



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

## COPYRIGHT AND CITATION CONSIDERATIONS FOR THIS THESIS/ DISSERTATION



- Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.
- NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.
- ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original.

### How to cite this thesis

Surname, Initial(s). (2012) Title of the thesis or dissertation. PhD. (Chemistry)/ M.Sc. (Physics)/ M.A. (Philosophy)/M.Com. (Finance) etc. [Unpublished]: [University of Johannesburg](https://ujdigispace.uj.ac.za). Retrieved from: <https://ujdigispace.uj.ac.za> (Accessed: Date).

MVU  
HARM

**DIE WEDERSYDSE BELEWENIS VAN DIE INTERAKSIE  
TUSSEN DIE PERSOON NA AAN DIE ERNSTIG SIEK  
PASIËNT EN DIE VERPLEEGKUNDIGE**

deur

**GERDA IDA HARMS**

Skripsie voorgelê ter gedeeltelike vervulling

van die vereistes vir die graad

**MAGISTER CURATIONIS**



in

UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**INTENSIEWE ALGEMENE VERPLEEGKUNDE**

in die

**FAKULTEIT OPVOEDKUNDE**

aan die

**RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT**

**STUDIELEIER: MEJ W E NEL**

**MEDESTUDIELEIER: PROF M GREEFF**

**FEBRUARIE 1994**

(i)

## BEDANKINGS

In die eerste plek 'n besondere woord van dank aan mej WE Nel vir haar voortdurende ondersteuning, motivering, hulp en "daar wees".

Aan my ouers en familie, baie dankie vir al julle belangstelling, ondersteuning en begrip, en Pappa, dankie vir jou ewige geduld en gewilligheid om 'n objektiewe mening uit te spreek. Aan Tannie Franci en Oom Johann, dankie dat julle my altyd ondersteun het, moed ingepaat het en deur die regte woord op die regte plek my in die regte rigting gestuur het.

'n Besondere dankie aan my vriende en in besonder aan Rochelle, Susarah, Carolin, Lanie, Nicolene en Ralph vir al die bemoediging, telefoongesprekke, hulp met die uitvoering van die studie en hulle gewilligheid om "daar te wees" vir my.

My dank aan Sr L Taylor en my kollegas in die Koronêre Intensiewesorgeenheid van Milpark Hospitaal, wat met hulle voortdurende belangstelling en begrip my studies soveel makliker gemaak het.

Ek wil graag my dank betuig aan die bestuur van Milpark Hospitaal wat toestemming verleen het vir die onderhoude asook aan die verpleegkundiges in die kardiotoraks-intensiewesorgeenheid vir hulle bereidwilligheid om deel te neem aan hierdie studie.

Ek is veral dank verskuldig aan mej R Vermaak vir haar geduld en uitstekende werk en mev R Haasbroek vir die aanvanklike taalversorging.

Dankie aan Dr M Greeff vir haar leiding in hierdie studie.

Ten slotte my dank aan Hom aan wie ek behoort omdat Hy my in staat gestel het om hierdie studie te voltooi:

"Alle eure Sorge werfet auf ihn; denn er sorget für euch" 1 Petrus 5:7

(ii)

## OPSOMMING

Die intensiewesorgverpleegkundiges se doel is om gehalteverpleging aan die ernstig siek chirurgiese pasiënt, binne gesinsverband te lewer, soos uiteengesit in haar bestek van praktyk. Daar is egter verskeie faktore wat die intensiewesorgverpleegkundige beïnvloed sodat sy nie die doel bereik nie.

Die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige vorm beide deel van die pasiënt se eksterne sosiale omgewing. Daarom is hulle albei belangrik in die fasilitering van gesondheid by die ernstig siek pasiënt.

Die doel van hierdie studie is om die belewenis van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige se wedersydse interaksie met mekaar te verken en te beskryf en vervolgens riglyne daar te stel ten opsigte van die intensiewesorgverpleegkundige se hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in 'n intensiewesorgeenheid.

Die studie word deur middel van 'n verkennende, beskrywende en kontekstuele ontwerp uitgevoer deur van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering gebruik te maak. 'n Doelgerigte steekproef is uitgevoer in die seleksie van die deelnemers met inagneming van die seleksiekriteria, waarvan verskeie kulture verteenwoordigend was. Nege persone na aan die ernstig siek pasiënt en ses verpleegkundiges het die deelnemende populasie gevorm.

Een sentrale vraag, naamlik "Hoe het u u kontak beleef met die intensiewesorgverpleegkundiges wat daagliks betrokke was by die verpleging van u familielid?" is aan die persoon na aan die ernstig siek pasiënt gestel en "Hoe het u u kontak met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt beleef tydens u verpleging van die pasiënt?" is aan die verpleegkundiges gevra.

(iii)

Die inhoudsanalise is volgens die beramingseenheid van die Verplegingsteorie vir Mensheelheid uitgevoer. Die resultate hieruit bekom is met relevante, beskikbare literatuur en navorsing vergelyk en gevolgtrekkings is gemaak. Voortspuitend hieruit is praktykgerigte riglyne opgestel met betrekking tot die intensiewesorgverpleegkundige se hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in 'n intensiewesorgeenheid.

### SUMMARY

The aim of the intensive care nurse is to give quality nursing to the critically ill surgical patient within the context of the family, as set out in her scope of practice. Various factors, however, affect the intensive care nurse's actions so that she does not achieve the aim.

The persons close to the critically ill patient and the intensive care nurse form part of the patient's social external environment. Both of them are therefore important when facilitating health in the critically ill patient.

The aim of this study is to explore and describe the experience of mutual interaction between the person close to the critically ill patient and the intensive care nurse and subsequently to create guidelines with regard to the intensive care nurse's handling of the person close to the critically ill patient during the patient's stay in an intensive care unit.

The study is done by means of an exploratory, descriptive and contextual design by using the phenomenological method of interviewing. The participants were selected by purposive sampling according to selection criteria and represent various cultures. Nine persons close to the critically ill patient and six intensive care nurses comprised the participating population.


One central question was put to the participants. Persons close to the critically ill patient were asked "How did you experience your contact with the intensive care nursing staff involved in the daily nursing care of your relative?" and intensive care nursing staff were asked "How did you experience your contact with the person close to the critically ill patient while nursing the patient?"

A contents analysis was done according to the unit of assessment of the Theory of Nursing for the Whole Person. The results thus obtained were compared with relevant available literature and research, and conclusions were reached. Consequently practical guidelines were established with regard to the intensive nurse's handling of the person close to the critically ill patient during the patient's stay in an intensive care unit.



## INHOUDSOPGAWE

<b>HOOFSTUK 1</b>	<b>WETENSKAPLIKE OORSIG VAN DIE STUDIE</b>	<b>1</b>
1.1	INLEIDING	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	4
1.3	DOELSTELLING VAN DIE STUDIE	4
1.4	NAVORSINGSMODEL	4
1.5	PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF	6
1.5.1	Metateoretiese stellings	6
1.5.2	Metodologiese stellings	7
1.5.3	Teoretiese stellings	8
1.5.3.1	Modelle en teorieë	8
1.5.3.2	Teoretiese stellings	8
1.5.3.3	Definisies	10
1.6	NAVORSINGSONTWERP	11
1.7	NAVORSINGSMETODE	11
1.7.1	Steekproeftrekking	12
1.7.2	Data-insameling	12
1.7.3	Data-analise	13
1.7.4	Betroubaarheid en geldigheid	13
1.7.5	Literatuurkontrolle	14
1.8	OPSTEL VAN RIGLYNE	14
1.9	HOOFSTUKINDELING	14
<b>HOOFSTUK 2</b>	<b>NAVORSINGSONTWERP EN -METODE</b>	<b>15</b>
2.1	INLEIDING	15
2.2	DOELSTELLING VAN DIE STUDIE	15
2.3	NAVORSINGSONTWERP	15

2.4	NAVORSINGSMETODE .....	17
2.4.1	Steekproeftrekking .....	18
2.4.2	Data-insameling .....	20
2.4.2.1	Die rol van die navorser voor data-insameling .....	20
2.4.2.2	Die fisiese omgewing .....	21
2.4.2.3	Aspekte van fenomenologiese onderhoudvoering .....	22
2.4.2.4	Die eksterne onderhoudvoerder se rol .....	23
2.4.2.5	Kommunikasietegnieke en -vaardighede .....	24
2.4.3	Data-analise .....	26
2.4.4	Betroubaarheid en geldigheid .....	27
2.4.4.1	Betroubaarheid van die studie .....	27
2.4.4.2	Geldigheid van die studie .....	29
2.4.5	Literatuurkontrole .....	30
2.5	OPSTEL VAN RIGLYNE .....	30
2.6	SAMEVATTING .....	31
		
UNIVERSITY OF JOHANNESBURG		
<b>HOOFSTUK 3</b>	<b>RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE .....</b>	<b>32</b>
3.1	INLEIDING .....	32
3.2	ANALISE VAN DATA .....	32
3.2.1	Kategorisering en definiëring van die universum .....	34
3.2.2	Kodering van data .....	34
3.2.3	Kwantifisering van data .....	35
3.3	BESPREKING VAN RESULTATE .....	35
3.3.1	Bespreking van die resultate van die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundiges 35	
3.3.1.1	Belewenisse van die INTERNE OMGEWING .....	36
3.3.1.2	Belewenisse van die EKSTERNE OMGEWING .....	43
3.3.1.3	Kenmerkende wyses van wedersydse interaksie .....	45



(vii)

3.3.2	Bespreking van die resultate van die verpleegkundiges se belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt .....	45
3.3.2.1	Belewenis van die INTERNE OMGEWING .....	47
3.3.2.2	Belewenisse van die EKSTERNE OMGEWING .....	54
3.3.2.3	Kenmerkende wyses van wedersydse interaksie .....	56
3.3.3	Veldnotas .....	56
3.4	SAMEVATTING .....	56

<b>HOOFSTUK 4</b>	<b>VERGELYKING VAN RESULTATE MET RELEVANTE, BESKIKBARE LITERATUUR EN NAVORSING .....</b>	<b>57</b>
4.1	INLEIDING .....	57
4.2	LITERATUURKONTROLE .....	58
4.2.1	Verteenwoordigende belewenisse van die INTERNE OMGEWING van die persone na aan die ernstig siek pasiënt .....	58
4.2.1.1	Interne emosionele belewenisse .....	59
4.2.1.2	Interne intellektuele persepsie: .....	60
4.2.2	Verteenwoordigende belewenisse van die EKSTERNE OMGEWING van die persone na aan die ernstig siek pasiënt .....	63
4.2.2.1	Eksterne fisiese belewenisse: .....	63
4.2.2.2	Eksterne sosiale belewenisse: .....	64
4.2.3	NUWE INSIGTE bekom uit die persone na aan die ernstig siek pasiënt se verteenwoordigende belewenisse .....	66
4.2.4	VERDERE ASPEKTE in die literatuur wat nie in hierdie studie bespreek is nie .....	67
4.3	LITERATUURKONTROLE TEN OPSIGTE VAN DIE VERTEENWOORDIGENDE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE .....	67

4.3.1	Verteenwoordigende belewensisse van die INTERNE OMGEWING van die verpleegkundiges .....	67
4.3.1.1	Interne intellektuele persepsie .....	68
4.3.1.2	Interne intellektuele verdedigingsmeganismes .....	76
4.3.2	Verteenwoordigende belewensisse van die EKSTERNE OMGEWING van die verpleegkundiges .....	77
4.3.2.1	Eksterne fisiese belewensisse: .....	78
4.3.2.2	Eksterne sosiale belewensisse .....	79
4.3.3	NUWE INSIGTE bekom uit die verpleegkundige se verteenwoordigende belewensisse .....	80
4.3.4	VERDERE ASPEKTE in die literatuur wat nie in hierdie studie bespreek is nie .....	81
4.4	SAMEVATTING .....	81
 <b>HOOFSTUK 5 RIGLYNE EN AANBEVELINGS</b> .....		84
5.1	INLEIDING .....	84
5.2	VERPLEEGRIGLYNE .....	84
5.2.1	Beraming .....	85
5.2.2	Bepanning .....	86
5.2.3	Implementering .....	87
5.2.4	Evaluering .....	88
5.3	AANBEVELINGS .....	88
5.3.1	Verpleegpraktyk .....	88
5.3.2	Verpleegonderrig .....	89
5.3.3	Verdere navorsing .....	89
5.4	BEPERKINGS VAN HIERDIE STUDIE .....	90
5.5	SAMEVATTING .....	91
5.6	SLOTSOM .....	91
 <b>BIBLIOGRAFIE</b> .....		92

## LYS VAN FIGURE

Figuur 1.1 Omgewing van die intensiewesorgeenheid

Figuur 1.2 'n Model vir navorsing in die Verpleegkunde

Figuur 3.1 Vloediagram van die universiële kategorieë uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid en geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë waarvolgens die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse uiteengesit is

Figuur 3.2 Vloediagram van die universiële kategorieë uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid en geïdentifiseerde kategorieë en subkategorieë waarvolgens die verpleegkundige se belewenisse uiteengesit is

## LYS VAN TABELLE

Tabel 1.1 Sentrale stelling vir navorsing

Tabel 3.1 Interne omgewing: Intellektuele belewenisse

Tabel 3.2 Interne omgewing: Emosionele belewenisse

Tabel 3.3 Interne omgewing: Geestelike belewenisse

Tabel 3.4 Eksterne omgewing: Sosiale belewenisse

Tabel 3.5 Eksterne omgewing: Fisiese belewenisse

Tabel 3.6 Interne omgewing: Intellektuele belewenisse

Tabel 3.7 Interne omgewing: Emosionele belewenisse

Tabel 3.8 Interne omgewing: Geestelike belewenisse

Tabel 3.9 Eksterne omgewing: Sosiale belewenisse

Tabel 3.10 Eksterne omgewing: Fisiese belewenisse

Tabel 4.1 Samevatting van gevolgtrekkings



**LYS VAN BYLAE**

**BYLAE A** Toestemmingsbriewe

**BYLAE B** Geselekteerde onderhoudtranskripsies en gepaardgaande veldnotas

**BYLAE C** Voorbeeld van navorsers se aanvanklike rowwe kodering van die onderhoudtranskripsies

**BYLAE D** Werksprotokol

**BYLAE E** Afrikaanse operasionele definisies van konsepte in die eenheid van beraming en diagnosering in Verplegingsteorie vir Mensheelheid ten opsigte van die individu



# HOOFSTUK 1

## WETENSKAPLIKE OORSIG VAN DIE STUDIE

### 1.1 INLEIDING

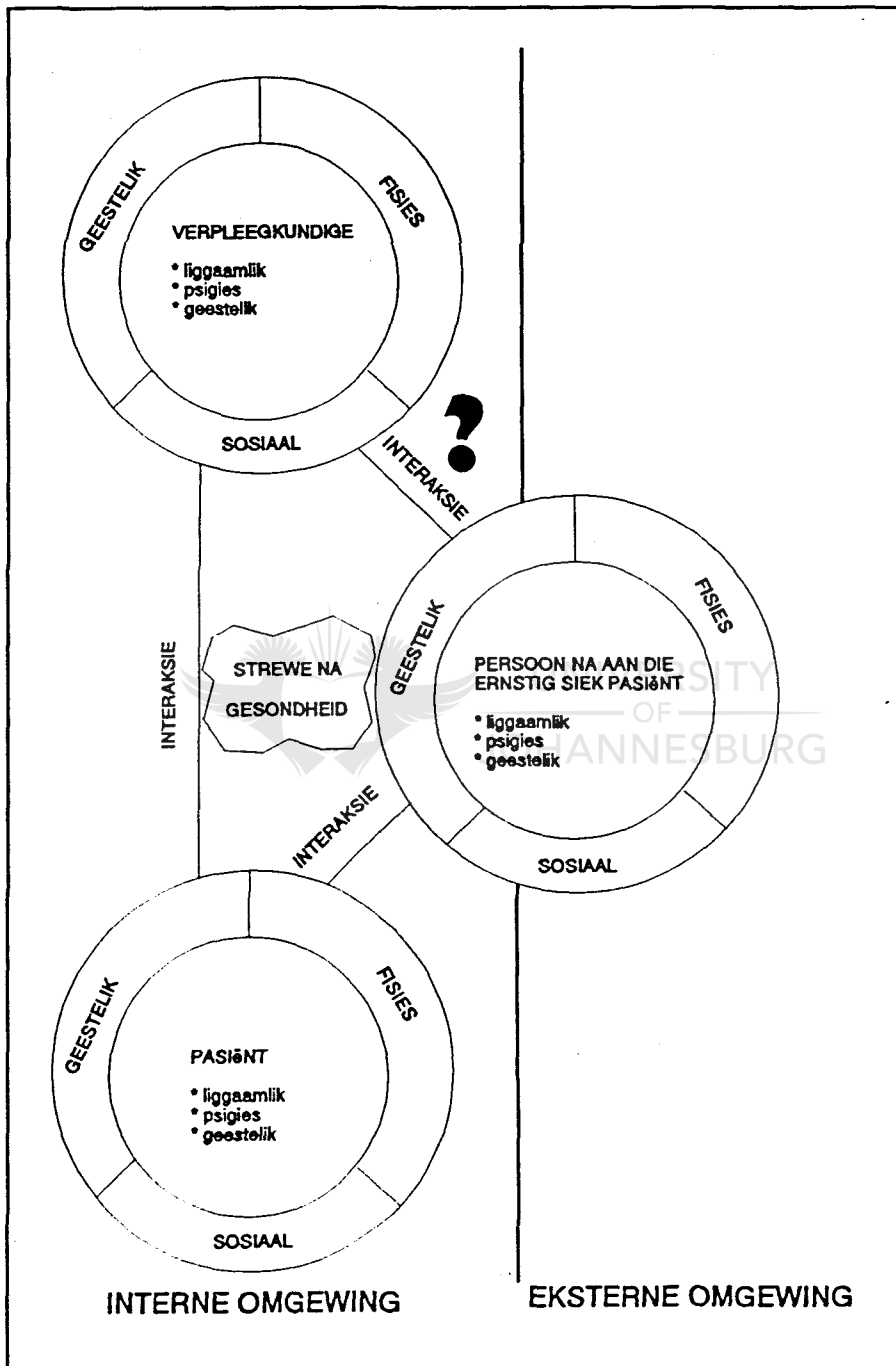
Die intensiewesorgverpleegkundiges se doel is om gehalte verpleging aan die ernstig siek chirurgiese pasiënt te lewer binne gesinsverband soos uiteengesit in haar bestek van die praktyk (Strauss, 1988:38/39). Daar is egter verskeie faktore wat die intensiewesorgverpleegkundige beïnvloed sodat sy nie die doel bereik nie.

In hierdie studie sal daar gefokus word op enkele van die faktore, naamlik die interne en eksterne omgewing van die ernstig siek pasiënt, die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige. Die genoemde partye is voortdurend in interaksie met mekaar en elke party het sy eie unieke belewenis van die interaksie.

Die ernstig siek pasiënt word in 'n intensiewesorgeenheid verpleeg wat uit 'n interne en 'n eksterne omgewing saamgestel is. Die interne omgewing van 'n intensiewesorgeenheid bestaan onder andere uit die intensiewesorgverpleegkundiges en die ernstig siek pasiënt, terwyl die eksterne omgewing onder andere bestaan uit die persoon na aan die pasiënt, soos uiteengesit Figuur 1.1.

Figuur 1.1

## Omgewing van die intensiewesorgeenheid



Die intensiewesorgverpleegkundiges in die intensiewesorgeenheid beleef dikwels hul werksomgewing as stresvol. Verskeie faktore is hiervoor verantwoordelik, onder andere die ernstighedsgraad van die ernstig siek pasiënte, die mannekragtekort aan intensiewesorgverpleegkundiges, onbevredigende interpersoonlike verhoudings en 'n tekort aan toerusting (Burrows, 1992:17; Dannenfeldt, 1992:8 en Mitchell, 1990:23).

Die persoon na aan die ernstig siek pasiënt beleef egter ook die intensiewesorgeenheid as stresvol. Die persoon kan, alhoewel hy deel uitmaak van die eksterne sosiale omgewing van die intensiewesorgeenheid, ook dikwels die gevaar loop om geestesongemak of 'n krisis te beleef aangesien hy selde voorbereid is op die psigiese impak wat 'n intensiewesorgeenheid kan hê. Sy belewing van die akute krisis waarmee hy gekonfronteer word, word beïnvloed deur die professionele persoon met wie hy in interaksie is in die intensiewesorgeenheid, sy eie beskikbare hanteringsmeganismes en sy ondersteuningstelsels tesame met ander stressors wat hy op daardie tydstip beleef (Civetta, Taylor & Kirby, 1988:59). Een van die funksies van die intensiewesorgverpleegkundiges is dus om ook die persoon na aan die ernstig siek pasiënt se strewe na gesondheid te help fasiliteer deur hom empaties by te staan, van die nodige inligting te voorsien en 'n omgewing te skep waarbinne die persoon leer om sy emosies te hanteer (Civetta et al 1988:59).

Stres, wat deur beide die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige beleef word, kan of mag manifesteer as aggressie, ontkenning, angs of verlies aan beheer (Civetta et al 1988:59/60). Dit mag aanleiding gee tot 'n konfliktsituasie tussen die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige.

Die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige maak deel uit van die pasiënt se eksterne sosiale omgewing. Daarom is hulle albei belangrik in die fasilitering van gesondheid by die ernstig siek pasiënt. Indien daar egter konflik tussen hulle heers, mag die ernstig siek pasiënt se strewe na gesondheid benadeel word (Civetta et al 1988:59/60).

## 1.2 PROBLEEMSTELLING

Intensiewesorgeenhede word gesien as hoëstreseenhede waar die pasiënte ernstig siek is. Beide pasiënte en intensiewesorgverpleegkundiges beleef gevolglik hierdie druk. Die persone na aan die ernstig siek pasiënt moet hierdie hoëstreseenheid betree en mag die hele ervaring ook as uiters stresvol beleef. Die interaksie tussen die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundiges mag dikwels van korte duur wees of deur beide partye as oneffektief beleef word vanweë faktore soos tydsdruk en die eise wat aan albei partye se hanteringsmeganismes gestel word. Die vraag ontstaan dus: Hoe beleef hulle hierdie interaksie met mekaar in die intensiewesorgeenheid?

## 1.3 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is:

- \* om die belewenis van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige se wedersydse interaksie met mekaar te verken en te beskryf na aanleiding van die universele kategorieë soos verkry uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7) en
- \* om riglyne daar te stel ten opsigte van die intensiewesorgverpleegkundige se hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in 'n intensiewesorgeenheid.

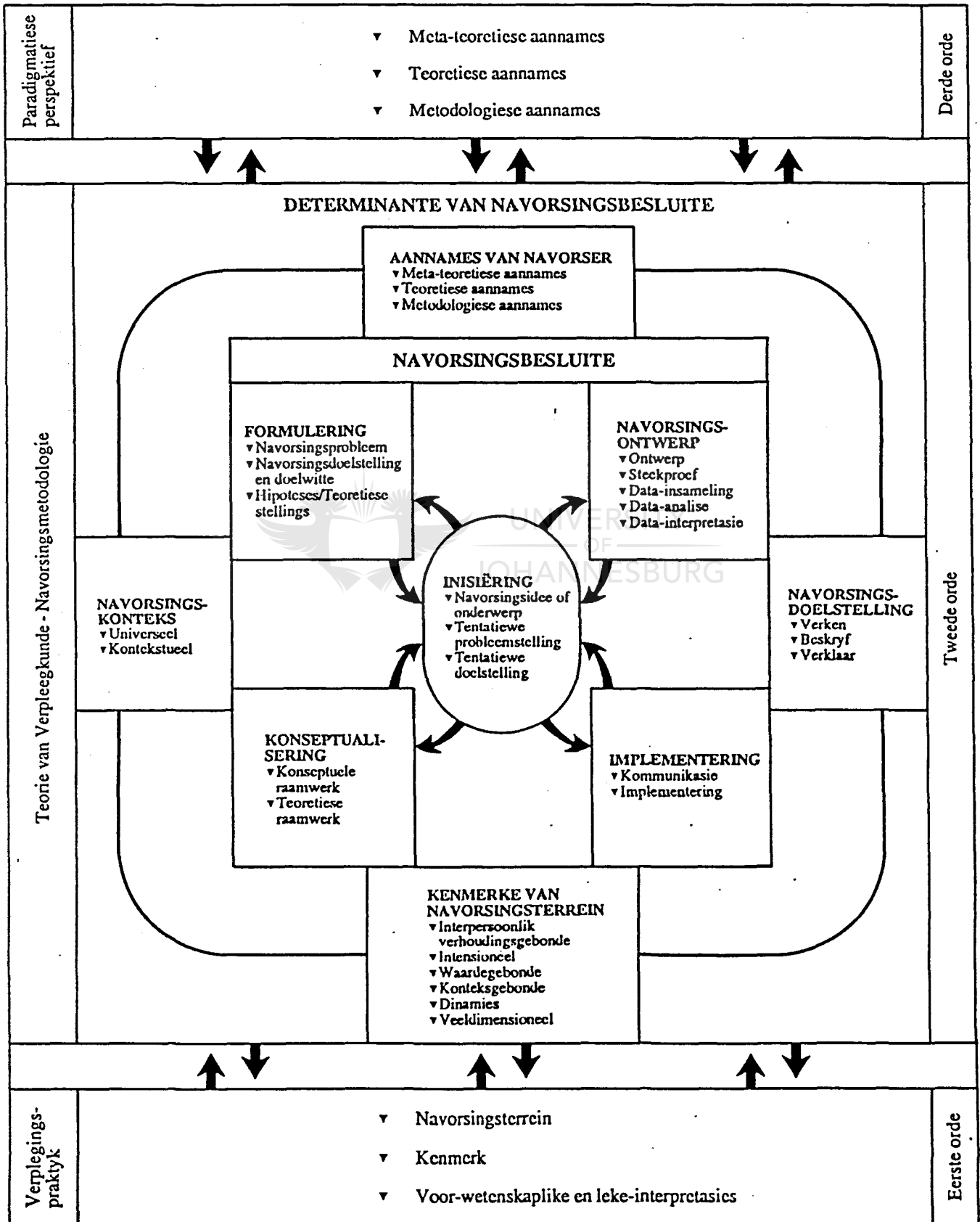
## 1.4 NAVORSINGSMODEL

Die navorsingsproses sal gerig word deur Botes (1992:36-42) se Model vir navorsing vir die Verpleegkunde (sien Figuur 1.2). Die model is op 'n transendentiaal-empiriese benadering gegrond met die aanname dat wetenskapsbeoefening vanuit 'n funksionele denkbenadering moet geskied.



Figuur 1.2

'n Model vir navorsing in die Verpleegkunde (Botes, 1992:36-42)



Verplegingsaktiwiteite word volgens Botes se model in drie ordes verdeel. Die eerste orde verteenwoordig die verplegingspraktyk as navorsingsterrein met die verpleging wat daarbinne plaasvind. Die tweede orde is die teorie en metodologie van Verpleegkunde met navorsing en teorievorming as aktiwiteite. Die derde orde word verteenwoordig deur die paradigmatiese perspektief. Die verskillende stellings verteenwoordig die komponente van 'n paradigma en is metateoreties, teoreties en metodologies van aard (Botes, 1992:36-42).

## 1.5 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die Verplegingsteorie vir Mensheelheid vorm die paradigmatiese perspektief vir hierdie navorsing en is gebaseer op die Theory of Nursing for the Whole Person van die Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7). Die volgende stellings word gemaak op grond van hierdie paradigma:

### 1.5.1 Metateoretiese stellings

Soos gedefinieer in die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7), vorm die volgende definisies die raamwerk vir hierdie studie:

*Die mens:* Die mens is 'n geestelike wese wat op 'n geïntegreerde biopsigososiale wyse funksioneer ten einde sy strewe na heelheid te verwesenlik. Die mens tree as geheel met sy interne en eksterne omgewing in interaksie (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5).

