

'n Geestesgesondheidsmodel vir ondersteuning van gesinslede wat moet besluit oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling

M Oberholster, DCur student, RAU

M Poggenpoel, Professor, RAU

AC Gmeiner, Professor, Departement Verpleegkunde, RAU

Abstrak

Die doel van hierdie navorsing was om 'n model as raamwerk van verwysing vir sinvolle ondersteuning deur die gevorderde psigiatryske verpleegpraktisyne te ontwikkel en te beskryf, ten einde gesinslede wat by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling betrokke is, te ondersteun en sodoende hul geestesgesondheid te bevorder. Vir hierdie navorsing het die navorsing die paradigma van die Departement Verpleegkunde van die Randse Afrikaanse Universiteit aanvaar, wat die Teorie vir Gesondheidsbevordering in Verpleging onderskryf (Randse Afrikaanse Universiteit: Departement Verpleegkunde, 200:1-16).

Die navorsing het van 'n teoriegenererende ontwerp wat kwalitatief, beskrywend en kontekstueel van aard is, gebruik gemaak om die model as raamwerk van verwysing vir sinvolle ondersteuning te ontwikkel en te beskryf. Die teoriegenererende navorsingsmetode bestaan uit vier stappe. In stap een is die sentrale konsep, "sinvolle ondersteuning", asook die essensiële en verwante konsepte geïdentifiseer, geklassifiseer en gedefinieer. In stap twee is interverbandhoudingstellings tussen die geïdentifiseerde en gedefinieerde konsepte gestel. In stap drie is van Chinn & Kramer (1995:105-124) se riglyne gebruik gemaak vir die struktuur- en prosesbeskrywing van die model. Die strukturele vorm van die proses van die model, wat uit drie fasies bestaan, is siklies van aard. Stap vier behels evaluasie in terme van die prosesbeskrywing van die model, asook aan die hand van die definisie van die sentrale konsep "sinvolle ondersteuning". Die evalueringskriteria volgens

Chinn & Kramer (1995:125-135) is ook gebruik.

Abstract

The aim of this research is to develop, describe, operationalise and evaluate a model as framework for meaningful support by the advanced psychiatric nurse, which will serve to support family members who are involved in the decision-making process regarding the withdrawal of life sustaining treatment, in order to promote their mental health. The paradigm of the Department of Nursing of the Rand Afrikaans University, which endorses the Theory for Health Improvement in Nursing (Randse Afrikaanse Universiteit: Departement Verpleegkunde, 200:1-16) was accepted for the purpose of this research.

A theory generating design which is qualitative, descriptive and contextual was used to develop the model as framework of reference for meaningful support. **Step one** identifies, classifies and defines the central concept "meaningful support", as well as the essential and relative concepts. **Step two** formulates the inter-relational views of the identified and defined concepts. In **step three** the guidelines of Chinn & Kramer (1995: 105-124) was utilised for the structural and process description of the model. The structure of the model's process, which comprises **three phases**, is cyclic. **Step four** consists of evaluation regarding the process description of the model, done according to the definition of the central concept "meaningful support". The evaluation criteria of Chinn & Kramer (1995:125-135) were also used.

Agtergrond, rasionaal en probleemstelling

Die vooruitgang in die mediese wetenskap en tegnologie skep 'n situasie waarin lewensroetine deur mediese tussentredes gered, getransformeer of verleng kan word. Vir sommige

pasiënte is dit 'n welkome verlenging van 'n betekenisvolle lewe, maar vir ander is die resultaat 'n swak kwaliteit lewe, wat die onvermydelike vraag laat ontstaan of dié behandeling 'n voordeel of 'n las is (Kuhse in: Die Suid-Afrikaanse Regskommissieverslag, 1998:1-326).

Dokters en gesinslede wil volgens Allen (in Die Suid-Afrikaanse Regskommissieverslag, 1998:1-326) in die beste belang van die

pasiënt optree, maar is dikwels onseker oor die omvang en tevredenheid van hul verpligting/verbintenis om in dié sorg te voorsien. Dié onsekerheid mag tot onnodige spanning en konflik tussen die behandelende spanlede, tussen die span en die pasiënt se naasbestaandes, en tussen die gesinslede onderling, lei. Sulke konflik en spanning, wanneer mense moeilike emosionele en morele besluite moet neem, is nie tot enigeen se voordeel nie - die pasiënt s'n die minste van almal.

Dokters is verder ook bang om aan siviele eise, kriminele vervolging en professionele veroordeling blootgestel te word indien hulle lewensorondersteunende sisteme sou weerhou, of medikasie sou voorskryf wat onopsetlik die pasiënt se lewe mag verkort – al is dit die pasiënt se wens. Gevolglik ly die pasiënt daaronder en moet die hoe teen groot onkoste genader word om te besluit oor die vraag of die pasiënt toegelaat mag word om te sterf of nie (Allen in Die Suid-Afrikaanse Regskommissieverslag, 1998:1-326).

Die Suid-Afrikaanse Regskommissie (1998:1-326) het in hul ondersoek na genadedood en die kunsmatige instandhouding/handhawing van lewe, verordeninge as wetgewing voorgestel vir die volgende hoofpunte:

