

**Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van
psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-
onkologiese ondersteuning**

D Beck



orcid.org/0000-0002-6307-6390

Verhandeling aanvaar ter nakoming vir die graad *Magister
Educationis* in *Opvoedkundige Sielkunde* aan die Noordwes-
Universiteit

Studieleier: Dr W van der Merwe

Medestudieleier: Dr L Preston

Graduering: Julie 2021

Studentenommer: 31220827

VERKLARING

I, the undersigned, hereby declare that the work contained in this dissertation is my own original work and that I have not previously, in its entirety or in part, submitted it at any university for a degree.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Deek', with a large, stylized initial 'D'.

Signature / Handtekening

2021-02-08

Date / Datum

Copyright © 2021 North-West University (Potchefstroom Campus)

Kopiereg © 2021 Noordwes-Universiteit (Potchefstroomkampus)

All rights reserved / Alle regte voorbehou

VOORWOORD

Dit sou nie moontlik gewees het om hierdie meestersverhandeling te skryf sonder die hulp en ondersteuning van verskeie mense nie. Elke persoon se motivering gedurende hierdie reis word opreg waardeur. Ek wil graag die volgende persone uitlig en bedank vir hul bydrae:

- Mornè: My beste vriend en lewensmaat, baie dankie vir al jou ondersteuning en liefde wanneer dit met tye nie altyd maklik was nie. Ek is waarlik geseënd met jou in my lewe. Dankie dat jy altyd in my glo.
- Doktor Wanda van der Merwe: Baie dankie vir u mentorskap as studieleier. Hierdie navorsingstudie sou nie moontlik gewees het sonder u leiding en bydrae nie.
- Doktor Lynn Preston: Wanneer die navorsing met tye oorweldigend was, het Doktor gesorg dat daar kalmte heers. Dankie vir al u ondersteuning en insette.
- Doktor Lariza Hoffman: Dankie vir al u tyd en moeite met die taalversorging.
- Die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns: Dankie vir die finansiële bydrae tot en betrokkenheid by die studie. Dankie aan die Akademie dat julle die voortduur van navorsing in Afrikaans verseker.
- John en Werna: Dankie aan die beste ouers vir al jul liefde en ondersteuning. Wie en wat ek is, is alles net te danke aan julle.
- My opregte dank aan my hemelse Vader wat my elke dag bederf met soveel seëninge en geleenthede.
- Laastens, baie dankie aan elke deelnemer wat haar kankerreis met my gedeel het. Elkeen van julle is 'n daaglikse inspirasie en dit is vir my 'n groot voorreg om jul reis in hierdie verhandeling te kan deel.

“Once you choose hope, anything is possible.”

- Christopher Reeve -

OPSOMMING

Die doel van hierdie kwalitatiewe verkennende studie was om die beskouings van kankerpatiënte van psigo-opvoedkundige intervensies tydens hul kankerbehandeling te ondersoek en te beskryf. Die konseptuele raamwerk wat hierdie studie ondersteun, is gelei deur 'n konstruktivisties-interpretivistiese perspektief. Die studie word benader uit die lens van die hoopteorie. 'n Doelgerigte steekproef is aangewend om deelnemers te kies wat almal voorheen met kanker gediagnoseer is, maar ten tyde van die navorsing in volle remissie was. Die deelnemers se belange is in ag geneem deur vrywillige deelname en deur ingeligte toestemming vanaf die deelnemers te verkry voor die data-insamelingsproses begin het. Die data-insameling het bestaan uit fokusgroepe en dataversadiging is bereik nadat twee fokusgroepbesprekings gehou is. Die nege deelnemers aan die fokusgroepe het hul kankerervaring gedeel en tekortkominge met betrekking tot psigo-opvoedkundige intervensies geïdentifiseer. Die bevindinge dui daarop dat psigo-opvoedkundige intervensies betekenisvol kan wees in psigo-onkologiese ondersteuning. Die meeste deelnemers het aangedui dat hierdie tipe ondersteuning tekortsiet en dat die opleiding en onderrig van kankerverwante aspekte, veral die sielkundige aspekte daarvan, van belang is.

Sleutelwoorde: diagnose, hoopteorie, kankerpatiënt, psigo-onkologiese ondersteuning, psigo-opvoedkundige intervensie, regte van pasiënte

ABSTRACT

The aim of this qualitative exploratory study was to investigate and describe the views of cancer patients regarding psycho-educational interventions during their cancer treatment. The conceptual framework that supports this study was guided by a constructivist-interpretivist perspective, and the study is approached through the lens of the hope theory. A purposeful sampling strategy was used to select participants who had all previously been diagnosed with cancer but were, at the time of the research, in full remission. The participants' interests were taken into account by voluntary participation and obtaining informed consent before the data collection process began. The data collection process consisted of focus groups, and data saturation occurred after two focus group interviews were held. The nine participants in the focus groups shared their experience with cancer and identified shortcomings related to psycho-educational interventions. The findings suggest that psycho-educational interventions may be significant in psycho-oncological support. Most of the participants indicated that this type of support falls short and that the training and education of cancer-related aspects, especially the psychological aspects thereof, are of importance.

Keywords: cancer patient, diagnosis, hope theory, psycho-educational intervention, psycho-oncological support, rights of patients

INHOUDSOPGAWE

VERKLARING	II
VOORWOORD	III
OPSOMMING	IV
ABSTRACT	V

HOOFSTUK 1 – ORIËTERING VAN DIE STUDIE

Inleiding	1
Probleemstelling	4
Navorsingvraag.....	7
Doel van die navorsing.....	7
Definisie van konsepte.....	8
Diagnose.....	8
Kankerpatiënt.....	8
Kanker.....	8
Gedeeltelike remissie	8
Volledige remissie	9
Beskouing.....	9
Psigo-opvoedkundige intervensie	9
Psigo-onkologie.....	9
Kankerondersteuning	9
Navorsingsontwerp en metodologie.....	10
Navorsingsontwerp.....	10

Metodologie.....	11
Filosofiese oriëntering.....	12
Konstruktivisties-interpretivistiese paradigma.....	12
Positiewe sielkunde.....	13
Hoopteorie.....	14
Populasie en steekproef.....	15
Data-insameling.....	16
Fokusgroep.....	16
Waarneming en veldnotas.....	18
Besinnende joernaal.....	19
Dataontleding en -interpretasie.....	19
Kwaliteitskriteria.....	20
Etiese oorwegings.....	21
Etiekklaring.....	22
Ingeligte toestemming en vrywillige deelname.....	22
Vertroulikheid en anonimiteit.....	22
Verlening van terapeutiese hulp.....	23
Geen beloning of misleiding van deelnemers nie.....	23
Covid-19-protokol.....	23
Oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie.....	23
Hoofstukuiteensetting.....	25

Samevatting	25
HOOFSTUK 2 – LITERATUURSTUDIE	
Inleiding	26
Teoretiese raamwerk wat gekoppel word aan die literatuurstudie	27
Positiewe sielkunde	28
Hoopteorie	30
Hoop in kliniese praktyk	31
Konseptuele raamwerk van die literatuurstudie	34
Beskouings van gediagnoseerde kanker pasiënte	35
Wat is kanker?	36
Kanker in die Suid-Afrikaanse konteks	39
Aspekte van psigososiale ondersteuning vir kanker pasiënte	44
Psigo-onkologiese ondersteuning	46
Psigo-opvoedkundige intervensie	50
Samevatting	58
HOOFSTUK 3 – NAVORSINGSONTWERP EN NAVORSINGSPARADIGMA	
Inleiding	59
Navorsingsontwerp en -metodologie	59
Metodologie	60
Filosofiese oriëntering	61
Populasie en steekproef	62
Data-insamleing	64

Fokusgroep.....	64
Waarneming en veldnotas	66
Besinnende joernaal	66
Dataontledingsproses	66
Kwaliteitskriteria	69
Waarheidswaarde	70
Betroubaarheid.....	70
Konsekwentheid	71
Neutraliteit.....	71
Etiese oorwegings	72
Etiekklaring.....	72
Ingeligte toestemming en vrywillige deelname	72
Vertroulikheid en anonimiteit	73
Verlening van terapeutiese hulp.....	74
Geen beloning of misleiding van deelnemers nie	74
Covid-19-protokol.....	75
Samevatting	75
HOOFSTUK 4 – DATAONTLEDING EN -INTERPRETASIE	
Inleiding	76
Metode van ontleding	76
Dataontleding en -interpretasie	76
Oorsig van die temas en subtemas	77

Tema 1: Ervaring om met kanker gediagnoseer te word	78
Subtema 1.1: Trauma van die oomblik	79
Subtema 1.2: Veranderde gesinsverhoudings	81
Subtema 1.3: Verlies as gevolg van die kankerdiagnose	84
Subtema 1.4: Die pad na aanvaarding	87
Subtema 1.5: Vrees vir herhaling	90
Tema 2: Ondervinding van kankerbehandeling	92
Subtema 2.1: Ervaring van mediese ondersteuning	92
Subtema 2.2: Vertroue in die onkoloog	95
Subtema 2.3: Nuwe-effekte van kankerbehandeling	98
Tema 3: Belewenis van ondersteuning aan kankerpatiënte	100
Subtema 3.1: Ontbrekende ondersteuning	100
Subtema 3.2: Positiewe ondersteuning	105
Subtema 3.3: Verlangde ondersteuning	110
Samevatting	115
HOOFSTUK 5 – BEVINDINGE, AANBEVELINGS EN SLOTSOM	
Inleiding	116
Bevindinge gekoppel aan die teoretiese en konseptuele raamwerk	118
Bevinding gekoppel aan die literatuurstudie	119
Besinning oor die navorsingsvraag	125
Aanbevelings	127
Potensiële hidrae van die studie	129

Beperkings van die studie	129
Voorstelle vir verdere navorsing	129
Slotsom	130
Bibliografie	131
Bylaag A: Etiekklaring	163
Bylaag B: Ingeligte toestemming	164
Bylaag C: Covid-19-protokolle	178
Bylaag D: Fokusgroeproete	179
Bylaag E: Fokusgroepbespreking	181
Bylaag F: Taalversorging	183
Bylaag G: Turnitin Verslag	184

LYS VAN TABELLE

Tabel 1-1:	Oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie	24
Tabel 2-1:	Hoop in kliniese praktyk	33
Tabel 2-2:	Die fases van kanker	37
Tabel 2-3:	Verskille tussen psigo-opvoedkundige en groepintervensie	54
Tabel 3-1:	Biografiese besonderhede van deelnemers in fokusgroep 1	65
Tabel 3-2:	Biografiese besonderhede van deelnemers in fokusgroep 2	65
Tabel 3-3:	Ses fases van dataontleding	67
Tabel 4-1:	Temas en subtemas verkry tydens dataontleding	78

LYS VAN FIGURE

Figuur 1-1:	Navorsingsontwerp	11
Figuur 2-1:	Teoretiese raamwerk wat gekoppel word aan die literatuur	28
Figuur 2-2:	Konseptuele raamwerk van die literatuurstudie.....	35
Figuur 2-3:	Illustreer die verskeie ondersteunings aspekte vir kankerpatiënte	44
Figuur 2-4:	Teikens van psigo-onkologiese intervensie	48
Figuur 2-5:	Navorsingsmodel vir psigo-opvoedkundige intervensie.....	57
Figuur 5-1:	Samevatting van die navorsingstudie.....	117
Figuur 5-2:	Legkaart as psigo-opvoedkundige intervensie aan kankerpatiënte ..	128

Hoofstuk 1: Oriëntering van die studie

Inleiding

Kanker is 'n kroniese en lewensbedreigende siekte en die tweede grootste oorsaak van sterftes wêreldwyd (World Health Organization, 2018). Volgens die Global Cancer Observatory (2018a) is daar meer as 18 miljoen mense wêreldwyd wat met kanker leef, en na beraming kan dié syfer teen 2040 tot ongeveer 30 miljoen styg. Verder meld die World Health Organization (2018) dat die sterftesyfer van kankerpatiënte in 2030 tot 45% kan styg vergeleke met die 7,6 miljoen per jaar wat in 2008 gerapporteer is. Ongeveer 70% van die wêreldwye kankersterftes kom in lae-inkomstelande voor en die huidige ramings voorspel dat sterftes weens kanker in hierdie lande sal styg van vyf miljoen in 2013 tot 8,9 miljoen in 2030 (Kulendran et al., 2013). In Afrika suid van die Sahara sal die aantal nuwe kanker gevalle na verwagting met meer as 85% toeneem (Kulendran et al., 2013). Die totaal sterftes wat in 2014 aan kanker as hoofoorsaak van dood in Suid-Afrika toegeskryf kon word, was 37 812 of 8,1% (Made et al., 2017). Longkanker is die grootste enkele oorsaak van kankersterftes in Suid-Afrika. Die Wes-Kaap het die hoogste sterftesyfer vir longkanker (27 per 100 000 mense), gevolg deur die Noord-Kaap (21 per 100 000 mense) (Made et al., 2017). Servikskanker is die tweede algemeenste kanker onder Suid-Afrikaanse vroue en die leidende oorsaak van kanker dood onder vroue (Made et al., 2017).

Kankerbehandeling kan ongewenste fisieke veranderinge (bv. amputasies, stomas en haarverlies), onaangename simptome (bv. pyn, naarheid en braking, moegheid, slaapversteurings en apytveranderinge) en kognitiewe inkortings (bv. swak aandagspan, swak konsentrasie en geheue-inkorting) tot gevolg hê (Ahles & Correa, 2010; Breitbart & Alici, 2010; Fleishman & Chadha, 2010; Jansen et al., 2011; Skerman et al., 2012; Yue & Dimsdale, 2010). Die seksuele funksionering van pasiënte word ook aangetas (Roth et al., 2010). Navorsing toon dat die meeste jong volwassenes seksuele disfunksie in die eerste twee jaar ná hul kankerdiagnose ervaar (Acquati et al., 2017). Prostaatkanker bedreig grootliks die manlike selfbeeld, veral wanneer emosionele

veerkragtigheid en ondersteuning ontbreek (Orom et al., 2015). Borskanker word weer met 'n versteurde liggaamsbeeld en verlaagde selfbeeld geassosieer (Przedziecki et al., 2013).

Tydens kankerbehandeling beleef pasiënte nie slegs fisieke verandering nie, maar ook 'n toeloop van psigiese en emosionele stressors. Hierdie stressors behels nie net emosies soos angs, bekommernis en hartseer nie, maar ook 'n verlies aan onafhanklikheid, onsekerheid oor die toekoms en konfrontasie met die dood (Grassi et al., 2017). Dit is dus verstaanbaar dat ongeveer 15 tot 30% van kankerpatiënte 'n mate van depressieversteuring ontwikkel (Dauchy et al., 2013). Die voorkoms van posttraumatiese stresversteuring is beduidend hoër in persone met kanker in vergelyking met die algemene bevolking. Kankerpatiënte wat posttraumatiese stresversteuring ervaar, leef dikwels voortdurend in vrees en isolasie en wil herinneringe wat met hul diagnose gepaardgaan sover moontlik onderdruk en vermy (Leano et al., 2019).

Al die bogenoemde faktore kan pasiënte se lewensgehalte en emosionele welstand drasties verswak (Grassi & Travado, 2008). Dit is dus duidelik dat met enige kankerdiagnose, ongeag die prognose, hierdie pasiënte ernstige gevolge, soos die dood, afhanklikheid van die samelewing en mediese intervensie, asook fisieke, funksionele, sielkundige, emosionele, geestelike, kognitiewe, sosiale en ekonomiese veranderinge, in die gesig staar (Andreotti et al., 2015; Berg, 2016; Moorey & Greer, 2012; Rutten et al., 2003). Kliniese praktyk vir kankersorg beveel aan dat strategieë soos roetinesifting gebruik moet word om pasiënte wat by sielkundige intervensie kan baat, te identifiseer (Brebach et al., 2016). Desnieteenstaande moet alle veranderinge proaktief bestuur en behandel word en deurentyd geassesseer word, selfs al is behandeling reeds gestaak (Farber et al., 1983; Holland & Rowlands, 1989; Spiegel, 2012).

Die psigo-onkologie – die wetenskap van die emosionele welstand van diegene met kanker – hou verband met die emosionele en sielkundige impak van dié diagnose op pasiënte en hul naasbestaandes (Dolbeault et al., 2003; Fatima, 2017). Hierdie wetenskap het tydens die 1970's na vore getree as 'n formele vakgebied waarvan die belangrikste rol emosionele ondersteuning aan

kankerpatiënte is (Greer et al., 1993; Hui & Bruera, 2016). Die navorsing- en kliniese praktyk van die psigo-onkologie het sedertdien goed in eerstewêreldlande gevorder, terwyl navorsing in onderontwikkelde lande weinig vordering toon. Alhoewel Suid-Afrika oor gevestigde onkologiese gesondheidsorgdienste beskik, word psigo-onkologiese dienste steeds nie optimaal benut nie (Edwards & Greeff, 2017). Die multidissiplinêre-span-benadering (onkoloë, verpleegsters, psigiaters, sielkundiges, mediese dokters, beraders, ondersteuningsgroepe en maatskaplike werkers) van psigo-onkologie het 'n belangrike instrument in die versorging van kankerpatiënte geword (Blazeby et al., 2006; Holland, 2004). Psigo-onkologiese intervensies verbeter pasiënte se fisieke en emosionele simptome en sodoende ook hul lewensgehalte (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

Opvoedkundige sielkunde is 'n ingewikkelde studieveld wat uit elemente van onderwys, sielkunde en filosofie bestaan (Hay, 2019). In die studieveld van sowel die opvoedkunde as opvoedkundige sielkunde is die fokus op die konsep van lewenslange leer oor die lewensfases heen. Volgens Oliver (2019) beteken “lewenslange leer” leer vanaf die wieg tot by die graf; dit behels formele leer en wetgewende leerstelsels vir kinders en jong volwassenes sowel as ouer persone, en die hele spektrum van leer word beskou as 'n geïntegreerde geheel. Oliver (2019) meld dat lewenslange leer nie net in standaard- opvoedkundige kontekste plaasvind nie, maar alle tipes leer in verskillende omstandighede inkorporeer. Die kankerpatiënt is dus 'n leerder ('n lewenslange leerder) wat moet leer van die tipe kanker en die impak daarvan op individue en die verskillende stelsels waarin die individu leef. Psigo-opvoedkundige intervensie kan moontlik 'n baie belangrike rol speel om kankerpatiënte deur opvoeding te ondersteun. Psigo-opvoedkundige intervensies word beskryf as 'n wye reeks aktiwiteite wat persone opvoed en bystand en berading bied vir 'n siekte, toestand of geestesgesondheidsprobleem (John et al., 2018). Sulke intervensies kan in groepe of individueel aangebied word en kan gestandaardiseer of aangepas word, afhangend van die deelnemers se behoeftes. Die doel van sodanige intervensies is om inligting en hulpbronne te

bied ten einde opleiding en ondersteuning te voorsien (John et al., 2018). In die Suid-Afrikaanse konteks is dit belangrik dat psigo-opvoedkundige intervensies in die psigo-onkologieveld toegepas word om pasiënte die reg op holistiese ondersteuning te gee. Die oordrag van inligting en kennis aan kankerpatiënte is 'n uiters belangrike funksie, waar die opvoedkunde en sielkunde verenig word om so 'n persoon oor sy of haar lewensduur te onderrig en te leer en sodoende ondersteuning aan die persoon te bied.

Dié studie fokus op die verkenning van psigo-opvoedkundige intervensies. Onderzoek is ingestel na gediagnoseerde kankerpatiënte wat in remissie is, se geleefde ervarings en opinies van die tipe psigo-opvoedkundige intervensies wat hulle tydens hul kankerervaring ontvang het. Die ondersoek na dié psigo-opvoedkundige intervensies kan moontlik bydra tot die verkenning van die tipe inligting, kennis en opvoeding wat kankerpatiënte benodig. Hierdie verkenning het beste praktyke ondersoek om moontlike hoogtepunte uit te lig in psigo-opvoedkundige intervensies vir kankerpatiënte.

Probleemstelling

Die diagnose van kanker veroorsaak verskillende geestesgesondheidsuitdagings vir kankerpatiënte. 'n Studie deur Kagee et al. (2018), wat fokus op die sielkundige behoefte en simptome van depressie onder 201 borskankerpatiënte van 'n kliniek in Suid-Afrika, toon dat simptome van depressie algemeen voorkom onder Suid-Afrikaanse borskankerpatiënte, veral diegene met 'n groter liggaamsverandering en 'n swakker ondersteuningsraamwerk. Vir borskankerpatiënte met simptome van depressie word sosiale ondersteuning, noukeurige inligting, psigososiale berading en, in sommige gevalle, kognitiewe psigoterapie voorgestel. Die belangrikste bevindinge van Edwards en Greeff (2017) se studie van 'n kwalitatiewe ontleding van 316 foto-onderhoude was die identifisering van kankerverwante uitdagings in Suid-Afrika, naamlik emosionele nood, ang, verlies, armoede, fisieke uitdagings, die traumatiese impak van 'n

kankerdiagnose, stigma met betrekking tot kanker en lae bemagtiging van pasiënte in die mediese konteks.

Die opleiding en onderrig van kankerpatiënte is van belang om dié pasiënte te ondersteun. Die Nasionale Beleidsraamwerk en Strategie vir Palliatiewe Sorg het die potensiaal om die versorging van mense met kanker te verbeter. Palliatiewe sorg, volgens die World Health Organization (2020), is 'n benadering wat die lewensgehalte van pasiënte en hul gesinne wat probleme met lewensbedreigende siektes ervaar, verbeter deur die voorkoming en verligting van lyding te verbeter deur middel van die vroeë identifikasie, evaluering en behandeling van fisieke, geestelike en sielkundige probleme. Suid-Afrika het 'n nuwe nasionale beleid rakende palliatiewe sorg wat beoog om die voorkoms van voortgesette sorg vir mense met lewensbedreigende siektes, kanker inklusief, te verander. Tekortkominge is geïdentifiseer waar aandag gegee word aan die negatiewe impak van psigososiale, ekonomiese, sosio-kulturele en ander uitdagings op die lewensgehalte van kankerpatiënte. Die jongste Suid-Afrikaanse kankerbeleid, naamlik die *National cancer strategic framework for South Africa 2017-2022* (Department of Health, 2017) stel dit duidelik dat pasiënte geregtig is op palliatiewe sorg in verskillende stadiums van die siekte, vanaf die eerste diagnose van kanker tot die dood.

Opvoedkunde en opvoedkundige sielkunde as studieveld fokus op leer oor die lewensduur van die persoon in verskeie leeromgewings. Volgens Rogiers et al. (2020) ontwikkel persone voortdurend in die leerproses. Leer hou nie net verband met jong leerders nie, maar word met leerders van alle ouderdomme geassosieer (Rogiers et al., 2020). Kankerpatiënte kan ondersteun word deur inligting en kennis oor hul diagnose te verkry deur middel van psigo-opvoedkundige intervensies. Psigo-opvoedkundige intervensies het ontstaan as 'n aanvullende behandeling as opvoedkundige komponent vir pasiënte en hul gesinne wat verskillende lewensuitdagings in die gesig staar wat hul daaglikse lewens kan beïnvloed (Brown, 2011; Lukens & McFarlane, 2004). Psigo-opvoedkundige intervensie in sy huidige vorm is in 1980 deur 'n Amerikaanse navorser, C.

M. Anderson, tydens die behandeling van pasiënte met geestesgesondheidsprobleme ontwikkel (Anderson et al., 1980). Dié term word egter tans ook in programme vir kankerpatiënte gebruik. Een van die effektiëste psigososiale benaderings vir kankerpatiënte, volgens Dastan en Buzlu (2012), is die gebruik van psigo-opvoedkundige intervensies. Psigo-opvoedkundige intervensies word uiteengesit in 'n meer holistiese benadering deur opvoeding en sielkundige ondersteuning binne die mediese veld te verenig (Chambers & Dunn, 2019; Kim et al., 2015). Die psigo-opvoedkunde fokus op die onderrig en verbetering van vaardighede in 'n sosiale konteks of groeopleiding (Ahrens & Staab, 2015). Psigo-opvoedkundige intervensies is die onderrig van vaardighede of terapeutiese intervensies om insig te voorsien, gebaseer op 'n sekere gesondheidstoestand (Firth et al., 2020). Die belangrike rol van psigo-opvoedkundige intervensies vir gediagnoseerde pasiënte kan nie vermy word nie en daar is selfs wetenskaplike bewyse van die voordele van psigo-opvoedkundige ondersteuning aan kankerpatiënte. Die meriete van gesondheidsonderrig vir pasiënte is dus van uiterste belang as deel van lewenslange leer in verskeie leeromgewings. Psigo-opvoedkundige intervensies kan 'n rol speel om sodanige inligting en kennis aan pasiënte te voorsien. Psigo-opvoedkunde – met ander woorde, die bewusmaking, opleiding en voorligting van pasiënte wat met kanker gediagnoseer is – ten opsigte van die sielkundige impak van dié siekte kan 'n belangrike rol speel in die ondersteuning van sodanige pasiënte.

Ter afsluiting, kankerpatiënte kan verskeie geestesgesondheidsuitdagings ervaar, soos hierbo bespreek. Psigo-opvoedkundige intervensies, onderrig, bewusmaking, opleiding en voorligting van kennis oor kanker en kankerdiagnose aan kankerpatiënte is as moontlike strategieë vir ondersteuning bespreek. Die fokus van psigo-opvoedkundige intervensies is om dié uitdagings die hoof te bied deur onderrig en bewusmaking van bogenoemde aspekte deur die praktyk van psigo-opvoedkundige intervensies. Alhoewel die *National cancer strategic framework for South Africa 2017-2022* (Department of Health, 2017) dit duidelik stel dat dit die pasiënt se reg is om inligting en ondersteuning te verkry, is daar duidelike leemtes in die oordrag van kennis en

inligting aan kankerpatiënte vir ondersteuning. Derhalwe was die doel van hierdie verkennende studie om die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte oor die tipe psigo-opvoedkundige intervensies in hul ervaring as kankerpatiënte te verken en te beskryf.

Navorsingsvraag

In die lig van die bostaande agtergrondgegewens is die hoofnavorsingsvraag wat hierdie studie betref soos volg: *Wat is gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning?*

Die volgende subvrae sal die verkenning van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning fasiliteer:

- Hoe verstaan pasiënte 'n kanker diagnose?
- Wat is pasiënte se ervaring van kankerbehandeling?
- Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies het die deelnemers benut toe hulle met kanker gediagnoseer is?
- Wat was die deelnemers se ervaring van die psigo-opvoedkundige intervensie wat hulle tydens behandeling ontvang het?
- Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies moet bygevoeg word om kankerpatiënte te ondersteun?

Doel van die navorsing

Die doel van hierdie verkennende studie was om die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte met betrekking tot psigo-opvoedkundige intervensies te ondersoek. Volgens Maree en Pietersen (2007) is 'n doelwit die eindpunt wat 'n navorser wil bereik. Die doelstellings is die stappe wat nagevolg word om die bepaalde eindpunt te bereik (Schurink et al., 2011).

Die volgende doelstellings is vir dié studie geformuleer:

- Verkenning van pasiënte se ervaring met die diagnose van kanker
- Ondersoek van pasiënte se ervarings van kankerbehandeling

- Verken watter tipe psigo-opvoedkundige intervensies die deelnemers, as kankerpatiënte, benut het.
- Ondersoek die deelnemers, as kankerpatiënte, se geleefde ervaring van psigo-opvoedkundige intervensie.
- Verken die psigo-opvoedkundige intervensies wat kankerpatiënte graag wil hê.

Definisies van konsepte

Verskeie konsepte wat met hierdie studie verband hou, word vervolgens bespreek en gedefinieer.

Diagnose

Diagnose is die proses om 'n siektetoestand of besering te identifiseer aan die hand van simptome. Gesondheidsgeskiedenis, fisieke ondersoek en toetse kan gebruik word om 'n diagnose te maak. Volgens die National Cancer Institute se *Dictionary of Cancer Terms* (2019) is doeltreffende prognose nie moontlik sonder 'n diagnose nie.

Kankerpatiënt

'n Kankerpatiënt is 'n persoon wat mediese behandeling vir kanker ontvang.

Kanker

Kanker ontstaan wanneer 'n sel of groep selle in die liggaam spontaan begin vermeerder en groei (Visser, 2006). Die kankerselle dring omliggende weefsel binne en versprei na ander liggaamsdele (National Cancer Institute, 2019). Daar is twee tipes remissie: gedeeltelike en volledige remissie.

Gedeeltelike remissie

Gedeeltelike remissie verwys na die tyd wanneer 'n kankerpatiënt se toestand verbeter, maar die kanker nog nie heeltemal verdwyn het nie. Dit kan beteken dat die gewas begin krimp het of dat die pasiënt se kankerseltelling afgeneem het (Battista, 2015).

Volledige remissie

Volledige remissie verwys na 'n pasiënt wat geen tekens of simptome van kanker toon nie. Alle toetsingsmetodes is gebruik en daar is bevind dat daar geen teken meer van kanker is nie. Daar kan wel nog kankerselle in die liggaam bestaan, maar dié selle kan nie noodwendig opgespoor word nie (Battista, 2015).

Beskouing

'n Beskouing is 'n individu of groep se unieke siening van 'n verskynsel; dit behels die prosessering van stimuli en inkorporering van herinneringe en ervarings in die verstaanproses (McDonald, 2012).

Psigo-opvoedkundige intervensie

Psigo-opvoedkundige intervensies omvat 'n wye verskeidenheid aktiwiteite wat opvoeding en ander aktiwiteite, soos berading en ondersteunende intervensies, kombineer. Dit omsluit die problematiek met betrekking tot die ontwikkelde mens binne 'n opvoedingskonteks. Hierdie soort intervensie behels die voorsiening van inligting, hulpbronne en dienste, opleiding en probleemoplossingstrategieë (Titler et al., 2020).

Psigo-onkologie

Psigo-onkologie behels die sielkundige, sosiale, etiese en gedragsaspekte van kanker. Psigo-onkologie roer twee belangrike sielkundig dimensies aan, naamlik die sielkundige reaksie van kankerpatiënte, hul gesinne en versorgers teenoor kanker in alle stadiums van die siekte en die sielkundige, sosiale en gedragsfaktore wat die siekteproses kan beïnvloed (National Cancer Institute, 2019).

Kankerondersteuning

Die konsep “ondersteuning” behels om versorg te word, liefde te ontvang, waardeer te word en om op ander te kan steun indien nodig (Gavric, 2015). Kankerondersteuning is die sorg wat gegee word om die lewensgehalte van pasiënte wat ernstige of lewensgevaarlike kanker het,

te verbeter. Die doel van ondersteunende sorg is om die simptome van 'n siekte, die nuwe-effekte wat deur die behandeling van 'n siekte veroorsaak word, sowel as sielkundige, sosiale en geestelike probleme wat met 'n siekte of die behandeling daarvan verband hou, so vroeg as moontlik te voorkom of te behandel (National Cancer Institute, 2019). In dié studie word die term “ondersteuning” ook verder omskryf as psigo-opvoedkundige intervensie. Ekhtiari et al. (2017) omskryf psigo-opvoedkundige intervensie as 'n intervensie wat gepaardgaan met sistematiese, didaktiese en gestruktureerde kennisoordrag aangaande die behandeling van 'n siekte of die ondersteuning daarvan deur die integrasie van emosionele en motiverende aspekte om belanghebbendes te ondersteun.

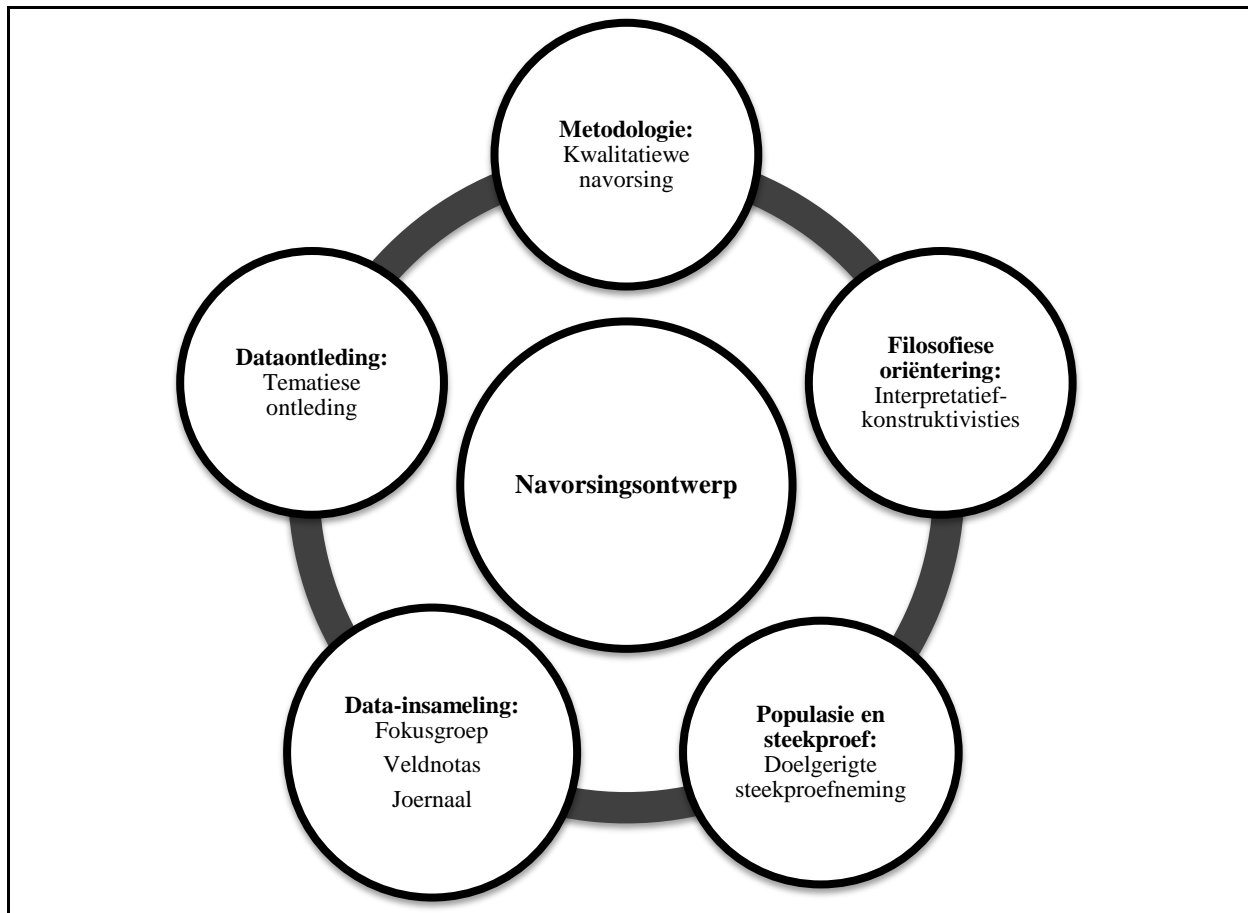
Navorsingsontwerp en -metodologie

Navorsingsontwerp

Babbie en Mouton (2008) beskryf 'n navorsingsontwerp as die raamwerk of bloudruk van hoe die navorser beplan om die navorsing uit te voer. 'n Navorsingsontwerp is 'n plan of strategie wat beweeg vanaf onderliggende filosofiese aannames na die spesifisering van deelnemenseleksie, asook die metodes van data-insameling en -ontleding wat gebruik gaan word (Nieuwenhuis, 2016). Die navorsingsontwerp fokus op die eindproduk en al die stappe wat gevolg moet word om hierdie uitkoms te bereik deur 'n spesifieke rigting te gee aan die aspekte van die navorsingstudie (Babbie & Mouton, 2008; Creswell, 2013).

Die navorsingsontwerp wat deur hierdie studie gebruik word is kwalitatief van aard en sluit verskeie aspekte in. Die filosofiese oriëntering se oorsprong is vanuit die konstruktivistiese-interpretivistiese paradigma waardeur kennis op 'n aktiewe wyse gekonstrueer word. Verder word positiewe sielkunde en die hoopteorie gebruik as boustene tydens die filosofiese oriëntering van die studie. Die navorser het 9 persone wat voorheen gediagnoseer was met kanker en tans in remissie is geworf met behulp van doelgerigte steekproefneming. Data-insameling het geskied deur twee fokusgroepbesprekings te hou waartydens verskeie oop vrae aan die deelnemers gestel

is en die nodige veldnotas en joernaal is gehou. Die onderhoude is digitaal opgeneem en getranskribeer. Die fokusgroepe het tussen 60 en 90 minute geduur. Tematiese ontleding is toegepas en die nodige fases was gevolg om ten einde die temas en subtemas van die navorsingstudie te verkry. Figuur 1-1 illustreer die aspekte van die navorsingsontwerp van die studie.



Figuur 1-1: Navorsingsontwerp (aangepas vanuit Nieuwenhuis, 2016)

Metodologie

Kwalitatiewe navorsing maak dit moontlik om 'n diepgaande, grondige, algemene interpretasie van 'n situasie te verkry (Merriam & Tisdell, 2016). Kwalitatiewe navorsing fokus op die natuurlike omgewing waar interaksie plaasvind; met ander woorde, sosiale lewe word aan die hand van prosesse eerder as statistiese terme beskou (Nieuwenhuis, 2016). Vir die doel van hierdie studie is 'n kwalitatiewe navorsingsbenadering toegepas, aangesien dit vir my belangrik was om

vas te stel hoe mense betekenis aan die lewe gee deur hul beskouings van 'n geleefde ervaring vas te vang (cf. Locke et al., 2000). Die beskouing van elke deelnemer gaan gepaard met die ervaring en betekenis wat aan 'n verskynsel gekoppel word. Hierdie betekenis is op grond van hul geleefde ervarings om sodoende hul wêreld, andere en hulself beter te verstaan en uiteindelik 'n dieper begrip van die onderwerp te verkry (Daher et al., 2017). Dié navorsing fokus nie net op die data-insameling nie, maar ook om die emosies van die deelnemers vas te vang en sodoende die beskouing en perspektief van deelnemers te bewaar. Die beskouing van 'n geleefde ervaring gaan nie oor die besinning oor 'n verskynsel wat tans beleef word nie, maar eerder om terug te kyk en te besin oor hoe hierdie verskynsel deur die bepaalde individue beleef en ervaar is (Marshall & Rossman, 2011). Kwalitatiewe navorsing as metode poog om menslike of sosiale probleme te identifiseer, te ondersoek en die inligting daaromtrent te ontleed (Creswell, 2013). Die doel is om antwoorde op vrae te kry wat beklemtoon hoe sosiale ervarings beleef word en betekenis daaraan geheg word (Denzin & Lincoln, 2011).

Filosofiese oriëntering

Konstruktivisties-interpretivistiese paradigma

Hierdie studie is gegrond op die konstruktivisties-interpretivistiese benadering. Die konstruktivistiese benadering tot leer berus op die siening dat leer 'n deurlopende proses is. Kennis word op 'n aktiewe wyse gekonstrueer deur betekenis daaraan te heg (Maree, 2016; Shepard, 2000; Windschitl, 2002). Interpretivisme fokus op mense se subjektiewe ervarings, hoe hulle die sosiale wêreld konstrueer deur betekenis te deel en hoe hulle met mekaar kommunikeer en oor die weg kom (Nieuwenhuis, 2016). Die ontologiese aannames van die interpretivisme is dat sosiale realiteit deur veelvoudigheid gekenmerk word omdat verskillende mense gebeure verskillend interpreteer, wat tot veelvoudige perspektiewe van 'n verskynsel lei (Nieuwenhuis, 2016). Gevolglik lei dit tot die ontstaan van wyer individuele perspektiewe en uiteindelik 'n breër begrip van die bepaalde verskynsel (Van der Walt & Oosthuizen, 2008). In die huidige studie is deelnemers toegelaat om

hul eie geleefde ervarings, beskouings en interpretasies met my te deel. Die konstruktivistiese benadering is daarom as filosofiese oriëntering in dié studie gevolg. Die studie is verder beskou uit die teoretiese raamwerk van die positiewe sielkunde.

Positiewe sielkunde

Die sielkunde as geheel fokus tradisioneel op die behandeling van die disfunksie van mense, geestesgesondheid of ander probleme wat mense beleef. Die boustene van die destydse sielkunde was bloot om vas te stel wat verkeerd is en hoe om dit te behandel en reg te stel (Snyder et al., 2002). Die oorsprong en belangrikheid van die positiewe funksionering van individue ontvang nie soveel aandag in die sielkunde soos wat die terrein van menslike ongelukkigheid en lyding ontvang nie (Diener, 1984). Die humanistiese beweging het egter 'n noodsaaklike verandering in hierdie verband verteenwoordig deur weg te beweeg van slegs die fokus op psigopatologie en om foute by mense reg te stel en die fokus te verskuif na die bevordering van normale en optimale menslike groei, wat gegrond is op een van die beginsels van positiewe sielkunde om sodoende welstand te bevorder (Bar-On, 2010; Lomas et al., 2014).

Positiewe sielkunde kry sy oorsprong van die werk van sielkundiges soos Jung, Rogers, Allport en Maslow wat gefokus het op die sielkundige groei en welsyn van individue (Macaskill, 2016). Die positiewe sielkunde beweer dat mense positiewe eienskappe het wat die risiko ten opsigte van psigopatologie kan verminder deur hierdie positiewe eienskappe en sterk punte te identifiseer en toe te pas (Snyder & Lopez, 2002). Positiewe sielkunde het drie hoofkomponente, naamlik positiewe beginsels, positiewe ervarings en die positiewe eienskappe wat individue besit. Hierdie drie komponente word gebruik om vas te stel watter aspekte dit vir individue die moeite werd maak om te leef (Macaskill, 2016). Positiewe sielkunde is 'n veld wat ondersoek instel na hoe gewone mense gelukkiger, meer vervulde en betekenisvolle lewens kan leef (Wong, 2011). Hierdie ondersoek van die positiewe sielkunde vorm ook die grondslag van die hoopteorie, waar die emosies en welstand van mense gedryf kan word deur hoop.

Hoopteorie

Die onderwerp van hierdie studie sal verder verken word deur die lens van die hoopteorie. Dit sal insig gee in die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte betreffende psigo-opvoedkundige intervensies. Snyders et al. (2002) meld dat hoopvolle gedagtes die oortuiging weerspieël dat mense 'n verskeidenheid van weë kan vind om doelwitte te bereik en om gemotiveerd te raak om hierdie weë te gebruik. Spiritualiteit kan daartoe bydra om 'n pasiënt se lewensgehalte te bewaar ten spyte van 'n negatiewe prognose en newe-effekte deur vir die pasiënt hoop, troos en betekenis te bied tydens kankersorg (Balboni et al., 2010; McClain, 2003). Daar is opgemerk dat die meeste pasiënte wat met 'n diagnose van kanker leef, wel 'n sinvolle en lonende lewe kan geniet terwyl hulle optimisties oor hul toekoms bly (Duggleby et al., 2013). Talle navorsingstudies handel oor die negatiewe ervarings van pasiënte wat met kanker gediagnoseer is, maar onlangs het die navorsingsfokus verskuif na die potensieel positiewe ervarings waardeur 'n meer diepgaande element van hoop ingestel word weens die bevordering van meer innoverende behandelingsintervensie (Lang-Rollin & Berberich, 2018). Hoop word gedefinieer as die moontlikheid van 'n beter toekoms vanuit 'n onseker en moeilike hede (Duggleby et al., 2013).

In hierdie studie dien die integrerende hoopteorie van Scioli et al. (2016) as teoretiese raamwerk om die beskouings van kankerpatiënte betreffende psigo-opvoedkundige intervensies te ondersoek. Hierdie raamwerk bied 'n gestruktureerde, omvattende benadering tot die ingewikkelde aard van hoop. Hoop word gedefinieer as 'n toekomsgerigte emosienetwerk, bestaande uit biologiese, sielkundige en sosiale hulpbronne (Scioli et al., 2011). Volgens Scioli et al. (2011) en Snyder (2000) ontstaan hoop deur die behoefte aan bemeestering en beheer te bevredig en prioriteite vas te stel. Die behoefte aan gehegtheid word bevredig deur ondersteuning te bied en ervarings te deel met ander wat dieselfde situasie ervaar. Scioli et al. (2016) beskryf die hoopnetwerk as 'n vyfvlakkige netwerk wat bestaan uit biologiese, genetiese, sielkundige, sosiale en geestelike elemente. Hierdie behoeftes word bevredig namate hoop ontwikkel word deur die

interaksie van die vyf vlakke van invloed, naamlik genetiese en biologiese faktore, vroeë omgewingsinvloede, eienskappe en karaktersterktes, 'n geloofstelsel met hoopgegenereerde oortuigings en, laastens, emosies (Scioli et al., 2016).

Hoop is 'n belangrike en noodsaaklike eienskap by kankerpatiënte wat baie gevolge het vir pasiënte se aanpasbaarheid tot die lewensituasie, veral in tye van pyn en lyding. Hoop speel 'n belangrike rol in die bevordering van die algemene gesondheid van pasiënte met kanker (Rawdin et al., 2013). Snyder (2000) se teorie bevat drie hoofkomponente van hoop, naamlik doelstellings, roetes en energie. Bewuste doelstellings is die hoeksteen van die teorie. Doelwitte kan kort- of langtermyn wees, en dit kan aansienlik verskil ten opsigte van belangrikheid en waarskynlikheid (Snyder, 2000). Roetes verteenwoordig 'n persoon se waargenome vermoë om roetes te vind om sy of haar doelstellings te bevredig, en hoop verseker meer veelvuldige roetes (Snyder et al., 2002). Energie is die motiverende komponent wat verseker dat 'n persoon in staat sal wees om die nodige krag te hê om 'n bepaalde roete te volg (Scioli et al., 2016).

Dit is dus van belang om bogenoemde aspekte te oorweeg om te beseef dat dié individue gedwing word om nuwe perspektiewe van die lewe te oorweeg en om hul oortuigings, waardes en prioriteite te ondersoek wanneer hulle die gevolge van 'n kankerdiagnose ondervind. Saam met hierdie diagnose kry die pasiënte nuwe insig in hul probleme en begin hulle nadink oor die klein dingetjies in die lewe. Op hierdie reis kan hoop dus 'n positiewe impak op persoonlike en gesinswelstand hê (Snyders et al., 2002) en dit kan stres en simptome van depressie verlig, wat die persoon in staat kan stel om ten volle by die lewe betrokke te raak. Daarom is die oogmerk van hierdie studie die verkenning van psigo-opvoedkundige intervensies om kankerpatiënte te ondersteun deur die hoopteorie as 'n onderliggende struktuur vir die navorsing te gebruik.

Populasie en steekproef

Kwalitatiewe navorsing maak van doelbewuste steekproewe gebruik (Miles & Huberman, 1994; Van Wyk, 2015). Dit is ook belangrik om die doelwitte van die studie in ag te neem voordat

daar op 'n metode van steekproefneming besluit word (Maree, 2016). Doelgerigte steekproefneming verseker dat die steekproef aan sekere vereistes voldoen om te verseker dat die navorsingsdoelwitte bereik word. Doelgerigte steekproefneming behels die selektering van deelnemers wat sekere eienskappe deel en wat die potensiaal het om ryk, toepaslike en uiteenlopende data te voorsien (Nieuwenhuis, 2016). Vir die Suid-Afrikaanse konteks stel Babbie en Mouton (2001) 'n steekproefpopulasie van tussen vyf en 25 deelnemers voor vir kwalitatiewe navorsing.

