

PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDING AAN 'N GESIN VAN 'N PASIËNT IN 'N ONKOLOGIESE EENHEID: DEEL 1

IL Dippenaar and M Greeff

OPSOMMING

Die gesin van die pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis, ervaar geestesongemak as gevolg van die ekstra druk wat op die gesinsisteem geplaas word vanwee die langtermyn implikasies wat die siekte vir die gesin inhou. Dikwels is die gesinne onseker hoe hulle hul stresvolle situasie effektief moet hanteer, en onttrek hulle van mekaar as gevolg van die onsekerheid, wat hul geestesongemak vermeerder. Daardeur word hul strewe na heelheid belemmer.

'n Verkennende, beskrywende en kontekstuele studie is geloods, waartydens van die gevalstudie-ontwerp gebruik gemaak is, om die bydrae van psigiatriese verpleegkundige begeleiding deur 'n psigiatriese verpleegspesialis aan die gesin met geestesongemak, van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis, ten opsigte van die vermindering van hul geestesongemak, te verken en te beskryf. 'n Verdere doel was om riglyne daar te stel vir die ondersteuning deur die verpleegkundige aan die gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis, om sodoende hierdie gesin se geestesongemak te verminder.

SUMMARY

The family of a patient in an oncology unit or at home, experiences mental discomfort as a result of additional pressure placed on the family system due to long-term implications of cancer. Families are often uncertain about ways of effective coping in their stressful situation. As a result of this uncertainty, they tend to withdraw from one another, thereby worsening their mental discomfort and impeding their pursuit of wholeness.

An exploratory, descriptive and contextual study was carried out during the course of which the design for case studies was used. The purpose of the study was to determine the contribution made by a psychiatric nursing specialist offering psychiatric nursing accompaniment to the family of a patient in an oncology unit or at home, regarding the lessening of their mental discomfort. A further goal was to set guidelines as to the manner in which this accompaniment should be presented by the registered nurse in order to lessen the mental discomfort of the family of such a patient.

INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Die diagnose van kanker bring gewoonlik by die pasient sowel as by sy gesin 'n verskeidenheid emosies na vore, soos vrese en onsekerheid oor wat die toekoms met kanker vir hulle mag inhou. Baie interne ongemak kom as gevolg van bogenoemde emosies by die gesin voor, waarby hulle hul hanteringsmeganismes moet aanpas, om die toenemende druk en eise wat as gevolg van die siekte en behandeling ontstaan, te hanteer (Weisman, 1979: 79; De Villiers, 1985: 64-66; Greeff, 1991: 138). Gesinskohesie word nie noodwendig deur die verhoogde druk bevorder nie en ekstra druk word op die gesinsverhouding geplaas. Dikwels vind die

gesinslede dit moeilik om openlik oor hul omstandighede, vrese, bekommernisse en ander gevoelens met mekaar te praat, omrede hulle bang is dat hulle mekaar sal ontstel of self ontsteld raak. Dit lei gevolglik tot 'n gevoel van isolasie by die gesinslede waar baie onsekerheid beleef word. Hulle raak dan ook al hoe minder by mekaar en by die pasient se behandeling betrokke, as gevolg van hul angs, vrese en ander intense emosies wat nie deurgepraat en deurgewerk word nie. As gevolg van die onsekerheid ten opsigte van die hantering van hul gesitueerdheid, ervaar die gesin 'n verlies aan beheer oor en kontrole van hul situasie en kom daar 'n verandering voor in hul vermoë om hul situasie te hanteer. Al bogenoemde vererger die geestesongemak wat reeds deur die gesin ervaar word (Chesler

& Barbarin, 1987: 120, 134; Ahmed, 1981: 32-33; Greeff, 1991: 65).

Omdat die geestesongemak wat beleef word nie vir ander waarneembaar is nie, word dit selde, indien ooit deur die multiprofessionele span hanteer (Greeff, 1991: 138; Cahoon, 1982: 13-17; Bourchards & Owens, 1972: 39). Indien dit wel opgemerk word, val die klem steeds op die mediese behandeling, as gevolg daarvan dat die personeel dikwels self onseker is hoe om die gesin effektief te hanteer (Weisman, 1979: 119). Die psigiatriese verpleegspesialis is die verpleegkundige wat toegerus is om hierdie geestesongemak by die gesin te hanteer en sy het die uitdaging dat sy juis in hierdie area psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan die pasient en sy gesin kan bied om daardeur hul geestesongemak te verminder en hul geestesgesondheid (psigies en/of geestelik) te bevorder. Tot dusver was dit egter nog nie haar studieveld om psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan die gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid te bied nie. Die feit dat slegs 'n klein aantal psigiatriese verpleegspesialiste beskikbaar is, kompliseer hierdie situasie ook verder. Dit is dus hoofsaaklik die verpleegkundige wat in die onkologiese eenheid en in die gemeenskap met die gesin werksaam is, wat hierdie gesin moet kan hanteer (Cahoon, 1982: 13-17; Amenta & Bohnet, 1986: 175). Kennis van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure met die gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis, kan die psigiatriese verpleegspesialis van hulp wees in haar konsultasie van verpleegkundiges wat met die gesinne werk. As gevolg van haar deurlopende kontak met die pasient en sy gesin, het die verpleegkundige die uitdaging om die gesin wat geestesongemak ervaar, te ondersteun, om hulle geestesongemak te verminder en hul strewe na heelheid te fasiliteer, hetsy in die hospitaal, tuis of by gemeenskapsentra.

DOELSTELLINGS

Die volgende is met hierdie studie ten doel gestel:

- Om die bydrae van psigiatriese verpleegkundige begeleiding deur 'n psigiatriese verpleegspesialis aan die gesin met geestesongemak, van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis, ten opsigte

van die vermindering van geestesongemak, te verken en te beskryf.

- Om riglyne daar te stel vir die ondersteuning deur die verpleegkundige, aan die gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis, om hierdie gesin se geestesongemak te verminder.

NAVORSINGSMODEL EN PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

In hierdie studie is die navorsingsmodel van Mouton en Marais (1985: 23) as wetenskaplike raamwerk gebruik. Die Verplegingsteorie vir Mensheehheid (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1990: 136-142; Randse Afrikaanse Universiteit Departement Verpleegkunde, 1992: 1-7) is as uitgangspunt gebruik. 'n Model vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding van die pasient met geestesongemak (Greeff, 1991), is as 'n psigiatriese verpleegmetode met die gesin gebruik.

Vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheehheid (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1990: 136-142) was die aannames met betrekking tot die gesin aanvaar en het dit as fokus vir die formulering van 'n sentrale stelling gedien, en is: "Die diagnose van kanker by een lid van 'n gesin mag geestesongemak by die res van die gesin veroorsaak. Psigiatriese verpleegkundige begeleiding deur die psigiatriese verpleegspesialis kan die ervaring van geestesongemak verminder, om sodoende die gesin se strewende na heehheid te fasiliteer" (Dippenaar, 1993: 1-6).

NAVORSINGSONTWERP

Die studie was verkennend, beskrywend en kontekstueel van aard. Die navorsingsontwerp was die tipe twee, enkel geval, gegronde gevalstudieontwerp, (sien figuur 1) waar een gesin met 'n lid wat kanker onderlede het en behandeling in 'n onkologiese eenheid en tuis ontvang het, deelgeneem het aan die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses.

