

Die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Petra Bester
B.Cur.

Skripsie voorgelê ter gedeeltelike nakoming vir die graad M.Cur. (Psigiatriese
Gemeenskapsverpleegkunde)

Studieleier: Mev E du Plessis
Mede-leier: Prof Dr M Greeff
2001

Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys

Bedankings

- Aan my Hemelse Vader, vir genade en lewende hoop omdat Hy die dood oorwin het.
- Aan my eggenoot, Tertius, want jy seën my met jou liefde.
- Aan my Ma, vir haar onvoorwaardelike ondersteuning en deelname.
- Aan my susters, Paula, Marna en Karina, vir die tegniese-, taal - en grafiese versorging.
- Aan my studieleier, mev Engela du Plessis, 'n lewenslange rolmodel.
- Aan prof Minrie Greeff, medeleier, vir u toegewyde begeleiding. U het vir my die deur na vind van sin en betekenis oopgesluit.
- Estelle Deetlefs vir mede-kodering.
- Johan Blaauw vir die taalversorging.
- Louise Vos vir die kontrolering van die bibliografie.
- Charlene Matthee vir transkribering.
- Aan die deelnemers. Toegewyde geregistreerde verpleegkundiges wat die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte daagliks deurleef en hierdie belewenisse met my gedeel het.
- Aan die bestuur van die provinsiale hospitale, Noordwesprovinsie.

Opedra aan my pa, wyle Gerhard van Aswegen. Ons laataand gesels het my bekendgestel aan 'n ewigheidsperspektief.

OPSOMMING

[Titel: Die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt]

Die toename van MIV/VIGS wek internasionale asook nasionale kommer. Volgens die Wêreldgesondheidsorgorganisasie (WGO) is 5,8 miljoen kinders en volwassenes wêreldwyd MIV-positief. In Suid-Afrika, wat die snelstygendste MIV-besmettingskoers ter wêreld toon, is anti-VIGS-veldtogte 'n nasionale beleid. Alhoewel MIV/VIGS nie-aanmeldbare toestande is, dui statistieke op die pandemiese aard daarvan. Die toename in MIV-besmetting en VIGS lei weens opportunistiese infeksies en sekondêre komplikasies, tot 'n toename in hospitalisasie en dood wat die gesondheidsorgdiensleweringstelsel kan oorlaai.

Die verpleegkundige werksaam in hospitale, word meer as ander lede van die multidissiplinêre span aan die toename in hospitalisasie en sterwensproses van MIV-positiewe en VIGS pasiënte blootgestel. Hierdie blootstelling beïnvloed die verpleegkundige persoonlik. Verder is hierdie blootstelling vir die verpleegkundige onvermydelik, aangesien sy haarself deur die diensgelofte vir verpleegkundiges tot die instandhouding van lewe, bevordering van gesondheid en verligting van lyding verbind. Verskeie faktore verbonde aan die aard van MIV/VIGS blyk toenemend meer emosionele ongemak by die verpleegkundige te aktiveer. Daar bestaan minimale ondersteuning vir die verpleegkundige wat deur 'n moeilike fase in haar konfrontasie met VIGS beweeg. Die navorser is van mening dat studente onder haar begeleiding asook kollegas wat toenemend meer sterwende VIGS pasiënte verpleeg, vra na meer effektiewe hantering van hierdie belewenisse.

Die doel van hierdie navorsing was om deur middel van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte te verken en te beskryf. Kennis van die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt kan lei tot die formulering van riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer om die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer.

'n Nie-waarskynlike, doelgerigte, vrywillige steekproef is aan die hand van insluitingskriteria uitgevoer. Die fenomenologiese wyse van ongestruktureerde onderhoudvoering is vir die proses van data-insameling gebruik totdat dataversadiging bereik is. Die deelnemers was geregistreerde verpleegkundiges werksaam in drie provinsiale hospitale in die Noordwesprovinsie en het terminale VIGS pasiënte vir langer as een jaar verpleeg. Veldnota's is na elke onderhoud geneem. Onderhoude wat op audiobande opgeneem is, is tesame met 'n onafhanklike mede-kodeerder geanaliseer en twee konsensusgesprekke het gevolg.

Ses hoofkategorieë het uit die navorsingsresultate gekristalliseer wat aan die hand van 'n literatuurkontrole bespreek is. Unieke resultate is uitgewys, resultate in ooreenstemming met die literatuur is geïdentifiseer asook inligting in die literatuur wat nie in die navorsing gefigureer het nie. Die verpleegkundige beleef dat die tempo van die sterwensproses deur verskeie faktore beïnvloed word. Kontrasterende belewenisse met betrekking tot die mediese behandeling het navore getree. Die verpleegkundige beleef dat die terminale VIGS pasiënt spesifieke optredes en behoeftes gedurende die sterwensproses openbaar. Verskeie emosionele belewenisse by die verpleegkundige het die impak van die sterwensproses geïllustreer. Die verpleegkundige se waarde-oordele ten opsigte van die pasiënt, sy familie, mediese behandeling en die verpleegkundige se optrede het as laaste hoofkategorie gekristalliseer.

Aanbevelings is ten opsigte van die verpleegnavorsing, -onderwys en -praktyk geformuleer. Ten opsigte van die verpleegpraktyk is aanbevelings tot die uitklaring van lewe en dood, die psigologiese verwerking van die sterwensproses, uitgebreide hanteringsmeganismes en vaardighede in sterwensbegeleiding asook vaardighede vir die hantering van spesifieke temas by die sterwensproses soos byvoorbeeld die familie, mediese behandeling en etiese vraagstukke vanuit die gevolgtrekkings geformuleer.

[Sleuteltermes: Verpleegkundige; Belewenis; Sterwensproses; Menslike Immunogebreksvirus (MIV); MIV-positiewe pasiënt; Verworwe Immunogebreksindroom (VIGS); Terminale VIGS pasiënt; Fasilitering]

ABSTRACT

[Title: The nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient]

The increase of HIV/AIDS causes concern both nationally and internationally. According to the World Health Organisation (WHO), 5,8 million children and adults are HIV-positive, globally. South Africa has the most rapid HIV infection rate worldwide. This catalised anti-AIDS campaigns as a national policy. Statistics suggest that, although it is a non-notifiable disease, HIV/AIDS has a pandemic nature. Opportunistic infections and secondary complications, due to increased HIV-infection, result in hospitalisation and death that could exhaust the health-delivery-system.

The nurse that works in hospitals is exposed to the increase in hospitalisation and dying of AIDS patients, more so than other members of the multi-disciplinarian team. This exposure affects the nurse at a personal level. It is also unavoidable since the nurse committed herself to maintaining life, promoting health and relieving suffering, through her professional oath. The nature of HIV/AIDS and related factors seem to activate increasing emotional discomfort in the nurse. Minimal support exists for the nurse who is in an arduous phase of her confrontation with AIDS. In the researcher's view, more students under her guidance and colleagues that nurse dying AIDS patients, seek ways to deal with their experiences effectively.

This research aimed to explore and describe the nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient, by means of a qualitative research design. Knowledge of the nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient can lead to guideline formulation to facilitate the nurse, by enabling her to handle exposure to the dying process of terminal AIDS patients more effectively.

A non-probable, focused, voluntary sample was collected according to inclusion criteria. Phenomenological, unstructured interviewing was used to collect data until the data was saturated. The participants were registered nurses employed at three provincial hospitals in the Northwest Province and nursed terminal AIDS patients for more than one year. Field notes were taken after every interview. Audio taped

interviews were analysed by involving an independent co-coder and to consensus meetings were held.

From the research results, six main categories crystallised; these were discussed in accordance with a literature control. The literature control revealed information in the literature that never appeared in this research, results that were unique to this research and not found in the literature as well as similarities between the results and the literature. The pace of dying is influenced by several factors, in the experience of the nurse. Contrasting experiences regarding medical treatment emerged. In the nurse's experience, the terminal AIDS patient reveals specific behavior and needs when dying. Various emotional experiences within the nurse illustrated the impact of the process of dying. The last main category crystallised the nurse's value judgement regarding the patient, his family, medical treatment and the nurse's conduct.

Recommendations were formulated, relating to nursing research, -education and -practice. Guidelines to promote effective handling of the dying process of the terminal AIDS patient, by the nurse in the nursing practice focused on the meaning of life and death, the psychological processing of the dying process, coping skills and terminal guidance as well as the more effective handling of specific themes in the dying process of terminal AIDS patients, for example the family, medication and ethical questions.

[Keywords: Nurse; Experience; Dying Process; Human Immunodeficiency Virus (HIV); HIV-positive patient; Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS); Terminal AIDS-patient; Facilitation]

Opsomming	i
Abstract	iii

HOOFSTUK 1: Oriëntering tot die navorsing	Bladsy
1.1 Inleiding, agtergrond en probleemstelling	1
1.2 Doelstellings	4
1.3 Paradigmatiese perspektief	4
1.3.1 Metateoretiese stellings	5
1.3.1.1 Die mens	5
1.3.1.2 Gesondheid	6
1.3.1.3 Omgewing	6
1.3.1.4 Verpleging	7
1.3.2 Teoretiese stellings	7
1.3.2.1 Sentrale teoretiese stelling	7
1.3.2.2 Konseptuele omskrywings	8
1.3.3 Metodologiese stellings	10
1.4 Navorsingsmetodologie	11
1.4.1 Navorsingsontwerp	11
1.4.2 Navorsingsmetode	11
1.4.2.1 Steekproef	11
1.4.2.2 Data-insameling	12
1.4.2.3 Data-analise	12
1.4.2.4 Literatuurkontrolle	13
1.5 Hoofstukindeling	13

HOOFSTUK 2: Navorsingsmetodologie

2.1 Inleiding	14
2.2 Navorsingsontwerp	14
2.3 Navorsingsmetode	16
2.3.1 Steekproef	16
2.3.1.1 Populasie	16
2.3.1.2 Steekproefneming	16
2.3.1.3 Steekproefgrootte	18
2.3.2 Data-insameling	19
2.3.2.1 Metode van data-insameling	19
2.3.2.2 Rol van die navorser	20
2.3.2.3 Veldnotas	21
2.3.2.4 Fisiese omgewing	22
2.3.3 Data-analise	22
2.4 Literatuurkontrole	23
2.5 Vertrouenswaardigheid	24
2.5.1 Geloofwaardigheid	24
2.5.2 Oordraagbaarheid	26
2.5.3 Vertroubaarheid	27
2.5.4 Bevestigbaarheid	28
2.6 Etiese aspekte	28
2.6.1 Respek vir ander	28
2.6.2 Nie-benadeling	31
2.6.3 Regverdigheid	31
2.7 Samevatting	32

HOOFSTUK 3: Bespreking van die navorsingsresultate en literatuurkontrole

3.1 Inleiding	33
3.2 Realisering van die data	33
3.2.1 Realisering van die data-insameling	33
3.2.2 Realisering van die data-analise	34
3.3 Resultate van die navorsing en literatuurkontrole	35
3.3.1 Belewensisse ten opsigte van die verloop van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	35
3.3.1.1 Belewensisse dat die verloop van die sterwensproses deur verskeie faktore beïnvloed word	36
3.3.1.2 Belewensisse van ooreenkomste tussen die verloop van die sterwensproses van terminale VIGS en dié van terminale kanker-pasiënte	38
3.3.1.3 Belewensisse dat die toestand van die terminale VIGS pasiënt dui op die naderende einde van die sterwensproses	40
3.3.2 Belewensisse ten opsigte van die mediese behandeling tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	41
3.3.2.1 Belewensisse dat mediese behandeling tydens die sterwensproses futiel is	41
3.3.2.2 Belewensisse dat daar meer vir die pasiënt ten opsigte van mediese behandeling gedoen moet word	42
3.3.3 Die terminale VIGS pasiënt se optredes en behoeftes tydens die sterwensproses	46
3.3.3.1 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se optredes	46
3.3.3.2 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se behoeftes	47
3.3.4 Belewensisse ten opsigte van die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	49

3.3.4.1 Belewensisse dat die verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt fasiliteer	50
3.3.4.2 Belewensisse dat die verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt belemmer	52
3.3.4.3 Belewenis van onsekerheid oor die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses	55
3.3.4.4 Belewensisse dat die verpleegkundige aktief ingestel is op die pasiënt se geestelike behoeftes	56
3.3.4.5 Belewensisse dat konfidensialiteit die verpleegkundige se optrede beperk	58
3.3.5 Die verpleegkundige se emosionele belewensisse ten opsigte van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	60
3.3.5.1 Belewensisse van magteloosheid	60
3.3.5.2 Belewenis van verligting	62
3.3.5.3 Belewenis van emosionele ongemak	62
3.3.5.4 Belewensisse van skok	64
3.3.5.5 Belewensisse van hartseer	67
3.3.5.6 Belewensisse van vrees	69
3.3.5.7 Belewensisse van uitputting	70
3.3.5.8 Belewensisse van frustrasie	71
3.3.5.9 Belewenis van bekommernis	73
3.3.6 Waarde-oordele van die verpleegkundige tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	74
3.3.6.1 Waarde-oordele van die pasiënt se MIV-status	74
3.3.6.2 Waarde-oordele van die verpleegkundige se optrede	77
3.3.6.3 Waarde-oordele van die verpleegkundige se verantwoordelikhede jeens die pasiënt	78
3.3.6.4 Waarde-oordele van die mediese behandeling	80
3.3.6.5 Waarde-oordele van die pasiënt se familie	82
3.4 Samevatting	84

HOOFSTUK 4: Gevolgtrekkings, tekortkominge en aanbevelings van die navorsing, met spesifieke verwysing na die formulering van riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer ten einde die blootstelling aan die sterwensproses meer effektief te hanteer

4.1 Inleiding	85
4.2 Gevolgtrekkings	85
4.2.1 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die verloop van die sterwensproses	85
4.2.2 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die mediese behandeling	86
4.2.3 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die terminale VIGS pasiënt se optredes en behoeftes	86
4.2.4 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse van haar optrede	86
4.2.5 Gevolgtrekkings ten opsigte van die verpleegkundige se emosionele belewenisse	87
4.2.6 Gevolgtrekkings met betrekking tot die waarde-oordele van die verpleegkundige	89
4.2.7 Samevattende gevolgtrekking	90
4.3 Tekortkominge van die navorsing	90
4.4 Aanbevelings vir die verpleegpraktyk, verpleegnavorsing en verpleegonderrig	91
4.4.1 Riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer ten einde die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer	92
4.4.1.1 Die verpleegkundige se persoonlike verwerking van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	92

4.4.1.1.1 Die uitklaring van die betekenis van lewe en dood vir die verpleegkundige self	93
4.4.1.1.2 Die psigologiese verwerking van die sterwensproses	94
4.4.1.1.3 Die uitbreiding van hanteringsmeganismes ten opsigte van die sterwensproses	96
4.4.1.2 Uitgebreide vaardighede vir die verpleegkundige ten opsigte van die sterwensbegeleiding van die terminale VIGS pasiënte	97
4.4.1.3 Die hantering van spesifieke temas deur die verpleegkundige beleef tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	103
4.4.1.3.1 Hantering van die pasiënt se familie	104
4.4.1.3.2 Hantering van kennis wat MIV-positief gediagnoseer word	104
4.4.1.3.3 Hantering van terminale VIGS pasiënte se jong ouderdom	105
4.4.1.3.4 Hantering van konflik ten opsigte van die mediese behandeling	105
4.4.1.3.5 Hantering van etiese vraagstukke	106
4.4.1.3.6 Die gebruik van voorkomingsmaatreëls tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënte	108
4.4.2 Aanbevelings vir verpleegnavorsing	108
4.4.3 Aanbevelings vir verpleegonderrig	109
4.5 Samevatting	110
BIBLIOGRAFIE	112
LYS VAN TABELLE	
Tabel 3.1 Faktore wat die verloop van die sterwensproses beïnvloed	36
Tabel 3.2 Ooreenkomste tussen die sterwensproses van terminale VIGS en terminale kanker-pasiënte	39
Tabel 3.3 Die toestand van die terminale VIGS pasiënt dui op die naderende einde van die sterwensproses	40
Tabel 3.4 Mediese behandeling tydens die sterwensproses is futiel	42
Tabel 3.5 Belewensisse dat daar meer vir die pasiënt ten opsigte van mediese behandeling gedoen moet word	43
Tabel 3.6 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se optrede	46
Tabel 3.7 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se behoeftes	48

Tabel 3.8 Die verpleegkundige se optrede fasiliteer 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt	50
Tabel 3.9 Die verpleegkundige se optrede belemmer 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt	52
Tabel 3.10 Belewens van onsekerheid oor die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses	56
Tabel 3.11 Belewensisse dat die verpleegkundige aktief ingestel is op die pasiënt se geestelike behoeftes	57
Tabel 3.12 Belewensisse dat konfidensialiteit die verpleegkundige se optrede beperk	58
Tabel 3.13 Belewensisse van magteloosheid	61
Tabel 3.14 Belewens van verligting	62
Tabel 3.15 Belewens van emosionele ongemak	63
Tabel 3.16 Belewens van skok	64
Tabel 3.17 Belewensisse van hartseer	67
Tabel 3.18 Belewensisse van vrees	69
Tabel 3.19 Belewensisse van uitputting	70
Tabel 3.20 Belewensisse van frustrasie	72
Tabel 3.21 Belewens van bekommernis	73
Tabel 3.22 Waarde-oordele van die pasiënt se MIV-status	74
Tabel 3.23 Waarde-oordele van die verpleegkundige se optrede	77
Tabel 3.24 Waarde-oordele van die verpleegkundige se verantwoordelikhede jeens die pasiënt	79
Tabel 3.25 Waarde-oordele van die mediese behandeling	80
Tabel 3.26 Waarde-oordele van die pasiënt se familie	82

LYS VAN BYLAE

Bylae A Versoek aan die Hoof- Uitvoerende Bestuurder om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer	124
Bylae B Versoek aan die Hospitaal-hoofbestuurder om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer	126
Bylae C Versoek aan die Assistentdirekteur: Verpleging om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer	129
Bylae D Versoek aan Hoofverpleegkundiges-in-bevel om as tussengangers op te tree	132

Bylae E Versoek aan geregistreerde verpleegkundiges om deelname aan die navorsing	135
Bylae F Toestemmingsdokument	137
Bylae G Veldnota's	138
Bylae H Gedeelte van 'n transkripsie	148
Bylae I Werkprotokol	153
Bylae J Resultate verkry vanaf onderhoude gevoer met geregistreerde verpleeg- kundiges werksaam in drie provinsiale hospitale in die Noordwes- provinsie ten opsigte van hulle belwenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	155

HOOFSTUK 1

ORIËTERING TOT DIE NAVORSING

1.1 INLEIDING, AGTERGROND EN PROBLEEMSTELLING

Die pandemiese toename in MIV-positiewe en VIGS pasiënte wek internasionale sowel as nasionale kommer. Hierdie kommer word bevestig deur die Wêreldgesondheidsorganisasie (Chipfakacha, 1998:1-15), wat beweer dat 5,8 miljoen kinders en volwassenes wêreldwyd MIV-positief is, waarvan 4 miljoen in Afrika suid van die Sahara voorkom (Anon., 1998a:32-33; Anon., 1998b:6). Suid-Afrika toon die snelstygendste MIV-besmettingskoers ter wêreld, soos bekend gemaak deur nasionale koerante (Anon., 1998c:1; Simon, 1997:5; Swanepoel, 1997:1-2), wat berig dat president Mbeki anti-VIGS-veldtogte tot nasionale beleid verklaar het. In Suid-Afrika word 1700 mense daaglik met die MI-virus besmet en 200 babas MIV-positief gebore. Hierdie skokkende syfers word bevestig deur Doyle (in Simon, 1997:5), wat beweer dat Suid-Afrika meer as een VIGS-verwante sterfte per uur beleef en "afstuur op 'n Uganda-scenario". Die werklike scenario van MIV-positiewe en VIGS pasiënte kan nie korrek geantisipeer word nie (Heyns, 1992:61), aangesien MIV-besmetting en VIGS nie aanmeldbare toestande is nie. Statistiek voorsien deur voorgeboorteklinieke dui egter genoegsaam op die pandemiese karakter daarvan.

In die Noordwesprovinsie (een van die nege provinsies in Suid-Afrika) het die MIV-besmettingkoers onder swanger vroue vanaf 1997 tot Desember 1998 verdriedubbel deur van 8,3 % tot 25,13 % te styg (Swanepoel, 1997:1-2). Die gemiddelde MIV-besmettingskoers het vanaf 1994 tot 1996 met 10,4% toegeneem (Tsepiso, 1997:2). Hierdie toename in MIV-besmetting en VIGS kan lei tot 'n toename in hospitalisasie en sterwe weens opportunistiese infeksies en sekondêre komplikasies. Die toename in hospitalisasie word bevestig deur die Verenigde Nasies se VIGS-program vir

1998 (Anon., 1998b:6), wat beweer dat 75% van hospitaalbeddens in plattelandse gebiede deur VIGS pasiënte beset word. Verder is Saab en Seoud (1998:326) van mening dat VIGS die grootste enkele veroorsakende faktor van hospitalisasie en dood is. Die gesondheidsdiensleweringstelsel word dus oorlaai, veral weens die opname van pasiënte met pulmonale tuberkulose wat parallel met VIGS voorkom (Sunter in Anon., 1998d:9-10).

Verskeie outeurs (Bester & Arendse, 1996:64; Chamane & Kortenbout, 1997:43; Heyns, 1992:60; Schleubusch, Bedford, Bosch & du Preez, 1991:247-248; Torrente & Greeff, 1996:17) is van mening dat die verpleegkundige, as deel van die gesondheidsdiensleweringstelsel en dus in hospitale werksaam, *meer* as enige lid van die multidissiplinêre span aan die toename in hospitalisasie en die sterwensproses van MIV-positiewe en VIGS pasiënte blootgestel word. Hierdie verhoogde blootstelling van die verpleegkundige aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt kan volgens Almond (1990:131-166) en ook Torrente en Greeff (1996:11) die verpleegkundige *self* beïnvloed. In vroeëre ondersoeke oor wat die meer algemene effek van die sterwensproses op die verpleegkundige is, is bevind dat die verpleegkundige saam met die terminale pasiënt sekere stadia van die sterwensproses beleef (Heyns, 1992:62; Kübler-Ross, 1974:113; Payne, Dean & Kalus, 1998:700). Hierdie belewenisse van die stadia van die sterwensproses by die terminale pasiënt het vir die verpleegkundige baie intra-psigiese stres tot gevolg, aangesien haar eie mortaliteit 'n krisis en 'n selfondersoektema word (Robbins & Moscrop, 1995:174). Die verpleegkundige vrees haar eie sterwensproses en dood, asook die sterwensproses en dood van betekenisvolle ander. Hierdie vrees lei tot ongemak, waar die verpleegkundige moontlik die terminale pasiënt kan vermy en haarself distansieer. Skuldgevoelens ontwikkel by die verpleegkundige omdat sy die pasiënt vermy en haarself van die pasiënt distansieer, wat veroorsaak dat sy meer op die biomediese aspekte van die terminale pasiënt fokus (Payne et al., 1998:701).

Hierdie effek wat 'n terminale pasiënt op die verpleegkundige het, kan toeneem as in ag geneem word dat die huidige tempo van VIGS-sterftes meer as een sterfte per uur is (St Leger, 1998:5). Tesame met hierdie verhoogde effek wat terminale VIGS

pasiënte op die verpleegkundige kan hê, toon onlangse navorsing dat VIGS as sodanig by die verpleegkundige meer intense belewenisse kan veroorsaak.

In dié verband is Clark (1996:307) van mening dat die aard van 'n siekte die verpleegkundige se houding teenoor die pasiënt beïnvloed. Hierdie mening word bevestig deur Deetlefs (1998, 1-215), wat met onlangse navorsing gevind het dat die verpleegkundige weens die interne konflik tussen haar professionele en persoonlike self en die ongemak wat hierdie konflik tot gevolg het, oorwegend 'n negatiewe houding teenoor die MIV-positiewe pasiënt handhaaf. Buiten die verpleegkundige se negatiewe houding teenoor die MIV-positiewe pasiënt kan die volgende faktore die verpleegkundige nog verder beïnvloed: die afwesigheid van 'n kuur vir VIGS, wat aan hierdie siekte 'n doodstema verleen (Louw *in* Crous, Havenga Coetzer & Van den Heever, 1997:126; Swanepoel, 1998:11); die verpleging van VIGS pasiënte midde-in 'n milieu van onkunde, diskriminasie en verwerping (Van Dyck *in* Uys, 1992:247) en die toename in VIGS onder jonger ouderdomsgroepe tussen 15 tot 24 jaar (Chipfakacha, 1998, 1-15), wat die dood minder natuurlik maak. Wanneer besef word dat nie slegs die verpleegkundige nie maar ook die samelewing waarin sy funksioneer se houding teenoor die sterwensproses en dood van dié van 'n natuurlike einde van die lewe na 'n vreesagtige en onnatuurlike gebeurtenis verander (Callanan & Kelly, 1992:37; Illich *in* O'Gorman, 1998:1128), kan verwag word dat die bogenoemde faktore, wat gepaard gaan met MIV-besmetting en VIGS, die verpleegkundige persoonlik sal beïnvloed.

Die sterwensproses en dood is egter universele gebeurtenisse (Travelbee, 1971:61) waaraan alle mense tydens 'n leeftyd blootgestel kan word. Die verpleegkundige se emosionele ongemak weens die blootstelling aan die sterwensproses en dood van die terminale VIGS pasiënt is onvermydelik, aangesien die verpleegkundige haarself deur die diensgelofte vir verpleegkundiges (Botes, 1994:69) tot die instandhouding van lewe, bevordering van gesondheid en verligting van lyding (Searle & Pera, 1987:88) verbind. Buiten hierdie morele verbintenis van die verpleegkundige kan sy moontlik ook die terminale VIGS pasiënt tot 'n sinsbelewenis in hierdie sterwensproses en selfs die dood kan fasiliteer.

Die voorafgaande word deur my subjektiewe belewenis versterk, waar die studente onder my begeleiding, asook kollegas wat toenemend meer sterwende VIGS pasiënte moet verpleeg, toenemend vra na die meer effektiewe hantering van al hierdie belewenisse. Die emosionele ongemak van die verpleegkundige blyk toe te neem as gevolg van al die voorafgaande faktore wat haar beïnvloed. Daar bestaan baie min of geen ondersteuning vir die verpleegkundige wat wel deur 'n moeilike fase in haar konfrontasie met VIGS beweeg.

Vanuit die bogenoemde ontstaan die volgende vrae:

- Hoe beleef die verpleegkundige die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt?
- Op watter wyse kan die verpleegkundige hierdie blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief hanteer?

1.2 DOELSTELLINGS

In die lig van die voorafgaande probleemstelling word die volgende met hierdie navorsing ten doel gestel:

- om die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te verken en te beskryf;
- om riglyne te formuleer ten einde die verpleegkundige te fasiliteer om die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer.

1.3 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Aangesien die navorser haar eie paradigmatiese perspektief huldig wat hierdie navorsing rig, word hierdie paradigmatiese perspektief vervolgens as metateoretiese, teoretiese en metodologiese stellings weergegee.

1.3.1 Metateoretiese stellings

Die navorser se paradigmatische perspektief ontspring vanuit die volgende teorieë en filosofieë, wat in ooreenstemming is met die navorser se persoonlike filosofie asook die filosofie van die PU vir CHO:

- die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1989:136-143), wat 'n Judeo-Christelike wêreldbeskouing handhaaf en die Bybel as die enigste bron van waarheid beskou; en
- die Christelike wêreldbeskouing van Herman Dooyeweerd (in Botha, 1995:1-209), wat God Drie-enig as die sentrale punt van die menslike bestaan beskou.

Vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid en die Christelike Wêreldbeskouing van Dooyeweerd word die navorser se aannames ten opsigte van die volgende kernbegrippe in hierdie navorsing omskryf: *mens; gezondheid; omgewing en verpleging*.

1.3.1.1 Die mens

Die mens is 'n unieke, Godgeskape en religieuse wese wat as eenheid binne 'n verganklike aardse bestaan funksioneer. Die mens as eenheidswese kan deur bekering van die sondeval vernuwe word. Hierdeur verander God die mens se verganklike lewe tot 'n onverganklike. Wanneer die Heilige Gees die mens tot bekering lei, begin 'n lewenslange proses van gehoorsaamheid in 'n nabyverhouding tot God. Hierdie proses verskaf aan die mens 'n sinvolle bestaan en 'n strewe na heelheid (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1989:136-143; Dooyeweerd in Botha, 1995:73, 154).

In hierdie navorsing is die verpleegkundige 'n eenheidswese wat in verhouding tot God en tot haar medemens funksioneer. Die verpleegkundige se blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt, kan moontlik haar strewe na heelheid beïnvloed.

1.3.1.2 Gesondheid

Gesondheid is 'n staat van fisiese, psigiese en geestelike heelheid. Hierdie heelheid word bepaal deur die mens se interaksies met sy interne en eksterne omgewing. Gesondheid is uniek en dinamies en kan op 'n kontinuum geplaas word, wat wissel van minimum tot maksimum gesondheid. Die mens beweeg nie slegs op hierdie kontinuum nie, maar beskik ook oor die potensiaal om siek te word (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1989:136-142).

Indien daar nie deur die verpleegkundige gepoog word om die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt effektief te hanteer nie, kan dit haar gesondheid en dus haar strewe na heelheid beïnvloed.

1.3.1.3 Omgewing

Omgewing kan beskryf word as die interne en eksterne omgewing van die mens. Die interne omgewing verwys na die liggaamlike, psigiese en geestelike aspekte van die mens, terwyl die eksterne omgewing die fisieke, sosiale en geestelike aspekte van die mens behels. Die interne en eksterne omgewing is deurlopend met mekaar in wisselwerking. Hierdie wisselwerking tussen die mens se interne en eksterne omgewing beïnvloed die mens se gesondheidstatus (Randse Afrikaanse Universiteit, 1991).

In hierdie navorsing is die verpleegkundige se interne omgewing haar emosionele ongemak as gevolg van die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt. Hierdie blootstelling aan die sterwensproses is die eksterne omgewing waarin die verpleegkundige die terminale VIGS pasiënt verpleeg. Wisselwerking tussen die verpleegkundige se blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt en die gepaarde emosionele ongemak, kan die verpleegkundige se gesondheidstatus beïnvloed.

1.3.1.4 Verpleging

Verpleging is 'n doelgerigte, omvattende diens aan die pasiënt om sy gesondheid te bevorder, in stand te hou en te herstel. Hierdie diens word aan die pasiënt as heel mens verskaf. Verpleging waardeur die pasiënt se gesondheid bevorder word, behels al die verplegingsaktiwiteite wat tot 'n verhoogde heelheid by die mens bydra. Instandhouding van gesondheid sluit die verplegingsaktiwiteite in wat die pasiënt se gesondheidstatus handhaaf, terwyl herstel van gesondheid verwys na al die verplegingsaktiwiteite wat die terugkeer van die pasiënt se gesondheid na tevore ervare vlakke van gesondheid fasiliteer (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1989: 136-142).

In hierdie navorsing verskaf die verpleegkundige deur die gesondheidsdiensleweringstelsel die doelgerigte diens van verpleging aan die terminale VIGS pasiënt. Deur die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt effektief te hanteer, fasiliteer die verpleegkundige die instandhouding en bevordering van die pasiënt se gesondheidstatus.

1.3.2 Teoretiese stellings

Die teoretiese stellings wat in hierdie navorsing gebruik word, word vervolgens as sentrale teoretiese stelling en konseptuele omskrywings uiteengesit.

1.3.2.1 Sentrale teoretiese stelling

Kennis van die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt kan lei tot die formulering van riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer om die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer.

1.3.2.2 Konseptuele omskrywings

Die volgende konsepte is sentraal in hierdie navorsing en word soos volg omskryf:

Verpleegkundige: 'n Onafhanklike praktisyn wat ingevolge artikel 16 van die Wet op Verpleging (50/1978) as verpleegkundige geregistreer is en as lid van die gesondheidspan binne die wetlik-etiese, filosofiese raamwerk van verpleging praktiseer (Suid-Afrika, 1978 : Wet 50 van 1978).

In hierdie navorsing word voortaan na die verpleegkundige verwys as haar, hoewel dit ook 'n manlike persoon impliseer.

Belewenis: Die proses waar die mens se ervaringe van omstandighede verbind word aan die mens se wil, denke en emosies. In hierdie navorsing sal hierdie konseptuele omskrywing van belewenis as operasionele definisie dien.

Die fokus in hierdie navorsing is die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt.

Sterwensproses: Die multidimensionele proses van liggaamlike en psigiese disintegreering. Disintegreering volg voor onomkeerbare dood maar is steeds 'n geïntegreerde proses tussen liggaamstelsels en word deur elke individu op 'n ander wyse ervaar. Dit is 'n deurgangstadium wat dui op die einde van die mens se liggaamlike lewe en sy bestaan op aarde (Van Niekerk, 1984:12-13).

In hierdie navorsing is die terminale VIGS pasiënt sterwend en word hy/sy deur die verpleegkundige verpleeg.

Menslike Immunogebreksvirus (MIV): Die veroorsakende agent van VIGS. Hierdie virus is van die groep retrovirusse wat ingebou word op die DNA en T-limfosiete en lei tot verlaagde selffunksionering en onvoldoende immuniteit (Ruben & Faber, 1994:124,126).

Die terminale VIGS pasiënt in hierdie navorsing, is met die MI-virus besmet.

MIV-positiewe pasiënt: 'n Persoon wat met die menslike immunogebreksvirus geïnfekteer is. Die gesondheidstatus van hierdie persoon kan op 'n kontinuum wat wissel van asimptomaties tot absolute immuungebrek geplaas word. Hierdie persoon beskik oor die potensiaal om VIGS te ontwikkel, wat die fatale fase van MIV-besmetting is (Ruben & Faber, 1994:124, 128). Die terminale VIGS pasiënt was in 'n stadium 'n asimptomatiese MIV-positiewe pasiënt wat VIGS ontwikkel het.

Verworwe Immunogebreksindroom (VIGS): Die sekondêre, fatale toestand wat by die MIV-positiewe pasiënt ontwikkel. Onvermydelike, katastrofiese, opportunistiese infeksies, maligniteite en neurologiese versteurings wat fataal is, kom voor (Ruben & Faber, 1994:124, 128).

In hierdie navorsing het die MIV-positiewe pasiënt reeds VIGS ontwikkel en is sterwend.

Terminale VIGS pasiënt: Die VIGS pasiënt wie se potensiaal tot remissie onwaarskynlik is en by wie kuratiewe maatreëls as oneffektief beskou word (The Merck Manual, 1992:2572).

Die terminale VIGS pasiënt is sterwend en word deur die verpleegkundige verpleeg. In hierdie navorsing word voortaan na die pasiënt as hy verwys, hoewel dit ook die vroulike persoon impliseer.

1.3.3 Metodologiese stellings

Die metodologiese stellings wat in hierdie navorsing van toepassing is, word aan die hand van Botes (1995:5) se navorsingsmodel omskryf. Botes (1995:5) beskou die doel van navorsing as die vorming van teorieë wat tot die verbetering van die verplegingspraktyk kan lei. Die navorsingsmodel skets drie interafhanklike vlakke van verplegingsaktiwiteite wat in 'n bepaalde verhouding tot mekaar staan. Vervolgens word hierdie vlakke omskryf, soos van toepassing in hierdie navorsing.

Die eerste vlak verwys na die navorsingsveld of praktyk waarin die verplegingsaktiwiteite uitgevoer word. Hierdie vlak is 'n voorwetenskaplike vlak wat die navorser se navorsingsvrae rig. Probleme word in die verplegingspraktyk geïdentifiseer en geanaliseer, en oplossings word gevind (Botes, 1995:6). In hierdie navorsing is die tema op die eerste vlak die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt.

Die eerste vlak lei na die tweede vlak, waar navorsing en teorievorming deur rasionele besluitnemingsprosesse plaasvind. Navorsingsbesluite word binne die raamwerk van navorsingsdeterminante geneem en word as die navorsingsmetodologie beskou (Botes, 1995:6). In hierdie navorsing sal onderhoude met verpleegkundiges gevoer word om hul belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te verken en beskryf. Daarna sal gepoog word om riglyne te formuleer ten einde die effektiewe hantering van die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt by die verpleegkundige te fasiliteer.

Die navorser se paradigmadiese perspektief kom op die derde vlak voor. Hierdie perspektief maak deel uit van die navorser se subjektiewe seleksie van aannames wat die eerste en tweede vlakke deurlopend beïnvloed (Botes, 1995:6). Vervolgens behels die navorser se paradigmadiese perspektief ook haar teoretiese omskrywings en metodologiese stellings soos reeds uiteengesit. Die navorser se metateoretiese beskouings word deur die verplegingsteorie van mensheerheid (Oral Roberts University

Anna Vaughn School for Nursing, 1989:138-143) en die Christelike wêreldbeskouing van Herman Dooyeweerd (in Botha, 1995:1-208) gerig.

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Aangesien die navorsingsmetodologie van hierdie navorsing breedvoerig in Hoofstuk 2 beskryf word, word nou slegs 'n oorsig van die navorsingsmetodologie verskaf.

1.4.1 Navorsingsontwerp

'n Kwalitatiewe navorsingsontwerp word gevolg ten einde die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt binne die konteks van die KOSH (Klerksdorp-Orkney-Stilfontein-Hartbeesfontein)- en Potchefstroom-gebied in die Noordwesprovinsie te verken en te beskryf.

1.4.2 Navorsingsmetode

Die navorsingsmetode word as die steekproef, data-insameling, data-analise en literatuurkontrolle uiteengesit.