Beide die studievervelde van opvoedkunde en opvoedkundige sielkunde gebruik die konsep van lewenslange leer. Volgens Oliver (2019) dui lewenslange leer op die afbreek van hindernisse tussen die verskillende stadiums van onderwys, wat lei tot 'n eenvormige siening van die leerproses oor die lewensfasies. Om hierdie rede is die volgende deelnemers uitgenooi om aan die studie deel te neem: volwasse deelnemers tussen 18 en 55 jaar oud, van beide geslagte, wat in die afgelope sewe jaar met kanker gediagnoseer is. Voorts moes die deelnemers tydens dié studie vir ten minste twee jaar in remissie wees en ook tans geen verdere kankerbehandeling ontvang nie. Die kriteria word volledig verduidelik in hoofstuk 3. Om die tema te verken sal die deelnemers hul beskouings en standpunte van psigo-opvoedkundige intervensies deel.

Data-insameling

Die verskillende data-insamelingstegnieke word vervolgens bespreek onder die verskillende afdelings.

Fokusgroep

'n Fokusgroeponderhoud of -bespreking is 'n groepbespreking oor 'n spesifieke onderwerp wat vir navorsingsdoeleindes gereël word (Gill et al., 2008). Fokusgroeptesprekings word in gesondheidsnavorsing gebruik om die perspektiewe van pasiënte en ander groepe in die gesondheidsorgstelsel te ondersoek (Kitzinger, 2006). Dit is ook nuttig om 'n ryk begrip van die ervarings en oortuigings van deelnemers te verkry (Nyumba et al., 2018; Tausch & Menold, 2016).

Die voordele van 'n fokusgroep is dat dit nuttig is om uitvoerige inligting oor die gevoelens, sienings en opinies van die individue sowel as die groep te bekom. Dit bespaar ook tyd en geld in vergelyking met individuele onderhoude en voorsien 'n breër omvang van inligting (Mazza & Berré, 2007). Deur gebruik te maak van 'n fokusgroepbespreking verkry die onderhoudvoerder insig wanneer deelnemers op mekaar se reaksies reageer en waarneem hoe deelnemers hul eie wêreld en betekenis konstrueer. Die doel van die fokusgroepbespreking in hierdie studie was om data van goeie gehalte in 'n sosiale konteks te verkry, waar persone se persoonlike beskouings weerspieël kon word binne die konteks van ander deelnemers.

Die belangrikste metodes van data-insameling tydens 'n fokusgroepbespreking is klank- en bandopnames, notas en die waarneming van die deelnemers se gedrag (Stewart et al., 2007). 'n Nadeel van hierdie metode is dat fokusgroepe nie voldoende is om 'n omvattende beeld oor 'n spesifieke onderwerp uit te wei nie. 'n Besondere nadeel van 'n fokusgroepbespreking is die moontlikheid dat die lede nie hul eerlike en persoonlike opinies lug nie en huiwerig kan wees om hul gedagtes te deel, veral as hul sienings verskil van dié van ander deelnemers (Writing, 2019). Ten einde gehaltenavorsing te verseker is dataversadiging uiters belangrik (Hancock et al., 2016). Die term “dataversadiging” beteken dat daar geen nuwe inligting is wat meer van deelnemers verkry word nie (Kerr et al., 2010). In hierdie studie is data deur middel van fokusgroepe ingesamel en twee fokusgroepbesprekings is gehou totdat dataversadiging bereik is. Volgens Nieuwenhuis (2016) lei 'n moderator die gesprek tussen vyf en twaalf deelnemers in 'n fokusgroep. Die moderator gebruik 'n “trekterstruktuur”, wat behels dat die moderator met 'n algemene bespreking in die fokusgroep begin om die deelnemers op hul gemak te stel en dan die deelnemers na 'n meer aktiewe debat oor die onderwerp lei (Nieuwenhuis, 2016).

Al die nodige etiese aspekte is tydens die studie in ag geneem. Etiese klaring (NWU-00478-20-A1) is vanaf die Noordwes-Universiteit verkry, met al die vereiste dokumentasie aangeheg as bylaag A (Etiekklaring) en bylaag B (Ingeligte toestemmingsvorm). Die data is deur middel van

fokusgroepbesprekings ingesamel. Die aangestelde bemiddelaar, wat as onafhanklike persoon opgetree het, het die deelnemers wat aan die kriteria voldoen het, gekontak. 'n Geskikte datum en tyd vir die fokusgroepbesprekings is vooraf, onder leiding van my en my studieleier, bespreek en gefinaliseer. Die papiergebaseerde data is veilig bewaar en sal vir vyf jaar in my kantoor gestoor word. Die elektroniese data word op 'n rekenaar met 'n wagwoord gestoor. Ek het ook verseker dat die inligting wat vanaf die deelnemers verkry is, akkuraat geïnterpreteer is en dat die data korrek ontleed is.

Waarneming en veldnotas

Waarneming word as 'n kwalitatiewe data-insamelingstegniek gebruik om navorsers in staat te stel om 'n dieper insig en begrip te kry van die waargenome verskynsel (Maree, 2016). Waarnemings is baie subjektief en selektief van aard en daarom moet die navorsers bewus wees van hul eie vooroordele en strategieë ontwerp om dit te hanteer (Maree, 2016). In kwalitatiewe navorsing is dit aanvaarbaar dat die navorser deel word van die navorsingsituasie wat waargeneem word (Maree, 2016). Waarneming stel die navorser in staat om afleidings te maak oor 'n sekere perspektief wat 'n deelnemer ervaar, wat nie noodwendig verkry sou word vanuit slegs die onderhoudsdata nie (Maxwell, 2012). As navorser het ek tydens die fokusgroepbesprekings notas gemaak van die nieverbale kommunikasie en interaksie tussen die deelnemers. Die deelnemers was baie entoesiasies in die beantwoording van sekere vrae, maar met ander tye huiwerig om eerste te antwoord.

De Vos et al. (2011) beskryf veldnotas as die geskrewe vorm van die waarnemings wat die navorser beleef het deur gebruik te maak van sy of haar sintuie om sodoende veldnotas te maak. Neuman (2011) identifiseer die volgende ses tipes veldnotas wat tydens kwalitatiewe data-insameling gebruik word:

- direkte waarneming, wat geskied direk nadat die fokusgroep afgehandel is
- notas wat gebruik word as kort geheuesnellers

- afleidings van die reflektiewe sosiale verhoudings, emosies en betekenisvolheid
- ontleding van metodologiese strategieë en teoretiese aantekeninge;
- aantekeninge oor die fokusgroep wat verband hou met die lokaal en deelnemers
- 'n persoonlike, besinnende joernaal van die navorser se gevoelens en emosionele reaksies

Besinnende joernaal

'n Besinnende joernaal stel navorsers in staat om hul ervarings, opinies, denke en gevoelens sigbaar te maak (Deggs & Hernandez, 2018). Die besinnende joernaal ondersteun die navorser deur deurlopend te besin oor die navorsingstudie. Verder noem Cruz (2015) dat subjektiwiteit in die studie beperk kan word deur 'n besinnende joernaal voortdurend en sistematies te gebruik.

Dataontleding en -interpretasie

Volgens Mayan (2001) is dataontleding 'n proses waartydens patrone in die data waargeneem word, vrae oor dié patrone gevra word en 'n hipotese oor die ingesamelde data gevorm word. Tematiese ontleding is in die huidige studie toegepas om die ingesamelde data te ontleed. Een van die vele voordele van tematiese ontleding is die ryk en gedistilleerde data, wat dit moontlik maak om die data op 'n meer logiese manier voor te stel (Braun & Clarke, 2006).

Ek het gebruik gemaak van Braun en Clarke (2006) se ses fases van dataontleding as deel van my tematiese ontleding. Hierdie fases word vervolgens uiteengesit:

- Fase 1: Raak vertrouwd met die data

Die data word noukeurig getranskribeer en die navorser fokus aktief daarop en werk deeglik daardeur. Hierdie fase is belangrik om vertrouwd te raak met die data en 'n uitgebreide begrip van die inhoud te verkry (Braun & Clarke, 2006).

- Fase 2: Genereer oorspronklike kodes

Oorspronklike kodes word vanuit die data geïdentifiseer en interessante en betekenisvolle data word uitgelig, wat ook die konteks van die navorsing sal rig (Braun & Clarke, 2006).

- Fase 3: Soek temas

Hier soek die navorser temas om die interpretatiewe ontleding van die versamelde kodes te proses. Die temas wat met die navorsingsvraag gepaardgaan, word noukeurig geïdentifiseer (Braun & Clarke, 2006).

- Fase 4: Hersien die temas

'n Deeglike oorsig van geïdentifiseerde temas word verkry. In hierdie fase word die aanvanklike temas gekombineer, verfyn, geskei of uitgeskakel. Die data binne die verskillende temas moet sinvol bymekaargevoeg word (Braun & Clarke, 2006).

- Fase 5: Definieer en benoem temas

In dié fase ontstaan 'n verenigde narratief van die geïdentifiseerde temas. Die wese van elke tema word geïdentifiseer en daar word bepaal watter aspekte vasgelê moet word (Braun & Clarke, 2006).

- Fase 6: Skryf die verslag

Die laaste fase is om die ontleding te omskep in 'n interpreteerbare skryfstuk deur uittreksels te gebruik wat verband hou met die temas, navorsingsvraag en literatuur. Die verslag moet die storie wat deur die data voortgebring is, vertel sonder om inligting te herhaal (Braun & Clarke, 2006).

Kwaliteitskriteria

Merriam en Tisdell (2016) noem dat kwalitatiewe navorsing nooit objektiewe korrektheid of werklikheid kan vasvang nie. Die volgende strategieë word daarom voorgestel om die kwaliteitskriteria van die studie te verhoog. Navorsers kan interne geldigheid bevorder deur triangulering van verskillende databronne (Merriam & Tisdell, 2016). Triangulering is toegepas tydens die fokusgroepbesprekings deur 'n kombinasie van navorsingstrategieë te gebruik; dit wat die deelnemers gesê het, is gekontroleer op grond van wat waargeneem en as veldnotas aangeteken is en die bevindinge is vergelyk met inligting wat in die literatuur gekry is (cf. Streubert & Carpenter, 2007).

Die geldigheid van die navorsing is versterk deur deelnemerbevestiging te doen. Dit behels om terugvoer oor voorlopige bevindinge of bevindinge wat later na vore kom aan van die deelnemers aan die fokusgroep voor te lê. Sodoende verseker die navorser dat die data korrek geïnterpreteer is en dat dit betekenisvol is, wat tot die versterking van die studie se vertrouenswaardigheid lei (De Vos et al., 2011).

Die laaste strategie was om te verseker dat daar voldoende betrokkenheid tydens die data-insameling was. Verskeie deelnemers het aan die studie deelgeneem en fokusgroepbesprekings is gehou totdat dataversadiging bereik is. Twee fokusgroepbesprekings, bestaande uit nege deelnemers in totaal, is gevoer. Nieuwenhuis (2016) beveel aan dat meer as een fokusgroepbespreking gevoer word, aangesien daar na alternatiewe perspektiewe gesoek word.

Die geldigheid en betroubaarheid van hierdie navorsing is verseker deur Guba se kriteria vir vertrouenswaardigheid toe te pas (cf. Guba & Lincoln, 1981; Koonin, 2014).

- Waarheidswaarde handel oor die vertroue wat die navorser in die egtheid van die navorsingsbevindinge het.
- Betroubaarheid behels in watter mate die bevindinge regdeur die navorsing betroubaar is.
- Konsekwentheid het te doen met die mate waarin bevindinge konsekwent bly, sou die navorsing met ander of soortgelyke deelnemers en kontekste uitgevoer word.
- Neutraliteit behels die mate waarin die inligting vanaf die deelnemers verkry is sonder dat die navorser se vooroordele, sienings, motiverings en belange die studie beïnvloed.

Etiese oorwegings

Die Fakulteit Opvoedkunde van die Noordwes-Universiteit het die voorstel goedgekeur en ek het aansoek gedoen vir etiekklaring om die navorsingstudie uit te voer. In die studie van sosiale wetenskappe is die studie gegrond op mense se ervarings en watter waarde hulle aan 'n sekere

verskynsel heg (Fouché & De Vos, 2011). Kwalitatiewe navorsing delf in die lewens van ander om toegang tot die subjektiewe ervarings van die deelnemers te verkry en hul sienings te verstaan (Patton, 2015). As navorser het ek myself met die etiese oorwegings vereenselwig en die verskillende etiese aspekte in die studie toegepas. Etiese aspekte sluit in etiese klaring, ingeligte toestemming en vrywillige deelname, vertroulikheid en anonimiteit, die verlening van terapeutiese hulp aan deelnemers indien nodig, geen beloning aan deelnemers nie en geen misleiding van deelnemers nie.

Etieklaring

Om aan die etiese vereistes te voldoen is die etiese voorstel aan die Noordwes-Universiteit se Health Research Ethics Committee (NWU-HREC) voorgelê en etiese klaring vir die studie is verkry met verwysingsnommer NWU-00478-20-A1 (bylaag A). Die besonderhede van die etiese klaring word verder in hoofstuk 3 aangebied.

Ingeligte toestemming en vrywillige deelname

Die ingeligte toestemming (bylaag B) is aan die deelnemers verduidelik en hulle kon vrae stel indien daar enige onsekerheid was voordat hul die ingeligte toestemmingsbrief onderteken het. Daarna is skriftelike toestemming om aan die studie deel te neem, gegee. Die deelnemers het vrywillig aan die studie deelgeneem en kon enige tyd onttrek van die studie, sonder enige negatiewe gevolge. Die deelnemers is ook ingelig dat die navorsing gestaak sou word indien dit nie volgens die bepalings wat gestel is, verloop nie. Dit word verder bespreek in hoofstuk 3.

Vertroulikheid en anonimiteit

Die vertroulikheid en anonimiteit van elke deelnemer is deurgaans verseker tydens die data-insameling en -ontleding, en die resultate word veilig bewaar. Die beperking van vertroulikheid is ook aan die deelnemers gekommunikeer, aangesien hulle aan 'n fokusgroepbespreking deelgeneem het wat tot sekere beperkings gelei het. Daar is 'n unieke

deelnemernommer aan elke deelnemer toegewys om die deelnemer se identiteit te beskerm sodat sy anoniem aan die studie kon deelneem, soos verder verduidelik in hoofstuk 3.

Verlening van terapeutiese hulp

Die tema van die studie is sensitief van aard aangesien deelnemers moes besin oor hul kankerdiagnose. Daar kon moontlik psigologiese angs ontstaan en daarom het ek 'n sielkundige in haar professionele kapasiteit genader. Die sielkundige was tydens die fokusgroepbesprekings beskikbaar om gratis sielkundige dienste aan die deelnemers te voorsien indien hulle emosionele stres tydens die fokusgroep sou ervaar. Die sielkundige was nie deel van die navorsingsproses nie en was slegs as ondersteuning vir die deelnemers beskikbaar.

Geen beloning of misleiding van deelnemers nie

Die deelnemers het geen direkte voordeel vir hul deelname aan hierdie studie en geen beloning tydens die studie ontvang nie. Die waardigheid van die deelnemers is gerespekteer en spontane deelname aan die studie, sonder enige beloning of misleiding, is verseker. Die deelnemers is behoorlik ingelig dat daar geen beloning betrokke sou wees nie en dat elke deelnemer slegs 'n blyk van waardering sou ontvang, soos bespreek word in hoofstuk 3.

Covid-19-protokol

Die wêreld, en Suid-Afrika, is in die tydperk waarin die navorsing gedoen is, gekonfronteer met die Covid-19 pandemie. As gevolg van die pandemie moes sekere Covid-19-protokolle (sien bylaag C) ingestel word en die navorsing het volgens hierdie protokolle geskied. Alles binne my vermoë as navorser is gedoen om te verseker dat die fokusgroepbesprekings volgens hierdie protokolle, wat deur die Suid-Afrikaanse parlement ingestel is, geskied. Die Covid-19-protokolle word verder in hoofstuk 3 bespreek.

Oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie

Die onderstaande tabel (1-1) stel die oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie voor. Die tabel gee 'n duidelike uiteensetting van die oriëntering van die navorsingsproses met betrekking

tot die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning. Die tabel bevat 'n samevatting van die volgende aspekte wat in hoofstuk 1 bespreek is: die navorsingsvraag, subvrae, die metodologie, filosofiese oriëntering, populasie en steekproef van deelnemers, data-insameling, datadokumentasie, dataontleding en -interpretasie, kwaliteitskriteria en die etiese oorwegings wat met hierdie navorsingstudie gepaardgaan. Die oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie dien as die oriëntering van die studie en 'n duidelike uiteensetting van die hoofstukke wat volg.

Tabel 1-1: Oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie

Oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie							
Navorsingsvraag: Wat is gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning?							
Subvrae:							
<ul style="list-style-type: none"> • Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies het die deelnemers benut toe hulle met kanker gediagnoseer is? • Wat was die deelnemers se ervaring van die psigo-opvoedkundige intervensie wat hulle tydens behandeling ontvang het? • Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies moet bygevoeg word om kankerpatiënte te ondersteun? 							
Metodologie	Filosofiese oriëntering	Populasie en steekproef van deelnemers	Data-insameling	Data-dokumentasie	Dataontleding en -interpretasie	Kwaliteitskriteria	Etiese oorwegings
Kwalitatiewe navorsing met betrekking tot gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings	Konstruktivisties-interpretivisties, positiewe sielkunde, hoopteorie	Gediagnoseerde kankerpatiënte, doelgerigte steekproefneming	Semigestruktureerde fokusgroepbesprekings	Klankopname en dokumentasie van fokusgroepe, waarneming en veldnotas, besinnende joernaal	Tematiese ontleding	Triangulering, waarheidswaarde, betroubaarheid, konsekwentheid, neutraliteit	Etiekklaring, ingeligte toestemming en vrywillige deelname, vertroulikheid en anonimiteit, verlening van terapeutiese hulp, geen beloning of misleiding van deelnemers nie, Covid-19-protokolle

Hoofstukuiteensetting

Die hoofstukke word hieronder uiteengesit.

Hoofstuk 1: Oriëntering van die studie

Die eerste hoofstuk bied 'n oorsig van die studie deur die agtergrond, probleemstelling, navorsingsontwerp en etiese aspekte van die studie te bespreek ten einde die konteks van die navorsing aan die leser te gee.

Hoofstuk 2: Literatuurstudie

In hierdie hoofstuk word plaaslike en internasionale literatuur, asook kwessies wat uit die literatuur, konseptuele raamwerk en teoretiese raamwerk ontstaan, bespreek.

Hoofstuk 3: Navorsingsparadigma en navorsingsontwerp

'n Omvattende bespreking van die navorsingsmetodologie, data-insamelingsprosedures, dataontleding en etiese oorwegings word aangebied.

Hoofstuk 4: Dataontleding en -interpretasie

Hierdie hoofstuk fokus hoofsaaklik op die resultate van die navorsing en die ontleding, uitkenning en bespreking van die hoof- en subtemas van die studie.

Hoofstuk 5: Bevindinge, aanbevelings en slotsom

Die bevindinge, gevolgtrekkings, aanbevelings en besinning word hier aangebied.

Samevatting

Hierdie hoofstuk het kortliks 'n oorsig van die studie as geheel gegee. In die hoofstuk is die probleemstelling van die studie bespreek. Ek het ook die navorsingsvraag wat die studie sal lei, gestel en die navorsingsontwerp en -metodologie inleidend bespreek. Voorts is die etiese oorwegings wat met hierdie studie verband hou, bespreek. Die hoofstuk is afgesluit met 'n tabel van die oorsig van die navorsingsontwerp en -metodologie, gevolg deur 'n uiteensetting van die verskillende hoofstukke. Die literatuuroorsig van die beskikbare data word in hoofstuk 2 wat volg bespreek. Waar die teoretiese en konseptuele raamwerk van die studie ook bespreek word.

Hoofstuk 2: Literatuurstudie

Inleiding

Hierdie hoofstuk sluit 'n oorsig van alle toepaslike literatuur oor plaaslike en internasionale navorsing in. Die doel van hierdie navorsing is om gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologie te ondersoek. Ten einde dié doel te bereik, word die toepaslike konsepte en aspekte deur middel van 'n literatuurstudie bespreek.

Ek is 'n geregistreerde berader by die Raad vir Gesondheidsprofessies van Suid-Afrika en praktiseer tans in privaat praktyk. As berader het ek tydens terapie verskeie pasiënte teëgekom wat 'n behoefte het aan psigo-onkologiese ondersteuning tydens hul kankerdiagnose. Dus het ek gepoog om die leemtes in en gebrek aan psigo-onkologiese ondersteuning van kankerpatiënte te ondersoek met verwysing na die tipe psigo-opvoedkundige intervensies wat tans beskikbaar is, deur die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte te verken.

Hierdie hoofstuk bied 'n literatuuroorsig wat betrekking het op kanker en die psigo-opvoedkundige intervensies wat as ondersteuning dien vir persone wat met kanker gediagnoseer is. Die teoretiese raamwerk van hierdie studie verduidelik en brei ook uit oor die toepaslikheid van die hoopteorie vir hierdie spesifieke studie. Dit word verder voorgestel in die konseptuele raamwerk van die studie, waar die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte as die kern van die studie gesien word. Ek kyk eerstens na wat kanker is, hoe dit ontstaan en hoe dit geklassifiseer word. Vervolgens word kanker in die Suid Afrikaanse konteks bespreek, gevolg deur aspekte van psigososiale ondersteuning. Voorts fokus ek op die term “psigo-onkologie”, wat die sielkundige, sosiale en holisties benadering van persone tydens hul kankerdiagnose en -behandeling behels. My fokus verskuif dan na psigo-onkologiese ondersteuning en psigo-opvoedkundige intervensies. Hierdeur sal ek die bestaande vakkundigheid oor plaaslike sowel as internasionale navorsing oor die verskynsel wat bespreek word, saamstel. In wese demonstreer hierdie hoofstuk die behoefte aan die huidige studie, gegewe die gebrek aan navorsing oor psigo-onkologiese ondersteuning en

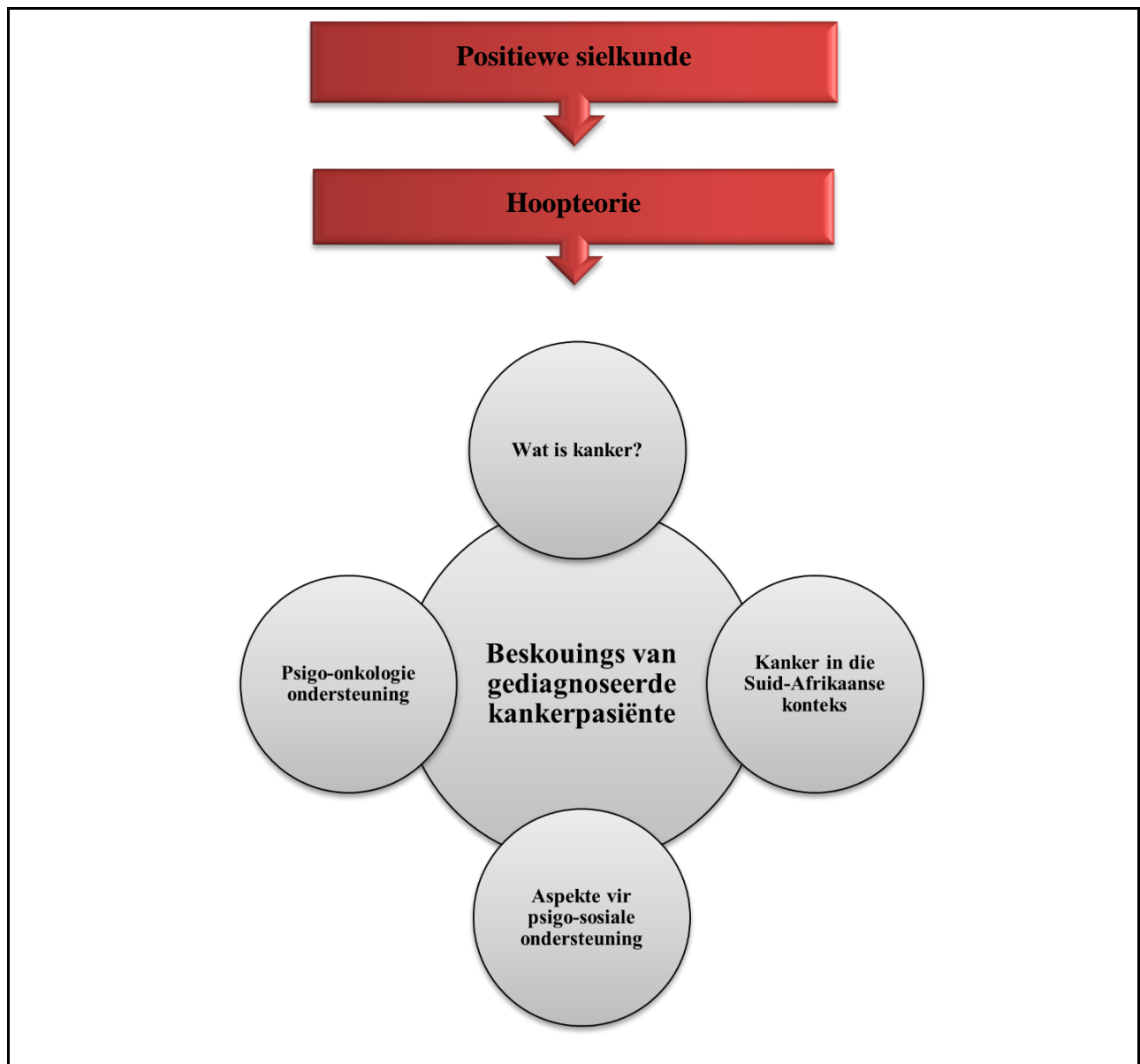
spesifiek psigo-opvoedkundige intervensies vir gediagnoseerde kankerpatiënte in die Suid-Afrikaanse konteks. Die studie verken die geleefde ervarings van kankerpatiënte wat tans in remissie is om sodoende hul beskouing van psigo-onkologiese ondersteuningsprosesse beter te verstaan en uiteindelik die navorsingsvraag te beantwoord.

Vervolgens word die oorkoepelende teoretiese raamwerk van die studie bespreek. Die teoretiese raamwerk verskaf insig in die verskynsel wat in die studie ondersoek word, naamlik die psigo-opvoedkundige intervensies van gediagnoseerde kankerpatiënte.

Teoretiese raamwerk wat gekoppel word aan die literatuurstudie

Die teoretiese raamwerk van die studie word vanuit die benadering van positiewe sielkunde aangepak. Positiewe sielkunde is 'n wetenskaplik-gegronde veld wat op positiewe menslike funksionering fokus en die toestand en omstandighede wat tot optimale funksionering van individue en gemeenskappe sal lei, ondersoek (Seligman, 2008). In die teoretiese raamwerk word daar verder vanuit die lens van die hoopteorie gekyk om gediagnoseerde kankerpatiënte se reis beter te verstaan, waar hoop as hanteringstyl gebruik word. Hoop in kliniese praktyk en hoofsaaklik tydens 'n kankerdiagnose word ook bespreek. Die teoretiese raamwerk word in figuur 2-1 hieronder in rooi aangedui. Die teoretiese raamwerk is aanvullend tot die konseptuele raamwerk van die literatuurstudie, wat in grys voorgestel word, en verder omvattend bespreek word in hoofstuk 2.

Met die konseptuele raamwerk is daar verskeie konsepte wat in ag geneem moet word om gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van hul kankerreis beter te verstaan. Die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte word vanuit die teoretiese raamwerk, naamlik positiewe sielkunde, en die hoopteorie benader om uiteindelik die effektiwiteit van die beleefde psigo-opvoedkundige intervensies van kankerpatiënte te bepaal. Figuur 2-1 hieronder verlig die teoretiese raamwerk, aangedui in rooi, wat gekoppel word aan die literatuur, aangedui in grys.



Figuur 2-1: Teoretiese raamwerk vir hierdie studie wat gekoppel word aan die literatuur

Positiewe sielkunde

Volgens Peterson (2008) is een van die algemeenste definisies van positiewe sielkunde die wetenskaplike studie van dit wat die lewe die moeite werd maak. Vroeë filosowe in Antieke Griekeland, soos Plato, Aristoteles en Sokrates, het gefilosofeer oor hoe om eerbare, lonende en vervulde lewens te lei (UK Essays, 2018). William James het in 1908 tydens sy toespraak aan die Amerikaanse Sielkunde-vereniging sy kollegas gevra om na te dink oor waarom sommige mense vervulde lewens het, terwyl ander dit nooit bereik nie.

Maslow was die eerste persoon wat die uitdrukking “positiewe sielkunde” in 1950 in ’n publikasie gebruik het, maar die studieveld van positiewe sielkunde is eers formeel in 1980 ingehuldig. Sedertdien het hierdie veld ’n groot impak gemaak op verskeie afdelings binne die wetenskaplike gemeenskap (Donaldson et al., 2015). Positiewe sielkunde, soos bespreek in hoofstuk 1, bou voort op die idees van humanistiese sielkunde en maak gebruik van die nuutste navorsingsmetodes. Die veld van positiewe sielkunde bestudeer die proses wat verantwoordelik is vir persone se positiewe emosies en persoonlike groei (Ludolph et al., 2019). Positiewe sielkunde fokus dus hoofsaaklik op die beoordeling van welstand, en nie swak gesondheid nie. Daarom is navorsing in die kliniese veld baie dun gesaai, maar ’n nuwe beweging het ontstaan waar positiewe sielkunde al hoe meer in die gesondheidsorgkonteks toegepas word (Macaskill, 2016).

Die doel van positiewe sielkunde is nie noodwendig om stresvolle, onaangename of negatiewe fasette van die lewe te ontken nie, maar om eerder die volle kontinuum van die menslike ervaring onder die loep te neem en sodoende optimale welstand te bevorder en te floreer (Gable & Haidt, 2005). Die term “floreer” beteken om binne ’n optimale omvang van menslike funksionering te leef, wat goedheid, oorvloed, groei en groter buigsaamheid en veerkrachtigheid beteken (Fredrickson & Losada, 2013; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Snyder en Lopez (2002) voorspel dat, as ’n newe-effek van die bestudering van positiewe menslike eienskappe, die wetenskap sal leer hoe om geestelike sowel as sommige fisieke siektes beter te behandel en te voorkom. Sodoende sal ons leer hoe om eienskappe te bou wat individue en gemeenskappe help om nie net situasies te verduur en te oorleef nie, maar ook om te floreer. Wat kankerpatiënte betref, fokus hierdie studie op ondersteuning aan kankerpatiënte deur maniere te vind wat gebruik maak van psigo-opvoedkundige intervensies om ’n gees van positiewe sielkunde daarin te integreer. Sodoende word kankerpatiënte ondersteun om te kan floreer terwyl hulle betekenis soek in hierdie onsekere tyd, aangesien daar ’n toekoms wat met hoop gevul is, op hulle wag (Berg et al., 2019).

Met positiewe sielkunde as teoretiese raamwerk en bousteen van die studie word daar ook nou verder vanuit die lens van die hoopteorie gekyk na die verskynsel.

Hoopteorie

Veral Erikson, Frank en Stotland het in die laaste eeu 'n bydrae tot die navorsingsveld van hoop gelewer. Stotland word erken as die eerste navorser wat 'n sistematiese studie van hoop onderneem het. Die *Hope Index* van 1989 en die *Multidimensional Hope Scale* van 1994 is gebaseer op die werk wat deur Stotland gedoen is (Gallagher & Lopez, 2018). Die *Stoner Hope Scale* is in 1982 ontwikkel en die *Miller Hope Scale* in 1988 om die verskillende dimensies van hoop te meet (Gallagher & Lopez, 2018).

Die hoopteorie het in die 1980's bekendheid verwerf deur die Amerikaanse sielkundige Charles Richard Snyder, en het ontstaan as deel van positiewe sielkunde. Snyder, 'n stigter en spesialis in die veld van positiewe sielkunde, was bekend vir sy invloed op verskeie velde binne die sielkunde (Mulder, 2019; Snyder & Lopez, 2002). Toe Snyder sy teorie geskep het, het hy besef dat wanneer mense hoop het, hulle vir iets spesifiek hoop en hul aksies doelgerig ingestel is om hierdie doelwitte te bereik (Snyder, 1994). Snyder (2000) se hoopteorie bevat drie hoofkomponente: doelstellings, roetes en agentskap. Bewustelike *doelstellings* is die hoeksteen van die teorie en kan gesien word as noemenswaardige sielkundige teikens (oor die kort of lang termyn), waar individue die siening moet besit dat hulle wel hul doelwitte kan bereik deur gebruik te maak van verskeie roetes. Hierdie *roetes* verteenwoordig 'n persoon se waargenome vermoë om verskillende roetes te vind om sy of haar doelstellings te bevredig. Hoop verseker dat meer veelvuldige roetes geskep word (Snyder et al., 2002). *Agentskap* is die motiverende komponent wat verseker dat 'n persoon die nodige energie en dryfkrag beskik wat hom of haar in staat sal stel om die nodige krag te besit om 'n bepaalde roete te volg en uiteindelik die gestelde doelwit te bereik (Snyder, 2000). Lewenskonteks kan die roetes en gedagtes met betrekking tot agentskap

beïnvloed, en daarom ook die vlak van hoop, maar uiteindelik word hierdie vlakke deur menslike karakter eerder as omstandighede beïnvloed (Mulder, 2019).

Hoop, volgens Nikolaichuk et al. (1999), hou verband met die soeke na betekenis in die lewe en om risiko's te neem ten spyte van onsekerhede. Mense wat hoopvol is, verander hul denke oor die toekoms en stel spesifieke doelwitte (Snyder, 2002). Sulke mense konstrueer verskillende weë en glo in hul eie kapasiteit om hul doelwitte te bereik. Hulle voorspel hindernisse en interne en eksterne faktore in hul poging om hul doelwitte te bereik, maar bly deurentyd buigsaam. Individue met hoop verstaan dat dit 'n moeilike taak is om 'n doelwit te bereik. Volharding en die handhawing van die strewe om hierdie doelwitte te bereik, wat gesien kan word as hoë vlakke van agentskap, is die sleutel tot hoop en om hoopvol te bly. Snyder et al. (2002) vermeld ook dat sekere emosies gepaardgaan met die najaag van doelwitte. Positiewe emosies kan geassosieer word met die suksesvolle bereiking van doelwitte, terwyl negatiewe emosies ontwikkel wanneer doelwitte en uitkomstes nie bereik kan word nie (Gallagher & Lopez, 2018).

Hoop in kliniese praktyk

Die ontvang van ongunstige nuus, soos 'n kankerdiagnose, hou vêreikende gevolge vir pasiënte in; hul begrip van die konsep, besluite rakende behandeling, die volhoubaarheid van behandeling, aanpassingsvermoë, persoonlike welstand en voortbestaan word daardeur beïnvloed (Cao et al., 2017). In die studie van hoop het verskeie navorsers ook op hopeloosheid gefokus en skale ontwikkel wat die afwesigheid van hoop meet. Beck et al. (1974) se werk word allerweë beskou as die grondlegging van die konseptualisering van hopeloosheid. Hul teorie is gebaseer op die veronderstelling dat hopeloosheid bestaan uit negatiewe verwagtinge oor 'n persoon se toekomstige uitkomst. Hopeloosheid is reeds deur verskeie navorsers as 'n risikofaktor met betrekking tot fisieke welstand geïdentifiseer (Gallagher & Lopez, 2018). Met die fokus wat verskuif het na positiewe sielkunde is daar weer bevind dat hoop 'n noodsaaklike eienskap by kankerpatiënte is. Hoop speel 'n belangrike rol in die bevordering van die algemene gesondheid

van pasiënte met kanker en word as een van die kragtigste hanteringstyle van kanker beskou (Ebright & Lyon, 2002; Rawdin et al., 2013). In die studie van Cao et al. (2017) is getoon dat sekere aspekte bydra tot hoër vlakke van hoop in kankerpatiënte. Onder meer is 'n hoër vlak van waargenome emosionele ondersteuning van die dokter, 'n hoër vlak van waargenome openbaarmaking van die diagnose deur dokters en personeel, die bespreking van veelvuldige behandelingsplanne en groter vertrouwe in die pasiënt se dokters is alles faktore wat kankerpatiënte se vlakke van hoop verhoog. Hoop beïnvloed die verloop van 'n siekte, soos kanker, en dra by tot die lewenskwaliteit van 'n pasiënt (Cheavens et al., 2006; Larcombe et al., 2002). Hoop het 'n positiewe invloed wanneer daar verwys word na geestelike welstand en die herhaling van kanker (Kim, 2012; Rawdin, 2013). Hoop is dus baie waardevol in die positiewe hantering van siektetoestande en die aanpassing by fisieke verandering wat daarmee gepaard mag gaan.

Tabel 2-1 hieronder bevat 'n kort opsomming van die bespreking van hoop in die kliniese praktyk deur gebruik te maak van verskeie navorsingstudies in die veld van hoop. Hierdie navorsing van hoop in die kliniese praktyk is ook in eenstemming met die teikens van psigo-onkologie intervensies (aangedui in grys in tabel 2-1 hieronder, wat later omvattend in hierdie hoofstuk bespreek word). Die tabel hieronder sluit aan by die teoretiese raamwerk van die studie wat vloei uit 'n benadering van positiewe sielkunde en gegrond is in die hoopteorie. Daarom is dit noodsaaklik om uit te lig hoe hoop doeltreffend kan wees in die kliniese praktyk en 'n positiewe uitwerking kan hê vir die teikens van die psigo-onkologie om sodoende die mees optimale psigo-opvoedkundige intervensie te kan voorstel.

Tabel 2-1: Hoop in kliniese praktyk

Hoop in kliniese praktyk		
Navorsingstudies met betrekking tot hoop	Navorser en jaartal	Teikens van psigo-onkologiese intervensies
<p><i>Hope, emotion regulation and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer</i> Dit wil voorkom of pasiënte se psigososiale welstand met hoopvolle denke verbeter. Die interaksie tussen hoop en nutte gevonde waardering laat blyk dat waardering as 'n strategie gebruik kan word by pasiënte waar die vlak van hoop baie laag is.</p>	Peh et al. (2016)	Emosionele probleme
<p><i>Biopsychosocial correlates of hope in Asian patients with cancer: A systematic review</i> Die biopsigososiale faktore wat met hoop en hopeloosheid geassosieer word, sluit sosiodemografiese veranderlikes (onderrig, indiensneming, ekonomiese status), kliniese faktore (stadium van kanker, fisieke toestand, simptome) en psigososiale faktore (emosionele nood, sosiale ondersteuning, lewensgehalte, selfdoeltreffendheid en veerkragtigheid) in.</p>	Mahendran et al. (2016)	Praktiese/ Sosiale probleme
<p><i>Resilience and related factors for patients with breast cancer</i> Die veerkragtigheidsstempo van vroue met borskanker is hoër soos depressie laer is. Hoop is hoër wanneer die ondersteuning van die gesin groter is. Dit beteken dat die vermindering van depressie en groter hoop en familie-ondersteuning nodig is by die ontwikkeling en implementering van intervensies.</p>	Kim et al. (2015)	Gesinsprobleme
<p><i>The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients</i> In vroue met kanker kan die positiewe uitwerking van geestelike welstand op hoop verduidelik word deur die bemiddelende rol van sielkundige veerkragtigheid en sosiale ondersteuning.</p>	Mahdian et al. (2016)	Geestelike aspekte
<p><i>Hope and physical health</i> Hoër vlakke van hoop hou verband met verminderde nood, verminderde fisieke simptome en verminderde negatiewe reaksies op spanningsdruk vertoon.</p>	Rasmussen et al. (2017)	Fisieke simptome
<p><i>Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients</i> Opleiding in hoop terapie het tot die verbetering van hoop en die algemene gesondheid in die eksperimentele groep gelei. Die aanbieding van opvoedkundige dienste en die bevordering van programme van hoop kan doeltreffend wees vir kanker pasiënte.</p>	Movahedi et al. (2015)	Verbetering van gesondheid

<p><i>A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: A feasibility test</i> Die positiewe uitwerking van die hoopintervensie het beduidende veranderinge in pasiënte se hoop- en depressievlakke getoon. Verhoogde vlakke van hoop is bereik en tydens rehabilitasie is die sielkundige en fisieke gesondheid van kankerpatiënte verbeter.</p>	Chan et al. (2019)	Optimalisering van behandeling
--	--------------------	--------------------------------

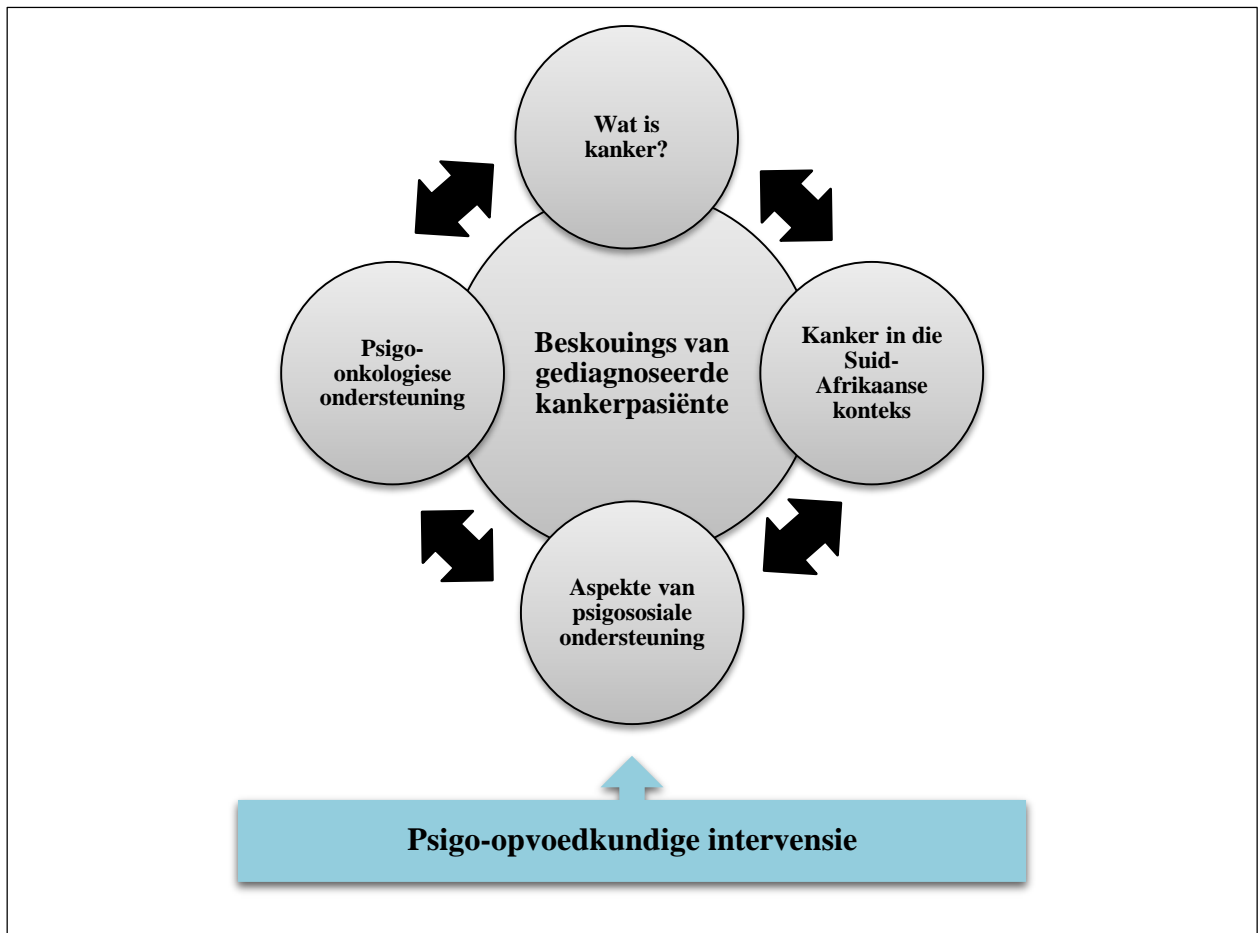
Soos in tabel 2-1 aangetoon word, het hoop 'n positiewe invloed op die liggaamlike en geestelike gesondheid van pasiënte. Dit is duidelik uit die tabel dat kankerpatiënte, soos by enige ander siektetoestand, 'n mate van beheer en ondersteuning moet ervaar. Deur die teikens van psigo-onkologiese ondersteuning in ag te neem en met die bevindinge van hoop in die kliniese praktyk te kombineer, kan daar moontlik intervensie in werking gestel word om pasiënte stap vir stap te ondersteun en struktuur aan hulle te bied gedurende hul kankerreis. Ek glo dat hoop gevoed moet word aan die begin van 'n kankerdiagnose asook tydens die behandeling.

Vervolgens word die konseptuele raamwerk van die studie, wat op 'n literatuurgrondslag gebaseer is, deurtastend bespreek. Die konseptuele raamwerk verskaf insigte oor belangrike konsepte in die studie, met die volgende konsepte wat bespreek word: beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte; wat kanker is; kanker in die Suid-Afrikaanse konteks; aspekte van psigososiale ondersteuning; psigo-onkologiese ondersteuning; en psigo-opvoedkundige intervensies.

Konseptuele raamwerk van die literatuurstudie

Die belangrikste konsepte en faktore van hierdie studie word vervolgens bespreek om die veronderstelde verwantskappe tussen die belangrike konsepte en faktore toe te lig. Imenda (2014) beskryf 'n konseptuele raamwerk as iets wat nie noodwendig gevind word nie, maar eerder opgebou word deur vorige navorsing te gebruik om 'n teorie en metodologie vir 'n huidige navorsingsprojek te identifiseer. Dit kan verder beskryf word as die eindresultaat van 'n aantal verwante konsepte wat saamgevoeg word (Imenda, 2014). Figuur 2-2 illustreer die konseptuele raamwerk van hierdie studie. Die kernkonsepte van die studie word geïntegreer om uiteindelik die

navorsingsprobleem, naamlik kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologie, onder die loep te neem.



Figuur 2-2: Konseptuele raamwerk van die literatuurstudie

Vervolgens word die konsepte van die konseptuele raamwerk wat gebaseer is op die literatuurgrondslag, soos geïllustreer in figuur 2-2, omvattend bespreek om die verwantskap tussen die belangrikste konsepte te verduidelik en toe te lig.

Beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte

Die kernkonsep van die konseptuele raamwerk is die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte. “Beskouing” word beskryf as die bespreking of mening van ’n persoon (Gouws, 2000). Wanneer persone se menings oor hul kankerdiagnose gedeel word, word waardevolle kwalitatiewe data verkry. Kwalitatiewe navorsing gee die navorser die geleentheid om deelnemers

se beskouings en geleefde ervarings eerlik en outentiek aan te hoor, sonder enige vrees of verdraaiing vir die deelnemers (Alase, 2017).

Die beskouing van elke deelnemer kan gesien word as die basiese konseptuele raamwerk van die studie omdat elke deelnemer gesien word as die kern van die konseptuele raamwerk, waaruit die res van die belangrike konsepte vloei. Elke deelnemer beleef elk van die vier subkonsepte anders. Waarde word op verskillende maniere aan elkeen geheg en sodoende konstrueer elke deelnemer sy of haar eie betekenis en beskouings. Die subkonsepte (wat presies kanker is, kanker in die Suid Afrikaanse konteks en aspekte van psigososiale ondersteuning en psigo-onkologiese ondersteuning) word geïnkorporeer om uiteindelik elke deelnemer se beskouing van die psigo-opvoedkundige intervensies wat hulle tydens hul kankerdiagnose ontvang het, beter te verstaan. Dus is die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte 'n kernkonsep van die studie.