- 'n Mediese praktisyn mag onder sekere spesifieke omstandighede alle verdere mediese behandeling staak, of opdrag gee dat dit gestaak word. Dit geld vir 'n pasiënt wie se lewensfunksies kunsmatig gehandhaaf word, terwyl die pasiënt geen spontane respiratoriese of sirkulatoriese funksies het nie, of waar sy/haar breinstam geen impulse registreer nie.
- Enige persoon wat bevoeg is, mag lewensorondersteunende mediese behandeling ten opsigte van 'n spesifieke siekte waaraan hy/sy ly, weier, selfs al sou dié weierung die dood veroorsaak of verhaas.
- 'n Mediese praktisyn, of onder spesifieke omstandighede 'n verpleegkundige, mag die lyding van 'n terminaal siek pasiënt verlig deur voldoende medikasie voor te skryf om die pyn van die pasiënt genoegsaam te kontroleer, al sou die sekondêre effek van so 'n daad die pasiënt se lewe verkort.
- 'n Mediese praktisyn mag onder sekere spesifieke omstandighede gehoor gee aan die vooraf goedgekeurde opdrag van die pasiënt, wat volmag aan sy prokureur gegee het ten opsigte van die weierung of staking van mediese behandeling of die toediening van palliatiewe sorg – in ag genome dat hierdie instruksies deur die pasiënt gegee is toe hy/sy verstandelik "bevoeg" was.
- 'n Mediese praktisyn mag onder spesifieke omstandighede alle mediese behandeling staak, of opdrag gee dat dit gestaak word, ten opsigte van 'n terminaal siek pasiënt wat nie in staat is om 'n besluit te neem of te kommunikeer ten opsigte van sy/haar mediese behandeling nie. Die praktisyn se optrede moet egter in ooreenstemming met die wense van die

familie van die pasiënt, of deur 'n hofbevel gemagtig wees.

Sou die voorgestelde wetgewing soos hierbo genoem aanvaar word, sal daarna verwys word as: "The End of Life Decision Act, 1999".

Tydens navorsing vir haar meestersgraad (Oberholster, 1997:1-96;) oor die verskynsel van gesinne wat betrokke is by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling waarin die navorser die ervaringe en belewenisse van gesinne in hierdie situasie verken en beskryf het, het een tema al die ander omvou, naamlik die behoeftie aan "iemand" wat deur gesinslede uitgespreek word - iemand wat hulle tydens dié besluitneming kan ondersteun.

Volgens Burger (1996:1-175) het intensiewesorgverpleegkundiges nie altyd die nodige tyd om gesinslede te ondersteun nie. Hul onvermoë om 'n terapeutiese verhouding met gesinslede op te bou, is 'n ander rede wat geïdentifiseer is waarom gesinslede nie altyd die ondersteuning wat wel aan hulle gebied word, as sinvol ervaar nie. Ondersteuning, of die gebrek daaraan, kan daarom geestesgesondheidsprobleme by die gesinslede wat by besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling betrokke is, veroorsaak en hul geestesgesondheid nadelig beïnvloed.

Vanwee haar / sy intensiewe opleiding as gevorderde praktisyn in psigiatrise verpleegkunde is die gevorderde psigiatrise verpleegpraktisy toegerus om geestesongemak by die gesin te identifiseer en aan te spreek. Tot dusver is sy nog nie in die intensiewesorgeneheid benut om gesinslede tydens besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling te ondersteun nie. Dít het die navorsingsvraag by die navorser as gevorderde psigiatrise verpleegpraktisy, ontlok:

"Hoe kan die gevorderde psigiatrise verpleegpraktisy gesinslede wat by besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling betrokke is, sinvol ondersteun?"

Doel en paradigma

Die doel van die navorsing is om 'n model as raamwerk van verwysing vir sinvolle ondersteuning deur die gevorderde psigiatrise verpleegpraktisy te ontwikkel, te beskryf en te evalueer, ten einde gesinslede wat by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling betrokke is, te ondersteun en sodoende hul geestesgesondheid te bevorder.

Die navorser aanvaar die paradigma van die Departement Verpleegkunde van die Randse Afrikaanse Universiteit, wat die Teorie vir Gesondheidsbevordering in Verpleging onderskryf (Randse Afrikaanse Universiteit: Departement Verpleegkunde, 2000:1-16). Die teorie is op die Suid-Afrikaanse Grondwet baseer en onderskryf 'n Christelike benadering en 'n strewe na uitnemendheid. Daarom word mense in hierdie navorsing onvoorwaardelik aanvaar, en word respek getoon vir hul menseregte.

Volgens Botes (1994:5) is teoretiese aannames toetsbaar en

gee dit epistemiese uitsprake wat tot beter begrip van die navorsingsprobleem lei. Daarom is teoretiese aannames volgens haar dus teoreties gegrond en bied dit 'n basis vir konseptuele duidelikheid, logika, regverdigbaarheid, sosiale betekenisvolheid, intersubjektiewe aanvaarbaarheid en veralgemening, wat ook die kriteria vir verantwoordbaarheid van die navorsing is.

Die teoretiese aannames vir hierdie navorsing word uit die Teorie vir Gesondheidsbevordering in Verpleging geneem (Randse Afrikaanse Universiteit: Departement Verpleegkunde, 2000:1-16). Die gesinslede (en pasiënt) en die gevorderde psigiatrisee verpleegpraktisy word as mense wat op 'n geïntegreerde, interaktiewe manier binne die intensiewesorgeneheid funksioneer, beskou. Die gesinslede (en pasiënt) tree in geheel in interaksie met hul interne en eksterne omgewing op. Die psigiatrisee verplegingsbenadering fokus op die gesin (en pasiënt) in sy geheel: fisies, psigies, sosiaal en geestelik. Die gevorderde psigiatrisee verpleegpraktisy fasiliteer die bevordering van die gesinslede se geestesgesondheid deur 'n dinamiese, interaktiewe proses; deur 'n model as raamwerk van verwysing vir sinvolle ondersteuning te ontwikkel, te beskryf, te operasionaliseer en te evalueer om hulpbronne te mobiliseer, asook deur die identifikasie en aanspreek van probleme en behoeftes.

Metodologies is die funksionele denkbenadering in verplegnavorsing, soos beskryf deur Botes (1991:19-23), in hierdie navorsing gevolg. Hiervolgens is gepoog om die

paradigmatische doelstellings van die wetenskap na te streef, naamlik om kennis wat deur middel van verkenning, beskrywing en verklaring verkry word, bruikbaar te maak.