1.4.2.1 Steekproef

Populasie: Die populasie bestaan uit geregistreerde verpleegkundiges werksaam in provinsiale hospitale in die KOSH- en Potchefstroom-gebied in die Noordwesprovinsie, wat die afgelope jaar terminale VIGS pasiënte verpleeg het.

Steekproefneming: 'n Doelgerigte, vrywillige steekproef word geneem.

Steekproefgrootte: Die steekproefgrootte word deur dataversadiging bepaal wat in die herhalende patroon van data sigbaar sal word.

1.4.2.2 Data-insameling

Metode van data-insameling: Die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt word deur middel van die fenomenologiese metode van indiepte-onderhoudvoering verken en beskryf. 'n Enkele vraag ten opsigte van die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt rig die onderhoude. 'n Loodsstudie word vooraf uitgevoer om die effektiwiteit van die inleidende vraag te bepaal en die nodige aanpassing word daarvolgens gemaak.

Die navorser verkry toestemming om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer by die hospitaalbestuur. Die hoofverpleegkundiges-in-bevel by elke provinsiale hospitaal word versoek om as tussengangers op te tree deur die geregistreerde verpleegkundiges vir deelname tot die navorsing te identifiseer. Toestemming word voor die aanvang van die navorsing van die tussengangers en deelnemers verkry. Die navorser voer die onderhoude. Na afloop van elke onderhoud word veldnotas in die vorm van observasie, persoonlike en teoretiese notas gemaak.

Fisiese omgewing: Die onderhoude word in 'n kantoor by die geïdentifiseerde provinsiale hospitale uitgevoer. Hierdie kantore verseker gerief en privaatheid en alle geraasstimuli en onnodige onderbrekings word vermy sodat onderhoude effektief uitgevoer kan word.

1.4.2.3 Data-analise

Elke onderhoud wat op band opgeneem is, word vir data-analise getranskribeer. 'n Kombinasie van die tegnieke van Tesch (in Creswell, 1994:145-155) en Giorgi (in Omery, 1983:57-58) word vir inhoudsontleding gevolg. 'n Medekodeerder word betrek om aan die hand van 'n werkprotokol onafhanklike kodering deur te voer. Na afloop van kodering deur beide die navorser en die medekodeerder, volg 'n konsensusgesprek.

1.4.2.4 Literatuurkontrolle

Die navorser onderneem 'n literatuurkontrolle nadat data-analise voltooi is om die bevindinge in hierdie navorsing te bevestig, unieke bevindinge in hierdie navorsing wat nie in die literatuur verskyn nie te identifiseer, asook bevindinge in die literatuur wat nie in hierdie navorsing na vore gekom het nie, uit te lig (Woods & Catanzaro, 1988:135).

1.5 HOOFSTUKINDELING

Die verdere hoofstukke in hierdie navorsing word soos volg uiteengesit:

Hoofstuk 2: Uiteensetting van die navorsingsmetodologie wat in hierdie navorsing gevolg word.

Hoofstuk 3: 'n Bespreking van die navorsingsresultate en literatuurkontrolle.

Hoofstuk 4: Gevolgtrekkings, tekortkominge en aanbevelings van die navorsing, met spesifieke verwysing na die formulering van riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer om die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer.

HOOFTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die oriëntering tot die navorsing uiteengesit. Vervolgens word die navorsingsmetodologie, vertrouenswaardigheid asook etiese aspekte wat in hierdie navorsing gevolg word, omvattend bespreek.

2.2 NAVORSINGSONTWERP

In hierdie studie word 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp gevolg wat kontekstueel van aard is. Met kwalitatiewe navorsing word die mens se belewenis van 'n verskynsel verken en beskryf sodat hierdie verskynsel beter verstaan kan word (Burns & Grove, 1997:27; Field & Morse, 1985:11; LoBiondo-Wood & Haber, 1994:254). Verkenning en beskrywing is volgens Mouton en Marais (1992:45, 46) die indiepte-*ondersoek* van 'n onbekende terrein wat op 'n akkurate en begripvolle wyse in *woorde* geskets kan word. In hierdie navorsing is die verskynsel wat verken en beskryf word die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt.

Drie provinsiale hospitale in die Klerksdorp-, Orkney-, Stilfontein-, Hartbeesfontein- (KOSH-) en Potchefstroomgebied in die Noordwesprovinsie dien as konteks waarin hierdie navorsing uitgevoer word. Hierdie provinsiale hospitale lewer 'n verskeidenheid van gesondheidsorgdienste wat as binnepasiëntdienste (mediese, chirurgiese, pediatriese, verloskundige, ongevalle- en hoësondehede) en buitepasiëntdienste (klinieke en gemeenskapsdienste) beskryf kan word. Die pasiënte wat van hierdie geïdentifiseerde hospitale gebruik maak, verteenwoordig 'n verskeidenheid van kulture, sosio-ekonomiese status, godsdiensgroepeerings en opvoedkundige vlakke. Die meerderheid pasiënte beskik nie oor 'n mediese skema nie en is ten volle afhanklik van

die provinsiale gesondheidsorgdienste, maar maak ook gebruik van tradisionele en geestelike genesers.

By die binne- en buitepasiëntedienste van die geïdentifiseerde hospitale word daar ongeveer veertig (40) pasiënte per maand MIV-positief getoets, hoewel akkurate statistiek oor die werklike getal MIV-positiewe en VIGS pasiënte nie beskikbaar is nie. Hierdie MIV-positiewe en VIGS pasiënte se ouderdom wissel van 16 tot 50 jaar en sluit swanger vroue en moeders in. Die pasiënt moet skriftelike toestemming verskaf om vir die MI-virus getoets te word. Toestemming volg nadat die pasiënt VIGS-berading deur opgeleide personeel ontvang het. Die uitslag van die MIV-toets is vertroulik en word bekend gemaak deur die geneesheer of opgeleide individu wat 'n kursus in VIGS-berading voltooi het. Bekendmaking van die pasiënt se MIV-status gaan gepaard met posttoets-berading. MIV-positiewe en VIGS pasiënte kom in al die eenhede van die hospitaal voor. Volgens 'n hoofverpleegkundige-in-bevel van een van die geïdentifiseerde provinsiale hospitale (Anon, 1998e) word die verpleegkundige weekliks met 7-14 sterftes van terminale VIGS pasiënte van verskillende ouderdomme gekonfronteer.

In hierdie geïdentifiseerde hospitale is verskillende verpleegdissiplines werksaam. Die verpleegdissiplines word deur geregistreerde verpleegkundiges, ingeskrewe verpleegkundiges, studentverpleegkundiges en verpleeghulpe verteenwoordig. Geregistreerde verpleegkundiges, wat die fokus in hierdie navorsing is, beskik oor 'n vierjarige graad en/of diploma in Verpleegkunde en is geregistreer by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, wat as nasionale professionele registrasieliggaam dien en die wetlike en etiese raamwerk voorsien waarbinne verpleegkundiges praktiseer. Die geregistreerde verpleegkundiges asook al die ander subdissipline-verpleegkundiges is beide manlik en vroulik, werk dagskofte (ses of twaalf uur) of nagskofte (twaalf uur), het Afrikaans, Engels of Tswana as taalvoorkeur en verteenwoordig 'n verskeidenheid van kulture en godsdiensgroepeerings.

Hierdie multikulturele groep geregistreerde verpleegkundiges behartig omvattende verpleging wat die fisiese, psigiese en geestelike versorging van pasiënte insluit. Hierdie

omvattende verpleging van terminale VIGS pasiënte plaas 'n buitengewone emosionele las op die verpleegkundige. Koördinerings van die verpleging van die terminale VIGS pasiënt behels ook die onmiddellike versorging van die afgestorwe VIGS pasiënt se liggaam en die geheimhouding van pasiënte se MIV-status. Hierdie geheimhouding noodsaak die verpleegkundige om alle pasiënte as MIV-positief te verpleeg, nie die dokter-pasiënt se verhouding van konfidensialiteit te oortree nie en die pasiënt se reg op privaatheid te respekteer. Vervolgens maak die verpleegkundige van universele en addisionele voorsorgmaatreëls gebruik om haarself sowel as die pasiënt te beskerm.

2.3 NAVORSINGSMETODE

Die navorsingsmetode wat in hierdie navorsing gevolg word, word breedvoerig onder die hoofde van steekproef, data-insameling en data-analise bespreek.

2.3.1 Steekproef

Die steekproef in hierdie navorsing word onder die subhoofde van populasie, steekproefneming en steekproefgrootte bespreek.

2.3.1.1 Populasie

Burns en Grove (1997:293) beskou die populasie as die totale aantal individue wat aan spesifieke navorsingskriteria voldoen. Vir die doel van hierdie navorsing word geregistreerde verpleegkundiges werksaam in drie (3) geïdentifiseerde provinsiale hospitale in die KOSH- en Potchefstroomgebied in die Noordwesprovinsie en wat die afgelope jaar terminale VIGS pasiënte verpleeg het as die populasie ingesluit.

2.3.1.2 Steekproefneming

In hierdie navorsing word 'n nie-waarskynlike, doelgerigte, vrywillige steekproef uitgevoer (Burns & Grove, 1997:302). Doelgerigte steekproefneming geskied deur deelnemers uit die populasie te selekteer as die mees geskikte bron van dié spesifieke

inligting (Burns & Grove, 1997:300; LoBiondo-Wood, 1994:294). Vervolgens word die insluitingskriteria wat vir hierdie navorsing gebruik word, uiteengesit:

Die deelnemer:

- moet 'n geregistreerde verpleegkundige werksaam in een van die geïdentifiseerde provinsiale hospitale in die KOSH- en Potchefstroomgebied in die Noordwesprovinsie wees;
- het die afgelope jaar terminale VIGS pasiënte verpleeg;
- kan enige kultuur, geslag en godsdiens verteenwoordig;
- moet Afrikaans of Engels magtig wees; en
- moet skriftelik toestemming verskaf tot deelname deur onderhoudvoering wat op band opgeneem word.

Morse (1991:132, 133) se kenmerke van die 'ideale' deelnemer word tydens die seleksieproses in ag geneem. Vir die doeleindes van hierdie navorsing kan die ideale deelnemer beskryf word as 'n geregistreerde verpleegkundige wat gedetailleerde, ervare inligting kan verskaf oor haar belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt en wat bereid is om hierdie belewenis met die navorser te deel, al is die proses pynlik, stresvol of terapeuties. Toestemming word voor die aanvang van data-insameling by die bestuur van die geïdentifiseerde hospitale (*sien* Bylae A), hoofverpleegkundiges wat in bevel van die verpleegdienste is (*sien* Bylae D) en die deelnemers (*sien* Bylae E) verkry. Die Hoofverpleegkundiges wat in bevel van die geïdentifiseerde provinsiale hospitale is, word versoek om as tussengangers op te tree (Bylae D). Die navorser verduidelik die rol van die tussenganger aan hulle, naamlik om aan die hand van die insluitingskriteria deelnemers te identifiseer en hul name en kontaknommers beskikbaar te stel. Dit stel die navorser in staat om persoonlik met die deelnemers afsprake vir data-insameling te maak.

Vrywillige deelname van die verpleegkundiges aan hierdie navorsing word deur skriftelike toestemming bevestig (Bylae E). Toestemming kan eers geskied indien die

deelnemers omvattend ingelig is oor die doel van die navorsing, wyse van data-insameling, gebruik van 'n oudiobandopnemer tydens data-insameling, moontlike ervaring van ongemak weens deelname aan die navorsing, ondersteuning na afloop van die onderhoude, indien nodig, en onttrekking van deelname indien verkies (Field & Morse, 1985:45). Hierdie aspekte, wat sorgvuldig aan die deelnemers verduidelik sal word alvorens data-insameling kan plaasvind, word vervolgens uiteengesit:

- die doel van die navorsing word verduidelik as die verkenning en beskrywing van die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt sodat riglyne geformuleer kan word om die verpleegkundige te fasiliteer om die blootstelling aan hierdie sterwensproses meer effektief te hanteer;
- deelname aan hierdie navorsing hou geen direkte voordeel vir die deelnemers in nie, maar voltooiing van hierdie navorsing kan veranderinge in die hantering van die sterwensproses by die verpleegkundige en die terminale VIGS pasiënt bewerkstellig;
- slegs een onderhoud word per deelnemer gevoer en onderhoude duur een tot twee uur;
- gedurende hierdie onderhoud vra die navorser een vraag oor die deelnemer se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt;
- onderhoude word op 'n oudiobandopnemer geneem, maar anonimiteit en vertroulikheid word gedurende die onderhoudvoering en publikasie van die studie verseker;
- blootstelling aan die onderhoude mag vir die deelnemers stresvol, pynlik of terapeuties wees en dus word ondersteuning na afloop van die onderhoude deur die navorser aan die deelnemers gebied, indien dit nodig blyk;
- deelnemers kan te eniger tyd toestemming onttrek en deelname aan hierdie navorsing beëindig sonder enige diskriminasie teen hulle.

2.3.1.3 Steekproefgrootte

Die steekproefgrootte in hierdie navorsing kan nie geantisipeer word nie, maar word deur dataversadiging aangedui. Dataversadiging is sigbaar in die herhalende patroon van data (Field & Morse, 1985:94; LoBiondo-Wood & Haber, 1994:302) wat gedurende die proses van data-analise uitgewys word.

2.3.2 Data-insameling

Data-insameling word deur Burns en Grove (1997:52) beskou as die noukeurige en stelselmatige insameling van inligting ten einde die doel van die navorsing te bereik. Die metode van data-insameling, die rol van die navorser, veldnotas en die fisiese omgewing word vervolgens bespreek.

2.3.2.1 Metode van data-insameling

Die fenomenologiese ongestruktureerde metode van onderhoudvoering word gebruik om die verpleegkundige se *belewenis* van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te *verken*. Die volgende vraag sal in Afrikaans of Engels gevra word:

Hoe beleef u die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt?

How do you experience the dying process of the terminal AIDS patient?

'n Loodsstudie word vooraf gedoen om die effektiwiteit van die inleidende vraag te bepaal en die metodologie te verfyn (Burns & Grove, 1997:52). Die navorser voer die onderhoude volgens die beginsels wat Viljoen (1987:6-7) noem:

- die navorser ontvang die deelnemer, groet vriendelik en is sensitief ten opsigte van die deelnemer se gemak;
- die onderhoud is 'n professionele gesprek met 'n warm klimaat;
- 'n atmosfeer van openheid word gehandhaaf sodat deelnemers hul belewenis kan blootlê;
- 'n persoonlike afstand word deurlopend gehandhaaf;
- die navorser luister aktief en sonder vooroordeel.

Die onderhoud begin deur die deelnemer op haar gemak te stel en te vertel wat verder volg. Sodra die onderhoud begin, word die oudiobandopnemers (een [1] wat met batterykrag werk en een [1] wat van netkrag werk) aangeskakel. Die enkele, inleidende vraag word skriftelik aan die deelnemer voorsien en deur die navorser voorgelees. Gedurende die onderhoud maak die navorser van kommunikasietegnieke gebruik wat gesprek met die deelnemer sonder terapeutiese tussentredes stimuleer. Die kommunikasietegnieke (Okun, 1992:70-71; Viljoen, 1987:4-5) wat in hierdie navorsing gebruik word, word vervolgens beskryf:

- *Minimale verbale respons*: volg wanneer die navorser met kort verbale response soos “mm-mm”; “ja” en “umm” aan die deelnemer wil bevestig dat sy luister, volg wat gesê word en dat die deelnemer kan voortgaan.
- *Parafrasing*: is die verbale uitdrukking wat sinoniem met die deelnemer se woorde is en hierdeur word die deelnemer gemotiveer om meer oor die tema te deel.
- *Reflektering*: is die weerkaatsing van die deelnemer se reeds geverbaliseerde temas en emosies. Hierdeur demonstreer die navorser haar betrokkenheid en moedig die deelnemer aan om meer oor die tema uit te brei.
- *Opsomming*: word deur die navorser gebruik om gedeelde inligting vir die deelnemer te orden en saam te vat. Hierdeur word aan die deelnemer bevestig dat 'n faset van die onderhoud afgehandel is en dat die navorser deurlopend aktief geluister het en betrokke was.
- *Uitklaring*: wanneer die navorser haarself vergewis dat sy die basiese aard van die deelnemer se uitdrukking begryp. Uitklaring geskied deur vir die deelnemer te vra om voorbeelde, beskrywings en illustrasies te gee.

Die navorser streef deurlopend na die behoud van die ware data sodat 'n akkurate vertolking van die deelnemer se realiteit gemaak en weergegee kan word.

2.3.2.2 Rol van die navorser

Die navorser verkry skriftelike toestemming om navorsing by die geïdentifiseerde provinsiale hospitale uit te voer, vanaf die volgende bestuursliggame van hierdie hospitale:

- Die hoof-uitvoerende beampte van al die provinsiale hospitale in die KOSH- en Potchefstroomgebied in die Noordwesprovinsie (*sien* Bylae A);
- Hospitaal-hoofbestuurders (*sien* Bylae B);
- Assistentdirekteure: Verpleging (*sien* Bylae C);
- Hoofverpleegkundiges wat in bevel van die onderskeie provinsiale hospitale is (*sien* Bylae D); en
- die deelnemers wat by die onderskeie provinsiale hospitale werksaam is (*sien* Bylae E).

Die Hoofverpleegkundiges-in-bevel van die geïdentifiseerde hospitale word versoek om as tussengangers in hierdie navorsing op te tree. Die verantwoordelikhede van die tussengangers kan soos volg verduidelik word: die identifisering van deelnemers volgens die insluitingskriteria; deurgae van die deelnemers se name en kontaknommers aan die navorser sodat die navorser persoonlik met die deelnemers kan skakel om 'n datum, tyd en plek vir die onderhoud te finaliseer. Gedurende hierdie afspraak verkry die navorser toestemming by die deelnemer om onderhoude op oudioband op te neem (*sien* Bylae F).

2.3.2.3 Veldnotas

Die navorser maak veldnotas na afloop van die ongestruktureerde onderhoude in die vorm van observasie-, persoonlike en metodologiese notas (Burns & Grove, 1997:529-530) (*sien* Bylae G). Veldnotas kan omskryf word as die lopende beskrywings en kort aantekeninge oor deelnemers se gedrag (Woods & Catanzaro, 1988:283) gedurende data-insameling, sodat die navorser as heelpersoon by die deelnemer betrokke kan wees om belewenisse werklik te begryp (Burns & Grove, 1997:529) en data-analise dus te verryk.

Spontane *observasie* (Burns & Grove, 1997:352; Wilson, 1993:222) as die eerste tipe veldnota, word gedurende data-insameling deur die navorser gemaak. Observasie behels die beskrywing van gebeure wat die navorser beleef deur tydens data-insameling

te luister en te kyk (Wilson, 1993:222). Hierdie observasienotas bevat inligting oor die situasie, met minimale vertolking van gebeure (Wilson, 1993:222). Onmiddellik na afloop van elke onderhoud word *persoonlike notas* voltooi deur die navorser se persoonlike reaksies, nadenke en ervaringe met introspektiewe bewuswording te notuleer (Wilson, 1993:223). *Metodologiese notas* as die derde tipe veldnota gedurende data-insameling behels aanwysings, herinneringe en wenke aan die navorser self, oor verdere stappe in die navorsing wat van belang is (Wilson, 1993:223).

2.3.2.4 Fisiese omgewing

Onderhoude word in 'n kantoor by die geïdentifiseerde provinsiale hospitale gevoer wat gemak, privaatheid en geen steurnis van geraasstimuli verseker. Hierdie kantoor (kantore) beskik oor genoegsame ventilasie en beligting. Die battery-aangedrewe en netkrag-oudiobandopnemers word vooraf in die kantoor opgestel. Hierdie bandopnemers word só geposisioneer dat dit vir die navorser asook die deelnemer sigbaar is. Die navorser bring 'n duidelike kennisgewing in Afrikaans, Engels en Tswana aan die buitekant van die kantoordeur aan waarop versoek word dat die onderhoud nie onnodig onderbreek mag word nie.

2.3.3 Data-analise

Tydens data-insameling word elke onderhoud op band opgeneem en woordeliks vir die proses van data-analise getranskribeer (*sien* Bylae H). 'n Kombinasie van die tegnieke van Tesch (*in* Creswell, 1994:145-155) en Giorgi (*in* Omery, 1983:57-58) word vir inhoudsontleding gebruik. 'n Professionele psigiatrisie verpleegspesialis word as medekodeerder betrek om aan die hand van 'n werkprotokol (*sien* Bylae I) onafhanklike kodering van die data deur te voer. Hierdie kodering behels die herkenning van herhalende woorde, frases, temas en konsepte. Die stappe van data-analise wat in hierdie navorsing gevolg word, word vervolgens uiteengesit:

- die transkripsies van elke onderhoud word deurgelees sodat 'n geheelbegrip verkry kan word;
- die kortste of die interessantste transkripsie word deurgelees;

- hierdie transkripsie word weer deurgelees en woorde en tema's wat van toepassing is op die inleidende vraag, "Hoe beleef u die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt?" word onderstreep;
- dieselfde transkripsie word vir die derde keer deurgelees en die belangrikste konsepte word in die linkerkantse kolom en belewenisse in die regterkantse kolom aangeteken;
- al die konsepte en belewenisse word weer deurgelees;
- die konsepte in die linkerkantse kolom word deurgelees en hoof- en subkategorieë word geselekteer;
- temas van konsepte word nou onder die geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë gesorteer;
- oortollige tema's word geëlimineer deur:
 - tema's met mekaar te vergelyk en dan met die geheel te vergelyk;
 - oorblywende tema's uit te brei en uit te klaar;
- kategorieë en subkategorieë se inhoud word nou verfyn deur deelnemers se woorde in wetenskaplike taal te transformeer.

Nadat die medekodeerder aan die hand van 'n werkprotokol (*sien* Bylae I) die kodering van die transkripsies voltooi het, volg 'n konsensusgesprek tussen die navorser en die medekodeerder om ooreenstemming en teenstrydighede uit te klaar.

2.4 LITERATUURKONTROLE

'n Literatuurkontrolle word uitgevoer om die bevindinge in hierdie navorsing te bevestig, unieke bevindinge in hierdie navorsing te identifiseer asook bevindinge in die literatuur wat nie in hierdie navorsing na vore gekom het nie, uit te lig (Burns & Grove, 1997:118; Woods & Catanzaro, 1998:135). Die literatuurkontrolle vind na die data-insameling en data-analise plaas sodat die inligting in die literatuur nie die navorser se objektiwiteit kan beïnvloed nie (Oiler *in* Burns & Grove, 1997:118). Die volgende databasisse word in

hierdie studie gebruik: PU vir CHO – Nexus (RGN: lopend en afgehandel); Psychlit; Medline; en SA Tydskrifte.

2.5 VERTROUENSWAARDIGHEID

Woods en Catanzaro (1988:452) beweer dat kwalitatiewe navorsing gekritiseer word weens die gebrek aan wetenskaplike nougesetheid wat die formulering van geldige gevolgtrekkings beïnvloed. Vertrouenswaardigheid word in hierdie navorsing verseker deur die raamwerk van Guba en Lincoln (1989:236-243) te kombineer met Woods en Catanzaro (1988:136) se model, wat riglyne bied om die geldigheid en betroubaarheid in kwalitatiewe navorsing te verseker. Guba en Lincoln (1989:236-243) beskryf vier kriteria vir vertrouenswaardigheid, naamlik geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, betroubaarheid en bevestigbaarheid asook strategieë om hierdie kriteria gestand te doen. Nadat hierdie kriteria bespreek is, sal die bedreigings vir die navorsing se geldigheid en betroubaarheid (Woods & Catanzaro, 1988:136) tesame met kontrolemaatreëls uiteengesit word.

Die kriteria om vertrouenswaardigheid in hierdie navorsing te verseker, word soos volg nagekom:

2.5.1 Geloofwaardigheid

Guba en Lincoln (1989:236-240) beskou geloofwaardigheid as die ooreenstemming van die deelnemer se belewenis teenoor die bevindinge van die navorser. Die navorser maak van die volgende strategieë gebruik om 'n korrekte weergawe van die deelnemers se belewenisse te verseker:

- die daarstel van 'n vertrouwensverhouding met die deelnemer ten einde die deelnemer se ware belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te verken en enige wanvertolkings te voorkom;
- veldnotas wat tydens en na elke onderhoud tydens data-insameling afgeneem word;

- nadat die data-analise voltooi is, volg 'n konsensusgesprek tussen die navorser en die onafhanklike medekodeerder; en
- 'n literatuurkontrolle wat na afloop van die data-analise voltooi word.

Ter aansluiting by Guba en Lincoln (1989:236-240) se tegnieke om geloofwaardigheid te verseker, verwys Woods en Catanzaro (1988:137) na die interne geldigheid van die navorsing.

Aangesien die navorser 'n geregistreerde verpleegkundige is wat herhaaldelik aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt blootgestel word, moet daar streng daarop gelet word dat die navorser se eie belewenisse nie met die navorsingsbevindinge inmeng nie. Daarom maak die navorser ook van Woods en Catanzaro (1988:137) se geïdentifiseerde bedreigings tot die interne geldigheid van die navorsing gebruik, gevolg deur kontrolemaatreëls. Vervolgens word die geïdentifiseerde bedreigings, naamlik waarnemingseffekte, regressie, seleksie en mortaliteit, gevolg deur kontrolemaatreëls in tabelvorm uiteengesit:

Bedreiging vir die geldigheid van hierdie navorsing	Kontrolemaatreëls
Die voorkoms van waarnemingseffekte wanneer die deelnemer ongemaklik voel oor die navorser se teenwoordigheid, die deelnemer se gedrag verander weens die bewustheid dat sy waargeneem word, die deelnemer weerhou inligting en die navorser se vertolking en weergee van die inligting weens die navorser se eie posisie (Woods & Catanzaro, 1988:137).	• Onafhanklike data-analise deur die navorser en medekodeerder, waarna 'n konsensusgesprek volg om verskille en ooreenkomste te bespreek. • Uitvoer van 'n literatuurkontrolle ten einde hierdie navorsingsbevindinge met die literatuur te vergelyk. • Die navorser maak haar posisie en verbintenis met die navorsingsituasie bekend.
Die seleksie (Woods & Catanzaro, 1988:137) kan bedreigend vir die	• In hierdie navorsing word van 'n doelgerigte, vrywillige steekproef gebruik

geldigheid van hierdie navorsing wees wanneer deelnemers weens insluitingskriteria vir deelname geselekteer word.	gemaak. • Potensiële deelnemers werksaam by drie provinsiale hospitale word deur tussengangers aan die hand van die gestelde insluitingskriteria geselekteer. • Nadat seleksie voltooi is, kan deelnemers vrywillig besluit om deelname aan die navorsing te beëindig. • Aangesien data slegs deur 'n eenmalige ongestruktureerde onderhoud ingesamel word, word regressie van data uitgeskakel.
Mortaliteit is volgens Woods en Catanzaro (1988:137) wanneer deelnemers aan die navorsing verlore raak weens die verloop van 'n lang tydperk totdat deelname plaasvind. Al word die data binne 30 dae ingesamel, kan die deelnemer verlore raak vanaf die oomblik dat sy haarself beskikbaar gestel het vir deelname totdat die onderhoud gevoer moet word.	In hierdie navorsing word die volgende kontrolemaatreëls geaktiveer ten einde mortaliteit onder die deelnemers te beperk: • die tydperk nadat die deelnemer toestemming verleen het tot deelname en die onderhoud word so ver moontlik verkort; en • die skrywe wat aan die deelnemer gerig is, beklemtoon die deelnemer se beskikbaarheid vir onderhoudvoering.

2.5.2 Oordraagbaarheid

'n Artikel deur Guba en Lincoln (in Woods & Catanzaro, 1988:453) noem dat oordraagbaarheid nie werklik deur die navorser gedemonstreer kan word nie. Die navorser kan slegs die tyd en die uniekheid van die konteks waarin sy haarself bevind het, omvattend beskryf. Hierdie beskrywing moet voldoende wees ten einde navorsers wat soortgelyke toekomstige navorsing wil uitvoer, te bemagtig om hierdie navorsingsbevindinge na 'n volgende situasie oor te dra.

2.5.3 Vertroubaarheid

Vertroubaarheid van navorsing behels volgens Guba en Lincoln (1989:242) die stabiele herhaalbaarheid van die studie oor 'n tydperk. Slegs wanneer die navorser 'n omvattende beskrywing van die metode van data-insameling en data-analise asook die gevolgtrekkings voorsien het, kan die navorsing ouditeerbaar wees. Alhoewel die teoretiese raamwerk van die navorsing dien as beskrywing om die herhaalbaarheid van die navorsingsituasie te bepaal, is daar faktore wat hierdie herhaalbaarheid beperk.

Hierdie faktore word geïdentifiseer deur Woods en Catanzaro (1988:136), wat na die betroubaarheid van die navorsing verwys. Vervolgens word die faktore wat die betroubaarheid van die navorsing bedreig, naamlik die keuse van deelnemers, die rol en funksie van die navorser asook die sosiale omgewing van die deelnemers versterk in 'n tabelformaat uiteengesit, tesame met kontrolemaatreëls:

Bedreiging van die betroubaarheid	Kontrolemaatreëls volgens Woods en Catanzaro (1988:136)
Die <i>navorser se rol en funksie</i> mag 'n bedreiging vir die betroubaarheid van hierdie navorsing wees aangesien die navorser 'n geregistreerde verpleegkundige is wat studenteverpleegkundiges in die geïdentifiseerde hospitale begelei en dus aan die deelnemers bekend mag wees.	Die navorser maak van 'n onafhanklike medekodeerder tydens die proses van data-analise gebruik.
<i>Deelnemersseleksie</i> kan die betroubaarheid van die navorsing beïnvloed indien die navorser en tussengangers "goeie deelnemers" selekteer wat nie noodwendig geskik	- Die navorser maak van streng insluitingskriteria tydens deelnemersseleksie gebruik. - Deelnemers kan voor deelname aan die navorsing besluit of hulle wil

is vir hierdie navorsing nie.	deelneem, al dan nie.
Die <i>sosiale situasie</i> en <i>omstandighede</i> waarin data-insameling plaasvind kan daartoe lei dat deelnemers die toepaslikheid van inligting in hul spesifieke konteks beoordeel. Deelnemers kan dalk geïnhibeerd voel om hulle werklike belewenisse oor die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te deel.	- Die doel van die navorsing word aan elke deelnemer bekend gemaak. - Die navorser formuleer direk na afloop van data-insameling veldnotas ten einde die konteks waarin data-insameling plaasgevind het, akkuraat te herroep.

2.5.4 Bevestigbaarheid

Guba en Lincoln (1989:236-240) beskou bevestigbaarheid as die mate waarin die navorsingsbevindinge deur omstandighede en deelnemers beïnvloed word. Wanneer die bevindinge in hierdie navorsing slegs die inligting van die deelnemers is en nie ander motiverings en perspektiewe nie, word *neutraliteit* van die data verseker. In hierdie navorsing word die onverwerkte data, inleidende vraag, veldnotas, data-analisedokument en die vertolking van kategorieë vir die proses van audit beskikbaar gestel ten einde die bevestigbaarheid te verhoog.

2.6 ETIESE ASPEKTE

Die volgende etiese beginsels word in hierdie navorsing nagekom word: respek vir ander; nie-benadeling en regverdigheid (Brink, 1996:39-46; Burns & Grove, 1997:204-207; DENOSA, 1998).

2.6.1 Respek vir ander

Hierdie beginsel is gebaseer op die oortuiging dat die mens outonoom is en dus die reg tot selfbeskikking besit (Brink, 1996:39). Die deelnemer het dus die reg tot vrywillige deelname sonder vooroordeel of straf, die reg tot beëindiging van deelname sonder

diskriminasie en die reg om duidelikheid oor die doel van die navorsing te verkry (Brink, 1996:40). Hierdie reg tot vrywillige deelname word volgens Burns en Grove (1997:209-212) verseker deur ingeligte toestemming tot deelname aan hierdie navorsing van die deelnemers asook die relevante gesaghebbendes (DENOSA, 1998:2.2.1-2.2.3) te verkry. Burns en Grove (1997:209) beskou ingeligte toestemming as die oordra van die belangrikste inhoud van die navorsing aan die deelnemer deur die navorser, waarna die deelnemer 'n skriftelike dokument voltooi om in te stem om aan die navorsing deel te neem. Die navorser verseker deursigtigheid (DENOSA, 1998:2.2.3) ten opsigte van die navorsingsdoelwitte, tipe data wat ingesamel sal word, metode van data-insameling asook enige voor- en/of nadele aan deelname teenoor die deelnemers en bestuur van die geïdentifiseerde hospitale. Ingeligte toestemming tot deelname word by die volgende kernfigure wat by die geïdentifiseerde provinsiale hospitale in die KOSH- en Potchefstroomgebied in die Noordwesprovinsie werksaam is voor die aanvang van data-insameling verkry:

- die hoof-uitvoerende beampte (*sien* Bylae A);
- die hospitaal-hoofbestuurders (*sien* Bylae B);
- die assistentdirekteure: verpleging (*sien* Bylae C);
- die hoofverpleegkundiges-in-bevel (*sien* Bylae D); en
- al die deelnemers (*sien* Bylae E).

Die volgende inligting (Brink, 1996:40; Burns & Grove, 1997:210-213; DENOSA, 1998:2.2.1-2.2.4) word omvattend aan die potensiële deelnemers verduidelik alvorens toestemming verkry kan word:

- die doel van die navorsing, as die verkenning en beskrywing van die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt, waar die bevindinge van hierdie navorsing kan lei tot die formulering van riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer om die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer;
- data-insameling geskied deur middel van ongestruktureerde onderhoude wat een tot twee uur duur en waarin die navorser aan die deelnemer die vraag '*Hoe beleef u die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt?*' sal vra;

- onderhoudvoering kan pynlik, ongemaklik, stresvol of terapeuties vir die deelnemer wees;
- daar word gedurende die data-insameling van kommunikasievaardighede met geen terapeutiese doel nie gebruik gemaak;
- onderhoude word op 'n oudiobandopnemer opgeneem en vir data-analise getranskribeer, waarna die bande vernietig word;
- deelnemers en hulle verteenwoordigende hospitale bly anoniem en data word deurlopend vertroulik hanteer, ook tydens die publikasie van die studie;
- die deelnemers se privaatheid en menswaardigheid word deurlopend verseker;
- die navorser aktiveer opvolgondersteuning vir deelnemers wat na afloop van deelname stres en/of innerlike ongemak ervaar;
- die deelnemer het die reg om inligting te weerhou vir opname op die bandopnemer;
- die deelnemer mag te eniger tyd deelname aan hierdie navorsing onttrek en toestemming sonder diskriminasie beëindig; en
- die navorser demonstreer integriteit regdeur die navorsingsproses.

Burns en Grove (1997:204, 205) beskou anonimiteit as die onvermoë om die deelnemer se identiteit met data te versoen en vertroulikheid as die navorser se hantering van die deelnemer se private en anonieme inligting. Anonimiteit word in hierdie navorsing deurlopend verseker deur aan elke deelnemer 'n nommer te verskaf waar onderhoude en transkripsies volgens numeriese waarde hanteer word en deur nie die deelnemer se identiteit tydens die onderhoud bekend te maak nie. Vertroulikheid word in stand gehou deur die bande waarop die onderhoude opgeneem is te vernietig sodra die transkripsies voltooi is en nie tydens publikasie van hierdie studie die deelnemers en hul inrigtings bekend te maak nie. Die deelnemer het die reg tot seleksie van inhoud wat op band opgeneem word.

2.6.2 Nie-benadeling

Die beginsel van bevoordeling dui op die instandhouding van die deelnemers se welstand gedurende data-insameling (Brink, 1996:40). Nie alleen moet die deelnemers se welstand in hierdie navorsing verseker kan word nie maar emosionele ongemak moet voorkom word. Die vraag wat Brink (1996:40) vra om die bevoordeling van navorsing te bepaal is of die metode van data-insameling die *beste* wyse vir data-insameling is. In hierdie navorsing word die beginsel van bevoordeling in stand gehou, deur voor aanvang van data-insameling toestemming van alle betrokke navorsingsetiekkomitees te ontvang (DENOSA, 1998:2.2.1-2.2.2); en tydens data-insameling slegs 'n inleidende vraag oor die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te vra. Toestemming om hierdie navorsing uit te voer, is tydens 'n omvattende vergadering deur die etiekkomitees van die geïdentifiseerde provinsiale hospitale asook die PU vir CHO verleen alvorens die proses van data-insameling geaktiveer is. Deelnemers word tydens die proses van verlening van ingeligte toestemming oor die moontlike effek van deelname aan die ongestruktureerde fenomenologiese onderhoude ingelig, naamlik dat deelname terapeuties en/of stresvol kan wees. Opvolgondersteuning word na afloop van die data-insameling deur die navorser self aan die deelnemers gebied indien hulle dit verlang.

2.6.3 Regverdigheid

Brink (1996:40-42) beskou die beginsel van regverdigheid as die deelnemer se reg tot regverdige seleksie en privaatheid. Vervolgens word hierdie twee aspekte van regverdigheid, naamlik regverdige seleksie en privaatheid, bespreek.

Regverdige seleksie van deelnemers aan hierdie navorsing geskied deur 'n doelgerigte, nie-waarskynlike, vrywillige steekproefneming waar Hoofverpleegkundiges-in-bevel van die geïdentifiseerde provinsiale hospitale as tussengangers optree en dus deelnemers wat oor spesifieke kenmerke beskik vir deelname te selekteer. Hierdeur word verseker dat deelnemers direk volgens die aard van die navorsing geselekteer kan word en dat manipulasie tot deelname, genieflikheidsdeelname of uitbuiting van deelnemers voorkom

word (Brink, 1996:40). Die navorser verseker dat die deelnemers deurlopend met hoflikheid en respek hanteer word.

