hierdie plan was om die dienste vanaf tersiêre vlak na primêre vlak te verskuif en dit het veroorsaak dat terapeute in die primêre sektor tans 'n oorlading van werk ervaar. Vanuit eie praktykvoering en samesprekings met ander terapeute in die Kaapse Metropool is die formaat van die beskikbare statistiek (Kleineibst & Kloppers, 2008) van so 'n aard dat slegs die aantal kontakssessies met kliënte en nie die uitkomst deur kliënte bereik rapporteer word. Hierdie statistiese inligting kan dus nie gebruik word ter motivering vir die skep van meer primêre vlak-poste of vir die verskuiwing van bestaande tersiêre poste na die primêre sektor nie. Bydraend tot hierdie probleem is dat die rehabilitasiedienslewering op 'n primêre gemeenskapsvlak uiteenlopende verskille toon by die verskillende sentra – vanaf rondreisende dienste by klinieke waar kliënte slegs een maal per week deur terapeute besoek word, na sentrums in die gemeenskap wat daaglik op 'n buite-pasiënt basis sowel as tuis behandeling, dienste aan kliënte bied.

Tans is daar 'n sterk fokus om die effektiwiteit van primêre vlak dienslewering te meet aan die hoeveelheid tyd gespandeer per kliënt, sowel as koste per kliënt (uit persoonlike kommunikasie van Daghospitaalbestuur). Vanuit praktykvoering van die navorser is die gemiddelde hoeveelheid tyd wat 'n terapeut met 'n kliënt spandeer uit die aard van die diens, langer as die tyd wat mediese praktisyns per kliënt spandeer. Harde werk van terapeute in soms uitdagende omstandighede ten opsigte van 'n tekort aan toerusting en ruimte vir behandeling, word oor die hoof gesien omdat rehabilitasiedienste nie net aan die getal kliënte gekoppel kan word nie. Daar moet onder andere ook gekyk word na die uitkomst wat bereik word na herhaalde kliënt kontak. Dit is dus duidelik dat 'n alternatiewe wyse van evaluering van rehabilitasiedienste nodig is wat die unieke aard van hierdie dienslewering in ag neem en steeds die effektiwiteit daarvan kan meet.

In 'n poging om bogenoemde probleme aan te spreek, is daar in 2009 'n SANPAD-projek (Cf Figuur 1.1) geloods wat die rehabilitasiedienste in die Wes-Kaap evalueer, waarvan hierdie studie 'n deel uitmaak.



Figuur 1. 1: Voorstelling van SANPAD-projek om rehabilitasiedienste in die Wes-Kaap te evalueer (2009)

Die projek maak voorsiening vir agt Magister studies en drie Doktorale studies wat dienslewering by vier instansies wat rehabilitasiedienste in die Wes-Kaap Provinsie lewer, op dieselfde wyse evalueer. Die oorhoofse doelstelling van die projek is om rehabilitasiedienste by hierdie vier instansies in die Wes-Kaap te evalueer en analiseer ten einde 'n meer generiese diens - wat in lyn is met die NRB - daar te stel om uiteindelik 'n bydrae te kan maak tot armoede- verligting deur oorlewingstrategieë van gestremdes te ondersoek: eerstens in terme van die uitsette en uitkomst wat gelewer word, en tweedens in terme van die toeganklikheid van dienste. Die data wat deur die verskillende studies ingesamel word, sal saamgevoeg word in 'n verslag aan die Departement van Gesondheid vir gebruik in verdere

rehabilitasiediens beplanning. Volgens die Departement van Gesondheid se Norme en Standaard vir Primêre Gesondheidsorg is dit belangrik om die publiek in kennis te stel wat die standaard van dienslewering is wat hulle kan verwag, sowel as om bekend te maak wat die minimum standaard van rehabilitasie is wat gelewer en behou moet word. Die data wat in hierdie projek ingesamel word tydens die evaluering van rehabilitasiedienste kan dus gebruik word om die publiek in kennis te stel rakende die norme en standaard van rehabilitasie.

In hierdie studie sal daar gefokus word op die diens wat by Bishop Lavis Rehabilitasiesentrum (BLRS) gelewer word. Persone woonagtig in BLRS se opvangsgebied (Bishop Lavis en omliggende areas) wat rehabilitasiedienste benodig, word deur 'n verskeidenheid van bronne (tersiêr [o.a. Tygerberg hospitaal (TBH)], sekondêr [o.a. Karl Bremer hospitaal (KBH)] en primêr [o.a. Bishop Lavis Gemeenskap Gesondheid Sentrum (BLGGS)]) na BLRS verwys. Self-verwysings word ook gesien indien toepaslik. Die opvangsgebied van BLRS is volgens die verwerkte inligting van Sensus 2001 (City of Cape Town, 2010) 'n digbewoonde, lae sosio-ekonomiese area waar 97% van die werkende populاسie minder as R6400 per maand verdien. Daar is 44 419 mense wat in die area woon en die meerderheid van die populاسie is Afrikaanssprekende (90.4%) Kleurlinge (96.9%). Van die ekonomies aktiewe populاسie (15-65 jaar oud) is 33% of te wel 6012 persone werkloos en uit die totale populاسie is 1363 persone nie-werkend a.g.v. siekte of gestremdheid.

BLRS bestaan reeds vanaf 1994 en is 'n unieke samewerkingsvennootskap tussen die WKDG en die Universiteit van Stellenbosch (US) om 'n omvattende rehabilitasiediens aan Bishop Lavis gemeenskap te lewer asook om 'n geleentheid te skep vir US studente om praktiese opleiding te kry in gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie. 'n Gratis primêre buite-kliënt gesondheidsorgdiens word aan kliënte op 'n afspraak basis gelewer deur 'n voltydse arbeids- en fisioterapeut en, tydens kliniese affiliasies van studente, ook deur arbeids-, fisio- en spraakterapie studente. Met verwysing word kliënte deur die voltydse Arbeids- of die Fisioterapeut gesif en dan na al die toepaslike dissiplines verwys vir individuele behandeling. Individuele behandeling sluit in bepaling en behandeling in die kliënt se tuisomgewing sowel as opvoeding en ondersteuning aan die kliënt se versorgers. Na afloop van individuele behandeling van ongeveer twee maande na gelang van die individuele kliënt se behoefte, word kliënte, indien toepaslik geag deur behandelende dissiplines, in een van die beskikbare groepe geplaas. Daar is 'n rehabilitasie groep vir kliënte met SVO wat instandhouding van hulle funksionering ten doel het. Hierdie groep word weekliks blootgestel aan Arbeidsterapie,

Fisioterapie en Spraakterapie tydens die uur-en-‘n-half-groep en kry ook sosio-emosionele ondersteuning in groep verband. Daar is ook groepe vir kliënte met Artritis en Ruggyn wat dien as ‘n terapeutiese en voorkomende groepe om kliënte in groepverband op te voed rakende hulle diagnose en die nodige lewenstyl veranderinge vir hierdie diagnoses. Die ruggroep program bestaan uit een uur per week opvoeding rakende onderwerpe soos rugbesparingsbeginsels en versterkings-oefeninge. Die 17 weke Artritis-opvoedingsprogram bestaan uit een uur weeklikse opvoeding rakende artritis waar aspekte soos gewrigsbesparingsbeginsels en hulpmiddels beskikbaar vir ADL, gedek word. Die BLRS is dus ‘n omvattende diens wat terapeutiese, rehabiliterende, bevorderende sowel as voorkomende programme insluit. Studente opleiding vorm ‘n integrale deel van dienslewering by die sentrum en hierdie unieke diensleweringmodel kan moontlik gebruik word vir toekomstige vennootskappe. Daar bestaan tans geen gedokumenteerde navorsing rondom die uitkomste van hierdie vennootskap nie en die studie sal poog om van die leemtes aan te spreek deur die uitkomste wat deur kliënte bereik word na afloop van individuele behandeling en/of groep behandeling vir drie maande, te ondersoek en te rapporteer.

Die inligting rakende die uitkomste wat die kliënte by BLRS in behandeling bereik, sal die terapeute en bestuur van BLRS kan help met die toekomstige beplanning van dienste.

1.1 NAVORSINGSVRAAG

Uit bogenoemde het die volgende vraag ontstaan: Wat is die uitkomste (beide uit data-analise verkry en vanuit die kliënt se eie perspektief) wat kliënte met fisiese gestremdhede bereik deur hul deelname aan rehabilitasie by BLRS?

1.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Om vas te stel wat die uitkomste is wat kliënte met fisiese gestremdhede bereik deur hul deelname aan rehabilitasie by BLRS.

1.3 DOELWITTE

- Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model (*Cf* 2.3.2) te bepaal ten tye van verwysing na BLRS, en weer na drie maande van rehabilitasie ten einde uitkomste wat bereik is te kan bepaal

- Om demografiese inligting rakende kliënte in te samel bv. diagnose, ouderdom en of 'n versorger teenwoordig is om sodoende die moontlike invloed van hierdie faktore op rehabilitasieuitkomste te kan bepaal
- Om vas te stel watter omgewingsfaktore vanuit die kliënt se perspektief, rehabilitasieuitkomste fasiliteer of belemmer
- Om kliënte se subjektiewe ervaring van veranderinge in hul daaglikse lewe, na aanleiding van hul deelname aan rehabilitasie, vas te stel

HOOFSTUK 2 : LITERATUUROORSIG

‘n Literatuurstudie is na aanleiding van die navorsingsvraag gedoen om ondersoek in te stel rondom rehabilitasiedienste en die evaluering van rehabilitasiedienste. Die fokus is op die uitkomsindikatore sowel as faktore wat uitkomste beïnvloed, uitkomsgebaseerde rehabilitasie en die toepaslikheid al dan nie van meetinstrumente vir gebruik in rehabilitasie, en sal in die volgende afdelings bespreek word.

2.1 RIGLYNE VIR REHABILITASIE IN SUID-AFRIKA EN DIE BEPALING VAN REHABILITASIEUITKOMSTE

Vanaf die eerste demokratiese verkiesing in Suid-Afrika in 1994 het die gesondheidsorgstelsel in Suid-Afrika ’n transformasie ondergaan. In die Wes-Kaap is die veranderinge geleidelik deur die Gesondheidsorg 2010-plan (Department of Health, 2003) en meer spesifiek die CSP 2010 (Department of Health, 2007). Die doel is om die fokus van gesondheidsorgdienste vanaf tersiêre vlak na primêre vlak en dus na die gemeenskap te skuif, veral in die voorheen benadeelde gemeenskappe waar onvoldoende mediese dienste in plek was. Standaard en riglyne vir die lewering van rehabilitasiedienste word vanaf hierdie transformasie deur verskeie beleide en wette gereguleer.

Minimum standaard en norme waaraan rehabilitasiedienste in die primêre gesondheidsorg sektor van Suid-Afrika moet voldoen, word uiteengesit deur die NRB (Department of Health, 2000b), die Witskrif vir ‘n Geïntegreerde Nasionale Gestremdheidstrategie (WGNGS) (Department of Health, 1997); die Wes-Kaap se Gesondheidsorg 2010 plan (Department of Health, 2003) deur middel van die CSP (Department of Health, 2007) sowel as die Norme en Standaard vir Primêre Gesondheidsorg (Department of Health, 2000a). Uit hierdie bronne kan die norme en standaard vir rehabilitasiedienste, aan persone wat dit benodig, opsommend as volg beskryf word:

- alle kliënte wat vanaf hospitale ontslaan word of vir rehabilitasie verwys word moet ‘n sifting of funksionele bepaling ondergaan
- ‘n lae-intensiteit rehabilitasiediens deur ten minste ‘n fisioterapeut en/of ‘n arbeidsterapeut moet voorsien word vir minstens 1h/dag (nie noodwendig elke dag) in die natuurlike omgewing, of ‘n gesimuleerde omgewing wat so na as moontlik aan die omgewing waarbinne die vaardigheid uitgevoer moet word is

- basiese funksionele vaardigheidsopleiding moet beskikbaar wees in Aktiwiteite van die Daaglikse Lewe (ADL) veral i.t.v. selfsorg, mobiliteit, veiligheid en kommunikasie, sodat 'n basiese graad van onafhanklikheid - met hulp soos benodig - bereik kan word
- verligting van akute simptome deur terapie
- terapeutiese en ondersteuningsgroepe moet beskikbaar wees
- opvoeding, opleiding en ondersteuning aan kliënte, hulle familie en primêre versorgers moet verskaf word
- toepaslike hulpmiddels moet bekostigbaar en geredelik beskikbaar wees en voorsien word vir almal wat daarby sal baat om die aantasting te korrigeer en daardeur die effek van die gestremdheid te beperk en die gebruiker te bemagtig om 'n optimale vlak van funksionering in alle areas van ADL te bereik
- inligting vir die voorkoming van gestremdheid en gesondheidsopvoeding moet aan kliënte, hulle familie en primêre versorgers verskaf word om hulle te bemagtig om ingeligte besluite rakende hulle gesondheid te kan maak
- daar moet 'n funksionele verwysingsstelsel tussen ander bronne in die gemeenskap wees om kliënte en hulle families te verbind met gemeenskapsbronne vir makliker herintegrasie in hul tuis omgewing en gemeenskap.

Hierdie beleidsdokumente dui ook aan dat die monitering en evaluering van gesondheidsorgdienste 'n belangrike deel vorm van dienslewering (Department of Health, 2007), maar tot op hede is daar nie enige formele of informele evaluering en rapportering op nasionale of provinsiale vlak in plek gestel ten opsigte van rehabilitasiedienste nie.

Die veranderde fokus van gesondheidsorg dienslewering na primêre gesondheidsorgvlak noodsaak rehabilitasiedienste om ook die fokus van dienslewering na 'n primêre vlak te verskuif. Uit die beskikbare literatuur vir primêre vlak rehabilitasiedienste is daar ses modelle geïdentifiseer (McColl, Shortt, Godwin, Smith, Rowe, O'Brien & Donnelly, 2009) waarvolgens rehabilitasie en primêre gesondheidsorg op 'n geïntegreerde wyse gelewer kan word. Die ses modelle wat geïdentifiseer is, is kliniek, uitreik, self-bestuur, GBR, gedeelde sorg en geval-bestuur. Dienslewering by BLRS word gebaseer op die GBR-model.

2.2 GEMEENSKAPSGEBASEERDE REHABILITASIE (GBR): OORSIG EN PROBLEME

ONDERVIND

McColl et al. (2009:1523) beskryf die doel van GBR as “... to deliver rehabilitation services in the developing world, where both material and human resources are scarce”. Dit word bereik deur rehabilitasie spesialiste wat voorspraak maak vir die belange van mense met gestremdhede en help om gemeenskapsbronne vir hulle te identifiseer en ondersteuning vir hulle te bekom. Hierdie benadering lei gewoonlik tot ‘n wyer en meer vërreikende effek veral ten opsigte van die bewustheid van gestremdheid wat lei tot verbeterde toeganklikheid van en insluiting by gemeenskappe (McColl et al., 2009). In 2004 is die opgedateerde weergawe van die 1994 ‘Joint position paper on CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities’ (World Health Organization, 2004) deur die WGO uitgegee om as raamwerk te dien en internasionale riglyne te gee rondom die beplanning en implementering van GBR-programme. Die WGO benadruk die rol wat GBR speel in die vermindering van die impak wat gestremdheid op ‘n persoon se lewe het, asook om - vanuit die perspektief van die sosiale model - die positiewe verandering in houding wat in gemeenskappe plaasvind teenoor persone met gestremdhede as gevolg van GBR. GBR sal ook meebring dat persone met ‘n gestremdheid hulle regte en menswaardigheid as ‘n uitkoms van rehabilitasie ervaar (Siegert, Ward & Playford, 2010).

Velema, Ebenso & Fuzikawa (2008) het 29 verslae van 22 middel-tot-lae sosio-ekonomiese lande (insluitend SA) in die tydperk vanaf 1997 tot 2007 ontleed om vas te stel watter vordering hulle rapporteer het na afloop van die implementering en evaluering van hul GBR-programme. Hulle het die volgende bevind:

- vordering is veral waargeneem in kliënte se onafhanklikheid, mobiliteit en kommunikasie
- kliënte rapporteer dat die GBR-programme die gemeenskap se persepsie oor gestremdheid positief verander het, hulle word meer ingesluit in die gemeenskap en die gemeenskap se vlak van aanvaarding van die gestremde het verbeter en
- daar was ‘n verhoogde besteding van finansiële bronne om voorsiening te maak vir die behoeftes van die gestremdes.

Bogenoemde is in lyn met die sosiale model van gestremdheid (World Health Organization, 2004) waar die fokus val op die omgewing wat moet aanpas om sodoende die gestremde te akkommodeer.

Probleme wat die literatuur uitlig rakende die evaluering van GBR-programme is veral rondom die vergelyking van die verskillende resultate a.g.v. die diverse aard van GBR-programme (Geddes & Chamberlain, 2001) en dat daar nie uniforme struktuur en terminologie in evaluerings gebruik word nie (Hoenig, Lee & Stineman, 2010; Velema et al., 2008; Zhao & Kwok, 1999). Dit lei tot 'n tekort aan internasionaal vergelykbare data rakende funksionering en gestremdheid (Leonardi, 2010).

2.3 VOORGESTELDE RAAMWERKE EN RIGLYNE VIR DIE METING VAN GBR-UITKOMSTE

Wade (1998) stel voor dat inligting meer sistematies ingesamel moet word om dit uniform en dus vergelykbaar te maak. Gagnon, Nadeau & Tam (2005) en Qureshi (2003) stel die gebruik van 'n klassifikasie-model voor in die evaluering van rehabilitasie programme. Finkenflügel et al. (2008) het bevind dat die gebruik van 'n model die vergelyking van uitkomst van diverse GBR-programme moontlik maak. 'n Klassifikasie model is dus nodig waarmee data meer sistematies en uniform ingesamel kan word en daardeur die data meer vergelykbaar maak.

2.3.1 Klassifikasie modelle

Velema & Cornielje (2003) het gepoog om 'n struktuur te ontwerp waarvolgens evaluering van diverse rehabilitasie programme sistematies gedoen kan word om vergelykbare data te verkry sodat belangrike aspekte nie tydens evaluering uitgelaat word nie. Alhoewel die voorgestelde raamwerk gebruik kan word om 'n omvattende evaluering van rehabilitasie-dienste te beplan, maak die vrae-boog wat gebruik is nie voorsiening vir objektiewe metings nie. Die data wat volgens die raamwerk ingesamel word, is hoofsaaklik subjektief van aard. Die fokus is op die evaluering van die rehabilitasieprogram se strukture en is nie spesifiek oor die uitkomst wat deur kliënte bereik word nie. Hierdie raamwerk is dus nie bruikbaar vir 'n studie wat fokus op kliënt uitkomst nie. Finkenflügel et al. (2008) het Velema & Cornielje (2003) se raamwerk gebruik in hul studie. Hul studie het ook gebruik gemaak van die uitkomst en indikatore wat hulle in dienslewering wil bereik, wat eerste geïdentifiseer moet word, en waarteen die diens gemeet gaan word. Die data van die indikatore is subjektief van aard, en geen gestandaardiseerde meetinstrumente is gebruik nie. Ingesamelde data is dus nie objektief van aard nie en verminder die ekstrapolsie-moontlikhede van die data.

Finkenflügel et al. (2008) het 'n evaluering gedoen van 11 konseptuele modelle waarvolgens GBR dienste in ontwikkelende lande geëvalueer is. Hulle het gevind dat vir 'n model om wydverspreid aanvaar en gebruik te word, moet dit:

- eenvoudig verstaanbaar wees en
- fokus op uitkomst wat betekenisvol is vir die mense betrokke in die evaluering sowel as beleidsmakers en navorsers.

Nie een van die 11 modelle het aan beide hierdie vereistes voldoen nie. Die vergelykende studie het nie die WGO se IKF-model (World Health Organization, 2002) ingesluit nie, so die model is dus nie aan die vereistes van Finkenflügel et al. (2008) gemeet nie.

Trotter, Ustun, Chatterji, Rehm, Room, & Bickenbach (2001) lig ook belangrike aspekte uit waaraan 'n internasionaal bruikbare klassifikasie model moet voldoen. Hulle noem *inter alia* dat:

- die model bruikbaar moet wees vir veelvuldige doeleindes bv. beleidsontwikkeling sowel as epidemiologiese navorsing
- die model voorsiening moet kan maak vir beduidende verskille in kultuur soos taal, geloof, waardes en omgewingstoestande
- die model homself moet verleen tot vertaalbaarheid, die woorde van 'n model moet eenvoudig wees en sy betekenis behou, al word dit na veelvuldige tale vertaal.

2.3.2 Die IKF as konseptuele model vir die evaluering van rehabilitasiedienste

Die IKF-model van die WGO fokus op “gesondheid” en “funksionering” eerder as op “gestremdheid” en “siekte”. Hierdie konsep word ondersteun deur die WGNGS en NRB se klem op die wegbeweeg van die mediese model wat gefokus het op siekte en gestremdheid, na 'n sosiale model van gestremdheid wat fokus op die omgewing sowel as die persoon se potensiaal ten spyte van die siektetoestand. Die IKF-model onderverdeel die funksionering van die individu in drie kategorieë wat verband hou met 'n bepaalde konteks, insluitend omgewings- en persoonlike faktore. Hierdie drie faktore is: Liggaamlike funksies en strukture; Aktiwiteite en Deelname (World Health Organization, 2002). Goljar, Burger, Vidmar, Marincek, Krizaj, Chatterji, Raggi, Leonardi & Bickenbach (2010) bevestig die WGO se siening dat die IKF-model data op 'n konsekwente, interdisiplinêre en internasionaal vergelykbare wyse insamel en hulle benadruk verder Leonardi (2010) se

siening dat dit 'n algemene universele taal moet verskaf waarmee 'n persoon se gesondheidstatus beskryf kan word.

Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider (2003) beskryf die IKF-model se ontwikkeling en toepassings as die basis vir gestandaardiseerde datainsameling rakende menslike funksionering en gestremdheid regoor die wêreld. Hulle beklemtoon ook die effektiwiteit van die IKF-model in die evaluering van 'n rehabilitasieprogram en beskryf verder die IKF-model as 'n internasionale en wetenskaplike instrument om aanbevelings te kan maak rakende beleidsontwikkeling en vir die gebruik in kliniese navorsing. Leonardi (2010) beklemtoon dat die toepassing van die IKF-model in beleidsontwikkeling data lewer wat internasionaal gebruik kan word om bewys-gebaseerde besluite te maak. In die beplanning van beleide is meer inligting nodig as net die fisiese impak van gestremdheid en die IKF-model lewer data oor die impak van beserings op persone se lewensfunksionering wat tot die verbetering in deelname van persone met gestremdhede sal lei indien dit gebruik word vir beleidsontwikkeling. Die IKF-model kan gebruik word om rehabilitasie-insette af te breek na koste-eenhede om soedoende die koste-effektiwiteit van insette te bepaal.

Van Brakel & Officer (2008) stel die gebruik van die IKF-model as konseptuele raamwerk voor en bespreek die gebruik daarvan as 'n hulpmiddel in die deeglike sistematiese datainsameling rakende gestremdheid in middel tot lae sosio-ekonomiese lande. Hulle is van mening dat die voordele van die gebruik van die IKF-model insluit dat dit nie spesifiek tot enige profesie is nie en dat gestremdheid deur die Internasionale Klassifikasie van Funksie omskep word in 'n neutrale, multidimensionele en universele konsep.

Dit wil voorkom of die IKF-model aan Trotter et al. (2001) en Finkenflügel et al. (2008) se kriteria hierbo voldoen, en dat dit gebruik kan word as raamwerk vir sistematiese datainsameling vir universeel vergelykbare data.

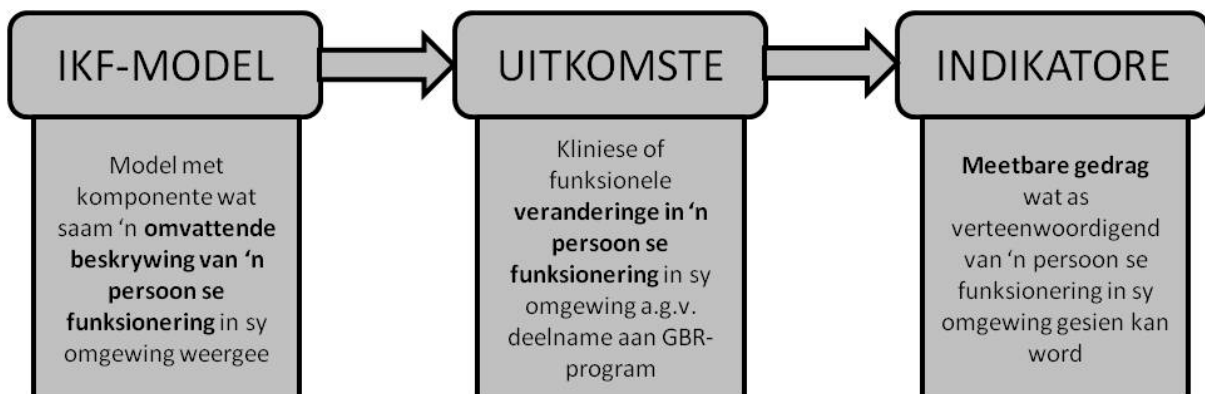
Die IKF-model maak dit ook moontlik om die invloed van 'n persoon se omgewing op sy funksionering en gestremdheid te bepaal (Leonardi, 2010). Met behulp van die IKF-model kan die omgewingsfaktore se inhiberende of fasiliterende rol in 'n persoon se funksionering beskryf word (Schneidert, Hurst, Miller & Üstün, 2003).

Die IKF-model is nie diagnose-spesifiek nie en kan suksesvol as raamwerk gebruik word om vergelykbare data oor 'n verskeidenheid van diagnoses te verkry (Cieza, Bostan, Oberhauser & Bickenbach, 2010; Jonsdottir, Rainero, Racca, Glässel & Cieza, 2010). Dit is veral

belangrik om uniforme en vergelykbare data in GBR en primêre gesondheidsorg te verkry waar 'n wye verskeidenheid van diagnoses gesien word. Data kan dus oor diagnoses vergelyk word om rehabilitasie programme te evalueer en verdere dienste te beplan wat die IKF-model die mees toepaslike konseptuele model maak om te gebruik in die konteks van hierdie studie en die SANPAD-projek.

2.4 UITKOMSGEBASEERDE EVALUERINGSBENADERING EN DIE KEUSE VAN INDIKATORE

McNamara (1999) identifiseer drie tipes benaderings tot evaluering naamlik *doel-*, *proses-* en *uitkomsgebaseerde* evaluering. Die doel van uitkomsgebaseerde evaluering is volgens hom om te bepaal wat 'n program se resultate is. Cameron (2010) waarsku teen die gebruik van proses-gebaseerde evaluering in rehabilitasie omdat dit nie 'n geldige weergawe van effektiwiteit kan weergee nie byvoorbeeld dat die aantal kliënte gesien deur 'n terapeut nie 'n aanduiding is van die effektiwiteit van die kontakssessies met die kliënte nie. Volgens Young (2000) fokus uitkomsgebaseerde evaluering op die verandering wat in die kliënt se lewe plaasgevind het, eerder as die veranderinge in die program self. Die fokus is dus op die voordele wat die kliënte gekry het uit deelname in die program – hetsy in toename van kennis, vaardigheid en houding of in verbeterde lewensomstandighede (McNamara, 1999). Hoenig et al. (2010) redeneer dat bykomend tot die bogenoemde definisie, dit ook belangrik is om kliënte se tevredenheid met diens en hul gebruik van mediese dienste te evalueer.



Figuur 2. 1: Verband tussen IKF-model, Uitkomste en Indikator

Finkenflügel et al. (2008) stel voor dat die gaping tussen die gebruik van 'n konseptuele model en die evaluering van rehabilitasiediens-uitkomst, oorbrug kan word deur 'n stel indikatore te ontwikkel wat eerstens gerig moet word deur wetgewing en protokolle soos toepaslik vir rehabilitasie, en tweedens dat dit gebaseer moet wees op die uitkomst wat kliënte van die spesifieke diens verlang (McNamara, 1999; Young, 2000). Volgens McNamara (1999) en Tesio, Simone & Bernardinello (2007) moet hierdie indikatore waarneembare en/of meetbare aspekte van funksionering of gedrag wees wat gesien kan word as verteenwoordigend van die spesifieke area van funksionering soos gesien kan word in Figuur 2.1. Leonardi (2010) se studie lig die feit uit dat daar 'n tekort aan indikatore is wat deur die gesondheidsstelsel gebruik kan word en beskryf dit as 'n internasionale probleem. Volgens Wirz & Thomas (2002) is 'n tekort aan indikatore om sukses in GBR-programme aan te dui ook 'n algemene probleem. Hulle studie het 10 evalueringsverslae van GBR-programme ondersoek en bevind dat die indikatore wat bruikbaar was nie omvattend genoeg is nie.

Velema & Cornielje (2003) het gepoog om 'n diagram te ontwikkel waarvolgens indikatore gekies kan word onder aspekte van funksionering wat opgestel is volgens programdoelstellings. Dit vorm egter slegs 'n basis vir moontlike uitkomst, gebaseer op wat kliënte wil bereik, hul deelname aan die program en die familie of vriende van die kliënte se betrokkenheid in die program. Verdere ontwikkeling van die indikatore word dus benodig indien 'n omvattende evaluering van kliënte se uitkomst gedoen moet word in al die aspekte van 'n persoon se funksionering soos beskryf in die IKF-model. Minaire (1992) is van mening dat die indikatore op die volgende vier afdelings moet fokus: Fisiese-gestremdheid, Mobiliteit, Onafhanklikheid in ADL en Kommunikasie of kognitiewe sosiale interaksievaardighede. Hierdie vier afdelings word vervat in die IKF-model se afdelings en sodoende skep die model 'n duidelike en logiese struktuur vir die ontwikkeling van indikatore wat verandering in persone se funksionering omvattend sal kan beskryf, indien die indikatore voor en na rehabilitasie insette bepaal word (McLaughlin & Jordan, 1999; Voelker-Morris, 2004).

Volgens Qureshi (2003) moet die navorser buiten die keuse van die korrekte konseptuele model verseker dat die meetinstrumente in lyn is met die doel van die program, anders meet dit nie relevante inligting nie en word daar nie duidelikheid oor die impak van die program verkry nie. Die keuse van meetinstrumente moet dus in lyn wees met die indikatore soos

ontwikkel vanaf die konseptuele model en programdoelstellings wat gebaseer is op die betrokke landsbeleide.

Meetinstrumente wat veranderinge in gedrag (indikatore) meet moet geselekteer word sodat alle komponente van die IKF-model gedek is (Cieza, Brockow, Ammon, Kollerits, Chatterji, Üstün & Stucki, 2002) en daar sodoende 'n omvattende beeld van die kliënt se funksionering bepaal kan word. Dit verseker ook dat die data wat ingesamel is, internasionaal vergelykbaar is.

Verskeie ander faktore wat ook verandering in funksionering, of die tekort aan verandering, teweeg kan bring is ondersoek:

2.5 FAKTORE WAT REHABILITASIEUITKOMSTE BEÏNVLOED

In die literatuur word verskeie faktore se invloed op die uitkomste van rehabilitasie uitgelig. Die oorgrote meerderheid studiepopulasies in die beskikbare literatuur bestaan uit kliënte met SVO. Dit verskil van hierdie navorsingstudie se studiepopulasie wat meer diagnoses ingesluit het (Cf 3.2), maar is steeds relevant omdat die tweede grootste deel van die studiepopulasies in die literatuur kliënte met SVO is. Die faktore in die literatuur bevat word is:

2.5.1 Ouderdom voor insident

Luk, Cheung, Ho & Li (2006) se studie het gefokus op die impak van ouderdom op die uitkomste van rehabilitasie en hulle het bevind dat ouderdom nie 'n voorspellende faktor in uitkomste is nie. Dit is in teenstelling met Carod-Artal, Medeiros, Horan & Braga (2005) en Alexander (1994) wat 'n ouderdom van onder 61 en 55 jaar respektiewelik as bydraende faktor tot goeie funksionele uitkomste in rehabilitasie geïdentifiseer het. Verskeie ander studies lig ook 'n negatiewe korrelasie tussen ouderdom en die hoeveelheid funksionele verbetering uit (Huang, Chung, Lai & Sung, 2009; Kelly, Furie, Shafqat, Rallis, Yuchiao & Stein, 2003; Ottenbacher & Jannell, 1993). Die impak wat kliënte se ouderdom op hulle rehabilitasie uitkomste het is nog nie onomwonde bewys nie, maar die neiging is dat die hoeveelheid verbetering negatief beïnvloed word deur 'n hoër ouderdom.

2.5.2 *Ko-morbiditeite*

Diabetes en/of demensie as ko-morbiede diagnoses voorspel ongunstige uitkomst vir persone wat 'n SVO gehad het teenoor klein bloedvatsiektes wat gunstige uitkomst kan voorspel (Acciarresi, 2006; Fischer, Arnold, Nedeltchev, Schoenenberger, Kappeler, Höllinger, Schroth, Ballinari & Mattle, 2006; Petty, Brown Jr, Whisnant, Sicks, O'Fallon & Wiebers, 1998). Verder bevind Petty et al. (1998) se retrospektiewe studie met 1111 persone dat diabetes die grootste voorspellende faktor vir 'n opeenvolgende SVO is en dat 'n kardiiovaskulêre ko-morbiede diagnose die grootste voorspellende faktor is vir sterfte na 'n SVO. Die implikasie van ko-morbiede diagnoses as risikofaktore vir 'n tweede insident van SVO kan kliënte ook funksioneel beperk indien hulle herhaalde insidente van SVO het aangesien die verdere skade aan die brein hul funksionering meer beperk.

2.5.3 *Vlak van funksionering en deelname in aktiwiteite*

'n Hoër ouderdom saam met 'n laer vlak van funksionering voor die SVO is volgens Bagg, Pombo & Hopman (2002) en Granger, Hamilton & Fiedler (1992) se studies 'n voorspelling van swakker rehabilitasieuitkomst. Luk et al. (2006) se studie rapporteer dat 'n hoër funksionele status voor die insident (persoon wat werk teenoor werkloos/afgetree sowel as persone wat selfversorgend woon teenoor persone wat in versorgingseenhede of ouetehuse bly) beter uitkomsverwagtinge het. Carod-Artal et al. (2005) dui verdere faktore aan en het bevind dat 'n goeie sitbalans en 'n bevredigende vlak van bewussyn na 'n SVO-insident goeie bydraende faktore is tot uitkomst. Beter rehabilitasieuitkomst word dus bereik deur persone wat 'n hoër vlak van funksionering gehandhaaf het voor die SVO.

2.5.4 *Tydperk vanaf insident totdat rehabilitasie begin is*

Verskeie studies (Huang et al., 2009; Horn, DeJong, Smout, Gassaway, James & Conroy, 2005; Maulden, Gassaway, Horn, Smout & DeJong, 2005) het bevind dat kliënte met SVO beter funksionele uitkomst bereik met vroeër inisiasie van terapie-insette. Ottenbacher & Jannell (1993) bevestig hierdie bevinding en voer aan dat verbetering in funksionering by kliënte met SVO meer verband hou met die vroeë inisiasie van terapie as met 'n langer tydperk van terapie-insette. Alexander, Bugge & Hagen (2001) het bevind dat die impak van gestremdheid die meeste verminder kan word in die eerste drie maande na 'n SVO plaasgevind het. Dit word ondersteun deur Carod-Artal et al. (2005) wie aantoon dat 'n

tydperk van ses maande 'n bydraende faktor is tot 'n goeie funksionele uitkoms in rehabilitasie.

In teenstelling hiermee het Dam, Tonin, Casson, Ermani, Pizzolato, Iaia & Battistin (1993) gevind dat indien terapie eers drie maande na die SVO-insident begin word, daar steeds tot een jaar na die insident goeie vordering in terme van mobiliteit en onafhanklikheid in selfsorg kan plaasvind. Werner & Kessler (1996) het rapporteer dat kliënte wat intensiewe buite-pasiënt rehabilitasie ondergaan een jaar na hul SVO-insident, waar kliënte na die insident reeds binne-pasiënt rehabilitasie ontvang het, steeds noemenswaardige funksionele verbetering kan bereik. Dit blyk asof vroeë inisiasie van terapie binne die eerste 30 dae (Salter, Jutai, Hartley, Foley, Bhogal, Bayona & Teasell, 2006) na 'n insident die meeste funksionele herstel kan bied, maar dat rehabilitasie insette na hierdie tydperk steeds belangrike funksionele verbeteringe te weeg kan bring.

2.5.5 Intensiteit van behandeling

Vroeë inisiasie van intensiewe terapeutiese insette lei tot beter funksionele uitkomst volgens 'n studie deur Hu, Hsu, Yip, Jeng & Wang (2010). Sivenius, Pyorala, Heinonen, Salonen & Riekkinen (1985) se studie oor die effek van intensiewe rehabilitasie teenoor normale intensiteit behandeling het bewys dat kliënte beter ADL en motoriese vaardighede toon in die eerste drie maande wanneer hul intensiewe rehabilitasie ontvang het. In hul studie met meer as 4000 kliënte vanuit veelvuldige diagnoses (insluitend neurologies en ortopedies) het Jette, Warren & Wirtalla (2005) 'n direkte verband gevind tussen hoër intensiteit van rehabilitasie behandeling en verbetering in funksionele onafhanklikheid sowel as korter hospitalisasie tyd. Hierdie rehabilitasie behandeling is in 'n spesialisasie eenheid gegee met Fisio-, Arbeids- en Spraakterapie beskikbaar soos kliënte dit benodig. Verskeie ander studies (Horn et al., 2005; Huang et al., 2009; Kwakkel, Wagenaar, Twisk, Lankhorst & Koetsier, 1999; Wodchis, Teare, Naglie, Bronskill, Gill, Hillmer, Anderson, Rochon & Fries, 2005) met kliënte met SVO ondersteun die teorie dat 'n hoër intensiteit rehabilitasie behandeling tot beter uitkomst lei. Dit is dus duidelik uit bogenoemde studies dat 'n hoër intensiteit van behandeling vinniger funksionele verbetering en onafhanklikheid in ADL meebring.

2.5.6 Spanbenaderings en binne-pasiënt- teenoor tuisrehabilitasie

Von Koch, Holmqvist, Kostulas, Almazán & Pedro-Cuesta (2000) het die invloed van vroeë ontslag uit die hospitaal en met die voortsetting van rehabilitasie in die tuisomgewing

vergelyk met 'n kontrolegroep wat roetine binne-pasiënt rehabilitasie ontvang het. Globale uitkomst van die twee groepe het nie beduidend verskil nie, maar die resultate dui 'n tendens aan dat die tuis-gerehabiliteerde groep 'n groter onafhanklikheid in ADL toon. Forster, Young & Langhorne (1999) ondersteun hul bevinding dat daar geen merkbare verskil gevind kon word tussen die verskillende plekke van terapie in die sistematiese oorsig van terapedienste wat hulle gedoen het. Die enigste verskil wat hulle gevind het, was dat die persone wat toegang tot rehabilitasie gehad het 'n laer kans het vir dood of swak funksionele uitkomst as die wat geen insette ontvang het nie. In teenstelling hiermee het Hoenig et al. (2010) bevind dat nuutgeleerde vaardighede nie oordra na die tuisomgewing indien kliënte nie in hul tuisomgewing of in 'n realistiese simulatie daarvan insette ontvang nie.

Geddes & Chamberlain (2001) het bevind dat interdisiplinêre (SVO-eenheid) rehabilitasie beter uitkomst het in 'n hospitaal-scenario teenoor multidisiplinêre (algemene hospitaalsaal) rehabilitasie van kliënte met SVO. Met 'n interdisiplinêre spanbenadering, waar spanlede gereeld saam vergader het rakende kliënte se rehabilitasie, is vinniger ontslag en minder onkoste verbonde aan kliëntsorg rapporteer. Kalra, Dale & Crome (1993) se studie het ook bevind dat die spanlede wat gesamentlike doelstellings vir kliënte stel in 'n gespesialiseerde SVO-eenheid, lei tot 'n vinniger ontslag en laer aantal sterftes in die SVO-eenheid teenoor 'n algemene hospitaalsaal.

Dit blyk dus dat die bogenoemde sowel as 'n Cochrane Sistematiese Oorsig (Early Supported Discharge Trialists, 2005) aandui dat enige vorm van rehabilitasie in 'n kliënt se tuisomgewing, eerder as in die hospitaal, sy onafhanklike uitvoering van ADL kan verhoog. Rehabilitasie in interdisiplinêre-spanverband met gemeenskaplike doelwitte help ook dat kliënte vinniger funksionele uitkomst bereik.

2.5.7 Kliënte

Uitkomst van rehabilitasie-insette is die produk van beide terapeute sowel as kliënte se insette en daarom sal beperkte samewerking vanaf kliënte lei tot swakker uitkomst. Verkaaik, Sinnott, Cassidy, Freeman & Kunowski (2010) benadruk dat meer kennis en outonomie van kliënte tot beter uitkomst sal lei.

2.5.8 Omgewing

Beide die sosiale model van gestremdheid sowel as die IKF-model (World Health Organization, 2002) beskryf gestremdheid as die interaksie tussen 'n persoon met 'n

gesondheidstoestand en sy omgewing. 'n Persoon se omgewing het 'n noemenswaardige invloed op sy funksionering en kan 'n goeie (fasiliteer) of slegte (hindernis) impak hê (Hoenig et al., 2010:239; Schneidert et al., 2003). 'n Studie rakende die omgewingshindernisse wat persone met gestremhede in die Wes-Kaap ervaar, het bevind dat 40% of meer mense die klimaat, openbare geboue, werksopset, opvoedingspeil en hul behuising as hindernisse tot hul funksionering ervaar (Maart, Eide, Jelsma, Loeb & Toni, 2007). Omgewingsfaktore en hul positiewe of negatiewe invloed moet dus in ag geneem word tydens die bepaling van rehabilitasieuitkomst.

Hillier, Comans, Sutton, Amsters & Kendall (2010) beskryf die gebruik van uitkomsgebaseerde meetinstrumente as essensieel om die effektiwiteit van rehabilitasieprogramme in die gemeenskap te bepaal. So ook benadruk Cameron (2010) dat metingskale van funksionering in verskeie formate geldig is in die bepaling van rehabilitasieuitkomst.

2.6 TOEPASLIKE MEETINSTRUMENTE VIR REHABILITASIEUITKOMSTE

Loeb et al. (2008) se studie het bevind dat indien data rakende persone met 'n gestremdheid ingesamel word, dit eerder teen 'n multidimensionele stel parameters gedoen moet word, eerder as teen 'n statiese alles-of-niks toestand – ongeag die doel waarvoor dit ingesamel word.

2.6.1 Faktore wat die keuse van meetinstrumente beïnvloed

'n Verskeidenheid van faktore moet in ag geneem word in die keuse van meetinstrumente en toepaslike faktore sal in die volgende afdeling bespreek word.

2.6.1.1 Finansies en beskikbaarheid

Die relatief beperkte begroting van dienssentrums soos BLRS waar hierdie studie plaasvind, vereis dat instrumente gebruik word wat gratis en vrylik beskikbaar is om sodoende die bruikbaarheid van die ingesamelde data te verhoog. Indien meer sentra van soortgelyke aard van hierdie instrument kan gebruik maak, sal dit die vergelykbaarheid van data in die langtermyn verbeter. Indien daar geen finansiële implikasies betrokke is in die gebruik van 'n instrument nie, kan dit ook die kanse verhoog dat die BLRS sal voortgaan met die gebruik daarvan na afloop van die studie.

2.6.1.2 Opvoedingsvlak van studiepopulasie

Gedienstigheidsydigheid kom voor as studie-deelnemers hul antwoorde so aanpas om nie sosiaal ongewenste antwoorde te gee of antwoorde wat hulle oningelig kan laat lyk nie (Joubert, Ehrlich, Katzenellenbogen & Abdool Karim, 2007). Die studiepopulasie se opvoedingsvlak moet dus in ag geneem word wanneer meetinstrumente gekies en ontwerp word sodat meetinstrumente nie te abstrak of buite die deelnemers se verwysingsraamwerk is nie. Sodoende word vroeë geïnterpreteer, deelnemers is op hul gemak en geldige response kan ingesamel word. Die meetinstrumente, kontrolelyste en die vraelys moet dus eenvoudige taalgebruik en konkrete konsepte hê om die geldigheid van data wat ingesamel word te verseker.

2.6.1.3 Tydsduurte

Met die verskuiwing van die gesondheidsdiens se fokus vanaf tersiêre na primêre vlak (*Cf* 1.1) word kliënte baie vinniger na hul huise ontslaan indien hul medies stabiel is (of glad nie gehospitaliseer na 'n insident nie), alhoewel hul nog in die akute fase van hul siektetoestand mag wees. Dit impliseer dat hul uithou vermoë laag is en die administrasie van die meetinstrumente moet dus nie te lank neem nie, om te verhoed dat daar 'n negatiewe impak op die kliënt is en sodoende nie betroubare inligting van die uitgeputte kliënt ingesamel kon word nie (*Cf* Tabel 3.4).

2.6.1.4 Geldigheid en betroubaarheid

Dit is belangrik om instrumente in studies te gebruik wat presies is en waarvan die betroubaarheid en geldigheid bekend is sodat akkurate data ingesamel word. Waar daar van voor en na toetsing in 'n studie gebruik gemaak word, is die toets-hertoets-betroubaarheid van die meetinstrumente baie belangrik en dit verminder ook die kans van toevallige metingsfoute (Joubert et al., 2007).