*Gesondheid:* Gesondheid is 'n toestand van geestelike, psigiese en fisieke heelheid. Die mens se kenmerkende wyse van interaksie met sy interne en eksterne omgewing bepaal sy gesondheidstatus. Gesondheid kan kwalitatief op 'n kontinuum van maksimum tot minimum gesondheid beskryf word. 'n Gesonde persoon het ook die potensiaal om siek te word (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:6).

*Verpleging:* Verpleging is 'n diens wat daarop gerig is om die individu, gesin en/of gemeenskap te help om gesondheid te herstel, bevorder en handhaaf. Die handhawing, bevordering en herstel van gesondheid word as volg omskryf:

- \* Die handhawing van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat gerig is op die voortsetting of instandhouding van die gesondheidstatus van individue, gesinne, en/of gemeenskappe.
- \* Bevordering van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat bydra tot 'n groter mate van heelheid vir die individu, gesin, en/of gemeenskap.
- \* Herstel van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat die terugkeer na vorige ervaarde vlakke van gesondheid van individue, gesinne, en/of gemeenskappe fasiliteer (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:6).

*Omgewing:* Hierdie konsep sluit 'n interne sowel as 'n eksterne omgewing in. Die interne omgewing is liggaamlik, psigies en geestelik van aard terwyl die eksterne omgewing fisies, sosiaal en geestelik van aard is. Kenmerkende wyses van interaksie tussen die interne en eksterne omgewing bepaal die gesondheidstatus (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:7).

*Heelheid:* Gesondheid en heelheid word as sinonieme gebruik. Dit verwys na fisieke heelheid, psigiese heelheid en geestelike heelheid. Alle individue stel hulself die bereiking van heelheid ten doel. Die doelwit van verpleging is om die heelheid van die individu, gesin en gemeenskap te fasiliteer (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:7).

## 1.5.2 Metodologiese stellings

Die wetenskaplike metodologie van die studie is gemik op die daarstel van bevindings wat funksioneel en betekenisvol is vir die verpleegpraktyk. Die uiteindelige doel van die studie is die verbetering van verpleging op 'n praktiese vlak tot voordeel van die ernstig siek pasiënt en die persoon na aan hom asook die skeep van praktiese voorskrifte aan die intensiewesorgverpleegkundige ter verbetering van haar praktyk in haar persoonlike strewe na heelheid (Botes, 1991:19-23).

Die stelling word gemaak dat wetenskapsbeoefening vanuit 'n funksionele denkbenadering moet geskied. 'n Funksionele denkbenadering impliseer dat daar 'n bepaalde verhouding tussen die filosofie, navorsing (en teorie) en die praktyk van verpleging bestaan. Die doel van wetenskapsbeoefening in die Verpleegkunde is om die praktyk te verbeter en handelingsgerigte voorskrifte binne 'n bepaalde konteks na te kom. Die bruikbaarheid en nut van die navorsingsbevindings sal as kriterium vir geldigheid dien (Botes, 1991:19-23).

### **1.5.3 Teoretiese stellings**

Modelle en teorieë met gevolglike teoretiese stellings en definisies wat gestel word in die uitvoering van die studie word vervolgens bespreek:

#### **1.5.3.1 Modelle en teorieë**

Die teorie wat in die studie as vertrekpunt gebruik gaan word, is die Verplegingsteorie vir Mensheerheid van die Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7).

#### **1.5.3.2 Teoretiese stellings**

Uit die Verplegingsteorie vir Mensheerheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7) vorm die volgende stellings (Tabel 1.1) die grondslag vir die sentrale stelling waaruit die navorsing sal plaasvind.

*Tabel 1.1 Stellings uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid waaruit die sentrale stelling van die studie geformuleer is*

Stellings uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid ten opsigte van die individu	Sentrale stelling van hierdie studie
Individu as geestelike wese funksioneer in sy strewe na heelheid op 'n geïntegreerde biopsigososiale wyse	Effektiewe wedersydse interaksie tussen die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorg-verpleegkundige in die intensiewesorg-eenheid kan bydra tot beide partye se strewe na gesondheid en uiteindelik tot die ernstig siek pasiënt se strewe na gesondheid
Interaksie vind plaas binne interne en eksterne omgewings	
In verpleging word daar gefokus op die geestelike, psigiese en liggaamlike aspekte van mensheelheid	
Bevordering, handhawing en herstel van individuele gesondheid word deur die verpleegkundige gefasiliteer deur middel van gesondheidsdiensleweringstelsels	
In die verpleegkundige se strewe na persoonlike en professionele heelheid dra sy by tot die heelheid van ander	

### 1.5.3.3 *Definisies*

Die volgende definisies word gegee ter beskrywing van toepaslike terminologie soos deur die navorser gebruik in die uitvoering van hierdie studie.

#### **\* Persoon na aan die ernstig siek pasiënt**

Die Verplegingsteorie vir Mensheelijkheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:7) se definisie van die gesin, naamlik dat 'n gesinsgroep die basiese eenheid van die samelewing is wat saamgestel is uit individue wat mekaar wedersyds na waarde skat en in interaksie met mekaar verkeer, word in hierdie studie aanvaar as beskrywend van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt.

#### **\* Intensiewesorgeenheid**

'n Gespesialiseerde eenheid binne hospitaalverband waar konstante, komplekse en gespesialiseerde gesondheidsorg aan pasiënte met lewensbedreigende gesondheidstoestande gelewer word. 'n Intensiewesorgeenheid bevat 'n verskeidenheid hoëtegnologiese moniteringsapparate en toerusting wat vir die behandeling en monitering van pasiënte se gesondheidstatus gebruik word (Glanze, Anderson, Anderson, Urdang & Swallow, 1986:519). Spesiale, opgeleide intensiewesorgverpleegpersoneel voorsien intensiewe verpleging aan ernstig siek pasiënte en dit vereis beide indringende monitering en gevorderde tussentredes.

#### **\* Intensiewesorgverpleegkundige**

'n Professionele persoon wat geregistreer is by die Suid Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) as beheerliggaam in haar praktyk en verder lid is van die Suid Afrikaanse Verpleegstersvereniging (SAVV). Sy verpleeg pasiënte binne haar wetlik-etiese raamwerk in 'n intensiewesorgeenheid ongeag of sy oor na-basiese kwalifikasie beskik of nie (Glanze et al 1986:591). Vir die doel van die studie sal daar wanneer daar na verpleegkundige verwys word, aanvaar word dat dit 'n intensiewesorgverpleegkundige is wat werkzaam is in 'n intensiewesorgeenheid. Enige verwysing na 'n vroulike verpleegkundige is ook van toepassing op 'n manlike verpleegkundige.

### \* Interaksie

Die doelgerigte proses van kommunikasie tussen twee individue wat gebaseer is op aksies en reaksies totdat beide partye beter begrip het ten opsigte van die bereiking van die gemeenskaplike einddoelstelling (Glanze et al 1986:591).

### \* Ernstig siek pasiënt

In terme van hierdie studie verwys dit slegs na die pasiënt wat hemodinamies onstabiel beskou word en as gevolg van die lewensbedreigende kardiotorokale chirurgiese ingreep en moontlike verlengde narkose post-operatief in 'n intensiewesorgeenheid verpleeg en gemoniteer word. Die pasiënt mag moontlik ook deur lewensondersteunende toerusting aan die lewe gehou word.

## 1.6 NAVORSINGSONTWERP

'n Verkennende, beskrywende en kontekstuele ontwerp sal uitgevoer word deur gebruikmaking van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering. Die doel van die fenomenologiese metode van navorsing is om 'n belewenis te beskryf soos wat dit beleef word. Die werklikheid word as subjektief beskou, met ander woorde 'n belewenis is uniek aan die individu (Burns & Grove, 1987:81-84). Burns en Grove (1987:80) beskryf dit as die *lived experience*. Dit is gegrond op die filosofie dat daar nie 'n enkele realiteit is nie maar dat elke individu 'n eie realiteit het. Gevolglik verken hierdie studie nie wat *is* nie maar *wat as wese beleef word*. Die werklikheid word dus vanuit die beleweniswêreld van die deelnemers gekonstrueer (Ferreira, Mouton, Puth, Schurink & Schurink, 1988:138).

## 1.7 NAVORSINGSMETODE

Die navorsingsmetode in hierdie studie behels steekproeftrekking, data-insameling, data-analise, betroubaarheid en geldigheid en 'n literatuurkontrole.

### 1.7.1 Steekproeftrekking

Die steekproef sal uitgevoer word deur die gebruik van 'n doelgerigte metode en die deelnemers, naamlik die persoon na aan die ernstig siek pasiënt sowel as die verpleegkundige, moet aan gestelde seleksiekriteria voldoen.

Aangesien van 'n doelgerigte metode gebruik gemaak sal word, sal die navorser die deelnemers oor die kortste moontlike periode nader ten opsigte van vrywillige deelname aan die studie.

### 1.7.2 Data-insameling

Data-insameling sal aan die hand van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering gedoen word deur ongestruktueerde onderhoudvoering met een sentrale vraag wat aan die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en aan die verpleegkundige gestel word, naamlik:

*Aan die intensiewesorgverpleegkundige:*

Hoe het u u kontak met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt beleef tydens u verpleging van die pasiënt?

How did you experience your contact with the person close to the critically ill patient while nursing the patient?

*Aan die persoon na aan die ernstig siek pasiënt:*

Hoe het u u kontak met die intensiewesorgverpleegkundiges beleef wat daaglik betrokke was by die verpleging van u familielid?

How did you experience your contact with the intensive care nursing staff involved in the daily nursing care of your relative?



Die ongestruktureerde onderhoude sal per oudiokasset opgeneem word en verbatim getranskribeer word, waarna die eksterne onderhoudvoerder veldnotas sal maak rakende haar beleving van die data-insamelingssessie.

### 1.7.3 Data-analise

Data-analise sal volgens die gekombineerde metode van Giorgi (in Omery, 1983:61) en Kerlinger (1986:477-481) se inhoudsanalise uitgevoer word. 'n Eksterne kodeerder sal betrek word tydens die inhoudsanalise.

### 1.7.4 Betroubaarheid en geldigheid

Met kwalitatiewe navorsing is die navorser se interpretasies subjektief, dit wil sê binne 'n sekere verwysingsraamwerk en dus kan 'n ander persoon nie tot dieselfde gevolgtrekkings kom nie (Parse, Coyne & Smith, 1985:17).

Ten opsigte van bogenoemde sal betroubaarheid in die studie verseker word deur op die volgende te let:

- \* die navorser se rol en status
- \* die deelnemers se keuse ten opsigte van mate van betrokkenheid
- \* die sosiale konteks waarbinne die navorsing gedoen word
- \* die metodiek wat gedurende die ongestruktureerde onderhoudvoering gevolg sal word (Woods & Catanzaro, 1988:136/137).

Geldigheid sal verseker word deur op die volgende te let:

- \* invloed van waarnemer op deelnemers
- \* geskiedenis en veroudering van data
- \* seleksie en regressie
- \* mortaliteit (Woods & Catanzaro, 1988:136/137).

### 1.7.5 Literatuurkontrolle

Data wat uit die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude met die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundiges verkry word, sal met relevante data in beskikbare literatuur en navorsing vergelyk word en gevolgtrekkings sal na aanleiding daarvan gemaak word. Unieke insigte wat uit hierdie studie bekom is, sal uitgelig word.

### 1.8 OPSTEL VAN RIGLYNE

Die twee groepe data sal geëvalueer word sodat daar aan die hand van die data-analise uiteindelik praktiese riglyne aan die verpleegkundige in die intensiewesorgeenheid geformuleer sal word om haar in staat te stel om haar wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt te verbeter.

### 1.9 HOOFSTUKINDELING

Die volgende sinopsis omvat die hoofstukindeling en voorsien insig in die organisasie van die navorsingsverslag:

Hoofstuk 1: Wetenskaplike oorsig van die studie

Hoofstuk 2: Navorsingsontwerp en -metode

Hoofstuk 3: Resultate en bespreking van resultate

Hoofstuk 4: Vergelyking van resultate met relevante, beskikbare literatuur en navorsing

Hoofstuk 5: Riglyne en aanbevelings

## HOOFSTUK 2

### NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

#### 2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die wetenskaplike fundering van die studie. Daar is meer spesifiek gefokus op die probleemstelling van die studie en na aanleiding daarvan is doelstellings geformuleer. Die paradigmatiese perspektief is gestel en die navorsingsontwerp en -metode is kortliks uiteengesit.

Vervolgens word die navorsingsontwerp en -metode soos van toepassing op die studie in meer detail bespreek.

#### 2.2 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE

Die volgende word met hierdie studie ten doel gestel:

- \* om die belewenis van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige se wedersydse interaksie met mekaar te verken en te beskryf na aanleiding van die universele kategorieë soos verkry vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7), en
- \* om riglyne daar te stel ten opsigte van die intensiewesorgverpleegkundige se hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in 'n intensiewesorgeenheid.

#### 2.3 NAVORSINGSONTWERP

'n Verkennende, beskrywende en kontekstuele ontwerp sal uitgevoer word deur gebruikmaking van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering.

Die studie het ten doel om meer inligting in te win oor 'n betreklik onbekende terrein met gevolglike verkennende funksie (Mouton, 1985:43) ten opsigte van die wedersydse ervaring

van die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige betreffende hulle wedersydse interaksie met mekaar.

Die navorser moet haar dus oopstel vir nuwe stimuli en nie toelaat dat vooropgestelde idees en hipoteses haar navorsing in 'n bepaalde rigting lei nie (Mouton, 1985:43). 'n Indringende ondersoek word uitgevoer na die wedersydse belewenis van persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige ten opsigte van hulle wedersydse interaksie met mekaar.

Die studie is beskrywend omdat dit poog om die wedersydse belewenis van die interaksie tussen die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige te begryp en te beskryf ter verbetering van die wedersydse interaksie tussen die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige. Die taak van die navorser is om unieke subjektiewe inligting te verkry om sodoende die realiteit van die leefwêreld te beskryf soos wat dit werklik is en nie soos wat die navorser glo dit is nie (Swanson-Kauffman & Schonwald, 1988:99).

Die studie is kontekstueel van aard deurdat dit beperk is tot die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige se wedersydse interaksie met mekaar binne 'n spesifieke intensiewesorgeenheid in 'n spesifieke privaat hospitaal. 'n Diepgaande beskrywing van die besondere gebeurtenis word gemaak binne die volgende kontekstuele verband:

- \* Die kardiotorakseenheid vir intensiewe sorg bevat 14 beddens waarvan twee omskep kan word in isolasiefasiliteite.
- \* Dié intensiewesorgeenheid word onderverdeel in twee afdelings waar kollektiewe monitering van pasiënte moontlik gemaak word deur sentrale moniteringstasies.
- \* Pasiënte wat in die kardiotoraks-intensiewesorgeenheid verpleeg word, is hoofsaaklik chirurgiese pasiënte wat meestal kardiotoraks- en vaskulêre chirurgie ontvang het. Die ernstig siek pasiënte word gemiddeld vir ongeveer twee tot drie dae post-operatief in die intensiewesorgeenheid verpleeg.
- \* Besoekers word beheer deur die verpleegkundige betrokke by die verpleging van 'n spesifieke ernstig siek pasiënt en volgens haar oordeel by die pasiënt toegelaat. Daar word hoofsaaklik twee besoekers per pasiënt toegelaat en verkieslik slegs gesinslede

of naaste familie/vriende. Duidelik sigbare kennisgewings is buite die eenheid aangebring en die beperkte besoektye word aangedui as van

10:00 tot 11:00

15:00 tot 16:00

19:00 tot 20:00

- \* Die verpleegkundiges in die intensiewesorgeenheid werk volgens interne rotasie, met ander woorde hulle dienste word saamgestel uit sewe nagdiensskofte (wat 12-uur skofte behels), en dagdiens vir die res van die maand afhangende van hulle posbeskrywings. Sommige van die verpleegkundiges werk vrywillig oortyd in dié eenheid as gevolg van 'n personeeltekort en persoonlike oorwegings.
- \* Die verpleegkundiges maak deel uit van die multiprofessionele span wat in die eenheid werksaam is en koördineer alle spanlede. Die betrokkenheid van die multiprofessionele span vind plaas deur middel van konsultasie en die span bestaan uit narkotiseurs, kardiotorakschirurge en -interniste, algemene chirurge, fisioterapeute, dieetkundiges, radiografiste, radioloë en patoloë.
- \* Die intensiewesorgeenheid word bestuur deur 'n eenheidsbestuurder met 'n tweede eenheids- bestuurder as ondersteuner en tweede in bevel.

## 2.4 NAVORSINGSMETODE

In hierdie studie word daar gebruik gemaak van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering om data in te samel.

Daar word nie vooraf kennis geneem van bestaande navorsing nie aangesien bestaande teoretiese konstrukte die navorser se objektiwiteit kan belemmer (Ferreira et al 1988:137). Burns & Grove (1987:80) gebruik die term *bracketing* wanneer die navorser kennis oor die onderwerp van navorsing eenkant laat en nie toelaat dat vooropgestelde idees die verloop van die ongestruktureerde onderhoud beïnvloed nie. Die navorser raak ontslae van neergelegde sienswyses en dekonstrueer in terme van die fenomeen.

Gevolgtik word die vooropgestelde idees rakende die verskynsel, naamlik die wedersydse interaksie tussen die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige,

neergelê en sodoende word verseker dat alle beskikbare perspektiewe ten opsigte van die fenomeen in ag geneem word in die blootlegging van die wesenlike (Parse et al 1985:22).

Die rol van die navorser is hoofsaaklik om betrokke te raak by die belewenis van die deelnemers ten opsigte van hulle wedersydse interaksie met mekaar ten einde dit te kan verken en te beskryf. Die navorser moet *oop* wees vir die persepsie van die deelnemers eerder as om haar eie persoonlike betekenis aan die gebeurtenis te gee (Burns & Grove, 1987:80).

In die uitvoering van hierdie studie kan die navorsingsmetode wat gevolg gaan word, soos volg opgesom word:

- \* 'n Doelgerigte steekproef sal uitgevoer word in die seleksie van die deelnemers met inagneming van die seleksiekriteria.
- \* Data-insameling vind plaas volgens die fenomenologiese metode gedurende onderhoudvoering met een sentrale vraag aan elke groep deelnemers waarna die getranskribeerde onderhoude geanaliseer word.
- \* Betroubaarheid en geldigheid word deurentyd verseker deur beheer oor bepaalde aspekte uit te oefen.
- \* 'n Literatuurkontrole sal laastens uitgevoer word deurdat resultate met beskikbare literatuur en navorsing vergelyk sal word.

#### 2.4.1 Steekproeftrekking

Steekproeftrekking behels die proses waar die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundiges geselekteer word om die studie uit te voer (Burns & Grove, 1987:205). 'n Doelgerigte steekproeftrekking sal in hierdie studie uitgevoer word en word deur die volgende komponente omskryf:

- \* *Teikenpopulasie*: Die teikenpopulasie in die studie is die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige.
- \* *Populasie*: Die populasie waarop daar in die studie gefokus word, is die persone na aan die ernstige siek pasiënt - wat post-operatief in die intensiewesorgeenheid verpleeg is - en die betrokke verpleegkundige met wie hulle in interaksie was in 'n

privaat hospitaal in Johannesburg. Hierdie twee groepe deelnemers voldoen aan die gestelde seleksiekriteria.

- \* *Seleksie:* Die deelnemers, naamlik die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige, sal doelgerig geselekteer word oor die kortste moontlike periode.
- \* *Kriteria:* Kriteria word soos volg vir beide die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige gestel ten einde deel uit te maak van die steekproef:
  - **Die persoon na aan die ernstig siek pasiënt:**
    - a) is post-operatief deur die pasiënt wat kardiotorakschirurgie ondergaan het as naby aan hom geïdentifiseer, en
    - b) moes gedurende die pasiënt se verblyf in die intensiewesorgeenheid in wedersydse interaksie gewees het met die verpleegkundige wat geselekteer is as deelnemer.
  - **Die verpleegkundige moet:**
    - a) 'n geregistreerde en opbetaalde lid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) en die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (SAVV) wees,
    - b) werksaam wees in die betrokke intensiewesorgeenheid ten tye van die bepaalde studie
    - c) indien sy nie self as verpleegkundige geregistreer is nie, werksaam wees onder toesig van 'n gekwalifiseerde intensiewesorgverpleegkundige, en
    - d) die pasiënt ten minste oor 'n periode van 12 uur verpleeg het en met die persone na aan die pasiënt in interaksie gewees het.
  - **Beide deelnemers moet:**
    - a) bereid wees om deel te neem aan die navorsingstudie en dus bereid wees om hulle belewenisse te beskryf,
    - b) verstaan en bereid wees om hulle mees intieme gevoelens en gevolglike ervarings met die eksterne onderhoudvoerder te deel (Burns & Grove, 1987:82/83), en
    - c) in staat wees om die belewenis in Afrikaans of Engels weer te gee.
  - **Data-insameling** moet binne drie dae post-operatief plaasvind sodra die pasiënt oorgeplaas is na die post-operatiewe saal.

Die pasiënt is nie voorheen deur die navorser in 'n ander intensiewesorg-eenheid verpleeg nie, dit wil sê die navorsingskontak sal die eerste kontak tussen alle partye wees.

## 2.4.2 Data-insameling

Data-insameling in die studie word soos volg verdeel:

- \* Die rol van die navorser voor data-insameling
- \* Die fisiese omgewing
- \* Aspekte van fenomenologiese onderhoudvoering

### 2.4.2.1 *Die rol van die navorser voor data-insameling*

Die navorser sal voor die data-insameling die inisiële kontak met die groep deelnemers maak deurdat sy daaglik net voor besoektyd die post-operatiewe saal sal binnegaan en haarself aan die kwalifiserende kardiotorakspasiënte sal voorstel wat pas uit die intensiewesorgeenheid ontslaan is. Terwyl sy die aard van haar navorsing en die doel daarvan aan die pasiënte verduidelik, versoek sy die pasiënte om die persoon naaste aan hulle te identifiseer.

Tydens die eerste kontak met beide groepe geïdentifiseerde deelnemers sal die navorser die doelstelling en aard van die studie asook die tyd en betrokkenheid wat dit van die deelnemers sal verg aan hulle verduidelik (Parse *et al* 1985:18). Daarna sal die instemmende deelnemers 'n skriftelike toestemmingsvorm teken (Bylaag A) waarin vertroulikheid en anonimiteit verseker word.

Die navorser vergesel die deelnemer na die wagkamer wat as lokaal vir die ongestruktureerde onderhoud gekies is waar sy hom aan die eksterne onderhoudvoerder bekendstel. Die navorser laat hulle dan alleen sodat die ongestruktureerde onderhoud so effektief moontlik kan verloop.



Die navorser vervul presies dieselfde rol soos bo beskryf teenoor die verpleegkundige deelnemers sodra die ongestruktureerde onderhoude met die persone na aan die ernstig siek pasiënt afgehandel is.

Opsommend is die rol van die navorser dus dié van koördineerder en organiseerder in die studie sodat die data-insamelingsproses so effektief moontlik en oor 'n kort periode kan plaasvind.

#### 2.4.2.2 *Die fisiese omgewing*

Die omgewing sal gedurende alle ongestruktureerde onderhoude dieselfde vertrek wees en die navorser sal verseker dat die vertrek privaat en gerieflik is en dat geen onderbrekings sal voorkom nie. Die area wat die geskikste is vir die ongestruktureerde onderhoudvoering is 'n wagkamer naby die koronêre intensiewesorgeenheid asook naby die post-operatiewe saal waar die ernstig siek pasiënte verpleeg word ná hulle ontslag uit die kardiotoraks-intensiewesorgeenheid.



Die wagkamer is goed verlig en met binneversierings is gepoog om die vertrek rustig en kalm te laat voorkom. Die mure is 'n ligte pastelblou geverf en teen die mure is daar twee groterige natuurtonele as versiering opgehang. Verder is daar 'n gemaklike sessitplek-rottangsitkamerstel met bekleedsel in bont pastelkleure. In die hoek is daar 'n kitskoffiemasjien wat deurentyd aangeskakel bly vir die besoekers se gebruik.

Voor die aanvang van die ongestruktureerde onderhoud bied die eksterne onderhoudvoerder die deelnemers iets te drinke aan om hulle op hulle gemak te stel en 'n meer informele atmosfeer te skep.

Om privaatheid te verseker en enige onderbrekings te voorkom, sal die eksterne onderhoudvoerder voor die aanvang van die ongestruktureerde onderhoud 'n kennisgewing in Afrikaans en Engels op die deur aanbring, waarin buitestaanders ingelig word dat 'n onderhoud plaasvind en dat daar asseblief nie gesteur moet word nie.

Die eksterne onderhoudvoerder sal onmiddellik na afloop van elke ongestruktureerde onderhoud veldnotas neerskryf om die nieverbale response van die deelnemers te beskryf (verwys na Bylaag B). Sodoende kan die omstandighede rondom elke ongestruktureerde onderhoud so akkuraat moontlik weergegee word (Woods & Catanzaro, 1988:136-137).

#### 2.4.2.3 *Aspekte van fenomenologiese onderhoudvoering*

Die fenomeen - 'n omstandigheid wat ondersoek kan word - wat in die studie bestudeer word, is die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige se belewenis van hulle wedersydse interaksie. Die metode kan te enige tyd toegepas word solank die betrokke ervaring betekenis het. Van Manen (in Stember & Hester, 1985:177) stel dit so: "All understanding is ultimately self-understanding."

Vir die uitvoering van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering in die studie word 'n eksterne onderhoudvoerder gebruik. Die eksterne onderhoudvoerder is vertrouwd met die toepaslike onderhoudvoeringstegniek en sy plaas enige kennis en/of houdings ten opsigte van die fenomeen tussen hakies (*bracketing*).

In die studie sal gebruik gemaak word van die fenomenologiese metode van onderhoudvoering deur ongestruktureerde onderhoude met een sentrale vraag aan die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige, waar die eksterne onderhoudvoerder haar eie deelname sal beperk en slegs die tema sal suggereer waaroor sy inligting wil bekom.

*Die sentrale vraag aan die persoon na aan die ernstig siek pasiënt:*

- \* Hoe het u u kontak beleef met die intensiewesorgverpleegkundiges wat daaglik betrokke was by die verpleging van u familielid?
- \* How did you experience your contact with the intensive care nursing staff involved in the daily nursing care of your relative?

*Die sentrale vraag aan die intensiewesorgverpleegkundige:*

- \* Hoe het u u kontak met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt beleef tydens u verpleging van die pasiënt?
- \* How did you experience your contact with the person close to the critically ill patient while nursing the patient?

Bogenoemde sentrale vrae sal mondelings aan die deelnemers gestel word aan die begin van die ongestruktureerde onderhoud in die deelnemers se taal voorkeur en sal ook skriftelik aan hulle voorsien word ter bevestiging/hersiening van die vraag gedurende die ongestruktureerde onderhoud. Die eksterne onderhoudvoerder sal ook telkens terugverwys na die getikte sentrale vraag indien die deelnemer sou afdwaal.

In die formulering van die sentrale vraag word die deelnemers aangemoedig om persoonlike gedagtes, persepsies en gevoelens te deel op ongestruktureerde wyse. Ten einde die effektiwiteit van die ongestruktureerde onderhoudvoering te versterk sal die eksterne onderhoudvoerder gebruik maak van die *terapeutiese self*. In fenomenologiese navorsing is die gebruik van die *terapeutiese self* 'n sluitelfaktor en gevolglik maak die eksterne onderhoudvoerder doelbewus gebruik van sekere kommunikasietegnieke en sy raak nou betrokke by die deelnemers se ondervinding ten einde dit sinvol te interpreteer (Burns & Grove, 1987:80).

Die verloop van die ongestruktureerde onderhoud is niedirektief. Die eksterne onderhoudvoerder sal deelnemers aanmoedig om hulle ondervindinge so volledig moontlik te beskryf (Knaack in Forrest, 1989:817).

Die eksterne onderhoudvoerder stel deelnemers op hul gemak deur natuurlike optrede, selfvertroue en vriendelikheid en deur nieverbale gedrag toon sy dat sy die deelnemende persoon ten volle aanvaar en in hom belang stel. Vertroue word geskep en versterk deur nieverbale tegnieke te gebruik soos 'n glimlag, 'n groet, 'n kopknik en om die persoon op sy naam aan te spreek.

