

DIE BEHOEFTE EN PROBLEME VAN DIE VROU MET KARSINOOM VAN DIE MAMMAE WAT VERBAND HOU MET PSIGOSOSIALE, EKONOMIESE, SEKSUELE EN GODSDIENSTIGE ASPEKTE

N. C. van Wyk

Opsomming

Die behoeftes en probleme van die vrou met karsinoom van die mammae wat verband hou met psigososiale, ekonomiese, seksuele en godsdienstige aspekte

Blanke vroue met karsinoom van die mammae ervaar besondere behoeftes en probleme. Hierdie behoeftes en probleme sentreer rondom psigososiale, ekonomiese, seksuele en godsdienstige aspekte. Verskeie etiologiese faktore is by die ontstaan van hierdie behoeftes en probleme betrokke. Afgesien van die spanning wat 'n diagnose van karsinoom en meer spesifiek 'n diagnose van karsinoom van die mammae teweegbring, dra die behandeling van karsinoom ook by tot die behoeftes en probleme wat hierdie vroue ervaar.

Uit die navorsing blyk dit duidelik dat die meerderheid van die vroue nie erge probleme met die hantering van hulle siektes ervaar het nie. Die vroue het 'n universele lae gemiddelde intensiteit van behoeftes en probleme ondervind. Hulle het egter steeds hulp en ondersteuning benodig in die hantering en aanvaarding van die gevolge van karsinoom en die gepaardgaande behandeling.

Summary

The psychosocial, economic, sexual and religious related needs and problems of women with carcinoma of the breast are explored.

White women with carcinoma of the breast experience particular needs and problems related to psychosocial, economic, sexual and religious matters. These needs and problems are also influenced by a number of aetiological factors. Apart from the tension caused by a diagnosis of carcinoma, and particularly one of carcinoma of the breast, the treatment which these women receive contributes to their needs and problems.

The research clearly showed that the majority of women did not experience serious problems in coping with their illness - there was a universally low average intensity of needs and problems. They did, however, require help and support in coping with and accepting the consequences of the carcinoma and the attendant treatment.

daarvan, sowel as die gevolge van die behandeling van karsinoom van die mammae, is ewencens etiologiese faktore vir die genoemde behoeftes van hierdie groep pasiënte.

LITERATUUROORSIG

Behoeftes/probleme met betrekking tot inligting

Volgens verskeie navorsers en persone wat daaglik in die kliniese veld met pasiënte wat karsinoom het, werksaam is, blyk dit duidelik dat hierdie pasiënte meer inligting verlang met betrekking tot hulle siekte, tipe behandeling sowel as algemene reaksies en situasies wat hulle kan verwag.

Die waarde van inligting lê daarin dat onsekerheid te alle tye moeilik hanteerbaar is. Die onbekende veroorsaak dikwels meer vrees as wat die bekende sou kon doen. King is van mening dat die afwesigheid van feitelike inligting, aanleiding gee tot mites en bygelowigheid wat op hul beurt angstigheid tot gevolg het. Sy is oortuig dat wanneer 'n pasiënt oor genoegsame feitelike inligting beskik gegewe situasies waarin sy haar mag bevind vir haar verklaarbaar word, sodat sy beheer daarvoor bekom. Sodoende word angs verminder (King 1984:51). Anderson (1988:39) staaf hierdie getuienis met sy bevinding dat pasiënte wat genoeg voorbereiding voor bedreigende prosedures ontvang minder angs ervaar. 'n Gebrek aan inligting plaas die pasiënt in 'n magtelose situasie wat 'n moontlike verklaring bied vir die angs wat sy in so 'n situasie ervaar. 'n Ondersoek van Hames en Stirling rugsteun hierdie verklaring. Hulle het bevind dat 'n groep vroue wat chirurgie vir karsinoom van die mammae ondergaan het, nadat hulle volledig met betrekking tot behandelingsmoontlikhede ingelig is en in 'n beperkte mate betrek is in die keuse van 'n behandelingsmetode, minder

INLEIDING

Hierdie besondere behoeftes van vroue met karsinoom van die mammae word, afgesien van individuele etiologiese faktore, veroorsaak

deur die spanning wat 'n diagnose van karsinoom en meer spesifiek 'n diagnose van karsinoom van die mammae, teweegbring. Die chroniese aard van karsinoom, tesame met die onsekerheid ten opsigte van die uiteinde

post-operatiewe depressie ondervind het as die ander groep vroue in hulle studie wat nie volledig ingelig is nie. Verder het eersgenoemde groep vroue 'n baie beter fisieke selfbeeld gehad as die ander groep vroue (Hames en Stirling 1987:51).

'n Verdere voordeel wat die openlike bespreking van die pasiënt se diagnose, prognose en behandelingsmoontlikhede insluit, is dat daar geleentheid vir in diepte kommunikasie tussen die pasiënt, die gesondheidspersoneel en die pasiënt se gesin geskep word. Hierdeur word vermyding en gevolglike isolasie van die pasiënt voorkom. 'n Verdere voordeel van die genoemde kommunikasie blyk duidelik uit die navorsingsbevindinge van Funch en Mettlin (1982:95) naamlik dat pasiënte makliker aangepas het by die veranderde omstandighede wat teweeggebring is deur chirurgie van die mammae omdat hulle voldoende kommunikasie met die gesondheidspersoneel gehad het.

Pasiënte met karsinoom benodig nie net inligting spesifiek daarvoor nie, maar weliswaar oor 'n reeks situasies wat direk of indirek verband hou met hulle siekte. Die inligting wat meestal verlang word, het betrekking op die diagnose en die lewensverwachting van die pasiënt. Met betrekking tot laasgenoemde het McIntosh (1976:301) bevind dat pasiënte met karsinoom nie spesifiek wil weet of hulle gaan sterf nie. Hulle wil veel eerder weet wat die teenswoordige situasie is, en nie wat in die toekomst gaan gebeur nie. Morris en haar kollegas (1985:797) verskil egter van McIntosh en wys daarop dat pasiënte dikwels inligting verlang met betrekking tot die moontlikheid van dood. Allen (1981:198) is van mening dat die inligting wat 'n pasiënt met betrekking tot haar siekte benodig meestal daarop gerig is om wanopvattinge uit die weg te ruim. Omdat pasiënte wat in remissie verkeer 'n vrees het vir die herhaling van karsinoom, word die behoefte aan inligting met betrekking tot moontlike herhaling dikwels deur hierdie pasiënte genoem (Northouse 1984:227).