Die verkrywing van kennis uit vakliteratuur en woordeboeke, asook uit die navorser se meestersgraadnavorsing (Oberholster, 1997:1-96; Oberholster, 1998:34-43 en Oberholster, 1999:48-57), en die riglyne wat daaruit opgestel is, het die navorser in staat gestel om 'n model vir sinvolle ondersteuning te ontwikkel en te beskryf om gesinslede wat by besluitneming oor die onttrekking van lewensordesteunende behandeling betrokke is, te ondersteun.

Navorsingsontwerp en -metode

Om die verloop van die navorsing te illustreer, word die lesers verwys na tabel 1, waar hierdie artikel fokus op belangrike punte in fase een, die ontwikkeling van die model en hoofsaaklik fase twee, die beskrywing en evaluering van die model vir sinvolle ondersteuning.

Die navorsingsontwerp wat hier gevolg is, kan as teoriegenererend, kwalitatief, beskrywend en kontekstueel tipeer word. Chinn & Kramer (1995:72) beskryf 'n teorie as die kreatieve, nougesette strukturering van idees wat 'n tentatiewe, doelgerigte en sistematiese oorsig van fenomene (verskynsels) weergee. Die navorsing is teoriegenererend deurdat die inligting wat uit die navorser se M.Cur.-navorsing (Oberholster, 1997:1-

Tabel 1 : Verloop van die navorsingsproses

	Proses	Metodologie
Fase 1 	Ontwikkeling van die model vir "sinvolle ondersteuning".	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasie van die sentrale konsep "sinvolle ondersteuning" Klassifikasie van konsepte Definiëring van konsepte Modelgeval beskrywing van die essensiële en verwante eienskappe van "sinvolle ondersteuning" Definisie van die sentrale konsep
Fase 2 	Beskrywing van die model vir "sinvolle ondersteuning".	<ul style="list-style-type: none"> Oorsig van die model Struktuur van die model, naamlik: doel, aannames, konteks, teoretiese definisies van konsepte en verhoudingstellings. Prosesbeskrywing van die model Evaluasie van die model
Fase 3		<ul style="list-style-type: none"> Evaluering van die operasionalisering van die model.

96) oor die verskynsel van gesinne wat betrokke is by besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling bekom is, gebruik is om dié model vir sinvolle ondersteuning vir gesinslede in hierdie situasie te ontwikkel en beskryf.

Die metode van teoriegenerering in hierdie navorsing het hoofsaaklik volgens die stappe van teoriegenerering deur Chinn & Kramer (1995:77-134 en 1991:165) geskied, maar ook deur gebruik te maak van die benaderings van Walker & Avant (1995:37-55); Dickoff, James & Wiedenbach (1968:415-4352), Wilson (in: Walker & Avant, 1995:37-55), Copi & Cohen (1994:1994:192-196), Wandelt & Stewart (1975:64-65) en Hardy (1978:27-48 en 1986:345-346). Die volgende stappe is gevvolg in die generering van die model:

Konsepanalise

Die sentrale konsep is geïdentifiseer uit die resultate van die navorser se navorsingstudie (Oberholster, 1997:1-97). Die opnamegids van Dickoff, James & Wiedenbach (1968:422) is gebruik in die identifisering en klassifisering van die sentrale konsep, "sinvolle ondersteuning". Die definiering van die sentrale konsep "sinvolle ondersteuning" is daarna aan die hand van die driestapmetode van Wandelt & Stewart (1975:64-65) en Copi & Cohen (1994:192-196) se vyf reëls vir definiering van konsepte gedoen. Dit sluit 'n woordeboekdefinisie van die konsep, 'n kontekstuele (vakspesifieke) definisie en 'n konseptuele definisie (modelgevalkonstruering) in.

Plaas van konsepte in verhouding/verband

Konsepte is deur middel van Hardy (1978:27-48 en 1986:345-346) se riglyne in verhouding met mekaar geplaas saam met Dickoff et al. (1968:423) se opnamegids wat gebruik is om die verhoudings tussen konsepte te illustreer.

Beskrywing van die model

Chinn & Kramer (1995:105-124) se riglyne vir struktuur- en proses-beskrywing van die model is in hierdie stap gebruik om die model vir sinvolle ondersteuning te beskryf.

Evaluering

Hierdie navorsing is op die Christelike wêreldbeskouing, volgens Botes (1989:1-238) se navorsingsmodel, baseer, wat die transendentale toepasbaarheid beskryf. Evaluasie van die model vir sinvolle ondersteuning het geskied volgens Chinn & Kramer (1995:125-135) se evalueringskriteria wat deur twee modelkundiges gedoen is.

Dwarsdeur die verloop van die ontwikkeling en beskrywing van die navorsing is van verskeie denkstrategieë gebruik gemaak, naamlik analise, sintese, induksie en deduksie (Walker & Avant, 1995:1-23).

Vertrouenswaardigheid

Die vertrouenswaardigheid van die navorsing is op Lincoln & Guba (1985:290) se model vir vertrouenswaardigheid baseer.

Daarvolgens is daar vier kriteria om vertrouenswaardigheid te verseker, naamlik (a) waarheidswaarde, (b) toepaslikheid, (c) konstantheid en (d) neutraliteit.

Waarheidswaarde

Waarheidswaarde is deur die strategie van geloofwaardigheid bepaal. In kwalitatiewe navorsing word geloofwaardigheid gewoonlik deur die bestudering van menslike gedrag soos wat dit beleef word, verkry. Spesifieke kriteria is in hierdie navorsing gebruik om geloofwaardigheid te verseker, naamlik: verlengde betrokkenheid van die navorser in die veld; refleksieve analise deur die neem van veldnotas; triangulerering deur die gebruikmaking van verkeie metodes om data in te samel; portuurgroepevaluering; strukturele koherensie en die navorser was ook bekend met die fenomeen.

Toepaslikheid

Oordraagbaarheid in hierdie navorsing is verseker deur 'n volledige beskrywing van die model weer te gee.