#### 2.4.2.4 *Die eksterne onderhoudvoerder se rol*

In dié tipe data-insameling word van die eksterne onderhoudvoerder vereis om, volgens Swanson-Kauffman & Schonwald (1988:102):

- \* op te let na die deelnemer se woorde en gebare/bewegings,

- \* geheel en al te glo dat die deelnemers *kenners* is op die gebied, aangesien hulle dit *beleef* het, en
- \* kreatief te wees in die ondersteuning van die deelnemers om die betekenis van die gebeure te reflekteer soos wat dit onthul word.

Die eksterne onderhoudvoerder moet nou betrokke raak en die deelnemers behulpsaam wees om hulle belewenisse te verwoord. Daarteenoor moet sy steeds *oop* bly vir die persepsies van die subjek eerder as om haar eie persoonlike betekenis aan 'n gebeurtenis te gee (Burns & Grove, 1987:80).

Die eksterne onderhoudvoerder is nie regstreeks by die spesifieke intensiewesorgeenheid betrokke nie. Sy het ook in geen vorige stadium die ernstig siek pasiënt verpleeg nie en ook nie kontak met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt gehad nie. Die eksterne onderhoudvoerder sal nie in uniform met die deelnemers kontak maak nie om die moontlike *bedreigende* invloed uit te skakel en sy poog verder om die vertrouensverhouding tussen haar en die deelnemers te versterk.



#### 2.4.2.5 *Kommunikasietegnieke en -vaardighede*

Gedurende die ongestruktureerde onderhoud word kommunikasietegnieke en -vaardighede gebruik om die deelnemers te lei aangesien die eksterne onderhoudvoerder haar eie deelname aan die ongestruktureerde onderhoud so veel moontlik beperk.

Hierdie tegnieke (Okun, 1976:49-52; Bradley & Edinberg, 1986:108-113 en Beck, Rawlins & Williams, 1988:250-254) sluit onder andere die volgende in:

- \* *Aktiewe luister*: Die eksterne onderhoudvoerder moet 'n belangstellende en sensitiewe luisteraar wees sodat sy die deelnemer weer kan terugbring na die belewenis indien die deelnemer dalk sou afdwaal. Verder is aktiewe luister ook belangrik aangesien die eksterne onderhoudvoerder moet *beleef en ervaar* wat die deelnemer beleef het.
- \* *Nieverbale kommunikasie*: Gedurende die ongestruktureerde onderhoud moedig die eksterne onderhoudvoerder die deelnemer aan deur gebruik te maak van:
  - liggaamsposisie: ontspanne, leun vorentoe

- liggaamshouding: ontspanne, gemaklik, oop
  - oogkontak: eweredig, gemaklik
  - gesigsuitdrukking: opgewek, toon belangstelling
  - stem: gemaklik, vloeiend, duidelik, ontspanne
  - voorkoms: netjies, goed versorg, skoon, professioneel
- \* *Oopeinde-vrae*: Sou verdere vrae gedurende die ongestruktureerde onderhoud aan die deelnemers gestel word, moet dit nie die kommunikasie blokkeer nie maar eerder die deelnemer aanmoedig om verdere inligting te verskaf. Dit is dus nie vrae wat net deur *ja* of *nee* beantwoord kan word nie, byvoorbeeld: "With everything on time, how did it make you feel?"
- \* *Reflektering*: Dit verwys na die oordrag van begrip aan die deelnemer aangaande sy bekommernisse en perspektiewe. Verklaarde of geverbaliseerde gevoelens en spesifieke inhoud kan gereflekteer word, byvoorbeeld: "'n Suster kyk na een individuele pasiënt en dit het u beïndruk dat sy individuele aandag kry."
- \* *Aanmoediging*: Die deelnemer word aangemoedig om meer inligting aan te bied. Minimale verbale response is in dié opsig effektief, byvoorbeeld: "mm-mm", "ja...", "ek sien" en met die kop te knik.
- \* *Uitklaring*: Dit is 'n poging om te fokus op die aard van 'n deelnemer se verklaring of om die aard daarvan te begryp, byvoorbeeld: "U het dit steurend gevind dat hulle so hard met mekaar kommunikeer, was dit ..." of "Dit klink vir my asof jy sê ..."
- \* *Ondersoek*: Deur middel van 'n oopeinde-vraag word gepoog om meer inligting oor 'n saak te bekom, byvoorbeeld: "Vertel my meer..." of "Kom ons gesels daaroor".
- \* *Opsomming/Parafrasering*: 'n Opklarende herhaling waardeur die primêre effektiewe en kognitiewe temas aangedui word.

Die ongestruktureerde onderhoude sal per oudiokasset opgeneem word en verbatim getranskribeer word. Veldnotas met betrekking tot die eksterne onderhoudvoerder se belewing van die nieverbale kommunikasie, die verloop van die ongestruktureerde onderhoud en enige subjektiewe indrukke van die eksterne onderhoudvoerder aangaande die ongestruktureerde onderhoud (Lynch-Sauer, 1985:98) sal na afloop van elke data-insamelingssessie gemaak word (verwys na Bylaag B). Die data wat hieruit verkry word, sal

geïntegreer word by die resultate van die transkripsies om sodoende tot 'n beskrywende gevolgtrekking te kom.

### 2.4.3 Data-analise

Die navorser sal 'n gekombineerde metode van inhoudsanalise van Kerlinger (1988:477-484) en Giorgi (1985:10-19) gebruik. Inhoudsanalise is 'n sistematiese, objektiewe metode om data te bestudeer en te analiseer. Die volgende stappe sal geïmplementeer word:

#### *Stap 1: Identifisering van universum met gevolglike definiëring van universele kategorieë*

Die navorser lees die volledige transkripsies etlike kere deur om 'n oorsigtelike beeld van die transkripsies as geheel te bekom. Die geskrewe woord word as die universum gekies (Giorgi, 1985:10 en Kerlinger, 1988:476). Daarna sal universele kategorieë geïdentifiseer word uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Bylaag E). As universum sal woorde en temas wat uit die versamelde data na vore kom, geïdentifiseer word om te lei tot die daarstel van toepaslike operasionele definisies.

#### *Stap 2: Eenheidsanalise*

Die navorser lees weer die transkripsies deur en identifiseer nou betekenisvolle eenhede deur woorde en temas betreffende die geïdentifiseerde fenomeen, naamlik die belewenis van die wedersydse interaksie tussen die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige, te onderstreep (Bylaag C). In die studie sal dit dien as eenhede vir analise.

#### *Stap 3: Kodering van die data*

Ná die identifisering van woorde en temas word hulle geklassifiseer in hoof- en subkategorieë (Bylaag C). Die woorde en temas word in konkrete taal oorgedra en daarna in wetenskaplike taal omgesit deur inferensies.

#### *Stap 4: Werksprotokol*

As kontrolemeganisme sal die transkripsies geanaliseer word deur 'n onafhanklike psigiatriese verpleegspesialis - die eksterne kodeerder - wat dieselfde koderingsprosedure sal volg.

- \* 'n Lys instruksies (verwys na Bylaag D: Werksprotokol) word aan haar verskaf asook operasionele definisies van die universele kategorieë volgens die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (verwys na Bylaag E).
- \* 'n Skoon stel afskrifte van die transkripsies met veldnotas word aan haar voorsien (verwys na Bylaag B).
- \* Die eksterne kodeerder onderstreep alle belewenisse en kategorieer dit.
- \* Die navorser se uiteensetting van geïdentifiseerde en gedefinieerde kategorieë en subkategorieë word aan die eksterne kodeerder voorsien.

#### *Stap 5      Konsensusgesprek*

Die navorser en die eksterne kodeerder sal vervolgens op 'n vooraf bepaalde tyd ontmoet sodra die eksterne kodeerder haar kodering voltooi het, om vervolgens die onderskeie kategorieë te vergelyk en konsensus te bereik ten opsigte van universele kategorieë en eenheidsanalise. Veldnotas word as herbevestiging by die konsensusgesprek betrek (verwys na Bylaag B).

#### *Stap 6      Kwantifisering van data*

Die resultate word dan in prioriteitsorde geplaas volgens die hoeveelheid respondente wat dieselfde ervaring beleef het en kwantitatief getabuleer (Kerlinger, 1988:477-484).

### **2.4.4    Betroubaarheid en geldigheid**

Betroubaarheid en geldigheid word in hierdie studie verseker deur die vereistes van Woods & Catanzaro (1988:136) te volg.

#### *2.4.4.1      .Betroubaarheid van die studie*

Konsekwensie word verhoog deur die volgende betroubaarheidsvereistes in die studie te implementeer:

- \* *Die navorser se rol en status*
  - Die navorser se eie posisie en doel van die navorsing word duidelik uiteengesit in die vorm van 'n toestemmingsbrief aan alle deelnemers (Bylaag A).

- Die navorser is nie regstreeks by die spesifieke intensiewesorgeenheid betrokke nie. Sy het ook in geen vorige stadium die pasiënte verpleeg nie en het ook nie kontak met die betrokke gesinslede gehad nie.
- Die navorser maak gebruik van 'n eksterne onderhoudvoerder om enige moontlike invloed wat sy self op die deelnemers mag hê, uit te skakel asook om die effektiwiteit van die ongestruktureerde onderhoude te verseker aangesien die eksterne onderhoudvoerder meer vaardig en vertrouwd is met onderhoudtegnieke.
- Die navorser sal nie in uniform met die deelnemers kontak maak nie om die moontlike *bedreigende* invloed uit te skakel en verder ook om die vertrouensverhouding tussen haar en die deelnemers te versterk deurdat sy nie in 'n *magsposisie* optree nie.
- Die navorser sal voor elke afspraak die eksterne onderhoudvoerder aan die deelnemers voorstel en ook die eksterne onderhoudvoerder se rol in die studie uiteensit.

\* *Deelnemers se keuse van betrokkenheid*

- Deelnemers moet aan spesifieke, gestelde kriteria voldoen (Paragraaf 2.4.1) aangesien doelgerigte seleksie van toepassing is in hierdie studie.
- Deelnemers neem vrywillig deel aan die studie en hulle skriftelike toestemming sal verkry word.

\* *Die sosiale konteks waarbinne navorsing gedoen sal word*

- Die sosiale konteks, soos van toepassing op die studie, is reeds bespreek in Paragraaf 2.3.

\* *Die metodiek wat gedurende die ongestruktureerde onderhoudvoering gevolg sal word*

- Strategieë wat toegepas word ten opsigte van die insameling, analisering en rapportering van data word so noukeurig moontlik omskryf.
- Oudiokassetopnames van die ongestruktureerde, informele onderhoude word verbatim getranskribeer.
- Die kodering word deur die navorser (verwys na Bylaag C) en 'n eksterne kodeerder gedoen.
- Bevindinge word vergelyk met beskikbare literatuur.



- Verpleegriglyne word aan twee kundiges in die praktyk voorgelê vir hulle kritiese ondersoek en evaluering.

#### 2.4.4.2 *Geldigheid van die studie*

Geldigheid van 'n studie beteken dat die ongestruktureerde onderhoude en analise daarvan die belewenis - 'n abstrakte konsep - effektief evalueer (Burns & Grove, 1987:292). Onakkurate gevolgtrekkings word dus nie gemaak ten opsigte van hoe beide partye hulle wedersydse interaksie met mekaar beleef het nie aangesien dit 'n unieke ervaring vir elke individu is en nie veralgemeen kan word nie (Woods & Catanzaro, 1988:147).

Geldigheid word in hierdie studie verseker deur die aspekte soos gestel deur Woods & Catanzaro (1988:136) na te volg:

##### \* *Invloed van die waarnemer op die deelnemers*

Dié aspek is wel van toepassing op die studie aangesien alle ongestruktureerde onderhoude behels dat die partye in oogkontak met mekaar optree. Die eksterne onderhoudvoerder tree egter ook op as waarnemer gedurende die ongestruktureerde onderhoude en maak veldnotas na afloop daarvan om sodoende haar subjektiewe bevindinge weer te gee (verwys na Bylaag B).

##### \* *Geskiedenis en veroudering van data*

Ten opsigte van die moontlike invloed wat tydsverloop op die studie mag hê, word data-insameling oor die kortste moontlike tydperk uitgevoer met 'n maksimum tydsverloop van een maand.

Alle ongestruktureerde onderhoude sal binne die kortste moontlike periode afgehandel word - hierdie tydperk sal afhang van die getal kwalifiserende pasiënte wat op daardie tydstip kardiotorakschirurgie in die betrokke privaat hospitaal ontvang.

Die gestelde kriteria (Paragraaf 2.4.1) vir die deelnemers na aan die ernstig siek pasiënt bepaal dat die ongestruktureerde onderhoud binne drie dae post-operatief uitgevoer moet word, asook dat die verpleegkundige wat die verpleging van die pasiënt gedoen het ten minste vir 'n periode van 12 uur betrokke moes wees by die pasiënt en die persoon na aan die ernstig siek pasiënt.

\* *Seleksie en regressie*

Dié aspek is nie van toepassing op die studie nie aangesien slegs deelnemers wat volgens gestelde kriteria gekies word en vrywillig toestemming verleen, gebruik sal word. Gevolglik word die navorser se objektiwiteit versterk deurdat haar vooroordeel of moontlike invloed tot die minimum beperk word (Woods & Catanzaro, 1988:137).

\* *Mortaliteit*

Geen mortaliteit van data sal plaasvind nie aangesien slegs een ongestruktureerde onderhoud per deelnemer gedoen sal word.

#### 2.4.5 Literatuurkontrole



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Data wat verkry word uit die ongestruktureerde onderhoudstranskripsies met beide die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige sal met relevante data in beskikbare literatuur en navorsing vergelyk word en gevolgtrekkings sal na aanleiding daarvan gemaak word. Unieke insigte wat uit hierdie navorsingstudie bekom is, sal uitgelig word.

## 2.5 OPSTEL VAN RIGLYNE

Inligting wat uit die studie en tersaaklike literatuur en navorsing verkry is, sal gebruik word om praktiese riglyne vir die verpleegkundige in 'n intensiewesorgeenheid op te stel ten opsigte van haar hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in die intensiewesorgeenheid in terme van haar wedersydse interaksie met dié persone, ter verbetering van haar verpleegpraktyk en ter bevordering van die betrokke partye se strewe na gesondheid.

## 2.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die navorsingsontwerp en -metode wat gevolg gaan word. In die volgende hoofstuk volg 'n bespreking van die resultate van die studie.



## HOOFSTUK 3

### RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE

#### 3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die resultate, soos ingesamel volgens Hoofstuk 2, uiteengesit en waar aangedui, sal die resultate bespreek word en toepaslike aanhalings ter staving daarvan sal weergegee word.

#### 3.2 ANALISE VAN DATA

Die verloop van die data-insameling word kortliks beskryf. Twee groepe deelnemers wat aan die seleksiekriteria (Paragraaf 2.4.1) voldoen het, het vrywillig deelgeneem en het soos volg daar uitgesien:

- \* *Persone na aan die ernstig siek pasiënt:* 'n Doelgerigte steekproef is oor 'n periode van twee weke uitgevoer en alle deelnemers wat aan die seleksiekriteria voldoen het en ingestem het tot vrywillige deelname is gebruik. Hierdie doelgerigte steekproef bestaan uit sewe vroue en twee mans. Vier van die deelnemers was Afrikaanssprekend en vyf Engelssprekend. Verskeie kultuurgroepe is in hierdie studie verteenwoordig.
- \* *Verpleegkundiges:* Ses van die verpleegkundiges wat aan die seleksiekriteria voldoen het, het aan die ongestruktureerde onderhoude deelgeneem. Die rede waarom slegs ses verpleegkundiges in teenstelling met nege persone na aan die ernstig siek pasiënt aan die studie deelgeneem het, is die volgende:
  - Een van die verpleegkundiges wat aanvanklik ingestem het tot die ongestruktureerde onderhoud het volstrek geweier tot verder deelname toe daar aan haar verduidelik is dat die ongestruktureerde onderhoud op oudio-kasset opgeneem gaan word. Aangesien deelname vrywillig is en die

deelnemers bereid moes wees om hulle belewenisse te deel was sy nie verplig tot deelname nie.

- 'n Tweede verpleegkundige was gedurende die uitvoering van die studie op siekverlof en kon nie gekontak word nie.
- 'n Derde verpleegkundige het gedurende die studie reeds in 'n ander hospitaal begin werk aangesien sy 'n student is en alle pogings om met haar kontak te maak is geïgnoreer.

Die doelgerigte steekproef ten opsigte van die verpleegkundiges het dus bestaan uit ses vroulike verpleegkundiges wat werksaam is in die betrokke kardiotoraks-intensiewesorgeenheid en hulle het voldoen aan die seleksiekriteria (Paragraaf 2.4.1). Vier verpleegkundiges was Engelssprekend en twee Afrikaanssprekend. Verskeie kultuurgroepe is in die steekproef verteenwoordig.

Die fenomenologiese metode van onderhoudvoering is gedurende die uitvoer van die studie toegepas. Die eksterne onderhoudvoerder het onderskeidelik die volgende sentrale vrae aan die twee groepe deelnemers gestel:

*Aan die persoon na aan die ernstig siek pasiënt:*

- \* Hoe het u u kontak beleef met die intensiewesorgverpleegkundiges wat daaglik betrokke was by die verpleging van u familielid?
- \* How did you experience your contact with the intensive care nursing staff involved in the daily nursing care of your relative?

*Aan die intensiewesorgverpleegkundige:*

- \* Hoe het u u kontak met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt beleef tydens u verpleging van die pasiënt?
- \* How did you experience your contact with the person close to the critically ill patient while nursing the patient?

Gedurende die ongestruktureerde onderhoud het die deelnemers hulle belewenisse met die eksterne onderhoudvoerder gedeel en is dit op oudiokasset opgeneem. Die opnames van die

ongestruktureerde onderhoude is verbatim getranskribeer en onafhanklik gekodeer deur die navorser en 'n eksterne kodeerder (Bylaag B bevat twee getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude). Daarna is 'n konsensusgesprek gehou om wedersyds ooreenstemming te bereik ten opsigte van die finale analise.

### 3.2.1 Kategorisering en definiëring van die universum

Data is geanaliseer en in kategorieë ingedeel (Paragraaf 2.4.3) deur 'n gekombineerde metode van inhoudsanalise van Kerlinger (1988:477-484) en Giorgi (1985:10-19) te gebruik. Die universum vir hierdie studie het bestaan uit verbale response van twee groepe deelnemers, naamlik nege persone na aan die ernstig siek pasiënt en ses verpleegkundiges. Vir die doel van die studie is die universele kategorieë verkry vanuit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7), soos uiteengesit in Bylaag E. Die hoof- en subkategorieë van beide groepe deelnemers word in twee vloiediagramme, naamlik Figuur 3.1 en Figuur 3.2, uiteengesit.

### 3.2.2 Kodering van data



Ná die identifisering van die eenhede vir analise (onderstreepte woorde en temas, verwys na Bylaag C) is hulle geklassifiseer in relevante universele kategorieë en subkategorieë volgens die beramingseenheid van Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7, verwys na Bylaag E). Konkrete wetenskaplike taal is gebruik in die groepering van kategorieë. Kodering van die transkripsies is onafhanklik gedoen, eers deur die navorser en daarna deur die eksterne kodeerder. Tydens die ontmoeting tussen die navorser en eksterne kodeerder het 'n konsensusgesprek plaasgevind om hulle bevindinge te vergelyk en wedersyds 'n ooreenstemming ten opsigte van die finale analise te bereik. Veldnotas (Bylaag B) is in die finale analise ter herbevestiging van die gekodeerde data benut.

Vir die doeleindes van die studie het die navorser en die eksterne kodeerder ooreengekom dat die verteenwoordigende getal resultate ten opsigte van die persoon na aan die ernstig

siek pasiënt vyf en meer uit nege sal wees en ten opsigte van die verpleegkundige drie en meer uit ses.

### **3.2.3 Kwantifisering van data**

Ná die konsensusgesprek is die resultate gekwantifiseer op grond van die getal deelnemers wat dieselfde ervarings beleef en beskryf het en daarna geprioritiseer onder die onderskeie hoof- en subkategorieë volgens die hoogste tot die laagste waardes.

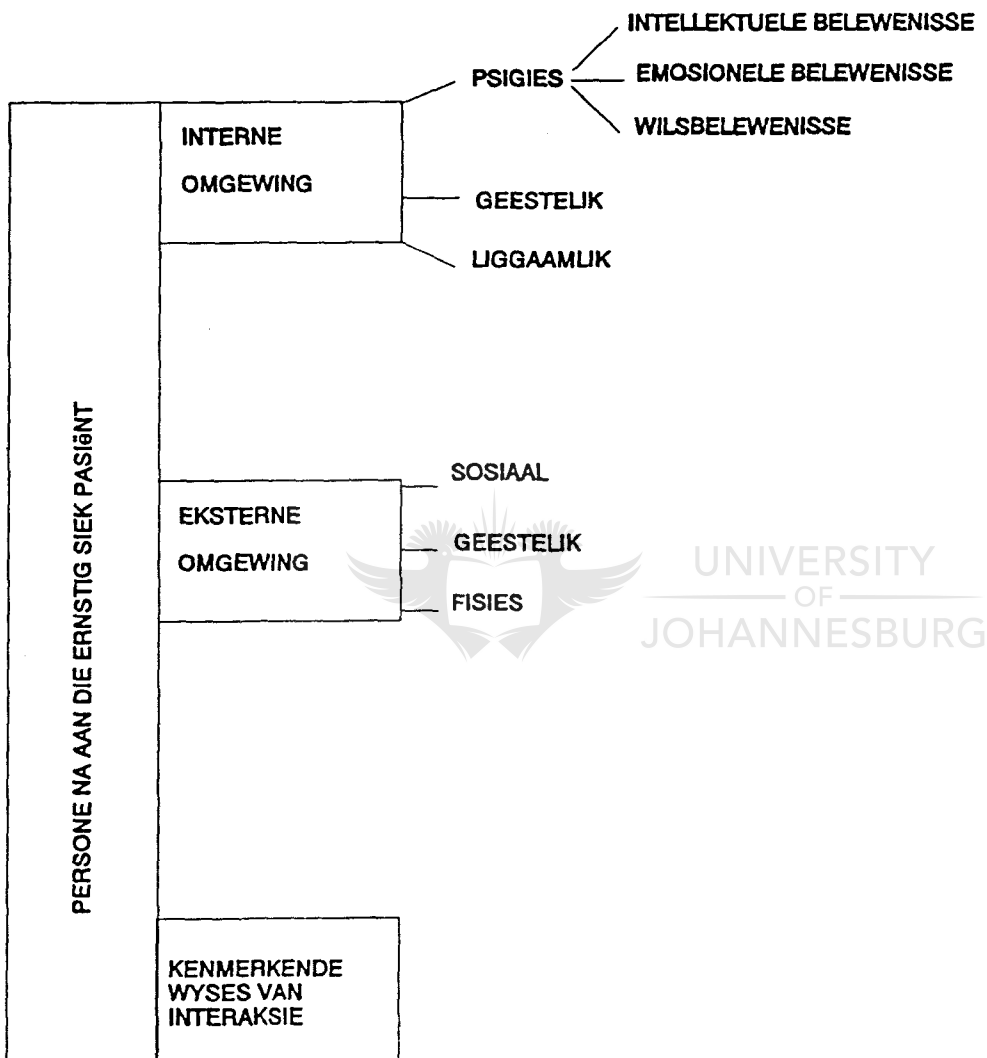
## **3.3 BESPREKING VAN RESULTATE**

Eerstens sal die persone na aan die ernstig siek pasiënt se resultate uiteengesit en bespreek word en daarna dié van die verpleegkundiges. Ten opsigte van die persone na aan die ernstig siek pasiënt was daar nege deelnemers waarvan vyf en meer as verteenwoordigend beskou word soos wedersyds ooreengekom deur die navorser en die eksterne kodeerder. Daarteenoor is ses verpleegkundiges as deelnemers betrokke en soos wedersyds ooreengekom tussen die navorser en die eksterne kodeerder sal die verteenwoordigende aantal verpleegkundiges in hierdie studie as drie en meer geneem word.

### **3.3.1 Bespreking van die resultate van die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundiges**

Vervolgens word die persoon na aan die ernstig siek pasiënt ( $n = 9$ ) se belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundiges in die kategorieë en subkategorieë soos in Figuur 3.1 aangedui, uiteengesit en bespreek.

*Figuur 3.1 Vloediagram van die universele kategorieë uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7) en geïdentifiseerde hoofkategorieë en subkategorieë waarvolgens die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse uiteengesit is*



### 3.3.1.1 *Belewenisse van die INTERNE OMGEWING*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt ( $n = 9$ ) se belewenisse van die interne omgewing word in die volgende hoofkategorieë, naamlik psigiese, geestelike en liggaamlike belewenisse, weergegee en bespreek.



## A INTERNE PSIGIESE BELEWENISSE

Die hoofkategorie interne psigiese belewenisse word verder in subkategorieë verdeel, naamlik intellektuele, emosionele en wilsbelewenisse.

### a) INTELLEKTUELE BELEWENISSE

Tabel 3.1 toon aan wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt se interne intellektuele belewenisse was van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundige ten opsigte van hulle persepsies en geïdentifiseerde verdedigingsmeganismes wat hulle inspan tydens hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundiges.

Tabel 3.1 *Interne omgewing: Intellektuele belewenisse*

Persepsies	n = 9
Inligting en verduideliking deur verpleegkundiges ten opsigte van wat met die pasiënt gebeur het, was sinvol	6
Verpleegkundiges is bevoeg, vaardig, oplettend en ken hulle werk	6
Beleef verpleegkundiges as vriendelik	5
Die verpleegkundige is buigsaam en tegemoetkomend	5
Persone beleef die verpleegkundiges as negatief, soos blyk uit die volgende:	5
- raak kortaf, ongeskik en verwerp die persone as reëls verontagsaam word	
- reëls word afgedwing sonder verduideliking	
- die toerusting weet meer as die verpleegkundiges	
- verpleegkundiges weet nie wat aangaan nie	
- verpleegkundiges in onprofessioneel	
Is beïndruk met verpleegkundiges	4
Voel uitgesluit deur verpleegkundige	3
Verpleegkundiges toon begrip en is empaties	2
Verpleegkundiges is gerusstellend	2
Persone is bang hulle is in die pad of is 'n oorlas	2
Persone is bang en angstig	2
Persone beleef kontak verskillend van verpleegkundige tot verpleegkundige	2
Pasiënte word goed deur verpleegkundiges behandel	2

Persepsies (vervolg)	n = 9
Positiewe eienskappe van die verpleegkundiges:	
- beskikbaar	2
- behulpsaam	2
- bedagsaam	2
- gerusstellend	2
- geduldig	1
- eg	1
- eerlik	1
Verpleegkundiges sorg vir alles by pasiënte - vervul mees intieme take vir die pasiënt	1
Personne het agting en respek vir verpleegkundiges en hulle werk	1
Verpleegkundiges werk hard	1
Personne wil verpleegkundige vergoed met geskenke aangesien hulle te min geld verdien	1
Ander nieprofessionele persone is meer ondersteunend en empaties teenoor persone as die verpleegkundige	1
Verpleegkundiges voldoen nie aan pasiënt se behoeftes nie	1
Familie voel dat 'n verhouding van 1:1 goed is	1
<b>Verdedigingsmeganismes</b>	
Ontkenning	4
Minimisering	3
Rasionalisasie	2

Ten opsigte van die persepsies wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt het rakende die verpleegkundiges die volgende:

\* Ses van die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef dat die inligting en verduideliking deur verpleegkundiges ten opsigte van wat met die pasiënt gebeur, baie sinvol was. Ter staving hiervan die volgende aanhalings:

"... she told me everything that's going on, what happens and what transpires ... she, like, really put me at a lot of ease ..."

"She's very good in coming and showing me everything and explaining to me what was happening to try and ease it, so I wasn't quite so nervous."

"Man, ek het nie veel kontak met hulle gehad eintlik nie, maar die bietjie wat daar was ... dit was goed ... baie informatief."