2.6.2 *Meetinstrumente vir die bepaling van kategorieë soos vervat in die IKF-model*

Die IKF-model (*Cf* 2.3.2) bestaan uit 3 kategorieë van *funksionering* soos hieronder bespreek. Hierdie funksionering vind plaas binne 'n bepaalde *konteks* van persoonlike sowel as omgewingsfaktore, wat dan die vierde kategorie uitmaak. Meetinstrumente wat binne hierdie konseptuele raamwerk gekies word, moet 'n omvattende dekking van die afdelings gee:

2.6.2.1 Liggaamsfunksies en strukture

Die meeste instrumente beskikbaar wat liggaamsfunksies en strukture meet fokus slegs op een diagnostiese groep of slegs een liggaamstruktuur of funksie. In teenstelling hiermee is die WGO se IKF-kontrolelys vir liggaamsfunksies en strukture (World Health Organization, 2003) sowel as die kernkodes vir die diagnostiese groepe te omvattend en tydrowend (Stucki, Cieza, Ewert, Kostanjsek, Chatterji & Üstün, 2002) (Cf 2.6.1.3).

Daar ontstaan dus 'n behoefte vir 'n meetinstrument wat liggaamsfunksies en strukture oor verskeie diagnoses kan meet en so data minder omslagtig en meer vergelykbaar maak.

2.6.2.2 Aktiwiteit

Aktiwiteit word deur die WGO beskryf as die “uitvoering van 'n taak of aktiwiteit deur 'n individu” (World Health Organization, 2002). Daar is 'n verskeidenheid van meet-instrumente wat aktiwiteit meet, veral diagnose-spesifieke instrumente (Cf 2.6.3). Een van die mees omvattende instrumente beskikbaar is die Functional Independence Measure (FIM) (Keith, Granger, Hamilton & Sherwin, 1987). Daar is registrasiefooi en opleiding betrokke by die gebruik van hierdie instrument en beperk dus die instrument se beskikbaarheid (Cf 2.6.1.1).

Die World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) (Üstün, Chatterji, Konstanjek, Rehm, Kennedy, Epping-Jordan, Saxena, Von Korff & Pull, 2010) en sy voorgangers soos WHODAS II, se ontwerp is gebaseer op die IKF-model en is dus 'n omvattende instrument om te gebruik vir die bepaling van aktiwiteit (Van Brakel & Officer, 2008). Die gebruik van die WHODAS 2.0 is gratis, maar alle data ingesamel in die projek wat die WHODAS 2.0 as een van die instrumente gebruik, moet aan die WGO gestuur word. Hierdie voorwaarde was nie aanvaarbaar vir die bestuur van die SANPAD projek waarvan hierdie studie deel uitmaak nie en gevolglik is hierdie instrument nie in die studie gebruik nie.

Die “Zambian Survey of Living Conditions among people with disabilities” (Zambian) (Loeb & Eide, 2004; Loeb, Eide & Mont, 2008) is in 'n reeks SINTEF¹ studies in Suidelike Afrika rakende gestremdheid gebruik. Die Zambian se spesifisiteit en sensitiwiteit (veral i.t.v. teenwoordigheid van die gestremdhede gemeet) is in die 2008 studie by 98,5% en 97,7% onderskeidelik gemeet. Die Zambian is 'n lys van ADL, vanaf die IKF-kontrolelys afgelei, wat in terme van aktiwiteit sowel as beperkings ten opsigte van deelname evalueer. Hierdie

instrument is nie diagnose-spesifiek nie en samel dus data in wat vergelykbaar is oor alle diagnoses en wat sodoende die bruikbaarheid van data verbeter.

Die SF36 (Ware&Sherbourne, 1992) is 'n ideale meetinstrument om generiese funksionering van kliënte te kan meet. Dit meet kliënte se funksionele gesondheid en welsyn vanuit die kliënt se eie perspektief. Hierdie funksionering word in agt areas van funksionering verdeel. Die SF36 dra kostes vir die aankoop en lisensieering en is daarom nie geskik vir insluiting in hierdie studie nie.

2.6.2.3 *Deelname*

Deelname word deur die WGO gedefinieer as betrokkenheid in 'n lewensituasie (World Health Organization, 2002). Hierdie definisie word deur baie as vaag gesien en veroorsaak baie onduidelikheid tussen die konsepte 'aktiwiteit' en 'deelname' (Dijkers, 2010; Heinemann, Tulsy, Dijkers, Brown, Magasi, Gordon & DeMark, 2010; Mallinson & Hammel, 2010; Whiteneck, 2010).

Dit is ook moeilik om deelname te meet omdat dit beïnvloed word deur omgewings- en persoonlike faktore, so kan 'n persoon byvoorbeeld nie lus wees om aan 'n aktiwiteit deel te neem nie al is hy fisies in staat daartoe; of dit mag kultureel nie toepaslik wees vir hom om deel te neem nie (Heinemann et al., 2010; Noreau & Boschen, 2010). Daar is min instrumente beskikbaar wat deelname meet. Sommige van die wat beskikbaar is, is óf diagnose-gebonde óf afhanklik van ander demografiese eienskappe (Dijkers, 2010; Hillier et al., 2010).

Deelname-meetinstrumente meet ook nie suiwer deelname soos deur WGO gedefinieer is nie en is geneig om aktiwiteite tesame met liggaamsfunksies en strukture te meet (Mallinson & Hammel, 2010). Perenboom & Chorus (2003) sowel as Magasi & Post (2010) se analise van verskeie algemeen gebruikte deelname-meetinstrumente bevestig die probleem. Nie een van die instrumente insluitend die WHODAS II en SF36 meet slegs deelname nie behalwe die Life-H (Noreau, Fougereyrollas & Vincent, 2002). Die Life-H meetinstrument moet aangekoop word en dit beperk dus sy grootskaalse gebruik (Hillier et al., 2010) (Cf. 2.6.1.1). Die Zambian is die ideale meetinstrument omdat beide aktiwiteite en deelname oor dieselfde afdelings van die IKF-model bepaal word.

2.6.2.4 *Konteks (persoonlike en omgewingsfaktore)*

Tydens rehabilitasie het die omgewing 'n prominente invloed op die rehabilitasie proses sowel as op 'n persoon se funksionering (Hoenig et al., 2010). Gestremdheid word deur die Sosiale en Biopsigososiale modelle gesien as die gevolg van die interaksie van 'n persoon se inkorting ten opsigte van sy fisiese omgewing. Maart et al. (2007) benadruk hierdie siening en beskryf die invloed van omgewingsfaktore as die grootste oorsaak van gestremdheid.

Studies rakende omgewingsfaktore fokus meestal op die invloed van een faktor en daar is slegs 'n paar meetinstrumente beskikbaar wat 'n verskeidenheid van omgewingsfaktore meet (Alguren, Lundgren-Nilsson & Sunnerhagen, 2009).

Die Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) van Whiteneck, Harrison-Felix, Mellick, Brooks, Charlifue & Gerhart (2004) toon goeie toets-hertoets betroubaarheid en bepaal die invloed van 25 faktore. 'n Nadeel van die CHIEF is dat die meting van die omgewingsfaktore se invloed oor 'n jaar-tydperk strek.

Die IKF-kontrolelys (World Health Organization, 2003) laat ook toe dat die impak van die omgewingsfaktore op die persoon se funksionering bepaal kan word (Leonardi, 2010). Die lys bevat 32 items wat baie tyd in beslag kan neem (*Cf* 2.6.1.3) en nie noodwendig toepaslik is vir alle omgewings nie. Hierdie kontrolelys moet dus aangepas word en tot die mees toepaslike faktore verminder word vir die spesifieke konteks van 'n studie. Sodoende sal tyd bespaar word tydens die toetsing.

Die IKF-model en kontrolelys identifiseer nie spesifieke persoonlike faktore nie. Whiteneck in Field, Jette & Martin (2006) lig dit uit as 'n leemte van die IKF-model en skryf dit toe aan die kulturele en politieke sensitiwiteit van hierdie onderwerp. Hulle stel voor dat 'n meetinstrument ontwerp word waarin faktore gespesifiseer moet word in terme van aspekte soos voorafgaande mediese toestande en demografiese faktore wat nie as gevolg van die gestremdheid teweeggebring is nie.

2.6.3 *Meetinstrumente vir spesifieke diagnostiese groepe*

2.6.3.1 *SVO*

Wade & Collin (1988) stel die gebruik van die Barthelindeks (BI) (Mahoney & Barthel, 1965) voor as 'n standaard instrument om die teenwoordigheid van funksionele inperking in

kliënte met SVO te bepaal. Hulle noem dat daar duidelike verandering in afdelings waargeneem kan word soos herstel plaasvind. Kritiek teen die BI is dat die afdelings nie sensitief genoeg is nie en hulle stel voor dat dit vir geldigheidsredes in samewerking met ander meetinstrumente gebruik moet word.

Collin, Wade, Davies & Horne (1988) beaam dat die BI betroubaar, maklik verstaanbaar en eenvoudig is om te gebruik deur professionele sowel as onopgeleide persone in die evaluering van kliënte met SVO. In vergelyking met ander meetinstrumente o.a. die FIM en die Modified Rankin Scale is daar geen voordeel bo die BI gevind nie (Kwon, Hartzema, Duncan & Min-Lai, 2004; Van der Putten, Hobart, Freeman & Thompson, 1999).

Wallace, Duncan & Lai (2002) se studie bevestig ook dat die BI sensitief genoeg is om verandering oor 'n drie maande periode te kan meet. Die BI is gratis beskikbaar vir akademiese gebruik (Mahoney & Barthel, 1965) (Cf 2.6.1.1) en verhoog dus die veralgemeenbaarheid van ingesamelde data. Die BI se geldigheid en betroubaarheid is bekend (Cf 2.6.1.4) en dit word in verskeie SVO-studies as die goue standaard vir inhoudsgeldigheidsbepaling gebruik.

Volgens Finch, Brooks, Stratford & Mayo (2002) en Finch, Higgins, Wood-Dauphinee & Mayo (2009) is die volgende geldigheid en betroubaarheid van die BI gerapporteer: interne geldigheid (Cronbach se $\alpha = 0.87$), voorspellingsgeldigheid - die BI het voorspellingsgeldigheid in terme van verblyfsreëlings, uitkomste van produktiwiteit en in onafhanklike verblyfsreëlings, interwaarnemerbetroubaarheid - Kappa tellings tussen vyf terapeute wat die totale indeks gebruik het om sewe binne-kliënte met SVO te toets, het vir elke kliënt tussen 0.70 tot 0.88 gewissel en toets-hertoetsbetroubaarheid - Kappa telling van 0.98. Dus is die BI 'n ideale meetinstrument vir die insameling van SVO-spesifieke data wat vergelykbaar en bruikbaar sal wees.

2.6.3.2 Rugpyn

Die Oswestry-rugpynvraelys (Fairbank, Couper, Davies & O'Brien, 1980) is gratis beskikbaar (Cf 2.6.1.1). Geldigheid en betroubaarheid (Cf 2.6.1.4) is volgens Finch et al. (2002) die volgende: Interne Geldigheid - koëffisiënt alpha-waardes: 0.82 tot 0.90 en Toets-hertoetsbetroubaarheid: ICC=0.88 tot 0.94. Die Oswestry word met verskeie instrumente vergelyk en as 'n geldige en wydverspreide meetinstrument vir spinaalkoord-verwante probleme gekenmerk (Fairbank & Pynsent, 2000). Die Oswestry word ook gebruik om ander

meetinstrumente se geldigheid te bepaal en wydverspreid gebruik as meetinstrument vir rug- verwante metings in vergelykende studies.

2.6.3.3 *Artritis*

Die “Arthritis Impact Measurement Scales 2 – Short Form” (AIMS2-SF) is gratis beskikbaar en is bekend as ‘n geldige en betroubare instrument vir die bepaling van aktiwiteite sowel as liggaamsfunksies en strukture in kliënte met artritis (Cf 2.6.1.1 en 2.6.1.4). In vergelyking met verskeie ander meetinstrumente vir kliënte met artritis, het die AIMS2-SF dieselfde, indien nie beter gevaar om verandering in funksionering te kan bepaal (Haavardsholm, Kvien, Uhlig, Smedstad & Guillemin, 2000; Taal, Rasker & Riemsma, 2004). Die AIMS2-SF se Interne Geldigheid van Cronbach se $\alpha=0.72-0.91$ in Rumatoïede Artritis kliënte en $0.74-0.96$ in Osteo-Artritis kliënte. Die Toets-hertoetsbetroubaarheid ($ICC >0.7$) is ook goed.

Die AIMS2-SF meetinstrument se sensitiwiteit vir verandering oor drie maande lewer ‘n gestandaardiseerde reaksie mediaan van $0.36-0.8$, behalwe die sosiale interaksie komponent, vir beter betroubaarheid en geldigheid van data wat met voor- en na-toetsing ingesamel word (Guillemin, Coste, Pouchot, Ghézail, Bregeon & Sany, 1997). Hierdie kenmerke maak die AIMS2-SF die ideale instrument om impak te meet in persone met artritis in vergelykende studies.

2.6.3.4 *Boonste ledemaatbeserings*

In ‘n sistematiese vergelyking van literatuur rakende meetinstrumente vir boonste ledemaatbesering het Schoneveld, Wittink & Takken (2009) 15 instrumente geïdentifiseer en vergelyk. Hulle het bevind dat die “Disability of the Shoulder and Hand” (DASH) (Hudak, Amadio & Bombardier, 1996) toepaslik is vir die meting van aktiwiteite sowel as liggaamsfunksies en strukture in enige tipe boonste ledemaatbesering en die DASH het die beste klinimetriese eienskappe getoon (Bot, Terwee, Van der Windt, Bouter, Dekker & De Vet, 2004).

Hierdie eienskappe sluit onder andere in: toets- hertoets betroubaarheid van $ICC >0.7$ (Bot et al., 2004) en interne geldigheid van Cronbach se $\alpha >0.9$ (Gummesson, Atroshi & Ekdahl, 2003). Die DASH word wydverspreid aanvaar en gebruik wat die vergelykbaarheid van data wat ingesamel word verhoog.

2.6.3.5 Onderste ledemaatbeserings

Minimale inligting rakende die Kliniese Mobiliteitskaal is beskikbaar. Die instrument is eenvoudig om te gebruik om 'n persoon se mobiliteit oor tyd te bepaal (Hariharan & Svirebely, 2008) (Cf 2.6.1.2). Die instrument is gratis beskikbaar wat tot gevolg kan hê dat meer mense dit gebruik en dus meer data beskikbaar kan wees om resultate van soortgelyke studies te kan vergelyk soos reeds bespreek in 2.6.1.1.

2.6.4 Verdere meetinstrumente benodig vir omvattende bepaling van rehabilitasie-uitkomst

2.6.4.1 Subjektiewe inligting

Kliënte se subjektiewe ervaring van probleme stem nie altyd ooreen met die objektiewe meting van die probleem nie (Snögren & Sunnerhagen, 2009). Dit is dus belangrik om objektiewe sowel as subjektiewe metings van probleme te hê en te kombineer om sodoende die werklike probleme te identifiseer. Kayes & McPherson (2010) benadruk die belang van subjektiewe inligting in die bepaling van kliënte se funksionering. Dit is dus essensieel om 'n meetinstrument te ontwerp wat deelnemers se subjektiewe mening oor die objektiewe data wat ingesamel is te kan bepaal.

2.6.4.2 Versorgerspanning

Gestremde persone is dikwels afhanklik van ander om hulle te help met die uitvoering van hul ADL. Hierdie afhanklikheid plaas 'n groot lading op 'n versorger se fisiese en emosionele welstand (Cameron, 2010). Dit is dus belangrik om die uitkomst te bepaal rakende versorgers se spanning na deelname aan rehabilitasie. Die versorgerspanningindeks (Robinson, 1983) se Interne Geldigheid van Cronbach se $\alpha=0.9$ en Toets-hertoetsbetroubaarheid van ICC =0.88 (Thornton & Travis, 2003) is goed wat dit dus ideaal maak om in 'n voor- en na-toets studie die versorgerspanning te meet (Cf 2.6.1.4).

Ter opsomming het die literatuurstudie 'n noemenswaardige te kort aan vergelykbare data vir die evaluering van rehabilitasie uitkomst uitgelig – beide op nationale en internasionale vlak. Daar is voorstelle gemaak rondom moontlike modelle, en meer spesifiek die IKF-model, om data-insameling te rig en universeel vergelykbare data in te samel.

Meetinstrumente wat binne hierdie model gebruik kan word is krities geëvalueer en in die volgende hoofstuk word die gebruik van hierdie instrumente en die studieontwerp gevolg om rehabilitasie uitkomst data binne die IKF-model in te samel, bespreek .

HOOFSTUK 3 : METODOLOGIE

In hierdie hoofstuk sal die metodologie, gebaseer op die inligting in die literatuuoroorsig, bespreek word. Die meetinstrumente wat gebruik is sowel as die aanpassings wat aan van die instrumente aangebring is word weergegee en 'n oorsig van die opleiding wat die veldwerker ontvang het vir die administrering van die instrumente, word gegee. Laastens word die metodes gebruik vir die interpretasie en analise van data en die etiese oorwegings uiteengesit.

3.1 STUDIE-ONTWERP

In hierdie studie is daar gebruik gemaak van voor- en na-toetsing binne 'n beskrywende studie-struktuur. Die doel van 'n beskrywende studie volgens Joubert et al. (2007) is om 'n in-diepte ondersoek na 'n spesifieke toestand te doen en sodoende 'n omvattende beskrywing van die toestand te kan gee. Beskrywende studies word onder andere gebruik om inligting te voorsien aan diensverskaffers, beleidmakers en beplanners om te help met die ontwikkeling en beplanning van dienste sowel as met die effektiewe verdeling van hulpbronne. In hierdie studie is daar 'n omvattende ondersoek gedoen na kliënte se funksionering voor rehabilitasie sowel as na drie maande van rehabilitasie om die twee toestande te kan vergelyk en sodoende te beskryf watter veranderinge plaasgevind het gedurende rehabilitasie.

3.2 STUDIE POPULASIE

Die studie populasie bestaan uit kliënte met fisiese gestremde wat in BLRS se opvangsgebied woon. Fisies-gestremde kliënte van BLRS kan (volgens die BLRS 2008 Jaarverslag en Statistiek) in die volgende vyf mees algemene diagnostiese groepe verdeel word:

- Rug- en nekbeserings 31%
- Boonste ledemaatbesering 15.9%
- Onderste ledemaatbesering 14.7%
- Artritis 14%
- SVO 12.2%

Hierdie diagnostiese groepe vorm saam 87.8% van nuwe verwysings by die Sentrum. Die oorblywende diagnostiese groepe, insluitend paediatrie, is elkeen minder as 1% van totale nuwe verwysings. Daar word na diagnostiese groepe verwys omdat die beskrywings van diagnose in beskikbare statistiek nie orals duidelik is nie en dus slegs in onderste en boonste ledemaat gegroepeer kon word. Volgens die sentrum se 2008 statistiek is daar gemiddeld 32 nuwe verwysings per maand en tydens die datainsamelingsperiode was daar in totaal 238

nuwe verwysings na BLRS. Hierdie nuwe verwysings het as die steekproefraam gedien waaruit die steekproef vir hierdie studie getrek is.

3.3 STEEKPROEF

Alle verwysings aan BLRS in die tydperk 1 September 2010 tot 31 Maart 2011, wat aan die in- en uitsluitingskriteria voldoen het en toegestem het tot deelname, is d.m.v. 'n gerieflikheidsteekproeftrekking in die studie ingesluit.

Die steekproef het aan die volgende in- en uitsluitingskriteria voldoen:

3.3.1 Insluitingskriteria

- Alle kliënte vanuit BLRS se opvangsgebied wat na BLRS verwys was met 'n diagnose wat in die volgende diagnostiese groepe val: rugpyn, SVO, artritis, boonste ledemaatbeserings en onderste ledemaatbeserings.

3.3.2 Uitsluitingskriteria

- Kliënte wat 'n addisionele diagnose van psigiatriese aard (bv. depressie/skisofrenie) het wat sodoende 'n kliënt se insig en samewerking met behandeling kon beïnvloed en dus nie akkurate weerspieëling van rehabilitasieuitkomst kon gee nie.
- By diagnostiese groepe waar herhaalde insette vereis word, is kliënte wat vir minder as agt behandelingsessies - dus minder as twee terapieessies per maand - gekom het by die studie uitgesluit omdat dit nie as optimaal in terme van behandelingsinsette beskou kan word nie.
- Kliënte jonger as 18 jaar oud is uitgesluit op grond van die feit dat die ontwikkelingstake van hierdie groep – met gevolglike verskillende areas van funksionering – 'n ander stel meetinstrumente sou vereis het.

3.4 DATAINSAMELING

Die konseptuele model wat as raamwerk vir datainsameling in hierdie studie geselekteer is, is die IKF-model (*Cf* 2.3.2). Data deur die studie ingesamel moes vergelyk word met drie ander soortgelyke studies wat by diverse klinieke en rehabilitasiesentra in dieselfde projek uitgevoer is (*Cf* Figuur 1.1). Data moes dus op 'n generiese, vergelykbare wyse ingesamel word sodat geldige afleidings en aanbevelings gemaak kan word oor diagnoses en sentra betrokke by die SANPAD studie.

3.4.1 Metode

Kliënte wat in die tydperk van 1 September 2010 tot 31 Maart 2011 na BLRS verwys is, is kortliks deur die navorser gesien om hul bereidwilligheid om aan die studie deel te neem vas te stel. Wanneer gewillige deelnemers vir hulle eerste terapie-afspraak gekom het, is hulle per afspraak deur die veldwerker gesien om pre-behandelingsinformatie in te samel. Die navorser was deurentyd beskikbaar vir enige navrae of om onduidelikheid op te klaar.

By die bogenoemde afspraak is daar in detail met die kliënt deur 'n ingeligte toestemmingsvorm met die kliënt gegaan en is die vorm deur die persoon, veldwerker en getuie onderteken voordat data ingesamel is (*Cf* Bylaag O). Die veldwerker het inligting deur middel van meetinstrumente soos in Tabel 3.2 (*Cf* Bylaes A,D-J) verduidelik word, ingesamel en van hierdie data was ook beskikbaar gestel in die kliënt se vertroulike rehabilitasie lêer vir die gebruik in beplanning van behandelingsinsette, sodat kliënte nie onnodig inligting hoef te moet herhaal nie.

Omstreeks drie maande nadat voor-toetsing plaasgevind het, is kliënte óf persoonlik óf telefonies gekontak vir 'n afspraak met die veldwerker om die na-toetsing te kan doen. Inligting is deur middel van meetinstrumente soos in Tabel 3.2 (*Cf* Bylaes B-J) verduidelik, ingesamel by hierdie afspraak – daar is ook 'n onderhoud met die kliënt gevoer om hul persepsie rakende die terapie wat hulle ontvang het, te bepaal. Na afloop van die na-toetsing is data deur die navorser uit die kliënt se BLRS-lêer onttrek (*Cf* Bylae K-L).

3.4.2 Tydperk van datainsameling:

Op aanbeveling van die statistikus betrokke by die projek is daar besluit op 'n vasgestelde behandelingstydperk oor alle diagnostiese groepe voor na-toetsing plaasvind. Na konsultasie met 'n paneel van spesialiste in die veld van rehabilitasie asook bestudering van die beskikbare literatuur, is daar op 'n optimale behandelingstydperk van gemiddeld 3 maande oor alle diagnostiese groepe besluit.

Datainsameling was vir 'n totale tydperk van tien maande gedoen vanaf 1 September 2010 tot 30 Junie 2011. Voor-toetsing het plaasgevind in die tydperk 1 September 2010 tot 31 Maart 2011 en na-toetsing het na 'n behandelings tydperk van drie maande plaasgevind. Na-toetsing is dus gedoen in die tydperk van 1 Desember 2010 tot 30 Junie 2011.

Die navorser het op hierdie tydperk van 7 maande vir voor-toetsing of aanvanklike datainsameling, besluit om tyd toe te laat dat kliënte wat in Maart 2011 by die studie ingesluit was, ook geleentheid sou kry om tot en met drie maande behandeling te ontvang tot Junie 2011.

3.4.3 Meetinstrumente en Datavasleggingsdokumente

In die volgende afdeling word die meetinstrumente (*Cf* 2.6) en datavasleggingsdokumente bespreek volgens hul ontwerp, die verband met studiedoelwitte, administrering sowel as loodsstudie resultate. Data wat deur die meetinstrumente ingesamel is moes vergelykbaar wees oor die vyf diagnostiese groepe sowel as die vier instansies betrokke by die SANPAD-projek (*Cf* Figuur 1.1). Meetinstrumente se tellings of uitslae is dus in vergelykbare eenhede sodat dit interdiagnosties vergelyk kan word. Gestremdheid is deurgaans as persentasie deur alle meetinstrumente gebruik, uitgedruk.

3.4.3.1 Ontwerp en aanpassing van meetinstrumente

Die meetinstrumente wat ontwerp is, sowel as die aanpassings gemaak aan bestaande instrumente vir gebruik in die studie, sal vervolgens bespreek word.

3.4.3.1.1 Demografiese vraelys 1 en 2 (Bylaes A en B)

Soos bespreek in afdeling 2.6.2.4 is dit uiters belangrik om volgens die IKF-model die konteks te bepaal waarbinne 'n persoon funksioneer, insluitend persoonlike en omgewingsfaktore. Hierdie aspek is aangespreek deur 'n omvattende demografiese voor-toets (Demografiese Vraelys 1) en na-toets (Demografiese Vraelys 2) vraelyste te ontwerp na deeglike bestudering van die beskikbare literatuur en besprekings met 'n paneel van rehabilitasie spesialiste. Die vraelyste bevat die volgende afdelings: Demografiese inligting, sosio-ekonomiese faktore, residensiële en sanitasiefaktore, vervoer en betrokkenheid by vorige navorsing. Die omgewingsfaktore volgens die IKF-kontrolelys en CHIEF is deur die navorser en 'n paneel van rehabilitasie spesialiste verminder na die 16 mees toepaslike faktore vir die konteks van hierdie studie en persone kon op 'n drie-punt likert-skaal aandui watter invloed, indien enige, die faktor op hulle rehabilitasieuitkomste gehad het. Beide vraelyste is in 'n loodsstudie getoets en die nodige veranderinge is aangebring om voorkoms en inhoudsgeldigheid te verseker en informasiesydigheid te voorkom (*Cf* 3.4.3.4).

3.4.3.1.2 Lêer data-vaslegging dokument (Bylae L)

‘n Lêer onttrekkingsvorm is ontwerp om informasie rakende kliënte se vorige diagnoses sowel as demografiese inligting wat reeds deur die sentrum ingewin is te verkry. Sodoende word daar minder tyd van die kliënte opgeneem (Cf 2.6.1.3). Met hierdie inligting kon daar gekontroleer word wat kliënte se persepsie is rakender hoekom hulle vir rehabilitasie verwys is, die sentra waarvandaan hulle verwys is, sowel as die hoeveelheid behandelingsessies deur hulle bygewoon (Cf 2.5.5). Die inhoud van die dokument is gebaseer op ‘n literatuurstudie en terugvoer vanaf ‘n paneel van rehabilitasie spesialiste. Dit is in ‘n loodsstudie getoets en die nodige veranderinge is aangebring om voorkoms en inhoudsgeldigheid te verseker en informasiesydigheid te voorkom (Cf 3.4.3.4).

3.4.3.1.3 Onderhoud (Bylae C)

Ten einde subjektiewe inligting rakende kliëntepersepsie van hul funksionering na afloop van die rehabilitasie en die invloed wat hulle dink rehabilitasie gehad het op hul funksionering te bepaal, is daar ‘n semi-gestruktureerde onderhoud met oop-einde vrae met na-toetsing gedoen (Cf 2.6.4.1). Die doel hiermee was om die betroubaarheid van die ingesamelde data deur middel van kruisvalidasie te verhoog. Die onderhoud het oop-einde vrae gehad wat die kliënte geleentheid gebied het om hul eie antwoorde en opinies te gee (Joubert et al., 2007).

Die onderhoudsvrae is in ‘n loodsstudie getoets en die nodige veranderinge is aangebring om inhoudsgeldigheid te verseker (Cf 3.4.3.4). Die veldwerker is opgelei om leidrade te gebruik om antwoorde te fasiliteer sonder om leidingsydigheid te veroorsaak (Cf 3.4.3.3). Die onderhoude is opgeneem en getranskribeer en word in afdeling 3.4.5 bespreek.

3.4.3.1.4 Aangepaste Zambian(AZ) aktiwiteite en deelname vraelys (Bylae D)

In afdeling 2.6.2.2 en 2.6.2.3 is daar bevind dat een meetinstrument wat beide aktiwiteite en deelname bepaal naamlik die Zambian (Loeb & Eide, 2004; Loeb, Eide & Mont, 2008) voldoende is vir die meting van beide hierdie aspekte van die IKF-model. Dit is saam met ‘n paneel van rehabilitasie spesialiste aangepas vir gebruik in hierdie studie (Cf 3.4.3.4). Die AZ is ‘n lys van ADL wat in terme van aktiwiteits- sowel as deelname-beperkings geëvalueer word. Die gebruik van die AZ oor al die diagnostiese groepe het die vergelyking van aktiwiteite en deelname inligting moontlik gemaak.

3.4.3.1.5 CRALM (Bylae K)

Daar het 'n behoefte ontstaan vir 'n instrument wat liggaamsfunksies en strukture oor verskeie diagnostiese groepe kon bepaal, maar daar kon geen toepaslike instrument in die literatuur gevind word nie (Cf 2.6.2.1). Gevolglik is daar in samewerking met vier ander navorsers van die SANPAD-projek 'n dataonttrekkingsinstrument (CRALM instrument-akroniem van die navorsers se name wat dit ontwikkel het) ontwikkel wat afgelei is van die IKF kern-kodes vir die onderskeie diagnostiese groepe (Cieza, Ewert, Üstün, Chatterji, Konstanjsek & Stucki, 2004; Cieza, Stucki, Weigl, Disler, Jäckel, van der Linde, Konstanjsek, & de Bie, 2004; Dreinhöfer, Stucki, Ewert, Huber, Ebenbichler, Gutenbrunner, Konstanjsek & Cieza, 2004; Geyh, Cieza, Schouten, Dickson, Frommelt, Omar, Konstanjsek, Ring & Stucki, 2004; Scheuringer, Stucki, Huber, Brach, Schwarzkopf, Konstanjsek & Stoll, 2005; Stucki, Cieza, Geyh, Battistella, Lloyd, Symmons, Konstanjsek & Schouten, 2004). Die instrument dui aan of die verskillende liggaamsfunksies en strukture per diagnostiese groep ingeperk is of nie. Na die aanvanklike ontwerp is die instrument versprei na spesialiste in die veld van rehabilitasie om die voorkoms en inhoudsgeldigheid van die instrument vas te stel. Data vir die CRALM word vanuit 'n kliënt se lêer vasgelê (Cf 2.6.1.3) soos voorgestel in die studie van Goljar et al. (2010). Kliënte se lêers is deursoek by die eerste datum wat hulle by BLRS gesien is vir die liggaamsfunksies en strukture soos op die meetinstrument vir die verskillende diagnostiese groepe.

3.4.3.2 Tipes data en die verband met studiedoelwitte en die IKF-model

Die onderstaande tabel beskryf die tipes data wat deur die onderskeie meetinstrumente ingesamel is en lig ook die verband uit tussen die meetinstrumente en die studiedoelwitte sowel as IKF-model.

**Tabel 3. 1: Tipes data en verband van meetinstrumente met studiedoelwitte
sowel as die IKF-model**

Datainsamelings-instrument	Tipe data deur instrument ingesamel	Verband van instrument met studiedoelwitte en IKF-model	Bylae
1. Demografiese Vraelys 1 (voor-toets)	Data: Kwalitatief en Kwantitatief Skale: Ordinaal Nominaal	Vraelys om demografiese en omgewingsfaktore te bepaal voor behandeling begin is. Doelwit: Om demografiese inligting rakende kliënte in te samel bv. diagnose, ouderdom en of 'n versorger teenwoordig is om sodoende die moontlike invloed van hierdie faktore op rehabilitasieuitkomste te kan bepaal Verband met IKF: Kan bydra tot beskrywing van omgewingsfaktore sowel as persoonlike faktore	A
2. Demografiese Vraelys 2 (na-toets)	Data: Kwalitatief en Kwantitatief Skale: Ordinaal Nominaal	Vraelys om demografiese en omgewingsfaktore te bepaal na 3maande vanaf rehabilitasie behandeling begin is. Doelwit: Om demografiese inligting rakende kliënte in te samel bv. diagnose, ouderdom en of 'n versorger teenwoordig is ten einde die moontlike invloed van hierdie faktore op rehabilitasieuitkomste te kan bepaal. Om vas te stel watter omgewingsfaktore vanuit die kliënt se perspektief 'n invloed op rehabilitasieuitkomste het. Verband met IKF: Kan bydra tot beskrywing van omgewingsfaktore sowel as persoonlike faktore	B
3. Onderhoud-Vraelys	Data: Kwalitatief Oop-einde vrae	Die vraelys bepaal subjektiewe inligting in die vorm van 'n onderhoud rakende die kliënt se funksionering en hul ervaring van rehabilitasie. Doelwit: Om kliënte se subjektiewe ervaring van veranderinge in hul daaglikse lewe, na aanleiding van hul deelname aan rehabilitasie, vas te stel. Verband met IKF: Subjektiewe informasie oor kliënt se funksionering (omvat alle aspekte van model)	C
4. Aangepaste Zambiese aktiwiteite en deelname vraelys (AZ)	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Die vraelys is nie diagnose-spesifiek nie. Dit bepaal kliënte se funksionering in aktiwiteite en tydens deelname oor 6 aspekte van die IKF model in die vorige 30 dae (sluit nie simptome of subjektiewe gevoelens in nie). Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: aktiwiteite en deelname.	D
5. Barthelindeks (BI)	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Die vraelys is diagnose-spesifiek vir kliënte met SVO. Dit is 'n 10-item vraelys wat die invloed van diagnose op onafhanklikheid in die uitvoering van selfsorg en mobiliteit bepaal. Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: aktiwiteite en deelname.	E

6. Oswestry-Rugpynvraelys	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Die vraelys is diagnose-spesifiek vir kliënte met rugpyn. Dit is 'n 10-item vraelys wat invloed van diagnose op ADL bepaal. Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: liggaamsfunksies en strukture, aktiwiteite en deelname.	F
7. Artritis Impak-Metingskaal (AIMS2-SF)	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Die vraelys is diagnose-spesifiek vir kliënte met Artritis. Dit is 'n 26-item vraelys wat invloed van diagnose, in die vorige maand, op ADL bepaal. Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: liggaamsfunksies en strukture, aktiwiteite en deelname.	G
8. Gestremdheid van die arm, skouer en hand [Disability of the arm, shoulder and hand] (DASH)	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Diagnose-spesifieke vraelys wat die impak van boonste-ledemaatbesering op ADL bepaal. Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: liggaamsfunksies en strukture, aktiwiteite en deelname.	H
9. Kliniese mobiliteitskaal	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Diagnose-spesifieke vraelys wat die impak van onderste-ledemaatbesering op ADL bepaal. Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: aktiwiteite en deelname.	I
10. Versorger-spanning-indeks	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal (binêr)	Vraelys wat die impak van spanning op die kliënt se versorger bepaal. Doelwit: Om demografiese inligting rakende kliënte in te samel bv. of 'n versorger teenwoordig is om sodoende die moontlike invloed van hierdie faktore op rehabilitasieuitkomste te kan bepaal. Verband met IKF: Kan bydra tot beskrywing van omgewingsfaktore sowel as persoonlike faktore	J
11. CRALM	Data: Kwalitatief Skaal: Ordinaal	Data-vasleggingsinstrument wat die teenwoordigheid of afwesigheid van diagnose-spesifieke simptome vaslê. Doelwit: Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model te bepaal. Verband met IKF: Liggaamsfunksies en strukture.	K
12. Lêer data-vasleggings-instrument	Data: Kwalitatief Skale: Ordinaal Nominaal	Data-vasleggingsinstrument om demografiese inligting vanaf 'n kliënt se lêer vas te lê. Doelwit: Om demografiese inligting rakende kliënte in te samel bv. diagnose, verwysingsbron en aantal behandelingssessies bygewoon om sodoende die moontlike invloed van hierdie faktore op rehabilitasieuitkomste te kan bepaal. Verband met IKF: Kan bydra tot beskrywing van omgewingsfaktore sowel as persoonlike faktore.	L

3.4.3.3 Administrasie

Inligting rakende die administrasie van die meetinstrumente word in die volgende tabel saamgevat:

Tabel 3. 2: Administrasie van meetinstrumente in die studie gebruik

Dataïnsamelings-instrument	Deur wie geadministreer/ingevul	Diagnostiese groep	Wanneer administreer		Tydsduur	Bylae
			Voor	Na		
1. Demografiese vraelys 1 (voor-toets)	Veldwerker	Alle	X	-	5 min *	A
2. Demografiese vraelys 2 (na-toets)	Veldwerker	Alle	-	X	5 min *	B
3. Onderhoudsvraelys	Veldwerker	Alle	-	X	5 min *	C
4. Aangepaste Zambiese-aktiwiteite en deelnamevraelys (AZ)	Veldwerker	Alle	X	X	20 min *	D
5. Barthelindeks (BI)	Veldwerker	SVO	X	X	5 min #	E
6. Oswestry-Rugpynvraelys	Veldwerker	Rugpyn	X	X	5 min #	F
7. Arthritis-Impakmetingskaal (AIMS2-SF)	Veldwerker	Artritis	X	X	10 min *	G
8. Gestremdheid van die arm, skouer en hand [Disability of the arm, shoulder and hand] (DASH)	Veldwerker	Boonste ledemaat-beserings	X	X	<5 min ##	H
9. Kliniese mobiliteitskaal	Veldwerker	Onderste ledemaat-beserings	X	X	5 min *	I
10. Versorgerspanning-indeks	Veldwerker	Almal wat versorger het	X	X	5 min *	J
11. CRALM	Navorsers	Alle		%	n.v.t.	K
12. Lêer data-vasleggingsinstrument	Navorsers	Alle		%	n.v.t.	L

* Geskatte tyd na afloop van loodsstudie

% Instrumente is na afloop van die na-toetsing deur die navorsers uit die kliënte se lêers ingevul.

Finch et al. (2002)

Bot et al. (2004)

3.4.3.4 Geldigheid en betroubaarheid van datainsamelingsmetode(s)

Die navorser is 'n terapeut by BLRS en ook afkomstig van 'n ander kulturele agtergrond as die studiepopulasie. Daar is besluit om van 'n veldwerker gebruik te maak wat woonagtig is in die opvangsgebied van BLRS en dus van dieselfde kulturele agtergrond, ras en sosio-ekonomiese omstandighede as die kliënte afkomstig is om sodoende kliënte meer ontspanne te laat voel tydens datainsameling en die moontlikheid van gediensdigheid sydigheid te verminder. Die gekose veldwerker het 'n Graad nege opvoedingsvlak.

Omvattende opleiding rakende datainsameling en databestuur is vooraf aan die veldwerker gegee en ondersteuning is deurlopend deur die navorser gebied om enige wanbegrip van prosedures of doel uit die weg te ruim en informasiesydigheid te voorkom. Die volgende is in die veldwerkeropleiding gedek:

- die doel van die SANPAD-projek asook hierdie studie en die rede hoekom die data ingesamel gaan word, is verduidelik
- die doel van die verskillende meetinstrumente met betrekking tot watter data dit insamel
- reëls spesifiek tot die gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumente
- reëls ten opsigte van etiese aspekte bv. dat die kliënt mag weier om te antwoord sowel as riglyne om leidende-vraagsydighede te voorkom met ondervraging
- oefengeleenthede met al die instrumente is vooraf (sowel as met kliënte tydens die loodsstudie) aan die veldwerker gebied en geleentheid vir vroeë en bespreking is deurentyd aan veldwerker gebied
- opleiding, met geleentheid vir oefening, is gegee in die voer van onderhoude om leidende-vraagsydigheid te voorkom
- opleiding rakende databestuur is aan die veldwerker gegee om sodoende haar vaardighede in die maak van afsprake en gebruik van 'n dagboek, sowel as die presiese en akkurate invul van meetinstrumente, om sodoende akkurate data op die korrekte tye in te samel en konfidensialiteit te verseker
- die konsep van konfidensialiteit is aan die veldwerker verduidelik en deurentyd gekontroleer deur die navorser. Om verdere konfidensialiteit te verseker is alle voltooië data dadelik aan navorser oorhandig wat dit in 'n veilige, privaat area geberg het.

3.4.3.5 Loodsstudie en verandering na aanleiding van resultate

Daar is 'n loodsstudie regoor al die diagnostiese groepe van 11 voor- en 10 na-toetse gedoen om die tydsduur, kulturele toepaslikheid van die vraelyste sowel as die kliënte se begrip van die vrae te bepaal. Na aanleiding van die loodsstudie is die volgende aanpassings aan die meetinstrumente gemaak om informasiesydigheid te voorkom:

- By die Demografiese vraelyste nommers 1 en 2 is voorkoms- en inhoudsgeldigheid verseker deur sekere terme, wat verkeerd verstaan of geïnterpreteer is, te verander om sodoende die verstaanbaarheid vir die veldwerker en kliënte wat nie in die mediese veld gekwalifiseer is nie, te verhoog. Voorbeelde hiervan was om 'kongenitaal' te vereenvoudig na 'gebore met' en om kroniese siektes te definieer. Daar is verskille gevind tussen die bewoording en hoeveelheid opsies by sekere vrae wat in Vraelys 1 en in Vraelys 2 weer gevra word – hierdie is verander sodat opsies identies is en om vergelykbaarheid van ingesamelde data verbeter. Addisionele opsies is by die vraag rakende inkomste gevoeg om daarvoor voorsiening te maak as 'n kliënt nie weet hoeveel hul inkomste is of geen inkomste het nie.
- Die kernvrae vir die onderhoud is van vyf na vier verminder, omdat kliënte gesukkel het om te onderskei tussen aktiwiteite waarmee hulle sukkel en aktiwiteite wat hulle glad nie kon doen nie en daar is besluit om die twee vrae te kombineer, sodat dit saam beantwoord kon word.
- Leidraadwoorde en vrae is vasgestel wat die veldwerker kon gebruik om kliënte tot antwoorde in die onderhoud aan te moedig en leidende vraagsydigheid te voorkom.
- Die Zambian is aangepas deur die twee kolomme, onderskeidelik vir aktiwiteite en deelname, te verdeel in twee aparte bladsye. Aktiwiteite en Deelname is op verskillende bladsye geakkommodeer om sodoende dit as aparte konsepte vir die kliënt te kon aanbied en die verwarring by die veldwerker en kliënte is verminder. Sekere van die afdelings wat meer op liggaamsfunksies en strukture gefokus was, is verwyder, omrede die Zambian se doel in hierdie studie is om informasie van aktiwiteite en deelname in te samel.
- Gestandaardiseerde meetinstrumente is deurgegaan en indien daar nie leidrade beskikbaar was vir onduidelike vrae nie, is uniforme leidrade opgestel om enige verwarring uit te klaar sodat veldwerkers dieselfde inligting aan kliënte kan gee vir die verskillende meetinstrumente oor die vier instansies.

- Wetenskaplike terme wat die verstaanbaarheid van vrae by die gestandaardiseerde meetinstrumente bemoeilik het, is in leketaal aan die veldwerker verduidelik en in 'n handleiding vir die veldwerker aangeteken. Sy kon daarna verwys om vir kliënte te verduidelik indien daar onsekerheid was tydens datainsameling. Voorbeelde van van terme ingesluit in die handleiding is 'inkontinensie' en 'mobiliteit'.

Die totale tyd wat al die meetinstrumente met voor- en na-toetsing neem is bepaal om te verseker dat kliënte nie uitgeput sal raak en sodoende onakkurate inligting gee nie. Oor al vyf diagnostiese groepe is die totale tyd as onder 'n uur bereken en daar is besluit dat dit aanvaarbaar is aangesien die maksimum per toets geleentheid 40 minute is, soos bereken in Tabel 3.3 hieronder.

Tabel 3. 3: Totale kliënt kontaktyd met datainsameling per diagnostiese groep (tyd in minute)

Diagnostiese groep	Totale tyd voor-toetsing	Totale tyd na-toetsing
SVO	30	35
Rug- en nekbeserings	30	35
Artritis	35	40
Boonste-ledemaatbeserings	30	35
Onderste-ledemaatbeserings	30	35

3.4.3.6 Geldigheid en Betroubaarheid van datainsamelingsinstrument(e) (insluitend alle veranderinge of aanpassings wat gemaak is)

Die meetinstrumente en kernvrae vir onderhoude (Cf Tabel 3.1) is vanuit Engels na Afrikaans of Afrikaans na Engels vertaal om sodoende die meerderheid van die populasie te kon akkommodeer in hulle moedertaal. Om geldigheid van die vertaalde instrumente te verseker is 'n voorwaartse en terugvertaling deur die Universiteit van die Wes-Kaap se taalsentrum gedoen. Die vertalings is in groepverband deurgegaan deur lede van die verskillende taalgroepe vir verstaanbaarheid en akkuraatheid en wanneer daar konsensus bereik is tussen groeplede dat dit korrek vertaal is, is dit as geldige vertalings beskou volgens die riglyne soos in Joubert et al. (2007) uiteengesit. Die vertaling van meetinstrumente na die derde mees

gesproke taal in hierdie populasie, naamlik Xhosa, kon nie finansiële geregverdig word nie aangesien slegs 0.23% van Bishop Lavis se bevolking Xhosa-sprekend is.

3.4.4 Etiese beginsels/kwessies

Daar is aan toepaslike etiese riglyne en verwagtinge voldoen tydens die uitvoering van hierdie studie en dit sal vervolgens bespreek word.

3.4.4.1 Etiese goedkeuring US en WKDG

Etiese goedkeuring moes eers by die Komitee vir Menslike Navorsing van die US verkry word voordat die studie begin word. Die etiese goedkeuringsnommer is N09/09 250 (Bylae M).

Daarna is aansoek gedoen by die WKDG en toestemming is verkry dat die studie by BLRS uitgevoer kon word, die goedkeuring nommer is 19/18/RP 33(e)/2010 (Bylae N).

Toestemming is verkry van die US se BLRS Bestuurskomitee dat hierdie studie daar uitgevoer mag word.