Wat is kanker?

Die eerste subkonsep van die konseptuele raamwerk behels die volgende vraag: Wat is kanker? Kanker is die ongekontroleerde groei van abnormale selle in die liggaam. Volgens dokter Markman van die Cancer Treatment Centres of America (2017) ontwikkel kanker sodra die normale beheermeganisme in die liggaam ophou werk en ou selle nie sterf nie, maar buite beheer begin groei en dan die vorming van nuwe, abnormale selle veroorsaak. Sommige soorte kanker veroorsaak vinnige selgroei, terwyl ander selle weer stadiger groei en later verdeel. Sekere vorme van kanker kan lei tot sigbare groeisels wat “kankergewasse” genoem word, terwyl ander vorme, soos leukemie, nie sigbare groeisels vertoon nie (Nall, 2020). Kankergewasse kan ook as kwaadaardig beskryf word, wat beteken dat die weefsel naby die primêre gewas ook binnegedring kan word deur kankerselle, waar dit dan verder versprei kan word. Wanneer kankergewasse groei, kan dele van die kankerselle breek en verder versprei na ander dele van die liggaam. Dit kan versprei word deur die persoon se bloed of deur die limfstelsel (National Cancer Institute, 2020).

Daar is vyf hoofkategorieë van kanker (Cancer Treatment Centres of America, 2020):

- Karsinoom – begin in die vel of weefsel
- Sarkomas – ontwikkel in die been, kraakbeen, vet, spier of ander bindweefsel
- Leukemie – ontstaan in die bloed of die beenmurg
- Limfome – begin in die immuunstelsel
- Sentrale senuweestelsel – ontstaan in die brein of rugmurg

Om die erns van kanker aan te toon, word dit in vyf numeriese waardes geklassifiseer. Kanker word geklassifiseer van 0 tot IV, waar IV die gevorderdste fase is. Dit is 'n raamwerk waarvolgens dokters werk om 'n behandelingsplan op te stel en ook vas te stel watter metode die effektiwste sal wees vir behandeling (National Cancer Institute, 2015). 'n Onkoloog sal die omvattende inligting van die toetsuitslae (kliniese stadium) of die gewasgroei (patologiese stadium) gebruik om die kanker te klassifiseer (Pavlopoulou et al., 2015). Die TNM-klassifiseringstelsel vir kanker is die algemeenste weergawe, tensy 'n persoon 'n tipe kanker met verskillende stadiums van brein- en rugmurggewasse of bloedkanker het, wanneer 'n ander klassifiseringstelsel gebruik word.

Die TNM-klassifisering werk soos volg : Die T verwys na die grootte en omvang van die primêre gewas. Die N verwys na die aantal nabygeleë limfknope wat ook kanker bevat. Die M beskryf of die kanker al na ander dele van die liggaam versprei het. Hierdie TNM-stelsel help om kanker in meer besonderhede te beskryf, maar vir algemene klassifisering word die TNM-kombinasies in vyf minder gedetailleerde fases beskryf, soos in tabel 2-2 hieronder aangedui (Greene & Sobin, 2008; National Cancer Institute, 2015).

Tabel 2-2: Die fases van kanker (Greene & Sobin, 2008; National Cancer Institute, 2015)

TNM-kombinasiestelsel	
Fase	Wat beteken dit?
Fase 0	Die fase beteken dat daar tans geen kankerselle teenwoordig is nie. Daar is wel abnormale selle teenwoordig met die potensiaal om kanker te word. Dit word ook “karsinoom” genoem.

Fase I	Die fase beskryf dat die kanker klein is en slegs in een gebied van die liggaam voorkom. Dit word ook “vroëfasekanker” genoem.
Fases II en III	Die kanker is nou al groot, en hoe hoër die getal, hoe groter is die kanker en hoe meer verspreid is dit na nabygeleë weefsel of limfknope.
Fase IV	Die laaste fase beteken dat die kanker na ander dele van die liggaam versprei het. Die fase word ook genoem gevorderde of metastatiese kanker.

Die behandelingsplan word deur ’n onkoloog voorgeskryf wanneer al die bogenoemde aspekte noukeurig bestudeer is. ’n Onkoloog is ’n mediese dokter wat spesialiseer in die diagnose en behandeling van kanker (National Cancer Institute, 2019). Elke pasiënt se kankerbehandeling is uniek en daarom word elke kankerbehandeling spesifiek vir die persoon voorgeskryf, aangesien kanker van pasiënt tot pasiënt verskil (Nall, 2020).

Die drie algemene metodes van kankerbehandeling is chirurgie, bestraling en chemoterapie. Iemand wat met kanker gediagnoseer is, sal een van hierdie tipe behandelings of ’n kombinasie daarvan ontvang. Chirurgie is die mediese prosedure waar kankerweefsel verwyder word. Limfknope kan ook verwyder word om die verspreiding van kanker te verminder of te voorkom. Bestraling of radioterapie is ook ’n opsie waartydens radioterapiemasjiene kragtige strale of hoë-energie-elektrone aan die spesifieke deel van die liggaam wat geaffekteer is, toegedien word. Met herhaalde hoë bestralingsessies kan die kanker krimp en kankergewasse kan selfs verdwyn. Chemoterapie is die behandeling van kanker met medikasie. Chemo-medisyn vernietig kankerselle in die liggaam en in die proses kan gesonde selle ook vernietig word. Chemo-medisyn kan ook help om gewasse te krimp, maar verskeie nuwe-effekte kan met chemoterapie gepaardgaan, soos naarheid, moegheid en haarverlies (Nall, 2020). Ander benaderings wat gevolg word, maar dalk nie so algemeen in kankerbehandeling is nie, is hormoonterapie, immunoterapie, presisie-medisyn of stamseloerplanting (National Institutes of Health, 2020).

Die National Institute for Communicable Disease hou ’n register van persone wat gediagnoseer is met kanker, maar radiologiese of kliniese assesserings word nie op hierdie register aangeteken nie, aangesien dit slegs ’n patologies-gebaseerde register is. Die kankergetalle van 2016

in die register toon dat 42 309 vroulike pasiënte van alle bevolkingsgroepe by die Suid-Afrikaanse Nasionale Kankerregister aangemeld is. Die vyf algemeenste kankertipes onder Suid-Afrikaanse vroue was borskanker, servikskanker, kolorektale kanker, baarmoederkanker en longkanker. Die getal manlike pasiënte wat in 2016 by die Suid-Afrikaanse Nasionale Kankerregister aangemeld is, was 39 077. Die vyf algemeenste tipes kanker onder Suid-Afrikaanse mans is prostaatkanker, kolorektale kanker, longkanker, blaaskanker en slukdermkanker (National Institute for Communicable Diseases, 2020). Volgens die Amerikaanse National Institutes of Health (2020) is daar meer as 100 verskillende tipes kanker.

Met die oog op die feit dat daar 'n toename is in persone wat met kanker gediagnoseer word, is dit van belang om spesifiek na die Suid-Afrikaanse konteks te kyk. Psigo-opvoedkundige intervensies word uitgevoer in spesifieke kontekste en die psigo-opvoedkundige intervensies vir kankerpatiënte moet aangepas word om by die konteks in te skakel om dit doeltreffend te kan bestuur. Volgens Tamagwa et al. (2012) word die keuse van intervensie bepaal deur verskeie veranderlikes, soos die pasiënt se kliniese en sielkundige toestand, die tipe en fase van die siekte, die konteks sowel as die beskikbaarheid van psigo-opvoedkundige dienste deur opgeleide beroepslui as deel van die multidissiplinêre span. Volgens Ramutumbu et al. (2020) benader alle kankerpatiënt hul diagnose verskillend en word dit gebaseer op hul kulturele oortuigings, waardes, interpretasies en verwagte uitkoms van die diagnose. Die uitdagings in die Suid-Afrikaanse konteks is kompleks, met verskeie faktore wat die sielkundige ondersteuning aan kankerpatiënte moontlik negatief kan beïnvloed.

Kanker in die Suid-Afrikaanse konteks

Die tweede subkonsep van die konseptuele raamwerk is dat kanker 'n groeiende nasionale gesondheids- en sosio-ekonomiese probleem in Suid-Afrika is. Daarom is dit belangrik om kanker in die Suid-Afrikaanse konteks beter te verstaan en 'n oorsig te kry van die enorme effek wat kanker op Suid-Afrikaners het. Volgens World Health Organization (2020) se nuutste beskikbare inligting

was daar ongeveer 57 373 kankersterftes in 2018. Die toenemende voorkoms van kanker, die hoë sterftesyfer, finansiële spanning wat daarmee gepaardgaan en die beduidende morbiditeit wat kanker veroorsaak, is kwessies wat onder die loep geneem moet word.

The *National cancer strategic framework for South Africa 2017-2022* (Department of Health, 2017) is in plek gestel om hierdie kwessies die hoof te bied en intervensies in plek te stel om die las van kanker in Suid-Afrika te verminder. Deur die National Cancer Strategic Framework in plek te stel, sal Suid-Afrika gehelp en begelei om die doelwitte vir volhoubare ontwikkeling, soos opgestel deur die Verenigde Nasies (2020) met betrekking tot die vermindering van voortydige sterftes as gevolg van nie-oordraagbare siektes, kanker inklusief, te bereik (Sustainable Development Goal 3). Dit sal ook help om die globale aksieplan se teiken, soos opgestel deur die World Health Organization (2013) om sterftes as gevolg van nie-oordraagbare siektes, soos kanker, teen 2025 met 25% te laat daal, te behaal. Hierdie 25%-daling is ook in ooreenstemming met die Suid-Afrikaanse National Development Plan 2030 (National Planning Commission, 2011), wat noem dat nie-oordraagbare siektes, soos kanker, in Suid-Afrika met 28% moet daal.

Eers wanneer al die bogenoemde aspekte in ag geneem word, kan die erns van die situasie waarlik beseef word. Dit is dus van kardinale belang dat die *National cancer strategic framework for South Africa 2017-2022* (Department of Health, 2017) suksesvol geïmplementeer word. Verder word daar ook in hierdie dokument genoem dat die risikofaktore verbonde aan nie-oordraagbare siektes die gebruik van tabak, fisieke onaktiwiteit, verhoogde bloeddruk, verhoogde bloedglukose, vetsug en verhoogde cholesterol insluit. Die Suid-Afrikaanse National Development Plan 2030 (National Planning Commission, 2011) erken dat gesondheid nie slegs 'n mediese kwessie is nie, maar dat 'n gesonde bevolking noodsaaklik is vir die sukses van enige ontwikkelingsplan. Die tragedie van 'n kankerdiagnose is nie slegs 'n finansiële, sosiale en sielkundige stryd vir die pasiënt alleenlik nie, maar ook vir die pasiënt se gesin, die gemeenskap en die land as geheel (Sartorius et

al., 2016). Opvoeding en bewusmaking vind slegs op 'n vlak van primêre gesondheidsorg plaas en wissel met betrekking tot die tipe ondersteuning en gehalte van sorg.

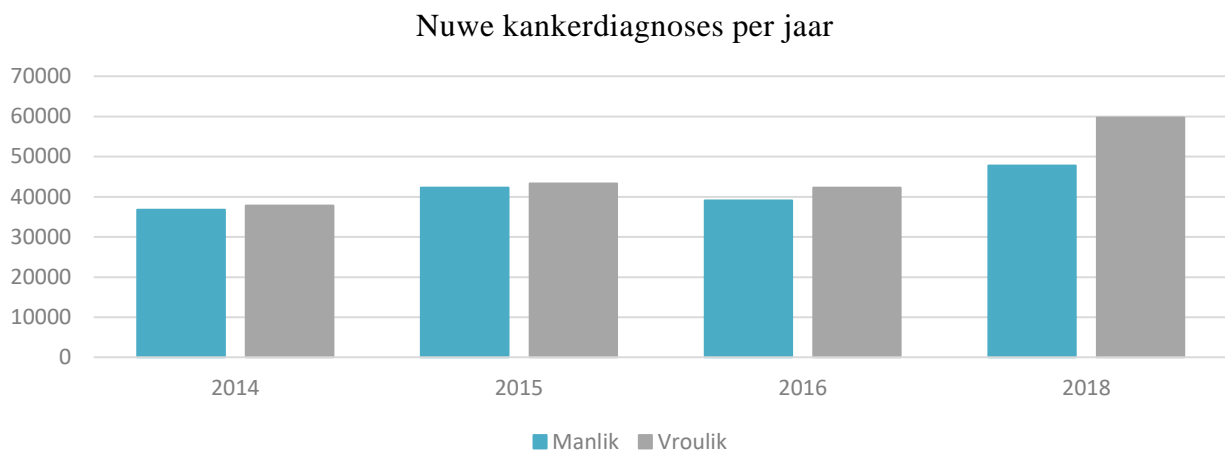
Gespesialiseerde eenhede wat kankerondersteuning bied, is baie dun gesaai en met tye baie swak toegerus, wat daartoe lei dat holistiese sorg nie te alle tye toegepas kan word nie. Daar is verskeie beperkings in Suid-Afrika wat daartoe lei dat sekere intervensies en ondersteuning nie verleen kan word nie (Maphumulo & Bhengu, 2019)

- *Onaanvaarbare wagperiodes en gebrek aan voldoende personeel:* Verdragings van weke to maande voor die aanvang van behandeling kan nadelig wees vir die uitkomste van die pasiënt. Daar word genoem dat daar ongeveer 'n 5 maande wagperiode is om 'n kankerspesialis te sien en 'n verdere 8 maande voor behandeling voortgesit kan word (Schütz, 2019). Die tekort aan bevoegde mediese personeel lei tot die gebrek aan dienslewering en volgens die jaarlikse sensusgegevens van die South African Society for Clinical and Radiation Oncology (2018) was daar in 2018 slegs 38 bestralingsonkoloë wat in openbare hospitale regoor Suid-Afrika werk.
- *Gebrek aan hulpbronne en toerusting:* Weens die gebrek aan toerusting en effektiewe onderhoud moet pasiënte vir hulp na ander provinsies reis, wat finansiële implikasies inhou en pasiënte mismoedig maak om behandeling voort te sit en kontinuïteit in behandeling te hê (Naidoo, 2017). Volgens Young (soos aangehaal deur Maphumulo & Bhengu, 2019) dra swak siekte beheer en gebrek aan voorkomingspraktyke by tot die beperkings van die gesondheidsorg in Suid-Afrika.
- *Swak rekordhouding:* Mediese behandeling benodig effektiewe gesondheidsorg en ook kontinuïteit, maar volgens Kama (soos aangehaal deur Maphumulo & Bhengu, 2019) lei swak rekordhouding tot 'n moontlike verkeerde diagnose en kan met tye selfs die dood van 'n pasiënt veroorsaak.

In Suid-Afrika het kankerpatiënte met verskillende uitdagings te kampe in hul pogings om toegang tot doeltreffende kankerdiagnose, -behandeling en versorgingsdienste te kry. Uitdagings in die vorm van sosio-ekonomiese probleme, 'n lae bewustheid van en opvoeding met betrekking tot kanker, die ingewikkelde politieke geskiedenis, mededingende gesondheidsprioriteite, swak dienslewering, fisieke en behandelingsuitdagings, sielkundige en emosionele uitdagings, vervoerprobleme en magteloosheid staar pasiënte in die gesig (Edwards & Greeff, 2017; Singh et al., 2015; Stefan, 2015; Venter, 2014). In Suid-Afrika is 'n studie deur Edwards en Greeff (2017) voltooi met 316 deelnemers wat uit kankerpatiënte, familieledede van kankerpatiënte en werkers in onkologie-eenhede bestaan het. Die statistiek van die studie het bevind dat 61% van die deelnemers 'n gebrek aan psigososiale ondersteuning as uitdaging genoem het. 'n Gebrek aan toeganklikheid van kankerinligting en onvoldoende begrip van die vroeë tekens van kanker is deur 14% van die deelnemers genoem. Verder het 14% van die deelnemers 'n gevoel van magteloosheid ervaar as gevolg van onvoldoende bespreking van dokters, onvoldoende inligting oor behandelingsopsies en 'n gebrek aan pasiëntgesentreerde sorg. Twee aanbevelings wat Edwards en Greeff (2017) in hul studie gemaak het, is dat die lewering van psigososiale ondersteuningsdienste vir onkologiesorg 'n standaarddiens behoort te wees en dat die pasiëntgesentreerde sorg in onkologie verbeter moet word deur die nodige opleiding en professionele ontwikkeling.

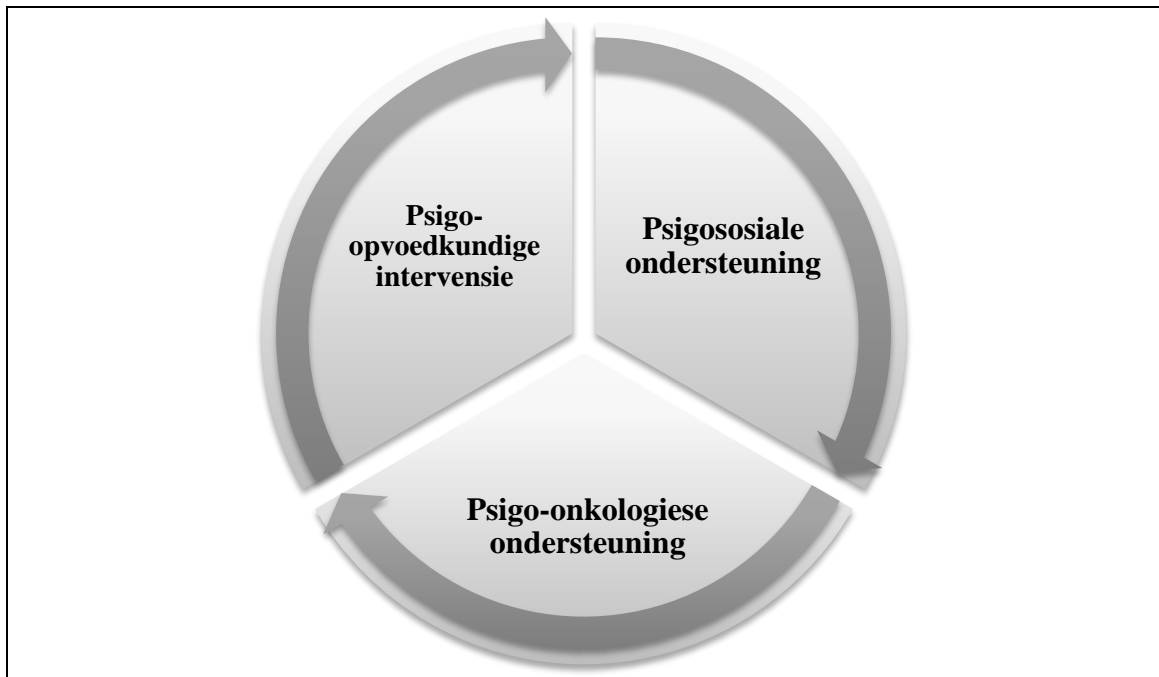
In 2017 het 'n artikel in die *Times Lives* verskyn oor die vertraging in en, in sekere gevalle, die weiering van kankerbehandeling, personeelkrisisse ten opsigte van onkologie-spesialiste en die onvoldoende en nie-funksionerende onkologiemasjiene in KwaZulu-Natal (Naidoo, 2017). In 'n artikel wat in 2018 gepubliseer is, is daar bevind dat daar slegs 'n enkele bestralingsonkoloog oor is in die hospitale van die Noordwesprovinsie en daar is ook genoem dat een pasiënt al sedert 2013 wag op die nodige kankerbehandeling (Van Dyk, 2018). Die hoofkankerstatistiekbron in Suid-Afrika is die Nasionale Kankerregister, wat in 1986 gestig is. Dit is gestig om nuwe kankergevalle wat landwyd in patologieselaboratoriums gediagnoseer is, te identifiseer. Die

Nasionale Gesondheidswet het die Nasionale Kankerregister in 2011 as Suid-Afrika se hoofkankerwaarnemingsagentskap aangestel. Sedertdien maak die wetgewing dit verpligtend om alle bevestigde kankerdiagnoses by die register aan te meld en jaarliks 'n verslag vry te stel. Grafiek 2-1 hieronder gee 'n uiteensetting van al die nuwe kankerdiagnoses in Suid-Afrika vanaf 2014 tot 2018, waaronder 2017, aangesien data vir die spesifieke jaar nie beskikbaar was nie.



Grafiek 2-1: Nuwe kankerdiagnoses per jaar vir beide geslagte (aangepas uit Global Cancer Observatory, 2018b; National Cancer Registry, 2020)

Die voorkoms van kanker neem toe, soos in grafiek 2-1 gesien kan word. Die Suid-Afrikaanse mediese veld is nie noodwendig gereed om die beste mediese ondersteuning, asook kankerondersteuning, te bied nie, veral nie psigososiale ondersteuning nie. Kankerpatiënte het spesifieke ondersteuningsbehoefte en dit is van die uiterste belang om holisties met die ondersteuning aan kankerpatiënte om te gaan. Die psigososiale ondersteuning is veral belangrik by persone wat gediagnoseer word ten einde genoegsame inligting en opvoedkundige intervensies oor hul diagnose en behandeling te verkry (Bober et al., 2009).



Figuur 2-3: Illustreer die verskeie ondersteunings aspekte vir kanker pasiënte

Aspekte van psigososiale ondersteuning vir kanker pasiënte

Die derde subkonsep van die konseptuele raamwerk het betrekking op die algemene aspekte van psigososiale ondersteuning wat kanker pasiënte tydens hul kankerbehandeling benodig, aangesien 'n kankerdiagnose en die behandeling daarvan 'n traumatiese ervaring kan wees vir nie net die pasiënt nie, maar ook sy of haar geliefdes. Die bestuur van hierdie traumatiese ervaring en die geestesgesondheid van kanker pasiënte is 'n belangrike deel van die behandelingsproses en kan selfs 'n positiewe impak op die pasiënt se prognose hê (Spiegel, 2012). 'n Studie wat in Duitsland gedoen is, toon dat tot en met 33% van kanker pasiënte aan geestesgesondheidsprobleme soos angs en depressie lei as gevolg van hul kankerdiagnose. Alhoewel angs en depressie beskou kan word as 'n algemene verskynsel tydens 'n kankerdiagnose, kan dit nie geïgnoreer word nie (Scheffold et al., 2014). Die liggaamlik veeleisende behandeling, die verlies aan sekerheid, daaglikse bekommernis en stres, om afhanklik van ander te wees, 'n verswakte selfbeeld, moegheid en pyn, 'n verlengde tydperk in die hospitaal en rehabilitasiesentrum, 'n verandering van perspektief oor die toekoms en die bedreiging van die

dood is slegs 'n paar effekte wat, gepaard met die sosiale stressor, bydraende faktore kan wees vir die ontstaan van sielkundige nood onder kankerpatiënte (Adler & Page, 2008; Cordova et al., 2017). Bultz en Johansen (2011) identifiseer sielkundige nood as die sesde belangrikste teken tydens kankersorg. Psigososiale nood ontstaan nie net in die vroeë stadiums van 'n kankerdiagnose nie, maar, volgens bewyse, tydens die hele verloop van die siekte. Hierdie psigososiale nood raak nie net die pasiënte nie, maar ook hul geliefdes, waar 'n verskuiwing van rolle plaasvind en finansiële las en die vrees om hul geliefde te verloor, 'n daaglikse realiteit word (Weis, 2015).

Die psigososiale kwessies wat na aanvang van behandeling tydens 'n holistiese benadering tot kankerpatiënte in ag geneem moet word, word soos volg voorgestel (Aaronson et al., 2014):

- Simptome word nie in isolasie gesien nie, maar vorm eerder deel van interverwante probleme.
- Psigososiale intervensies moet navorsinggebaseerd wees en, waar moontlik, aangepas word volgens elke kankerpatiënt se behoefte.
- Meer moeite moet gedoen word met die verspreiding en implementering van intervensies wat kostedoeltreffend sal wees.
- Groter aandag behoort geskenk te word aan die behoeftes van kwesbare en hoërisikobevolkingsgroepe, soos sosio-ekonomies benadeelde persone en bejaardes.

Verder word dit beklemtoon dat ondersteuning nie beperk kan word tot slegs tydens die kankerbehandeling nie, maar dat dit ook volhoubaar moet wees wanneer behandeling gestaak word om pasiënte wat in remissie is ook te ondersteun. 'n Studie deur Ramutumbu et al. (2020) het bevind dat deelnemers meer onseker en kwesbaar gevoel het nadat hulle in remissie was as tydens die behandeling. Pasiënte kan na behandeling sukkel met gevoelens rakende onsekerheid en die onvoorspelbaarheid van wat die toekoms inhoud. MacDonald (2015) stel voor dat pasiënte moontlik met 'n sogenaamde psigologiese “price of survivorship” gekonfronteer kan word. MacDonald (2015) verdeel hierdie terme in drie afdelings. Eerste is die Damokles-sindroom, wat na 'n Griekse

legende verwys waar 'n swaard oor iemand se kop hang. Met 'n kankerdiagnose mag dit vir pasiënte voel asof die swaard van kanker deurlopend oor hul kop hang, wat hulle emosioneel dreineer. Dit kan selfs hul denke beïnvloed, sodat hulle nie belangrike besluite kan neem nie as gevolg van die uitwerking wat hierdie “kankerswaard” in hul lewens het. Tweedens word 'n vrees van herhaling genoem as die deurlopende vrees waarmee pasiënte saamleef dat die kanker moontlik mag terugkeer. Elke doktersbesoek of onverklaarbare pyn laat hulle begin twyfel en maak hulle angstig dat dit moontlik kanker kan wees en hul grootste vrees 'n realiteit kan word. Laastens noem MacDonald (2015) die skuldgevoelens as oorlewendes wat pasiënte mag ervaar, waar hulle alles bevraagteken, vanaf die rede waarom hulle kanker moes kry (“Hoekom ek?”) tot en met remissie, waar hulle die kankerstryd oorleef het en 'n ander pasiënt dalk nie so gelukkig was nie. Hier word hulle dan moontlik weer gekonfronteer met die vraag “Waarom nie ek nie?” (MacDonald, 2015).

Die pasiënt en sy of haar familie en versorgers het met 'n reeks dramatiese veranderinge te kampe, wat die fisieke, emosionele, geestelike, interpersoonlike en sosiale dimensies van die persoon met kanker insluit om sodoende holisties na sy of haar behoeftes om te sien (Grassi et al., 2017). Dus bied die psigo-onkologie 'n spesifieke benadering en paradigma van ondersteuning en versorging van kankerpatiënte. Die fokus van psigo-onkologie is om meer holistiese ondersteuning aan kankerpatiënte te bied.

Psigo-onkologiese ondersteuning

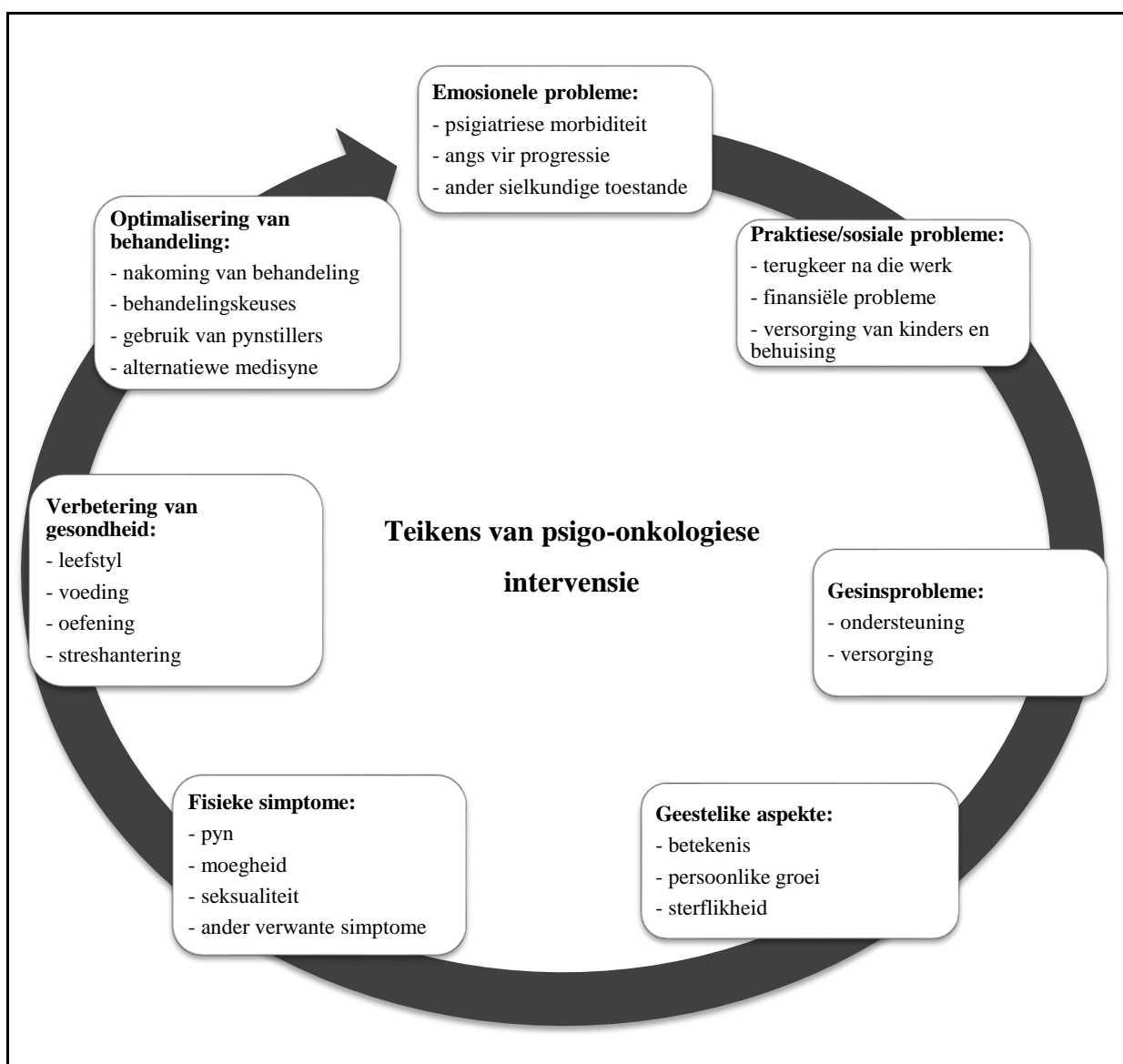
Die vierde subkonsep van die konseptuele raamwerk verwys na psigo-onkologiese ondersteuning. Psigo-onkologie word deur Holland (1998, 2002) gedefinieer as die subspesialiteit van kanker en kankerversorging wat handel oor twee sielkundige dimensies: eerstens, die sielkundige reaksies van pasiënte met kanker en hul gesinne in alle stadiums van die siekte en, tweedens, die sielkundige, sosiale en gedragskwessies wat 'n bydrae kan lewer tot kankeroorsake en -sterftes. Spiegel (2012) definieer psigo-onkologie as die interaksie tussen die brein (psigo) en die liggaam (onkologie) en noem die volgende as een van die interessantste wetenskaplike vrae in

die veld van psigo-onkologie: “Kan om beter te leef moontlik beteken om langer te leef?” Volgens Spiegel (2012) het die veld van psigo-onkologie ontstaan om kankerpatiënte te help om al hul hulpbronne optimaal te mobiliseer tydens kankerbehandeling deur die sielkundige en sosiale perspektiewe te integreer om uiteindelik ’n beter lewe te kan leef.

Die oorsprong van die veld van psigo-onkologiese ondersteuning dateer uit die 1970’s, toe daar ’n stigma aan kanker verbonde was en ’n kankerdiagnose ekwivalent was aan ’n doodstryding. Die vrees vir kanker was so groot dat die pasiënt of familie dit nie aan enige ander persoon sou bekendmaak nie as gevolg van die stigma wat dit aan die pasiënt en sy of haar gesin sou meebring. Psigo-onkologie het in die middel van die sewentigerjare formeel ontstaan toe die stigma daaraan verbonde verminder het en pasiënte meer openlik oor hul kankerdiagnose begin gesels het (Holland, 2002). In 1975 is die veld vir psigososiale en psigiatriese kankernavorsing verder uitgebrei deur ’n klein groepie kliniese ondersoekers van San Antonio, Texas, toe die eerste nasionale konferensie oor psigo-onkologie-navorsing gehou is (Cullen et al., 1976). Die bydrae wat die veld in die kliniese versorging van pasiënte en hul gesinne lewer, is slegs as gevolg van die verval van die stigma wat aan kanker en geestesiektes gekoppel is. Dit het gelei tot ’n verandering in die verhouding tussen gesondheidsorgverskaffer en pasiënt, toenemende lewensverwagting en, laastens, die ontwikkeling van palliatiewe sorg wat die subspecialiteitsveld van psigo-onkologie vergemaklik het (Holland, 1998; Lang-Rollin, 2018).

Sielkundige ondersteuning is ’n spesiale vorm van hulp, en kankerpatiënte benodig hulp om hul diagnose te aanvaar en te begryp. Die fisieke en sielkundige effek van ’n kankerdiagnose kan verskeie emosionele reaksies by ’n nuutgediagnoseerde kankerpatiënt laat ontstaan. Die belangrike rol van sielkundige ondersteuning kan dus nie vermy word nie en die menseregte-etiek in sekere wêrelddele, ook Afrika, word aangehaal om groot uitdagings uit te lig wat oorkom moet word in die poging om te verseker dat gehalte-kankerstandaarde op die gebied van die psigo-onkologie universeel toegepas word vir pasiënte regoor die wêreld (Travado et al., 2017). Die

noodsaaklikheid van sielkundige ondersteuning in onkologie word erken aan die afname van lewensgehalte in persoonlike en professionele kapasiteit, die aanpassing en negatiewe gevolge op die familie, fisieke lyding soos pyn, die neiging van kanker om terminaal te wees en die emosionele probleme, veral angs en depressie, wat pasiënte en hul gesinne beleef. Om meer aandag aan die menslike kant te gee en nie slegs op die siektetoestand van kanker te fokus nie, is 'n uitdaging van die psigo-onkologieveld (Anguiano et al., 2012; Cipolletta et al., 2013; Lang-Rollin & Berberich, 2018). Figuur 2-4 stel die teikens van psigo-onkologiese intervensies en ondersteuning voor.



Figuur 2-4: Teikens van psigo-onkologiese intervensie (aangepas uit Lang-Rollin & Berberich, 2018)

In Suid-Afrika ondervind kankerpatiënte verhoogde vlakke van depressie, angs en weerloosheid in vergelyking met 'n kontrolegroep van fisieke gesonde individue (Pillay, 2001). 'n Studie deur Kagee et al. (2017), wat op die sielkundige nood en simptome van depressie onder 201 borskankerpatiënte van 'n kliniek in Suid-Afrika fokus, het bevind dat simptome van depressie algemeen onder Suid-Afrikaanse borskankerpatiënte is, veral diegene met hoër liggaamsverandering en 'n swakker ondersteuningsraamwerk. Vir borskankerpatiënte wat simptome van depressie het, word sosiale ondersteuning, noukeurige inligting, psigososiale berading en, in sommige gevalle, kognitiewe psigoterapie voorgestel. Kagee et al. (2017) se studie het bevind dat meer as een derde van pasiënte 'n verhoogde telling op die Center for Epidemiological Studies se Depression Scale en die Hopkins Symptom Checklist getoon het. Die studie beklemtoon die belangrikheid van psigososiale ondersteuning en dienste aan pasiënte wat versorging by borsklinieke in Suid-Afrika ontvang. In grootskaalse navorsing deur Boermeester en Berard (1998) is daar gevind dat die geneigdheid tot depressie met 14% en angstigheidsmet 35% in pasiënte styg. Boermeester en Berard stel voor dat die voorkoms heel moontlik hoër kan wees en die data 'n onderskatting is van die werklikheid. Dit is belangrik om in ag te neem dat tydens Pillay (2001) se studie, geen pasiënt vir sielkundige evaluering of ondersteuning gestuur is nie. Ook in verskeie ander studies word kankerpatiënte nooit verwys vir sielkundige intervensie of ondersteuning nie, al vertoon die pasiënt sekere simptome.

Wanneer sielkundige ondersteuning wel aangebied word, maak meer as die helfte van kankerpatiënte nie gebruik van die beskikbare sielkundige ondersteuning nie (Carlson & Bultz, 2003; Clover et al., 2015). Kagee et al. (2017) het bevind dat daar nie genoeg onkologieklinieke beskikbaar is om die nodige dienste aan lae-inkomste- en staatspatiënte te verskaf nie. Voorts het hulle bevind dat sielkundige ondersteuning soms glad nie beskikbaar is nie en wanneer dit wel gebied word, dit minimaal is. In hul studie word die noodsaak vir psigo-opvoedkundige intervensies in Suid-Afrika beklemtoon. Ramutumbu et al. (2020) het weer in hul studie in Suid-

Afrika bevind dat onkologiedienste in landelike en staatsfasiliteite ongestruktureerd is. Daar word genoem dat kankerpatiënte in algemene sale in die hospitale versorg word. Die afwesigheid van toeganklike onkologiese gesondheidsfasiliteite veroorsaak dat pasiënte behandeling ignoreer en dikwels behandeling deur tradisionele gesondheidspraktisyne ontvang, wat tot komplikasies en mortaliteit kan lei. Hierdie tekortkominge, gepaard met die gebrek aan psigo-onkologiese ondersteuning aan kankerpatiënte, lei tot swak nakoming van behandeling. Daarom argumenteer Ramutumbu et al. (2020) dat opvolgsorg 'n vereiste moet word en dat toepaslike assessering gedoen behoort te word om pasiënte se behoeftes en bekommernisse te evalueer sodat toepaslike sielkundige ondersteuning aan pasiënte gebied kan word.

Die holistiese versorging van kankerpatiënte is van kardinale belang en veral psigo-opvoedkundige intervensies kan in 'n groot mate bydra tot die ondersteuning van kankerpatiënte. Volgens Schmid-Büchi et al. (2011) benodig kankerpatiënte hulp met hantering van angs en depressie, die vrees vir herhaling of progressie van kanker, opvoeding oor hul diagnose, hantering van sosiale probleme en beter kommunikasie met hul geliefdes. In ag genome die fokus van die studie is dit van die uiterste belang om na die waarde van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologie te kyk. Psigo-opvoedkundige intervensies fokus op die opvoeding van pasiënte. Kenmerkend is psigo-opvoedkunde daarop gefokus om individue en groepe te leer, te ondersteun en kennis oor te dra ten opsigte van hul gesondheid, geestesgesondheid en enige afwykings (Drake, 2020).

Psigo-opvoedkundige intervensie

Die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte en die vier subkonsepte van die konseptuele raamwerk is reeds noukeurig bespreek. Ten slotte word psigo-opvoedkundige intervensie in die konseptuele raamwerk onder die loep geneem. Dit behels ook die kern van die studie, aangesien ons wil vasstel wat gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van die psigo-opvoedkundige intervensies wat hulle tydens hul diagnose en behandeling ontvang het, is. Die

veld van psigo-opvoedkunde val onder die sambreel van psigososiale ondersteuning, wat die eerste keer sy verskyning gemaak het in die werk van Erik Erikson (1958) se fases van psigososiale ontwikkeling. “Psigososiaal” word beskryf as die psigologiese en sosiale funksioneringsvlakke wat ’n invloed op ’n mens se fisieke welstand, geestelike welstand en funksioneringsvermoë kan hê. Die psigologiese aspek verwys na die denkpatrone, emosies en ander interne prosesse van die mens. Die sosiale vlak beskryf weer die tipe gedrag wat beïnvloed word deur die sosiale omgewing en netwerke waarbinne die persoon hom- of haarself bevind (Brown, 2011; Woodward, 2015). Volgens Cronin en Jones (2015) word sodanige psigososiale intervensie aangebied deur maatskaplike werkers, geestesgesondheidswerkers en ander opgeleide professionele persone. Daar is vier tipes psigososiale ondersteuningsintervensies beskikbaar vir kankerpatiënte, naamlik psigo-opvoedkundige intervensie, individuele psigoterapie, groepintervensie en kognitiewe gedragsopleiding (Edwards et al., 2008; Sanjida et al., 2018).

Psigo-opvoedkundige intervensies het as ’n aanvullende psigososiale ondersteuningsbehandeling ontstaan, as ’n opvoedkundige komponent vir pasiënte en hul gesinne wat tans met verskillende lewensuitdagings te kampe het (Brown, 2011; Lukens & McFarlane, 2004). Soos vroeër genoem, is psigo-opvoedkundige intervensies in 1980 deur Anderson ontwikkel. Psigo-opvoedkundige intervensies word uiteengesit in ’n meer holistiese benadering deur opvoeding en sielkundige ondersteuning binne die mediese veld te verenig (Chambers & Dunn, 2019). Die kliniese toepassing van psigo-opvoedkundige intervensies is breed as gevolg van die buigsaamheid van hierdie intervensies en kan selfs as ’n assessering of verwysingsraamwerk funksioneer om persone met verhoogde en ingewikkelde simptome effektief na gespesialiseerde sorg te verwys (Hutchinson et al., 2006). In die opvoedkundige komponent van hierdie tipe intervensie word feitelike kennis oor die siekte gedeel, strategieë (positief en nadelig vir behandeling) bespreek, moontlike komplikasies bespreek en enige vrae en onsekerhede

van pasiënte en hul gesinne gehanteer (Boonzaier et al., 2009; Cudney & Weinert, 2012; Liao et al., 2014).

Die sielkundige komponent van die intervensie handel oor die pasiënte se ervarings tydens hul diagnose. Dit handel voorts oor sielkundige en sosiale aanpassings, die kognitiewe uitwerking van die ervaring, gemoedstoestand, streshantering, gedragsaanpassings, hantering van pyn en moegheid, selfversorging en probleemoplossing om die pasiënt uiteindelik sielkundig te bemagtig (Schou-Bredal et al., 2014; Sheinfeld et al., 2012). Die vyf algemeenste aanpassingstyle teenoor 'n kankerdiagnose is geïdentifiseer as die volgende (Greer et al., 1993; Moorey & Greer, 2012):

- Veggees: Die pasiënt neem volle aanspreeklikheid vir die diagnose, sien die kankerdiagnose as 'n uitdaging, het 'n optimistiese uitkyk en glo vas dat hy of sy 'n mate van beheer oor die kanker kan hê.
- Hulpeloosheid of hopeloosheid: Die diagnose word beskou as 'n verlies. Die pasiënt is pessimisties en geheel en al oorweldig deur die diagnose en beskik oor geen strategie om die kanker aan te pak nie.
- Angstige besetting: Die diagnose word as 'n groot bedreiging beskou en die prognose is onduidelik. Daar is baie onsekerhede oor die beheer van en reaksie teenoor die diagnose, wat herkenbaar is as ononderbroke ang.
- Fatalisme of stoïese aanvaarding: Die pasiënt aanvaar die diagnose en beskou dit as 'n klein bedreiging. Konfrontasie-strategie is nie teenwoordig nie en die pasiënt neem 'n benadering van ontkenning en passiewe aanvaarding aan.
- Vermyding of ontkenning: Die pasiënt beskou die diagnose as 'n minimale dreigement en aanvaar nie die erns van die diagnose nie.

Psigo-opvoedkundige intervensie is een van die tipes intervensies wat doeltreffend in 'n gemeenskap met beperkte hulpbronne gebruik kan word (McDonnell & Lynch, 2004). 'n Belowende nuwe manier om psigo-opvoedkundige intervensie aan pasiënte en hul versorgers te

bied, is deur die gebruik van webgebaseerde programme (Northouse et al., 2014). Pasiënte met 'n lae vlak van opvoeding of lae sosio-ekonomiese status en pasiënte in landelike gebiede (soos veral toepaslik in Suid-Afrika) sal egter nie noodwendig toegang tot sulke gevorderde intervensieprogramme hê nie. Die beperking en onbeskikbaarheid van gesondheidsorg in baie landelike gebied in Suid-Afrika het veroorsaak dat die Departement van Gesondheid vanaf Maart 2000 'n ondersteuningsgroep as 'n standaarddiens aan die publiek bied (Department of Health, 2017). Ondersteuningsgroepe moet vir alle pasiënte toeganklik wees volgens die nasionale norme en standaarde van primêre gesondheidsorg. Dit sluit die volgende in:

- Gemeenskaps- en tuisgebaseerde aktiwiteite waar pasiënte en versorgers aangemoedig word om deel te vorm van die ondersteuningsgroep.
- Akkurate verwysing van personeel in primêre gesondheidsorg deur bewus te wees van die geleentede wat beskikbaar is vir pasiënte.
- Primêre gesondheidsorgklinieke op gemeenskapsvlak moet hulle verbind tot die insluiting van dagsorgfasiliteite vir kinders met gestremdhede, ondersteuningsgroepe, selfhelpgroepe, werksinkels en tuisversorgingprogramme.

Die beperkings met betrekking tot gesondheidsorgwerkers en die hoë aantal pasiënte maak dit bykans onmoontlik om in al die behoeftes van die pasiënt te voorsien. Psigo-opvoedkundige intervensie kan in hierdie verband nuttig wees deur bykomende hulp aan 'n groter aantal pasiënte te voorsien deur gebruik te maak van 'n groepstruktuur (Bradshaw et al., 2006; Brown, 2011). 'n Element wat uit 'n groepstruktuur ontstaan, is dat baie intervensies gekenmerk word deur die outonomieit en verligting wat dit vir pasiënte bring asook die ondersteuning en beskerming wat dit pasiënte bied om anders na hul siektetoestand te begin kyk. Die intervensie bied pasiënte die nodige sielkundige ondersteuning om hul emosies en ervaring te deel, verandering te begin aanvaar, kennis oor praktiese en funksionele kwessies te deel, minder afhanklik van mediese personeel te wees, verskillende probleemoplossingstrategieë te gebruik en nuwe sosiale bande te

ontwikkel (Gottlieb & Wachala, 2007; Holland et al., 2015). Altruïsme of selfloosheid is 'n baie belangrike ervaring wat gewoonlik ontstaan in 'n groepstruktuur, waar pasiënte met mekaar begin identifiseer en waardig begin voel deur ondersteuning aan 'n ander persoon te bied wat ook tans dieselfde krisis beleef (Chou et al., 2016).

Volgens Naughton en Weaver (2014) moet sielkundige ondersteuning en intervensies 'n fundamentele rol uitmaak van gesondheidsbystand, aangesien geen pasiënt of sy of haar gesin en familie alleen moet voel tydens die pynlike ervaring van 'n kankerdiagnose nie. Kanker het die kapasiteit om alle aspekte van die individu se lewe aan te raak: fisiek, funksioneel, sielkundig, kognitief, sosiaal, ekonomies en geestelik. Die lewe wat die pasiënt eens geken het voor sy of haar diagnose is weg en die lewensuitkyk en verhaal moet nou aangepas word (Mehnert et al., 2017; Rutten et al., 2003; Weis et al., 2018).

Alhoewel ondersteuningsgroepe aangebied word en in baie opsigte eenders mag lyk as psigo-opvoedkundige intervensies, is daar tog 'n beduidende verskil tussen die twee. Brown (2011) gee 'n duidelike uiteensetting van die verskille tussen psigo-opvoedkundige intervensie en groepintervensie om enige verwarring te voorkom en die gespesialiseerde veld van psigo-opvoedkundige intervensies beter te verstaan. Hierdie verskille word in tabel 2-3 uiteengesit.