Die reg tot privaatheid kan beskryf word as die deelnemer se vryheid om die omvang van inligting wat verskaf of weerhou word te verseker deur voor die aanvang van data-insameling ingeligte toestemming te verleen. Deelnemers se reg tot privaatheid (Brink, 1996:40-42; Burns & Grove, 1997:203, 204) word in hierdie navorsing gerespekteer deur ingeligte toestemming en deur gedurende data-insameling alleenlik op die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt en nie op die deelnemers se privaat inligting (soos hul menings, gedrag, houding en oortuigings) nie, te fokus (Brink, 1996:40). Die deelnemer se reg om beantwoording te weier, word sonder diskriminasie eerbiedig.

Die deelnemer het nie alleenlik die reg tot privaatheid tydens data-insameling nie, maar ook die reg tot die handhawing van privaatheid. Hierdie instandhouding van die deelnemer se privaatheid na afloop van die data-insameling, gedurende data-analise en publisering van die navorsing word as die deelnemer se reg tot *anonimiteit* en *vertroulikheid* beskou (Brink, 1996:41). *Anonimiteit* van die deelnemers word in hierdie navorsing verseker deur elke deelnemer se naam met 'n kode te vervang en dus geen naam aan 'n deelnemerkode te koppel nie. Bandopnames, transkripsies en kodering word duidelik genommer.

2.7 SAMEVATTING

In Hoofstuk 2 is die navorsingsmetodologie wat in hierdie navorsing gevolg word omvattend bespreek. Die navorsingsresultate en literatuurkontrole word vervolgens in Hoofstuk 3 uiteengesit.

HOOFSTUK 3

BESPREKING VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE EN LITERATUURKONTROLE

3.1 INLEIDING

In Hoofstuk 2 is die navorsingsmetodologie breedvoerig bespreek. Vervolgens sal die realisering van die data-insameling en -analise asook die navorsingsresultate gekombineer met 'n literatuurkontrole uiteengesit word.

3.2 REALISERING VAN DATA

Vervolgens word die realisering van data aan die hand van die data-insameling en data-analise bespreek.

3.2.1 Realisering van data-insameling

Nie-waarskynlike, doelgerigte, vrywillige steekproefneming is aan die hand van bepaalde insluitingskriteria (*sien* 2.3.1.2) by drie (3) geïdentifiseerde provinsiale hospitale in die Noordwesprovinsie wat as een kompleks bestuur word, uitgevoer.

Nadat toestemming by die bestuur van die hospitale bevestig is (*sien* Bylae C), het die hoofverpleegkundiges-in-bevel van die hospitale as tussengangers opgetree. Hierdeur is die eerste linie van bekendstelling van die navorsing namens die navorser uitgevoer. Skriftelike uiteensetting van die doel van die navorsing is aan die potensiële deelnemers beskikbaar gestel en 'n lys van hierdie deelnemers is aan die navorser verskaf. Die navorser het persoonlik met potensiële deelnemers geskakel en die vereistes vir vrywillige deelname, gebruik van oudiobandopnames, moontlike ervaring van ongemak, beskikbare ondersteuning na afloop van die onderhoude asook die keuse van

onttrekking bespreek. Die datum, tyd en plek vir die onderhoud is vasgestel nadat skriftelike toestemming (*sien* Bylae F) van potensiële deelnemers ontvang is.

Ongestruktureerde onderhoud is met vrywillige deelnemers gevoer en die navorser het deurlopend daarna gestreef om die navorsingsmetodiek (*sien* 2.3.2.1) gestand te doen. Na afloop van elke onderhoud is veldnotas (*sien* 2.3.2.3) gemaak ten einde die proses van data-insameling te verryk. 'n Herhalende patroon van data is na tien (10) onderhoud geïdentifiseer en die proses van data-insameling afgesluit.

In hierdie steekproef was daar 'n ryke verteenwoordiging van verskillende kulture, wat kortliks soos volg daar uitgesien het:

- twee Afrikaanssprekende kleurlingvrouens;
- drie wit Afrikaanssprekende vrouens;
- een Sotho-vrou;
- een Zulu-man;
- een Kleurling-Tswana-vrou;
- twee Tswana-vrouens;

3.2.2 Realisering van data-analise

Bandopnames van die ongestruktureerde onderhoud is woordeliks getranskribeer en genommer. Akkurate veldnotas is by elke transkripsie vir die proses van data-analise (*sien* 2.3.3) aangeheg. Nadat die navorser en die medekodeerder onafhanklik van mekaar die kodering van die data uitgevoer het, is 'n konsensusgesprek gevoer. Hierdie konsensusgesprek het die duidelike uitkristalising van die data in hoofkategorieë, subkategorieë en verdere kategorieë uitgewys. Die konkrete uitsprake van die deelnemers is na wetenskaplike taal in tabelvorm getransformeer (*sien* Bylae I). 'n Tweede konsensusgesprek het hierna gevolg. Vervolgens sal hierdie navorsingsresultate 'n meer indringende bespreking geniet.

3.3 RESULTATE VAN DIE NAVORSING EN LITERATUURKONTROLE

Die eindresultaat van die twee konsensusgesprekke tussen die navorser en medekodeerder was die uitkristalising van ses (6) hoofkategorieë ten opsigte van die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt (*sien* Bylae J), naamlik:

belewenisse ten opsigte van:

- die *verloop* van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt;
- die *mediese behandeling* tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt;
- die terminale VIGS pasiënt se *optredes en behoeftes* tydens die sterwensproses;
- die *verpleegkundige se optredes* tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt;
- die verpleegkundige se *emosionele belewenisse* tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt;

en

- *waarde-oordele* van die verpleegkundige tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt.

Verskeie subkategorieë met elk hul verdere kategorieë is na die twee konsensusgesprekke bevestig (*sien* Bylae I). Vervolgens sal hierdie hoof-, sub- en verdere kategorieë tesame met verrykende aanhalings van deelnemers bespreek en deur 'n literatuurkontrole bevestig word. Deur die navorsingsresultate aan die hand van die literatuur te kontroleer word die bevindinge in hierdie navorsing bevestig, unieke navorsingsbevindinge geïdentifiseer en bevindinge in die literatuur wat nie in die navorsingsresultate figureer nie, uitgewys.

3.3.1 Belewenisse ten opsigte van die verloop van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Die eerste hoofkategorie vir bespreking is die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die *verloop* van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt (*sien* Kolom 1 in Bylae J). Hierdie hoofkategorie sal aan die hand van die volgende subkategorieë bespreking geniet:

- 3.3.1.1 belewenisse dat die verloop van die sterwensproses deur verskeie faktore beïnvloed word;
- 3.3.1.2 belewenisse van ooreenkomste tussen die sterwensproses van terminale VIGS en dié van terminale kanker pasiënte; en
- 3.3.1.3 belewenisse dat die toestand van die pasiënt op die naderende einde van die sterwensproses dui.

3.3.1.1 **Belewenisse dat die verloop van die sterwensproses deur verskeie faktore beïnvloed word**

Die verpleegkundige beleef dat die verloop van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt deur verskillende faktore (soos uiteengesit in Tabel 3.1) beïnvloed word. Hierdie faktore sal as verdere kategorieë bespreek word.

Tabel 3.1 Faktore wat die verloop van die sterwensproses beïnvloed

- Die pasiënt se *bewustheid* en *kennis* van MIV/VIGS versnel die proses van agteruitgang.
- *Heropname* van die pasiënt dui op verswakking tydens tuisversorging.
- Die handhawing van 'n *gesonde leefwyse* stel die dood uit.
- Die vlak van die pasiënt se *ekonomiese status* beïnvloed sy siekte.

- **Die pasiënt se bewustheid en kennis van MIV/VIGS versnel die proses van agteruitgang**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige beleef dat die sterwensproses vinniger verloop sodra die terminale VIGS pasiënt ingelig word oor sy MIV-status en prognose. Een verpleegkundige stel dit soos volg: “Meeste van hulle, sodra die dokter vir hulle sê dat hulle positief is, dan gaan hulle agteruit. Vinnig, baie agteruit. As hulle nie weet nie, as hulle net hoor daar word HIV-bloed geneem...dan begin hulle...baie vinniger.”

Geen literatuur fokus op die bewustheid en kennis van die terminale VIGS pasiënt en die effek daarvan op die verloop van die sterwensproses nie. Navorsing deur Tancred, Van Rensburg en Joubert (2000:30) toon wel dat MIV-positiewe pasiënte akute psigologiese

reaksies kan toon na die bekendmaking van hul diagnose. Beide Kleinke (1991:200) en Kaplan en Sadock (1995:1715) maak melding van die nadelige invloed wat die verlies van hoop op die verloop van die sterwensproses oor die algemeen het.

- **Heropname van die pasiënt dui op verswakking tydens tuisversorging**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige beleef dat terminale VIGS pasiënte in 'n verswakte en verwaarloosde toestand opgeneem word nadat hulle aanvanklik ontslaan is om tuis versorg te word. Die gevolg is 'n sneller sterwensproses. Die verpleegkundige voel baie teleurgesteld wanneer dié pasiënte in verwaarloosde toestand opgeneem word terwyl hulle in 'n bevredigende toestand ontslaan is. Die volgende aanhaling deur een verpleegkundige illustreer hierdie navorsingsresultaat: *“Hulle gaan huis toe en kom weer terug. En baie van hulle sal terugkom en dan is hulle eers verswak... Hulle gaan dan vir 'n week uit en hulle lyk al bietjie beter, bly vir 'n week of twee by die huise dan kom hulle weer terug van die familie, dan is hulle eers verswak... jy weet, as ons daai toestand sien, jy kan jou oë nie glo dit is...is dit hierdie persoon wat net 'n week gelede uit is, huis toe is, wat ons gesien beter gelyk het, wat nou terugkom, heeltemal 'n ander mens.”* Die aanhaling van 'n verpleegkundige werksaam in 'n pediatriese eenheid lui soos volg: *“En dikwels, twee dae nadat hulle huis toe gegaan het, kom hulle terug, doodsiek.”*

Uys (2000:162) bevestig dat VIGS pasiënte dikwels in uiters verwaarloosde toestande gehospitaliseer moet word. Hierdie outeur (Uys, 2000:162) noem vervolgens dat sodanige verwaarloosing moontlik weens die gesin se vrees vir infektering tydens die versorging van die pasiënt kan wees.

- **Die handhawing van 'n gesonde leefwyse stel die dood uit**

Die verpleegkundige beleef dat 'n gesonde leefwyse die sterwensproses en dood van pasiënte kan uitstel, aangesien die pasiënt se immuniteit daardeur verhoog word. Die deelnemers fokus hoofsaaklik op gesonde voeding en immuunpromoverende middels as aspekte van 'n gesonde leefwyse, soos geïllustreer deur die volgende: *“Goeie voeding, en so aan, want hulle kan lank leef....Dan het sy [die terminale VIGS pasiënt] 'n oulike ma wat vir haar die nodige gesonde kos gee.”*

Verskeie outeurs (Clark, 1996:442-443; Deetlefs, 1998:51; Van Dyk, 1992:47; Wilson & Kneisl, 1992:594-595) bevestig hierdie belewenis van deelnemers in hul verwysing na die verband tussen 'n gesonde leefwyse en sterker immuniteit, beter gesondheid en verlenging van die terminale VIGS pasiënt se lewe.

- **Die vlak van die pasiënt se ekonomiese status beïnvloed sy siekte**

Die deelnemers is van mening dat pasiënte van 'n hoër sosio-ekonomiese status meer effektiewe bevordering van hul algehele gesondheid kan verseker deur hulpbronne soos immuunpromoverende medikasie, 'n gebalanseerde dieet en effektiewe tuisversorging. Pasiënte van 'n lae sosio-ekonomiese status ontwikkel makliker VIGS en het 'n sneller sterwensproses weens 'n verlaagde immuniteit. Die volgende is aanhalings deur 'n verpleegkundige ter illustrasie hiervan: “...*die regte kos en so aan want dan kan hulle (terminale VIGS pasiënte) lank leef...en hulle het die regte omstandighede sosiaal (deelnemer verwys na die pasiënt se sosio-ekonomiese omstandighede)...*”; “...*and they don't have money to pay. They're from low social economy groups.*”; “... *en hulle het die regte omstandighede sosiaal (verwys na die pasiënt se sosio-ekonomiese omstandighede) en die ouers kyk en alles dan oorleef hulle dit nogal 'n bietjie langer.*”

Bouwer, Dreyer, Herselman, Lock en Zeelie (1997:65) noem dat pasiënte wat oor die algemeen 'n laer sosio-ekonomiese status verteenwoordig weens unieke faktore meer akute infeksies kan ontwikkel, met 'n verhoogde mortaliteit. Verder bevestig Clark (1996:238-240, 689) dat daar 'n direkte verband tussen armoede en verlaagde gesondheidstatus is. Gefokus op Suid-Afrika het minister Mbeki (Anon, 2001a:1, Harvey, 2001:1) en die Presidensiële VIGS-adviespaneel asook die Wêreldgesondheidsorgorganisasie se verslag van die G8-vergadering (WGO, 2000b:1) die verband tussen VIGS en armoede erken.

3.3.1.2 Belewensisse van ooreenkomste tussen die verloop van die sterwensproses van terminale VIGS- en terminale kankerpatiënte

Die verpleegkundige se belewenis dat die sterwensprosesse van VIGS- en kankerpatiënte verskeie ooreenkomste toon, dien as die volgende subkategorie. Hierdie

ooreenkomste sal eerstens in Tabel 3.2 uiteengesit word, waarna 'n bespreking van elk sal geskied.

Tabel 3.2 Ooreenkomste tussen die sterwensprosesse van terminale VIGS- en terminale kankerpatiënte

- Die sterwensproses van terminale VIGS- en terminale kankerpatiënte *duur ewe lank*.
- Sterfte is 'n *verligting* by terminale VIGS- en terminale kankerpatiënte aangesien daar *geen kans* op verbetering is nie.

- **Die sterwensproses van terminale VIGS- en terminale kankerpatiënte duur ewe lank**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige beleef dat die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt en dié van die terminale kankerpatiënt ewe lank duur. Die deelnemer het nie 'n tydperk aan hierdie sterwensprosesse verbind nie. Sy beskryf wel dat die sterwensproses by terminale VIGS pasiënte net soos by terminale kankerpatiënte 'n definitiewe fase beslaan waarin tyd sonder verbetering of dood verloop. Twee verpleegkundiges werksaam in verskillende hospitale sê: *“Dis vir my basies dieselfde [die sterwensproses by pasiënte met VIGS of kanker] want hulle lê ook net daarso. Party vat so lank, hulle word ook nie beter nie, soos om te sê voordat hulle doodgaan.”* en *“Die proses is baie lank, nè. Hulle gaan nie net sommer net nie. Dit vat 'n rukkie.”*

Alexander (*in* Anderson, 2000:343) asook Sims en Moss (1991:viii) bevestig hierdie navorsingsresultaat. Hulle erken dat die lang duur van die sterwensproses van die VIGS pasiënt met dié van die kankerpatiënt geassosieer word.

- **Sterfte is 'n verligting by terminale VIGS- en terminale kankerpatiënte aangesien daar geen kans op verbetering is nie**

Die verpleegkundige beleef dat VIGS en kanker as ongeneeslike toestande met 'n lydende sterwensproses geassosieer word. Wanneer die terminale pasiënt met VIGS, soos dié met kanker, sterf, beleef die verpleegkundige dat dit 'n verligting vir die

terminale pasiënt is weens die beëindiging van hierdie lang sterwensproses. Hierdie belewenisse word bevestig deur aanhalings soos “*Dit [die sterwensproses van VIGS- en kankerpatiënte] is vir my basies dieselfde. Daai lyding en dan daai verligting.*” en “*Dis amper soos kanker waar dit nie genees kan word nie.*”; “*Daar is mos geen hoop ook nie. By VIGS het hulle nog nie 'n middel uitgevind nie, maar dis [sterwensproses by VIGS en kanker pasiënte] vir my dieselfde beeld, basies....*”.

Daar word nêrens in die literatuur verwys na die verligting van die dood in die sterwensproses van die terminale pasiënt met VIGS soos wat die geval met kanker is nie. Ten opsigte van VIGS bevestig Alexander (in Anderson, 2000:345) dat daar 'n fase gedurende die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt is wanneer die gehalte van lewe belangriker as die duur daarvan word. Sims en Moss (1991:viii) erken die geneigdheid om kanker en VIGS ten opsigte van vrees en bevooroordeelings oor dieselfde kam te skeer. Ten opsigte van kanker noem Phipps *et al* (1999:253) dat die fokus steeds op die ongeneesbaarheid van hierdie toestand berus en dat veral verpleegkundige negatiewe belewenisse van kanker in die samelewing deel en versterk.

Sims en Moss (1991:viii) erken dat daar oënskynlik baie ooreenkomste tussen die sterwensproses van VIGS- en kankerpatiënte bestaan, maar waarsku dat die persepsie dat daar hierdie ooreenkomste is, nie volkome korrek is nie.

3.3.1.3 Belewenisse dat die toestand van die terminale VIGS pasiënt dui op die naderende einde van die sterwensproses

Tabel 3.3 voorsien 'n uiteensetting van die belewenisse van die verpleegkundige ten opsigte van die pasiënt se fisieke toestand en die verloop van die sterwensproses.

Tabel 3.3 Die toestand van die terminale VIGS pasiënt dui op die naderende einde van die sterwensproses

- Spesifieke tekens en simptome is kenmerkend van die pasiënt se verswakte toestand en dien as *aanduiding* dat die einde naby is.

- **Spesifieke tekens en simptome is kenmerkend van die pasiënt se verswakte toestand en dien as aanduiding dat die einde naby is**

Uit die navorsingsresultate is dit duidelik dat die verpleegkundige beleef dat hierdie pasiënte tekens en simptome van algehele verswakking toon wat as aanduiding dien van die snel naderende einde van die sterwensproses. Wanneer pasiënte met tekens en simptome soos akute anemie, inwendige bloeding, akute braking en diarree, *status epilepticus* en *stupor* presenteer, beleef die verpleegkundige dat sy in 'n mate die dood van hierdie pasiënt binne ure tot dae kan antisipeer. Ter beskrywing van hierdie navorsingsresultaat noem 'n verpleegkundige *“Die meeste van hulle, voor die einde, daardie diarree...Die vreeslikste diarree.”* en *“Dis regtig baie sleg, want as hulle eers met bloedings begin het, kan jy maar seker weet hulle gaan nie lank leef nie.”*.

Hierdie navorsingsresultaat word bevestig deur verskeie outeurs (Alexander in Anderson, 2000:361; Cabell, 2000:1-3; Sims & Moss, 1991:42). Hulle bevestigende mening is dat spesifieke tekens en simptome op die spoedige sterwe van die terminale VIGS pasiënt asook terminale pasiënte oor die algemeen dui.

3.3.2 Belewensisse ten opsigte van die mediese behandeling tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Die verpleegkundige openbaar kontrasterende bewoensisse ten opsigte van die mediese behandeling van die terminale VIGS pasiënt (*sien* Kolom 2 in Bylae J), wat as die volgende subkategorieë bespreek word:

- 3.3.2.1 bewoensisse dat mediese behandeling tydens die sterwensproses futiel is; en
- 3.3.2.2 bewoensisse dat daar meer ten opsigte van mediese behandeling vir die pasiënt gedoen moet word.

3.3.2.1 Bewoensisse dat mediese behandeling tydens die sterwensproses futiel is

Soos uiteengesit in Tabel 3.4 beleef die verpleegkundige dat mediese behandeling die pasiënt se lyding verleng aangesien dit nie werklik genesing kan bewerkstellig nie.

Tabel 3.4 Mediese behandeling tydens die sterwensproses is futiel

- Mediese behandeling is onnodige moeite en *verleng* die pasiënt se lyding.

- **Mediese behandeling is onnodige moeite en verleng die pasiënt se lyding**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige beleef dat mediese behandeling nie MIV/VIGS kan genees nie. Geen kans op genesing nie lei daartoe dat die terminale VIGS pasiënt se sterwensproses deur mediese behandeling verleng word. Aangesien die pasiënt se sterwensproses verleng word, word die pasiënt meer aan fisiese lyding blootgestel. Verskillende verpleegkundiges verwys hierna: *"Hulle kan wel sê maar dit sal hulle lewe 'n bietjie verleng. Maar op die ou einde gaan hulle nog maar dood."*; *"Dan word dit voorgeskryf met die doel om te sorg, om te help dat die kind nou nog verder lewe of wat. Maar dan, dit is asof ons hom help om verder te ly, maar ons moet hulle mos eintlik help en jy moet alles doen wat jy kan. Jy kan nie net hande opgooi en sê dit gaan nêrens nie. Maar, o, dis aaklig."*

Geen beskikbare bronne kan die verpleegkundige se belewenis dat mediese behandeling die terminale VIGS pasiënt se lyding verleng, bevestig nie. Hierdie navorsingsresultaat is *uniek* aan hierdie navorsing.

3.3.2.2 Belewensisse dat daar meer vir die pasiënt ten opsigte van mediese behandeling gedoen moet word

In teendeel met die belewenis bespreek in 3.3.2.1, beleef die verpleegkundige dat daar meer vir pasiënte ten opsigte van mediese behandeling gedoen behoort te word, soos uiteengesit in Tabel 3.5. 'n Voortsetting van die bespreking van elke belewenis tesame met die literatuurkontrole volg hierna.

Tabel 3.5 Belewensisse dat daar meer vir die pasiënt ten opsigte van mediese behandeling gedoen moet word

- *Hoop word op geneesmiddels geplaas om die pasiënt se lyding te verlig.*
- *Staking van mediese behandeling veroorsaak konflik tussen die verpleegkundige en die geneesheer.*
- *Staking van mediese behandeling het 'n impak op die familie.*
- *Onregverdige kriteria vir mediese behandeling van pasiënte ontstel die verpleegkundige.*

- **Hoop word op geneesmiddels geplaas om die pasiënt se lyding te verlig**

Uit die navorsingsresultate is dit duidelik dat die verpleegkundige beleef dat geneesmiddels as 'n belangrike metode beskou word om die pasiënt se lyding tydens die sterwensproses te verlig. Die gebruik en beskikbaarheid van medikasie dien as belangrike faset in die behandelingsregime. 'n Aanhaling uit die onderhoude lei soos volg: *“Ons probeer maar vir hulle antibiotika gee om hulle immuunstelsel op te bou. Maar somtyds is dit so ver gevorder dat dit nie help nie. Dan gee mens maar vir hulle pyngoeters soos Panado's of Dolorol's, om die pyn wat hulle ervaar ook mee te kan help. Maar verder kan mens nie eintlik vir hulle iets anders gee nie.”*

Hierdie navorsingsresultaat word bevestig deur Kaplan en Sadock (1995:1646-1647). Hulle beklemtoon die effektiewe rol wat geneesmiddels speel in die vertraging van VIGS en die behandeling van opportunistiese infeksies. Aanvullend erken Bouwer et al. (1997:29) dat westerse geneesmiddels oor die algemeen vir simptomatiese verligting tydens die behandeling van siektes gebruik word.

- **Staking van mediese behandeling veroorsaak konflik tussen die verpleegkundige en die geneesheer**

Die verpleegkundige beleef dat die bevoegdheid oor besluitneming rondom die aktivering en staking van mediese behandeling van die terminale VIGS pasiënt by die geneesheer berus. Die elemente wat die geneesheer se keuses rig, is die pasiënt se prognose en die beskikbaarheid van mediese behandeling. Die verpleegkundige beleef

konflik met geneesheer wanneer die terminale VIGS pasiënt se mediese behandeling gestaak word en die verpleegkundige as *tussenganger* tussen die geneesheer en die terminale VIGS pasiënt se familie moet optree. 'n Aanhaling van 'n verpleegkundige werksaam in 'n pediatriese eenheid lui soos volg: *"Mmm...and again sometimes the doctor will come and tell you for this patient there should be no, no active resuscitation. But the minute the child is gasping there and you are trying to do something for the child, the mother is expecting you to call the doctor. So, some of the doctors makes it more difficult for you, because when you phone the doctor and tell the doctor the condition, they are telling you 'there is nothing I can do, I am not coming there... the child are going to die'... But you lie sometimes... just to comfort her [die ma van die terminale kind met VIGS]"*.

Alhoewel nie van toepassing op terminale VIGS nie maar op mediese behandeling oor die algemeen, noem Kozier, Erb, Blais en Wilkinson (1995:213-214) dat die verpleegkundige konflik kan beleef wanneer die pasiënt se behoeftes in teenstelling is met die geneesheer se besluite, die behoeftes van die pasiënt se familie, wetgewing en die beleid van die gesondheidsorgfasiliteit.

- **Staking van mediese behandeling het 'n impak op die familie**

Die verpleegkundige beleef dat die staking van mediese behandeling 'n sigbare impak op die pasiënt se familie het. Die staking van mediese behandeling aktiveer 'n traumatiese respons van skok by die familie. Hierdie respons word aan die verpleegkundige eerder as die geneesheer geopenbaar. Een verpleegkundige werksaam in 'n pediatriese eenheid sê: *"...because we usually don't intubate those children. So, you find that you have to explain to the mother... you have to tell the mother that the child is not going to be resuscitated. And sometimes they don't accept it, they don't take it well. As if though they are saying, 'you and that AIDS or HIV virus ... you are left to die here, nothing to be done again. So some, most of them they don't take it well."*

Geen literatuur wat suiwer op die staking van die terminale VIGS pasiënt se mediese behandeling gebaseer is, kon opgespoor word nie. Ten opsigte van die terminering van mediese behandeling by terminale pasiënte met kanker bevestig Kaplan en Sadock

(1995:1584) dat die familie van en die terminale pasiënt met kanker self tydens die sterwensproses baie twyfelagtig kan wees. Hierdie twyfelagtigheid ontspring uit die veelvuldige emosies wat deur hierdie partye beleef word. Gevolglik kan die verpleegkundige die pasiënt en sy familie se ambivalente emosies waninterpreteer. Ter versterking bevestig Alexander (in Anderson, 2000:345) dat die verandering van die kuratiewe behandeling na palliatiewe behandeling by pasiënte met VIGS uiters moeilik deur die pasiënt, die familie en die verpleegkundige beleef word.

- **Onregverrige kriteria vir mediese behandeling ontstel die verpleegkundige**

Die deelnemers is dit eens dat die geneesheer se keuse van mediese behandeling deur die pasiënt se MIV-status beïnvloed word. Alvorens mediese behandeling gegee word, word die pasiënt se MIV/VIGS-status bepaal. Wanneer die pasiënt MIV-positief is, selfs al het hy nog nie terminale VIGS nie, word sekere mediese behandeling geweier. Die verpleegkundige beskou die gebruik van die pasiënt se MIV-status as kriterium vir die toediening van mediese behandeling as onregverdig. So lui die respons van 'n verpleegkundige werksaam in 'n pediatriese eenheid: *"This nothing can be done situation, it is very, very traumatic. Unfair, you will find that child is HIV positive but the AIDS stage is not yet there, has not yet progressed to AIDS...when the child needs to be transferred to other hospitals or what... the first thing they want to know is the HIV. And when the child is HIV positive, you find that it is very difficult...they are reluctant to take the child. They will tell you that 'no, this is happening due to HIV'."*

Die verpleegkundige se belewenis dat keuses vir mediese behandeling op grond van die pasiënt se MIV-status gemaak word, word bevestig deur Piot (in UNAIDS, 2000a:89). Hy verduidelik dat provinsiale hospitale in ontwikkelende lande 'n groot tekort aan effektiewe infrastruktuur, behandeling en opgeleide personeel het, wat die keuse van mediese behandeling van MIV-positiewe pasiënte kan beïnvloed. Aanvullend erken Coates (in Van Dyk, 1992:14) dat MIV-toetsing die potensiaal van diskriminasie, stigmatisering en ontkenning van menseregte inhou.

3.3.3 Die terminale VIGS pasiënt se optredes en behoeftes tydens die sterwensproses

Die derde hoofkategorie in hierdie navorsing beskryf die verpleegkundige se belewenisse van die terminale VIGS pasiënt se optredes en behoeftes tydens die sterwensproses (sien Kolom 3 in Bylae J). Die subkategorieë hier ter sprake is:

3.3.3.1 belewenisse van die terminale VIGS pasiënt se **optredes**; en

3.3.3.2 belewenisse van die terminale VIGS pasiënt se **behoeftes**.

3.3.3.1 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se optredes

Die verpleegkundige se belewenis van die terminale VIGS pasiënt se optredes word in Tabel 3.6 uiteengesit.

Tabel 3.6 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se optredes

- Die pasiënt word deur fisieke kontak *gekalmeer*.
- Pasiënte *aanvaar* nie die realiteit van VIGS nie.
- Pasiënte *stel nie belang* om meer oor MIV/VIGS uit te vind nie.

Vervolgens 'n meer indringende bespreking van die getabelleerde belewenisse.

- **Die pasiënt word deur fisieke kontak gekalmeer**

Die resultate toon dat wanneer die verpleegkundige pasiënte tydens die sterwensproses fisies aanraak, dit 'n kalmerende effek op die pasiënt het. Die volgende aanhaling dien as voorbeeld: *“Dan gaan hulle op die ventilators, dan raak hulle angstig, dan het jy nog daardie kontak wat jy vir hom gee. Hy raak dan van nature rustiger.”*

Die navorser kon geen bevestiging uit die literatuur vind wat spesifiek op die kalmerende effek weens die fisiese aanraking van die terminale VIGS pasiënt fokus nie. Wat hierdie aspek van die navorsingsresultaat betref, bevestig Deetlefs (1998:81) dat die verpleegkundige wel MIV-positiewe pasiënte fisies aanraak. Wilson en Kneisl (1992:599) asook Alexander (*in* Anderson, 2000:369) erken die terapeutiese waarde van fisieke aanraking oor die algemeen en vir die terminale VIGS pasiënt.

- **Pasiënte aanvaar nie die realiteit van VIGS nie**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige beleef dat pasiënte ten spyte van hospitalisasie en die sterwensproses nie die realiteit van VIGS aanvaar nie. Hulle noem dat pasiënte hul diagnose ontken en nie oor MIV/VIGS praat nie. Ter illustrasie volg die volgende aanhaling: *“They [terminale VIGS pasiënte] know this disease, but they feel it’s not there.... don’t want to accept the reality.”*

Hierdie navorsingsresultaat word bevestig deur Deetlefs (1998:57). Sy noem dat verpleegkundige uit die oortuiging praktiseer dat VIGS pasiënte nie glo VIGS bestaan nie. Aansluitend bevestig Piot (*in* UNAIDS, 2000:39) dat baie gemeenskappe nog nie die realiteit van VIGS besef nie. Alhoewel die literatuur bevestig dat die realiteit van VIGS oor die algemeen ontken word, word verpleegkundige se belewenis dat *terminale VIGS pasiënte* hierdie realiteit ontken nie bevestig nie.

- **Pasiënte stel nie belang om meer oor MIV/VIGS uit te vind nie**

Die verpleegkundige se belewenis dat pasiënte nie belangstel om meer oor MIV/VIGS uit te vind nie, blyk uit die navorsingsresultate. Die volgende aanhaling dien as voorbeeld: *“Hulle (terminale VIGS pasiënte) sal ook nie vir jou vertel daarvan [MIV/VIGS] nie en dit help nie as 'n pasiënt nie belangstel nie, om hom te vertel nie. Want hulle luister nie na jou nie. “*

Alhoewel Piot (*in* UNAIDS, 2000:38, 45) noem dat mense oor die algemeen nie openlik oor VIGS wil kommunikeer nie, word hierdie belewenis nie uit die literatuur bevestig nie en word dit as 'n unieke navorsingsresultaat beskou.

3.3.3.2 Belewenisse van die terminale VIGS pasiënt se behoeftes

Die onderstaande tabel (Tabel 3.7) fokus op die verpleegkundige se belewenisse met betrekking tot die terminale VIGS pasiënt se behoeftes. Hierdie belewenisse word vervolgens bespreek.

Tabel 3.7 Belewensisse van die terminale VIGS pasiënt se behoeftes

- Die pasiënt wil graag *tuis* by sy familie sterf.
- Die pasiënt en sy familie het 'n behoefte aan *ondersteuning*.
- Die pasiënt is *afhanklik* van die verpleegkundige vir verpleging.

- **Die pasiënt wil graag tuis by sy familie sterf**

Die navorsingsresultate toon dat die verpleegkundige beleef dat wanneer terminale VIGS pasiënte bewus is van hul swak prognose, hulle versoek om ontslaan te word sodat hulle tuis by hul familie kan sterf. Hierdie versoek word hoofsaaklik aan die verpleegkundige gerig om aan die geneesheer oor te dra. Een verpleegkundige werksaam in 'n mediese afdeling stel dit soos volg: *"Ja, baie van hulle op daardie oomblikke wat hulle besef dis dalk 'n laaste tyd en baie van hulle verkies om huis toe te gaan, waar baie dan vra 'Suster, kan jy vir dokter vra om my dan maar huis toe te laat stuur, dat ek dan maar by die huis, tussen my mense, die familie, die naasbestaandes kan wees, dat hulle daardie laaste oomblikke saam met my kan wees. Baie versoek dit regtig."*

Verskeie outeurs (Penson & Fisher, 1995:179; Phipps *et al.*, 1999:183-184; Sims & Moss, 1991:29) bevestig meer oor die algemeen dat pasiënte die behoefte het om tuis te sterf.

- **Die pasiënt en sy familie het 'n behoefte aan ondersteuning**

Die verpleegkundige beleef dat beide die terminale VIGS pasiënt en sy familie 'n behoefte aan ondersteuning tydens die sterwensproses het. Hoewel die verpleegkundige bewus is van hierdie behoefte aan ondersteuning, erken hulle dat hulle nie altyd daarin slaag om hierdie ondersteuning te bied nie. 'n Aanhaling van die woorde van 'n verpleegkundige ter illustrasie van hierdie navorsingsresultaat is: *"Maar mens dink nie werklik aan die behoeftes van die familie, die behoefte van die pasiënt aan ondersteuning nie."*

Verskeie menings van outeurs (Sims & Moss, 1991:31; Twycross & Lack in Penson & Fisher, 1995:192) bevestig dat die ondersteuning van die familie 'n geïntegreerde deel van die versorging van terminale VIGS pasiënte is. Ter aanvulling bevestig Rancour (2000:24) asook Wilson en Kneisl (1992:591) die behoefte en noodsaaklikheid van ondersteuning van die terminale pasiënt oor die algemeen, asook van sy familie. Penson en Fisher (1995:192) bevestig dat die behoeftes van die familie van die terminale pasiënt oor die algemeen nie altyd bevredig word nie.

- **Die pasiënt is afhanklik van die verpleegkundige vir verpleging**

Hierdie navorsingsresultaat toon dat die verpleegkundige beleef dat terminale VIGS pasiënte verswak en van die verpleegpersoneel afhanklik is. Die volgende aanhalings van die woorde van verskillende verpleegkundiges is voorbeelde hiervan: *“Dan kan hulle nie meer drink nie. Hulle kan nie vir hulleself help nie, as hulle nou op die finale punt is, nè.”* asook *“Jy weet, baie van hulle raak daai, daai, mmm, punt dat hyself nie eers meer medikasie kan inneem nie, hy's fisies, liggaamlik, jy weet, so... agteruit, ek weet nie, ek kan nie rêrig sê agteruit nie, maar verswak. Ja, verswak, heeltemal verswak...”*.

Deetlefs (1998:68) noem dat MIV-positiewe pasiënte nie slegs afhanklik van die verpleegkundige is nie, maar hulle vertrou op die verpleegkundige vir die verskaffing van hulp. Alhoewel dit op die terminale pasiënt oor die algemeen van toepassing is, bevestig Cabell (2000:1-3) dat die terminale pasiënt weens versaking van liggaamstelsels verswak raak en van verpleging afhanklik is.

3.3.4 Belewensisse ten opsigte van die verpleegkundige se optredes tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Die verpleegkundige het verskeie belewensisse met betrekking tot haar optredes tydens die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte (*sien* Kolom 4 in Bylae J). Vervolgens 'n meer indringende bespreking hiervan onder die volgende hoofde:

3.3.4.1 Belewensisse dat die verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt fasiliteer;

3.3.4.2 belewensisse dat die verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt belemmer;

3.3.4.3 belewenisse van onsekerheid oor die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses;

3.3.4.4 belewenisse dat die verpleegkundige aktief ingestel is op die pasiënt se geestelike behoeftes; en

3.3.4.5 belewenisse dat vertroulikheid die verpleegkundige se optrede beperk.

3.3.4.1 Belewenisse dat die verpleegkundige se optredes 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt fasiliteer

In Tabel 3.8 volg 'n uiteensetting van die verpleegkundige se belewenisse dat haar optredes 'n terapeutiese verhouding met die terminale VIGS pasiënt fasiliteer. Hierdie belewenisse word vervolgens bespreek.

Tabel 3.8 Die verpleegkundige se optredes fasiliteer 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt

- Die verpleegkundige *identifiseer* met die pasiënt.
- Die verpleegkundige wil graag *meer* as basiese verpleging doen.
- Deur verlengde hospitalisasie kan die verpleegkundige die *kenverhouding* met die pasiënt verbeter.

- **Die verpleegkundige identifiseer met die pasiënt**

Die verpleegkundige beleef dat sy met die terminale VIGS pasiënt ten opsigte van die aard van die sterwensproses en die impak van VIGS op die pasiënt en sy familie kan identifiseer. Die verpleegkundige se identifisering met die terminale VIGS pasiënt fasiliteer 'n terapeutiese verhouding aangesien die verpleegkundige meer empaties, begrypend en ondersteunend teenoor die terminale VIGS pasiënt optree. Hieroor se een van die deelnemers aan die studie: “...veral as jy dink jy sit jouself in daardie situasie, dit kon my broer gewees het, my oom of my eie pa gewees het...”.