\* Volgens ses van die persone is verpleegkundiges bevoeg, vaardig, oplettend, en ken hulle hulle werk:

"I really do believe she did know her job as I do believe a lot of the sisters in the ICU and really good, they are excellent in their job."

"... we were just amazed by the efficiency and everything that everybody ... and mmm everybody was always watching everything that was going on there, they were always on the go, they didn't miss anything, you know. I suppose, when you come from something like we had, obviously you're not used to that kind of really attentive efficiency ..."

"Met hulle *professionalism* ... vinnig ... koelkop ... laat hulle nie sommer van stryk af bring nie."

\* Vyf van die persone na aan die ernstig siek pasiënt sien die verpleegkundige as vriendelik na aanleiding van die volgende aanhalings:

"... very friendly, cheerful ..."

"... they were very kind, very kind."

"I did find her to be quite ... friendly and reassuring."

" ... net dat hulle fantasties was, behulpsaam was, vriendelik en bemoedigend."

\* Die verpleegkundige is buigsaam en tegemoetkomend soos beleef deur vyf van die persone na aan die ernstig siek pasiënt:

"The staff allowed me in and out, more than normal ..."

"... but one night we, we were late and then asked her, please, can we come in? She told me straight they are strict, but they gave me time to come in ..."

"... they allowed me to sit there, three hours I was there, inside. They didn't refuse me."

"... sy't vir my gesê: 'sit, moenie haastig wees nie' en ek het ook. In teendeel, nee, ek het van vyf voor vier tot vyf voor ses by hom gesit, want hy wou nie gehad het ek moes loop nie. En sy't maar gesê ek kan maar sit, ek is nie in die pad nie."

\* Die verpleegkundige word deur vyf persone na aan die ernstig siek pasiënt as negatief beleef na aanleiding van verskeie aspekte, soos uiteengesit in Tabel 3.1. Ter staving hiervan die volgende aanhalings:

"No, they were busy with her, or whatever the case may be, that's not serious. They didn't tell me they were busy with her. They just said 'Hold on' and came back ten minutes later and said 'You know, it's not visiting hours.'"

"In what sense because visiting hours, in the CCU for example, okay, any time, to visit my wife and they'd let me in there. If they were busy treating her, they'd ask me to wait outside and be ten minutes, twenty minutes, half an hour. Great, I'd wait outside to go in ... er ... I was a little disturbed, I don't believe in the one section, they treated you so nicely and in the next section ... I think it is just different nurses ..."

"... I got shot down when I arrived there and 'It's not visiting hours' ... somehow I think that's not called for ..."

"Ek dink die feit dat ek ... um ... net kort rukkies daar moes sit en dan weer uitgejaag word, dit pla my nie."



Ten opsigte van die verdedigingsmeganismes wat deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt toegepas word gedurende hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundige is geen beduidende verdedigingsmeganismes geïdentifiseer nie en 'n bespreking hieroor sal dus nie volg nie.

#### b) *EMOSIONELE BELEWENISSE*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt se interne emosionele belewenisse ten opsigte van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundige word in Tabel 3.2 uitgebeeld. Na aanleiding van die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude word die emosies verdeel in verdere kategorieë, naamlik blydschap, angs, hartseer en woede.

Tabel 3.2 *Interne omgewing: Emosionele belewenisse*

	n = 9
BLYDSKAP - Dankbaarheid	6
ANGS - Angs en onsekerheid	6
- Onveilige gevoel as gevolg van verlies aan beheer	2
- Ongemak, voel dom en onbeholpe	2
- Ontsteld	1
- Geagiteerd as nie absolute presisie is nie	1
- Traumatiese gevoel	1
HARTSEER - Verlate gevoel	1
WOEDE - Woede	1

Uit Tabel 3.2 word slegs die verdere kategorieë blydskap en angs as verteenwoordigend weergegee.

\* Ses van die persone na aan die ernstig siek pasiënt het dankbaarheid gevoel gedurende hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundige:

"... en ek is so dankbaar vir die hulp wat hulle hom verleen het..."

"I appreciate everything that they do for him."

"Ja, ek het dit waardeer, ek het dit baie waardeer."

\* Ses persone beleef angs en onsekerheid gedurende hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundige:

"... I was scared to touch him. Very, very scared."

"... because I was so afraid."

"... look he's still alive or he's nearly dead or whatever, and that anxiety is really, really something. To sit there for six hours and not know, and you know, the only thing we could say was, you know, 'we're not told that he is dead, so he must still be alive'... but not to know..."

c) *WILSBELEWENISSE*

In hierdie subkategorie - wilsbelewensisse van persone na aan die ernstig siek pasiënt - is daar geen belewensisse geïdentifiseer uit die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude nie.

B *INTERNE GEESTELIKE BELEWENISSE*

In die hoofkategorie interne geestelike belewensisse van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt is drie verdere kategorieë, naamlik oortuigings-, religieuse en waardebelewensisse geïdentifiseer. Die belewensisse in hierdie kategorie is egter nie as verteenwoordigend gevind nie en word gevolglik nie bespreek nie. Tabel 3.3 beeld die bogenoemde belewensisse uit.

Tabel 3.3 *Interne omgewing: Geestelike belewensisse*

	n = 9
<b>Oortuigings</b>	
Vereis eerlikheid	4
Mense het gerusstelling nodig	1
Glo moet altyd dieselfde behandel word, dit wil sê verpleegkundiges moet konsekwent wees in hulle optrede	1
<b>Religieuse belewensisse</b>	
Glo die verpleegkundiges kry krag van die Hemelse Vader - hulle kan ook faal	1
<b>Waardebelewensisse</b>	
Dit is belangriker in intensiewesorgeenhede om vriendelik te wees as om te weet wat om te doen en bevoeg te wees	1

C *INTERNE LIGGAAMLIKE BELEWENISSE*

In die hoofkategorie interne liggaamlike belewensisse is geen belewensisse uit die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude geïdentifiseer nie.

### 3.3.1.2 *Belewenisse van die EKSTERNE OMGEWING*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt ( $n = 9$ ) se belewenisse van die eksterne omgewing word in die volgende hoofkategorieë verdeel, naamlik sosiale, geestelike en fisiese belewenisse.

#### A EKSTERNE SOSIALE BELEWENISSE

In die hoofkategorie eksterne sosiale belewenisse van die persone na aan die ernstig siek pasiënt is drie verdere kategorieë tydens die analise geïdentifiseer, naamlik reëls, ondersteuning en verpleegkundiges. Tabel 3.4 beeld uit wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt se eksterne sosiale belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundige was.

Tabel 3.4 *Eksterne omgewing: Sosiale belewenisse*

	$n = 9$
<b>Reëls</b>	
Positiewe belewenisse ten opsigte van reëls	8
Toepassing van besoektye	3
Wag terwyl met prosedures besig is	3
Minder positiewe belewenisse en inkonsekwente optrede met betrekking tot die reëls	2
<b>Ondersteuning</b>	
Ander pasiënte se persone na aan hulle of eie familie gee ondersteuning	3
<b>Die verpleegkundige</b>	
Behandel die breër familie ook goed	2
Troos kinders	1
Luidrugtige persoonlike gesprekke word gevoer	1

Uit Tabel 3.4 word die volgende eksterne sosiale belewenisse weergegee ten opsigte van die positiewe ervaring van die toepassing van reëls deur die verpleegkundiges in die intensiewesorgeenheid. Die belewenisse kom na vore uit agt persone na aan die ernstig siek pasiënt se wedersydse interaksie met die verpleegkundige en die volgende aanhalings is ter staving daarvan:

"Een ding moet ek sê, ek hou van die ... hoe kan ek nou sê ... hulle is *strict* en ek hou daarvan. Hulle hou ... by wat hulle hou ... hoe kan ek nou sê ..."

"Besoektyd in ICU is 'n guns wat hulle my bewys."

"... accepted it ... I stick to the rules ... If a place haven't got rules, then everybody can come in and do what they like."

## B EKSTERNE GEESTELIKE BELEWENISSE

In die hoofkategorie eksterne geestelike belewenisse is geen belewenisse gedurende die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude geïdentifiseer nie.

## C EKSTERNE FISIESE BELEWENISSE

Ten opsigte van die hoofkategorie eksterne fisiese belewenisse is die volgende verdere kategorieë tydens die analise geïdentifiseer, naamlik toerusting, wagkamer en omgewing. Tabel 3.5 beeld uit wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt se eksterne fisiese belewenisse was ten opsigte van hulle wedersydse interaksie met die verpleegkundiges.

Tabel 3.5 Eksterne omgewing: Fisiese belewenisse

<b>Toerusting</b>	<b>n = 9</b>
Toerusting is oorweldigend	7
<b>Wagkamer</b>	
Wagkamer is 'n ontvlugtingsarea - ontlaai spanning en kry emosionele ondersteuning by nieprofessionele persone	1
<b>Omgewing</b>	
Omgewing is raserig	1



Uit Tabel 3.5 het slegs een verteenwoordigende fisiese belewenis na vore gekom, naamlik dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt die toerusting oorweldigend vind, soos bevestig in die volgende aanhalings:

\* Sewe van die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die toerusting as oorweldigend soos bevestig deur die volgende aanhalings:

"... you walk into that ICU and you see those goodies and whatever, you (lag), you really wonder whether you're in this world or not."

"So it really was something beyond belief I think ... I didn't even realise that there were all these machines and drips and goodies that could possibly ... work."

"... met die dosyne @#! pype en drade aan haar ... dit was 'n skok, maar ek was voorberei op 'n manier, mondelings: 'Moenie skrik nie, dit en dit en dit'... Maar jy skrik nog."

"... it still came as a very big shock just to see him and the amount of equipment."

### 3.3.1.3 *Kenmerkende wyses van interaksie*

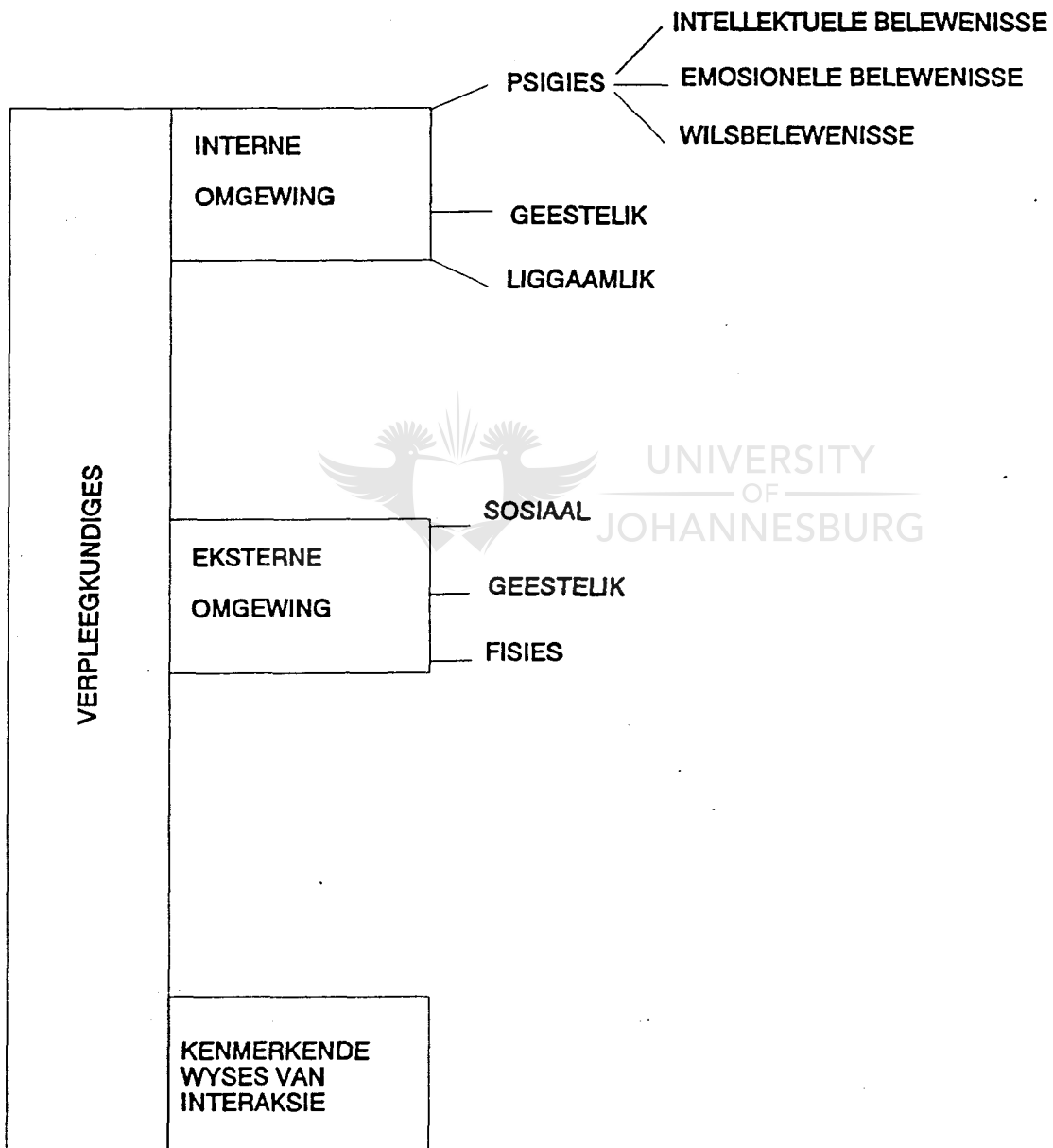
UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Geen verteenwoordigende kenmerkende wyses van interaksie is geïdentifiseer gedurende die analise van die resultate nie.

### 3.3.2 **Bespreking van die resultate van die verpleegkundiges se belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt**

Ten eerste is die verpleegkundiges se belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt in die kategorieë en subkategorieë soos in Figuur 3.2 aangedui, uiteengesit en bespreek.

*Figuur 3.2 Vloediagram van die universele kategorieë uit die Verplegingsteorie vir Mensheehheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:5-7) en geïdentifiseerde hoofkategorieë en subkategorieë waarvolgens die verpleegkundige se belewenisse uiteengesit is*



### 3.3.2.1 *Belewenis van die INTERNE OMGEWING*

Die verpleegkundiges ( $n = 6$ ) se belewenisse van die interne omgewing word soos volg in hoofkategorieë, naamlik die psigiese, geestelike en liggaamlike belewenisse weergegee en bespreek.

#### A INTERNE PSIGIESE BELEWENISSE

Die hoofkategorie interne psigiese belewenisse word verder in subkategorieë verdeel, naamlik intellektuele, emosionele en wilsbelewenisse.

##### a) *INTELLEKTUELE BELEWENISSE*

Die intellektuele belewenisse het spontaan in verdere kategorieë van persepsies en geïdentifiseerde verdedigingsmeganismes verdeel. Tabel 3.6 beeld kwantitatief uit wat die verpleegkundiges se interne intellektuele belewenisse was ten opsigte van hulle persepsies van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt wat gevorm word in hulle wedersydse interaksie met die persoon, asook persepsies ten opsigte van hulself gedurende hierdie wedersydse interaksie en laastens die verdedigingsmeganismes wat hulle inspan tydens hulle wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt.

Tabel 3.6 *Interne omgewing: Intellektuele belewenisse*

	<b>n = 6</b>
<b>Persepsies ten opsigte van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt</b>	
Kennis lei tot ontspanning en verligting	4
Aanvanklik angstig, bekommerd, beleef verlies aan beheer	4
Ontspan en is verlig ná eerste kontak - vertrou	4
Benodig herversekering, ondersteuning en gerusstelling en wil graag kommunikeer	3
Is onkundig en oningelig	3
Is samewerkend, aangenaam, insiklik deurdat die persoon die verpleegkundige se leiding volg en reëls gehoorsaam	3
Verpleegkundige is beskikbaar vir hulle	2
Die persoon is: positief, vriendelik	1
dankbaar en waarderend	1
pamperlang die pasiënt	1
Normaliseringsbeginsel word toegepas	1
As die persoon betrek word en betrokke raak, is die persoon meer ontspanne	1

<b>Persepsies ten opsigte van haarself</b>	<b>(n=6)</b>
Wedersydse interaksie met persone na aan die ernstig siek pasiënt is sporadies	4
Moelik om wedersydse interaksie met hierdie persoon te onthou	4
Verpleegkundige bied inligting	2
Beleef dat die persone die verpleegkundiges ondersteun	1
Voel dat sy gedurende en na wedersydse interaksie met die persoon die werklikheid sien en ontbloot raak	1
Kry indruk dat die persoon dink dat verpleegkundige nie omsien na basiese dinge nie - eerder monitors en toerusting	1
Voel persoon dink sy is streng as sy ferm optree	1
Voel die persoon pamperlang die pasiënt	1
Dink grappies ontlai die persoon se spanning	1
Vind dit moeilik om te bepaal hoe die persoon voel	1
Persoon rig nie vrae aan die verpleegkundige nie	1
Hou sosiale gesprekke baie oppervlakkig	1
<b>Verdedigingsmeganismes</b>	
Repressie	4
Dehumanisering	3

In Tabel 3.6 word die persepsies van die verpleegkundige ten opsigte van die persone na aan die ernstig siek pasiënt as die volgende gesien:

\* Vier verpleegkundiges sien dat kennis die persone na aan die ernstig siek pasiënt laat ontspan en verligting bring. Die volgende aanhaling word ter ondersteuning van hierdie aspek genoem:

"... Ek moet sê die stres was heel weg en die feit dat sy weet wat aangegaan het, sy't gewet watter soort operasie, sy't gewet waarvoor die snye op sy bene is. Ek dink kennis maak 'n groot verskil. Ek dink dit neem soveel stres van jou af."

\* Vier verpleegkundiges was van mening dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt aanvanklik angstig en bekommerd is en dat hulle verlies aan beheer beleef. Ter staving daarvan die volgende aanhalings:

"... when she came out he was so worried and concerned..."

"... he was petrified to see her..."

"Daar is 'n verskriklike angs by hierdie mense."

"... toe sy die hele storie sien, het sy sommer net daar aan die huil gegaan en wou uitloop."

\* Drie verpleegkundiges het beleef dat die persone ontspanne en verlig is ná hul eerste kontak met die ernstig siek pasiënt soos uit die volgende na vore kom:

"... very stressed at first and then sort of relaxed when he saw it wasn't really so bad. And when she came out he was so worried and concerned and my heart broke for him. And as he saw her getting better, his whole outlook changed ... and he was more positive as he realised she was going to be okay."

\* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt benodig ondersteuning en gerusstelling en wil graag kommunikeer, aldus drie verpleegkundiges se belewenisse. Ter bevestiging die volgende aanhalings:

"... he needed a lot of support, he was very, very nervous..."

"... he wanted to talk all the time. And he ... I think the more positive way we spoke about what was happening to her, the more he relaxed, and felt better, the more we spoke about normal things, you know, because to him it was all abnormal, you know, and the more we spoke about normal things, the easier he felt, you know. You could see him visibly relax."

"... Ja, die tweede keer het sy vrae gevra. Ek het eers vir haar verduidelik wat alles aangaan en toe het ek vir haar gevra of sy iets wil vra of iets wil sê, toe het sy net vir *reinforcement* gevra..."

\* Drie verpleegkundiges beleef die persone na aan die ernstig siek pasiënt as onkundig en oningelig:

"Mens dink nie somtyds daaraan nie, wat deur hulle koppe gaan nie en dan is dit die basiese goed, wat jy soms vergeet om vir hulle te sê ..."

"Hulle weet nie wat aangaan nie. Ek dink dit is verskriklik as jy 'n familielid of geliefde het en daar ... hulle word dit aangedoen en jy weet nie eers wat aangaan nie. Ek dink nie eers hy het geweet wat presies, hoe hy lyk na operasie nie."

"Sy het so 'n ent van hom weggestaan, sy het teen die pilaar gestaan en sy't nie geweet of sy naby die bed kan kom, of sy vrae kan vrae vra en of sy hom kan aanraak en of hy arms of bene het nie. Sy het absoluut ... al wat sy gesien het, was die kop en die hele storie, want sy hele kop was vol pype en goeters, en mmm toe ek die borskas vir haar oopmaak, toe is dit asof sy 'n floute kry want toe sien sy nou die borskas is óók vol pype en goeters en toe sê sy, want sy wil nou nie verder sien nie want daar is nóg meer pype, daar's 'n kateter in en daar is snye aan die bene."

"... ek ondervind dat die meeste wat nie voorberei was nie of nie die goed gesien het voor die tyd nie, as hulle dit sien ... ek dink net hulle dink aan dood. Dié ouens wat al reeds in die eenheid was en jy het aan hulle verduidelik en vir hulle gesê wat gaan aan, hulle, hulle weet en vra net ... 'o, is dit nou dit? is dit nou hoe dit werk?' Hulle aanvaar dit meer. Maar sy was stomgeslaan."

\* Ten laaste is drie verpleegkundiges van mening dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt samewerkend, aangenaam en inskiklik is deurdat hulle die verpleegkundige se leiding volg en reëls gehoorsaam. Die volgende aanhalings getuig hiervan:

"... very cooperative and very, very pleasant and you know, they didn't mind waiting where you couldn't let them in, and very appreciative ..."

"... was very obliging, he went with the flow, you know. Whatever we wanted, was fine by him. If we told him to sit in the waiting room and wait for three hours, he would sit in the waiting room and wait for three hours ... very obliging..."

"Lovely. Whenever on the phone, or at the door, or whatever, they were fantastic."

Uit die verpleegkundiges se persepsies ten opsigte van hulself gedurende hul wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt kom die volgende na vore:

\* Vier verpleegkundiges is van mening dat hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt sporadies was:

"... but as I said, I did not have very much interaction with her and I only looked after her husband one night and they did not stay all that long..."

"I had very little contact with them, only that one time when they came in to see her after the surgery... then I was on the other side and I never saw them again."

"Well, I did not have all that much interaction with his wife because I had to concentrate mainly on him..."

\* Vir vier van die verpleegkundiges was dit moeilik om hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënte te onthou. Om hierdie persepsie te ondersteun word die volgende aanhalings weergegee:

"I think I told him what was around the bed and everything else, what to expect..."

"... and that's it, really, that I can remember."

"... but I do remember her ... slightly um ..."

"Ek kan regtig nie die familie onthou nie... hulle was seker maar net 'n doodgewone, baie stil familie want mens onthou gewoonlik net van dié wat 'n mens probleme gee."

Die twee verdedigingsmeganismes wat tydens die wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt gemanifesteer het, was repressie en dehumanisering.

\* Vier verpleegkundiges het repressie toegepas. Drie verpleegkundiges kon nie dadelik die pasiënt of die persoon na aan die pasiënt onthou nie. Sekere insidente moes eers aangehaal word, of die verpleegkundige moes eers vasstel in watter bed die pasiënt verpleeg is, of wat sy diagnose was (verwys na veldnotas in Bylaag B). Die volgende aanhalings is hier van toepassing:

"... and that's it ... really all that I can remember."

"... but I do remember her ... slightly ... umm ..."

"Ek kan regtig nie die familie onthou nie..."

"I think I told him what was around the bed and everything else, what to expect ..."



\* Ten opsigte van die tweede verdedigingsmeganisme, naamlik dehumanisering, wat deur drie verpleegkundiges gebruik word, is die volgende aanhalings stawende inligting:

"... al wat sy gesien het, was die kop en die hele storie, want sy hele kop was vol pype en goeters, en mmm, toe ek die borskas vir haar oopmaak ..."

"...I think I told him what was around the bed and everything else, what to expect..."

"... with a fresh bypass you don't really have much time."

#### b) *EMOSIONELE BELEWENISSE*

Tabel 3.7 beeld die verpleegkundiges se interne emosionele belewenisse uit ten opsigte van hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt. Geen van die belewenisse was egter verteenwoordigend nie en word dus nie verder bespreek nie. Dit is wel opmerklik dat min emosionele belewenisse weergegee is.

Tabel 3.7 *Interne omgewing: Emosionele belewenisse*

	<b>n = 6</b>
Voel deernis en empatie	2
Voel vry om buigsaam te wees ten opsigte van reëls	2
Gevoel van bevrediging om na pasiënt te kyk	1
Verpleegkundige bang hulle dink sy is ongeduldig	1

#### c) *WILSBELEWENISSE*

In hierdie subkategorie is daar geen wilsbelewenisse geïdentifiseer uit die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude nie.

#### B *INTERNE GEESTELIKE BELEWENISSE*

In die hoofkategorie interne geestelike belewenisse van die verpleegkundiges is slegs een oortuiging as verdere kategorie geïdentifiseer, wat nie verteenwoordigend is nie. Tabel 3.8 beeld die belewenis uit.

Tabel 3.8 *Interne omgewing: Geestelike belewenisse*

	<b>n = 6</b>
Familie moet voorbereid wees	1

## C INTERNE LIGGAAMLIKE BELEWENISSE

In die hoofkategorie interne liggaamlike belewenisse is geen belewenisse uit die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude geïdentifiseer nie.

### 3.3.2.2 *Belewenisse van die EKSTERNE OMGEWING*

Die verpleegkundiges (n = 6) se belewenisse van die eksterne omgewing word in die volgende hoofkategorieë verdeel, naamlik sosiale, geestelike en fisiese belewenisse.

#### A EKSTERNE SOSIALE BELEWENISSE

In hierdie hoofkategorie is een beduidende verdere kategorie gedurende die analise geïdentifiseer. Tabel 3.9 toon wat die verpleegkundiges se eksterne sosiale belewenisse was van hulle wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt.

Tabel 3.9 *Eksterne omgewing: Sosiale belewenisse*

	n = 6
Konformeer ten opsigte van reëltoepassing	3
Verpleegkundige is direktief (magsposisie)	1

\* Drie verpleegkundiges het belewenisse gehad rakende die reëls wat toegepas word in die intensiewesorgeenheid tydens hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt:

"If we told him to sit in the waiting room and wait for three hours, he would sit in the waiting room and wait for three hours ..."

"... sy moet maar uitgaan en later inkom sodat dit net kan insink by haar ..."

"... they did not stay all that long, but I did not encourage her to leave soon because it seemed that he was a bit more peaceful when they were there ..."

## B EKSTERNE GEESTELIKE BELEWENISSE

Geen geestelike belewenisse is gedurende die analise van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude geïdentifiseer ten opsigte van die verpleegkundiges se eksterne geestelike belewenisse van hulle wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt nie.

## C EKSTERNE FISIESE BELEWENISSE

Ten opsigte van dié hoofkategorie is die toerusting as enigste verdere kategorie geïdentifiseer tydens die analise. Tabel 3.10 beeld hierdie fisiese belewenisse uit.

Tabel 3.10 Eksterne omgewing: Fisiese belewenisse

Toerusting laat familie skrik, dit is oorweldigend en hulle benodig inligting	n = 6 3
---	------------

\* Drie verpleegkundiges sien dat die toerusting die persone na aan die ernstig siek pasiënt laat skrik, dat dit vir die persone oorweldigend is en dat dié persone inligting benodig. Die volgende aanhalings word ter ondersteuning van hierdie aspek genoem:

"... dis net, ek dink nie sy het geweet wat aangaan nie, ek dink nie sy het presies geweet wat daar aangaan nie, want toe sy die hele storie sien ..."

"... ek ondervind dat die meeste wat nie voorberei was nie of nie die goed gesien het voor die tyd, as hulle dit sien ... ek dink net hulle dink aan dood. Dié ouens wat al reeds in die eenheid was en jy het aan hulle verduidelik en vir hulle gesê wat gaan aan, hulle, hulle vra net ...'o, is dit nou dit? is dit nou hoe dit werk?' Hulle aanvaar dit meer. Maar sy was stomgeslaan."

"... I just explained how the operation went and the different machines that were helping him out, the ventilator, the monitors, and also the drugs he was on, like Dopamine and then also the three drains ... but she did not really ask very many questions, I don't know if she was too emotional or something else."

"Ek dink die masjiene het haar meer afgeskrik as enige iets anders."

"... toe verduidelik ek toe maar vir haar wat gaan vir wat en vra vir haar of sy iets spesifiek wou weet ... die monitors en wat monitor ons en waarvoor die ventilator is ... toe is sy nou heel gerusgestel."