Tabel 2-3: Verskille tussen psigo-opvoedkundige en groepintervensie (Brown, 2011)

Psigo-opvoedkundige intervensie	Groepintervensie/Psigoterapie
Beklemtoon didaktiese benadering en onderrig	Beklemtoon ervaringsbenadering en gevoelens
Bepaalde en gestruktureerde aktiwiteite	Meestal ongestruktureerde aktiwiteite
Groeplede definieer doelwitte	Doelwitte word opgestel deur fasiliteerder in samewerking met groeplede
Leier funksioneer as fasiliteerder	Leier neem leiding, onderbreek waar nodig en projekteer
Fokus op die onderrig van kennis en voorkoming	Fokus op selfbewustheid en remediëring
Geen keuring van lede nie	Sifting en keuring van lede
Afhangend van die metode, tot 50 lede	Is beperk tot tussen 5 en 10 lede

Psigo-opvoedkundige intervensie	Groepintervensie/Psigoterapie
Selfopenbaarmaking word aanvaar, maar nie aangemoedig nie	Selfopenbaarmaking word aanvaar
Privaatheid en vertroulikheid word nie beklemtoon nie	Privaatheid en vertroulikheid is van kritieke belang
Afhangend van die onderwerp, kan dit beperk word tot slegs een aanbieding	Bestaan gewoonlik uit verskillende sessies
Beklemtoon taakgerigte funksies	Onderhoud van funksies word beklemtoon bo taakgerigte funksies

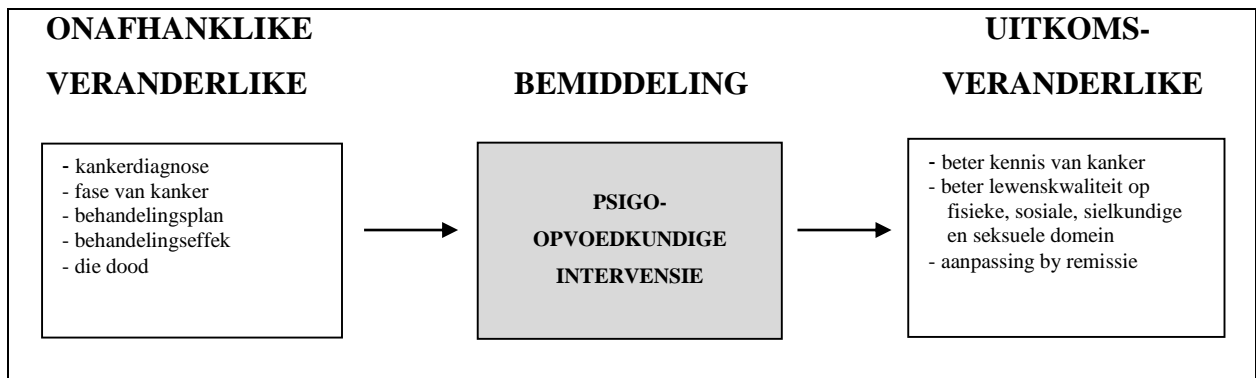
Verskeie navorsingsresultate uit die literatuur toon positiewe uitkomst deur gebruik te maak van psigo-opvoedkundige intervensies vir kankerpatiënte:

- 'n Studie in Italië (Capozzo et al., 2010) onder pasiënte met borskanker in die vroeë stadium het bevind dat psigo-opvoedkundige intervensie doeltreffend en toepaslik was om hanteringstrategieë by pasiënte te verbeter.
- Dastan en Buzlu (2012) het in hul studie onder 76 borskankerpatiënte in Turkye bevind dat psigo-opvoedkundige intervensie gelei het tot positiewe veranderinge in die aanpassingstyle tot kanker. Die pasiënte het hoër vlakke van veggees en laer vlakke van hopeloosheid of hulpeloosheid getoon.
- In die studie van Matsuda et al. (2014) was die doel om die doeltreffendheid van psigososiale ondersteuning en psigo-opvoedkundige intervensie wat lewensgehalte in die vroeë stadium van 'n borskankerdiagnose kan verbeter, te evalueer. Die resultate van die intervensie het getoon dat verslag gelewer is van hoër emosionele welstand as gevolg van die psigo-opvoedkundige intervensie.
- 'n Studie in Taiwan deur Liao et al. (2014) het berig dat borskankerpatiënte wat aan opvoedkundige intervensies deelgeneem het, 'n beduidende afname in angs en stres getoon het en ook 'n verbetering in hul onvervulde ondersteuningsbehoefte genoem het.

- In twee studies met die FOCUS-program, 'n bewysgebaseerde psigo-opvoedkundige intervensie vir kankerpatiënte en versorgers, is bevind dat die intervensie die emosionele nood van deelnemende kankerpatiënte verminder het en tot 'n verbetering van hul lewenskwaliteit gelei het. Die intervensie is in groepverband aangebied, wat dit 'n ekonomies haalbare ingryping gemaak het (Dockham et al. 2016; Titler et al. 2017).
- 'n Studie deur Wu et al. (2018) onder borskankerpatiënte wat chemoterapie ontvang, het bevind dat kennis van kritieke siektesorg en aanpassingstegnieke tydens psigo-opvoedkundige intervensies die doeltreffendheid van kankersorg kan verbeter. Die studie noem dat die gebruik van hierdie tipe intervensie tot 'n verbetering van doeltreffende behandeling, veerkragtigheid en lewensgehalte asook 'n vermindering van angs en depressie van kankerpatiënte kan lei.
- Die doel van Lally et al. (2019) se studie was om die doeltreffendheid van 'n webgebaseerde psigo-opvoedkundige intervensie te evalueer met 100 pasiënte wat gediagnoseer is met borskanker. In hierdie studie het 66% van die deelnemers genoem dat die intervensie hulle gehelp het om hul kankerdiagnose beter te hanteer en, deur positiewe veranderinge toe te pas, ook met hul gedagtes en gedrag gehelp het.

Ons kan uit die bogenoemde studies die wetenskaplike waarde van psigo-opvoedkundige intervensies in kankersorg insien. Psigo-opvoedkundige intervensie kan 'n positiewe bydrae lewer tot die voorkoming of vermindering van sielkundige nood onder kankerpatiënte. Die psigo-opvoedkunde kan dus 'n betekenisvolle rol speel in die ondersteuning van kankerpatiënte. Alhoewel daar verskeie psigo-opvoedkundige intervensies ontwikkel is vir kankerpatiënte en hul versorgers, word daar selde van doeltreffende toetsing van die fisieke implementering van sulke psigo-opvoedkundige intervensies in die gemeenskap gebruik gemaak (Titler et al., 2017).

Figuur 2-5 stel die navorsingsmodel vir psigo-opvoedkundige intervensie voor.



Figuur 2-5: Navorsingsmodel vir psigo-opvoedkundige intervensie (aangepas uit Holland, 2002)

Ons kan uit figuur 2-5 sien dat die kankerdiagnose en -behandeling as die onafhanklike veranderlike beskou word, terwyl die kennis en lewenskwaliteit van die pasiënte as die uitkomsveranderlike beskou word. In die middel van die twee word die kern van psigo-opvoedkundige intervensie voorgestel. Die psigo-opvoedkunde se primêre doel is om kennis of insig te verbeter deur gebruik te maak van intervensie om die onafhanklike veranderlikes te hanteer ten einde 'n positiewe effek op die uitkomsveranderlikes te toon (Holland, 2002; Holland & Weis, 2012). Deur die pasiënt se vertroue te verhoog, die vaardighede van die individu te verskerp en die nodige ondersteuning te bied, sal die pasiënt 'n groter gevoel van beheer ten opsigte van sy of haar kankerdiagnose ontwikkel en sal gevoelens van vervreemding verminder (Sautier, 2014). Psigo-opvoedkundige intervensie is al toegepas in verskeie instellings vir akute en kroniese siekte, maar is veral doeltreffend as 'n ondersteunende behandeling vir kankerpatiënte (Lukens & McFarlane, 2004).

Die bogenoemde bespreking van al die verskillende kernkonsepte vorm deel van die konseptuele raamwerk van die literatuurstudie. Die kernkonsepte is verder benader vanuit die teoretiese raamwerk wat gekoppel word aan die literatuurstudie om die kernkonsepte beter te verstaan en die navorsing met hierdie nuutgevonde kennis uit te voer.

Samevatting

In hierdie hoofstuk is daar 'n duidelike uiteensetting verskaf van die bestaande literatuur ten opsigte van die inhoud van die studie. Daar is op die volgende kernkonsepte in die literatuur gefokus: wat kanker is, die ontstaan en die klassifisering van kanker, tipes behandeling tans beskikbaar en die Suid-Afrikaanse konteks met betrekking tot kankerpatiënte, veral psigososiale ondersteuning binne die Suid-Afrikaanse konteks. Die term “psigo-onkologie”, en vir die doeleindes van hierdie studie, die belangrikheid van psigo-opvoedkundige intervensie ten opsigte van ondersteuning aan kankerpatiënte is onder die loep geneem. Die teoretiese raamwerk waarin die studie ingebed is en die toepaslikheid van die hoopteorie is uiteengesit. Vanuit hierdie hoofstuk kan die afleiding gemaak word dat daar 'n duidelike behoefte aan psigo-opvoedkundige intervensies vir die ondersteuning van kankerpatiënte is, wat op die belangrikheid van hierdie studie dui. Die navorsingsmetode word volledig bespreek in hoofstuk 3. Die spesifieke toepassing van aspekte van die studie word ook omvattend bespreek in die hoofstuk wat volg.

Hoofstuk 3: Navorsingsontwerp en navorsingsparadigma

Inleiding

In die vorige hoofstuk is ’n oorsig gegee van die Suid-Afrikaanse en internasionale literatuur oor psigo-opvoedkundige intervensie by kankerpatiënte. Hierdie hoofstuk word verdeel in sewe afdelings wat die navorsingsmetode voorstel. Die navorsingsmetode kan gesien word as die tipe “gereedskap” wat gebruik is vir die navorsing. Dit behels die instrumente asook die prosedures wat die navorser aanwend om die verskynsel te ondersoek en data in te samel (De Vos et al., 2011). Eerstens word die navorsingsontwerp en -metodologie wat in hierdie navorsing gebruik is, bespreek. Dit word gevolg deur ’n bespreking van die populasie en steekproefneming van deelnemers. In die vierde afdeling word daar gefokus op die manier waarop data vir die navorsing gegenerer is. In die vyfde afdeling word die fokus geplaas op die dataontledingsproses en dan volg ’n bespreking van die kwaliteitskriteria. Laastens word die etiese oorwegings van die studie in oënskou geneem. Hierdie besprekings is noodsaaklik aangesien dit verband hou met die beantwoording van die primêre navorsingsvraag wat die studie stel: *Wat is gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning?*

Ten einde die navorsingsvraag te beantwoord, word die navorsingsontwerp en -metodologie van die studie vervolgens uiteengesit.

Navorsingsontwerp en -metodologie

Landman (2011) vermeld dat ’n navorsingsontwerp ’n weergawe is van die voorneme van wat die navorser wil uitvoer. Hierdie voorneme word voor die konkrete navorsing begin, uitgedink en uitgewerk ten einde ’n spesifieke en besonderse doel te bereik. Navorsingsontwerp behels die ontwikkeling van ’n ontwerp en konseptuele bloudruk waarbinne navorsing plaasvind. Die plan van die ontwerp is om uiteindelik die navorsingsvraag te kan beantwoord sonder dat enige verdraaiing, vooroordeel of onnodige foute tydens die navorsingsproses plaasvind (Akhtar, 2016;

Heppner et al., 1992). Die navorsingsontwerp beskik oor 'n spesifieke struktuur of vorm wat uit onderafdelings bestaan wat onderlangs met mekaar in verbinding moet wees (Landman, 2011).

Metodologie

'n Navorsingsontwerp kan beskou word as die struktuur wat al die elemente van die navorsing bymekaarhou. Vir die doel van hierdie studie is 'n kwalitatiewe navorsingsbenadering gevolg.

Qualitative research begins with assumptions, a worldview, the possible use of a theoretical lens and the study of research problems inquiring into the meaning individuals or groups ascribe to a social or human problem. The final written report or presentation includes the voice of the participants, the reflectivity of the researcher, and a complex description and interpretation of the problem. (Creswell, 2012, p. 37)

Kwalitatiewe navorsing verwys na navorsing wat ontwerp is sodat 'n omvattende beskrywing van 'n spesifieke verskynsel verkry sal word deur die beskouings en opinies van individue of groepe te ondersoek. Kwalitatiewe navorsers poog om deelnemers se werklikheid van 'n bepaalde verskynsel te ondersoek deur die leefruimtes van die deelnemers se kulturele en sosiale interaksies te verstaan (Flick, 2013; Silverman, 2005). Die primêre doel van kwalitatiewe navorsing is om betekenisvolle en ryk ervarings vanuit deelnemers se leefwêreld te verkry deur dit te interpreteer (Denzin & Lincoln, 2011). So het die huidige navorsing nie slegs gehandel oor die insameling van data nie, maar eerder om die ervarings, beskouings en emosies van die deelnemers te ondersoek. Om hierdie rede is 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp vir die studie gekies, dit wil sê, navorsing van 'n bepaalde verskynsel, in hierdie geval die beskouing van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning.

Merriam en Tisdell (2016) noem dat kwalitatiewe navorsing gemoeid is met verduidelikings wat ons aan sosiale verskynsels gee en hoe dit ontwikkel word om sodoende die wêreld waarin ons leef en die vorme van uitdrukking daarvan beter te verstaan. Dit word bevestig

deur Creswell (2013) se aannames tydens kwalitatiewe navorsing. Hy dui aan dat kwalitatiewe navorsers eerder op die proses as die produk van die navorsing fokus, aangesien dit betekenisvolle implikasies kan toon vir die vertrouenswaardigheid van die navorsing. Kwalitatiewe navorsing gaan gepaard met die betekenis wat 'n persoon aan sy of haar lewe gee. Die navorser word as die primêr verantwoordelike individu van data-insameling en dataverwerking gesien.

Kwalitatiewe navorsing sluit veldwerk in, wat onder meer impliseer dat die navorser sy of haar studieveld, in hierdie geval die psigo-opvoedkundige intervensie van kankerpatiënte, self moet verken. Verder noem Creswell (2013) dat kwalitatiewe navorsing beskrywend van aard is. Ek het gepoog om begrip en betekenis oor die beskouings en belewenis van kankerpatiënte gedurende hul diagnose met betrekking tot psigo-opvoedkundige intervensie te verkry. Creswell (2013) se laaste aanname is dat kwalitatiewe navorsing induktief van aard is, aangesien die navorser gedurende die navorsingsproses tot sekere gevolgtrekkings, insigte en hipoteses kan kom. Dit verklaar dat die navorser te alle tye oop en ontvanklik vir nuwe inligting, idees en data moet wees.

Filosofiese oriëntering

Hierdie navorsing is uitgevoer vanuit die perspektief van die konstruktivisties-interpretivistiese navorsingsparadigma. Kaushik en Walsh (2019) beskryf 'n paradigma as 'n metafisiese konstruk wat geassosieer word met filosofiese aannames wat 'n mens se wêreldbeskouing beskryf. Hierdie studie is gebaseer op die konstruktivisties-interpretivistiese benadering, aangesien die deelnemers toegelaat is om hul eie ervarings, sienings en interpretasies te vorm en dit met my te deel. Die interpretivisme is gebaseer op die aanname dat daar nie net een werklikheid is nie, maar baie, en interpretivistiese navorsers doen daarom hul studies in natuurlike kontekste om die bes moontlike kennis te bereik (Maree, 2016). Die sosiale konstruktivisme is dit eens dat daar nie een werklikheid of universele waarheid bestaan nie, omdat individue hul situasies en interaksies binne hul sosiale en kulturele kontekste verskillend ervaar (Hays & Singh, 2012).

Volgens die teorie van konstruktivisme konstrueer mense hul eie betekenis wanneer bestaande kennis verbind word met nuutgevonde inligting en die doel is om die nuutgeskepte kennis te ondersteun en nie noodwendig die kennis slegs oor te dra nie (Mukhari & Hugo, 2017). Die benadering stel voor dat kennis nie abstrak is nie, maar gebaseer is op die aanname dat mense kennis skep deur die interaksies tussen hul bestaande konteks en die nuwe inligting of belewings waarmee hulle in aanraking kom (Ertmer & Newby, 2013).

In my private praktyk as geregistreerde berader het ek verskeie kliënte gehad wat 'n kankerdiagnose ontvang het. Ek het waargeneem dat daar 'n tekort aan ondersteuning aan kankerpatiënte is, en wou met hierdie studie hul uitdagings, ervarings en die ondersteuning van psigo-opvoedkundige intervensie tydens hul kankerbehandeling ondersoek. Die konstruktivistiese benadering het my toegelaat om die nuutgeskepte kennis van kankerpatiënte te beleef en te ondersoek.

Interpretatiewe navorsing het ten doel om verskillende perspektiewe te ondersoek ten einde insig te verkry in die manier waarop 'n bepaalde groep mense sin maak van hul omstandighede of die verskynsels wat hulle teëkom (Nieuwenhuis, 2016). Volledige en indringende beskrywings is een van die sterk punte van die konstruktivisties-interpretivistiese benadering. Dié aspek ondersteun goeie kwalitatiewe navorsing, aangesien een van die toetse vir kwalitatiewe navorsing is of dit goeie en volledige beskrywings produseer (Nieuwenhuis, 2016).

Populasie en steekproef

Die populasie sluit die totale getal individue in wat moontlik aan die navorsingsprojek kan deelneem. Volgens Babbie (2013) stel die populasie 'n groep individue voor op wie die gevolgtrekkings en aanbevelings van die navorsingsprojek van toepassing is. Volgens Elfil en Negida (2017) word die groep waaruit deelnemers gewerf word die “populasie” of “teikenpopulasie” genoem. Die kleiner groep wat sy oorsprong uit die populasie vind, word die “steekproef” of “studiepopulasie” genoem. Die doelstellings en doel van die studie het my gelei

om vas te stel uit watter populasie die data versamel is en hoeveel deelnemers daarvoor gekies is (cf. Creswell & Poth, 2017). Die metode wat gebruik is om die deelnemers uit te kies, was willekeurige, doelgerigte steekproefneming. Volgens Maree en Pietersen (2007) word doelgerigte steekproefneming slegs in spesiale situasies gebruik waar steekproefneming vir 'n bepaalde doel gedoen word. Die doelgerigte metode van seleksie het verseker dat die voorgestelde doelwitte van die studie bereik sal word deur individue met 'n bepaalde belewenis van die verskynsel te kies. Persone met 'n kankerdiagnose wat ten tyde van die navorsing twee jaar in remissie was, het deel gevorm van die populasie van hierdie studie.

'n Bemiddelaar of mediator word geïdentifiseer as die persoon wat toegang het tot hierdie instansie of organisasie (Clark, 2011). Die bemiddelaar was 'n onafhanklike persoon van die nie-winsgewende organisasie. Die bemiddelaar het potensiële deelnemers wat moontlik aan die kriteria sou voldoen, direk gekontak. Daarna het die bemiddelaar die vrywaringsvorm aan die moontlike deelnemers gestuur en dié wat toestemming verleen het om deel te neem aan die studie, is deur die bemiddelaar gekontak om die datum, tyd en plek van die fokusgroepbespreking te bevestig. Die moontlike deelnemers is geensins gedwing om aan die studie deel te neem nie en elke deelnemer het haar toestemming vrywillig gegee. Omdat hierdie studie handel oor beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning, is die deelnemers op 'n doelgerigte wyse geselekteer aan die hand van die volgende kriteria:

- Volwasse deelnemers tussen die ouderdom van 18 en 55 jaar.
- Deelnemers van beide geslagte.
- Deelnemers wat die afgelope sewe jaar met kanker gediagnoseer is.
- Deelnemers moes tydens die navorsing al vir twee jaar in remissie wees en op daardie stadium geen kankerbehandeling ontvang nie.
- Deelnemers moes Engels en Afrikaans magtig wees.

Data-insameling

Fokusgroep

Fokusgroepbespreking is toegepas as kwalitatiewe metode om data te versamel. 'n Fokusgroep bestaan uit 'n klein groepie mense wat idees oor 'n vooraf geselekteerde onderwerp uitruil (Du Plooy-Cilliers et al., 2014). Die rol van die navorser in groepbesprekings is verskillend as met individuele onderhoude, aangesien die navorser dan eerder as fasiliteerder of moderator funksioneer en minder as onderhoudvoerder. Fokusgroepbesprekings volg nie die afwisselende vraag-antwoord-tegniek soos in die tradisionele onderhoud nie. Inteendeel, die navorser sal groepinteraksies fasiliteer, modereer, moniteer en opneem. Die groepinteraksie sal gerig word deur vrae en onderwerpe wat deur die navorser verskaf word (Punch, 2009). Dit beteken dat die navorser spesifieke vaardighede benodig. Tydens die fokusgroep neem die navorser die rol van fasiliteerder in deur 'n ontspanne en gemaklike omgewing vir die deelnemers te skep (Nyumba et al., 2018).

Krueger en Casey (2000, p. 5) definieer 'n fokusgroepbespreking as 'n "carefully planned series of discussions designed to obtain perceptions on a defined area of interest in a permissive, non-threatening environment". Die deelnemers aan 'n fokusgroepbespreking voel minder bedreig aangesien hulle nie alleen is nie en 'n omgewing geskep word waarin hulle sienings, idees, opinies en persoonlike belewings kan bespreek en uitruil (Krueger & Casey, 2000; Maree, 2016). Ek het 'n fokusgroepbespreking as metode gekies aangesien groepsituasies deelnemers kan stimuleer om hul sienings, belewings, beskouings en reaksies kan deel, sodat die verskynsel van psigo-opvoedkundige intervensie vir kankerpatiënte ondersoek kon word.

Die fokusgroepte wat gevolg is vir elk van die fokusgroepe is aangeheg as bylaag D. 'n Aantal oop vrae is aan die deelnemers gestel, waaruit 'n bespreking gevloei het wat tot die verkryging van waardevolle data gelei het. Die fokusgroeprvrae wat in hierdie studie van toepassing was, is aangeheg in bylaag E onder die fokusgroepbespreking. In hierdie studie is daar gebruik

gemaak van twee fokusgroepe om die data in te samel. 'n Fokusgroep wat uit ses tot nege deelnemers bestaan, word as voldoende geag (Denscombe, 2007; Krueger & Casey, 2000). Daar word voorgestel dat die groep groot genoeg moet wees om diversiteit van deelnemers voor te stel en dataversadiging te bereik, maar tog klein genoeg om die deelnemers gemaklik te laat voel om hul ervarings te deel. Gevolglik is tien deelnemers vir die fokusgroep genooi.

Die bemiddelaar het tien moontlike deelnemers gekontak om 'n datum en plek vir die fokusgroepbespreking te bevestig. Een van die moontlike deelnemers kon ongelukkig nie meer die fokusgroepbespreking op die geskeduleerde dag bywoon nie. Twee fokusgroepbesprekings is gehou, met vier deelnemers in die eerste fokusgroep en vyf in die tweede. Die nege deelnemers het genoegsame inligting verskaf en kon verseker dat databevrediging bereik word. Die fokusgroepdeelnemers se biografiese inligting is volgens deelnemernommer, geslag, huistaal en tipe kanker getabelleer. Die biografiese besonderhede van die twee fokusgroepe word in die volgende twee tabelle (3-1 en 3-2) voorgestel.

Tabel 3-1: Biografiese inligting van deelnemers in fokusgroep 1

Fokusgroep 1			
Deelnemer-nommer	Geslag	Huistaal	Tipe kanker
1	Vroulik	Afrikaans	Triple-negative breast cancer
2	Vroulik	Afrikaans	Borskanker
3	Vroulik	Afrikaans	Borskanker
4	Vroulik	Afrikaans	Rhabdomyo-sarkoom

Tabel 3-2: Biografiese inligting van deelnemers in fokusgroep 2

Fokusgroep 2			
Deelnemer-nommer	Geslag	Huistaal	Tipe kanker
5	Vroulik	Afrikaans	Borskanker
6	Vroulik	Afrikaans	Servikskanker
7	Vroulik	Engels	Borskanker
8	Vroulik	Afrikaans	Borskanker
9	Vroulik	Afrikaans	Borskanker

Waarneming en veldnotas

As navorser het ek myself verdiep in die navorsing deur aktief deel te neem tydens die fokusgroepbesprekings en die deelnemers waar te neem. Waarneming is op 'n ongestruktureerde wyse gedoen. Enige gedrag, interaksie of emosies wat ek waargeneem het, het ek neergepen op my veldnotas en sodra die fokusgroepbesprekings afgehandel was, het ek in meer besonderhede uitgebrei oor die waarneming deur te besin oor die waarde wat dit tot die data kon byvoeg. Hierdie waarneming en veldnotas het my in staat gestel om die onverwerkte data beter te verstaan en die deelnemers se ervaring outentiek te beskryf deur die waarnemings tydens die fokusgroepbesprekings by die data in te lyf.

Besinnende joernaal

Tydens die studie het ek gereeld besin oor die navorsing en was ek gereeld in kontak met my studieleiers om seker te maak dat die studie in die regte rigting beweeg. Ek het besin deur my gedagtes, idees, vrae en bekommernisse te identifiseer en dan onder die loep te neem. Ek het gebruik gemaak van Rolfe et al. (2001) se reflektiewe model gedurende my doelgerigte besinning. Hierdie model is gebaseer op drie vrae: Wat? So wat dan? en Wat nou? Hierdie vrae het gehelp om doeltreffend te kan besin, wat voordelig was vir die studie as geheel. Deur gebruik te maak van Rolfe se model kon ek meer beskrywend en aksiegeoriënteerd besin. Besinning was vir my as navorser baie voordelig deur my toe te laat om gereeld te kon evalueer of die studie nog steeds die doel nastreef wat dit vir veronderstel was om te bereik en ek sodoende struktuur daarvoor kon skep.

Dataontledingsproses

Kwalitatiewe dataontleding is 'n voortdurende proses (Nieuwenhuis, 2007). Die data-insameling, -verwerking, -ontleding en -verslaggewing word verweef tussen die prosesse en is nie noodwendig 'n opeenvolgende proses nie. Dataontleding poog om te bepaal hoe deelnemers sin maak van 'n bepaalde verskynsel met betrekking tot hul sienings, beskouings, begrip, kennis, waardes,

gevoelens en belewings ten opsigte van die verskynsel (Nieuwenhuis, 2016). Kwalitatiewe dataontleding word deur Ngulube (2015) beskryf as die proses om onverwerkte data te neem, dit te interpreteer en dan te verminder om sinvolle en verstaanbare data te bekom. Ek het van tematiese ontleding gebruik gemaak om die temas in die kwalitatiewe data te identifiseer. Dié tipe ontleding word toegepas om temas te identifiseer, en dit is moontlik gemaak nadat ek al die data getranskribeer het. Tematiese ontleding is die proses waartydens alle versamelde data ontleed en geïdentifiseer word ten einde temas vanuit die data uit te wys (Braun & Clarke, 2006). Braun en Clarke (2006) verklaar dat tematiese ontleding die geleentheid aan individue bied om oor hul ervarings te besin en sin daarvan te maak. Die temas is 'n aantal idees of konsepte wat deur die navorser vanuit die data geïdentifiseer word. Temas wat gedurende die tematiese ontleding geïdentifiseer is, maak dit moontlik om die data op 'n meer logiese manier aan die leser voor te stel (Braun & Clarke, 2006). Ely et al. (1997) stel egter voor dat die verskillende fases van tematiese ontleding nie 'n liniêre proses is nie, maar dat die navorser in 'n herhalende orde tussen die fases kan beweeg om 'n geheelbeeld van die data te verkry. Vir die doel van hierdie studie het ek gebruik gemaak van Braun en Clarke (2006) se ses fases van tematiese ontleding, wat ek aangepas en toegepas het tydens die ontleding van die data. Die ses fases van tematiese ontleding word in tabel 3-3 weergegee.

Tabel 3-3: Ses fases van dataontleding (aangepas vanuit Braun & Clarke, 2006)

Ses fases van tematiese ontleding	
Fase 1	Raak vertrouwd met die data
Fase 2	Genereer oorspronklike kodes
Fase 3	Identifiseer temas
Fase 4	Hersien en verfyn temas
Fase 5	Definieer en benoem temas
Fase 6	Interpretering en verslaggewing

Fase 1

Die data is eerstens getranskribeer. Ek het dit gedoen deur 'n paar keer noukeurig na die opnames te luister en oorspronklike idees neer te skryf. Hierdie stap het as fondasie gedien vir die ontleding wat daarop gevolg het. Dit het my in staat gestel om myself te fokus, 'n uitgebreide begrip van die inhoud te bekom en myself vertrouwd te maak met die data. In hierdie fase het ek ook die veldnotas wat ek tydens die fokusgroepbesprekings gemaak het, geïnkorporeer en verder bestudeer. Die waarneming en veldnotas verwys na die nieverbale kommunikasie wat in die fokusgroepbesprekings opgeteken is. 'n Primêre voordeel van 'n fokusgroep is die groepinteraksie sowel as die nieverbale kommunikasie tussen die deelnemers. Nieverbale kommunikasie is ook 'n vorm van data-insameling wat verwys na waarnemings wat gemaak is met betrekking tot die gedrag en optrede van die deelnemers voor, tydens en na die fokusgroepbespreking (Nyumba et al., 2018). Hierdie gedrag en optrede ontstaan in 'n fokusgroep waar deelnemers moontlik baie anders kan reageer oor 'n onderwerp as die ander persone in die fokusgroep (Nagle & Williams, 2013).

Daar word verwys na die volgende vier verskillende nieverbale seine (Gordon et al., 2006) wat in fokusgroepe waargeneem kan word:

- Kinesteties: liggaamspostuur en verplasing, soos die kruising van arms.
- Proksemika: persoonlike gebruik van ruimte, soos om vorentoe te leun tydens gesprek.
- Chronemiek: die rol van tyd in kommunikasie, soos tydelike stiltes of hyging.
- Paralinguistiek: 'n verandering in verbale volume of toonhoogte.

Fase 2

Nadat ek myself met die data vertrouwd gemaak het, het ek oorspronklike kodes begin identifiseer. Verder is interessante en betekenisvolle data uitgelig, wat tot die temas van die navorsing gelei het.

Fase 3

Die versamelde kodes is geprosesseer en daaruit het ek die temas wat met die navorsingsvrae gepaardgegaan het, begin identifiseer. Die fase is beëindig deur die invordering van temas en subtemas.

Fase 4

Die temas is vergelyk met die kodes soos genoem in fases 1 en 2. Ek het 'n groter oorsig van die geïdentifiseerde temas gekry en toe die aanvanklike temas begin kombineer en ander uitgeskakel wat nie van toepassing was nie. Laastens is die verskillende temas sinvol saamgevoeg.

Fase 5

In die tweedelaaste fase is die ontleding van elke tema gedoen om daardeur 'n verhaal te kon skets. Ek het die wese van elke tema geïdentifiseer en toe bepaal watter aspekte van die tema vasgelê moes word.

Fase 6

Tydens die laaste fase is die ontleding omskep in 'n interpreteerbare ontleding deur omskrywende en betekenisvolle uittreksels te gebruik wat verband hou met die temas, navorsingsvrae en literatuur. Dit is gedoen om die verhaal van die data aan die leser te kan oordra en die leser te oortuig van die kwaliteitskriteria.

Kwaliteitskriteria

Kwalitatiewe navorsing word gesien as oop, buigsaam en sonder streng riglyne en daarom word die gebruik van die terme “geldigheid” en “betroubaarheid” in kwalitatiewe studies bevraagteken. Volgens Maree (2016) is dit belangrik dat die navorser nie sy of haar eie gevolgtrekkings maak nie, maar gevolgtrekkings sal maak uit die inligting wat van die deelnemers verkry is. Anderson et al. (2010) noem dat dit soms moeilik kan wees om die akkuraatheid van kwalitatiewe navorsing te evalueer. Ten spyte daarvan is dit steeds noodsaaklik om sekere kriteria saam te stel wat geldigheid en betroubaarheid sal verseker of bevorder. In hierdie navorsing was

die kriteria om geldigheid en betroubaarheid te bevorder (soos bespreek in hoofstuk 1) dataversadiging wat bereik is na twee fokusgroepbesprekings gehou is, digitale opnames van die fokusgroepbesprekings, triangulering van die data en, laastens, die gebruik van veldnotas.

Die geldigheid en betroubaarheid van hierdie navorsing is verder verseker deur gebruik te maak van Lincoln en Guba (1985) se evalueringskriteria. Hierdie kriteria spesifiseer aspekte wat betrekking het op kwalitatiewe navorsing (Koonin, 2014), naamlik waarheidswaarde, betroubaarheid, konsekwentheid en neutraliteit.

Waarheidswaarde

Waarheidswaarde word gedefinieer as die stabiliteit en konsekwentheid van die bevindinge oor tyd en onder verskillende omstandighede (Thomas, 2010). Om betroubaarheid en konsekwentheid van die data te verseker, is daar van 'n fokusgroeptoete (sien bylaag D) gebruik gemaak tydens die fokusgroepbesprekings. Die fokusgroepbesprekings het sover moontlik onder dieselfde omstandighede plaasgevind en dieselfde lokaal is vir albei besprekings gebruik. Ek het ook verseker dat die sistematiese, stap-vir-stap-prosedure gedurende die tematiese ontleding beskryf is om betroubaarheid te verseker. Ek het betroubaarheid verseker deur van 'n ouditspoor gebruik te maak, waar verskillende besprekings met my studieleier en ander belangrike persone gevoer is (cf. Denzin & Lincoln, 2011). Hierdie ouditspoor sal vir vyf jaar veilig gestoor word saam met al die ander noodsaaklike en tersaaklike dokumente.

Betroubaarheid

Betroubaarheid in kwalitatiewe navorsing evalueer die mate van betroubaarheid en egtheid van die bevindinge deur te bepaal hoe akkuraat die data die beoogde fokus hanteer (Polit & Beck, 2012; Thomas, 2010). Volgens Creswell en Poth (2017) is betroubaarheid 'n breë begrip waarby die tradisionele en kontemporêre perspektiewe albei as belangrik geag word om die werk van kwalitatiewe navorsers en lesers in te lig. Betroubaarheid ondersoek of dit wat die studie veronderstel was om te ondersoek, waarlik gemeet is. In hierdie studie het ek gebruik gemaak van

navorsingsvrae, 'n literatuuroorsig en sekere tegnieke vir die generering van data en dataontleding waardeur die deelnemers geslaag het om geldige argumente en aanbevelings te maak. Verder is bandopnames gebruik om die interaksie tussen die deelnemers op te neem. Ek het toegelaat dat die deelnemers hul beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie tydens hul kankerbehandeling uitspreek. Dit het geloofwaardigheid versterk aangesien 'n verskeidenheid vrae tydens die fokusgroepbesprekings gestel is om die studieonderwerp in die navorsing van kankerpatiënte te ondersoek.

Konsekwentheid

Konsekwentheid beskryf hoe bevindinge veralgemeen kan word en hoe geskik en toepaslik hierdie bevindinge in ander kontekste of situasies is (Thomas, 2010). Om konsekwentheid in 'n kwalitatiewe studie vas te stel, moet die navorser 'n gedetailleerde beskrywing van die navorsingsproses voorstel (Nieuwenhuis, 2016). Die doel is om die leser 'n omvattende begrip van en inligting rakende die navorsing te gee. In hierdie studie word daar gepoog om 'n akkurate, ryk, omvattende en gedetailleerde beskrywing van die navorsing te gee in die hoofstukke wat die metodologie, ontleding, bevindinge en besprekings dek. Hierdie sistematiese en volledige beskrywing sal verseker dat toekomstige navorsing op dieselfde wyse of benadering gebaseer en uitgevoer kan word met ander deelnemers of in ander kontekste.

Neutraliteit

Neutraliteit beskryf die mate waartoe die bevindinge as objektief beskou kan word, waar kongruensie tussen twee of meer onafhanklike mense sal plaasvind oor die akkuraatheid, tersaaklikheid en betekenis van die data (Polit & Beck, 2012; Thomas, 2010). Navorsers moet voortdurend bewus wees van hul eie wêreldbeskouings, sienings en vooroordele. Volgens Denzin en Lincoln (2011) word neutraliteit geassosieer met die geldige interpretasies en bevindinge van data deur 'n ware weerspieëling van deelnemers se opmerkings te gee. In hierdie studie word direkte aanhalings van die deelnemers, soos verkry uit die fokusgroepbesprekings, gegee.

Etiese oorwegings

Aangesien hierdie navorsingsonderwerp as sensitief beskou kan word, was dit noodsaaklik dat alle etiese maatreëls deurlopend en konsekwent toegepas moes word. Verskeie voorsorgmaatreëls is daarom getref om te verseker dat die deelnemers te alle tye beskerm word en daar in hul beste belang opgetree word. Die toepassing van etiese maatreëls het ook bygedra tot 'n vertrouensverhouding tussen my en die betrokke deelnemers. Kwalitatiewe navorsing delf in die lewens van ander ten einde toegang tot die subjektiewe ervarings van die deelnemers te verkry. Kwalitatiewe navorsing word gebruik om vrae oor betekenis, ervaring en perspektief vanuit die standpunt van die betrokke gemeenskap te beantwoord in 'n poging om nuwe kennis te skep om sodoende lewens te verbeter (Hammarberg et al., 2016). Volgens Maree (2016) is dit belangrik dat die navorser hom- of haarself met die etiese oorwegings moet vereenselwig om te verseker dat die navorsingsproses volgens die nodige riglyne geskied. Die etiese oorwegings wat in hierdie studie gevolg is, word vervolgens kortliks bespreek.

Etiëklaring

Die etiese voorstel is aan die NWU-HREC-komitee voorgelê om te verseker dat die studie aan die nodige etiese vereistes voldoen. Die klaringsertifikaat vir hierdie studie is genommer NWU-00478-20-A1 (bylaag A).

Ingeligte toestemming en vrywillige deelname

Ingeligte toestemming is kritiek belangrik in enige navorsing, aangesien dit verwys na respek vir die deelnemers, asook hul waardigheid en outonomie (Graham et al., 2015). Voor die aanvang van die fokusgroep het elke deelnemer 'n skriftelike toestemmingsvorm ontvang wat al die nodige ingeligte bevat het (bylaag B). In die vorm is inligting verskaf oor die onderwerp van die studie, die doel van die studie, die proses van data-insameling, die fokusgroepbesprekingsvrae, die beperking op vertroulikheid tydens die fokusgroepbesprekings en die risiko's verbonde aan die studie. Die deelnemers is daarvan bewus gemaak dat indien hul sou instem om deel van die studie

te wees, hulle vrywillig aan die studie sou deelneem. Die deelnemers moes daarom goed oor die navorsing en tersaaklike prosedures ingelig word (cf. Denzin & Lincoln 2002).

Die deelnemers het die geleentheid gehad om vrae te stel indien hulle enige onsekerheid in verband met die studie gehad het. Nadat die deelnemers die inligtingsvorm noukeurig deurgelees het en geen verdere vrae gehad het nie, het hulle die toestemmingsvorm onderteken. Die ondertekening van die toestemmingsvorm bevestig dat die deelnemer vrywillig aan die studie deelneem, bewus is van al die inligting en risiko's verbonde aan die studie en toestemming gee vir die gebruik van bandopnames tydens die fokusgroepbespreking. Elke deelnemer is behoorlik ingelig dat deelname vrywillig was en dat hulle as deelnemers te eniger tyd tydens die navorsingsproses kon onttrek sonder enige negatiewe gevolge.

Vertroulikheid en anonimiteit

Die anonimiteit en vertroulikheid van deelnemers is die verantwoordelikheid van die navorser (Denzin & Lincoln, 2011). Vertroulikheid met betrekking tot die deelnemers se persoonlike besonderhede is verseker deurdat hierdie inligting nie bekendgemaak is nie, aangesien die deelnemers se persoonlike besonderhede deur toegekende deelnemernommers beskerm is (cf. Denzin & Lincoln 2002). Daar is wel 'n beperking op vertroulikheid tydens fokusgroepbesprekings, aangesien vertroulikheid tydens 'n fokusgroepbespreking nie gewaarborg kan word nie (Sim & Waterfield, 2019). Verder stel Sim en Waterfield (2019) voor dat navorsers die deelnemers daaraan moet herinner om die privaatheid van hul mededeelnemers te respekteer en inligting wat tydens die fokusgroepbespreking gedeel word as vertroulik te beskou en nie aan ander persone oor te vertel nie. Alle moontlike voorsorgmaatreëls is getref vir die studie en daar is ooreengekom dat die name van die deelnemers nie gebruik sou word nie, maar dat elke persoon 'n deelnemernommer (bv. "deelnemer 1") sou ontvang om anonimiteit te verseker. Die bandopnames en notas wat gedurende die data-insameling en dataontleding gebruik is, het slegs die deelnemernommers bevat, en geen persoonlike name nie. Die deelnemers het hul biografiese

profiele voltooi deur gebruik te maak van die deelnemernommer en inligting met betrekking tot hul geslag, huistaal en tipe kanker te verskaf. Ek moes verseker dat die inligting wat deur die deelnemers verkry is, akkuraat geïnterpreteer is. Die studieleier het ook die getranskribeerde onderhoude nagegaan. Die bandopnames is veilig op 'n CD in my kluis gestoor en al die inligting sal vir vyf jaar bewaar word. Ek, as navorser, my studieleier en my medestudieleier is die enigste persone wat toegang tot die data het.

Verlening van terapeutiese hulp

Volgens Strydom (2011) kan deelname aan 'n navorsingsprojek 'n blootstellende ervaring vir deelnemers wees, aangesien persoonlike inligting bespreek word. Daar is deurgaans gepoog om geen skade (fisiek of emosioneel) aan die betrokke deelnemers te rig nie. Ek het verseker dat respek aan al die deelnemers getoon is en geen veroordeling gedurende die data-insamelingsproses sou geskied nie, ook nie tydens die ontleding van die data en die verslaggewingsproses nie. Die deelnemers is vooraf deeglik ingelig oor die studie en die moontlike impak van deelname. Ek was daarvan bewus dat sommige vrae en besprekings moontlik slegte herinneringe en ervarings sou kon laat opduik en dat die nodige emosionele ondersteuning beskikbaar moes wees indien 'n deelnemer psigologiese angste sou beleef en ondersteuning benodig. Ek was ook daarvan bewus dat die populasie emosioneel kwesbaar kon wees as gevolg van die kankerdiagnose; daarom is 'n sielkundige, wat geskik is om terapie of berading te verskaf, beskikbaar gestel om ondersteuning aan die deelnemers te bied as enige van hulle dit sou benodig of versoek.

Geen beloning vir of misleiding van deelnemers nie

Navorsers moet versigtig wees om nie hul deelnemers onder die indruk te plaas dat hulle vergoed sal word of spesiale gunste sal ontvang indien hulle aan 'n studie sou deelneem nie (Strydom, 2011). Ek het dit dus vanaf die aanvang van die studie duidelik gemaak dat die deelnemers geen beloning of direkte voordeel sou ontvang vir deelname aan die studie nie en dat deelname vrywillig sou geskied. Geen finansiële of ekonomiese verlies is deur enige van die

deelnemers ervaar nie. Na afloop van die fokusgroepbesprekings het die deelnemers elkeen 'n R50-geskenkbewys as teken van waardering ontvang.

Covid-19-protokol

Aangaande die omstandighede met die Covid-19-pandemie wat wêreldwyd sowel as in Suid-Afrika van toepassing is, moes daar sekere aanpassings gemaak word om die veiligheid van die deelnemers te verseker. Die Covid-19-protokolle (bylaag C) bevat al die nodige stappe wat gevolg is met die twee fokusgroepbesprekings.

Samevatting

In hierdie hoofstuk is die metodologie en die navorsingsmetodes wat vir die insameling van data gebruik is, bespreek. Daar is uitgebrei oor die deelnemers aan hierdie studie en die tipe steekproefneming wat gedoen is. Die filosofiese benadering is bespreek en verder is daar uitgebrei oor die dataontleding en die kwaliteitskriteria om geldigheid en betroubaarheid te verseker. Laastens is die etiese oorwegings wat in die studie aandag geniet het, uiteengesit. Die bevindinge van die navorsing word in hoofstuk 4 aangebied.

Hoofstuk 4: Dataontleding en -interpretasie

Inleiding

Hierdie hoofstuk fokus op die verslaggewing van die dataontleding en -interpretasie van die kwalitatiewe data wat verkry is. Die data is deur middel van fokusgroepe ingesamel, soos bespreek in hoofstuk 3. Die doel van hierdie studie was om deelnemers se beskouings en ervaring van psigo-opvoedkundige intervensie tydens hul kankerdiagnose en -behandeling te ondersoek. Die deelnemers het hul perspektiewe, ervarings, oortuigings en houdings gedeel met betrekking tot 'n verskeidenheid onderwerpe wat te doen het met die psigo-opvoedkundige intervensie en ondersteuning wat hulle tydens en na hul kankerbehandeling ontvang het.

Metode van ontleding

In hoofstuk 3 is tematiese ontleding bespreek as 'n metode waartydens alle versamelde data ontleed en geïdentifiseer word ten einde temas vanuit die data te verkry. Braun en Clark (2006) se ses fases van dataontleding is gebruik om die data deeglik te ontleed. Die data is eers getranskribeer, verskeie kere deurgelees en daarna ontleed deur middel van kodering, wat die identifisering en generering van temas en subtemas moontlik gemaak het. Gevolglik kan betekenis gekonstrueer word uit die data wat versamel is, sodat die bevindinge daaromtrent bespreek kan word om die navorsingsvrae te beantwoord.

Dataontleding en -interpretasie

In hierdie afdeling word die temas wat deur die tematiese ontledingsmetode uit die data verkry is, noukeurig beskryf. Direkte aanhalings van deelnemers aan die fokusgroepbesprekings lig die temas toe en die inligting word deur literatuurverwysings gesteun. Deelnemernommers is toegeken aan elk van die direkte aanhalings om die anonimiteit van die deelnemers te beskerm. Om betekenis aan deelnemers se stemme te gee, is dit belangrik om direkte aanhalings te gebruik wanneer navorsingsbevindinge bespreek word (Griffin & May, 2012).

Oorsig van die temas en subtemas

Hierdie hoofstuk beklemtoon die oorsig van die temas en subtemas wat uit die navorsingsbevindinge verkry is deur die twee fokusgroepbesprekings wat gehou is. Die temas het my in staat gestel om die navorsingsvraag en subvrae wat die studie lei, te beantwoord.

Navorsingsvraag: *Wat is gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning?*

Subvrae:

- Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies het die deelnemers benut toe hulle met kanker gediagnoseer is?
- Wat was die deelnemers se ervaring van die psigo-opvoedkundige intervensie wat hulle tydens behandeling ontvang het?
- Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies moet bygevoeg word om kankerpatiënte te ondersteun?