3.4.4.2 Ingeligte toestemming Bishop Lavis-gemeenskap, BLGGS en deelnemers

Ingeligte toestemming sou verkry word by die Gemeenskapsgesondheidskomitee van Bishop Lavis, maar hierdie komitee was voor die aanvang van die studie in 'n oorgangsfase waar 'n nuwe komitee gekies moes word. 'n Kworum kon egter nie verkry word nie. Hierdie proses is verder vertraag weens die swak bywoning van die algemene jaarvergadering en die verkiesing is uitgestel totdat die bywoning verbeter. Nadat etiese goedkeuring van die WKDG gekry is, is die studie in 'n vergadering van die onderskeie hoofde van die departemente by BLGGS verduidelik en verbale goedkeuring is verkry van die onderskeie hoofde teenwoordig by die vergadering.

Kliënte is vooraf deeglik ingelig van die doel van die studie asook die implikasies indien hulle sou deelneem, in terme van die tyd wat die navorser van hulle gaan vereis en die prosedures wat gevolg sou word. Daar is vooraf 'n ingeligte toestemmingsvorm (Bylae O) deur die kliënte onderteken en die kliënte is ook ingelig dat hulle hulself ter enige tyd sonder verduideliking aan die studie kon onttrek en dat hulle geen vergoeding vir deelname sou ontvang nie.

3.4.4.3 Impak van studie op deelnemers

Daar was minimale impak op die deelnemende kliënte se tyd gewees en geen fisiese of emosionele skade is deur hulle gely nie. Daar was gepoog om die ingesamelde data beskikbaar te stel aan die terapeute betrokke by die behandeling van deelnemers, sodat hulle nie weer blootgestel moes word aan toetsing alvorens behandeling kon plaasvind nie. Daar was ook probeer om die toetsing so ver as moontlik uit te voer wanneer kliënte vir hulle eerste terapie-afsprake kom, en om die na-toetsing saam met 'n terapiedatum te laat val. Indien dit moontlik was, het die veldwerker ook tuisbesoeke uitgevoer om na-toetsing te gaan uitvoer en sodoende kliënte die onkoste te spaar indien hulle nie 'n terapie-afspraak gehad het nie. Die bogenoemde reflekteer die kriteria soos vervat in die ingeligte toestemmings-dokument wat deur die deelnemers onderteken is.

3.4.4.4 Versekering van anonimiteit

Die anonimiteit van die kliënt is deurentyd beskerm. 'n Kode is aan elke deelnemer toegeken en geen deelnemers se name is nie op die data-vorms aangebring nie. Die data van die kliënt en die kodeboek is nie naby aan mekaar geberg nie. Waar direkte aanhalings van kliënte se onderhoudsinligting gebruik is, is slegs die betrokke kliënt se kode voorsien. Hierdie kode bevat onder andere inligting rakende hulle diagnose sodat die pasiënt se anonimiteit beskerm kan word, maar ook dat die aanhaling in konteks van die diagnostiese groep waarin die kliënt val gesien kan word. Die volgende diagnostiese-kodes is met die vyf diagnostiese groepe ingesluit in die studie gebruik:

- SVO – kliënt wat 'n diagnose van SVO het
- ART – kliënt wat met Artritis gediagnoseer is
- LRP – kliënt wat met 'n nek- of rugbesering gediagnoseer is
- OL – kliënt met besering van die onderste ledemaat
- BL – kliënt met besering van die boonste ledemaat.

Hierdie diagnostiese-kode word ingesluit in die kode wat aan deelnemers toegeken is. soos reeds bespreek. Geen identifiseringsbesonderhede van kliënte het in gepubliseerde verslae of artikels verskyn nie en persone kan nie geïdentifiseer word aan die data wat wel gebruik is nie.

Die data wat nie saam met die kliënt se rehabilitasie lêer geberg was nie sal na afloop van die studie asook deurlopend, vir 'n tydperk van drie jaar in die kluis van die Rehabilitasiesentrum geberg word voordat dit vernietig sal word.

3.4.5 Datavaslegging en data-analise

Data van al die meetinstrumente met die uitsondering van die onderhoudsvraelys wat later bespreek word, is ingevoer in 'n gemeenskaplike verspreidingstabel (Bylae P) in Microsoft Office Excel deur 'n datavaslegger. Die verspreidingstabel is in oorleg met die betrokke statistikus ontwerp. Om akkuraatheid van vaslegging te verseker het die navorser op 'n gereelde basis ingevoerde data gekontroleer. Die onverwerkte data is op aanvraag beskikbaar vanaf die navorser.

Demografiese vraelyste 1 en 2 data is as volg hanteer:

- Nominale data is kategorieëse data en elke kategorie op die vraelys is 'n voorafbepaalde alfabetiese sleutel (letter) toegeken. Slegs die sleutelwaarde is in die verspreidingstabel ingevoer
- Ordinale data het voorafbepaalde numeriese sleutels gehad en die numeriese sleutels is ingevoer.

Hierdie demografiese inligting is deur middel van beskrywende statistiek aangebied (frekwensie tabelle, histogramme, sirkel- asook staafdiagramme) en gebruik om die kenmerke van die studie populasie te beskryf. Inligting is ook gebruik om persoonlike sowel as omgewingsfaktore te identifiseer wat 'n moontlike invloed kon hê op rehabilitasieuitkomst.

Inferensiële statistiese verwerking van die data het as volg geskied soos bespreek in konsultasie met 'n statistikus werksaam by die US:

- Vir vergelyking van voor- en na-toets data is herhaalde waarnemingsanalise van variansie deur middel van nie-parametriese toetse gedoen. Resultate verkry deur middel van die ANOVA-toetsing is geverifieer deur middel van Wilcoxon se bekende rang-toets omdat alle data nie normaal versprei was nie.

Die betekenispeil wat gebruik is om moontlike beduidende verwantskappe aan te dui is 5% ($p < 0.05$).

Data is volgens die onderafdelings van die AZ opgeteken en statisties verwerk om die verskillende onderafdelings van ADL grafies voor te stel met boks- en staafdiagramme. Hierdie afdelings van ADL se voor-toets en na-toets is per diagnostiese groep sowel as oor diagnostiese groepe vergelyk.

Die diagnose-spesifieke meetinstrumente naamlik BI, Oswestry, AIMS2-SF, DASH en Kliniese Mobiliteitskaal is volgens hulle onderskeie protokolle 'n telling gegee en verwerk na 'n persentasie impak van gestremdheid. Data wat met voor en na-toetsing ingesamel was, is vergelyk met AZ se telling vir die diagnostiese groep om die diagnostiese groepe te kan beskryf. Die data ingesamel deur die CRALM is saam met die data van die AZ en die diagnose-spesifieke meetinstrumentinligting geplaas om sodoende 'n globale prentjie van die kliënt se funksionering en uitkomst te kan gee.

Versorgersspanningindeks se informasie word ook as 'n totaal aangedui en is daar met voor en na-toets gekyk of die spanningsimpak van die versorgers ook afgeneem het oor die verloop van drie maande se rehabilitasie.

Kwalitatiewe data wat deur middel van 'n onderhoud ingesamel was, is getranskribeer. Dit is deur middel van basiese inhoudsanalise, soos beskryf deur Burnard (1991) en Burnard, Gill, Steward, Treasure & Chadwick (2008), ontleed. Die volgende stappe is gevolg:

- alle onderhoude is deurgelees deur die navorser en gemeenskaplike temas is geïdentifiseer en noteer
- onderhoude is weer deurgelees en alle inligting (toepaslik tot die vraag gevra) is onderhoude wat kategorieë beskryf geplaas (oop-kodering)
- die lys van kategorieë is deur die navorser deurgegaan en soortgelyke kategorieë is saam gegroeper met 'n breër kategoriernaam wat die groep beskryf – hierdie stap is weer herhaal om die lys van kategorieë verder te verfyn en verkort sodat daar met 'n maksimum van 7-12 kategorieë geëindig is
- Elke kategorie is 'n kleur toegeken en die getranskribeerde onderhoude is weer deurgelees en alle inligting wat in 'n spesifieke kategorie val is met die ooreenstemmende kleur gemerk (kodering)
- Al die gekodeerde inligting in een kategorie is uit die oorspronklike teks in 'n lêer vir die spesifieke kategorie saam gegroeper – daar is seker gemaak dat dit nie uit konteks geneem is nie deur gereeld terug te verwys na die oorspronklike onderhoud in geheel.

Die vertrouenswaardigheid is verseker deur die volgende riglyne -soos uiteengesit in Krefting (1991) en Guba (1981) - te volg: Triangulasie van metodes, om geldigheid van waarnemings te verseker, is gedoen deur die kategorieë wat gevind is met onderhoudvoering te vergelyk met die totale groep kliënte se uitkomste (volgens ander meetinstrumente) om ooreenkomste of verskille met die uitkomste bereik, uit te lig. Verdere kategorieë rakende rehabilitasiedienste en uitkomste soos dit gevind is, is bespreek.

Die gekose studiestruktuur en die metodes gevolg om die navorsingsvraag te kan beantwoord is in hierdie hoofstuk bespreek. Die seleksie en aanpassing van meetinstrumente om die gestelde doelwitte te bereik sowel as die opleiding gegee aan die veldwerker vir die administrasie van die instrumente is uiteengesit. Ter afsluiting is 'n oorsig oor die vaslegging en analise van data sowel as die etiese oorwegings bespreek.

HOOFSTUK 4 : RESULTATE

Inleidend tot hierdie hoofstuk word 'n opsommende beskrywing van die steekproef verskaf, gevolg deur die volgende onderafdelings:

4.1 Die uitkomst wat kliënte bereik het word bespreek volgens die IKF-model naamlik Aktiwiteite, Deelname, Liggaamsfunksies en Strukture - eerstens in terme van die totale steekproef (soos vanuit die AZ meetinstrument in die onderafdelings van funksionering verkry is), gevolg deur die uitkomst per diagnostiese groep (soos vanuit die AZ en diagnose spesifieke meetinstrumente verkry is). Die afdeling oor uitkomst bereik word afgesluit met kliënte se subjektiewe mening oor die uitkomst wat hulle bereik het na afloop van hul deelname aan terapie. (Studiedoelwitte 1 en 4)

4.2 Die demografiese data van die steekproef word dan beskryf en moontlike verbande tussen demografie en geselekteerde uitkomst wat bereik is, word uitgelig. (Studiedoelwit 2)

4.3 Laastens word die omgewingsfaktore en die invloed daarvan op uitkomst bereik bespreek. (Studiedoelwit 3)

SAMESTELLING VAN DIE STEEKPROEF

Die finale steekproef van kliënte wat aan die insluitingskriteria voldoen het, was 78. Die samestelling van die steekproef in terme van die hoeveelheid deelnemers per diagnostiese groep sowel as geslag en ouderdomsgroep word in onderstaande tabel voorgestel.

Tabel 4.1: Samestelling van die steekproef

Diagnostiese groep	SVO	Rugpyn	Artritis	Boonste ledemaat-beserings	Onderste ledemaat-beserings	Totaal vir steekproef
Manlik	10	15	-	6	2	33
Vroulik	10	14	9	9	3	45
18-40 jaar	1	7	-	3	1	12
40-64 jaar	12	19	8	8	4	51
65 en ouer jaar	7	3	1	4	-	15
Totaal (n)	20	29	9	15	5	78

4.1 UITKOMSTE WAT DIE TOTALE STEEKPROEF(N=78) BEHAAL HET VOLGENS DIE IKF-MODEL SE AKTIWITEITE, DEELNAME EN LIGGAAMSFUNKSIES EN STRUKTURE (STUDIEDOELWITTE 1 EN 4)

Die AZ meetinstrument is gebruik om die uitkomste van kliënte in terme van aktiwiteite en deelname oor al die diagnostiese groepe te bepaal. Dit is in die voor-toets sowel as die na-toets met kliënte uitgevoer. Hierdie meetinstrument se tellings is na 'n persentasie verwerk soos voorgestel deur SINTEF studies (Loeb & Eide, 2004; Loeb, Eide & Mont, 2008). Data wat uit kliënte se lêers verkry is, is op die CRALM aangebring om kliënte se liggamsfunksies en strukture by tye van verwysing te bepaal.

4.1.1 Aktiwiteite en Deelname

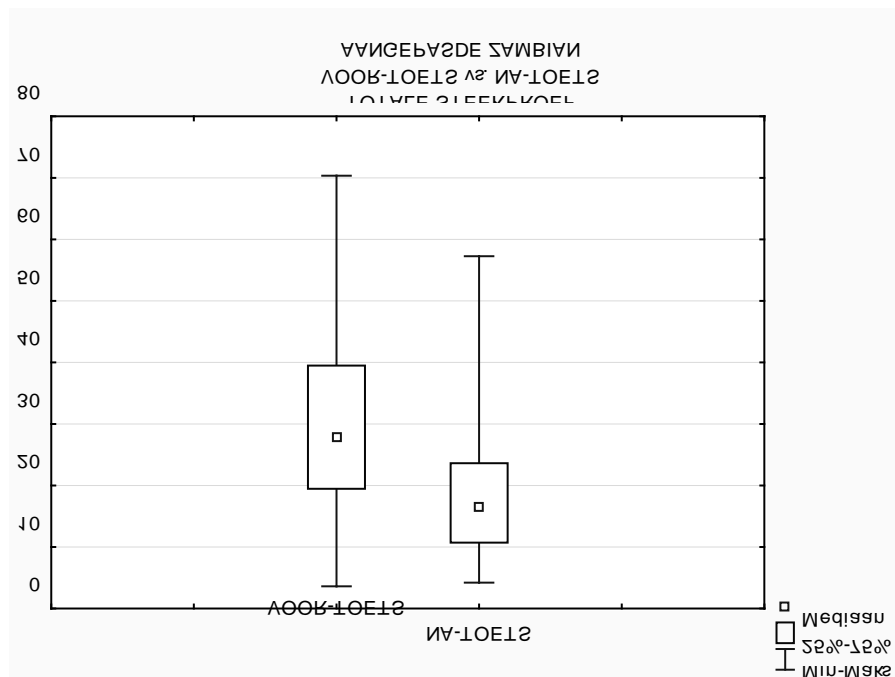
Die AZ is oor alle diagnostiese groepe gebruik en data is ingesamel volgens die IKF-model se afdelings van funksionering. Data is ook ingesamel met diagnose-spesifieke meetinstrumente per diagnostiese groep. Na afloop van die studie het kliënte ook die geleentheid gehad om tydens 'n onderhoud te rapporteer watter aktiwiteite hulle nie kon doen voor hul verwysing na die sentrum nie, wat hulle kon doen na drie maande van terapie en wat hulle nog wil kan doen. Hierdie antwoorde is in terme van aktiwiteite in 'n frekwensietabel in die verskillende afdelings van die IKF-model opgesom en sal in die volgende afdeling gebruik word om die afdelings van funksionering toe te lig.

Data deur die AZ ingesamel is nie normaal versprei nie en verwerking is deur middel van die Wilcoxon se bekende rang-toets gedoen. Daar was 'n minimale verskil tussen die afdelings van aktiwiteit en deelname vir die totale steekproef en die uitkomste vir aktiwiteite en deelname word as 'n geheel weergegee (sien Tabel 4.2).

Tabel 4. 2: Aktiwiteite en deelname van totale steekproef (n=78)

n=78	Voor-toetsing	Na-toetsing
Mediaan	27.90	16.43
25 persentiel	19.46	10.71
75 persentiel	39.48	23.63
Minimum telling	3.61	4.21
Maksimum telling	70.36	57.26

Die Wilcoxon se bekende rang-toets het getoon dat daar 'n statisties beduidende verandering in die impak van kliënte se gestremdhede was ($Z=4.77$, $p<0.001$). Daar was 'n vermindering in die impak van gestremdheid soos gesien kan word in die 11.47 persentasie-punte vermindering in mediaan met na-toetsing in vergelyking met die voor-toetsing mediaan soos gesien kan word in figuur 4.1. Die maksimum telling het ook met meer as 10 persentasie-punte afgeneem.



Figuur 4. 1: Verandering in funksionering vir totale steekproef oor aktiwiteit en deelname soos gemeet op die AZ (n=78)

4.1.1.1 Uitkomst in die onderafdelings van *Aktiwiteit* en *Deelname* vir totale studiepopulasie

Die AZ het die volgende uitkomst van die totale studiepopulasie in terme van die *Aktiwiteit* en *Deelname* areas van funksionering gelewer:

Tabel 4. 3: Afdelings van Aktiwiteit en Deelname funksionering oor die totale steekproef (n=78)

Aangepasde Zambian:	Voor-toets mediaan		Na-toets mediaan		Verskil in mediaan voor- na na-toets	
	Aktiwiteit	Deelname	Aktiwiteit	Deelname	Aktiwiteit	Deelname
Kommunikasie	25	25	25	25	0	0
Mobiliteit	52.78	50	15.83	16.67	-36.95	-33.33
Selfversorging	27.5	25	0	0	-27.5	-25
Huishoudelike lewe	40.83	38.75	5	5	-35.83	-33.75
Interpersoonlike gedrag	0	0	0	0	0	0
Belangrike Lewensareas	29.17	29.17	45.83	45.83	+16.66	+16.66
Gemeenskap, sosiale en burgerlike lewe	12.5	8.33	7.29	8.33	-5.21	0

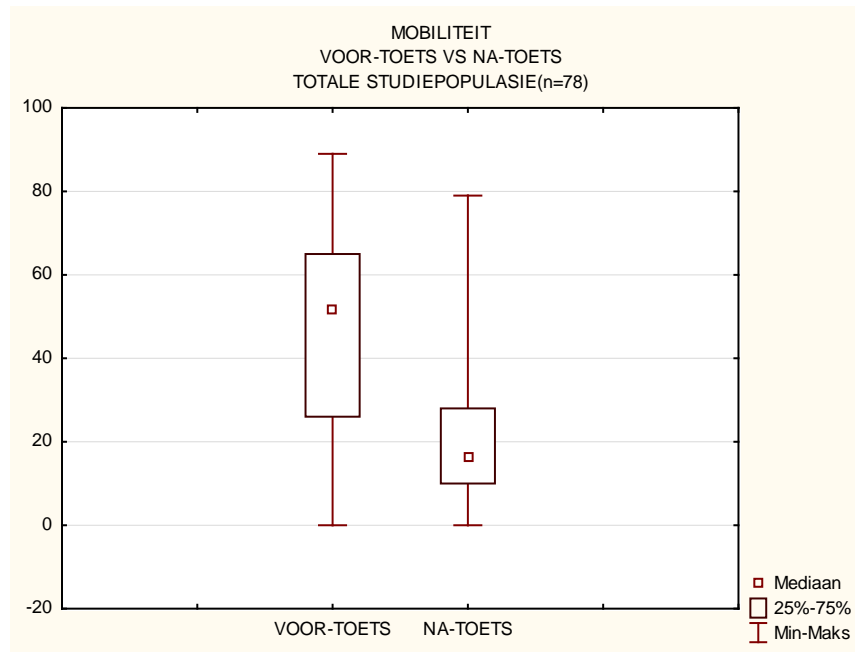
Die verskillende afdelings van die AZ se mediaan oor aktiwiteit en deelname verskil ook minimaal van mekaar en die resultate word dus vervolgens as 'n geheel weergegee. Die AZ resultate word waar toepaslik, getrianguleer met die data verkry vanaf onderhoudvoering.

4.1.1.1.1 *Kommunikasie*

Die verandering vanaf voor- na na-toetsing was nie statisties beduidend nie ($Z=1.632, p=0.103$) soos gesien kan word met geen verskil in die mediaan vir hierdie afdeling van funksionering. Slegs kliënte met SVO het tydens onderhoudvoering 'Kommunikasie' uitgewys as 'n area van funksionering waarop hulle gestremdheid ook 'n negatiewe impak gehad het. Hulle het wel tydens onderhoudvoering 'n vermindering in die impak van gestremdheid op 'Kommunikasie' gerapporteer en slegs een kliënt wou nog in hierdie area van funksionering verbeter.

4.1.1.1.2 Mobiliteit

Die grootste verbetering deur die AZ gemeet is in terme van die funksionele area van ‘Mobiliteit’ gerapporteer. Daar is ‘n statisties beduidende vermindering in die impak wat hierdie aspek van gestremdheid op kliënte se funksionering gehad het ($Z=7.075, p<0.001$).



Figuur 4. 2: Verandering in steekproef se mobiliteitsfunksionering(aktiwiteit)

Soos gesien in figuur 4.2 het die 75^{ste} persentiel van die steekproef ‘n telling van 28% impak van gestremdheid gehad en die mediaan het na onder 20% verskuif met na-toets (voor-toets bo 50% gemeet). Hierdie resultaat word ondersteun deur data wat deur onderhoudvoering ingesamel is oor alle diagnostiese groepe. In die area van ‘Mobiliteit’ het kliënte met rugpyn die meeste impak sowel as verbetering in die area van ‘Mobiliteit’ gerapporteer en in besonder die volgende aktiwiteite: vêr loop, lank staan en sit, swaar items optel en buk. Kliënte met Boonste ledemaatbeserings het in die area van ‘Mobiliteit’ grootliks klem gelê op aktiwiteite wat hulle nog nie kan doen nie en nog sal wil kan doen na die terapie van drie maande. Saam met die kliënte met rugpyn het hulle die volgende aktiwiteite geïdentifiseer wat hulle wil verbeter, naamlik swaar voorwerpe optel, handfunksie, vêr loop en lank staan.

4.1.1.1.3 Selfversorging

Daar het ‘n statisties beduidende verbetering in hierdie afdeling van funksionering van die AZ plaasgevind ($Z=5.992, p<0.001$). Die mediaan met na-toetsing dui op geen impak van

gestremdheid in hierdie area van funksionering nie. Ook die 75^{ste} persentiel val op 0% impak van gestremdheid met na-toetsing. Daar was gemiddeld 'n 26.25 persentasie-punt afname in die impak van gestremdheid wat gerapporteer is. Hierdie resultaat word ondersteun deur die vermindering in versorging benodig soos gesien deur die afname in die aantal versorgers deur die versorgerspanningindeks aangedui (11 van die 13 persone wat met voor-toets 'n versorger benodig het, het nog 'n versorger gehad met na-toets) (*Cf* 4.5.3). Data ingesamel deur onderhoudvoering ondersteun hierdie resultate en identifiseer 'Selfversorging' as die tweede laagste area waarin kliënte nog sal wil verbeter na die afloop van drie maande se terapie.

Boonste ledemaatbeserings was die grootste van die diagnostiese groepe wat aktiwiteite van 'selfversorging' uitgewys het as problematies vóór rehabilitasie en die meeste het verbeter na afloop van rehabilitasie. Die aktiwiteite geïdentifiseer wat hulle die meeste verbeter het sluit in haarversorging (was, droogmaak, kam en vasmaak), bad (jouself en rug was), aantrek en eet. Daar is ook nog kliënte was sal wil verbeter in haarversorging en bad.

4.1.1.1.4 Huishoudelike lewe

Die data het 'n statisties beduidende verbetering getoon ($Z=5.462$, $p<0.001$). Dit kan gesien word in die mediaan wat slegs op 'n telling van 5% is en die 75^{ste} persentiel wat op 'n telling van 25% val met na-toetsing. Alhoewel hierdie veranderinge beter is as die area van 'Selfversorging' van die AZ, dui die data wat verkry is deur onderhoudvoering dat daar meer kliënte is wat nog wil verbeter in 'Huishoudelike lewe' aktiwiteite as in 'Selfversorging' na afloop van drie maande se rehabilitasie. 'Huishoudelike lewe' aktiwiteite is deur kliënte met boonste ledemaatbeserings geïdentifiseer as die aktiwiteite wat hulle as die mees problematies ervaar het, asook wat die meeste verbeter het na drie maande se terapie. Spesifieke aktiwiteite geïdentifiseer is as volg : huisskoonmaak (bed opmaak, uitvee en skottelgoed was), wasgoedwas, ophang en stryk, sowel as maaltydvoorbereiding.

'Huishoudelike lewe' aktiwiteite wat deur kliënte met artritis geïdentifiseer is wat hulle steeds na drie maande se terapie as problematies ervaar en graag in sal wil verbeter, sluit in wasgoed was, inkopies doen en maaltydvoorbereiding.

4.1.1.1.5 Interpersoonlike gedrag

Alhoewel daar nie 'n verskil in die mediaan met voor- en na-toetsing is nie, is daar steeds 'n beduidende verbetering in hierdie area van funksionering ($Z=2.567$, $p=0.01$). Die verskil kan gesien word by die maksimum telling wat vanaf 100% afgeneem het met 60 persentasie-

punte na 'n telling van slegs 40% met na-toetsing. Ook die 75^{ste} persentiel het afgeneem vanaf 18.75% na 10% met na-toetsing. Hierdie area van funksionering is glad nie deur kliënte tydens onderhoudvoering genoem as 'n area wat deur die impak van gestremdheid geraak is nie. Kliënte het wel genoem dat terapie hulle gehelp het om uit hulle huise te kom en met ander mense te praat soos deur hierdie persoon uitgelig is: "Hulle maak dat ek met mense kommunikeer, wat ek nie gedoen het nie, ek het meestal teruggetrek..." (SVO, P45). Daar is ook geen kliënte wat rapporteer het dat hulle nog in hierdie area wil verbeter na afloop van die drie maande se terapie nie.

4.1.1.1.6 *Belangrike lewensareas*

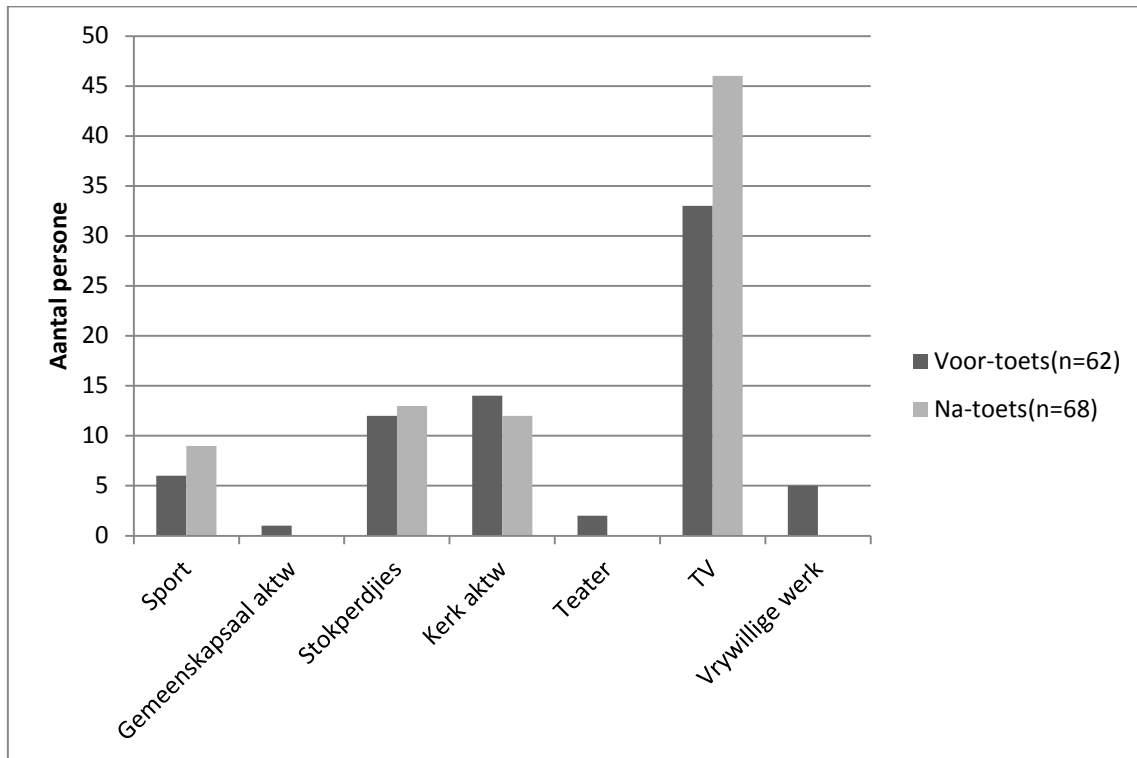
Tussen voor- en na-toetsing was daar nie 'n statisties beduidende verandering ($Z=0.938, p=0.348$) in hierdie area van funksionering nie. Daar was wel 'n verhoging in die mediaan met 16.66 persentasie-punte by na-toetsing. Die verergering in hierdie area van funksionering is ook merkbaar met die 75^{ste} persentiel wat vanaf 58,33% na 66.67% met na-toetsing verhoog het. Hierdie resultaat word ook gereflekteer deur data ingesamel met onderhoudvoering waarin kliënte minimale verbetering gerapporteer het en grootliks gerapporteer het dat hulle nog in hierdie area van funksionering wil verbeter na afloop van drie maande se terapie. Daar is uitsluitlik op die aktiwiteit van werk gerapporteer soos geïllustreer deur die volgende aanhaling: "Ek wil so graag vir myself...ek sou so graag wou gewerk het om 'n inkomste te hê. So ek sou graag wou gewerk het of iets gedoen het sodat ek nou kan sê ek kan staatmaak op 'n inkomste, 'n vaste inkomste,..." (LRP, P42).

Daar is 'n vermindering in die aantal persone wat werk as bron van inkomste gerapporteer het na afloop van drie maande se terapie vanaf 22 na 16 persone.

4.1.1.1.7 *Gemeenskap, sosiale en burgerlike lewe*

Alhoewel daar nie 'n statisties beduidende afname ($Z=1.255, p=0.209$) of verandering in die 25^{ste} en 75^{ste} persentiele was vir hierdie area van funksionering nie, was daar wel 'n maksimum tellingvermindering met 33.33 persentasie-punte. Deelname aan vryetydsbestedingsaktiwiteite (VTB) het verbeter oor die drie maande van rehabilitasie - veral aktiwiteite soos sport en TV-kyk het vermeerder. Met voor-toetsing het 62 persone aangedui dat hulle aan VTB-aktiwiteite deelgeneem het. Daar het met na-toetsing ses persone (8%) meer van die steekproef aangetoon dat hulle nou aan VTB-aktiwiteite deelneem.

Van die 62 persone wat met voor-toetsing aan VTB aktiwiteite deelgeneem het, het agt persone ophou deelneem aan VTB-aktiwiteite met na-toetsing. Daar was veral 'n afname in aktiwiteite wat in die gemeenskap geskied bv. kerk aktiwiteite, teater en vrywillige werk. Van die 16 persone, soos in Figuur 4.3, wat met voor-toetsing nie aan VTB-aktiwiteite deelgeneem het nie het 14 persone by na-toetsing aan VTB-aktiwiteite deelgeneem – veral TV-kyk, stokperdjies en sportaktiwiteite.

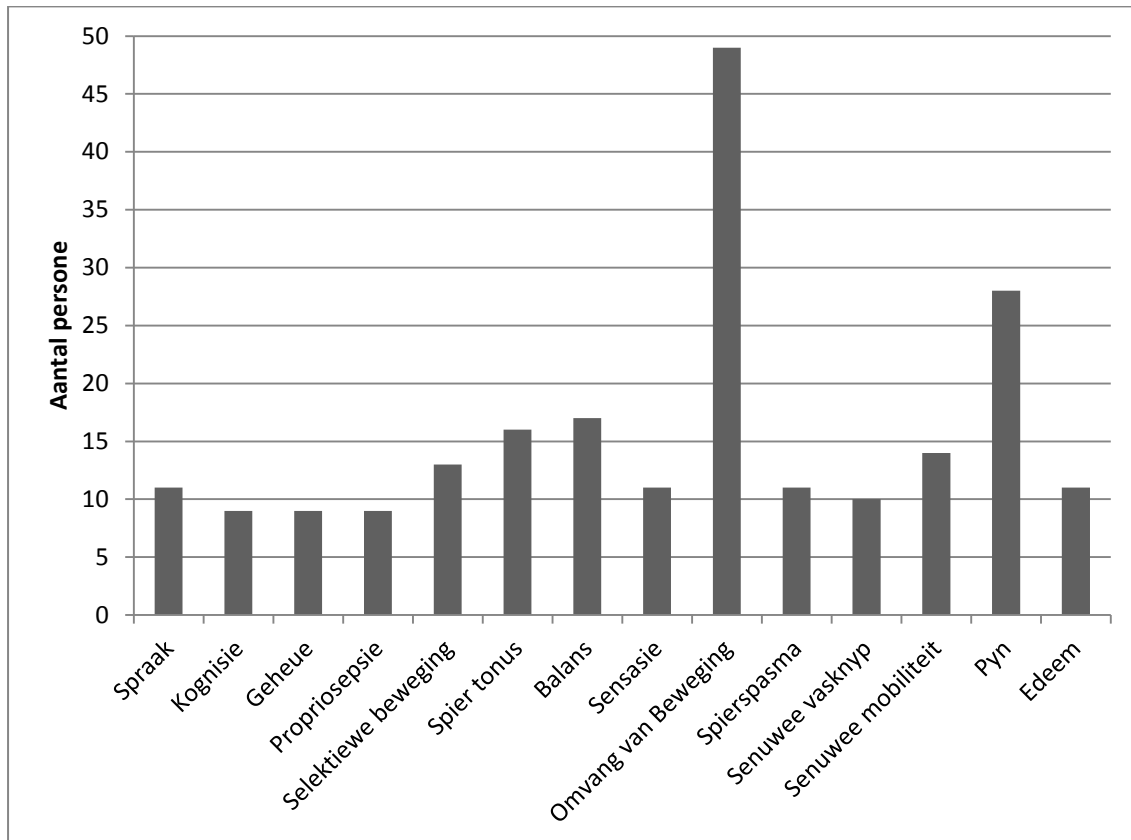


Figuur 4. 3: VTB-aktiwiteite waaraan steekproef deelneem (voor-toets n=63; na-toets n=68)

Kliënte rapporteer dat fisiese onvermoë eerder as ontoeganklikheid van fasiliteite die hoofrede is hoekom hulle nie aan VTB-aktiwiteite deelneem nie. Beskikbare VTB-aktiwiteite is ook te duur om aan deel te kan neem. Hierdie resultaat word ondersteun deur die inligting ingesamel deur onderhoudvoering en dit is ook gerapporteer as die area waarin kliënte nog die graagste wil verbeter na afloop van drie maande se terapie. VTB-aktiwiteite van die steekproef wat deur onderhoudvoering geïdentifiseer is, sluit in handwerk (naaldwerk, masjienwerk, brei en hekel), tuinmaak, houtwerk, fietsry en die bywoning van sportwedstryde.

4.1.2 Liggaamsfunksies en strukture

Inligting rakende kliënte se liggaamsfunksies en strukture is na afloop van die na-toets uit die kliënt se lêer vasgelê op die CRALM. Slegs inligting rakende hul funksionering met verwysing of eerste besoek aan die sentrum is ingesamel indien dit in die lêer gedokumenteer was. Oor al die diagnostiese groepe is kliënte met SVO, met uitsondering van spiersterkte, die volledigste gedokumenteer i.t.v. liggaamsfunksies en strukture.



Figuur 4. 4: Steekproef (n=78) se liggaamsfunksies en strukture wat aangetas was met verwysing na BLRS

Funksies en strukture wat in meer as 10% van die steekproef aangetas is, is in figuur 4.4 se grafiek ingesluit. Slegs generiese komponente is in die grafiek ingesluit en nie onderafdelings van komponente of strukture nie. Omvang van beweging is in die grootste deel van die steekproef oor verskeie diagnostiese groepe aangetas. Dit is meer as twee maal so veel as enige ander liggaamsfunksie en struktuur. Pyn is ook grootliks ervaar sowel as swak balans en abnormale spiertonus.

4.1.3 Uitkomst per diagnostiese groep behaal het volgens die AZ en Diagnose- spesifieke meetinstrumente

Die uitkomst wat die totale steekproef behaal het met die AZ is verder per diagnostiese groep ondersoek en die resultate was as volg:

4.1.3.1 Uitkomst van diagnostiese groepe met die AZ

Die AZ meetinstrument beveel aan dat die telling as persentasie gestremdheid uitgewerk word – dus na ‘n telling uit 100 verwerk. ‘n Telling van nul beteken totale onafhanklikheid en ‘n telling nader aan 100 dui op groter afhanklikheid (in terme van hoeveelheid hulp benodig om te kan funksioneer). Soos in die geval van die totale steekproef, is die diagnose-spesifieke data ook nie normaal versprei nie en is daar weer van die Wilcoxon se bekende rang-toets gebruik te maak om voor- en na-toetsresultate te vergelyk.

Daar was oor alle diagnostiese groepe behalwe kliënte met Artritis en Onderste Ledemaatbesering, ‘n statisties beduidende vermindering in die impak van gestremdheid op hulle funksionering volgens die AZ gerapporteer (Tabel 4.4).

Oor al die diagnostiese groep het die SVO-groep die grootste vermindering in mediaan getoon. Onderste Ledemaatbesering is die enigste diagnostiese groep wat ‘n hoër mediaan in die na-toets getoon het. Die Arthritis groep is die enigste groep wat se 75^{ste} persentiel verhoog het, maar hulle maksimum telling het wel verminder met meer as 5 persentasiepunte.

Tabel 4. 4: Uitkomst van steekproef in AZ verdeel in diagnostiese groepe

AZ MEETINSTUMENT	Mediaan		25ste persentiel		75ste persentiel		Minimum telling		Maksimum telling		Mediaan verskil
	Voor- toets	Na- toets	Voor- toets	Na- toets	Voor- toets	Na-toets	Voor- toets	Na-toets	Voor- toets	Na-toets	Z en p waardes
SVO (n=20)	44.61	21.59	30.91	14.60	53.33	38.85	3.61	5.99	70.36	57.26	Z=2.949281 p=0.003185
Rugpyn (n=29)	24.60	12.74	11.73	10.10	29.17	19.54	4.46	4.64	63.99	39.05	Z=2.756958 p=0.005835
Arthritis (n=9)	31.79	21.31	19.66	14.52	32.24	38.10	13.84	7.74	55.16	49.52	Z=1.006993 p=0.313939
Boonste ledemaatbesering (n=15)	30.95	18.15	21.26	9.29	39.48	23.21	13.77	4.21	48.33	37.26	Z=2.726217 p=0.006407
Onderste ledemaatbesering (n=6)	11.11	12.98	9.07	11.31	19.46	18.41	4.29	5.14	22.86	23.63	Z=0.134840 p=0.892738

4.1.3.2 Uitkomst van kliënte per diagnostiese groep

Veranderinge in funksionering volgens die diagnose-spesifieke meetinstrument wat getrianguleer is met kwalitatiewe data word vervolgens per diagnostiese groep bespreek. Data oor diagnose-spesifieke uitkomst, soos verkry uit onderhoude met kliënte, word ook getrianguleer met die ooreenstemmende afdeling van die AZ.

Die diagnose spesifieke meetinstrument is volgens protokol uitgewerk na 'n persentasie telling – dus as die instrument nie self na 100 optel nie, is dit na 'n telling uit 100 verwerk. 'n Telling van nul beteken totale onafhanklikheid en 'n telling nader aan 100 dui op groter afhanklikheid (in terme van hoeveelheid hulp benodig om te kan funksioneer). Soos in die geval van die AZ data, is die diagnose-spesifieke meetinstrumente se data ook nie normaal versprei nie en is daar weer van die Wilcoxon se bekende rang-toets gebruik te maak om voor- en na-toetsresultate te vergelyk.

4.1.3.2.1 Verandering in funksionering van kliënte met SVO (n=20):

15 van die kliënte het na afloop van hulle individuele behandeling aangesluit by die SVO-groep wat by BLRS aangebied word. Hierdie groep word weekliks blootgestel aan Arbeidsterapie, Fisioterapie en Spraakterapie tydens die uur-en-'n-half-groep en kry ook sosio-emosionele ondersteuning in groep verband. Een kliënt is ook ingesluit in die Artritis-program (Cf 4.1.3.2.3 vir meer informasie rakende die Artritis groep-program).

Tabel 4. 5: Verandering in funksionering van kliënte met SVO (n=20) volgens BI

n=20	Voor-toetsing	Na-toetsing
Mediaan	30	2.5
25ste persentiel	22.5	0
75ste persentiel	55	15
Minimum telling	0	0
Maksimum telling	70	50

Daar was 'n statisties beduidende verandering vir kliënte volgens die BI ($Z=3.82$, $p<0.001$). Die mediaan is met meer as 20 persentasie-punte laer sowel as die maksimum telling wat as 50% aangedui is met na-toetsing.

Die data ingesamel tydens onderhoudvoering dui daarop dat 'Selfversorging' die afdeling van funksionering is waarin kliënte met SVO die grootste verbetering ervaar het. Hierdie bevinding word ondersteun deur die resultate verkry vanaf kliënte met SVO ten opsigte van die funksionele area 'Selfversorging' soos gemeet op die AZ ($Z=3.823$, $p<0.001$). Die mediaan was ook 55 persentasie-punte laer op die na-toets.

4.1.3.2.2 Verandering in funksionering van kliënte met rugpyn ($n=29$):

24 van die kliënte het na afloop van hulle individuele behandeling deelgeneem aan BLRS se 16 weke opvoedkundige program vir kliënte met rugpyn. Die program bestaan uit een uur per week opvoeding rakende onderwerpe soos rugbesparingsbeginsels en versterkings-oefeninge. Een kliënt is ook ingesluit in die Artritisprogram (Cf 4.1.3.2.3 vir verduideliking rakende die Artritis groepprogram).

Tabel 4. 6: Verandering in funksionering van kliënte met Rugpyn ($n=29$) volgens Oswestry

n=29	Voor-toetsing	Na-toetsing
Mediaan	40	18
25ste persentiel	28	8
75ste persentiel	48.89	36
Minimum telling	14	0
Maksimum telling	66.67	77.78

Die toetsing toon 'n statisties beduidende verskil tussen voor- en na-toetsing vir hierdie groep kliënte soos op die Oswestry instrument getoets ($Z=3.484$, $p<0.001$). Die 75^{ste} persentiel van 36% met na-toetsing dui daarop dat 75% van die steekproef in die gering (0%-20%) tot matig (21%-40%) gestremde kategorie van die Oswestry geval het by tye van die na-toets, vergeleke met gering (0%-20%) tot erge (41%-60%) gestremde kategorie van die Oswestry op die voor-toets.

Kliënte met ruggyn het tydens onderhoudvoering gerapporteer dat die twee funksionele areas waarin hulle die grootste verandering ervaar het ‘Mobiliteit’ en ‘Huishoudelike lewe’ aktiwiteite was. Die uitkomst wat kliënte met Ruggyn bereik het in die funksionele areas van ‘Mobiliteit’ en ‘Huishoudelike lewe’ toon ook ‘n statisties beduidende afname soos gemeet met die AZ [Mobiliteit ($Z=4.304$, $p<0.001$); Huishoudelike lewe ($Z=2.844$, $p=0.004$)]. ‘Mobiliteit’ se mediaan was met meer as 40 persentasie-punte laer.

4.1.3.2.3 Verandering in funksionering van kliënte met Artritis ($n=9$):

Nege van die kliënte is na afloop van hulle individuele behandeling in die 17 weke Artritis-opvoedingsprogram ingesluit vir een uur weeklikse opvoeding rakende artritis bv. gewrigsbesparingsbeginsels en hulpmiddels beskikbaar vir ADL.

Tabel 4. 7: Verandering in funksionering van kliënte met Artritis ($n=9$) in AIMS2-SF

n=9	Voor-toetsing	Na-toetsing
Mediaan	53.13	39.58
25ste persentiel	51.04	35.58
75ste persentiel	67.31	53.13
Minimum telling	30.21	25
Maksimum telling	72.92	68.75

Die toetsing resultate toon dat daar ‘n statisties beduidende verandering vir kliënte volgens die AIMS2-SF was ($Z=2.192$, $p=0.028$).

Tydens onderhoude het kliënte gerapporteer dat die area waarin hulle die grootste verbetering ervaar het ‘Mobiliteit’ was. Hierdie bevinding is deur resultate vir ‘Mobiliteit’ van die AZ bevestig ($Z=2.310$, $p=0.021$).

4.1.3.2.4 *Verandering in funksionering van kliënte met boonste ledemaatbeserings(n=15):*

Tabel 4. 8: Verandering in funksionering van kliënte met boonste ledemaatbeserings (n=15) in DASH

n=15	Voor-toetsing	Na-toetsing
Mediaan	65.18	19.83
25ste persentiel	56.67	6.89
75ste persentiel	70.83	45.83
Minimum telling	45.83	5.83
Maksimum telling	93.33	91.67

Die toetsing resultate toon dat daar 'n statisties beduidende verandering vir kliënte volgens die DASH was ($Z=3.124$, $p=0.002$).

Data ingesamel tydens onderhoudvoering ondersteun AZ data dat 'Selfversorging' en 'Huishoudelike lewe' die areas van funksionering is waarin kliënte met boonste ledemaatbeserings die grootste verbetering ervaar het [Selfversorging ($Z=2.982$, $p=0.003$) en Huishoudelike lewe ($Z=3.18$, $p=0.001$)].