### 3.3.2.3 *Kenmerkende wyses van interaksie*

Geen verteenwoordigende kenmerkende wyses van interaksie is geïdentifiseer gedurende die analise van die resultate nie.

### 3.3.3 Veldnotas

Die eksterne onderhoudvoerder het na elke ongestruktureerde onderhoud veldnotas gemaak (Bylaag B) ten opsigte van hoe sy die data-insamelingssessie beleef het. Die nieverbale kommunikasie, die verloop van die ongestruktureerde onderhoud en haar subjektiewe indrukke is benut ter herbevestiging van die resultate en is in Tabel 3.1 - 3.10 geïntegreer ter staving daarvan.

## 3.4 SAMEVATTING

Die hoofstuk het die resultate wat uit die kodering van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude verkry is, uiteengesit en waar verteenwoordigende resultate voorgekom het, is kortliks 'n bespreking daarvan gegee. In die volgende hoofstuk sal die bevindings van hierdie studie met relevante, beskikbare literatuur en navorsing gekontroleer word en gevolgtrekkings sal na aanleiding daarvan gemaak word. Unieke insigte wat uit hierdie studie bekom is, sal uitgelig word.



## HOOFSTUK 4

### VERGELYKING VAN RESULTATE MET RELEVANTE, BESKIKBARE LITERATUUR EN NAVORSING

#### 4.1 INLEIDING

In Hoofstuk 3 is die resultate wat verkry is uit die kodering van die getranskribeerde ongestruktureerde onderhoude uiteengesit en verteenwoordigende resultate is kortliks bespreek. In hierdie hoofstuk sal die bevindings van die studie met relevante, beskikbare literatuur en navorsing gekontroleer word. Die navorser het tydens die literatuurkontrole alle beskikbare bronne waarvan sy bewus was of wat sy kon opspoor as verwysingsbronne gebruik. Na aanleiding van die navorsingsresultate en die beskikbare literatuur word gevolgtrekkings gemaak en unieke insigte word uitgelig.

Die bespreking van die studie se bevindings ten opsigte van die interne en eksterne omgewing word verder soos volg verdeel:

- \* *Verteenwoordigende belewensisse* van die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundiges word afsonderlik bespreek en waar nodig sal kruisverwysings gemaak word om sodoende ooreenkomste uit te lig.

Elk van die verteenwoordigende belewensisse sal na aanleiding van die beskikbare literatuurkontrole bespreek word en ten laaste sal die navorser gevolgtrekkings maak op grond van haar bevindings en die literatuurkontrole wat uitgevoer is. Die bespreking sal die volgende aspekte vervat, naamlik:

- Verteenwoordigende belewensisse
- Literatuurkontrole
- Gevolgtrekking

- \* *Unieke insigte* wat uit die studie na vore kom en nie deur die navorser in beskikbare literatuur opgespoor is nie, sal uitgelig word.
- \* *Verdere aspekte* ten opsigte van die bestudeerde belewenisse wat uit die literatuur na vore kom en nie deur die studie bespreek is nie, sal aangedui word.

## **4.2 LITERATUURKONTROLE TEN OPSIGTE VAN DIE VERTEENWOORDIGENDE BELEWENISSE VAN DIE PERSONE NA AAN DIE ERNSTIG SIEK PASIËNT**

Die literatuurkontrolle sal uitgevoer word ten opsigte van die verteenwoordigende belewenisse van die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse van verpleegkundiges met wie hulle in wedersydse interaksie was na aanleiding van die ongestruktureerde onderhoude - eerstens in terme van hulle interne omgewing en daarna in terme van hulle eksterne omgewing.

Die verteenwoordigende belewenisse soos uiteengesit in Hoofstuk 3, behels, soos wedersyds ooreengekom tussen die navorser en die eksterne kodeerder, dat vyf of meer van die nege deelnemers in die groep van persone na aan die ernstig siek pasiënt as verteenwoordigend geneem word.

### **4.2.1 Verteenwoordigende belewenisse van die INTERNE OMGEWING van die persone na aan die ernstig siek pasiënt**

Die persoon na aan die ernstig siek pasiënt, wat deel uitmaak van die eksterne sosiale omgewing van die ernstig siek pasiënt, speel 'n belangrike rol in die fasilitering van gesondheid by die pasiënt. Die volgende belewenisse van die persone na aan die ernstig siek pasiënt van die interne omgewing het as verteenwoordigend na vore gekom uit die data-analise.

#### 4.2.1.1 *Interne emosionele belewenisse:*

##### \* *Angstig en onseker*

##### *Verteenwoordigende belewenis:*

Ses persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef hulself emosioneel as angstig en onseker, byvoorbeeld:

"... because I was so afraid"

##### *Literatuurkontrolle:*

Volgens Stanik (1990:43) word persone na aan die ernstig siek pasiënt beïnvloed deur die pasiënt en omgekeerd.

'n Ernstige siektetoestand is 'n uiters stresvolle gebeurtenis vir beide die pasiënt en die persone na aan hom (Riegel & Ehrenreich, 1989:31 en Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczyk & Bailey, 1991:920-928). Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef 'n psigologiese krisis as gevolg van die moontlikheid dat hulle hulle geliefde moet afstaan aan die dood of dat komplikasies mag intree (Alpen & Halm, 1992:2 en King & Gregor, 1985:48).

Alpen & Halm (1992:2) en Meijs (1989:42) verduidelik hierdie psigologiese krisis soos volg: In die breë samelewing word *lewe* geassosieer met 'n *gesonde hart*. Sodra 'n pasiënt kardiotorakale chirurgie moet ondergaan, beleef die persone na aan die ernstig siek pasiënt geweldige onsekerheid en angs en veral vrees vir die dood van hulle geliefde, aangesien die pasiënt 'n *siek hart* het.

Angs en onsekerheid word volgens Odendal, Schonees, Swanepoel, Du Toit & Booyen (1987:49) gedefinieer as 'n gevoel van vrees, benoudheid, onsekerheid en onveiligheid. Kreigh & Perko (1983:342) definieer angs verder as 'n gevoelstaat waarin die individu 'n deurdringende, onduidelike, intense sensasie van vrees of naderende onheil beleef. Angs word volgens Laughlin (in Riegel & Ehrenreich, 1989:34) intuïtief van een persoon na 'n ander gekommunikeer.

Die belewenis van angs en onsekerheid kom voor aangesien die persone na aan die ernstig siek pasiënt sekere behoeftes beleef gedurende die tydperk. Hierdie behoeftes word nie altyd vervul nie en kan daarom die angs en onsekerheid vererger (Kleinpell, 1991:40).

Dit is belangrik dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt angs en onsekerheid moet beken en verbaliseer. Die belewenis en verbalisering van angs en onsekerheid, eerder as die ontkenning daarvan, dui op aanvaarding van die realiteit, dit wil sê die geliefde se ernstige siektetoestand (Civetta et al 1988:61).

#### *Gevolgtrekking:*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef angs en onsekerheid weens die ernstigheidsgraad van hul geliefde se siektetoestand in die intensiewesorgeenheid. Die persone se angs en onsekerheidsbelewenis in hierdie studie word bevestig in verskeie literatuurbronne.

#### *4.2.1.2 Interne intellektuele persepsie:*

##### *\* Inligting en verduideliking is sinvol*

#### *Verteenwoordigende belewenis:*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef hulleself as angstig en onseker, maar ses beleef dat die inligting en verduideliking deur verpleegkundiges ten opsigte van wat met die pasiënt gebeur tog vir hulle sinvol was:

"She was very good in coming and showing me everything ... explaining to me what was happening to try and ease it so that I wasn't quite so nervous."

#### *Literatuurkontrolle:*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt is persoonlik en emosioneel betrokke by die ernstig siek pasiënt en beleef verskeie behoeftes waarvan die nodigheid vir inligting as die belangrikste beleef word (Hartshorn, Lamborn & Noll, 1993:14). King & Gregor (1985:50) is van mening dat: "The cure for the pain of uncertainty is knowledge."



Volgens Kleinpell (1991:35), Stanik (1990:45/46) en Riegel & Ehrenreich (1989:35) moet die inligting toepaslik en in verstaanbare terme aan die persone na aan die ernstig siek pasiënt gegee word. Hulle vrae moet eerlik beantwoord word. Verder ondervind die persone na aan die ernstig siek pasiënt die behoefte om inligting te ontvang ten opsigte van die diagnose, prognose en post-operatiewe toestand van die pasiënt.

Hoe moeilik dit ook mag wees vir die persone na aan die ernstig siek pasiënt om die inligting oor 'n geliefde te verwerk is dit vir hulle veel erger om geen inligting te kry nie, dit wil sê dat enige inligting ten opsigte van die ernstig siek pasiënt se toestand aan hulle oorgedra moet word, ongeag hoe ontmoedigend dit is. Die wyse waarop dit oorgedra word asook die houding van die persoon wat in wedersydse interaksie met hulle tree, is belangrik. Die persone na aan die ernstig siek pasiënt is meer ontvanklik vir mediese inligting as dit op 'n eerlike en eenvoudige wyse aan hulle oorgedra word (Civetta et al 1988:59/60).

#### *Gevolgtrekking:*

Inligting wat eenvoudig en eerlik aan die persone na aan die ernstig siek pasiënt gegee word, is noodsaaklik in die fasilitering van gesondheid by hierdie persone. Die deelnemers aan hierdie studie bevestig hierdie stelling en beleef die inligting as sinvol.

#### \* *Buigsaam en tegemoetkomend:*

##### *Verteenwoordigende belewenis:*

Vyf persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die verpleegkundige as buigsaam en tegemoetkomend, byvoorbeeld:

"The staff allowed me in and out, more than normal ..."

##### *Literatuurkontrolle:*

Pasiënte in intensiewesorgeenhede beleef die verlies aan liggaamlike en sosiale kontak met hulle geliefdes as stresvol. Indien die verpleegkundiges meer buigsaam en tegemoetkomend is en addisionele besoektye toelaat, mag dit moontlik die emosionele sowel as liggaamlike stres van die pasiënt verminder en die herstelproses aanmoedig (Civetta et al 1988:61).

Hoe ernstiger die pasiënt se toestand hoe meer intens beleef die persone na aan die ernstig siek pasiënt die behoefte om naby die ernstig siek pasiënt te bly en hom te besoek (Dracup, 1993:8 en Alpen & Halm, 1992:48). Die outeurs is van mening dat alle verpleegkundiges buigsaam en tegemoetkomend is vir die behoeftes van die persone na aan die ernstig siek pasiënt as die einde van lewe naby is. As daar enigsins 'n klein bietjie hoop is dat sodanige pasiënt sal herstel, word die verpleegkundiges minder buigsaam en tegemoetkomend.

Dracup (1993:8) is egter van mening dat indien daar 'n beperkende omgewing geskep word waar persone na aan die ernstig siek pasiënt uitgesluit en uitgehou word, die persone met aggressie en vyandigheid sal reageer aangesien hulle hulpeloos voel, wat weer tot angstigheid sal lei (Meijs, 1989:42; Civetta et al 1988:59 en Guzetta & Dossey, 1984:890). Die teenwoordigheid van bogenoemde emosies sal daartoe bydra dat meer tyd en energie gespandeer word om die aggressie en vyandigheid te hanteer asook die gevolglike angs wat uitgelok word (Dracup 1993:8). Die meerderheid ernstig siek pasiënte word nie uitgeput deur besoekers nie, hulle vind besoeke eerder nuttig en verkies langer periodes vir besoeke en op meer buigbare tye (Hamner, 1990:49; Hopping, Sickbert & Ruth, 1992:9).

Die gewilligheid van die persone na aan die ernstig siek pasiënt om hulle emosies te verbaliseer is direk afhanklik van hoe hulle die verpleegkundiges beleef. Indien hulle die verpleegkundige as buigsaam en tegemoetkomend beleef, sal hulle vertroue in die verpleegkundige toeneem en daarom sal 'n afname in hulle angs en onsekerheid gefasiliteer kan word. Die verpleegkundige se reaksie op die persone na aan die ernstig siek pasiënt en gevolglike wedersydse interaksie is deurslaggewend in die skep van emosionele en gedragstabiliteit vir alle partye betrokke by die pasiënt (Civetta et al 1988:60).

Kenner, Guzetta & Dossey (1985:6) is van mening dat verpleegkundiges dikwels die nieverbale liggaamshouding van *krisis* toon. Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef hulle daarom as rigied, onbereikbaar en ontegemeetkomend. Hierdie gevoel versterk weer hierdie persone se gevoel van angstigheid. Daarom word dit in verskeie literatuur (Kenner et al 1985:6; Thelan, Davie & Urden 1990:56 en Guzetta & Dossey, 1984:4) pleit dat die verpleegkundige hierdie negatiewe nieverbale liggaamshouding moet vermy en 'n

meer buigsame en tegemoetkomende liggaamshouding moet openbaar teenoor die persone na aan die ernstig siek pasiënt.

*Gevolgtrekking:*

Om angsbelewensisse by die persone na aan die ernstig siek pasiënt te verminder moet die verpleegkundige volgens die literatuur meer buigsam en tegemoetkomend wees. In hierdie studie beleef die persone na aan die ernstig siek pasiënt wel die verpleegkundige as buigsam en tegemoetkomend.

**4.2.2 Verteenwoordigende belewensisse van die EKSTERNE OMGEWING van die persone na aan die ernstig siek pasiënt**

Die volgende belewensisse het as verteenwoordigend van die eksterne omgewing van die persone na aan die ernstig siek pasiënt uit die data-analise na vore gekom.

**4.2.2.1 Eksterne fisiese belewensisse:**

**\* Toerusting is oorweldigend**

*Verteenwoordigende belewenis:*

Die persone na aan die ernstig siek pasiënt (sewe) beleef die toerusting as oorweldigend soos bevestig deur die volgende aanhalings:

"... you walk into that ICU and you see those goodies and whatever, you (lag), you really wonder whether you're in this world or not."

*Literatuurkontrolle:*

Die uiters moderne toerusting wat in intensiewesorgeenhede gebruik word, kan moontlik die persone na aan die ernstig siek pasiënt angstig en bekommerd maak (Pelletier, 1992:1281). King & Gregor (1985:48) sluit hierby aan deur te sê dat die verpleegkundige in gedagte moet hou dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt die erns van die pasiënt se toestand evalueer volgens die getal toerusting wat op die pasiënt gebruik word.

Veral in 'n kardiotoraks-intensiewesorgeenheid word verskeie toerusting die eerste 12 uur gebruik om die ernstig siek pasiënt te monitor. Vir ten minste ses uur post-operatief word die pasiënt aan 'n ventilator gekoppel en word hy gesedeer. Dit veroorsaak dat die pasiënt nie in staat is om met sy geliefdes te kommunikeer nie (Thelan et al 1990:316).

Indien inligting ten opsigte van die toerusting nie vooraf aan die persone na aan die ernstig siek pasiënt deurgegee is nie, kan dit oorweldigend wees en gevolglik angs teweeg bring. Die stres wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef, hou daarom direk verband met hulle kennis en interpretasie van die toerusting wat hulle rondom hulle geliefde waarneem (Pelletier, 1992:1281 en Brown, 1989:100).

#### *Gevolgtrekking:*

Die belangrikheid van inligting ten opsigte van die toerusting word weer eens deur die literatuur bevestig. Indien die inligting ten opsigte van die toerusting onvoldoende is, sal dit daartoe aanleiding gee dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt die toerusting as oorweldigend beleef, soos bevestig word in hierdie studie.

#### 4.2.2.2 *Eksterne sosiale belewenisse:*

##### \* *Reëltoepassing*

#### *Verteenwoordigende belewenis:*

Agt persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die toepassing van reëls met besoektye deur die verpleegkundiges in die intensiewesorgeenheid as positief. Die belewenisse kom na vore uit die volgende aanhaling:

"Een ding moet ek sê, ek hou van die...hoe kan ek nou sê ... hulle is *strict* en ek hou daarvan. Hulle hou ... by wat hulle hou ... hoe kan ek nou sê."

#### *Literatuurkontrole:*

Literatuurbronne (Guzetta et al 1988:61 en Dracup, 1993:8) toon dat daar sekere voordele is in terme van onbepaalde besoektye. Deurdat die verpleegkundige gedurende haar verpleging van die ernstig siek pasiënt gebruik maak van onbepaalde besoektye, word die persone se belewenis dat die verpleegkundige buigsaam en tegemoetkomend is, herbevestig.

In teenstelling met hierdie voordele wys Hopping et al (1992:11) en Dracup (1993:6) voordele uit vir alle betrokke partye ten opsigte van beperkte besoektye, naamlik:

- Voordele vir die pasiënte hou verband met rus en ononderbroke slaap.
- Voordele vir die verpleegkundige sluit in beheer, ononderbroke oorhandiging van skofte en pasiëntverslae en 'n afname in die opeenhoping van die *menseverkeer* in die intensiewesorgeenheid.
- In intensiewesorgeenhede waar die besoekbeperking met die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die betrokke pasiënt onderhandel word, is voordele soos onderrig vir die persone na aan die ernstig siek pasiënt asook 'n afname in stres en angs waarneembaar.

In 1965 het die United States Public Health Service aanbeveel dat besoektye in intensiewesorgeenhede beperk moet word tot vyf minute per uur en dat daar 'n wagkamer naby die intensiewesorgeenheid is vir besoekers om naby die ernstig siek pasiënt te bly sonder om met die behandeling in te meng. Daar is verder aanbeveel dat die getal en lengte van besoektye aangepas moet word by die ernstig siek pasiënt se toestand asook by die eenheid se vermoë om besoekers te akkommodeer. Dié beginsels word steeds vandag in die meeste intensiewesorgeenhede toegepas (Alpen & Halm, 1992:48; Hopping et al 1992:8).

Stilwell (in Alpen & Halm, 1992:48) het gevind dat die meeste intensiewesorgeenhede 'n beleid het. Dit sluit hoofsaaklik in dat die getal besoekers beperk word asook die lengte van besoeke, die getal besoekers wat per keer toegelaat word, die ouderdom van die toegelate besoekers en die beperking van die getal persone na aan die ernstig siek pasiënt. Uitsonderings word wel gemaak wanneer die pasiënt of die persone na aan die ernstig siek pasiënt spesiale behoeftes aandui (Hamner, 1990:48). Die uitsonderings wat gemaak is, mag moontlik daartoe bydra dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt die verpleegkundige as buigsaam en tegemoetkomend (4.2.1.2) beleef het in hierdie studie.

Die toepassing van reëls in 'n intensiewesorgeenheid voorsien geborgenheid en struktuur aan die persone na aan die ernstig siek pasiënt aangesien die persone daardeur te wete kom hoe om in hierdie vreemde omgewing op te tree en wat van hulle verwag word. Hierdie geborgenheid en struktuur wat so voorsien word, kan moontlik hulle angs en spanning

verminder en die nodige hervesekering, ondersteuning en gerusstelling voorsien wat hulle benodig (Hopping *et al* 1992:11; Dracup 1993:6).

*Gevolgtrekking:*

Reëls gee geborgenheid en struktuur wat angs en onsekerheid by die persone na aan die ernstig siek pasiënt kan help verlig. Hierdie geborgenheid en struktuur kan miskien die rede wees waarom die deelnemers aan hierdie studie die toepassing van reëls positief beleef het. Daar moet egter in gedagte gehou word, soos aangetoon in 4.2.1.2, dat die verpleegkundige buigzaam en tegemoetkomend moet wees en daarom moet die reëls nie te rigied nagevolg word nie.

**4.2.3 NUWE INSIGTE bekom uit die persone na aan die ernstig siek pasiënt se verteenwoordigende belewenisse**

Gedurende die navorser se literatuursoektog kon sy geen inligting opspoor in verband met die volgende belewenisse - stawende aanhalings is in Hoofstuk 3 gegee - wat as beduidend na vore gekom het nie, naamlik:

- \* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die verpleegkundiges as bevoeg, vaardig, oplettend en dat hulle hulle werk ken.
- \* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef blydskap in die vorm van dankbaarheid.
- \* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die verpleegkundiges as vriendelik.
- \* Die persone beleef verpleegkundiges as negatief, soos blyk uit die volgende belewenisse:
  - Raak kortaf, ongeskik en verwerp die persone as reëls verontagsaam word.
  - Reëls word afgedwing sonder verduideliking.
  - Die toerusting weet meer as die verpleegkundiges.
  - Verpleegkundiges is onprofessioneel.
  - Verpleegkundiges weet nie wat aangaan nie.

Dit mag moontlik wees dat bogenoemde belewenisse wat na vore gekom het unieke insigte is wat slegs van toepassing is op die spesifieke intensiewesorgeenheid en daarom behoort dit eers deur verdere navorsing uitgeklaar te word.

#### **4.2.4 VERDERE ASPEKTE in die literatuur wat nie in hierdie studie bespreek is nie**

Die navorser is nie bewus van enige belangrike aspekte in die literatuur wat nie in hierdie studie bespreek is nie.

### **4.3 LITERATUURKONTROLE TEN OPSIGTE VAN DIE VERTEENWOORDIGENDE BELEWENISSE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE**

Vervolgens word die literatuurkontrolle uitgevoer ten opsigte van die verteenwoordigende belewenisse wat bekom is uit die verpleegkundiges se ongestruktureerde onderhoude in terme van hulle belewenisse van die persone na aan die ernstig siek pasiënt. Die literatuurkontrolle sal eerstens die interne omgewing en daaropvolgend die eksterne omgewing betrek.

Soos uiteengesit in Hoofstuk 3 behels die verteenwoordigende belewenisse, soos wedersyds ooreengekom deur die navorser en die eksterne kodeerder, dat drie of meer van die ses verpleegkundiges wat deelnemers in hierdie studie was as verteenwoordigend geneem word.

#### **4.3.1 Verteenwoordigende belewenisse van die INTERNE OMGEWING van die verpleegkundiges**

Die volgende belewenisse van die interne omgewing het uit die verpleegkundiges se belewenisse na vore gekom tydens die data-analise.

#### 4.3.1.1 *Interne intellektuele persepsie*

##### \* *Angstig, bekommerd en beleef verlies aan beheer*

###### *Verteenwoordigende belewenis:*

Ter aansluiting by die persone na aan die ernstig siek pasiënt se angsbelewenis beleef vier verpleegkundiges die persone as aanvanklik angstig, bekommerd en beleef hulle verlies aan beheer, byvoorbeeld:

"Daar is 'n verskriklike angs by hierdie mense."

###### *Literatuurkontrolle:*

Soos reeds bespreek by die persone na aan die ernstig siek pasiënt lei die opname van 'n geliefde in 'n intensiewesorgeenheid meestal tot 'n krisis vir die persone na aan die ernstig siek pasiënt. Dit word soos volg deur Lazarus in Riegel & Ehrenreich (1989:33) gedefinieer: "... a limited period in which an individual or group is exposed to threats and demands which are at or near the limits of their resources to cope". Die verpleegkundiges wat insig toon en empatie het met dit wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef, mag moontlik die ernstig siek pasiënt help in sy strewe na gesondheid (Riegel & Ehrenreich, 1989:33).

Dit is moeilik om voor te stel hoe stresvol die persone na aan die ernstig siek pasiënt die eksterne omgewing beleef (Meijs, 1989:42 en King & Gregor, 1985:48). Wanneer die persone na aan die ernstig siek pasiënt gekonfronteer word met die krisis dat 'n geliefde in 'n intensiewesorgeenheid opgeneem is, is hulle selde voorberei op die stres wat hulle moet verwerk (Civetta et al 1988:59).

Hierdie stres wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef, is response op die skok wat hulle beleef en lei tot die ontstaan van intense emosies met onder andere interne angs as dominante respons, en verder bekommernis, onsekerheid oor die toekoms, hulpeloosheid, skuldgevoelens en verlies aan beheer (Meijs, 1989:42; Civetta et al 1988:59; Guzetta & Dossey, 1984:890 en Hamner, 1990:52) en daarom laat hulle ander toe om oor te neem (Meijs 1989:42 en King & Gregor 1985:48).



Meijs (1989:42), Civetta et al (1988:59) en Guzzetta & Dossey (1984:890) is van mening dat die belewenis van die emosies gedurende die krisisperiode bydra tot hulle gevoel van hulpeloosheid en verlies aan beheer.

Gevolgtrekking behoort intensiewesorgpersoneel bekommerd te wees as geen emosie by hierdie persone voorkom nie. Deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt te betrek by die behandeling van die ernstig siek pasiënt, kan ontkenning moontlik geminimaliseer word. Die aanvaarding van en betrokkenheid by die persone na aan die ernstig siek pasiënt deur die intensiewesorgpersoneel laat hulle toe om hulle angs en bekommernis konstruktief te fokus. Verder verskaf dit 'n psigologiese gewaarwording van 'n gemeenskaplike doel en gee dit die persone na aan die ernstig siek pasiënt 'n gevoel van waarde en 'n gevoel van hoop (Civetta et al 1988:61 en Stanik, 1990:48).

#### *Gevolgtrekking:*

Die verpleegkundiges se belewenisse in hierdie studie dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt aanvanklik angstig is, bekommerd is, en verlies aan beheer beleef, word dus bevestig deur die literatuur asook deur die data wat van die persone na aan die ernstig siek pasiënt self ontvang is.

#### \* *Is onkundig en oningelig*

##### *Verteenwoordigende belewenis:*

Die verpleegkundiges (drie) beleef die persone na aan die ernstig siek pasiënt as onkundig en oningelig:

"Hulle weet nie wat aangaan nie. Ek dink dit is verskriklik as jy 'n familielid of geliefde het en daar ... hulle word dit aangedoen en jy weet nie eers wat aangaan nie. Ek dink nie eers hy het geweet wat presies, hoe hy lyk na operasie nie."

##### *Literatuurkontrolle:*

Hierdie belewenis van die verpleegkundige dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt onkundig en oningelig is, bevestig net die belewenis van die persone dat hulle 'n behoefte aan inligting het, soos reeds bespreek in Paragraaf 4.2.1.2.

*Gevolgtrekking:*

Literatuur, sowel as die belewenisse van die persone na aan die ernstig siek pasiënt, bevestig dus die verpleegkundige se belewenis ten opsigte van die persone na aan die ernstig siek pasiënt se onkunde en oningeligtheid.

\* *Kennis lei tot ontspanning en verligting*

*Verteenwoordigende belewenis:*

Die verpleegkundiges (vier) is van mening dat kennis tot ontspanning en verligting lei, soos na vore kom uit die volgende aanhalings:

"... ek moet sê die stres was heel weg en die feit dat sy weet wat aangegaan het. Sy't gewet watter soort operasie, sy't gewet waarvoor die snye op sy bene is. Ek dink kennis maak 'n groot verskil, ek dink dit neem soveel stres van jou af."

*Literatuurkontrolle:*

Tradisioneel is die geneesheer beskou as enigste bron van inligting vir die persone na aan die ernstig siek pasiënt. Tans kan die verpleegkundige beskou word as primêre bron van inligting en voorligting aangesien die verpleegkundige meer tyd by die ernstig siek pasiënt deurbring as enige ander lid van die multiprofessionele span (Kleinpell, 1991:40).

Die verantwoordelikhede van die verpleegkundige in Suid Afrika word bepaal deur 'n Goewermentskennisgewing, Regulasie 2598 van 30 November 1984 (soos gewysig). Hierdie Regulasie betreffende die Bestek van Praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpleging (Wet 50 van 1978), soos gewysig, geregistreer of ingeskryf is, hou die verpleegkundige verantwoordelik om die volgende uit te voer:

- "(a) Die diagnosering van gesondheidsbehoefte, en die voorskryf, voorsiening en uitvoering van 'n verpleegregimen om in die behoefte van 'n pasiënt of groep pasiënte te voorsien of, waar nodig, deur verwysing na 'n geregistreerde persoon;
- (d) die voorkoming van siekte en die bevordering van gesondheid deur voorligting aan en beraad met individue en groepe persone;
- (n) die bevordering van kommunikasie deur en met 'n pasiënt in die uitvoering van 'n verpleegregimen;

- (o) die bevordering van die bereiking van optimale gesondheid vir die individu, die gesin, groepe en die gemeenskap in die uitvoering van 'n verpleegregimen;
- (p) die skepping en instandhouding in die uitvoering van 'n verpleegregimen, van 'n omgewing waarin die fisiese en geestesgesondheid van 'n pasiënt bevorder word."