Verdere faktore waarvoor pasiënte kommer ervaar en dus inligting benodig is die behandeling wat vir hulle voorgeskryf is. Volgens Fredette en Beattie (1986:309) benodig hierdie pasiënte veral inligting met betrekking tot die nuwe-effekte wat hulle as gevolg van die behandeling kan verwag sowel as die hanteringsmoontlikhede van die nuwe-effekte.

Op die psigososiale vlak benodig pasiënte met karsinoom volgens Morris en haar kollegas (1985:797) inligting oor die impak wat 'n diagnose van karsinoom op interpersoonlike verhoudinge mag hê. Voorts benodig pasiënte met karsinoom ook met betrekking tot die ekonomiese en seksuele aspekte van menswees inligting om sodoende probleme te kan hanteer en kommer te kan verlig (Fredette en Beattie 1986:309).

Behoeftes/probleme met betrekking tot ekonomiese stabiliteit

'n Diagnose van karsinoom bring direkte en indirekte finansiële uitgawes vir die pasiënt en haar gesin mee. Die direkte uitgawes hou verband met konsultasies, hospitalisasie en die behandeling van die pasiënt terwyl die indirekte uitgawes verband hou met die verlaagde produktiwiteit van die pasiënt en addisionele huishoudelike uitgawes wat deur haar siekte genoodsaak word. Hierdie direkte en indirekte uitgawes kan daartoe lei dat 'n pasiënt met karsinoom in 'n mindere of meerdere mate finansiële probleme ondervind. Funch en Mettlin wys daarop dat finansiële probleme die herstel van 'n vrou na chirurgie van die mammae, kan benadeel. Hulle is van mening dat finansiële probleme 'n pasiënt mag verhinder om mediese hulp te verkry wanneer sy post-operatiewe komplikasies ervaar. Dit mag verder daartoe lei dat sy nie 'n prostese aankoop en dra nie wat haar liggaamsbeeld en haar aanvaarding van die skending van haar liggaam negatief mag beïnvloed (Funch en Mettlin 1982:96).

Afgesien van die finansiële uitgawes en gevolglike probleme wat sy mag ervaar beskou baie werkgewers 'n vrou met karsinoom van die mammae as 'n finansiële risiko. Om hierdie rede word vroue met karsinoom verkieslik nie in diens geneem of gehou nie.

Behoeftes/probleme met betrekking tot liefde, aanvaarding en omgang met ander

Elke persoon, ongeag ras, geslag, kultuur of ouderdom het volgens Smith (1978:171) nie net 'n behoefte om lief te hê nie, maar ook om liefde te ontvang. Hierdie behoefte kan ten beste in gesinsverband deur die individu uitgeleef word. Die individu wat die voorreg het om haar in 'n gesin te bevind, behoort altyd as deel van 'n gesin beskou te word, en nie as 'n losstaande individu nie. Volgens Kaplan (1982:221) is die individu om hierdie rede nie alleen verantwoordelik vir die hantering van haar probleme nie. Glacuinta (1977:1585) sluit hierby aan en is van mening dat die gesin die primêre ondersteuners van die individu behoort te wees wanneer laasgenoemde haar in 'n krisis bevind. Die individu bevind haar egter nie net in die sosiale sisteem van 'n gesin nie, maar ook in 'n bepaalde vriendekring. Beide hierdie groepe persone bied aan die individu die geleentheid om liefde te gee en te ontvang sowel as om aanvaarding van, en omgang met hulle te beleef. Volgens Murawski en sy kollegas (1978:370) kan hierdie groepe persone ook die ondersteuning bied wat die persoon in 'n krisis mag benodig.

Die emosionele betrokkenheid van die gesin, familie en vriende by die pasiënt wat karsinoom het, is altyd 'n positiewe faktor omdat hulle daardeur aan die pasiënt die nodige ondersteuning kan bied wat sy nodig het om die krisis waarin sy haar bevind, te kan hanteer.

Goldberg en Cullen (1985:805) sowel as Baltrusch en Waltz (1985:789) is dit eens dat sosiale ondersteuning soos verkry van gesins- en familieleden en vriende 'n krities bepalende faktor is in die pasiënt se psigososiale aanpassing by die diagnose en siekteverloop van karsinoom. Hierdie bevindinge word bevestig deur die ondersoek van Funch en Mettlin (1982:91). Hulle het 'n sterk positiewe korrelasie gevind tussen die sosiale ondersteuning wat die pasiënte met karsinoom van die mammae gekry het en hul psigologiese aanpassing na chirurgie. Volgens Flynn (1980:101) lê die verklaring hiervoor daarin dat die pasiënt in die teenwoordigheid van sosiale ondersteuning die spanningsituasies waarmee sy gekonfronteer word as minder bedreigend ervaar.

Verder is Wortman (1984:2353) van mening dat die pasiënt se hanteringsmeganismes meer effektief is in die teenwoordigheid van die ondersteuning van gesins-, familieleden en vriende.

Die bestaande verhouding wat die individu met haar gesin, familie en vriende beleef, word egter dikwels deur siekte versteur. Volgens Saunders en McCorkle beïnvloed karsinoom die verhouding wat die pasiënt met haar gesin, familie en vriende het deurdat sy in die eerste plek nie die rolle kan vervul wat sy voorheen vervul het nie. Tweedens beleef sy 'n siekte waarvan die verloop haar sosiale funksionering negatief mag beïnvloed. In die derde plek noodsak haar siekte haar om baie swaar te leun op die ondersteuning wat haar gesin, familie en vriende aan haar kan bied (Saunders en McCorkle 1985:374).

Behoeftes/probleme met betrekking tot seksuele uitleiding

In die lig van die stelling van Morgan en Hart (1987:54) dat elke hospitiumprogram vir die versorging van karsinoom-pasiënte voorsiening behoort te maak vir die probleme wat rondom die seksuele behoeftes van die pasiënt ontstaan, kan aanvaar word dat daar dwarsdeur die siekteverloop aan hierdie probleme aandag gegee behoort te word. Ostichega en Jacob (1984:42) sluit hierby aan deur te sê dat wanneer die aanpassing van 'n pasiënt by karsinoom meebring dat die normale verhouding tussen huweliksmaats daardeur versteur word, die aanpassing nie as effektief beskou kan word nie.