Konstantheid

Konstantheid evalueer die mate waarin dieselfde inligting verkry sal word indien die navorsing in soortgelyke omstandighede met dieselfde deelnemers herhaal sou word. Dit vind plaas deur die strategie van vertroubaarheid. Die volgende kriteria is in hierdie navorsing toegepas om vertroubaarheid te verseker; naamlik volledige beskrywing van die navorsingsmetodologie; vertroubaarheidsoudit; kodering en herkodering; triangulerimg en portuurgroepevaluering.

Neutraliteit

Neutraliteit impliseer die afwesigheid van vooroordeel in die navorsingsprosedure en resultate, en word deur die **strategie** van bevestigbaarheid vasgestel. Daar word beoordeel of bevindinge slegs op inligting wat bekom is, gegrond is, en of vooroordele, ander motiverings en sienings 'n invloed daarop uitgeoefen het. Die kriteria vir die bevestigbaarheidsoudit in hierdie navorsing is verseker deurdat konsensus tussen die navorser en die onafhanklike mede-kodeerde bereik is en dat 'n onafhanklike paneel van deskundiges by doktorale seminare die verloop van die navorsing bevestig het.

Die navorser het deurentyd streng etiese maatreëls gevolg. Aangesien hierdie artikel slegs fokus op 'n beskrywing van die model, is die etiese maatreëls wat hier nagevolg is, as volg:

- Die navorser het kredietwaardigheid in die veld, deurdat sy haar meestersgraadstudie in hierdie veld voltooi het en daarop voortgebou het.
- Beide promotores is kundiges op die gebied van kwalitatiewe navorsing.
- Die navorsing het ook plaasgevind oor 'n lang tydperk in die veld.
- Die beskryfde model is geverifieer met kundiges in die kliniese veld en ook geëvalueer volgens Chinn en

Kramer (1995:125-135) se kriteria vir modelevaluering.

Beskrywing van die model vir sinvolle ondersteuning vir gesinslede wat betrokke is by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling

Figuur 1 is die oorsiglike voorstelling van die model vir sinvolle ondersteuning en dien as basis vir die beskrywing van die model wat vervolgens bespreek word.

Die model is ontwikkel vanuit die resultate van die inligting verkry uit die navorsing se M.Cur.-navorsing oor die verskynsel van gesinne wat betrokke is by besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling. Die

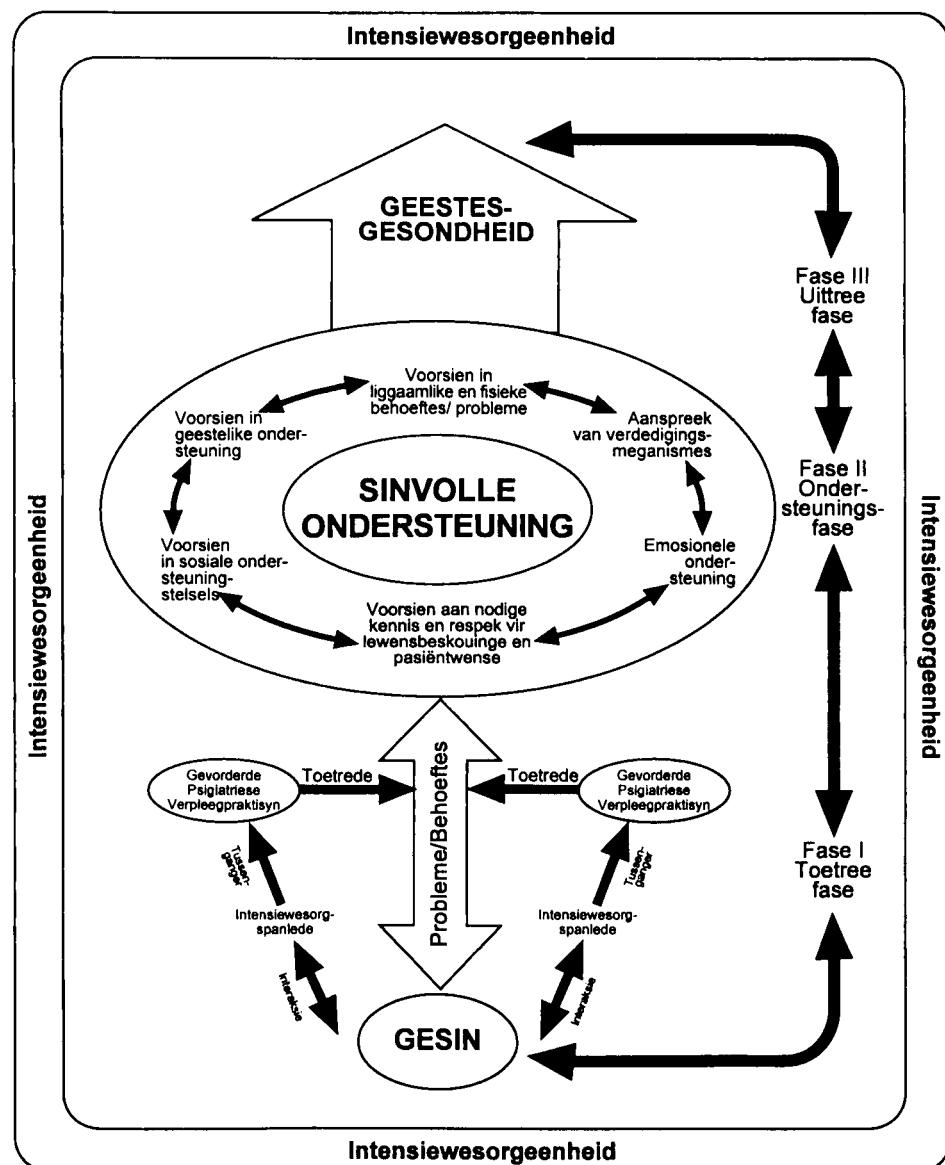
model vir sinvolle ondersteuning as raamwerk van verwysing vir gevorderde psigiatrisee verpleegpraktisyne is hieruit ontwikkel ten einde gesinslede wat betrokke is by die besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling te ondersteun, ter bevordering van hul geestesgesondheid.

