

.b137 617 66



University Free State



34300000108559

Universiteit Vrystaat

HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER  
GEEN OMSTANDIGHED E UIT DIE  
BIBLIOTEEK VERWYDER WORD NIE

**'N VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSPROGRAM  
VIR VROUE MET PRIMÊRE KARSINOOM VAN DIE MAMMAE**

deur

ELIZABETH CORNELIA NEL

**'N VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSPROGRAM  
VIR VROUE MET PRIMÊRE KARSINOOM VAN DIE MAMMAE**

deur

**ELIZABETH CORNELIA NEL**

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

**MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE IN VERPLEEGKUNDE**

in die

**FAKULTEIT SOSIALE WETENSKAPPE  
DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT**

November 1995

**STUDIELEIER: Dr. N.C. van Wyk**

**MEDESTUDIELEIER: Dr. L. van Rhyne**

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad  
Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde aan die  
Universiteit van die Oranje-Vrystaat deur my ingedien word,  
my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad  
aan 'n ander Universiteit of Fakulteit ingedien is nie.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'E.C. Nel', is written above a horizontal line.

E.C. NEL

## OPSOMMING

Alle vroue met karsinoom van die mammae het ondersteuning nodig om die gelyktydige impak van die diagnose van karsinoom, borsverlies en aanvullende behandeling te hanteer en daarby aan te pas. Verpleegkundiges gee nie altyd die ondersteuning wat beskryf word in die verpleegliteratuur nie. Navorsingsresultate dui daarop dat daar 'n verskil bestaan tussen vroue se behoefte aan ondersteuning en dit wat gegee word deur verpleegkundiges.

Die doel van die studie is om 'n verpleegkundige ondersteuningsprogram vir vroue met primêre karsinoom van die mammae te ontwerp.

'n Verkennende en beskrywende studie is gedoen deur middel van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp. Vryhouding onderhoude is aan die hand van 'n skedule gevoer met vroue wat behandel is deur private onko- en radioterapeute in die Pretoria omgewing. 'n Fenomenologiese perspektief van Haase en Van Kaam is in kombinasie tydens data-analise gebruik.

Uit die data blyk dit duidelik dat die verpleegkundige ondersteuning bestaan uit direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes wat die verpleegkundige self implementeer om die vroue in staat te stel om aan te pas. Die kern van die direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes is kommunikasie, begeleiding en die gee van inligting. Tydens die indirekte verpleegkundige ondersteuningstussentredes betrek die verpleegkundige die vroue se eksterne omgewing om by te dra tot haar aanpassing. Alhoewel die vroue se ondersteuningsbehoefte veralgemeen kan word, het hulle spesifieke en geïndividualiseerde ondersteuningsbehoefte. Hierdie behoeftes verander met tyd.

Na vergelyking van die ingesamelde data met 'n literatuurkontrole, is 'n verpleegkundige ondersteuningsprogram vir vroue met primêre karsinoom van die mammae saamgestel. Deur hierdie program te volg kan verpleegkundiges vroue leer om nie net die impak van die diagnose, borsverlies en behandeling te hanteer en daarby aan te pas nie, maar ook om ten spyte van 'n onderliggende vrees vir herhaling, te lééf met die diagnose van karsinoom.

## SUMMARY

All women with breast cancer need support to deal with the combined impact of the diagnosis of cancer, breast loss, adjuvant treatment and the possible recurrence of the disease. The women need to adjust to live with and accept these factors. As discussed in the literature, nursing staff do not always give the necessary emotional support. Research results show that there is a difference between women's need for support and that which is given by the nursing staff.

The aim of the study is to develop a nursing support program for women with primary breast cancer.

A descriptive study was done using a qualitative research design. Free attitude interviews were used to collect data from women with primary breast cancer who are being treated by private oncologists and radiation oncologists in the Pretoria area. The phenomenological perspective of Haase and Van Kaam were used in combination for data analysis.

According to the data it clearly appears that the support of the nursing staff consists of direct nursing support initiated by the nursing staff with the woman, in order to assist the woman to adjust to her illness, and the effects thereof. The core of the direct nursing support is communication, accompaniment and information. The woman's external environment is involved during indirect nursing support. Although the women's needs can be generalised, each woman requires specific and individual care. These support needs vary at times.

A nursing support program for women with primary breast cancer was developed after comparing the collected data with the literature. By following this program, the nursing staff can teach the women to adjust to and to accept the emotional as well as the social impact of the diagnosis, breast loss and the adjuvant treatment. The women learn to live with a diagnosis of cancer despite a fear for recurrence.

## INHOUDSOPGAWE

	<b>Bladsy</b>
Verklaring	i
Opsomming	ii
Summary	iii
Inhoudsopgawe	iv
<u>Hoofstuk 1: Probleemstelling</u>	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Probleemstelling	1
1.2.1 Alle vroue met karsinoom van die mammae het 'n behoefte aan ondersteuning	1
1.2.2 Ondersteuning is waardevol	2
1.2.3 Vroue ervaar 'n gebrek aan ondersteuning	3
1.3 Doelstelling van die studie	9
1.4 Afbakening van die studie	9
1.5 Konseptuele raamwerk	10
1.6 Begripsverheldering	11
1.6.1 Primêre mammaekarsinoom	11
1.6.2 Fase van siekteverloop	11
1.6.3 Ondersteuning	12
1.6.4 Verpleegkundige ondersteuningsprogram	12
1.7 Die metodologie van die navorsing	12
1.7.1 Steekproef	13
1.7.2 Metode van data-insameling	13
1.7.3 Metode van data-analise	13
1.8 Die uiteensetting van die studie	16

<u>Hoofstuk 2: Navorsingsmetodiek</u>	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Kwalitatiewe navorsing	17
2.3 Navorsingsontwerp	18
2.3.1 Fenomenologiese metode	18
2.3.1.1 Verkennende studie	19
2.3.1.2 Beskrywende studie	19
2.4 Navorsingsproses	19
2.4.1 Afbakening van die studieveld	19
2.4.2 Steekproefneming	20
2.4.2.1 Steekproefparameters	20
2.4.2.2 Insluitingskriteria	21
2.4.2.3 Grootte van die steekproef	22
2.4.2.4 Verkryging van toegang tot die veld	23
2.4.2.5 Etiese verantwoordbaarheid	23
2.4.3 Data-insameling	24
2.4.3.1 Vryhouding-onderhoude	24
2.4.3.2 Skedule	25
2.4.3.3 Verloop van die onderhoude	27
2.4.4 Data-analise	30
2.4.4.1 Datareduksie	32
2.5 Geldigheid en betroubaarheid van die studie	39
2.5.1 Geldigheid	39
2.5.2 Betroubaarheid	42
2.6 Samevatting	44