4.1.3.2.5 *Verandering in funksionering van kliënte met onderste ledemaatbeserings (n=6):***Tabel 4. 9: Verandering in funksionering van kliënte met onderste ledemaatbeserings (n=6) in Kliniese Mobiliteitskaal**

n=6	Voor-toetsing	Na-toetsing
Mediaan	33.33	4.17
25ste persentiel	12.5	4.17
75ste persentiel	37.5	16.67
Minimum telling	8.33	4.17
Maksimum telling	45.83	25

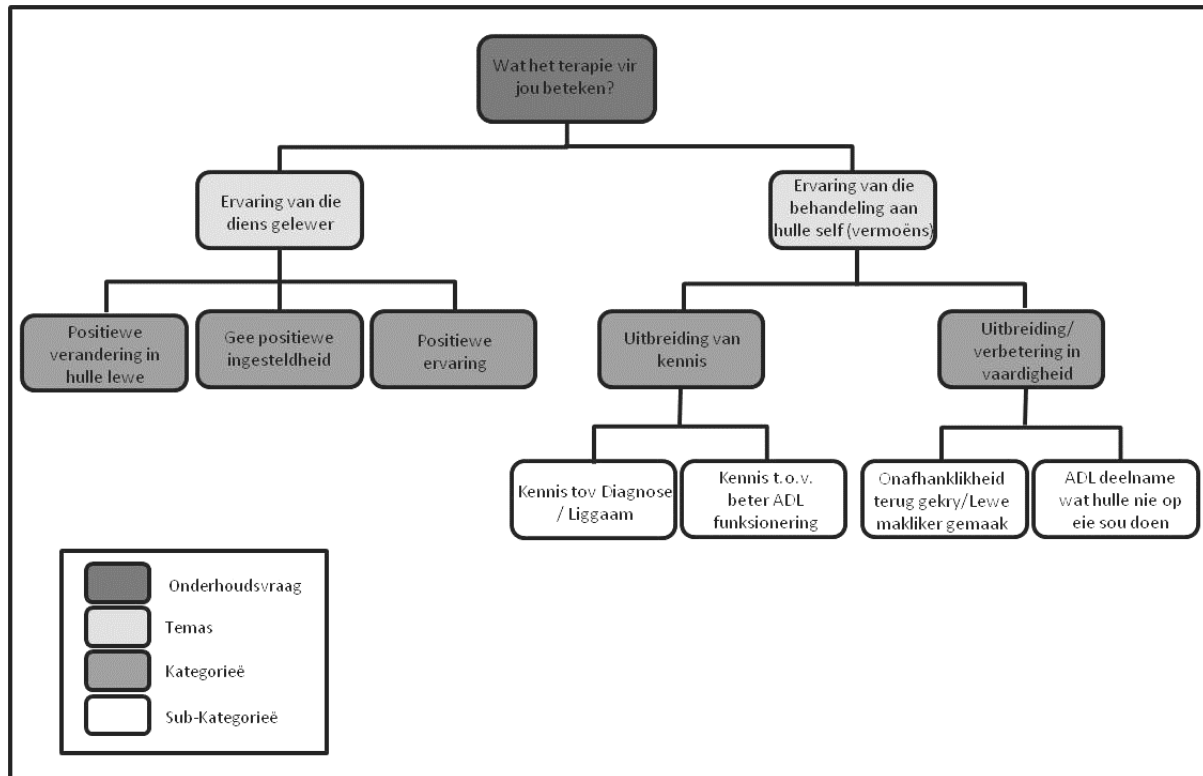
Die resultate toon dat daar nie 'n statisties beduidende verandering vir kliënte volgens die Kliniese Mobiliteitskaal was nie ($Z=1.483$, $p=0.138$). Die mediaan was wel laer met na-toetsing gewees.

Indien slegs die 'Mobiliteit' afdeling van die AZ geneem word vir kliënte met Onderste Ledemaatbeserings is daar 'n statisties beduidende verbetering waarneembaar ($Z=2.023$, $p=0.043$). Volgens die data wat met onderhoudvoering ingesamel is ondersteun kliënte met Onderste Ledemaatbeserings dat 'Mobiliteit' die area is waarin hulle die meeste verbetering na deelname aan terapie ondervind het. 'Huishoudelike lewe' is volgens onderhoudvoering die tweede grootste area van funksionering wat na onderste ledemaatbesering as problematies beskryf is en na afloop van terapie is dit na 'Mobiliteit' die tweede grootste funksionele area van verbetering.

Daar was ook oor alle diagnostiese groepe, behalwe kliënte met Onderste Ledemaatbeserings, 'n statisties beduidende afname in die impak van gestremdheid op funksionering volgens die diagnose-spesifieke meetinstrumente.

4.1.4 Steekproef se subjektiewe ervaring van deelname aan rehabilitasie

Transkripsies van die onderhoude met deelnemers gevoer is deur middel van basiese inhoudsanalise geanaliseer en die volgende twee temas is geïdentifiseer:



Figuur 4. 5: Skematiese voorstelling van tematiese ontleding van onderhoude

4.1.4.1 Ervaring van die diens gelewer

Kliënte het response gegee oor hoe hulle die effek van rehabilitasie in hulle lewens ervaar het. Onder hierdie tema is die volgende drie kategorieë geïdentifiseer:

4.1.4.1.1 Positiewe verandering in hulle lewe

Kliënte het gevoel dat hulle lewens verbeter het na deelname aan terapie.

“As ek hier uitstap by die Rehab dan voel ek ‘n baie beter mens as die dae wat ek nou nie gekom het nie.” (ART, P51)

“As mens kyk hoe’t ek gelyk en hoe’t ek geloop toe ek hier ingekom het en vandag kan ek waaragtag sê ek is ‘n beterder mens en moet vir almal dankie sê.” (LRP, P14)

“Dit was vir my amper soos ‘n...soos ‘n mens sal sê ‘n transformasie wat ek ondergaan het, want ek...dit het jou baie positief laat voel.” (LRP, P41)

“...dan het ek wonderlik gevoel as ek huis toe kom.” (BL, P15)

“As jy van die terapie af kom dan voel jy soos ‘n nuwe mens.” (ART, P20)

“...en hulle’t vir my helemal gehelp dat ek nou gesond is met my voete.” (OL, P13)

4.1.4.1.2 Gee positiewe ingesteldheid

Kliënte het ervaar dat rehabilitasie hulle geïnspireer het en hul selfvertroue verbeter het. Hulle voel nie meer in hulself gekeer en voel dat hulle moed ingepraat is om aan te gaan.

“Die terapie het vir my baie beteken in terme van dat ek meer selfvertroue geleer het om dinge vir myself te gedoen het.” (BL, P17)

“En hulle’t my baie moed ingepraat en gesê ek moenie moed opgee nie.” (SVO, P35)

“...en weer om myself te vind, want ek het gevoel ek is afhanklik van almal af...” (SVO, P95)

“Dit help om vir jou selfvertroue in jouself in te gee.” (ART, P82)

“...en dit het vir baie geïnspireer om basies met een stap na die ander vorentoe te gaan.” (SVO, P84)

4.1.4.1.3 Positiewe ervaring

Kliënte rapporteer dat hulle uitgesien het na terapieafsprake en dit as genotvol ervaar het. Hulle het terapie as belangrik en as iets goed gesien wat hulle dankbaar voor was.

“Hulle’s baie behulpsaam en hulle ontvang mens lekker. Om so te sê, hulle maak my dag, Regtigwaar, hulle maak my dag en ek is dankbaar vir wat ek hier kom geleer het...” (LRP, P42)

“Ek het eintlik nogal uitgesien daarna....” (SVO, P60)

“Ek put nogals genot daaruit.” (LRP, P39)

“Ek kan eerlik sê dit het vir my baie beteken.” (LRP, P66)

“Vir my was dit nogal baie belangrik, want ek het baie geleer nogal nou...” (LRP, P90)

4.1.4.2 Ervaring van die behandeling aan hulself (vermoëns)

Kliënte het response gegee oor die effek wat rehabilitasie op hulle Vermoëns om ADL uit te voer gehad het. Onder hierdie tema is daar twee kategorieë geïdentifiseer wat vervolgens bespreek sal word.

4.1.4.2.1 Uitbreiding van kennis

Die volgende stelling illustreer ‘n kliënt se gevoel rondom sy situasie na sy SVO: *“..die ‘stroke’...hy’t regtigwaar my lewe tot stilstand gebring...veral omdat ek onkundig was en ek het geen hulp van geen kant af gekry nie en toe ek by die terapie ‘centre’ kom en my situasie verduidelik, kon ek gesien het die verandering wat daar kom in my...” (SVO, P84)*

“Want jy leer baie en jy verstaan alles wat hulle vir jou sê...” (ART, P1)

Kliënte het uitbreiding van hulle kennis in twee sub-kategorieë (vergelyk met IKF kategorieë) gerapporteer:

4.1.4.2.1.1 Kennis t.o.v. diagnose, liggaamsfunksies en strukture

Deelname aan rehabilitasie het vir kliënte meer kennis oor hulle siektetoestand gegee tot so ‘n mate dat hulle bemaatig gevoel het om korrek vir hulle gesondheidstoestand te kan optree en hulle lewenstyl aan te pas. Hulle voel ook dat hulle die kennis kon gebruik om ander persone met ‘n soortgelyke diagnose te kan help.

“Die terapie is eintlik iets wat mens leer om te lewe met jou gesondheid.” (ART, P82)

“Hulle’t vir my geleer wat is dit(sic) steurnis wat ek het, wat dit beteken, hoe ek teweerk moet gaan daarmee, hoe om na my liggaam te kyk, hoe om dit op te pas.” (ART, P25)

“...wat ek nou nie geweet het van ‘arthritis’ nie, dit weet ek nou, waardeur bestaan dit en waarom, en wat moet ‘n mens doen, en dit het ek alles geleer hier by die terapie.” (ART, P29)

“Die terapie het vir my baie beteken met hoe ek my rug kan beskerm en hoe ek die spiere om my rug kan versterk sodat ek my rug kan beskerm....en ook van die medisyne wat ek gebruik en die effek van die medisyne....die pille vir die rug.” (LRP, P74)

“En dit het ek geleer en dit leer ek vir die ander ook en ek is bly dat ek hier kon gekom het en hier kon geleer het en aan andere kan meedeel.” (LRP, P53)

4.1.4.2.1.2 Kennis t.o.v. beter ADL funksionering

Kliënte is die kennis gegee rondom oefeninge en veranderinge wat hulle in hulle ADL kan maak om sodoende die impak van ‘n gestremdheid te verminder en hulle funksionering te verbeter. Hulle het die volgende hieroor uitgedruk:

“...vir ons gewys...baie wat sy vir ons geleer het wat ek nou kan toepas en as ek daai dinge toepas dan maak ek dit vir myself gemaklik.” (LRP, P14)

“...en die ‘exercises’ wat sy my gegee het om te doen by die huis, dit het baie gehelp.” (BL, P96)

“...en die oefeninge wat ek kry huis toe – ek is alleen by die huis- en dit was sommer vir my soos ‘n geselskap vir my om te oefen.” (SVO, P55)

“Soos oefeninge wat ek by die huis kan doen , so dit het vir my baie gehelp wat ek hier geleer het.” (LRP, P66)

“Ek het baie geleer van wat ek moet doen...” (OL, P13)

“Ek weet darem nou met die rugbesering, hoe om myself te gedra en wat om te doen.” (LRP, P30)

4.1.4.2.2 Uitbreiding en/of Verbetering van Vaardighede

Kliënte het verbetering en/of uitbreiding van hulle ADL vaardighede gerapporteer na deelname aan rehabilitasie. Hierdie kategorie is in die volgende twee sub-kategorieë verdeel:

4.1.4.2.2.1 Onafhanklikheid teruggekry of Lewe makliker gemaak

Kliënte het weer ‘n mate van onafhanklike funksionering teruggekry na ‘n verbetering van hul vaardigheid in rehabilitasie.

“...en ek kan nou baie dinge vir myself doen as gevolg van die terapie wat ek hier kry.” (LRP, P42)

“Ek kan nou baie dinge vir myself doen, ek hoef nie op ander staat te maak nie.” (SVO, P43)

“Ek is nie spyt ek het hier behoort nie, want ek kan nou weer aantrek en ek kan nou weer loop en ek kan nou weer iets vir myself doen, ek hoef nie meer so te sit en vir my te verneder nie.” (SVO, P4)

“Dit maak die lewe gemaklik.” (LRP, P49)

“Die terapie het eintlik vir my baie beteken, coz destyds is daar baie wat ek nie vir myself kon gedoen het nie, ek is afhanklik van ander mense af gewees. Nou dat ek die terapie gekry het, nou kan ek darem alles vir myself doen wat ek nie voorheen kan gedoen het nie.” (BL, P92)

4.1.4.2.2 ADL deelname wat hulle nie op eie sou doen nie

Kliënte het weer aktiwiteite hervat wat hulle nie gedink het hulle sou weer kon doen na ‘n gestremdheid ingetree het en wat hulle ook nie op hulle eie sou kon regkry nie.

“...goeters wat ek nou hier kom leer het, sou ek nou nie sommer by die huis self gedoen het nie.” (SVO, P55)

“Ek het geleer om iets te doen wat ek nie kon gedoen het nie.” (BL, P77)

“As ek nie hierheen gekom het nie, het ek seker nog gelê en in ‘wheelchair’ gewees...” (SVO, P48)

“Ek het gedink ek sou nooit weer kon fietsry nie en vandat ek nou hier gekom het, het ek nou elke aand fietsgery....en dit is vir my ‘n bewys dat die terapie het gehelp. En wat sou ek gedoen het as ek nie vir terapie gekom het nie?” (OL, P6)

“En ek nou sê as ek nie terapie gehad het nie, weet ek darem sowaar nie...” (SVO, P24)

4.2 DIE ONDERLINGE VERBAND TUSSEN DEMOGRAFIESE FAKTORE VAN DIE STEEKPROEF EN REHABILITASIE UITKOMSTE (STUDIEDOELWIT 2)

Die demografiese data wat ingewin is, is ondersoek in terme van die moontlike verband tussen hierdie faktore en die uitkomst deur deelname aan rehabilitasie by die BLRS.

Tabel 4. 10: Opsomming van totale steekproef se demografiese faktore (n=78)

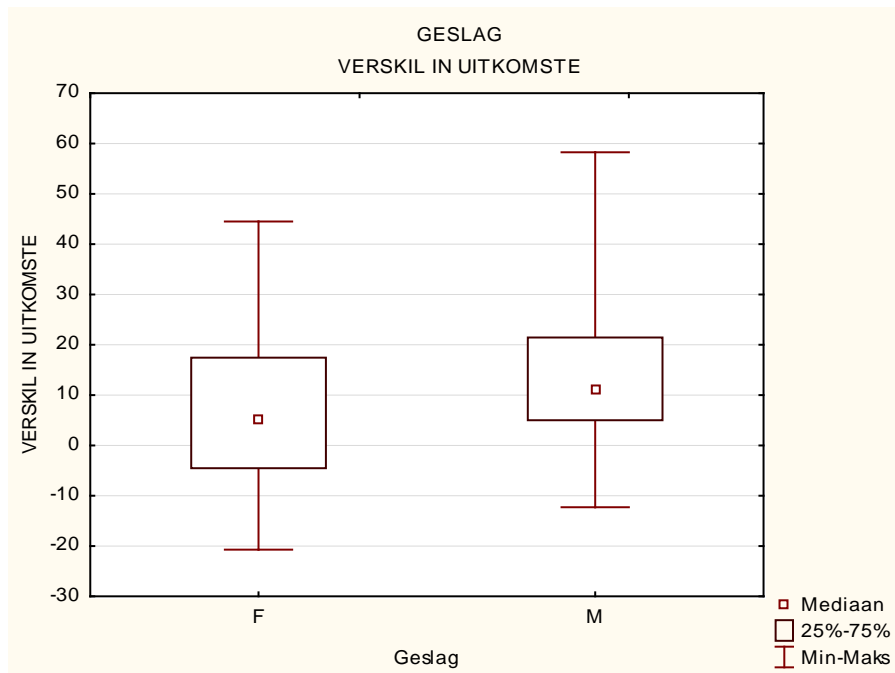
Taal	100% Afrikaans			
Kultuur	Kleurling 98%	Swart 1%	Ander 1%	
Gemiddelde Inkomste	R1001-R2000 p/maand			
Opvoedingspeil	Gemiddeld Gr.8	10% Gr.12 voltooi	Geen na-skoolse kwalifikasies	
Gesondheidsorgvlak van verwysing	Primer 77%	Sekonder 3%	Tersier 20%	
Tydperk vanaf insident voor rehab	Akuut (<3mnde) 32%	Kronies (>3mnde) 65%	Onbekend 3%	
Deelname aan risikofaktore met verwysing	Rook 34 persone	Alkohol 18 persone	Dwelms 1 persoon	
Oorsaak van siekte/besering	Onbekend 68%	Kronies 26%	Traumaties 5%	Kongenitaal 1%
Toegeligtheid in terme van mediese dienste	Weet dat daar 'n Gemeenskaps-gesondheidskomitee is 19%		Weet dat hulle kan kla oor gesondheidsdienste <50%	

4.2.1 Geslag, diagnose en Ouderdom

- *Geslag*

Soos in tabel 4.1 beskryf was daar 45 vroulike kliënte in die steekproef en 33 manlike kliënte. Data is nie normaal versprei nie en dus is die Mann-Whitney U-toets gebruik om die verskil tussen die twee groepe se uitkomst te bepaal. Daar is bevind dat daar 'n statisties beduidende

verskil is tussen die geslagte se mediaan vir funksionele verandering ($U=538, p=0.039$). Soos in figuur 4.6 uitgebeeld het die manlike geslag beter uitkomste as die vroulike geslag bereik.



Figuur 4. 6: Verskil in uitkomste vir mans(n=33) vs vrouens(n=45)

- *Ouderdom*

Spearman se rangkorrelasiekoëffisiënt was gedoen om vas te stel of daar 'n verband was tussen die kliënte in die steekproef se ouderdom en uitkomste wat hulle bereik het volgens die AZ. Vir die totale steekproef was daar slegs 'n swak positiewe verband gevind ($R=0.11, p=0.34$) wat nie statisties beduidend was nie.

- *Diagnose*

In terme van diagnose, was die verband ook nie beduidend nie ($R=0.11; p=0.34$) behalwe in die groep kliënte met Onderste ledemaatbeserings, waar daar wel 'n beduidende negatiewe verband tussen uitkomste bereik (soos op die AZ gemeet) en ouderdom gevind is ($R=0.9; p=0.037$). Die veralgemeenbaarheid van hierdie resultaat word egter beperk deur die klein steekproef van onderste ledemaatbesering ($n=5$).

In die geval van kliënte met Boonste ledemaatbeserings, bestaan daar ook 'n beduidende negatiewe verband ($R=0.608; p=0.016$) tussen uitkomste bereik (soos deur die DASH aangedui) en ouderdom.

4.2.2 Gesondheidsorgvlak van verwysings

Die oorgrote meerderheid verwysings is vanaf 'n primêre vlak gesondheidsorgsentrum ontvang waarvan BLCHC die grootste deel uitgemaak het. Tersiêre vlak verwysings is vanaf

die volgende sentra ontvang: TBH (13), Grootte Schuurhospitaal (1) en Western Cape Rehab Centre (WCRC) (2). Slegs twee verwysings is tydens die studie tydperk vanaf sekondêre vlak (distrikshospitale) ontvang.

4.2.3 Opvoedingspeil van steekproef

Spearman se rangkorrelasiekoëffisiënt was gedoen om vas te stel of daar 'n verband was tussen die kliënte in die steekproef se opvoedingspeil en die uitkomste bereik soos deur die AZ gemeet. Vir die totale steekproef was daar slegs 'n swak positiewe verband gevind ($R=0.11, p=0.33$) wat nie statisties beduidend was nie. Alhoewel nie statisties beduidend nie, is die enigste twee diagnostiese groepe wat 'n swak verband getoon het tussen die uitkomste bereik en opvoedingspeil, dié van Onderste ledemaatbesering ($R=0.410, p=0.496$) en Artritis ($R=0.494, p=0.177$).

4.2.4 Risikofaktore

Amper die helfte van die steekproef (44%) rook en 'n derde (32%) van die kliënte wat rook, gebruik ook alkohol. Die helfte van die kliënte met SVO in die steekproef rook en 'n vyfde van die wat rook gebruik ook alkohol, wat volgens die literatuur in sommige gevalle presipiterend tot SVO-insidente beskou kan word.

4.2.5 Tydperk vanaf besering/gestremdheid

Die Mann-Whitney U-toets is gebruik om te bepaal of daar 'n verskil tussen die funksionele uitkomste is van persone wat by tye van verwysing BLRS in die akute fase van herstel was, teenoor kliënte wat in die kroniese tydperk van herstel was. Daar is geen statisties beduidende verband tussen die mediaan uitkoms van kliënte ($U=450, p=0.072$) gevind nie. Die verbetering in mediaan van die akute groep se uitkomste was wel meer as dubbeld dié van die kroniese groep.

4.3 DIE ONDERLIGE VERBAND TUSSEN OMGEWINGS FAKTORE EN UITKOMSTE BEREIK (STUDIEDOELWIT 3)

Tydens voor- en na-toetsing het kliënte die geleentheid gehad om spesifieke omgewings- en persoonlike faktore te rapporteer ten einde te bepaal of eerstens, daar 'n verandering in die kliënte se omgewing plaasgevind in die periode tussen die twee toetsgeleenthede en tweedens, of die faktore moontlik verband hou met die uitkomst wat identifiseer is.

Kliënte het ook na afloop van drie maande se terapie die geleentheid gehad om 16 omgewings of persoonlike faktore te evalueer volgens die invloed wat hulle gevoel het die spesifieke faktor gehad het op die uitkomst wat hulle in rehabilitasie bereik het. Hulle kon elke faktor merk as 'fasiliterend', 'inhibierend', 'geen invloed' of 'nie van toepassing'.

Berekening van die resultate het nie die 'nie van toepassing' response ingesluit nie en word dus nie bespreek nie en dus die wisselende "n"-waarde in onderstaande tabel. Die 'geen invloed' response is wel by berekening in ag geneem, maar word nie in grafieke uitgebeeld nie.

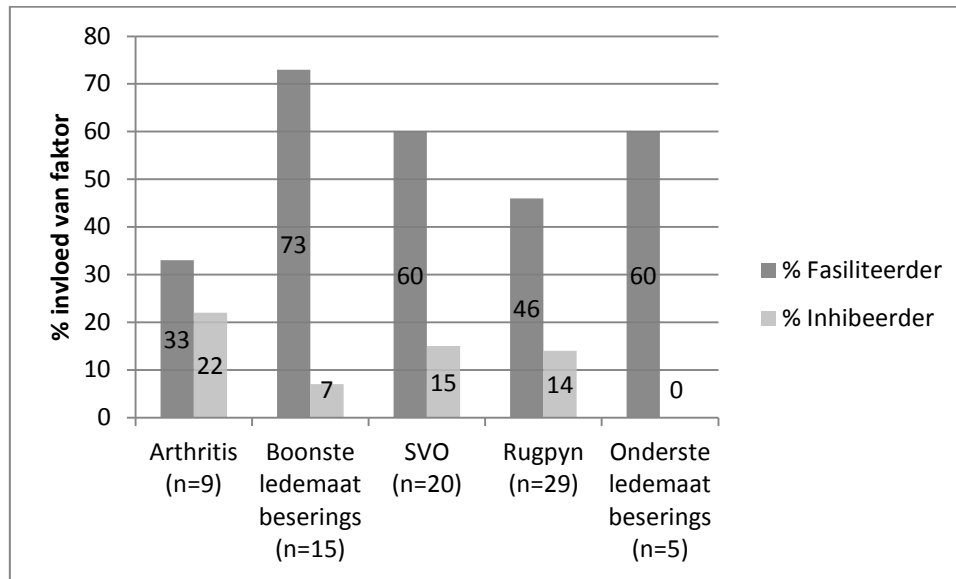
Tabel 4. 11: Invloed van omgewings- en persoonlike faktore op uitkomst (n=78)

	Positiewe invloed (fasiliterend)	Negatiewe invloed (inhibierend)	Geen invloed
1. Die Weer (n=77)	62	10	25
2. Jou Gesin (n=74)	45	6	23
3. Jou versorger (n=12)	12	0	0
4. Jou Fisioterapeut (n=74)	74	0	0
5. Jou Arbeidsterapeut (n=63)	62	0	1
6. Jou Spraakterapeut (n=7)	7	0	0
7. Vervoer (n=31)	11	7	13
8. Jou Geloof (n=75)	58	1	16
9. Jou huishouding se maandelikse inkomste (n=77)	17	27	33
10. Die struktuur van die huis waarin jy woon (n=77)	35	10	32
11. Die beskikbaarheid van voedsel (n=77)	35	13	29
12. Die beskikbaarheid van krag (n=77)	40	7	30
13. Die beskikbaarheid van water (n=77)	41	7	29
14. Die posisie van jou toilet (n=77)	33	8	36
15. Die struktuur van die fasiliteite in jou omgewing (n=77)	43	1	33
16. Die gemeenskap se se houding teenoor die gestremde (n=77)	43	1	33

Die drie omgewingsfaktore wat volgens kliënte die grootste bydrae tot hul uitkomst gelewer het, was ‘versorgers’ (100%), ‘terapeute’ (98-100%) en ‘geloof’ (77%). Daarteenoor is ‘maandelike inkomste’ (35%), ‘vervoer’ (23%) en ‘besikbaarheid van voedsel’ (16%) as die grootste inhiberende faktore deur kliënte aangedui.

4.3.1 Omgewingsfaktore per diagnostiese groep

- **Die weer**



Figuur 4. 7: Omgewingsfaktor ‘weer’ se invloed per diagnostiese groep voorgestel

Die studie het hoofsaaklik oor die somer-seisoen plaasgevind. Die ‘weer’ as omgewingsfaktor is oor alle diagnostiese groepe as meer fasiliterend as inhiberend aangedui. Kliënte met artritis het dit as die hoogste inhibeerder aangedui en kliënte met Boonste ledemaatbesering as die grootste fasiliteerder.

As die ‘weer’ as faktor se invloed volgens ouderdomsgroepe verdeel is was dit ook meer as 50% fasiliterend. Mans en vrouens het ook in gelyke mate ‘weer’ as meer as 50% fasiliterend ervaar.

- **Jou Gesin**

Net meer as die helfte van die steekproef (40 van 78 persone) is getroud of woon saam met ‘n lewensmaat. Oor alle diagnostiese groepe het kliënte hulle ‘gesin’ as ‘n oorwegend fasiliterende faktor gesien tot hulle rehabilitasie uitkomst. Slegs by kliënte met SVO is hierdie fasiliterende persentasie minder as die helfte (slegs 40%) en is die inhiberende response ook die hoogste (15%).

Die Versorgerspanningindeks is op versorgers van kliënte met SVO bepaal en die verband tussen die versorger en die kliënt is aangedui. By na-toetsing verlaag die samestelling van die verband wat die kliënt met die versorger het vanaf 85% familie en gesinslede na 50%. Die uitleg van hierdie verband is te sien in tabel 4.12.

As die faktor ‘Gesin’ volgens ouderdomsgroepe verdeel word het slegs by die ouderdom 65+ jaar ‘n minder as 60% fasiliterende telling gekry, maar is glad nie as negatief deur die groep aangedui nie. Beide manlike (63% van manlike populاسie) en vroulike kliënte (57% van vroulike populاسie) het hulle ‘gesin’ as die meerderheid fasiliterend tot hulle rehabilitasieuitkomste gesien.

- **Jou versorger**

In alle diagnostiese groepe waar daar versorgers teenwoordig was, is ‘versorgers’ uitsluitlik as fasiliterend gesien. Elf van die 13 persone wat met voor-toetsing ‘n versorger nodig gehad het, het nog met na-toetsing ‘n versorger benodig. Een persoon het nie met voor-toetsing ‘n versorger gehad nie, maar wel met na-toetsing. Volgens die Versorgerspanningindeks het die demografie van lede se versorger verander vanaf voor- na na-toetsing. Die verwantskap tussen die kliënt en versorger volgens die Versorgerspanningindeks lyk soos volg:

Tabel 4. 12: Versorger se verwantskap met die kliënt (voor-toets n=13; na-toets n=12)

(f)*	Verwantskap Voor-toets (n=13)		(f)*	Verwantskap Na-toets (n=12)		Verandering
6	46%	Eggenoot/te	4	33%	Eggenoot/te	2 persone benodig nie meer ‘n versorger met na-toets
5	39%	Familie	2	17%	Familie	3 versorgers wat familie was met voor-toets het verander na vriend/vriendin by na-toets
2	15%	Vriend/Vriendin	5	42%	Vriend/Vriendin	1 vriend/vriendin het verander na ‘n buurman 1 persoon het versorger bygekry by na-toets
0	0%	Buurman/vrou	1	8%	Buurman/vrou	
Totaal 13			Totaal 12			

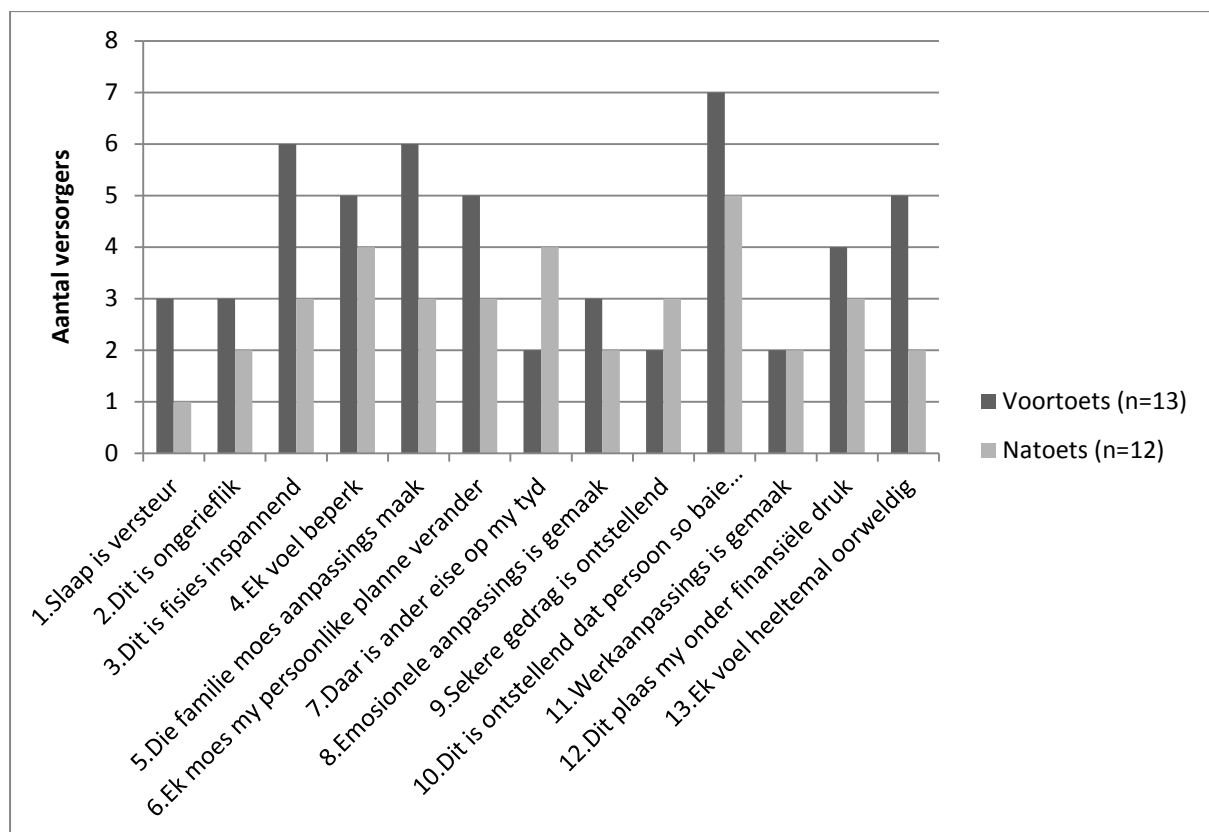
*(f) = frekwensie

Met na-toetsing was meer versorgers vriende van kliënte as familie soos met voor-toets bepaal was.

Nie alle kliënte het 'n versorger nodig gehad nie, maar het by tye wel hulp benodig. Persone wie hierdie hulp verskaf het (helpers) was grotendeels familieledede (62%) en die meerderheid van persone het hulp bedags sowel as snags benodig.

Versorgers het ook die geleentheid gehad om te rapporteer op die impak wat die versorging van die persoon met 'n besering of 'n gestremdheid op hulle lewe gehad het. Kliënte wat aan die studie deelgeneem het en 'n versorger benodig het, se versorger het 'n Versorger-spanningindeks voltooi.

Met voor-toetsing was daar 13 versorgers waarvan almal met die uitsondering van een (onderste ledemaatbesering) kliënte met SVO versorg het. Met na-toetsing was al 12 versorgers slegs vir kliënte met SVO.



Figuur 4. 8: Versorgers wat aangedui het 'n stressor is teenwoordig – voor-toets(n=13) vs na-toets(n=12) met versorger-spanningindeks

In figuur 4.8 kan die verdeling van die aantal versorgers wat aangedui het dat 'n stressor teenwoordig is gesien word. Versorgers het aangedui dat 'daar is ander eise op my tyd' as

stressor vermeerder het oor die drie maande van rehabilitasie. Slegs by twee van die 13 vrae het die stressor vermeerder na die drie maande van rehabilitasie.

Daar was 'n statisties beduidende afname in versorgers se spanning vanaf voor-toets tot na-toets soos in tabel 4.13 gesien kan word.

Tabel 4. 13: Verandering van versorgerspanning met voor-toets (n=13) en met na-toets (n=12)

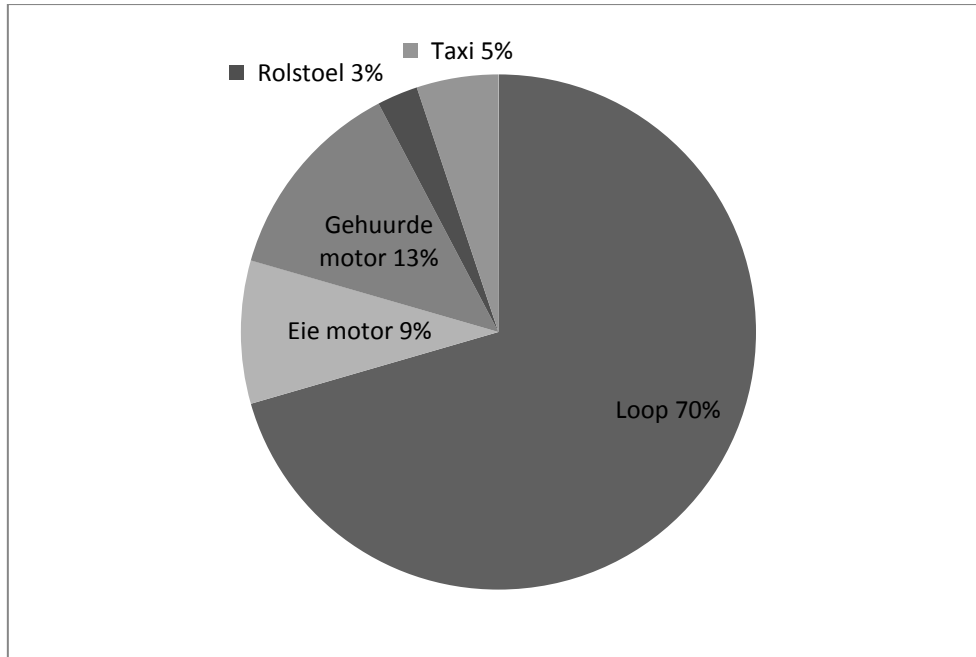
Meetinstrument	Voor-toets gemiddelde %	Na-toets gemiddelde %	Gemiddelde % verandering	Statisties beduidende verandering by $p < 0.05$
Versorgerspanning	67	40	-27	Ja

Een versorger van 'n kliënt met kommunikasieprobleme het die laaste vraag naamlik 'Wat het terapie vir jou beteken', beantwoord namens haarself en haar antwoord beaam die vermindering in spanning van versorgers: "*Terapie het my werk ligter gemaak met haar... Waar eers moes ek haar baie gehelp het, sy is nie nou vir my so 'n groot las,....*" (SVO, P58).

Dit is dus moontlik dat die verlaging in versorgerspanning ook as 'n indirekte uitkoms van die BLRS program beskou kan word.

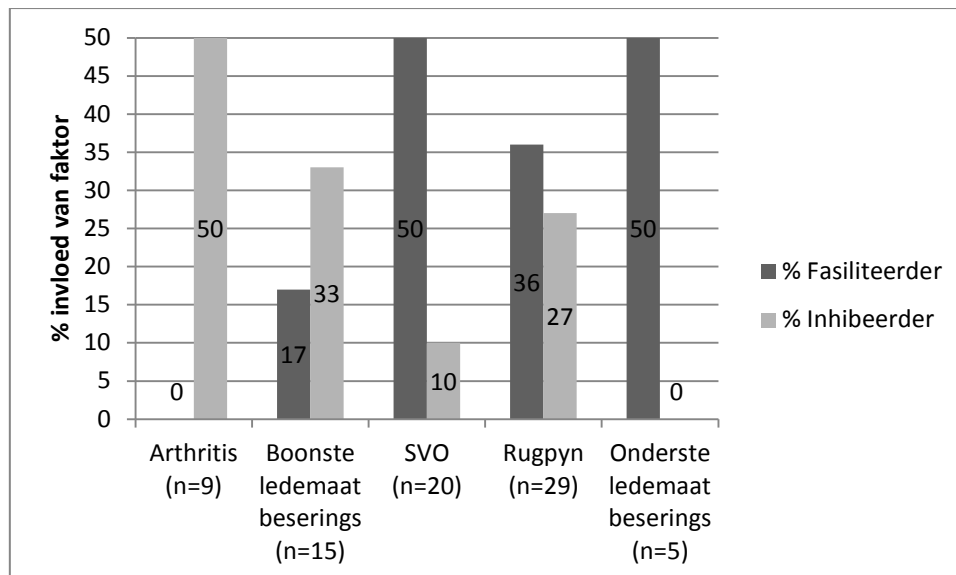
- **Vervoer**

Dit neem kliënte gemiddeld 10 minute om tot by die Rehabilitasiesentrum te reis en die meeste van kliënte loop daarnatoe (sien figuur 4.9). Indien kliënte nie kan loop tot daar nie, kos dit hulle gemiddeld R21 per besoek vir vervoer. Die 'bekostigbaarheid van vervoer' was die grootste rede tot ontevredenheid met die beskikbare vervoer, gevolg deur 'ontoeganklikheid'.



Figuur 4. 9: Metode van vervoer wat kliënte gebruik om BLRS te besoek

In figuur 4.10 kan gesien word dat kliënte met artritis ‘vervoer’ as die grootste inheberende faktor aangedui het met geen aanduiding van ‘n fasiliterende effek nie. Ook by kliënte met Boonste ledemaatbeserings is dit as meer inheberend ervaar. Kliënte met Onderste ledemaatbeserings het nie ‘vervoer’ enigsins as inheberend ervaar nie. Groot wisseling in response teenoor hierdie faktor is oor diagnostiese groepe waargeneem.



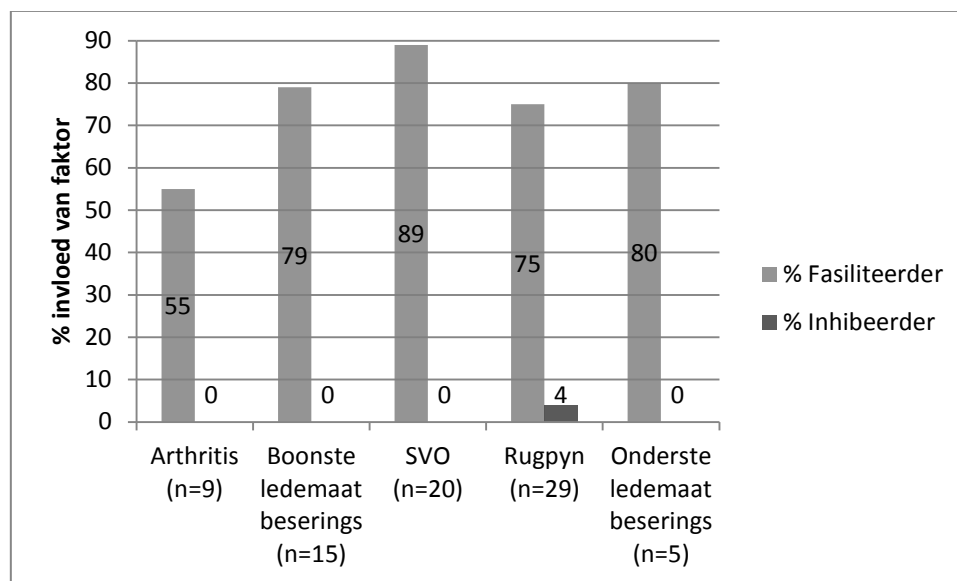
Figuur 4. 10: Invloed van Omgewingsfaktor ‘Vervoer’ per diagnostiese groep

As kliënte se response op ‘vervoer’ as omgewingsfaktor volgens geslag verdeel word kan gesien word dat vroulike kliënte ‘vervoer’ as hul tweede grootste inheberder ervaar (meer

inhiberend as fasiliterend) waarteenoor manlike kliënte dit as oorwegend fasiliterend ervaar het.

Volgens ouderdomsgroepe het alle ouderdomme ‘vervoer’ as meer fasiliterend gesien met die 65 jaar en ouer groep wat dit in gelyke mate hierdie faktor as fasiliterend en inhiberend ervaar het. 75% van 18 tot 40 jaar ouderdomsgroep het aangedui dat hulle loop na terapie afsprake en het ‘vervoer’ glad nie as inhiberend aangedui nie.

- **Jou Geloof**



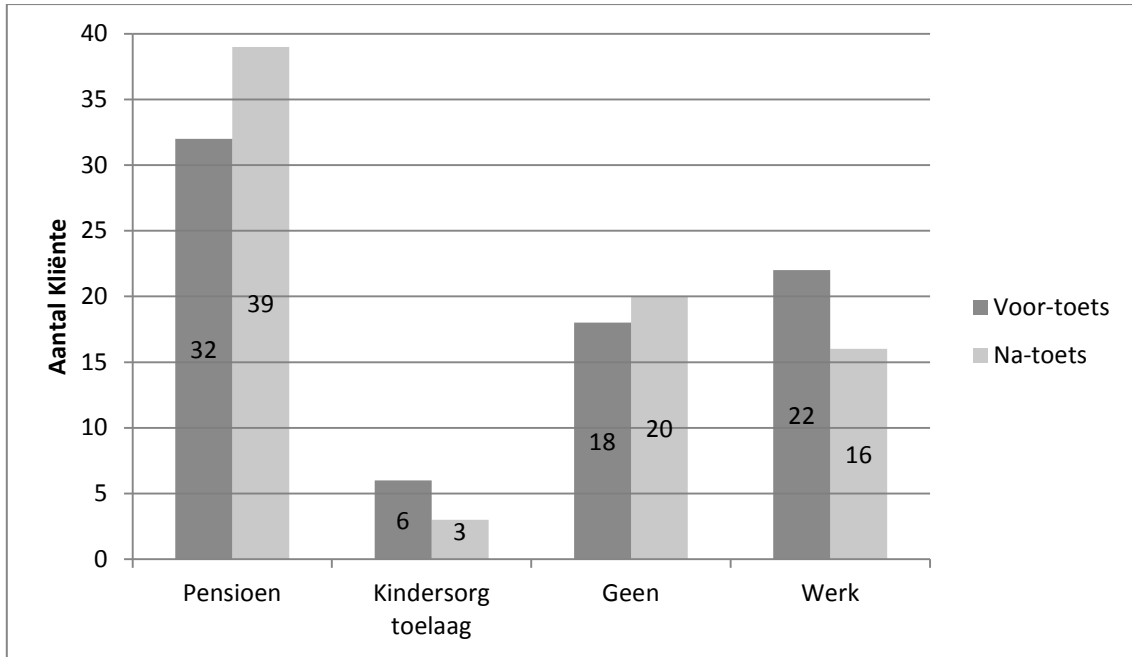
Figuur 4. 11: Omgewingsfaktor ‘Geloof’ se invloed per diagnostiese groep

’n Oorgrote meerderheid van die steekproef is vanaf die Christen-geloof en die oorblywende kliënte het hul geloof as Moslem aangedui. Soos gesien kan word in figuur 4.11 is ‘geloof’ oorwegend as fasiliterend oor alle diagnostiese groepe aangedui. Daar was geen inhiberende response nie, behalwe minimaal inhiberend (4%) by rugpyn.

80% van manlike kliënte en 76% van vroulike kliënte het geloof as fasiliterend tot rehabilitasieuitkomste gesien. Geloof is ook oor alle ouderdomsgroepe as fasiliterend gesien (67% of meer per ouderdomsgroep).

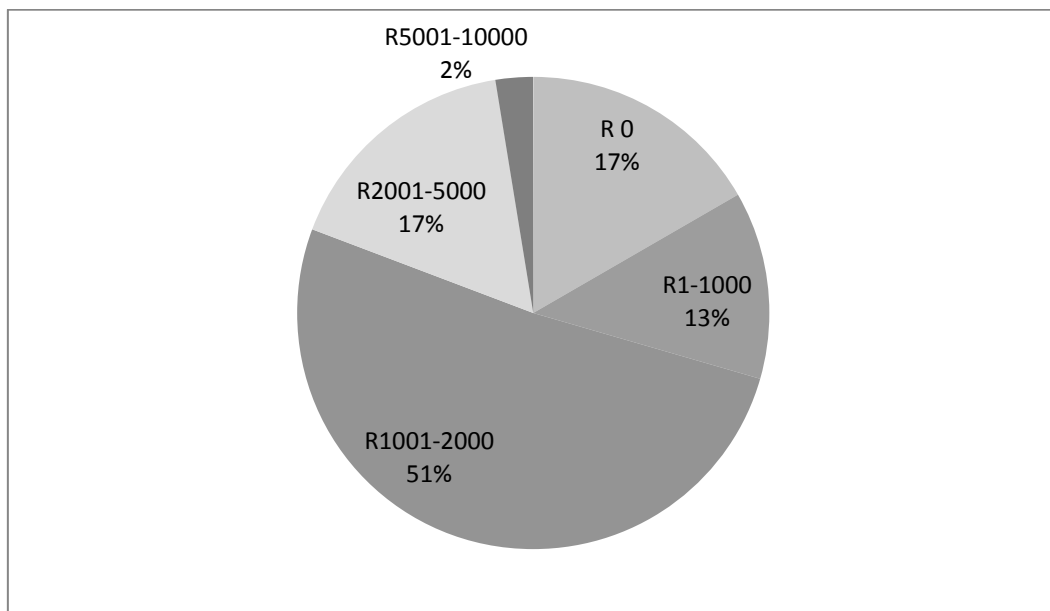
- **Jou Huishouding se maandelikse inkomste**

Vanaf voor- na na-toetsing was daar ’n vermindering van agt persent in kliënte wat werk as die bron van inkomste gerapporteer het en ’n drie persent toename in die kategorie ‘geen inkomste’ is gerapporteer soos gesien kan word in figuur 4.12.