Die rasionaal vir die gebruik van die enkel geval ontwerp, was die diepgaande verkenning van die bydrae van psigiatriese verpleegkundige begeleiding tot die vermindering van die geestesongemak van 'n enkel gesin as geheel met 'n gesinslid in 'n onkologiese eenheid of tuis (Yin 1989: 49; Mouton & Marais, 1985: 43). Deur van 'n enkel geval ontwerp gebruik te maak, word geimpliseer dat analise van die

gesinsbegeleiding op 'n omvattende wyse plaasgevind het (Woods & Catanzaro, 1988: 157-158). 'n Gegronde gevalstudie was geloods, aangesien die navorsing op meer as een aspek tydens die verkenning van die bydrae van psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan die gesin ten opsigte van die vermindering van hul geestesongemak gelet het. Hierdie aspekte het onder meer die struktuur, proses en dinamika van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure en die eienskappe/vaardighede van die psigiatriese verpleegspesialis behels (Woods & Catanzaro, 1988: 157-158).

Die verkennende aard

Ondersoek was ingestel na die gesin as 'n sosiale eenheid. Tydens die ondersoek het die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure die kern van die verkenning gevorm en is die gebeure prosesmatig verken. Vir die doel was 'n reeks psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies aan die gesin gebied om hul geestesongemak te verminder (Parse, et al. 1985:91).

Die oogmerk van verkenning was gerig op die verkryging van insig en verwerwing van begrip ten opsigte van die vaardighede/eienskappe van die psigiatriese verpleegspesialis en die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure met hierdie bepaalde gesin aan die hand van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsmodel van Greeff (1991), (Mouton & Marais, 1985: 43).

Die beskrywende aard

Die doel van die beskrywing was om die gebeure tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies so volledig en akkuraat as moontlik te beskryf vanuit die verkreeë data, om 'n vergelyking met die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsmodel van Greeff (1991) moontlik te maak. In die beskrywing was daar spesifiek gefokus op

- die struktuur, proses en dinamika van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure.
- die vaardighede/eienskappe van die psigiatriese verpleegspesialis as begeleier wat tydens die begeleidingsgebeure merkbaar word.
- die bydrae wat die psigiatriese verpleegkundige begeleiding gelewer het tot die vermindering van die gesin se geestesongemak en die veranderinge in die gesin se belewenis van hul

geestesongemak as gevolg van psigiatriese verpleegkundige begeleiding.

Noukeurige observasie het daartoe bygedra dat insig verkry is in die wyse van interaksie wat tussen al die samestellende elemente bestaan het, naamlik die gesin, die psigiatriese verpleegspesialis as begeleier en die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses. Hierdie insig het daartoe bygedra dat sowel die gesin tydens hul ervaring van geestesongemak, asook die genoemde begeleidingsproses as 'n geheel verstaan is (Grinnel & Patton, 1982: 302).

Die kontekstuele aard

Die studie het in 'n spesifieke konteks plaasgevind, aangesien die doel van die studie nie die veralgemening van bevindinge na die breet samelewing behels het nie (Mouton & Marais, 1985:49.50).

Die konteks van die studie was gevorm deur 'n spesifieke hospitaal in Transvaal, met onkologiese eenhede waar pasiente aktiewe behandeling soos radio- en/of chemoterapie ondergaan, en het na die persoonlike verblyfarea van die pasient tuis uitgebrei nadat die pasient uit die hospitaal ontslaan is, sodat daar met die psigiatriese verpleegkundige begeleiding oortgegaan kon word.

LITERATUUROORSIG

Die individu leef as 'n geïntegreerde lid van sy gesin en die interaksie binne die gesin is transaksioneel van aard (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992: 1). Om hierdie rede sal die wyse waarop die onkologiese pasient sy siektetoestand beleef, die invloed daarvan op hom, sy reaksies, asook sy hantering van hierdie situasie, 'n beslissende invloed op sy gesin he. Donovan & Pierce (1976: 3) beklemtoon dat: "The patient with cancer, because of the meaning of cancer in our society, faces one of the greatest stress situations known to man."

Heelwat persone neem egter aan dat ongemak wat met kanker geassosieer word, alleen as gevolg van fisiese faktore is. Die afgelope paar jaar word dit al hoe meer duidelik dat die ongemak wat met kanker ervaar word, ook emosionele en sosiale aanpassing by die siekte behels. 'n Vorm van psigologiese aanpassing word deur elke pasient en sy gesin tydens en na die diagnose van kanker gemaak (Goldberg & Tull, 1983: 40).

Die diagnose van kanker ruk die mens gewoonlik tot 'n tydelike stilstand en bring geweldig intense emosies na vore. Tydens die bekendmaking van die diagnose kom daar aanvanklik 'n skokreaksie wat dikwels deur die pasient sowel as die gesin as 'n sensasie van "lamheid" ervaar word. Dit kan gesien word as 'n mate van beskerming teen die oorweldigende gevoelens wat deur die diagnose opgewek word (Gonda & Ruark, 1984: 82). Ontkenning kom dan dikwels voor om hulleself verder te beskerm. Daar is min wat die pasient en sy gesin kan doen om die

Figuur 1: Matrix of four basic types of designs for case studies



* Tipe twee, enkel geval, gegronde gevalstudieontwerp (WOODS & CATANZARO, 1988: 158).

aanslag en verdere terugslae van kanker te voorkom en onsekerheid bly dus altyd deel van die siekte, wat lei tot 'n gevoel van magtelosheid en frustrasie (Ahmed, 1981: 18). Gevoelens van hulpeloosheid en 'n gevoel van verlies aan beheer kom dikwels voor. Die onsekerheid wat die nuwe situasie meebring en die gesinslede se eie persepsie, kennis en belewenis van die situasie, lei tot die verhoging van stres en gee daartoe aanleiding dat interne ongemak deur die gesin beleef word (Goldberg & Tull, 1983: 41-42; Greeff, 1991: 138; Weisman, 1979: xiv). Die onsekerheid van die situasie lei daartoe dat die gesin heelwat vrese ervaar, soos vrees vir die verlies van lewe, verwerping, isolasie, eensaamheid, vervreemding, onaanvaarbaarheid, verlies van nuttigheid en produktiwiteit, en vir afhanklikheid (Donovan & Pierce, 1976:4). Ander intense emosies wat dikwels deur die gesinslede beleef word, is die van woede, gebelgdheid en skuldgevoelens. Rou kom dikwels voor as gevolg van verliese wat ervaar word, soos die verlies van 'n liggaamsdeel of -funksie, rolle en take wat nie meer uitgevoer kan word nie, en rou kom selfs al voor nog voordat die pasient gesterf het ((Goldberg & Tull, 1983: 46; Donovan & Pierce, 1976: 3-5; Ahmed, 1981: 14). Kübler-Ross onderskei vyf fases in die rouproses, maar die fases kom nie noodwendig in volgorde voor nie en daar kan na 'n vorige fase terugbeweeg word. Die fases is: ontkenning en isolasie, woede en opstandigheid, onderhandeling, terneergedruktheid en aanvaarding (De Villiers, 1985: 103-105).