<u>Hoofstuk 3: Navorsingsbevindinge</u>	45
3.1 Inleiding	45
3.2 Sosiografiese data	45
3.2.1 Geslag van respondente	45
3.2.2 Etniese groepering van respondente	45
3.2.3 Taalverwantskap van respondente	45
3.2.4 Ouderdom van respondente	46
3.2.5 Opvoedkundige peil van respondente	46
3.2.6 Beroep van respondente	47
3.2.7 Huwelikstaat van respondente	47
3.2.8 Kinders van respondente	48
3.2.9 Huislike omstandighede van respondente	48
3.2.10 Mediese versekering van respondente	49
3.3 Mediese geskiedenis	49
3.3.1 Tumorvoorkoms van respondente	49
3.3.2 Tumorhistologie van respondente	50
3.3.3 T.N.M.-stadiumbepaling van respondente	50
3.3.4 Tipe chirurgie van die respondente	52
3.3.5 Tipe behandeling van respondente	52
3.4 Verpleegkundige ondersteuningstussentrede	53
3.4.1 Kategorieë, groepe en temas gerig op verpleegkundige ondersteuningstussentrede	53
3.4.2 Motiverings en verklarings vir verpleegkundige ondersteuningstussentrede benodig deur respondente	56
3.4.3 Interpretasie van respondente se response uit motiverings en verklarings van verpleegkundige ondersteunings- tussentrede	78
3.5 Data verkry met deelnemerkontrole	90
3.6 Samevatting	93

<u>Hoofstuk 4: Literatuurkontrole vir die ondersoek na die</u>		
<u>verpleegkundige ondersteuning van vroue met</u>		
<u>karsinoom van die mammae</u>		95
4.1	Inleiding	95
4.2	Direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes	95
4.2.1	Verreken vorige blootstelling aan karsinoom en ervaring met persone met karsinoom van die mammae	95
4.2.2	Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom van die mammae en die behandeling daarvan in die ondersteuning	102
4.2.3	Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies	110
4.2.4	Evalueer die vrou se aanpassing en verreken dit in ondersteuning	122
4.2.5	Tree koesterend in verpleegsorg op	135
4.2.6	Verskaf effektiewe verpleegsorg	139
4.2.7	Moedig selfsorg en onafhanklikheid aan	142
4.2.8	Moedig effektiewe hantering aan	145
4.2.9	Versterk geloofsoortuigings	148
4.2.10	Evalueer die vrou se toekomsverwagtinge en verreken dit in ondersteuning	150
4.3	Indirekte verpleegkundige ondersteuningstussentredes	155
4.3.1	Betrek eggenoot in ondersteuning	155
4.3.2	Betrek ander spanlede in ondersteuning	159
4.3.3	Betrek 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep	164
4.3.4	Betrek predikant in haar ondersteuning	167
4.3.5	Betrek religieuse ondersteuningsbron	168
4.3.6	Verreken haar verantwoordelikheid en betrokkenheid by haar kinders asook positiewe ervarings	168
4.3.7	Betrek familie en vriende in die vrou se ondersteuning	170
4.3.8	Betrek werkgewer	173
4.3	Samevatting	175

<u>Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings</u>	176
5.1 Inleiding	176
5.2 Gevolgtrekkings	176
5.2.1 Die vergelyking tussen die navorsingsbevindinge en die literatuurkontrole	176
5.3 'n Verpleegkundige ondersteuningsprogram vir vroue met primêre karsinoom van die mammae	189
5.3.1 Doelstelling van die program	189
5.3.2 Beskrywing van die program	189
5.3.3 Beperkings	214
5.3.4 Aanbevelings vir verdere navorsing	214
5.3.5 Samevatting	215
Bylae A: Gesprekskedule vir vryhouding onderhoude	216
Bylae B: Data van vroue met karsinoom van die mammae	218
Bylae C: Geldigheid van data verkry deur deelnemer kontrole	219
Bibliografie	224

# HOOFSTUK 1

## PROBLEEMSTELLING

### 1.1 INLEIDING

Een uit elke twaalf blanke vroue in Suid-Afrika kan in hul lewe karsinoom van die mammae ontwikkel. Volgens Hacking (1994:43) word 24 000 Suid-Afrikaanse vroue jaarliks met karsinoom van die mammae gediagnoseer. Dit is die tweede hoogste insidensie van maligniteit by blanke vroue tussen 35 en 55 jaar in Suid-Afrika soos aangeteken in die Kankerregister van Suid-Afrika (Sitas en Pacella 1994:36).

Vroeë diagnose en verbeterde behandelingsmetodes het die vyf jaar oorlewingstyd vir 'n gelokaliseerde tumor verbeter (Hacking 1994:43 asook Heyman, Tyner, Phipps, Cave en Owen 1991:35). Die behandeling van primêre karsinoom van die mammae sluit 'n mastektomie of 'n lumpektomie met aanvullende behandeling soos radioterapie of onkochemoterapie in (Brown-Daniels en Blasdel 1990:32). Dit bring egter liggaamskending teweeg terwyl die moontlikheid van herhaling van die karsinoom ook nie uitgesluit word nie. Hierdie vroue ervaar dus 'n besondere behoefte aan ondersteuning om hulle te help om by die onmiddellike impak van die diagnose en die behandeling, sowel as die langtermyn oorlewing aan te pas (Hailey, Lavine en Hogan 1988:75; Hopkins 1986:258 sowel as Reid-Ponte 1992:285).

### 1.2 PROBLEEMSTELLING

#### 1.2.1 Alle vroue met karsinoom van die mammae het 'n behoefte aan ondersteuning

Karsinoom van die mammae gaan nie noodwendig gepaard met ernstige

hanteringsprobleme nie (Ganz, Hirji, Sim, Coscarelli Schag, Fred en Polinsky (1993:429). Met betrekking tot hul daaglikse funksionering en aanpassing ervaar alle vroue met primêre karsinoom van die mammae egter wel behoeftes sowel as probleme (Van Wyk 1989:184). Verskeie navorsers soos Hailey et. al. (1988:75), Hopkins (1986:258) en Reid-Ponte (1992:285) bevestig dat alle vroue met karsinoom van die mammae, hulp en ondersteuning nodig het by die hantering en aanvaarding van die gevolge van karsinoom en die aanvullende behandeling. Ondersteuning is dus 'n essensiële deel van die verpleegsorg van alle vroue met karsinoom van die mammae.