Uit die vier hoofvrae, en veral die subvrae, wat in die fokusgroepbesprekings aan die deelnemers gerig is, is 'n groot hoeveelheid ryk data verkry. Drie hooftemas en elf subtemas het na vore gekom vanuit die data. Hierdie temas en subtemas is geïdentifiseer op grond van die ontleding van die data en is gegrond op die teoretiese raamwerk van positiewe sielkunde in samewerking met die hoopteorie. Peterson (2008) verklaar dat positiewe sielkunde die wetenskaplike studie is van dit wat die lewe die moeite werd maak. Die hoopteorie het ontstaan as deel van die positiewe sielkunde en behels dat wanneer mense hoop het, hulle vir iets spesifiek hoop en hul aksies doelgerig is om hierdie doelwitte te bereik (Mulder, 2019; Snyder, 1994; Snyder & Lopez, 2002). Die hooftemas en subtemas van die studie word in tabel 4-1 hieronder voorgestel.

Tabel 4-1: Temas en subtemas verkry tydens dataontleding

Oorsig van die temas en subtemas van die studie	
Temas	Subtemas
Tema 1: Ervaring om met kanker gediagnoseer te word	Subtema 1.1: Trauma van die oomblik
	Subtema 1.2: Veranderde gesinsverhoudings
	Subtema 1.3: Verlies as gevolg van die diagnose
	Subtema 1.4: Die pad na aanvaarding
	Subtema 1.5: Vrees vir herhaling
Tema 2: Ondervinding van kankerbehandeling	Subtema 2.1: Ervaring van mediese ondersteuning
	Subtema 2.2: Vertroue in die onkoloog
	Subtema 2.3: Newe-effekte van kankerbehandeling
Tema 3: Belewens van ondersteuning aan kankerpatiënte	Subtema 3.1: Ontbrekende ondersteuning
	Subtema 3.2: Positiewe ondersteuning
	Subtema 3.3: Verlangde ondersteuning

In die bespreking van bogenoemde temas en subtema word 'n kort, bepalende definisie vir elke tema en subtema voorsien. Hierdie bevindinge word deur uittreksels uit die fokusgroeptranskripsies ondersteun. Elke tema word afgesluit deur teoreties geïllustreerde kommentaar en 'n literatuuropsomming vir elk van die subtemas by te voeg om die bevindinge met literatuur te staaf.

Tema 1: Ervaring om met kanker gediagnoseer te word

Die deelnemers aan hierdie studie is gevra om hul aanvanklike reaksie op die nuwe diagnose te deel met betrekking tot hul ervaring om met kanker gediagnoseer te wees. Die deelnemers se ervarings was baie verskillend, aangesien elke deelnemer elk van die aspekte van hierdie siekte anders beleef het en waarde op verskillende maniere aan elkeen geheg is. Hierdie tema het vyf subtemas ontlok, wat almal die geleefde ervarings van die deelnemers wat met die werklikheid van 'n kankerdiagnose te kampe het, weerspieël.

Subtema 1.1: Trauma van die oomblik

Trauma is 'n alledaagse belewenis en kan beskryf word as 'n risiko of gevaar vir jou eie of 'n ander persoon se lewe. Dit kan gevoelens van vrees en hulpeloosheid laat ontstaan (Pam, 2013).

Subtema 1.1 fokus op die trauma wat gepaardgegaan het met die kankerdiagnose. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Aanvanklike reaksies van die deelnemers teenoor die diagnose
- Die opvallendste gevoelens en emosies wat uitgelig is
- Die opvallendste trauma-reaksies

Aspekte wat uitgesluit is:

- Gesinsreaksies op die diagnoses
- Die lewering van ongunstige nuus

Oor die algemeen is die reaksies wat ontlok is, dié van skok, ongeloof en baie emosionele reaksies.

Die aanvanklike diagnoses is in 'n negatiewe lig gesien en het selfs emosies van 'n verwagting van die dood of 'n verkorte lewensduur ontlok –

Ja, dit was maar 'n slegte ondervinding as so iets jou tref. Mens dink dis die doodsvonnis; ek het gesê dis my doodsvonnis. (Deelnemer 9)

Dit is fokken crap om wel daai boodskap te kry, as sy net daai sonar oor jou sit en sy sê ons het 'n probleem. (Deelnemer 8)

Gevoelens van uiterste skok en emosionele moedeloosheid en afskakeling was ook duidelik –

Die eerste keer verduidelik hulle, maar ek dink jou skok is so groot, jy luister ook nie ... ek kon nie verduidelik het nie, want jy slaan toe. (Deelnemer 8)

En as jy daai woord kry, jy is stomgeslaan en my man het gelukkig saam met my gegaan, maar hy het by ontvangs gewag en toe bars ek natuurlik uit in trane en hy kom daar

aangehardloop en sê “wat gaan nou aan?” voor ek of iemand nog vir hom kon sê.

(Deelnemer 9)

Hierdie totale afskakeling is verlig deur deelnemers wat dikwels ’n geliefde saam met hulle geneem het om hulle te ondersteun en die inligting in te neem wanneer hulle dalk nie kon nie.

Ek het my man saamgevat, want ek het geweet die helfte van die goed wat hulle vir my gaan sê, gaan ek glad nie snap nie. Dit gaan net hier bo my verbygaan. So, ek het my man saamgevat sodat hy uit ’n gekalmeerde oogpunt kon geluister het en dan as ons by die huis kom, weer vir my die goed gesê het. (Deelnemer 2)

Verder was daar ’n gevoel dat die deelnemers se wêreld heeltemal sou verander en ernstige emosies wat gepaardgaan met die nuus –

Ja, dit was goed verduidelik. Dit help nie om daai skok weg te vat nie ... want hier kom hierdie man hier in en hy keer die hele wêreld om. (Deelnemer 7)

Ek het kanker en dit het my opstandig met die Here gemaak. Ek was kwaad. (Deelnemer 2)

Van die deelnemers se eerste reaksie en gevoel was dat die diagnose aanvanklik nie so ernstig was nie en dat daar moontlik kitsoplossings sou wees om hierdie “nagmerrie” agter hulle te plaas.

Ek het gedog ek gaan net vinnig in en uit, dis soos ’n tandartsafpraak, en, en net vinnig in en uit, en hierso sê sy: “Hier is ’n probleem.” (Deelnemer 5)

’n Ander deelnemer se reaksie was een van algehele ontkenning en ongeloof –

Ek het dit uitgeblok en ek wou nie meer lees of dit nie. So, dit was vir my in die eerste deel bietjie moeilik ... ek het ’n neusbuis en ’n voedingsbuis en alles gehad en dit was vir my alles baie traumaties. (Deelnemer 4)

Oor die algemeen was die aanvanklike reaksie van die deelnemers toe hulle gediagnoseer is een van geweldige skok –

Nee, ek dink die skok was die grootste. Ek dink net die hele konsep van om kanker te kry was vir my verskriklik. Ek was 'n baie aktiewe mens en dit was die laaste ding wat jy op aarde aan dink. So, dit was vir my 'n groot struikelblok net om daardeur te kom. (Deelnemer 7)

'n Kankerdiagnose en die behandeling daarvan kan 'n traumatiese ervaring wees vir sowel pasiënte as hul geliefdes. Die bestuur van hierdie traumatiese ervaring en die geestesgesondheid van kankerpatiënte is 'n belangrike deel van die behandelingsproses en kan selfs 'n positiewe impak op die pasiënt se prognose maak (Spiegel, 2012).

Subtema 1.2: Veranderde gesinsverhoudings

Subtema 1.2 fokus op die veranderde gesinsverhoudings wat ontstaan het as gevolg van die kankerdiagnose. 'n Gesin word beskou as 'n belangrik faset aangesien die gesinsband tot geestelike groei kan lei en die welstand en stabiliteit van 'n persoon kan beïnvloed (Jana, 2020).

Verskeie aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Onmiddellike gesinsverhoudings
- Veranderde rolle binne die gesin
- Verhoudings met kinders

Aspekte wat uitgesluit is:

- Verhouding met self
- Verhoudings met vriende en uitgebreide familie

Hierdie subtema identifiseer die veranderde gesinsverhoudings van die gesin en familie wat aangeraak word deur die individu wat met kanker gediagnoseer is. Wanneer 'n traumatiese gebeurtenis beleef word, is dit byna seker dat die gesin en gesinslewe geraak en verander sal word. Dit was duidelik uit die antwoorde van baie van die deelnemers. Dit is vanselfsprekend dat vrese en die ervaring van verlies deel vorm van verhoudings; dus sal veranderinge in gesinsverhoudings

direk deur hierdie aspekte geraak word. Baie van die deelnemers het dit duidelik gestel dat hul gesinne die vergete individue was van hierdie traumatiese situasie waarin die familie homself bevind het.

Ek het my man baie jammer gekry, want as mens deur hierdie behandeling gaan, dan fokus almal op jou. En daar's soveel ondersteuning vir jou en hulle word heeltemal agtergelaat. En ek voel hy is net so deur dit soos wat ek is, maar hy het nooit daai ondersteuning gehad nie. Hy moes maar net okei wees. (Deelnemer 1)

Met die kankerbehandeling word die rolle in 'n gesin dikwels omgekeer. Deelnemer 4 het berig dat haar dogter die omgee-rol oorgeneem het –

... en my vriende en my kinders het my muur, omdat ek so lank in dieselfde kamer was, het hulle vir boodskappies en scripture teen die mure opgeplak. En my meisiekind het my gedwing om elke dag regop te sit, wat vir my moeilik was. Ek het 'n tumor in my maag gehad. So, sy het my gedwing om regop te sit en hard alles te lees. En in die begin was ek verskriklik kwaad en vies. (Deelnemer 4)

Oor die algemeen word daar aanpassings gedoen in die gesinslewe en -roetines –

En dis soos julle sê, jou man en kinders. My man het vier kinders by die huis gehad, met 'n gestremde kind. Hy het hom elke oggend voor skool vir my gebring dat ek hom kan groet, want hy kan nie praat nie. Dan het hy hom gebring om my te groet, skool toe gevat, vanmiddag weer gebring, weer kom groet. (Deelnemer 4)

Die lewe moet ongelukkig voortgaan en die gesin moes by die uitdagings wat beleef is, aanpas en dit die stryd aansê. Daar is baie gesien dat kinders die rol van volwassene ingeneem het en verantwoordelikheid vir die pasiënt geneem het.

My jongste meisiekind was in matriek gewees. So, sy was met my opgeskeep die hele tyd. Sy moes my hare was; sy moes my beenhare skeer; sy moes vir my kosmaak. Sy was die een wat alles ... as ek na chemo toe gegaan het, het sy nie 'n lisensie nie, dan sê sy: "Okei,

kom ons hoop vir die beste.” En dan drive sy dan maar die kar dokter toe. So, dit was nogal challenging. (Deelnemer 2)

Toe sê hy [dokter]: “Nou boek ek jou twee weke af.” En toe moes my oudste, vir die heel eerste keer, my vat, want toe kon ek nie bestuur nie. Toe sê hy: “Okei, Richard, nou vat jy jou ma huis toe. Sy gaan nie terug werk toe nie en jy bel my as sy nie vir my geluister het nie.” (Deelnemer 3)

Die skuldgevoelens waarmee deelnemers gekonfronteer is as gevolg van die volwasse rol wat hul kinders moes inneem, het hulle, as ouers, laat sleg voel.

Want ek het hulle weer, soos jy gesê het, ek het drie seuns en 'n dogter, en sy was ma in die huis. En op 'n stadium het ek so skuldig gevoel oor ek daai kind in daai situasie gesit het. Dit was tog nie ek nie, maar dit was ek, indirek. En ek het op 'n stadium baie sleg gevoel omdat ek haar moes in daai situasie gesit het om te kan ma wees nou van 'n huisgesin. (Deelnemer 4)

Oor die algemeen was die gevoel van die deelnemers dat daar positiewe ondersteuning en hulp van hul gesinne af was, maar in sommige gevalle was dit nie die geval nie, alhoewel dit nie pertinent verklaar is nie. Deelnemer 2 het besin oor haar man se betrokkenheid en genoem dat sy die volgende ervaar het:

... omdat hy nooit by die huis was nie, jy weet, hy kom net naweke by die huis. Twee dae en dan los hy my dogter bietjie af. So, as hy by die huis kom, het hy nie nog lus vir 'n siekerige vrou nie. So, dan sê hy net vir my: “Nee, man, sit 'n bietjie regop, kom reg. Jy moet eet. Nee, dis sommer strooi wat jy my nou vertel.” En partykeer is dit wat 'n mens moet hoor.

Op hierdie reaksie is daar weer later kommentaar gelewer en die deelnemer het gesê:

So, 'n mens het, ek dink dis waar hy ingekom het, om vir my altyd, jy weet, ek is net 'n paar uur by die huis, wees nou sterk. So, partykeer het jy dit nodig. Partykeer gaan jy sak en as

en dan gaan lê jy weer en dan dink jy, gaan julle almal nou ... ? Maar ek moet sê, hy het my sterk gehou. (Deelnemer 2)

'n Mens sou hierdie situasie kon sien as 'n "tough love" scenario, soos dit ook deur deelnemer 3 genoem is –

Maar hy sou ook gesê het: "Okei, maar weet jy wat, dis nou genoeg." En ek dink partykeer het mens dit ook nodig. Dis nou genoeg. Ek onthou toe dit nou kom by my hare, toe sê hy: "Vandag word jou hare nou afgesny." Toe sê ek: "Nee, ek besluit wanneer." Toe sê hy: "Dis vandag, ek weet dit." Jy weet? So, hy was ferm, maar die regte guidance gegee altyd.

Vanaf subtema 1.2 word die belangrikheid van 'n gesin uitgelig en beklemtoon – die belangrike rol van elke persoon in die gesin en die waarde wat elkeen aan die gesin as geheel kan bied in tye van sosiale nood. Hierdie psigososiale nood raak nie net die pasiënte nie, maar beïnvloed ook hul geliefdes wanneer 'n verskuiwing van rolle plaasvind en finansiële las en die vrees om hul geliefde te verloor 'n daaglikse realiteit word (Weis, 2015).

Subtema 1.3: Verlies as gevolg van die kankerdiagnose

Verlies is 'n subtema wat deurlopend deur baie van die deelnemer bespreek is met betrekking tot hul kankerdiagnose. Subtema 1.3 bespreek hierdie tema aangesien die ervaring van 'n kroniese siekte gepaardgaan met verskeie verliese (cf. Jackson, 2014). Verlies kan 'n persoon se vermoë om aan te pas by die nuwe situasie en selfs die pad na genesing en herstel vertraag of bemoeilik. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Die deelnemer se spesifieke areas van kommer oor 'n verlies
- Die uitdagings van die lewe nadat die pasiënt 'n fisieke kenmerk verloor
- Sielkundige aspekte van die verlies

Aspekte wat uitgesluit is:

- Die gesin (veral die man se insette)

- Gesinsverhoudings na 'n mastektomie

Die vrae wat aan die deelnemers gestel is wat tot hierdie ervarings gelei het, het baie uitdagings weerspieël, naamlik dit wat hul teëgekome het nadat hulle met kanker gediagnoseer is en verdere aspekte van onsekerheid of bekommernisse waaraan hulle gedink het. Deelnemer 1 het gevoel dat die sielkundige effek van die diagnoses daartoe gelei het dat sy emosionele beheer verloor het –

Die moeilikste deel was regtig die sielkundige deel. Ek was regtig nie voorberei daarvoor gewees nie. Ek is nie normaalweg 'n emosionele mense nie; so, dit het my regtig kwaai gevang. (Deelnemer 1)

Hierdie deelnemer het vrees ervaar vir die verlies van haar huwelik en die vrees dat haar man haar sou verwerp –

Ek weet nie, ek dink in my was dit, ek was bang vir my huwelik. Dit was my grootste vrees. Ek was nie bekommerd oor operasies of oor die kanker nie, ek het net gedink, wat gaan dit aan my huwelik doen? Net gedink my man gaan my wegstoot. So, dit was die enigste bekommernis, wil ek regtig sê, wat my bietjie ondergekry het. (Deelnemer 2)

Deelnemer 2 se vrees dat sy moontlik haar huwelik kon verloor was so erg dat sy uiteindelik sielkundige hulp moes soek –

... so, ek het sielkundige behandeling daarvoor gekry. (Deelnemer 2)

Verder het deelnemer 6 ook haar vrees gedeel dat sy haar verhouding met haar man kon verloor –

Die uitdaging vir my van dit was dat ek dertig was en beseft het, saam met my twee operasies, dat ek nie weer kan swanger raak nie. En dat my huwelik daaronder gaan ly, want met servikale kanker het ek twee maande behandeling gehad en dan beteken dit mens kan nie intiem verkeer nie en dis baie moeilik vir 'n verhouding, vir die huwelik, en ek was nog skaars vier jaar getroud; so dit was vir my baie moeilik. (Deelnemer 6)

'n Ander deelnemer het ook haar vrees weerspieël om moontlik haar fisieke voorkoms te verloor, waarop sy baie ingestel was –

... nie veel bekommernis nie, maar dit was meer 'n image-ding. Jy weet, toe was my hare so lank. Okay, ek het dit gister gaan sny, so kort, maar in any case. So, dit was meer vir my, want dis vir my belangrik, jy weet, hoe 'n mens lyk. (Deelnemer 3)

Nog 'n aspek wat uitgelig is, is die verlies van 'n liggaamsdeel, byvoorbeeld toe 'n mastektomie op van die deelnemers uitgevoer is en dit hulle laat voel het asof hulle 'n deel van hul menswaardigheid verloor het –

... jou menswaardigheid word ook maar bietjie aangetas. Met borskanker, mastektomie, jy verloor 'n gedeelte van jou vrouwees. (Deelnemer 8)

Naderhand my bril en jy het 'n pruik aan en jy lyk nie soos jy is nie. En mense herken jou glad nie. Dit was vir my ... dit was vreemd. (Deelnemer 3)

Fisieke probleme wat voorkom tydens kankerbehandeling is ook 'n tipe verlies vir die individu self, aangesien die persoon nie meer die basiese goed kan doen waarvoor hy of sy voorheen lief was nie. Een deelnemer het genoem:

... vir my is dit, my voete is geaffekteer, veral my sole van my voete. Dat ek nie hakke ... ek het altyd sulke hoë gedra waar ... dis uit, heeltemal uit. (Deelnemer 3)

Die verlies wat deelnemers ervaar met betrekking tot hul gesinne en die verhoudings wat hulle nooit kon beleef of geniet het nie, was ook opvallend in hierdie subtema.

Ja, my grootste bekommernis is, ek het 'n tweeling wat nou 21 is, maar twee seuns, en enetjie is outisties. En die eerste ding toe ek dit hoor, toe dog ek, toe was dit my grootste vrees ... wie gaan na hom omsien? Want hy drink medikasie elke oggend en elke aand vir epilepsie en 'n ma is nou maar net ... en daai ding van maar hulle gaan my mis. Wat gaan gebeur by die huis as ek nie ...? Want ek het vier kinders, en al vier, my seun was eerste jaar, my jongste een van die tweeling het standard 6 toe gegaan. So, ek het daai eerste ruk van hulle lewens heeltemal ... ek het vier jaar chemo gehad, aanmekaar. Waar hulle dit weer uitgehaal het en waar hy weer gegroei het. Drie keer uitgehaal en weer gegroei het.

So, ek het vier jaar van my gesin se lewe gemis en my grootste bekommernis was: Hoe is my outistiese seun? Maar dit was my grootste vrees, om nie deel te wees van my gesin nie.

Want ons is nogal 'n gehegte gesin. (Deelnemer 4)

Hierdie subtema het die deelnemers se vrese aan die lig gebring oor die dele van hul lewens en liggame wat weggeneem is as gevolg van die kankerdiagnose en die impak wat dit op hul lewens en psigologiese welstand gehad het, nie net tydens behandeling nie, maar ook in remissie. Kanker het die kapasiteit om alle aspekte van die individu se lewe aan te raak – fisiek, funksioneel, sielkundig, kognitief, sosiaal, ekonomies en geestelik. Die lewe wat die pasiënt eens geken het, voor sy of haar diagnose, is nie meer teenwoordig nie en die lewensuitkyk en verhaal moet aangepas word (Mehnert et al., 2017; Rutten et al., 2003; Weis et al., 2018).

Subtema 1.4: Die pad na aanvaarding

Subtema 1.4 handel oor die pad na aanvaarding wanneer 'n kankerdiagnose gemaak word. Aanvaarding word omskryf as die gunstige en gewillige ontvangs van 'n konsep, posisie, individu of groep en wanneer daar op 'n siektetoestand gefokus word as teenwoordig in 'n mens se gedagtes, gevoelens en liggaamlike veranderinge sonder om te oordeel of dit te probeer vermy (Hayes et al., 1994; Pam, 2013). Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Deelnemer se reaksie op die aanvanklike diagnose van kanker
- Deelnemer se besinning wat duidelik was oor hoe hulle op die krisis gereageer het met betrekking tot hul gesinne
- Die wyse waarop die diagnoses met die pasiënte verband hou.

Aspekte wat uitgesluit is:

- Gesinsreaksies
- Finansiële aspekte en mediese fonds

Die deelnemers is aanvanklik versoek om te besin oor hul eerste ervaring van om te hoor dat hulle gediagnoseer is met kanker. Daar is aanvaar dat dit van belang sou wees vir deelnemers se pad op hierdie reis na aanvaarding, aangesien aanvaarding slegs kan plaasvind wanneer 'n persoon duidelik ingelig is oor sy of haar toestand. Met die subtema van aanvaarding was dit duidelik dat die meeste van die deelnemers goed ingelig is oor hul diagnose.

Ja, dit was regtig, hulle het gebel, telefonies, om die boodskap oor te dra, en van daar af het my huisdokter my na die onkoloog toe gestuur, en hulle het regtig baie moeite gedoen en alles verduidelik. (Deelnemer 1)

Ja, vir my was [sic] ook alles mooi verduidelik. (Deelnemer 6)

Verder het die deelnemers almal saamgestem dat hulle genoegsame inligting ontvang het om 'n ingeligte besluit te neem. Uit die antwoorde is dit duidelik dat al hierdie pasiënte oor die algemeen van die begin af goed ingelig is. Sekere inligting het wel ontbreek, maar daarvoor was daar begrip.

Na die tyd het iemand vir my gevra: “Maar watse kanker het jy?” Ek kon nie verduidelik, want daar is mos verskillende tipe borskankers, en ek kon nie verduidelik het nie, want jy slaan toe. (Deelnemer 8)

Daar is ook wel genoem dat sommige van die mediese praktisyns stomp en taamlik taktloos was in hul benadering –

... maar sy het dit nie baie goed hanteer met my nie, want toe sy my ondersoek, toe vra sy, toe sy die mammogram gedoen het, toe vra sy: “Is daar borskankergeskiedenis in jou familie?” Toe sê ek: “Ja, al twee my oumas het dit gehad, maar dis nou jare terug en hulle ...” Toe sê sy: “Wel, jy het ook borskanker.” Net so, jy weet, prontuit. (Deelnemer 9)

Sommige deelnemers het die saak ook eers met hul gesin bespreek sodat dit aanvaar kon word deur die res van die gesin –

Ek het met my man en my kinders gaan sit en ons het 'n besluit geneem en ons wil dit net verby kry en agter die rug kry. Ons het nie gegaan vir 'n tweede opinie nie, nie tyd gemors nie, laat dit so gou as moontlik net verbykom. (Deelnemer 2)

Die deelnemers se geloof het hulle moed en hoop gegee tydens 'n onseker tydperk om tot die besef te kom dat dit wat hulle op daardie stadium beleef, net tydelik sou wees en hul pad na aanvaarding sou verkort.

En partykeer moet 'n mens deur die moeilike tye gaan om by die mooi goeters uit te kom. (Deelnemer 6)

En dan, iets waaraan ek vasgehou het, is, ja, dis net tydelik. Ons sal hierdeur ook kom. (Deelnemer 1)

... en dis ook soos sy gesê het, jy weet, dis iets tydelik. Dit moet net verbykom. That too shall pass. (Deelnemer 4)

Oor die algemeen het die deelnemers hul diagnose aanvaar –

Nee, ek het dit so aanvaar soos wat die onkoloog aan my verduidelik het. (Deelnemer 5)

Nee, ek dink die skok was die grootste. I just went along with everything anybody said. (Deelnemer 7)

Om hierdie subtema af te handel, kan daar gemeld word dat die deelnemers aanvanklik geskok was oor hul kankerdiagnose. Die ontvangs van ongunstige nuus, soos 'n kankerdiagnose, het vërreikende gevolge vir pasiënte; hul begrip van die term, besluite rakende behandeling, volhoubaarheid van behandeling, aanpassingsvermoë, persoonlike welstand en hul voortbestaan word beïnvloed (Cao et al., 2017). Die deelnemers het wel vinnig toekoms-georiënteerd geraak en wou so vinnig as moontlik voortgaan op die pad na genesing. Daar is ook in ander studies (bv. Duggleby et al., 2013) opgemerk dat die meeste pasiënte wat met 'n diagnose van kanker leef, wel 'n sinvolle en lonende lewe kan leef terwyl hulle optimisties oor hul toekoms bly.

Subtema 1.5: Vrees vir herhaling

Navorsing toon dat kankerpatiënte wat nie ondersteuning ontvang nie, meer geneig is om te vrees vir die terugkeer van kanker, wat hul lewe dan aansienlik kan beïnvloed (Simard, 2010). Sosiale ondersteuning is 'n belangrike aspek wat die vrees vir herhaling bestuur, en hierdie vrees is deur verskeie deelnemers genoem in subtema 1.5. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Vrees vir herhaling
- Gevoelens van onsekerheid
- Twyfel oor jouself en die situasie

Aspekte wat uitgesluit is:

- Mediese diagnose
- Gesinsmenings

Die ervaring om gediagnoseer te word met kanker (tema 1, wat die sentrale tema is) is uitgelig deur een van die mees diepgaande elemente van die vrees vir herhaling. Hierdie subtema weerspieël die voortdurende vrees en absolute angskom om in remissie te leef en die moontlikheid van herhaling.

Maar die ding wat by jou bly, as die enigste ou pyntjie of skeet wat jy kry, dan is mens bekommerd. En mens weet dis nou oor en verby, maar tog het jy daai ietsie in jou agterkop en mens raak maar tog beangs. (Deelnemer 4)

Soos genoem is hierdie vrese konstant en baie werklik, selfs na vele jare in remissie –

Ek is nou vyf jaar skoon en ek is in remissie en my hare het teruggegroei en ek is te pragtig. Maar nou, net daai saadjie wat hier agter is. Sê nou net daar, dis daai ene wat ek nou moet stil kry. Maar jy vra jouself, ek weet nie, jy loop elke dag en dan dink jy, wat as dit nou op

’n ander plek gebeur? Wat gaan ek dan [doen]? Begin jou journey nie dan net van voor af nie? (Deelnemer 2)

Wat ek gewens het, ek het geweet, hoe deel dit van mens se lewe bly na die tyd ... dis iets wat jy nou nog saam met jou dra wat vir my, ek meen, ek word nog steeds gedryf deur vrees. (Deelnemer 1)

Dus het die deelnemers, wat almal in remissie was, voortdurend hierdie onderliggende vrees of negatiwiteit ervaar terwyl hulle geweet het dat hulle miskien irrasioneel was.

Nou is dit vir my, so dan en wan kry ek ’n pyn iewers en dan dink ek, sê nou maar net dit is dit ... dit is daai, dis iets waarmee ek nou op die oomblik worstel. (Deelnemer 2)

Dis altyd daar. Dit sal nie weggaan nie, want dit voel jy’s ’n kandidaat. Jy is ’n kandidaat. Jy was nou mos al klaar op die kankerkursus; so, ons kan jou enige tyd kies, want jy’s mos nou opgelei. (Deelnemer 3)

So, hou op nou dink aan die ding jy gaan dood, so daai berading; mens moet tog deur daai vrese gaan om te beseef, want mens dink maar die ergste. Die ou duiwel kom sit maar op ’n mens se skouer en jy dink maar die ergste; so, kom ons praat daaroor en kom ons dink daaroor. (Deelnemer 8)

Die fokus word met tye slegs geplaas op kankerpatiënte wat besig is om behandeling te ontvang, terwyl daar maklik vergeet word van die feit dat persone in volle remissie steeds elke dag gekonfronteer word met die letsels van hul kankerdiagnose. ’n Studie deur Ramutumbu et al. (2020) het bevind dat deelnemers meer onseker en kwesbaar gevoel het wanneer hulle in remissie is as tydens die behandeling. Verder stel MacDonald (2015) voor dat pasiënte moontlik met ’n sogenaamde psigologiese “price of survivorship” te kampe kan hê. Daarom is hierdie subtema van kardinale belang om nie slegs te fokus op ondersteuning tydens kankerbehandeling nie, maar ook tydens remissie.

Tema 2: Ondervinding van kankerbehandeling

Deelnemers aan hierdie studie is gevra om hul ondervinding van die kankerbehandeling wat hulle ontvang het, te beskryf. Hul ondervinding was hoofsaaklik baie positief met betrekking tot hul kankerbehandeling, maar ontevredenheid rakende hul mediese fondse is uitgespreek. Hierdie tema het drie subtemas, wat almal die geleefde ondervinding van kankerbehandeling beskryf.

Subtema 2.1: Ervaring van mediese ondersteuning

Die eerste subtema fokus op die ervaring van mediese ondersteuning. Die mediese veld van kanker raak verskillende fasette van die persoon wat met die nodige ondersteuning gehanteer moet word. Mediese ondersteuning word gesien as die dienste wat verskaf word deur mediese personeel om die geestelike, emosionele of fisieke welstand van persone te herstel, verbeter en te bevorder. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Verhoudings en kommunikasie in die ondersteuning van die pasiënt
- Nuwe tegnologiese ondersteuning
- Ondersteuning deur mediese fonds

Aspekte wat uitgesluit is:

- Gesinsinsette en menings

Deelnemers se beskouings weerspieël 'n neiging van algemene tevredenheid en bewondering vir die mediese personeel –

... my onkologiespan was wonderlik. (Deelnemer 1)

'n Atmosfeer van gelykheid en regverdigheid word beskryf as 'n vertroostende en veilige hawe wat almal akkommodeer –

Hulle behandel almal dieselfde en almal met die grootste liefde. (Deelnemer 2)

Die algemene gevoel wat duidelik was, is dat die diagnoses van kanker almal gelyk gemaak en

verenig het. Tog het die individualiteit van die persoon gebly, soos elke pasiënt haar behandeling as spesiaal, uniek en belangrik beskryf –

Soos ek gesê het, ek was by wonderlike mense gewees. En wat vir my eintlik amazing was daar, is dat daar, ek weet nie, seker tussen vyf en tien dokters ... elke Dinsdag kom hulle om en hulle almal weet alles van jou. (Deelnemer 4)

Verder het dit geblyk dat daar uitstekende kommunikasie met ander mediese instellings was. Hierdie besef het bykomende inligting en alternatiewe opsies verskaf, wat nuwe tegnieke, prosedures en hoop verskaf het –

Daar is borskankerklinieke wat regtig net spesialiseer met [sic] borskanker. En die nuwe tegnologie, ek dink nie dit gebeur met almal, dalk nou, is dat hulle stuur die gedeelte weg Amerika toe en dan kry jy die telling basies om te bepaal watse risiko is jou kanker of hoe erg dit eintlik is. En met dit, saam met dit het dit gekeer dat ek nie nodig gehad het om chemo te gehad het nie, want myne was onder die vlak van verdere risiko's en so aan. (Deelnemer 8)

Hierdie kommunikasie was ook duidelik met ander instellings in Suid-Afrika, wat weer inligting en alternatiewe prosedure voorgestel het wat die pasiënt kon oorweeg. 'n Belangrike tema in die ondersteuning van die kankerpatiënt is die verskaffing van alternatiewe opsies.

Na die kliniek waar hulle met daai robotgaatjies maak en ingaan en daar is net in sekere stede tans die behandeling. (Deelnemer 8)

Nuwe prosedures is ook genoem, wat die lewens van hierdie deelnemer positief verryk het en hulle hoop gegee vir 'n moontlike normale lewe na die kankerbehandeling –

Dokter G was baie adamant omdat ek dertig was en ek bestraling sou gekry het op my vrouedele dat ek definitief post-menopausal sou gewees het op dertig. So, hy het eers dat dokter D navorsing doen wat hulle nog nie in Suid-Afrika gedoen het nie – is deur jou ovarium te skuif, dan kan ek nog steeds my hormoonfunksie behou al kan ek nie nog kinders

hê nie. Hulle kon dit nie eens boek as iets nie, want dit bestaan nog nie hier nie. So, dit was 'n eksperimentele operasie. (Deelnemer 6)

Daarom het die deelnemers die ondersteuning wat hulle ontvang het as positief beskou, aangesien mediese praktisyns die grense van hul beroep probeer verskuif om hierdie pasiënte optimaal te help en te ondersteun waar moontlik. Verder het baie van die deelnemers egter bevind dat hul mediese fondse hulle nie ten volle ondersteun het tydens hul kankerreis nie en het hulle dit as negatief beskou –

So, ek dink ons mediese fondse lack wat dit aanbetref om rerig hulle kankerpatiënte regtig te ondersteun en opvoeding te gee daarin. (Deelnemer 8)

Want die mediese fonds is maar baie swak, wanneer dit kom by sulke gevalle. (Deelnemer 9)

... mediese fonds gehad, maar daar is baie kostes wat hulle nie gedek het nie. (Deelnemer 1)

Die mediese praktisyn en hul personeel het egter ingetree en die deelnemers in kennis gestel dat volle registrasie vir voordele gedoen moet word. Dit beklemtoon weer die positiewiteit met betrekking tot hul mediese praktisyns wat duidelik by die deelnemers waarneembaar was, aangesien hierdie inligting en ondersteuning ontbrekend was van die mediese fondse se kant af.

By my onkoloog het hulle die kantoor ook ... dan sê hulle vir my: “Onthou dat jy registreer vir die volgende jaar vir jou onkologievoordele en alles.” So, as hulle my nie gesê het nie, dan het ek dit nie gedoen nie en dan sou daai kostes op my afgekom het; so, ek het dit baie waardeer. (Deelnemer 5)

Verskeie kere het deelnemers die belangrikheid van mediese ondersoeke en opvolgessies genoem, selfs al stem hulle saam dat die mediese fondse nie altyd bereid is om te help nie en dit finansiële uitgawes kan verhoog. Al hierdie negatiewe aspekte rakende mediese fondse is in sterk kontras teenoor die positiewe aspekte van die mediese praktisyns. Hierdie aspek kan dus as 'n negatiewe

invloed op die ervaring van ondersteuning beskou word, aangesien dit die pasiënt dikwels beperk en onnodige kommer laat ontstaan.

Ek dink persoonlik die mense is oningelig wanner dit kom by check-ups. Mense is te bang om te gaan. Mense kan dit nie bekostig nie. Die mediese fondse is vol nonsense; so, jy wil nie jou mediese fonds uitput nie, veral ouers wat kinders het, want jy voel jou fondse is beskikbaar vir jou kinders wanneer hulle siek raak, wanneer hulle moet hospitaal toe gaan. Dit beteken dat jy gaan nie dit doen nie, want jy gaan liewers dat jou kind gaan. Jy kry inenting nou wat 'n R1 600.00 kos, as wat jy nou vir 'n papsmeer sal gaan wat R500.00 kos.

(Deelnemer 6)

Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die mediese praktisyn, die nuutste tegnologie, kommunikasie en die noue verhouding tussen verskeie rolspelers almal bydra tot 'n positiewe ervaring van mediese ondersteuning. Die aspek van mediese fondse is egter geneig om as negatief beskou te word omdat hulle nie pasiënte van volledige inligting voorsien nie en dikwels pasiënte nie optimaal ondersteun tydens hul kankerbehandeling nie.

Subtema 2.2: Vertroue in die onkoloog

Subtema 2.2 fokus op die vertroue in die onkoloog tydens 'n kankerdiagnose. Vertroue is die emosionele toestand rakende 'n mens se gedrag teenoor 'n ander persoon, waar 'n dieper vlak van verbinding verlang kan word (Scioli et al., 2011). Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Individu se antwoorde teenoor haar mediese praktisyn
- Individu se gevoelens van veiligheid en sekuriteit in die behandeling wat deur die mediese praktisyn voorgeskryf word
- Die behandeling wat in Suid-Afrika aangebied word

Aspekte wat uitgesluit is:

- Gesinsmenings en insette
- Staats- of private mediese instellings is nie oorweeg nie

Soos in die vorige subafdeling van subtema 1.4 gesien kan word, is die deelnemers aan hierdie studie oor die algemeen voldoende ingelig rakende hul kankerdiagnose. Dit het hulle in staat gestel om ingeligte besluite oor hul pad vorentoe te neem. 'n Deel van hierdie positiewe pad vorentoe was duidelik in die aspek dat hulle almal veilig gevoel het met hul mediese praktisyn. Hierdie geloof het hul aanvaarding versterk en hul nakoming van behandeling gefasiliteer.

Nee, toe ek ook uitgevind het, ek was dadelik verwys vanaf dokter D na dokter G toe, en toe hy alles daar neersit, toe is ek net soos “ons moet dit doen”, want ek het 'n driejarige by die huis. (Deelnemer 6)

Ek het my onkoloog vertrou, soos in totally. (Deelnemer 3)

Ja, ek het ... mense het my aanbeveel na dokter G toe – die onkoloog – en 'n niggie van my wie se man 'n spesialis hierin is, het alles vir my probeer oorreed [sic]. Want sy wou gehad het ek moes na 'n ander onkoloog toe gegaan hê. Sy het gesê: “Jy sê vir die dokter, dokter G is baie jonk.” En sy wil hê ek moet na hierdie vroueonkoloog toe gaan. Toe sê sy ek moet net sê sy is so klein soos ek; toe sê ek vir haar: “Luister, ek het nou besluit dis dokter G en klaar. Dit wat ek van hom gehoor het, dink ek gaan nou maar hou by hom, want ek dink sy diagnose gaan goed wees, volgens wat ek agterkom.” En ek het gehou by hom en ek is nie vir een oomblik spyt nie. (Deelnemer 9)

Ek het 'n baie goeie chirurg gehad, 'n baie goeie onkoloog gehad. (Deelnemer 2)

Die deelnemers kon ook hul vrae en onsekerhede aan hul onkoloog rig, wat die pasiënte se vrae duidelik beantwoord het met die nodige inligting, soos beskryf deur deelnemer 3:

Daar is ook terminologie wat mens nie altyd verstaan nie, maar dit is in die opvolg waar mense hulle fisies gaan sien en 'n afspraak waar my onkoloog alles verduidelik het. Ja, hy

sou byvoorbeeld, hy het baie inligting op sy rekenaar. Hy het sy skerm gedraai en gesê: “Okei, hier is nou hoe dit lyk. Dis wat dit ... hierdie is wat ons gaan uithaal, of whatever dit is”. So hy’t sommer daar, wil ek amper sê, onsite bietjie training gegee. Maar hy was die enigste een met basies inligting, en as jy hom vra, dan wys hy vir jou. Hy het die inligting. As jy hom nie vra nie, gaan jy niks kry nie, want hy weet nie wat kort jy nie.

(Deelnemer 3);

Jy weet watter prosedure hulle gaan volg, wat is die volgende stap en ek was geensins bekommerd nie. Hy het eers gewag dat ek hierdie stap klaar doen en dan sal hy sê: “Okei, gee jou ’n breek van ’n maand of ses weke; dan gaan ons met die volgende stap aan.”

(Deelnemer 9)

Hierdie geloof in haar mediese praktisyn is verder uitgelig, aangesien die deelnemer soveel lof vir haar onkoloog het dat sy selfs ander persone na die onkoloog verwys het –

Ek sal enigeen aanbeveel. Ek het al soveel mense aanbeveel om na hom toe te gaan, want hy is regtig, hy is wonderlik vir my. Hy het altyd so vêr gegaan, hy het uit sy pad gegaan, ’n ekstra myl geloop as ek die dag na hom toe gegaan het vir iets en hy kon nie my bloedtoetse dadelik gee nie, dan sê hy: “Ek bel jou vanaand.” En jy kon nooit twyfel in hom nie; hy het altyd teruggekom na my toe, al is dit in die aand, agt-, negeuur, maar hy het altyd teruggekom met ’n antwoord. (Deelnemer 9)

Geloof in die mediese praktisyns blyk baie van die aanvanklike skok en traumareaksies te verlig wat nuut gediagnoseerde kankerpatiënte beleef. Hierdie vertroue word gesien as ’n positiewe aspek in die ervarings proses van kankerpatiënte, wat hul aanvaarding en nakoming van behandeling fasiliteer en ook hoopvolle gedagtes by hulle laat ontstaan. Die vertroue wat pasiënte in hul dokter stel, word beskou as ’n noodsaaklikheid vir doeltreffende mediese sorg van goeie gehalte en hierdie vertrou lei ook daartoe dat pasiënte beter hou by hul behandelingsplan (Mechanic & Meyer, 2000; Trachtenberg et al., 2005).

Subtema 2.3: Nuwe-effekte van kankerbehandeling

Subtema 2.3 fokus op die nuwe-effekte van kankerbehandeling. Die effek van kankerbehandeling toon 'n toenemende aantal langtermyn gesondheidsprobleme vir kankeroorlewendes (Gebauer et al., 2019). Die subtema beskryf deelnemers se belewenis van hul nuwe-effekte en die nagevolge van kankerbehandeling. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Fisieke invloed van die behandeling op die pasiënt
- Gebrek aan kennis van die fisieke aspekte

Aspekte wat uitgesluit is:

- Gesinsmenings
- Staats- of private mediese instellings is nie oorweeg nie

Die fisieke aspekte wat tydens 'n kankerdiagnose aangeraak en beïnvloed word, is soos volg deur die deelnemers beskryf:

Daar is nuwe-effekte tydens jou behandeling en dit, maar as dit alles klaar is, is daar nog steeds nuwe-effekte wat jy nou nog mee sit ... tydens die chemo het dit byvoorbeeld my, ek het kontakklense gedra; so, dit affekteer jou slymvliese. (Deelnemer 3)

Okei, ek het natuurlik gedink, jô, nou is ek sonder 'n bors; nou is ek lopsided en so aan. (Deelnemer 1)

My voete is ook aangetas; ek het nie lekker balans nie, so ek kan glad nie hakke dra nie. (Deelnemer 4)

Fisiese tekens. Kort hare, siek. (Deelnemer 3)

Deelnemer 8 het die effek beskryf as 'n persoon wat nie die basiese daaglikse takies alleen kan doen nie as gevolg van die nuwe-effekte van kankerbehandeling:

Met my mastektomie ... as jy nie jou arms kan gebruik as jy moet badkamer toe gaan nie, moet iemand anders jou help met daai funksie. So, dit was ook maar redelik crap. So, dit is groot uitdagings en daarvoor het mens regtig ondersteuning nodig. (Deelnemer 8)

Deelnemer 2 het met hierdie aspek saamgestem en die verlies van haar geheue en die probleme wat sy met herroeping teëkom, bygevoeg –

En dan is daar ook soos memory loss wat ek het. Ek kan goed glad nie onthou nie.

(Deelnemer 3)

... daai gevoel wil ek nogal met haar saamstem. Party dae dan voel dit vir my ek het meer earlier dementia. Jis, dit voel regtig vir my so, want my kinders wil altyd met my 30 Seconds speel, want ek verloor altyd. Ek kan nie; ek moet hierdie naam, ek sien hierdie naam en ek moet vir my man beskryf van Tom Selleck, ek weet nie. Ek weet nie eers in watter flik hy gespeel het nie. En dit voel vir my, laat ek net so bietjie dink. Gee my net so bietjie kans dat ek net ... En ek het gedink dis net ek. (Deelnemer 2)

Daar was selfs twee deelnemers wat genoem het van 'n verlies aan hul sintuie met betrekking tot hul smaak en reuk en die nagevolge wat dit inhou –

Die chemo het my smaak aangetas. So, byvoorbeeld, 'n favourite van my is Peppermint Crisp-tert. Maar dit kon ek glad nie eet nie, want as jy hom eet, is hy soos metaal.

(Deelnemer 3)

Ek wens net ek het een ding geweet voor ek my eerste chemo gehad het. Ek dog toe terwyl ek nog wag, gaan ek nou vir my 'n lekker koppie koffie ... hoor hier, was ek siek en naar! O, weet julle, ek kon vir 'n jaar nie koffie drink daarna nie! Want net daai reuk en met die chemo se reuke! O, nee, so ek sê altyd, as ek weet van iemand wat gaan vir chemo, moet net nie koffie drink voor die tyd nie. (Deelnemer 9).

Die fisieke pyn wat met tye ondraaglik was en gewoonlik algemeen beskryf word onder kankerpatiënte is ook hier genoem:

Die lyfpyn het my nie verlaat nie, jy weet, so, maar dis nou maar elkeen se eie ervaring met hulle eie nagevolge. (Deelnemer 3).

Kanker is mos maar soos 'n woord wat jou skok. Maar dit was vir my maar nogals swaar oor ek baie pyn gehad het. (Deelnemer 4)

Die deelnemers noem wel dat al die nagevolge nooit behoorlik aan hul verduidelik is nie –

En ook, nooit het hulle gevra: “Okei, watse newe-effekte het die chemo op jou? Hoe voel jy?” Dat hulle kan sê: “Okei, dis nou hoe dit is. Gaan nou na 'n food specialist toe of gaan vir jou massage of wat ook al dit is om jou bloedsomloop ... whatever dit is.” Dat hulle hoor wat is jou newe-effekte, want almal s'n is verskillend; hier en daar oorvleuel dit. En dat hulle vir jou uit dit uit raad kan gee oor wat jy kan doen. (Deelnemer 3)

Die fisieke nagevolge van kankerbehandeling raak pasiënte op verskillende maniere. Hierdie nagevolge beïnvloed die persoon op verskillende wyses en kan selfs die lewenskwaliteit van kankerpatiënte beïnvloed. Die vordering van die siekte, die erns van die simptome en die newe-effekte verlaag die lewensgehalte van kankerpatiënte aansienlik (Polanski et al., 2016).

Tema 3: Belewenis van ondersteuning aan kankerpatiënte

Die deelnemers is tydens die fokusgroepbesprekings gevra om hul belewenis van ondersteuning aan kankerpatiënte te beskryf en met my te deel. Die deelnemers se wense, ideale en drome is ook gedeel deur die ondersteuning wat verlang word, voor te stel. Hierdie tema het drie subtemas, wat almal fokus op die deelnemers se belewenis van ondersteuning tydens hul kankerreis.

Subtema 3.1: Ontbrekende ondersteuning

Die term “ontbrekende” beklemtoon die afwesigheid van iets wenslik, belangrik of nodig. 'n Gebrek aan ondersteuning, in hierdie opsig, beteken om sonder ondersteuning te wees of om minder ondersteuning te ontvang as die wenslike hoeveelheid (*American Heritage Dictionary*,

2020). Subtema 3.1 fokus op die ontbrekende ondersteuning wat die deelnemers beleef het tydens hul kankerdiagnose. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Sielkundige ondersteuning aan pasiënte en gesinslede
- Ondersteuning deur Allied Health
- Gesinsondersteuning

Aspekte wat uitgesluit is:

- Ondersteuning deur mediese praktisyns
- Ondersteuning deur nuwingsgewende organisasies

Aanvanklik het baie van die antwoorde weerspieël dat die deelnemers 'n roete van selffunksionaliteit probeer volg het en selfs sover gegaan het om te probeer om na hul gesinne om te sien. Die deelnemers het gedeel dat hulle aan die begin van hul kankerreis probeer sterk wees het en met tye dalk voorgegee het.