Die stres wat die kankersituasie meebring, het ook 'n impak op die struktuur en funksie van die gesin. Dit lei daartoe dat die gesin se funksies en aktiwiteite wat voorheen vervul is, gedwarsboom word en noodsaaklike rolveranderinge is nodig soos wat die siektetoestand kronies word en die pasient gehospitaliseer word. Die veranderinge en noodgedwonge aanpassings kan tot angs, onsekerheid, woede en selfs jaloesie lei (Ahmed, 1981: 273). As gevolg van die impak van kanker en die vrese wat dit opwek, kom daar ook vroeë oorsake van die gesin se toekomst na vore en word kort- en langtermynbeplanning en doelwitte geïmpak. Die gesin neig dan om siektegeorieë te bly en die toekomst te "stol", deur groot besluite uit te stel en te leef op 'n dag-vir-dag-basis (Holland & Rowland, 1989:588).

Die pasient en sy gesin staan dikwels alleen in hul ervaring as gevolg van 'n gebrek aan sosiale ondersteuning vanaf die gemeenskap, wat hulle kwesbaar maak vir geestesongemak (Weisman, 1979:122; Goldberg & Tull, 1983: 50-52; Ventafridda & Van Dam, 1986: 1). Die las van die voorsiening van ondersteuning aan die volwasse pasient berus dan hoofsaaklik op die eggenoot en/of kinders. "What is sometimes overlooked is that such persons are themselves under tremendous strain as a result of the emotional demands and new responsibilities, including managing the family, coordinating finances and providing

primary care for the patient" (Goldberg & Tull, 1983: 52). Ahmed (1981: 273) beklemtoon ook dat die impak van die stres van kanker op die gesinsisteme dikwels onderskat word.

Holland & Rowland (1989: 586-587) noem dat die enigste konstante faktor in die gesin verandering is, omdat die natuurlike verloop van kanker voortdurende verandering van die pasient sowel as die gesin verg. Die gesin kan hul situasie hanteer deur die gebruikmaking van verdedigingsmeganismes, 'n verandering in hul wyse van kommunikasie, hantering van hul siek geliefde op 'n sekere wyse (soos die wegneem van perke of om hulself van die pasient te onttrek), emosionele ondersteuning, die behoudenis van geloof en hoop, verkryging van inligting ten opsigte van die siekte en omstandighede en deelname aan die behandelingsprogram (Cahoon, 1982: 9-12, 49; Ahmed, 1981: 5-7, 16, 276-277, 2235, 282; Rosenbaum, 1980: 2.1-2.9; Donovan & Pierce, 1976: 206-210; Goldberg & Tull, 1983: 43-48; Lockich, 1978: 29).

Tydens die literatuuroorsig is daar gelet op die hantering van die kankersituasie deur die multiprofessionele span en daarna spesifiek die verpleegkundige hantering. Aspekte waarop gelet is, is die voorsiening van inligting aan die pasient en sy gesin, die skep van geleenthede vir betrokkenheid van die pasient en sy gesin by die behandeling, rehabilitasieaspekte, die daarstelling van ondersteuningsgroepe en die betrokkenheid van vrywillige organisasies (Lokich, 1978: preface; Tiffany, 1980: 133-136, 156; Weisman, 1979: 119; Cahoon, 1982: 10-16; Goldberg & Tull, 1983: 40-47; Capra, 1972: 403-404, 424; Donovan & Pierce, 1976: 213; Holland & Rowland, 1989: 130- 132, 237, 503-504).

Die uitdaging vir die verpleegkundige lê daarin dat sy die pasient en sy gesin wat 'n groot risiko vir fisieke en geestesgesondheidsprobleme is, herken, en om hulle in hul hantering van potensiele krisisse by te staan (Amenta & Bohnet, 1986: 175).

Die verpleegkundige maak van die verpleegproses gebruik om haar aksies met die pasient en sy gesin te beplan en deur te voer. Die hantering van die pasient se psigiese en geestelike ongemak behels 'n volledige beraming ten opsigte van die oorsake van die simptome daarvolgens. Die primêre terapeutiese fokus is dus die onderliggende oorsake en die hantering van die gevolge daarvan. Hoe meer inligting die verpleegkundige het ten opsigte van die veelvuldige faktore wat betrokke is, hoe makliker is dit vir haar om terapeutiese tussentredes te beplan, om negatiewe aspekte te verminder en positiewe aspekte te beklemtoon (Donovan & Pierce, 1976: 212; Tiffany, 1980: 82-84; Capra, 1972: 403).

Aspekte wat volgens die literatuuroorsig na vore gekom het en waarop die verpleegkundige veral moet klem lê, is: pynhantering, terapeutiese kommunikasie,

onderrig, krisistussentredes, deurlopende ondersteuning en die toepassing van spesifieke tegnieke en strategieë soos kognitiewe en gedragsterapie, ontspanning, arbeids-, musiek en kunstherapie, waardeur sy die pasient en sy gesin kan lei om hul situasie meer effektief te hanteer (Donovan & Pierce, 1976: 63-90, 213-217; Tiffany, 1980: 105, 162-172; Cahoon, 1982: 13-17; Sims, 1989: 35; Holland & Rowland, 1989: 467).

Aan die hand van die voorafgaande literatuuroorsig is 'n gevalrekorde dargestel. Die raamwerk wat afgelei is en waarbinne die gevalrekorde opgestel is, is op die stappe van die verpleegproses en die fases van psigiatriese verpleegkundige (wat volledig tydens die literatuuroorsig bespreek is) gebaseer.

Hier volg 'n skematiese uiteensetting van die gevalrekorde:

Beraming Die gesin is tydens 'n voorafgesprekvoering sowel as tydens die eerste sessie, as geheel volgens die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1990: 136-142) beraam, om daardeur 'n geheelbeeld van die gesin se interne en eksterne omgewing en die interaksies te verkry, en om te bepaal of die gesin wel aan die kriteria vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding voldoen het.

Beplanning Daar is doelwitte gestel gebaseer op 'n verpleegdiagnose wat gemaak is volgens die data verkry vanuit die beraming van die gesin. Deurdat die gesin aan die gestelde kriteria voldoen het, is daar voortgegaan om te beplan om psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies met die gesin deur te voer.

Implementer Data is ingesamel deur die proses van psigiatriese verpleegkundige begeleiding en die stappe van die gebeure te volg, en het as raamwerk gedien vir opnames per hand wat tydens sewe psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies gemaak is. Elke sessie is woordeliks getranskribeer en daar is deur deelnemende waarneming veldnotas van waarneembare gedrag, eienskappe soos sosiale interaksie en nie-verbale gedrag genoteer, om die navorser se indrukke en belewenis van die bepaalde sessie weer te gee. Observasie van die gesin en die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsinteraksie is dus direk deur die navorser tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleiding gedoen.

Daar is op die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure soos dit deur Greeff (1991: 154-158) uiteengesit is, gelet, naamlik die struktuur, proses en dinamika en die eienskappe/vaardighede van die psigiatriese verpleegspesialis.

Die fases van psigiatriese verpleegkundige begeleiding is:

Die gesin se

- bewuswording van hul ervaring van geestesongemak
- kognitiewe en emosionele opklaring van hul belewenis
- ondersoek van 'n alternatiewe hanteringswyse
- aanvaarding van verantwoordelikheid vir die verandering en toetsing van die alternatiewe hanteringswyse
- internalisering van 'n gekose alternatiewe hanteringswyse, waartydens hulle beheer, vryheid van keuse en verantwoordelikheid behou
- die neem van 'n afstand van die psigiatriese verpleegspesialis (Greeff, 1991: 155-158).