Die voorkoms van seksuele veranderinge by die vrou met karsinoom van die mammae is te wyte aan fisieke en psigososiale faktore. Karsinoom kan net soos enige ander siektetoestand 'n negatiewe effek op die seksuele aktiwiteite van die pasiënte hê (Nevidjon 1984:260). In die geval van karsinoom van die mammae sal beenmetastases in die pelvis en werwelkolom erge pyn tot gevolg hê wat seksuele behoeftes inhibeer. Hierbenewens verswak metastases die beenweefsel sodat die bene van die pelvis en werwelkolom so breekbaar is dat sommige

seksuele posities gevaar vir die pasiënt inhou (Mantell 1982:237). Afgesien van dié dramatiese effek van karsinoom veroorsaak dit ook 'n reeks endogene fisiologiese veranderinge wat seksuele funksionering kan beïnvloed (Mantell 1982:236). Met betrekking tot die psigososiale aspekte bring karsinoom net soos ander siektetoestande mee dat pasiënte veranderinge in die rolle wat hulle vervul, ervaar, wat tot seksuele veranderinge aanleiding gee (Nevidjon 1982:260). Bykomend moet die pasiënte ook 'n nuwe rol, naamlik dié van pasiënt-wees wat 'n ondergeskikte en relatief passiewe rol is, aanleer.

Die behandelingsmoontlikhede van karsinoom van die mammae, naamlik chirurgie, ioniserende bestraling en sitotoksiese chemoterapie, kan eweneens 'n negatiewe effek hê op die seksuele funksionering van die pasiënt. Beide ioniserende bestraling en chemoterapie het nuwe-effekte tot gevolg wat direk of indirek tot seksuele veranderinge lei. In die geval van ioniserende bestraling is die moegheid en naarheid wat dit meebring, belangrike oorsake van 'n verminderde belangstelling in seksuele aktiwiteite (Mantell 1982:237). Sitotoksiese chemoterapie veroorsaak eweneens ook naarheid, braking en moegheid. Dit het ook dikwels alopesie, stomatitis en veranderinge in die vaginale slymvlies tot gevolg wat tot verstuurings in die seksuele verhouding van die pasiënt met haar maat kan lei (Nevidjon 1984:272 en 273). Verder kan kalmeer- en antidepressiewe middels sowel as sommige narkotiese middels die behoefte aan seksuele gemeenskap inhibeer (Mantell 1982:237 en 238).

Volgens Woods en Earp (1978:280) is die opsigtelike skending wat 'n mastektomie veroorsaak die rede vir die seksuele verstuurings wat met mastektomie geassosieer word. Vroue interpreteer 'n mastektomie as 'n vernietiging van hul vroulikheid. Aansluitend by Woods en Earp se redes hoekom seksuele verstuurings voorkom, is die redes wat Toughill aanvoer. Sy is van mening dat vroue verwerping vanweë hulle liggaamskending vrees en daarom nie in seksuele aktiwiteite betrokke wil raak nie. Sy wys egter ook verder op 'n rede wat op die fisieke aspek gerig is, naamlik dat vroue huiwerig is om seksuele aktiwiteite te hervat vanweë 'n vrees dat die wond in die proses beseer sal word (Toughill 1984:417).

Volgens Krumm (1982:735) is seksualiteit 'n komponent van die liggaamsbeeld van die pasiënt. Wanneer aanvaar word dat die verlies van 'n orgaan en spesifiek in hierdie geval die mamma, 'n verandering in die liggaamsbeeld tot gevolg het, kan aanvaar word dat 'n veranderde liggaamsbeeld veranderinge in seksuele funksionering tot gevolg sal hê. Woods stem met hierdie siening saam wanneer sy konstateer dat die intensiteit van 'n vrou se reaksie op 'n mastektomie bepaal word deur die waarde wat sy aan haar mammae heg. Sy maak die stelling

dat 'n vrou met buitengewoon groot of buitengewoon klein mammae die verlies van haar mammae dikwels meer traumaties ervaar as dié vrou met normale grootte mammae (Meyerowitz 1980:114). Hieruit blyk dit duidelik dat die pasiënt se siening van haar liggaam en die gevolglike unieke interpretasie van die skending bepaal of en tot watter mate verstuurings in haar seksuele funksionering ervaar sal word.

Andersen (1985:1835) wys verder daarop dat die depressie wat pasiënte dikwels met karsinoom ervaar ook 'n rede mag wees vir die teenwoordigheid van seksuele verstuurings.

Behoefte/probleme met betrekking tot skoonheid/beeld

'n Pasiënt ervaar 'n verandering in haar liggaamsbeeld wanneer haar siening van haar liggaam gedeltelik of dramaties verander. So 'n verandering kan teweeggebring word deur veranderinge in en aan die liggaam. Die feit dat daar aan sekere liggaamsdele soos byvoorbeeld die mammae meer waarde geheg word, bring mee dat skending van hierdie dele 'n groter verandering in die liggaamsbeeld van die pasiënt meebring. Die fisieke faktore wat 'n verandering in die liggaamsbeeld van 'n vrou met karsinoom van die mammae kan teweegbring is in die eerste plek chirurgie van die mammae, en spesifiek 'n mastektomie (Maguire 1985:101) en die tweede plek die nuwe-effekte van sitotoksiese chemoterapie en ioniserende bestraling. Volgens Krumm (1982:732) het die nuwe-effekte van sitotoksiese chemoterapie 'n definitiewe negatiewe impak op die liggaamsbeeld van die pasiënt.

Veranderinge in die liggaamsbeeld bring spanning teweeg wat dikwels moeilik deur die pasiënt verwerk en hanteer word. In die geval van vroue met karsinoom van die mammae, veroorsaak die fisieke veranderinge wat hulle ervaar dat hulle dikwels minder aantreklik en minder vroulik voel. Verder tree hulle dikwels met minder selfvertroue op en vermy hulle situasies waar hulle met die onvolmaaktheid van hulle liggame gekonfronteer kan word (Maguire 1985:101).