Ek is 'n perfeksionis; ek wil nie vinnig toegee dat iets fout is en dat ek dalk swak is en so aan nie. (Deelnemer 8)

Ja, ek het probeer sterk wees ... ek is maar braaf en het maar gedink ek sal dit maak. (Deelnemer 9)

Maar deur sterk te wees en voor te gee, het dit gebeur dat daar ook aspekte van ontbrekende ondersteuning was –

En natuurlik die sielkundige komponent wat glad nie aangespreek is gedurende behandeling nie. En die moeilikste deel was regtig die sielkundige deel. Ek was regtig nie voorberei daarvoor gewees nie. Ek is normaalweg nie 'n emosionele mens nie; so, dit het my regtig kwaai gevang. (Deelnemer 1)

Ek het altyd gesê kanker tas jou kop aan en nie jou lyf nie. (Deelnemer 4)

Daar is so baie aspekte van kanker wat mens nie aan dink nie. Die groot ene vir my is natuurlik die vrees waaraan jy vashou. So, iemand wat bietjie die emosioneel vir jou kan ontlont ... en jou half net weer normaliseer dat jy wegkom van jou verkeerde denke, van jou, nie jou negatiewe denke. (Deelnemer 10)

Die afwesigheid van sielkundige ondersteuning word beklemtoon aangesien die deelnemers nie altyd hul geliefdes wou ophou of belas met hul kankerreis nie en dit dan liewers self probeer hanteer het.

Ek dink baie keer, ek kon nie met my man gesels nie, want ek het gevoel ek wil nie hom belas met dit nie, ek wil dit vir hom ook bietjie ligter maak. (Deelnemer 1)

Hierdie gebrek aan sielkundige ondersteuning bring ons by een van die belangrikste aspekte van die tema, naamlik die gesinslede van die persoon wat met kanker gediagnoseer is. Daar is verskeie kere genoem dat hierdie belangrike rolspelers vergete was. Die ondersteuning aan die res van die gesin wat nie self die kankerbehandeling ontvang nie, maar wel deur die kankerproses aangeraak is, is ewe belangrik. Hulle word aangeraak omdat hulle, as man of vrou of kind, intiem betrokke is by die pasiënt en dit soms moeiliker verwerk, soos beskryf word deur die volgende deelnemers:

Hulle vergeet om vir jou man te vra hoe gaan dit met hom. Hulle vra nie eers die kinders hoe gaan dit met hulle nie. (Deelnemer 3)

Ek dink mens sal moet kyk na ondersteuning vir die families amper meer as die kankerpatiënt. Eerstens, hulle weet glad nie hoe om jou te hanteer nie. Hulle weet nie wat om vir jou sê nie. Die kindertjies kry swaar; hulle weet nie wat lê voor, wat is die pad [nie]. (Deelnemer 8)

Nog 'n noemenswaardige aspek wat onder ondersteuning gesien kan word, is hulp oor hoe 'n kankerpatiënt benader kan word. Baie mense is bereid om 'n kankerpatiënt te ondersteun, maar hulle vind dit moeilik om die individu te benader en beduidende kontak te maak, aangesien hulle nie weet hoe om die persoon te benader nie. Een deelnemer het die volgende opgemerk:

Ek was verskriklik onseker hoe om kankerpatiënte te hanteer of mense met kanker; ek het glad nie na hulle toe gegaan nie. Ek kon nie met hulle praat nie en as ek toe geweet het wat ek nou weet: hulle wil net normaal verkeer. Moet hulle nie afskryf nie; hulle is nog nie dood nie; jy het hulle nog nie begrawe nie. (Deelnemer 7)

Verder het die gebrek aan inligting rakende die situasie, die siekte en die pad vorentoe baie uitdagings vir die deelnemers ingehou, aangesien begrip en vrae rakende hul situasie dikwels onbeantwoord gelaat is. Die mediese praktisyns was baie ondersteunend in die begrip van hierdie inligting waar hulle moontlik kon help om die pasiënte se vrae te beantwoord. Al is daar vroeër genoem dat die deelnemers sodanige inligting ontvang het, was daar wel nog 'n tekortkoming met betrekking tot algemene kennis van kanker en 'n soeke na meer kennis en inligting tydens behandeling, aangesien die deelnemers nie heeltyd die onkoloog wou pla nie. Die aspek is soos volg deur die deelnemers bespreek:

Maar nee, die, jy weet, ek wil amper sê chemo ... mens, mens besef ook nie baie mense weet nie wat's chemo nie. En jy dink almal weet. Ek het ook nie geweet wat is chemo nie. Jy weet, dan sê hulle vir jou: "Wat is chemo?" Dan sê jy: "O, dis 'n drup." O? Is dit chemo? Jy weet, niemand weet wat dit is nie. En jy wil ook nie raai dis iets wat jy drink, iets wat jy binnears ... whatever. Chemo, dis 'n vreemde konsep vir mense wat nie daarmee te doen het nie, jy weet. So, ja. (Deelnemer 3)

Ek sou net wou bietjie meer geweet het van kanker. Want dis so 'n groot skok vir jou, die eerste keer, en ek was nogals, snaaks genoeg, ek wou ook gaan oplees oor maar wat mag ek nou en wat mag ek nie. Mag ek nou suiker eet? Mag ek nou dit? Wat voed kanker? En al daai goeters. En ek het 'n paar keer gevra en dan sê hulle vir my eet wat vir jou lekker is. En dan dink ek, maar ek kan nie dit eet as dit nie goed is vir my nie. Jy weet? So, daai, ek sal net wil hê hulle moet vir jou, want my bloedtellings was ook teen die planke, so. En

agterna kom jy agter: eet maar net so bietjie meer groen groentes. Maar dit was ... ek sal daarvan hou as hulle vir jou bietjie meer kan sê. (Deelnemer 4)

Behalwe die gebrek aan omvattende sielkundige ondersteuning, voldoende ondersteuning en betroubare inligting, is tekortkomings in die veld van algemene gesondheidsdienste, in hierdie geval dieetkunde, ook genoem.

Kankerpasiënte is geneig om vinnig ondergewig te raak en dit is ook 'n gevaar. Maar as mens dalk meer inligting het rondom wat gesond is om te eet en wat die regte rigting is, gaan jy ook bietjie meer in beheer voel en jy gaan jou liggaam opbou. So, dit sal fantasties gewees het. (Deelnemer 1)

Daar was glad nie dieetriglyne of advies of so nie. (Deelnemer 3)

Laastens is die kwessie van finansies in hierdie afdeling by verskeie geleenthede genoem. Mediese behandeling is dikwels baie duur en dit is vanselfsprekend dat mense baie maande in die hospitaal deurbring met duur kankerbehandeling. Dus is dit te verstane dat finansies 'n groot probleem sou wees vir die deelnemers.

Mense is van daai redenasie: ek sal nooit siek raak nie. Nee, dit gebeur nooit nie. Weet jy, net, wat as dit gebeur? Dit is baie geld; ek stem 100% saam daarmee. En as daar nie finansies is nie, dan is daar nie finansies nie. (Deelnemer 2)

Ek dink persoonlik die mense is oningelig wanneer dit kom by check-ups. Mense is te bang om te gaan; mense kan dit nie bekostig nie. (Deelnemer 6)

Om die finansiële kwessie nog verder te neem, is daar verwarring oor wat presies deur die mediese fondse betaal word of nie, wat bydra tot bykomende bekommernisse. Dit het ook 'n effek op die persoon se emosionele welstand, soos laat blyk in die volgende vertelling:

... want baie mense word geaffekteer met finansiële dinge as dit gebeur. Polisse – ek sal sê ons het nie daarin geglo nie en ek dink dit is ook vir 'n mens regtig nogals belangrik om, as so iets gebeur, laat jy jou dingetjies in plek kry. (Deelnemer 1)

Jou medies, en dis nou waar jou finansies nou inkom, hulle cover 80%, maar jy moet 20% neersit vir daai vial. So, voordat daai vial gedispatch word, moet die R5 000.00 in hulle bankrekening lê. Nou party maande moes, omdat hy elke drie weke is, het jy hom week een en week vier, en hier moet jy R10 000.00 en hier moet jy weer R10 000.00 binne drie weke. Toe vra ons vir hulle: “Nou sê nou jy het nie daai geld nie?” Dis nou waar iemand vir jou sê, nou dis ook die psychological ding van dan kan jy dit nie kry nie. (Deelnemer 3)

Een deelnemer het genoem dat sy nie die behandeling kon volg soos dit voorgeskryf is nie, aangesien dit finansiële implikasies ingehou het:

Ek het nie 'n polis gehad nie, maar ek het darem 'n goeie mediese fonds gehad, maar daar is baie kostes wat hulle nie gedek het nie. So, in plaas van die vyf eenhede, het ek net die drie gedoen wat die medies gedek het en ons het gehoop vir die beste elke keer. (Deelnemer 1)

Met hierdie subtema is daar oor die algemeen bevind dat die sielkundige aspek van die invloed wat kankerbehandeling op kankerpatiënte en hul gesinne het, verwaarloos is. Dit is verder beïnvloed deur die bekommernisse wat ontstaan het vanweë die finansiële besluite wat die deelnemers moes neem. In die literatuur is ook bevind dat ontbrekende ondersteuning verband hou met hoër vlakke van angst en 'n laer lewensgehalte by kankerpatiënte (Mystakidou et al., 2005).

Subtema 3.2: Positiewe ondersteuning

Positiewe ondersteuning is 'n subtema wat deurlopend deur baie van die deelnemers bespreek is toe daar verwys is na hul belewenis van ondersteuning aan kankerpatiënte. Positiewe ondersteuning in subtema 3.2 kan beskryf word as die verskaffing van hulp of troos aan ander mense om hulle te help om 'n verskeidenheid probleme te hanteer, wat 'n positiewe uitwerking in tye van stres het (Pam, 2013). Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Individue se optrede om hul eie sielkundige welstand te bevorder

- Gesinsondersteuning
- Geestelike en geloofsoortuigings

Aspekte wat uitgesluit is:

- Ondersteuning deur mediese dokters
- Ondersteuning deur nuwingsgewende organisasies

Hierdie subtema weerspieël baie inisiatiewe wat die deelnemers self geneem het om hulself gemotiveerd en gedrewe te hou. Sommige van hierdie positiewe aksies wat hulle gehelp het, soos deur een deelnemer gedeel, is om jou gedagtes neer te pen en om oor jou reis te besin.

Maar ek het 'n dagboek bygehou, wat die ware ding was. Ek het twee goed bygehou, wil ek amper sê. Maar die dag het ek mos uitgebloek hoe dit eintlik is, maar ek het dit gaan capture. En toe alles verby is, toe gaan lees ek dit. Toe besef ek eintlik wat ek deur is. Nie, hoe ek, want ek het myself positief gepraat. So, ek het net my dagboek bygehou. En hier het hulle vir my goed gegee, jy weet, 'n geskenk of 'n ding. Dan het ek hom gaan uitsny en ek het hom gaan plak. (Deelnemer 3)

Hierdie joernaal het gehelp om vir die deelnemer struktuur en hoop te skep. Dit het haar ook gehelp om haar roetine te handhaaf en haar emosies te evalueer. Dit is 'n bewys van 'n persoonlike positiewe ondersteuningstruktuur. Nog 'n belangrike aspek wat genoem is, wat die individue self gedoen het, was om so gou as moontlik 'n doeltreffende roetine te herwin. Hierdie pogings het die situasie genormaliseer. Die deelnemers het beskryf dat deur so vinnig as moontlik weer in 'n roetine te kom, hulle weer na normaal kon terugkeer –

Ek het van die begin af gesê ek gaan nie net sit en dinge gaan regkom nie. So, ek gaan aan en probeer om soveel as moontlik maar normaal voort te gaan met my lewe. (Deelnemer 9)

So, ja, ek dink dis baie belangrik om so vinnig as moontlike terug te keer na normaal toe om jou eie sanity te behou. (Deelnemer 7)

Maar ek moet sê, ek het nog steeds probeer werk en nog steeds my normale aktiwiteite deur die dag gehad, elke dag om deur die dag te kom, half vir myself. Net om myself ... en ek het aangetrek en ek het ge-make-up en ek het my hare gedoen. Ek het my normale roetine probeer behou sodat ek baie van my sanity kon behou op die einde van die dag, en dit het my baie gehelp. (Deelnemer 6)

Die tweede tipe ondersteuning, en moontlik die belangrikste aspek van positiewe ondersteuning in hierdie pasiënt se lewens, was die ondersteuning deur hul gesin en familie. Alle familieledes is as 'n reddingsboei van ondersteuning beskou. Mans, kinders en ander familieledes het hulp verleen, byvoorbeeld as daar rondgery moes word, en was op verskillende ondersteunende maniere daar vir die pasiënt. Die gesin het by die pasiënt gestaan, fisiek en geestelik, met gebede, aksies en liefdevolle gebare.

En ek was gelukkig in daai omstandighede – my man was baie ondersteunend. My ma en my sussie het beurte gemaak om by my te kom bly vir daai eerste ruk om my deur daai ergste te help en dit wat vir my moeilik was, wat ek nie self kon gedoen het en goed nie. (Deelnemer 8)

As jou ondersteuningsnetwerke sterk is; jou vriendegroep help jou baie met dit. As jy mense het, soos ek sê, my man is baie positief en [het] baie gehelp. (Deelnemer 2)

My man was 'n wonderlike ondersteuningsmeganisme vir my en hy het my gedra deur alles. So, ek kan glad nie kla nie. My ma ook. En my ma het die hele dorp op die WhatsApp-groepie aanlyn gehad, wat gebed het vir my. En my familie was, ja, baie en [het] met my gepraat daaroor en ek dink dit het my gehelp deur dit. En as hulle gevra hoe dit gegaan het en ek verduidelik, het ek half klaar ontlaai oor dit om aan te gaan vir die volgende dag. So, ek dink dit het in 'n mate baie gehelp ... en hoe mens se familie belangrik is om jou baie kere daardeur te dra. (Deelnemer 6)

Ek sou ook sê my familie het baie beteken as 'n support system. (Deelnemer 7)

Hulle was baie goed; my man en my familie het my ook verskriklik baie ... my man was baie ondersteunend, asook die familie. (Deelnemer 9)

Afgesien van gesinne, vriende en ander naasbestaendes was daar ook vrywilligers wat die pasiënte besoek het en kennis en inligting gedeel het. Almal het egter nie altyd toegang tot hierdie ondersteuning gehad nie.

As vrywilligers, as ons 'n pasiënt gaan besoek, dan gee ons 'n hele koevertjie met inligting. Sy moet gaan vir behandeling en hulle gee vir haar geen inligting nie, niks nie, toe het ek vir haar so 'n pakkie gepos. Inligting oor chemo, bestraling, oefening, limfdreinerings ... wat is daar nog? Naarheid en na prostese en bra's en pruie. (Deelnemer 5)

Om die kankerdiagnose te verwerk en daarmee saam te leef op 'n daaglikse basis, het een deelnemer ook na humor gedraai.

Weet jy wat, wat ... ook baie gehelp het en tot vandag toe nog, is humor. Om net te lag, partykeer oor die goed, nè, en ja, die lewe deel nou sy klappe en goed uit, maar partykeer, gaan sit net terug en gaan kyk net na die goed wat gebeur het en flippen lag net partykeer oor die goed. En ek het besef maar ek het net my een prostese in en nie die ander ene nie en dit nadat ek 'n vergadering met 'n kliënt gehad het. So, lag net; die lewe is net te kort. (Deelnemer 8)

Nog 'n aspek wat opgemerk is, is die gebruik van sielkundige bystand. Een deelnemer het besluit om die dienste van 'n sielkundige te gebruik. Hierdie besluit, met die hulp van die deelnemer se vriendin, het groot ondersteuning tot gevolg gehad –

En my vriendin het toe ook gereël 'n sielkundige. En ek het dié gaan sien en weet jy wat, as jy vir my vandag vra wat het ons gesels, sal ek nie kan sê nie, maar dit was my oomblik van as hy vir my gekyk het, het ek begin huil. Dit was net, op daai plek het ek veilig gevoel om nie die sterk vrou te wees wat almal altyd wil dra en almal se probleme wil uitsorteer nie. Daar was ek net vulnerable en ek het gehuil. (Deelnemer 8)

Oor die algemeen kan 'n mens nie die positiewe uitwerking daarvan om net jou ervaring en kankerreis met iemand te deel, onderskat nie. Die waarde van hierdie gesprekke word weerspieël in die volgende deelnemers se besinning:

Ek is nie 'n persoon wat daarvan hou om dinge te deel met ander mense nie, maar ek het besef, met my kankerstorie, dat hoe meer jy dit met mense deel, praat daaroor, hoe beter is dit vir jou om die stories te hanteer. (Deelnemer 9)

En my familie [het] baie met my gepraat daaroor en ek dink dit het my gehelp deur dit. En as hulle gevra hoe dit gegaan het en ek verduidelik, het ek half klaar ontlaai oor dit om aan te gaan vir die volgende dag. So, ek dink dit het in 'n mate baie gehelp. Ek het ... en die tye wat ek sleg gevoel het, het ek my ma gebel en ek het my oë uitgehuil en vir haar gesê ek weet nie hoe gaan ek dit deur die dag maak nie. Dan sê sy: “Jy gáán dit deur die dag maak.” En dan het ek dit gemaak. (Deelnemer 6)

Die laaste aspek van positiewe ondersteuning aan kankerpatiënte is die deelnemers se weerspieëling van hul geloofsoortuigings gedurende hierdie onsekere tydperk:

En wat my deurgedra het, ek het altyd gesê ek is tot alles in staat deur Christus wat my krag gee. (Deelnemer 5)

Ek dink ek het toe ek my diagnose uitgevind het, het ek besluit ek gaan die Here se kroon op my arm sit, want ek het geweet Hy gaan my ook hierdeur dra. (Deelnemer 6)

Ek is van, ek sal hierdeur kom met die krag van die Here en dan so 'n ding in my kantoor wat sê elke dag is crap, maar daar is elke dag iets om voor dankbaar te wees. (Deelnemer 8)

Iets wat ek aan vasgeklou het is, daar's mense wat baie erger as ek deurgaans en baie moeiliker omstandighede. So, myne is 'n vulletjie. En die Here sal nie vir my iets gee wat hy weet ek nie kan hanteer nie. (Deelnemer 2)

Nie net die individu se geloof is uitgelig nie, maar ook die rol wat die kerk as ondersteuning gespeel het –

Ons groep vriende en ons kerk. Hulle het elke Maandag ... vir vier jaar lank was ek in die hospitaal en hulle het elke Maandagaand by my kom sit en Bybelstudie gehad. En ek het altyd gesê as hulle inkom, dan sê hulle vir my: “Jy lyk verskriklik mooi vandag.” Maar tog, in jou agterkop bly daai positiewe gedagtes. (Deelnemer 4)

Ondersteuning wat verkry is op verskeie wyses, soos genoem deur die deelnemers, het alles bygedra tot die positiewe ervaring wat die deelnemers beleef het ten opsigte van ondersteuning tydens hul kankerreis. Navorsingsbevindinge dui aan dat daar 'n positiewe verhouding ontstaan tussen ondersteuning en kankerpatiënte se welstand en emosionele aanpassing teenoor kanker (Usta, 2012). Ondersteuning vorm 'n belangrike deel van enige pasiënt se herstelproses en daar kan dus nog soveel meer gedoen word, soos in die volgende subtema beskryf word.

Subtema 3.3: Verlangde ondersteuning

Subtema 3.3 handel oor die ondersteuning wat deelnemers graag sou wou sien tydens hul kankerbehandeling. Ondersteuning is veral belangrik by persone wat nuut gediagnoseer word om genoegsame inligting en opvoedkundige intervensies oor hul diagnose en behandeling te verkry (Bober et al., 2009). Die deelnemers het hul eerlike opinies gegee en voorstelle gemaak oor aspekte wat ondersteuning aan kankerpatiënte moontlik kan verbeter. Sekere aspekte is vir hierdie subtema oorweeg.

Aspekte wat oorweeg en ingesluit is:

- Wense, drome en hoop
- Die kankerpatiënt
- Die gesin

Aspekte wat uitgesluit is:

- Mediese praktisyns

- Mediese ondersteuning

Wense, drome en hoop weerspieël positiewe aspekte wat lei tot toekomsgedrewe gedagtes. Die deelnemers het verskeie verlangde fasette van ondersteuning wat hulle graag sou wou ontvang, gedeel en genoem waar daar dalk moontlik meer aandag aan ondersteuning gegee kan word. Eerstens is melding gemaak van die aspek van ondersteuning vir die res van die gesin of familie –

... soos ons vroeër gesê het, ek, regtig baie belangrik is die ondersteuning vir mens se familie. As ek nie hoef te worry oor my kinders se welstand of my man se welstand nie, dan sal dit daai druk nog van jou as pasiënt ook bietjie afvat om net na jouself te kyk en gesond te word dat jy nie hoef te worry oor is hulle ook nog orraait nie. Ek dink dit sal ook baie help. Ek dink mens sal moet kyk na ondersteuning vir die families amper meer as die kankerpatiënt. Eerstens, hulle weet glad nie hoe om jou te hanteer nie. Hulle weet nie wat om vir jou sê nie. Die kindertjies kry swaar; hulle weet nie wat lê voor, wat is die pad [nie]. So, dit was ook maar redelik crap. So, dit is groot uitdagings en daarvoor het mens regtig ondersteuning nodig. (Deelnemer 8)

... familie was all over your business, nè, maar ek kon sien my man en my kinders het dit verskriklik swaar geneem. (Deelnemer 7)

Tweedens is die wens vir beter sielkundige ondersteuning vir die kinders van kankerpatiënte uitgespreek, om sodoende die trauma en negatiewe assosiasies wat kinders maak, te hanteer.

My kind wil nooit hê ek moet kort hare hê nie, want dan is ek siek. Verstaan jy die relatability wat hulle aan dit koppel? Verstaan? (Deelnemer 3)

Ek wil net noem, baie kinders, dit is vir hulle verskriklik moeilik as hulle ma kanker kry, want hulle dink dadelik die ma gaan nou dood. (Deelnemer 5)

Een van die deelnemers het haar empatiese gedagtes oor ander persone wat ook op 'n kankerreis is, gedeel, veral as hulle nie kan lees nie of geen inligting verkry nie –

Maar dan sit ek net en dink van daar is mense wat kanker kry wat nie kan lees nie, wat nie

eens verstaan wat met hulle gebeur nie. So, ek dink regtig sterk, veral in 'n land soos Afrika en soos Suid-Afrika, moet daar intervensies wees wat deel van die medies half dit verpligtend maak om sielkundiges daar te stel. (Deelnemer 8)

Verder het die deelnemers ook gewens dat daar meer gedetailleerde inligting en beter verduidelikings aan almal gegee kon word, aangesien die belangrikheid van inligting en kennis nie ontken kan word nie:

Maybe ook om vir 'n mens te verduidelik jy gaan nou vir chemo, maar om vir jou te sê wat's chemo. Jy gaan vir bestraling; wat is bestraling? Hierdie is moontlike newe-effekte. Laat mens nou net daai, dat as dit gebeur, dat jy dit het, want dis, partykeer is daai klein goedjies net uitgelaat. (Deelnemer 3)

Dan het ek dalk miskien nie nodig gehad om chemo en bestraling te moet kry nie. As gevolg van dat ek nie gereeld vir my check-ups gegaan het nie, moes ek die swaar pad geloop het. (Deelnemer 9)

Dit voel net vir my, mense het 'n wanpersepsie van 'n check-up en hulle is nie bewus van die nagevolge van wat dit kan hê as hul dit skip nie. Dit is baie belangrik; jy moet elke jaar vir jou check-up gaan. (Deelnemer 6)

Om die kankerreis in stappe aan te pak kan moontlik daartoe bydra dat die pasiënt in 'n mate meer in beheer kan voel, wat van die deelnemers beskryf het as 'n aspek wat ontbreek het:

Ek is nie seker hoe dit ooit sal werk nie, maar in die ideale wêreld sal ek deur die proses net meer in beheer wou gevoel het. (Deelnemer 1)

Ek dink net jy moet by die persoon uitkom wat jy gaan ten volle gaan vertrou met jou behandelingsplan, want soos ek sê, ek het elke keer my inligting gekry soos wat die volgende stap gekom het half. So, ek dink net mens moet ook partykeer jou inligting kom kry op die regte tyd, want anders het ek vir twee maande ge-stress oor die iets wat iewers moet opgedruk word en het nie daarvoor uitgesien nie. So, hulle moet jou inlig. Sy inligting

wat hy nog elke keer vir my gegee het was so, ja, informative dat ek nie onseker was oor wat vir my voorlê nie ... was nie lekker nie, maar ek het ten minste geweet. (Deelnemer 6)

Een van die finale wense wat geopper is, was dat daar 'n onafhanklike persoon was wat die kankerreis saam met hulle kon deurmaak:

... as iemand saam met jou die pad kan stap, gaan jy minder vrese hê. Meer goed gaan vir jou uitgeklaar word. Soos ek, ek het regtig op 'n stadium gedink ek is besig om kop te verloor en dit, dis maar net onkunde. Vir my het dit gevoel omdat ek te min geweet het. Ek het 'n ongelooflike ondersteuningsnetwerk gehad, maar ek dink ons almal was te dom. Ons het hom ook maar aangepak uit ons geloof, vasgehou aan die Here. Maar ek dink as ons kan, meer inligting kan kry, iemand wat vir jou sê dis okei om so te voel. Jy is nie besig om mal te raak nie, dis okei. Ek sal definitief ook 'n pad saam met iemand wil stap. (Deelnemer 4)

... as jy op daai punt kom waar jou support system jou begin irriteer. Dit doen, ekskuus, dis nou ek, maar jy kan nie alles met jou familie bespreek nie; jy het 'n buitestaander nodig op een of ander tydstip wat vir jou sê: "Okei, kom ons sit en vent net." Dis nodig. (Deelnemer 7)

Aan die einde van een van die fokusgroepsessies het die groep begin voorstelle gee oor die bespreekte onderwerpe. Een deelnemer het die voorstel gemaak van 'n "instapsentrum" met die nodige ondersteuning –

Jou dieetkundige maybe, nè? Jou sielkundige, of course. Jou onkoloog, wil ek sê. Ek wil amper sê, soos 'n instapsentrum, nè. Jy het maybe jou ginekoloog ook daar, maybe iemand soos 'n apteker wat vir jou kan sê jy gaan nou hierdie goed drink. Dis wat jou moontlike newe-effekte gaan wees op dit wat jy mondelings [sic] gaan moet drink. Maybe so ietsie? Dan, o, okei, dalk hierdie mense wat, sê jy het 'n double vasectomy of wat ook al, daai mense met daai ... prothesis. Amper soos hierdie instapsentrum, en almal is daar. Jy weet,

dat hulle letterlik jou kan aanpass volgens waar jy nou in jou stadium is. (Deelnemer 3)

Die gesprek het toe meer gevorder en baie aspekte is by hierdie oorspronklike idee van 'n instapsentrum of “eenstopwinkel” bygevoeg, soos die deelnemers die belangrikheid van 'n sielkundige om die pad saam met die pasiënt te stap, voorgestel het –

Ek sal ook definitief sê as 'n sielkundige saam met jou die pad kan stap, gaan jy minder vrese hê. Meer goeters gaan vir jou uitgeklaar word. Soos ek, ek het regtig op 'n stadium gedink ek is besig om kop te verloor en dit, dis maar net onkunde. (Deelnemer 4)

Op hierdie voorstel is daar verder uitgebrei met die voorstel dat sielkundige ondersteuning meer gespesialiseer moet word deur net te fokus op kankerpatiënte en 'n spesialis op daardie gebied te word –

'n Sielkundige wat daarin spesialiseer. Wat letterlik, of ja, ek-weet-wat-jy-deurgaans tipe ding. Daai kennis. Ek wil amper sê wat 'n spesialis is op kanker, nie op ander goeters nie. (Deelnemer 3)

So, iemand wat bietjie die emosioneel vir jou kan ontlont ... en jou net weer normaliseer dat jy wegkom van jou verkeerde denke. (Deelnemer 1)

Vir hierdie subtema kan die gevolgtrekking gemaak word dat daar nog vele aspekte is wat aandag kan geniet om kankerpatiënte nog beter te ondersteun en te help om hul las ligter te maak. Die belangrikheid van psigo-opvoedkundige intervensie tree in werking om hierdie verlangde ondersteuning te omskep in 'n psigo-opvoedkundige intervensieprogram om sodoende op 'n praktiese wyse hierdie verlangde ondersteuning te kan toepas. Die ontbrekende en verlangde ondersteuning kan gekombineer word met die ondersteuning wat wel positief was om die doeltreffendste intervensies voor te stel. Psigo-opvoedkundige intervensie word beskryf as 'n wye reeks aktiwiteite wat persone opvoed rakende 'n siekte, toestand of geestesgesondheidsprobleme en ook aan hulle bystand en berading daaromtrent bied (John et al., 2018).

Samevatting

In hierdie hoofstuk is die kwalitatiewe data tematies ontleed en geïnterpreteer om die temas en subtemas te verkry. Die deelnemers het hul persoonlike ervaring, ondervinding en belewenis van 'n kankerdiagnose gedeel. In hoofstuk 5 word die bevindinge, besinning oor die navorsingsvraag, potensiële bydrae, beperkings, aanbevelings en slotsom van die navorsingstudie aangebied.

Hoofstuk 5: Bevindinge, aanbevelings en slotsom

Inleiding

Die hoofdoel van hierdie kwalitatiewe navorsingstudie was om gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning te verken en te beskryf. In die voorafgaande hoofstuk het ek hierdie beskouings van kankerpatiënte met betrekking tot die deelnemers se psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning gedeel. Die volgende drie hooftemas het na vore gekom:

Tema 1: Ervaring om met kanker gediagnoseer te word
--

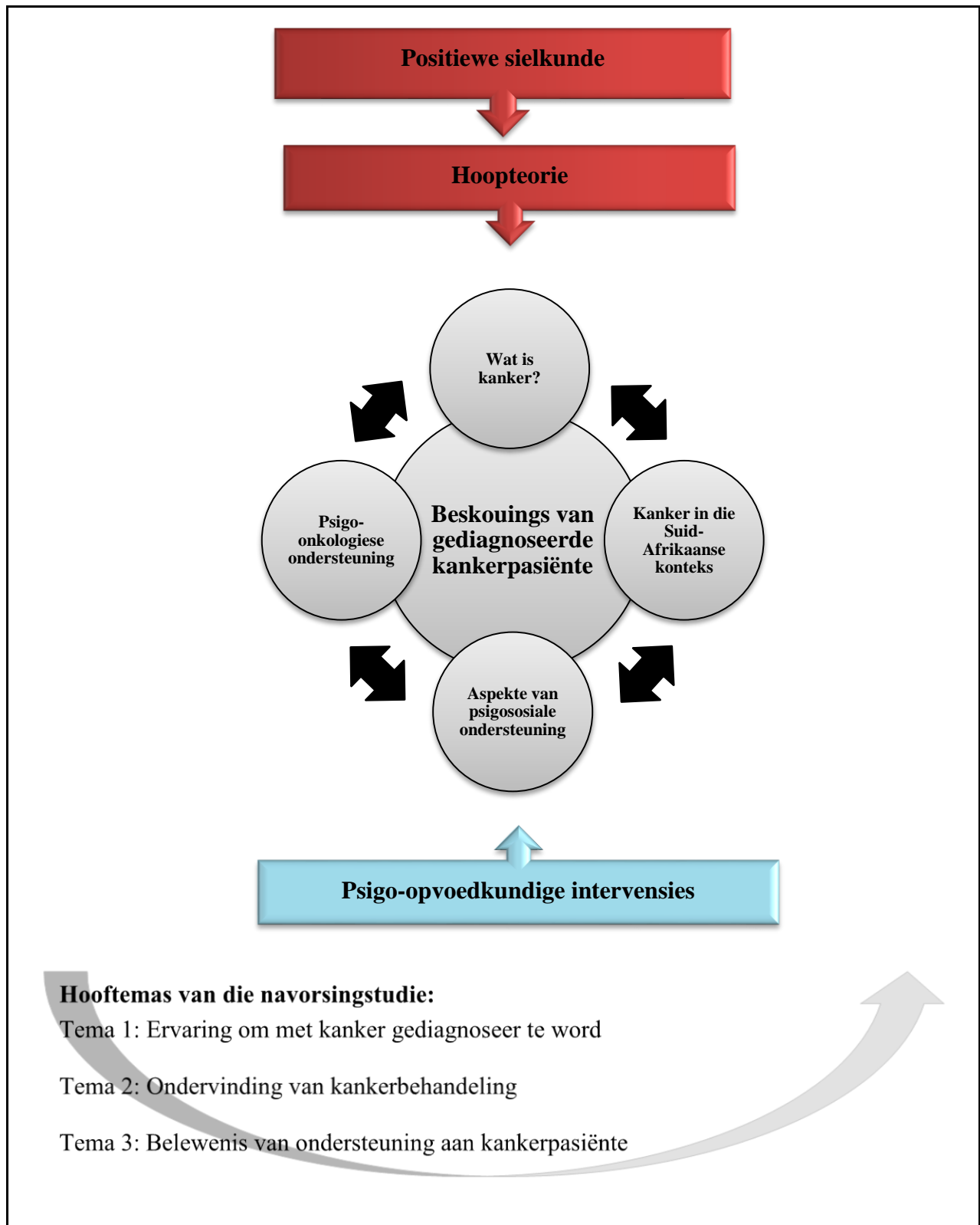
Tema 2: Ondervinding van kankerbehandeling

Tema 3: Belewenis van ondersteuning aan kankerpatiënte

In hierdie hoofstuk word die navorsingsbevindinge bespreek. Die bevindinge is verkry op grond van die data wat deur middel van twee fokusgroepbesprekings ingesamel is, wat tematies ontleed is om betekenis uit die data te verkry. Die bevindinge word eerstens gekoppel aan die teoretiese en konseptuele raamwerk, gevolg deur 'n bespreking van die bevindinge wat gekoppel word aan die literatuurstudie. Daarna word die besinning oor die navorsingsvraag bespreek. Aanbevelings word gemaak wat voorstelle bevat oor teikenaspekte vir psigo-opvoedkundige intervensie wat kankerpatiënte moontlik kan ondersteun. Die potensiële bydrae van die navorsingstudie word dan uitgelig, gevolg deur 'n bespreking van die beperkings van die studie. Voorts deel ek ook voorstelle vir verdere navorsing op hierdie gebied. Die hoofstuk word afgesluit met 'n slotsom van die studie.

'n Samevatting van die navorsingstudie word in figuur 5-1 hieronder voorgestel deur die hooftemas wat in hoofstuk 4 tydens die dataontleding verkry is, te verenig met die teoretiese en konseptuele raamwerk van die studie, soos voorgestel in hoofstuk 2. Die twee raamwerke word

verenig om die bevindinge oor die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte met die leser te deel.



Figuur 5-1: Samevatting van die navorsingstudie

Bevindinge gekoppel aan die teoretiese en konseptuele raamwerk

Die teoretiese en konseptuele raamwerk van hierdie navorsingstudie is vervat in die positiewe sielkunde, met die hoopteorie as leidende teorie. Die teoretiese en konseptuele raamwerk van hoofstuk 2 word hier geïntegreer met die bevindinge ten einde beste praktyke voor te stel. Die deelnemers aan hierdie studie het die belangrikheid van positiewe sielkunde erken. Hulle het ook ingesien dat hulle steeds toekomsgeoriënteerd moet bly, aangesien baie van hulle nog jong kinders gehad het en hulle gevoel het dat hulle net moes oorleef sodat hulle vir hul geliefdes kon sorg.

Die veld van positiewe sielkunde bestudeer die proses wat verantwoordelik is vir persone se positiewe emosies en persoonlike groei (Ludolph et al., 2019). Die deelnemers was nie vasgevang daarin om net in hul huidige negatiewe ervaring vas te kyk nie, maar het ook 'n soeke na betekenis beleef, met die besef dat die huidige negatiewe ervaring slegs tydelik is. Die doel van positiewe sielkunde is nie om stresvolle, onaangename of negatiewe fasette van die lewe te ontken nie, maar om eerder die volle kontinuum van die menslike ervaring in oënskou te neem en sodoende optimale welstand te bevorder en te floreer (Gable & Haidt, 2005). Die deelnemers het genoem dat vanuit die traumatiese ervaring van kankerbehandeling, hulle tog ook iets daaruit geleer het en tot die besef gekom het dat mense soms “geskaaf” word om uit te kom waar hulle moet wees. Soms moet 'n mens deur moeilike tye gaan om by die mooi aspekte van die lewe uit te kom. Die term “floreer” beteken om binne 'n optimale omvang van menslike funksionering te leef, wat goedheid, oorfloed, groei, groter buigsaamheid en veerkrachtigheid behels (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Frederickson & Losada, 2013).

Die deelnemers het aan hul hoop vasgehou en gehoop vir 'n beter uitkoms as wat mense gewoonlik met kanker assosieer. Hoewel die deelnemers met daardie gedagtes geworstel het, het hul hoop hulle gehelp om nie mismoedig te raak nie. Hulle het ook genoem watter invloed die groot vertrouwe in hul onkoloë, spiritualiteit en die wonderlike ondersteuningsnetwerke wat hulle gehad het, vir hulle beteken het op hul reis. Die literatuur noem dat kanker pasiënte meer geneig is

om 'n hoër vlak van hoop te toon wanneer daar 'n hoër vlak van waargenome emosionele ondersteuning van hul dokters en ook groter vertrouwe in hul dokters is (Cao et al., 2017). In die huidige studie het die deelnemers genoem dat hulle so vinnig as moontlik wou terugkeer na normaal om beheer te neem oor 'n deel van hul lewe wat binne hul beheer was. Dus, om waar moontlik hul alledaagse roetine te hervat deur in die oggend op te staan, hulself mooi te maak en terug te keer werk toe, is alles aspekte wat die deelnemers gehelp het om hoopvol te bly deur weer normaliteit in hul lewens te beleef. Hoop speel 'n belangrike rol in die bevordering van die algemene gesondheid van pasiënte met kanker en word as een van die kragtigste hanteringstyle van die stryd met kanker beskou (Ebright & Lyon, 2002; Rawdin et al., 2013).

Bevindinge gekoppel aan die literatuurstudie

Die sleutelkonsepte van die studie was die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte, kanker in die Suid Afrikaanse konteks, aspekte van psigososiale ondersteuning en psigo-onkologiese ondersteuning. Die aanvanklike hoofbeskouing van die deelnemers om met kanker gediagnoseer te wees, was een van absolute skok en verwarring. Die deelnemers het selfs na hul diagnose verwys as 'n doodsvonnis. Hulle het die skok daarvan om te hoor 'n mens het kanker beskryf as iets wat die persoon se hele wêreld omvêrgooi – 'n traumatiese ervaring wat gevul word met verskeie emosies. 'n Kankerdiagnose kan verwoestend wees vir 'n pasiënt en verskeie nadelige reaksies vir die meerderheid van pasiënte inhou, soos skok, bekommernis en verlies (Ekwall, 2014; Hirai, 2008). Ander deelnemers het weer genoem dat daar geen emosies was nie, aangesien hulle heeltemal gevries het en alles uitgeblok het. Daar is genoem dat hulle nie deel gevoel het van die proses nie, maar eerder soos 'n offerlam. Die idee dat deelnemers gevoel het soos 'n buitestaander in hul eie liggaam, met al die mediese behandeling wat toegepas is, is ook gedeel.

Die verskillende nowe-effekte wat met kankerbehandeling gepaardgaan en die daaglikse aanpassings by 'n lewe met kanker maak hierdie reis baie uitdagend, met verskillende aanpassings. Die lewe wat die pasiënt eens geken het, voor sy of haar diagnose, is nie meer teenwoordig nie en

die persoon se lewensuitkyk en -verhaal moet aangepas word (Mehnert et al., 2017; Rutten et al., 2003; Weis et al., 2018). Sommige deelnemers het ook verantwoordelikheid geneem en besef dat hulle nalatig was om nie hul roetine- mediese ondersoeke jaarliks te laat doen het nie.

Die bestuur van hierdie traumatiese ervaring en die geestesgesondheid van kankerpatiënte is 'n belangrike deel van die behandelingsproses en kan selfs 'n positiewe impak op die pasiënt se prognose toon (Spiegel, 2012). Van die deelnemers het nie voorheen kanker in die familie gehad nie en daarom was hulle glad nie vertrouwd daarmee nie. Dit was vir hulle 'n heeltemal nuwe konsep, wat hulle self eerstehands moes beleef. Daar was 'n gevoel dat hulle nie oor die nodige kennis of insig beskik het om hul kankerreis aan te pak nie en met tye was hulle onseker. Om meer inligting en kennis oor kanker en die behandeling daarvan te kry is 'n manier om onsekerhede te hanteer, aangesien daar 'n verband is tussen bekommernis en die soeke na inligting (Kahlor, 2010; Sajjadi et al., 2016). Inligting van gesondheidswerkers oor kanker en die behandeling daarvan is 'n groot bydraende faktor om onsekerheid oor die siekte te verminder (Mishel, 1997). Die deelnemers het genoem dat as dit nie vir hul onkoloë was nie, hulle nie seker was of hulle die kankerreis sou kon deurstaan nie. Baie van hul onsekerhede is uit die weg geruim deur hul onkoloë wat die deelnemers deeglik ingelig gehou het oor die behandelingsplan en hul vrae en onsekerhede kon hokslaan.

Daar is verskeie kere verwys na spirituele aspekte en hoe dit deel gevorm het van hul wese om te weet dat daar wel 'n beter toekoms op hulle wag. Baie van die deelnemers het berusting gevind in hul geloofsoortuigings en die ondersteuning van hul kerk was iets waaraan hulle kon vashou in die onsekere tyd. Spiritualiteit kan 'n bron van krag wees vir pasiënte om meer doeltreffend aan te pas by hul siekte. Spiritualiteit kan daartoe bydra om 'n pasiënt se lewensgehalte, ten spyte van die negatiewe prognose en newe-effekte, te bewaar tydens kankersorg deur vir die pasiënt hoop, troos en betekenis te bied (Balboni et al., 2010; McClain, 2003). Een deelnemer het egter weggedraai van haar geloof, met woede binne haar oor waarom sy hierdie

slegte ervaring moes beleef. Die deelnemer het beskryf dat sy kwaad was vir die Here en 'n interne stryd tydens haar behandeling deurgegaan het voordat sy uiteindelik daarmee kon vrede maak.

Deelnemers het tydens die fokusgroepbesprekings emosioneel geraak wanneer hulle oor hul kankerdiagnose nagedink het en selfs meer wanneer hulle oor hul gesin nagedink het. Die moontlikheid van verlies was 'n werklikheid vir die deelnemers. Hulle het die enorme effek wat die kankerdiagnose gehad het, nie net op hulself nie, maar ook op hul gesin, beskryf. Die tragedie van 'n kankerdiagnose is 'n finansiële, sosiale en sielkundige stryd, nie net vir die pasiënt alleenlik nie, maar vir die hele gesin (Sartorius et al., 2016). As vrou en moeder was dit vir die deelnemers moeilik om nie vir hul kinders te kon sorg nie en deurentyd bekommerd te wees oor die welstand van hul kinders.

Die trauma wat die kinders moes deurgaen in hul blootstelling aan die proses is ook deur die deelnemers uitgelig. Een van die deelnemers het die voorstel gedoen dat die gesin as 'n geheel om 'n tafel behoort te sit sodat iemand alles mooi aan die gesin kan verduidelik en almal bewus kan wees van die feite. Die kinders sal dan beter verstaan wat met hul moeder of vader gaan gebeur. Daar is ook voorgestel dat kinders die chemokamer moet sien sodat hulle meer deel van die proses kan voel. Die deelnemers het die vrees wat hul kinders gehad het, beskryf en genoem dat hulle nooit saam wou gaan vir behandeling nie, as gevolg van 'n vrees vir die onbekende en ontbrekende kennis. Daar moet ook genoem word dat chemokamers nie altyd beskikbaarheid het om gesinslede te akkommodeer nie, wat as 'n struikelblok gesien kan word.

Die deelnemers sou graag wou hê dat almal in die gesin beter ingelig moes wees en dat elkeen die nodige hulp en ondersteuning kon ontvang soos hulle dit benodig. Volgens Naughton en Weaver (2014) moet sielkundige ondersteuning en intervensie 'n fundamentele deel uitmaak van gesondheidsdiensbystand, aangesien geen pasiënt of hul familie alleen moet voel tydens die pynlike ervaring van 'n kankerdiagnose nie. Die deelnemers het genoem dat hul kinders sekere assosiasies met kanker gemaak het. Een deelnemer het byvoorbeeld vertel dat haar kinders kort

hare met kanker assosieer en outomaties aangeneem het hul moeder is siek wanneer sy haar hare kort gedra het. Van die deelnemers was ook bang dat die trauma van 'n kankerdiagnose hul huwelik negatief sou beïnvloed en dat hulle nie meer die ideale lewensmaat sou wees waarvoor hul lewensmaats gehoop het nie.

Die verandering in rolle is ook deeglik onder die deelnemers bespreek. Daar is genoem dat die moeder noodgedwonge moes terugsit en kyk hoe haar jong tienerdogter of -seun die daaglikse huistake moes oorneem en ook 'n volwasse rol moes inneem om die jonger broers of susters te versorg. Die deelnemers se mans moes ook dadelik intree in 'n dubbele rol van vader én moeder. Hulle moes die kinders vervoer en die vrou se take oorneem, afgesien van hul eie. Voorts het hierdie verandering in rolle onderliggende stres onder die deelnemers veroorsaak, aangesien hulle met die skuldgevoel geloop het dat alles wat die gesin moes deurmaak, hul toedoen was.

Psigososiale nood ontstaan nie net in die vroeë stadiums van 'n kankerdiagnose nie, maar, volgens bewyse, deur die hele verloop van die siekte. Hierdie psigososiale nood raak nie net die pasiënte nie, maar beïnvloed ook hul geliefdes, waar 'n verskuiwing van rolle plaasvind en finansiële las en die vrees om hul geliefde te verloor daaglikse realiteite word (Weis, 2015). Van die deelnemers het verklaar dat hulle 'n groot vrees gehad het dat hul gesinne nie doeltreffend sou funksioneer nie. Dit is gevolg deur die besef, na week twee, dat almal dalk eintlik heel goed af sou wees en dat hulle miskien nie hul moeders so baie sou mis as wat die deelnemers voor gehoop het nie.

Die deelnemers het nie net die verlies daarvan beleef om nie meer vir hul gesinne te kon sorg nie, maar ook verskeie fisieke aspekte wat met 'n kankerdiagnose gepaardgaan. Deelnemers wat 'n mastektomie ondergaan het, het gevoel asof hulle 'n deel van hulself verloor het. Voorts moes hulle met die gedagte worstel dat hul lewensmaats hulle dalk nie meer sou aanvaar nie en dat hulle miskien nie in hul maats se seksuele behoeftes kon voorsien nie. Hierdie gedagte en die

fisieke belewenis van verlies wat die deelnemers gedurig bygebly het, het sommige van die deelnemers gebring by 'n punt waar hulle gevoel het dat hulle mal gaan word.