Evaluering Evaluasie van die gesin het deurlopend plaasgevind, maar was meer gerig tydens die sesde en sewende sessie. Die gesin is geevalueer om te bepaal in watter mate hul geestesongemak verminder het en watter veranderinge plaasgevind het tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses.

NAVORSINGSMETODE

Die gevalstudiemetode was gebruik om die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses te verken en te beskryf. Die gesin van 'n pasiënt met kanker was as eenheid vir die gevalstudie gebruik. Die navorsingsmetode het die volgende aspekte ingesluit, naamlik betroubaarheid en geldigheid, die steekproef, data-insameling en data-analise.

Betroubaarheid en geldigheid

Betroubaarheids- en geldigheidsmaatreëls was toegepas om sodoende die waarde van die studie te verhoog. Vervolgens word daar gekyk na die wyse waarop betroubaarheid en geldigheid tydens die studie verseker is.

Betroubaarheid

Die doel van betroubaarheid was om foute en vooroordeel in die studie te minimeer en was dit bereik deur soveel moontlik stappe so operasioneel moontlik te maak. 'n Gevalrekord het die insameling en weergee van data gerig en het die stappe van die verpleegproses en die fases van psigiatriese verpleegkundige begeleiding as spesifieke riglyn vir die gevalrekord gedien. Verdere faktore wat betroubaarheid van die studie verseker het, word vervolgens bespreek.

□ Posisie van die navorser

Die moontlike negatiewe invloed wat die

navorser se posisie op die gesin kon gehad het, is deur die vestiging van 'n vertrouensverhouding met die gesin, voor en tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies, beperk (Treece & Treece, 1982: 208). Die volgende aspekte sal aandag geniet:

Die navorser het voor die aanvang van die sessies die aard en doel van die studie, sowel as die diens wat aan hulle as gesin gebied sou word deur psigiatriese verpleegkundige begeleiding, die voordele en gevolge wat die psigiatriese verpleegkundige begeleiding vir hulle inhou, hul regte soos anonimiteit en vryheid om te staak of verwysing na 'n ander lid van die multiprofessionale span indien hulle nie aan die kriteria voldoen nie, vooraf breedvoerig met die gesin bespreek. Ingeligte toestemming is van die gesin verkry, waarin bogenoemde aspekte uiteengesit is.

Die navorser het duidelik haar rol van navorser aan die gesin stel, sodat hulle bewus sou wees van die verhouding wat tussen hulle as gesin en die navorser as psigiatriese verpleegkundige begeleier sou ontwikkel.

Gedurende die verloop van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies is die vertrouensverhouding versterk deurdat die navorser, as psigiatriese verpleegkundige begeleier vanaf 'n posisie van "beskikbaar wees" na 'n posisie van "daar wees" beweeg het. 'n Oop houding is deurentyd handhaaf, waardeur die gesin in die verloop van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies die geleentheid vir ventilering van hul belewenis, gebied is (Greeff, 1991: 155,156).

Die vertrouensverhouding is versterk deur die terapeutiese kwaliteite en houdings van die psigiatriese verpleegkundige begeleier en is in hierdie studie bevestig.

□ Seleksie van die deelnemende gesin

Die gesin wat gekies is vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding, het aan spesifieke, gestelde kriteria voldoen en is dus vooraf bepaal. Betroubaarheid is verhoog deurdat tussengangers 'n vooraf seleksie van 'n potensiele gesin aan die hand van die gestelde kriteria gedoen het, voordat die gesin na die psigiatriese verpleegspesialis verwys is. Die navorser het daarna 'n diepgaande beramingsonderhoud met die gesin gevoer, om te verseker dat die gesin wel aan al die kriteria voldoen het, en het dit deel van die gevalrekord gevorm.

□ Sosiale konteks

Om 'n beter begrip van die gesin en die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure te verkry, was insig in die sosiale konteks waarin die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure plaasvind, nodig. Veldnotas wat direk na die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies genoteer was, is gebruik om die inligting wat bekom is in konteks te plaas en tydens kodering te valideer (Woods & Catanzaro, 1988: 136).

□ Metode van prosedures wat gevolg was

'n Gegrunde gevalstudie ontwerp is tydens die studie geloods. Tydens die data-insameling was daar dus van meer as een wyse van data-insameling gebruik gemaak. (Sien data-insameling.) Die akkuraatheid van data-insameling is versterk deurdat oudiobandopnames van elke psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessie gemaak en daarna woordeliks getranskribeer was. Die presiese gebeure tydens psigiatriese verpleegkundige begeleiding kon sodoende daardeur gemonitor word. Direk na elke psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessie, was veldnotas in detail genoteer. Die aantekeninge het 'n konteksbeskrywing gevorm en is op die ervaring, indrukke en die direkte waarneming van die navorser ten opsigte van opvallende inhoude en waarnemings tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies gebaseer (Woods & Catanzaro, 1988: 136). Veldnotas het deel van die evaluering van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses gevorm.

Die betroubaarheid van die studie is verhoog deurdat 'n bevestigende kodeerder die verwerkte stel verbale inhoude en veldnotas verkry het, sodat die analiseproses onafhanklik gemonitor kon word (Krippendorff, 1980: 129; Kerlinger, 1986: 430). 'n Duidelike, stapsgewyse uiteensetting van die werkswyse vir die analiseproses is aan die bevestigende kodeerder voorsien en het sodoende verhoed dat dubbelsinnigheid voorkom. In die werkswyse is 'n duidelike omskrywing van kategorieë waarin eenhede van analise geplaas is, weergegee en het die bevestigende kodeerder dus duidelike riglyne gehad sodat beide die navorser en die bevestigende kodeerder die eenhede van analise op dieselfde wyse sou interpreteer (Kerlinger, 1986: 442). Die bevestigende kodeerder het ook voorkom dat subjektiewe oordeel en interpretering deur die navorser as kodeerder plaasgevind het (Treece & Treece 1982: 208).

Geldigheid

Aangesien die doel van die studie nie die veralgemening van bevindinge na die breek samelewing behels het nie, is slegs interne geldigheid hier ter sprake (Woods & Catanzaro, 1988: 147).

Interne geldigheid was verseker deurdat akkurate en werklikheidsgetroue bevindinge oor die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure gegenereer is en ondubbelsinnige gevolgtrekkings daaromtrent gemaak kon word (Mouton & Marais, 1985: 59,60; Woods & Catanzaro, 1988: 147).

Die studie se interne geldigheidsresultate is verseker deurdat die ingesamelde data so akkuraat en betroubaar moontlik was.

Dit was verder verseker deurdat die navorser deurentyd objektief tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies gebly

het, deur (a) op die gesin se verwysingsraamwerk en psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure te fokus, (b) deur te vertrou op die bevestigende kodeerder wat die data-analiseproses monitor en (c) deur kliniese begeleiding sy tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies verkry het.

Woordelike transkripsies, veldnotas, asook 'n spesifieke werkswyse vir data-insameling en vir data-analise wat gevolg was, het die interne geldigheid verder verhoog.

Verdere geldigheidsfaktore waarna gelet was, is die geskiedenis en maturasie, waarnemerseffekte, instrumentasie, mortaliteit van die data en seleksie van die gesin (Woods & Catanzaro, 1988: 137, 148).