### 1.2.2 Ondersteuning is waardevol

Volgens Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:85) sal ondersteuning soos die gee van inligting en die bespreking van die vroue se belewenisse daartoe bydra dat hul spanning verlig word, asook dat hulle persepsie van hulle toestand positief beïnvloed word. Dit is juis die vroue se persepsie van hulle diagnose en hulle beleving daarvan wat bepaal of hulle krisis gaan ervaar of nie (Ward, Viergutz, Tormey, De Muth en Paulen 1992:363). Deurdat inligting met vroue bespreek word, kry hulle 'n geleentheid om hul gevoelens en vrese te bewoord om sodoende spanning te verlig. Volgens Hopkins (1986:258) word vroue dan gedwing om die bedreigende situasie in oënskou te neem, om probleme wat spanning veroorsaak te identifiseer en ook strategieë te beplan om dié probleme op te los. Vroue ervaar sodoende minder angs en onsekerheid en voel meer in beheer van hulle lewens (Cawley, Kostic en Cappelo 1990:94; Knobf 1990:1393 asook McLean 1986:31).

Navorsers soos Fredette en Beattie (1986:309) is van mening dat vroue ondersteuning in die vorm van inligting nodig het om realistiese verwagtinge vir selfsorg daar te stel en die nodige aanpassings te maak. Nie net die vroue baat by ondersteuning nie, maar ook hulle eggenote, kinders, familie

en kollegas. As vroue die nodige ondersteuning ontvang, stel dit hulle in staat om met karsinoom te lééf. 'n Groot aantal vroue met karsinoom van die mammae is aktief in die arbeidsmark betrokke. As vroue in staat gestel word om terug tot die arbeidsmark te keer, behoort dit vir enige land vanuit 'n ekonomiese oogpunt, van waarde te wees (Suominen, Leino-Kilpi en Laippala (1994:6).

### 1.2.3 Vroue ervaar 'n gebrek aan ondersteuning

Vroue met karsinoom van die mammae ontvang dikwels nie voldoende en toepaslike verpleegkundige ondersteuning nie (Fallowfield 1988:728; Hailey et. al. 1988:75 en Reid-Ponte 1992:285). Spesifieke verpleegkundige ondersteunende tussentredes word gewoonlik nie tydens roetine verpleegsorg gedoen nie (Cawley et. al. 1990:93). Navorsers soos Anderson (1989:87) beweer selfs dat meer ondersteuning ontvang word van familie en vriende as van die verpleegpersoneel.

#### *Ondersteunende houding ontbreek*

Cawley et. al. (1990:94) rapporteer dat hul respondente 'n behoefte gehad het aan meer persoonlike kontak met en sigbaarheid van die verpleegkundige. Hanson (1994:18) sowel as Maguire (1990:82) het gevind dat vroue met karsinoom van die mammae ervaar dat as hulle 'n verbale of nie-verbale aanduiding gee dat hulle psigologiese probleme ervaar, die meeste geneeshere en verpleegkundiges 'n afstand handhaaf. Maguire (1990:83) stel dit duidelik dat psigologiese sorg alleenlik sal verbeter as die versorgers minder van distansiëring gebruik maak.

### *Beraming van die vroue se ondersteunings- en aanpassingsbehoefte ontbreek*

Alhoewel die verpleegkundige beraming van hierdie vroue se behoeftes as standaard verpleegsorg beskryf word, realiseer dit nie altyd nie (Ganz et. al. 1993:420 asook Sutherland, Walker en Till 1988:303). Indien daar 'n beramingsonderhoud wel gevoer word, is die grondslag daarvan 'n mediese model (Hanson 1994:18). Die fokus is dan op die fisieke tekens en simptome van karsinoom asook die gee van inligting om aanvullende behandeling te hanteer. Vroue se psigiese aanpassing word derhalwe lukraak hanteer of soms heeltemal geïgnoreer. Verpleegtussentredes vir spesifieke ondersteuningsbehoefte om psigiese aanpassing te bevorder ontbreek.

### *Vroue kry nie 'n geleentheid om oor hul belewenisse te praat nie*

Anderson (1988:38), Cawley et. al. (1990:93) asook Maguire (1990:82) stem saam dat nie alle vroue met karsinoom van die mammae 'n geleentheid kry om hul gevoelens, probleme en bekommernisse te bespreek nie. Geneeshere en verpleegkundiges stel dikwels nie direkte vrae wat die vroue aanmoedig om hul probleme te opper nie (Maguire 1990:82). Verder weet die vroue ook nie altyd self hoe om die probleme te bespreek nie (Toughill 1984:417).

Gesprekvoering met die verpleegkundiges neig om meer sosiaal van aard te wees (Anderson 1988:38). Maguire (1990:82) bevestig dit dat verpleegkundiges liever die dialoog veilig en neutraal wil hou. Dit is veral sensitiewe aspekte soos die effek wat liggaamsbeeldveranderinge op die seksuele verhouding het, wat nie deur verpleegkundiges vir bespreking geopper word nie (Hanson 1994:17; Knobf 1986:682; Maguire 1990:80 asook Pozo, Carver, Noriega, Harris, Robinson, Ketcham, Legaspi, Moffat en Clark 1992:1292).

### *Openheid ontbreek*

Sommige vroue met karsinoom van die mammae wek die skyn dat hulle goed aangepas het. Die vroue wat egter nie goed aangepas het nie, is meestal te skaam en te bang om dit te erken (Maguire, Tait en Brook 1980:18). Vervolgens meen Maguire et. al. (1980:18) dat die verpleegkundige eintlik daartoe saamwerk om 'n valse beeld te skep dat alle vroue met karsinoom van die mammae in staat is om aan te pas by die diagnose, borsverlies en aanvullende behandeling. Baie vroue skep die indruk dat hulle dit self kan hanteer omdat hulle nie 'n verdere las op die personeel wil laai nie of 'n moeilike pasiënt wil wees nie. Die vroue worstel dan met die probleem in eensaamheid. Fallowfield en Hall (1991:396) asook Ray, Grover en Wisniewski (1984:102) stem saam dat vroue dikwels emosioneel aangewese is op hul eie hanteringsmeganismes. Spindler (1991:40) stel dit dat sý as 'n kankerpatiënt vir verpleegkundiges wil sê "Praat met ons, help ons om die masker af te haal, wees openlik".

### *Tyd ontbreek om te ondersteun*

Volgens Lindsey, Norbeck, Carrieri en Perry (1988:382) is die meeste van die vroue nie onwillig om met die personeel te praat nie. Die respondente in die studies van Anderson (1988:38) en Lindsey et. al. (1988:382) het nie ervaar dat die personeel nie omgee nie, maar wel dat die verpleegkundiges te besig was om te help. In 'n besige chirurgiese eenheid mag dit vir vroue lyk asof verpleegkundiges nie tyd het om aan minder dringende aspekte aandag te gee nie.