Verskeie outeurs (Phipps *et al.*, 1999:166-167; Samarel, 1991:69; Witt Sherman, 2000:1052) bevestig dat die verpleegkundige met pasiënte oor die algemeen identifiseer. Wilson en Kneisl (1995:33) beskou identifisering met die pasiënt oor die

algemeen as die eerste stap in die proses van empatisering, wat van fasiliterende waarde in die terapeutiese verhouding is.

- **Die verpleegkundige wil graag meer as basiese verpleging doen**

'n Verdere kategorie rakende die verpleegkundige se belewenis dat haar optrede 'n terapeutiese verhouding kan fasiliteer, is haar belewenis dat sy meer vir die pasiënt as basiese verpleging (soos rug- en drukdeelversorging, monitering van inname en uitskeiding, monitering van vitale tekens, toediening van medikasie, ensovoorts) wil verskaf. Hierdie belewenis is fasiliterend ten opsigte van die terapeutiese verhouding aangesien die verpleegkundige waardes soos omgee, belangstelling en beskikbaarheid demonstreer. Verpleegkundiges werkzaam in mediese eenhede verbaliseer dit soos volg: *"....ons wil so graag net daai laaste, net daai laaste ietsie vir hom doen"* en *"...ek moet sê, ons gaan voluit en ons gee alles wat ons kan"*, asook *"...dat ons vir hulle daardie 'total comprehensive care' kan gee."*

Hierdie belewenis word bevestig deur Deetlefs (1998:54), wat meen dat verpleegkundiges wil hê dat daar meer vir VIGS pasiënte gedoen moet word. 'n Ooreenstemmende mening word deur Sims en Moss (1991:94) uitgespreek, naamlik dat die verpleging van terminale VIGS pasiënte nie net met die versekering van die pasiënt se gemak te make het nie, maar ook met die feit dat die verpleegkundige moet help dat die pasiënt waardig sterf, dat sy wense gestand gedoen en gerespekteer sal word.

- **Deur verlengde hospitalisasie kan die verpleegkundige die kenverhouding met die pasiënt verbeter**

Die verpleegkundige beleef dat die verlengde opname van terminale VIGS pasiënte 'n kenverhouding tussen die verpleegkundige en pasiënt stimuleer. Hierdie kenverhouding fasiliteer 'n terapeutiese verhouding tussen die verpleegkundige en die terminale VIGS pasiënt. Die volgende aanhaling bevestig hierdie navorsingsresultaat: *"Want party van die kinders bly vir baie lank in die saal... Hulle word lateraan deel van die saal... En, so mens raak hulle dan tog gewoon... So, hulle raak almal se hart aan."*

Alhoewel Wilson en Kneisl (1992:599) noem dat die fisiese verpleging van VIGS pasiënte die verpleegkundige-pasiënt-verhouding verintensifiseer, blyk geen bevestiging van hierdie navorsingsresultaat uit die literatuur nie. Die verpleegkundige se belewenis dat verlengde hospitalisasie die kenverhouding met die pasiënt versterk, is 'n unieke bevinding van hierdie navorsing.

3.3.4.2 **Belewenis dat die verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt belemmer**

In kontras met die bespreking in 3.3.4.1 was daar dié verpleegkundige wat beleef het dat haar optrede belemmerend op die terapeutiese verhouding tussen die verpleegkundige en terminale VIGS pasiënt is (*sien* Tabel 3.9).

Tabel 3.9 Die verpleegkundige se optrede belemmer 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt

- Weens die toename in hospitalisasie en verhoogde *werkslading* spandeer die verpleegkundige minder *tyd* met pasiënte.
- *Verbod* op behandeling belemmer die *kwaliteit* van verpleging.
- Koester *etiese vrae* met betrekking tot die mediese behandeling.
- *Die verpleegkundige is onvoldoende toegerus* om aan die pasiënt sy diagnose, prognose en behandeling mee te deel.
- *Voorkomingsmaatreëls* lei tot 'n gevoel van *uitsondering* by die pasiënt.

Hierdie belewenisse sal vervolgens as verdere kategorieë bespreek word.

- **Weens die toename in hospitalisasie en verhoogde werkslading spandeer die verpleegkundige minder tyd met pasiënte**

Die verpleegkundige beleef dat die toename in die hoeveelheid pasiënte met gevolglike verhoogde werkslading daartoe lei dat hulle minder tyd per pasiënt kan spandeer. Die terapeutiese verhouding tussen die verpleegkundige, pasiënt en sy familie word geïnhibeer wanneer die verpleegkundige minder beskikbaar is. So lui die aanhaling van die woorde van een deelnemer hieroor: “*Ons werk baie met die pasiënte* (terminale VIGS pasiënte). *Jy kom nie by die pasiënte uit nie...*”. Vervolgens beleef die verpleegkundige dat sy bewus is van die terminale VIGS pasiënt en sy familie se

behoefte, maar dat hulle nie oor die mannekrag of tyd beskik om hierdie behoeftes aan te spreek nie. Verskillende verpleegkundiges se woorde in hierdie verband lui soos volg: *“Dan besef ons die kind het nou terminale VIGS en dan is dit vir ons amper 'n verligting van die werkslading as hulle nou sterwe, wat baie lelik is, maar dit is nou maar ook 'n feit. Want alles gebeur mos altyd op een slag...”, “Ons weet almal hoe vol is die hospitale ... Dis net die versorging van hulle... Ek wil aanbeveel dat daar 'n eksterne liggaam is wat spesifiek die versorging en verpleging van die terminale VIGS pasiënt kan hanteer omdat sale oorlaai van pasiënte is en dit addisionele bedbesetting veroorsaak. Dit is moeilik tussen jou ander pasiënte... Mens kom nie daarby uit in 'n gewone hospitaalopset nie. Dit is onrealisties. Dit werk nie. Ek voel daar is 'n groot leemte.”.*

Verskeie outeurs (Piot *in* UNAIDS, 2000:89; Preston *et al.*, 2000:73 en Thom, 2000:1) meen dat daar negatiewe effekte weens die toename in hospitalisasie en dood van terminale VIGS pasiënte heers. Aanvullend erken Samarel (1991:94) en Witt Sherman (2000:1505) dat die toename in pasiënte lei tot beperkte tyd vir verpleging oor die algemeen, asook vir VIGS pasiënte.

- **Verbod op behandeling belemmer die kwaliteit van verpleging**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige beleef dat staking van mediese behandeling tot 'n afname in die kwaliteit van verpleging lei. Die verpleegkundige beskik oor die professionele bevoegdheid om prosedures uit te voer wat binne die bestek van haar praktyk is, maar mag nie hierdie prosedures uitvoer en dus die pasiënt se ongemak verlig en sy gesondheid bevorder nie. Vervolgens 'n aanhaling ter bevestiging van hierdie navorsingsresultaat: *“You feel that you sometimes feel that you must do some of the things on your own. There are limitations, like I say, I cannot intervene by myself.”*, en *“...but there is nothing that we [verpleegkundiges] can do. Just to be there so that the mother can see that at least these people are human enough to try to save the life.”*

Kozier *et al.* (1995:210) meen dat die toename in die verpleegkundige se professionaliteit aanleiding gee tot rolveranderinge. Van Dyk (1992:5) se aanvullende mening erken dat die verpleegkundige rolveranderinge ten opsigte van die verpleging

van pasiënte met VIGS kan ervaar. Die verpleegkundige se belewenis dat die verbod op mediese behandeling aanleiding tot 'n afname in die kwaliteit van verpleging gee weens inperking van die verpleegkundige se vaardighede is uniek aan hierdie navorsing.

- **Koester etiese vrae met betrekking tot die mediese behandeling**

Die verpleegkundige beleef dat sy etiese vrae met betrekking tot die mediese behandeling van die terminale VIGS pasiënt koester. Wanneer spontaneïteit, onvoorwaardelike aanvaarding en respek weens hierdie etiese vrae by die verpleegkundige afwesig is, kan dit die terapeutiese verhouding belemmer. Een verpleegkundige se woorde lui soos volg: *“So, ek voel dis moeilik. Dis omtrent 'n etiese besluit. Dis sleg.”*

Hierdie navorsingsresultaat word bevestig deur Durham (in Wilson & Kneisl, 1992:579), wat noem dat die etiese aspekte rondom VIGS emosionele response oor die algemeen aktiveer. Aanvullend erken Vlok (1996:616) dat etiese aspekte rondom VIGS konflik in die hantering van VIGS pasiënte tot gevolg het.

- **Die verpleegkundige is onvoldoende toegerus om aan die pasiënt sy diagnose, prognose en behandeling mee te deel**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige beleef dat sy onvoldoende toegerus is om met die pasiënt oor sy diagnose en prognose te kommunikeer. Hierdie beperkte vaardigheid van die verpleegkundige verlaag haar professionele bevoegdheid, wat die terapeutiese verhouding tussen die verpleegkundige, die pasiënt en sy familie kan belemmer. 'n Aanhaling ter illustrasie van hierdie navorsingsresultaat lui soos volg: *“The most traumatic part of it is to explain... And it becomes more difficult when the mother will ask you, ‘It means I am going to die too?’. You know, it is a difficult question to answer. Because you cannot see when are you going to die, how are you going to die.”*

Kaplan en Sadock (1995:1713) erken dat die bespreking van terminaliteit en dood oor die algemeen baie moeilik is en spesifieke vaardighede verg. Aanvullend noem Rancour (2000:24) dat spesifieke vaardighede by die verpleegkundige in die hantering van lewe-

dood-gesprekke met terminale pasiënte oor die algemeen ontbreek. Alhoewel geen literatuur spesifiek op die verpleegkundige se vaardighede in die bespreking van terminale VIGS pasiënte se diagnose, behandeling en prognose fokus nie, kan hierdie navorsingsresultaat uit die literatuur bevestig word.

- **Voorkomingsmaatreëls lei tot 'n gevoel van uitsondering by die pasiënt**

Die navorsingsresultate toon dat die verpleegkundige beleef dat pasiënte en hul families weens die gebruik van voorkomingsmaatreëls (universeel en/of bykomend) uitgesonder van MIV-negatiewe pasiënte voel. Die volgende aanhaling beskryf hierdie navorsingsresultaat: *“Al wat sleg is, is dat ons moet onself beskerm en dit kan hulle partykeer sien, waar ons moet handskoene aantrek, maar by 'n ander pasiënt nie handskoene aantrek nie.”*. Vervolgens blyk dit verder uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige die gebruik van universele voorkomingsmaatreëls as 'n negatiewe aspek van verpleging beleef. Sy motiveer dat voorkomingsmaatreëls afstand tussen die verpleegkundige en pasiënt bring en dat pasiënte onderskeid daarin lees. Die volgende aanhaling verteenwoordig hierdie navorsingsresultaat: *“... Most of the time nurses are afraid to touch the patients [terminale VIGS pasiënte] without gloves, because they say they are washing the patient. Most of the time they're using gloves. Nursing has become so impersonal to these patients. Because they wear gloves, you see?”*.

Aangesien geen literatuur gevind is om die verpleegkundige se belewenis te bevestig dat terminale VIGS pasiënte en hul familie uitgesonder voel tydens die gebruik van voorkomingsmaatreëls nie, word dit as *uniek* aan hierdie navorsing beskou.

3.3.4.3 Belewenis van onsekerheid oor die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses

Die verpleegkundige beleef onsekerheid in haar optrede tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt. Hierdie belewenis word in Tabel 3.10 uiteengesit en word vervolgens bespreek.

Tabel 3.10 Belewenis van onsekerheid oor die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses

- Die verpleegkundige voel onseker oor haar *optrede* teenoor die pasiënt en sy familie.

- **Die verpleegkundige voel onseker oor haar optrede teenoor die pasiënt en sy familie**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige onsekerheid ten opsigte van haar optrede teenoor die pasiënt en sy familie beleef. Die motivering vir die verpleegkundige se belewenis van onsekerheid is dat familieledes die behandeling van die terminale VIGS pasiënt bevraagteken en baie vrae vra. Die volgende aanhaling illustreer hierdie navorsingsresultaat: *“Jy ontmoet van die pasiënt se mense, en uhm... jy weet, hulle vra so baie vrae. Hulle wil so baie weet. En dan, mens kan nie altyd vir hulle ... weet wat om te sê nie...”*.

Zisook (in Kaplan & Sadock 1995:1713) beweer dat daar toenemend moeilike vrae oor VIGS pasiënte gevra word. Dit is veral vir professionele gesondheidsorgverskaffers moeilik om hierdie vrae te beantwoord weens die etiese aspekte daaraan verbonde. Gefokus op terminale kanker bevestig Kaplan en Sadock (1995:1584, 1588) dat pasiënte en hul familie hul emosionele reaksies op die verpleegkundige kan projekteer. Hierdie emosionele uitdrukking kan die verpleegkundige *onthuts* laat voel. Ten spyte van die voorafgaande literatuur is geen bevestigde bron gevind om die verpleegkundige se belewenis van onsekerheid ten opsigte van haar optrede teenoor die pasiënt en sy familie te kontroleer nie. Gevolglik word hierdie belewenis as uniek aan hierdie navorsing geklassifiseer.

3.3.4.4 Belewensisse dat die verpleegkundige aktief ingestel is op die pasiënt se geestelike behoeftes

Hierdie subkategorie fokus op die verpleegkundige se bewoensisse dat sy aktief op die terminale VIGS pasiënt se geestelike behoeftes ingestel is. Hierdie bewoensisse word in Tabel 3.11 uiteengesit en sal verder bespreek word.

Tabel 3.11 Belewensisse dat die verpleegkundige aktief ingestel is op die pasiënt se geestelike behoeftes

- Lees uit die *Bybel* en *bid* vir die pasiënt.
- Verwys die pasiënt na die kapelaan vir geestelike ondersteuning.

- **Lees uit die Bybel en bid vir die pasiënt**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige beleef dat sy gereeld vir pasiënte uit die Bybel lees en bid. Hierdie aktiwiteite demonstreer die verpleegkundige se belewenis dat sy aktief ingestel is op die geestelike behoeftes van die pasiënt. Die volgende aanhaling illustreer hierdie navorsingsresultaat: *“Lees 'n vers of iets... en mmm, baie dae sal jy nou nie 'n vers lees wat betrekking tot sy toestand het nie, maar dit wat jy voel vir hom goed sal wees....”*.

Beskikbare literatuur verwys na geestelike ondersteuning van terminale pasiënte wat nie noodwendig as gebed en voorlees uit die Bybel manifesteer nie. Aanvullend erken verskeie outeurs (Alexander *in* Anderson, 2000:369; Penson & Fisher, 1995:186; Sims & Moss, 1991:94) die terapeutiese waarde van geestelike ondersteuning van die terminale pasiënt (VIGS pasiënte ingesluit) asook die noodsaaklikheid van geestelike ondersteuning deur versorgers (verpleegkundiges in hierdie navorsing) tydens die sterwensproses.

- **Verwys die pasiënt na die kapelaan vir geestelike ondersteuning**

'n Verdere kategorie is die verpleegkundige se belewenis dat sy pasiënte gereeld na die kapelaan verwys ten einde geestelike ondersteuning aan pasiënte te bied. Die verpleegkundige erken dat hulle terminale VIGS pasiënte na kapelane verwys aangesien hulle nie bevoeg voel om spesifieke geestelike behoeftes van die terminale VIGS pasiënt te hanteer nie en/of omdat hulle nie oor die tyd beskik om geestelike ondersteuning te verleen nie. Twee aanhalings ter bevestiging van hierdie navorsingresultaat lui soos volg: *“... hier is 'n kapelaan in die omgewing. Die kapelaan kom en dan staan hy by party van hulle.”* en *“...ons het al baie keer ook die gemeente of*

die pastoor ingeroep vir hulle, om vir hulle 'n diens te kom hou. Selfs baie sal vir jou sê bel net die pastoor vir my vir 'n laaste nagmaal.'".

Penson en Fisher (1995:191) bevestig dat besoeke deur 'n kapelaan oor die algemeen gerusstelling aan die terminale pasiënt en sy familie verleen. Hierdie mening word bevestig deur Sims en Moss (1991:86-87, 94), wat noem dat daar deurlopend 'n kapelaan, priester of ander religieuse leier vir die terminale VIGS pasiënt en sy familie beskikbaar moet wees. Alexander (*in* Anderson, 2000:368) bevestig ook dat 'n geestelike verteenwoordiger gedurende die laaste maand voor sy dood vir die terminale VIGS pasiënt beskikbaar moet wees.

3.3.4.5 Belewensisse dat konfidensialiteit die verpleegkundige se optrede beperk

Die verpleegkundige beleef dat konfidensialiteit tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt haar optredes inhibeer. Hierdie belewensisse word in die onderstaande tabel (Tabel 3.13) opgesom, waarna 'n bespreking volg.

Tabel 3.12 Belewensisse dat konfidensialiteit die verpleegkundige se optrede beperk

- Konfidensialiteit lei tot 'n *gebrek aan voorligting*.
- Konfidensialiteit *negatief* en daar behoort daarmee weggedoen te word.
- *Konfidensialiteit beperk die verpleegkundige se ondersteunende optrede.*

• Konfidensialiteit lei tot 'n gebrek aan voorligting

Die verpleegkundige beleef dat wanneer die pasiënt se MIV-status konfidentiëel is, kan spesifieke voorligting (soos voorkoming van verdere MIV-besmetting en bevordering van die MIV-positiewe pasiënt se gezondheidstatus) nie deur die verpleegkundige aan die pasiënt en sy familie verskaf word nie. 'n Verpleegkundige se aanhaling ter beskrywing van hierdie navorsingsresultaat lui soos volg: *"Ons mag glad nie. Ons mag glad nie vir die ma sê haar kind is HIV-positief nie. En vir haar te kan sê sy moet ook maar gaan vir behandeling nie. Alles kom op die skouers van die maatskaplike werker. Sy doen die nodige. Die verwysings, ondersteunings, maar jy kon ook die ma gesê het gebruik nou*

maar 'n voorbehoedmiddel en beoefen 'safe sex' en so aan. Ek mag nie, vir die feit ek mag nie weet nie."

Inleidend noem Uys (2000:163) dat konfidensialiteit effektiewe voorligting oor MIV/VIGS kan inhibeer. Aanvullend tot Uys erken Deetlefs (1998:57) dat die verpleegkundige voel VIGS pasiënte moet openlik oor hulle MIV-status wees. Verder noem Haywood (2000:3) dat die bekendmaking van pasiënte se MIV-status meer effektiewe voorkoming van MIV sal bewerkstellig.

- **Konfidensialiteit is negatief en daar behoort daarmee weggedoen te word**

'n Verdere kategorie is die verpleegkundige se belewenis dat konfidensialiteit negatief is aangesien dit haar optredes beperk en dat dit daarom gestaak moet word. Die volgende aanhalings weerspieël hierdie navorsingsresultaat: *"Net die geheimhouding-ding. Dis nie 'n goeie ding nie. Dis moeilik vir die hospitaal. Vir ons wat verpleeg. Dat ons nie mag praat nie."* en *"Ek voel dat daardie hele professionele geheimhouding [deelnemer verwys na konfidensialiteit] weggemaak moet word", "Dis ook nou vir ons moeilik, want hierdie professionaliteit [verwys na professionele geheimhouding wat in die korrekte konteks konfidensialiteit is] hou 'n mens terug."*

Die negatiewe gevolge van konfidensialiteit word deur verskeie outeurs (Deetlefs, 1998:61; Uys, 2000:160) uitgewys. Die verpleegkundige se belewenis dat konfidensialiteit weens negatiewe effekte opgehef moet word, is nie uit die literatuur bevestigbaar nie en dus uniek aan hierdie navorsing.

- **Konfidensialiteit beperk die verpleegkundige se ondersteunende optrede**

Die laaste kategorie in die verband is die verpleegkundige se belewenis dat konfidensialiteit die verpleegkundige se ondersteunende optrede teenoor die pasiënt en sy familie beperk. Verpleegkundiges erken dat hulle soms teenoor die pasiënt en sy familie moet swyg of leuens vertel ten einde ondersteunend te wees, sodat konfidensialiteit gestand gedoen kan word. Die volgende aanhaling illustreer hierdie navorsingsresultaat: *" Dis net erg as dit by die geheimhouding kom... Ons mag nie vir die familie sê nie. So die ouer as sulks kry geen ondersteuning nie."*

Inperking van die verpleegkundige se ondersteunende optrede word bevestig deur Uys (2000:159). Sy erken dat 'n alternatiewe diagnose in plaas van die primêre diagnose van VIGS aan die familie van VIGS pasiënte verskaf word. Dit lei daartoe dat die verpleegkundige nie die werklike behoeftes van die pasiënt en sy familie kan aanspreek nie. Aanvullend erken Vlok (1996:617) dat die verpleegkundige, ten spyte van die pasiënt se behoeftes, nie die vertroulikheid oor die VIGS pasiënt se MIV-status sonder sy toestemming sal verbreek nie.

3.3.5 Die verpleegkundige se emosionele belewenisse ten opsigte van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Die verpleegkundige ervaar 'n uiteenlopende verskeidenheid van emosionele belewenisse tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt (*sien* Kolom 5 in Bylae J). Hierdie belewenisse word vervolgens in die volgende subkategorieë verdeel en bespreek:

- 3.3.5.1 belewenisse van magteloosheid;
- 3.3.5.2 belewenisse van verligting;
- 3.3.5.3 belewenisse van geestesongemak;
- 3.3.5.4 belewenisse van skok;
- 3.3.5.5 belewenisse van hartseer;
- 3.3.5.6 belewenisse van vrees;
- 3.3.5.7 belewenisse van uitputting;
- 3.3.5.8 belewenisse van frustrasie; en
- 3.3.5.9 belewenisse van bekommernis.

3.3.5.1 Die verpleegkundige beleef gevoelens van magteloosheid ten opsigte van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Soos in Tabel 3.14 uiteengesit, beleef die verpleegkundige gevoelens van magteloosheid tydens die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte. Vervolgens 'n meer indringende bespreking van hierdie belewenisse.

Tabel 3.13 Belewenisse van magteloosheid

- Die *doel* van verpleging is genesing, maar die verpleegkundige slaag nie daarin nie.
- Kan nie vir 'n pasiënt wat 'n kind is *verduidelik* wat met hom gebeur nie.

- **Die doel van verpleging is genesing, maar die verpleegkundige slaag nie daarin nie**

Die verpleegkundige beleef 'n gevoel van magteloosheid omdat pasiënte ten spyte van gehalteverpleging sterf. Die fataliteit van VIGS oorheers die verpleegkundige se doelwit om gesondheid by die pasiënt te bevorder en te verseker. Twee verpleegkundiges stel hul belewenis soos volg: *“Nou en dan, die verpleegsters sal sê ‘Suster, die pasiënt raak al swakker, ons doen alles...’; “En jou doel is op daardie stadium om alles wat ons kan doen te doen. Dis asof dit net nie help nie. So, dis baie moeilik.”*

Phipps *et al.* (1999:166) noem meer oor die algemeen dat verpleegkundiges konflik beleef wanneer hulle hul rol in die verpleging van pasiënte as hoofsaaklik kuratief beskou. Vervolgens beskryf hulle dat wanneer die pasiënt ongeneesbaar is, die verpleegkundige minder professionele bevrediging kan ervaar, en 'n gevoel dat sy faal. Met betrekking tot MIV-positiewe pasiënte erken Deetlefs (1998:77) dat verpleegkundiges 'n gevoel van magteloosheid koester. Laastens noem Van Dyk (1992:60) dat die verpleegkundige as geneser moeilik die rol van versorger in die geval van VIGS kan aanneem. Hierdie klemverskuiwing vind nie maklik plaas nie, aangesien verpleegdoelwitte nie bereik kan word nie, die verpleegkundige minder in beheer is, terminale VIGS pasiënte ontsaglik baie pyn en lyding ervaar en sterwe onvermydelik is.

- **Kan nie vir 'n pasiënt wat 'n kind is verduidelik wat met hom gebeur nie**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige dit as problematies beleef wanneer sy nie aan terminale kinders met VIGS kan verduidelik wat tydens die sterwensproses gebeur nie. Die verpleegkundige is bewus van die pasiënt se onsekerhede en ongemak maar kan dit nie verbaal verlig nie. Die verpleegkundige se onvermoë om die behandelingsregime aan die kind te verduidelik, laat haar magteloos voel. Die volgende aanhaling bevestig hierdie navorsingsresultaat: *“Maar, hulle het 'n idee iets is nie reg nie. Hulle kyk tog na jou met....asof hulle hulp soek...wat ook al...en*

dis alles so moeilik en jy kan nie vir 'n kind verduidelik nie, wat is besig om met hom te gebeur nie."

Alhoewel Van Dyk (1992:65-66) erken dat taal en westerse terminologie groot hindernisse in voorligting en berading van VIGS pasiënte is, is geen literatuur gevind ter bevestiging van hierdie navorsingsresultaat nie. Die verpleegkundige se belewenis van magteloosheid wanneer sy nie aan terminale kinders met VIGS die gebeure rondom die sterwensproses kan verduidelik nie, blyk uniek te wees.

3.3.5.2 Belewenis van verligting

Die tweede emosionele belewenis wat bespreek word, is die verpleegkundige se belewenis van verligting (*sien* Tabel 3.15). Hierdie belewenis word vervolgens bespreek.

Tabel 3.14 Belewenis van verligting

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sterwe van die pasiënt is 'n <i>verligting</i> weens die <i>verlossing</i> van lyding. |
|--|

• Sterwe van die pasiënt is 'n verligting weens die verlossing van lyding

Die verpleegkundige beleef 'n gevoel van verligting by die sterwe van terminale VIGS pasiënte weens die verlossing van lyding. Die volgende aanhaling illustreer hierdie belewenis: *"So, dis moeilik om te sê, ...is dit 'n absolute verlossing."*

Alhoewel Travelbee (1971:61) erken dat sterwe oor die algemeen verligting van lyding vir die pasiënt impliseer, verwys geen literatuur na die emosionele belewenis van verligting by die verpleegkundige nie. Hierdie navorsingsresultaat kan as *uniek* geklassifiseer word.

3.3.5.3 Belewenis van emosionele ongemak

Die volgende subkategorie rakende die emosionele belewenisse van die verpleegkundige is dié van emosionele ongemak. Tabel 3.16 bied 'n uiteensetting van hierdie verdere kategorie.

Tabel 3.15 Belewens van emosionele ongemak

- Emosionele ongemak tydens die *bespreking* en beantwoording van vrae met betrekking tot die pasiënt se diagnose, behandeling en prognose.

'n Meer indringende bespreking van hierdie belewenis volg hierna.

- **Emosionele ongemak tydens die bespreking en beantwoording van vrae met betrekking tot die pasiënt se diagnose, behandeling en prognose**

Aangesien die verpleegkundige meer as enige lid van die multiprofessionele span kontak met die pasiënt het, word sy deur die pasiënt en sy familie oor sy diagnose, behandeling en prognose uitgevra. Die verpleegkundige ervaar emosionele ongemak in die beantwoording van vrae met betrekking tot die pasiënt se diagnose, mediese behandeling en prognose. Die volgende aanhalings illustreer hierdie belewenis: *“Ja, dis sleg en nou moet jy vir die ma sê haar kind is HIV-positief en die kind gaan tot sterwe kom. So, jy sê eintlik ook vir haar sy gaan doodgaan. En dis moeilik.....hulle aanvaar dit baie sleg.”* en *“OK, baie van die familieleden sal vir jou vra ‘Suster, uh mm, hoe lyk hy vandag?’ Lyk hy beter as gister...wat het die dokter gesê?...wat is sy...wat is sy kans...?’* of *‘Suster, jyself wat dink jy, sal ons hom nog môre kan sien of volgende week nog kan sien?’*. Sulke vrae vra die familie gewoonlik.”.

Rancour (2000:24) erken dat verpleegkundiges die hantering van gesprekke met pasiënte wie se lewe oor die algemeen bedreig word, as een van die grootste stressors in verpleging beleef. Hierdie outeur (Rancour, 2000:24) beskryf verder dat verpleegkundiges meer oor die algemeen aan pasiënte en hul families blootgestel word wat verwag dat sy groot aspekte van lewe en dood moet kan bespreek. Vervolgens word die verpleegkundige se ongemak deur Rancour (2000:24) bevestig, deurdat sy beweer dat alhoewel verpleegkundiges gedurende hul inisiële opleiding ook blootstelling aan kommunikasieteorie ontvang het, die hantering van spesifieke behoeftes rondom lewe-en-dood-besluite 'n spesifieke arsenaal van vaardighede benodig wat nie noodwendig in basiese opleiding ingesluit word nie.

Aansluitend hierby noem Kübler-Ross (in Richardson & Johnson, 1982:66) dat verpleegkundiges en ander professionele mense ongemak ervaar met die

bekendmaking van dood oor die algemeen. Uys (2000:163) beweer dat gesondheidsorgverskaffers (verpleegkundiges in geval van hierdie navorsing) bewus is van die streng wetlike riglyne en implikasies rondom vertroulikheid en daarom eerder oor die pasiënt se MIV/VIGS-status sal swyg. Ten slotte erken Samarel (1991:71) dat verpleegkundiges oor die algemeen huiwerig is om die dood met 'n terminale pasiënt te bespreek. Verpleegkundiges inisieer nie self gesprekke oor die dood met terminale pasiënte nie.

3.3.5.4 Belewensisse van skok

Die verpleegkundige beleef gevoelens van skok tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt. Die onderstaande tabel (sien Tabel 3.17) verskaf 'n uiteensetting van hierdie emosionele belewensisse.

Tabel 3.16 Belewensisse van skok

- Die *familie* se optrede tydens besoeke aan die pasiënt is skokkend.
- Skok as *kennisse* MIV-positief gediagnoseer word.
- Voel geskok wanneer ouers van jong pasiënte *minder geaffekteer* word as wanneer ouer pasiënte sterf.
- Die *jong ouderdom* van pasiënte is vir die verpleegkundige skokkend.

Vervolgens sal hierdie belewensisse meer indringend bespreek word.

- **Die familie se optrede tydens besoeke aan die pasiënt is skokkend**

Die navorsingsresultate toon dat die verpleegkundige die pasiënt se familie se optrede tydens besoeke aan die pasiënt as skokkend beleef. Die vreemdheid van die familie se optrede spruit uit die familielede se minimale openbaring van omgee of emosionele reaksies. Een verpleegkundige se respons is soos volg: *"Dit is vir ons altyd skokkend. Meeste van ons het alreeds kinders gehad en jy kan nie dink dat 'n ma so kan voel nie. Maar, as hierdie kinders sterf, nè, en dan gaan hulle hier uit en dan sê ons onder mekaar 'as dit nou my kind was, het ek my nou dood gehuil...'. Hoe groter die kinders is, hoe meer ontsteld is die ouers. "*

Phipps et al. (1999:164-165) erken dat elke familielid deur die sterwensproses en dood van die pasiënt geaffekteer word, maar dat die hantering van hierdie verlies verskil van gesin tot gesin. Aanvullend noem Richards en Johnson (1982:70) dat die familie van die terminale pasiënt oor die algemeen deel is van die sterwensproses wat “verkeerde gedrag” kan openbaar.

Ten opsigte van familie van terminale kinders in die algemeen, noem Kaplan en Sadock (1995:171) dat indien die familie nie in die behoeftes van die terminale kind kan voorsien of hul eie emosies kan hanteer nie, hulle geneig is om die terminale kind te vermy. Gyulay (1978:160) noem egter dat die dood van 'n kind oor die algemeen 'n skok is. Die emosionele reaksie van inheemse swart kulture soos verskaf deur Bouwer et al. (1997:62-63) bied bevestiging van hierdie navorsingsresultaat. Hulle noem dat die ma's van sekere swart kulture in veral plattelandse gebiede weens die realiteit van die hoë mortaliteitsyfer van babas, indien een baba te sterwe kom, sal redeneer dat sy nog kinders het wat eendag na haar sal omsien as sy oud is. In 'n onderhoud met mnre M Masiea (Departement Bemaking en Openbare Betrekkinge, PU vir CHO) en TC Ntsizi (Korporatiewe Skakeling, PU vir CHO) oor die moontlike rede vir hierdie navorsingsresultaat het verdere bevestiging aan die lig gebring. Hulle noem dat die skoonfamilie in swart inheemse kulture eienaarskap oor 'n kind aanvaar indien hulle die nodige *lobola* betaal het. Die skoonfamilie in plaas van die biologiese ma beoefen dus die ouerskap van die terminale VIGS-kinderpasiënt. Dit kan daartoe aanleiding gee dat lede van die skoonfamilie eerder as die biologiese ma die terminale kind met VIGS in die hospitaal sal kom besoek.

- **Skok as kennis MIV-positief gediagnoseer word**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat verpleegkundige geskok voel wanneer kennis in die gemeenskap as MIV-positief gediagnoseer word. Hierdie gevoel van skok spruit uit die verpleegkundige se oortuiging dat sy nooit van hierdie pasiënte verwag het om MIV-positief te wees nie. Die volgende aanhaling beskryf hierdie navorsingsresultaat: *“Nou weet ek mos sy, die pasiënt, is positief, maar ons mag nie weet nie. Dit was eintlik 'n skok vir my, want sy was nog jonk en sy was ordentlik. En ek het geweet sy lewe die regte lewe.”*

Alhoewel verskeie outeurs (Piot in UNAIDS, 2000:38; Wilson & Kneisl, 1992:293) erken dat MIV/VIGS pasiënte met lae morele waardes geassosieer word, blyk die verpleegkundige se belewenis van skok uniek aan hierdie navorsing.

- **Voel geskok wanneer ouers van jong pasiënte minder geaffekteer word as wanneer ouer pasiënte sterf**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat verpleegkundige beleef dat die sterwensproses van terminale babas met VIGS minder traumaties deur die ouers ervaar word as die sterwensproses van ouer terminale VIGS pasiënte. Deelnemende verpleegkundiges werksaam in pediatriese sale verbaliseer dat terminale babas met VIGS reeds vanaf geboorte gehospitaliseer word en minimale besoeke van die moeder of familie ontvang. Die deelnemers skryf hierdie belewenis toe aan die baba se onvermoë om dood, lyding en verlies te verstaan. Aangesien die baba reeds vanaf geboorte met die MI-virus besmet is en gereeld gehospitaliseer word, ken hulle nie ander lewenskwaliteite nie. Die volgende aanhalings van deelnemende verpleegkundiges werksaam in pediatriese eenhede illustreer hierdie navorsingsresultaat: “... *hoe kleiner die kinders is, hoe minder lyk dit of dit daardie ouers minder raak as wanneer hulle hoor wanneer die kind groter is.*” en “...*veral omdat die ma's, as die kinders klein is, nè... Party het die houding van 'you have to die in any case'.*”

Alhoewel verskeie bronne hierdie resultaat kan aanvul, is geen direk bevestigende inligting gevind nie. Ouers se response op die sterwensproses van kinders vanaf geboorte tot op elf jaar word bevestig deur Kaplan en Sadock (1995:1717). Hierbenewens wys verskeie outeurs (Keet, Harrison & Shore, 1987:42-43; Kaplan & Sadock, 1995:2355) op die moeder-baba-verbintenis wat beïnvloed kan wees indien die baba vanaf geboorte gehospitaliseer is. Aanvullend wys Phipps et al. (1999:165) asook Penson en Fisher (1995:178) op die verskillende betekenis wat deur pasiënte van verskillende ouderdomme aan die dood gekoppel word.

- **Die jong ouderdom van pasiënte is vir die verpleegkundige skokkend**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige die jong ouderdom van terminale VIGS pasiënte as skokkend beleef. Die verpleegkundige beskryf dat terminale

VIGS pasiënte tussen 15- en 20-jarige ouderdom 'n bekende beeld in die eenheid is. Die volgende aanhalings van verskillende verpleegkundiges staaf hierdie navorsingsresultaat: *“Ek beleef dit as dramaties want baie van hulle is nog jonk. Hulle lewe lê nog voor hulle en skielik is daar nie meer 'n lewensvooruitsig nie.”*; *“...en baie pasiënte wat op 18 jaar alreeds terminaal is.”* asook *“They [terminale VIGS pasiënte] are still very young. You find that they are still very young...some of them are ...between 15... We get people from the age of 15 years. Some of them are so young and we find that there's not only one patient, but we've got three or four patients due to this disease. And that makes it very stressful.”*.

Die toename van MIV/VIGS by jongmense in hul twintigerjare word bevestig deur dr Tshabalala-Msimang, minister van Gesondheid (2001b:1) asook Clark (1996:699). Verder stel Kaplan en Sadock (1995:1589) dit ook dat die verpleegkundige se blootstelling aan die sterwensproses van jong pasiënte 'n pynlike belewenis is wat die aktivering van verskeie hanteringsmeganismes noodsaak.

3.3.5.5 Belewensisse van hartseer

Uit die data-analise blyk dit dat die verpleegkundige gevoelens van *hartseer* tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt beleef. Verdere kategorieë is in Tabel 3.18 vervat, en 'n meer indringende bespreking volg daarop.

Tabel 3.17 Belewensisse van hartseer

- *Jammerte* vir die pasiënt en sy familie.
- Beleef *dubbele* hartseer vir die MIV-positiewe ma en baba.