□ Geskiedenis en maturasie

Om te verseker dat die minimum veranderinge tydens die studie in die gesin plaasvind, is die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies tot 'n periode van twee tot drie maande beperk, waartydens die gesin een maal per week of een maal per twee weke ontmoet is. Eksterne en interne veranderinge wat wel in die gesin plaasgevind het en 'n invloed op die gesin kon he, is in veldnotas geïdentifiseer en in ag geneem.

□ Waarnemerseffekte

Waarnemerseffekte is beperk deur oudiobandopnames wat van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies gemaak is, en wat die presiese gebeure weergegee het, die spesifieke stappe van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsmodel van Greeff (1991) te volg en die professionele rol van die navorser tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleiding en analyses. Subjektiewe oordeel en waarneming van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure deur die navorser, is sodoende beperk.

Die navorser het deurentyd doelgerig daarop ingestel gebly om die geestesongemak wat die gesin ervaar het, te verminder, deur die navolging van die spesifieke stappe van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsmodel van Greeff (1991: 154-158).

□ Instrumentasie

'n Gevalrekord het die insameling en weergee van data gerig en is op die van die verpleegproses, sowel as op die fases van psigiatriese verpleegkundige begeleiding, volgens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsmodel van Greeff (1991: 154-158), gebaseer.

□ Mortaliteit van die data

Psigiatriese verpleegkundige begeleiding het op 'n weeklikse tot tweeweklikse basis geskied en kontak is dus met die gesin tot met die voltooiing van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies behou. Deur die instandhouding van 'n

vertrouensverhouding is die gesin aangemoedig word om in die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses te bly om daardeur hul geestesongemak te verminder.

□ Seleksie van die gesin

Die geldigheid van die studie was versterk deurdat die geselekteerde gesin wat psigiatriese verpleegkundige begeleiding sou ontvang, aan spesifieke, gestelde kriteria moes voldoen. Deurdat die gesin aan die kriteria voldoen het, het dit hulle verteenwoordigend van gesinne wat geestesongemak ervaar wat 'n gesinslid in 'n onkologiese eenheid of tuis het, gemaak.

Die steekproef

Die steekproefpopulasie en die steekproefnemingsmetode sal vervolgens bespreek word.

Steekproefpopulasie

Die steekproefpopulasie het uit 'n gesin met geestesongemak met 'n lid wat aanvanklik in die onkologiese eenheid van 'n hospitaal was bestaan, en het as die enkel geval vir die studie gedien.

Steekproefnemingsmetode

Daar was van 'n doelgerigte, nonselektiewe steekproefneming gebruik gemaak waar die gesin aan spesifiek, gestelde kriteria van geestesongemak moes voldoen wat hulle verteenwoordigend gemaak het van ander gesinne met geestesongemak wat 'n gediagnoseerde gesinslid met kanker gehad het. Die gesin sou dus as 'n tipiese geval van geestesongemak geïdentifiseer kon word.

Die kriteria waaraan die gesin moet voldoen, was die volgende:

- (1) Een gesin waarvan 'n lid van die gesin met kanker gediagnoseer is (in enige fase van die siekte) en aktiewe behandeling, dit wil se chemoterapie en/of radioterapie ontvang.
- (2) Die lede van die gesin is onder een dak woonagtig en bestaan ten minste uit 'n vader, moeder en kind/ers wat oor verbale vermoens beskik.
- (3) Die gesin moes Afrikaans en/of Engels magtig wees.
- (4) Die gesin moes geestesongemak beleef en moes bewus wees van die feit dat hulle geestesongemak beleef. Die volgende eienskappe moet dus by die gesin teenwoordig wees vanwee die feit dat hulle geestesongemak beleef:

- Kognitiewe en emosionele bewolktheid as gevolg van die ervaring van geestesongemak.
- Problematiese wisselwerking en

samehang binne en/of tussen die interne en eksterne omgewing, byvoorbeeld 'n toename in gesinskonflik.

- Teenwoordigheid van druk en eise vanuit die siekte van die pasiënt in die gesinslewe.
- 'n Tydelike verlies aan perspektief in hul gesitueerdheid.
- 'n Gevoel dat daar 'n verandering is in hul vermoed om hul situasies te kan hanteer.
- 'n Toenemende gevoel van verlies aan beheer oor hul gesitueerdheid, met 'n gevolglike toenemende behoefte aan beheer.
- Gesinstrewe na heelheid is belemmer vanwee die traumatiese gebeure van die siekte.
- Hulle beskik steeds oor die vermoed tot * beheer.
 - * vryheid in die maak van keuses.
 - * aanvaarding van verantwoordelijkheid vir keuses (Greeff, 1991: 151).

- (5) Die gesin moes vrywilliglik toestemming gee vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding en bereid wees dat psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies op oudioband opgeneem word.
- (6) Weeklikse tot tweeweklikse afsprake moes moontlik wees vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding om sodoende die begeleidende interaksie meer sinvol te maak.
- (7) Die gesin moes as 'n eenheid die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies bywoon.

Data-insameling

Data is deur middel van die gevalstudiemetode ingesamel. 'n Gevalrekord wat vanuit die literatuuroorsig opgestel is, het die data-insameling en die weergee van die data gerig. Die stappe van die verpleegproses en die fases van psigiatriese verpleegkundige begeleiding, het as spesifieke riglyn vir die data-insamelingsproses gedien.

'n Verskeidenheid data-insamelingsmetodes, soos die verpleegberamingsdokument, psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies, transkripsies van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies en veldnotas, was gevolg. Elke psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessie was op oudioband geneem en woordeliks getranskribeer. Veldnotas was direk na afloop van die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsessies genoteer, ten opsigte van die indrukke, belewenisse en waarnemings van die psigiatriese verpleegspesialis en het as aanvulling van die transkripsies gedien.

Data-analise

Data-analise het geskied deur die gebruikmaking van 'n gewysigde kombinasie van Kerlinger (1986: 479-481) se metode wat 'n universum en eenhede van analise insluit, en Giorgi se vyf basiese stappe van dataverwerking (Omery, 1983: 57058).

Getranskribeerde psigiatriese verpleegkundige bejegingsessies en veldnotas was beskikbaar gestel vir data-analise en was in volgorde hanteer. Deur middel van inhoudanalise is bogenoemde inligting na 'n kodeerbare vorm in 'n voorafbepaalde skema oorgeskakel. Objektiviteit en sistematiese identifisering van spesifieke eienskappe wat met die verloop van die psigiatriese verpleegkundige bejegingsessies voorgekom het (volgens die response van die gesin en die psigiatriese verpleegspesialis), is toegepas om te bepaal (1) wat die bydrae van die psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan die gesin ten opsigte van die vermindering van hul geestesongemak en hul strewe na heelheid was (Holsti 1969: 14 soos aangehaal deur Chadwick, Bahr & Albrecht, 1984: 239), (2) of die struktuur, proses en dinamika soos vervat in die psigiatriese verpleegkundige bejegingsmodel van Greeff (1991) verwesenlik is al dan nie, (3) of die geestesongemak van die gesin verminder is, en (4) watter vaardighede/eienskappe van die psigiatriese verpleegspesialis na vore gekom het.