Behoefte/probleme met betrekking tot beheer

Volgens Clarke ervaar 'n pasiënt beheer oor 'n situasie wanneer haar vermoë om dit te hanteer groter is as die eise wat die situasie aan haar stel (Sims 1986:583). Krisis-situasies soos dié van siekte en hospitalisasie stel dikwels sulke groot eise aan die pasiënt dat sy erg bewus word van die beperkinge van haar menswees en daardeur beheer oor haarself en haar omgewing verloor. Volgens Wright (1985:10) vrees alle mense - selfs gesonde mense - 'n situasie waarin die persoon 'n verlies van beheer kan beleef, wat aanleiding gee tot 'n gevoel van hulpeloosheid (Sims 1986:584) en afhanklikheid (Wright

1985:10). Volgens Wright beleef die pasiënt erge angste, wanneer sy haar in 'n situasie van afhanklikheid bevind omdat daar van 'n persoon verwag word om dwarsdeur haar lewe juis te streef na onafhanklikheid (Wright, 1985:10).

Volgens Skorupka en Bohnet (1982:371) kan 'n pasiënt slegs 'n hoë kwaliteit van lewe geniet wanneer sy toegelaat word om soveel en sover moontlik in beheer van haarself en haar omstandighede te bly. Ook Flynn (1980:101) is van mening dat die gevoel van in beheer wees, baie beslis 'n positiewe effek het op die reaksies van 'n pasiënt binne situasies wat spanning tot gevolg kan hê. Seligman ondersteun hierdie bevinding met sy mening dat wanneer 'n pasiënt aangeleerde hulpeloosheid ervaar, soos deur 'n gevoel van verlies van beheer, haar sensitiwiteit met betrekking tot depressie, siekte en selfs die dood verhoog (Hames en Stirling 1987:49). Hierteenoor wys Ostechege en Jacob (1984:45) daarop dat wanneer 'n pasiënt in beheer van die situasie is en dus minder sensitief vir emosionele stres is, sy meer dikwels van aktiewe probleem-oplossende hanteringsmeganismes gebruik maak.

Behoefte/probleme met betrekking tot godsdiens

Volgens Florence Nightingale, soos aangehaal deur Sims (1988:30) is die gees en dus die geestelike behoeftes wat die godsdienstige behoeftes van die mens insluit, van net soveel belang in die algemene gesondheid van die mens as die fisieke organe waaruit die liggaam saamgestel is. Aansluitend by hierdie siening, maar meer omvattend, is die mening van Labun (1987:314) wat reken dat die gees van die mens 'n aspek is van die totale mens wat elke aspek van menswees kan beïnvloed. O'Brien (1982:89) wys voorts daarop dat daar 'n baie noue interaksie bestaan tussen die gees en die liggaam van die mens sodat 'n negatiewe belewenis van enigeen van hierdie twee komponente 'n effek op die ander komponent sal kan hê.

Hierdie navorsers wys in 'n ander geskrif verder daarop dat die mens, wanneer hy met die krisis van ernstige siekte gekonfronteer word dikwels ondersteuning soek in godsdiens (O'Brien 1982:69). Hierdie siening van O'Brien word deur Kivett (1979:107) ondersteun in sy bevinding dat die godsdienstige-georiënteerde gesteldheid en motivering van mense 'n ondersteunende krag in krisistye is. Murawski en sy kollegas (1978:370) wys verder daarop dat die kerk 'n belangrike komponent van die ondersteunende struktuur van elke mens is wat 'n krisis van siekte beleef. Meer spesifiek tot die krisis van karsinoom wys Goldberg en Cullen (1985:805) daarop dat verskeie navorsers en kliniese praktisyns dit eens is dat pasiënte wat aanspraak maak op 'n sterk godsdienstige ingesteldheid die krisis van karsinoom makliker verwerk en hanteer. Met betrekking tot die vrou met karsinoom is die mening van Devine (1980:680) van belang, naamlik dat vroue meer

waarde as mans aan die godsdienstige aspek van hulle menswees heg. Hieruit kan afgelei word dat vroue met karsinoom baie swaar sal leun op hulle godsdiens in die verwerking en hantering van die krisis wat dit teweegbring.

Volgens Stoll (1979:1575) lê die rede vir die godsdienstige bewustheid van pasiënte in krisistye daarin dat die mens in hierdie tye besonder bewus is van sy eie beperkinge. Om hierdie rede soek hy dus na magte groter as hyself. Wright (1985:10) ondersteun hierdie siening. Sy is van mening dat die onbekendheid van die dood die pasiënt noop om vrae te vra soos: "Wat gaan van my siel word na die dood?" Die pasiënt word dus gedwing om aan magte en situasies groter as hyself en sy onmiddellike omstandighede te dink. In hierdie tye dien godsdiens, volgens Reed (1986:35) as sekuriteit waarmee die onbekende en krisis aangedurf kan word.

Die doelstellings van die studie

Die doel van die studie is om die voorkoms en intensiteit van die behoeftes en probleme van die blanke vrou met karsinoom van die mammae wat verband hou met psigososiale, ekonomiese, seksuele en godsdienstige aspekte, te bepaal.

Die afbakening van die studieveld

Vanweë die invloed wat kulturele verskille op die voorkoms en intensiteit van die genoemde behoeftes en probleme mag hê, is slegs blanke vroue in die ondersoek ingesluit. Verder is die ondersoek beperk tot vroue wat hulle nie in die terminale stadium van hulle siekteverloop bevind het nie.

TERMINOLOGIE

Behoeftes en probleme

Vir die doeleindes van hierdie studie verwys behoeftes na dit wat elke mens in sy of haar daaglikse funksionering benodig, terwyl probleme verwys na onbeantwoorde behoeftes (kyk figuur 1).

Kommer

Vir die doel van hierdie studie dui kommer op 'n besorgdheid wat as of 'n behoefte of 'n probleem ervaar word. Wanneer 'n verpleegtussentrede daartoe lei dat besorgdheid, wat dikwels ook as onsekerheid ervaar word, gou uit die weggeruim word alvorens dit tot erge kommer en paniek aanleiding gee, kan aanvaar word dat die besorgdheid slegs as 'n behoefte ervaar is. Wanneer aan die behoefte tot sekerheid ter hantering van kommer nie vroegtydig aandag gegee word nie, lei dit tot 'n ernstige probleem.

0	1	2	3	4
behoefte afwesig	behoefte teenwoordig	behoefte is 'n probleem	behoefte is 'n groot probleem	behoefte is 'n ernstige probleem

Figuur 1
Skaal vir die gradering van psigososiale, seksuele, godsdienstige en ekonomiese behoeftes en probleme

DIE METODOLOGIE VAN NAVORSING

'n Empiriese studie met 'n beskrywende navorsingsontwerp is gebruik.