Hieruit blyk dat die verpleegkundige wetlik verplig word om inligting en voorligting aan die persone na aan die ernstig siek pasiënt te gee.

Soos reeds aangetoon, is hospitalisasie in 'n intensiewesorgeenheid 'n stresvolle gebeurtenis vir beide die pasiënt en die persoon na aan die ernstig siek pasiënt. Deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt te voorsien met inligting, ondersteuning, toepaslike hanteringsmeganismes uit te wys of die persone na toepaslike hulpbronne te verwys kan die verpleegkundige aanvaarding van die pasiënt se hospitalisasie inisieer of vestig by die persone na aan die ernstig siek pasiënt (Kleinpell, 1991:40).

Civetta *et al* (1988:60) en Stanik (1990:44) is van mening dat persoonlike uitruiling van eerlike inligting en emosies die vlak van vrees sal verminder en dat die persone die inligting wat aan hulle meegedeel word, beter sal onthou (Riegel & Ehrenreich, 1989:42). Daar moet dus so gou moontlik 'n ondersteunende verhouding van kommunikasie en sorg gevestig word wat sal bydra tot die sukses van alle ander wedersydse interaksie.

#### *Gevolgtrekking:*

Kennis, wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt verkry deurdat die verpleegkundige inligting en voorligting aan hulle voorsien, veroorsaak ontspanning en verligting by die persone en word bevestig uit hierdie studie en verskeie literatuurbronne. Die Suid-Afrikaanse verpleegkundige word wetlik verplig om inligting en voorligting aan die persone te gee en sodoende gesondheid te fasiliteer.

\* *Ontspan en is verlig na eerste kontak - vertrou*

*Verteenwoordigende belewens:*

Vier verpleegkundiges is verder van mening dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt meer ontspan en verlig is ná die eerste kontak, byvoorbeeld:

"... very stressed at first and then sort of relaxed when he saw it wasn't really so bad. And when she came out he was so worried and concerned and my heart broke for him, you know. And as he saw her getting better, his whole outlook changed ... and he was more positive as he realised she was going to be okay."

*Literatuurkontrolle:*

Vertrou word beskou as die sleutel tot 'n effektiewe verhouding tussen verpleegkundiges en die persone na aan die ernstig siek pasiënt. Beskikbaarheid, vaardigheid en bevoegdheid versterk vertrou wat as 'n essensiële aspek van effektiewe verpleging beskou word (Robinson & Thorne, 1989:82 en Stanik, 1990:44). Vertrou in verpleegkundiges dat hulle die waarheid sal vertel, sal die behoefte verminder om vrae te herhaal om sodoende die verskillende antwoorde te kontroleer (Riegel & Ehrenreich, 1989:42). Hierdie bespreking sluit ook nou aan by die belewensisse van die persone na aan die ernstig siek pasiënt ten opsigte van die verpleegkundige se buigzaamheid en tegemoetkomendheid, soos reeds bespreek is onder 4.2.1.2.

*Gevolgtrekking:*

Die literatuur bevestig die verpleegkundiges se belewensisse dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt meer ontspan en verlig is ná hulle eerste kontak met die verpleegkundige en sodra hulle vertrou in die verpleegkundige het.

\* *Benodig herversekering, ondersteuning, gerusstelling en wil graag kommunikeer*

*Verteenwoordigende belewens:*

Dit blyk uit drie verpleegkundiges se belewensisse dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt herversekering, ondersteuning en gerusstelling benodig en dat hulle graag wil kommunikeer. Die volgende aanhaling is ter staving daarvan:

"... he wanted to talk all the time. And he ... I think the more positive way we spoke about what was happening to her, the more he relaxed and felt better. The more we spoke about normal things, you know, because to him it was all abnormal, you know, the more we spoke about those normal things, the easier he felt, you know. You could see him visibly relax."

*Literatuurkontrolle:*

Die verpleegkundiges se optrede teenoor die persone na aan die ernstig siek pasiënt is uiters belangrik in die vestiging van emosionele en gedragstabiliteit vir almal betrokke (Civetta et al 1988:61). Pearlmutter, Locke, Bourdon, Gaffey & Tyrrell (1984:173) het sekere behoeftes van die persone na aan die ernstig siek pasiënt beskryf waaruit blyk dat die persone verseker en gerusgestel moet word.

Herversekering en gerusstelling kan bewerkstellig word deur gestandaardiseerde verduidelikings of uiteensettings aangaande die beleid, reëls en prosedures van die intensiewesorgeenheid en herhaalde versekering en gerusstelling dat geliefdes voortdurend deur bevoegde, gekwalifiseerde personeel verpleeg sal word. Mettertyd is verdere kontak nodig om respek en aanvaarding vir beide betrokke partye te vestig. Verpleegkundiges se aanvaarding van reaksies soos vyandigheid, hartseer en onttrekking by die persone na aan die pasiënt is veral belangrik. Die verpleegkundige kan hulle ondersteun deur te luister na klagtes en vrese sonder om vrees of weerwraak aan te wakker en deur bystand en ondersteuning te verleen in die rouproses wat ook deur dié persone beleef word (Dracup, 1993:9).

Herversekering kan voorsien word deur primêre verpleging toe te pas wanneer dit ookal moontlik is en deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt voor te stel aan die verpleegkundige wat die pasiënt verpleeg. Ten opsigte van die angs wat die persone beleef, soos aangetoon by 4.2.1.1, het Dracup (1993:9) dit nuttig gevind om geskrewe inligting aan hulle te voorsien. Norris en Grove (in Riegel & Ehrenreich, 1989:35) is van mening dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt verseker wil word dat die beste moontlike verpleging aan die pasiënt gegee word. Herversekering is dus 'n essensiële aspek van verpleging en mag moontlik verhoed dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt enige angs en onsekerheid oordra aan die pasiënt (Phipps, Long & Woods, 1987:324).

Ondersteuning is volgens Alpen & Halm (1992:48) 'n verdere behoefte wat deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef word. Verplegingsinteraksies om dié persone te ondersteun kan volgens Thelan et al (1990:848) bestaan uit:

- die ontwikkeling van 'n "hulpgewende" verhouding,
- luister,
- die voorsiening van inligting,
- onderskraging,
- die voorsiening van realistiese verwagtings en doelstellings, en
- evaluering van hanteringsmeganismes wat voorheen effektief toegepas is.

Volgens Thelan et al (1990:847) is ondersteuning en herversekering belangrik wanneer die pasiënt van die intensiewesorgeenheid oorgeplaas word na 'n algemene saal of 'n hoësonde. In dié tyd beleef die persone na aan die ernstig siek pasiënt nuwe stressors soos skeiding, verlies aan ondersteuning, nuwe verhoudings met ander verpleegkundiges en aanpassing by 'n nuwe omgewing.

Deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt breedvoerig in te lig oor prosedures en wanopvattinge uit te klaar word voldoen aan hulle behoefte aan ondersteuning. Effektiewe kommunikasie word bewerkstellig en die persone voel nie soos buitestaanders nie. Deur effektiewe kommunikasie voel die persoon na aan die ernstig siek pasiënt welkom, belangrik en gemaklik (McFarlane, Whitson & Hartley, 1980:52). Hartshorn et al (1993:15) beveel ook aan dat kommunikasie gepersonaliseer moet word deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt op hul voorname te noem. Sodoende sal opregte belangstelling bevestig word, sowel as die verpleegkundige se verantwoordelikheid om die pasiënt te verpleeg.

Die navorser is egter van mening dat hierdie uitgangspunt van Hartshorn et al (1993:15) nie toegepas kan word op alle Suid-Afrikaanse kultuurgroepe nie aangesien die gebruik van 'n persoon se voornaam in sekere kulture as ongemanierd beskou sou word.

*Gevolgtrekking:*

Die persoon na aan die ernstig siek pasiënt benodig herversekering, ondersteuning en gerusstelling en wil graag kommunikeer. Die verpleegkundige kan die teenwoordigheid van die behoeftes verlig deur die voorsiening van inligting en voorligting, deur verduidelikings en uitklaring van wanopvattinge en deur waarlik na die persone te luister. Die effektiwiteit van die aspekte word gebaseer op die verpleegkundige se optrede teenoor die persone en die vestiging van wedersydse respek.

\* *Moeilik om wedersydse interaksie met hierdie persone te onthou*

*Verteenwoordigende belewenis:*

Die verpleegkundiges (vier) vind dit moeilik om hulle wedersydse interaksie met die persone te onthou.

"Ek kan regtig nie die familie onthou nie ... hulle was seker maar net 'n doodgewone, baie stil familie want mens onthou gewoonlik net van dié wat 'n mens probleme gee."

*Literatuurkontrole:*

Indien die verpleegkundige die persone na aan die ernstig siek pasiënt betrek by die verpleging van die pasiënt en daardeur meer kontak met die persone het, sal sy die betrokke persone beter onthou (Phipps *et al* 1987:47).

Hierdie aspek gaan egter verder oor in die onderstaande interne intellektuele verdedigingsmeganismes (4.3.1.2) wat verpleegkundiges toepas in die uitvoering van hulle praktyk.

*Gevolgtrekking:*

Indien voldoende kontak en betrokkenheid met die persone deur die verpleegkundige gefasiliteer word, sal die verpleegkundige dié persone beter onthou. Dit blyk dus uit hierdie studie dat die verpleegkundiges nie die persone genoeg betrek en genoeg kontak met hulle het nie.

#### 4.3.1.2 *Interne intellektuele verdedigingsmeganismes*

Uit die data-analise het dit na vore gekom dat die verpleegkundiges in hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënte gebruik maak van twee verdedigingsmeganismes wat moontlik kan verband hou met bogenoemde belewenis.

##### \* *Dehumanisering en repressie*

*Verteenwoordigende belewenis - dehumanisering:*

Ten opsigte van die verdedigingsmeganisme dehumanisering wat tydens die verpleegkundiges (drie) se wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt gemanifesteer het, dien die volgende aanhalings as staving:

"... al wat sy gesien het, was die kop en die hele storie, want sy hele kop was vol pype en goeters en, mmm toe ek die borskas vir haar oopmaak ..."

*Literatuurkontrolle:*

Volgens Kotze (1979:33-35) moet die mens waak om nie die tegnologie te verabsoluteer nie. Veral die verpleegkundige wat daaglik te doen het met hoëtegnologiese toerusting en vooruitgang moet daarteen waak dat sy nie die mens ook *tegnoliseer* nie. Sou die verpleegkundige in haar praktyk die mens dehumaniseer en *vertegnoliseer*, kan sy nie gesondheid fasiliteer nie, omdat die mens nie as 'n biopsigososiale wese aangesien word nie.

Kenner *et al* (1985:5) beklemtoon ten opsigte hiervan dat indien 'n persoon in terme van sy ligamlike, psigiese en geestelike aspekte as geheel beskou word, dan is elke persoon na aan die ernstig siek pasiënt 'n individu, met eiesoortige behoeftes in sy strewe na gesondheid wat deur die verpleegkundige in ag geneem moet word.

Verpleegkundiges is egter van mening dat hulle nie oor die nodige vaardighede beskik om pasiënte sowel as die persone na aan die ernstig siek pasiënt se emosionele en psigososiale behoeftes te hanteer nie. Aangesien verpleegkundiges onbevoeg voel om aan die behoeftes van die persone na aan die ernstig siek pasiënt te voldoen verkies hulle onbewustelik om in



die uitvoering van hulle praktyk gebruik te maak van die verdedigingsmeganisme dehumanisering (Alpen & Halm 1992:47).

*Verteenwoordigende belewenis - repressie:*

Vier van die verpleegkundiges wat repressie toegepas het, het beleef dat hulle nie die ernstig siek pasiënt of die persoon na aan die pasiënt dadelik kon onthou nie. Sekere insidente moes eers aangehaal word, of die verpleegkundige moes eers vasstel in watter bed die pasiënt verpleeg is, of wat sy diagnose was (verwys na veldnotas in Bylaag B). Die volgende aanhaling is hier van toepassing:

"Ek kan regtig nie die familie onthou nie ... hulle was seker maar net 'n doodgewone, baie stil familie want mens onthou gewoonlik net van dié wat 'n mens probleme gee."

*Literatuurkontrolle:*

Kreigh & Perko (1983:126) definieer repressie soos volg: 'n meganisme waartydens 'n outomatiese en onwillekeurige onderdrukking van onaangename of pynvolle gedagtes, gevoelens en impulse in die onderbewuste voorkom.

*Gevolgtrekking:*

Die verdedigingsmeganismes dehumanisering en repressie word deur die verpleegkundige gebruik moontlik omdat hulle onseker voel oor hoe om die persone na aan die ernstig siek pasiënt korrek te hanteer.

**4.3.2 Verteenwoordigende belewenisse van die EKSTERNE OMGEWING van die verpleegkundiges**

Die volgende belewenisse van verpleegkundiges van die eksterne omgewing het as verteenwoordigend na vore gekom uit die data-analise.

#### 4.3.2.1 *Eksterne fisiese belewenisse:*

\* *Toerusting laat familie skrik, dit is oorweldigend en hulle benodig inligting*

##### *Verteenwoordigende belewenis:*

Die verpleegkundiges (drie) sien dat die toerusting die persone na aan die ernstig siek pasiënt laat skrik, dat dit oorweldigend is en dat die persone inligting benodig. Die volgende aanhalings word ter ondersteuning genoem:

"... ek ondervind dat die meeste wat nie voorberei was nie of nie die goed gesien het voor die tyd nie, as hulle dit sien ... ek dink net hulle dink aan dood. Dié ouens wat al reeds in die eenheid was en jy het aan hulle verduidelik en vir hulle gesê wat gaan aan, hulle, hulle vra net ... 'o, is dit nou dit? is dit nou hoe dit werk?' Hulle aanvaar dit meer. Maar sy was stomgeslaan ..."

##### *Literatuurkontrolle:*

Die belewenis sluit aan by die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse dat hulle 'n behoefte aan inligting (4.2.1.2) het asook dat die toerusting oorweldigend is (4.2.2.1).

Verskeie outeurs is van mening dat die intensiewesorgeenheid se omgewing stresvol is. Die teenwoordigheid van vreemde toerusting, flitsende ligte, vreemde reuke en ligte wat 24 uur per dag aangeskakel is tesame met indringende prosedures, beperkte privaatheid en verwydering van die persone na aan die ernstig siek pasiënt weg van hulle geliefde dra alles by tot die stresvolle, onsekere belewenis van die omgewing (Cochran & Ganong, 1989:1038; Alpen & Halm, 1992:2; Civetta *et al* 1988:59; Meijs, 1989:42 en King & Gregor, 1985:48).

##### *Gevolgtrekking:*

Die literatuur, sowel as die persone na aan die ernstig siek pasiënt se belewenisse, bevestig dus in hierdie studie die verpleegkundige se belewenis dat die toerusting die persone laat skrik, dat dit oorweldigend is en dat hulle inligting benodig.

#### 4.3.2.2 *Eksterne sosiale belewenisse:*

##### \* *Konformeer ten opsigte van reëltoepassing*

###### *Verteenwoordigende belewenis:*

Drie verpleegkundiges het belewenisse gehad ten opsigte van die reëls wat toegepas word in die intensiewesorgeenheid gedurende hulle wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt deurdat dié persone konformeer het met die reëls:

"If we told him to sit in the waiting room and wait for three hours, he would sit in the waiting room and wait for three hours ..."

###### *Literatuurkontrolle:*

Die bogenoemde belewenis van die verpleegkundiges sluit aan by die persone na aan die ernstig siek pasiënt se positiewe belewenisse (4.2.2.2) ten opsigte van reëltoepassing in die intensiewesorgeenheid.

Verpleegkundiges is volgens Hamner (1990:48) oor die algemeen van mening dat besoekbeperking 'n belangrike verpleegmaatreël in enige intensiewesorgeenheid is en dat voorkoming van fisiologiese komplikasies en bevordering van rus die primêre doelstellings van beperkte besoektye is. Navorsing toon dat besoektye positiewe en negatiewe effekte op pasiënte in intensiewesorg het. Die betrokke verpleegkundige moet in ag neem dat tradisie en die vasgestelde eenheidsbeleid nie aan die behoeftes van individue, naamlik pasiënte en die persone na aan die ernstig siek pasiënt, voldoen nie (Hamner, 1990:52).

Namate intensiewesorgeenhede meer tegnologies word, pleit algemene en professionele literatuur meer vir die insluiting van wedersydse interaksies met hoë aanraking (*high touch*). Laasgenoemde kan onder andere bewerkstellig word deur die persone na aan die ernstig siek pasiënt toegang tot hul geliefde in die intensiewesorgeenheid te verleen (Hopping et al 1992:8).

Om optimale verpleging aan die ernstige siek pasiënt te lewer is sekere reëls nodig in enige intensiewesorgeenheid. Reëls voorsien geborgenheid en struktuur aan die persone na aan die ernstige siek pasiënt. Hierdie reëls moet egter nie soos reeds aangetoon (4.2.1.2) rigied

nagevolg word nie, maar die verpleegkundige moet haar diskresie gebruik wanneer om die reëls toe te pas ter fasilitering van gesondheid by die ernstig siek pasiënt en die persone na aan hom (Hamner, 1990:52).

Daar is verskeie voordele verbonde aan die insluiting van die persone na aan die ernstig siek pasiënt in die basiese versorging van die pasiënt. Hymovich (in Hamner, 1990:52) maak die volgende aannames:

- Dit is essensiëel om die persone na aan die ernstig siek pasiënt te betrek in die versorging van die pasiënt ten einde kwaliteit verpleging te voorsien.
- Alle pasiënte maak deel uit van 'n sosiale eenheid.
- Alle pasiënte sien die persone na aan hom as deel van die realiteit en as deel van sy leefwêreld.

*Gevolgtrekking:*

Reëls is noodsaaklik in intensiewesorgeenhede maar die verpleegkundige moet daarteen waak om die reëls nie rigied na te volg nie.

**4.3.3 NUWE INSIGTE** bekom uit die verpleegkundige se verteenwoordigende belewenisse

Gedurende die navorser se literatuursoektog kon sy geen inligting opspoor in verband met die volgende belewenisse - waarvan stawende aanhalings in Hoofstuk 3 gegee is - wat as beduidend na vore gekom het nie, naamlik:

- \* Die verpleegkundige beleef die persoon na aan die ernstig siek pasiënt as samewerkend, aangenaam en inskiklik om die verpleegkundige se leiding te volg en reëls te gehoorsaam.
- \* Die verpleegkundige beleef haar wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt as sporadies.

Dit mag moontlik wees dat bogenoemde belewenisse wat na vore gekom het unieke insigte is wat slegs van toepassing is op die spesifieke intensiewesorgeenheid en daarom behoort dit eers deur verdere navorsing uitgeklaar te word.

#### **4.3.4 VERDERE ASPEKTE in die literatuur wat nie in hierdie studie bespreek is nie**

Die navorser is nie bewus van enige belangrike aspekte in die literatuur wat nie in hierdie studie bespreek is nie.

#### **4.4 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die resultate wat in die studie verkry is - die persone na aan die ernstig siek pasiënt en die verpleegkundige se verteenwoordigende belewenisse ten opsigte van hulle interne en eksterne omgewings - vergelyk met relevante, beskikbare literatuur en navorsing. Na aanleiding hiervan is toepaslike gevolgtrekkings gemaak.

Nuwe insigte wat uit hierdie studie bekom is en nie deur die navorser in die literatuur opgespoor kon word nie, is uitgelig.

Die navorser is verder nie bewus van enige belangrike aspekte in die literatuur wat nie in hierdie studie na vore gekom het nie.

Ter samevatting word die gevolgtrekkings verkry uit hierdie studie kortliks in Tabel 4.1 uiteengesit.



Tabel 4.1 Samevatting van gevolgtrekkings

PERSONE NA AAN DIE ERNSTIG SIEK PASIËNT	VERPLEEGKUNDIGE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die persone beleef angs en onsekerheid weens die ernstighedsgraad van hul geliefde se siektetoestand in die intensiewesorgeenheid.</li> <li>- Inligting wat eenvoudig en eerlik aan die persone gegee word, is noodsaaklik in die fasilitering van gesondheid by hierdie persone en hulle vind dit sinvol.</li> <li>- Om angsbelewenis by die persone na aan die ernstig siek pasiënt te verminder moet die verpleegkundige meer buigsaam en tegemoetkomend wees.</li> <li>- Indien die inligting ten opsigte van toerusting onvoldoende is, sal dit aanleiding gee dat die persone die toerusting as oorweldigend beleef.</li> <li>- Reëls gee geborgenheid en struktuur wat angs en onsekerheid by die persone na aan die ernstig siek pasiënt kan help verlig en mag moontlik bydra tot die positiewe belewenis van reël-toepassing. Die verpleegkundige moet steeds buigsaam en tegemoetkomend wees en nie die reëls te rigied navolg nie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die verpleegkundiges beleef dat die persone na aan die ernstig siek pasiënt aanvanklik angstig is, bekommerd is, en verlies aan beheer beleef.</li> <li>- Die persone na aan die ernstig siek pasiënt is onkundig en oningelig.</li> <li>- Kennis, wat die persone na aan die ernstig siek pasiënt verkry deurdat die verpleegkundige inligting en voorligting aan hulle voorsien, veroorsaak ontspanning en verligting by die persone. Die Suid-Afrikaanse verpleegkundige word wetlik verplig om inligting en voorligting aan die persone te gee en sodoende gesondheid te fasiliteer.</li> <li>- Die persone na aan die ernstig siek pasiënt is meer ontspanne en verlig na hulle eerste kontak met die verpleegkundige en sodra hulle vertrou in die verpleegkundige het.</li> <li>- Die persone na aan die ernstig siek pasiënt benodig herversekering, ondersteuning en gerusstelling en wil graag kommunikeer.</li> </ul>

	VERPLEEGKUNDIGE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voldoende kontak en betrokkeid by die persone deur die verpleegkundige kan die verpleegkundige se vermoë om beter te onthou, verbeter. Die verpleegkundiges betrek nie die persone genoeg by die pasiënt nie en het nie genoeg kontak met hulle nie.</li> <li>- Die verdedigingsmeganismes dehumanisering en repressie word deur die verpleegkundiges gebruik, moontlik omdat hulle onseker voel hoe om die persone na aan die ernstig siek pasiënt korrek te hanteer.</li> <li>- Die toerusting laat die persone skrik, dit is oorweldigend en hulle benodig inligting.</li> <li>- Reëls is noodsaaklik in intensiewe-sorgeenhede maar moenie te rigied gevolg word nie.</li> </ul>

In Hoofstuk 5 sal riglyne en aanbevelings gemaak word ter verbetering van die verpleegkundige se praktyk gedurende haar wedersydse interaksie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt.

## HOOFSTUK 5

### RIGLYNE EN AANBEVELINGS

#### 5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is die resultate van hierdie studie met relevante, beskikbare literatuur en navorsing gekontroleer en gevolgtrekkings is gemaak.

In hierdie hoofstuk sal die tweede doelstelling van hierdie studie, naamlik "om riglyne daar te stel ten opsigte van die intensiewe verpleegkundige se hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in 'n intensiewesorgeenheid" verantwoord word. Daarna sal aanbevelings gemaak word vir die toepassing van hierdie studie in die verpleegpraktyk en verpleegonderrig. Aanbevelings vir verdere navorsing sal gemaak word na aanleiding van die bevindinge bekom uit hierdie studie en beperkings sal uitgelig word.

#### 5.2 VERPLEEGRIGLYNE



Die riglyne word gestel deur inferensiëring van die data en gevolgtrekkings wat uit die vorige hoofstukke verkry is.

Om die betroubaarheid en geldigheid van die riglyne te verseker is dit aan twee kundiges op die gebied van kardiotoraks-intensieweverpleegkunde voorgelê vir hulle kritiese ondersoek en evaluering.

- *Kundige 1* is 'n verpleegkundige met 'n magistergraad in Intensiewe Verpleegkunde wat tans werksaam is as permanente personeellid, in die chirurgiese intensiewesorgeenheid in die privaat hospitaal waar die studie uitgevoer is.

- *Kundige 2* is 'n verpleegkundige met 'n diploma in Intensiewe Verpleging en tans 'n eenheidsbestuurder van die chirurgiese intensiewesorgeenheid in die privaat hospitaal waar die studie uitgevoer is.



Die riglyne wat gestel word, rig die verpleegkundige in haar denke hoe om die persone na aan die ernstig siek pasiënt te hanteer in terme van hulle wedersydse interaksie tydens die pasiënt se verblyf in die intensiewesorgeenheid. Die operasionalisering van die riglyne word egter nie in hierdie studie aangespreek nie.

Die riglyne word bespreek aan die hand van die verpleegproses aangesien die verpleegkundige gebruik maak van die verpleegproses as 'n metode om die individu, gesin en gemeenskap te help in hulle strewe na heelheid. Die verpleegproses behels beraming, beplanning, implementering en evaluering terwyl rekordhouding 'n integrerende deel vorm van elke stadium van die verpleegproses waarsonder wetenskaplike verpleging nie kan realiseer nie. Die stappe van die verpleegproses vereis kritiese analitiese denke en sintese van leer asook die verbreding van kennis en vaardighede wat in die verpleging aangewend word. Die implementeringsfase van die verpleegproses sluit verplegingsaksies in wat op die handhawing, bevordering en herstel van gesondheid gerig is ter verwesenliking van die individu - die persoon na aan die ernstig siek pasiënt - se strewe na heelheid (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992:6/7).

Daar is besluit om die verpleegproses te gebruik aangesien die beramingseenhede reeds gebruik is in die analisering van die data met betrekking tot hierdie studie en ook aangesien die verpleegproses die verpleegkundige rig om wetenskaplik, sistematies en doelgerig te werk.

### 5.2.1 Beraming

Die verpleegkundige moet die persone na aan die ernstig siek pasiënt beraam, 'n proses waartydens sy sekere inligting ten opsigte van dié persone insamel vir doelgerigte, geïndividualiseerde, wedersydse interaksie.

Die verpleegkundige moet die persone na aan die ernstig siek pasiënt beraam ten opsigte van hulle:

- \* emosionele response op die siekte van hulle geliefde, byvoorbeeld hulle angs, bekommernis, onsekerheid, verlies aan beheer;

- \* behoefte aan inligting en voorligting in terme van die ernstig siek pasiënt se toestand, naamlik die diagnose en prognose van hulle geliefde se ernstige siektetoestand en die intellektuele en emosionele vlak waarop die inligting en voorligting moet plaasvind - voortdurende herhaling van die inligting en voorligting mag nodig wees afhangende van hulle insig ten opsigte van hulle geliefde se siektetoestand;
- \* behoefte aan herversekering, ondersteuning, gerusstelling en kommunikasie;
- \* respons op toerusting, byvoorbeeld of die toerusting oorweldigend is; en
- \* respons op reëltoepassing in die intensiewesorgeenheid ten opsigte van hulle individuele behoeftes, asook die ernstighedsgraad van die pasiënt se toestand.

Die verpleegkundige behoort haarself te beraam ten opsigte van die volgende:

- \* Effektiwiteit en vaardighede ten opsigte van haar wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt.
- \* Ander behoeftes waaraan sy kan voldoen, byvoorbeeld voorsien in hulle tekort aan inligting, onvoldoende kontak met die verpleegkundige of moontlik 'n tekort aan vertrouwe in die verpleegkundige, wat mag bydra tot die behoefte aan bogenoemde gerusstelling, ondersteuning, herversekering en kommunikasie.
- \* Beskik sy oor voldoende kennis en vaardighede vir bogenoemde?
- \* Is daar moontlik 'n kommunikasieprobleem?

'n Verpleegdiagnose vir die persone na aan die ernstig siek pasiënt word gestel uit die data wat versamel is deur inferensiëring te gebruik. Ten opsigte van hierdie studie word die verpleegdiagnose gerig op effektiewe wedersydse interaksie tussen die verpleegkundige en die persone na aan die ernstig siek pasiënt ter identifisering van bestaande en potensiële behoeftes wat dié persone mag ontwikkel gedurende hulle geliefde se opname in 'n intensiewesorgeenheid.