Chinn & Kramer (1995:77-134 en 1991:165) se metode van teoriegenerering is hoofsaaklik gebruik, maar daar is ook in die verskillende stadiumse van modelgenerering soos beskryf deur Walker & Avant (1995:37-55); Dickoff, James & Wiedenbach (1968:415-4352); Wilson (in: Walker & Avant, 1995:37-55), Copi & Cohen (1994:1994:192-196), Wandelt & Stewart (1975:64-65) en Hardy (1978:27-48 en 1986:345-346) gebruik gemaak. Die model het "sinvolle ondersteuning" as sentrale konsep gebruik, hoewel essensiële en verwante konsepte ook gedefinieer is.

Modelgenerering/-ontwikkeling het die volgende stappe gevolg:

- Konsepanalise - waar konsepte geïdentifiseer, geklassifiseer en gedefinieer is;
- Die plaas van konsepte in verhouding/verband;

Figuur 1: Oorsig van die model vir sinvoëlle ondersteuning



- Beskrywing van die model deur struktuur en prosesbeskrywing deurdat die struktuur die verhouding tussen die konsepte beskryf en die prosesbeskrywing dit moontlik maak om die beredenering van die teorie in sy geheel te volg;
- **Evaluasie van die model wat ontwikkel en beskryf is.**

Konsepte is as volg volgens die opnamegids van Dickoff, James & Wiedenbach (1968:422) geklassifiseer:

Die sentrale konsep, "sinvolle ondersteuning" is as volg gedefinieer nadat essensiële en verwante eienskappe van die konsep geïdentifiseer is en 'n modelgeval daarvan beskryf is:

"Sinvolle ondersteuning deur die gevorderde psigiatrisee verpleegpraktisy behels betekenisvolle en toepaslike aanmoediging van en bystand aan die gesin deur haar teenwoordigheid. Deur haar optrede as advokaat vir die pasiënt en sy/haar gesin sorg sy dat daar in hul geïdentifiseerde probleme/behoeftes voorsien word, deur in hul liggaamlike en fisiese behoeftes te voorsien, verdedigingsmeganismes aan te spreek, voorsiening van emosionele ondersteuning, voorsiening van die nodige kennis/inligting om 'n ingeligte besluit te kan neem en respek vir lewensbeskouinge en die pasiënt se wense, voorsiening van persoonlike- en sosiale ondersteuningstelsels en die voorsiening van geestelike ondersteuning."

Die essensiële en verwante konsepte is as volg gedefinieer:

- **Betekenisvolle aanmoediging**
Om gunstige omstandighede vir die gesin te skep sodat hulle die hulp/ondersteuning wat aan hulle gebied word, veelbetekend, gewigtig en van waarde is, deurdat hulle dit in taal/optrede te kenne gee.
- **Toepaslike aanmoediging**
Om die gesin vertroue, hoop en moed te gee, en hulle aan te spoor en op te beur soos wat geskik/toepaslik is in die omstandighede/toestand.
- **Bystand**
Om van hulp te wees in die fisiese, psigiese, sosiale en geestelike behoeftes van gesinslede soos deur elkeen volgens sy/haar behoefte benodig.
- **Teenwoordigheid**
Om dáár te wees, beskikbaar te wees, terapeuties te luister en te ondersteun, en te wys "hier is iemand wat omgee!"

Advokaat

Om die betrokkenes by die besluitnemingsproses oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling sodanig te ondersteun en te lei dat die hoogste graad van outonomiteit in die besluite bereik word tot voordeel van die pasiënt (en sy/haar gesinslede) se wense.

Voorsiening van liggaamlike en fisiese behoeftes

Verskaffing of die tref van reëlings vir die basiese menslike noodsaklikhede (te ete en drink, gemakstoel, plek om privaat te gesels, ensovoorts) soos wat die gesin dit nodig ag om 'n gevoel van toereikendheid by hulle te bevorder.

Aansprek van verdedigingsmeganismes

Om op 'n beleefde dog bekwame/vaardige wyse aan gesinslede aandag te gee. Gesinslede maak onder sulke omstandighede van onbewustelike intra-psigiese aanpassingsfunksies gebruik om hul emosionele konflik te verlig, om sodoende bewuswording van angs en emosionele betrokkenheid te verlig/te voorkom. Die gevollerlike bespreking daarvan mag tot insig in die probleem en objektiwiteit in die besluitnemingsproses lei.

Voorsiening van emosionele steun volgens behoeft

Omdat geen twee mense op dieselfde manier deur die rouproses werk nie, bevorder die gevorderde psigiatrisee verpleegpraktisy gesinskohesie deur die verskillende stadiums van die rouproses/besluitnemingsproses waarin elke lid van die gesin hom/haar bevind te identifiseer, en hom/haar dan daarvolgens te ondersteun sodat dit vir elkeen betekenisvol is en sy/haar geestesgesondheid daardeur bevorder word.

Voorsiening van nodige kennis/inligting om 'n ingeligte besluit te kan neem en respek vir lewensbeskouings en die pasiënt wense

Verskaffing van inligting wat die gesin met die nodige begrip/insig toerus om 'n ingeligte besluit te kan neem. Toon ook eerbied aan hul lewensopvattinge oor die betekenis en doel van die menslike bestaan, en agting vir dit wat die pasiënt volgens die gesin sou wou hê.

- ## • **Voorsiening van persoonlike- en sosiale ondersteuningstelsels**

Verskaf bystand en hulp deur self, familie, vriende, kollegas, geestelikes en ander professionele personeel (intensiewesorgverpleegkundiges en geneeshere) tot 'n geheel te verbind om die gesin van hulp en troos te wees.

- ## • **Voorsiening van geestelike ondersteuning**

Verskaf of reël vir godsdienstige/geestelike bystand volgens die gesin se aanduidings.

- ## • **Gesin**

'n Groep bloedverwante van die pasiënt wat kan bestaan uit grootouers, ouers, kinders, broers en susters, ooms en tantes, neefs en niggies. Ook die groep nie-verwante mense tussen wie daar 'n innige vertrouensverhouding bestaan – die sogenaamde "betekenisvolle ander".