Na afloop van die samestelling en ontwerp van die onderhoudsgids, is dit ter bepaling van die voorkomsgeldigheid daarvan aan geselekteerde domeinkundiges, wie oor spesiale opleiding en ondervinding op die gebied van onkologiese verpleegkunde beskik, vir evaluering voorgelê. Die onderhoudsgids is semi-gestruktureerd en bevat al die aspekte van kommer soos vervat in tabelle 1 tot 4.

Daarna is onderhoude met vroue met karsinoom van die mammae gevoer om die voorkoms en intensiteit van hulle psigososiale, seksuele, ekonomiese en godsdienstige behoeftes en probleme te bepaal. Die vroue moes telkens self hulle behoeftes en probleme op 'n skaal van nul tot vier gradeer (kyk figuur 1).

Die onderhoude is gevoer deur die navorser bygestaan deur een veldwerker wat ook 'n geregistreerde verpleegkundige is. Beide die navorser en die veldwerker beskik oor besondere ondervinding in onkologiese verpleging.

Die data wat verkry is, is met beskrywende statistiek verwerk.

DIE STEEKPROEF

In die steekproefneming van die pasiënte is van toevallige seleksie gebruik gemaak. Al die vroue met karsinoom van die mammae wat vanaf 10 Julie 1989 tot 8 September 1989 die Onkoterapeutiese kliniek en behandelingseenheid van die Nasionale Hospitaal in Bloemfontein besoek het, of in die Universitas en Nasionale Hospitale in Bloemfontein wat nie in die terminale stadium van hulle siekteverloop verkeer het nie, is in die steekproef ingesluit. Vyf-en-sestig vroue is ingesluit.

Tien van die 65 vroue het chirurgie ondergaan, terwyl 'n verdere 10 vroue die Onkoterapie-kliniek terwille van opvolgondersoeke besoek het. Agtien van die 65 vroue het ioniserende radioterapie en 27 sitotoksiese chemoterapie ontvang.

BEVINDINGS EN INTERPRETASIE VAN DATA

Voorkomsgeldigheid van die onderhoudsgids

Slegs een domeinkundige was van mening dat enkele items uit die gids weggelaat kan word. Dit het spesifiek betrekking op geloofsekerheid. Omdat die ander sewe domeinkundiges egter van mening was dat dit wel ingesluit moes word, is dit behou. Vanweë die oorweldigende positiewe reaksie van die domeinkundiges is verdere inferensiële statistiese ontledings soos die Kuder-Richardson-formule, op aanbeveling van 'n statistikus nie gedoen nie.

DATA VERKRY MET ONDERHOUDE

Sosiografiese data

Die vroue wat in die ondersoekgroep ingesluit is, was hoofsaaklik ouer dames. Die modus-ouderdom was 61 jaar, hoewel die jongste vrou wat in die ondersoekgroep ingesluit is, slegs 28 jaar oud was. Die meerderheid van die vroue het hoërskoolopleiding ontvang terwyl 15 vroue (23,1 persent) kollege- en vier vroue (6,2 persent) universiteitsopleiding ontvang het. Nege-en-dertig vroue (60 persent) het ten tye van die ondersoek nie buitenshuise arbeid verrig nie. Hierdie vroue was reeds 'n geruime tyd huisvroue en het dus nie as gevolg van hulle karsinoom besluit om buitenshuise arbeid te staak nie.

Slegs 37 vroue (56,9 persent) het aan 'n mediese hulpfonds behoort.

Drie-en-veertig vroue (66,1 persent) was ten tye van die ondersoek getroud. Net een persoon was van haar man geskei, terwyl al die ander vroue weduwees was.

Al die vroue het aan 'n Christelike kerk behoort, terwyl 25 vroue (38,5 persent) ook aktief betrokke by kerklike verenigings was. By kulturele verenigings was 15 vroue (23,1 persent) betrokke en by sosiale verenigings 14 vroue (21,5 persent). Vanuit die vroue se betrokkenheid by bogenoemde verenigings kan aanvaar word dat hulle in krisistye ook uit hierdie verenigings ondersteuning sal ontvang.

Die stadiumbepaling van die vroue se karsinoom het gevarieër tussen die twee uiterstes, naamlik T₁N₀M₀ en T₄N₃M₁.

Vyf-en-veertig vroue (69,3 persent) se karsinoom het gevarieër tussen T₁N₀M₀ en T₂N₁M₀. 'n Groot persentasie van die vroue het dus minder gevorderde karsinoom gehad.

Die voorkoms en intensiteit van psigososiale, ekonomiese, seksuele en godsdienstige behoeftes en probleme

In die beskouing van die frekwensies van die behoeftes en probleme wat geïdentifiseer is, blyk dit dat kommer oor karsinoom beduidend meer voorgekom het in vergelyking met die ander behoeftes en probleme (kyk tabelle 1 tot 4). Voorts blyk dit dat hierdie kommer nie net beperk is tot die vroue wat ten tye van die ondersoek behandeling ontvang het nie. Die vroue wat die kliniek terwille van opvolgondersoeke besoek het, het kommer oor 'n moontlike hervatting van hulle karsinoom ervaar (kyk tabel 1).

Anders as wat algemeen verwag word, het nie 'n groot persentasie van die vroue kommer oor hulle behandeling in die algemeen ervaar nie. 'n Moontlike rede hiervoor is die feit dat die meeste van die vroue ten tye van die ondersoek reeds behandeling ondergaan het. Hulle het dus nie meer onsekerheid oor die nuwe-effekte en prosedure van behandeling ervaar nie (kyk tabel 1).

Vanweë die herhaling van die diagnostiese en evaluerende prosedures, was hierdie prosedures redelik bekend aan die vroue. Min vroue het dus kommer of onsekerheid oor die gebeure tydens die prosedures ervaar. Negentien (29 persent) pasiënte het egter aangedui dat dit vir hulle van groot belang is om die uitslae van al die prosedures te verneem (kyk tabel 1).

Min pasiënte het kommer oor hulle beroeps- en finansiële posisie ervaar. 'n Rede hiervoor is die groot persentasie van die vroue wat nie in buitenshuise arbeid betrokke was nie. Hulle het hulle dus nie in 'n posisie bevind om 'n inkomste as gevolg van hulle karsinoom te verloor nie. Die koste van reise van en na die hospitaal het tot kommer by tien vroue (15,4 persent) gelei (kyk tabel 2).