### *Vaardigheid ontbreek om ondersteuning te gee*

Hanson (1994:18) asook Holmes (1986:17) is van mening dat dit nie voldoende is dat verpleegkundiges bewus is van vroue se psigiese ongemak nie, die verpleegkundiges moet ook daarin voorsien. Maguire (1990:82) het



in sy studies bevind dat verpleegkundiges bang was om te veel aandag aan psigiese aanpassing te gee, omdat dit hewige emosionele reaksies kan ontlok. Verpleegkundiges het nie altyd die nodige selfvertroue om hierdie emosionele ontladings te kan hanteer nie en voel bang dat hulle tussentredes meer kwaad as goed tot gevolg kan hê. Verder was die verpleegkundiges in Maguire (1990:82) se studie bang dat hulle dalk te betrokke by die vroue se lyding kon raak. Dit is dus duidelik dat verpleegkundiges nie net onkundig voel om ondersteuning in die vorm van gesprekvoering te gee nie, maar ook twyfel aan hulle eie vermoëns om empaties op te tree. Holmes (1986:16) maak die stelling dat verpleegkundiges nie voldoende opleiding ontvang om die psigologiese gevolge van siekte te hanteer nie.

#### *Gebrek aan ondersteuningsprogramme*

Ondersteuningsprogramme wat effektief deur verpleegkundiges in die ondersteuning van vroue met primêre karsinoom van die mammae gebruik kan word, ontbreek. Rice en Szopa (1988:36) het 'n postoperatiewe ondersteuningsprogram naamlik "Reik na Herstel" ontwikkel. Dit word ook in Suid-Afrika deur die Kankervereniging se leke mammaeondersteuningsgroep gebruik. Dit is nie op verpleegkundige ondersteuning gerig nie.

Algemene onderrigprogramme vir alle pasiënte met kanker is beskikbaar byvoorbeeld Fredette en Beattie (1986:310) se program "Lewe met kanker". Johnson en Flaherty (1980:68) het 'n gestruktureerde onderrigprogram, gerig op buitepasiënte ontwerp, naamlik, "I can cope". Dit word ook in Suid-Afrika gebruik. Diekmann (1988:274) het 'n ondersoek gedoen oor die effektiwiteit van die "I can cope" program en aanbeveel dat daar verdere navorsing gedoen word oor hoe vroue aanpas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae.

De Kleijn (1988:191) het voorgestel dat die konsep van primêre verpleging geïmplementeer word. Volgens haar sal 'n ratio van een geregistreerde

verpleegkundige wat totale sorg verskaf aan drie pasiënte asook drie pasiënte wat gedeeltelike sorg van haar/hom ontvang, bydrae om die kwaliteit van onkologiese verpleging in Suid-Afrika te verbeter. Dié ratio kan huidiglik in min Suid-Afrikaanse hospitale toegepas word en dit is byna onmoontlik om dit enigsins toe te pas op vroue wat die buitepasiënte-afdelings, klinieke en behandelingseenhede besoek.

Van Wyk (1989:184) het 'n beramingsinstrument vir vroue met karsinoom van die mammae ontwikkel. Sy voel dat 'n vroeë en volledige beraming van behoeftes noodsaaklik is om tydige hulp en ondersteuning te kan bied. 'n Ondersteuningsprogram is egter nie ontwerp nie.

Die behoefte aan ondersteuning, onderrig en berading by vroue wat mastektomieë ondergaan, is deur Maree (1988:122) geïdentifiseer. Sy het 'n omvattende rehabilitasieprogram ontwerp en geïmplementeer. Sy het ook aanbeveel dat 'n kundige professionele persoon die vroue moet voorberei en dat vrywilligers aanvullend tot die diens van 'n kundige professionele berader kan werk. Die rehabilitasieprogram is egter beperk tot vroue wat 'n mastektomie ondergaan het. Ander tipe chirurgie soos 'n lumpektomie word nie aangespreek nie.

Watson (1990:5) meen dat bestaande rehabilitasieprogramme nie effektief is nie, want nie alle vroue met karsinoom van die mammae word daarin betrek nie. Verder sê sy dat dit nie geslaagd is nie, omdat dit op 'n generiese model gebaseer is. Elke tipe karsinoom het spesifieke veranderlikes wat in ag geneem moet word.

#### *Vroue se persepsie van ondersteuning verskil van dié van verpleegkundiges*

Vroue kry ondersteuning volgens professionele oordeel en dit word beskryf in teoretiese en navorsingsliteratuur. Bullough (1981:221) asook Grossman-Schultz en Feeley (1989:42) maak die stelling, dat ten spyte van die klem wat

in die literatuur gelê word op onderrig en ondersteuning, verpleegkundiges nie altyd die tipe verpleegsorg toepas wat in die literatuur beskryf word nie. Bullough (1981:221) het gevind dat daar 'n gaping is tussen die wyse waarop die verpleegliteratuur die verpleegkundige se rol beskryf en die realiteit van verpleegsorg wat gebied word. Tilley, Gregor en Thiessen (1987:292) bespreek spesifiek die inkongruensie tussen die vroue en die verpleegkundiges se siening oor die rol van die verpleegkundige ten opsigte van pasiëntonderrig. Harrison-Woermke en Graydon (1993:450 sowel as Maguire (1990:81) ondersteun die stelling en wys op 'n verskil tussen vroue se behoefte aan ondersteuning en dit wat deur verpleegkundiges gegee word. Suominen et. al. (1994:8) bevestig dat verpleegkundiges 'n meer positiewe siening gehad het van inligting wat voor hospitalisatie aan vroue gegee is, as wat die vroue self gehad het.

Wong en Bramwell (1992:364) is van mening dat die bestaande tegnieke en programme nie effektiewe resultate oplewer nie, omdat dit nie vanuit die vrou met karsinoom van die mammae se perspektief gegrond is nie en dit dus op beperkte kennis berus. Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes wat in vroue met karsinoom van die mammae se behoeftes sal voorsien kan alleen volgens Yates (1993:705) verstaan word as navorsers die invloed wat die vroue se belewenis op gedrag het, erken. Cawley et. al. (1990:94) voel dat ons vroue nog altyd ons beste leermeesters was as ons die tyd afstaan om te hoor wat hulle sê. Sy vra dat verdere navorsing wat kan bydra tot die begrip van die ondersteuningsbehoefte van vroue met karsinoom van die mammae, gedoen moet word.