RESULTATE EN GEVOLGTREKKINGS

Die resultate is aan die hand van die gevalrekord beskryf en bespreek. Tydens die gevolgtrekkings is daar gelet op die verandering van die geestesongemak van die gesin en wat die bydrae van psigiatriese verpleegkundige begeleiding was. 'n Vergelyking met die bestaande model vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding van Greeff (1991) is getref.

Verandering van geestesongemak

Tydens die psigiatriese verpleegkundige bejegingsproses het elke lid sy geestesongemak op sy eie manier uitgedruk en getoon. Soos die psigiatriese verpleegkundige bejegingsproses egter gevorder het, het dit geblyk dat die gesin by tye meer as net geestesongemak ervaar het en dat daar tekens van onverwerkte krisis en rou voorgekom het. Die verskeie temas van verliese waardeur die gesin moes werk om tot aanvaarding te kom, het 'n struikelblok gevorm in die geleentheid vir die vermindering van die gesin se geestesongemak. Tydens die studie is bevind dat, daar met psigiatriese verpleegkundige begeleiding, wel 'n verandering, naamlik 'n wisseling in die intensiteit van geestesongemak wat deur die gesin beleef word, voorgekom het. Soos wat 'n eis afgehandel was, het die gesin se geestesongemak verminder, maar het weer vermeerder met 'n nuwe eis of met 'n eis wat weer opgevlam het. 'n Voorbeeld is toe

die gesin met hul geliefde se naderende dood gekonfronteer is, en hulle die realiteit van hul situasie nie meer kon ontken nie.

Verdere aspekte wat die vermindering van geestesongemak belemmer het en die feit dat dit nie deurgewerk kon word nie, was:

- die gesinslede wat van mekaar en van Ma se versorging onttrek het omdat hulle nie geweet het hoe om te help nie.
- Ma se fisieke pyn wat die gesin magteloos en hulpeloos laat voel het.
- die proses van kanker wat voortdurend nuwe eise veroorsaak het waarvoor nie beplan kon word nie. Soos wat die druk en eise met die verloop van die siekte toegeneem het, en die gesin nie met mekaar daaroor kon praat nie, het hulle gevoel van isolasie vermeerder - omdat die individuele lede al hoe meer alleen in hul ervaring gevoel het en dit hul magteloosheid en gevoel van verlies aan beheer en kontrole, en gevolglik hul geestesongemak in geheel vererger het.
- wanidees ten opsigte van wat sou gebeur, as die siekte tot die dood oorgaan.
- gedwonge rolveranderinge waarby moeilik aangepas is en hul roetine wat omvergegooi is en waarby hulle ook moeilik aangepas het.
- die feit dat hulle geen beplanning vir die toekoms kon doen nie. Gevolglik het daar 'n blokkering van toekomsgerigtheid voorgekom, as gevolg van die naderende dood wat hulle in die gesig gestaar het, en dat hulle nie geweet het wanneer dit sou intree nie.
- intense emosies en ervaringe wat beleef is en wat nie direk aangespreek is nie, as gevolg van hul onsekerheid hoe om dit te hanteer. Die tema van kanker is nie geblokkeer nie, maar daar is gepoog om die emosionele komponent van die bewussyn te isoleer (dissosiasie het dus plaasgevind).
- die feit dat die gesin geen sin en betekenis in hul gesitueerdheid en omstandighede gehad het nie en dit hul gevoel van magteloosheid en verlies aan beheer vermeerder het.
- die hanteringsmeganismes waarvan die gesin gebruik gemaak het, soos Ma se hoop waaragter sy geskerm het, alhoewel sy beseef het dat haar prognose baie swak was. Dit het 'n blokkering in die aanvaardingsproses en die deurwerk van gevoelens gevorm. Die gesin se hanteringsmeganismes het vervaag en hulle het 'n behoefte uitgespreek om hul hanteringsmeganismes te wysig, maar onveilig daarin gevoel, met die gevolg dat geestesongemak behoue gebly het.
- die aanhoudende gebruikmaking van

verdedigingsmeganismes deur die gesin, omdat hulle gevoel het dat hulle hulself voortdurend moes beskerm.

Geestesongemak was dus deurlopend teenwoordig, weens die tema van kanker wat nog nie afgesluit kon word nie. Ma se siekteverloop was dus 'n langtermynproses en die onsekerheid wat daarmee gepaard gegaan het, het gevolglik 'n plato-fase (met spesifieke behoeftes) veroorsaak wat deur die gesin tydens die psigiatriese verpleegkundige bejegingsproses bereik is. Gevolglik was dit dus vir die gesin moeilik om hul geestesongemak in totaliteit te verminder.

Die bydrae van psigiatriese verpleegkundige begeleiding

Die psigiatriese verpleegkundige begeleiding het in hierdie studie daartoe bygedra dat die gesin wel die geleentheid gehad het om hul gevoelens en ervaringe te ventileer en met mekaar te deel, sowel as om die alternatiewe hanteringsmeganisme te toets en dus direk met mekaar te kommunikeer, sover as wat hulle daarin veilig gevoel het. Die gesin het bewus geword van die dinamika in hul gesin, hul deelname in hul eie ervaring en hul verantwoordelikheid ten opsigte van die toets van die alternatiewe hanteringsmeganisme. Die gesin het dus kognitiewe helderheid verkry. Die gesin het hul privaatheid behou en hulle kon self hul pas bepaal om aan te spreek waarvoor hulle wel gereed was (byvoorbeeld om hul testament te bespreek en te hersien).

Vanuit die proses en dinamika van die gesin tydens die psigiatriese verpleegkundige bejegingsgebeure, blyk dit dat:

- daar 'n behoefte by die gesin was om met die psigiatriese verpleegspesialis hul gevoelens en omstandighede deur te werk.
- daar 'n behoefte by die gesin was om meer openlik met mekaar oor hul gevoelens en omstandighede te praat (dus hul hanteringsmeganismes aan te pas).
- daar wel 'n behoefte by die gesin was om hul skanse af te breek, maar dat hulle 'n vrees gehad het om dit aan te spreek.
- daar 'n behoefte by die gesin was om van die psigiatriese verpleegspesialis afhanklik te bly om hulle met die deurwerk van gevoelens en omstandighede te help en hulle daarin te ondersteun, sowel as met die inoefening van die alternatiewe hanteringsmeganisme. Die gesin was dus nie gereed om verantwoordelikheid te aanvaar vir die toets van die alternatiewe hanteringsmeganisme nie, omdat hulle aanhoudend van verdedigingsmeganismes gebruik gemaak het. Die proses van psigiatriese verpleegkundige begeleiding is dus gestol en gevolglik verleng.

Die gevolgtrekking waartoe gekom is, is dat psigiatriese verpleegkundige begeleiding wel met 'n gesin deurgevoer sal kan word, met 'n

middelfase van ondersteuning en oor 'n langer tydperk, waar bogenoemde behoeftes aangespreek word. Waar daar verdedigingsmeganismes by die gesin teenwoordig is, en gevoelens wat nog nie deurgewerk is nie, sal die aspekte dus eers volgens die gesin se gereedheid en eie tempo aangespreek moet word, voordat die gesin gereed sal wees om na alternatiewe hanteringsmeganismes te kyk, soos om meer openlik met mekaar ten opsigte van omstandighede en gevoelens te kommunikeer. Die gesin moet dus gereed gemaak word vir die toets van die alternatiewe hanteringsmeganisme, en wel om hulle te ondersteun en om saam met hulle hul spesifieke behoeftes aan te spreek.