Vanweë die hoë gemiddelde ouderdom van die vroue wat in hierdie ondersoek ingesluit is, het slegs ses van die vroue (9,2 persent) kommer oor die versorging van hulle kinders ervaar (kyk tabel 1). Meer vroue het egter veranderinge in die gesprekke met hulle kinders verbaliseer.

Agt vroue (12,3 persent) het kommer oor die ontbloting van hulle liggame aan hulle vriende en eggenote ervaar, terwyl 15 vroue (23,1 persent) kommer en onsekerheid oor prosteses ervaar het (kyk tabel 3). Die vroue wat ten tye van die ondersoek in die pre- en postoperatiewe fase was, het meer kommer oor hulle seksuele uitlewing as die ander vroue ervaar.

Hoewel die vroue 'n definitiewe verandering in hulle omgang met ander mense ervaar het, het

Tabel 1
Kommer/onsekerheid oor psigososiale aspekte by proefpersone (N = 65)

ASPEKTE VAN KOMMER	PROEFPERSONE SE GRADERING VAN KOMMER ERVAAR			
	1	2	3	4
Kommer oor karsinoom				
Fisiese tekens van karsinoom	13,8%	3,1%	3,1%	1,5%
Siekteverloop van karsinoom	23,1%	32,3%	10,8%	4,6%
Hervatting van karsinoom	16,9%	32,3%	2,3%	4,6%
Kommer oor aard en omvang behandeling	1	2	3	4
Effektiwiteit van behandeling	12,3%	16,9%	7,7%	1,5%
Chirurgie - skending van liggaam	4,6%	4,6%	-	-
Chirurgie - dood tydens narkose	1,5%	-	-	-
Radioterapie - beplande behandelingskedule	6,2%	6,2%	-	-
Radioterapie werking	4,6%	6,2%	1,5%	-
Radioterapie prosedure	4,6%	3,1%	-	-
Radioterapie nuwe-effekte	4,6%	7,7%	1,5%	-
Radioterapie verblyf tydens behandeling	-	4,6%	1,5%	-
Radioterapie vervoer van en na hospitaal	-	1,5%	-	-
Chemoterapie beplande behandelingskedule	4,6%	10,8%	3,1%	1,5%
Chemoterapie werking	7,7%	7,7%	1,5%	3,1%
Chemoterapie prosedure	3,1%	6,2%	1,5%	1,5%
Chemoterapie nuwe-effekte	6,2%	13,8%	4,6%	3,1%
Chemoterapie verblyf tydens behandeling	-	4,6%	1,5%	-
Chemoterapie vervoer van en na hospitaal	-	-	-	1,5%
Kommer oor aard en omvang diagnostiese prosedure	1	2	3	4
Teenswoordige prosedure - doel	4,6%	3,1%	1,5%	-
Teenswoordige prosedure - gebeure	4,6%	-	-	-
Teenswoordige prosedure - moontlike nadelige gevolg	3,1%	1,5%	-	-
Teenswoordige prosedure - ervaringe soos ongemak en pyn	10,8%	1,5%	-	-
Teenswoordige prosedure - beskikbaarheid van uitslae	9,2%	13,8%	1,5%	4,6%
Toekomstige prosedures - frekwensie	6,2%	1,5%	3,1%	1,5%
Toekomstige prosedures - tipe	9,2%	-	1,5%	-
Toekomstige prosedures - noodsaaklikheid	6,2%	1,5%	1,5%	1,5%
Kommer oor skoonheid/beeld	1	2	3	4
Verminderde vroulikheid	15,4%	10,8%	3,1%	4,6%
Verminderde waardigheid	6,2%	15,4%	6,2%	3,1%
Skending van liggaam	9,2%	9,2%	3,1%	1,5%
Onaangename reuke	1,5%	-	-	-
Kommer oor verandering in sosiale verkeer	1	2	3	4
Verminderende en veranderende sosiale verkeer van die gesin	4,6%	1,5%	-	-
Verminderende besoeke van familieledede	9,2%	1,5%	-	-
Verminderende besoeke van vriende	4,6%	3,1%	-	-
Veranderende optrede van familieledede	4,6%	-	1,5%	-
Veranderende optrede van vriende	7,7%	4,6%	-	-
Negatiewe reaksie van familieledede m.b.t. karsinoom	3,1%	-	1,5%	-
Negatiewe reaksie van vriende m.b.t. karsinoom	4,6%	3,1%	-	-

nie een van die vroue dit as 'n ernstige probleem ervaar nie. Agt vroue (12,3 persent) het 'n verandering in die optrede van hulle vriende ervaar, terwyl sewe vroue (10,8 persent) verminderde besoeke van familieledede ondervind het (kyk tabel 1).

Met betrekking tot kommer oor skoonheid het 22 vroue (33,8 persent) aangedui dat hulle kommer oor hulle verminderde vroulikheid ervaar het, terwyl 20 vroue (30,8 persent) kommer oor verminderde waardigheid geverbaliseer het (kyk tabel 1).

In die afdeling oor kommer oor verlies van beheer het 21 vroue (32,3 persent) kommer oor die maligne groei in hulle liggeme ervaar. Voorts het 25 vroue (33,8 persent) kommer oor hulle toekoms ervaar terwyl agt vroue (12,3 persent) kommer oor hulle posisie in hulle gesinne ervaar het (kyk tabel 1). Hierdie kommer het hoofsaaklik gesentreer rondom die moontlikheid dat hulle op een of ander stadium afhanklik van ander persone sal wees.

Een-en-twintig vroue (32,3 persent) het probleme oor die geregtigheid van God ervaar, terwyl ses vroue (9,2 persent) probleme oor die liefde van God ervaar het (kyk tabel 4).

GEVOLGTREKKING

Uit tabelle 1 tot 4 blyk dit duidelik dat die vroue 'n universele lae gemiddelde intensiteit van behoeftes en probleme ervaar het. Dit is in ooreenstemming met die navorsingsbevindinge van Silberbarb, Maurer en Crouthamel (1980:454) sowel as dié van Weisman en Worden (1976-77:8). In beide hierdie twee navorsingsprojekte is gevind dat vroue met karsinoom van die mammae nie erge probleme met die hantering van hulle siekte ervaar het nie. Hulle het verder ook bevind dat die vroue nie spesifieke en dikwels dramatiese optredes van die gesondheidspersoneel benodig het nie.