**Omdat ondersteuning noodsaaklik is, dikwels in die algemeen en dus onvoldoende asook ontoepaslik aangebied word, is 'n studie noodsaaklik waartydens vroue met karsinoom van die mammae gevra word watter ondersteuningstussentredes vir hulle van waarde is. Hieruit kan 'n verpleegkundige ondersteuningsprogram vir hierdie vroue saamgestel word.**

### 1.3 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE

Die doelstelling van die studie is om 'n verpleegkundige ondersteuningsprogram vir vroue met primêre karsinoom van die mammae te ontwerp.

Die doelwitte van die navorsing is:

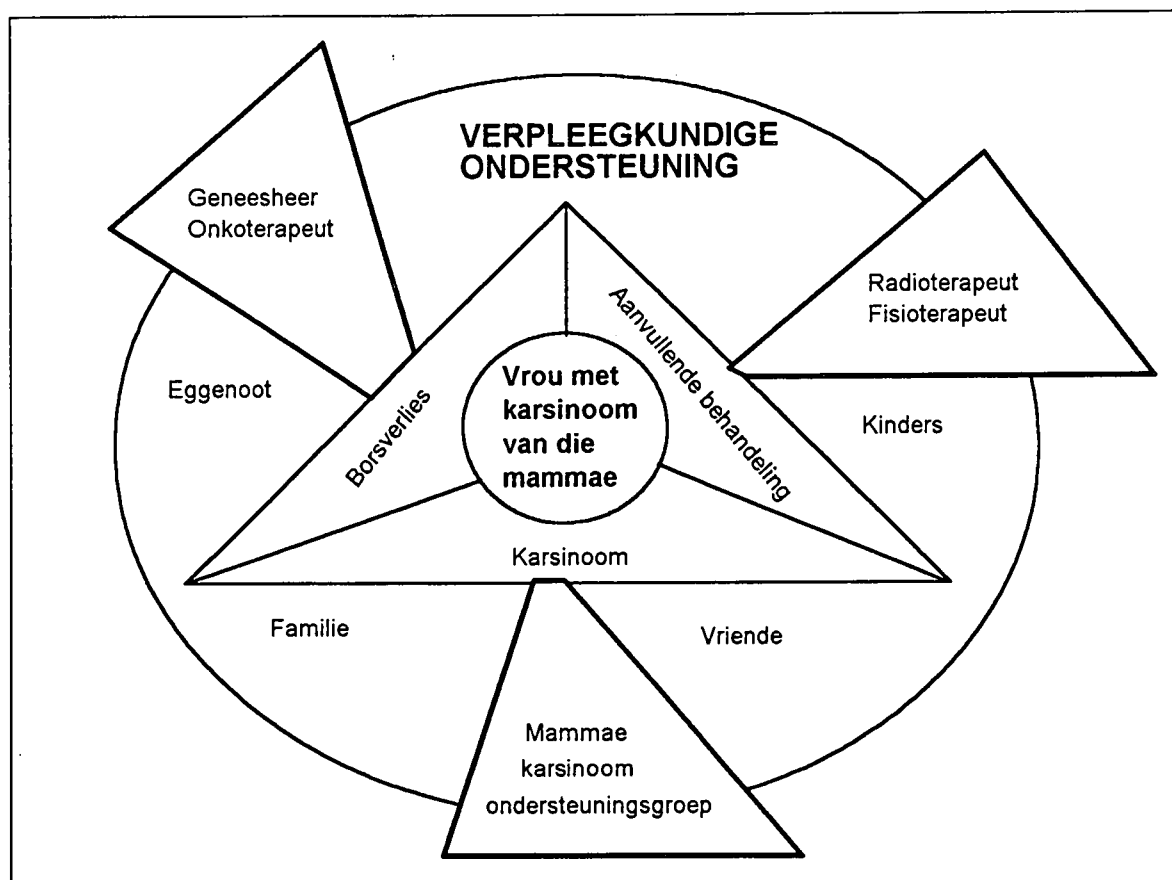
- Die identifisering van ondersteuningsbronne en -tussentredes soos deur vroue met primêre karsinoom van die mammae ervaar of verlang tydens al die fases van die siekteverloop.
- Die identifisering van die vroue se kommer, probleme en ervarings tydens die siekteverloop wat op behoeftes aan ondersteuning dui.
- Die identifisering van verpleegtussentredes wat ondersteunend vir vroue met primêre karsinoom van die mammae is, sodat 'n ondersteuningsprogram daaruit saamgestel kan word.

### 1.4 AFBAKENING VAN DIE STUDIE

- Die studie is beperk tot vroue om die veranderlikes wat by mans te wagte kan wees, uit te sluit.
- Met die oog op die verwagte verskille wat waarskynlik sal opduik in die ondersteuning van blanke en anderskleurige vroue met karsinoom van die mammae is die ondersteuningsprogram spesifiek vir blanke vroue ontwikkel (Winters, Mannell en Esser 1988:69).
- Verder is slegs vroue met primêre karsinoom gebruik, daar fisieke en psigiese siekteverbandhoudende simptome vererger soos die stadiumbepaling toeneem.

## 1.5 KONSEPTUELE RAAMWERK

Die konseptuele raamwerk het bygedra tot die afbakening van die studieveld (Miles en Huberman 1994:18). Die navorser sien haar studieveld volgens die onderstaande raamwerk. Die gelyktydige impak van die diagnose van karsinoom, borsverlies en aanvullende behandeling op die vrou met primêre karsinoom van die mammae word omvou deur 'n variasie van ondersteuningsbronne. Die verpleegkundige ondersteuning staan sentraal van die ondersteuningsbronne vanweë haar direkte deurlopende kontak tydens die inisiële impak.



Figuur 1.1 Konseptuele raamwerk

## 1.6 BEGRIPSVERHELDING

### 1.6.1 Primêre mammaekarsinoom

Dit dui op die liggaamsarea van waar die karsinoom die eerste keer ontstaan het naamlik die mammae. Positiewe limfkliere word nie as 'n metastase beskou nie (Chaudary 1991:2902).

### 1.6.2 Fase van siekteverloop

Die tydperke binne die totale siektebelewenis soos beskryf deur Hürny en Bernhard (1989:256):

- Prediagnostiese fase  
Die tydperk voor die tumor ontdek is.
- Diagnostiese fase  
Sedert die tumor ontdek is totdat bevestiging van diagnose verkry is.
- Pre-operatiewe fase  
Vanaf bevestiging van diagnose tot die tydperk voor chirurgie.
- Postoperatiewe fase  
Direk postoperatief tot voor aanvullende behandeling 'n aanvang neem.
- Aanvullende behandelingsfase  
Begin met die aanvang van aanvullende behandeling tot die vierde maand postoperatief.
- Herstelfase  
Die tydperk na die voltooiing van aanvullende behandeling tot en met die vyfde maand postoperatief.