Figuur 4. 12: Bron van inkomste vir steekproef (n=78) voor-toets vs na-toets

Van die 32 persone wat pensioen gekry het by voor-toetsing het 31 die staatstoelaag vir ouderdomspensioen (Allpay R1080) ontvang. Daar was ook 'n nege persent toename in persone wat pensioen as bron van inkomste gerapporteer het by na-toetsing.



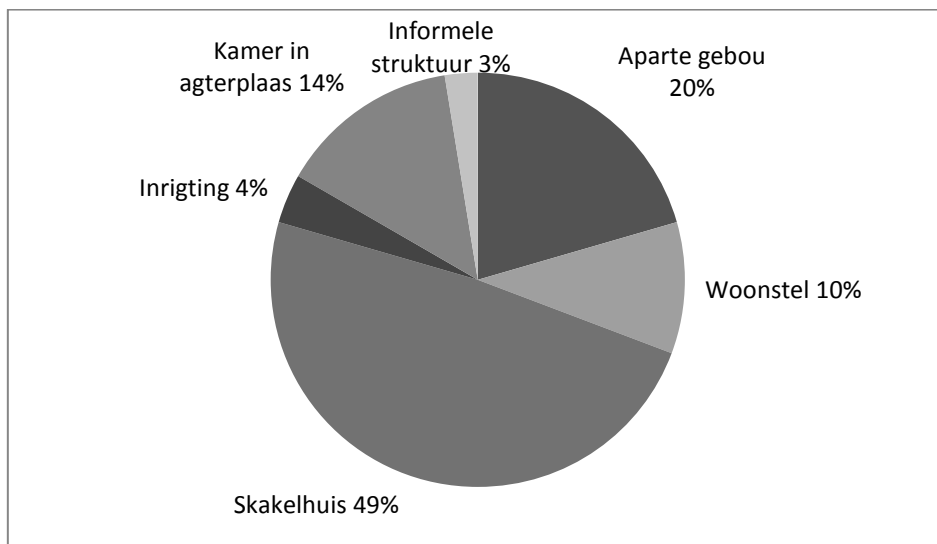
Figuur 4. 13: Gemiddelde maandelikse inkomste van steekproef (n=78)

Die steekproef is volgens die demografiese inligting laag sosio-ekonomies met meer as die helfte van die populasie (51%) wat R1001-R2000 per maand verdien soos in figuur 4.13 gereflekteer is.

‘Inkomste’ is oor alle diagnostiese groepe die grootste inhiberende faktor, behalwe by kliënte met artritis waar dit die tweede grootste inhibeerder uitmaak. Beide geslagte het ‘inkomste’ as inhiberend ervaar, maar 37% van die manlike populasie het ‘inkomste’ meer inhiberend gevind teenoor die 33% van die vroulike populasie.

Beide ouderdomsgroepe tussen 18 en 64 jaar het ‘inkomste’ as ‘n inhibeerder ervaar, maar die ouderdomsgroep van 65 jaar en ouer het dit as ‘n fasiliteerder ervaar. Die 65 en ouer ouderdomsgroep het almal met die na-toetsing aangedui dat hulle ‘n staatspensioen as bron van inkomste ontvang.

- **Die Strukture in jou omgewing (fasiliteite in jou omgewing, jou huis se struktuur en posisie van jou toilet)**

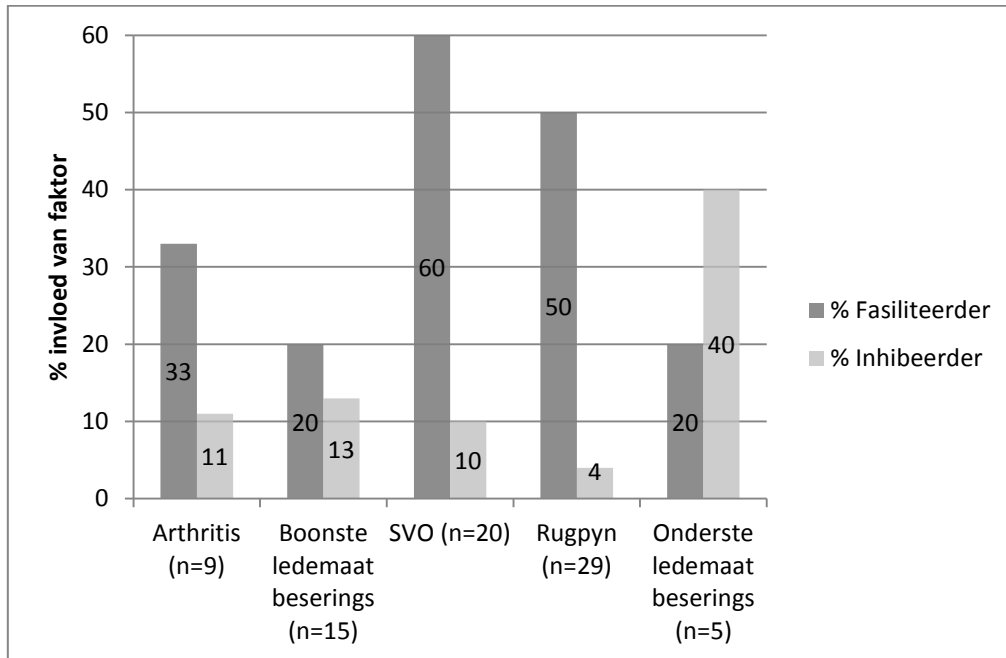


Figuur 4. 14: Tipe wonings waarin steekproef woon (n=78)

Figuur 4.14 beeld die tipes woning van die steekproef uit. Die grootste deel van die steekproef woon in skakelhuse of aparte geboue en die meerderheid besit hierdie woning (53%). Byna ‘n kwart van die kliënte het aangedui dat hulle trappe binne-in hulle woning het en net meer as ‘n kwart het aangedui dat daar trappe buite hulle woning is. ‘n Klein hoeveelheid van hierdie kliënte het trappe binne en buite hulle wonings (5%). Hulle het gemiddeld vier vertrekke tot hulle gebruik en kan hulle slaapkamer met tot vier ander persone deel.

Die hele steekproef het aangedui dat hulle toegang het tot spoeltoilette. Amper ‘n derde, naamlik 28% van die persone moet uit hul woning beweeg om toegang tot ‘n spoeltoilet te verkry.

Meer as die helfte van die steekproef het aangedui dat hulle nie hulle eie inkopies kan gaan doen nie, wat moontlik kan dui op ontoeganklike fasiliteite in die omgewing.



Figuur 4. 15: Omgewingsfaktor 'Struktuur van jou huis' se invloed per diagnostiese groep

Figuur 4.15 dui dat 40% van persone met onderste ledemaatbeserings het die 'struktuur van hulle huis' sowel as die 'ligging van hulle toilet' as 'n duidelike inhibeerder aangedui. Oor beide geslagte en alle ouderdomskategorieë is die 'struktuur van kliënte se huise', die 'ligging van hulle toilet' en die 'struktuur van fasiliteite in hulle omgewing' as oorwegend fasiliterend beskou. Vroulike kliënte het wel die 'struktuur van hulle huise' as derde hoogste inhiberende faktor geïdentifiseer. Meer as die helfte van die kliënte met SVO-, ruggyn- en manlike kliënte het die 'ligging van hulle toilet' as 'n fasiliterende faktor geïdentifiseer.

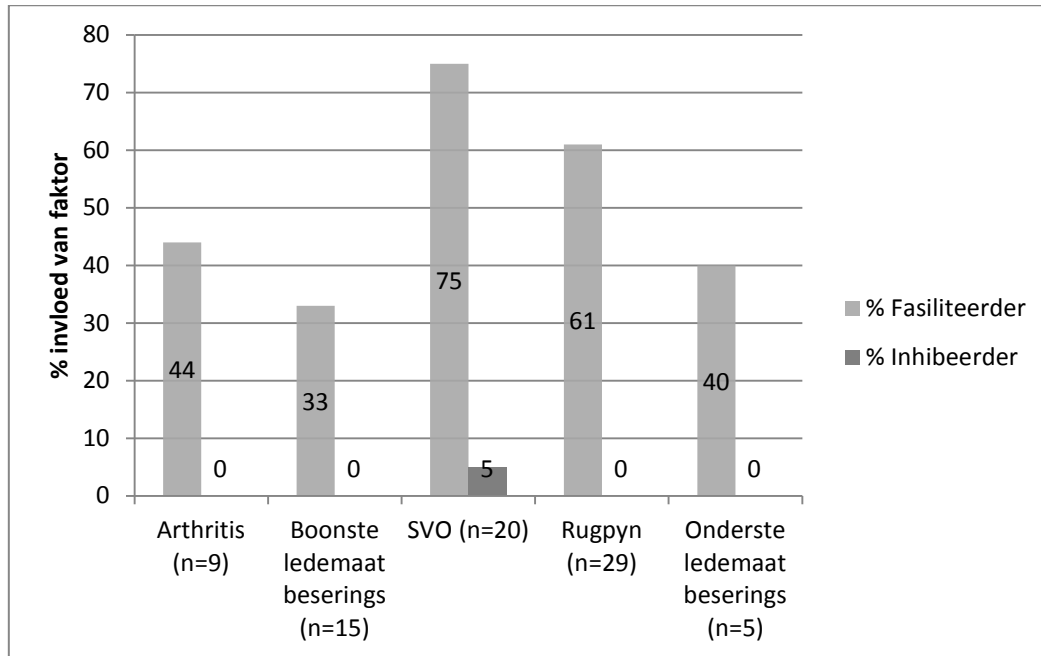
Oor al die diagnostiese groepe het hulle die struktuur van die fasiliteite in hulle omgewing as fasiliterend ondervind en slegs 7% van kliënte met Boonste ledemaatbeserings het die as inhiberend ondervind. In terme van die BLRS uitleg, het 'n oorweldigende meerderheid van kliënte het gerapporteer dat dit nie moeilik vir hulle was om in BLRS rond te beweeg nie.

- **Die beskikbaarheid van Voedsel**

Die steekproef eet 'n gemiddeld van drie maaltye per dag. Slegs voedsel is deur kliënte met Boonste ledemaatbeserings as inhiberend eerder as fasiliterend uitgewys. Oor alle

diagnostiese groepe is ‘beskikbaarheid van voedsel’ as meer fasiliteerders as inhibeerders aangedui. By die ouderdomsgroep 40-64 jaar oud was die ‘beskikbaarheid van voedsel’ meer as twee maal so inhiberend as by die ander twee kategorieë aangedui.

- **Die gemeenskap se houding teenoor jou as persoon met ‘n gestremdheid/probleem**



Figuur 4. 16: Omgewingsfaktor ‘Gemeenskap se houding’ se invloed per diagnostiese groep

Die steekproef het die gemeenskap se houding as fasiliterend tot hulle rehabilitasie-proses gesien. Slegs minimale inhiberende aanduidings is onder kliënte met SVO (5%) ervaar.

OPSOMMING

Uit die resultate bespreek blyk dit dat die steekproef as geheel ‘n statisties beduidende uitkoms bereik het volgens die AZ met die impak van gestremdheid se mediaan wat met 11 persentasie punte verlaag het. Onder die areas van funksionering het kliënte die grootste uitkoms bereik in die area van ‘Mobiliteit’. Die enigste area van funksionering wat ‘n verergering in die impak van gestremdheid gehad het was ‘Belangrike lewensarea’ en kliënte het tydens onderhoudvoering die aktiwiteit van ‘werk’ as problematies uitgelig.

Al die diagnostiese groepe behalwe Onderste ledemaatbeserings het almal ‘n statisties beduidende verlaging in die mediaan gehad soos gemeet met die AZ. Daar was ook ‘n verlaging in die mediaan oor al die diagnostiese groepe soos gemeet met die diagnose-

spesifieke instrumente. Die steekproef se liggaamsfunksies en strukture wat die meeste aangetas was met verwysing was OVB en pyn.

Subjektiewe data toon dat kliënte hulle deelname aan terapie as positief ervaar het. Die demografiese faktore wat 'n invloed gehad het op die uitkomst wat kliënte bereik het was onder andere geslag, waar manlike kliënte 'n statisties beduidend beter uitkoms as vroulike kliënte bereik het. Kliënte met Onderste ledemaatbeserings het (volgens die AZ) en kliënte met Boonste ledemaatbesering (volgens die DASH) het beide 'n sterk negatiewe verband tussen hulle ouderdom en die uitkomst wat hulle bereik het getoon.

Omgewingsfaktore wat kliënte as die meeste fassiliterend tot hulle uitkomst ervaar het was 'versorger', 'terapeute' en 'geloof'. Inhiberend tot hul uitkomst het kliënte 'maandelikse inkomste' en 'vervoer' uitgelig.

In die volgende hoofstuk word hierdie bevindinge kontekstueel interpreter en waar toepaslik met mekaar in verband gebring.

HOOFSTUK 5 : BESPREKING EN INTERPRETASIE VAN DIE STUDIRESULTATE

Die bespreking en interpretasie van die resultate vervat in hoofstuk 4 word vervolgens gedoen aan die hand van die bevindinge en tendense en waar toepaslik met literatuur in Hoofstuk 2 toegelig. Dit word in die volgende drie afdelings bespreek:

- 5.1 Uitkomste wat kliënte bereik het soos met meetinstrumente en onderhoud bepaal.
- 5.2 Persoonlike en Omgewingsfaktore van die steekproef en die invloed wat dit op kliënte se uitkomste gehad het.
- 5.3 Bespreking van die toepaslikheid van die raamwerk en meetinstrumente gebruik.

5.1 UITKOMSTE WAT KLIËNTE BEREIK HET

‘n Interdissiplinêre spanbenadering met gemeenskaplike doelstellings vir kliënte verseker die beste uitkomste vir kliënte (Early Supported Discharge Trialists, 2005; Geddes & Chamberlain, 2001; Kalra et al., 1993). Hierdie spanbenadering word deur BLRS gevolg en die uitkomste wat kliënte bereik het na deelname aan drie maande se interdissiplinêre rehabilitasie-insette sal vervolgens bespreek word. Dit word waar toepaslik met literatuur in verband gebring.

5.1.1 Uitkomste bereik deur kliënte wat Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie (GBR) benadering insette gekry het by BLRS

McColl et al. (2009) benadruk die belang van ‘n GBR benadering in primêre gesondheidsorgsisteme vir kliënte om insluiting in hulle gemeenskap te ervaar. Dit sal ook die houding van die gemeenskap teenoor die persoon met gestremdhede verander en dit is ook die strewe van BLRS. Hiermee saam bring GBR ook mee dat kliënte menseregte en menswaardigheid as uitkoms vir rehabilitasie ervaar (Siegert et al., 2010). Kliënte het volgens resultate van die AZ, ‘n statisties beduidende verlaging in die mediaan van *aktiwiteit* en *deelname* gehad het. Hierdie vermindering in impak van gestremdheid volgens die AZ word ondersteun deur onderhoudsdata en het dit duidelik geblyk dat kliënte met die herwinning van hulle onafhanklikheid en die meer positiewe ingesteldheid wat hulle deelname aan rehabilitasie vir hulle bied, hulle menswaardigheid herstel. Dit kan gesien

word uit die onderhoudskategorie “Gee positiewe ingesteldheid” waar kliënte verbeterde selfvertroue en positiewe ingesteldheid vir die lewe ervaar voortspruitend uit die ondersteuning en terapie wat hulle uit deelname aan rehabilitasie ervaar het. Die ‘gemeenskap se houding’ as ‘n omgewingsfaktor is ook as oorweldigend fasiliterend tot kliënte se rehabilitasieuitkomste gesien – moontlik as gevolg van die GBR-benadering wat BLRS al vir byna 20 jaar nastreef in die Bishop Lavis gemeenskap. Studies in lande wat ook ‘n GBR benadering volg (Velema et al., 2008) rapporteer positiewe veranderinge in die gemeenskap se houding sowel as verbeterde onafhanklikheid in die funksionele afdelings van Mobiliteit en Kommunikasie. Uit hierdie studie se resultate is ‘Mobiliteit’ ook die funksionele area wat die meeste herwinning van onafhanklikheid getoon het. ‘Selfversorging’ en ‘Huishoudelike aktiwiteite’ is as die naasvolgende areas van funksionering in die steekproef geïdentifiseer wat die grootste vermindering in impak van gestremdheid getoon het. Hierdie uitkomste voldoen aan die norme en standaarde vir lae intensiteit rehabilitasiedienste (Department of Health, 2000a; Department of Health, 2000b; Department of Health, 2007) wat insette vir ‘Mobiliteit’, ‘Selfversorging’, ‘Veiligheid’ en ‘Kommunikasie’ vereis.

5.1.2 Uitkomste in die funksionele area van Mobiliteit en die faktore wat uitkomste beïnvloed

Kliënte het vervoer grootliks as inhiberend gesien. Mobiliteit as area van funksionering is volgens die AZ resultate die area wat die meeste impak van gestremdheid getoon het met verwysing. Kliënte het “loop” as die grootste vorm van vervoer na BLRS aangetoon en hierdie ingekorte mobiliteit beperk kliënte se vermoë om hul afspraak na te kom. Daar is ook tans geen vorm van publieke vervoer beskikbaar in die Bishop Lavis omgewing vir gestremde persone om medies-verwante afspraak by te woon nie. Vervoerkoste na BLRS beloop gemiddeld R20 per besoek en indien kliënte twee keer per week by BLRS gesien word, kan hulle vervoerkoste vir die maand tot R160 kos – ongeveer ‘n tiende van kliënte se gemiddelde maandelikse inkomste. Hulle ontvang gemiddeld R1001 tot R2000 waarvan 31 kliënte slegs Allpay R1080 verdien. Beperkte bywoning van terapie afspraak kan uitkomste wat kliënte bereik beïnvloed.

‘Mobiliteit’ is die area van funksionering wat die grootste statisties beduidende verbetering getoon het. Hierdie verskynsel word bevestig deur triangulering met ander meetinstrumente sowel as subjektiewe data vanaf kliënte (Cf 4.1.1.1.2). Hierdie verbetering kan moontlik toegeskryf word aan kliënte se behoefte om weer te kan loop wat as sterk motivering dien en

die feit dat mobiliteitshulpmiddels geredelik beskikbaar is by BLRS en 'n onmiddellike verskil maak aan kliënte se mobiliteitsfunksionering. Resultate van hierdie studie ondersteun Velema et al. (2008) se bevinding dat mobiliteit die area van funksionering is wat die grootste statisties beduidende vermindering in die impak van gestremdheid toon as 'n GBR-benadering gevolg word.

Tydens onderhoudvoering het kliënte met ruggpyn die grootste impak van gestremdheid in die funksionele area van 'Mobiliteit' gerapporteer. Hierdie tendens is moontlik te wyte aan die feit dat mobiliteit soos bepaal met AZ die onderbou vorm van alle ander funksionele aktiwiteite in 'Selfversorging', 'Huishoudelike lewe', 'Belangrike lewensareas' en 'Gemeenskap, sosiale en burgerlike lewe' aktiwiteit betrokkenheid in die Gemeenskap. Voorbeeld hiervan is om te staan en skottelgoed was, sit en bad en dit vereis albei aktiwiteite van mobiliteit soos gedefinieer deur die AZ.

- **Struktuur van huis en omgewingsstrukture**

Kliënte het gemiddeld vier vertrekke tot hulle beskikking om in rond te beweeg en deel hul slaapkamer met gemiddeld vier persone. Die aantal persone plaas 'n aansienlike beperking op die spasie wat beskikbaar is om in rond te beweeg en plaas ook 'n beperking op die gebruik van moontlike loophulpmiddels wat ook spasie vereis. Kliënte wat trappe in hulle woning het (n=17) se funksionering in terme van Mobiliteit verskil minimaal van die totale steekproef (<5 persentasie-punte). Trappe in die woning het dus min tot geen invloed op kliënte se mobiliteitsfunksionering gehad.

27% van die steekproef het trappe buite hulle woning. Hierdie groep (n=21) se impak van gestremdheid op mobiliteitsfunksionering was 13 persentasie-punte meer met voor-toetsing in vergelyking met die totale steekproef. Met die na-toetsing was hulle impak minimaal, en het met slegs drie persent verskil van die totale steekproef. Dit blyk of trappe buite kliënte se wonings 'n groter impak op mobiliteit het voor kliënte met rehabilitasie begin, maar dat rehabilitasie insette kliënte se mobiliteit verbeter tot op dieselfde vlak as persone in huise sonder trappe. Hierdie resultaat ondersteun 'n Cochrane Sistematiese Oorsig (Early Supported Discharge Trialists, 2005) sowel as die bevindinge van Von Koch et al. (2000) naamlik dat behandeling in die tuisomgewing, soos wat dit deel uitmaak van BLRS se dienste, bydra tot verbeterde funksionele uitkomst vir kliënte.

Vroulike kliënte het die struktuur van hulle huise meer inhiberend as manlike kliënte ervaar. Vroulike kliënte is geneig om as deel van hulle ADL meer afhanklik van omgewings-toerusting soos die wasgoedlyn, wasbak, stoof en wasmasjien te wees. Dit sou hulle dalk meer bewus maak het van probleme in die struktuur van hulle wonings. Daar was ook 'n statisties beduidende verskil in die uitkomstebereik tussen die geslagte met die manlike steekproef wat beter uitkomstebereik het.

Geen kliënt het dit moeilik gevind om rond te beweeg in die Rehabilitasiesentrum nie en geen diagnostiese groep behalwe Boonste ledemaatbeserings het die struktuur van hulle omgewing enigszins inhiberend ervaar nie. Dit kan wees omdat BLRS al amper 20 jaar 'n GBR-benadering toepas en dit saam met meer gestremdebewuste nasionale wetgewing, reeds 'n verskil in die gemeenskap begin maak het. Dit is ook moontlik dat kliënte nog nie weer na die insident of gestremdheid hulle omgewingsfasiliteite besoek het nie. Alhoewel meer as die helfte van die steekproef gerapporteer het dat hulle nie hulle eie inkopies doen nie kan dit moontlik wees dat die vraag nie reg bewoord was nie. Kliënte was slegs gevra of hulle hul eie inkopies doen en as kliënte 'nee' geantwoord het, is dit nie noodwendig omdat die omgewingsstrukture hulle keer om inkopies te doen nie soos byvoorbeeld in 'n geval waar kliënte se eggenoot of kinders voor die insident ook die inkopies behartig het. Hierdie gemeenskapsherintegrasie vorm ook deel van die norme en standaarde vir lae intensiteit rehabilitasiedienste (Department of Health, 2000a; Department of Health, 2000b; Department of Health, 2007) en dit blyk of BLRS ook aan hierdie norm voldoen.

5.1.3 Uitkomstebereik in die funksionele areas van 'Selfversorging' en 'Huishoudelike lewe' en die faktore wat uitkomstebereik beïnvloed het

Volgens data ingesamel deur die triangulasie van meetinstrumente, sowel as subjektiewe data ingesamel met onderhoudvoering, het kliënte in die area van 'Selfversorging' en 'Huishoudelike lewe' die tweede beste uitkomstebereik gerapporteer na afloop van hul deelname aan drie maande se rehabilitasie.

- **Versorger**

Hierdie verbetering in kliënte se onafhanklike uitvoering van aktiwiteite word gereflekteer in die afname in nodigheid aan versorgers. Daar was 'n groot afname in die hoeveelheid

versorgers wat familieledede was en kliënte was met na-toetsing meer geneig om vriende as versorgers te hê. Dit is moontlik dat kliënte se familieledede moes terugkeer werk toe of dat kliënte moontlik hul familieledede as ongeduldig en inheberend ervaar het en dus is die gebruik van vriende as versorgers verkies. Gesinslede word deur die steekproef as fasiliterend tot rehabilitasieuitkomste gesien mits hulle nie óók die versorging moet doen nie.

Die spanning wat versorgers ervaar het, het slegs in twee afdelings vermeerder oor die studietydperk. Versorgers het gevoel die eise aan hulle tyd het vermeerder en dit is moontlik omdat hulle moes terugkeer werk toe en kliënte se terapie en ander mediese afsprake vermeerder het. Bydraend tot hierdie eise op familieledede se tyd het kliënte dikwels tuis-oefeninge en ADL aktiwiteite wat hulle hulp mee benodig. Versorgers vind ook dat die verandering in kliënte se gedrag vir hulle ontstellend is. Hierdie gedragsverandering was minder onstellend met na-toetsing gevind, moontlik omdat kliënte se gedrag of verbeter het of dat versorgers gewoon geraak het aan die gedragsverandering.

Die versorgers se algemene stres het statisties beduidend verminder oor die drie maande van terapie en daar kan afgelei word dat versorgers se spanning verminder indien die persoon wat hulle versorg deelneem aan terapie. Ook die aandag en opvoeding wat aan die versorgers as deel van die terapie gegee word, verminder die las van versorgers soos in die onderhoud-aanhaling gesien word (Cf 4.3.1). Die voorsiening van opvoeding, opleiding en ondersteuning aan versorgers is deel van die norme en standaarde vir lae intensiteit rehabilitasiedienste (Department of Health, 2000a; Department of Health, 2000b; Department of Health, 2007) en dit blyk dat die program by BLRS hierdie norme en standaarde tot 'n mate aanspreek.

5.1.4 Uitkomste bereik in die funksionele area van 'Interpersoonlike gedrag' en faktore wat die uitkomste beïnvloed het

Die impak van kliënte se gestremdheid op hulle 'interpersoonlike gedrag', of die afwesigheid van geleentheid tot interpersoonlike gedrag, is nie deur kliënte as problematies ervaar nie. Kliënte besef nie noodwendig die impak wat verminderde interpersoonlike kontak op hulle funksionering in die langtermyn kan hê nie. Kliënte kon wel agterkom watter terapeutiese waarde interpersoonlike verhoudinge (IPV) tydens hulle rehabilitasie met mede-kliënte tydens groep behandeling gehad het. Hulle besef dat dit bygedra het tot hulle herstel soos gereflekteer in onderhouddata (Cf 4.1.4.1.2). Die sosio-emosionele ondersteuning en sosialisering waaraan kliënte blootgestel is in groepe, is ook tydens onderhoudvoering deur

kliënte uitgewys as een van die belangrike bydraes wat rehabilitasie in hulle lewens gemaak het. Meer as 80% (n=58) van die kliënte met SVO, Artritis en Ruggyn het blootstelling gehad aan behandelingsinsette in groepsverband. Behandeling in groepsverband help kliënte ook met gemeenskaps-herintegrasie deur vir hulle die geleentheid te bied om ander persone in hulle omgewing te ontmoet en om nuwe vriendskappe te kan vorm. Die norme en standaarde vir lae intensiteit rehabilitasiedienste (Department of Health, 2000a; Department of Health, 2000b; Department of Health, 2007) vereis dat terapeutiese en ondersteuningsgroepe beskikbaar moet wees en dat rehabilitasiedienste kliënte moet herintegreer in die gemeenskap. Uit bogenoemde data blyk dit of dienste by BLRS ook hierdie belangrike uitkoms aanspreek.

5.1.5 Uitkomstebereik in die funksionele area van 'Belangrike lewensareas' en die faktore wat die uitkomstebereik beïnvloed het

- **Werk**

Uit die subjektiewe inligting wat ingesamel is met onderhoudvoering het kliënte uitsluitlik *werk* as 'n problematiese aktiwiteit in die 'Belangrike lewensareas' area van funksionering uitgewys en kan moontlik die verergering in hierdie area van funksionering, volgens die AZ, verklaar. Na die studietydperk het agt persone van die aanvanklike 22 persone wat gewerk het nie meer gewerk nie. Dit verteenwoordig 'n derde van die werkende populasie wat weens die insident of gestremdheid nie hulle werk behou het nie.

- **Opvoeding**

Die Graad 8 gemiddelde opvoedingsvlak van die steekproef beïnvloed ook die tipe werk beskikbaar aan die kliënte, sowel as dat dit die opsies beperk indien hulle ongeskik is vir hulle huidige posisie om in 'n alternatiewe pos aangestel te kan word. Kliënte is meestal kontrakwerkers en 'verloor' dus hulle werk indien hulle vir 'n tydperk nie kan werk nie en geen siekteverlof of betaling is aan kliënte verskuldig nie – dus is daar 'n geen-werk-geen-betalingsbeleid vir kliënte.

- **Huishouding se maandelikse inkomste**

Geen persone het ongeskiktheidstoelae (OGT) as bron van inkomste aangedui nie omdat SASSA beleid vereis dat kliënte minstens drie maande van terapie moet kry voor hulle mag aansoek doen. Die studietydperk was drie maande en kliënte sou eers na afloop van die studie

kwalifiseer om vir ongeskiktheidstoelaag aansoek te doen. Gestremde of beseerde persone het gewoonlik meer uitgawes per maand as voor die gestremdheid of besering veral vir vervoer na terapie en moontlike hulpmiddels nodig. Dus dui die meerderheid van kliënte hulle huishouding se maandelikse inkomste as inhiberend aan. By die SVO-sub-groep - waar 'n meer fasiliterende effek gerapporteer is - is dit moontlik dat hulle na die drie maande van terapie kon kwalifiseer vir 'n OGT en by ander diagnoses is daar net 'n gering tot matige inperking op kliënte se werkvermoë en dit hulle nie ongeskik vir werk laat nie. Pensioen is die grootste bron van inkomste en dit sou kon verklaar hoekom 48% van die gemiddelde inkomste tussen R1001 tot R2000 (Allpay R1080) lê.

Die 65jaar en ouer ouderdomsgroep het almal aangetoon dat hulle die staat se ouderdomspensioen ontvang. Hulle is dus van 'n vaste inkomste verseker en hierdie ouderdomsgroep het so hulle maandelikse inkomste as fasiliterend ervaar.

- **Beskikbaarheid van voedsel**

Kliënte toon aan dat hulle gemiddeld drie maaltye per dag eet, maar daar is nie gevra rondom die inhoud van die maaltye nie en dit kan wees dat 'n sny brood as 'n maaltyd gesien is. Die neem van gebalanseerde maaltye is essensieel vir kliënte om volgehoue energie te hê om te kan oefen en deel te neem aan terapisessies. Vir die hoë voorkoms van kroniese siektetoestande is gesonde etes ook essensieel om sekondêre gevolge soos SVO te voorkom. By die ouderdomsgroep 40 tot 64 jaar oud was die beskikbaarheid van voedsel meer as dubbeld so inhiberend as die ander twee kategorieë aangedui. Hierdie stand van sake kan moontlik toegeskryf word aan hulle onstabiele bron van inkomste omdat hul nie kan werk weens 'n besering. Hulle vermoë om voedsel aan te koop is dus beperk en hulle sien hierdie inperking as inhiberend. Die 65 jaar en ouer kategorie het almal die vaste inkomste van Allpay en kan dus die beskikbaarheid van voedsel as fasiliterend sien.

5.1.6 Uitkomstebereik in die funksionele area van Gemeenskap, sosiale en burgerlike lewensaktiwiteite en die faktore wat dit beïnvloed het

Kliënte wat nie aan VTB-aktiwiteite deelgeneem het nie het fisiese onvermoë en onkoste verbonde aan VTB-aktiwiteite eerder as die ontoeganklikheid van die VTB-areas of aktiwiteite as redes verskaf. Lae deelname aan VTB-aktiwiteite het moontlik ook al voor die siekte of besering by die meeste kliënte voorgekom weens die onkoste daaraan verbonde. Kliënte het dus nog nie weer hierdie plekke of sentrums besoek nie en mag dalk nie bewus

wees van hulle toeganklikheid of ontoeganklikheid vir gestremde persone nie. Aktiwiteite blyk te duur te wees wat strook met kliënte wat in die lae sosio-ekonomiese kategorie val en dus nie geld het vir besteding aan ‘lekker’ aktiwiteite nie. Daar is wel ‘n verbetering van 8% van die steekproef (n=78) wat met na-toetsing ook aan VTB-aktiwiteite deelgeneem het, en tydens onderhoudvoering het kliënte gemeenskapsaktiwiteit gemeld as die area van funksionering waaraan hulle nog die graagste wil kan deelneem. Dit toon ‘n bewustheid en behoefte onder kliënte in die belang van gemeenskapsherintegrasië en sodoende ‘n gebalanseerde lewenstyl te kan handhaaf. Die hoeveelheid persone wat werk ten tye van die na-toetsing het ook afgeneem en kan moontlik ook bydra tot die toename in kliënte se vryetyd en hulle deelname aan VTB-aktiwiteite.

5.1.7 Uitkomstebereik in terme van kliënte se tevredenheid met die rehabilitasiediens by BLRS

Hoening et al. (2010) sien die evaluering van kliënte se tevredenheid met die dienste ontvang, sowel as om hul gebruik van mediese dienste te evalueer, as ‘n essensiële deel van die bepaling van die uitkomstebereik wat kliënte bereik het.

Kliënte het die terapeute van die verskillende dissiplines as uitsluitlik fasiliterend ervaar en rapporteer tydens onderhoudvoering dat deelname aan terapie vir hulle ‘n positiewe en genotvolle ervaring was. Hulle voel dat terapie vir hulle goed gegee het om aan te gaan en dat dit hul selfvertroue verbeter het (Cf 4.1.4.1) en hierdie bevinding dui op ‘n hoër vlak van tevredenheid met die rehabilitasiediens aan hul gelewer.

5.1.8 Liggaamsfunksies en strukture

Oor alle diagnostiese groepe was ingekorte OVB, die teenwoordigheid van pyn, balansprobleme en tonusuitvalle die hoof liggaamsfunksies en strukture wat aangetas was. As gevolg van die kroniese aard van die diagnoses na die sentrum, ervaar die meeste van die kliënte kroniese pyn. Dit is moeilik om vas te stel of liggaamsfunksies en strukture enige invloed het op ‘n persoon se funksionering omdat dit ‘n baie subjektiewe ervaring is en meetinstrumente meestal net op een funksie of struktuur fokus. Daar is dus nie een meetinstrument wat alle toepaslike liggaamsfunksies en strukture omvattend en akkuraat kan weergee nie. Alhoewel daar by verwysing liggaamsfunksies en strukture bepaal is, is dit nie weer na drie maande van terapie bepaal nie omdat die meeste kliënte nog nie hulle behandeling voltooi het nie en hierdie inligting bloot uit hulle rehabilitasie-lêers verkry is.

Daar was baie leemtes opgeleë in dokumentasie en dit was veral moeilik om te onderskei tussen komponente wat nie aangetas was nie of waarskynlik nog nie bepaal was nie. Hierdie tendens het nie voorgekom by die groep kliënte met SVO nie en kan moontlik toegeskryf word aan die standaard neurologiese bepalingsvorm wat die sentrum gebruik vir alle kliënte met SVO. BLRS beskik egter nie oor standaardvorms vir ander diagnostiese groepe nie. Die dokumenteringsleemtes kan moontlik toegeskryf word aan die hoë volume studente wat opleiding by die sentrum kry en wat nog nie volledige bepalings tydens hulle eerste kontakssessie met ‘n kliënt kan doen nie. Die norme en standaarde vir lae intensiteit rehabilitasiedienste (Department of Health, 2000a; Department of Health, 2000b; Department of Health, 2007) vereis ook dat kliënte verligting van akute simptome moet ervaar en deur onderhoudsvoering is dit duidelik dat hulle vermindering in pyn ervaar het en “beter voel” as hulle terapie gekry het (Cf 4.1.4.1).

- **Sitbalans**

Kliënte wat ‘n goeie sitbalans gehad het met verwysing volgens die CRALM (n=12), het gemiddeld 20 persentasie-punte verlaging in die mediaan impak van gestremdheid in hulle funksionering volgens die AZ getoon. Dit is amper dubbeld die verlaging wat die totale populasie bereik het (11 persentasie-punte) en ondersteun dus Carod-Artal et al. (2005) se bevinding met kliënte met SVO dat ‘n goeie sitbalans na insident of besering dien as ‘n positiewe voorspellende faktor vir die uitkomst wat kliënte sal bereik in terapie.

5.2 PERSOONLIKE EN OMGEWINGSFAKTORE SE INVLOED OP UITKOMSTE WAT KLIËNTE BEREIK HET

In hierdie tweede gedeelte van die hoofstuk word die persoonlike en omgewingsfaktore wat ‘n invloed gehad het op die kliënte se uitkomst bereik, bespreek.

5.2.1 Persoonlike faktore van die steekproef

Die steekproef se samestelling i.t.v. demografiese aspekte stem ooreen met die inligting verkry vanaf die verwerkte 2001 Sensusinligting (City of Cape Town, 2010) in terme van die BLRS opvangsgebied se kultuur. Die steekproef funksioneer as laag sosio-ekonomies. 98% van die steekproef verdien minder as R6400 per maand en die oorgrote meerderheid is van Kleurlingafkoms en is Afrikaanssprekend. Hierdie steekproef se demografiese faktore is dus verteenwoordigend van die gemeenskap wat bestudeer word.

Die samestelling van die steekproef in terme van diagnostiese groepgrootte verskil van die BLRS se 2008 statistiek (Kleineibst & Kloppers, 2008) in die sin dat die getal kliënte met SVO meer as twee maal groter is, en dat die aantal Onderste ledemaatbeserings groter is as die aantal kliënte met artritis soos in die 2008 statistiek vervat. Die skerp toename in die hoeveelheid kliënte met SVO is bekommerenswaardig veral in die lig van die kliënte se swak kennis van die oorsaaklike faktore. 68% van steekproef weet nie hoekom hulle die toestand het nie en daar is besondere hoë deelname aan risikofaktore. Die helfte van die kliënte met SVO rook en 'n vyfde van kliënte met SVO rook en gebruik steeds alkohol na hul SVO. In die geheel gesien rook meer as 40% van die steekproef. Hierdie risikogedrag wys op 'n ernstige tekort aan kennis rakende gesondheidsrisikofaktore asook groot leemtes in terme van kliënte se kennis van hulle liggaamsfunksies en strukture sowel as die meganisme of etiologie van siektetoestande.

Tesame met 26% van die steekproef wie se toestand deur 'n kroniese lewensstylsiekte veroorsaak is, is hierdie steekproef aan baie risikofaktore vir 'n SVO blootgestel en/of hulle neem onkundig daaraan deel wat die skerp toename in SVO-diagnoses kan verklaar.

Die gemiddelde opvoedingsvlak van die steekproef is Graad 8 wat daarop dui dat kliënte beperkte blootstelling aan lewenswetenskappe sou gehad het soos in die skool kurrikulum en dat hul vermoë tot abstrakte denke en beredenering moontlik beperk kan wees. Dit lig 'n groot kwessie rondom bemagtiging van gesondheidsorggebruikers uit waar kliënte aangemoedig word om verantwoordelikheid vir hulle gesondheid te neem en om 'n gesonde lewenstyl te handhaaf.

Meer as 80% van die kliënte het nie geweet dat daar 'n Gemeenskapsgesondheidskomitee is nie en 43% van steekproef was onbewus daarvan dat hulle kan kla oor gesondheidsdienste nie. Dit dui op 'n hoë vlak van onkunde van hul regte as gesondheidsorgverbruikers en beïnvloed weereens die vermoë van kliënte om bemagtig te word en verantwoordelikheid vir hulle eie gesondheid te neem as hulle nie bewus is van die kanale om te volg indien hulle onbevredigende of ontoereikende dienste ontvang nie.

As deel van die NRB (Department of Health, 2000b) en Norme en Standaarde vir Primêre Gesondheidsorg (Department of Health, 2000a) word daar vereis dat opvoeding, opleiding en ondersteuning aan kliënte verskaf moet word asook dat inligting vir gestremdheidvoorkoming en gesondheidsopvoeding aan kliënte verskaf moet word ten einde hulle te bemagtig om ingeligte besluite rakende hulle gesondheid te kan maak. Alhoewel die meerderheid van

kliënte in hierdie studie tydens onderhoudvoering na afloop van drie maande se rehabilitasie, gerapporteer dat deelname aan terapie vir hulle die kennis en begrip van hulle liggaam en diagnose gegee het sowel as die kennis en vaardigheid vir meer onafhanklike ADL-uitvoering, is daar nie bewys dat daar in die gesonde populasie van BLRS se opvangsgebied effektiewe of voldoende aandag gegee is aan gesondheidsopvoeding en bevordering. Dit blyk egter of die dienste by die BLRS hierdie norm aanspreek vir die steekproef.

5.2.1.1 Voldoen BLRS aan Nasionale beleide?

- **Verwysingsbronne en tydperk vanaf insident tot inisiasie van rehabilitasie**

‘n Groep van 77% van die steekproef is vanaf primêre verwysingsbronne ontvang wat in lyn is met die Gesondheidsorg 2010 plan (Department of Health, 2003) en die CSP (Department of Health, 2007) se doelwitte om die meerderheid van gesondheidsorgdiens na primêre vlak te verskuif. Die meeste van hierdie primêre-vlak verwysings na die BLRS is afkomstig van BLGGS en dui op ‘n goeie netwerk en spansamewerking tussen die twee instansies. Die feit dat daar soveel meer verwysings vanaf tersiêre vlak (20%) af is vergeleke met vanaf sekondêre vlak (3%), kan moontlik daaraan toegeskryf word dat die tersiêre hospitaal (TBH) nader geleë is aan BLRS as die naaste sekondêre hospitaal (KBH). Noodgevalle word dan eerder na die tersiêre instansie geneem en meer ontslagverwysings sal vanaf tersiêr wees. Dit kan ook moontlik wees dat die verwysingsnetwerk en sisteem vanaf sekondêre hospitale nog nie duidelik is nie en dit kan die tydperk voor rehabilitasie geïnisieer word beïnvloed.

Dit sou verwag word dat hierdie verwysings hoër sou wees. As deel van die NRB (Department of Health, 2000b) en Norme en Standaarde vir Primêre Gesondheidsorg (Department of Health, 2000a) is een van die norme dat daar ‘n funksionele verwysingsstelsel tussen die verskeie ander bronne in die gemeenskap moet wees om kliënte en hulle families te verbind met gemeenskapsbronne vir makliker herintegrasie in hul tuisomgewing en gemeenskap. Dit wil blyk uit die minimale verwysings vanaf WCRC dat terapeute dalk nie bewus is van die dienste van BLRS of nie voel dat kliënte wat binne-pasiënt behandeling by hulle ontvang nog hulp mag benodig met gemeenskapsherintegrasie.

‘n Groot aantal van die steekproef (65%) se verwysingsdiagnose vir terapie was kronies van aard, m.a.w. die verwysende bron of kliënt het eers die hulp van BLRS gesoek drie maande of langer na die insident voorgekom het. Dus is die meerderheid van die kliënte wat bedien word kroniese kliënte. Hu et al. (2010) het bevind dat vroeë inisiasie van terapie sal lei tot

beter uitkomstebereik in terapie. BLRS se verwysende bronne het dus moontlik 'n te kort aan kennis van die belangrikheid van vroeë verwysing vir inisiasie van terapie. As daar gekyk word na die uitkomstebereik wat kliënte bereik het, het kliënte wat terapie begin het in die akute fase van die besering of gestremdheid (korter as drie maande) nie 'n statisties beduidende verbetering in impak van gestremdheid ervaar teenoor die kroniese kliënte. Kliënte met inisiasie van terapie in die akute fase van hulle terapie het meer as die helfte van impak van gestremdheid oorgehou in vergelyking met kliënte in die kroniese fase. Dit blyk wel dat vroeë inisiasie van terapie tot beter uitkomstebereik lei.

- **Statistiese informasie en die refleksie van uitkomstebereik**

BLRS het tydens die studietydperk gemiddeld 285 kontakssessies per maand gehad. Hierdie tradisionele metode vir die rapportering van statistiek toon nie dat kliënte wat deel was van die steekproef 'n gemiddelde vermindering van tien persentasiepunte in die impak van gestremdheid ervaar het nie. Die doel van rehabilitasiedienste sowel as die norme en standaarde wat daarvoor gestel is, kan nie gemeet word aan die aantal kontakssessies per maand nie. Dit is nie 'n meting van die vermindering in impak van gestremdheid en dus nie 'n effektiewe metode om rehabilitasiedienstelewing te meet nie, alhoewel dit tans steeds die enigste metode is waaraan dienslewing by WKDG gemeet word.

Uit die groot aantal primêre gesondheidsorgvlak verwysings blyk dit of BLRS aan die nasionale tendens van verskuiwing van gesondheidsorgdienste na die primêre sektor voldoen. Daar is egter steeds kwessies rondom effektiewe verwysingsisteme om kliënte vinniger na BLRS verwys te kry. Die leemtes met die huidige tradisionel statistiese metodes maak dit nie moontlik om duidelik te kan oordeel of BLRS aan die norme en standaarde vir rehabilitasiedienste voldoen nie. Die vermindering in die impak van gestremdheid en die satisfaksie wat kliënte met die diens ervaar dui wel daarop dat BLRS tot 'n groot mate aan hierdie norme en standaarde voldoen.

5.2.1.2 Persoonlike faktor 'ouderdom' en die verband met uitkomstebereik deur kliënte

Sommige resultate van hierdie studie bevestig bevindinge van verskeie studies (Huang et al., 2009; Kelly et al., 2003; Ottenbacher & Jannell, 1993) wat toon dat 'n hoër ouderdom 'n negatiewe voorspeller is van die potensiele uitkomstebereik wat in rehabilitasie bereik kan word. Kliënte met boonste ledemaat besering se verbetering in funksionering volgens die DASH

sowel as kliënte met onderste ledemaatbesering volgens die AZ het 'n sterk negatiewe verband met ouderdom gehad. Hierdie verband was statisties beduidend.

5.2.2 Omgewingsfaktore

'n Persoon se omgewing het 'n groot invloed op sy of haar gestremdheid en word deur party as moontlik die grootste oorsaak van gestremdheid gesien (Maart et al., 2007; Hoenig et al., 2010). Die steekproef het oor die algemeen hulle omgewingsfaktore as fasiliterend tot hulle rehabilitasieuitkomste beoordeel. Dit kan dui daarop dat die GBR benadering wat BLRS volg, en dus ook die fokus om die omgewingsfaktore wat 'n impak op kliënte se funksionering het te behandel, effektief is. Dit is ook moontlik dat sommige van die steekproef nie die abstrakte beredeneringsvermoë gehad het om die invloed van 'n eksterne faktor op hulle funksionering te kon identifiseer nie. Daar kon dus gediensigheidsydigheid voorgekom het in die beantwoording van die vrae waar kliënte slegs positiewe response wou gee om nie dom of agterlik voor te kom nie.