- ## • **Lewensorondersteunende behandeling**

Dit is die behandeling wat 'n pasiënt wat ernstigiek is en in 'n kritieke stadium verkeer se vitale funksies in stand hou wanneer die omgewing ongunstig is. Dit behels al die maatreëls waaronder die pasiënt in alle waarskynlikheid sal sterf. Dit sluit nie die pasiënt wat breindood is, in nie.

- ## • **Onttrekking van lewensorondersteunende behandeling**

Vir hierdie navorsing beteken die ontrekking van lewensorondersteunende behandeling, die staking van alle verdere mediese behandeling wat die pasiënt se lewensfunksies handhaaf terwyl die pasiënt self geen spontane respiratoriese of sirkulatoriese funksies het nie, of waar sy/haar breinstam geen impulse registreer nie.

- ## • **Besluitneming**

In hierdie navorsing sal gepoog word om 'n konsensusbesluit deur alle betrokkenes te laat geld. Dit sal geskied deur 'n kollektiewe opinie nadat alle gesinslede (en ook die intensiewesorgspanlede) 'n kans gehad het om hul weldeurdagte, welverstane en welaanvaarde realistiese invloed op die besluitnemingsproses uit te oefen. Op hierdie manier behoort gesinslede die besluit wat geneem word, te ondersteun en bereid te wees om dit deur te voer.

- ## • **Gevorderde psigiatriese verpleegpraktisy**

Die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisy is 'n psigiatriese verpleegkundige wat minstens 'n meestersgraad of gevorderde psigiatriese diploma in verpleging verwerf het, of 'n na-basiese registrasie in psigiatriese verpleging het.

- ## • **Intensiewesorgspanlede**

Dit sluit die intensiewesorgverpleegkundiges asook die geneeshere en ander rolspelers, byvoorbeeld fisioterapeute, arbeidsterapeute en dietkundiges, wat by die pasiënt se versorging en behandeling betrokke is, in. Hulle moet almal ook by hul betrokke professionele rade geregistreer wees.

Prosesbeskrywing vir sinvolle ondersteuning tydens besluitneming oor die ontrekking van lewensorondersteunende behandeling

Die proses van sinvolle ondersteuning aan gesinslede tydens besluitneming oor die ontrekking van lewensorondersteunende behandeling, vind in drie fases plaas, naamlik: toetree-fase, ondersteuningsfase, en uittree-fase.

Fase 1: Toetree-fase

In hierdie fase is die gesinslede alreeds in interaksie met mekaar en die intensiewesorgspanlede (verpleegkundiges, geneeshere en ander rolspelers) in die intensiewesorgeenheid. Gesinslede ervaar 'n behoefte aan iemand (van buite die psigo-dynamiese konteks) om hulle tydens hierdie traumatische tyd te ondersteun.

Die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisy word vir hierdie navorsing as die "iemand" wat die gesin kan ondersteun, aangedui. Sy is met die nodige vaardighede en kennis toegerus om rapport en 'n vertrouensverhouding met die gesin op te bou, en sy het ook nie die verantwoordelikheid van die versorging van die pasiënt nie. Dit skakel enige moontlike psigo-dynamika tussen haar en die pasiënt uit.

Dit is verkieslik dat sy tot dié konteks toetree sodra dit blyk dat 'n pasiënt aan die kriteria vir moontlike ontrekking van behandeling voldoen. Die intensiewesorgverpleegkundige tree as tussenganger op wat die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisy van die situasie verwittig. Dit laat genoegsame tyd toe vir die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisy om rapport en 'n vertrouensverhouding met die gesinslede op te bou alvorens daar tot moontlike besluitneming oor die ontrekking van lewensorondersteunende behandeling oorgegaan word. In die rapport-opbou stadium evalueer en beraam die gevorderde psigiatriese

verpleegpraktisyne terselfdertyd die gesinslede in hul geheel, naamlik fisies, psigies, sosiaal en geestelik.

Die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyne identifiseer in hierdie fase die gesinslede se behoeftes/probleme aan die hand van die volgende ses punte wat as probleme/behoeftes vir gesinslede in die vervulling van hul behoefte aan sinnvolle ondersteuning geïdentifiseer is:

- Identifisering van fisieke en liggaamlike behoeftes/probleme van gesinslede met betrekking tot besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling
- Identifisering van verdedigingsmeganismes wat deur gesinslede gebruik word as wyse om pyn en hartseer te hanteer
- Identifisering van emosionele behoeftes/probleme van gesinslede
- Identifisering van probleme/behoeftes met betrekking tot kennis/persepsies/ lewensbeskouings/interne konflik/skuldgevoelens/vermoë of onvermoë om 'n besluit te neem/respek vir pasiënt se wense/die rol van tyd en vorige ervaring
- Identifisering van probleme/behoeftes aan ondersteuning wat ontvang is en wat deur gesinslede benodig word
- Identifisering van geestelike behoeftes/probleme, mistieke belewenisse/hoop/berusting en aanvaarding/vermoë om "te laat gaan" of "los te maak" van die pasiënt

Fase 2: Ondersteuningsfase

Deur die prosedure van sinnvolle ondersteuning, wat deur ses ewe belangrike punte onderskryf word, poog die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyne in die ondersteuningsfase om gesinslede se geestesgesondheid te bevorder nadat rapport opgebou is, en hulle 'n vertrouensverhouding gevestig het. Die ses punte van die proses van sinnvolle ondersteuning sal vervolgens bespreek word.