### 1.6.3 Ondersteuning

Die verklarende woordeboek dui aan dat ondersteuning beteken om te help, by te staan of te steun (Odendal, Schoonees, Swanepoel, Du Toit en Booyen 1992:763). Opsommend beskryf die verpleegliteratuur verpleegkundige ondersteuning as kommunikasie, begeleiding en die gee van inligting (Knobf 1990:1393 en Watson 1990:4). Doelwitte wat gestel word met verpleegkundige ondersteuning is volgens Anderson (1989:91) om:

- akute angs, verwardheid en hopeloosheid te verlig;
- hoop en 'n toekomsverwagting te herstel;
- alternatiewe probleemoplossings op te weeg; en
- nuwe en beter hanteringsmeganismes te bevorder.

Volgens Grossman-Schultz en Feeley (1989:44) is die mees ondersteunende verpleegkundige gedrag om inligting te verskaf, ventilering van emosies, teenwoordigheid en beskikbaarheid van die verpleegkundige, om te fokus op die vroue se sterk punte, om positiewe hantering aan te moedig, luister, om gevoelens te herken en kontak.

### 1.6.4 Verpleegkundige ondersteuningsprogram

'n Beskrywende uiteensetting van algemene en spesifieke aspekte van verpleegkundige ondersteuning wat in berekening gebring moet word by die aanpassing van vroue met primêre karsinoom van die mammae volgens die vroue se spesifieke behoeftes en ervarings.

## 1.7 DIE METODOLOGIE VAN DIE NAVORSING

'n Verkennende en beskrywende studie word gedoen. 'n Kwalitatiewe navorsingsontwerp word gebruik. Hierdeur word verseker dat daar in die

identifisering van verpleegkundige ondersteuningstussentredes slegs op wat vroue belewe, gefokus word.

### 1.7.1 Steekproef

In hierdie steekproefneming word van toevallige seleksie gebruik gemaak wat 'n mate van ewekansigheid verseker.

Die eerste 10 blanke vroue met primêre karsinoom van die mammae wat by private onko- en radioterapeute in Pretoria behandel is, is in die steekproef ingesluit. Die steekproef is tot 10 beperk nadat geen nuwe ondersteunings-tussentredes geïdentifiseer kon word nie. Saturasie met betrekking tot data-insameling is dus verkry.

### 1.7.2 Metode van data-insameling

Die data is verkry deur vryhouding onderhoude aan die hand van 'n gespreks-kedule te voer en op audioband op te neem (kyk bylaag A).

### 1.7.3 Metode van data-analise

'n Kombinasie van Haase (1987:77) en Van Kaam (1959:69) soos beskryf in Lo Biondo-Wood en Haber (1990:195) se metodes van fenomenologiese data-analise is hoofsaaklik gebruik.

Die verloop van die data-reduksie en -analise is soos volg:

- Stap 1

Na transkribering (die proses waardeur die verbale inhoud van die onderhoud vanaf die audioband op skrif gestel is) van die onderhoude is die transkripsies deurgelees en weer eens na die bande geluister om 'n geheelbeeld van die fenomeen te kry.



- Stap 2  
Herhalende patrone van ondersteuning is geïdentifiseer.
- Stap 3  
Temas is saamgevoeg waar betekenis oorvleuel. Nieherhalende temas is uitgeskakel. Vergelyking en kontrastering van die temas is gedoen.
- Stap 4  
Die temas is verwerk en verfyn sodat die ware betekenis van die fenomeen beskryf word.
- Stap 5  
Vyf en sestig herhalende temas van ondersteuning is geïdentifiseer. Hierdie lys is deur 'n domeinkundige geverifieer (kyk tabel 3.7).
- Stap 6  
Die temas is saamgegroepeer en daaruit het die navorser agtien groepe geskep deur van saamgevoegde kernkonsepte gebruik te maak (kyk tabel 3.7).
- Stap 7  
Twee kategorieë is gevorm om die groepe en temas met die fenomeen in verband te bring.
- Stap 8  
'n Domeinkundige het die temas, groepe en kategorieë wat geïdentifiseer is nagegaan om dubbelsinnigheid, oorvleueling en gebrek aan deurdagtheid te identifiseer.

▪ Stap 9

Die respondente het nie net ondersteuningstegnieke beskryf nie, maar ook kommer, probleme en ervarings bespreek en daardeur hulle behoefte aan ondersteuning aangedui (kyk tabel 3.8). In stap 9 is die inhoud van elke gesprek se betekenis deur die navorser weergegee soos sy die fenomeen verstaan vanuit die respondent se belewenis. Die navorser het voortdurend gepoog om die betekenis en konteks waarbinne die woord of frases gebruik is, te behou (kyk tabel 3.9).

▪ Stap 10

Frekwensies ten opsigte van ondersteuning wat die vroue ervaar het kan bepaal word vanuit die geïnterpreteerde onderhoude.

▪ Stap 11

Die navorser het die tematiese geheel met respondente geverifieer om geldigheid te verkry.

▪ Stap 12

'n Literatuurkontrole van die temas is gedoen om die bevindinge te vergelyk met bestaande navorsing en dit dra by tot die studie se geldigheid (kyk tabel 5.1 en 5.2)

▪ Stap 13

'n Verpleegkundige ondersteuningsprogram vir vroue met primêre karsinoom van die mammae is uit die bevindinge saamgestel. Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes is uit die onderhoude met die vroue verkry, terwyl die motivering tydens literatuurkontrole verkry is.

## 1.8 DIE UITEENSETTING VAN DIE STUDIE

- Hoofstuk 1:  
Die probleemstelling en 'n verkorte beskrywing van die navorsingsmetodologie word gegee.
- Hoofstuk 2:  
Die navorsingsmetode word uiteengesit.
- Hoofstuk 3:  
Die navorsingsbevindinge word in hierdie hoofstuk weergegee.
- Hoofstuk 4:  
Die hoofstuk bevat 'n omvattende literatuurstudie met betrekking tot die geïdentifiseerde verpleegkundige ondersteuningstussentredes van vroue met primêre karsinoom van die mammae. Hierdeur is literatuurbevestiging vir die geïdentifiseerde ondersteuningstussentredes verkry.
- Hoofstuk 5:  
Die gevolgtrekkings wat uit die data-analise gemaak is word hierin vervat. Aanbevelings vanuit die navorsingsbevindinge word in 'n verpleegkundige ondersteuningsprogram gemaak.

## HOOFSTUK 2

### NAVORSINGSMETODIEK

#### 2.1 INLEIDING

Ten spyte van die klem wat sedert die laat sewentigerjare op die ondersteuning van die vrou met karsinoom van die mammae gelê word (Thomas 1978:54), slaag verpleegkundiges steeds nie daarin om voldoende ondersteuning te gee nie (Anderson 1989:88). Hierdie vroue kry nie die nodige ondersteuning nie, omdat ondersteuning dikwels in die algemeen geskied. Dit is dus noodsaaklik om die vroue self te konsulteer aangaande die ondersteuning wat hulle verlang.