Omgewingsfaktore ingesluit op die lys was wel deur 'n gedeelte van die steekproef as van toepassing gesien en dus was die gekose lys toepaslik vir die steekproef in hulle omgewing. In teenstelling met die bevindinge van Maart et al. (2007) se studie resultate van persone in die Wes-Kaap, Suid-Afrika, is die klimaat en publieke geboue nie die grootste inhibeerders vir die steekproef nie, maar eerder hul 'huishouding se maandelikse inkomste' en 'vervoer'. Die drie dissiplines se 'terapeute' (Arbeidsterapeut, Fisioterapeut en Spraakterapeut) en kliënte se 'geloof' was as die grootste fasiliteerders tot hul rehabilitasieuitkomste uitgewys deur kliënte.

5.3 RAAMWERK VIR DIE BEPALING VAN FUNKSIONELE UITKOMSTE EN DIE MEETINSTRUMENTE GEBRUIK

Die volgende gedeelte bespreek die gebruik van die IKF-model as raamwerk vir datainsameling sowel as die meetinstrumente gebruik vir die verkryging van funksionele resultate.

5.3.1 IKF-model raamwerk

Die literatuur het getoon dat dit essensieel is om data rakende gestremdheid en funksionering op 'n universeel vergelykbare wyse in te samel. Om hierdie rede is die gebruik van 'n klassifikasie-model as raamwerk vir datainsameling voorgestel vir voldoening aan hierdie

vereiste (Finkenflügel et al., 2008; Gagnon et al., 2005; Qureshi, 2003). Data in hierdie studie is met die IKF-model as raamwerk ingesamel, wat die data dus universeel vergelykbaar maak met die resultate van toekomstige soortgelyke studies.

5.3.2 Meting van uitkomste in aktiwiteit en deelname met AZ

Die steekproef se gemiddelde Graad 8 opleidingspeil kan moontlik kliënte se vermoë tot abstrakte denke beïnvloed en dit kon 'n invloed gehad het op die beantwoording van die AZ omdat die verskil tussen aktiwiteit en deelname nie altyd duidelik is nie (Dijkers, 2010, Heinemann et al., 2010; Mallinson & Hammel, 2010; Whiteneck, 2010). Die verskil tussen die Aktiwiteit- en Deelname-afdelings was slegs teoreties en abstrakte denke was nodig vir die beantwoording daarvan. Kliënte het moontlik nie tussen hierdie twee konsepte onderskei nie en kon dus bygedra het tot die geringe verskil in hierdie afdelings se tellings. Die afdelings van die AZ was ook nie fyn genoeg afgebreek om spesifieke aktiwiteite in onderafdelings te kon gebruik vir volledige studies in byvoorbeeld slegs selfversorging nie. Die AZ was wel geskik om kliënte, in die konteks van die studie se funksionering te bepaal, alhoewel daar nie 'n duidelik onderskeid tussen aktiwiteite en deelname verkry kon word nie.

5.3.3 Uitkomse van kliënte met AZ sowel as diagnose-spesifieke meetinstrumente gemeet

By diagnostiese groepe waar daar statisties beduidende verskille in die AZ opgetel is, het diagnose-spesifieke meetinstrumente ook statisties beduidende veranderinge opgetel en het die twee instrumente goeie komplimentêre informasie rakende diagnostiese groepe ingesamel. By die twee diagnostiese groepe wat nie statisties beduidend veranderinge getoon het met die AZ nie (kliënte met Artritis en Onderste ledemaatbeserings) het die diagnose spesifieke meetinstrument vir kliënte met Artritis wel statisties beduidende resultate gelewer. By die onderste ledemaatbeserings was die steekproef moontlik te klein en hierdie bevindinge kan dus nie aan tekortkominge in die meetinstrumente toegeskryf word nie. Data-insamelings tydperk kon ongelukkig nie langer as die tien maande periode gestrek het nie.

OPSOMMING

Kliënte se statisties beduidende vermindering in impak van gestremdheid as uitkoms van deelname aan rehabilitasie het kliënte se menswaardigheid herstel, soos gesien kan word uit onderhoudsdata. 'n Faktor wat 'n inhiberende impak op hierdie uitkomste kon gehad het was die meerderheid van die steekproef se kroniese aard van besering voordat rehabilitasie geïnisieer is. Hierdie tekort aan kennis van die belangrikheid van vinnige inisiasie van

rehabilitasie by kliënte sowel as verwysende bronne moet aangespreek word, soos in Hoofstuk 6 bespreek sal word om uitkomst te verbeter.

‘Mobiliteit’ as area van funksionering het die beste uitkomst getoon. Hierdie verbetering is moontlik toe te skryf aan kliënte se sterk behoefte tot herstel in hierdie area van funksionering sowel as mobiliteitshulpmiddels wat geredelik beskikbaar is en onmiddellike verskil aan mobiliteitsuitvoering kon maak.

Uitkomst in die ‘Belangrike lewensarea’ area van funksionering het agteruitgang oor die studietydperk getoon. Veral die aktiwiteit van werk is deur kliënte as problematies tydens onderhoudvoering uitgelig. Dis moontlik dat ‘n kliënt nie kon werk as gevolg van ‘n insident nie en ‘n OGT kan eers na 3 maande se rehabilitasie voor aansoek gedoen kon word (die studietydperk was oor voordat kliënte kon aansoek doen). Daar was dus nie ‘n inkomste om vervoer na terapie te betaal sowel as beperkte fondse om die nodige versorger of hulpmiddels te kon aanskaf. Kliënte het ook hul ‘huishouding se maandelikse inkomste’ as ‘n inhiberende faktor tot rehabilitasieuitkomst gesien.

Die raamwerk en instrumente geselekteer het goeie omvattende data rakende kliënte se funksionering weergegee. Uitkomst bereik in die areas van *aktiwiteit*, *deelname* sowel as *liggaamsfunksies en strukture* was nie, soos gemeet met die AZ en CRALM, altyd duidelik genoem om te onderskei of uitkomst te bepaal nie.

In die volgende hoofstuk sal die gevolgtrekkings en aanbevelings wat volg uit die bevindinge bespreek word.

HOOFSTUK 6 : GEVOLGTREKKINGS, AANBEVELINGS EN BEPERKINGS

In hierdie hoofstuk word die hoofbevindinge in die lig van die studiedoelwitte bespreek. Die hoofstuk word afgesluit met die leemtes van die studie en aanbevelings wat daaruit spruit.

6.1 GEVOLGTREKKING NA AANLEIDING VAN DIE STUDIEDOELWITTE

- **Om kliënte met fisiese gestremdhede se funksionering in terme van die IKF-model (Cf 2.3.2) te bepaal ten tye van hulle verwysing na BLRS, en weer na drie maande van rehabilitasie ten einde die uitkomst wat bereik is te kan bepaal**

Daar was 'n minimale funksionele verskil tussen Aktiwiteit en Deelname gevind. Oor beide aspekte het kliënte ten tye van verwysing gemiddeld 27.9% impak van gestremdheid op hulle funksionering ervaar. Na drie maande van rehabilitasie insette het kliënte slegs gemiddeld 16.43% impak van gestremdheid op hulle funksionering ervaar, wat dui op 'n statisties beduidende vermindering van die impak van gestremdheid (11 persentasie-punte af).

Vermindering van impak van gestremdheid het veral in die funksionele areas van Mobiliteit, Selfsorg en Huishoudelike aktiwiteite voorgekom waar al drie hierdie areas meer as 20 persentasie-punte vermindering in impak van gestremdheid gehad het.

Belangrike lewensareas - veral ten opsigte van Werk - is steeds kommerwekkend met slegs 12% van kliënte wat formele werk as 'n bron van inkomste meld met die na-toetsing. Resultate vanuit onderhoude verkry bevestig kliënte se behoefte om te kan terugkeer na 'n vorm van werk.

Liggaamsfunksies en strukture is net ten tye van die verwysing bepaal en slegs die invloed van 'n goeie sitbalans met verwysing se invloed kon bepaal word as goeie voorspellende faktor vir rehabilitasieuitkomst. Komponente en strukture wat die meeste aangetas was, is ingekorte OVB, die teenwoordigheid van pyn, balansprobleme sowel as tonusuitvalle.

- **Om demografiese inligting rakende kliënte in te samel soos diagnose, ouderdom en of 'n versorger teenwoordig is om sodoende die moontlike invloed van hierdie faktore op rehabilitasieuitkomst te kan bepaal**

Met verwysing is daar gevind dat die steekproef beperkte kennis gehad het rakende hulle eie diagnose sowel as die gesondheidsorgdienste beskikbaar aan hulle. Kliënte het ook 'n hoë deelname aan risikofaktore gehad en swak lewenstyle gehandhaaf wat hulle kanse vir

sekondêre komplikasies of verdere insidente sowel as kroniese lewenstylsiektes verhoog. Die meerderheid van die kliënte het met rehabilitasie begin nadat hulle toestand as kronies geklassifiseer kon word, dus langer as drie maande na 'n insident, en dit het die uitkoms wat hulle met rehabilitasie bereik het negatief beïnvloed.

Ouderdom het geen statisties beduidende verband getoon in die funksionele verbetering wat kliënte bereik het nie. Slegs by kliënte met boonste ledemaat besering was daar 'n sterk negatiewe verband met funksionele verbetering wat statisties beduidend was. Hoe jonger kliënte met boonste ledemaat beserings was hoe meer verbetering in funksionering het hulle bereik.

Manlike kliënte het ook statisties beduidend meer funksionele verbetering as vroulike kliënte bereik.

Die nodigheid vir versorgers het afgeneem oor die drie maande van rehabilitasie soos die kliënte se onafhanklikheid in funksionering verbeter het. Versorgers het ook 'n statisties beduidende vermindering in stres ervaar na drie maande se rehabilitasie-insette aan die kliënt en versorger.

Kliënte wat trappe buite hulle woning het, het met verwysing swakker gevaar in Mobiliteit as die totale steekproef. Na drie maande se rehabilitasie het hierdie kliënte nie veel verskil van die totale steekproef nie. Dit is dus moontlik dat rehabilitasie in kliënte se tuisomgewing is effektief om kliënte se Mobiliteitsfunksionering te verbeter in samewerking met spontane herstel van kliënte.

- **Om vas te stel watter omgewingsfaktore vanuit die kliënt se perspektief, 'n invloed op rehabilitasieuitkomste het**

Kliënte het oor die algemeen hulle omgewingsfaktore as fassiliterend gesien wat moontlike probleme in terme van die metode van evaluering van die faktore uitgelig het. Kliënte het hulle Geloof en die Terapeute van BLRS as die grootste fasiliteerders tot hulle rehabilitasieuitkomste gesien. Vervoer en Huishouding se maandelikse inkomste is as die grootste inhibeerders tot rehabilitasieuitkomste gesien.

Kliënte se ingekorte Mobiliteit as grootste funksionele probleem het hulle aangewese tot ander vervoerbronne gemaak om terapie afsprake te kon bywoon. Die uitgawes verbode aan hierdie faktor - wat tot 10% van hulle maandelikse inkomste kan beloop - was die grootste

probleem met vervoer vir kliënte. Kliënte se Huishouding se maandelikse inkomste was ook as 'n groot inhibeerder gesien en die afname in persone wat werk as bron van inkomste meld na die drie maande kon bydra tot hierdie faktor.

- **Om kliënte se subjektiewe ervaring van veranderinge in hul daaglikse lewe, na aanleiding van hul deelname aan rehabilitasie, vas te stel**

Deelname aan rehabilitasie was vir kliënte 'n positiewe en genotvolle ervaring. Kliënte voel dat terapie vir hulle moed gegee het om aan te gaan en ook hulle selfvertroue verbeter het. Therapie het vir hulle meer kennis gegee om hulle liggame en hul diagnose(s) te verstaan. Kliënte voel dat terapie vir hulle gehelp het om hulle onafhanklikheid in ADL terug te win deurdat die nodige kennis en vaardigheid aan hulle geleer is.

Hierdie bevindinge kan deur WKDG gebruik word vir realistiese diens- en beleidsbeplanning vir persone met gestremdhede. BLRS kan dien as 'n moontlike diensleweringmodel vir rehabilitasiedienste op 'n primêre vlak. Kliënte bereik 'n hoë vlak van onafhanklikheid in ADL en hulle positiewe ervaring van die rehabilitasieproses ondersteun dit. Verdere ondersoek na omgewingsfaktore wat as inhibeerders gesien is, is nodig om die volle implikasie daarvan te verstaan.

6.2 LEEMTES VAN DIE STUDIE

Verskeie leemtes is in hierdie studie identifiseer:

- Die aard van die uitkomst wat in hierdie studie ondersoek is, is hoofsaaklik beskrywend van aard en kan daarom nie direk aan die rehabilitasiediens toegeskryf word nie.
- Daar kon nie 'n onderskeid tussen Aktiwiteite en Deelname gemaak word nie a.g.v. die abstraktheid van die konsep en moontlik die steekproef se onvermoë om vrae op die AZ meetinstrument te beantwoord.
- Weens tyd en finansiële beperkinge is data rakende Liggaamsfunksies en strukture nie met na-toets ingewin nie en dus kon veranderinge in hierdie aspek nie bepaal word nie.
- Daar kon nie statisties beduidende afleidings in die subgroep Onderste ledemaatbeserings gemaak word nie as gevolg van die beperkte studiegroepgrootte.
- Data rakende die intensiteit van behandelingsessies is nie ingesamel nie en daar kon dus nie enige afleiding oor die effek van die intensiteit van behandeling op rehabilitasie-uitkomst gemaak word nie.

6.3 AANBEVELINGS

Na aanleiding van die hoofbevindinge en leemtes hierbo uitgelig, word die volgende aanbevelings vir rehabilitasiedienste oor die algemeen, vir BLRS-dienste spesifiek en vir verdere navorsing gemaak:

6.3.1 *Voorkomende en Bevorderende dienste*

Die onderstaande aanbevelings moet deurgegee word aan alle dissiplines werksaam by BLRS sowel as by BLGGS tydens 'n indiensopleidingsessie. Daar word voorgestel dat die koördinerer van die Voorkomende en Bevorderende dienste deur die beampte aangestel vir Gesondheidsbevordering gedoen word.

- 'n Groot leemte rakende kliënte se kennis van hul eie liggaam en gesondheid is in hierdie studie geïdentifiseer. Hierdie leemte word wel tydens terapie by kliënte aangespreek, maar die gemeenskap van Bishop Lavis benodig ook hierdie kennis om voorkomend te kan optree. Verally kennis rakende kroniese lewenstylsiektes en sekondêre gevolge (soos SVO) van hierdie toestande moet verskaf word. Risikofaktore van SVO moet ook aandag geniet tydens gesondheidsopvoeding soos rook en drink en die effek daarvan op jou gesondheid. Hierdie inligting rakende gestremdheidvoorkoming is essensieel sodat nie slegs kliënte nie, maar ook die gemeenskap as geheel hulle gedrag kan verander en verantwoordelikheid kan neem vir hulle eie gesondheid.
- Met kliënte se gemiddelde Graad 8 opvoedingspeil word daar aanbeveel dat opvoeding gedoen word op 'n konkrete wyse met minimale geskrewe inligting en dat meer op visuele beelde gefokus word. Opvoeding moet in Afrikaans gedoen word om die oorgrote meerderheid van die gemeenskap wat Afrikaanssprekend is te akkommodeer. Toekomstige tuisprogramme en pamflette vir gebruik by BLRS moet die kliënte se gemiddelde opvoedingspeil in ag neem en moet meer prente as woorde bevat met konkrete taalgebruik. Behandelingssessies moet eerder minder areas van funksionering in een sessie behandel en vir vaslegging op herhaling konsentreer. Aandag moet ook geskenk word aan die verduideliking van die doel van die behandeling sodat kliënte ingelig kan deelneem aan behandeling.
- 'n Leemte in terme van kliënte se kennis van gesondheidsorgdienste is geïdentifiseer. Die gemeenskap van Bishop Lavis moet dus opgevoed word rakende die norme en standaarde van gesondheidsorgdienste (insluitend rehabilitasiedienste) wat beskikbaar is en die kwaliteit wat hulle kan verwag. Dit sal kliënte in staat stel om die dienste wat hulle

ontvang realisties te kan evalueer en op korrekte en realistiese wyses te kan kla sodat daar daadwerklike verbeteringe aan gesondheidsorgdienste gemaak kan word. Daar word aanbeveel dat 'n proses oor hoe klagtes aanhangig gemaak kan word en hoe voorstelle vir veranderinge aan gesondheidsorgdienste gemaak kan word, eerstens daargestel word en tweedens op 'n gereelde basis aan kliënte oorgedra word as deel van gesondheidsopvoeding, ten einde effektiewe dienslewering aan die gemeenskap te kan verskaf wat aan hul behoeftes voldoen. Die verbeterde bewustheid van rehabilitasiedienste onder gemeenskapslede sal ook help met vroeër inisiasie van terapie en lei tot verbeterde uitkomst met deelname aan rehabilitasie.

- Bewusmakingsveldtogte moet geloods word onder kliënte van BLRS wat gereelde gesondheidsorgdiensverbruikers is om die doel van die Gemeenskapsgesondheidskomitee aan kliënte oor te dra. Dit kan gedoen word met praatjies aan kliënte en plakkaat wat kliënte kan sit en lees terwyl hulle wag. Die Gemeenskapsgesondheidskomitee moet genooi word om groepe toe te spreek en sodoende ook insette van kliënte te verkry as dit moeilik is vir kliënte om hulle vergaderings by te woon.
- Daar word aanbeveel dat BLGGS se Diëtkundige verdere ondersoek na die gebalanseerdheid van maaltye wat geëet word onderneem, veral in die lig van die hoë teenwoordigheid en onkunde rondom die kroniese lewenstylsiektes.
- BLGGS Diëtkundige kan ook kwalitatiewe redes vir kliënte wat die beskikbaarheid van voedsel as inhiberend uitgewys het ondersoek om sodoende pogings te kan aanwend om hierdie probleem uit te skakel.

6.3.2 Rehabiliterende en Habiliterende dienste

Aanbevelings aan WKDG, Departement van Vervoer sowel as BLRS vir voortsetting en verbetering van die rehabilitasiediensuitkomst sowel as aanbevelings vir verdere studies word vervolgens bespreek:

- Resultate het bewys dat die huidige interdisiplinêre spanbenadering met tuisbehandeling ingesluit soos aangebied deur BLRS, die belangrikste funksionele probleemareas soos geïdentifiseer deur die kliënte, voldoende aanspreek. Daar word aanbeveel dat BLRS hulle huidige fokus op funksionele behandeling behou.
- Die effek van behandeling in kliënte se tuisomgewing moet verder ondersoek word.
- BLRS moet kliënte aanmoedig om as deel van 'n gebalanseerde lewenstyl hulle godsdienste te beoefen omdat hulle dit as 'n groot fasiliteerder tot rehabilitasieuitkomst

sien. Daar moet verseker word dat hulle mobiliteit voldoende is om plekke van aanbidding te kan besoek.

- Daar word aanbeveel dat versorgers steeds betrek moet word by die terapeutiese proses en die doelstellings wat in rehabilitasie bereik wil word. Dit sal verseker dat hulle met insig en motivering kan help met tuisoefeninge en dat hulle kan help met voortsetting van terapedoelstellings in die tuisomgewing. Die hoeveelheid tyd van versorgers wat opgeneem word deur hierdie aktiwiteite moet wel in ag geneem word sodat daar nie onnodige stres op die versorgers geplaas word in terme van tydsvereistes nie. Versorgers se ander huishoudelike of werksverpligtinge moet ook in ag geneem word as afsprake vir terapie geskeduleer word.
- Die BLGGS se Maatskaplike werker moet genader word vir moontlike ondersteuningsbronne (of die stigting daarvan) vir versorgers van gestremde kliënte. Ondersteuning is veral nodig rondom die veranderinge wat hulle by die persoon wat hulle versorg waarneem. Hierdie veranderinge is as een van die twee grootste stressore geïdentifiseer deur versorgers.
- 'n Studie rakende die verhouding van versorger tot kliënt word aanbeveel om inligting in te win rakende die kliënte se ervaring van hul versorgers. Dit sou kon help om die effek van hierdie verhouding op die rehabilitasieuitkomste te kan bepaal en sodoende aanbevelings rakende wie 'n kliënt moet versorg (byvoorbeeld die familieledede of vriende) te kan maak.
- Die effek wat rehabilitasie het op die die stres wat versorgers ervaar moet meer in diepte ondersoek word in verdere studies en met kwalitatiewe data gestaaf word.
- Die behoefte vir gesubsidieerde publieke vervoer vir persone met 'n gestremdheid moet onder die Departement van Vervoer se aandag gebring word. Kliënte se lewensareas word aansienlik beperk deur die onkoste verbonde aan private vervoer. Hierdie onkoste beïnvloed kliënte se vermoë om terapieafsprake by te woon negatief en dus is hul rehabilitasieuitkomste ook negatief beïnvloed.
- BLRS maak die grootste impak of verbetering in die funksionele area van Mobiliteit en moet aangemoedig word om voort te gaan met hierdie insette. Kliënte wil nog verbeter in die algemene mobiliteitsaktiwiteite van swaar voorwerpe optel, handfunksie, vêr loop en lank staan en daar kan aan BLRS aanbeveel word om moontlike behandelingsinsette vir hierdie aktiwiteite te beplan.
- Verdere studies om die onmiddellike impak van hulpmiddelvoorsiening op kliënte se funksionering te bepaal is nodig om sodoende inligting aan WKDG sowel as Kaapse

Metropool Gesondheidsdienste te kan verskaf ter motivering van die hulpmiddelbegroting.

- In die selfsorgaktiwiteite van hare versorg (was, droogmaak, kam en vasmaak), bad (jouself en rug was), aantrek en eet het kliënte die meeste impak van gestremdheid sowel as verbetering met terapie gerapporteer. Kliënte wil ook nog in hierdie aktiwiteite verbeter en daar word aanbeveel dat BLRS-program groter fokus op hierdie aktiwiteite plaas.
- BLRS moet voortgaan met Huisskoonmaak (bed opmaak, uitvee en skottelgoed was), wasgoedversorging (was, ophang en stryk) sowel as kosvoorbereidingsaktiwiteite as deel van behandeling van Huishoudelike take, omdat onvermoë om hierdie aktiwiteite uit te voer duidelik die grootste impak op hulle lewens gehad het. Daar moet ook verseker word dat daar genoegsame inligting oor hierdie aktiwiteite tydens die Artritis-groeiprogram gegee word.
- Verdere navorsing word benodig rakende werk en alternatiewe werk wat beskikbaar is vir persone met gestremdhede. Dit kan as motivering dien vir die skep van meer beskutte en beskermde werksareas sodat persone wat nie na die ope arbeidsmark kan terugkeer nie steeds kan deelneem aan werksaktiwiteite soos deel vorm van hulle ontwikkelingstadium se take. Hierdie areas moet nie aan 'n OGT gekoppel word nie, want 'n groot deel van die populasie kwalifiseer nie vir 'n SASSA OGT nie, maar kan nie met hulle opvoedingspeil ander alternatiewe poste in die ope arbeidsmark beklee nie.
- Verdere studie word benodig rakende die kommunikasiebehoeftes van kliënte om meer detail te bepaal om so fynere veranderinge te kan identifiseer en behoeftes rakende hierdie area van funksionering te kan aanspreek.
- Te min kliënte neem na drie maande van rehabilitasie aan aktiewe- of sportaktiwiteite deel. 'n Gebalanseerde lewenstyl en veral die deelname aan aktiewe aktiwiteite (sport/oefening) kan bydra tot vermindering van risikofaktore soos stres vir Kroniese lewenstysiektes en diagnoses soos SVO. Daarom moet aanbevelings aan BLRS gegee word rakende hierdie area van funksionering wat nog aandag benodig tydens die kliënte se rehabilitasie proses.
- VTB-aktiwiteite is ook nodig vir 'n gebalanseerde lewenstyl en vermindering van stres. Prominente VTB-aktiwiteite wat kliënte genoem het hulle graag aan deelneem sluit in naaldwerk (handwerk, masjien werk, brei en hekel), tuinmaak, houtwerk, fietsry en sportwedstryde bywoon as toeskouer. Slegs 'n klein deel van die steekproef neem aan VTB-aktiwiteite deel en daar kan aanbeveel word dat ondersoek ingestel word rakende

moontlike groepe waar hierdie aktiwiteite op 'n aangepaste wyse aangebied kan word sodat 'n groter deel van die populاسie kan deelneem en dit meer bekostigbaar is.

- Die grootste deel van die steekproef is afgetree en op ouderdomspensioen en daarom moet BLRS sentrums wat VTB-programme vir bejaardes in die gemeenskap aanbied aanmoedig en ondersteun – veral sentra waar daar kos saam met die dagprogram aangebied word, omdat hierdie persone beperkte bronne het.
- Daar moet ook bewusmaking gedoen word by instansies wat wel VTB-aktiwiteite aanbied om spesiale pryse vir persone met gestremdhede en bejaardes te hê sodat hulle met staats-toelaes ook sal kan bekostig om deel te neem aan hierdie aktiwiteite.
- Verdere studies word benodig rakende die beskikbare gemeenskapsaktiwiteite vir die gemeenskap van Bishop Lavis. Toeganklikheid van hierdie aktiwiteite in terme van koste sowel as die fisiese strukture vir die algemene populاسie sowel as persone met gestremdhede moet ondersoek word.
- Daar word aanbeveel dat 'n werkswinkel gehou word om bevindinge saam met die drie ander areas in die SANPAD-projek in 'n verslag met aanbevelings aan WKDG saam te vat.

6.3.3 Terapeutiese dienste

Aanbevelings vir die terapeutiese dienste by BLRS sowel as verdere navorsing nodig by BLRS volg hieronder.

- Daar word aanbeveel dat BLRS kroniese pyn behandelings insette beplan word om die kroniese pyn wat die meerderheid van kliënte ervaar op 'n akurate en effektiewe wyse aan te spreek. Terapeute kan ook moontlik voortgesette professionele opvoedingswerksinkels in kroniese pynhantering bywoon sodat die grootste deel van die kliënte-basis akkurate behandeling kan kry.
- Verdere studies rakende 'n goeie sitbalans as voorspellende faktor vir rehabilitasieuitkomst moet gedoen word waar ander veranderlikes beter beheer kan word.
- Die US kan hulle studenteplassing ten opsigte van die mees algemene komponent probleme beplan sowel as verseker dat studente toepaslik voorberei is in hierdie areas naamlik balans, OVB en tonusprobleme.
- Daar word voorgestel dat BLRS sal voortgaan om kliënte so gou as moontlik in te sluit in 'n toepaslike groep vir hulle diagnose. Groepbehandeling help kliënte met

gemeenskapsherintegrasië sowel as die terapeutiese waarde van die IPV's wat hulle in die groepe vorm het. Dit het 'n fassiliterende effek op hulle herstel en gemoedstoestand as gevolg van die ondersteuning wat hulle kry. Dit voorkom probleme van isolasie wat later mag voorkom.

- Terapeute wat werk by BLRS sal baat vind daarby om hul voortgesette professionele opvoeding te doen in rigtings van neurologiese behandelingstegnieke vir die verbetering van tonus, selektiewe beweging en balans. Ook kan daar aan BLRS uitgelig word dat kliënte met SVO veral met kognisie en spraak probleme ervaar en behandelingsinsette daarvolgens beplan kan word deur die spesifieke professies. Tuisprogramme vir die verbetering van liggaamsfunksies en strukture kan ook ontwerp of aangepas word om die bogenoemde probleme aan te spreek.
- Daar word aanbeveel dat vasgestelde bepalingsvorms, soos beskikbaar vir volwasse neurologiese kliënte, vir alle diagnostiese groepe by BLRS ontwerp moet word, veral vir gebruik deur die studente wat by die sentrum geplaas word vir kliniese werk en waar hulle nog nie die vaardigheid geleer het om volledige bepalings te doen met inisiasie van terapie. Die bepalingsvorm vir kliënte met rugpyn moet onder andere 'n pynskaal, senuweemobiliteit, spierspasmas en OVB van veral Onderste ledemaatbeserings bevat.
- Daar is nog navorsing nodig om te bepaal hoe 'n persoon se liggaamsfunksies en strukture se invloed op funksionering, bepaal kan word. Meetinstrumente wat hierdie invloed meer akkuraat kan bepaal word benodig.

6.3.4 Verdere aanbevelings aan WKDG in terme van realistiese statistiese evaluering van rehabilitasiediens uitkomst

- Daar word aanbeveel dat daar weg beweeg word van die tradisionele kop-telling as statistiese bewys van effektiwiteit van rehabilitasiedienslewering en dat daar aanvullend daartoe op 'n universele voor- en na-toets uitkomsgebaseerde meetinstrumente besluit word. Daar moet norme en standaarde vir elke vlak van dienslewering ten opsigte van hierdie meetinstrument(e) gestel word wat in agneem dat primêre gesondheidsorg ook groepe en tuisbesoeke as deel van dienslewering insluit. So sou mens ook uitkomsmeetinstrumente aan groeplede kon administreer om sodoende uitkomst te bepaal eerder as die hoeveelheid tyd aan kliënte spandeer. Evaluering van effektiwiteit sal dan 'n kombinasie van tyd per persoon gespandeer saam met die uitkomst bereik, kan wees.

6.3.5 Verdere aanbevelings aan BLRS

- Netwerkgeleenthede vir terapeute moet gereël word met verwysende bronne om hulle op te voed rakende die dienste beskikbaar, veral met sekondêre verwysingsbronne en WCRC om sodoende die verwysingsstelsel vanaf hierdie bronne te verbeter.
- Indiensopleiding moet gedoen word met alle verwysende bronne om hulle op te voed oor die uiterste belang van vroeë verwysing (binne drie maande van insident) en die invloed daarvan op die uitkomst wat kliënte met rehabilitasie kan ontvang.

6.3.6 Meetinstrumente

- Die IKF-model was 'n baie toepaslike en praktiese raamwerk om te gebruik vir dataversameling en daar word aanbeveel dat alle toekomstige studies rakende rehabilitasiedienste meetinstrumente gebruik wat op die IKF-model geskied is. Dit sal verseker dat generiese data rakende rehabilitasiedienste ingesamel kan word en vergelyk kan word om die bes moontlike praktykvoering te verseker.
- 'n Leemte in die studie was die tekort aan onderskeid tussen Aktiwiteit en Deelname. Daar word aanbeveel dat 'n meetinstrument ontwerp word of die AZ verder aangepas moet word om sodoende die verskil tussen aktiwiteit en deelname meer konkreet te kan voorstel en te kan meet.
- Die afdelings van funksionering op die AZ moet meer uitgebrei word dat dit alle aspekte van die funksionele area dek, veral Werk moet meer spesifiek wees.
- Handfunksie soos bepaal deur AZ was te algemeen om aanbevelings te kan maak rakende die intervensies wat hiervoor benodig word. Handfunksie moet meer spesifiek en akkuraat bepaal word oor alle diagnostiese groepe.
- Diagnose-spesifieke meetinstrumente kan gebruik word vir meting van verandering in funksionering van 'n diagnostiese groep, maar wanneer spesifieke inligting rakende funksionering van die populasie benodig word, word daar aanbeveel dat 'n instrument soos die AZ ook gebruik word om die holistiese funksionering van die populasie te bepaal.
- Beter en meer konkrete metodes om omgewingsfaktore se invloed te bepaal moet ondersoek word. Daar word voorgestel dat dit deurlopend deur middel van informele onderhoude gedoen word sodat kliënte die invloed op hulle eie manier kan verduidelik. Dit sal verseker dat 'n beter begrip van die invloed van omgewingsfaktore verkry kan word.

- Daar word voorgestel dat die CRALM meer verfyn word as meetinstrument oor verskeie diagnostiese groepe. Dit moet meer spesifiek en akkuraat wees sodat kleiner veranderinge bepaal kan word. Die byvoeging van 'n subjektiewe gedeelte word aanbeveel om kliënte se opinie te vra oor die inperking omdat 'n swak telling op die skaal nie noodwendig beteken dat daar 'n impak op funksionering is nie.

Ten slotte het hierdie studie bewys dat kliënte wat deelneem aan rehabilitasie by BLRS 'n statisties beduidende vermindering in die impak van gestremdheid op hulle funksionering ervaar na 'n rehabilitasie-tydperk van drie maande. Deelname aan rehabilitasie is vir kliënte 'n positiewe ervaring wat bydra tot verbeterde selfvertroue en lewenskwaliteit. Die essensie van hierdie studie se bevindinge word saamgevat in die volgende direkte aanhaling van 'n kliënt:

“Want as ek nie hiernatoe (BLRS) gekom het nie dan sou ek seker inmekaar gekrimp het...”
(SVO, P69).

7. Verwysings

- Acciarresi, M. 2006. First-ever stroke and outcome in patients admitted to Perugia Stroke Unit: Predictors for death, dependency, and recurrence of stroke within the first three months. *Clinical and Experimental Hypertension*, 28(3-4).
<http://search.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=21081133&site=ehost-live> Accessed on: 2011/06/04.
- Alexander, H., Bugge, C. & Hagen, S. 2001. What is the association between the different components of stroke rehabilitation and health outcomes? *Clinical Rehabilitation*, 15(2): 207-215.
- Alexander, M.P. 1994. Stroke rehabilitation outcome. A potential use of predictive variables to establish levels of care. *Stroke*, 25(1): 128-134.
- Alguren, B., Lundgren-Nilsson, A. & Sunnerhagen, K.S. 2009. Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase. *Disability and Rehabilitation*, 31(19): 1584-1591.
- Bagg, S., Pombo, A.P. & Hopman, W. 2002. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke*, 33(1): 179-185.
- Bot, S.D.M., Terwee, C.B., Van der Windt, D., Bouter, L.M., Dekker, J. & De Vet, H.C.W. 2004. Clinimetric evaluation of shoulder disability questionnaires: A systematic review of the literature. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(4): 335-342.
- Burnard, P. 1991. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6): 461-466.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. & Chadwick, B. 2008. Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8): 429-432.
- Cameron, I.D. 2010. Models of rehabilitation – commonalities of interventions that work and of those that do not. *Disability and Rehabilitation*, 32(12): 1051-1058.
- Carod-Artal, F.J., Medeiros, M.S.M., Horan, T.A. & Braga, L.W. 2005. Predictive factors of functional gain in long-term stroke survivors admitted to a rehabilitation programme. *Brain Injury*, 19(9): 667-673.
- Cieza, A., Brockow, T., Ammon, E., Kollerits, B., Chatterji, S., Üstün, T.B. & Stucki, G. 2002. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5): 205-210.

- Cieza, A., Ewert, T., Üstün, T.B., Chatterji, S., Kostanjsek, N. & Stucki, G. 2004. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36: 9-11.
- Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Disler, P., Jäckel, W., Van der Linde, S., Konstanjsek, N. & de Bie, R. 2004. ICF core sets for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44: 69-74.
- Cieza, A., Bostan, C., Oberhauser, C. & Bickenbach, J.E. 2010. Explaining functioning outcomes across musculoskeletal conditions: A multilevel modelling approach. *Disability and Rehabilitation*, 32(S1): S85-S93.
- City of Cape Town. 2010. *City Statistics and Population Census: Bishop Lavis (Census Information 2001)*. <http://www.capetown.gov.za/en/stats> Accessed on: 2011/02/21.
- Collin, C., Wade, D.T., Davies, S. & Horne, V. 1988. The Barthel ADL Index: A reliability study. *Disability and Rehabilitation*, 10(2): 61-63.
- Dam, M., Tonin, P., Casson, S., Ermani, M., Pizzolato, G., Iaia, V. & Battistin, L. 1993. The effects of long-term rehabilitation therapy on poststroke hemiplegic patients. *Stroke*, 24(8): 1186-1191.
- Department of Health. 2007. Comprehensive service plan. www.westerncape.gov.za/Text/2007/7/may15,2007-csp_2.pdf Accessed on: 2011/04/26.
- Department of Health. 2003. Healthcare 2010: Health Western Cape's Plan for Ensuring Equal Access to Quality Health Care. <http://www.westerncape.gov.za/eng/pubs/plans/2003/47729/> Accessed on: 2011/04/26.
- Department of Health. 2000a. The primary health care package for South Africa – a set of norms and standards. <http://www.doh.gov.za/docs/policy/norms/full-norms.html> Accessed on: 2011/04/26.
- Department of Health. 2000b. Rehabilitation for all: National rehabilitation policy. <http://www.doh.gov.za/docs/policy/2000/rehabpolicy.pdf> Accessed on: 2011/04/26.
- Department of Health. 1997. Integrated National Disability Strategy White Paper. <http://www.info.gov.za/whitepapers/1997/disability.htm> Accessed on: 2011/04/26.
- Dijkers, M.P. 2010. Issues in the conceptualization and measurement of participation: An overview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9): S5-S16.
- Dreinhöfer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., Konstanjsek, N. & Cieza, A. 2004. ICF core sets for osteoarthritis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44: 75-80.

- Early Supported Discharge Trialists. 2005. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: Art.No.: CD000443. DOI: 10.1002/14651858.CD000443.pub2. Accessed on: 2011/02/07.
- Fairbank, J.C.T., Couper, J., Davies, J.B. & O'Brien, J.P. 1980. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*, 66(8): 271-273.
- Fairbank, J.C.T. & Pynsent, P.B. 2000. The Oswestry Disability Index. *Spine*, 25(22): 2940-2953.
- Field, M., Jette, A. & Martin, L. (2006) *Paper presented at Workshop on Disability in America, a New Look: summary and background papers: based on a workshop of the Committee on Disability in America: a New Look, Board on Health Sciences Policy.*
<http://books.google.co.za/books?hl=en&lr=&id=Av1PK-PTjGwC&oi=fnd&pg=PA50&dq=whiteneck+conceptual+models+of+disability:+past,+present,+and+future&ots=NYMPi184-l&sig=v6Douyh3dQiNESw-aMHEQeiQO8k#v=onepage&q=whiteneck%20conceptual%20models%20of%20disability%3A%20past%2C%20present%2C%20and%20future&f=false> Accessed on 2010/08/09.
- Finch, L.E., Higgins, J., Wood-Dauphinee, S.L. & Mayo, N.E. 2009. A measure of physical functioning to define stroke recovery at 3 months: Preliminary results. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(9): 1584-1595.
- Finch, E., Brooks, D., Stratford, P.W. & Mayo, N.E. 2002. *Physical rehabilitation outcome measures: A guide to enhanced clinical decision making.* Baltimore, Md.: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Finkenflügel, H., Cornielje, H. & Velema, J. 2008. The use of classification models in the evaluation of CBR programmes. *Disability & Rehabilitation*, 30(5): 348-354.
- Fischer, U., Arnold, M., Nedeltchev, K., Schoenenberger, R.A., Kappeler, L., Höllinger, P., Schroth, G., Ballinari, P. & Mattle, H.P. 2006. Impact of comorbidity on ischemic stroke outcome. *Acta Neurologica Scandinavica*, 113(2): 108-113.
- Forster, A., Young, J. & Langhorne, P. 1999. Systematic review of day hospital care for elderly people. *British Medical Journal*, 318(7187): 837-841.
- Gagnon, D., Nadeau, S. & Tam, V. 2005. Clinical and administrative outcomes during publicly-funded inpatient stroke rehabilitation based on a case-mix group classification model. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(1): 45-52.
- Geddes, J.M.L. & Chamberlain, M.A. 2001. Home-based rehabilitation for people with stroke: A comparative study of six community services providing co-ordinated, multidisciplinary treatment. *Clinical Rehabilitation*, 15(6): 589-599.
- Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z., Konstanjsek, N., Ring, H. & Stucki, G. 2004. ICF core sets for stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Supplement 44: 135-141.

- Goljar, N., Burger, H., Vidmar, G., Marincek, C., Krizaj, J., Chatterji, S., Raggi, A., Leonardi, M. & Bickenbach, J.E. 2010. Functioning and disability in stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32(S1): S50-S58.
- Granger, C.V., Hamilton, B.B. & Fiedler, R.C. 1992. Discharge outcome after stroke rehabilitation. *Stroke*, 23(7): 978-982.
- Guba, E.G. 1981. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29(2): 75-91.
- Guillemin, F., Coste, J., Pouchot, J., Ghézail, M., Bregeon, C. & Sany, J. 1997. The AIMS2-SF. A short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. *Arthritis & Rheumatism*, 40(7): 1267-1274.
- Gummesson, C., Atroshi, I. & Ekdahl, C. 2003. The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Outcome Questionnaire: Longitudinal construct validity and measuring self-rated health change after surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4: 11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/4/11> Accessed on: 2011/02/07.
- Haavardsholm, E.A., Kvien, T.K., Uhlig, T., Smedstad, L.M. & Guillemin, F. 2000. A comparison of agreement and sensitivity to change between AIMS2 and a short form of AIMS2 (AIMS2-SF) in more than 1000 rheumatoid arthritis patients. *Journal of Rheumatology*, 27(12): 2810-2816.
- Hariharan, R. & Svirbely, J. 2008. Medal™ Osteoporosis: Springer Series on Medical Algorithms. http://www.medal.org/Visitor/pdf/Medal_Osteoporosis_English.pdf Accessed on: 2011/06/11.
- Heinemann, A.W., Tulskey, D., Dijkers, M., Brown, M., Magasi, S., Gordon, W. & DeMark, H. 2010. Issues in participation measurement in research and clinical applications. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9): S72-S76.
- Hillier, S., Comans, T., Sutton, M., Amsters, D. & Kendall, M. 2010. Development of a participatory process to address fragmented application of outcome measurement for rehabilitation in community settings. *Disability and Rehabilitation*, 32(6): 511-520.
- Hoening, H., Lee, J. & Stineman, M. 2010. Conceptual overview of frameworks for measuring quality in rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(4): 239-251.
- Horn, S.D., DeJong, G., Smout, R.J., Gassaway, J., James, R. & Conroy, B. 2005. Stroke rehabilitation patients, practice, and outcomes: Is earlier and more aggressive therapy better? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(12): 101-114.
- Hu, M., Hsu, S., Yip, P., Jeng, J. & Wang, Y. 2010. Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit. *Disability and Rehabilitation*, 32(15): 1251-1259.

- Huang, H.C., Chung, K.C., Lai, D.C. & Sung, S.F. 2009. The impact of timing and dose of rehabilitation delivery on functional recovery of stroke patients. *Journal of the Chinese Medical Association*, 72(5): 257-264.
- Hudak, P.L., Amadio, P.C. & Bombardier, C. 1996. Development of an upper extremity outcome measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). *American Journal of Industrial Medicine*, 29(6): 602-608.
- Jette, D.U., Warren, R.L. & Wirtalla, C. 2005. The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3): 373-379.
- Jonsdottir, J., Rainero, G., Racca, V., Glässer, A. & Cieza, A. 2010. Functioning and disability in persons with low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 32(S1): S78-S84.
- Joubert, G., Ehrlich, R., Katzenellenbogen, J.M. & Abdool Karim, S.S. 2007. *Epidemiology: A research manual for South Africa*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa.
- Kalra, L., Dale, P. & Crome, P. 1993. Improving stroke rehabilitation. A controlled study. *Stroke*, 24(10): 1462-1467.
- Kayes, N.M. & McPherson, K.M. 2010. Measuring what matters: Does 'objectivity' mean good science? *Disability and Rehabilitation*, 32(12): 1011-1019.
- Keith, R.A., Granger, C.V., Hamilton, B.B. & Sherwin, F.S. 1987. The Functional Independence Measure: A new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1: 16-18.
- Kelly, P.J., Furie, K.L., Shafiqat, S., Rallis, N., Yuchiao, C. & Stein, J. 2003. Functional recovery following rehabilitation after hemorrhagic and ischemic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(7): 968-972.
- Kleineibst, L. & Kloppers, M. 2008. Bishop Lavis Rehabilitation Centre Annual Report. Cape Town: Department of Interdisciplinary Health Sciences, Division of Occupational Therapy, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University.
- Krefting, L. 1991. Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(3): 214-222.
- Kwakkel, G., Wagenaar, R.C., Twisk, J.W.R., Lankhorst, G.J. & Koetsier, J.C. 1999. Intensity of leg and arm training after primary middle-cerebral-artery stroke: A randomised trial. *The Lancet*, 354(9174): 191-196.
- Kwon, S., Hartzema, A.G., Duncan, P.W. & Min-Lai, S. 2004. Disability measures in stroke: Relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. *Stroke*, 35(4): 918.

- Leonardi, M. 2010. Measuring health and disability: Supporting policy development. The European MHADIE project. *Disability and Rehabilitation*, 32: S1-S8.
- Loeb, M.E. & Eide, A.H. 2004. Living conditions among people with activity limitations in Malawi. A national representative study. SINTEF Health Research, Oslo. Available from <http://www.safod.org/images/LCMalawi.pdf>
- Loeb, M.E., Eide, A.H. & Mont, D. 2008. Approaching the measurement of disability prevalence: The case of Zambia. *Alter-European Journal of Disability Research/Revue Européenne De Recherche Sur Le Handicap*, 2(1): 32-43.
- Luk, J.K.H., Cheung, R.T.F., Ho, S. & Li, L. 2006. Does age predict outcome in stroke rehabilitation? A study of 878 Chinese subjects. *Cerebrovascular Diseases*, 21(4): 229-234.
- Maart, S., Eide, A.H., Jelsma, J., Loeb, M.E. & Toni, M.K. 2007. Environmental barriers experienced by urban and rural disabled people in South Africa. *Disability & Society*, 22(4): 357-369.
- Magasi, S. & Post, M.W. 2010. A comparative review of contemporary participation measures' psychometric properties and content coverage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9): S17-S28.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14: 56-61.
- Mallinson, T. & Hammel, J. 2010. Measurement of participation: Intersecting person, task, and environment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9): S29-S33.
- Maulden, S.A., Gassaway, J., Horn, S.D., Smout, R.J. & DeJong, G. 2005. Timing of initiation of rehabilitation after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(12): 34-40.
- McColl, M.A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P. & Donnelly, C. 2009. Models for integrating rehabilitation and primary care: A scoping study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(9): 1523-1531.
- McLaughlin, J.A. & Jordan, G.B. 1999. Logic models: A tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1): 65-72.
- McNamara, C. 1999. Basic guide to program evaluation. Available from: <http://mcp-dev2.jbinternational.com> Accessed on: 2011/05/22.
- Minaire, P. 1992. Disease, illness and health: Theoretical models of the disablement process. *Bulletin of the World Health Organization*, 70(3): 373-379.