AANBEVELINGS

Met hierdie studie is gepoog om 'n volledige beeld te verkry van die psigososiale, seksuele, godsdienstige en ekonomiese behoeftes en probleme wat vroue met karsinoom van die mammae ervaar. Die doel hiervan is om verpleegkundiges betrokke by die verpleging van hierdie vroue bedag te maak op die behoeftes wat hierdie vroue ondervind en die probleme wat daaruit voortspruit. Deur bewus te wees van die behoeftes en probleme word geleentheid tot volledige beraming gebied. Dit lei daartoe dat omvattende verpleegsorg verleen word deurdat al die psigososiale, seksuele, godsdienstige en ekonomiese behoeftes en probleme van hierdie vroue aangespreek word.

BEPERKINGS

Slegs blanke vroue is in die ondersoekgroep ingesluit. Hoewel dit vanuit verwagte kulturele verskille gedoen is, is dit 'n beperking van die

ASPEKTE VAN KOMMER	PROEFPERSONE SE GRADERING VAN KOMMER ERVAAR			
	1	2	3	4
Verandering in die gesprekke tussen gesin en familieledede	1,5%	-	1,5%	-
Verandering in die gesprekke tussen gesin en vriende	3,1%	1,5%	-	-
Verandering in verhouding met familieledede	6,2%	-	1,5%	-
Verandering in verhouding met vriende	4,6%	3,1%	-	-
Kommer oor verandering in gesinsverhouding	1	2	3	4
Veranderde verhouding tussen moeder en kinders	3,1%	3,1%	1,5%	-
Verandering in versorging van kinders	-	4,6%	4,6%	-
Verandering in opvoeding van kinders	1,5%	1,5%	1,5%	-
Verandering in fisieke kontak tussen moeder en kinders	1,5%	-	1,5%	-
Verandering in gesprekke tussen moeder en kinders	6,2%	4,6%	1,5%	-
Verandering in sosiale verkeer tussen moeder en kinders	4,6%	4,6%	-	-
Verandering in sosiale verkeer tussen ouers en kinders	-	-	-	-
Verandering in algemene optrede van die kinders	6,2%	3,1%	4,6%	-
Verandering in die optrede van kinders teenoor mekaar	4,6%	1,5%	-	-
Negatiewe reaksie van die kinders m.b.t. karsinoom	6,2%	1,5%	3,1%	-
Kommer oor verlies van beheer	1	2	3	4
Maligne groei	18,5%	13,5%	-	-
Gebrekkige inligting m.b.t. siekteverloop, prognose ens.	7,7%	7,7%	3,1%	-
Onsekerheid oor eie toekoms	7,7%	16,9%	4,6%	4,6%
Onsekerheid oor posisie in gesin	3,1%	4,6%	3,1%	1,5%
Onsekerheid oor posisie in gemeenskap	-	6,2%	-	-
Irritasie met hospitaalroetines	4,6%	6,2%	-	-
Irritasie met ondergeskikte posisie van pasiëntrol	6,2%	1,5%	1,5%	-
Irritasie met aanspreekvorm wat hospitaal personeel gebruik	1,5%	-	-	-

Tabel 2
Kommer/onsekerheid by proefpersone oor beroeps- en finansiële aangeleenthede (N = 65)

BEROEPS- EN FINANSIËLE AAN GELEENTHEDE	PROEFPERSONE SE GRADERING VAN KOMMER ERVAAR			
	1	2	3	4
Uitputting van siekteverloofvoordele of gebrek daaraan	4,6%	4,5%	-	-
Koste van behandeling	7,7%	9,2%	-	-
Gedwonge verandering van beroep	1,5%	1,5%	-	-
Moontlike verlies van inkomste	1,5%	1,5%	-	-
Koste van reise van en na hospitaal	7,7%	7,7%	-	-
Uitputting van mediese hulpskema voordele	6,2%	1,5%	-	-
Gedwonge beëindiging van beroep	-	3,1%	-	-
Veranderende houding en optrede van kollegas en werkgever	-	-	-	-
Onsimpatieke werkgever	-	-	-	-

Tabel 3
Kommer/onsekerheid by proefpersone oor seksuele uitlewning (N = 65)

SEKSUELE UITLEWING	PROEFPERSONE SE GRADERING VAN KOMMER ERVAAR			
	1	2	3	4
Negatiewe reaksie van eggenoot/vriend m.b.t.veranderde voorkoms	1,5%	1,5%	1,5%	3,1%
Negatiewe reaksie van eggenoot/vriend m.b.t. chroniese siekwees van eggenote/vriendin	3,1%	6,2%	1,5%	1,5%
Negatiewe reaksie van eggenoot/vriend m.b.t. karsinoom	3,1%	4,6%	-	-
Pasiënt se onvermoë om haar veranderde voorkoms te aanvaar	6,2%	1,5%	-	-
Ontbloting van liggaam aan eggenoot/vriend	3,1%	4,6%	1,5%	3,1%
Hervatting van seksuele gemeenskap	3,1%	1,5%	-	-
Verandering in seksuele gemeenskap	1,5%	-	-	1,5%
Kleding	3,1%	7,7%	1,5%	3,1%
Prostesis	9,2%	10,8%	1,5%	1,5%
Swakker identifikasie van dogter met moeder	1,5%	-	-	-
Veranderende optrede en/of aanvaarding van seun teenoor moeder	-	1,5%	1,5%	-
Kontrasepsie	3,1%	1,5%	-	-
Fertiliteit	-	-	-	-
Mamma rekonstruksie	4,6%	1,5%	-	-

Tabel 4
Kommer by proefpersone oor geloofsekerheid (N = 65)

ONSEKERHEID OOR GELOOF SEKERHEID	PROEFPERSONE SE GRADERING VAN KOMMER ERVAAR			
	1	2	3	4
Onsekerheid oor die aanwesigheid van God	3,1%	1,5%	-	1,5%
Onsekerheid oor die liefde van God	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%
Onsekerheid oor die geregtigheid van God	13,8%	9,2%	6,2%	3,1%
Onsekerheid oor die almag van God	1,5%	3,1%	-	-
Onsekerheid oor die ewige lewe	1,5%	-	-	-
Onsekerheid oor die betekenis van lewe	3,1%	-	1,5%	1,5%
Onsekerheid oor haar behoud as beeldraer van God	4,6%	-	1,5%	-

studie. 'n Navorsingsprojek waartydens spesifiek gelet word op die voorkoms en intensiteit van die behoeftes en probleme soos deur vroue in ander etniese groeperinge ondervind word, is noodsaaklik.