- **Voorsien in die liggaamlike en fisieke behoeftes van die gesinslede**

Sorg dat daar in al die pasiënt se liggaamlike, psigiese en geestelike behoeftes voorsien word – dit is dié belangrikste faktor vir die gesin. Betrek lede van die gesin wat 'n behoefte daaraan het by die versorging van die pasiënt - dit laat hulle minder uitgesluit voel. Reël dat gesinslede toegelaat word om die pasiënt soveel as moontlik te besoek – dit maak hulle "gewoond" aan die toestand van die pasiënt, en minder verontwaardig daaroor. Moedig fisieke kontak tussen die gesin en die pasiënt aan - dit help die gesin om moontlike gevoelens van woede of skuld te verwerk en hul liefde aan die pasiënt te betoon. Voorsien in die fisieke behoeftes van die gesin deur 'n omgewing te skep waarin

hulle emosioneel en psigies gemaklik en veilig kan voel - so kan hulle ervaring van die sterwensproses so positief moontlik gemaak word.

- **Aanspreek van verdedigingsmeganismes**

Hoe meer gereeld gesinslede die pasiënt in sy/haar toestand sien, hoe groter is die kans dat hul ontkenning sal ophef en die realiteit van die situasie sal insink. Tref reëlings in dié verband as die hospitaal streng besoektye het. Luister onveroordeeld na gesinslede sodat hulle hul emosies kan ventileer, en gee dán eers die belangrike inligting wat hulle benodig om 'n besluit te neem. Onthou, die waarheid kan net bespreek word as mense hul toestemming gee – let op verbale en nie-verbale tekens van die gesin wanneer hulle gereed is. Moet nooit 'n "sledge hammer" metode gebruik om die gesin tot die waarheid te dwing nie, maar bly daarop toegespits om die waarheid te vertel.

- **Voorsien emosionele steun volgens die gesin se behoefte**

Onthou dat die gesin 'n krisis beleef, en dat baie sterk emosies dus normaal is. Bou 'n vertrouensverhouding met die gesin op deur besorgdheid met die pasiënt en gesin te toon en sodoende 'n emosionele band te bou. Wanneer die gesin se woede toeneem, is meer kommunikasie nodig, nie minder nie – laat hulle toe om hul woede, pyn en hartseer te ventileer en luister aandagtig.

- **Voorsien die nodige kennis/inligting om 'n ingeligte besluit te neem en toon respek vir gesinslede se lewensbeskouinge en die pasiënt se wense**

Dit is belangrik om die pasiënt se toestand in verstaanbare taal aan die gesin te verduidelik – "vertaal" dus mediese terme in alledaagse taal. Wees ook altyd eerlik en reguit in die beantwoording van vrae omtrent die prognose van die pasiënt, sodat die gesin 'n verantwoordelike besluit kan neem. Moet die gesin nooit vals hoop en versekering gee nie, en hou hulle deurentyd op hoogte van sake rakende hul geliefde se toestand, deur oop kommunikasielyne te verseker. Evaluateer die gesinslede se vermoë om die besluitnemingsproses te kan hanteer deurlopend, en gee die nodige ondersteuning en berading/begeleiding. Skep genoeg geleenthede en tyd vir die gesin om met die hele gesondheidspan oor die pasiënt se behandeling te beraadslag – byvoorbeeld 'n pasiëntsorgkonferensie, of as die gesin en die personeel ernstig verskil, kan 'n etiese komitee ingeroep word.

• **Voorsien persoonlike en sosiale ondersteuning**

Betrek familie, kollegas, vriende en betekenisvolle ander om die gesin te ondersteun en om te help waar fisiese probleme mag opduik. Help gesinslede om onderlinge verskille en konflik deur te werk, om as gesin deur die sterwensproses te werk, om mekaar te ondersteun en op mekaar se behoeftes ingestel te wees. Wees beskikbaar vir die gesin en luister onveroordelend – spandeer tyd saam met hulle, gaan sit by hulle en fokus alle aandag op hulle en toon besorgdheid. Waar moontlik, kan ondersteuningsgroepe met ander gesinne in soortgelyke situasies gehou word. Bied altyd ondersteuning waar nodig, en nie net soos gevra nie.

• **Voorsien in die behoefte aan geestelike ondersteuning**

Die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyen kan 'n predikant of geestelike berader van die gesin en pasiënt se keuse inroep as daar 'n behoefte blyk te wees, of self dié soort ondersteuning bied as hulle dit so verkies en die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyen gemaklik is daarmee.

Fase 3: Uittree-fase

Die operasionalisering van die model as raamwerk van verwysing vir sinvolle ondersteuning sal die geestesgesondheid van gesinslede bevorder. Aangesien mense en situasies van mekaar verskil en fluktueer, mag enigeen van die gesinslede op enige tydstip weer 'n behoefte aan ondersteuning ervaar, en weer tot die ondersteuningsproses soos beskryf in fase twee, wat deur die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyen gebied word, toetree. Die proses word dus as sikkies beskou. As die behoefte ontstaan/bestaan, word die proses van sinvolle ondersteuning weer deurgewerk soos benodig, totdat die persoon se geestesgesondheid in fase drie bevorder is.

Dit is wanneer gesinslede deur optrede of in woorde aantoon dat hulle nie meer 'n behoefte aan/probleme met ondersteuning het, volgens die ses geïdentifiseerde punte nie, en die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyen deur die gesinslede se herevaluasie vind dat hulle nie meer verdere behoefte/probleme ondervind wat ondersteuning vereis nie.

Evaluasie van die model

Die model is deur twee modelkundiges geëvalueer. Albei die modelkundiges is professore in psigiatriese verpleegkunde en is kundiges op die gebied van kwalitatiewe navorsingsmetodes en teoriegenerering. Die model is volgens die onderstaande kriteria van Chinn & Kramer (1995:125-135) evalueer:

• **Is die model duidelik?**

Hiervolgens word geëvalueer of die model/theorieë verstaanbaar is, of konsepte verstaanbaar is en of die verband tussen

konsepte duidelik is. Dit was nodig om die sikkiese aard van die model meer duidelik aan te toon op die aanvanklike visuele model.

• **Is die model eenvoudig?**

Met "eenvoudig" word bedoel dat die elemente wat in die model vervat is, tot 'n minimum beperk moet word, en dat verhoudings daartussen eenvoudig aangedui moet word.