• Jammerte vir die pasiënt en sy familie

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige 'n gevoel van jammerte vir die pasiënt en sy familie beleef. Hierdie bekendmaking van jammerte vir die pasiënt en familie volg gedurende die data-insameling veral nadat die verpleegkundige aspekte soos lyding en mortaliteit van die pasiënt geskets het. Nie elke verpleegkundige het haar jammerte oor die pasiënt en familie terselfdertyd uitgespreek nie. 'n Verpleegkundige

werksaam in 'n mediese eenheid se volgende woorde versterk hierdie siening: “*Die pasiënt wat sterwe aan VIGS, dis baie hartseer om te sien.*”

Uit 'n ondersoek na literatuur in hierdie verband bevind Deetlefs (1998:69) dat verpleegkundiges jammer voel vir MIV-positiewe pasiënte. Deetlefs word aangevul deur Kaplan en Sadock (1995:1588), wat noem dat verpleegkundiges hartseer kan voel tydens die verpleging van terminale pasiënte oor die algemeen. Van Dyk (1992:61) stel dit dat verpleegkundiges nie slegs hartseer kan voel tydens die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte nie, maar dat uitdrukking van hierdie gevoelens van hartseer noodsaaklik is.

- **Beleef dubbele hartseer vir die MIV-positiewe ma en baba**

Die verpleegkundiges in hierdie navorsing beleef gevoelens van hartseer vir die terminale kind met VIGS asook vir hierdie kind se MIV-positiewe ma. Hulle motiveer dat die snelle en onomkeerbare sterwensproses van die kind, die fisieke lyding tydens die sterwensproses, die fataliteit waarvan die ma moontlik reeds weet of wat sy dalk nog moet ontdek ten opsigte van haar eie MIV-status en die waarde-oordele van die verpleegkundige dat jong kinders en vrouens onskuldig met die MI-virus besmet is, aanleiding tot hierdie belewenis gee. Die volgende aanhalings deur twee verpleegkundige illustreer hierdie resultaat: “*And it becomes more difficult because the mother will ask you ‘It means I am going to die too?’. You know, it is a difficult question to answer...*”, en “*Ons het dit ook al beleef dat die ma platgeslaan is. Sy moet positief wees, want die kind kan nie positief wees sonder dat sy positief is nie. Dan is dit vir haar ook 'n skok en weer eens, hulle.. eintlik is hulle die mense, die ouers, die mens is die mens....*”.

Alhoewel Deetlefs (1998:70) noem dat die verpleegkundige 'n jammerte beleef vir die baba van 'n MIV-positiewe ma is die belewenis van dubbele hartseer vir die MIV-positiewe ma en baba 'n *unieke* navorsingsresultaat.

3.3.5.6 Belewense van vrees

Hierdie subkategorie bied 'n meer indringende bespreking van die verpleegkundige se emosionele belewenis van vrees ten opsigte van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt. Tabel 3.19 voorsien 'n kort uiteensetting van die verdere kategorieë.

Tabel 3.18 Belewense van vrees

- *Vrees vir infeksie met die MIV-virus.*
- *Weersin in die verpleging van pasiënt.*

- **Vrees vir infeksie met die MIV-virus**

Dit blyk onder meer dat verpleegkundiges met vrees verwys na die gevaar rondom eie infeksie met die MIV-virus tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënt. Hulle noem spesifiek dat die blote verpleging van terminale VIGS pasiënt en die moontlikheid van noodsituasies hulle in gevaar stel om besmet te raak ten spyte van die nakoming van voorkomingsmaatreëls. 'n Jong verpleegkundige sê: *"...want dit is regtig omdat van ons is nog self jonk, en ons is bang dit kan met ons gebeur, want 'n ongeluk gebeur so vinnig en 'n mens sal nie weet wat om te doen nie, in daardie situasie."*

Uit 'n ondersoek van die literatuur bevind Deetlefs (1998:73) en Preston *et al.* (2000:73) dat verpleegkundiges bang is vir infeksie by die verpleging van MIV/VIGS pasiënt. Verpleegkundiges het nie slegs 'n vrees vir eie infeksie nie, maar is ook bang dat hulle die MIV-virus aan hulle geliefdes en gesin kan oordra (Sims & Moss, 1991:31).

- **Beleef weersin in die verpleging van pasiënt**

'n Verdere kategorie rakende die verpleegkundige se emosionele belewenis van vrees, is haar belewenis van weersin in die verpleging van pasiënt weens die vrees vir infeksie met die MIV-virus. 'n Verpleegkundige werksaam in 'n mediese eenheid vir vroulike pasiënt stel dit soos volg: *"Jy kom nie by die pasiënt uit nie en omdat daar so, nie 'n stigma nie, maar die beeld wat daar saam met VIGS is. Jy wil nie met die pasiënt werk nie. Jy is bang jy kry ook die siekte. Jy beskerm jouself, maar nogtans. Dis maar nou daardie, wat sal ek sê... dit wat saam met die siekte kom."*

Dit blyk uit die literatuur dat daar nog steeds onsekerhede, vrees en wanpersepsies heers oor MIV/VIGS en die verspreiding daarvan (Sims & Moss, 1991:31). Deetlefs (1998:73) is van mening dat verpleegkundige bang is dat hul met die MI-virus geïnfekteer kan raak en Van Dyk (1992:2) dat baie verpleegkundiges nie MIV-positiewe pasiënte wil verpleeg nie weens die vrees vir infektering.

3.3.5.7 Belewensisse van uitputting

'n Verdere subkategorie ten opsigte van die verpleegkundige se emosionele belewensisse blyk haar emosionele belewenis van *uitputting* te wees. In Tabel 3.20 volg 'n kort uiteensetting van die verpleegkundige se emosionele belewensisse.

Tabel 3.19 Belewensisse van uitputting

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 'n <i>Toename</i> in hospitalisasie en dood asook beperkte tyd om dood te verwerk lei tot uitputting. • Moeite om <i>af te skakel</i> na die sterwensproses. |
|---|

Hieronder volg 'n meer indringende bespreking van hierdie verdere kategorieë.

- **Toename in hospitalisasie en dood asook beperkte tyd om dood te verwerk lei tot uitputting**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige die toename in gehospitaliseerde terminale VIGS pasiënte as 'n bron van uitputting beleef. Die verhoogde toename in gehospitaliseerde pasiënte lei tot verhoogde blootstelling aan sterftes van die verpleegkundige op 'n daaglikse en selfs uurlikse basis sonder geleentheid om die sterftes te verwerk. Verpleegkundiges werksaam by verskillende hospitale beskryf dit so: *"...Some of them are so young, and we find that there's not only one patient, but we've got three or four patients that die due to this disease. And that makes it very stressful..."*, *"Partykeer, ag jy kry nie eens kans om regtig die sterfgeval te verwerk nie. Dan kry jy alweer 'n volgende een. Dis 'n bose kringloop. Jy dink net jy het klaar van daai gevoelens van daardie kind se sterfte ontslae geraak, dan kom die ander een weer. Nee, dis altyd, altyd."*

Die toename van terminale VIGS pasiënte in hospitale word deur verskeie outeurs (Sims & Moss, 1991:1, verslag van die WGO, 2000a:27) bevestig. Daar word ook melding gemaak van die oorklading van die gesondheidsorgstelsels met MIV/VIGS pasiënte. Van Dyk (1992:60) bevind dat verpleegkundiges nie slegs uitputting nie, maar ook uitbranding kan beleef weens die verhoogde blootstelling aan die onomkeerbare sterwensproses van terminale VIGS pasiënte. Verpleegkundiges beleef oor die algemeen meer professionele uitbranding as ander lede van die multi-professionele span (Witt Sherman, 2000:1506). Meer spesifiek noem Sims en Moss (1991:35) dat verpleegkundige meer ondersteuning benodig om die veelvuldige sterwensprosesse en dood van terminale VIGS pasiënte te hanteer. In aansluiting hierby noem Alexander (*in* Anderson, 2000:372) dat uitbranding by versorgers van terminale VIGS pasiënte sal toeneem indien daar nie bewustelike ondersteuning voorsien word nie.

- **Moeite om af te skakel na die sterwensproses**

Die verpleegkundige in hierdie navorsing beleef dat sy moeite ervaar om af te skakel na die sterwensproses. Die verpleegkundige het moeite om haar gedagtes te rig op ander aspekte buiten die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt. Die volgende aanhaling illustreer hierdie aspek: *“Jy gaan baie aande huis toe en dis asof jy nog daardie gesig, jy slaap nie. Jy’s liggaamlik uitgeput, maar dis of daardie gesig nog kort-kort hier voor jou is. Jy sien nog, jy sien nog daardie verswakke liggaampie op daardie bed lê. Jy sien nog hy vra ‘n laaste koppie water... dis nog of jy daardie hele beeld hier voor jou sien afspeel....”*.

Geen literatuur kan die verpleegkundige se belewenis van emosionele oorbetrokkenheid bevestig nie en dit word as uniek aan hierdie navorsing beskou.

3.3.5.8 Belewenisse van frustrasie

Die agtste subkategorie met betrekking tot die verpleegkundige se emosionele belewenisse is haar gevoelens van *frustrasie*. Verdere kategorieë rakende hierdie belewenis word kortliks in Tabel 3.21 aangegee.

Tabel 3.20 Belewensisse van frustrasie

- Gebrek aan *mediese behandeling* van VIGS.
- Die gemeenskap se gebrek aan *aanvaarding* van VIGS as 'n realiteit.

Hierdie belewensisse van frustrasie word vervolgens bespreek.

- **Gebrek aan mediese behandeling van VIGS**

Die verpleegkundige se gevoel van frustrasie wanneer sy nie effektiewe medikasie aan die terminale VIGS pasiënt kan gee nie, het uit die navorsingsresultate gekristaliseer. Die volgende aanhaling deur een verpleegkundige illustreer hierdie navorsingsresultaat: *“...jy wil so graag, soos ek sê, jy wil tog graag nog daai laaste, jy wil nog daai laaste ietsie vir die pasiënt doen. Maar as gevolg van sy toestand, en weet jy baie keer kom jy daar dan het die dokter ietsie daar voorgeskryf, gee dit en gee dat, baie doen ons verpleegpersoneel beide dit na die beste van ons vermoë. ...umh, jy voel dit sal ook nie regtig iets doen nie. Is daar nie iets anders wat ek vir hom kan doen nie? Is daar nie iets wat ek regtig, iets anders wat sy pyn.... sy lyding...weet... vir hom kan verlig nie...?”*

Alhoewel Van Dyk (1992:14-15) noem dat daar nog geen genesing van VIGS bestaan nie en Piot (*in* UNAIDS, 2000:89) erken dat hospitale gereeld tekorte aan noodsaaklike voorraad tydens die mediese behandeling van terminale VIGS pasiënte besit, word die verpleegkundige se belewenis van frustrasie weens hierdie tekorte nie uit die literatuur bevestig nie.

- **Die gemeenskap se gebrek aan aanvaarding van VIGS as 'n realiteit**

Die verpleegkundige in hierdie navorsing beleef 'n gevoel van frustrasie weens die gemeenskap se gebrek aan aanvaarding van VIGS as 'n realiteit. Hulle verduidelik dat hulle daagliks met die terminale VIGS pasiënte in die eenhede waar hulle werksaam is gekonfronteer word terwyl die gemeenskap (pasiënte, families, vriende) nie die omvang en impak van MIV/VIGS erken nie. 'n Verpleegkundige verbaliseer dit soos volg: *“Our people, it's difficult for them to accept this disease. Because when you tell them to be*

careful, they will tell you it's because you don't want them to enjoy life.", en dieselfde deelnemer: *"They know the disease, but they feel it's not there."*

Alhoewel verskeie outeurs (Piot *in* UNAIDS, 2000:38; Meintjies, 2000:1; Pequecnat & Szapocznik, 2000:69; Uys, 2000:162; Van Dyk, 1992:3; Witt Sherman, 2000:1505) erken dat die gemeenskap die realiteit van VIGS ignoreer, is geen literatuur gevind om die verpleegkundige se belewenis van frustrasie weens hierdie ignorering te bevestig nie.

3.3.5.9 **Belewenis van bekommernis**

Tabel 3.22 voorsien die verpleegkundige se emosionele belewenis van *kommer*. Hierdie belewenis sal hieronder bespreek word.

Tabel 3.21 Belewenis van bekommernis

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Bekommerd oor MIV-status van eie kinders en gesin. |
|---|

- **Bekommerd oor MIV-status van eie kinders en gesin**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige bekommerd voel dat haar kinders en gesinslede ook met die MI-virus besmet kan word. Sy is nie bekommerd dat infeksie met die MI-virus via haar sal plaasvind nie, maar is bekommerd oor veroorsakende gedrag soos onbeskermde seks. Die volgende verbalisering deur 'n verpleegkundige dien as bevestigende voorbeeld van hierdie navorsingsresultaat: *"Because I feel people are dying and I am worried, because I have young girls... They do give health talks to them but I don't think that is enough."*

Die verpleegkundige se belewenis van gevoelens van bekommernis oor die MIV-status van haar eie kinders en familie word deur Witt Sherman (2000:1505) bevestig. Sy erken dat die verpleegkundige 'n vrees vir die infeksie van haar gesinslede met die MI-virus beleef. Ter bevestiging van hierdie mening noem Wilson en Kneisl (1992:605) dat die versorgers van VIGS pasiënte bekommerd voel oor hul gesin en familie se gesondheidstatus. Alhoewel die literatuur verwys na die emosionele belewenis van vrees eerder as bekommernis is hierdie navorsingsresultaat uit die literatuur bevestigbaar.

3.3.6 Waarde-oordele van die verpleegkundige tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Die verpleegkundige glo dat sy *waarde-oordele* tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt ten opsigte van die pasiënt, sy familie, verpleegkundiges en die mediese behandeling vel (*sien* Kolom 6 in Bylae J). 'n Meer indringende bespreking van hierdie waarde-oordele word onder die volgende hoofde gedoen:

- 3.3.6.1 waarde-oordele van die pasiënt se MIV-status;
- 3.3.6.2 waarde-oordele oor die verpleegkundige se optrede;
- 3.3.6.3 waarde-oordele oor die verpleegkundige se verantwoordelikhede jeens die pasiënt;
- 3.3.6.4 waarde-oordele oor die mediese behandeling; en
- 3.3.6.5 waarde-oordele oor die familie.

3.3.6.1 Waarde-oordele oor die pasiënt se MIV-status

Die verpleegkundige se siening dat die pasiënt ten opsigte van sy MIV-status beoordeel word, word in die onderstaande tabel (Tabel 3.23) uiteengesit.

Tabel 3.22 Waarde-oordele oor die pasiënt se MIV-status

- *Ouer pasiënte, vrouens en kinders* is onskuldig met die MI-virus besmet.
- *Jongmense* wat ongeag voorligting steeds MIV-positief word, is skuldig.
- Pasiënte doen *nie moeite* om voorligting te kry en VIGS te voorkom nie.

Hierdie sieninge sal vervolgens in kombinasie met 'n literatuurkontrole bespreek word.

- **Ouer pasiënte, vrouens en kinders is onskuldig met die MI-virus besmet**

Dit blyk uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige glo dat ouer pasiënte, vrouens en kinders onskuldig met die MI-virus besmet is. Sy motiveer dat ouer pasiënte en vrouens weens egbreuk/ontrou en/of seksuele versteurings soos pedofilie van 'n eggenoot/eggenote met die MI-virus besmet word. Die verpleegkundige verduidelik dat mynwerkers (mynbou is 'n aktiewe nywerheid in die Noordwesprovinsie) wat in hostelle woonagtig is asook vragmotorbestuurders van sekswerkers gebruik maak en

onbeskermende seks beoefen. Wanneer die besmette man huis toe gaan, word die MI-virus na sy vrou oorgedra. Terminale kinders met VIGS het die MI-virus deur transplasentale oordrag, interpartum-bloeding en/of borsmelk gekry. Die volgende aanhalings verteenwoordig hierdie navorsingsresultaat: *“Die pa werk uit of die pa is 'n drywer [vragmotorbestuurder wat van sekswerkers gebruik maak], en blykbaar kuier hulle goed rond en dan, as hy huis toe kom, dan steek hy outomaties die ma aan.... Ons het dit ook al beleef dat die ma platgeslaan is.”; “Party van hulle [vrouens van MIV-positiewe mans] kom onskuldig in die ding.”; “Those guys [manlike mynwerkers] left their wives at home and then when they came to them [swart vrouens wat prostitusie beoefen ten einde hul kinders te versorg], they came with money. They [manlike mynwerkers] don't wear condoms, they've got the money. And if somebody says 'I want condoms' he says to her 'your'e in the need of money...' She just says it's alright because it's something to eat.”* asook *“Sy moet positief wees, want die kind kan nie positief wees sonder dat sy positief is nie.”*

Die literatuurkontrolle bring die volgende aan die lig ten opsigte van

- *alle pasiënte*: Wilson en Kneisl (1992:595) erken dat pasiënte wat die MI-virus via bloedoortappings gekry het as onskuldig eerder as skuldig beskou word;
- *ouer pasiënte*: Die navorser het geen bevestiging uit die literatuur gevind nie en die belewenis dat ouer pasiënte onskuldig met die MI-virus besmet word, is *uniek* aan hierdie navorsing;
- *kinders*: Van Dyk (1992:15,38) erken dat oordrag van die MI-virus deur interpartum-bloeding en borsvoeding van die ma na die baba plaasvind; en
- *vrouens*: Pequegnat en Szapocznik (2000:6-7) noem dat daar 'n toename in MIV-besmetting by vrouens is weens die risiko van hulle seksmaats se gedrag. Piot (*in* UNAIDS, 2000:49-50) vermeld dat vrouens wat blootgestel word aan manlike dominansie meer blootgestel is aan MIV-besmetting. Die verpleegkundige se belewenis dat vrouens onskuldig met die MI-virus besmet is, is egter nie bevestigbaar uit die literatuur nie en dus 'n unieke navorsingsresultaat.

- **Jongmense wat ongeag voorligting steeds MIV-positief word, is skuldig**

In aansluiting by die bogenoemde navorsingsresultaat glo die verpleegkundige dat jongmense wat MIV-positief raak ten spyte van voorligting oor MIV/VIGS, die blaam vir

hul eie MIV-status moet dra. Sy noem dat daar landswye dienste en hulpbronne is (soos klinieke, gratis kondome saam met voorligtingspamflette in die sale) wat MIV/VIGS-voorligting aan die jeug verskaf. Die volgende aanhaling illustreer hierdie navorsingsresultaat: *“Die jong pasiënte, kyk, daar word baie voorligting in die land gegee. Daar word baie tyd en geld bestee daarop, bestee... So ek dink met die jonger mense is dit nie so onskuldig nie, maar die ouer mense.... Die jongetjies kry voorligting, maar wat van die ouer mense?”*.

Alhoewel Deetlefs (1998:60) meen dat die verpleegkundige ervaar dat MIV-positiewe pasiënte doelbewus die MI-virus versprei en dat verskeie outeurs (Futtermann in Anderson, 2000:329; WGO, 2000a:27) erken dat adolessente 'n risikogroep vir MIV/VIGS is, is die verpleegkundige se belewenis dat jongmense wat ongeag voorligting MIV/VIGS ontwikkel self die blaam daarvoor moet dra, uniek aan hierdie navorsing.

- **Pasiënte doen nie moeite om voorligting te kry en VIGS te voorkom nie**

Die verpleegkundige in hierdie navorsing glo dat pasiënte oor die algemeen ten spyte van veelvuldige voorligtingsdienste nie moeite doen om meer oor MIV/VIGS uit te vind nie. Hierdie ongeërgdheid by pasiënte ten opsigte van MIV/VIGS veroorsaak dat pasiënte met die MI-virus besmet word. So lui die aanhaling van een verpleegkundige: *“Ek dink nie hulle (terminale VIGS pasiënte) weet wat dit is nie, omdat hulle nie belangstel nie. Daar's baie plekke soos die hospitaal of klinieke waar hulle meer kan gaan uitvind. Maar ek dink hulle doen nie moeite om te gaan uitvind nie. Hulle weet nie wat dit behels nie, hoe om dit te voorkom nie. En as mens hulle vra dan sê hulle hulle het nog nooit daarvan gehoor nie. Hulle luister nie na jou nie.”*.

Uit 'n ondersoek in die literatuur in hierdie verband stel DENOSA in 'n beleidsverklaring (1998:1.2.1-1.2.7) dat die individu verantwoordelik is om MIV/VIGS te verstaan en besmetting te voorkom. Verskeie outeurs (Mokhombo & Molefe, 1992:1-4; Van Dyk, 1992:3) erken dat daar hindernisse is wat voorligting oor MIV/VIGS inhibeer. Alhoewel die verantwoordelikheid om inligting oor MIV/VIGS in te win op die pasiënt rus, is daar geen bevestiging uit die literatuur dat pasiënte wat versuim om inligting te verkry self die blaam moet dra vir hul MIV-status nie. Gevolglik is hierdie navorsingsresultaat *uniek* aan hierdie navorsing.

3.3.6.2 Waarde-oordele oor die verpleegkundige se optrede

Hierdie subkategorie rakende die verpleegkundige se siening van waarde-oordele fokus op haar *optrede*. In Tabel 3.24 word verdere oortuigings kortliks uiteengesit.

Tabel 3.23 Waarde-oordele oor die verpleegkundige se optrede

- Terminale VIGS pasiënte behoort net soos MIV-negatiewe pasiënte met *respek* en *menswaardigheid* hanteer word.
- Tree op asof *onbewus* van die pasiënt se MIV-status.
- Verpleeg die pasiënt na die beste van haar *vermoë*.

'n Meer indringende bespreking van die bogenoemde waarde-oordele volg hierna.

- **Terminale VIGS pasiënte behoort net soos MIV-negatiewe pasiënte met respek en menswaardigheid hanteer te word**

Die verpleegkundige in hierdie navorsing glo dat daar nie 'n onderskeid in gehalte van verpleging op grond van die pasiënt se MIV-status gemaak moet word nie, maar dat alle pasiënte met respek en menswaardigheid verpleeg moet word. Die volgende aanhalings bevestig hierdie navorsingsresultaat: *"Ag, ons probeer hulle maar hanteer soos enige pasiënt. Mens kan nie nou vir hulle sê 'jy het AIDS....so nou hanteer ek jou afsonderlik' nie."* en *"As jy verpleeg, gaan dit vir my om die pasiënt. Hoe jy die pasiënt normaalweg hanteer. Elke pasiënt het sy eie menswaardigheid."*

Beide Vlok (1996:617) en Clark (1996:706) erken dat daar met betrekking tot mediese behandeling nie onderskeid tussen MIV-positiewe en MIV-negatiewe pasiënte gemaak mag word nie. Deetlefs (1998:53) bevestig dat verpleegkundiges besef dat pasiënte met MIV/VIGS met respek en menswaardigheid hanteer moet word. Sims en Moss (1991:30) asook Richards en Johnson (1982:75) verwys na die verhouding tussen die verpleegkundige en terminale VIGS pasiënt as respek, vertroue en aanvaarding. Beskikbare literatuur bevestig dat alle pasiënte met respek en menswaardigheid ten spyte van sy MIV-status hanteer moet word.

- **Tree op asof onbewus van die pasiënt se MIV-status**

Die verpleegkundige glo dat sy teenoor die terminale VIGS pasiënt, sy familie en die gemeenskap moet optree asof sy onbewus is van hierdie pasiënt se MIV-status. Die volgende aanhaling bevestig hierdie navorsingsresultaat: *“Dis moeilik, dis moeilik as mens nou weet die pasiënt is positief om net aan te gaan. Ek probeer maar altyd om te maak asof daar niks is nie.”*

Die literatuur noem dat verpleegkundiges slegs met die pasiënt se toestemming deur die geneesheer oor sy MIV-status ingelig kan word (Clark, 1996:263) en dat die vertroulikheid van 'n pasiënt se MIV-status tussen die pasiënt en die geneesheer gehandhaaf moet word.

- **Verpleeg die pasiënt na die beste van haar vermoë**

Die verpleegkundige glo dat terminale VIGS pasiënte ten spyte van hul swak prognose, stigmatisering en vrees vir infektering, na die beste van haar vermoë verpleeg moet word. So lui 'n aanhaling van 'n responderende verpleegkundige: *“Hulle is tog mense, al is hulle besig om dood te gaan. So, ons probeer maar na die beste van ons vermoë om hulle te verpleeg.”*

Alhoewel Vlok (1996:617) erken dat die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging in hul VIGS-beleid bepaal dat die verpleegkundige die pasiënt met VIGS volgens die hoogste professionele verpleegstandaarde moet verpleeg, is hierdie navorsingsresultaat nie uit die literatuur bevestigbaar nie. Die verpleegkundige se belewenis dat sy terminale VIGS pasiënte na die beste van haar vermoë moet verpleeg, is 'n bevinding wat uniek aan hierdie navorsing is.

3.3.6.3 Waarde-oordele van die verpleegkundige se verantwoordelikheid jeens die pasiënt

Die verpleegkundige besit verskillende waaroordele met betrekking tot haar *verantwoordelikheid* teenoor die terminale VIGS pasiënt (sien Tabel 3.25).

Tabel 3.24 Waarde-oordele van die verpleegkundige se verantwoordelikheid jeens die pasiënt

- Moet as *Christen empatie* toon.
- Moet *voorigting* uit 'n Christelike perspektief verskaf.
- Die pasiënt word aan die verpleegkundige *toevertrou*.

- **Moet as Christen empatie toon**

Dit blyk onder meer dat die verpleegkundige glo dat sy as Christen empatie teenoor die terminale VIGS pasiënt moet toon. Wanneer die verpleegkundige as Christen empatie toon, behels dit meer as die aanvaarding en versorging van die pasiënt se geestelike dimensie. Een verpleegkundige beskryf hierdie resultaat soos volg: *"Especially when you are a Christian you feel sometimes as you empathise, you sympathise with this person, you feel the pain the person is experiencing, you feel the pain the family is experiencing..."*.

Wilson en Kneisl (1992:33) asook Egan (1994:107) noem dat empatie 'n sterk terapeutiese waarde oor die algemeen besit. Ten opsigte van die toon van empatie as Christen noem Anderson (2000:38) dat die verpleegkundige persoonlike krag uit haar geloofsoortuigings kan put wat die verhouding met die MIV-positiewe pasiënt kan fasiliteer of inhibeer, afhangende van mate waarin die verpleegkundige die MIV-positiewe pasiënt se geloofsoortuigings respekteer.

- **Moet voorligting uit 'n Christelike perspektief verskaf**

Aansluitend by die vorige resultaat, glo die verpleegkundige dat sy uit 'n Christelike perspektief voorligting aan die terminale VIGS pasiënt moet gee. So lui die woorde van 'n responderende verpleegkundige: *"So, as a Christian, measures should be devised so that this people should be taught modesty [die deelnemer wat hierdie aanhaling geverbaliseer het, het moeilik gekommunikeer. Die verpleegkundige gebruik die term 'modesty' maar verwys in die konteks van die onderhoud na morele waardes]"*.

Alhoewel Kaleeba, Kadowe, Kalinaki en Williams (2000:58) die ondersteunende rol van religie oor die algemeen as onlosmakend van die hantering van MIV/VIGS beskou, blyk die verpleegkundige se belewenis dat sy voorligting uit 'n Christelike perspektief moet gee uniek tot hierdie navorsing te wees.

- **Die pasiënt word aan die verpleegkundige toevertrou**

Die verpleegkundige se waarde-oordeel dat pasiënte aan haar toevertrou is, blyk uit die navorsingsresultate. Ten spyte van die risiko en vrees vir MIV-infektering en die stigmatisering verbonde aan VIGS, beleef die verpleegkundige dat sy 'n verantwoordelikheid besit om terminale VIGS pasiënte te verpleeg. So lui die aanhaling van 'n deelnemer: *"... ons is in die situasie, om daai, jy weet, daai lang duim, daai ekstra myl te loop. Hulle is tog nie, ... hulle is tog aan ons hande toevertrou."*

Die navorser het geen literatuur gevind om hierdie navorsingsresultaat te bevestig nie. Die verpleegkundige se belewenis dat die terminale VIGS pasiënt aan haar toevertrou is, dien as 'n *unieke* bevinding.

3.3.6.4 Waarde-oordele oor die mediese behandeling

Die verpleegkundige huldig bepaalde waarde-oordele met betrekking tot die *mediese behandeling* van die pasiënt. Verdere kategorieë ten opsigte van hierdie waarde-oordele word in Tabel 3.26 verskaf.

Tabel 3.25 Waarde-oordele oor die mediese behandeling

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Weens hoë koste moet mediese behandeling van pasiënte <i>weerhou</i> word.• Hospitalisering veroorsaak <i>bedbesetting</i> ten koste van MIV-negatiewe pasiënte.• Pasiënte het 'n <i>reg</i> op mediese behandeling. |
|--|

'n Meer indringende bespreking van die bogenoemde waarde-oordele volg hieronder.

- **Weens hoë koste moet mediese behandeling van pasiënte weerhou word**

Uit die navorsingsresultate blyk dit dat die verpleegkundige glo dat mediese behandeling (meer spesifiek geneesmiddels en bloedoortappings) van terminale VIGS pasiënte

weerhou moet word. Die motivering vir hierdie weerhouding is die hoë koste van mediese behandeling gemeet aan die swak prognose van die terminale VIGS pasiënt. Die volgende aanhaling illustreer hierdie belewenis: *“Ons weet almal dat hulle die medikasie sny. Hulle (geneeshere) wil nie duur antibiotika vir VIGS pasiënte gee nie. Hulle wil nie bloed gee nie, want bloed is min.... Hulle kan nie te duur gee nie, want die pasiënte is alreeds terminaal. Jy weet dit gaan nie regtig help nie.”*

'n Verslag van die UNAIDS (1998:2, 3) noem dat die mediese behandeling van MIV/VIGS pasiënte baie duur is. Ten spyte daarvan maan Vlok (1996:616) dat geen mediese behandeling van pasiënte met MIV/VIGS weerhou mag word nie. Clark (1995:264) erken dat mikro-allokering van mediese behandeling weens die hoë koste daarvan oor die algemeen 'n etiese dilemma is. Uit die bogenoemde literatuurkontrole is dit duidelik dat mediese behandeling duur is en gevolglik 'n dilemma veroorsaak. Die verpleegkundige se oordeel dat mediese behandeling van terminale VIGS pasiënte weerhou moet word weens die hoë koste daarvan blyk *uniek* aan hierdie navorsing te wees. 'n Persoonlike gesprek met die Adjunk-direkteur: Verpleging van een van die hospitale wat in hierdie navorsing geïdentifiseer is, toon dat daar geen opdrag van die Departement Gesondheid, Noordwes-provinsie bestaan wat mediese dienste vir MIV-positiewe pasiënte weier nie.

- **Hospitalisering veroorsaak bedbesetting ten koste van MIV-negatiewe pasiënte**

'n Verdere kategorie is die verpleegkundige se oordeel dat terminale VIGS pasiënte ten koste van MIV-negatiewe pasiënte gehospitaliseer word. Hospitalisering van terminale VIGS pasiënte veroorsaak bedbesetting deur pasiënte met 'n beperkte lewensduur en swak prognose. Hierdie beddens kon eerder aangewend word vir die behandeling van MIV-negatiewe pasiënte met 'n positiewer prognose. 'n Verpleegkundige noem *“Dis baie hartseer en sleg. Maar aan die ander kant kan jy nie die hospitaal kwalik neem nie, want daar is ander pasiënte wat meer geregtig op hierdie behandeling is, wat nou negatief [MIV-negatief] is. Vat jy byvoorbeeld sê maar nou bloed. Kry jy nou 'n ongeluk, daar is nie bloed nie en hulle het die bloed gegee vir 'n terminale VIGS pasiënt. Hy gaan in elk geval sterf... Jy kan nie vir hulle ten duurste behandeling gee nie, want jy weet hulle gaan definitief sterf...”*

Alhoewel verskeie outeurs (Piot *in* UNAIDS, 2000:8; Thom, 2000:1; Witt Sherman, 2000:1505) na die toenemende, problematiese en onnodige bedbesetting deur terminale VIGS pasiënte verwys, is geen literatuur gevind om die verpleegkundige se waardeoordeel dat bedbesetting ten koste van MIV-negatiewe pasiënte is, te bevestig nie. Hierdie resultaat blyk uniek aan hierdie navorsing te wees.

- **Die pasiënt het 'n reg op mediese behandeling**

Alhoewel teenstrydig met die bogenoemde waarde-oordele, blyk dit uit die navorsingsresultate dat die verpleegkundige van oordeel is dat terminale VIGS pasiënte die reg op mediese behandeling het. Mediese behandeling mag nie weens hoë koste of 'n swak prognose geweier word nie. 'n Aanhaling ter illustrasie van hierdie resultaat is die volgende: *“And every time they come, they must get different kinds of antibiotics, because they get this opportunistic infections.... They must be treated...”*.

Hierdie navorsingsresultaat word eerstens bevestig deur Deetlefs (1998:52, 81). Sy noem dat verpleegkundige erken dat VIGS pasiënte die reg op gesondheidsorg het en dat verpleegkundiges in die verband as voorspraak vir pasiënte optree. 'n Beleidsverklaring vir pasiënte met MIV/VIGS (AIDS Consortium, 1993:161) handhaaf 'n bykomende en bevestigende siening. Hulle noem dat dienste nie op grond van MIV/VIGS weerhou mag word nie. Vlok (1996:617) erken dat die pasiënt met MIV/VIGS die reg op mediese behandeling het.

3.3.6.5 Waarde-oordele oor die familie van die pasiënt

Hierdie subkategorie fokus op waarde-oordele van die verpleegkundige met betrekking tot die terminale VIGS pasiënt se *familie*. Tabel 3.27 voorsien die verdere kategorieë in die verband.

Tabel 3.26 Waarde-oordele oor die familie van die pasiënt

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Die <i>MIV-positiewe ma</i> van 'n terminale kind behoort nie weer swanger te raak nie. • <i>Kritiese ingesteldheid</i> teenoor die pasiënt. |
|---|

- **Die MIV-positiewe ma van 'n terminale kind behoort nie weer swanger te raak nie**

Die verpleegkundige in hierdie navorsing glo dat die MIV-positiewe ma van 'n terminale kind met VIGS nie weer swanger moet raak nie. Aangesien die MIV-positiewe ma die MI-virus via interpartum-bloeding en borsmelk aan die baba kan oordra, bestaan daar 'n wesenlike risiko dat hierdie ma 'n MIV-positiewe baba sal hê. Vervolgens die aanhaling van een verpleegkundige werksaam in 'n pediatriese eenheid: *“Ek weet ook nie of dit sal help as jy vir 'n HIV-positiewe baba se ma sê, wat ook HIV-positief is, om voorbehoedmiddels te gebruik om nie weer swanger te raak nie. Ek weet nie of sy gaan luister nie, want al hierdie ou kindertjies sterf op die ou einde.”*

Alhoewel verskeie outeurs (Aranda-Naranjo & Davis in Anderson, 2000:271; Clark, 1996:424; Smuts, 2000:12; Taitz, 2000:2) verwys na die toename in MIV-positiewe ma's en MIV-positiewe babas, is geen literatuur gevind ter bevestiging van die verpleegkundige se waarde-oordeel dat MIV-positiewe ma's nie weer swanger behoort te raak nie. Hierdie resultaat blyk uniek aan hierdie navorsing te wees.

- **Kritiese ingesteldheid teenoor die pasiënt**

Die navorsingsresultate toon dat die verpleegkundige glo dat die familie van terminale VIGS pasiënte 'n kritiese ingesteldheid teenoor die pasiënt koester. Die familie se negatiewe houding word weerspieël in minimale emosionele response, vermyding en afwesigheid. Die volgende aanhalings illustreer hierdie navorsingsresultaat: *“Ons pasiënte word gelos by die hospitaal. Hulle sal miskien oor n week of 'n maand per ongeluk kom vra ‘Is daar so 'n persoon in die hospitaal? Is daar nog so 'n persoon, so 'n mens in die saal?’.”*; *“Baie families wil nie betrokke raak nie en wil nie omsien na die pasiënt nie.”* asook *“Want dit gebeur dikwels dat daar nie 'n traan gestort word nie as jy hulle [ouers van terminale kinders] laat weet nie. Die wie se houding so is, hulle kom baie min hierso, jy weet.”* en *“Dit [ouers se respons op die sterwensproses van terminale kinders met VIGS] tref ons baie. Dit tref ons regtig, nè, om te dink die ouers sit hierso, die kind sterf...Geen emosies. Hulle toon geen emosies nie. Glad nie, hoor.”*

Alhoewel Uys (2000:162) noem dat baie families 'n gesinslid met VIGS verwerp en Bouwer et al. (1997:29-30) na die vrese vir infektering by families in inheemse swart kulture verwys, is geen literatuur gevind om die verpleegkundige se waarde-oordel van die familie se kritiese ingesteldheid teenoor die pasiënt te bevestig nie. Dus, al noem Phipps et al. (1999:169) dat die aard van die sterwensproses en dood oor die algemeen die familie se respons daarop beïnvloed, blyk hierdie resultaat uniek aan hierdie navorsing te wees.

3.4 SAMEVATTING

Die navorsingsresultate is in hierdie hoofstuk weergegee, gestaaf deur aanhalings van die verbaliserings van verpleegkundiges tydens die onderhoude. In samehang hiermee is 'n literatuurkontrole uitgevoer ten einde unieke navorsingsresultate te identifiseer, resultate bevestigbaar uit die literatuur uit te wys en inligting in die literatuur wat nie in die navorsingsresultate figureer nie aan te dui. Hoofstuk 4 handel oor die gevolgtrekkings uit hierdie navorsing, asook oor aanbevelings gebaseer op verpleegopleiding, verpleegnavorsing en die verpleegpraktyk. Riglyne sal geformuleer word ten einde meer effektiewe hantering van die blootstelling van die verpleegkundige aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënte te fasiliteer.