#### 2.2 KWALITATIEWE NAVORSING

Die navorser wil met behulp van kwalitatiewe navorsing 'n perspektief op die aard van verpleegkundige ondersteuning van vroue met primêre karsinoom van die mammae verkry. Tydens die bestudering van verpleegkundige ondersteuning van vroue met primêre karsinoom van die mammae moet konsepte verken, beskryf en geïnterpreteer word (Duffy 1989:239).

Die navorser wou nie die navorsing doen vanuit 'n kwantatiewe perspektief nie, daar dan te veel veranderlikes in die fenomeen beheer sal moet word. Om na dele van die fenomeen te kyk sou beteken dat dit vanuit 'n verpleegkundige oogpunt afgebaken sou word en dit sal nie voldoende inligting verskaf oor die aard van verpleegkundige ondersteuning van hierdie besondere groep vroue nie. Deur kwalitatiewe navorsing kan die fenomeen van verpleegkundige ondersteuning van vroue met primêre karsinoom van die mammae beter vanuit die vroue se perspektief begryp word.

Drie belangrike paradigmas is volgens Habermann-Little (1991:188) van toepassing op kwalitatiewe navorsing naamlik:

- Realiteit is dinamies en veelvuldig. Dit het die implikasie dat veelvuldige betekenis van een ondervinding gekry kan word. Lo Biondo-Wood en Haber (1990:203) bevestig hierdie aanname.
- Verskynsels moet in konteks bestudeer word. Navorsers manipuleer of beheer nie veranderlikes om data te verkry nie.
- Die navorser is 'n belangrike deel van die navorsingsproses. Die navorser se aktiewe deelname tydens die data-insamelingsproses vereis dat sy aktief luister en 'n oop houding handhaaf.

Mariano (1990:354) stel dit dat kwalitatiewe navorsing interaktief, inhoud afhanklik, buigsaam, dinamies en primêr 'n induktiewe proses is. Dit het egter 'n holistiese menslike karakter wat die eienskappe en gedragspatrone analiseer om binne 'n spesifieke konteks betekenis aan menslike belewenisse te gee.

## 2.3 NAVORSINGSONTWERP

Volgens Mouton en Marais (1988:33) is die doel van die navorsingsontwerp om:

- die navorsingsprojek te beplan; en
- dit te struktureer om sodoende die geldigheid van die bevindinge te verhoog.

### 2.3.1 Fenomenologiese metode

Kwalitatiewe navorsing is ingestel op spesifieke menslike belewenisse. Die navorser maak gebruik van 'n fenomenologiese metode wat hom besig hou met die belewenisse van mense, in hierdie geval verpleegkundige

ondersteuningstussentredes en -bronne van vroue met primêre karsinoom van die mammae. Die realiteit van menslike belewenisse word bestudeer vanuit die vroue met primêre karsinoom van die mammae se ervaringe voor enige interpretasies gemaak is.

#### **2.3.1.1 Verkennende studie**

'n Verkennende studie word gedoen om nuwe insig en 'n beter begrip van ondersteuning van vroue met primêre karsinoom van die mammae te verkry (Mouton en Marais 1988:43). Abstrakte konsepte soos byvoorbeeld verpleegkundige ondersteuning uit die probleemstelling kry nuwe betekenis en dit lei tot die uitbreiding van bestaande teorie (Burns en Grove 1993:27).

#### **2.3.1.2 Beskrywende studie**

Die navorser poog om die gegewe, dit wil sê die verpleegkundige ondersteuning wat die vrou ontvang het vanuit die respondent se perspektief akkuraat en noukeurig te beskryf (Mouton en Marais 1988:44).

### **2.4 NAVORSINGSPROSES**

#### **2.4.1 Afbakening van die studieveld**

Die navorser het haar studieveld afgebaken sodat sy die ondersteuning wat vroue met primêre karsinoom van die mammae ontvang het, of graag wou ontvang, kon bestudeer. Met die oog op die geslags- en kulturele verskille ten opsigte van menslike behoeftes is slegs blanke vroue in die studie betrek (Winters, Mannell en Esser 1988:69).

Deur slegs vroue te neem met primêre karsinoom van die mammae is verwagte veranderlikes as gevolg van fisieke en psigiese

siekteverbandhoudende simptome wat toeneem met gevorderde stadiumbepalings, uitgeskakel.

## 2.4.2 Steekproefneming

### 2.4.2.1 Steekproefparameters

Die steekproefparameters is aan die hand van Miles en Huberman (1994:30) se riglyne soos volg bepaal:

- Respondente:

Tien blanke vroue wat vanaf 1992-06-01 tot 1992-08-31 by 'n private onko- en radioterapeut behandeling gekry het, is deur middel van toevallige seleksie wat 'n mate van ewekansigheid verseker, gekies (Abdellah en Levine 1979:334).

Die geografiese nabyheid en die beskikbare groep van vroue met primêre karsinoom van die mammae was motiverende faktore vir insluiting in die steekproef, soos uiteengesit in Wilson (1989:260).

- Gebeure: Fases van siekteverloop

Inligting is ingewin oor die verpleegkundige ondersteuning wat die respondente tydens elke fase van die siekteverloop verlang of verkry het. Die onderhoude is in die vierde of vyfde maand postoperatief gevoer. Die vroue is egter oor die fases wat hulle reeds beleef het, uitgevra.

▪ Prosesse:

Met betrekking tot proses is gefokus op verpleegkundige ondersteuning.

▪ Omgewing:

Al die onderhoude is per afspraak in die huise van die vroue gevoer.

#### 2.4.2.2 Insluitingskriteria

Die volgende kriteria het gegeld:

- Vroue met primêre mammae karsinoom (positiewe limfkliere is nie as metastase beskou nie).
- Blanke vroue.
- Vroue wat vanaf 1992-06-01 tot 1992-08-31 in hul vierde tot vyfde maand postoperatief is, is ingesluit.

Weisman en Worden (1976:1) het die volgende stelling gemaak wat nog steeds erkenning geniet, naamlik dat vroue 'n piek van psigiese stres drie maande na 'n mastektomie ervaar. Vinokur, Threatt, Vinokur-Kaplan en Satariano (1990:1249) ondersteun die stelling en voeg by dat 'n verbetering in fisieke funksionering asook 'n vermindering van stres vanaf die vierde maand ervaar word. Ganz, Coscarelli Schag, Lee, Polinsky en Tan (1992:1735) het 109 vroue in hul studie wat 'n mastektomie of 'n lumpektomie gehad het betrek. Hulle bevestig dat die meeste vroue in hul navorsing vanaf die vierde maand post-operatief fisiek verbeter het en was ook besig om psigies aan te pas.