Die sielkundige impak van 'n kankerdiagnose was sigbaar, maar tog het sommige van die deelnemers nie gebruik gemaak van sielkundige ondersteuning nie. Dit literatuur noem ook dat wanneer sielkundige ondersteuning wel aangebied word, meer as die helfte van kankerpatiënte nie gebruik maak van die beskikbare sielkundige ondersteuning nie (Carlson & Bultz, 2003; Clover et al., 2015). Die deelnemers het daarop gewys dat hulle meer op hul gesin of familie en lewensmaat gefokus het vir ondersteuning en dat hul familie baie ondersteunend en altyd beskikbaar was. Twee deelnemers het egter genoem dat hul lewensmaats nie altyd vir hulle die ondersteuning gebied het wat die deelnemers gedink het hulle moes ontvang nie. Een van die deelnemers se man het druk op haar geplaas en wou hê sy moes sterk wees. Dit kan aan die een kant in 'n positiewe lig as dryfkrag gesien word, maar dit kon moontlik ook verdere druk op die kankerpatiënt geplaas het, dat sy nie haar ware emosies kon wys nie.

Die positiewe ervaring met betrekking tot hul onkoloog en die ondersteuning van hul onkoloog het die sielkundige las vir die deelnemers ligter gemaak. Hulle kon volkome in hul onkoloog glo, met die wete dat hul onkoloog enige vrae of onsekerhede sou hanteer.

Die impak wat die kankerdiagnose op elkeen van die deelnemers gehad het, was steeds ten tyde van die fokusgroepbesprekings sigbaar, wanneer die deelnemers hul vrees gedeel het dat hulle met elke pyn of knop dadelik die ergste verwag. Hulle leef deurentyd met die vrees dat die kanker moontlik kan terugkeer en dat die hele proses dan net weer van voor af moet begin. Volgens Schmid-Büchi et al. (2011) benodig kankerpatiënte hulp met die hantering van angs, depressie en die vrees vir 'n herhaling of progressie van kanker.

Die deelnemers se menings oor hul ondervinding van kankerbehandeling was in die algemeen baie positief. Daar moet wel genoem word dat al die deelnemers oor 'n mediese fonds beskik het en dus gebruik kon maak van private gesondheidsorg. Sommige van die deelnemers het

van die nuutste tegnologie beleef met hul toetse wat na Amerika gestuur is vir verder ontleding of het die voordele van die nuutste tegnologie geniet tydens hul kankerbehandeling. Op een van die deelnemers is daar selfs 'n prosedure uitgevoer waarvoor daar nog min navorsing is, maar die chirurg en onkoloog het navorsing gedoen om die bes moontlike behandelingsplan vir hul pasiënt voor te skryf. Alhoewel Suid-Afrika nog nie naastenby kan kers opsteek by Eerstewêreldlande nie, is daar wel geïsoleerde klinieke in Suid-Afrika wat gevorderde behandeling kan aanbied. Die probleem is egter dat dit nie toeganklik is vir almal nie.

Die hoë kostes verbonde aan mediese behandeling en die lang behandelingstydperk verbonde aan kanker het die deelnemers eerstehands beleef. Van die deelnemers moes van hul behandelingsplanne aanpas, aangesien hulle nie oor die nodige fondse beskik het om voort te gaan met die behandeling nie. Hulle het genoem dat hierdie finansiële las dan nog meer stres en onsekerheid op hulle geplaas het en dat hulle eerder hul kinders en lewensmaats se gesondheid eerste sou stel as om ten duurste behandeling te kry. Daar was ook onsekerheid met betrekking tot die mediese fonds oor watter tipe behandeling wel betaal word en wat nie betaal word nie. Die deelnemers het vertel dat daar meestal bybetalings was vir hul behandeling. Een van die deelnemers het ook genoem dat haar man in daardie tyd sy werk verloor het en dat die finansiële aspekte daarvan, tesame met die kankerbehandeling, baie stresvol was. Daar is voorgestel dat 'n instapsentrum waar kennis oor mediese fondse en spesifiek onkologiebehandeling gedeel word, pasiënte kan help. Met betrekking tot die finansiële aspek is daar ook melding gemaak van polisse, onsekerheid oor wat in- en uitgesluit word in polisse en wat die beste opsie hieromtrent sal wees. Al hierdie finansiële aspekte was onduidelik vir die deelnemers en hulle het nie noodwendig iemand gehad om hulle daarmee te help nie.

Die deelnemers se perspektiewe van psigo-opvoedkundige ondersteuning was nie baie positief nie, aangesien hulle nie enige konkrete psigo-opvoedkundige intervensie ontvang het nie. Die deelnemers was nie altyd bewus van die moontlik ondersteuningsgroepe nie en het nie altyd

nie nodige inligting ontvang nie. 'n Studie in Taiwan deur Liao et al. (2014) het berig dat borskanker pasiënte wat aan opvoedkundige intervensies deelgeneem het, 'n beduidende afname in angs en stres getoon het en ook 'n verbetering in hul onvervulde ondersteuningsbehoefte genoem het. As gevolg van die ontbrekende psigo-opvoedkundige intervensies tydens die deelnemers se kankerreis was daar tekortkominge in hul behandeling, aangesien hulle nie seker was wat hulle kon eet nie en nie altyd bewus was van die moontlike nuwe-effekte van die behandeling en die impak wat dit op hulle sou hê nie.

Die deelnemers het 'n voorstel gemaak van 'n instapsentrum waarby alle nodige ondersteuningsnetwerke betrokke is en wat 'n multidissiplinêre benadering volg. Die idee om kanker in fasette en kleiner onderafdelings op te breek is ook voorgestel. Sodoende sou pasiënte die kankerreis stap vir stap kon benader om te voorkom dat hulle oorweldig raak. Die deelnemers het genoem dat hul onkoloë 'n stap-voor-stap-benadering gevolg het wat hulle baie rustig gestem het. Die instapsentrum kan moontlik 'n stap-voor-stap-benadering volg, waar pasiënte dan die nodige ondersteuning ontvang met betrekking tot die fase van behandeling waar hulle hulself bevind. Die positiewe uitwerking van psigo-opvoedkundige intervensie kan nie geïgnoreer word nie, aangesien die literatuur bevind het dat die gebruik van intervensie tot die verbetering van doeltreffende behandeling, veerkragtigheid en lewensgehalte en die vermindering van angs en depressie van kanker pasiënte kan lei (Wu et al., 2018).

Besinning oor die navorsingsvraag

In hierdie studie is 'n kwalitatiewe benadering gebruik om die navorsingsonderwerp te ondersoek ten einde die navorsingsvraag wat gestel is, te beantwoord. Die volgende navorsingsvraag is gestel: *Wat is gediagnoseerde kanker pasiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning?*

Om insig in die navorsingsonderwerp te verkry, is 'n literatuurstudie onderneem. Daarna is twee fokusgroepbesprekings, veldnotas en 'n besinnende joernaal gebruik as metodes om data te

versamel. Op grond van die literatuuroorsig en empiriese bevinding is antwoorde op die navorsingsvrae gegeneer en word dit as die navorsingsbevindinge aangebied, soos in hierdie hoofstuk bespreek is. Daar word vervolgens oor die bevindinge met betrekking tot die beskouings van gediagnoseerde kankerpatiënte van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning besin.

Watter tipe psigo-opvoedkundige intervensies het die deelnemers benut toe hulle met kanker gediagnoseer is?

Uit sowel die literatuurstudie as die empiriese bevindinge is dit duidelik dat psigo-opvoedkundige intervensie belangrik is in die ondersteuning van kankerpatiënte en dat dit 'n positiewe bydrae kan lewer in die verbetering van angs en depressievlakke. Die deelnemers het egter aangedui dat daar nie psigo-opvoedkundige intervensie beskikbaar was tydens hul kankerreis nie. Van die deelnemers het wel gebruik gemaak van 'n sielkundige as metode van ondersteuning tydens die proses of selfs hul onkoloog genader vir ondersteuning. Verder was daar geen formele intervensie nie en kan die gevolgtrekking gemaak word dat psigo-opvoedkundige intervensie tydens hul diagnose ontbreek het.

Wat was die deelnemers se ervaring van die psigo-opvoedkundige intervensie wat hulle tydens behandeling ontvang het?

In ooreenstemming met die teoretiese raamwerk in figuur 2-1 het positiewe sielkunde en die hoopteorie 'n belangrike rol gespeel tydens die deelnemers se kankerdiagnose. Die empiriese bevindinge toon verder dat alhoewel die deelnemers positiewe sienings van onkoloë en mediese personeel gehad het, verskeie uitdagings ook deel van hul ervaring was en dat psigo-opvoedkundige intervensie tydens hul kankerreis ontbreek het.

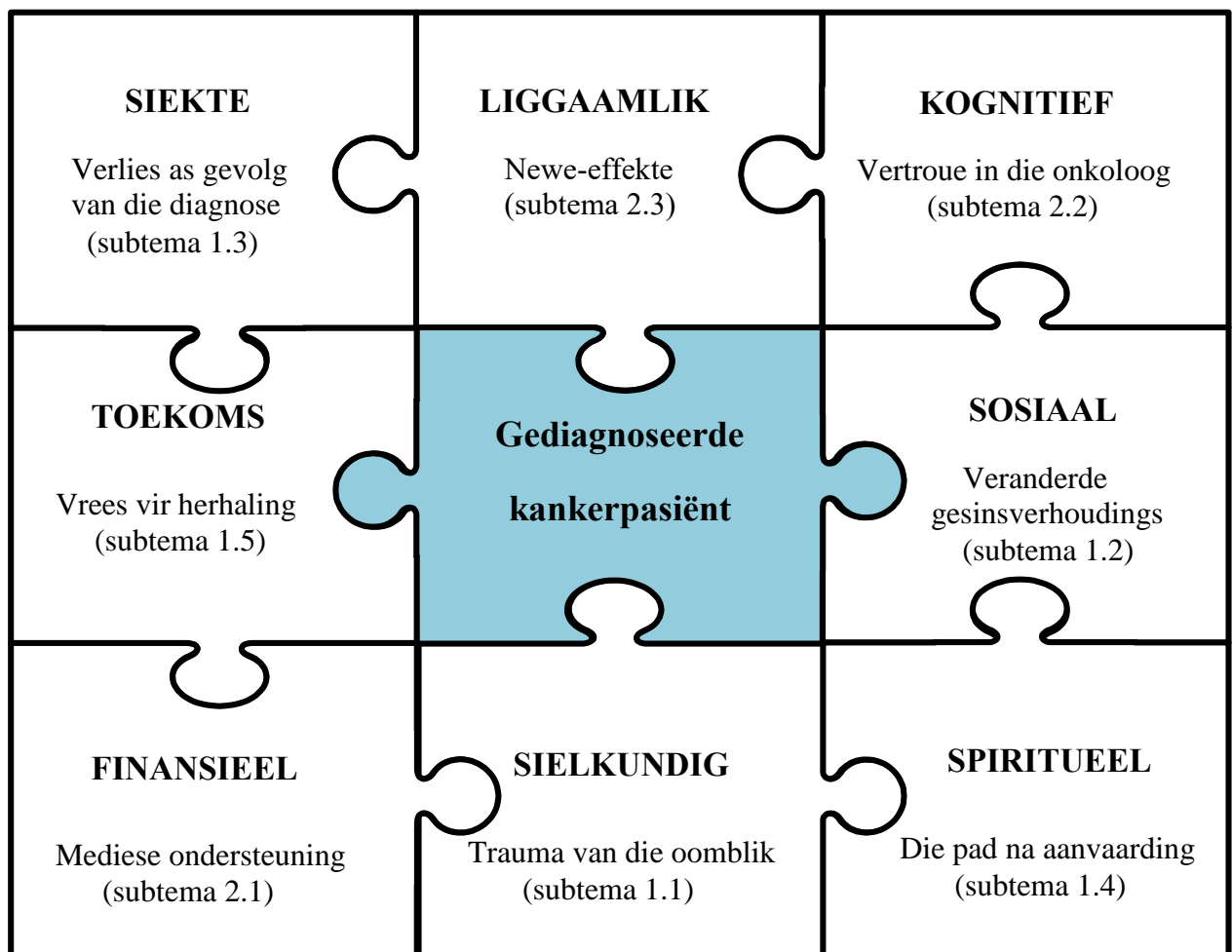
Watter soorte psigo-opvoedkundige intervensies moet bygevoeg word om kankerpatiënte te ondersteun?

Die empiriese bevindinge dui daarop dat die deelnemende kankerpatiënte se sienings van psigo-opvoedkundige intervensie individualisties is. Verskeie soorte intervensies is deur die deelnemers voorgestel, soos dit bespreek is in die bevindinge onder subtema 3.3. Hierdie voorstelle is geïntegreer met die literatuur en 'n moontlike psigo-opvoedkundige intervensieprogram word hieronder voorgestel in die vorm van 'n legkaart. Dit word verder onder die aanbevelings van die navorsingstudie bespreek.

Aanbevelings

In die bespreking van die dataontleding en die navorsingsbevindinge het die behoefte aan ondersteuning uitgestaan. Die tekortkominge wat ek in privaat praktyk beleef, bevestig dat kankerpatiënte 'n behoefte daaraan het om meer in beheer te wees tydens hul kankerreis. As sodanig kan die bevindinge van hierdie studie beskou word as 'n waardevolle vertrekpunt vir die voorstel van 'n moontlike psigo-opvoedkundige intervensieprogram wat kankerpatiënte in Suid-Afrika kan ondersteun. Kanker beïnvloed vele fasette van die lewe. Figuur 5-2 gee 'n duidelike uiteensetting van moontlik psigo-opvoedkundige intervensies wat kan plaasvind. Dit word as 'n legkaart uitgebeeld, aangesien elk van die dele van die legkaart 'n belangrike konsep voorstel wat 'n persoon se kankerreis beïnvloed. Hierdie konsepte het ontstaan uit die verskillende subtemas wat tydens die dataontleding in hoofstuk 4 geïdentifiseer is. Om die legkaart te kan voltooi moet elk van die afsonderlik aspekte eers behandel word om sodoende in die basiese behoeftes van die pasiënt te voorsien. Daar moet ook nie net op elke individuele aspek gefokus word nie, maar na die geheelbeeld gekyk word om sodoende holistiese ondersteuning aan die pasiënt te bied. Die noodsaaklikheid van 'n holistiese benadering word beklemtoon, aangesien hierdie stappe nie noodwendig op mekaar volg nie, maar eerder interaktief teenoor mekaar staan; daarom is dit belangrik om holisties na die pasiënt te kyk.

Elk van die legkaartdele kan 'n psigo-opvoedkundige intervensie voorstel. Wanneer elkeen van die afdelings behandel word en die nodige ondersteuning deur 'n multidissiplinêre span gebied word, sal die legkaart voltooi kan word. Dan sal 'n geheelbeeld van die psigo-opvoedkundige ondersteuning van die pasiënt tydens sy of haar kankerdiagnose en -behandeling verkry kan word. Kanker het die kapasiteit om elke faset van 'n mens se lewe te beïnvloed, soos na vore kom uit die literatuur en die huidige navorsingstudie. Hierdie psigo-opvoedkundige intervensieprogram word voorgestel as 'n beginpunt met beste praktyke wat met verdere navorsing ontwikkel en geïmplementeer kan word.



Figuur 5-2: Legkaart van moontlike psigo-opvoedkundige intervensie vir kankerpatiënte

Potensiële bydrae van die studie

In die Suid-Afrikaanse konteks is die aantal studies oor hierdie onderwerp baie beperk. Hierdie studie kan moontlik betekenisvolle insig gee in gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie. Die studie kan dus bydra tot die waarde van psigo-opvoedkundige intervensie vir kankerpatiënte en moontlike beste praktyke wat kankerpatiënte tydens kankerdiagnose en -behandeling kan ondersteun, uitlig.

Beperkings van die studie

Hierdie studie is deur verskeie faktore beperk. Een van die belangrikste beperkings in hierdie verband is die feit dat slegs vroulike deelnemers aan die fokusgroepbesprekings deelgeneem het en daar nie deelnemers van beide geslagte was nie. Nog 'n beperking kan wees die feit dat die ervarings van slegs deelnemers wat private mediese sorg ontvang het in die studie ingesluit is en nie die ervarings van pasiënte in landelike gebiede of staatshospitale nie. Daar was ook 'n taalbeperking, aangesien ek slegs Afrikaans en Engels – twee van die elf nasionale tale van Suid-Afrika – magtig is en deelnemers wat ander tale praat, hierdeur uitgesluit is. Die studie sluit dus nie die diversiteit van Suid-Afrika as geheel in nie.

Voorstelle vir verdere navorsing

Daar is nog baie onbeantwoorde vrae met betrekking tot die psigo-opvoedkundige ondersteuning van kankerpatiënte. Verdere navorsing moet voortbou op die bevindinge van hierdie studie en moet poog om van die oorblywende kwessies uit te klaar. 'n Aanbeveling sal wees om verdere studie in meer tale te doen om sodoende meer mense te bereik. Daar word ook aanbeveel dat studies in die toekoms dalk kan fokus op slegs een tipe en fase van kanker om sodoende meer diepgaande inligting daaroor te verkry. Daar kan ook gebruik gemaak word van deelnemers wat nie oor 'n mediese fonds beskik nie en op die staat aangewese is vir mediese sorg om die data te verryk en 'n meer akkurate ontleding en aanbevelings te verskaf. Demografies kan

'n groter verskeidenheid van deelnemers van regoor Suid-Afrika en deelnemers van beide geslagte gebruik word.

Slotsom

Die doel van hierdie studie was om gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning te ondersoek. Alhoewel hierdie studie beperk was in die steekproef en omvang daarvan, het die deelnemers hul onderlinge sienings en menings oor psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning binne die Suid-Afrikaanse konteks gedeel. As sodanig kan die bevindinge van hierdie studie beskou word as 'n waardevolle vertrekpunt vir psigo-opvoedkundige intervensie in die navorsing oor psigo-onkologiese ondersteuning in Suid-Afrika. Mag ons nooit moeg raak om legkaarte te bou om sodoende navorsing te versterk en uiteindelik die lewens van ander te verbeter nie.

BIBLIOGRAFIE

- Aaronson, N. K., Mattioli, V., & Minton, O. (2014). Beyond treatment – Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of Cancer Supplement*, 12(1), 54-64. doi: 10.1016/j.ejcsup.2014.03.005
- Acquati, C., Zebrack, B. J., Faul, A. C., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., Hayes-Lattin, B., Freyer, D. R., & Cole, S. (2017). Sexual functioning among young adult cancer patients: A 2-year longitudinal study. *Cancer*, 124(2), 398-405, <https://doi.org/10.1002/cncr.31030>
- Adler, P. (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. The National Academies Press. Retrieved December 3, 2020, <http://www.nap.edu/catalog/11993.html>
- Ahles, T. A., & Correa, D. D. (2010). Neuropsychological impact of cancer and cancer treatments. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp. 251-257). Oxford University Press.
- Ahrens, B. & Staab, D. (2015). Extended implementation of educational programs for atopic dermatitis in childhood. *Pediatric Allergy and Immunology*, 26(3), 190-196. <https://doi.org/10.1111/pai.12358>
- Akhtar, D. M. I. (2016). *Research Design*. Retrieved September 15, 2020, from <https://ssrn.com/abstract=2862445>
- Alase, A. (2017). The interpretative phenomenological analysis (IPA): A guide to a good qualitative research approach. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 5(2), 9-19. <http://dx.doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.5n.2p.9>
- American Heritage Dictionary of the English Language. (2020). *Lacking support*. In *The American heritage dictionary of the English language*. Retrieved 7 October, 2020, from <https://www.ahdictionary.com/word/search.html?q=1>

- Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(8), 141. <https://doi.org/10.5688/aj7408141>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Andreotti, C., Root, J. C., Ahles, T. A., McEwen B. S., & Compas, B. E. (2015). Cancer, coping, and cognition: A model for the role of stress reactivity in cancer-related cognitive decline. *Psycho-Oncology*, 24, 617-623. <https://doi.org/10.1002/pon.3683>
- Anguiano, L., Meyer, D. K., & Piven, M. L. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*, 35(4), E14-E26.
- Babbie, E. R. (2013). *The practice of social research* (13th ed.). Wadsworth/Thomson Learning.
- Babbie, E. S., & Mouton, J. (2001). *The practice of social research*. Oxford University Press.
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F. Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 28(3), 445-452. doi: 10.1200/JCO.2009.24.8005
- Bar-On, R. (2010). Emotional intelligence: An integral part of positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 54-62. doi: 10.1177/008124631004000106
- Battista, B. (2015). *Cancer remission definition: What does it mean to be in cancer remission?* Southeast Radiation Oncology Group. Retrieved September 15, 2020, from <https://treatcancer.com/blog/cancer-remission-definition/>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

- Berg, C. J., Stratton, E., Esiashvili, N., & Mertens, A. (2016). Young adult cancer survivors' experience with cancer treatment and follow-up care and perceptions of barriers to engaging in recommended care. *Journal of Cancer Education, 31*(3), 430-442. doi: 10.1007/s13187-015-0853-9
- Berg, C. J., Vanderpool, R. C., Getachew, B., Payne, J. B., Johnson, M. F., Sandridge, Y., Bierhoff, J., Le, L., Johnson, R., Weber, A., Patterson, A., Dorvil, S., & Mertens, A. (2019). A hope-based intervention to address disrupted goal pursuits and quality of life among young adult cancer survivors. *Journal of Cancer Education, 35*(6), 1158-1169. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01574-7>
- Blazeby, J. M., Wilson, L., Metcalfe, C., Nicklin, J., English, R., & Donovan, J. L. (2006). Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. *Annals of Oncology, 17*(3), 457-460. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdj102>
- Bober, S. L., Recklitis, C. J., Campbell, E. G., Park, E. R., Kutner, J. S., Najita, J. S., & Diller, L. (2009). Caring for cancer survivors. *Cancer, 115*(S18), 4409-4418. doi: 10.1002/cncr.24590
- Boormeester, F., & Berard, R. M. F. (1998). Factor structure of the hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *South African Medical Journal, 88*(11), 1495-1499. doi: 10.1192/bjp.158.2.255
- Boonzaier, A., Schubach, K., Troup, K., Pollard, A., Aranda, S., & Schofield, P. (2009). Development of a psychoeducational intervention for men with prostate cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 27*(1), 136-153. <https://doi.org/10.1080/07347330802616100>
- Bradshaw, H. M., Mairs, H., & Richards, D. (2006). Developing mental health education for health volunteers in a township in South Africa. *Primary Health Care Research and Development, 7*(1), 95-105. doi: 10.1191/1463423606pc282oa

- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brebach, R., Sharpe, L., Daniel, S. J., Rhodes, P., & Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: A meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psycho-Oncology*, 25(8), 882-890.
<https://doi.org/10.1002/pon.4099>
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2010). Psychostimulants for cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer*, 8(8), 933-942. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0068>
- Brown, N. W. (2011). *Psycho-educational groups. Process and practice* (3rd ed.). Brunner Routledge.
- Bultz, B. D., & Johansen, C. (2011). Screening for distress, the 6th vital sign: Where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20(6), 569-571. doi: 10.1002/pon.1986
- Cancer Treatment Centres of America. (2017). *What is cancer?* [Video]. Retrieved September 12, 2020, from <https://youtu.be/N1Sk3aiSCE>
- Cao, W., Qi, X., Yao, T., Han, X., & Feng, X. (2017) How doctors communicate the initial diagnosis of cancer matters: Cancer disclosure and its relationship with patients' hope and trust. *Psycho-Oncology*, 26, 640-648. doi: 10.1002/pon.4063
- Capozzo, M. A., Martinis, E., Pellis, G., & Giraldi, T. (2010). An early structured psychoeducational intervention in patients with breast cancer: Results from a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(3), 228-234. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c1acd6
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(8), 1-9.
<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-8>
- Chambers, S. K., & Dunn, J. (2019). Re-imaging psycho-oncology. *European Journal of Cancer Care*, 28(4), 1-3. <https://doi.org/10.1111/ecc.13136>

- Chan, K., Wong, F. K. Y., & Lee, P. H. (2019). A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: A feasibility test. *SAGE Open Nursing*, 5, 1-13. doi: 10.1177/2377960819844381
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies on working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 135-145. [http://dx.doi.org/ 10.1891/jcop.20.2.135](http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.2.135)
- Chou, F. Y., Lee-Lin, F., & Kuang, L. Y. (2016). The effectiveness of support groups in Asian breast cancer patients: An integrative review. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 157-169. doi: 10.4103/2347-5625.162826
- Cipolletta, S., Shams, M., Tonello, F., & Pruneddu, A. (2013). Caregivers of patients with cancer: anxiety, depression and distribution of dependency. *Psycho-Oncology*, 22(1), 133-139. doi: 10.1002/pon.2081
- Clark, T. (2011). Gaining and maintaining access: Exploring the mechanisms that support and challenge the relationship between gatekeepers and researchers. *Qualitative Social Work*, 10(4), 485-502. doi: 10.1177/1473325009358228
- Clover, K. A., Mitchell A. J., Britton, B., & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, 24(7), 812-818. <https://doi.org/10.1002/pon.3729>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Pearson.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Sage.

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.
- Cronin, M., & Jones, D. N. (2015). Social work and disasters. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopaedia of the social & behavioural sciences* (2nd ed., pp. 753-760). Elsevier.
- Cruz, L. (2015). Self-reflexivity as an ethical instrument to give full play to our explicit and implicit subjectivity as qualitative researchers. *The Qualitative Report*, 20(10), 1723-1735. Retrieved November 5, 2020, from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss10/13>
- Cudney, C. S., & Weinert, C. (2012). An online approach to providing chronic illness self-management information. *Computers, Informatics, Nursing*, 30(2), 110-117. doi: 10.1097/NCN.0b013e31822b899a
- Cullen, J. W., Fox, B. H., & Isom, R. N. (1976). *Cancer: The behavioural dimensions*. Raven Press.
- Daher, M., Carré, D., Jaramillo, A., Olivares, H., & Tomicic, A. (2017). Experience and meaning in qualitative research: a conceptual review and a methodological device proposal. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 18(3), 1-24. <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-18.3.2696>
- Dastan, N. B., & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Organization for Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.10.5313
- Dauchy, S., Dolbeault, S., & Reich, M. (2013). Depression in cancer patients. *European Journal of Cancer Supplements*, 11(2), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.006>
- De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché C. B., & Delport C. S. L. (2011). *Research at the grass roots for the social sciences and human service professions* (4th ed.). Van Schaik.

- Deggs, D., & Hernandez, F. (2018). Enhancing the value of qualitative field notes through purposeful reflection. *The Qualitative Report*, 23(10), 2552-2560. Retrieved November 16, 2020, from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol23/iss10/18>
- Denscombe, M. (2007). *The good research guide for small-scale social research projects* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.
- Department of Health (South Africa). (2017). *National cancer strategic framework for South Africa 2017-2022*. Retrieved November 9, 2020, from www.health.gov.za/index.php/2014-08-15-12-53-24
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Dockham, B., Schafenacker, A., Yoon, H., Ronis, D. L., Kershaw, T., Titler, M., & Northouse, L. (2016). Implementation of a psycho-educational program for cancer survivors and family caregivers at a cancer support community affiliate. *Cancer Nursing*, 39(3), 169-180. doi: 10.1097/NCC.0000000000000311
- Dolbeault, S., Mignot, V., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B., & Medioni, J. (2003). Evaluation of psychological distress and quality of life in French cancer patients: Validation of the French version of the memorial distress thermometer. *Psycho-Oncology* 12, S225.
- Donaldson, S. I., Dollwet, M., & Rao, M. A. (2015) Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 185-195, doi: 10.1080/17439760.2014.943801

- Drake, W. (2020). *What is psychoeducation and why does it matter?* [Blog post]. Retrieved September 15, 2020, from <https://www.betterhelp.com/advice/therapy/what-is-psychoeducation-and-why-does-it-matter/>
- Du Plooy-Cilliers, F., Davis, C., & Bezuidenhout, R. M. (2014). *Research matters*. Juta.
- Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D., & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 46*(5), 661-670.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.12.004>
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*, 561-568.
- Edwards, A. G., Hailey, S., & Maxwell, M. (2008). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database System Review, 2*(2). doi: 10.1002/14651858.CD004253.pub2
- Edwards, L. B., & Greeff, L. E. (2017). Evidence-based feedback about emotional cancer challenges experienced in South Africa: A qualitative analysis of 316 photovoice interviews. *Global Public Health, 13*(10), 1409-1421.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1357187>
- Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Progress in Brain Research, 235*, 239-264. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>
- Ekwall, E., Ternstedt, B. M., Sorbe, B., & Sunvisson, H. (2014). Lived experiences of women with recurring ovarian cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 18*(1), 104-109. doi: 10.1016/j.ejon.2013.08.002.
- Elfil, M., & Negida, A. (2017). Sampling methods in clinical research: An educational review. *Emergency (Tehran, Iran), 5*(1), e52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28286859/>

- Ely, S. J., Vinz, R., Downing, M., & Anzul, M. (1997). *On writing qualitative research: Living by words*. Routledge/Falmer.
- Erickson, E. H. (1958). *Young man Luther: A study in psychoanalysis and history*. Norton.
- Ertmer, P. A., & Newby, T. J. (2013). Behaviorism, cognitivism, constructivism: Comparing critical features from an instructional design perspective. *Performance Improvement Quarterly*, 26(2), 43-71. doi: 10.1002/piq.21143
- Farber, J. M., Weinerman, B. H., & Kuypers, J. A. (1983). Psychosocial distress in oncology outpatients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2(3-4), 109-118.
https://doi.org/10.1300/J077v02n03_09
- Fatima, S. (2017). Hope and mental well-being among male and female cancer patients. *International Journal of Indian Psychology*, 4(2), 58-64. <https://ijip.in/articles/hope-and-mental-well-being-among-male-and-female-cancer-patients/>
- Firth, N., Delgadillo, J., Kellett, S., & Lucock, M. (2020). The influence of socio-demographic similarity and difference on adequate attendance of group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Psychotherapy Research*, 30(3), 362-374.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1589652>
- Fleishman, S. B., & Chadha, J. S. (2010). Weight and appetite loss in cancer. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 270-274). Oxford University Press.
- Flick, U. (2013). *The Sage handbook of qualitative data analysis* (5th ed.). Sage.
- Fouché, C. B., & De Vos, A. S. (2011). Formal formulations. In A. S. de Vos, H. Strydom, C. B. Fouché, & C. S. L. Delpont (Eds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions* (pp. 89-100). Van Schaik.

- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2013). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing: Correction to Fredrickson and Losada (2005). *American Psychologist*, 68(9), 822. <https://doi.org/10.1037/a0034435>
- Gable, S. J., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Gallagher, M. W., & Lopez, S. J. (Eds.). (2018). *The Oxford handbook of hope*. Oxford University Press.
- Gavric, Z. (2015). Quality of life of women with breast cancer – emotional and social aspects. *American Journal of Cancer Prevention*, 3(1), 13-18. doi: 10.12691/ajcp-3-1-4
- Gebauer, J., Higham, C., Langer, T., Denzer, C., & Brabant, G. 2018. Long-term endocrine and metabolic consequences of cancer treatment: A systematic review. *Endocrine Reviews*, 40(3), 711-767. doi: 10.1210/er.2018-00092
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(163), 291-295. doi: 10.1038/bdj.2008.192
- Global Cancer Observatory. (2018a). *International agency for research on cancer*. Retrieved September 15, 2020, from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/710-south-africa-fact-sheets.pdf>
- Global Cancer Observatory. (2018b). *Cancer tomorrow*. Retrieved February 7, 2020, from <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>
- Gordon, R. A., Druckman, D., Rozelle, R. M., & Baxter, J. C. (2006). Non-verbal behaviour as communication: Approaches, issues and research. In O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 73-119). Routledge.
- Gottlieb, B. H., & Wachala, E. D. (2007). Cancer support groups: A critical review of empirical studies. *Psycho-Oncology*, 16, 379-400. doi: 10.1002/pon.1078

- Gouws, R. H. (2000). *HAT: Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal*. Perskor.
- Graham, A., Powell, M. A., & Taylor, N. (2015). Ethical research involving children: Encouraging reflexive engagement in research with children and young people. *Children and Society*, 29(5), 331-343. <https://doi.org/10.1111/chso.12089>
- Grassi, L., & Travado, L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care. In P. Coleman, D. M. Alexe, T. Albrecht, & M. M. McKee (Eds.), *Responding to the challenge of cancer in Europe* (pp. 209-229). Slovenian Institute of Public Health.
- Grassi, L., Spiegel, D., & Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000 Research*, 4(6), 2083. doi: 10.12688/F1000RESEARCH.11902.1
- Grassi, L., Spiegel, D., & Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *National Library of Medicine*, 6, 2083. doi: 10.12688/F1000RESEARCH.11902.1
- Greene, F. L., & Sobin, L. H. (2008). The staging of cancer: A retrospective and prospective appraisal. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(3), 180-190. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0001>
- Greer, S. (2002). Psychological intervention: The gap between research and practice. *Acta Oncologica*, 41(3), 238-243. doi: 10.1080/02841860260088773
- Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys* 6(3), 439-453. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3326657/>
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D. R., Watson, M., Roberston, B. M., Mason, A., Rowden, L., Law, M. G., & Bliss, J. M. (1993). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680. doi: 10.1136/bmj.304.6828.675
- Griffin, A., & May, V. (2012). Narrative analysis and interpretative phenomenological analysis. In C. Seale (Ed.), *Researching society and culture* (pp. 441-458). Sage.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass.
Retrieved September 12, 2020, <https://www.gwern.net/docs/sociology/1981-guba-effectiveevaluation.pdf>
- Hammarberg, K., Kirkman, M., & Lacey, S. 2016. Qualitative research methods: When to use them and how to judge them. *Human Reproduction*, 31(3), 498-501.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>
- Hancock, M. E., Amankwaa, L., Revell, M. A., & Mueller, D. (2016). Focus group data saturation: A new approach to data analysis. *The Qualitative Report*, 21(11), 2124-2130.
Retrieved September 16, 2020, from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss11/13>
- Harriss, D., MacSween, A., & Atkinson, G. (2017). Standards for ethics in sport and exercise science research: 2018 Update. *International Journal of Sports Medicine*, 38(14), 1126-1131. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124001>
- Hay, J. (2019). Educational psychology as the intersection between philosophy and educational psychology. In I. Eloff, & E. Swart (Eds.), *Understanding educational psychology* (p. 10). Juta.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Context Press.
- Hays, D. G., & Singh, A. A. (2012). *Qualitative inquiry in clinical and educational settings*. The Guilford Press.
- Heppner, P. P., Kivlighan, D. M., & Wampold, B. E. (1992). *Research design in counselling*. Brooks/Cole.
- Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., & Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: Development of a

- brief cancer-related worry inventory. *Psycho-Oncology*, 17, 1172-1179. doi:
10.1002/pon.1348
- Holland, J. C. & Rowlands, J. H. (1989). *Handbook of psycho-oncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- Holland, J. C. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 3-15). Oxford University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, J. C. (2004). IPOS Sutherland memorial lecture: An international perspective on the development of psychosocial oncology: Overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. *Psycho-Oncology*, 13, 445-459.
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Loscalzo, M. J., Jacobsen, P. B., McCorkle, R., & Butow, P. N. (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press.
- Holland, J., & Weiss, T. (2010). History of psycho-oncology. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 312). Oxford University Press.
- Hui, D., & Bruera, E. (2016). Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 13(3), 159-171. doi: 10.1038/nrclinonc.2015.201
- Hutchison, S. D., Steginga, S. K., & Dunn, J. (2006). The tiered model of psychosocial intervention in cancer: A community-based approach. *Psycho-Oncology*, 15(6), 541-546. doi: 10.1002/pon.973
- Imenda, S. (2014). Is there a conceptual difference between theoretical and conceptual frameworks? *Journal of Social Sciences*, 38(2), 185-195. doi:
10.1080/09718923.2014.11893249

- Jackson, K. (2014). Grieving chronic illness and injury – infinite losses. *Social Work Today*, 14(4), 18. Great Valley Publishing Company. Retrieved September 13, 2020, from <https://www.socialworktoday.com/archive/070714p18.shtml>
- Jana, S. (2020). *Family relationship: Why is it important and how to build it?* Mom Junction. Retrieved November 11, 2020, from https://www.momjunction.com/articles/family-relationship_00460134/
- Jansen, C. E., Cooper, B. A., Dodd, M. J., & Miaskowski, C. A. (2011). A prospective longitudinal study of chemotherapy-induced cognitive changes in breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1647-1656. doi: 10.1007/s00520-010-0997-4
- John, C. C., Black, M. M., & Nelson, C. A. (2018). Neurodevelopment: The impact of nutrition and inflammation during early to middle childhood in low resource setting. *Pediatrics*, 139(1), 59-71. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2828H>
- Kagee, A., Roomaney, R., & Knoll, N. (2018). Psychosocial predictors of distress and depression among South African breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27(3), 908-914. <https://doi.org/10.1002/pon.4589>
- Kahlor, L. (2010). PRISM: A planned risk information seeking model. *Health Communication*, 25, 345-56. doi: 10.1080/10410231003775172
- Kaushik, V., & Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a research paradigm and its implication for social work research. *Social Science*, 8, 255. <https://doi.org/10.3390/socsci8090255>
- Kay, L. (2019). Guardians of research: Negotiating the strata of gatekeepers in research with vulnerable participants. *Practice*, 1(1), 37-52. doi: 10.1080/25783858.2019.1589988
- Kerr, C. (2010). Assessing and demonstrating data saturation in qualitative inquiry supporting patient-reported outcomes research. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10(3), 269-281. doi:10.1586/erp.10.30

- Kim, E., Kim, S., & Lee, Y. (2015). Resilience and related factors for patients with breast cancer. *Asian Oncology Nursing*, 15, 193-202.
- Kim, J. H., Yang, Y., & Hwang, E. S. (2015). The effectiveness of psychoeducational interventions focused on sexuality in cancer. *Cancer Nursing*, 38(5), E32-E42. doi: 10.1097/NCC.0000000000000212
- Kim, Y., Yen, I., & Rabow, M. (2012). Comparing symptom burden in patients with metastatic and nonmetastatic cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 19(1), 64-68. doi: 10.1089/jpm.2011.0456
- Kimberly, M., Wesley, M. A., Zelikovsky, N., & Schwartz, L. A. (2013). Physical symptoms, perceived social support, and affect in adolescents with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(4), 451-467. doi: [10.1080/07347332.2013.798761](https://doi.org/10.1080/07347332.2013.798761)
- Kitzinger, J. (2006). Focus groups. In C. Pope, & N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care* (3rd ed., pp. 21-31). Blackwell.
- Koonin, M. (2014). Validity and reliability. In F. du-Plooy-Cilliers, C. Davis, & R. M. Bezuidenhout (Eds.), *Research matters* (pp. 252-261). Juta.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research*. (3rd ed.). Sage.
- Kulendran, M., Leff, D. R., Kerr, K., Tekkis, P. P., Athanasiou, T., & Darzi, A. (2013). Global cancer burden and sustainable health development. *Lancet*, 381(9865), 427-429. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60138-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60138-5)
- Lally, R. M., Bellavia, G., Gallo, S., Kupzyk, K., Helgeson, V., Brooks, C., Erwin, D., & Brown, J. (2019). Feasibility and accepting of caring, guidance web-based, distress self-management, psychoeducational program initiated within 12 weeks of breast cancer diagnosis. *Journal of Psycho-Oncology*, 28(4), 888-896. <https://doi.org/10.1002/pon.5038>

- Landmann, W. A. (2011). *Die sin van 'n historiese aanloop in die uitvoering van 'n navorsingsontwerp* [Lecture]. Retrieved April 27, 2020, from <http://www.landmanwa.co.za/lesing13.htm>
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13-22. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin
- Larcombe, I., Mott, M., & Hunt, L. (2002). Lifestyle behaviours of young adult survivors of childhood cancer. *British Journal of Cancer*, 87(11), 1204-1209. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600632>
- Leano, A., Korman, M. B., Goldberg, L., & Ellis, J. (2019). Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(2), 141-146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148714/>
- Li, P., Guo, Y. J., Tang, Q., & Yang, L. (2018). Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: A meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e2937. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1920.2937>
- Liao, M. N., Chen, S. C., Lin, Y. C., Chen, M. F., Wang, C. H., & Jane, S. W. (2014). Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomised quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 390-399. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.007>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Locke, L. F., Spirduso, W. W., & Silverman, S. J. (2000). *Proposals that work: A guide for planning dissertations and grant proposals* (4th ed.). Sage.
- Lomas, T., Hefferon, K., & Ivztan, I. (2014). *Applied positive psychology: Integrated positive practice*. Retrieved September 19, 2020, from <http://dx.doi.org/10.4135/9781473909687.n3>

- Ludolph, P., Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I., & Lieb, K. (2019). Interventions to promote resilience in cancer patients. *Deutsches Arzteblatt International*, *116*, 865-872. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0865>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *4*, 205-225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Macaskill, A. (2016). Review of positive psychology applications in clinical medical populations. *Healthcare*, *4*(3), 66. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030066>
- MacDonald, A. (2015). *The mental and emotional challenges of surviving cancer* [Blog post]. Retrieved April 20, 2020, from <https://www.health.harvard.edu/blog/the-mental-and-emotional-challenges-of-surviving-cancer-201103282146>
- Made, F., Wilson, K., Jina, R., Tlotleng, N., Jack, S., Ntlebi, V., & Kootbodien, T. (2017). Distribution of cancer mortality rates by province in South Africa. *Cancer Epidemiology*, *51*, 56-61. Retrieved November 15, 2020, from <https://www.nioh.ac.za/distribution-of-cancer-mortality-rates-by-province-in-south-africa/>
- Mahdian, Z., & Ghaffari, M. (2016). The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *18*(3), 130-138. Retrieved November 13, 2020, from https://www.researchgate.net/publication/311451156_The_mediating_role_of_psychological_resilience_and_social_support_on_the_relationship_between_spiritual_well-being_and_hope_in_cancer_patients
- Mahendran, R., Chua, S. M., Lim, H. A., Yee, I. J., Tan, J. Y. S., Kua, E. H., & Griva, K. (2016). Biopsychosocial correlates of hope in Asian patients with cancer: a systematic review. *BMJ Open*, *6*(10), e012087. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012087

- Maphumulo, W. T., & Bhengu, B. R. (2019). Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid: A critical review. *Curationis*, 42(1), e1-e9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1901>
- Maree, K. (2016). Planning a research proposal. In K. Maree (Ed.), *First steps in research* (2nd ed., pp. 23-47). Van Schaik.
- Maree, K., & Pietersen, V. L. (2007). First steps in research. In J. W. Creswell, L. Ebersohn, I. Eloff, R. Ferreira, N. V. Ivankova, J. D. Jansen, J. Nieuwenhuis, V. L. Pietersen, V. L. Plano Clark, & C. van der Westhuizen (Eds.), *First steps in research sampling* (pp. 214-223). Van Schaik.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research* (6th ed.). Sage.
- Maslow, A. H. (1950). Self-actualizing people: A study of psychological health. *Personality, Symposium 1*, 11-34. http://knowthyself.nfshost.com/pages/books/maslow_self-actualization.html
- Massie, M. J., & Holland, C. (1992). The cancer patient with pain: Psychiatric complications and their management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(2), 99-109. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(92\)90121-W](https://doi.org/10.1016/0885-3924(92)90121-W)
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23, 21-30. doi: 10.1007/s11136-013-0460-3
- Maxwell, J. (2012). The importance of qualitative research for causal explanation in education. *Qualitative Inquiry*, 18(8), 649-655. doi: 10.1177/1077800412452856.
- Mayan, M. J. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals*. International Institute for Qualitative Methodology.

- Mazza, R., & Berré, A. (2007). Focus group methodology for evaluating information visualization techniques and tools. In *Information Visualization* (pp. 74-80). 11th International Conference (IEEE 2007), Zurich. Retrieved September 16, 2020, from <https://www.semanticscholar.org/paper/Focus-Group-Methodology-for-Evaluating-Information-Mazza-Berre/73f156c5fbb01347dc27c0c986ae167232478e3e>
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003) Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 361(9369), 1603-1607. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13310-7
- McDonald, S. M. (2012). Perception: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(1), 2-9. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.2047-3095.2011.01198.x>
- McDonnell, S., & Lynch, S. A. (2004). Who supports the support workers? Cross-sectional survey of support workers' experience and views. *European Journal of Human genetics*, 12(3), 251-254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14735160/>
- McFadyen, J., & Rankin, J. (2016). The role of gatekeepers in research: Learning from reflexivity and reflection. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1), 82-88. doi: 10.5176/2345-718X_4.1.135
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51(5), 657-668. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00014-9
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2017). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75-82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and Implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.

- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *An expanded sourcebook: Qualitative data analysis*. Sage.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford University Press.
- Moorey, S., & Greer, S. (2012). *Oxford guide to CBT for people with cancer* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Movahedi, M., Movahedi, Y., & Farhadi, A. (2015). Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *Journal of Holistic Nursing Midwifery*, 25(2), 84-92. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-463-en.html>
- Mukhari, S. S., & Hugo, A. J. (2017). Die leerteorieë onderliggend aan inligting en kommunikasietegnologie waarvan onderwysers kennis moet dra. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Natuurwetenskap en Tegnologie*, 36(1), a1478. <https://doi.org/10.4102/satnt.v36i1.1478>
- Mulder, P. (2019). *Snyder's hope theory* [Blog post]. Retrieved November 15, 2020, from <https://www.toolshero.com/personal-development/snyder-hope-theory/>
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of Life Research*, 14(8), 1825-1833. doi: 10.1007/s11136-005-4324-3.
- Nagle, B., & Williams, N. (2013). *Methodology brief: Introduction to focus groups*. Retrieved November 15, 2020, from <http://www.uncfsp.org/projects/userfiles/File/FocusGroupBrief.pdf>

- Naidoo, Y. (2017). *KZN cancer patients' right to healthcare has been violated: SAHRC* [Blogpost]. Retrieved September 15, 2020, from <https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2017-06-19-kzn-cancer-patients-right-to-healthcare-has-been-violated-sahrc/>
- Nall, R. (2020). *What to know about cancer* [Blog post] Retrieved September 15, 2020, from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323648>
- National Cancer Institute. (2015). *Cancer staging*. Retrieved November 12, 2020, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
- National Cancer Institute. (2015). *Types of cancer treatment*. Retrieved April 6, 2020, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>
- National Cancer Institute. (2015). *What is cancer?* Retrieved September 12, 2020, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- National Cancer Institute. (2019). Cancer patient. In *Dictionary of cancer terms*. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/>
- National Cancer Institute. (2019). Diagnosis. In *Dictionary of cancer terms*. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/>
- National Cancer Institute. (2019). Oncologist. In *Dictionary of cancer terms*. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/>
- National Cancer Institute. (2019). Psycho-oncology. In *Dictionary of cancer terms*. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/>
- National Institute for Communicable Diseases. (2020). *National cancer registry: Cancer statistics*. Retrieved September 16, 2020, from <https://www.nicd.ac.za/centres/national-cancer-registry/>
- National Planning Commission (South Africa). (2011). *National development plan: Vision for 2030*. Retrieved December 5, 2020, from <https://www.gov.za/issues/national-development-plan-2030>

- Naughton, M. J., & Weaver, K. E. (2014). Physical and mental health among cancer survivors: Considerations for long-term care and quality of life. *North Carolina Medical Journal*, 75(4), 283-286. doi: 10.18043/ncm.75.4.283
- Nekolaichuk, C. L., Jevne, R. F., & Maguire, T. O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine*, 48(5), 591-605.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00348-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00348-7)
- Neuman, L. W. (2011). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7th ed.). Allyn and Bacon.
- Ngulube, P. (2015). Qualitative data analysis and interpretation: Systematic search for meaning. In E. R. Mathipa, & M. T. Gumbo (Eds.), *Addressing research challenges: Making headway for developing researchers* (pp. 131-156). Mosala-Masedi Publishers. doi: 131-156. 10.13140/RG.2.1.1375.7608
- Nieuwenhuis, J. (2007). Qualitative research designs and data gathering techniques. In K Maree (Ed.), *First steps in research* (pp. 70-92). Van Schaik.
- Nieuwenhuis, J. (2016). Introducing qualitative research. In K. Maree, (Ed.), *First steps in research* (2nd ed., pp. 50-70). Van Schaik.
- Northouse, L., Schafenacker, A., Barr, K. L., Katapodi, M., Yoon, H., Brittain, K., Song, L., Ronis, D. L., & An, L. (2014). A tailored web-based psychoeducational intervention for cancer patients and their family caregivers. *Cancer Nursing*, 37(5), 321-330. doi: 10.1097/NCC.0000000000000159
- Nyumba, T. O., Wilson, K. A., Derrick, C., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1). <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12860>
- Oliver, P. (2019). The concept of lifelong learning. In P. Oliver (Ed.), *Lifelong and continuing education: What is a learning society* (n.p). Routledge Revivals.