HOOFSTUK 4

GEVOLGTREKKINGS, TEKORTKOMINGE EN AANBEVELINGS VAN DIE NAVORSING, MET SPESIFIEKE VERWYSING NA DIE FORMULERING VAN RIGLYNE OM DIE VERPLEEGKUNDIGE TE FASILITEER TEN EINDE DIE BLOOTSTELLING AAN DIE STERWENSPROSES VAN DIE TERMINALE VIGS pasiënt MEER EFFEKTIEF TE HANTEER

4.1 INLEIDING

In Hoofstuk 3 is die navorsingsresultate bespreek en aan die hand van literatuur gekontroleer ten einde uniekhede van die navorsing uit te lig asook bevestiging in die literatuur te vind. Vervolgens sal die gevolgtrekkings en tekortkominge van hierdie navorsing bespreek word. Daarna word aanbevelings vanuit hierdie navorsing vir verpleegnavorsing en verpleegonderrig verskaf. Laastens word riglyne as aanbevelings vir die verpleegpraktyk geformuleer om die verpleegkundige te fasiliteer sodat sy die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief kan hanteer.

4.2 GEVOLGTREKKINGS

Vanuit die navorsingsresultate, veldnotas en literatuurkontrole, het die navorser tot die volgende gevolgtrekkings gekom ten opsigte van die verpleegkundige se *belewenis* van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt:

4.2.1 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die verloop van die sterwensproses

Uit die navorsing blyk dit dat die tempo van die **verloop** van die sterwensproses deur **eksterne faktore** beïnvloed word. Die verpleegkundige beleef dat die **bewustheid** van MIV/VIGS die proses van **agteruitgang versnel**. Die vlak van **lewenstyl** asook die

ekonomiese status wat die pasiënt handhaaf bepaal ook die tempo van agteruitgang al dan nie.

'n Verdere gevolgtrekking waartoe gekom kan word is dat die verpleegkundige die meer **bekende**, naamlik die sterwensproses van die **kankerpatiënt** benut om die onbekende sterwensproses van die VIGS pasiënt te buffer. In beide gevalle word die sterfte egter as 'n **verligting** beleef omdat daar **geen kans op herstel** is nie. Daar is dan ook bepaalde **tekens** en **simptome** wat die verpleegkundige beleef as 'n **aanduiding** dat hierdie pasiënt reeds besig is om te sterf.

4.2.2 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die mediese behandeling

Uit die navorsing is dit duidelik dat daar **kontrasterende** opinies gehuldig word ten opsigte van die toediening van medikasie aan die terminale VIGS pasiënt wat wissel van dat die toediening van medikasie as 'n **futiele aksie** beskou word, terwyl 'n ander **baie hoop** op die medikasie plaas om die lyding te verlig. Die besluit op **staking** van mediese behandeling al dan nie, is 'n bron van **konflik** vir die verpleegkundige en die familie.

4.2.3 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse ten opsigte van die terminale VIGS pasiënt se optredes en behoeftes

Dit blyk vanuit die navorsing dat die terminale VIGS pasiënt **nie die realiteit** van VIGS aanvaar of **belangstel** om meer daaroor uit te vind nie. Tog word die pasiënt deur **kontak** met die verpleegkundige **gekalmeer**, is die pasiënt **afhanklik** aan die verpleegkundige vir **verpleging**, benodig hy en sy **familie ondersteuning** én wil die pasiënt graag **tuis** gaan sterf .

4.2.4 Gevolgtrekkings met betrekking tot die verpleegkundige se belewenisse van haar optrede

Die **verlengde hospitalisasie** van die terminale VIGS pasiënt versterk die **kenverhouding** tussen die pasiënt en verpleegkundige, waartydens die verpleegkundige met die pasiënt **identifiseer** en **meer as basiese verpleging** vir die pasiënt wil doen en dus 'n **terapeutiese verhouding** met die pasiënt kan **fasiliteer**.

Dit blyk ook uit die navorsing dat aspekte verbonde aan die behandeling van MIV/VIGS soos die geweldige **toename** in gehospitaliseerde terminale VIGS pasiënte, die **verbod** op **mediese behandeling** en **etiese vrae** daaroor asook die **uitsondering** van die pasiënt deur die gebruik van **voorkomingsmaatreëls**, die **terapeutiese verhouding** met die pasiënt **inhibeer**. Dit is veral moeilik vir die verpleegkundige aangesien sy **onvoldoende toegerus** is aspekte met betrekking tot die pasiënt se diagnose, behandeling en prognose mee te deel en dat sy **onsekerhede** ten opsigte van haar **optrede** teenoor die terminale VIGS pasiënt beleef.

Dit blyk ook dat **konfidensialiteit** die verpleegkundige se geleentheid tot **voorligting** verminder en haar **ondersteunende optredes inhibeer** en daarom beskou sy konfidensialiteit as **negatief** en dat dit **gestaak** moet word.

Tog blyk dit dat die verpleegkundige 'n bepaalde vlak van **geestelike behoeftes** van die terminale VIGS pasiënt kan hanteer deur **uit die Bybel te lees en te bid**. Sodra die pasiënt **dieper** geestelike behoeftes ervaar, **verwys** die verpleegkundige hom na 'n **kapelaan** vir ondersteuning.

4.2.5 Gevolgtrekkings ten opsigte van die verpleegkundige se emosionele belewenisse

Die gevolgtrekking kan gemaak word dat weens die **onvermoë** van die verpleegkundige om die terminale VIGS pasiënt te **genees** of om aan die terminale kind die sterwensproses te **verduidelik**, sy **magteloos** voel aangesien haar **doel** vir verpleging **genesing** is maar dat sy nie meer daarin **slaag nie**.

'n Verdere gevolgtrekking wat uit hierdie navorsing kristaliseer, is dat weens die **ongeneesbaarheid** van VIGS asook die **lyding** verbonde aan die sterwensproses, dit vir die verpleegkundige 'n **verligting** is wanneer die pasiënt sterf.

Uit die navorsing blyk dit ook dat die verpleegkundige **verskeie vrae** ten opsigte van die terminale VIGS pasiënt se diagnose, behandeling en prognose **moet hanteer** en dat hierdie blootstelling haar **emosioneel ongemaklik** laat voel.

Verder blyk dit ook dat sy **geskok** is wanneer sy bewus raak van **kennisse** wat VIGS het aangesien sy nie hierdie mense met die **stigmatisering** van MIV/VIGS kan assosieer nie.

Met betrekking tot die verpleegkundige se emosionele belewenis, blyk sy **geskok** voel oor die skielike blootstelling aan **jong pasiënte** wat terminaal is en sterf.

Dit blyk ook uit die navorsing dat die **familie se optrede** tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt vir die verpleegkundige **skokkend** is. Dat **ouers** van **ouer** terminale kinders met VIGS **meer geaffekteer** word as wanneer **jonger** kinders sterf, dra by tot hierdie belewenis van **skok**.

Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die verpleegkundige ten spyte van verskeie aspekte verbonde aan VIGS, steeds **meelewing** teenoor die terminale VIGS pasiënt ervaar. Hierdie meelewing is meer intens by **MIV-positiewe ma's** en hul **baba's**.

Aangesien die verpleegkundige **bang** is sy word met die **MI-virus besmet**, beleef sy **weersin** in die verpleging van terminale VIGS pasiënte.

Dit blyk uit die navorsing dat die verpleegkundige nie alleenlik **uitgeput** voel omdat sy meer **blootgestel** word aan die **hospitalisasie** en **dood** van terminale VIGS pasiënte nie, maar omdat sy **nie die geleentheid** kry om hierdie blootstelling te **verwerk** nie. Vervolgens lei haar deurlopende betrokkenheid by die dood van die terminale VIGS pasiënt daartoe dat die verpleegkundige voortdurend aan hierdie blootstelling dink en dit **moeilik vind om af te skakel**.

'n Volgende gevolgtrekking wat uit hierdie navorsing gemaak kan word, is dat die verpleegkundige tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënte **gefrustreerd** voel. Enersyds aanvaar die **gemeenskap** nog **nie** dat VIGS 'n **realiteit** is nie al word die verpleegkundige deurlopend aan terminale VIGS pasiënte se sterwensproses blootgestel. Andersyds word daar van die verpleegkundige verwag om die terminale VIGS pasiënt te verpleeg terwyl daar **nog geen kuur** vir MIV/VIGS is nie.

Die gevolgtrekking waartoe gekom kan word is dat die verpleegkundige, wat bewus is van die toename van MIV/VIGS onder **adolossente** ten spyte van voorligtingsdienste, **bekommerd** voel dat **haar kinders** ook met die MI-virus besmet kan word.

4.2.6 Gevolgtrekkings met betrekking tot waarde-oordele van die verpleegkundige tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Dit blyk vanuit die navorsing dat die verpleegkundige terminale VIGS pasiënte ten opsigte van hul **MIV-status**, aan die hand van **ouderdom**, **geslag** en bereidwilligheid om **voorligting** oor MIV/VIGS te kry, as **skuldig** of **onskuldig** oordeel.

Verder blyk dit ook dat die verpleegkundige haar **optredes** teenoor die pasiënt as 'n **verantwoordelikheid** oordeel. Sy huldig die siening dat sy ten spyte van haar oordeel van die pasiënt se MIV-status, hierdie pasiënt met **menswaardigheid** en **respek**, asof sy **onbewus** van die pasiënt se MIV-status is, na die **beste van haar vermoë** moet verpleeg.

Die verpleegkundige se oordeel dat sy 'n verantwoordelikheid teenoor die terminale VIGS pasiënt koester, strek ook verder as haar optredes. Vervolgens is die verpleegkundige van mening dat aangesien die pasiënt aan haar **toevertrou** is vir verpleging, sy verantwoordelik is om as **Christen empatie** te toon en vanuit 'n **Christelike perspektief voorligting** aan die pasiënt te verskaf.

Ten opsigte van die mediese behandeling kan die gevolgtrekking gemaak word dat die verpleegkundige **kontrasterende** waarde-oordele daaroor huldig. Aan die eenkant beoordeel die verpleegkundige dat terminale VIGS pasiënte die **reg** tot mediese behandeling besit. Daarteenoor huldig sy die oordeel dat mediese behandeling eerder van pasiënte **weerhou** moet word weens die **hoë kostes** daarvan en die **besetting** van hospitaalbeddens ten koste van MIV-negatiewe pasiënte.

Die laaste gevolgtrekking wat uit hierdie navorsing gekristaliseer het, is die verpleegkundige se waarde-oordele van die terminale VIGS pasiënt se **familie**. Sy huldig die siening dat die familie **krities** ingestel is teenoor die pasiënt. Verder is die verpleegkundige ook van mening dat die **MIV-positiewe ma** van 'n terminale kind met VIGS, **nie weer swanger** behoort te raak nie.

4.2.7 Samevattende gevolgtrekking

Vanuit die bogenoemde kan die volgende samevattende gevolgtrekking geformuleer word:

Tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënte, bevind die verpleegkundige haarself midde-in konflik. Die verpleegkundige verpleeg om genesing te bring, teenoor die fataliteit van VIGS. Enersyds wil die verpleegkundige die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer bekend en voorspelbaar maak deur ooreenkomste te formuleer en tekens en simptome daaraan te verbind. Andersyds dui hierdie ooreenkomste tussen VIGS en kanker asook die tekens en simptome van die terminale VIGS pasiënt, op die naderende einde van die sterwensproses. Aan die eenkant wil die verpleegkundige van geneesmiddels gebruik maak om die lyding verbonde aan die sterwensproses te buffer, alhoewel sy erken dat mediese behandeling nie VIGS kan genees nie. Die verpleegkundige is bewus van die terminale VIGS pasiënt se behoeftes en gedrag tydens die sterwensproses maar kan weens eksterne faktore buite haar beheer nie altyd in hierdie behoeftes voorsien nie. Vervolgens beleef die verpleegkundige ook kontrasterende emosies. Sy beleef meelewing, empatie en jammerte vir die terminale VIGS pasiënt en sy familie, maar voel ook verlig as die pasiënt sterf. Ook ten opsigte van die verpleegkundige se waardestelsel beleef die verpleegkundige konflik. Aan die eenkant beoordeel sy terminale VIGS pasiënte en hul families, maar aan die anderkant voel sy dat die pasiënte aan haar toevertrou is. Hierdie belewenisse van **hoop versus wanhoop** van die verpleegkundige kan haar hantering van die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt nadelig beïnvloed.

4.3 TEKORTKOMINGE VAN DIE NAVORSING

Die navorser het die volgende tekortkominge in hierdie navorsing geïdentifiseer:

- Alhoewel die deelnemers 'n groot verskeidenheid kulture in Suid-Afrika en spesifiek in die Potchefstroom - en KOSH areas verteenwoordig het, was die religieuse agtergrond van die meerderheid deelnemers christelik gewees. Daar blyk dus in hierdie navorsing meer inspraak van christelike deelnemers as nie-christelike deelnemers te wees. Die religieuse inslag van die deelnemers is kongruent met die

oortuigings van die navorser, alhoewel 'n breër religieuse verteenwoordiging tot ryker navorsingsresultate kon lei.

- Die deelnemers wat deur tussengangers geïdentifiseer is was nie bereid om gedurende 'n rusdag of van afdienstye oor hul belewenisse oor die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te deel nie. Die navorser het toestemming by die geïdentifiseerde hospitale ontvang om tydens spesifieke tye wanneer die personeel aandiens is, die onderhoude te voer. Weens die onvoorspelbaarheid in die werkslading van die eenhede was daar afsprake wat geherskedeer moes word. Deelnemers wie se afsprake geherskedeer moes word, het meer geleentheid gehad om oor hul belewenisse insake die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt na te dink.
- Gedurende die proses van data-insameling en data-analise was daar amptelike kennisgewings ten opsigte van die weerhouding en evaluering van mediese behandeling vir MIV-positiewe en terminale VIGS pasiënte. Hierdie kennisgewing was van korte duur en ondertussen opgehef. Geen mediese behandeling mag op grond van die pasiënt se MIV-status weerhou word nie. Die impak van die kennisgewings aangaande die mediese behandeling van terminale VIGS pasiënte was sigbaar in die navorsingsresultate alhoewel dit nie nou meer van toepassing is op die praktyk nie.

4.4 AANBEVELINGS VIR DIE VERPLEEGPRAKTYK, VERPLEEGNAVORSING EN VERPLEEGONDERRIG

Vanuit hierdie navorsing word aanbevelings vir verpleegnavorsing, verpleegonderrig en die verpleegpraktyk gemaak. Ten opsigte van die verpleegpraktyk word riglyne geformuleer om die verpleegkundige te fasiliteer ten einde die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer.

4.4.1 Riglyne om die verpleegkundige te fasiliteer ten einde die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt meer effektief te hanteer as aanbevelings vir die verpleegpraktyk

Dit blyk vanuit die navorsingsresultate en die literatuur dat verpleegkundiges tot meer effektiewe hantering van die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt gefasiliteer behoort te word. Riglynformulering ter fasilitering van die verpleegkundige sal aan die hand van die volgende komponente geskied:

- 4.4.1.1 die verpleegkundige se **persoonlike verwerking** van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt;
- 4.4.1.2 **uitgebreide vaardighede** vir die verpleegkundige ten opsigte van **sterwensbegeleiding** van die terminale VIGS pasiënt; en
- 4.4.1.3 die hantering van **spesifieke temas** deur die verpleegkundige beleef tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt.

Vervolgens 'n meer indringende uiteensetting van hierdie riglyne.

4.4.1.1 Die verpleegkundige se persoonlike verwerking van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Riglyne ter fasilitering van die verpleegkundige tot meer effektiewe persoonlike verwerking van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt word onder die volgende hoofde bespreek:

- 4.4.1.1.1 die uitklaring van die betekenis van lewe en dood vir die verpleegkundige self;
- 4.4.1.1.2 die psigologiese verwerking van die sterwensproses; en
- 4.4.1.1.3 die uitbreiding van hanteringsmeganismes ten opsigte van die sterwensproses.

Vervolgens 'n meer gedetailleerde bespreking van hierdie aspekte.

4.4.1.1.1 Die uitklaring van die betekenis van lewe en dood vir die verpleegkundige self

- Dit is noodsaaklik dat die verpleegkundige vir *haarself* die betekenis van lewe en dood uitklaar. Hierdie betekenis kan uitgeklaar word deur die verpleegkundige deur gesprekvoering te begelei om lewe en dood vir haarself (Thomas & Retsas, 1999:200) vanuit haar paradigmatische perspektief te *definiër*. Kleinke (1991:135) motiveer dat wanneer die mens lewe en dood gedefiniër het, word daar spesifieke *betekenisse* daaraan gegee en daarmee geassosieër (soos byvoorbeeld, dood is die begin van 'n nuwe en ewige lewe, dood rig die mens om optimaal te lewe). Definiëring van lewe en dood vir die verpleegkundige, kongruent met haar geloof en waardes is die eerste stap in die vind van sin en betekenis daarin. Wanneer die verpleegkundige 'n sinbelewenis in lewe en dood kan vind, sal sy 'n beter begrip van gebeure rondom lewe en dood verkry (Kleinke, 1991:177). Om die verpleegkundige te begelei tot 'n sinbelewenis vir lewe en dood is 'n dinamiese proses wat geaktiveer kan word deur gesprekke oor die volgende aspekte in haar bestaan: (i) die alledaagse take wat aan die verpleegkundige spesifieke verantwoordelikhede verleen, (ii) vervulling wat die verpleegkundige vind in die uitvoer van alledaagse take, (iii) die verantwoordelikhede wat gepaardgaan met besluitneming en (iv) wat gee aan die verpleegkundige 'n 'geroopenheid' in haar lewe. Wanneer die verpleegkundige sin en betekenis in lewe asook dood kan vind, kan sy vryheid beleef ten spyte van gebeure. Die fokus op lewe sowel as dood moet deurlopend gehandhaaf word.
- Bied aan die verpleegkundige die geleentheid om haar *mortaliteit* te ontdek en ondersteun haar in die bewuswording daarvan wat met vrees gepaard mag gaan (Kübler-Ross:1981:20). Kübler-Ross (1981:22) bevestig dat die verpleegkundige gekonfronteer word met haar eie mortaliteit wanneer sy met dood gekonfronteer word. Wanneer die verpleegkundige sin en betekenis in lewe en dood kan vind en in kontak met haar mortaliteit is, kan sy uitgedaag word tot 'n *ewigheidsperspektief*. 'n Ewigheidsperspektief is volgens Rinpoche (2001:1) om verby die eksterne, tydelike laag van lyding en dood, na die totale en onuitputbare geestelike dimensie van lewe te kyk. Vanuit die Christelike perspektief kan verwys word na die Ewige Lewe.

Gedurende hierdie tema word die verpleegkundige gestimuleer om haar diepste geloofsoortuigings te verbaliseer.

- Witt Sherman (2000:1506) is van mening dat die verpleegkundige haar geestelike krag gedurende die verpleging van terminale pasiënte in die algemeen gebruik. Fasiliteer die verpleegkundige om geestelike krag uit die volgende religieuse aktiwiteite te put: gereelde gebed tot God as die Instandhouer van lewe en dood, om die Bybel te lees en daaroor te mediteer.

4.4.1.1.2 Die psigologiese verwerking van die sterwensproses

Die navorser is van mening dat die verpleegkundige se uitklaring van lewe en dood vir haarself die vertrekpunt in die fasilitering tot die meer effektiewe hantering van die blootstelling aan die sterwensproses is. Die volgende versameling riglyne het ten doel om meer effektiewe verwerking van hierdie sterwensproses by die verpleegkundige te fasiliteer.

- Fasiliteer die verpleegkundige deur gesprekvoering om 'n balans tussen haar *persoonlike* en *professionele self* te vind (Witt Sherman, 2000:1506). Die verpleegkundige kan begelei word om haar eie identiteit en waardestelsel uit te klaar sodat sy verskillende waardes in die terapeutiese verhouding met die terminale VIGS pasiënt kan integreer.
- Bied optimale geleentheid aan die verpleegkundige om haar emosies tydens die blootstelling aan die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte te *ventileer*. Psigologiese verwerking van die sterwensproses benodig *selfbewustheid* by die verpleegkundige oor haar emosies. Wilson en Kneisl (1993:26) is van mening dat bewuste, sigbare en oppervlakkige emosies deur dieper, onbewuste emosies onderlê word. Wanneer die verpleegkundige meer in kontak met haar emosies tydens die blootstelling aan die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte is, kan sy meer beheer oor haar gedrag uitoefen (Wilson & Kneisl, 1993:27). Stimuleer die verpleegkundige vervolgens om die *dominante emosionele tema's* in haar persoonlikheid te ondersoek. Wanneer die verpleegkundige spesifieke emosies vir 'n verskeidenheid situasies identifiseer, word die kring van haar dominante emosionele tema's nouer. Verduidelik aan die verpleegkundige haar *reg tot emosies* en die *uitdrukking* daarvan (Wilson & Kneisl, 1993:27). Hierdeur kan die

verpleegkundige begelei word om 'onaanvaarbare' emosies (soos magteloosheid, verligting, emosionele ongemak, hartseer en vrees) wat sy gedurende die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt ervaar te identifiseer en te aanvaar.

- Benzein en Saveman (1998:328) meen dat *hoop* deur negatiewe omstandighede gekataliseer word. Vervolgens is hulle (Benzein & Saveman, 1998:322) van mening dat hoop essensieël vir die verpleegkundige is ten einde welstand te fasiliteer. Begelei die verpleegkundige tot *aktiewe hoop* tydens haar blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt eerder as passiewe hoop. Laasgenoemde is om te wens (Weenolsen, 1996:129-131), byvoorbeeld dat 'n kuur vir MIV/VIGS spoedig te voorskyn sal kom. Aktiewe hoop behels egter om stappe te neem of keuses te maak om hoop te bereik. Laat die verpleegkundige hoop *herdefiniëer*. Hoop impliseer nie dat terminale VIGS pasiënte nie moet sterf nie, maar dat daar *aspekte* in die sterwensproses sal wees waarvoor die verpleegkundige kan hoop, soos minder pyn, versoening tussen die pasiënt en familieleden of selfs die pasiënt se aanvaarding van sy terminaliteit. Die verpleegkundige kan 'n geskrewe lys van 'nuwe' aspekte waarvoor sy hoop tydens die verpleging van die terminale VIGS pasiënt saamstel. Noem aan haar dat hoopfraserings positief eerder as negatief gestel word. Die verpleegkundige kan hoop op 'meer effektiewe behandeling eerder as vir minder terminale VIGS pasiënte. Weenolsen (1996:130) noem dat hoop die verpleegkundige kan bemagtig om die huidige te beleef en te geniet ten spyte van die pynlikhede van die sterwensproses, aangesien die verpleegkundige kan transendeer oor die praktiese, materialistiese aspek van lewe.
- Begelei die verpleegkundige om potensiële areas vir *persoonlike groei* (Kleinke, 1991:5) vanuit die stresvolle omgewing waarin sy terminale VIGS pasiënte verpleeg, te identifiseer. Voorbeelde van areas vir persoonlike groei is byvoorbeeld om emosionele ekspressie meer effektief te hanteer; om sin en betekenis in fisieke lyding en terminaliteit in die algemeen te verkry (Kleinke, 1991:177); die herdefiniëring van dood volgens die verpleegkundige se waardes en geloofsoortuigings; deur te aanvaar dat dood en verlies 'n realiteit en lewe van korte duur is (Kleinke, 1991:132) asook die optimale gebruik van geleenthede.

4.4.1.1.3 Die uitbreiding van hanteringsmeganismes ten opsigte van die sterwensproses

Die derde aspek in die verpleegkundige se persoonlike verwerking van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt, is die uitbreiding van haar hanteringsmeganismes om hierdie situasie meer effektief te kan hanteer. Vervolgens 'n meer indiepte bespreking daarvan.

- 'n Primêre hanteringsmeganisme is die verpleegkundige se gebruikmaking van haar *ondersteuningstelsels* soos familie, vriende en kollegas gedurende haar blootstelling aan die sterwensproses (Witt Sherman, 2000:1506). Hierdeur beleef die verpleegkundige ondersteuning, erkenning en waardering (Kleinke, 1991:28-29) en dat sy haar emosies teenoor haar ondersteuningstelsel kan *ventileer*. Ventilering bewerkstellig ondersteuning, die ontdekking van nuwe idees en die verwyding van perspektiewe (Wilson & Kneisl, 1993:90).
- Begelei die verpleegkundige aan die hand van 'n ondersteunende onderhoud om die hanteringsmeganisme van *selfbehoud* (Kleinke, 1991:203) te aktiveer. Selfbehoud behels die proses waar die verpleegkundige *balans* moet vind tussen *realiteit* en *optimisme*. Laat die verpleegkundige beskryf hoe sy haarself sien en wys haar daarop om eerste op haar positiewe punte te fokus. Tweedens kan die verpleegkundige aangemoedig word om die areas in haar lewe te identifiseer waaroor sy beheer het (Covey, 1999:81). Hierna kan die verpleegkundige areas van beheer tot areas van beheerloosheid in die verpleging van terminale VIGS pasiënte identifiseer.
- Fasiliteer die verpleegkundige om *verdedigingsmeganismes* wat sy gedurende die verpleging van terminale VIGS pasiënte het te identifiseer. Verduidelik aan haar die gebruik van verdedigingsmeganismes soos die onderdrukking van emosies, disassosiëring, projeksie, rasionalisering, ontkenning en intellektualisering ten einde die emosionele impak van die sterwensproses te minimaliseer (Wilson & Kneisl, 1993:91-96).
- Wys die verpleegkundige op die belangrike rol van *humor* as hanteringsmeganisme tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënte. Humor kan die volgende voordele inhou (Kleinke, 1991:5): om perspektiewe te behou en negatiewe

oorinterpretering te voorkom; humor het 'n aangename impak op die mense rondom jou; dit bewerkstellig meer samewerking en ondersteuning van kollegas; bevorder gevoelens van selfdoeltreffendheid en aktiveer 'n kreatiewe houding teenoor lewe.

- Motiveer die verpleegkundige om *kreatiwiteit* in die verpleging van die terminale VIGS pasiënt te bewerk. Dit behels vindingryke produktiwiteit (Morris in Brenton, 1985:156) in die verpleging van pasiënte waartydens die alledaagse tot genot omgeskakel kan word. Voorbeelde is om die alledaagse saalroetine tot 'n opwindende spel vir die terminale VIGS pasiënt om te skakel; te voorsien in buigsaamheid in die hantering van pasiënte se individuele behoeftes soos dat die pasiënt sy geliefkoosde objekte soos 'n kussing, 'n boek of speelgoed by hom kan hou; bied geleentheid aan die pasiënt en sy familie om deur gedagteprikkeling idees te gee om die pasiënt se lewensgehalte tydens die sterwensproses te optimaliseer soos om die pasiënt gereeld te besoek, aan die pasiënt se voedsel voorkeure te voorsien, ligte musiek te speel en rustige aktiwiteite saam met die pasiënt uit te voer soos die bou van 'n legkaart.
- Verskaf voorligting aan die verpleegkundige ten opsigte van *afdienstye*. Motiveer haar om gebruik te maak van geskeduleerde afdienstye sonder steurnisse vanaf die eenheid. Verduidelik dat oortydwerk die moontlikheid van uitbranding kan bevorder. Die verpleegkundige kan afdienstye vir *ontspanning* en *genot* gebruik (Brenton, 1985:9,36) wat ten minste 30 minute duur twee maal per week. Gedurende dienste moet geleenthede van *onderbreking* beskikbaar wees aan al die verpleegkundiges in die eenheid. Tesame met die gebruik van afdienstye, is die gebruik van ontspanningsoefeninge, genoegsame *slaap* en *vitamien B-ryke dieet* ook sinvol.

4.4.1.2 Uitgebreide vaardighede vir die verpleegkundige ten opsigte van sterwensbegeleiding van die terminale VIGS pasiënt

- Indien die verpleegkundige nog nie 'n kursus in sterwensbegeleiding deurloop het nie, sou dit sinvol wees om so 'n kursus te deurloop om haar te bemagtig tot meer effektiewe hantering van die blootstelling aan die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt. Indien die verpleegkundige wel 'n sterwensbegeleidingskursus deurloop het, sal 'n opknapping daarvan ook sinvol wees.

- Fasiliteer die verpleegkundige om te *erken* dat emosies rondom dood *onaangenaam* maar ook 'n *onvermydelike* deel van lewe en verpleging is, waaraan alle mense op een of ander stadium blootgestel word (Kleinke, 1991:129; Kübler-Ross, 1995:7-9, Rancour, 2000:24).
- Fasiliteer die verpleegkundige aan die hand van voorligting en rollespel om *effektiewe lewe-dood gesprekke* met die terminale VIGS pasiënt en sy familie te kan voer. Deur *fasiliterende kommunikasie* kan die verpleegkundige 'n *terapeutiese* en 'n *vertrouensverhouding* met die pasiënt en sy familie inisiëer, opbou en instand hou (Wilson & Kneisl, 1993:148). Hierdie fasiliterende kommunikasie geskied aan die hand van die volgende riglyne:
 - Verseker dat die volgende *interpersoonlike vaardighede* deurlopend in die gesprek figureer (Wilson & Kneisl, 1993:149-152):
 - *Warmte* wat hoofsaaklik in dieselfde dimensie as empatie en respek gedemonstreer kan word, alhoewel persoonlike ruimte vir die verpleegkundige asook pasiënt gerespekteer moet word.
 - *Empatie* ten einde interpersoonlike ondersoeke te fasiliteer.
 - *Respek* waardeur die verpleegkundige waarde aan die pasiënt se integriteit demonstreer sonder die gebruik van haar verwysingsraamwerk en advies.
 - *Opregtheid* waartydens die verpleegkundige eerlik met die pasiënt moet wees.
 - Fokus op die *hier-en-nou* van die terapeutiese verhouding.
 - Maak gebruik van Buckman (*in* Rancour, 2000:24) se **SPIKES** akroniem as struktuur vir lewe-dood gesprekke met die terminale VIGS pasiënt en sy familie:
 - **Situasie** en luistervaardighede:
 - Verseker privaatheid en sluit slegs diegene in die gesprek wat die pasiënt daar wil hê.

- Wees op oogvlak met die pasiënt sonder fisiese hindernisse tussen die verpleegkundige en pasiënt, sodat oogkontak aangemoedig kan word.
 - Die verpleegkundige moet voor die onderhoud besluit hoe sy kontak sal inisieer, soos byvoorbeeld “Ek is beskikbaar indien u enige vrae oor u siekte het, of daaroor wil praat”, of “Wat is vir u die moeilikste van hierdie hele situasie?”.
 - Die verpleegkundige kan die pasiënt en familieledede spontaan aanraak inaggenome kulturele voorkeure en persoonlike ruimte.
 - Maak hoofsaaklik van oop vrae gebruik aangesien dit die meeste inligting verseker.
 - Belangrike aspekte van aktiewe luister naamlik stilte, minimale verbale respons, parafrasering en reflektering kan gebruik word.
 - Verminder onderbrekings sover moontlik.
- **Persepsie:**
- Vra die pasiënt wat hy alreeds van sy toestand weet waartydens die verpleegkundige die pasiënt se vlak van begrip en woordeskat beraam. Noteer indien daar ’n diskrepans tussen die pasiënt se persepsie van sy gesondheid en die werklike gesondheidsfeite bestaan.
 - Stel wanpersepsies reg, deur byvoorbeeld na “VIGS” te verwys indien die pasiënt die term “siekte” gebruik. Hierdeur kan ’n groter impak van die omvang van die toestand op die pasiënt bewerkstellig word.
- **‘Invitation’ (uitnodiging):**
- Hierdie fase is die belangrikste in die onderhoud. Bepaal hoeveel is die pasiënt gereed om te hoor. Indien die pasiënt nie alles oor sy toestand wil hoor nie, beantwoord vrae soos wat die pasiënt en familie dit vra. Dit is byvoorbeeld vir die

pasiënt meer belangrik om te weet dat hy nie weer sal kan werk nie, in plaas daarvan om aan die pasiënt te verduidelik dat die genetiese samestelling van T-limfosiete deur die MI-virus verander is waardeur sy immuniteit lamgelê is en sy liggaam deur opportunistiese infeksies geaffekteer word.

○ Kennis:

- Verduidelik vir die pasiënt sy toestand in klein hoeveelhede in 'n verstaanbare taal (maak van *tolke* gebruik indien nodig).
- Kontroleer gereeld of die pasiënt die verduideliking begryp deur toepaslike vrae te vra.
- Respondeer op die pasiënt se emosionele reaksies soos wat dit na vore kom.

○ Eksploreer:

- Maak van empatiese response gebruik, waartydens die verpleegkundige die pasiënt se gevoelens benoem, die oorsprong daarvan identifiseer en so respondeer dat onvoorwaardelike aanvaarding en aktiewe luister gedemonstreer word.
- Gebruik aktiewe luistervaardighede soos reflektering, parafrasering en uitklaring. Hierdeur word die pasiënt se emosies bevestig.
- Maak gebruik van reflektiewe luister ten einde te bepaal of die pasiënt in ontkenning is.
- Observeer die pasiënt se verbale en nie-verbale kommunikasie. Hierdeur kan die verpleegkundige beweeg van voorligting na probleemoplossings na empatie betoning.
- Die pasiënt sal aan die verpleegkundige wys wanneer hy reg is vir meer inligting. Hierdeur word die pasiënt se rouproses gefasiliteer soos wat hy die inligting oor die impak van VIGS in sy lewe absorbeer.

- **Strategie en opsomming:**
 - Beraam die pasiënt se verwagtinge ten opsigte van sy toestand, behandeling en prognose.
 - Stel 'n strategie voor en nadat alle alternatiewe ondersoek is, fasiliteer die pasiënt om 'n plan van aksie te kies.
 - Tydens die opsomming van die gesprek, vra aan die pasiënt vir enige vrae wat gedurende die opvolgbesoek hanteer moet word.
 - Verseker die pasiënt dat die transformasie van kuratiewe na palliatiewe sorg steeds gehalte verpleging en omgee insluit.
- Die verpleegkundige moet daarna strew om die *uniekheid* van elke terminale VIGS pasiënt te behou. Waak teen 'n onbuigsame, kliniese gebruik van sterwensbegeleiding, waar die terminale VIGS pasiënt in fases van die sterwensproses verdeel word. 'n Interaktiewe, eklektiese raamwerk vir sterwensbegeleiding (Copp, 1998:390) waar die veelvuldige fasette van die sterwensproses en dood asook die impak daarvan op die terminale VIGS pasiënt, familie, vriende en die verpleegkundige inaggeneem word, word aanbeveel.
- Fasiliteer die verpleegkundige om *spesifieke optredes en behoeftes* van die terminale VIGS pasiënt tydens sterwensproses te identifiseer. Alternatiewe tussentredes in die hantering van hierdie optredes en behoeftes kan daarna bespreking geniet. Aan die einde van die gesprek kan die verpleegkundige 'n omvattende *verpleegplan* vir die terminale VIGS pasiënt formuleer. Vervolgens kan 'n geskrewe protokol in die hantering van die terminale VIGS pasiënt die verpleging van hierdie pasiënte meer effektief en hanteerbaar vir die verpleegkundige maak.
- Kleinke (1991:108) herinner dat die *empatisering* met 'n pasiënt nie noodwending die aanvaarding van die persoon se gedrag in hou nie. Hierdie beginsel van empatie moet aan die verpleegkundige herbevestig word. Daardeur word die verpleegkundige gefasiliteer om steeds empatie aan die

terminale VIGS pasiënt te toon, al het sy waarde-oordele oor die pasiënt weens sy MIV-status.

- Verskaf doeltreffende *voorligting* aan die terminale VIGS pasiënt oor MIV/VIGS. Hierdie voorligting moet aan die beginsels van doeltreffende voorligting geskied (Clark, 1996:131-141). Verseker dat die inhoud van die voorligting *kultuursensitief* is, maak gebruik van tolke in geval van taalgrense. Die ondersteunende onderhoud en voorligting kan aan die hand van Buckman (*in* Rancour, 2000:24) se **SPIKE**-metode (soos reeds bespreek op bladsy 89-91) vir lewe-dood gesprekke met terminale VIGS pasiënte gedoen word.
- Begelei die verpleegkundige om deur *rollespel behulp same response* (Kleinke, 1991:140) teenoor die terminale VIGS pasiënt te openbaar. Voorbeelde van behulp same response is die verpleegkundige se ekspressie van werklike omgee en belangstelling in die terminale VIGS pasiënt, om geleentheid vir die pasiënt te bied om sy gevoelens tydens die sterwensproses te kan ventileer en om vir die pasiënt beskikbaar te wees.
- Voorligting en ondersteuning aan terminale kinders met VIGS kan aan die hand van *simboliese taal en vergelykings* plaasvind (Kübler-Ross, 1995:6-9). Die verpleegkundige kan byvoorbeeld aan 'n terminale kind verduidelik hoe 'n mot eers 'n toegespinde papie word ten einde 'n vlinder te kan wees, of dat 'n saadjie wat in die grond geplant word eers moet doodgaan om te kan ontkiem en dan groei. Kübler-Ross (1995:6-9) wys daarop dat kinders hulle behoefte aan en die vlak van voorligting duidelik aan die verpleegkundige sal wys. Deur saam met die terminale kind met VIGS sketse te maak, daaroor te gesels en vrae op simboliese wyse te beantwoord deur van tolke gebruik te maak indien taalhindernisse teenwoordig is, kan voorligting en ondersteuning aan die terminale kind gebied word.
- Die instandhouding van die terminale VIGS pasiënt se *gehalte van lewe* tydens die sterwensproses is van kardinale belang. Fasiliteer die verpleegkundige om op kreatiewe wyse in pasiënte se behoeftes om *laaste geliefde aktiwiteite* (Weenolsen, 1996:90-92) uit te voer, te voorsien. So kan die verpleegkundige byvoorbeeld die pasiënt se familie inlig dat hy graag 'n nasionale sokkerwedstryd wil kyk, of dat die pasiënt al sy kinders wil vashou

en om selfs die versoek om 'n kerkdien in die pasiënt te kamer te hou, te fasiliteer. Hierdie riglyn noodsaak die verpleegkundige om *buigsaamheid* in die verpleegroetine tydens die sterwensproses te aktiveer.