Vergelyking met die model van Greeff (1991)

Daar is bevind dat tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleiding met die gesin, 'n wisseling tussen die fases van psigiatriese verpleegkundige begeleiding wat deur Greeff (1991) uiteengesit is, voorgekom het. 'n Fase sou byvoorbeeld herhaal indien 'n nuwe eis, of 'n eis wat weer opgevlam het, na vore kom. Sekere aspekte was dus in meer gevorderde fases van verwerking as ander. So was daar voortdurend 'n wisseling tussen kognitiewe en emosionele bewolktheid en helderheid. Daar het ook meer dikwels net 'n kognitiewe opklaring en perspektief by die gesin voorgekom, en in 'n mindere mate emosionele opklaring, omrede die gesin dit vermy het om met hul gevoelens gekonfronteer te word. Gevolglik het hulle nooit ten volle perspektief verkry nie. Daar is dus 'n besonder lang fase waarin tyd aan kognitiewe en emosionele opklaring bestee moet word.

Die gesin se ontkenning dat Ma sou doodgaan, het veroorsaak dat hulle weerstand teen verandering bied. Die gesin het dit moeilik gevind om die situasie op hul eie te hanteer, en wou van die psigiatriese verpleegspesialis afhanklik bly om hulle te help en te ondersteun in hul beleving en met die deurwerk van gevoelens en omstandighede. Die teenwoordigheid van die psigiatriese verpleegspesialis was dus soos 'n weerligafleier vir die gesin. Gevolglik het hulle die verantwoordelikheid vermy om op hul eie met mekaar oor hul omstandighede en gevoelens te praat en het daar dus geen aanvaarding van verantwoordelikheid vir die verandering en toetsing van die alternatiewe hanteringsmeganisme voorgekom nie. Internalisering van die alternatiewe hanteringsmeganisme kon dus nie plaasvind nie. Die ontkenningfase wat by die gesin voorgekom het, het dus die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsgebeure laat stol en gevolglik kon die gesin nie 'n afstand van die psigiatriese verpleegspesialis inneem nie. Al die fases van psigiatriese verpleegkundige begeleiding kon dus nie verwesenlik word nie.

Die grootste verskil tussen die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses met die gesin en die met die individu as pasient, is dat

tydens die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsproses met 'n individu (wat deur Greeff (1991) uiteengesit is), daar 'n korttermyn interaksie en verhouding tussen die pasient en die psigiatriese verpleegspesialis bestaan. As gevolg van verskeie faktore en spesifieke behoeftes wat betrokke is by die gesin waar 'n lid kanker het en pre-terminaal siek is, ontwikkel daar dus 'n langtermyn verhouding tussen die gesin en die psigiatriese verpleegspesialis, waar dit nodig is om 'n fase van ondersteuning in te bou.

Met verwysing na die sentrale stelling wat vroeër aangehaal is, blyk dit uit die studie dat die diagnose van kanker by 'n lid van 'n gesin wel geestesongemak by die gesin veroorsaak en dat 'n verskeidenheid faktore (as gevolg van die siektetoestand en gesinsdinamika), betrokke is wat tot die gesin se geestesongemak bydra en die vermindering van geestesongemak op 'n korttermyn basis belemmer. Psigiatriese verpleegkundige begeleiding kan wel bydra tot die gesin se vermindering van hul geestesongemak, maar dit is nodig dat 'n langtermyn fase van ondersteuning ingebou moet word, om die spesifieke behoeftes van die gesin tydens die plato-fase waarin hulle kan verkeer, aan te spreek, om daardeur hul strewe na heelheid te maksimeer.

TEKORTKOMINGE

Die volgende is as tekortkominge geïdentifiseer: gesinsbekikbaarheid, fase van die siekte, seleksie-kriteria, eksterne faktore (soos die groot afstand tussen die gesin en die psigiatriese verpleegspesialis, tyd vir opvolgafsprake met die gesin wat nie vir almal gelee was nie), verwagtinge wat nie met die gesin uitgeklaar was nie, vaardigheid van die psigiatriese verpleegspesialis en sekere struikelblokke wat geïdentifiseer was.

AANBEVELINGS EN TOEPASSINGSMOONTLIKHED

Toepassingsmoontlikhede van die studie is gestel ten opsigte van die praktyk, navorsing en onderrig. Daar is riglyne aan die verpleegkundige gestel ten opsigte van ondersteuning aan die gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis.

Praktyk

- Die verpleegkundige kan vanuit kennis wat tydens die studie ingewin is, die behoeftes van die gesin onderskei en beraam en daarvolgens 'n meer gerigte interaksie met die pasient en sy gesin aktiveer.
- Die verpleegkundige en psigiatriese verpleegspesialis sal deur hul vermeerderde kennis bedag wees op die verskillende stadia waarin die gesin kan verkeer, soos krisis en 'n stollingstydperk. Dit kan bydra daartoe dat hul spesifieke behoeftes tydens sulke tydperke wel met die gesin deurgewerk word en die gesin se geestesongemak

daardeur verminder kan word tydens 'n langtermyninteraksie met fases van ondersteuning.

- Die verpleegkundige kan vanuit haar kennis van die studie meer insig ten opsigte van moontlike dinamika in gesinne met 'n onkologiese pasient bekom, en dit kan haar interaksie met die gesin meer doeltreffend rig.
- Daar kan van die psigiatriese verpleegspesialis in 'n onkologiese eenheid en in die gemeenskap gebruik gemaak word, waar sy 'n waardevolle bydrae ten opsigte van konsultasie aan verpleegkundiges kan lewer, asook psigiatriese verpleegkundige begeleiding en terapie aan die gesin kan bied.

Navorsing

Aspekte wat in die toekoms nagevors kan word, is:

- Psigiatriese verpleegkundige begeleiding van die onkologiese pasient as individu.
- Terapie van die gesin met 'n lid wat met kanker gediagnoseer is, waar hulle betredend gekonfronteer word. Daar kan gelet word in watter mate so 'n benadering hulp aan die gesin in hul omstandighede verleen, om hul verdedigingsmeganismes op 'n meer direkte wyse aan te spreek.
- Die verpleegkundige kan vanuit die verhoogde druk en eise van haar werk met die onkologiese pasient, self geestesongemak ervaar. Navorsing kan geloods word om die bydrae te verken van psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan personeel wat werk met die gesin waar 'n lid met kanker gediagnoseer is.
- Verskillende tipes ondersteuningsgroepe vir onkologiese pasiente en hul gesinne (saam en apart) kan tydens navorsing ondersoek word, waar daar byvoorbeeld gelet kan word op die aanspreek van die behoeftes wat tydens 'n krisis en 'n stollingstydperk na vore kom.

Onderrig

- Kurrikulering van die teoretiese aspek van die kursus vir voorgraadse studente, moet die belewenis van die pasient en sy gesin ten opsigte van die kankersituasie, en die hantering van die onkologiese pasient en sy gesin insluit. Aspekte wat klem kan dra, is die van ondersteuning, die erkenning van verdedigingsmeganismes en die funksie daarvan, voorligting aan die pasient en sy gesin ten opsigte van aspekte van kanker, byvoorbeeld hoe die gesinslede by die pasient betrokke kan wees, die uitklaring van wanidees en mites met die gesin (soos wat gebeur as die dood intree), tussentredes waarin die pasient en sy gesin ondersteun kan word, soos krisistussentrede.