Aangesien slegs gelet is op die voorkoms en intensiteit van die behoeftes en probleme wat ondervind is, sal 'n verdere navorsingsprojek wat spesifiek gerig word op die identifisering van die hulp en ondersteuning wat hierdie vroue nodig, waardevolle inligting bied. Hierdeur sal die verpleegsorg aan hierdie pasiente verbeter kan word.

BIBLIOGRAFIE

ALLEN A. 1981. Psychosocial factors in cancer. *American Family Physician*, 23:197-201.

ANDERSEN, B.L. 1985. Sexual functioning morbidity among cancer survivors: Current status and future research directions. *Cancer*, 55(8):1835-1842.

ANDERSON, J. 1988. Coming to terms with mastectomy. *Nursing Times*, 84(4):41-44.

BATTRUSCH, H.J.F. AND WALTZ, M. 1985. Cancer from a bio-behavioural and social epidemiological perspective. *Social Science in Medicine*, 20(8):789-794.

DEVINE, B.A. 1980. Attitudes of the elderly toward religion. *Journal of Gerontological Nursing*, 6(11):679-687.

FLYNN, P.A.R. 1980. The healing continuum: Journeys in the philosophy of holistic health. Maryland: A Prentice-Hall Publishing and Communications Co.

FREDETTE, S.L. AND BEATTIE, H.M. 1986. Living with cancer: a patient education program. *Cancer Nursing*, 9(6):308-316.

FUNCH, D.P. AND METTLIN, C. 1982. The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science and Medicine*, 16:91-98.

GIACQUINTA, B. 1977. Helping families face the crisis of cancer. *American Journal of Nursing*, 77(10):1585-1588.

GOLDBERG, R.J. AND CULLEN, L.O. 1985. Factors important to psychosocial adjustment to cancer: A review of the evidence. *Social Science and Medicine*, 20(8):803-807.

HAMES, A. AND STIRLING, E. 1987. Choice aids recovery. *Nursing Times*, 83(8):49-51.

KAPLAN, D.M. 1982. Intervention strategies for families in psychosocial aspects of cancer. New York: Raven Press.

KING, J. 1984. A question of attitude. *Nursing Times*, 80(45):51 en 52.

KIVETT, V.R. 1979. Religious motivation in middle age: Correlates and implications. *Journal of Gerontology*, 34(1):106-115.

KRUMM, S. 1982. Psychosocial adaptation of the adult with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 17(4):729-736.

LABUN, E. 1988. Spiritual care: An element in nursing care planning. *Journal of Advanced Nursing* 13(3):314-320.

MAGUIRE, P. 1985. The psychological impact of cancer. *British Journal of Hospital Medicine*, Augustus, 100-103.

MANTELL, J.E. Sexuality and cancer. In *Psychosocial aspects of cancer*. Ed. by Cohen, J. et al. New York: Raven Press, 235-248.

McINTOSH, J. 1976. Patients' awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease. *The Lancet*, August, 300-303.

MEYEROWITZ, B.E. 1980. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87(1):108-131.

MORGAN, C.O. AND HART, K. 1987. Organizing the psychosocial care of hospice patients. *Nursing Management*, 18(4):54-57.

MORRIS, T., BLAKE, S. AND BUCKLEY, B. 1985. Development of a method for rating cognitive responses to a diagnosis of cancer. *Social Science and Medicine*, 20(8):795-802.

MURAWSKI, B.J., PENMAN, D. & SCHMITT, M. 1978. Social support in health and illness: the concept and its measurement. *Cancer Nursing*, 5:365-371.

- NEVIDJON, B. 1982. Sexuality. In *Cancer Nursing: A developmental approach*. Ed. by McIntire, S.N. and Cioppa, A.L. New York: John Wiley and Sons, 257-276.
- NEVIDJON, B.M. 1984. Chemotherapy. In *Cancer Nursing: A developmental approach*. Ed. by McIntire, S.N. and Cioppa, A.L. New York: John Wiley and Sons, 115-145.
- NORTHHOUSE, L. 1984. The impact of cancer on the family: An overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14(3):215-242.
- O'BRIEN, M.E. 1982. The need for spiritual integrity. In *Human Needs 2 and the Nursing Process*. Ed. by Yura, H. and Walsh, M.B. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 85-116.
- OSTCHEGA, Y. AND JACOB, J.G. 1984. Providing 'safe conduct' - Helping your patient cope with cancer. *Nursing 84*, April, 42-47.
- REED, P.G. 1986. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*, 9(1):35-41.
- SAUNDERS, J.M. AND McCORKLE, R. 1985. Models of care for persons with progressive cancer. *Nursing Clinics of North America*, 20(2):365-377.
- SILBERFARB, P.M., MAURER, L.H. AND CROUTHAMER, C.S. 1980. Psychosocial aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimes. *American Journal of Psychiatry*, 137(4):450-455.
- SIMS, S.E.R. 1987. Relaxation training as a technique for helping patients cope with the experience of cancer: A selective review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 12(5):583-591.
- SIMSEN, B. 1988. Nursing the spirit. *Nursing Times*, 84(37):31-33.
- SKORUPKA, P. & BOHNET, N. 1982. Primary caregivers' perceptions of nursing behaviors that best meet their needs in a home care hospice setting. *Cancer Nursing*, 5:371-374.
- SMITH, K.S. 1978. The need to love and to be loved. In *Human needs and the nursing process*. Ed. by Jura, H. and Walsh, M.B. New York: Appleton-Century-Crofts, 171-211.
- STOLL, R.I. 1979. Guidelines for spiritual assessment. *American Journal of Nursing*, 79(9):1574-1577.
- TOUGHILL, E.H. 1984. Sexual counselling for the mastectomy patient. *Occupational Health Nursing*, 32(8):416-418.
- WEISMAN, A.D. & WORDEN, J.W. 1976-77. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1):1-15.
- WOODS, N.F. & EARP, J.O. 1978. Women with cured breast cancer: A study of mastectomy patients in North Carolina. *Nursing Research*, 27(5):279-285.
- WORTMAN, C.B. 1984. Social support and the cancer patient: Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53(10):2339-2357.
- WRIGHT, L.K. 1985. Life threatening illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23(9):7-11.

Neltje C. van Wyk
D.Soc.Sc. Verpleegkunde, Senior lektor
Departement Verpleegkunde
UOVS