- Noreau, L. & Boschen, K. 2010. Intersection of participation and environmental factors: A complex interactive process. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9): S44-S53.
- Noreau, L., Fougere, P. & Vincent, C. 2002. The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3): 113-118.
- Ottenbacher, K.J. & Jannell, S. 1993. The results of clinical trials in stroke rehabilitation research. *Archives of Neurology*, 50: 37-44.
- Perenboom, R.J.M. & Chorus, A.M.J. 2003. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability & Rehabilitation*, 25(11-12): 577-587.
- Petty, G.W., Brown Jr, R.D., Whisnant, J.P., Sicks, J.D., O'Fallon, W.M. & Wiebers, D.O. 1998. Survival and recurrence after first cerebral infarction: A population-based study in Rochester, Minnesota, 1975 through 1989. *Neurology*, 50(1): 208-215.
<http://www.mdconsult.com.ez.sun.ac.za/das/article/body/256067506-6/jorg=journal&source=MI&sp=10057987&sid=1166629369/N/95990/1.html?issn=0028-3878> Accessed on: 2011/06/04.
- Qureshi, H. 2003. A response to Dempster and Donnelly 'Outcome Measurement and Service Evaluation—a note on research design': The importance of understanding social care outcomes. *British Journal of Social Work*, 33(1): 117-120.
- Robinson, B.C. 1983. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38(3): 344-348.
- Salter, K., Jutai, J., Hartley, M., Foley, N., Bhogal, S., Bayona, N. & Teasell, R. 2006. Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(2): 113-117.
- Scheuringer, M., Stucki, G., Huber, E.O., Brach, M., Schwarzkopf, S.R., Konstanjsek, N. & Stoll, T. 2005. ICF core set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability & Rehabilitation*, 27(7-8): 405-410.
- Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J. & Üstün, B. 2003. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability & Rehabilitation*, 25(11): 588-595.
- Schoneveld, K., Wittink, H. & Takken, T. 2009. Clinimetric evaluation of measurement tools used in hand therapy to assess activity and participation. *Journal of Hand Therapy*, 22(3): 221-236.
- Siegert, R.J., Ward, T. & Playford, E.D. 2010. Human rights and rehabilitation outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 32(12): 965-971.

- Sivenius, J., Pyorala, K., Heinonen, O.P., Salonen, J.T. & Riekkinen, P. 1985. The significance of intensity of rehabilitation of stroke - a controlled trial. *Stroke*, 16(6): 928-931.
- Snögren, M. & Sunnerhagen, K.S. 2009. Description of functional disability among younger stroke patients: Exploration of activity and participation and environmental factors. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2): 124-131.
- Statistics South Africa. 2005. Demographic and Health Survey 2003. Department of Health, Medical Research Council, OrcMacro. South Africa, Pretoria: Department of Health. www.mrc.ac.za/bod/bod.htm Accessed on: 2011/02/05.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Üstün, T.B. 2002. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24(5): 281-282.
- Stucki, G., Cieza, A., Geyh, S., Battistella, L., Lloyd, J., Symmons, D., Konstanjsek, N. & Schouten, J. 2004. ICF core sets for rheumatoid arthritis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44: 87-93.
- Taal, E., Rasker, J.J. & Riemsma, R.P. 2004. Sensitivity to change of AIMS2 and AIMS2-SF components in comparison to M-HAQ and VAS-pain. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(12): 1655-1658.
- Tesio, L., Simone, A. & Bernardinello, M. 2007. Rehabilitation and outcome measurement: Where is Rasch Analysis-going? *Europa Medicophysica*, 43(3): 417-426.
- Thornton, M. & Travis, S.S. 2003. Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2): S127-S132.
- Trotter, R.T., Üstün, T.B., Chatterji, S., Rehm, J., Room, R. & Bickenbach, J. 2001. Cross-cultural applicability research on disablement: Models and methods for the revision of an international classification. *Human Organization*, 60(1): 13-27.
- United Nations. 2006. Convention on the rights of persons with disabilities. www.un.org/disabilities Accessed on: 2011/04/26.
- Üstün, T.B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N. & Schneider, M. 2003. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disability & Rehabilitation*, 25(11-12): 565-571.
- Üstün, T.B., Chatterji, S., Konstanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., Von Korff, M. & Pull, C. 2010. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11): 815-823.

- Van Brakel, W.H. & Officer, A. 2008. Approaches and tools for measuring disability in low and middle-income countries. *Leprosy Review*, 79: 50-64.
- Van der Putten, J., Hobart, J.C., Freeman, J.A. & Thompson, A.J. 1999. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: Comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(4): 480-484.
- Velema, J.P. & Cornielje, H. 2003. Reflect before you act: Providing structure to the evaluation of rehabilitation programmes. *Disability & Rehabilitation*, 25(22): 1252-1264.
- Velema, J.P., Ebenso, B. & Fuzikawa, P.L. 2008. Evidence for the effectiveness of Rehabilitation-In-The-Community Programmes. *Leprosy Review*, 79(1): 65-82.
- Verkaaik, J., Anne Sinnott, K., Cassidy, B., Freeman, C. & Kunowski, T. 2010. The productive partnerships framework: Harnessing health consumer knowledge and autonomy to create and predict successful rehabilitation outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 32(12): 978-985.
- Voelker-Morris, R. 2004. Outcome-based Evaluation: Practical and theoretical applications. *Culture Work*, 8(4). <http://aad.uoregon.edu/culturework/culturework28.htm> Accessed on: 2011/02/07.
- Von Koch, L., Holmqvist, L.W., Kostulas, V., Almazán, J. & de Pedro-Cuesta, J. 2000. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockholm: Outcome at six months. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2): 80-86.
- Wade, D.T. & Collin, C. 1988. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *Disability & Rehabilitation*, 10(2): 64-67.
- Wade, D.T. 1998. Editorial. *Clinical Rehabilitation*, 12(2): 95.
- Wallace, D., Duncan, P.W. & Lai, S.M. 2002. Comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Motor Component of the Functional Independence Measure in stroke: The impact of using different methods for measuring responsiveness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(9): 922-928.
- Ware, J.E. & Sharebourne, C.D. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30:473 – 483.
- Werner, R.A. & Kessler, S. 1996. Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 75(2): 114-120.

- Whiteneck, G.G. 2010. Issues affecting the selection of participation measurement in outcomes research and clinical trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9): S54-S59.
- Whiteneck, G.G., Harrison-Felix, C.L., Mellick, D.C., Brooks, C., Charlifue, S.B. & Gerhart, K.A. 2004. Quantifying environmental factors: A measure of physical, attitudinal, service, productivity, and policy barriers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(8): 1324-1335.
- Wikipedia Free Encyclopedia. 2011. *Physical disability search*. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Physical_disability Accessed on: 2011/02/07.
- Wirz, S. & Thomas, M. 2002. Evaluation of community-based rehabilitation programmes: A search for appropriate indicators. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(3): 163-171.
- Wodchis, W.P., Teare, G.F., Naglie, G., Bronskill, S.E., Gill, S.S., Hillmer, M.P., Anderson, G.M., Rochon, P.A. & Fries, B.E. 2005. Skilled nursing facility rehabilitation and discharge to home after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3): 442-448.
- World Health Organization. 2002. Towards a common language for functioning, disability and health ICF. www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf Accessed on: 2011/02/07.
- World Health Organization. 2003. ICF checklist. 2.1a. www.who.int/classifications/icf/training/icfchecklist.pdf Accessed on: 2011/02/07.
- World Health Organization. 2004. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. A joint position paper. www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html Accessed on: 2011/02/07.
- World Health Organization. 2011. *Health topics: Rehabilitation*. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> Accessed on: 2011/08/09.
- Young, D. 2000. Outcome-based planning and evaluation: What are they and why should I care? *Rehabilitation Review*, 11(5). <http://www.vrri.org/Research/Rehabilitation-Review/Volume-11-No.-5-May-2000.html> Accessed on: 2011/09/04.
- Zhao, T. & Kwok, J.K.F. 1999. *Evaluating community based rehabilitation: Guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific. <http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents> Accessed on: 2010/05/05.

Bylaag A - Demografiese Vraelys 1 (voor-toets)



SANPAD PROJIEK

Vraelys 1

1. PASIËNT SE NAAM EN VAN:

2. GESLAG:

 1 M 2 V

3. HUWELIKSTATUS:

ENKEL	GETROUD	GESKEI	WEWENAAR /WEDUWEE	WOON SAAM	WOON APART	ANDER
-------	---------	--------	----------------------	--------------	---------------	-------

4. REDE HOEKOM JY NA REHAB VERWYS IS:

5. DATUM VAN INSIDENT/BESERING/AANVANG:

6. OORSAAK

Kongenitaal (gebore)	1	
Traumaties (besering)	2	
Kroniese siekte _(hpt/DM)	3	
Onbekend	4	
Ander	5	<input type="text"/>

7. WATTER VORIGE BESERINGS/ANDER SIEKTES HET JY GEHAD?

Besering/Diagnose	Datum

8. HET JY AL VOORHEEN REHABILITASIE GEHAD?

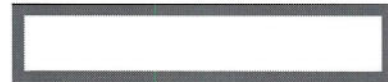
 1JA 2NEE

INDIEN JA:

1 Waar?	2 Waarvoor?	3 Vir hoe lank?

9. HUIDIGE GEWOONTES:

1. Rook jy?	1 ja	2 nee
2. Gebruik jy alkohol?	1 ja	2 nee
3. Gebruik jy dwelms?	1 ja	2 nee



10. BEVOLKINGSGROEP?

Blank	1	
African	2	
Kleurling	3	
Asian	4	
Ander	5	

11. IS JY:

1. Suid-Afrikaans?

1 JA	2 NEE
------	-------

Indien JA, is jy:

1. 'n Plaaslike inwoner?	
2. Van 'n ander area?	Waar het jy ook 'n huis en wanneer gaan jy soontoe?

Indien NEE, is jy:

3. Van 'n ander land?	Waar het jy ook 'n huis en wanneer gaan jy soontoe?
-----------------------	---

12. VAN WATTER GELOOF IS JY?

Moslem	1	
Christen	2	
Ander	3	

13. WIE WOON BY JOU IN JOU HUIS?

	1 Manlik + ouderdom	2 Vroulik + ouderdom	3 Beroep	4 Inkomste	5 Bron v inkomste
1. Gade					
2. Ander					
3. TOTAL					

14. WAT IS JOU HOOGSTE VLAK VAN OF VOEDING?

1. Skool Graad_____	1
2. Tersiêr(naskoolse diploma/graad)	2
3. Geen	3

1. WAT IS JOU MAANDELIKSE INKOMSTE?

Geen	0
R 1 - 1000	1
R 1001 - 2000	2
R 2001 - 5000	3
R 5001 - 10000	4
R 10001 - 15000	5
> R15000	6
Onbekend	7

2. WAAR KRY JY JOU INKOMSTE?
(omkring ook asb)

Ongeskiktheids Toelaag -privaat/Allpay	1
Pensioen-privaat/Allpay	2
Kindersorgtoelaag	3
Carer dependency grant	4
Formeel: Permanent/kontraktueel	5
Informeel: Los werk /Kontrak /Seisonaal	6
Ander	7

3. WATTER AKTIWITEITE DOEN JY OM 'N INKOMSTE TE VERDIEN?

1. HOE LANK HET JY GEWAG VIR HIERDIE AFSPRAAK?

2. HOE LANK HET JY GEREIS OM HIER TE KOM?

minute

3. HOE HET JY HIER GEKOM?

Loop	1
Eie motor	2
Taxi	3
Gehuurde motor	4
Trein	5
Dial-A-Ride	6
Bus	7
Rolstoel	8
Ander	9

4.

	JA	NEE
1. Kan jy vervoer kry as jy dit wil hê?	1	2
2. Kan jy maklik in en uit klim?	1	2
3. Kan jy die vervoer bekostig?	1	2
4. Is die vervoer voldoende?	1	2
5. Wat is die vervoerkoste per besoek?	R	

TRANSPORT (T)



ASSISTENSIE (A)

1. HET JY VANAF JOU BESERING/PROBLEEM HULP NODIG BY DIE HUIS?

1 JA	2 NEE
------	-------

INDIEN JA : WIE HELP JOU BY DIE HUIS?

	Wanneer/Tyd van die dag?		
	Snags	Bedags	Beide
1. Niemand			
2. Eggenoot			
3. Familielid			
4. Privaat persoon			
5. Kind			
6. Tuisversorger			
7. Vriend/vriendin			
8. Ander	7		

2. BETAAL JY JOU HELPERS?

1 JA	2 NEE
------	-------

1. WATTER TIPE HUIS WOON JY IN?

	Owner	Rent	Free
1. Aparte gebou	1	2	3
2. Tradisionele gebou (hut)	1	2	3
3. Woonstel/maisonette	1	2	3
4. Kompleks, skakelhuis	1	2	3
5. Informeel/shack	1	2	3
6. Inrigting (Ouetehuis)	1	2	3
7. Kamer in agterplaas	1	2	3
8. Ander	1	2	3

2. Hoeveel vertrekke is daar in die huis wat jy kan gebruik?

0	1	2	3	4	5	>5
---	---	---	---	---	---	----

3. HOEVEEL MENSE DEEL JOU SLAAPKAMER MET JOU?

0	1	2	3	4	meer
---	---	---	---	---	------

4. IS DAAR TRAPPE?

1. Binne	1 Ja	2 Nee
2. Buite	1 Ja	2 Nee

5. HET JY 'N TELEFOON OF SELFOON?

1 Ja	2 Nee
------	-------

6. HOEVEEL MAATYE EET JY PER DAG?

--

7. HET JY LOPENDE WATER IN JOU HUIS?

1. Ja	2. Nee
-------	--------

HABITAT (H)

2. INDIEN NEE, VAN WAAR AF KRY JY WATER?

	Afstand
Jaard	1
Gemeenskaplike kraan	2
Boorgat	3
Reënwater	4
Rivier	5
Dam, watergat, stilstaande	6
Ander	7

8. WIE HELP JOU AS JY NIE SELF WATER KAN GAAN HAAL NIE?

Niemand	1
Gade	2
Ander familielid	3
Privaat persoon	4
Vriend/vriendin	5
Kind	6
Tuisversorger	7
Ander	8

9. WATSE KRAGBRON(NE) HET JY?

Elektrisiteit	1
Parafien	2
Gas	3
Opwekker	4
Solar	5
Ander	6
<i>Spesifiseer</i>	61

10. HET JY 'N SPOELTOILET?

1. JA	1. Binne	2. Buite
2. NEE		

1. DOEN JY SELF JOU INKOPIES?

1 Ja	2 Nee
------	-------

2. Indien NEE, wie doen dit vir jou?

Niemand	1
Eggenoot	2
Ander familielid	3
Privaat Persoon	4
Vriend/vriendin	5
Kind	6
Tuisversorger	7
Ander	8

2. NEEM JY DEEL IN ONSPANNINGSAKTIWITEITE?

1 Ja 2 Nee

1. Indien JA, watter aktiwiteite?:

Sport	1	
Gemeenskapssaal aktiwiteite	2	
Stokperdjies (bv lees, naaldwerk)	3	
Kerk aktiwiteite	4	
Teater	5	
Televisie kyk	6	
Vrywillige werk	7	
Ander	8	<input type="text"/>

2. Indien NEE, hoekom nie?

Nie instaat nie	1	
Ontoeganklik	2	
Te duur	3	
Ander	4	<input type="text"/>

1. WAS JY VOORHEEN BETROKKE BY NAVORSING?

1 Ja 2 Nee

1 Indien JA, het jy enige terugvoer ontvang?

1 Ja 2 Nee

2. Hoe sal jy terugvoer oor die studie wil ontvang?

VORM VOLTOOI DEUR:

DATUM:

DEUR NAVORSER ONDERTEKEN:

Bylaag B - Demografiese Vraelys 2 (na-toets)

REFERENCE NO:

SANPAD PROJEEK**Vraelys 2**

Voltooi asseblief hierdie vorm na afloop van behandeling, deur die pasiënt die volgende vrae te vra: .

G = ALGEMEEN

NAAM VAN PASIËNT:

DIAGNOSE:

1. WAAR KRY JY JOU INKOMSTE VANDAAN?

Ongeskiktheids Toelaag -privaat/Allpay	1
Pensioen-privaat/Allpay	2
Kindersorgtoelaag	3
Carer dependency grant	4
Formeel: Permanent/kontraktueel	5
Informeel: Los werk /Kontrak /Seisonaal	6
Ander	7
Geen	8

2. WATSE AKTIWITEITE DOEN JY OM 'N INKOMSTE TE VERDIEN?

3. Het jy dit moeilik gevind om rond te beweeg in die sentrum?	1 JA	2 NEE	
4. Was dit vir jou moeilik om 'n afspraak vir rehab te kry?	1 JA	2 NEE	Hoekom?
5. Neem jy deel aan enige ontspanningsaktiwiteite?	1 JA	2 NEE	

5.1 Indien JA, watse aktiwiteite?

Sport	1	
Gemeenskapssaal aktiwiteite	2	
Stokperdjies (bv lees, naaldwerk)	3	
Kerk aktiwiteite	4	
Teater	5	
Televisie kyk	6	
Vrywillige werk	7	
Ander	8	<input type="text"/>

REFERENCE NO:

--

5.2 Indien NEE, hoekom nie?

Nie instaat nie	1
Ontoeganklik	2
Te duur	3
Ander	4

6. Weet jy dat daar 'n gemeenskapsgesondheidskomitee is?	1 JA	2 NEE	
7. Neem jy deel aan die gesondheidskomitee?	1 JA	2 NEE	
8. Weet jy dat jy kan kla oor gesondheidsdienste?	1 JA	2 NEE	
9. Het jy al die hulpmiddels wat jy benodig ontvang?	1 JA	2 NEE	3 Geen nodig gehad
9.1.1 Indien JA, is jy gelukkig met die hulpmiddels?	1 JA	2 NEE	
9.1.2 Indien JA, gebruik jy die hulpmiddels?	1 JA	2 NEE	
9.1.3 Indien NEE, hoekom nie?			
9.2.1 Indien NEE, wat het jy nodig?			
9.2.2 Indien NEE, hoekom het jy dit nie gekry nie?			

R = VERWYSING:

A. Na wie toe is jy verwys?	3	Deur Wie?	Het jy gegaan?		Hoe lank het jy gewag?
1 Berader			1 JA	2 NEE	
2 Sielkundige /Psigiatriese Sr			1 JA	2 NEE	
3 Verpleegster			1 JA	2 NEE	
4 Apteker			1 JA	2 NEE	
5 Maatskaplike werker			1 JA	2 NEE	
6 Radiografis (X-trale)			1 JA	2 NEE	
7 Prostetis/Ortotis/Ortopediese Sr			1 JA	2 NEE	
8 Tradisionele/geloofsgeneser			1 JA	2 NEE	
9 Fisioterapeut			1 JA	2 NEE	
10 Arbeidsterapeut			1 JA	2 NEE	
11 Spraakterapeut			1 JA	2 NEE	
12 Dokter			1 JA	2 NEE	
13 Diëetkundige			1 JA	2 NEE	
14 Tuisversorger/ HBC			1 JA	2 NEE	
15 Ander			1 JA	2 NEE	
16 Geen					

REFERENCE NO:

C. Wie wil jy nog gaan sien?	HOEKOM?
1 Berader	
2 Sielkundige/Psigiatriese Sr	
3 Verpleegster	
4 Apteker	
5 Maatskaplike werker	
6 Radiografis (X-trale)	
7 Prostetis/Ortotis /Ortopediese Sr	
8 Tradisionele/geloofsgeneser	
9 Fisioterapeut	
10 Arbeidsterapeut	
11 Spraakterapeut	
12 Dokter	
13 Diëtkundige	
14 Tuisversorger/HBC	
15 Ander	
16. Geen / Niemand	

REFERENCE NO:

S = OMGEWINGSFAKTORE

MERK ASSEBLIEF DIE TOEPASLIKE GESIGGIE BY ELKE VRAAG SOOS WAT JY VOEL JOU TERAPIE DEUR DIE FAKTOR GEAFFEKTEER IS:

WATTER EFFEK HET DIE VOLGENDE OP DIT WAT JY WOU BEREIK HET IN TERAPIE, GEHAD?	1 Positief (Fasiliteerder)	2 Geen Effek	3 Negatief (hindernis)	4 NVT
1 DIE WEER?				
2 JOU GESIN ?				
3 JOU VERSORGER?				
4 JOU FISIOTERAPEUT?				
5 JOU ARBEIDSTERAPEUT?				
6 JOU SPRAAKTERAPEUT?				
7 VERVOER (dink aan kostes en beskikbaarheid) ?				
8 JOU GELOOF ?				
9 JOU HUISHOUDING SE MAANDELIKSE INKOMSTE?				
10 DIE STRUKTUUR VAN DIE HUIS WAARIN JY WOON ?				
11 DIE BESKIKBAARHEID VAN VOEDSEL?				
12 DIE BESKIKBAARHEID VAN KRAG?				
13 DIE BESKIKBAARHEID VAN WATER?				
14 DIE POSISIE VAN JOU TOILET?				
15 DIE STRUKTUUR VAN DIE FASILITEITE IN JOU OMGEWING ? BV SHOPRITE/LIBRARY				
16 DIE GEMEENSAP SE HOUDING TEENOR JOU AS 'N PERSOON MET 'N GESTREMDHEID/PROBLEEM				

REFERENCE NO:

VORM VOLTOOI DEUR:

DATUM:

DEUR NAVORSER ONDERTEKEN:

Bylaag C - Onderhoud Vraelys

Kern vrae vir onderhoud

Beantwoord asb die volgende vrae so eerlik as moontlik. Ek wil graag sien watter verskil terapie vir jou die pasiënt gemaak het.

1. Waarmee het jy gesukkel of kon jy nie vir jouself gedoen het **voor** jy met terapie by Bishop Lavis Rehab begin het? (dis nou na jy jou siekte of besering gekry het maar voor jy met terapie begin het)

[Jouself versorg; Huistake (binne en buite huis), Take by jou werk]

2. Wat kan jy **nou** vir jouself doen wat jy nie voor terapie vir jouself kon doen nie? (dis nou na jy terapie gekry het)

[Jouself versorg; Huistake (binne en buite huis), Take by jou werk]

3. Wat sal jy graag nog vir jouself kan doen?

4. Vertel in jou eie woorde wat die Rehab vir jou beteken het?

Baie dankie vir jou tyd en eerlikheid

Bylaag D - Aangepaste Zambiese Aktiwiteite en Deelname Vraelys (AZ)

BEPERKING VAN AKTIWITEITE: Hoe moeilik is dit vir u om hierdie aktiwiteit met ondersteuning uit te voer? (Dit wil sê met die gebruik van ondersteunende apparaat – hetsy tegnies of persoonlik - Dit is met enige hulpmiddel of mens se hulp)	Beperking van aktiwiteit Puntetoekenning 0 geen probleem 1 geringe probleem 2 matige probleem 3 ernstige probleem 4 nie in staat om die aktiwiteit uit te voer nie 8 nie van toepassing nie 9 nie gespesifiseer nie (vlak onbekend)
2. KOMMUNIKASIE	
a. verstaan ander persone (gesproke, geskrewe of gebaretaal)	
b. produseer boodskappe (gesproke, geskrewe of gebaretaal)	
c. kommunikeer direk met ander persone	
d. kommunikeer met behulp van toestelle (telefoon/tikmasjien/rekenaar/SMS)	
3. MOBILITEIT	
a. behou een liggaamsposisie	
b. verander liggaamsposisie (sit/staan/buig/lê)	
c. jou verplaas (beweeg van die een oppervlak na 'n ander)	
d. optel/dra/beweeg/hanteer voorwerpe	
e. fyn handgebruik (optel/vat/manipuleer/los)	
f. gebruik van hand & arm (trek/stoot/reik/gooi/vang)	
g. loop	
h. rondbeweeg (kruip/klim/hardloop/spring)	
i. gebruik vervoer om as 'n passasier rond te beweeg	
j. bestuur van voertuig (motor/boot/fiets/of op 'n dier ry)	
4. SELFVERSORGING	
a. jouself was	
b. versorging van liggaamsdele, tande naels en hare	
c. toiletgebruik	
d. aan- en uittrek	
e. eet en drink	
5. HUISHOUDELIKE LEWE	
a. inkope doen (bekom van goedere en dienste)	
b. voorbereiding van maaltye (kook)	
c. huishoudelike werk verrig (was/skoonmaak)	
d. versorging van persoonlike voorwerpe (heelmaak/herstel)	
e. ander persone versorg	

<p>BEPERKING VAN AKTIWITEITE:</p> <p>Hoe moeilik is dit vir u om hierdie aktiwiteit <u>met ondersteuning</u> uit te voer? (Dit wil sê met die gebruik van ondersteunende apparaat – hetsy tegnies of persoonlik - Dit is met enige hulpmiddel of mens se hulp)</p>	<p>Beperking van aktiwiteit Puntetoekenning</p> <p>0 geen probleem 1 geringe probleem 2 matige probleem 3 ernstige probleem 4 nie in staat om die aktiwiteit uit te voer nie</p> <p>8 nie van toepassing nie 9 nie gespesifiseer nie (vlak onbekend)</p>
6. INTERPERSOONLIKE GEDRAG	
a. vriende maak en vriendskappe in stand hou	
b. interaksie met persone in gesagsposisies (beamptes, plaaslike hoofde)	
c. interaksie met vreemdelinge	
d. familieverhoudings skep en in stand hou	
e. intieme verhoudings skep en in stand hou	
7. BELANGRIKE LEWENSAREAS	
a. skool toe gaan en studeer (opvoeding)	
b. werk kry en behou (werk & indiensneming)	
c. hantering van inkomste en betalings (ekonomiese lewe)	
8. GEMEENSKAP, SOSIALE EN BURGERLIKE LEWE	
a. klubs/organisasies (gemeenskapslewe)	
b. ontspanning/vrye tyd (sport/speel/vaardighede/stokperdjies/kuns/kultuur)	
c. godsdienstige/geestelike aktiwiteite	
d. politieke lewe en burgerskap	

BEPERKING VAN DEELNAME: Ervaar u probleme om hierdie aktiwiteit in u huidige omgewing uit te voer? <i>(Huidige omgewing verwys na die omgewing waarin u die meeste van die tyd woon, werk, speel ens..)</i>	Beperking van deelname 0 geen probleem 1 geringe probleem 2 matige probleem 3 ernstige probleem 4 algehele probleem (nie in staat om uit te voer nie) 8 nie van toepassing nie 9 nie gespesifiseer nie (vlak onbekend)
2. KOMMUNIKASIE	
a. verstaan ander persone (gesproke, geskrewe of gebaretaal)	
b. produseer boodskappe (gesproke, geskrewe of gebaretaal)	
c. kommunikeer direk met ander persone	
d. kommunikeer met behulp van toestelle (telefoon/tikmasjien/rekenaar/SMS)	
3. MOBILITEIT	
a. behou een liggaamsposisie	
b. verander liggaamsposisie (sit/staan/buig/lê)	
c. jou verplaas (beweeg van die een oppervlak na 'n ander)	
d. optel/dra/beweeg/hanteer voorwerpe	
e. fyn handgebruik (optel/vat/manipuleer/los)	
f. gebruik van hand & arm (trek/stoot/reik/gooi/vang)	
g. loop	
h. rondbeweeg (kruip/klim/hardloop/spring)	
i. gebruik vervoer om as 'n passasier rond te beweeg	
j. bestuur van voertuig (motor/boot/fiets/of op 'n dier ry)	
4. SELFVERSORGING	
a. jouself was	
b. versorging van liggaamsdele, tande naels en hare	
c. toiletgebruik	
d. aan- en uittrek	
e. eet en drink	
5. HUISHOUDELIKE LEWE	
a. inkope doen (bekom van goedere en dienste)	
b. voorbereiding van maaltye (kook)	
c. huishoudelike werk verrig (was/skoonmaak)	
d. versorging van persoonlike voorwerpe (heelmaak/herstel)	
e. ander persone versorg	

BEPERKING VAN DEELNAME: Ervaar u probleme om hierdie aktiwiteit in u huidige omgewing uit te voer? <i>(Huidige omgewing verwys na die omgewing waarin u die meeste van die tyd woon, werk, speel ens..)</i>	Beperking van deelname 0 geen probleem 1 geringe probleem 2 matige probleem 3 ernstige probleem 4 algehele probleem (nie in staat om uit te voer nie) 8 nie van toepassing nie 9 nie gespesifiseer nie (vlak onbekend)
6. INTERPERSOONLIKE GEDRAG	
a. vriende maak en vriendskappe in stand hou	
b. interaksie met persone in gesagsposisies (beamptes, plaaslike hoofde)	
c. interaksie met vreemdelinge	
d. familieverhoudings skep en in stand hou	
e. intieme verhoudings skep en in stand hou	
7. BELANGRIKE LEWENSAREAS	
a. skool toe gaan en studeer (opvoeding)	
b. werk kry en behou (werk & indiensneming)	
c. hantering van inkomste en betalings (ekonomiese lewe)	
8. GEMEENSKAP, SOSIALE EN BURGERLIKE LEWE	
a. klubs/organisasies (gemeenskapslewe)	
b. ontspanning/vrye tyd (sport/speel/vaardighede/stokperdjies/kuns/kultuur)	
c. godsdienstige/geestelike aktiwiteite	
d. politieke lewe en burgerskap	

Bylaag E - Barthelindeks (BI)

Barthel

1. **Stoelgang** (maagwerk)
- 0 = inkontinent (of benodig 'n lawement)
5 = toevallige ongelukke (een keer per week)
10 = kontinent
2. **Blaas**
- 0 = inkontinent, of gekateriseer en kan nie alleen oor die weg kom nie
5 = toevallige ongelukke (maksimum een maal per 24 uur)
10 = kontinent
3. **Selfversorging**
- 0 = benodig hulp met persoonlike versorging
5 = onafhanklik met gesig, hare, tande, skeer (gebruiksartikels voorsien)
4. **Toiletgebruik**
- 0 = afhanklik
5 = benodig hulp, maar kan iets self doen
10 = onafhanklik (op en af, aantrek, afvee)
5. **Eet**
- 0 = kan nie
5 = benodig hulp met sny, botter smeer, ens.
10 = onafhanklik
6. **Veplasing (van bed na stoel en terug)**
- 0 = kan nie, geen balans sittend
5 = benodig baie hulp (een of twee persone, fisies), kan sit
10 = benodig min hulp (verbaal of fisies)
15 = onafhanklik
7. **Beweeglikheid**
- 0 = onbeweeglik
5 = onafhanklik met rolstoel, ook om draaie
10 = loop met hulp van een persoon (verbaal of fisies)
15 = onafhanklik (kan enige hulpmiddel gebruik, bv, kierie)
8. **Aantrek**
- 0 = afhanklik
5 = benodig hulp maar kan omtrent helfte self doen
10 = onafhanklik (insluitend knope, ritssluiters, veters)
9. **Trappe klim**
- 0 = kan nie
5 = benodig hulp (verbaal, fisies, dra van hulpmiddels)

10 = onafhanklik

10. **Bad**

0 = afhanklik

5 = onafhanklik

TOTAAL

Riglyne vir die gebruik van die Barthel-Indeks (Na beroerte)

1. Hierdie indeks moet gebruik word as 'n rekord van wat 'n pasiënt wel gedoen het, **nie** as 'n rekord van wat 'n pasiënt sou kon doen nie.
2. Die hoofdoel is om die mate van afhanklikheid van hulp vas te stel, fisies of verbaal, hoe gering ook al en om watter rede ook al.
3. Die behoefte aan toesig laat 'n pasiënt **nie** onafhanklik nie.
4. 'n Pasiënt se vermoë moet bepaal word deur gebruik te maak van die beste beskikbare getuienis. Die pasiënt, vriende, familie en verpleegkundiges kan gewoonlik ondervra word, maar direkte waarneming en gesonde verstand is ook belangrik. Direkte toetsing is egter nie nodig nie.
5. Middelkategorieë impliseer dat die pasiënt meer as 50 persent van die poging bydra.
6. Die gebruik van hulpmiddele om onafhanklik te wees word toegelaat.
(Wade, '92)

Bylaag F- Oswestry-Rugpynvraelys

Oswestry Vraelys t.o.v. Gestremdheid

Hierdie vraelys is ontwikkel om inligting te verkry omtrent hoe u rug- of beenpyn u vermoë om daaglik oor die weg te kom, affekteer.

Antwoord asseblief deur een kassie in elke afdeling te merk vir die stelling wat die meeste op u van toepassing is. Ons besef dat u kan dink twee of meer stellings in 'n afdeling kan van toepassing wees, maar vul asseblief net die kassie wat die stelling aandui wat u probleem die beste beskryf in.

<p>Afdeling 1: Intensiteit van pyn</p> <p>Ek het op die oomblik geen pyn nie. Die pyn is op die oomblik baie min. Die pyn is op die oomblik matig. Die pyn is op die oomblik matig. Die pyn is op die oomblik redelik erg. Die pyn is op die oomblik baie erg. Die pyn is op die oomblik so erg as moontlik.</p>	<p>Afdeling 6: Staan</p> <p>Ek kan so lank as wat ek wil staan sonder ekstra pyn. Ek kan so lank as wat ek wil staan, maar dit gee my ekstra pyn. Pyn veroorsaak dat ek nie langer as 1 uur kan staan nie. Pyn veroorsaak dat ek nie langer as 30 minute kan staan nie. Pyn veroorsaak dat ek nie langer as 10 minute kan staan nie. Pyn veroorsaak dat ek glad nie kan staan nie.</p>
<p>Afdeling 2: Persoonlike versorging (bv. was, aantrek)</p> <p>Ek kan my gewoonlik self versorg sonder ekstra pyn. Ek kan my gewoonlik self versorg, maar dit gee my ekstra pyn. Dit veroorsaak pyn om my te versorg en ek is stadig en versigtig Ek het hulp nodig, maar kan die meeste van my persoonlike versorging self hanteer Ek het elke dag hulp nodig in die meeste aspekte van selfversorging Ek trek nie aan nie, was met moeite en bly in die bed</p>	<p>Afdeling 7: Slaap</p> <p>My slaap word nooit deur pyn versteur nie. My slaap word soms deur pyn versteur. As gevolg van pyn kry ek minder as 6 ure se slaap. As gevolg van pyn kry ek minder as 4 ure se slaap. As gevolg van pyn kry ek minder as 2 ure se slaap. Pyn veroorsaak dat ek glad nie kan slaap nie.</p>
<p>Afdeling 3: Optel</p> <p>Ek kan swaar goed optel sonder ekstra pyn. Ek kan swaar goed optel, maar dit gee my ekstra pyn. As gevolg van pyn kan ek nie swaar goed van die vloer af optel nie, maar wel as dit op gerieflike hoogte geplaas is, bv. op 'n tafel. As gevolg van pyn kan ek nie swaar goed optel nie, maar wel ligte tot mediumswaar goed as dit op 'n gerieflike hoogte geplaas is. Ek kan net baie ligte goed optel. Ek kan niks optel of dra nie.</p>	<p>Afdeling 8: Sekslewe (indien van toepassing)</p> <p>My sekslewe is normaal en veroorsaak nie ekstra pyn nie. My sekslewe is normaal, maar veroorsaak ekstra pyn. My sekslewe is byna normaal, maar is baie pynlik. My sekslewe word in ernstige mate beperk deur pyn. My sekslewe is byna afwesig as gevolg van pyn. Pyn veroorsaak dat ek geen sekslewe het nie.</p>
<p>Afdeling 4: Loop*</p> <p>Pyn veroorsaak nie dat ek nie enige afstand kan loop nie. Pyn veroorsaak dat ek nie meer as 2 kilometer kan loop nie. Pyn veroorsaak dat ek nie meer as 1 kilometer kan loop nie. Pyn veroorsaak dat ek nie meer as 500 meter kan loop nie. Ek ken net met behulp van 'n kiere of krukke loop. Ek is die meeste van die tyd in die bed.</p>	<p>Afdeling 9: Sosiale lewe</p> <p>My sosiale lewe is normaal en gee my nie ekstra pyn nie. My sosiale lewe is normaal, maar vererger die pyn. Pyn het geen betekenisvolle uitwerking op my sosiale lewe nie behalwe dat dit my meer energieke belangstellings, bv. sport, beperk. Pyn beperk my sosiale lewe en ek gaan nie dikwels uit nie. Pyn beperk my sosiale lewe tot my huis. As gevolg van pyn het ek nie 'n sosiale lewe nie.</p>
<p>Afdeling 5: Sit</p> <p>Ek kan op enige stoel sit so lank as wat ek wil. Ek kan net op my gunstelingstoel sit so lank as wat ek wil. As gevolg van pyn kan ek nie langer as 'n uur sit nie. As gevolg van pyn kan ek nie langer as 30 minute sit nie. As gevolg van pyn kan ek nie langer as 10 minute sit nie. As gevolg van pyn kan ek glad nie sit nie.</p>	<p>Afdeling 10: Reis</p> <p>Ek kan na enige plek reis sonder pyn. Ek kan na enige plek reis, maar dit gee my ekstra pyn. Die pyn is erg, maar ek kan langer as twee uur reis. As gevolg van pyn, kan ek nie langer as een uur reis nie. As gevolg van pyn, kan ek net vir minder as 30 minute reis as dit noodsaaklik is. As gevolg van pyn, kan ek net vir behandeling reis.</p>

PUNTE: ___ / ___ x 100 = ___%

Punttoekenning: Die moontlike totaal vir elke afdeling is 5: as die eerste stelling gemerk is, is die punt 0 en as die laaste stelling gemerk is, is die punt 5.

Wanneer al die afdelings voltooi is, word die totaal soos volg bereken:

$$\frac{16 \text{ (totaal behaal)}}{50 \text{ (moontlike totaal)}} \times 100 = 32\%$$

As een afdeling oorgeslaan is of nie van toepassing is nie, is die berekening:

$$\frac{16 \text{ (totaal behaal)}}{45 \text{ (moontlike totaal)}} \times 100 = 35.5\%$$

Minimum verandering merkbaar (90% vertroue): 10% punte ('n kleiner verandering sou aan foutiewe meting toegeskryf kan word).

Bron: Fairbank JCT & Pynsent PB (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine*, 25(22):2940-2953.
Davidson M & Keating J (2001). A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Physical Therapy* 2002;82:8-24.

* Let wel: Afstande van 1 myl, ½ myl en 100 jaard is in die afdeling oor loop met metrieke afstande vervang.

Bylaag G - Arthritis Impak Meting Skaal Kort vorm (AIMS2-SF)

Artritisimpakmetingskale 2 (AIMS2-SF)

Gedurende die afgelope vier weke ...	Elke dag	Meeste dae	Sommige dae	Min dae	Geen
1. Hoe dikwels was u fisies in staat om 'n motor te bestuur of openbare vervoer te gebruik?	1	2	3	4	5
2. Hoe dikwels het u die grootste deel van die dag in 'n bed of stoel deurgebring?	5	4	3	2	1
3. Was dit moeilik om veeleisende aktiwiteite te verrig soos om te hardloop, swaar goed op te tel of aan sport deel te neem?	5	4	3	2	1
4. Was dit moeilik om 'n paar blokke te loop of 'n paar stappe te klim?	5	4	3	2	1
5. Was dit onmoontlik om sonder die hulp van iemand anders of sonder 'n krukke, krukke of 'n looppraam te loop?	5	4	3	2	1
6. Kon u maklik met 'n pen of potlood skryf?	1	2	3	4	5
7. Kon u maklik 'n hemp of bloese vasknoop?	1	2	3	4	5
8. Kon u maklik 'n sleutel in 'n slot draai?	1	2	3	4	5
9. Kon u maklik u hare kam of borsel?	1	2	3	4	5
10. Kon u maklik by rakke bokant u kop bykom?	1	2	3	4	5
11. Het u hulp nodig gehad om aan te trek?	5	4	3	2	1
12. Het u hulp nodig gehad om uit die bed op te staan?	5	4	3	2	1
13. Hoe dikwels het u erge pyn gehad as gevolg van u artritis?	5	4	3	2	1
14. Hoe dikwels het u styfheid in die oggend meer as 'n uur nadat u wakker geword het, aangehou?	5	4	3	2	1
15. Hoe dikwels het u pyn dit vir u moeilik gemaak om te slaap?	5	4	3	2	1
16. Hoe dikwels het u gespanne of senuweeagtig gevoel?	5	4	3	2	1
17. Hoe dikwels het u senuwees u gepla?	5	4	3	2	1

Gedurende die afgelope vier weke ...	Elke dag	Meeste dae	Sommige dae	Min dae	Geen
18. Hoe dikwels was u neerslagtig of baie bedruk?	5	4	3	2	1
19. Hoe dikwels het u die dinge wat u gedoen het geniet?	1	2	3	4	5
20. Hoe dikwels het u 'n oorlas vir ander mense gevoel?	5	4	3	2	1
21. Hoe dikwels was u saam met vriende of familie?	1	2	3	4	5
22. Hoe dikwels het u oor die telefoon met goeie vriende of familie gepraat?	1	2	3	4	5
23. Hoe dikwels was u by 'n byeenkoms van 'n kerk, klub, span of ander groepe?	1	2	3	4	5
24. Het u gevoel u familie of vriende was sensitief vir u persoonlike behoeftes?	1	2	3	4	5

As u werkloos, gestrem of afgetree is, hou hier op

25. Hoe dikwels was u nie in staat om betaalde werk, huiswerk of skoolwerk te doen nie?	5	4	3	2	1
26. Hoe dikwels moes u op die dae wanneer u wel gewerk het 'n korter dag werk?	5	4	3	2	1

Bylaag H - Gestremdheid van die arm, skouer en hand [Disability of the arm, shoulder and hand] (DASH)

GESTREMDHEDE VAN DIE ARM, SKOUER EN HAND

Die

DASH

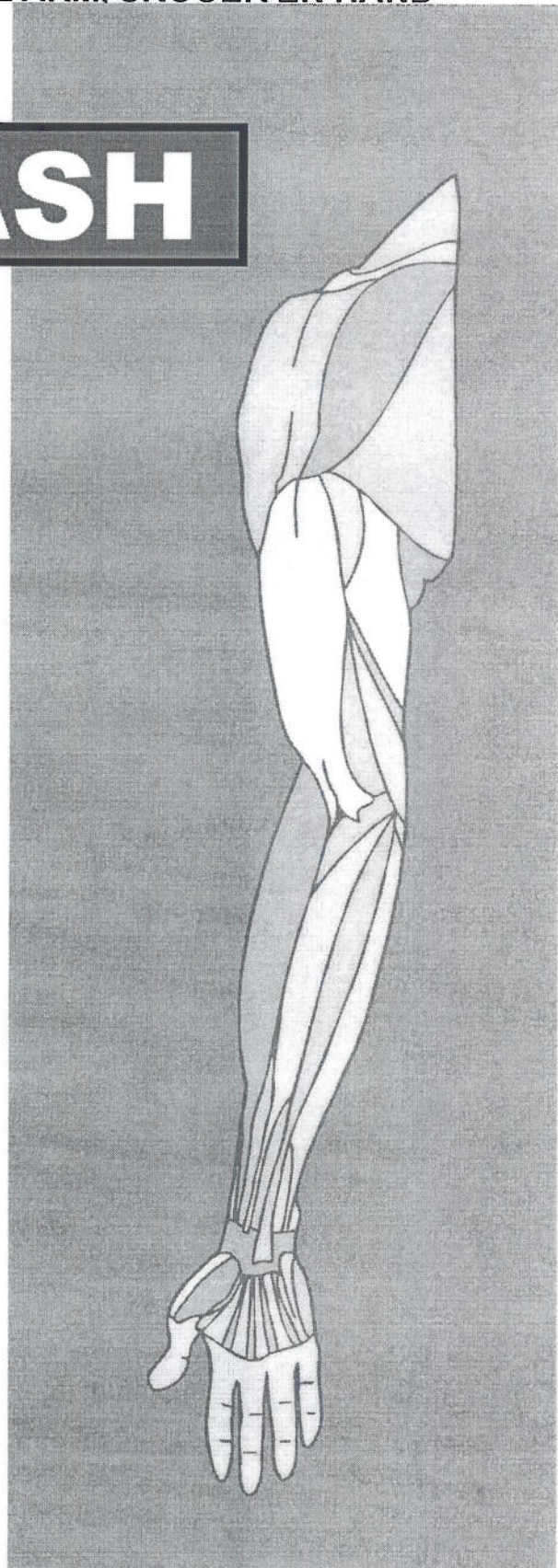
OPDRAGTE

Hierdie vraelys handel oor u simptome, asook u vermoë om sekere aktiwiteite uit te voer.

Beantwoord asseblief elke vraag, gebaseer op u toestand die afgelope week, deur die gepaste syfer te omkring.

As u die afgelope week nie die geleentheid gehad het om 'n sekere aktiwiteit uit te voer nie, doen asseblief u bes om so goed moontlik te skat watter antwoord die akkuraatste sou wees.

Dit maak nie saak watter hand of arm u gebruik om die aktiwiteit mee uit te voer nie; antwoord asseblief op grond van u vermoë ongeag hoe u die taak verrig.



GESTREMDHEDE VAN DIE ARM, SKOUER EN HAND

Beoordeel asseblief u vermoë tydens die afgelope week om onderstaande aktiwiteite uit te voer deur die syfer onder die gepaste antwoord te omring.