• **Is die model algemeen?**

Die veralgemeenbaarheid waarna gestrewe word, behoort geëvalueer te word deur te kontroleer of hierdie model ook vir ander persone buite die teikengroep van waarde sal wees. Alhoewel die model kontekstueel van aard is, kan dit ook vir ander gesinslede buite hierdie konteks van waarde wees.

• **Is die model toeganklik?**

Toeganklikheid word gedemonstreer indien definisies presies en versoenbaar met die werklikheid is.

• **Is die model belangrik?**

Die belang van die model vir die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyen om gesinne wat by besluitneming oor die onttrekking van lewensorondersteunende behandeling betrokke is, sinvol te ondersteun, word hierdeur geëvalueer. Albei die modelkundiges is dit eens dat hierdie model baie belangrik is vir die verpleegpraktyk en 'n belangrike bydrae gemaak het tot die verplegnavoring en van waarde kan wees in die verpleegonderwys.

Gevolgtrekkings, tekortkominge en aanbevelings

In hierdie artikel is die model vir sinvolle ondersteuning as raamwerk van verwysing vir die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyen ontwikkel en beskryf om gesinslede wat betrokke is by die besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling, te ondersteun en sodoende hul geestesgesondheid te bevorder. Die doel van die navorsing is bereik deur van 'n teoriegenererende ontwerp gebruik te maak wat kwalitatief, beskrywend en kontekstueel van aard was.

Die tekortkominge behels dat die oorspronklike navorsing in 'n privaathospitaalkonteks uitgevoer was en as gevolg van verskeie praktiese struikelblokke, is hierdie navorsing (die beskrywing van die model) in 'n algemene akademiese hospitaalkonteks uitgevoer. Daar het egter baie ander waardevolle inligting na vore gekom, juis omdat hierdie konteks gebruik is (Oberholster, 2000:100-102).

Aanbevelings sluit in dat 'n gevorderde verpleegpraktisyen in diens van privaat en algemene hospitale moet wees om

gesinslede wat by 'n kritieke siek pasiënt (gesinslid) betrokke is, oor wie daar moontlik later besluitneming oor die ontrekking van lewensorondersteunende behandeling nodig mag wees, te kan ondersteun. Verder kan hierdie gevorderde psigiatrisee verpleegpraktisyens as konsultante optree vir verskeie hospitale en gemeenskapsektore in hul onmiddelike omgewing sodat hulle as kundiges onmiddelik vir gesinslede in hierdie omstandighede beskikbaar kan wees om hul te ondersteun wanneer dit nodig blyk te wees.

Aanbevelings sou ook die operasionalisering en evaluering van die model in die praktyk insluit, ten einde die bruikbaarheid daarvan te evalueer en verdere aanbevelings ter verfyning van die model te beskryf.

Bibliografie

ALLEN, A 1997: Department of Psychiatry, University of Stellenbosch. In comments received from individuals. (In: The South African Law Commission 1998: Euthanasia and the artificial preservation of life. Discussion Paper 71, April 1997.)

BOTES, AC 1989: 'n Model vir wetenskapsbeoefening in die verpleegkunde. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (D.Cur. proefskerif).

BOTES, AC 1991: 'n Model vir wetenskapsbeoefening in verpleegkunde. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (ongepubliseerd).

BOTES, AC 1994: The operationalization of a research model in nursing. Johannesburg: Rand Afrikaans University (unpublished).

BURGER, G 1996: Faktore in besluitneming oor lewensorondersteunende behandeling. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (M. Cur. skripsi).

CHINN, PL & KRAMER, MK 1991: Theory and nursing. A systematic approach; third edition. St. Louis: Mosby.

CHINN, PL & KRAMER, MK 1995: Theory and nursing: A systematic approach; fourth edition. St. Louis: Mosby.

COPI, IM & COHEN, C 1994: Introduction to logic; ninth edition. USA: Macmillan Publishing Company.

DICKOFF, J; JAMES, P & WIEDENBACH, E 1968: Theory in a practice discipline. Paet 1. Practice orientated theory. Nursing Research, 17(5), Sept. - Oct. 1968: 415-435.

DIE SUID-AFRIKAANSE REGSKOMMISSIE 1998: Verslag oor genadedood en die kunsmatige handhawing van lewe. November 1998. Johannesburg: Universiteit van die Witwatersrand.

HARDY, ME 1978: Perspectives on nursing theory. Advances in Nursing Science, 1(1), Oct. 1978: 37-48.

HARDY, ME 1986: Theories: Components, development, evaluation. (In: Perspective on nursing theory). Boston: Little Brown & Co.

KUHSE, H 1996: "No to the intention/foresight distinction in medical end-of-life decisions". WORLD CONGRESS ON MEDICINE AND LAW. Congress (11th: 1996: Sun City, South Africa). (In: The South African Law Commission, 1998. Euthanasia and the artificial preservation of life. Johannesburg: University of Witwatersrand.)

LINCOLN, YS & GUBA, EG 1985: Naturalistic inquiry. USA: Sage Publications.

OBERHOLSTER, M 1997: Die verskynsel van gesinne wat betrokke is by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (M.Cur. skripsi).

OBERHOLSTER, M 1998: Die verskynsel van gesinne wat betrokke is by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling. Curationis, 21(4), Des. 1998: 34-43.

OBERHOLSTER, M 1999: Die verskynsel van gesinne wat betrokke is by besluitneming oor onttrekking van lewensorondersteunende behandeling. Curationis, 22(1), Mrt. 1999: 48-57.

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT 2000: Departement Verpleegkunde paradigma. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. 16p.

WALKER, LO & AVANT, KC 1995: Strategies for theory construction in nursing; third edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

WANDELT, RN & STEWART, DS 1975: Slater nursing competencies rating scale. New York: Appleton-Century-Crofts.

WILSON, HS 1989: Research in nursing; second edition. Redwood City, California: Addison-Wesley Publishing Company, Health Sciences.