- Maak gebruik van opregte *terapeutiese aanraking* (Brenton, 1985:8) van die terminale VIGS pasiënt tydens die sterwensproses. Navorsing deur Krieger (in Brenton, 1985:28-29) wys dat die terapeutiese aanraking van 'n pasiënt in die algemeen, aanleiding tot 'n groter gevoel van welstand gee.
- Verskaf geestelike versorging (Richards & Johnson, 1982:62) aan die terminale VIGS pasiënt en sy familie tydens die sterwensproses. Die verpleegkundige kan eerlik en oop oor haar geloof wees terwyl sy swaar teologiese besprekings eerder kan verwys na 'n kapelaan of geestelike leier. Gedurende die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt kan die verpleegkundige die wesenlikheid van Jesus Christus se liefde en teenwoordigheid op 'n verstaanbare wyse aan die pasiënt meedeel.

4.4.1.3 Die hantering van spesifieke temas deur die verpleegkundige beleef tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

Riglyne aan die verpleegkundige vir die effektiewe hantering van spesifieke temas tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt, word aan die hand van die volgende hoofde uiteengesit:

- 4.4.1.3.1 hantering van die terminale VIGS pasiënt se familie;
- 4.4.1.3.2 hantering van kennis wat MIV-positief gediagnoseer word;
- 4.4.1.3.3 hantering van die jong ouderdom van pasiënte;
- 4.4.1.3.4 hantering van die konflik ten opsigte van die mediese behandeling;
- 4.4.1.3.5 hantering van etiese vraagstukke ten opsigte van MIV/VIGS; en
- 4.4.1.3.6 gebruik van voorkomingsmaatreëls tydens die verpleging van die terminale VIGS pasiënt.

Vervolgens 'n meer indringende bespreking van hierdie riglyne.

4.4.1.3.1 Hantering van die familie

- Begelei die verpleegkundige deur gesprekvoering tot die erkenning dat die familie (Kleinke, 1991:179) 'n *kardinale rol* in die hantering van die terminale VIGS pasiënt en die pasiënt se gehalte van lewe tydens die sterwensproses speel.
- Fasiliteer die verpleegkundige om *kultuurdiverse* optredes van die familielede van terminale VIGS pasiënte te identifiseer. Verlies weens die sterwensproses en gevolglike dood van die terminale VIGS pasiënt kan *verskillende emosies en gedrag by die familie* aktiveer wat 'n verskeidenheid van die volgende kan demonstreer (Kleinke, 1991:129-131): *emosies* soos hartseer, woede, skuld, angs, uitputting, skok, verligting, ongeloof, afgestompheid; *fisieke reaksies* soos energietekort, styfheid in die keel en borskas; *gedagtes* soos ongeloof, verwardheid en preokkupasie en *gedrag* soos sosiale onttrekking en huil (huil kom nie altyd voor nie). Wanneer die verpleegkundige kennis besit oor die verskillende emosies, gedrag, gedagtes en fisieke reaksies wat familie tydens die sterwensproses kan demonstreer, sal sy dit as minder skokkend beleef en beter kan fasiliteer.
- Motiveer die verpleegkundige om die familie se *deelname en betrokkenheid* in die verpleging van die terminale VIGS pasiënt te aktiveer en te bevorder. Die verpleegkundige kan byvoorbeeld die familie uitnoui om te help om die pasiënt te voer, aan die familie die behandelingsregime verduidelik en hulle voorstelle uitvra en toepaslikes implementeer.
- Aktiveer 'n gesprek met die verpleegkundige oor die wesenlikheid van *ontneemde rou* (Kleinke, 1991:134) wat by familielede van terminale VIGS pasiënte mag voorkom, weens die assosiëring van VIGS met lae morele waardes.

4.4.1.3.2 Hantering van kennis wat MIV-positief gediagnoseer word

- Maeve (1998:1136-1142) noem dat die verpleegkundige en MIV-positiewe pasiënte in gemeenskappe verbind word. Laat die verpleegkundige die terminale VIGS pasiënt se rol in die gemeenskap bespreek asook die onervulbaarheid daarvan. Fasiliteer die verpleegkundige om te besin of die sterwensproses en dood van hierdie kennis 'n ander dimensie aan haar lewe gee, soos dat die verpleegkundige

meer tyd saam met haar kinders moet spandeer of dat sy voorligting aan haar tienerkinders moet verskaf.

- Die verpleegkundige moet ingelig word dat bevooroordeelings ten opsigte van pasiënte se MIV-status as 'n produk van immorele gedrag, steeds 'n rol speel in haar houding teenoor die MIV-positiewe pasiënt (Schleubusch *et al.*, 1991:247).

4.4.1.3.3 Hantering van pasiënte se jong ouderdom

- Payne *et al.* (1998:705) is van mening dat mense die dood van jong pasiënte universeel as traumaties beleef. Daarom moet geleentheid aan die verpleegkundige gebied word om te ventileer wanneer kinders en jongmense met terminale VIGS sterf.
- Tydens 'n ondersteunende onderhoud met die verpleegkundige kan die vraag na lewensgehalte versus lewensduurte bespreek word. Stimuleer die verpleegkundige om die volgende opmerkings deur Kübler-Ross (1981:76) en Graham (1988:75) op die tiener wat terminale VIGS het te bespreek. Die eerste outeur is van mening dat die mens nie teen die duurte van 'n pasiënt se lewe moet vasstaar nie, maar die kwaliteit daarvan. Graham noem dat wanneer 'n jongmens sterwe, is sy lewe nie verkort of gesteel nie. Dit is die einde van sy aardse bestaan, 'n volkome begin en einde.

4.4.1.3.4 Hantering van konflik ten opsigte van mediese behandeling

- Dit is noodsaaklik dat die verpleegkundige vir haarself die konflik met betrekking tot die mediese behandeling van die terminale VIGS pasiënt moet uitklaar. Hierdie konflik kan uitgeklaar word deur die verpleegkundige te begelei om haar waardes en opinies ten opsigte van mediese behandeling te identifiseer en die bespreek.
- Vervolgens kan die verpleegkundige 'n lêer in die eenheid waar terminale VIGS pasiënte verpleeg word instand hou. Gedurende *maandelikse eenheidsvergaderings* moet die nuutste kennisgewings vanaf die Departement van Gesondheid, Noordwesprovinsie asook die bestuur van die hospitaalkompleks met betrekking tot die mediese behandeling van MIV/VIGS pasiënte bespreek word. Hierdeur kan die

verpleegkundige op hoogte bly van die wetlike maatreëls verbonde aan die mediese behandeling.

- Die verpleegkundige kan aangemoedig word om *steeds koste-effektiewe* verpleging van uitstaande gehalte aan die terminale VIGS pasiënt te verskaf. Hierdie kan die verpleegkundige *alternatiewe tussentredes* identifiseer wanneer medikasie beperk of afwesig is, soos byvoorbeeld die gebruik van massering, terapeutiese aanraking en religie terapie.
- Inisiëer 'n maandelikse *multiprofessionele spanvergadering* wat op die mediese behandeling van pasiënte met MIV/VIGS fokus. Die doel van hierdie vergadering is om deur opleiding en verwysing optimale gesondheidsorg aan die terminale VIGS pasiënt en sy familie te lewer. Die verpleegkundige, wat 'n sentrale rol in die multiprofessionele span vervul moet haar teenwoordigheid by hierdie maandelikse byeenkoms laat geld deur aktiewe deelname. Gedurende hierdie vergadering kan die nuutste navorsing voorgelê word en kan vrae, onsekerhede, rolle en verwagtinge uitgeklaar word.

4.4.1.3.5 Hantering van etiese vraagstukke

- Fasiliteer die verpleegkundige om etiese vraagstukke met betrekking tot die verpleging van terminale VIGS pasiënte te identifiseer en stel 'n geskrewe lys daarvan saam. Lê die volgende hulpmiddels ter tafel en begelei die verpleegkundige om die geïdentifiseerde etiese vraagstukke daarvolgens te bespreek: die verpleegkundige se lewensbeskouing en religieuse verwysingsraamwerk, die etiese kodes vir die verpleegprofessie; reëls en regulasies; toepaslike wetgewing; professionele verpleegstandaarde en die handves van menseregte.
- Motiveer die verpleegkundige om die noodsaaklike rol van etiek in die verpleging van terminale VIGS pasiënte uit te klaar. Die volgende riglyne kan die gesprek stuur: (i) etiek bevorder die gehalte gesondheidsorg deur die multiprofessionele span aan die pasiënt; (ii) dit verhoog die vlak van die multiprofessionele span se kommunikasievaardighede en (iii) die multiprofessionele span se sensitiwiteit teenoor die terminale VIGS pasiënt en sy familie verhoog.

- Fasiliteer die verpleegkundige om die omvang van haar professionele outonomieit tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënte te bespreek. Gebruik die volgende riglyne ter stimulering van die gesprek: (i) die verpleegkundige se professionele outonomieit lei tot groter verantwoordelikheid; (ii) groter verantwoordelikheid by die verpleegkundige benodig selfverantwoordelikheid; (iii) die verpleegkundige se vermoë om te kan oordeel tussen reg en verkeerd sonder die leiding van eksterne kontroles; en (iv) onafhanklike besluitneming.
- Laat die verpleegkundige haar filosofiese raamwerk/paradigmatiese perspektief neerskryf. Volgens Botes (1994:67) is die mens se filosofiese raamwerk 'n kardinale aspek in etiese besluitneming. Bespreek ter illustrasie van die impak van die mens se filosofiese raamwerk, die christelike benadering in die verpleging van terminale VIGS pasiënte teenoor humanisme.
- Lê aktuele gevallestudies oor MIV/VIGS aan die verpleegkundige voor en analyseer hierdie gevallestudies aan die hand van die volgende vrae (Wilson & Kneisl, 1993:121) ten einde die verpleegkundige in die proses van etiese besluitneming te fasiliteer: (i) wie is die relevante deelnemers in elke gevallestudie?; (ii) wat is die verlangde aksie wat by elke gevallestudie uitgevoer moet word?; (iii) wat is die waarskynlike en die moontlike gevolge van die aksie?; (iv) wat is die alternatiewe aksies en keuses vir die spesifieke toestand?; en (v) wat is die konteks vir aksie?
- Bespreek die volgende beginsels vir etiek in die mediese wetenskap (Wilson & Kneisl, 1993:122) met spesifieke verwysing na MIV/VIGS: (i) outonomieit – die reg van die terminale VIGS pasiënt om sy eie besluite te neem; (ii) nie-kwaadwilligheid – die verpleegkundige se motief om nie verkeerd te doen nie; (iii) nie-benadeling – die verpleegkundige se motief om verpleegtussentredes tot voordeel van die pasiënt uit te voer; (iv) regverdigheid – wanneer die verpleegkundige die voor- en nadele van tussentredes verdeel en aan alle terminale VIGS pasiënte lewer; (v) waarheid – die verpleegkundige se motief om die waarheid te praat; en (vi) konfidensialiteit – die kontrak tussen die dokter en pasiënt wat privaatheid verseker.

- Begelei die verpleegkundige om tussen die volgende begrippe te onderskei ten einde verwarrende gebruik daarvan te voorkom: (i) privaatheid; (ii) professionele geheimhouding; en (iii) konfidensialiteit.

4.4.1.3.6 Die gebruik van voorkomingsmaatreëls tydens die verpleging van terminale VIGS pasiënte

- Begelei die verpleegkundige aan die hand van aktuele statistiek en wetenskaplike bronne om die verspreiding van die MI-virus in die gesondheidsorgdiensleweringstelsel in perspektief te sien. Volgens Van Dyk (1992:25) is die verpleegkundige in 'n hoër risiko om met Hepatitis B (6%-30%) as MIV (0,5%) deur 'n naaldprik besmet te word. Dieselfde outeur (Van Dyk, 1992:25) is van mening dat die voorkomingsmaatreëls om Hepatitis B te voorkom, voldoende is om MIV-besmetting te voorkom. Die gevaar van MIV-besmetting deur 'ongelukke' tydens die verpleging van MIV-positiewe pasiënte hang af van die volume bloed waaraan die verpleegkundige blootgestel is asook die aansteekbaarheid van die pasiënt (Van Dyk, 1992:26). Pasiënte met simptomatiese VIGS is wel meer aansteekbaar as pasiënte wat korttermyn met die MI-virus besmet is.
- Versterk die beginsel van universele voorkomingsmaatreëls by die verpleegkundige. Hierdeur moet die verpleegkundige elke pasiënt as potensiële MI-virus draers (Van Dyk, 1992:26-27) sien, juis weens die asimptomatiese fase van MIV en die konfidensialiteit verbonde aan pasiënte se MIV-status. Die verpleegkundige kan aan pasiënte die doel van wedersydse beskerming deur universele voorkomingsmaatreëls verduidelik ten einde uitsondering van terminale VIGS pasiënte te voorkom.

4.4.2 Aanbevelings vir die verpleegnavorsing

Die navorser is van mening dat die volgende navorsingsprobleme vir soortgelyke verpleegnavorsing sinvol mag wees:

- die verpleegkundige se vaardighede in die hantering van lewe-dood gesprekke met terminale VIGS pasiënte en hul families;

- die rol van moedertaal in die verpleging van terminale VIGS pasiënte ten einde hoogs-emosionele tema's van lewe en dood doeltreffend te hanteer;
- die verpleegkundige se belewenis van kultuurkongruente verpleging van terminale VIGS pasiënte midde-in 'n kultuurdiverse milieu;
- spesifieke rolle en verantwoordelikhede van die verpleegkundige in die verpleging van terminale VIGS pasiënte;
- die verpleegkundige se sinbelewenis oor die sterwensproses en dood van terminale VIGS pasiënte; en
- die verpleegkundige se rol teenoor ander lede van die multi-professionele span tydens die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte.

4.4.3 Aanbevelings vir verpleegonderrig

Die volgende aanbevelings kan vir verpleegonderrig aan die hand van die geformuleerde riglyne (sien 4.4.3) gemaak word:

- Ten opsigte van die kurrikulum van die kursus wat lei tot registrasie by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as Verpleegkundige (Algemene, Gemeenskaps- en Psigiatriese) en Vroedvrou asook kursusse vir bykomende kwalifikasies word die volgende aanbevelings gemaak:
 - voorsien riglyne ten opsigte van die sterwensproses en verpleging van terminale VIGS pasiënte;
 - fasiliteer studentverpleegkundiges asook geregistreerde verpleegkundiges ten einde hul kommunikasie vaardighede in die hantering van lewe-dood gesprekke te verbeter; en
 - begelei verpleegkundiges om spesifieke aspekte vir sterwensbegeleiding van die terminale VIGS pasiënt tydens die wetenskaplike proses van verpleging te beraam en verpleegtussentredes te inisiëer.

- Ten opsigte van indiensopleiding van geregistreerde verpleegkundiges en die kliniese praktykbegeleiding van studentverpleegkundiges:
 - verskaf deurlopende ondersteuning vir verpleegkundiges tydens blootstelling aan die sterwensproses en dood van terminale VIGS pasiënte. Ondersteuning kan deur kliniese begeleiers asook geïdentifiseerde verpleegpersoneel verskaf word, in oorleg met die bestuur van die gesondheidsorgfasiliteit. Die proses van ondersteuning sal beskikbaarheid van die ondersteuner, geleentheid tot ventilering, verwysing en/of tydelike oorpasing na 'n ander eenheid behels;
 - voorsien geleentheid aan verpleegkundiges om roumart en dood in hul eie lewens te definieer en te hanteer;
 - deur opvolg-ondersteuningsdienste kan die verpleegkundige gefasiliteer word om bewus te raak van die effektiewe hanteringsvaardighede wat sy reeds in die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte gevind het.

4.5 SAMEVATTING

Die navorser is van mening dat die doelstellings van hierdie navorsing, naamlik om die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te verken en te beskryf ten einde riglyne te formuleer om die verpleegkundige te fasiliteer ten einde die blootstelling aan die sterwensproses meer effektief te hanteer, bereik is.

Alvorens hierdie navorsing geloods is, is 'n ondersoek vanuit die literatuur uitgevoer wat geblyk het dat daar 'n toename in die hospitalisasie en dood van terminale VIGS pasiënte in Suid-Afrika is en dat die verpleegkundige as sleutelfiguur presenter in die verpleging van hierdie pasiënte. Die unieke aard van MIV/VIGS lei daartoe dat die verpleegkundige se belewenis daarvoor anders as by terminale pasiënte in die algemeen kan wees. Vervolgens mag die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt die verpleegkundige se geestesgesondheid beïnvloed.

Die navorsingsresultate het getoon dat die verpleegkundige beleef dat die verloop van die sterwensproses van terminale VIGS pasiënte deur verskeie faktore beïnvloed word. Kontrasterende belewenisse ten opsigte van die mediese behandeling het navore gekom. Terminale VIGS pasiënte toon spesifieke behoeftes en optredes tydens die sterwensproses. Die verpleegkundige het verskeie belewenisse ten opsigte van haar emosies en optredes bekend gemaak. Alhoewel nie belewenisse nie, het die verpleegkundige se waarde-oordele ten opsigte van die terminale VIGS pasiënt en sy familie, haar gedrag en verantwoordelikhede asook die mediese behandeling as 'n laaste kategorie gekristaliseer.

Riglyne is by wyse van aanbevelings aan die hand van die navorsingsresultate vir die verpleegpraktyk, verpleegnavorsing en verpleegonderrig geformuleer. Ten opsigte van die verpleegpraktyk het riglynformulering op die verpleegkundige se uitklaring van lewe en dood vir haarself, die psigologiese verwerking van die sterwensproses, die uitbreiding van hanteringsmeganismes en vaardighede in sterwensbegeleiding asook op die hantering van spesifieke temas tydens die sterwensproses, gefokus.

BIBLIOGRAFIE

AIDS CONSORTIUM. 1993. The AIDS consortium charter of rights on AIDS and HIV. South African journal of human rights. 9(1):161-164.

ALMOND, B. 1990. AIDS: a moral issue: the ethical, legal and social aspects. London : McMillan.

ANDERSON, J., ed. 2000. A guide to clinical care of women with HIV. 2000. (Unpublished.)

ANON. 1998a. How extensive are HIV/AIDS and STD'S? Nursing news: 32-33.

ANON. 1998b. VIGS tref die deel van Afrika erg0. Rapport:18, Okt. 6.

ANON. 1998c. S.A moet saamstaan om VIGS-toekoms te trotseer. Naweek-Beeld:10, Okt. 1.

ANON. 1998d. March of a human catastrophe. The Mercury:1, Nov. 9-10.

ANON. 1998e. Mondelinge mededeling deur 'n verpleegdiensbestuurder van 'n provinsiale hospitaal in die Noordwesprovinsie aan outeur. Potchefstroom.

ANON. 2001a. HIV/AIDS in Africa, the symptoms, diagnosis and the reality. [Web:] http://rebirth.co.za/AIDS_in_Africa2.htm. [Date of access: 19 March, 2001].

ANON. 2001b. Aanhaling deur die minister van Gesondheid, Dr Tshabalala-Msimang, gedurende 'n onderhoud in 'n artikel vir Anazi Plaaslike Nuus, SAPA, Maart 19 2001.

[Web:] <http://ananzi.co.za/zones/news,2001022/19-16-story.html> [Datum van gebruik: 19 Maart, 2001].

BENZEIN, E. & SAVEMAN, B. I. 1998. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. International journal of nursing studies, 35:322-329.

BESTER, M.E. & ARENDSE, Y. 1996. Kennis en houding van verpleegstudente aangaande VIGS in 3 opleidingsinstansies in die Wes-Kaap. Curationis, 19(4):64-66, Des.

BOTES, A.C. 1994. 'n Model vir etiese besluitneming in verpleging. Curationis, 17(4):66-70, Des.

BOTES, A.C. 1995. 'n Model vir navorsing in verpleegkunde. Johannesburg : RAU.

BOTHA, M.E. 1995. 'n Wêreld wat aan God behoort. Inleiding tot 'n Christelike werklikheidsleer (Ontologie). Potchefstroom : PU vir CHO. 209 p. (Studiegids D3/92.)

BOUWER, M., DREYER, M., HERSELMAN, S., LOCK, M. & ZEELIE, S. 1997. Contemporary trends in community nursing. Halfway House : International Thomson Publishing.

BRENTON, M. 1985. The preventive total health system: emotional health. Pennsylvania : Rodale Press.

BRINK, H. 1996. Fundamentals of research methodology for health care professionals. Kenwyn : Juta.

BURNS, N. & GROVE, S.K. 1997. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 3rd ed. Philadelphia : Saunders.

CABELL, K. 2000. Death: what you can expect. [Web:]
<http://emanon.net/~k.cabell/signs.htm> [Date of access: Jul. 2000].

CALLANAN, M. & KELLY, P. 1992. Final gifts: understanding and helping the dying. London : Hodder and Stoughton.

CHAMANE, N.J. & KORTENBOUT, W. 1997. Professional nurse's knowledge and understanding of HIV/AIDS infection. Curationis, 20(2):43-46, Jul.

CHIPFAKACHA, A.G., chair. 1998. World Health Organization UNAIDS. AIDS epidemic update: December 1998. Mmabatho : Department of Health and Social Development.

CITIZEN REPORTER. 1998. Mbeki warns on S.A AIDS horror. The Citizen:10, Okt. 1.

CLARK, M.J. 1996. Nursing in the community. 2nd ed. Stanford : Appleton & Lange.

COPP, G. 1998. A review of current theories of death and dying. Journal of advanced nursing, 28(2):382-390.

COVEY, S. R. 1999. The seven habits of highly effective people: powerful lessons in personal change. London : Pocket Book.

CRESWELL, J.W. 1994. Research design: qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks : Sage.

CROUS, F., HAVENGA COETZER, A. A. & VAN DEN HEEVER, G., eds. 1997. On the way to meaning: essays in remembrance of Viktor Frankl. Benmore : Victor Frankl Foundation of South Africa.

DEETLEFS, E. 1998. Die houding van verpleegkundiges teenoor die MIV-positiewe pasiënt. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie – MA.)

DENOSA (Democratic Nursing Organisation of South Africa). 1998. Position Statements. 2.2.1-2.2.4.

EGAN, G. 1994. The skilled helper: a problem-management approach to helping. 5th ed. Pacific Grove : Brooks/Cole.

FIELD, P.A. & MORSE, J.M. 1985. Nursing research: the application of qualitative approaches. Kent : Croom Helm.

GRAHAM, B. 1988. Die dood: en die lewe daarna. Kaapstad : Struik.

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. 1989. Fourth generation education. London : Sage.

GYULAY, J. E. 1978. The dying child. New York : McGraw Hill.

HARVEY, M. 2001. Presidential AIDS Advisory Panel. [Web:] [http:// iclinic.co.za/mar01/aids/aidspanel.9.htm](http://iclinic.co.za/mar01/aids/aidspanel.9.htm). [Date of access: 19 March, 2001].

HAYWOOD, M. 2000. Reporting, partner notification and disclosure of HIV serostatus and/or AIDS: public health and human rights implications. Sexual health exchange. 1:1-3.

HEYNS, M. 1992. Hurdles and voids encountered in the battle against AIDS. Rehabilitation in South Africa:60-66, Jun.

KALEEBA, N., KADOWE, J.M., KALINAKI, D. & WILLIAMS, G. 2000. Open secret: people facing up to HIV and AIDS in Uganda. (Strategies for hope series no. 15.) London : Actionaid.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. 1995. Comprehensive textbook of psychiatry. 6th ed. Volume 1 & 2. Baltimore : Williams & Wilkens.

KEET, M.P., HARRISON, V.C., & SHORE, S.C.L.. 1987. Die pasgebore baba. Kaapstad : Juta.

KLEINKE, C.L. 1991. Coping with life challenges. California : Brooks/Cole.

KOZIER, K.; ERB, J.; BLAIS, L.S. & WILKINSON, D. 1995. Fundamentals of nursing. 5th ed. St Louis : Mosby.

KÜBLER-ROSS, E. 1974. Questions and answers on death and dying. New York : MacMillan.

KÜBLER-ROSS, E. 1982. Living with death and dying. London : Souvenir.

KÜBLER-ROSS, E. 1995. Living with death and dying. London : Souvenir.

LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 1994. Nursing research: methods, critical appraisal and utilization. 3rd ed. St. Louis : Mosby.

MAEVE, M. K. 1998. Weaving a fabric of moral meaning: how nurses live with suffering and death. Journal of advanced nursing, 27:1136-1142.

MASIEA, M. 2000. Mondelinge mededeling aan outeur. Potchefstroom.

MEINTJIES, F. 2000. SA's response to AIDS: a tale of woe and denial. [Web:] <http://www.aaegis.com/news/suntimes/2000/ST000707.htm> [Date of access: 9 Jul. 2000].

MOKHOMO, M. & MOLEFE, M. 1992. Obstacles and hurdles in education about HIV/AIDS in black communities. (Toespraak gelewer by die Christelike Kongres oor MIV/VIGS in Pretoria gedurende September 1993. Pretoria.)

MORSE, J.M. 1991. Qualitative nursing research: a contemporary dialogue. Rev. ed. California : Sage.

MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1992. Basiese begrippe: metodologie van die geesteswetenskappe. Pretoria : RGN.

NTSIZI, T. C. 2000. Mondelinge mededeling aan outeur. Potchefstroom.

O'GORMAN, S.M. 1998. Death and dying in contemporary society: an evaluation of current attitudes and the rituals associated with death and dying and their relevance to recent understandings of health. Journal of advanced nursing, 27:1127-1135.

OKUN, B.F. 1992. Effective helping interview and counseling techniques. 4th ed. California : Brookes/Cole Pub. Co.

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

ORAL ROBERTS UNIVERSITY ANNA VAUGHN SCHOOL FOR NURSING. 1989. A syllabus and general guide for theories in nursing. Fall semester 1989. Tulsa, Oklahoma : Oral Roberts University.

PAYNE, S.A., DEAN, S.J. & KALUS, C. 1998. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. Journal of advanced nursing, 28(4):700-706.

PENSON, J. & FISHER, R. 1995. Palliative care for people with cancer. 2nd ed. London : Arnold.

PEQUEGNAT, W. & SZAPOCZNIK, J. 2000. Working with families in the era of HIV/AIDS. California : Sage.

PHIPPS, W. J., SANDS, J. K., & MAREK, J. F. 1999. Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice. 6th ed. St Louis : Mosby.

PRESTON, D.B., FORTI, E.M., KASSAB, C. & BARTHALOW KOCH, P. 2000. Personal and social determinants of rural nurses' willingness to care for persons with AIDS. Research in nursing and health, (23):67-78.

RANCOUR, P. 2000. Those tough conversation. American journal of nursing, 100(4):24HH.

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE. 1991. Verplegingsteorie van Mensheelheid. Aucklandpark: Randse Afrikaanse Universiteit.

RICHARDS, L. & JOHNSON, P. 1982. Death & the caring community: ministering to the terminally ill. Portland : Multnomah Press.

RINPOCHE, S. 2001. Finding meaning in life. [Web:] <http://www.spcare.org/fdfh/excerpts/findingmeaning/html> [Date of access: 17 Apr. 2001].

ROBBINS, J. & MOSCROP, J. 1995. Caring for the dying patient in the family. 3rd ed. London : Chapman & Hall.

RUBIN, E. & FARBER, J.L. 1994. Pathology. 2nd ed. Philadelphia : Lippencott.

SAAB, B.R. & SEOUD, M. 1998. Lessons from a courageous dying patient. World health forum, (19):324-327.

SAMAREL, N. 1991. Caring for life and death. New York : Hemisphere Publishing Corporation.

SCHLEUBUSH, L., BEDFORD, R., BOSCH, B.A. & DU PREEZ, M. 1991. Health care professional's knowledge about AIDS, prejudice and attitudes towards AIDS. South African journal of psychology, 21(4):247-253, Jul.

SEARLE, C. & PERA, S. 1987. Professionele praktyk: 'n Suid-Afrikaanse verpleegperspektief. 2^{de} uitg. Durban : Butterworths.

SIMON, J. 1997. Shock HIV-infection rate highest rate in South Africa. The Star: 1, Des. 5.

SIMS, R. & MOSS, V.A. 1991. Terminal care for people with AIDS. London : Edward Arnold.

SMUTS, I. 2000. Sentrale senuweestelsel aantasting in Menslike Immuungebreekvirus-infeksies in kinders. Geneeskunde:14-17, Jan./Feb.

SUID-AFRIKA. 1978. Wet op Verpleging, No. 50 van 1978. Pretoria : Staatsdrukker.

ST LEGER, C. 1995. AIDS crisis deepens in S.A. Sunday Times: 27, Aug. 5.

SWANEPOEL, T. 1998. 'Verander nou dié houding' 'Grondslag vir openlikheid oor VIGS is nodig'. Die Beeld:12, Aug. 11.

SWANEPOEL, T. 1997. 2,5 miljoen Suid-Afrikaners is met HI-virus besmet. Die Beeld: 25, April. 1-2.

TAITZ, L. 2000. Straints from the whole continent are hitting SA. [Web:] <http://www.aegis.com/news/suntimes/2000/ST000709.htm> [Date of access: 16 Jul. 2000].

TANCRED, H.A.J., VAN RENSBURG, P.H.J.J. & JOUBERT, G. 2000. The prevalence and severity of major depression in heterosexual male HIV infected patients in the OFS. The medicine journal:27-31, June.

THE MERCK MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY. 1992. 6th ed. New Jersey : Merck & Company.

THOM, A. 2000. Gauteng trying to come to grips with an epidemic threatening to overwhelm the hospitals. [Web:]
<http://www.aegis.com/news/suntimes/2000/ST000202.htm> [Date of access: 15 Feb. 2000].

THOMAS, J. & RETSAS, A. 1999. Transacting self-persevation: a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer. International journal of nursing studies, 36:191-201.

TORRENTE, A.C. & GREEFF, M. 1996. Riglyne vir die fasilitering van heelheid by die pasiënt met VIGS: die belewenis van die pasiënt met VIGS: Deel 1. Curationis, 19(1):11-18, Maart.

TRAVELBEE, J. 1971. Interpersonal aspects of nursing. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis Company.

TSEPISO, M. 1997. HIV infection has hit 2,4-m citizens. City Press: 27, April. 2.

UNAIDS. 1998. Technical update: access to drugs. (In UNAIDS 2000.) [CD-ROM.]

UNAIDS. 2000. Ethical considerations in HIV preventive vaccine research. (In UNAIDS Guidance document 2000.) [CD-ROM.]

UYS, L. R. 2000. Confidentiality and HIV/AIDS in South Africa. Nursing ethics, 7(2):158-166.

UYS, J. 1992. Psychological counseling in the South African context. Kaapstad : Maskew Miller Longman.

VAN DYK, A.C. 1992. AIDS: The health care challenge: a practical guide for nurses, doctors and health care professionals. Pretoria : Alteks Publishers.

VAN NIEKERK, E.A. 1984. Nie soos mense sonder hoop nie: hoe om sterwendes en treurendes by te staan. Kaapstad : Lux Verbi.

VILJOEN, M.J. 1987. Verpleegkundige beraming: geskiedenisvastelling en die fisieke ondersoek. Pretoria : HAUM.

VLOK, M.E. 1996. Manual of community nursing: communicable diseases. 5th ed. Kenwyn : Juta.

WEENOLSEN, P. 1996. The art of dying: how to leave this world with dignity and grace, at peace with yourself and your loved ones. New York : St Martin's Press.

WHO (World Health Organisation) & UNAIDS. 1998. AIDS epidemic update: December 1998.

WHO (World Health Organisation). 2000a. AIDS not losing momentum. Nursing update:26-27, Feb./Mrt.

WHO (World Health Organisation). 2000b. WHO report for G8 meeting. [Web:] <http://iclinic.co.za/jul001/poverty24.htm> [Date of access: 19 March, 2001].

WETTE sien SUID-AFRIKA

WILSON, H.S. 1993. Introducing research in nursing. 2nd ed. California : Addison-Wesley Nursing.

WILSON, H.S. & KNIESEL, C.R. 1992. Psychiatric nursing. 4th ed. California : Addison-Wesley Nursing.

WITT SHERMAN, D. 2000. Experiences of AIDS-dedicated nurses in alleviating the stress of AIDS caregiving. Journal of advanced nursing, 31(6):1501-1508.

WOODS, N.F. & CATANZARO, M. 1988. Nursing research: theory and practice. St Louis : Mosby.

BYLAE A

Versoek aan die Hoof-Uitvoerende Bestuurder om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer

Chief Executive Officer

Introduction to research and request for permission to conduct research

I am a student enrolled for a Masters Degree in Psychiatric Community Nursing at the Potchefstroom University for Christian Higher Education and plan to do research. The title of this research is: *The nurse's experience of the dying of the terminal AIDS patient.*

The aim of this research is to:

- explore and describe the nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient;
- formulate guidelines to facilitate the nurse to manage the exposure to the dying process of the terminal AIDS patient more effectively.

To achieve these objectives, interviews will be conducted with Registered Nurses in the Klerksdorp-; Orkney-; Stilfontein-; Hartbeesfontein (KOSH) and Potchefstroom area in the Northwest Province. At least six (6) participants at every identified hospitals may be involved in this research. Interviews will be conducted at Hospital. During data collection and publication of this study the names of the participants and of your institutions will receive optimal confidentiality and anonymity. Although there are no direct benefits to the participants in this research, the end results may proof positive change towards caring for the terminal AIDS patient.

Effective sampling of participants is of great importance and participant selection will be conducted according to criteria. The criteria for inclusion of participants in this research are as follow:

The participant:

- must be a Registered Nurse employed at one of the identified hospitals in the Northwest Province;
- have nursed terminal AIDS patients for one year or more;
- may speak Afrikaans or English;
- may represent any cultural group;
- must provide consent to participate in this research and agree to an interview; and must grant permission that the interview may be recorded on an audio tape recorder.

It will be greatly appreciated if you could respond on this request as soon as it is possible for you, as the interviews are planned for December 1999. The facsimile at the above mentioned number may be used if you should choose to do so.

You are welcome to contact me for further information regarding this research.

Yours sincerely,

Mrs P Bester
(B.Cur Nursing)

Mrs E du Plessis
(Study Leader)

Prof Dr M Greeff
(Co-leader)

BYLAE B

Versoek aan die Hospitaal-hoofbestuurders om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer

General Manager

Introduction to research and request for permission to conduct research

I am a student enrolled for a Masters Degree in Psychiatric Community Nursing at the Potchefstroom University for Christian Higher Education and plan to do research. The title of this research is: *The nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient.*

The aim of this research is to:

- explore and describe the nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient;
- formulate guidelines to facilitate the nurse to manage the exposure to the dying process of the terminal AIDS patient more effectively.

To achieve these objectives, interviews will be conducted with Registered Nurses in the Klerksdorp-; Orkney-; Stilfontein-; Hartbeesfontein- (KOSH) and Potchefstroom area in the Northwest Province. At least six (6) participants at every identified hospital may be involved in this research. During data collection and publication of this study the names of the participants and of your institution will receive optimal confidentiality and anonymity.

Although there is no direct benefits to the participants in this research, the end results may prove a positive change towards caring for the terminal AIDS patient.

Effective sampling of participants is of great importance and participant selection will be conducted according to criteria. The criteria for inclusion of participants in this research are as follows:

The participant:

- must be a Registered Nurse employed at one of the identified hospitals in the Northwest Province;
- have nursed terminal AIDS patients for one year or more;
- may speak Afrikaans or English;
- may represent any cultural group;
- must provide consent to participate in this research and agree to an interview; and must grant permission that the interview may be taped on an audio tape recorder.

A letter of request for permission is also forwarded to the Chief Executive Officer; the Assistant Director: Nursing; the participants, including a request to the Chief Professional Nurses in Charge to intermediate contact between the participants and the researcher.

It will be greatly appreciated if you could respond on this request as soon as it is possible for you, as the interviews are planned for December 1999. The facsimile at the above mentioned number may be used if you should choose to do so.

You are welcome to contact me for further information regarding this research.

Yours sincerely,

Mrs P Bester
(B.Cur Nursing)

Mrs E du Plessis
(Study Leader)

Prof Dr M Greeff
(Co-leader)

BYLAE C

Versoek aan die Assistentdirekteure: Verpleging om navorsing by die geïdentifiseerde hospitale uit te voer

Assistant Director: Nursing

Introduction to research and request for permission to conduct research

I am a student enrolled for a Masters Degree in Psychiatric Community Nursing at the Potchefstroom University for Christian Higher Education and plan to do research. The title of this research is: *The nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient.*

The aim of this research is to:

- explore and describe the nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient;
- formulate guidelines to facilitate the nurse to manage the exposure of the dying process of the terminal AIDS patient more effectively.

To achieve these objectives, interviews will be conducted with Registered Nurses in the Klerksdorp-; Orkney-; Stilfontein-; Hartbeesfontein- (KOSH) and Potchefstroom area in the Northwest Province. At least six (6) participants at every identified hospital may be involved in this research. During data collection and publication of this study the names of the participants and of your institution will receive optimal confidentiality and anonymity.

Although there is no direct benefits to the participants in this research, the end result may proof positive change towards caring for the terminal AIDS patient.