## 5.2.2 Beplanning

Nadat 'n verpleegdiagnose gestel is, moet daar in samewerking met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt doelwitte gestel word om bestaande of potensiële probleme op te los of

behoefte te vervul. Die doelwitte wat gestel word, moet vir beide partye aanvaarbaar wees en 'n bydrae lewer tot beide partye se heelheid.

Nadat die doelwitte gestel is en deur albei partye aanvaar is, word daar saam beplan hoe hierdie doelwitte bereik gaan word. Tydens die beplanningsproses moet die verpleegkundige die volgende aspekte beplan, naamlik:

- \* hoe sy die persone na aan die ernstig siek pasiënt se vertrouwe in haar gaan vestig;
- \* watter interpersoonlike kommunikasievaardighede sy gaan toepas en watter van die vaardighede effektief gaan wees met die betrokke persone;
- \* die effektiefste metode om die persone gerus te stel, te ondersteun, te herverseker asook om deur middel van bogenoemde kommunikasievaardighede die kommunikasie tussen beide partye te bevorder;
- \* hulpmiddels wat gebruik sal word, byvoorbeeld inligtingstukke;
- \* die effektiefste metode waarop die toerusting aan hulle bekend gestel en verduidelik gaan word;
- \* die effektiefste reëltoepassingsmetode vir die betrokke persone na aan die ernstig siek pasiënt, en
- \* hoe sy dié persone by die versorging van die pasiënt kan betrek.

### 5.2.3 Implementering

Die onderskeie aspekte, na aanleiding van beide partye se behoeftes en probleme, wat die verpleegkundige in ag geneem het gedurende haar beplanning, moet gedurende hierdie fase geïmplementeer word.

Gedurende die fase is dit egter noodsaaklik dat die verpleegkundige in die praktiese uitvoering van die aspekte buigzaam en tegemoetkomend teenoor die persone na aan die ernstig siek pasiënt sal wees. Die persone behoort steeds as individue gesien te word met voortdurend veranderende behoeftes en probleme. Die verpleegkundige moet hiervan bewus wees en die nodige aanpassings implementeer tydens haar interaksie en hantering van die persone

#### 5.2.4 Evaluering

Deur evaluering toe te pas bepaal die betrokke partye of die doelwitte wat deur elkeen gestel is, bereik is. Indien nie, moet die partye hulle doelwitte hernu en die beplanning hersien sodat hulle doelwitbereiking gedurende die implementeringsfase kan optimaliseer.

Evaluering wys leemtes in die behandelingsprogram uit en bied aan die verpleegkundige die geleentheid om optimale aanpassings te maak in die wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt - wat tot haar voordeel strek asook tot dié van die persone na aan die ernstig siek pasiënt.

Deurlopende evaluering deur die verpleegkundige is noodsaaklik aangesien die behoeftes en probleme van die persone na aan die ernstig siek pasiënt sowel as dié van die ernstig siek pasiënt voortdurend verander. Sodoende kan enige probleemareas vroegtydig geïdentifiseer en opgelos word.

Voortdurende evaluering moet op die pasiëntrekord aangeteken word aangesien die persone na aan die ernstig siek pasiënt deel uitmaak van die eksterne sosiale omgewing van die ernstig siek pasiënt en 'n belangrike rol speel in die fasilitering van gesondheid by die ernstig siek pasiënt.

### 5.3 AANBEVELINGS

Op grond van insigte wat na aanleiding van hierdie studie bekom is, word aanbevelings gemaak vir die verpleegpraktyk, verpleegonderrig en vir verdere navorsing.

#### 5.3.1 Verpleegpraktyk

Die verpleegriglyne aan die verpleegkundige ten opsigte van haar hantering van die persoon na aan die ernstig siek pasiënt gedurende hulle wedersydse interaksie moet geoperasionaliseer en geïmplementeer word in die verpleegpraktyk.

Aangesien dit uit hierdie studie blyk dat die verpleegkundiges van mening is dat hulle nie die nodige vaardighede het om pasiënte sowel as die persone na aan die ernstig siek pasiënt se emosionele en psigo-sosiale behoeftes te hanteer nie kan 'n verpleegkundige wat oor 'n verpleegkunde kwalifikasie in intensiewesorg beskik en toepaslike opleiding in interpersoonlike kommunikasievaardighede en krisishantering ondergaan het, 'n groot aanwinst wees vir die intensiewesorgeenheid. Die funksie van sodanige verpleegkundige moet egter slegs aanvullend wees en moet geensins die verantwoordelikheid van die intensiewe verpleegkundige teenoor die persone na aan die pasiënt wegneem nie.

Die verpleegkundige moet verder ook ag slaan op haar liggaamshouding en nieverbale kommunikasie wat sy aan die persone na aan die ernstig siek pasiënt oordra aangesien die 'n invloed op hulle wedersydse kommunikasie het en vertroue tussen die partye kan verhinder.

### 5.3.2 Verpleegonderrig

Daar word reeds gedurende die basiese opleiding van studente aandag gegee aan interpersoonlike kommunikasievaardighede wat ook van toepassing gemaak word op alle interaksies wat die verpleegkundige as professionele persoon het. Die interpersoonlike kommunikasievaardighede kan 'n wesentlike invloed hê op die verpleegkundige se vermoë om die persoon na aan die ernstig siek pasiënt se emosionele en psigo-sosiale behoeftes effektief te beheer.

Meer aandag behoort egter aan hierdie aspek gegee te word in opvolgkursusse en gereelde indiensopleidingsprogramme mag wel vir alle intensiewesorgverpleegkundiges van nut sal wees.

### 5.3.3 Verdere navorsing

Nadat die verpleegriglyne geïmplementeer en geoperasionaliseer is, moet dit wetenskaplik getoets en aangepas word indien nodig.

Die navorser kon gedurende haar literatuursoektog geen inligting opspoor ten opsigte van onderstaande belewensisse wat moontlik as unieke insigte uit hierdie studie na vore gekom het nie. Die belewensisse behoort egter eers deur verdere navorsing uitgeklaar te word. Die behoefte aan verdere navorsing in die verpleegkunde is ten opsigte van die volgende belewensisse:

- \* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die verpleegkundiges as bevoeg, vaardig, oplettend en dat hulle hulle werk ken.
- \* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef blydskap in die vorm van dankbaarheid.
- \* Die persone na aan die ernstig siek pasiënt beleef die verpleegkundiges as vriendelik.
- \* Die persone beleef verpleegkundiges as negatief, soos blyk uit die volgende belewensisse:
  - verpleegkundiges raak kortaf, ongeskik en verwerp die persone as reëls verontagsaam word
  - reëls word afgedwing sonder verduideliking
  - die toerusting weet meer as die verpleegkundiges
  - verpleegkundiges is onprofessioneel
  - verpleegkundiges weet nie wat aangaan nie
- \* Die verpleegkundige belee dat die persoon na aan die ernstig siek pasiënt samewerkend, aangenaam en inskiklik is deur die verpleegkundige se leiding te volg en reëls te gehoorsaam.
- \* Die verpleegkundige beleef haar wedersydse interaksie met die persone na aan die ernstig siek pasiënt as sporadies.

#### 5.4 BEPERKINGS VAN HIERDIE STUDIE

Daar moet onderskeid getref word tussen die belewensisse van die persone na aan die lang- en korttermynpasiënte. Die verpleegkundiges kon nie almal deelneem aan hierdie studie as gevolg van verskeie redes soos uiteengesit in Hoofstuk 2. Indien 'n groter getal verpleegkundiges aan hierdie studie deelgeneem het, kon daar dalk meer verteenwoordigende belewensisse na vore gekom het.

## 5.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is praktiese riglyne gestel vir die verpleegkundige se hantering van die persone na aan die ernstig siek pasiënt tydens hulle wedersydse interaksie en unieke insigte is aangetoon.

Aanbevelings is gemaak vir die verpleegpraktyk, vir verpleegonderrig en vir verdere navorsing. Ten slotte is enkele beperkings van die studie uitgelig.

## 5.6 SLOTSOM

Die belewenisstudie is gedoen uit 'n funksionele denkbenadering - die verpleegriglyne en aanbevelings wat gestel is, is ter verbetering van die verpleegpraktyk. Die verpleegriglyne moet geïmplementeer word sodat die verpleegkundige die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid by die individu, gesin of gemeenskap kan aanhelp deur haar effektiewe hantering van die persone na aan die ernstig siek pasiënt gedurende hulle wedersydse interaksie.

Gevolgtrek word daar aan die doel van die navorsingstudie beantwoord en die navorser is van mening dat die sentrale stelling van die studie wel op die praktyk van toepassing gemaak kan word, naamlik:

**"Effektiewe wedersydse interaksie tussen die persoon na aan die ernstig siek pasiënt en die intensiewesorgverpleegkundige in die intensiewesorgeenheid kan bydra tot beide partye se strewe na gesondheid en uiteindelik tot die ernstig siek pasiënt se strewe na gesondheid."**

## BIBLIOGRAFIE

- ABDELLAH, FG & LEVINE, E 1979: Better patient care through nursing research; second edition. New York: Macmillan.
- ALPEN, MA & HALM, MA 1992: Family needs: An annotated bibliography. Critical care nurse, 12(2), Feb. 1992 : 32-50.
- BADURA, B & KICKBUSCH, I 1991: Health promotion research. England: World Health Organization Regional Publications. (European Series No 37).
- BECK, CK; RAWLINS, RP & WILLIAMS, SR 1988: Mental health-psychiatric nursing: A holistic life cycle approach; second edition. Washington DC: CV Mosby.
- BOTES, AS 1991: 'n Funksionele denkbenadering in die verpleegkunde. Curationis, 14(1), Jul. 1991 : 19-23.
- BOTES, AS 1992: 'n Model vir studie in die Verpleegkunde. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.
- BRADLEY, JC & EDINBERG, MA 1986: Communication in the nursing context; second edition. Norwalk: Appleton Century Crofts.
- BROWN, P 1989: The concept of hope: implications for care of the critically ill. Critical care nurse, 9(5), May 1989 : 97-104.
- BURNS, N & GROVE, SK 1987: The practice of nursing research. Philadelphia: WB Saunders.
- BURROWS, D 1992: Critical care in crises: Immediate action needed. Milmed, 8(4), June/July 1992 : 17.



CIVETTA, JM; TAYLOR, RW & KIRBY, RR 1988: Critical care. Philadelphia: JB Lippencott Company.

CLOCHESY, JM 1988: Essentials of Critical Care Nursing. Rockville, Maryland: Aspen Publishers.

COCHRAN, J & GANONG, LH 1989: A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. Journal of advanced nursing, 14, 1989 : 1038-1043.

COMSTOCK, L 1990: Patient and family education: An act of caring. Critical care nurse, 10(5), May 1990 : 154-155.

DANNENFELDT, G 1992: Organisation and management of an intensive care unit. Hospital supplies - critical care, Mar. 1992 : 18-22.

DRACUP, K 1993: Challenges in critical care nursing: Helping patients and families cope. Critical care nurse, Supplement, Aug. 1993 : 3-13.

EHRENFELD, M & CHEIFETZ, FR 1990: Cardiac nurses: Coping with stress. Journal of advanced nursing, 15, 1990 : 1002-1008.

FERREIRA, M; MOUTON, J; PUTH, G; SCHURINK, E & SCHURINK, W 1988: Inleiding tot kwalitatiewe metodes; Module 3. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

FORREST, D 1989: The experience of caring. Journal of advanced nursing, 14(10), 1989: 815-823.

GLANZE, WD; ANDERSON, KA; ANDERSON, LE; URDANG, L & SWALLOW, HH 1986: Mosby's medical and nursing dictionary; second edition. St. Louis: The CV Mosby Company

GIORGI, A ed. 1985: Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

GUZETTA, CE & DOSSEY, BM 1984: Cardiovascular nursing: Bodymind tapestry. St. Louis: The CV Mosby Company.

HAMNER, JB 1990: Visitation policies in the ICU: A time for change. Critical care nurse, 10(1), Jan. 1990 : 48-53.

HARTSHORN, J; LAMBORN, M; & NOLL, ML 1993: Introduction to critical care nursing. Philadelphia: WB Saunders.

HILL, M 1989: Teaching after CABG surgery: A family affair. Critical care nurse, 9(8), Sep. 1989 : 58-72.

HOLLOWAY, NM 1988: Nursing the critically ill adult; third edition. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.

HOPPING, BL; SICKBERT, SF & RUTH, J 1992: A study of factors associated with CCU visiting policies. Critical care nurse, 12(2), Feb. 1992 : 8-15.

KENNER, CV; GUZETTA, CE & DOSSEY, BM 1985: Critical care nursing: Body-mind-spirit; second edition. Toronto: Little Brown Company.

KERLINGER, FN 1988: Foundations of behavioral research; third edition. New York: Holt, Rinehart and Winston.

KING, SL & GREGOR, FM 1985: Stress and coping in families of the critical ill. Critical care nurse, 5(4), July/Aug. 1985 : 48-51.

KLEINPELL, RM 1991: Needs of families of critically ill patients: A literature review. Critical care nurse, 11(8), Sep. 1991 : 34-40.

KOTZE, WJ 1979: Begeleiding in die Verpleegkunde. Pretoria: Wallachs Drukkery.

KREIGH, HZ & PERKO, JE 1983: Psychiatric and mental health nursing: A commitment to care and concern; second edition. Virginia: Reston Publishing Company Inc.

LYNCH-SAUER, J 1985: Using a phenomenological research method to study nursing phenomena. (In Leininger, M ed. 1985: Qualitative research methods in nursing. Orlando: Grune & Stratton, Inc.)

MARRINER-TOMEY, A 1988: Guide to nursing management; third edition. Toronto: The CV Mosby Company.

McFARLANE, JM; WHITSON, BJ & HARTLEY, LM 1980: Contemporary pediatric nursing. New York: John Wiley.

MEIJS, CA 1989: Care of the family of the ICU patient. Critical care nurse, 9(8), Sep. 1989 : 42-44.

MITCHELL, WL 1990: Growing Disparities. Die Suider-Afrikaanse tydskrif vir kritieke sorg, 6(2), 1990 : 23.

MOULTON, J 1985: Metodologie van die geesteswetenskappe: basiese begrippe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

MOULTON, J & MARAIS, HC 1988: Metodologie van die geesteswetenskappe: basiese begrippe; tweede uitgawe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

MUNHALL, PL & OILER, CJ 1986: Nursing research: A qualitative perspective. Norwalk: Appleton Century Crofts.

ODENDAL, FF; SCHOONEES, PC; SWANEPOEL, CJ; DU TOIT, SJ & BOOYSEN, CM  
1987: Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse taal; tweede uitgawe.  
Johannesburg: Perskor.

OKUN, BF 1976: Effective helping: Interviewing and counselling techniques. Monterey:  
Brooks/Cole Publishing Co.

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

PAPALIA, DE & OLDS, SW 1986: Psychology; second edition. New York: McGraw-Hill

PARSE, RR; COYNE, AB & SMITH, MJ 1985: Nursing research: Qualitative and practical  
application. American journal of orthopsychiatry, 58(2), 1988 : 281-287.

PEARLMUTTER, DR; LOCKE, A; BOURDON, S; GAFFEY, G & TYRRELL, R 1984:  
Models of family-centered care in one acute care institution. The nursing clinics of North  
America, 19(1), Mar. 1984.

PELLETIER, SD 1992: Patients' experience of technology at the bedside: Intravenous  
infusion control devices. American journal of advanced nursing, 17, 1992 : 1274-1282.

PHIPPS, WJ; LONG, BC & WOODS, NF 1987: Medical-surgical nursing: Concepts and  
clinical practice; third edition. St. Louis: The CV Mosby Company.

PLUG, C; MEYER, WF; LOUW, DA & GOUWS, LA 1986: Psigologiewoordeboek.  
Johannesburg: McGraw-Hill.

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT: Department Verpleegkunde 1992:  
Verplegingsteorie vir Menssheelheid. Aucklandpark: Randse Afrikaanse Universiteit.

- RIEGEL, B & EHRENREICH, D 1989: Psychological aspects of critical care nursing. Rockville, Maryland: Aspen Publishers
- ROBINSON, CA & THORNE, SE 1989: Understanding disruptive behaviors in the critical care setting. Critical care nurse, 9(4), Apr. 1989 : 82-83.
- RUKHOLM, E; BAILEY, P; COUTU-WAKULCZYK, G & BAILEY, B 1991: Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. Journal of advanced nursing, 16, 1991 : 920-928.
- STANIK, JA 1990: Caring for the family of the critically ill surgical patient. Critical care nurse, 10(1), Jan. 1990 : 43-46.
- STEMBER, ML & HESTER, NK 1985: Research strategies for developing nursing as the science of human care. Nursing research, 22(3), 1985 : 165-178.
- STRAUSS, SA 1988: Regshandboek vir verpleegkundiges en gesondheidspersoneel; vyfde uitgawe. Kaapstad: Die King Edward VII Trust.
- SUID-AFRIKA (Republiek). 1978. Wet op Verpleging, no. 50 van 1978. Pretoria: Staatsdrukker.
- SUID-AFRIKA (Republiek). 1984. Goewermentskennisgewing. Regulasie 2598 van 30 November 1984, soos gewysig. Pretoria: Staatsdrukker.
- SWANSON-KAUFFMAN, K & SCHONWALD, E 1988: Phenomenology. (In B Sarter ed. Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing. New York: National League of Nursing.)
- THELAN, LA; DAVIE, JK & URDEN, LD 1990: Textbook of critical care nursing: diagnosis and management. St. Louis: The CV Mosby Company.

UYS, HHM & BASSON, AA 1983: Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde. Pretoria: HAUM.

WATSON, SJ 1991: An analysis of the concept of experience. Journal of advanced nursing, 16, 1991 : 1117-1121.

WOODS, NF & CATANZARO, M 1988: Nursing research, theory and practice. St. Louis: The CV Mosby Company.



Posbus 79

Aucklandpark

2006

05/04/93

DIE BESTURENDE DIREKTEUR

.....

.....

Parktown

Geagte Doktor,

**TOESTEMMING VIR DIE UITVOERING VAN NAVORSING**

Hiermee versoek ek, Gerda I Harms, toestemming vir die uitvoering van my beoogde navorsingsprojek ter voltooiing van my Magistersgraad aan die Randse Afrikaanse Universiteit.

Vind asseblief hierby aangeheg Hoofstuk 1 van my studie wat as wetenskaplike fundering vir die studie dien, asook 'n toestemmingsvorm wat aan die deelnemers voorgelê sal word om hulle vrywillige deelname aan die studie te verkry. Die toestemmingsvorm sal, afhangende van hulle taal van voorkeur, óf in Afrikaans óf in Engels aan hulle voorgelê word.

Na die suksesvolle voltooiing van my navorsing sal 'n kopie daarvan aan die hospitaal beskikbaar gestel word om die studie meer praktyk gerig te maak.

Ek vertrou dat u my aansoek gunstig sal oorweeg.

By voorbaat dank,

Gerda I Harms

Koronêre Intensiewesorgeenheid (CCU)

Posbus 79  
Aucklandpark  
2006  
12/05/93

DIE MATRONE: INTENSIEWESORGEENHEDE

.....

.....

Parktown

Geagte Matrone,

**TOESTEMMING VIR DIE UITVOERING VAN NAVORSING**

Hiermee versoek ek, Gerda I Harms, toestemming vir die uitvoering van my beoogde navorsingsprojek ter voltooiing van my Magistersgraad aan die Randse Afrikaanse Universiteit.

Vind asseblief hierby aangeheg Hoofstuk 1 van my studie wat as wetenskaplike fundering vir die studie dien, asook 'n toestemmingsvorm wat aan die deelnemers voorgelê sal word om sodoende hulle vrywillige deelname aan die studie te verkry. Die toestemmingsvorm sal, afhangende van hulle taalvoorkeur, óf in Afrikaans óf in Engels aan hulle voorgelê word.

Na die suksesvolle voltooiing van my navorsing sal 'n kopie aan die hospitaal beskikbaar gestel word om die studie sodoende meer praktykgerig te maak.

Ek vertrou dat u my aansoek gunstig sal oorweeg.

By voorbaat dank,

Gerda I Harms

Koronêre Intensiewesorgeenheid (CCU)



Geagte Deelnemer,

### NAVORSINGSPROJEK (M.CUR) - MEJ G I HARMS

Na ons onlangse gesprek waartydens u ingestem het tot deelname aan my navorsingsprojek wil ek graag u deelname skriftelik bevestig en 'n kort uiteensetting van die voorgenome navorsing aan u voorlê.

#### 1. DOEL VAN DIE STUDIE

Die volgende word met die studie ten doel gestel:

- \* Om die belewenis van die intensiewe verpleegkundige en die persoon na aan die ernstig siek pasiënt se interaksie met mekaar te verken en te beskryf.
- \* Om riglyne daar te stel ten opsigte van die verpleegkundige se hantering van en kommunikasie met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt tydens die pasiënt se verblyf in 'n intensiewesorgeenheid.

#### 2. DUUR

Daar word geen beperking op die tydsduur of lengte van die onderhoud geplaas nie.

#### 3. DATUM EN TYD

Soos afgespreek deur betrokke partye op 'n tydstip wat vir beide gerieflik is.

#### 4. VORM VAN INLIGTINGINSAMELING

Een sentrale vraag word mondelings en op skrif aan u gestel deur die onderhoudvoerder, waarop u die geleentheid kry om op die vraag te antwoord en u eie sienings, gedagtes en gevoelens met haar te deel. Die onderhoud sal op oudioband geneem word sodat bevindinge akkuraat verwerk kan word.

## 5. VERTROULIKHEID

U identiteit sal beskerm word deur u nie by name te noem of die plek te identifiseer in die publikasie van die navorsingsresultate nie. Vertroulikheid sal verseker word deur die vernietiging van die bandopnames ná suksesvolle analise en voltooiing van die navorsingsinligting.

## 6. RESULTATE

Die resultate van hierdie navorsing sal na voltooiing, op aanvraag, gratis aan u beskikbaar gestel word.

Ek wil hiermee my opregte dank uitspreek vir u bereidwilligheid tot deelname aan die navorsingsprojek. Verder wil ek u verseker dat u deelname aan die projek tot die sukses daarvan sal bydra.

GERDA I HARMS (MEJ)  
MAGISTERKANDIDAAT  
NAVORSER



UNIVERSITY OF JOHANNESBURG  
ELZABÉ NEL (MEJ)  
STUDIELEIER

GETEKEN TE ..... HIERDIE ..... DAG VAN .....1993.

.....  
DEELNEMER

.....  
NAVORSER

.....  
GETUIE

July 1993

Dear Participant,

## **RESEARCH PROJECT (M.CUR) - MISS G I HARMS**

After our recent discussion during which you consented to participate in my research project, I would like to confirm your participation by written consent and submit a brief summary of my proposed research.

### **1. PURPOSE OF THE RESEARCH**

The research has the following purpose:

- \* To explore and describe the experience of the mutual interaction between the intensive care nursing sister and the person closest to the critically ill patient.
- \* To create guidelines for the intensive care nursing sister in her coping and communication with the person closest to the critically ill patient during the patient's stay in the intensive care unit.

### **2. DURATION**

There is no restriction regarding the duration or length of the interview.

### **3. DATE AND TIME**

As agreed by the parties involved and at a time convenient for both parties.

### **4. FORMAT OF DATA COLLECTING**

The interviewer will initiate the interview with the critical question, after which you will have the opportunity to answer the question by sharing your viewpoints, thoughts and feelings with her. The findings will be audiotaped in order to analyse the findings in an accurate manner.

5. CONFIDENTIALITY

Your identity will be protected by not identifying you by name or by identifying the location when publishing the research data. Confidentiality will be ensured by destroying the audiotapes after successful analysis and completion of the research project.

6. RESULTS

Should you be interested, the research results will be supplied to you on request.

I would like to thank you for your willingness to participate in this research project. May I ensure you that your participation will contribute to the success of the project.

GERDA I HARMS (MISS)  
MAGISTER CANDIDATE  
RESEARCHER



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

ELZABÉ NEL (MISS)  
SUPERVISOR

SIGNED AT ..... ON THIS ..... DAY OF .....1993

.....  
PARTICIPANT

.....  
RESEARCHER

.....  
WITNESS

**GESELEKTEERDE ONDERHOUDTRANSKRIPSIES**

**EN GEPAARDGAANDE VELDNOTAS**

**ONDERHOUD 1 - onderhoud met 'n persoon na aan die ernstig siek pasiënt**

- O: You did agree this afternoon to speak to me about how you experienced your contact with the intensive care nursing staff involved in the daily nursing care of your relative?
- D: Yes ... Where do you want me to begin?
- O: Can you tell little bit of how you experienced the contact between the staff and yourself while your husband was there?
- D: Well, I do feel in the initial period to why he was been operated. There's a lack of communication you know I'm not talking about one-hour ops or whatever, but in five-, six-hour ops like these men have, you wait and you wait and you wait, and nobody comes to say, well, look he's still alive or his nearly dead, or whatever. And that anxiety is really, really something to sit there for six hours and not know and you know the only thing we could say was, you know.... we're not told that he is dead so he must still be alive, but not to know, ... you know first of all we were told it was a three-hour op, so of course you know you watch your, your watch it's half past six, seven, eight, nine. Well, he must be almost ready to come out, you know, another hour, we'll know. Then that hour goes and nothing happens, nobody comes, nobody tells you anything and then you begin to think ... what has happened? ... why? You know, I think the, if I'm not sure what the procedures are, so I can't say whether there is anybody that could come and just sort of reassure you that everything is going well, and sort of help you to relax a bit, because by the time that ... what was it, seven hours was up and we actually were called in. You know, I think then you're just about ready to drop, (lag) and you know you are, have been so traumatised and then during those hours especially with an operation of that nature, that you're past even believing that he's going to come through and ...
- O: Mmm ...
- D: I do feel that there, if there was just that little bit of communication somewhere, through those hours to reassure you that everything is going well, or you know its going to be another hour possibly, or something so that you're, you know, not sort of waiting hour after hour after hour without any, and I, that ... you know, another lady who was waiting with me also felt that she just couldn't take much more of the silence which really is just a void. You know, from seeing him go in and in these hours of waiting is just like a void, you're just in limbo, you just don't know what is happening and if there is a way of communicating with the family, that everything is going all right. I think it should be so, 'cause it would relax you that little bit, so that when you do see him ... you know, 'cause it is ... you know the effect on a person that

knows nothing ... you walk into that ICU and you see those goodies and whatever, you (lag), you really wonder whether you're in this world or not. That to me was the most traumatic part of the whole thing ... was that, that waiting without any communication whatsoever. But ... eh the staff itself once he was in, most times I found to be helpful, not that, as you know, you could see him for that length of time so you didn't really have that much time to converse. But some of them, some of them, I would found, will come forward and actually tell me what his condition was and what all the machines were doing for him and I, I felt more reassured. Others, you know, once you were there, just sort of went on with their work. You've had to actually go and seek them out if you wanted to know anything but ... mm on the whole I found he was, he wasn't very happy once he got round but (lag) that's what they say is to be expected. And we did feel that when we phoned in the morning they told ... that he was doing fine and then you get there and found that he is not doing fine, was very heartbreaking, I think. You know, because you want him, expecting today he's going to come out, and then you get there and find that he's gone right back again, that you've been given no indication of this you know, which is rather traumatic too. And each day they'd say tomorrow he'll come out, tomorrow he'll come out. But each day we went, something had happened which we knew nothing about. Whether contact can be made to sort of ... let a person know that things had gone wrong and that he won't be coming out like we thought he was. I didn't know whether it's possible, but it could be a good idea, but mmm ... otherwise I feel that mmm ... mostly it was, you know ... he was well-looked after, I was quite happy that he was well-looked after, and that he ... I suppose, being in there longer, it did help him to recover much quicker. I don't really know what more I can say:

O: So you felt that, the times that there was, like a relapse, you would have, would have liked them to just phone you.