- Die psigiatriese verpleegkundige begeleidingsmodel moet by die kurrikulering van die psigiatriese verpleegspesialis se teoretiese kursus ingeskakel word, en praktiese werk moet psigiatriese verpleegkundige begeleiding as interaksiemetode insluit.
- Indiensopleidingsprogramme by 'n onkologiese eenheid en in die gemeenskap kan die hantering van die onkologiese pasient en sy gesin insluit. Daar kan klem gele word op aspekte soos die verskillende behoeftes wat by die gesin mag bestaan en ontwikkel, ten opsigte van krisistussentrede, ondersteuning, terapie en psigiatriese verpleegkundige begeleiding. Verpleegkundiges kan daardeur meer kennis inwin ten opsigte van 'n geleë tyd om 'n gesin te verwy.
- Kort kursusse kan aan verpleegkundiges gebied word ten opsigte van die hantering van die gesin met 'n lid wat met kanker gediagnoseer is, die algemene invloed van die kankerdiagnose op die pasient en sy gesin, asook hul reaksies en hul hantering van die situasie. Kursusse kan ook aan die psigiatriese verpleegspesialis gebied word ten opsigte van bogenoemde, maar veral ten opsigte van psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan die gesin waar 'n lid met kanker gediagnoseer is en hoe dit volgens die gesin se behoefte en gereedheid aangepas moet word.
- Personeelontwikkelingsprogramme kan werkwinkels insluit waar daar byvoorbeeld na praktiese aspekte gelet word ten opsigte van die hantering van die gesin met 'n lid wat kanker het. Klem kan gele word op die noodsaaklikheid om te onderskei wanneer die gesin krisistussentrede, ondersteuning, terapie of psigiatriese verpleegkundige begeleiding op 'n gegewe tydstip nodig het.

Riglyne vir die verpleegkundige

Deurdat die getalle van psigiatriese verpleegspesialiste min is, berus die ondersteuning aan die pasient en sy gesin hoofsaaklik op die verpleegkundige wat met die gesinne werk. Riglyne was gestel vir die verpleegkundige, om die geestesongemak van 'n gesin van 'n onkologiese pasient te verminder en daardeur hul strewe na heelheid te fasiliteer. Die getelde riglyne sal in 'n opvolgartikel, getiteld "Riglyne vir die verpleegkundige vir die bied van ondersteuning aan die gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid of tuis", weergegee word.

VERWYSINGS

- AHMED, P (1981): Coping with medical issues. Living and dying with cancer. New York: Elsevier.
- AMENTA, MO & BOHNET, NL (1986): Nursing care of the terminally ill. Boston: Little, Brown.

BAIRD, SB (1988): Decisionmaking in oncology nursing. Toronto: B.C. Decker.

BURNS, N & GROVE, SK (1987): The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. Philadelphia: W.B. Saunders

CAHOON, MC (1982): Cancer nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone.

CAPRA, LG (1972): The care of the cancer patient. London: William Heinemann.

CAPRA, LG (1986): Care of the cancer patient; Second Edition. London: Macmillan.

CHADWICK, BA; BAHR, HM & ALBRECHT, SL (1984): Social science research methods. New Jersey: Prentice-Hall.

CHESLER, MA & BARBARIN, OA (1987): Childhood cancer and the family: Meeting the challenge of stress and support. New York: Brunner/Mazel.

DEVILLIERS, FMJ (1985): Sterwensbegeleiding in Christelike perspektief. Pretoria: NG Kerkboekhandel.

DIPPENAAR, IL (1993): Psigiatriese verpleegkundige begeleiding aan 'n gesin van 'n pasient in 'n onkologiese eenheid. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (M.Cur.-skripsie).

DONOVAN, MI & PIERCE, SG (1976): Cancer care nursing. New York: Appleton-Century-Crofts.

GOLDBERG, RJ & TULL, RM (1983): The psychosocial dimensions of cancer. A practical guide for health care providers. New York: The Free Press.

GONDA, TA & RUARK, JE (1984): Dying dignified. The health professional's guide to care. California: Addison-Wesley.

GREEFF, M (1991): 'n Model vir psigiatriese verpleegkundige begeleiding van die pasient met geestesongemak. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (D.Cur.-proefskrif).

GRINNEL, RM & PATTON, N (1982): Social work research and evaluation; Third Edition. New York: F.E. Peacock.

HOLLAND, JC & ROWLAND, JH (1989): Handbook of psycho-oncology. Psychological care of the patient with cancer. New York: Oxford University Press.

KERLINGER, FN (1986): Foundation of behavioral research. New York: Holt Rinehour and Winston.

LOKICH, JJ (1978): Primer of cancer management. Boston: Martinus Nijhoff.

MCINTOSH, J (1977): Communication and awareness in a cancer ward. London: Croom Helm.

MOUTON, J & MARAIS, HC (1985): Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

OMERY, A (1983): Phenomenology: a method for nursing research. *Advances in Nursing Science*. 5(2), 49-63.

ORAL ROBERTS UNIVERSITY ANNA VAUGHN SCHOOL OF NURSING (1990): Self Study Report, submitted to the Council of Baccalaureate and Higher Degree Programs, National League of Nursing, Volume 1 - Narrative by Criteria. Tulsa, Oklahoma: Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing.

PARSE, RR; COYNE, AB & SMITH MJ (1985): Nursing research. Qualitative methods. Maryland: Brady Communications.

POLIT, DF & HUNGLER, PD (1993): Essentials of nursing research methods, appraisals and utilization; Third Edition. Philadelphia: Lippincott.

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE (SEPTEMBER 1992): Verplegingsteorie vir Mensheelheid. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. pp. 1-42.

ROSENBAUM, EH (1980): A comprehensive guide for cancer patients and their families. California: Bull.

SIMS, S (1989): Hope and coping with cancer. *Verpleging RSA*. 4(4), 33-39.

SMITH, JP (1991): Meeting the challenge of cancer care and prevention in Europe. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1267-1268.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING (1992): Statistiese opgawes vir die kalenderjaar 1992. Pretoria: Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

TIFFANY, R (1980): Oncology for nurses and health care professionals; Volume 2: Care and support. London: George Allen & Unwin.

TREECE, EW & TREECE, JW (1982): Elements of research in nursing; Third Edition. St. Louis: C.V. Mosby.

VENTAFRIDA, V & VAN DAM, FSAM (1986): Assessment of quality of life and cancer treatment. Proceedings of the international workshop on quality of life assessment and cancer treatment. Amsterdam: Excerpta medica.

WEISMAN, AD (1979): Coping with cancer. New York: McGraw-Hill Book.

WONG, CA & BROMWELL, L (1992): Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 15(5), 369-370.

WOODS, NF & CATANZARO, M (1988): Nursing research. Theory and Practice. St. Louis: C.V. Mosby.

YIN, RK (1989): Case study research, design and methods. Applied sosial research methods series; Volume 5; Second Edition. London: Sage Publications.

I.L. Dippenaar
M.CUR. Psigiatriese Verpleegkunde
RAU Departement Verpleegkunde

M.Greeff
D.CUR. Psigiatriese Verpleegkunde
Professor: Verpleegkunde PU vir CHO