- Orom, H., Nelson, C. J., Underwood, W., Homish, D. L., Kapoor, D. A., & Patton, M. Q. (2015). Factors associated with emotional distress in newly diagnosed prostate cancer patients. *Psycho-Oncology*, *24*, 1416-1422. doi: 10.1002/pon.375.1
- Pam, M. S. N. (2013). Faith. In *Psychology Dictionary.org*. Retrieved December 11, 2020, from <https://psychologydictionary.org/faith/>
- Pam, M. S. N. Social support. In *Psychology Dictionary.org*. Retrieved December 11, 2020, from <https://psychologydictionary.org/faith/>
- Patton, M. (2015). *Qualitative research and evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Sage.
- Pavlopoulou, A., Spandidos, D. A., & Michalopoulos, I. (2015). Human cancer databases (review). *Oncology Reports*, *33*, 3-18. <https://doi.org/10.3892/or.2014.3579>
- Peh, C. X., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2016). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer*, *24*, 1955-1962. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2989-x>
- Peterson, C., Park, N., & Sweeney, P.J. (2008). Group well-being: Morale from a positive psychology perspective. *Applied Psychology*, *57*, 19-36. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00352.x
- Pillay, A. L. (2001). Psychological symptoms in recently diagnosed cancer patients. *South African Journal of Psychology*, *31*(1), 14-18.
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, *9*, 1023-1028. <https://doi.org/10.2147/OTT.S100685>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: Breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1872-1879. <https://doi.org/10.1002/pon.3230>
- Punch, K. F. (2009). *Introduction to research methods in education*. Sage.
- Ramutumbu, N. J., Ramathuba, D. U., & Maputle, M. S. (2020). Unmet psychosocial care needs of the oncology patients in a South African rural setting. *Journal of Psychology in Africa*, 30(1), 58-63. doi: 10.1080/14330237.2020.1712804
- Rasmussen, H. N., O'Byrne, K. K., Vandamente, M., & Cole, B. P. (2017). Hope and physical health. In M. W. Gallagher, & S. Lobes (Eds.), *The Oxford handbook of hope* (pp. 159-168). Oxford University Press.
- Rawdin, B., Evans, C., & Rabow, M. W. (2013). The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. *Journal of Palliative Medicine*, 16(2). doi: 10.1089/jpm.2012.0223
- Rogiers, A., Merchie, E., De Smedt, F., De Backer, L., & Van Keer, H. (2020). A lifespan developmental perspective on strategic processing. In D. L. Dinsmore, L. K. Fryer, & M. M. Parkinson (Eds.), *Handbook of strategies and strategic processing* (pp. 47-62). Routledge.
- Rolfe, G., Freshwater, D., & Jasper, M. (2001). Models of critical reflection. In Rolfe, G., Freshwater, D., & Jasper, M. (Eds.), *Critical reflection for nursing and the helping professions* (pp. 22-40). Palgrave.
- Roth, A. J., Carter, J., & Nelson, C. J. (2010). Sexuality after cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2nd ed., pp. 245-250). Oxford University Press.

- Rutten, L. J., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2003). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Education and Counselling*, 57, 250-261. doi: 10.1016/j.pec.2004.06.006
- Sajjadi, M., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Brant, J., & Majd, H. A. (2016). Lived experiences of “illness uncertainty” of Iranian cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(4), 1-9. doi: 10.1097/NCC.0000000000000282
- Sanjida, S., McPhail, S. M., Shaw, J., Couper, J., Kissane, D., Price, M. A., & Janda, M. (2018). Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2063-2076. doi: 10.1002/pon.4794
- Sartorius, K., Sartorius, B., Govender, P. S., Sharma, V., & Sherriff, A. (2016). The future cost of cancer in South Africa: An interdisciplinary cost management strategy. *South African Medical Journal*, 106(10), 949-950. doi: 10.7196/SAMJ.2016.v106i10.11375
- Sautier, L., Mehnert, A., Höcker, A., & Schilling, G. (2014). Participation in patient support groups. *European Journal of Cancer Care*, 23, 140-148. doi: 10.1111/ecc.12122
- Scheffold, K., Mehnert, A., Muller, V., & Koch-Gromus, U. (2014). Sources of meaning in cancer patients – influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 472-480.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12152>
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J., Dassen, T., & Van den Borne, B. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 260-266.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.11.00>
- Schou-Bredal, I., Kåresen, R., Smeby, N. A., Espe, R., Sørensen, E., Amundsen, M., Aas, H., & Ekeberg, Ø. (2014). Effects of a psychoeducational versus a support group intervention in

- patients with early-stage breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 37(3), 198-207. doi: 10.1097/NCC.0b013e31829879a3
- Schurink, W., Fouché, C. B., & De Vos, A. S. (2011). Qualitative data analysis and interpretations. In A. S. de Vos, H. Strydom, C. B. Fouché, & C. S. L. Delpont (Eds.), *Research at grass roots. To the social sciences and human service professions* (4th ed., pp. 397-423). Van Schaik.
- Schütz, E. (2020). *Cancer care in the public sector: Are things getting better? HEALTH 24* [Blogpost]. Retrieved December 18, 2020, from <https://www.news24.com/health24/medical/cancer/cancer-care-in-the-public-sector-are-things-getting-better-20201209>
- Scioli, A., Ricci, M., Nyugen, T., & Scioli, E. R. (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 78-97. <http://hopeoptimism.com/resources/hope-its-nature-and-measurement>
- Scioli, A., Scioli-Salter, E. R., Sykes, K., Anderson, C., & Fedele, M. (2016). The positive contributions of hope to maintaining and restoring health: An integrative, mixed-method approach. *The Journal of Positive Psychology*, 11, 135-148. doi: 10.1080/17439760.2015.1037858
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208>
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, 57, 3-18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55, 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sheinfeld, G. S., Krebs, P., Badr, H., Janke, E. A., Jim, H. S., Spring, B., Mohr, D. C., Berendsen, M. A., & Jacobsen, P. B. (2012). Meta-analysis of psychosocial interventions

- to reduce pain in patients with cancer. *Clinical Oncology*, 30(5), 539-47. doi: 10.1200/JCO.2011.37.0437
- Shepard, L. (2000). The role of assessment in a learning culture. *Educational Researcher*, 29(7), 4-14.
<https://www.eduhk.hk/obl/files/The%20role%20of%20assessment%20in%20a%20learning%20culture.pdf>
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research* (2nd ed.). Sage.
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology; some ethical challenges. *Quality and Quantity*, 53, 3003-3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: Specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Surviving*, 4(4), 361-371.
- Singh, E., Ruff, P., Babb, C., Sengayi, M., Beery, M., Khoali, L., & Underwood, J. M. (2015). Establishment of a cancer surveillance programme: The South African experience. *Lancet Oncology*, 16(8), e414-21. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00162-X
- Skerman, H. M., Yates, P. M., & Battistutta, D. (2012). Cancer-related symptom clusters for symptom management in outpatients after commencing adjuvant chemotherapy, at 6 months, and 12 months. *Support Care Cancer*, 20(1), 95-105. doi: 10.1007/s00520-010-1070-z
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press.
- Snyder, C. R. (2000). The past and future of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11-28. doi: 10.1521/jscp.2000.19.1.11
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01

- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). The future of positive psychology: A declaration of independence. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 751-767). Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. In C. R. Snyder, S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). Oxford University Press.
- South African Society of Clinical and Radiation Oncology. (2018). In the SASCRO orbit – SAJO Q1. http://sascro.org/wp-content/uploads/2015/12/sascro_newsletter24.pdf
- Spiegel D. (2012). Mind matters in cancer survival. *Psycho-Oncology*, 21(6), 588-593. <https://doi.org/10.1002/pon.3067>
- Stefan, D. C. (2015). Cancer care in Africa: An overview of resources. *Journal of Global Oncology*, 1(1), 30-36. <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JGO.2015.000406>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Applied social research methods series: Vol. 20. Focus groups: Theory and practice* (2nd ed.). Sage.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic perspective*. J.B. Lippencott Company.
- Strydom, H. (2011). Ethical aspects of research in the social sciences and human service professions. In A. S. de Vos, H., Strydom, C. B., Fouche, & C. S. L. Delport (Eds.), *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions* (4th ed.). Van Schaik.
- Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M., & Carlson, L. E. (2012). Who benefits from psychosocial interventions in oncology? A systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *Journal of Behavioural Medicine*, 35(6), 658-673. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-012-9398-0>

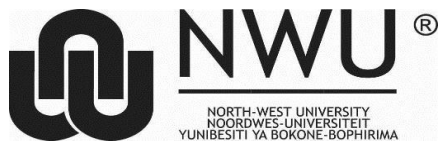
- Tausch, A.P., & Menold, N. (2016). Methodological aspects of focus groups in health research: Results of qualitative interviews with focus group moderators. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-12. doi: 10.1177/2333393616630466
- Titler M. G., Shuman, C., Dockham, B., Harris, M., & Northouse, L. (2020). Acceptability of a dyadic psychoeducational intervention for patients and caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 47(3), 342-351. doi: 10.1188/20.ONF.342-351
- Titler, M. G., Visovatti, M. A., Shuman, C., Ellis, K. R., Banerjee, T., Dockham, B., Yakusheva, O., & Northouse, L. (2017). Effectiveness of implementing a dyadic psychoeducational intervention for cancer patients and family caregivers. *Support Cancer Care*, 25, 3395-3406. doi: 10.1007/s00520-017-3758-9
- Trachtenberg, F., Dugan, E., & Hall, M.A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care: trust in the medical profession is associated with greater willingness to seek care and follow recommendations. *Journal of Family Practice*, 54(4), 344-352.
- Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Baider, L., Connor, S., & Fingeret, M. (2017). 2015 President's Plenary International Psycho-oncology Society: Psychosocial care as a human rights issue – challenges and opportunities. *Psycho-Oncology*, 26(4), 563-569. doi: 10.1002/pon.4209
- UK Essays. (2018). *What is the good life philosophy essay?* Retrieved September 16, 2020, from <https://www.ukessays.com/essays/philosophy/what-is-the-good-life-philosophy-essay.php?vref=1>
- United Nations. (2020). *Department of Economic and Social Affairs: Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.* Retrieved November 18, 2020, from <https://sdgs.un.org/goals/goal3>

- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.8.3569
- Van der Walt, J. L., & Oosthuizen, I. J. (2008). A possible alternative approach to learner discipline. *Tydskrif vir Geesteswetenskappe*, 48(3), 374-388.
<http://www.scielo.org.za/pdf/tvg/v48n3/08.pdf>
- Van Dyk, J. (2018). *Cancer treatment in the North West is impossible*. BHEKISISA Centre for Health Journalism. Retrieved September 15, 2020, from
<https://www.bhekisisa.org/article/2018-06-01-00-cancer-treatment-in-the-north-west-is-impossible/>
- Van Wyk, M. (2015). *Educational research: An African approach*. Oxford University Press.
- Venter, M. (2014). *Cancer patients' and health care professionals' perceptions and experiences of cancer treatment and care in South Africa*. (Unpublished doctoral dissertation). North-West University.
- Visser, L. (2006). *CHOC's guide for parents: A parents' guide to childhood cancer and life-threatening blood disorders*. Childhood Cancer Foundation South Africa.
- Weis, J. (2015) Psychosocial care for cancer patients. *Breast Care*, 10, 84-86. doi: 10.1159/000381969
- Weis, J., Hönig, K., Bergelt, C., Faller, H., Brechtel, A., Hornemann, B., Stein, B., Teufel, M., Goerling, U., Erim, Y., Geiser, F., Niecke, A., Senf, B., Wickert, M., Schmoor, C., Gerlach, A., Schellberg, D., Büttner-Teleaga, A., & Schieber, K. (2018). Psychosocial distress and utilization of professional psychological care in cancer patients: An observational study in National Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Germany. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2847-2854. <https://doi.org/10.1002/pon.4901>

- Wesley, K. M., M. A., Zelikovsky, N., & Schwartz, L. A. (2013). Physical symptoms, perceived social support, and affect in adolescents with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(4), 451-467. doi: 10.1080/07347332.2013.798761
- Windschitl, M. (2002). Framing constructivism in practice as the negotiation of dilemmas: An analysis of conceptual, pedagogical, cultural, and political challenges facing teachers. *Review of Educational Research*, 72(2), 131-175.
<https://doi.org/10.3102/00346543072002131>
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69-81. doi: 10.1037/a0022511
- Woodward, K. (2015). *Psychosocial studies: An introduction*. Routledge.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2014-2020*. Retrieved November 13, 2020, from
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- World Health Organization. (2018). *Key facts: Cancer*. Retrieved September 16, 2020, from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Retrieved September 18, 2020, from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. *Cancer country profile*. Retrieved December 7, 2020, from
https://www.who.int/cancer/country-profiles/ZAF_2020.pdf?ua=1
- Writing, A. (2019). *Chron: Advantages & disadvantages of a focus group*. Retrieved September 16, 2020, from <http://smallbusiness.chron.com/advantages-disadvantages-focus-group-784.html>
- Wu, P. H, Chen, S. W., Huang, W. T., Chang, S. C., & Hsu, M. C. (2018). Effects of a psychoeducational intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Research*, 26(4), 266-279. doi: 10.1097/jnr.0000000000000252

Yue, H. J., & Dimsdale, J. E. (2010). Management of specific symptoms: Sleep and cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2nd ed., pp. 258-269). Oxford University Press.

Bylaag A: Etiekklaring



Dr W van der Merwe
Educational Psychology
ROE

Private Bag X6001, Potchefstroom
South Africa 2520

Tel: 018 299-1111/2222
Web: <http://www.nwu.ac.za>

**Health Sciences Ethics Office for Research,
Training and Support**

**North-West University Health Research Ethics
Committee (NWU-HREC)**

Tel: 018-299 2092
Email: wayne.towers@nwu.ac.za

10 December 2020

Dear Dr van der Merwe

APPROVAL OF DOCUMENTS SUBMITTED DURING THE PROGRESS OF THE STUDY

Ethics number: NWU-00478-20-A1

Kindly use the ethics reference number provided above in all future correspondence or documents submitted to the administrative assistant of the North-West University Health Research Ethics Committee (NWU-HREC).

Study title: Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning

Study leader: Dr W van der Merwe

Student: D Beck - 31220827

Application type: Single study

Risk level: Medium (monitoring report required six-monthly)

Expiry date: 28 February 2022

You are kindly informed that the following documentation, as was submitted to the NWU-HREC, as per the conditions set in your approval letter, was reviewed by the designated reviewers:

- a. A copy of the goodwill permission letter from Business Suites Bloemfontein, granting access to their facility..

The reviewers have indicated that the submitted documents are acceptable and that you as the researcher can proceed with implementing the aforementioned documentation in your approved project, once you have obtained permission to continue with the study as indicated below.

Please note: Due to the nature of the study i.e. (face-to-face focus group discussions with cancer patients in remission within the Bloemfontein area), this study will be able to proceed during the current alert level, following receipt of the approval letter. No additional COVID-19 restrictions have been placed on the study other than the COVID-19 risk mitigation strategies that have been indicated in the application. The researcher must also ensure that before proceeding with the study that all research team members have reviewed the North-West University COVID-19 Occupational Health and Safety Standard Operating Procedure.

We wish you the best as you conduct your research. If you have any questions or need further assistance, please contact the Faculty of Health Sciences Ethics Office for Research, Training and Support at Ethics-HRECApply@nwu.ac.za.

Yours sincerely

Digitally signed
by Wayne Towers
Date: 2020.12.10
21:21:30 +02'00'

Head of Health Sciences Ethics Office for Research, Training and Support

Current details: (23239522) G:\My Drive\9. Research and Postgraduate Education\9.1.5.3 Letters Templates\9.1.5.4.1_In-Progress_Approval_letter_HREC.docm
30 April 2018

File reference: 9.1.5.4.1

Bylaag B: Ingeligte toestemming



Private Bag X1290, Potchefstroom
South Africa 2520
Tel: +2718 299-1111/2222
Fax: +2718 299-4910
Web: <http://www.nwu.ac.za>

NWU- HREC Approval	Date: 2020.12.0 3 16:20:51 +02'00'
NWU-HREC Stempel	

INGELIGTE TOESTEMMINGS-DOKUMENTASIE VIR DEELNEMERS VAN DIE FOKUSGROEP

TITEL VAN DIE NAVORSINGSTUDIE:

Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning

ETIESE VERWYSINGNOMMER:

HOOFNAVORSER: Dr Wanda van der Merwe

NAGRAADSE STUDENT: Mnr Deon Beck

ADRES: Noordwes-Universiteit, Gebou c6, Kamer 235

KONTAKNOMMER: 072 446 1160

U word uitgenooi om deel te neem aan 'n **navorsingstudie** wat deel uitmaak van my magisterstudie in Opvoedkundige Sielkunde. Neem die tyd om die inligting wat hier gegee word, wat die besonderhede van hierdie studie verduidelik, te lees. Vra die navorsers of persoon wat die navorsing aan u verduidelik indien u vrae het oor enige gedeelte van hierdie studie wat u nie heeltemal verstaan nie. Dit is baie belangrik dat u heeltemal tevrede is en dat u goed verstaan waaroor hierdie navorsing gaan en hoe u daarby

NWU-HREC Informed Consent Form Template – February 2019

Page 1 of 7

betrokke kan wees. U deelname is ook **heeltemal vrywillig** en **dit staan u vry om te weier om deel te neem**. As u nee sê, sal dit u op geen wyse negatief beïnvloed nie. U kan ook op enige stadium van die studie onttrek, selfs al stem u nou in om daaraan deel te neem.

Hierdie studie is goedgekeur deur die **Gesondheidsnavorsingsetiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe van die Noordwes-Universiteit (NWU-00478- 20- S1)** en sal uitgevoer word volgens die etiese riglyne en beginsels van *Ethics in Health Research: Principles, Processes and Structures* (DvG, 2015) en ander internasionale etiese riglyne van toepassing op hierdie studie. Dit kan nodig wees dat lede van die navorsingsetiekkomitee of ander relevante persone die navorsingsrekords ondersoek.

Waaroor gaan hierdie navorsing?

- Ons beplan om kankerpatiënte se sienings van psigo-opvoedkundige intervensies tydens hul kankerreis te ondersoek.
- Hierdie navorsing sal gedurende 2020 gedoen word deur 'n navorser in MED Opvoedkundige Sielkunde.
- Die navorser is ook 'n geregistreerde berader, registrasienommer PRC 0035467, by die Raad vir Gesondheidsberoep in Suid-Afrika.
- Voorheen gediagnoseerde kankerpatiënte sal in die studie opgeneem word.

Waarom is u genooi om deel te neem?

- Ons het u as 'n kankeroorwinnaar wat tans twee jaar in volle remissie is, genooi om aan die studie deel te neem.
- Ons het u gevra om die bemiddelaar te kontak as u belangstel om aan die studie deel te neem. Sy is die onafhanklike persoon wat die aard en proses van die studie aan u verduidelik het. Sy het 'n ingeligte toestemmingsvorm aan u gegee, om op u eie gemak en tyd te lees. U het 'n week gehad om bemiddelaar, die navorser of die studieleier te kontak as u vrae het oor die studie of die ingeligte toestemmingsvorm.
- Ons wil hê dat u deel van die studie moet wees aangesien u 'n kankerdiagnose, behandeling en herstelproses ondergaan het. Hierdie waardevolle geleefde

ervaring sal ons 'n beter begrip van die psigo-opvoedkundige intervensies van kankerpatiënte gee en ons, as navorsers, van 'n holistiese datastel kan voorsien wat van groot waarde sal wees.

- U sal ongelukkig nie aan hierdie navorsing kan deelneem as u nie tussen 18 en 55 jaar oud is nie, nie die afgelope sewe jaar met kanker gediagnoseer is nie of tans kankerbehandeling kry en nog nie twee jaar lank in volle remissie is nie.

Wat sal van u verwag word?

- Daar sal van u verwag word om 60 tot 90 minute beskikbaar te wees om aan 'n fokusgroeponderhoud deel te neem. Hierdie bespreking sal in groepformaat wees met vyf ander deelnemers.
- 'n Klankopname sal van die fokusgroeponderhoud gemaak word om dit wat gesê word, akkuraat vas te lê. As u aan die studie deelneem, kan u te eniger tyd versoek dat die opname onderbreek word. U kan kies hoeveel of hoe min u tydens die onderhoud wil sê. U kan ook kies om die fokusgroep te eniger tyd te verlaat.

Sal u daarby baat om aan hierdie navorsing deel te neem?

- Daar is geen direkte gewin of voordele verbonde aan deelname aan hierdie studie nie.
- Daar sal egter indirekte gewin en voordele vir die gemeenskap as geheel wees om die waarde van psigo-opvoedkundige intervensie vir kankerpatiënte onder die loep te neem. Die deel van u siening van 'n geleefde ervaring kan ook leiding verskaf aan iemand anders wat hierdie reis onderneem.

Is daar risiko's verbonde aan u deelname aan hierdie navorsing, en wat sal gedoen word om dit te voorkom?

- Daar word nie voorsien dat deelname aan hierdie navorsing enige groot risiko's inhou nie. U deelname aan die navorsing kan egter gevoelens van emosionele ongemak wek wanneer u nadink oor u kankerreis, en daarom sal ons 'n sielkundige

beskikbaar hê om op die dag van die fokusgroeponderhoud die nodige emosionele ondersteuning aan u te verleen indien nodig.

- Deelname aan die navorsing hou meer voordele as risiko's vir u in.
- COVID 19-protokol word opgestel en sal aan u voorsien word met hierdie toestemmingsvorm.

Hoe sal ons vertroulikheid beskerm, en wie sal die bevindings sien?

- Die anonimiteit van die bevindings sal beskerm word deur u naam van enige datastelle te verwyder en dit met 'n deelnemernommer te vervang. Tydens 'n fokusgroeponderhoud kan anonimiteit en totale vertroulikheid ongelukkig nie gewaarborg word nie, maar al die deelnemers sal versoek word om mekaar te respekteer en die onderhoud vertroulik te hou.
- Alle data (hardekopie en elektronies) sal bewaar word in 'n geslote kluis en 'n wagwoordbeskernde eksterne hardeskyf in die navorsers se kantoor. Sodra die klankopnamedata getranskribeer is, sal die opgeneemde onderhoude uitgewis word. Slegs die navorsingspan (navorsers, studieleier en medestudieleier) sal toegang tot die getranskribeerde anonieme data hê. Na 'n tydperk van vyf jaar sal alle hardekopie- en elektroniese data vernietig word.

Wat sal met die bevindings gebeur?

- Die bevindings wat uit hierdie studie verkry word, sal gebruik word vir die doeleindes van hierdie studie en publikasies wat uit hierdie studie voortspruit.

Hoe sal u weet wat die resultate van hierdie navorsing is?

- Na voltooiing van die studie en nadat die proefskrif goedgekeur is, sal 'n opsomming van die belangrikste bevindings van die studie in die vorm van 'n inligtingsbrosjyre per e-pos aan die deelnemers gestuur word.

Sal u betaal word om aan hierdie studie deel te neem, en hou dit enige koste vir u in?

- U sal nie betaal word vir u deelname aan die studie nie, en daar sal geen persoonlike uitgawes vir u wees om aan die studie deel te neem nie. Ligte verversings (verseelde water en sjokolade) sal op die dag van die fokusgroeponderhoud aan u voorsien word. Vir u deelname aan die studie sal u

- ook 'n blyk van waardering ontvang in die vorm van 'n Woolworths-koopbewys van R50, aangesien geen verversings volgens die COVID-19-protokol bedien sal kan word nie.

Is daar nog iets wat u moet weet of doen?

- Kontak gerus die navorser, Deon Beck, by 082 292 3426, of die studieleier, dr Wanda van der Merwe, by 072 446 1160, indien u verdere vrae het of probleme ondervind.
- U kan ook die NWU-gesondheidsetiekkomitee kontak via mev. Carolien van Zyl by 018 299 1206 of carolien.vanzyl@nwu.ac.za indien u enige vrae of klagtes oor die navorsing het.
- U sal 'n afskrif van hierdie inligting- en toestemmingsvorm ontvang om vir u eie rekords te hou.

Verklaring deur deelnemer

Deur hier onder te teken, stem ek,, in om deel te neem aan die navorsingstudie getiteld:

Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning.

Ek verklaar soos volg:

- Ek het hierdie inligting gelees of dit is aan my verduidelik deur 'n betroubare persoon in 'n taal waarin ek vlot is en waarmee ek gemaklik is.
- Die navorsing is behoorlik aan my verduidelik.
- Ek het 'n kans gehad om vrae te stel aan die navorser sowel as die persoon wat die toestemming van my verkry het, en al my vrae is beantwoord.
- Ek verstaan dat deelname aan hierdie studie **vrywillig** is en dat ek nie onder druk geplaas is om daaraan deel te neem nie.
- **Ek kan kies om die studie te eniger tyd te verlaat en sal nie negatief hanteer word as ek dit sou doen nie.**
- Ek kan gevra word om die studie te verlaat voordat dit voltooi is as die navorser van mening is dat dit in die beste belang van die studie is of as ek nie die studieplan, soos ooreengekom, volg nie.

Geteken by (*plek*) op (*datum*) 20.....

.....
Handtekening van deelnemer

.....
Handtekening van getuie

Verklaring deur die persoon wat toestemming verkry

Ek (*naam*),, verklaar die volgende:

- Ek het die inligting in hierdie dokument aan verduidelik.
- Ek het nie 'n tolk gebruik nie.
- Ek het hom/haar aangemoedig om vrae te stel en voldoende tyd geneem om dit te beantwoord.
- Ek is tevrede dat hy/sy al die aspekte van die navorsing, soos hierbo bespreek, voldoende verstaan.
- Ek het hom/haar tyd gegee om dit met ander te bespreek as hy/sy dit sou wou doen.

Geteken by (*plek*) op (*datum*) 20.....

.....
Handtekening van die persoon wat toestemming verkry

Verklaring deur navorser

Ek (*naam*) verklaar soos volg:

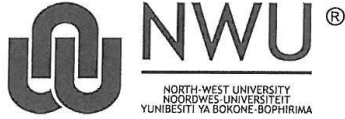
- Ek het die inligting in hierdie dokument aan verduidelik.
- Ek het nie 'n tolk gebruik nie.

- Ek het hom/haar aangemoedig om vrae te stel en voldoende tyd geneem om dit te beantwoord.
- Ingeligte toestemming is deur 'n onafhanklike persoon verkry.
- Ek is tevrede dat hy/sy al die aspekte van die navorsing, soos hierbo beskryf, voldoende verstaan.
- Ek is tevrede dat hy/sy tyd gehad het om dit met ander te bespreek as hy/sy dit sou wou doen.

Geteken by (*plek*) op (*datum*) 20.....

.....

Handtekening van die navorser



Private Bag X1290, Potchefstroom
South Africa 2520
Tel: +2718 299-1111/2222
Fax: +2718 299-4910
Web: <http://www.nwu.ac.za>

NWU- HREC Approval	Date: 2020.12.0 3 16:20:14 +02'00'
NWU-HREC Stamp	

INFORMED CONSENT DOCUMENTATION FOR FOCUS GROUP PARTICIPANTS

TITLE OF THE RESEARCH STUDY:

Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning

ETHICS REFERENCE NUMBER:

PRINCIPAL INVESTIGATOR: Dr Wanda van der Merwe

POST-GRADUATE STUDENT: Mr Deon Beck

ADDRESS: North-West University, Building C6, Room 232

CONTACT NUMBER: 072 446 1160

You are being invited to take part in a **research study** that forms part of my master's study in Educational Psychology. Please take some time to read the information presented here, which will explain the details of this study. Please ask the researcher or person explaining the research to you if you have any questions about any part of the study that you do not fully understand. It is very important that you are fully satisfied and

clearly understand what this research is about and how you may be involved. Also, your participation is **entirely voluntary**, and **you are free to say no to participate**. If you say no, it will not affect you negatively in any way whatsoever. **You are also free to withdraw from the study at any point, even if you do agree to take part now.**

This study has been approved by the **Health Research Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences of the North-West University (NWU-00478- 20-S1)** and will be conducted according to the ethical guidelines and principles of *Ethics in Health Research: Principles, Processes and Structures* (DoH, 2015) and other international ethical guidelines applicable to this study. It might be necessary for the research ethics committee members or other relevant people to inspect the research records.

What is this research study all about?

- We plan to explore cancer patients' views of psycho-educational interventions during their cancer journey.
- This research will be conducted during 2020 by an MEd educational psychology researcher.
- The researcher is a registered counsellor, registration number PRC 0035467, with the Health Profession Council of South Africa.
- Previously diagnosed cancer patients will be included in the study.

Why have you been invited to participate?

- We invited you as a cancer survivor currently in full remission for two years, to participate in the study.
- We asked you to contact the mediator if you are interested to participate in the study. She is the independent person that explained the nature and process of the study to you. She has send you an informed consent form to read at your own convenience. You have a week to contact the mediator, the researcher or the study leader if you have any questions about the study or the informed consent form.
- We want you to be part of the study, as you have lived through a cancer diagnosis, treatment and recovery process. This valuable lived experience will provide us with

a better understanding of the value of psycho-educational interventions of cancer patients and will be able to provide us, as researchers, with a holistic data set that will be of immense value.

- You will unfortunately not be able to take part in this research if you are not between 18 and 55 years old, have not been diagnosed with cancer within the past seven years or if you are currently receiving cancer treatment and have not yet been in full remission for two years.

What will be expected of you?

- You will be expected to be available for 60 to 90 minutes to participate in a focus group interview. This discussion will be in a group format with five other participants.
- The focus group will be audio recorded to accurately capture what is said. If you participate in the study, you may request that the recording be paused at any time. You may choose how much or how little you want to speak during the focus group interview. You may also choose to leave the focus group at any time.

Will you gain anything from taking part in this research?

- There is no direct gain or benefit to you in participating in this study.
- There will, however, be indirect gains and benefits to the community as a whole by addressing the value of psycho-educational intervention for cancer patients. Furthermore, sharing your view of a lived experience may be a guiding light for someone embarking on this journey.

Are there risks involved in your taking part in this research, and what will be done to prevent them?

- No major risks are foreseen with regard to participating in this research. However, your participation in the research may evoke feelings of emotional discomfort when reflecting on your cancer journey, and therefore we will have a psychologist available to render the necessary emotional support to you when needed on the day of the focus group interview.
- There are more gains to you in joining this study than there are risks.
- COVID-19 protocol will be set and will be provided to you with this consent form.

How will we protect confidentiality, and who will see the findings?

- The anonymity of the findings will be protected by removing your name from any data sets and replacing it with a participant number. During the focus group interview, anonymity and total confidentiality can unfortunately not be guaranteed, but it will be requested from all participants who have lived through the same experience as you have, to respect one another and to keep the interview confidential.
- All data (hard copy and electronic) will be kept in safekeeping in a locked safe and a password-protected external disk in the researcher's office. Once the audio-recorded data have been transcribed, the recorded interviews will be erased. Only the research team (researcher, study leader and co-study leader) will have access to the transcribed anonymised data. After a period of five years, all hard copy and electronic data will be destroyed and deleted.

What will happen with the findings?

- The findings obtained from this study will be used for the purposes of this study and publications resulting from the study.

How will you know about the results of this research?

- We will share a summary of the most important findings on an information brochure that will be sent to you via email once the study has been completed and the dissertation has been approved.

Will you be paid to take part in this study, and does the study involve any costs for you?

- You will not be paid to participate in the study, and you will not incur any personal expenses by participating in the study. Light refreshments (sealed water and chocolate) will be provided to you on the day of the focus group interview, and a small token of appreciation will be given to you for participating in the study. This token of appreciation will be a R50 voucher from Woolworths, as refreshments may not be served in line with the COVID-19 protocol.

Is there anything else that you should know or do?

- You can contact the researcher, Deon Beck, at 082 292 3426 or the study leader, Dr Wanda van der Merwe, at 072 446 1160 if you have any further questions or any problems.
- You can also contact the NWU Health Research Ethics Committee via Mrs Carolien van Zyl at 018 299 1206 or carolien.vanzyl@nwu.ac.za if you have any concerns about the research that have not been addressed or if you have complaints about the research.
- You will receive a copy of this information and consent form for your own records.

Declaration by participant

By signing below, I,, agree to take part in the research study titled:

Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning.

I declare as follows:

- I have read this information, or it was explained to me by a trusted person in a language in which I am fluent and with which I am comfortable.
- The research was clearly explained to me.
- I have had a chance to ask questions to both the person getting the consent from me and the researcher, and all my questions have been answered.
- I understand that taking part in this study is **voluntary**, and I have not been pressured to participate in it.
- I may choose to leave the study at any time and will not suffer any negative consequences if I do so.
- I may be asked to leave the study before it has finished if the researcher feels it is in the best interest of the study or if I have not followed the study plan, as agreed to.

Signed at (*place*) on (*date*) 20.....

.....

Signature of participant

.....

Signature of witness

Declaration by the person obtaining consent

I (*name*),, declare as follows:

- I clearly and in detail explained the information in this document to
.....
- I did not use an interpreter.
- I encouraged him/her to ask questions and took adequate time to answer them.
- I am satisfied that he/she adequately understands all aspects of the research, as discussed above.
- I gave him/her time to discuss the research with others if he/she wished to do so.

Signed at (*place*) on (*date*) 20....

.....

Signature of the person obtaining consent

Declaration by researcher

I (*name*) declare as follows:

- I explained the information in this document to
.....
- I did not use an interpreter.
- I encouraged him/her to ask questions and took adequate time to answer them.

- Informed consent was obtained by an independent person.
- I am satisfied that he/she adequately understand all aspects of the research, as described above.
- I am satisfied that he/she had time to discuss the research with others if he/she wished to do so.

Signed at (*place*) on (*date*) 20.....

.....

Signature of researcher

COVID-19 PROTOCOL:

Lockdown Alert Level 1

We wish to bring the following under your attention when participating in the focus group:

- A sanitizer station will be positioned at the entrance of the building and all participants will be requested to please sanitize their hands before entering.
- Temperature checks will be conducted at the entrance of the building and any participant with a temperature of more than 37.8 °C will unfortunately not be able to partake in the focus group.
- All participants should wear a suitable face mask before entering the building. Sealed masks will be provided at the entrance if any of the participants are in need of one.
- The boardroom and the psychologist office will be sanitized prior to the focus group.
- The bathroom will also be sanitized and paper towels will be available.
- Only a maximum of 6 people are allowed in the boardroom due to social distancing regulations. Only the 5 participants and researcher will be allowed in the boardroom.
- Participants should keep their social distancing from each other at all times.
- Sanitizers would be placed around the boardroom for frequent sanitation.
- Each participant would be provided with their own pen at their designated seating station to be able to complete the needed documentation.
- A sealed bottle of water and a chocolate will be placed at each participant's seat.
- The psychologist is available in a separate sanitized office adjacent to the boardroom and a perspex screen would be placed between the psychologist and the participant.
- Due to Covid-19 regulation, unfortunately no refreshments will be served but a R50 Woolworths Café voucher will be given to each participant to refresh with a hot cup of coffee afterwards, as a token of appreciation for attending the focus group.



Bylaag D: Fokusgroeproete

Focus group route/ Fokus groep roete (60 to 90 minutes)

General structure of the focus group / Algemene struktuur van die fokusgroep

- **Introduction** – Deon Beck, MEd Educational Psychology student at the NWU and registered counsellor at the HPCSA. / **Inleiding** – Deon Beck, student in MEd Opvoedkundige Sielkunde aan die NWU en geregistreerde berader by die HPCSA.
- **The focus of the research** – Diagnosed cancer patients' views of psycho-educational intervention in psycho-oncological support. / **Die fokus van die navorsing** – Gediagnoseerde kanker pasiënte se sienings van psigo-opvoedkundige intervensie in psigo-onkologiese ondersteuning.
- **Informed consent** – Remember the consent form you have signed with the mediator to agree to the focus group discussion. The discussion will be audio recorded, and confidentiality will be maintained in the focus group. Participation is on a voluntary basis, and you can withdraw at any time. No harm will be done, and support is available if needed. Any questions? / **Ingeligte toestemming** – Onthou die toestemmingsvorm wat u met die bemiddelaar onderteken het om in te stem tot die fokusgroepbespreking. 'n Klankopname sal van die bespreking gemaak word, en vertroulikheid sal in die fokusgroepbespreking gehandhaaf word. Deelname is vrywillig, en u kan te eniger tyd onttrek. Geen skade sal aan u berokken word nie, en ondersteuning is beskikbaar indien nodig. Enige vrae?
- **Purpose of the study** – Today I would like to have a conversation with you about psycho-educational interventions during cancer treatment. I would like to get a better understanding of how you experienced and perceived the educational interventions you received during your diagnosis. / **Doel van die studie** – Vandag wil ek met u 'n gesprek voer oor psigo-opvoedkundige intervensies tydens kankerbehandeling. Ek wil 'n beter begrip kry van hoe u opvoedkundige intervensies ervaar en verstaan het tydens u diagnose.
- **Group rules (suggestions) / Groeprêls (voorstelle)**
 - First, let's all turn off our cell phones, so we are not interrupted. / Laat ons eers ons selfone afskakel sodat ons nie onderbreek word nie.
 - Only one person talking at a time, please. / Slegs een persoon praat op 'n slag.

- Please do not interrupt someone when he/she is talking. / Moet asseblief nie iemand onderbreek as hy/sy besig is om te praat nie.
- If you would like to say something, please signal by raising your hand and giving the number allocated to you today. / As u iets wil sê, beduie asseblief deur u hand op te steek en die nommer wat vandag aan u toegeken is, te gee.
- Please keep what is said here today confidential and please respect one another. / Hou dit wat hier vandag gesê word vertroulik en respekteer mekaar, asseblief.
- Any suggestions for other group rules? / Enige voorstelle vir ander groeprules?

- **Questions and answers / Vrae en antwoorde**

Are there any questions from your side before we start? Respond to participant questions. / Is daar enige vrae van u kant af voordat ons begin? Reageer op vrae van deelnemers.

- **Ice breaker / Ysbreker**

Please introduce yourself to the group and share what quote you would use to describe your cancer journey or describe something that you have stuck to during your journey. / Stel uself asseblief aan die groep voor en deel watter aanhaling u sal gebruik om u kankerreis te beskryf of beskryf iets waaraan u vasgehou het tydens u reis.

- **Focus group discussion / Fokusgroepbespreking**

See Focus group discussion / Sien Fokusgroepbespreking

- **Conclusion / Afsluiting**

Thank you for participating in the focus group discussion today. You have added value to this research study, and I will be in contact with you once I have feedback. / Ek wil u bedank vir u deelname aan hierdie fokusgroepbespreking van vandag. U het waarde aan die navorsing toegevoeg. Ek sal u kontak sodra ek terugvoer het.

Bylaag E: Fokusgroepbespreking

Focus group discussion / Fokusgroepbespreking

Ice breaker / Ysbreker

Please introduce yourself to the group and share what quote you would use to describe your cancer journey or describe something that you have stuck to during your journey. / Stel self asseblief aan die groep voor en deel watter aanhaling u sal gebruik om u kankerreis te beskryf of beskryf iets waaraan u vasgehou het tydens u reis.

A) What was your experience of being diagnosed with cancer?

- Was your cancer diagnosis well explained to you and did you understand it?
- Did you make informed decisions about your treatment plan? (Did you consider a second opinion or alternative suggestions?)
- What was your biggest challenge related to your cancer diagnosis? What uncertainties or concerns did you have?
- What do you wish you had known about cancer in the past?

Wat was u ervaring daarvan om met kanker gediagnoseer te word?

- Is u kankerdiagnose goed aan u verduidelik en het u dit verstaan?
- Het u ingeligte besluite oor u behandelingsplan geneem? (Het u 'n tweede opinie of alternatiewe voorstelle oorweeg?)
- Wat was u grootste uitdaging wat verband hou met u kankerdiagnose? Watter onsekerhede of bekommernisse het u gehad?
- Wat wens u het u vroeër van kanker geweet?

B) What was your experience of cancer treatment in the South African context?

- Do you feel that enough attention is being paid to cancer treatment in South Africa?
- What suggestions do you have for improving cancer treatment in South Africa?

Wat was u ervaring van kankerbehandeling in die Suid-Afrikaanse konteks?

- Voel u dat daar genoeg aandag gegee word aan kankerbehandeling in Suid-Afrika?
- Watter voorstelle het u om kankerbehandeling in Suid-Afrika te verbeter?

C) How did you experience psycho-oncological support?

- Did you visit a psychologist/counselor following your cancer diagnosis? Why or why not?
- Would you recommend that a psychologist/counselor be part of the multidisciplinary team from day 1? Why?

Hoe het u psigo-onkologiese ondersteuning ondervind?

- Het u 'n sielkundige/berader besoek nadat u met kanker gediagnoseer is? Hoekom of hoekom nie?
- Sou u aanraai dat 'n sielkundige/berader van dag 1 af deel vorm van die multidissiplinêre span? Hoekom?

D) What was your opinion of psycho-educational interventions?

- What psycho-educational interventions did you receive or use during treatment?
- What psycho-educational interventions that a person diagnosed with cancer will need would you suggest should definitely be implemented?
- What area of intervention might have been a shortcoming during your treatment that you would like to see in an ideal world?

Wat was u mening van psigo-opvoedkundige intervensies?

- Watter psigo-opvoedkundige intervensies het u tydens behandeling ontvang of gebruik?
- Watter psigo-opvoedkundige intervensies wat 'n persoon wat met kanker gediagnoseer is, sal benodig, sal u voorstel moet definitief geïmplementeer word?
- Watter gebied van intervensie wat dalk 'n tekortkoming tydens u behandeling was, sou u graag in 'n ideale wêreld wou sien?

Conclusion / Afsluiting

- Do you have any further opinion on psycho-educational interventions you would like to share? Conclusion and word of thanks. / Het u enige verdere opinie oor psigo-opvoedkundige intervensies wat u graag wil deel? Afsluiting en bedanking.

Bylaag F: Taalversorging

TAAALVERSORGINGSERTIFIKAAT

Dr. L. Hoffman, APRed (SAVI), APed (SATI)

BA, BA(Hons), MA, DLitt et Phil, Sertifikaat (English Grammar for Editors)

Geakkrediteerde Professionele Redigeerder – Afrikaans en Engels (Suid-Afrikaanse Vertalersinstituut)

Lid van die Suid-Afrikaanse Vertalersinstituut – Nr. 1003545

Kroonstad

Selnr.: 079 193 5256

E-pos: larizahoffman@gmail.com

VERKLARING

Hiermee verklaar ek dat ek die volgende verhandeling taalversorg het:

Gediagnoseerde kankerpatiënte se beskouings van psigo-opvoedkundige intervensies in psigo-onkologiese ondersteuning

Kandidaat

Deon Beck



Lariza Hoffman

Kroonstad

15 Januarie 2021

Bylaag G: Turnitin Verslag

28380320:Deon_Beck_31220827_- _MEd_Opvoedkundige_Sielkunde_3_Feb.pdf			
ORIGINALITY REPORT			
9 %	8 %	0 %	1 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	repository.nwu.ac.za Internet Source		1 %
2	repository.up.ac.za Internet Source		1 %
3	manualzz.com Internet Source		1 %
4	dspace.nwu.ac.za Internet Source		1 %
5	hdl.handle.net Internet Source		1 %
6	scholar.sun.ac.za Internet Source		<1 %
7	uir.unisa.ac.za Internet Source		<1 %
8	archive.org Internet Source		<1 %
9	www.litnet.co.za		

	Internet Source	<1 %
10	Submitted to North West University Student Paper	<1 %
11	Submitted to University of Pretoria Student Paper	<1 %
12	core.ac.uk Internet Source	<1 %
13	etd.uovs.ac.za Internet Source	<1 %
14	scholar.ufs.ac.za:8080 Internet Source	<1 %
15	paperity.org Internet Source	<1 %
16	worldwidescience.org Internet Source	<1 %
17	docplayer.net Internet Source	<1 %
18	digitalknowledge.cput.ac.za Internet Source	<1 %
19	edoc.pub Internet Source	<1 %
20	dergipark.org.tr Internet Source	<1 %

21	Submitted to University of the Free State Student Paper	<1 %
22	journals.sagepub.com Internet Source	<1 %
23	freethechildren.com Internet Source	<1 %
24	creativecommons.org Internet Source	<1 %
25	docplayer.nl Internet Source	<1 %
26	www.scielo.org.za Internet Source	<1 %
27	myklaskamer.com Internet Source	<1 %
28	Submitted to University of Johannesburg Student Paper	<1 %
29	hnmj.gums.ac.ir Internet Source	<1 %
30	Submitted to University of Stellenbosch, South Africa Student Paper	<1 %
31	es.scribd.com Internet Source	<1 %

32	www.readbag.com Internet Source	<1 %
33	www.puk.ac.za Internet Source	<1 %
34	dro.deakin.edu.au Internet Source	<1 %
35	storiewerf.co.za Internet Source	<1 %
36	Anna F. Steyn. "Die professionaliseerbaarheid van die sosiologie", South African Journal of Sociology, 1973 Publication	<1 %
37	Ashraf Kagee, Rizwana Roomaney, Nina Knoll. "Psychosocial predictors of distress and depression among South African breast cancer patients", Psycho-Oncology, 2018 Publication	<1 %
38	pierredieregesondheid.wordpress.com Internet Source	<1 %
39	www.theijmed.com Internet Source	<1 %
40	archive.samj.org.za Internet Source	<1 %
41	ukzn-dspace.ukzn.ac.za Internet Source	<1 %

42	moam.info Internet Source	<1 %
43	journals.satnt.aosis.co.za Internet Source	<1 %
44	scholar.ufs.ac.za Internet Source	<1 %
45	blogspot.com Internet Source	<1 %
46	research.wsulibs.wsu.edu:8080 Internet Source	<1 %
47	Sabrina Cipolletta, Camilla Simonato, Elena Faccio. "The Effectiveness of Psychoeducational Support Groups for Women With Breast Cancer and Their Caregivers: A Mixed Methods Study", <i>Frontiers in Psychology</i> , 2019 Publication	<1 %
48	scholarworks.uno.edu Internet Source	<1 %
49	monique1-monique.blogspot.com Internet Source	<1 %
50	inba.info Internet Source	<1 %
51	Submitted to The Robert Gordon University	

Student Paper

<1%

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On