D: I would've liked them to let me know that they had found a problem, there was a problem. I don't, I don't really ... we were not really informed what the problem was. Eh, not that I probably would've understood it, what they were talking about anyway, not knowing much about the medical terms, but, eh, you know, if we were just sort of told that they couldn't stabilise him or whatever, so he's got to stay here until they can do so. Mmm, actually I, I think I was more or less in a daze most of the time, it was my daughter who actually was the more, more traumatised by that sort of thing because she was the one that would phone in the morning and then phone me and say no they tell me he's doing fine or everything and we'd rush up there at ten o' clock, or whatever the time was, and to find that he was really in a very bad way, and that sort of ... it's a dreadful let-down, you know, because we, oh, today he's gonna come out, if they say that. I feel if something does crop up that is going to delay his stay in ICU, I think I would've liked to have known in the morning that, mm, you know, don't be surprised when you come up and he's not sitting up in the chair like all the others were. He's not going to be sitting up in a chair for a day or two. I mean, then you sort of, more or less, know what to expect.

O: So the fact that you were told he was doing well and got there and saw that he wasn't doing well, was very upsetting to you.

D: It was very upsetting.

O: ... because it was like a let-down.

D: It's like a let-down because, you know, we went up there particularly on the Thursday morning and you know, we eh, the other gentlemen who had an operation the same

time, there they were sitting up in the chair and here my poor old man could hardly speak, could hardly talk, he hardly recognised us and we just couldn't find out, why?. What had gone wrong? And, you know, we really expected to find him on the point of coming out, only to find that things weren't going right and, as I say, I can't ... you know, the sisters might have told me what it was all about, and I just didn't understand. That I do feel that I would, I personally ... you know, I'm the kind of person that, if it's going to the worst, I'd like to know. You know, I don't want anything hidden from me, no matter what.

O: So you feel, if they gave you all the information, it would've been able to prepare yourself for what was happening...

D: I think so, I think so, definitely.

O: The fact that they weren't telling you anything, you also said that some of the sisters just went about their business and didn't really talk to you. How did that make you feel?

D: Well, that made me feel that, you know, that they really know what they were doing, (lag) or what was, not what they were doing there, I'm sure they knew what they were doing, but I, it made me feel that, you know, do they know what's happening to my husband? You know, are they ... all those flashing lights and what have you you see, are they all right? You know, you're scared and I think it's because we are not educated to that, like you are, you know, you watch that *cartgraph* and you know that if there is a gap, and then all of a sudden it starts form here and goes up, it's probably not a problem, but to me it looked as if he was about to end the days. You know, I just saw it as a gap and I couldn't take my eyes ... off this graph ECG that goes along and when his pulse was something in the region of ... I don't know what it was, 169 or something, which I, I was in my own mind sure was wrong, it shouldn't be that pumping 169 or whatever, this, this pattern was going all hay wire, you know. I was convinced ... you know, it was the end of his days. But I think if the sister, you know, could ... you know, I think to myself, shall I call the nurse? ... and then I think she knows what she's doing (lag). It can't be that bad if she's taking no notice but then, is she watching? ... and it all goes through your mind and you sort of look around whether the sisters are actually watching that monitor like you are, and they probably are and they probably know that it means nothing. But you not knowing, and I think a little bit of reassurance that that peculiar pattern doesn't really ... you know, is not really fatal, or is not going to harm him, or its normal, would reassure you. If I could tell you, from a wife's or a daughter's or a son's point of view, these machines are horrible... because you do not understand them.

O: So you thought that mmm, if they just explained to you a little bit more or just told you what was happening, you would've understood better ...

D: ... Yes, yes ...

O: ... and it wouldn't have been so traumatic.

D: Yes, you know, you just feel you cannot take your eyes off that ... or well, I couldn't. You know, I will sit this way, but then I, instead of looking to him and talking, I'm looking like this all the time. It just seemed to me mesmerise me because, I just wanted to see a nice smooth even pattern, but every time I look, there was something strange going on that I didn't understand. Then I sort of looked to see if one of the nurse perhaps were looking as well, you know. There was one in particular who I found very very helpful. She was a black nurse, her name is +++ I think. She did come over and more or less inform me that, you know, don't take any notice of it,

we've got it all under control and we're doing this for him or that. That I, eh ... as I say, I kept thinking for myself ... shall I go and call the sister?... you know. Then I think ... no, she'll think I'm stupid, they must know what's going on, they must now how to read these machines, otherwise they wouldn't be there ... you know. To me it was really ... now I can laugh about it, but then I couldn't ... you know, you sort of really want to do some ... you feel so helpless.

O: The sister, who was looking after your husband that first day he came out of the theatre, how did you experience the interaction with her?

D: Well, she ... when I ... when I first went in, naturally he had just come out and she was busy eh ... fiddling with all sorts of things and she had, she did tell me, I found out that it, you know, she seemed to be quite er ... mmm competent in what she was doing, and explained to me that he had come through all right and all his vital signs were fine and, you know, that at the moment he was doing as well as could be expected for that eh ... time of the day. I did find her to be quite ... friendly and reassuring.

O: So she did reassure you?

D: She did reassure me that what I was looking at was normal you know, because I think one would think that if you weren't reassured you would really think that this is the end, you know, this is definitely ...

O: Mmmm

D: ... because never having experienced in any of my family an operation to this extent, we have had minor cuts and appendix and this sort of thing, that none of us, you know, even sisters and brothers, my own family, we never had to experience anything like this. So it really was something beyond belief, I think ... I didn't even realise that there were all these machines and drips and goodies that could possibly ... work (lag).

O: So you felt that you were completely unprepared for what actually happened to your husband.

D: We weren't completely unprepared because the physiotherapist + + +, she did prepare us to a certain extent to what we would see. You know she prepared us as far as she could, but everything she said didn't go through ...

O: How do you feel about the fact that the physiotherapist informed you of what to expect ...

D: No, I wasn't happy with that, I don't think she's supposed to do it. She could prepare us for what ... the exercises that needs to be done ...

Oudiokasset het hier ten einde geloop. Die onderhoudvoerder gee weer wat gedurende die res van die onderhoud gesê is:

Daar word aan mev T gevra of sy voel dat die fisioterapeut die regte persoon is om voorligting te gee. Haar antwoord is dat sy voel dit sal beter wees as 'n persoon met mediese kwalifikasies voorligting aan die familie gee en die fisioterapeut voorligting gee oor die asemhalingsoefeninge, want dit is tog haar werk.



## ONDERHOUD 1: VELDNOTAS

Hierdie deelnemer voel dat daar onvoldoende kommunikasie tussen familie en staf is in daardie tydperk wat die pasiënt in teater is en die familie in die wagkamer sit en wag. Sy voel dat dit minder traumaties sou gewees het indien die staf haar op hoogte van haar man se toestand gedurende die operasie gehou het, veral aangesien dit baie langer geneem het as wat aanvanklik vir haar gesê is. Sy het ook blykbaar 'n probleem ervaar met die feit dat telefoniese inligting aan haar verskaf nie korrek was nie. Sy't gevoel hulle was nie eerlik met haar nie. Tydens die onderhoud kom sy op haar gemak voor en nie senuweeagtig nie. Sy handhaaf deurentyd 'n oop houding, maar maak op geen stadium oog- of liggaamlike kontak nie. Sy gaan uit haar pad om behulpsaam te wees, maar gebruik ook die geleentheid om haar griewe te lug.

## ONDERHOUD 2 - onderhoud met 'n verpleegkundige

- O: U het ingestem om met my te praat oor hoe u u kontak met die persoon na aan die ernstig siek pasiënt beleef tydens u verpleging van die pasiënt?
- D: Ja ... ag, dis net, ek dink nie sy het geweet wat aangaan nie. Ek dink nie sy het presies geweet wat daar aangaan nie, want toe sy die hele storie sien, toe het sy sommer net daar aan die huil gegaan en wou uitloop. Toe sê ek vir haar sy moet eers staan en net kyk en sien wat dit is wat haar ontstel, of dit sy gesig is en of dit die masjiene is en toe het sy nou nader gestaan. Toe sê ek vir haar sy moet aan hom raak, want sy het ook nie geweet of sy aan hom mag raak nie. Toe sy nou aan hom raak en sy gesig sien en voel hy is nie so koud soos sy gedink het hy is nie en voel hy het soos 'n mens gevoel, toe lyk dit asof sy dit meer aanvaar. Ek dink die masjiene het haar meer afgeskrik as enige iets anders. Dié wat ek vir haar gesê het sy moet maar uitgaan en later inkom sodat dit net kan insink by haar. Jy weet, as mens al hierdie goed sien dan lyk dit soos 'n doodgaan storie. Is ... hulle dink die ou is half dood en jy probeer hom aan die lewe te hou. En dis, dis maar al. Toe sy die tweede keer inkom toe lyk sy meer ... toe verduidelik ek toe maar vir haar wat gaan vir wat en vra vir haar of sy iets spesifiek wou weet ... die monitors en wat monitor ons en waarvoor die ventilator is. Toe is sy nou heel gerusgestel. Toe het sy nie veel meer, veel meer ... en die ontsteltenis was meer mmm ... as sy meer kalmer was. Ek het haar toe nie weer gesien nie want die volgende dag was ek af en toe ek die naweek terugkom toe is hy ... nee, toe ek die naweek terugkom, toe is hy nog in, maar sy het nie ingekom daardie Saterdagdag nie. Ek dink sy was die dag ingewees, maar sy vrou het gebel, daarna toe gebel en dit lyk asof daar 'n goeie verstandhouding tussen die man en die vrou is, o, die ex-vrou en die man. Die vrou en kinders van Zimbabwe het gebel, maar ek het toe nie weer met hom gewerk nie ... net daardie twee klein interaksies met haar gehad.
- O: Mmmm ... jy sê sy was baie angstig die eerste keer ...
- D: Verskriklik. Sy het ingekom en begin huil van 'n afstand af. Ek ondervind dat die meeste wat nie voorberei was nie of nie die goed gesien het voor die tyd nie, as hulle dit sien ... ek dink net hulle dink aan dood. Die ouens wat al reeds in die Eenheid

was en jy het aan hulle verduidelik en vir hulle gesê wat gaan aan ... hulle, hulle vra net ... o is dit nou dit? is dit nou hoe dit werk? Hulle aanvaar dit meer, maar sy was stomgeslaan.

O: U sê dit is amper asof sy haarself gedistansieer het, u moes haar toestemming gee...

D: Ja, ja. Sy het so 'n ent van hom weggestaan, sy het teen die pilaar gestaan en sy't nie geweet of sy naby die bed kan kom, of sy kan vra vra en of sy hom kan aanraak en of hy arms of bene het nie. Sy het absoluut ... al wat sy gesien het was die kop en die hele storie, want sy hele kop was vol pype en goeters en mmm, toe ek die borskas vir haar oopmaak, toe is dit asof sy 'n floute kry want toe sien sy nou die borskas is ook vol pype en goeters en toe sê sy, want sy wil nou nie verder sien nie want daar is nog meer pype, daar is 'n kateter in en daar is snye aan die bene. Hulle weet nie wat aangaan nie. Ek dink dit is verskriklik as jy 'n familielid of geliefde het en daar ... hulle word dit aangedoen en jy weet nie eers wat aangaan nie. Ek dink nie eers hy het geweet wat presies, hoe hy lyk na operasie nie.

O: U sê sy het na die tyd, die tweede keer, vrae gevra.

D: Ja, die tweede keer het sy. Ek het eers vir haar verduidelik wat alles aangaan en toe het ek vir haar gevra of sy iets wil vra of iets wil sê en toe het sy net *reinforcement* gevra ... hoe lank gaan die ventilator aanbly? en monitor ons gereeld dit? is daar net een persoon en sal iemand hom dophou die hele tyd terwyl hy daar is omdat hy nie kan? ... want ek het vir haar gesê hy kan nie praat nie. Ons gaan hom sedasie gee die eerste 12 ure of so, en sy was verskriklik bang dat die mense hom alleen gaan los omdat hy nie kan praat nie. As iets gebeur dan kan hy nie sê daar is pyn of daar is iets verkeerd nie ... Mens dink nie somtyds daaraan nie wat deur hulle koppe gaan nie en dan is dit die basiese goed, wat jy soms vergeet om vir hulle te sê, soos daar gaan iemand by hom wees, daar is altyd iemand daar, en die monitors is gekonnekteer daar voor by die tafel as jy by die tafel sit. Daar is 'n verskriklike angs by hierdie mense.

O: Mmm ... so sy was baie, baie angstig gewees.

D: Ja. (Stilte)

O: En hoe was sy gewees nadat u vir haar verduidelik het?

D: Heel normaal. Ssy't 'n stoel nader getrek, jy weet, gesit daarso en sy hand die hele tyd vasehou. Ek dink sy het meer verstaan wat aangaan en sy was nie een van daardie mense wat gesê het ... o, sy hart het nou opgegaan van 80 na 82 nie... Ek het vir haar gesê, die hart, die hart, wat sê 'n mens ... die *rate* sal varieer tussen soveel en soveel en eh ... die pols van soveel na soveel. So, sy het verstaan van die variasies van goeters, sy het nie daardie *trivial* goeters gevra nie. Sy het heel verstaan, sy is heel intelligent toe jy vir haar verduidelik het.

O: So, oor die algemeen, nadat u alles vir haar verduidelik het...

D: ... toe was dit heel, ek moet sê die stres was heel weg en die feit dat sy weet wat aangegaan het, sy't geweet watter soort operasie, sy't geweet waarvoor die snye op sy bene is. Ek dink kennis maak 'n groot verskil, ek dink dit neem soveel stres van jou af.

O: Jy sê sy het van die deur af begin huil, dink jy dat die feit dat sy in die wagkamer by haarself moes wag het haar beïnvloed."

D: Ja, ja ... jy weet toe ek vir haar sê sy kan inkom het sy absoluut niks gevra nie, sy het net stadig agter my aangeloo en toe daar 'n ent blystaan en toe daar gebly, En dit is die niks weet nie. Ek weet as ek iemand van my in 'n vreemde situasie moet sien

ek sal nie naby wil kom voordat ek weet wat aangaan nie. Dit is net tipies van iemand wat niks weet en iemand wat baie omgee vir iemand en hulle honger na daai kennis maar hulle is amper te bang om vir jou te vra want miskien sê jy vir hulle iets wat hulle nie wil weet nie, wanneer hulle wil weet dan is dit so asof daat 'n gewig van hulle afgaan.

- O: Sy was oor die algemeen behalwe vir die feit dat sy baie stil was het sy nie enige probleme veroorsaak of ...
- D: ... Mmmm ... nee. (Stilte)
- O: Baie, baie dankie vir jou tyd.

## ONDERHOUD 2: VELDNOTAS

Die deelnemer handhaaf deurentyd 'n oop liggaamshouding en dit is slegs nodig vir die onderhoudvoerder om van minimale verbale response gebruik te maak om verdere gedagtegang te stimuleer. Hierdie verpleegkundige het die pasiënt en familie dadelik onthou moontlik omdat die familie so ontsteld was, maar sy kom as baie empaties oor en dit blyk asof sy baie ondersteunend teenoor die familie opgetree het. Die verpleegkundige maak baie gebruik van handgebare en bewegings tydens die onderhoud. Die deelnemer is 'n senior verpleegkundige met jarelange ondervinding.



VOORBEELD VAN NAVORSER SE AANVANKLIKE ROWWE  
KODERING VAN DIE ONDERHOUDSTRANSKRIPSIES

ONDERHOUD 1

O: You did agree this afternoon to speak to me about how you experienced your contact with the intensive care nursing staff involved in the daily nursing care of your relative?

D: Yes ... Where do you want me to begin?

O: Can you tell little bit of how you experienced the contact between the staff and yourself while your husband was there?

D: Well, I do feel in the initial period to why he was been operated.

There's a lack of communication you know I'm not talking about one-*Interne onsiende beteken* hour ops or whatever, but in five-, six-hour ops like these men have, you wait and you wait and you wait, and nobody comes to say, well, look he's still alive or his nearly dead, or whatever. And that anxiety is *Interne onsiende beteken* really, really something to sit there for six hours and not know and you *Interne onsiende beteken* know the only thing we could say was, you know.... we're not told that he is dead so he must still be alive, but not to know, ... you know first *Interne onsiende beteken* of all we were told it was a three-hour op, so of course you know you watch your, your watch it's half past six, seven, eight, nine. Well, he must be almost ready to come out, you know, another hour, we'll know. Then that hour goes and nothing happens, nobody comes, nobody tells *Interne onsiende beteken* you anything and then you begin to think ... what has happened? ... *MS* why? You know, I think the, if I'm not sure what the procedures are, so I can't say whether there is anybody that could come and just sort of reassure you that everything is going well, and sort of help you to relax a bit, because by the time that ... what was it, seven hours was up and we actually were called in. You know, I think then you're just about ready to drop, (lag) and you know you are, have been so traumatised and then during those hours especially with an operation *Interne onsiende beteken* of that nature, that you're past even believing that he's going to come through and ...

O: Mmm ...

D: I do feel that there, if there was just that little bit of communication somewhere, through those hours to reassure you that everything is going well, or you know its going to be another hour possibly, or something so that you're, you know, not sort of waiting hour after hour after hour without any, and I, that ... you know, another lady who was waiting with me also felt that she just couldn't take much more of the *Eksterne onsiende beteken* silence which really is just a void. You know, from seeing him go in and in these hours of waiting is just like a void, you're just in limbo, you just don't know what is happening and if there is a way of *Interne onsiende beteken* communicating with the family, that everything is going all right. I think *MS* it should be so, 'cause it would relax you that little bit, so that when *Interne onsiende beteken*

you do see him ... you know, 'cause it is ... you know the effect on a person that knows nothing ... you walk into that ICU and you see those goodies and whatever, you (lag), you really wonder whether you're in this world or not. That to me was the most traumatic part of the whole thing ... was that, that waiting without any communication whatsoever. But ... eh the staff itself once he was in, most times I found to be helpful, not that, as you know, you could see him for that length of time so you didn't really have that much time to converse. But some of them, some of them, I would find, will come forward and actually tell me what his condition was and what all the machines were doing for him and I, I felt more reassured. Others, you know, once you were there, just sort of went on with their work. You've had to actually go and seek them out if you wanted to know anything but ... mm on the whole I found he was, he wasn't very happy once he got round but (lag) that's what they say is to be expected. And we did feel that when we phoned in the morning they told ... that he was doing fine and then you get there and found that he is not doing fine, was very heartbreaking. I think. You know, because you want him, expecting today he's going to come out, and then you get there and find that he's gone right back again, that you've been given no indication of this you know, which is rather traumatic too. And each day they'd say tomorrow he'll come out, tomorrow he'll come out. But each day we went, something had happened which we knew nothing about. Whether contact can be made to sort of ... let a person know that things had gone wrong and that he won't be coming out like we thought he was. I didn't know whether it's possible, but it could be a good idea, but mmm ... otherwise I feel that mmm ... mostly it was, you know ... he was well-looked after, I was quite happy that he was well-looked after, and that he ... I suppose, being in there longer, it did help him to recover much quicker. I don't really know what more I can say.

O: So you felt that, the times that there was, like a relapse, you would have, would have liked them to just phone you.

D: I would've liked them to let me know that they had found a problem, there was a problem. I don't, I don't really ... we were not really informed what the problem was. Eh, not that I probably would've understood it, what they were talking about anyway, not knowing much about the medical terms, but, eh, you know, if we were just sort of told that they couldn't stabilise him or whatever, so he's got to stay here until they can do so. Mmm, actually I, I think I was more or less in a daze most of the time, it was my daughter who actually was the more more traumatised by that sort of thing because she was the one that would phone in the morning and then phone me and say no they tell me he's doing fine or everything and we'd rush up there at ten o'clock, or whatever the time was, and to find that he was really in a very bad way, and that sort of ... it's a dreadful let-down, you know, because we, oh, today he's gonna come out, if they say that. I feel if something does crop up that is going to delay his stay in ICU, I think I would've liked to have known in the morning that, mm, you know, don't be surprised

when you come up and he's not sitting up in the chair like all the others were. He's not going to be sitting up in a chair for a day or two. I mean, then you sort of, more or less, know what to expect.

O: So the fact that you were told he was doing well and got there and saw that he wasn't doing well, was very upsetting to you.

D: It was very upsetting.

O: ... because it was like a let-down.

D: It's like a let-down because, you know, we went up there particularly on the Thursday morning and you know, we eh, the other gentlemen who had an operation the same time, there they were sitting up in the chair and here my poor old man could hardly speak, could hardly talk, he hardly recognised us and we just couldn't find out, why?. What had gone wrong? And, you know, we really expected to find him on the point of coming out, only to find that things weren't going right and, as I say, I can't ... you know, the sisters might have told me what it was all about, and I just didn't understand. That I do feel that I would, I personally ... you know, I'm the kind of person that, if it's going to the worst, I'd like to know. You know, I don't want anything hidden from me, no matter what.

*Interne enosiade bekwu*  
*Interne indidituek*  
*Interne geseelike*  
*oortuiging*  
*verdedigingsnegatiewe*



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**WERKSPROTOKOL**

Geagte Eksterne Kodeerder,

Volg asseblief die volgende stappe in u analise van die getranskribeerde onderhoude en die daaropvolgende kodering.

1. Lees die transkripsies volledig deur om sodoende 'n oorsigtelike beeld te kry van die transkripsie as geheel. Die Verplegingsteorie vir Mensheelheid (ORU) soos gedefinieer deur die Departement Verpleegkunde (Randse Afrikaanse Universiteit, 1992) dien as verwysing na die operasionele definisies van die hoof- en subkategorieë wat van toepassing is in die studie.
2. Lees weer die transkripsies deur en identifiseer eenhede vir analise deur woorde en temas te onderstreep.
3. Klassifiseer die geïdentifiseerde woorde en temas in hoof- en subkategorieë.
4. Skakel die woorde en temas om in wetenskaplike taal en stel verbande tussen die kategorieë en subkategorieë.
5. 'n Konsensusgesprek volg met my as medekodeerder, waarna die woorde en temas gekwantifiseer en geprioritiseer word.

Baie dankie vir u inset in die studie,

Gerda I Harms

## AFRIKAANSE OPERASIONELE DEFINISIES VAN KONSEPTE IN DIE EENHEID VAN BERAMING EN DIAGNOSERING IN VERPLEGINGSTEORIE VIR MENSHEELHEID TEN OPSIGTE VAN DIE INDIVIDU

### 1. INTERNE OMGEWING

Die interne omgewing van die individu sluit die totaliteit van prosesse in wat plaasvind in die liggaam en is liggaamlik, psigies en geestelik van aard (Plug, Meyer, Louw & Gouws, 1986; Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1990; Randse Afrikaanse Universiteit, Departement Verpleegkunde, 1992).

- 1.1 **Liggaam:** Hierdie konsep sluit alle anatomiese strukture en fisiologiese (biologiese) prosesse van die liggaam in (Plug et al 1986: 103).
- 1.2 **Psige (siel):** Die konsep psige verwys na die draer van alle belewenis en gedrag in die individu. Dit sluit alle intellektuele, emosionele en wilsprosesse in (Plug, et al 1988:290; Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1990:136-142; Randse Afrikaanse Universiteit, Departement Verpleegkunde, 1992.)
  - 1.2.1 **Intellek:** Hierdie konsep verwys na die kapasiteit vir en kwaliteit van die psigiese prosesse van dink, assosiasie, analisering, oordeel en begrip waartoe die individu in staat is (Plug et al 1986:103).
  - 1.2.2 **Emosie:** Emosie verwys na die instrument van die individu se voorkeure en afkeure. Emosie is 'n komplekse toestand wat ingedeel kan word in affeksie, begeerte en gevoel (Plug et al 1986:87; Nee, 1986:36-38).
  - 1.2.3 **Wil:** Wil is die instrument van besluitneming van die individu en dui op die vermoë om 'n keuse te maak. Dit druk gewilligheid of onwilligheid uit, dit is besluitneming sonder eksterne druk (Plug et al 1986:388; Nee, 1986:36-38).
- 1.3 **Gees:** Gees verwys na daardie deel van die individu wat geskep is om in verhouding met God te staan. Die menslike gees is saamgestel deur drie inverwante dele wat op 'n gekoördineerde wyse funksioneer: gewete, intuïsie en gemeenskap. Gewete is daardie deel van die menslike gees wat reg van verkeerd onderskei. Intuïsie is die gevoelsgedeelte van die gees - dit impliseer direkte kennis onafhanklik van eksterne invloed. Gemeenskap verwys na die individu se aanbidding van God en God se kommunikasie met die individu. Gemeenskap in



hierdie instansie kan ook verwys na die individu se keuse van sy god. Interne geestelike belewenisse sluit morele en religieuse invloede op gedrag in soos gereflekteer in waardes, etiese beginsels en die beleving van betekenis in die lewe sowel as verhouding met self. Dit reflekteer die individu se kenmerkende wyses van interaksie met die omgewing (Oral Roberts University Anna Vaughn School of Nursing, 1990:136-142; Randse Afrikaanse Universiteit, Departement Verpleegkunde, 1992; Nee, 1986:31-33; Longman, 1984: 405).

## **2. EKSTERNE OMGEWING**

Dit sluit daardie situasies of omstandighede buite die individu in wat 'n invloed uitoefen op sy lewe (Oxford Advanced Learner's Dictionary, 1989:403, 426).

- 2.1 **Fisies:** Verwys na alle betekenisvolle stimuli of objekte binne die individu se eksterne omgewing. Stimuli verwys na enige aspek (objek, item of gebeurtenis) wat direk of indirek lei tot enige verandering in een of meer aspekte van gedrag. Objek verwys na enige aspek van die omgewing waarvan die individu bewus is en waarteen oor hy 'n spesifieke houding het of waarop hy reageer (Poggenpoel, 1990:9; Plug et al 1988:240, 349).
- 2.2 **Sosiaal:** Verwys na alle mense of betekenisvolle ander binne die individu se eksterne omgewing. Sosiaal verwys ook na die organisasie strukture tussen mense en gemeenskappe. Sosiaal verwys met ander woorde na alle menslike hulpbronne (Poggenpoel, 1990:9; Oxford Advanced Learner's Dictionary, 1989:1213).
- 2.3 **Geestelik:** Verwys na betekenisvolle geestelike elemente of gebeurtenisse in die individu se eksterne omgewing insluitende waardes, gelowe, norme en etiese beginsels, religie en betekenis in die lewe asook verhoudinge tot andere (Longman, 1984:405).

## **3. KENMERKENDE WYSES VAN INTERAKSIE**

Hierdie konsep verwys na unieke, kenmerkende interaksiewyses tussen die interne en eksterne omgewing van die individu. Dit impliseer beweging op die gesondheid-siekte kontinuum waarop 'n persoon se gesondheidstatus gereflekteer word. Die individu se posisie op enige van die twee kontinums is op enige tyd afhanklik van die interaksie tussen sy interne en eksterne omgewing (Müller, 1992; Merriam-Webster, 1989:389).

(Verplegingsteorie vir Mensheehed, Randse Afrikaanse Universiteit Departement Verpleegkunde, 1992.)

## BRONVERWYSING

LONGMAN, 1984: Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. New York: Longman.

MERRIAM-WEBSTER, 1989: The New Merriam-Webster Dictionary. Massachusetts: Merriam-Webster Inc.

MÜLLER, A 1992: Maintenance of mental health by utilizing psychiatric nurse-patient interaction. Doctoral seminar delivered April 1992. Aucklandpark: Rand Afrikaans University.

NEE, W 1986: The spiritual man. New York: Christian Fellowship Publishers.

OXFORD ADVANCED LEARNER'S DICTIONARY 1989: Oxford University Press.

PLUG, C; MEYER, WF; LOUW, DA & GOUWS, LA 1988: Psigologiese Woordeboek. Johannesburg: McGraw-Hill.

POGGENPOEL, M 1990: Psychiatric nursing model: An interaction approach focused on facilitating a patient's quest for wholeness. Aucklandpark: Rand Afrikaans University. (Unpublished article).

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT: Departement Verpleegkunde 1992: Verplegingsteorie vir Mensheelheid. Aucklandpark: Randse Afrkaanse Universiteit.

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