Effective sampling of participants is of great importance and participant selection will be conducted according to criteria. The criteria for inclusion of participants in this research are as follows:

The participant:

- must be a Registered Nurse employed at one of the identified hospitals in the Northwest Province;
- have nursed terminal AIDS patients for one year or more;
- may speak Afrikaans or English;
- may represent any cultural group;
- must provide consent to participate in this research and agree to an interview; and must grant permission that the interview may be tape recorded on an audio tape recorder.

A letter of request for permission is also forwarded to the Chief Executive Officer; the General Managers and the participants, including the Chief Professional Nurses in Charge to intermediate contact between the participants and the researcher.

It will be greatly appreciated if you could respond on this request as soon as it is possible for you, as the interviews are planned for December 1999. The facsimile at the above mentioned number may be used if you should choose to do so.

You are welcome to contact me for further information regarding this research.

Yours sincerely,

Mrs P Bester

(B.Cur Nursing)

Mrs E du Plessis

(Study Leader)

Prof Dr M Greeff

(Co-leader)

BYLAE D

Versoek aan Hoofverpleegkundiges-in-bevel om as tussengangers op te tree

Chief Professional Nurse in Charge

Introduction to research and request to act as intermediary

I am a student enrolled for a Masters Degree in Psychiatric Community Nursing at the Potchefstroom University for Christian Higher Education and plan to do research. The title of this research is: *The nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient.*

The aim of this research is to:

- explore and describe the nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient;
- formulate guidelines to facilitate the nurse to manage the exposure to the dying process of the terminal AIDS patient more effectively.

To achieve these objectives, interviews will be conducted with Registered Nurses in the Klerksdorp-; Orkney-; Stilfontein-; Hartbeesfontein- (KOSH) and Potchefstroom area in the Northwest Province. At least six (6) participants may be involved in this research. During data collection and publication of this study the names of the participants and of your institution will receive optimal confidentiality and anonymity.

Although there is no direct benefits to the participants in this research, the end results may proof positive change towards caring for the terminal AIDS patient.

Effective sampling of participants is of great importance and participant selection will be conducted according to criteria. The criteria for inclusion of participants in this research are as follows:

The participant:

- must be a Registered Nurse employed at the identified hospitals in the Northwest Province;
- have nursed terminal AIDS patients for one year or more;
- may speak Afrikaans or English;
- may represent any cultural group;
- must provide consent to participate in this research and agree to an interview; and must grant permission that the interview may be taped on an audio tape recorder.

A letter of request for permission is also forwarded to the Chief Executive Officer and the General Managers.

It will be appreciated if you will intermediate contact between the participants and the researcher. Attached is a letter of introduction to this research and consent for the participants as well as a document that you can complete regarding the participants. The facsimile of the above mentioned number can be used to provide the names of participants as soon as you can do so, as the interviews are due for December 1999. After I received the names and contact numbers of the participants, appointments with the participants will be made by the researcher. Informed consent by the participants that the interviews may be tape-recorded will be completed prior to the scheduled interviews.

You are welcome to contact me at the following telephone numbers for further information regarding this research.

Yours sincerely,

Mrs P Bester
(B.Cur Nursing)

Mrs E du Plessis
(Study Leader)

Prof Dr M Greeff
(Co-leader)

BYLAE E

Verseek aan geregistreeerde verpleegkundiges om deelname aan die navorsing

Dear Participant

Introduction to research and consent to participate in research

Your participation in this research is highly appreciated. The goal of this study is to explore the Registered Nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient. This findings will be utilized to formulate guidelines to facilitate the nurse to manage the exposure to the dying process of the terminal AIDS patient more effectively.

The researcher will conduct unstructured interviews during December 1999. The date, time and place will be personally finalised by the researcher. Interviews will not exceed one to two hours and will be recorded on an audio tape recorder. Optimal confidentiality and anonymity shall be maintained. You may at any given time decide to terminate your participation with immediate effect.

Your voluntary and informed participation in this research will be confirmed when you complete a consent document that will be provided to you prior to the interview by the researcher.

Thank you in advance,

Mrs P Bester

(B.Cur Nursing)

Mrs E du Plessis

(Study Leader)

Prof Dr M Greeff

(Co-leader)

BYLAE F

Toestemmingsdokument

PERMISSION TO PARTICIPATE IN RESEARCH

Research title: The nurse's experience of the dying process of the terminal AIDS patient

I, _____ hereby agree to participate as a volunteer in the above mentioned research. I give permission to be interviewed as personally arranged and these interviews to be tape-recorded. The interview will be activated with a single introductional question where I can discuss how I experience the dying process of the terminal AIDS patient. I am informed that participation in this research may be painful and stressful and that follow-up support would be available if needed. I understand that after completion of this research the tapes will be erased. I am informed that the results of this research may be published but my name and the institution I represent will be held anonymous and confidential. My withdrawal of this consent and termination of my participation from this research may be activated at any given time without penalty.

Participant

Witness

Researcher

Date

BYLAE G

Veldnotas

Veldnotas P001

OBSERVASIE NOTAS

Die onderhoud geskied in die eenheid se kantoor. Die deur is deurlopend toe maar die verwarmers is aangeskakel en die atmosfeer is benoud met min ventilasie. Die eenheid is vir mans met mediese behoeftes en word die deelnemer dus blootgestel aan die manlike terminale VIGS pasiënt. Die deelnemer is 'n Kleurling maar praat Afrikaans met 'n goeie en gemaklike aksent. Met aankoms in die eenheid het die deelnemer vir my gewag, sy het rustig voorgekom en lank eers nagedink oor die inleidende vraag.

Sy beleef die onderhoud as aangenaam en bedank my na afloop van die onderhoud vir die geleentheid dat sy kon ventileer oor hierdie tema. Die deelnemer noem ook dat haar religieuse en christelike perspektiewe haar verpleegmotiewe oorvleuel en dat haar verpleging ook haar bediening is. Aangesien haar eggenoot reeds vir 'n jaar in Bloemfontein werksaam is, spits sy haar meer toe op die versorging van die pasiënte.

PERSOONLIKE NOTAS

Die deelnemer vertoon fisiek 'n baie netjiese en presiese voorkoms en kom aanvanklik baie geïntereseerd voor. Ek was verbaas oor haar warm en spontane deelname. Haar empatie vir pasiënte is sigbaar gedurende die onderhoud. Ek voel baie gemaklik by hierdie deelnemer, amper asof 'n terminale VIGS pasiënt ook gemaklik sou voel. Die deelnemer bedank my herhaaldelik na afloop van die onderhoud en verbaliseer dat sy die deelname as baie terapeuties ervaar het.

METODOLOGIESE NOTAS

Die deelnemer fokus veral op die geestelike behoeftes van die terminale VIGS pasiënt en die rol wat die verpleegkundige speel in die fasilitering van die pasiënt in die vervulling van geestelike behoeftes. Let op na die geestelike behoeftes van die terminale VIGS pasiënt en die rol wat die verpleegkundige daarin vervul tydens literatuurkontrole. Onthou om ook te kyk na die ondersteuningstelsels van die terminale VIGS pasiënt.

Veldnotas P003

OBSERVASIE NOTAS

Die deelnemer kom baie gespanne voor. Hy het die onderhoud voorberei, amper asof hy 'n onderhoud moes voer. Die onderhoud geskied in die eenheid se kantoor. Die saal is ingelig oor my besoek en dat ons sover moontlik nie gesteur mag word nie. Die deelnemer kommunikeer aanvanklik min en geïnhibeer. Sy epillette dui op alle kwalifikasies moontlik en die deelnemer kom voor as 'n deeglike, amper perfeksionistiese bestuurder van die eenheid.

PERSOONLIKE NOTAS

Dit wil voorkom of die deelnemer die personeel van eenheid werklik in ag neem. Hy fokus op al die behoeftes van die terminale VIGS pasiënt (fisies, sosiaal, psigies, geestelik). Die gesin en betekenisvolle ander van die terminale VIGS pasiënt word gereeld genoem. Die deelnemer erken dat hy nie genoeg opleiding het om die terminale VIGS pasiënt werklik te ondersteun nie.

METODOLOGIESE NOTAS

Rig die literatuurkontrole ook ten opsigte van die kulturele wyse van rou van terminale VIGS pasiënte van verskillende kulture. Neem ook die volgende in die literatuurkontrole in ag: die gevaar van die verpleegkundige om self met die MI-virus besmet te word.

Veldnotas P003b

OBSERVASIE NOTAS

Die deelnemer is werksaam in 'n vroue mediese afdeling, haar belewenis is dus geskoei op die sterwensproses van die terminale vroulike VIGS pasiënte. Verder beskou die deelnemer ouer vroulike pasiënte wat MIV-positief is en VIGS het as pasiënte wat onskuldig besmet is. Sy beskou egter dat jonger mense geen rede tot MIV-besmetting anders as vroeëre seksuele aktiwiteit het nie aangesien soveel voorligtingsprogramme vir hierdie mense reeds van stapel gestuur is. Die deelnemer kom effens gespanne voor, en praat ook baie binnensmonds. Sy maak nie werklik oogkontak nie maar maak haar belewenisse hetsy goed of sleg bekend.

METODOLOGIESE NOTAS

Die deelnemer is geïdentifiseer deur 'n tussenganger. Die navorser het haar telefonies gekontak waar 'n afspraak vir die onderhoud gefinaliseer is. Alvorens die onderhoud gevoer is, het die deelnemer skriftelike toestemming om deelname onderteken nadat alle vrae en onsekerhede uit die weg geruim is. Die onderhoud het in die dienskantoor van die betrokke eenheid plaasgevind en geen steurnisse is ondervind nie.

PERSOONLIKE NOTAS

Die deelnemer is 'n introvert en sy maak minimale oogkontak, maar tog deel sy belewenisse met entoesiasme. Ek ervaar dat die deelnemer se werksaamhede in 'n vroulike saal haar belewenisse beïnvloed. Verder beleef ek dat die deelnemer baie van geriatriese pasiënte hou wat verder haar belewenisse mag rig en daarom beleef sy dat veral ouer vrouens VIGS onskuldig gekry het.

Veldnotas T002

OBSERVASIE NOTAS

Die onderhoud is die vorige dag telefonies bevestig en met my aankoms in die eenheid was die deelnemer afwagting. Die deelnemer was in bevel van die eenheid en mede-verpleegpersoneel was so geallokeer en opdragte gedelegeer dat die deelnemer haar volle aandag aan die onderhoud kon gee. Die onderhoud is in die eenheid se kantoor gevoer. Die kantoordeur is toegemaak en 'n kennisgewing is aangebring dat ons nie gesteur moet word nie. Die kantoor was werklik onnet, baie warm en bedompig gewees weens 'n sentrale verhitingsstelsel. Nadat die titel en doel van die navorsing aan die deelnemer verduidelik is, is skriftelike toestemming om deelname bevestig.

METODOLOGIESE NOTAS

Die deelnemer het voor die onderhoud 'n skrywe ontvang waarin die volgende inligting oor die navorsing uiteengesit is:

- die titel en doel van die navorsing;
- wyse van data-insameling;
- versekering van deelnemers se anonimiteit en konfidensialiteit; asook
- ingeligte toestemming wat skriftelik voor deelname verskaf moet word.

Die deelnemer het 'n toestemmingsdokument onderteken net voor die bandopname plaasgevind het.

PERSOONLIKE NOTAS

Die deelnemer is in bevel van 'n mediese, manlike eenheid en word dus blootgestel aan die sterwensproses van die manlike terminale VIGS pasiënte. Sy praat baie onduidelik en vinnig dat ek somtyds ervaar het dat ons mekaar nie behoorlik verstaan nie. Gedurende die onderhoud het ek 'n vraag verkeerd geformuleer en dit het die onderhoud vir 'n kort tydjie in misverstande gedompel. Die deelnemer het my bewus gemaak van VIGS onder mynwerkers van buurstade asook die verspreiding van MIV via swart, vroulike sekswerkers wat hierdeur hulle kinders moet voed. Ek het 'n bewuswording ervaar van die afwesigheid van die regte van die swart vrou. Die swart gemeenskappe het nog soveel mites oor VIGS en die verspreiding. Die deelnemer

ervaar dat die terminale VIGS pasiënte baie jonk is en dat VIGS versprei weens onkunde, ongeletterdheid en armoede soos aangewakker deur werkloosheid.

Die deelnemer het soms baie oorweldig en bykans aggressief voorgekom in haar deelname aan die onderhoud wanneer die mynwerkers bespreek is. Sy plaas die verantwoordelikheid op die regering om so spoedig moontlik MIV-verspreiding te beperk en 'n kuur teen VIGS te ontwikkel.

Veldnotas T003

OBSERVASIE NOTAS

Die afspraak om die onderhoud te voer is die vorige dag telefonies gedoen en met aankoms in die eenheid was die deelnemer reg en baie gretig om deelname. Die onderhoud is in die kantoor van die eenheid gevoer. Die kantoor was gemaklik, privaat en geen eksterne steurnisse was teenwoordig nie. Die deelnemer het die kantoor dan ook ingerig voor die onderhoud.

Die deelnemer is in bevel van die pediatriese eenheid. Daar sterf weekliks kinders met VIGS in hierdie eenheid. Die deelnemer het gemaklik en spontaan gesels. Alhoewel die deelnemer 'n kleurling is, het ons gemaklik gekommunikeer en geen misverstande gehad nie. Tydens die onderhoud het die deelnemer egter erge verkoue gehad wat moontlik haar totale deelname kon beïnvloed het, maar nogtans was sy bereid om deel te neem.

PERSOONLIKE NOTAS

Die deelnemer se werklike en beskeie empatie vir die pasiënte was vir my tasbaar gewees. Die pediatriese eenheid van twee provinsiale hospitale in die Noordwesprovinsie het versmelt en hierdie deelnemer was die enigste personeellid wat steeds positief oor die eenwording voel. Tydens die onderhoud het die deelnemer vir my 'soos 'n groot kind' gelyk, klein van postuur met 'n opregte omgee en humorsin.

METODOLOGIESE NOTAS

Toestemming is net voordat die onderhoud plaasgevind het verkry deurdat die deelnemer die toestemmings-dokument onderteken het. Alhoewel die navorser die geleentheid vir verdere vrae oor die navorsing beskikbaar gestel het, het die deelnemer gemaklik genoem dat sy ingelig voel en dat die onderhoud kan begin. Die deelnemer het die inleidende vraag vinnig begryp en haar belewenisse begin deel. Die rol van die verpleegkundige as tussenganger tussen die pasiënt (kind), ouer (ma of ouma) en die geneesheer was vir die navorser 'n belangrike tema wat aandag geniet het. Ook die etiese besluite wat geneem moet word rondom die bekendmaking van die kind se MIV status en die keuse van behandeling het prominent na vore getree.

Veldnotas T002b

OBSERVASIE NOTAS

Deelnemer was aanvanklik nie bereid om die onderhoud te voer nie maar het ingestem om deelname. Sy was skynbaar baie siek gewees en MIV-besmetting was vermoed. Die deelnemer is na 3 maande weer werksaam nadat sy Hepatitis tipe B gehad het. Die onderhoud geskied in die verbandkamer van die eenheid wat vooraf deur die deelnemer ingerig is.

PERSOONLIKE NOTAS

Deelnemer is onsekerheid oor eie MIV-status maar kom wel rustig en ontspanne voor. Beleef die onderhoud as aangenaam. Deelnemer werk reeds 16 jaar in mediese afdeling en voel baie positief oor haar verpleging van terminale VIGS pasiënte. Sy is baie nugter oor die realiteit van dood.

METODOLOGIESE NOTAS

Die navorser het vooraf alle vrae van die deelnemer op geklaar. Die deelnemer het daarna die toestemmingsdokument voltooi. Die deelnemer het reeds voor aanvang van die opname begin gesels. Daar was baie steurings gedurende die onderhoud ten spyte van die kennisgewing 'moenie steur nie' op die deur.

Veldnotas T001

OBSERVASIE NOTAS

Die deelnemer was baie angstig en gespanne gewees, sy praat baie vinnig en onduidelik. Deelnemer maak nie goed oogkontak nie.

PERSOONLIKE NOTAS

Die navorser beleef 'n koudheid by die deelnemer ten opsigte van die belewenis van die terminale VIGS pasiënt. Voel asof die deelnemer met die navorser 'raas' oor haar belewenisse.

METODOLOGIESE NOTAS

Onthou om die groot aantal mynwerkers van buurstade by te voeg by die literatuurkontrole in ag te neem. Onderzoek die aanname oor enkelopende vrouens wat moet oorleef deur 'n prostituut te wees by mynwerkers en wat nie van kondome gebruik kan maak nie want dan betaal die kliënt te min geld.

Veldnotas POO7

OBSERVASIE NOTAS

Die deelnemer is reeds drie jaar werksaam in 'n eenheid wat slegs volwasse terminale VIGS pasiënte (manlik en vroulik) verpleeg. Sy is swart en van die Tswana kultuur en kommunikeer in Afrikaans. Alhoewel ons mekaar goed kon verstaan het die deelnemer enkele probleme ervaar in akkurate verbale ekspressie. Die deelnemer is baie ontspanne en die onderhoud het 'n geselsklimaat gehad. Die onderhoud is in die eenheid se kantoor uitgevoer waar privaatheid verseker was en geen steurnisse voorgekom het nie. Die deelnemer het gemaklik gevoel oor die teenwoordigheid van die audio bandopnemers en het die toestemmings-dokument voltooi alvorens die onderhoud geaktiveer is.

PERSOONLIKE NOTAS

Die navorser raak bewus van die deelnemer se moedeloosheid om werklike behandeling vir die pasiënte te gee, amper 'n hopeloosheid dat dit in elke geval onsuksesvol sal wees. Hierdie deelnemer werk nou al die langste van al die verpleegpersoneel in hierdie eenheid en 'n belewenis van afgestompheid was opgemerk my die navorser. Die navorser het gesukkel om die deelnemer tot 'n dieper vlak van belewenis te bring en moes deurlopend die onderhoud rig na die deelnemer se belewenis. Die moontlikheid ontstaan dat die deelnemer nie oor die woordeskaf in Afrikaans beskik om op 'n dieper vlak te kommunikeer nie.

METODOLOGIESE NOTAS

Die navorser sal na die rol van die multi-professionele span verwys in Hoofstuk 2 waar die konteks van die navorsing verduidelik word. 'n Verdere aspek geïdentifiseer in hierdie onderhoud wat die navorser kan rig is die rol van die verpleegkundige in die geestelike begeleiding en geestelike behoeftes van die pasiënt. Die rol van die verpleegkundige in die verpleging van die terminale VIGS pasiënt moet besin word asook die ondersteuningstelsels van die terminale pasiënt.

Veldnotas P008

OBSERVASIE NOTAS

Die onderhoud is in die eenheid se kantoor uitgevoer waar privaatheid en gemak asook goeie ventilasie verseker is. Die deelnemer het toestemming om deelname onderteken nadat die doel van die navorser bespreek is. Die deelnemer is nog 'n jong geregistreerde verpleegkundige wat vir die afgelope jaar in 'n eenheid werksaam is waar slegs terminale VIGS pasiënte verpleeg word. Sy is Afrikaanssprekend en die onderhoud het 'n gemaklike gesprekstoon gehad. Daar was tye wat die deelnemer moontlik 'n woordvindingsprobleem ervaar het en gesukkel het om haarself verbaal uit te druk.

PERSOONLIKE NOTAS

Die navorser se persoonlike bewuswording gedurende hierdie onderhoud is die deelnemer se waarde-oortuigings ten opsigte van swart pasiënte wat amper 'n blameringsston aangeneem het. Verder noem die deelnemer dat sy niks weet van die geestelike ondersteuning van die terminale VIGS pasiënte nie, wat my laat wonder het oor die effektiwiteit van verpleging. Die deelnemer het aanvanklik met min oogkontak gekommunikeer, maar later meer gemaklik begin voel. Moontlik omdat die navorser nie haar eie waardestelsel aan die deelnemer geopenbaar het nie. Ten slotte het die deelnemer ook die onderhoud as baie terapeuties ervaar en die navorser bedank vir die geleentheid om ventilering. Weereens het die navorser gesukkel om die gesprek tot 'n dieper vlak van gesprek te kry en het sy somtyds gevoel die vrae en opsommings is eenvoudig en oneffektief.

METODOLOGIESE NOTAS

Die tema van hoë aantal terminale VIGS pasiënte wat nog baie jonk is, word bevestig. Die navorser moet veral let op die belewenis van die sterwensproses deur verskillende kulture en die rol wat taal speel in hierdie belewenisse. Verder kan gevra word in hoe 'n mate verpleegkundiges hulle eie waardestelsels aktiveer in die hantering van pasiënte en om rassisme nie wel voorkom nie.

Veldnotas P009

OBSERVASIE NOTAS

Met my aankoms in die eenheid het die deelnemer vier terminale kinders wat VIGS het se klere uitgetrek, hulle onder een kombers laat lê en vir my gewys 'hoe lyk 'n terminale kind met VIGS nou eintlik...'. Die onderhoud is in die eenheid se kantoor uitgevoer sonder sturnisse en met gemak. Die deelnemer is in bevel van die pediatriese eenheid waar daar daaglik kinders met VIGS, sterf. Sy het die toestemmingsdokument onderteken nadat ek haar uitgenooi het om vrae te vrae en onsekerhede op te hef. Die onderhoud het gemaklik gevloei en die deelnemer het baie geventileer.

PERSOONLIKE NOTAS

Die navorser het hierdie onderhoud as uitputtend en moeilik beleef. Die deelnemer se pogings om die navorser se aandag te behou word bevestig in die herhaaldelike gebruik van die deelnemer se uitdrukkings 'jy verstaan?' en 'nê'. Die navorser het beleef dat die deelnemer sukkel om haarself verbaal uit te druk en dat sy baie lank neem om 'n tema te bespreek en af te handel.

METODOLOGIESE NOTAS

Neem kennis van die verskillende kulture se metodes van rouSMART en die hantering van die sterwensproses. Weereens word die navorser gefokus om na die ondersteuningstelsel van die terminale VIGS pasiënt, in diepte te gaan kyk.

BYLAE H

Gedeelte van 'n transkripsie

	N: <i>Suster, Hoe beleef u die sterwe van die terminale VIGS pasiënt?</i> D: OK, dit is vir my baie traumaties, veral as ek weet dit is oor 'n tyd wat ons die pasiënt sien, dit is dalk 'n week of twee of langer, miskien dalk vir 'n maand met die pasiënt gewerk. En uhmm... ek dink dit is vir ons as verpleegpersoneel redelik nogal baie traumaties omdat ons elke dag met die pasiënte werk, jy weet vir die mense buitekant is dit miskien dalk bietjie minder aanvaarbaar, maar vir ons is dit moeilik omdat jy ontmoet van die pasiënte se mense en, uhh, jy weet, hulle vra baie vrae. Hulle wil so baie weet. En dan mens ken nie altyd vir hulle, weet wat om te sê nie, verstaan jy, ten sy ons toestemming van die dokter af kry. Maar my eie, my eie seining is dat regtig, dit is, dis baie, baie hartseer... N: <i>Mmm</i> D: en mmm, en veral, veral as jy dink jy sit jousef in daardie situasie, dit kon van die pasiënte verkies dat ons moet	
--	--	--

	altyd weet, 'n Skriflesingkie, baie sal, weet, miskien vir jou vra om 'n Skriflesingkie vir hom te doen, 'n versie uit die Bybel uit te lees. Wat hyself voel uit sy toestand, dit is dalk sy laaste oomblikke en hy vir jou vra om vir hom 'n versie, of as jy kan die predikant van die kerk kom om vir dalk 'n laaste nagmaal te gee, of weet jy 'n diens... N: <i>Mmm</i> D: weet vir vertroosting van sy siel. N: Mmm... Tot dusver het suster gesê dit is baie traumaties .. D: Mmm ... N: want die verpleeg, verpleegpersoneel stap 'n week of twee pad met hierdie pasiënt. D: Defnitief. Partykeer maande weet jy. Hulle gaan huistoe en kom weer terug. En baie van hulle sal terugkom en dan is hulle eers verswak. Verstaan jy? Hulle gaan dan vir 'n week uit en hulle lyk al bietjie beter, bly vir 'n week of twee by die huis dan kom hulle weer terug van die familie dan is hulle eers verswak ... N: Mmm ... D: jy weet as ons hulle in daai toestand sien, jy kan jou oë nie glo dit is, is dit hierdie persoon wat net 'n week gelede uit is, huistoe is, wat ons gesien beter gelyk het, wat nou terugkom, heeltemal 'n ander mens.	
--	--	--

	Jy weet, hy's, hy's, h-h-hy's, asof jy hom glad amper nie eers herken as gevolg van sy terminale toestand nie, verstaan jy, en baie van die mense by die huis het ook nie langmoed nie. Verstaan ons is in die situasie, om daai, jy weet daai lang duim, daai ekstra myl ... N: <i>Mmm ...</i> D: te loop, ... N: <i>Mmm ...</i> D: en hulle verstaan nie ... N: <i>Mmm ...</i> D: Hulle is tog nie, hulle is tog aan ons hande toevertrou ... N: <i>Mmm</i> D: Verstaan jy? N: <i>..en dan tesame met hierdie mmm tydperk wat julle het om die pasiënte te leer ken is dit ook die...</i> D: <i>Mmm ...</i> N: <i>die familie en die vrae wat hulle vra.</i> D: Ja. N: <i>in, in hulle onsekerheid.</i> D: Weet hier het nou die dag, kan ek maar praat? ... N: <i>Ja</i> D: het ons het so een pasiënt wat rêrig terminaal was en hy het baie familie gekry, en sy suster vra toe vir ons, sy't 'n rukkie buite gaan staan, sy sê "Man, my broer lyk nie lekker nie.", en uuhh, maar nou sê sy, sy kan aan sy oë sien dat hy positief is. Maar uhh	
--	--	--

	OK, ek het toe nou in 'n heel ander rigting vir haar geantwoord en vir haar gesê "Ek kan nou nie regtig in sy oë sien dat hy VIGS het nie." Maar volgens sy suster is hy 'n ruk lank al wat hy nie gesond is nie, so, baie van die familie weet maar omdat sy nie saam met hulle bly nie, N: <i>Mmm ...</i> D: Sy bly in Bloemfontein. Maar by die huis weet hulle darem wat is sy siekte, wat is die oorsaak en hoe is sy huidige toestand. N: <i>Mmm ...</i> D: Hulle weet presies wat aangaan. N: <i>En dan die vrae wat hulle het, die onsekerhede ...</i> D: die onsekerhede, ja ... N: wat hulle het..., D: OK, baie van die familielede sal vir jou vra "Suster, uh mm, hoe lyk hy vandag? Lyk hy beter as gister?", of "Suster, het hy, het hy sy pilletjies gedrink? Het hy sy kos geeët?", of "Wat het die dokter gesê?" N: <i>Mmm ...</i> D: "Wat is, wat is sy, wat is sy kanse ... N: <i>Mmm ...</i> D: of, "suster, jyself wat dink jy, sal ons hom nog môre kan sien of volgende week nog kan sien? Is hy moeilik, is hy vir julle moeilik? Is hy 'n moeilike mens om mee te kan gesles of om te kan verpleeg?". Sulke vrae vra die	
--	---	--

	familie gewoonlik. N: Suster het ook genoem oor die trauma verbonde aan die verwaktheid van hierdie VIGS pasiënt. Kan suster ons 'n bietjie meer daaroor vertel? D: Okay, dis soos ek sê, liggaamlik verswak. Okay, baie van die	
--	---	--

BYLAE I

Werkprotokol aan mede-kodeerder

Geagte Kollega

U bereidwilligheid om as mede-kodeerder vir hierdie navorsing op te tree word waardeer. Die doel van hierdie navorsing is om die verpleegkundige se belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt te verken en te beskryf. Hiervoor is ongestruktureerde, in-diepte onderhoude met deelnemers gevoer waar slegs een inleidende vraag gevra is: **“Hoe beleef u die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt?”/ “How do you experience the dying process of the terminal AIDS patient?”**.

Van u word verwag om tien (10) transkripsies se inhoudsanalise deur die kombinasie van die tegnieke van Tesch (soos aangehaal deur Creswell, 1994:145-155) en Giorgi (soos aangehaal deur Omery, 1983:57-58) te behartig. Vervolgens word hierdie stappe waarvolgens die transkripsies geanaliseer moet word, uiteengesit:

- Lees die transkripsie van elke onderhoud deur sodat 'n *geheelbegrip* verkry.
- Lees nou die *kortse* of die mees *interessantste* transkripsie weer deur.
- Hierdie transkripsie word weer deurgelees en woorde en eenhede word *onderstreep* wat van toepassing is op die inleidende vraag: “Hoe beleef u die sterwe van die terminale VIGS pasiënt?”.

- Dieselfde transkripsie word vir die derde keer deurgelees en die belangrikste *konsepte* word in die *linkerkantse* kolom genotuleer en in die *regterkantse* kolom word *belewenisse* genotuleer.
- Die konsepte in die linkerkantse kolom word deurgelees en *hoof- en subkategorieë* word geselekteer.
- *Temas* van konsepte word nou onder die geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë gesorteer.
- *Oortollige eenhede* word gelimineer deur:
 - eenhede met mekaar te vergelyk en dan met die geheel te vergelyk;
 - uitbreiding en uitklaring van agtergeblewe eenhede;
 - *Verfyn* nou die kategorieë en subkategorieë se inhoud deur deelnemers se verbale woorde na *wetenskaplike taal* te transformeer.

Die navorser sal u telefoneer om die datum, tyd en plek van 'n konsensusgesprek te bevestig. U is welkom om my te kontak vir verdere navrae.

By voorbaat dank,

Mrs P Bester
(B.Cur Verpleging)

Mrs E du Plessis
(Studieleier)

Prof Dr M Greeff
(Mede-leier)

BYLAE J

Resultate verkry vanaf onderhoude gevoer met geregisteerde verpleegkundiges werksaam in drie provinsiale hospitale in die Noordwesprovinsie ten opsigte van hulle belewenis van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt

1	2	3	4	5	6
Belewenisse ten opsigte van die <u>verloop</u> van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	Belewenisse ten opsigte van die <u>mediese behandel-</u> <u>ing</u> tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	Belewenisse ten opsigte van die <u>terminale VIGS</u> <u>pasiënt</u> se <u>optredes</u> en <u>behoefes</u> tydens die sterwensproses	Belewenisse ten opsigte van die <u>verpleegkundige</u> se <u>optredes</u> tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	Verpleegkundige se <u>emosionele belewe-</u> <u>nisse</u> ten opsigte van die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt	<u>Waarde-oordele</u> van die verpleegkundige tydens die sterwensproses van die terminale VIGS pasiënt
Beleef dat die verloop van die sterwensproses deur verskeie faktore beïnvloed word.	Beleef dat mediese behandeling tydens die sterwensproses futiel is. ▪ Mediese	Belewenisse van die terminale VIGS pasiënte se optredes. ▪ Die pasiënt word deur fisieke kon-	Beleef dat die verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt kan	Belewenisse van magteloosheid. ▪ Die doel van verpleging is genesing maar	Waarde-oordele van die pasiënt se MIV-status. ▪ Ouer pasiënte, vrouens en

▪ Die pasiënt se bewustheid en kennis van MIV/VIGS versnel die proses van agteruitgang. ▪ Heropname van die pasiënt dui op verswakking tydens tuisversorging. ▪ Die handhawing van 'n gesonde leefwyse stel die dood uit. ▪ Die vlak van die pasiënt se ekonomiese status	behandeling is onnodige moeite en verleng die pasiënt se lyding. Beleef dat daar meer vir die pasiënt ten opsigte van mediese behandeling gedoen behoort te word. ▪ Hoop word op geneesmiddels geplaas om die pasiënt se lyding te verlig. ▪ Staking van mediese behan-	tak gekalmeer. ▪ Die pasiënt aanvaar nie die realiteit van VIGS nie. ▪ Die pasiënte stel nie belang om meer oor MIV/VIGS uit te vind nie. Belewenisse van die terminale VIGS pasiënt se behoeftes. ▪ Die pasiënt wil graag tuis by sy familie sterf.	fasiliteer. ▪ Die verpleegkundige identifiseer met die pasiënt. ▪ Die verpleegkundige wil graag meer as basiese verpleging vir die pasiënt doen. ▪ Deur verlengde hospitalisasie kan die verpleegkundige die kenverhouding met die pasiënt verbeter. Beleef dat die	die verpleegkundige slaag nie daarin nie. ▪ Kan nie vir die pasiënt wat 'n kind is verduidelik wat met hom gebeur nie. Belewenis van verligting. ▪ Sterwe van die pasiënt is 'n verligting weens die verlossing van lyding. Belewenis van	kinders is onskuldig met die MI-virus besmet. ▪ Jongmense wat ongeag voorligting steeds MIV-positief word, is skuldig. ▪ Pasiënte doen nie moeite om voorligting te verkry en VIGS te voorkom nie. Waarde-oordele van die verpleegkundige se optrede. ▪ Terminale VIGS
--	---	--	---	--	--

beïnvloed sy siekte. Beleef ooreenkomste tussen die verloop van die sterwensproses van terminale VIGS en dié van terminale kankerpatiënte. ▪ Die sterwensproses van terminale VIGS- en kankerpatiënte duure lank. ▪ Sterfte is 'n verligting by terminale VIGS	deling veroorsaak konflik tussen die verpleegkundige en die geneesheer. ▪ Staking van mediese behandeling het 'n impak op die familie. ▪ Onregverdige kriteria vir mediese behandeling ontstel die verpleegkundige.	▪ Die pasiënt en sy familie het 'n behoefte aan ondersteuning. ▪ Die pasiënt is afhanklik van die verpleegkundige vir verpleging.	verpleegkundige se optrede 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt belemmer. ▪ Weens die toename in hospitalisasie en verhoogde werkslading spandeer die verpleegkundige minder tyd met pasiënte. ▪ Verbod op behandeling belemmer die kwaliteit van	emosionele ongemak. ▪ Emosionele ongemak tydens die bespreking en beantwoording van vrae met betrekking tot die pasiënt se diagnose, prognose en mediese behandeling. Belewenisse van skok. ▪ Die familie se optrede tydens	pasiënte moet net soos MIV-negatiewe pasiënte met respek en menswaardigheid hanteer word. ▪ Tree op asof onbewus is van die pasiënt se MIV-status. ▪ Verpleeg die pasiënt na die beste van haar vermoë. Waarde-oordele van die verpleegkundige se verantwoordelik-
--	---	--	--	---	--

en kankerpatiënte aangesien daar geen kans op verbetering is nie. Beleef dat die toestand van die terminale VIGS-pasiënt dui op die naderende einde van die sterwensproses. ▪ Spesifieke tekens en simptome wys na die pasiënt se verswakte toestand en dien as			verpleging. ▪ Koester etiese vraagstukke met betrekking tot die mediese behandeling. ▪ Die verpleegkundige is onvoldoende toegerus om die pasiënt se diagnose, prognose en behandeling mee te deel. ▪ Voorkomingsmaatreëls lei tot 'n gevoel van uitsondering by die	besoeke aan die pasiënt is skokkend. ▪ Skok as kennisse MIV-positief gediagnoseer word. ▪ Voel geskok wanneer ouers van jong pasiënte minder geaffekteer word as wanneer ouer pasiënte sterf. ▪ Die jong ouderdom van pasiënte is vir die verpleegkundige	held teenoor die pasiënt. ▪ Moet as Christen empatie toon. ▪ Moet voorligting vanuit 'n Christelike perspektief verskaf. ▪ Die pasiënt word aan die verpleegkundige toevertrou. Waarde-oordele van die mediese behandeling. ▪ Weens hoë kostes moet
--	--	--	---	--	---

aanduiding dat die einde naby is.			pasiënt. Belewenis van onsekerheid oor die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses. ▪ Die verpleegkundige voel onseker oor haar optrede teenoor die pasiënt en sy familie. Beleef dat die verpleegkundige aktief ingestel is op die pasiënt se	skokkend. Belewenisse van hartseer. ▪ Jammerte vir die pasiënt en sy familie. ▪ Beleef dubbele hartseer vir die MIV-positiewe ma en baba. Belewenisse van vrees. ▪ Vrees vir infeksie met die MIV-virus. ▪ Beleef weersin in	mediese behandeling van die pasiënt weerhou word. ▪ Hospitalisering veroorsaak bedbesetting ten koste van MIV-negatiewe pasiënte. ▪ Pasiënte het 'n reg op mediese behandeling. Waarde-oordele van die familie van die pasiënt. ▪ Die MIV-positiewe
--------------------------------------	--	--	--	---	---

			geestelike behoeftes. ▪ Lees uit die Bybel en bid vir die pasiënt. ▪ Verwys die pasiënt na die kapelaan vir geestelike ondersteuning. Beleef dat konfidensialiteit die verpleegkundige se optrede tydens die sterwensproses beperk. ▪ Konfidensialiteit lei tot 'n gebrek aan voorligting. ▪ Konfidensialiteit is	die verpleging van pasiënte. Belewenisse van uitputting. ▪ Toename in hospitalisasie en dood asook die beperkte tyd om dood te verwerk lei tot uitputting. ▪ Moeite om af te skakel na die sterwensproses. Belewenisse van frustrasie. ▪ Gebrek aan	ma van 'n terminale kind met VIGS behoort nie weer swanger te raak nie. ▪ Kritiese ingesteldheid teenoor die pasiënt.
--	--	--	---	---	--

			negatief en behoort weggedoen te word. ▪ Konfidensialiteit beperk die verpleegkundige se ondersteunende optrede.	mediese behandeling van VIGS. ▪ Die gemeenskap se gebrek aan aanvaarding van VIGS as 'n realiteit. Belewenis van bekommernis. ▪ Bekommerd oor die MIV-status van kinders en gesin.	
--	--	--	---	---	--