	GLAD NIE MOEILIK NIE	EFFENS MOEILIK	MATIG MOEILIK	UITERS MOEILIK	ONMOONTLIK
1. 'n Nuwe bottel of 'n bottel met 'n deksel wat styf pas oop te maak.	1	2	3	4	5
2. Skryf.	1	2	3	4	5
3. 'n Sleutel draai.	1	2	3	4	5
4. 'n Maaltyd voorberei.	1	2	3	4	5
5. 'n Swaar deur oopstoot.	1	2	3	4	5
6. 'n Voorwerp op 'n rak bokant u kop plaas.	1	2	3	4	5
7. Swaar huishoudelike werk doen (soos mure was, of vloere was).	1	2	3	4	5
8. Tuinmaak of buite werk.	1	2	3	4	5
9. Bed opmaak.	1	2	3	4	5
10. 'n Inkopiesak of aktetas dra.	1	2	3	4	5
11. 'n Swaar voorwerp dra (meer as 5 kg).	1	2	3	4	5
12. 'n Gloeilampie bokant u kop vervang.	1	2	3	4	5
13. U hare was of droogblaas.	1	2	3	4	5
14. U rug was.	1	2	3	4	5
15. 'n Oortrektrui aantrek.	1	2	3	4	5
16. 'n Mes gebruik om kos mee te sny.	1	2	3	4	5
17. Ontspanningsaktiwiteite wat min inspanning verg (soos kaartspeel, brei, ens.).	1	2	3	4	5
18. Ontspanningsaktiwiteite met 'n mate van krag of impak via u arm, skouer of hand (bv. gholf, hamerslae, tennis, ens.).	1	2	3	4	5
19. Ontspanningsaktiwiteite waartydens u u arm vryelik beweeg (soos frisbee of pluimbal speel, ens.).	1	2	3	4	5
20. Hantering van vervoerbehoefes (om van een plek na 'n ander te gaan).	1	2	3	4	5
21. Seksuele aktiwiteite.	1	2	3	4	5

GESTREMDHEDE VAN DIE ARM, SKOUER EN HAND

	GLAD NIE	EFFENS	MATIG	HEELWAT	TOT DIE UITERSTE
22. Gedurende die afgelope week, in watter mate het u probleem met u arm, skouer of hand met u normale sosiale aktiwiteite saam met familie, vriende, bure of groepe ingemeng? (Omkring syfer.)	1	2	3	4	5

	GLAD NIE BEPERK NIE	EFFENS BEPERK	MATIG BEPERK	BAIE BEPERK	ONVERMOË
23. Gedurende die afgelope week, het u probleem met u arm, skouer of hand u beperk sover dit u werk of ander gereelde daaglikse aktiwiteite aangaan? (Omkring syfer.)	1	2	3	4	5

Beoordeel asseblief hoe erg onderstaande simptome die afgelope week vir u was. (Omkring syfer.)

	AFWESIG	LIG	MATIG	ERG	UITERS ERG
24. Pyn in die arm, skouer of hand.	1	2	3	4	5
25. Pyn in die arm, skouer of hand wanneer u enige spesifieke aktiwiteit uitvoer.	1	2	3	4	5
26. Prikkeling (naalde-en-spelde) in u arm, skouer of hand.	1	2	3	4	5
27. Swakheid in u arm, skouer of hand.	1	2	3	4	5
28. Styfheid in u arm, skouer of hand.	1	2	3	4	5

	GLAD NIE MOEILIK NIE	EFFENS MOEILIK	MATIG MOEILIK	UITERS MOEILIK	SO MOEILIK DAT EK NIE KAN SLAAP NIE
29. Hoe moeilik het die pyn in u arm, skouer of hand dit gedurende die afgelope week vir u gemaak om te slaap? (Omkring syfer.)	1	2	3	4	5

	STEM GLAD NIE SAAM NIE	STEM NIE SAAM NIE	DIS VIR MY OM'T EWE	STEM SAAM	STEM VOLMONDIG SAAM
30. Die probleem met my arm, skouer of hand laat my voel asof ek minder bevoeg is, minder selfvertroue het, of minder nuttig is. (Omkring syfer.)	1	2	3	4	5

GESTREMDHEDE VAN DIE ARM, SKOUER EN HAND/SIMPTOOMTELLING = $\frac{(\text{som van } n \text{ antwoorde})}{n} - 1$ x 25, waar n gelyk is aan die aantal voltooide antwoorde.

Daar mag geen DASH-telling bereken word as daar meer as 3 items ontbreek nie.

GESTREMDHEDE VAN DIE ARM, SKOUER EN HAND

WERKSMODULE (OPSIONEEL)

Die volgende vrae handel oor die impak van u probleem met u arm, skouer of hand op u vermoë om te werk (tuisteskepping ingesluit as dit u hoofwerksrol is).

Dui asseblief aan watter werk u doen: _____

Ek werk nie. (U kan hierdie deel oorslaan.)

Omkring asseblief die syfer wat u fisiese vermoë die afgelope week die beste beskryf. Het u dit moeilik gevind ...

	GLAD NIE MOEILIK NIE	EFFENS MOEILIK	MATIG MOEILIK	UITERS MOEILIK	ONMOONTLIK
1. ... om van u gewone tegniek gebruik te maak vir u werk?	1	2	3	4	5
2. ... om u gewone werk te doen, as gevolg van pyn in u arm, skouer of hand?	1	2	3	4	5
3. ... om u werk so goed te doen as wat u sou wou?	1	2	3	4	5
4. ... om netsoveel tyd as gewoonlik aan u werk te bestee?	1	2	3	4	5

SPORT-/UITVOERENDEKUNSTEMODULE (OPSIONEEL)

Die volgende vrae hou verband met die impak van u probleem met u arm, skouer of hand op u vermoë om u musiekinstrument te bespeel of aan sport deel te neem of albei.

As u aan meer as een sport deelneem of meer as een musiekinstrument bespeel (of aan sport deelneem én 'n musiekinstrument bespeel), antwoord asseblief ten opsigte van die aktiwiteit wat vir u die belangrikste is.

Dui asseblief aan watter sport of instrument vir u die belangrikste is: _____

Ek neem nie aan sport deel nie en bespeel nie 'n instrument nie. (U kan hierdie deel oorslaan.)

Omkring asseblief die syfer wat u fisiese vermoë die afgelope week die beste beskryf. Het u dit enigsins moeilik gevind ...

	GLAD NIE MOEILIK NIE	EFFENS MOEILIK	MATIG MOEILIK	UITERS MOEILIK	ONMOONTLIK
1. ... om van u gewone tegniek gebruik te maak wanneer u aan sport deelneem of u instrument bespeel?	1	2	3	4	5
2. ... om u musiekinstrument te bespeel of aan sport deel te neem as gevolg van pyn in u arm, skouer of hand?	1	2	3	4	5
3. ... om u musiekinstrument so goed te bespeel as wat u sou wou of om so goed te vaar in u sport as wat u sou wou?	1	2	3	4	5
4. ... om netsoveel tyd as gewoonlik aan die bespeeling van u instrument/musiek-oefen of deelname/oefening ten opsigte van u sport te bestee?	1	2	3	4	5

PUNTETOEKENNING TEN OPSIGTE VAN DIE OPSIONELE MODULES: Tel die waardes wat vir al die antwoorde toegeken is, bymekaar; deel deur 4 (aantal items); trek 1 af; maal met 25.

Geen opsionelemodule-telling mag bereken word as daar enige items ontbreek nie.

Bylaag I - Kliniese mobiliteitskaal

Kliniese Mobiliteitskaal

Oorsig:

'n Kliniese Mobiliteitskaal kan gebruik word om 'n pasiënt se graad van beweeglikheid/mobiliteit oor 'n tydperk te assesseer.

Parameters:

- (1) staande postuur
- (2) loop
- (3) gang
- (4) sit
- (5) trappe klim
- (6) toestelle in die hand gedra
- (7) rolstoel
- (8) tydsbesteding]

Mobiliteitsparameter	Bevinding	Punt
staande postuur (hoe pasiënt funksioneer met of sonder prostese)	staan nie	0
	staan net met iemand anders se hulp	1
	staan met behulp van 'n toestel in die hand (kruk, kiere, loopraam)	2
	staan sonder hulp	3
loop (hoe pasiënt funksioneer met of sonder prostese)	loop nie	0
	loop net met iemand anders se hulp	1
	loop met behulp van 'n toestel in die hand (kruk, kiere, loopraam)	2
	loop sonder hulp	3
loopgang (hoe pasiënt funksioneer met of sonder prostese)	loop stadig of glad nie	0
	loop teen redelike stadige pas	1
	loop flink	2
	kan draf of hardloop	3

sit (hoe pasiënt funksioneer met of sonder prostese)	sit net vir kort periodes en verkies om te le	0
	sit sonder ongemak vir kort periodes (1uur)	1
	sit sonder ongemak vir langer periodes (langer as 1 uur)	2
	sit sonder ongemak	3
trappe klim (hoe pasiënt funksioneer met of sonder prostese)	kan nie trappe klim nie	0
	klim trappe met behulp van ander persoon	1
	klim trappe met behulp van handreëling en/of krukke	2
	klim trappe sonder hulp	3
toestelle in hand (krukke en kieries)	kan nie krukke of kieries gebruik nie	0
	moet krukke gebruik	1
	gebruik een kruk of kiere of soms twee krukke	2
	gebruik geen toestelle nie	3
rolstoele	beweeg meestal met behulp van rolstoel	0
	beweeg net vir lang afstande met behulp van rolstoel	1
	gebruik soms rolstoel	2
	gebruik nooit rolstoel nie	3
tydsbesteding	bestee grootste deel van dag tuis in die bed of op 'n sitbank	0
	bestee grootste deel van dag tuis in stoel	1
	bestee grootste deel van die dag rond lopend maar tuis	2
	bestee grootste deel van dag rond lopend (orals)	3

mobiliteits telling = (punte vir staande postuur) + (punte vir loop + (punte vir gang) + (punte vir sit) + (punte vir trappe klim) + (punte vir toestelle in die hand) + (punte vir rolstoel) + (punte vir tydsbesteding)

Interpretasie:

- minimumtelling 0 = minste beweeglik/mobiel
- maksimumtelling 24 = meeste beweeglik/mobiel

Bylaag J - Versorgerspanningindeks

(A Caregiver Strain Index)

A. VERSORGER SPANNINGSINDEKS

Ek gaan 'n lys voorlees van dinge waarmee ander mense dit moeilik gevind het om iemand te help wat uit die hospital ontslaan is. Dui asseblief aan of dit van toepassing is op jou

Punte: 0 = Nee / 1= Ja

1. **Slaap word versteur.**
(bv. omdat persoon X rusteloos is en in die nag rondwandel.)
2. **Dit is ongerieflik.**
(bv. om te help neem baie van my tyd of dit is ver om te gaan om hulp te verleen.)
3. **Dit is fisies inspannend.**
(bv. omdat die persoon in en uit 'n stoel opgelig moet word, inspanning of konsentrasie word vereis.)
4. **Ek voel beperk.**
(bv. daar is 'n tekort aan vrye tyd, of kan nie gaan kuier nie.)
5. **Die familie moes aanpassings maak.**
(bv. omdat die gewone roetine versteur is; daar is geen privaatheid nie)
6. **Ek moes my persoonlike planne verander.**
(bv. moes 'n werksaanbod weier; kon nie met vakansie gaan nie.)
7. **Daar is ander eise op my tyd.**
(bv. van ander familieledede.)
8. **Emosionele aanpassings is gemaak.**
(bv. as gevolg van ernstige argumente.)
9. **Sekere gedrag is ontstellend.**
(bv. as gevolg van inkontinensie; persoon X ly aan geheueverlies; of persoon X beweer dat ander mense van hom/haar steel.)
10. **Dit is ontstellend dat persoon X so baie verander het.**
(bv. hy/sy is 'n verskillende persoon as wat hy/sy eers was.)
11. **Werkaanpassings is gemaak.**
(bv. Ek moes tyd by die werk afneem.)
12. **Dit plaas my onder finansiële druk.**
13. **Ek voel heeltemal oorweldig.**
(bv. bekommernis oor persoon X; besorgtheid oor hoe ek gaan byhou met alles

Verwantskap aan die pasiënt:

- 1 eggenoot/eggenote
- 2 familielid
- 3 goeie vriend/vriendin
- 4 buurman of -vrou
- 5 ander

As u antwoord 5 is, gee asseblief besonderhede:

Bylaag K – CRALM

Patient ID.....

DATA GATHERING INSTRUMENT FOR MEDICAL RECORDS REVIEW

Diagnosis : STROKE

I. Swallowing /Dysaphagia:

Not documented:	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

2. Speech:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

2.1 Aphasia:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

2.1.1 Receptive:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

2.1.2 Expressive:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

2.2 Dysarthria:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

3. Cognitive function

3.1 Memory:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

3.2 Visual:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

3.3 Perceptual:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

3.4 Attention:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

4. Proprioception:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

5. Sensation:

- Not documented
- Impaired
- Not Impaired

6. Defecation:

- Not documented
- Impaired
- Not Impaired

7. Urination:

- Not documented
- Impaired
- Not Impaired

8. Affection

- Not documented
- Impaired
- Not Impaired

9. Muscle Power:

- Not documented
- 0 = complete problem
- 1-2 = severe
- 3 = moderate
- 4 = mild
- 5 = normal

body part affected (specify)

.....

.....

.....

.....

.....

10. Active selective movements

10.1 Upper limb: not documented impaired not impaired

10.1.1 Scapula shoulder elbow wrist hand

10.2 Lower limb: not documented impaired not impaired

10.2.1 Pelvis hip knee ankle foot

11. Muscle tone

muscle groups affected

Not documented

0 = moderate to severe decreased tone

1 = slightly decreased tone

2 = normal tone

3 = not affected

4 = slightly increased tone

5 = moderate to severe increased tone

.....

12. Balance:

Not documented

12.1 Standing:

Not documented

Impaired

Not Impaired

12.1.1 Static:

Not documented

Impaired

Not Impaired

12.1.2 Dynamic:

Not documented

Impaired

Not Impaired

12.2 Sitting:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

12.2.1 Static:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

12.2.2 Dynamic:

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not Impaired	<input type="checkbox"/>

Diagnosis: BACK PAIN

46. Muscle spasm

Not documented
 Present
 Absent

47. ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

47.1 Passive ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

47.1.1 Upper limb

Not documented impaired not impaired
 Scapula shoulder elbow wrist hand

47.1.2 Lower limb

Not documented impaired not impaired
 Pelvis hip knee ankle foot

47.2 Active ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

47.2.1. Upper limb

Not documented impaired not impaired
 Scapula shoulder elbow wrist hand

47.2.2 Lower limb

Not documented	<input type="checkbox"/>	impaired	<input type="checkbox"/>	not impaired	<input type="checkbox"/>
Pelvis	<input type="checkbox"/>	hip	<input type="checkbox"/>	knee	<input type="checkbox"/>
				ankle	<input type="checkbox"/>
				foot	<input type="checkbox"/>

48. Nerve entrapment

Not documented	<input type="checkbox"/>
Present	<input type="checkbox"/>
Absent	<input type="checkbox"/>

49. Muscle power

Not documented	<input type="checkbox"/>	muscles affected
0 = complete problem	<input type="checkbox"/>
1-2 = severe	<input type="checkbox"/>
3 = moderate	<input type="checkbox"/>
4 = mild	<input type="checkbox"/>
5 = normal	<input type="checkbox"/>

50. Sensation

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not impaired	<input type="checkbox"/>

51. Nerve mobility

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not impaired	<input type="checkbox"/>

52. Pain

Not documented	<input type="checkbox"/>
Impaired	<input type="checkbox"/>
Not impaired	<input type="checkbox"/>

Diagnosis: ARTHRITIS

49. ROM

Not documented

Impaired

Not impaired

49.1 Passive ROM

Not documented

Impaired

Not impaired

49.1.1 Upper limb

Not documented Impaired Not impaired

Scapula shoulder elbow wrist hand

49.1.2 Lower limb

Not documented impaired not impaired

Pelvis hip knee ankle foot

49.2 Active ROM

Not documented

Impaired

Not impaired

49.2.1 Upper limb

Not documented Impaired Not impaired

Scapula shoulder elbow wrist hand

49.2.2 Lower limb

Not documented impaired not impaired

Pelvis hip knee ankle foot

50. Oedema

Not documented

Present

Absent

51. Pain

Not documented

Present

Absent

Diagnosis: HANDS

52. ROM

Not documented

Impaired

Not impaired

52.1 Passive ROM

Not documented

Impaired

Not impaired

52.1.1 Upper limb

Not documented Impaired Not impaired

Scapula shoulder elbow wrist hand

52.1.2 Lower limb

Not documented impaired not impaired

Pelvis hip knee ankle foot

52.2 Active ROM

Not documented

Impaired

Not impaired

52.2.1 Upper limb

Not documented Impaired Not impaired

Scapula shoulder elbow wrist hand

52.2.2 Lower limb

Not documented impaired not impaired

Pelvis hip knee ankle foot

53. Pain

Not documented

Impaired

Not impaired

54. Sensation

54.1 Pain

- Not documented
- Present
- Absent

54.2 Temp

- Not documented Hot
- Impaired cold
- Not impaired

54.3 Touch

- Not documented
- Impaired
- Not impaired

55. Oedema

- Not documented
- Present
- Absent

56. Muscle Power

- Not documented muscles affected
- 0 = complete problem
- 1-2 = severe
- 3 = moderate
- 4 = mild
- 5 = normal

Diagnosis: LOWER LIMBS

68. ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

68.1 Passive ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

68.1.1 Lower limb

Not documented impaired not impaired
 Pelvis hip knee ankle foot

68.2 Active ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

68.2.1 Lower limb

Not documented impaired not impaired
 Pelvis hip knee ankle foot

69. Sensation

69.1 Pain

Not documented
 Present
 Not present

69.2 Temp

Not documented Hot
 Impaired cold
 Not impaired

69.3 Touch

- Not documented
- Impaired
- Not impaired

70. Oedema

- Not documented
- Present
- Absent

71. Muscle power

- Not documented
- 0 = complete problem
- 1-2 = severe
- 3 = moderate
- 4 = mild
- 5 = normal

Muscles affected

-
-
-
-
-

Diagnosis: UPPER LIMBS

71. ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

71.1 Passive ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

71.1.1 Upper limb

Not documented Impaired Not impaired
 Scapula shoulder elbow wrist hand

71.2 Active ROM

Not documented
 Impaired
 Not impaired

71.2.1 Upper limb

Not documented Impaired Not impaired
 Scapula shoulder elbow wrist hand

72. Sensation

72.1 Pain

Not documented
 Present
 Not present

72.2 Temp

Not documented Hot
 Impaired cold
 Not impaired

72.3 Touch

- Not documented
- Impaired
- Not impaired

73. Oedema

- Not documented
- Present
- Absent

74. Muscle power

- Not documented Muscles affected
- 0 = complete problem
- 1-2 = severe
- 3 = moderate
- 4 = mild
- 5 = normal

Bylaag L - Lêer data-vaslegging dokument

REFERENCE NO:

SANPAD PROJECT

Data Extraction Form 1

RESEARCHER'S NAME:

DATE OF DATA EXTRACTION:

PATIENT'S NAME:

DATE OF BIRTH:

DATE ON REFERRAL LETTER:

1. REFERRAL SOURCE :

TBH	1	PH	10
GSH	2	GFJ	11
KBH	3	Brooklyn C	12
CCC	4	NSH	13
Private GP	5	Booth Mem.	14
CHC	6	WCRC-OPD	15
Victoria	7	RCH	16
WH	8	Self referral	17
Nazerine	9	Other	18

2. REFERRAL PROFESSION:

OT	1
Physio	2
Dr Private	3
Dr. CHC	4
Dr. Hospital	5
Social worker	6
Nurse	7
Other	8

3. GENDER: Male 1 Female 2

4. MAIN DIAGNOSIS:

5. POSTAL ADDRESS:

6. DATE OF ADMISSION:

7. DATE OF DISCHARGE:

8. ALL REHABILITATIVE SERVICES RECEIVED DURING THE LENGTH OF HOSPITAL STAY:

DIFFERENT TEAM MEMBERS/SERVICES	TICK
1 Peer counsellor	
2 Psychologist	
3 Nurse	
4 Pharmacist	
5 Social Worker	
6 Radiographer	
7 Prosthetist/Orthotist	
8 Traditional/Faith Healer	
9 Physiotherapist	
10 Occupational Therapist	
11 Speech Therapist	
12 Doctor	
13 Dietician	
14 HBC	
15 Health and Wellness Centre/ Biokinetics	
16 Learn to swim	
17 Wheelchair basketball	
18 Ballroom dancing	
19 Outings: e.g. fun walks (Promenade)	
20 Other	

9. WHAT IS THE PATIENT'S REHABILITATION OUTCOME LEVEL ON ADMISSION?

1 Level 0	
2 Level 1	
3 Level 2	
4 Level 3	
5 Level 4	
6 Level 5	

10. WHAT IS THE PATIENT'S REHABILITATION OUTCOME LEVEL at DISCHARGE?

1 Level 0	
2 Level 1	
3 Level 2	
4 Level 3	
5 Level 4	
6 Level 5	

11. WHERE WAS THE PATIENT REFERRED TO AFTER BEING DISCHARGED FROM THE CENTRE?

1 Patient's home	
2 CHC	
3 Secondary hospital	
4 Tertiary hospital	
5 Rehabilitation unit	
6 Out-patient at WCRC	
7 Old age home	
8 Group home	
9 Other: Specify	

Bylaag M – US Etiese goedkeuringsvorms



UNIVERSITY OF STELLENBOSCH
Tygerberg Campus

16 February 2012

MAILED

Ms M Kloppers
Department of Occupational Therapy
2nd Floor, Teaching building
Stellenbosch University
Tygerberg campus
7505

Dear Ms Kloppers

"Die uitkomst wat fisies gestremde pasiente bereik deur hul deelname aan rehabilitasie by 'n buite-pasient rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap."

ETHICS REFERENCE NO: N09/09/250

RE : PROGRESS REPORT

At a meeting of the Health Research Ethics Committee that was held on 15 February 2012, the progress report for the abovementioned project has been approved and the study has been granted an extension for a period of one year from this date.

Please remember to submit progress reports in good time for annual renewal in the standard HREC format.

Approval Date: 15 February 2012

Expiry Date: 15 February 2013

Yours faithfully


MRS MERTRUDE DAVIDS

RESEARCH DEVELOPMENT AND SUPPORT

Tel: 021 938 9207 / E-mail: mertrude@sun.ac.za

Fax: 021 931 3352

16 February 2012 13:26

Page 1 of 1



Verbind tot Optimale Gesondheid · Committed to Optimal Health

Afdeling Navorsingsontwikkeling en -steun · Division of Research Development and Support

Posbus/PO Box 19063 · Tygerberg 7505 · Suid-Afrika/South Africa
Tel.: +27 21 938 9075 · Faks/Fax: +27 21 931 3352



UNIVERSITY OF STELLENBOSCH
Faculty of Health Sciences

Ms M Kloppers
Department of Occupational Therapy
2nd Floor, Teaching building
Stellenbosch University
Tygerberg campus
7505

Dear Ms Kloppers

"Die uitkomst wat fisies gestremde pasiente bereik deur hul deelname aan rehabilitasie by 'n buite-pasient rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap."

ETHICS REFERENCE NO: N09/09/250

RE : PROGRESS REPORT

At a meeting of the Health Research Ethics Committee that was held on 1 December 2010, the progress report for the abovementioned project has been approved and the study has been granted an extension for a period of one year from this date.

Please remember to submit progress reports in good time for annual renewal in the standard HREC format.

Approval Date: 1 December 2010

Expiry Date: 1 December 2011

Yours faithfully


MRS MERTRUDE DAVIDS

RESEARCH DEVELOPMENT AND SUPPORT

Tel: 021 938 9207 / E-mail: mertrude@sun.ac.za

Fax: 021 931 3352

02 December 2010 10:58

Page 1 of 1



Fakulteit Gesondheidswetenskappe



Verbind tot Optimale Gesondheid · Committed to Optimal Health

Afdeling Navorsingsontwikkeling en -steun · Division of Research Development and Support

Posbus/PO Box 19063 · Tygerberg 7505 · Suid-Afrika/South Africa

Tel.: +27 21 938 9075 · Faks/Fax: +27 21 931 3352



UNIVERSITEIT-STELLENBOSCH-UNIVERSITY
for knowledge - your knowledge partner

03 December 2009

MAILED

Ms M Kloppers
Department of Occupational Therapy
2nd Floor, Teaching building
Stellenbosch University
Tygerberg campus
7505

Dear Ms Kloppers

"Die uitkomst wat fisies gestremde pasiente bereik deur hul deelname aan rehabilitasie by 'n buite-pasient rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap."

ETHICS REFERENCE NO: N09/09/250

RE : APPROVAL

At a meeting of the Health Research Ethics Committee that was held on 14 October 2009, the above project was approved on condition that further information is submitted.

This information was supplied and the project was finally approved on 2 December 2009 for a period of one year from this date. This project is therefore now registered and you can proceed with the work.

Please quote the above-mentioned project number in ALL future correspondence.

Please note that a progress report (obtainable on the website of our Division: www.sun.ac.za/rds) should be submitted to the Committee before the year has expired. The Committee will then consider the continuation of the project for a further year (if necessary). Annually a number of projects may be selected randomly and subjected to an external audit. Translations of the consent document in the languages applicable to the study participants should be submitted.

Federal Wide Assurance Number: 00001372

Institutional Review Board (IRB) Number: IRB0005239

The Health Research Ethics Committee complies with the SA National Health Act No.61 2003 as it pertains to health research and the United States Code of Federal Regulations Title 45 Part 46. This committee abides by the ethical norms and principles for research, established by the Declaration of Helsinki, the South African Medical Research Council Guidelines as well as the Guidelines for Ethical Research: Principles Structures and Processes 2004 (Department of Health).

Approval Date: 2 December 2009

Expiry Date: 2 December 2010

03 December 2009 12:13

Page 1 of 2



Fakulteit Gesondheidswetenskappe · Faculty of Health Sciences



Verbind tot Optimale Gesondheid · Committed to Optimal Health
Afdeling Navorsingsontwikkeling en -steun · Division of Research Development and Support
Posbus/PO Box 19063 · Tygerberg 7505 · Suid-Afrika/South Africa
Tel.: +27 21 938 9075 · Faks/Fax: +27 21 931 3352



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennis ontmoet • your knowledge matters

20 Oktober 2009

Me. M. Kloppers
Departement van Interdisiplinêre Gesondheidswetenskappe
Afdeling : Arbeidsterapie
Universiteit van Stellenbosch
7530

Beste Me. Kloppers

NAVORSINGSPROJEK : "Die uitkomst wat fisies gestremde pasiënte bereik deur hul deelname aan rehabilitasie by 'n buit-pasiënt rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap."

PROJEK NR: N09/09/250

Tydens 'n vergadering van die Gesondheidsnavorsingsetiek Komitee op 14 Oktober 2009 was die bogenoemde protokol oorweeg vir registrasie en goedkeuring.

Die Komitee het hierdie projek in beginsel goedgekeur maar versoek dat die volgende aspekte aangespreek moet word voordat finale goedkeuring toegeken kan word:

1. 'n Beknopte supervisor - CV is nie aangeheg nie en moet asseblief verskaf word.
2. Slegs 'n Afrikaanse inligting- en toestemmingsblad is aangeheg. Die taal is toeganklik, maar aandag moet aan taalkundige versorging verleen word. Die verhouding met die ander SANPAD-ondersoeke moet verduidelik word, en die feit dat data uitgeruil kan word tussen navorsers, moet duidelik genoem word. Ons aanvaar dat alle data, so uitgeruil anoniem sal wees; verduidelik dit so aan die deelnemer.
3. Die protokol is goed-deurdenk en sinvol. Dit is egter taalkundig, tipografies en wat betref proeflees, swak versorg. En laasgenoemde moet verbeter word aangesien dit by tye die begrip deur die leser bemoeilik en buitendien nie aanvaarbaar is vir 'n moedertaal-spreker en vir 'n M-studie nie. Die eerste paar bladsye van die protokol is as hulpmiddel vir die navorser deur die evalueerder verbeter (aangeheg).

Sodra die addisionele inligting/ gekorrigeerde dokumentasie ontvang word, sal die aansoek heroorweeg word. U word vriendelik versoek om alle korreksies duidelik aan te dui ten einde spoedige evaluering van u dokumentasie te verseker.


Neem asseblief kennis dat die aansoek vir goedkeuring en registrasie van hierdie projek automaties gekanselleer sal word indien geen terugvoer binne 6 (ses) maande vanaf die uitreik van hierdie skrywe ontvang is nie.

Verwys na die projek nommer op alle korrespondensie voortaan.



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE • 7061 • MATIELAND • SOUTH AFRICA

Vriendelike groete


Mertrude A. Davids
Gesondheidsnavorsingsetiek komitee
Navorsingsontwikkeling en -Steun
Tel: +27 21 938 9207 / E-pos: mertrude@sun.ac.za

Bylaag N – Departement van Gesondheid van die Wes-Kaap etiese goedkeuringsvorm



Verwysing
Reference 19/18/RP 33(c)/2010

Isalathiso

Navrae
Enquiries Dr A Dearham
Imibuzo

Departement van Gesondheid
Department of Health
iSeba lezeMpilo

Telefoon
Telephone 021 483 4193
P O Box 19063
Tygerberg
7505

FAX: - 021 931 9835 and (021) 934 4143

Dear Prof M deVilliers
Ms G Mji
Ms S Statham
Ms S Gciza
Ms A Rhoda
Masters student Maatje Kloppers

RE: The outcomes that physically disabled patients achieve through their participation in rehabilitation at an out-patient rehabilitation centre in the Western-Cape.

Thank you for submitting your proposal to undertake the above-mentioned study. We are pleased to inform you that the department has granted you approval for your research. Please contact the following people to assist you with access to:


Bishop Lavis Rehabilitation Centre Ms. R. Carelse Tel: (021) - 9345060

Kindly ensure that the following are adhered to:

1. Arrangements can be made with managers, providing that normal activities at requested facilities are not interrupted.
2. Researchers, in accessing provincial health facilities, are expressing consent to provide the department with an electronic copy of the final report within six months of completion of research. This can be submitted to the provincial Research Co-ordinator (healthres@pgwc.gov.za).
3. The reference number above should be quoted in all future correspondence.

We look forward to hearing from you.

Yours sincerely


DR J. CUPIDO
DEPUTY-DIRECTOR GENERAL
DISTRICT HEALTH SERVICES AND PROGRAMMES
DATE: 5/10/2010

CC DR L BITALO DIRECTOR: NORTHERN/TYGERBERG SUBSTRUCTURES

Bylaag O – Ingeligte toestemmingsvorm vir deelnemers

DEELNEMERINLIGTINGSBLAD EN -TOESTEMMINGSVORM

TITEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK:

Die uitkomst wat fisies gestremde pasiënte bereik in Rehabilitasie by 'n buite-pasiënt rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap

Hierdie studie vorm deel van 'n SANPAD projek wat die Rehabilitasie dienste in die Wes-Kaap evalueer.

VERWYSINGSNOMMER: N09/09/250

HOOFNAVORSER: Maatje Kloppers

ADRES: Bishop Lavis Rehab Sentrum
Lavis Rylaan
Bishop Lavis

KONTAKNOMMER: (021) 934 6315

Jy word genooi om deel te neem aan 'n navorsingsprojek. Lees asseblief hierdie inligtingsblad op jou tyd deur aangesien die detail van die navorsingsprojek daarin verduidelik word. Indien daar enige deel van die navorsingsprojek is wat jy nie heeltemal verstaan nie, is jy baie welkom om die navorsingspersoneel daaroor uit te vra. Dit is baie belangrik dat jy heeltemal moet verstaan wat die navorsingsprojek behels en hoe jy daarby betrokke kan wees. Jou deelname is ook **volkome vrywillig** en jy mag weier om deel te neem. Jy sal glad nie benadeel word indien jy sou weier om deel te neem nie. Jy mag nogsteeds enige tyd aan die navorsingsprojek onttrek, selfs al het jy ingestem om deel te neem.

Hierdie navorsingsprojek is deur die Komitee vir Mensnavorsing van die Universiteit Stellenbosch goedgekeur en sal uitgevoer word volgens die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale Verklaring van Helsinki en die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (MNR).

Daar is ook goedkeuring verkry vanaf die Departement van Gesondheid in die Wes-Kaap.

Waaroor gaan die studie?

Die navorser wat die studie gaan uitvoer, wil uitvind watter verandering Rehab maak by die pasiënte wat na die Bishop Lavis Rehab kom. So ons wil uitvind hoe mense wat nuut is by die Rehab hulle alledaagse aktiwiteite doen en watter veranderinge is daar in hulle liggame. Dan wil ons na 4 maande se terapie weer kyk hoe doen hulle dieselfde alledaagse aktiwiteite en na hoe hul liggame, maar ons wil weet wat het verander. Ons wil dan ook weet watter dinge rondom hulle het hul beter word beïnvloed en watter verskil dink hulle het terapie gemaak.

Om hierdie studie te kan doen gaan ons die volgende dinge van jou nodig hê:

- Die navorser gaan voor jy met terapie begin sekere inligting by jou en/of jou versorger uitvind. Die inligting gaan vir ons 'n idee gee van wie jy is, wat fout is met jou en hoe jy jou aktiwiteite uitvoer of waarmee jy hulp nodig het soos bv. Aantrek. So daar gaan vorms wees wat die navorser gaan invul as hulle jou gevra het vir die antwoord en sommige vorms gaan jy of jou versorger moet invul.
- Dan na jy terapie gekry het of op die langste 4maande na jy terapie begin het, gaan ons dieselfde vrae weer vir jou vrae. Die navorser gaan dan ook 'n ekstra vraelys vir jou of jou versorger gee om in te vul om uit te vind watter verskil die terapie vir jou gemaak het.

Hoekom nooi ons jou om deel te neem?

Omdat jy 'n siekte het wat ons gereeld by die sentrum sien en daarom het ons vir jou nodig om waardevolle inligting te kan kry rakende die terapie wat ons rehab sentrum gee.

Wat sal jou verantwoordelikhede wees?

Jy gaan vir so 45 minute lank vrae wat die navorser gaan vrae moet beantwoord. Ons gaan van jou verwag om dit so eerlik en duidelik as moontlik te beantwoord. Soos voorheen genoem gaan dit wees voor jy met terapie begin en dan ook weer vir 'n 2de keer dieselfde vrae vir ons antwoord na 4maande van terapie of vroeër as jou terapie vroeër klaar is.

Ons gaan ook van jou verwag om jou terapie afspraak na te kom.

Sal jy voordeel trek deur deel te neem aan hierdie navorsingsprojek?

Jy gaan nie enige iets kry omdat jy aan die studie deelneem nie. Die studie sal help dat die Rehab in die toekoms goeie terapie kan gee.

Is daar enige risiko's verbonde aan jou deelname aan hierdie navorsingsprojek?

Daar geen risiko verbonde aan jou deelname nie.

Wie sal toegang hê tot jou mediese rekords?

Net personeel van die Rehab sentrum sal toegang hê tot die inligting wat ons ingesamel het. Jou naam sal nie genoem word in enige verslae of publikasies van die studie en niemand sal weet dat jy aan die studie deelgeneem het nie.

Alle inligting sal vertroulik gehanteer word en veilig in 'n kluis gebêre word as ons dit nie meer in jou lêer nodig het nie. Die anonieme data sal ook gebruik word in die SANPAD projek om gebruik te word in ander studies en om verslae te kan saamstel rakende Rehabilitasie dienste in die Wes-Kaap.

Verklaring deur deelnemer

Met die ondertekening van hierdie dokument onderneem ek,, om deel te neem aan 'n navorsingsprojek getiteld Die uitkomst wat fisies gestremde pasiënte bereik in Rehabilitasie by 'n buite-pasiënt rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap

Ek verklaar dat:

- Ek hierdie inligtings- en toestemmingsvorm gelees het of aan my laat voorlees het en dat dit in 'n taal geskryf is waarin ek vaardig en gemaklik mee is.
- Ek geleentheid gehad het om vrae te stel en dat al my vrae bevredigend beantwoord is.
- Ek verstaan dat deelname aan hierdie navorsingsprojek **vrywillig** is en dat daar geen druk op my geplaas is om deel te neem nie.
- Ek te eniger tyd aan die navorsingsprojek mag onttrek en dat ek nie op enige wyse daardeur benadeel sal word nie.
- Ek gevra mag word om van die navorsingsprojek te onttrek voordat dit afgehandel is indien die navorser van oordeel is dat dit in my beste belang is, of indien ek nie die ooreengekome navorsingsplan volg nie.

Geteken te (plek) op (datum) 201_.

.....
Handtekening van deelnemer

.....
Handtekening van getuie

Verklaring deur navorser/verldwerker

Ek (naam) verklaar dat:

- Ek die inligting in hierdie dokument verduidelik het aan
- Ek hom/haar aangemoedig het om vrae te vra en voldoende tyd gebruik het om dit te beantwoord.
- Ek tevrede is dat hy/sy al die aspekte van die navorsingsprojek soos hierbo bespreek, voldoende verstaan.
- Ek 'n tolk gebruik het/nie 'n tolk gebruik het nie. (*Indien 'n tolk gebruik is, moet die tolk die onderstaande verklaring teken.*)

Geteken te (plek) op (datum) 201_.

.....
Handtekening van navorser/veldwerker

.....
Handtekening van getuie

Bylaag P – Voorbeeld van Datavasleggingsverspreidingstabel

Hierdie is slegs 'n gedeelte van die dokument vir illustrasie doeleindes. Die volledige dokument is beskikbaar op navraag.

Bylaag Q – “Turn-it-in” verslag

Die volledige verslag is beskikbaar op navraag.



Turnitin Originality Report

M-tesis by M KLOPPERS

From Tesis 1 (Advanced Occupational
Therapy (MS03094) - Gevorderde
Arbeidsterapie 2012)

Similarity Index	Similarity by Source	
1%	Internet Sources:	0%
	Publications:	1%
	Student Papers:	0%

Processed on 29-Aug-2012 20:23 SAST
ID: 264144742
Word Count: 29676

sources:

- 1 < 1% match (publications)
[Drennan, V., "The workforce in health and social care services to older people: developing an education and training strategy", Nurse Education Today, 200407](#)
- 2 < 1% match (Internet from 8/29/12)
http://scholar.sun.ac.za/bitstream/handle/10019.1/5284/maske_tekskwaliteit_2010.pdf.txt?sequence=3
- 3 < 1% match (Internet from 5/20/12)
http://www.asksource.info/cbr-book/cbraspart_book.pdf
- 4 < 1% match (student papers from 11/17/11)
Submitted to Kaplan College on 2011-11-17
- 5 < 1% match (publications)
[Jeffrey R. Wozniak, "An in situ mesocosm method for quantifying nitrogen cycling rates in oligotrophic wetlands using 15N tracer techniques", Wetlands, 06/2008](#)
- 6 < 1% match (Internet from 9/15/10)
<http://cdnhomecare.ca/media.php?mid=1433>
- 7 < 1% match (Internet from 9/12/10)
http://www.neuropt.org/files/Neurologic_Content_Matrix_Draft_Cormack_Zipp_05_091.pdf
- 8 < 1% match (publications)
Kate Manzo, "Noodsaaklike vereistes vir 'n onder-handelde skikking in Suid-Afrika: vrese en verwagtinge van die Afrikanerelite", Politikon, 12/1990
- 9 < 1% match (publications)
[Anthony H. Lequerica, "Psychometric properties of the rehabilitation therapy engagement scale when used among individuals with acquired brain injury.", Rehabilitation Psychology, 2006](#)
- 10 < 1% match (Internet from 12/6/08)
http://www1.va.gov/pain_management/docs/Outcomes.doc
- 11 < 1% match (Internet from 6/8/12)
<http://uzspace.uzulu.ac.za/bitstream/handle/10530/35/Stress%20Factors%20among%20Teachers%20in%20Schools%20of%20Industry%20-%20L.%20Putter.pdf?sequence=1>
- 12 < 1% match (publications)
[Eechaute, C., "The chronic ankle instability scale. Clinimetric properties of a multidimensional, patient-assessed instrument", Physical Therapy in Sport, 200805](#)
- 13 < 1% match (Internet from 4/29/03)
http://www.bhpbilliton.com/bbContentRepository/PeopleAndEmployment/GlobalBusinessConductGuide/Afrikaans_Conduc

14 < 1% match (publications)

[Jeremy Duncan. "Combining Lipophilic dye, *in situ* Hybridization, Immunohistochemistry, and Histology". *Journal of Visualized Experiments*. 03/17/2011](#)

15 < 1% match (publications)

[J. Marais. "Fokalisasie: 'n Narratologiese besinning". *Journal of Literary Studies*. 12/1993](#)

16 < 1% match (publications)

[Muller, M.B. Feinauer, I. "The literary translator as a cultural mediator/ Die literere vertaler as kulturele bemiddelaar.". *Literator: Journal of Literary Criticism*. August 2008 Issue](#)

17 < 1% match (publications)

["Boekbesprekings/Book reviews". *African Historical Review*. 06/1977](#)

paper text:

1.1 Inleiding en Motivering vir studie
Persone met gestremdhede se reg tot gelyke toegang tot dienste word op internasionale vlak uitgelig deur die Verenigde Nasies (VN) se Handves vir die Regte van die Gestremde (United Nations, 2006). Suid-Afrika het homself ook tot hierdie handves verbind. Loeb, Eide & Mont (2008) benadruk dat data wat nodig is om dienste vir persone met gestremdhede te beplan of toeganklik te maak, gedetailleerde informasie moet bevat rakende die persone se funksionering. Finkenflügel, Cornielje & Velema (2008) stel voor dat data uit studies rakende gestremdheid gebruik word om diensbeplanning en beleidsveranderinge en -ontwikkeling te rig. Die Wes-Kaapse Departement Gesondheid (WKDG) is tans besig om die rehabilitasiedienste in die Kaapse Metropool te beplan en herstruktureer in die beoogde 'Comprehensive Service Plan' (CSP) 2020 en sou evaluasie inligting vir hierdie doel kon gebruik. Soos bepaal in die 2001 Sensus opname het 4,1% van alle Wes-Kaapse inwoners 'n gestremdheid in vergelyking met die 5% wat nasionaal voorkom. Fisiese gestremdhede kom tweede meeste voor (29,6% van alle gestremdhede) (Statistics South Africa, 2005). Gestremde persone maak dus 'n groot persentasie van die populasie uit. Gedetailleerde informasie rakende hierdie persone se funksionering is dus nodig om doeltreffende beplanning vir dienste in terme van hulle behoeftes en benodighede te kan doen. Riglyne en standaard waarvolgens Gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie (GBR) moet plaasvind word op internasionale vlak verskaf deur die Verenigde Nasies se Handves vir die Regte van die Gestremde (United Nations, 2006) asook die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) se raamwerk vir GBR (World Health Organization, 2004). Rehabilitasiedienste in Suid-Afrika word vanaf November 2003 deur die Nasionale Rehabilitasie Beleid (NRB) gerig (Department of Health, 2000b). Die voorloper vir hierdie beleid was die Geïntegreerde Nasionale Gestremdheid Strategie Witskrif (Department of Health, 1997) wat in November 1997 bekendgestel is. Alhoewel beide hierdie dokumente voorsiening maak vir die evaluering van rehabilitasiedienste wat aan die publiek voorsien word, is bewyse van die evaluering van rehabilitasiedienste in SA beperk. Instansies en terapeute wat rehabilitasiedienste lewer, rig hul dienste op die NRB, maar stel steeds hulle eie protokolle op vir behandeling. Die moontlike implikasie hiervan is dat daar nie noodwendig die mees effektiewe rehabilitasie behandeling aan kliënte gebied word nie en dat dit die kontrolering, evaluering en beplanning van hierdie dienste volgens NRB riglyne uiters moeilik maak. Hierdie stand van sake belemmer ook uitkomsgebaseerde navorsing op streeksvlak wat moontlik riglyne sou kon verskaf vir die mees effektiewe protokol vir rehabilitasie behandeling. Dit is dus moeilik om generiese koste-effektiewe of tyd-effektiewe uitkomst van die terapie te bepaal en te vergelyk met ander instansies of ander vlakke van dienslewering, ten einde die bes moontlike rehabilitasiedienste vir Suid-Afrika te beplan. Met die herstrukturering van gesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap Provinsie is die Gesondheidsorg 2010-plan (Department of Health, 2003) geïmplementeer. Die fokus in hierdie plan was om die dienste vanaf tersiêre vlak na primêre vlak te verskuif en dit het veroorsaak dat terapeute in die primêre sektor tans 'n oorlading van werk ervaar. Vanuit eie praktykvoering en samesprekings met ander terapeute in die Kaapse Metropool is die formaat van die beskikbare statistiek (Kleineibst & Kloppers, 2008) van so 'n aard dat slegs die aantal kontaksessies met kliënte en nie die uitkomst deur kliënte bereik rapporteer word. Hierdie statistiese inligting kan dus nie gebruik word ter motivering vir die skep van meer primêre vlak-poste of vir die verskuiwing van bestaande tersiêre poste na die primêre sektor nie. Bydraend tot hierdie probleem is dat die rehabilitasiedienslewering op 'n primêre gemeenskapsvlak uiteenlopende verskille toon by die verskillende sentra – vanaf rondreisende dienste by klinieke waar kliënte slegs een maal per week deur terapeute besoek word, na sentrums in die gemeenskap wat daaglik op 'n buite-pasiënt basis sowel as tuis behandeling, dienste aan kliënte bied. Tans is daar 'n sterk fokus om die effektiwiteit van primêre vlak dienslewering te meet aan die hoeveelheid tyd gespandeer per kliënt, sowel as koste per kliënt (uit persoonlike kommunikasie van Daghositaalbestuur). Vanuit praktykvoering van die navorser is die gemiddelde hoeveelheid tyd wat 'n terapeut met 'n kliënt spandeer uit die aard van die diens, langer as die