Die navorser het na konsultering met twee navorsingskundiges besluit om die onderhoud in die vierde tot vyfde maand postoperatief te voer, omdat die meeste vroue met primêre karsinoom van die mammae fisiek aangepas en psigiese ongemak begin afneem het. Cowles (1988:164) bevestig dat as vroue fisiek of emosioneel uitgeput is, hulle hul mag distansieer van die onderhoud of so emosioneel betrokke raak dat dit moeilik is om te fokus op die onderhoudsvrae.

### 2.4.2.3 Grootte van die steekproef

Die grootte van die steekproef is nie vooraf bepaal nie. Die navorser sou aanhou totdat saturasie (geen nuwe inhoud ten opsigte van herhalende temas by respondente) verkry word nie (Brink 1991:16).

Die navorser het besef dat die steekproef klein sou wees, want Haase (1987:56) en Lederman (1991:43) stel dit dat die klem nie op die getal proefpersone nie, maar op die verteenwoordigende beskrywing van 'n ondervinding val en dat die resultate logies verantwoordbaar moet wees.

Reeds met die onderhoud van die agtste respondent kon die navorser na transkribering en die maak van kantnotas, duidelike herhalende temas met betrekking tot verpleegkundige ondersteuningstussentredes en -bronne verkry (Wilson 1989:492).

Die navorser wou egter seker maak dat geen nuwe inhoud voorkom nie en het daarom aangegaan om met nog twee vroue met karsinoom van die mammae onderhoud te voer. Na voltooiing van die tiende onderhoud (een onderhoud per respondent) was die navorser oortuig daarvan dat inhoudsaturasie verkry is. Die navorser was van mening dat verdere onderhoud nie nuwe data sou genereer nie.

#### 2.4.2.4 Verkryging van toegang tot die veld

Toegang is verkry tot vroue wat deur 'n private onko- en radioterapeut behandel is. Toestemming om die vroue as respondente te gebruik is deur die behandelende geneesheer verleen. Toegang is ook tot pasiëntdata in terme van laboratoriumverslae en behandeling verkry.

#### 2.4.2.5 Etiese verantwoordbaarheid

Die vroue is telefonies genader en gevra om aan hierdie navorsingsprojek deel te neem. Die navorser het dit beklemtoon dat die vroue onder geen verpligting is om deel te neem nie. Die vroue is ingelig aangaande hulle reg om deelname te weier en aan die studie te onttrek.

Die navorser het die doel van die studie en wat van die vroue verwag sou word ten opsigte van beskikbare tyd asook bereidheid om oor haar belewenisse te praat, verduidelik. Die vroue is ingelig dat die onderhoud op band opgeneem sou word en dat eksaminatore van die studie moontlik daarna mag luister. Die navorser het onderneem om dit na eksaminering te vernietig en het die vroue verseker dat konfidensialiteit deurentyd gehandhaaf sal word.

Reid (1991:545) beklemtoon dat die navorser ook moet besef dat sy/hy eties verantwoordelik moet optree in die hantering van data by kwalitatiewe navorsing. Die navorser is verplig om te vertel "hoe dit was" en daardeur is die respondent blootgestel. In hierdie studie kan die respondent blootgestel word deur uitsprake wat oor maklik identifiseerbare persone gemaak is. Die navorser het tydens transkribering na byvoorbeeld die huisdokter verwys. Die oorspronklike audiobande van die onderhoude word veilig geberg en is slegs vir insae deur eksaminatore beskikbaar. Dit sal vernietig word nadat die studie geëksamineer is.

Die vroue is meegedeel dat geen onmiddellike voordeel uit die deelname verwag kon word nie. Ingeligte skriftelike toestemming is verkry (kyk bylaag B).

Slegs een vrou het verkies om nie aan die navorsingsprojek deel te neem nie. Sy het gesê sy voel nie daarna om oor haar belewenisse te praat nie. Al die ander vroue wat genader is, was bereid om deel te neem. Van die vroue het gesê dat hulle graag met iemand daarvoor wil praat, ander het gemeen dat dit 'n bydrae kan lewer tot ander vroue se aanpassing.

### 2.4.3 Data-insameling

#### 2.4.3.1 **Vryhouding-onderhoude**

Die navorser het bewustelik die strukturering van onderhoude sover as moontlik vermy. Vryhouding-onderhoude gee die navorser 'n groter mate van vryheid in verkenning en bevorder spontane, selfonthullende en persoonlike response van die respondente. So kan die navorser verseker dat belewenisse van die verskynsel bestudeer word en dit sou dan juis die aard van kwalitatiewe navorsing weerspieël.

Die kwaliteit van die data wat versamel gaan word is afhanklik van die navorser se vermoë om 'n vertrouensverhouding met die persone wat bestudeer gaan word op te bou (Habermann-Little 1991:189). Eerbied en agting, aanvaarding en begrip, vertroulikheid, eerlikheid en individualisering is belangrike beginsels wat volgens Ferreira, Mouton, Puth, Schurink en Schurink (1988:149) gehandhaaf moet word.

Die nadele van die vryhouding-onderhoud is dat die navorser maklik data kan verkry wat nie deur middel van kwalitatiewe analise van waarde kan wees nie. Die kwaliteit van die data wat versamel gaan word is ook

afhanklik van die navorser se vermoë om onderhoude te voer. Die volgende maak die navorser 'n geskikte onderhoudvoerder:

- Die navorser is 'n onkologiese verpleegspesialis wat vyf jaar kliniese ervaring in die verpleging van onkologiese pasiënte het. Sy het twaalf jaar onderrigervaring in onkologiese verpleegkunde. Die navorser besit genoeg agtergrondkennis ten opsigte van onkologiese verpleegkunde om met gemak 'n onderhoud met vroue met karsinoom te voer en kwaliteit inligting te bekom.
- Die navorser het vier jaar onderrigervaring ten opsigte van terapeutiese gesprekvoering. Sy beskik oor kennis en vaardighede om die nodige interpersoonlike en kommunikasietegnieke toe te pas.
- Die navorser besit die nodige eienskappe wat deur Mariano (1990:357) beskryf is naamlik oopheid en selfkennis. Die navorser moet bewus wees in watter mate sy geneig is om vanuit haar eie perspektief en waardes te interpreteer. Oopheid is nodig om vooropgestelde idees en teoretiese konstruksies eenkant te skuif (Mariano 1990:357).

#### 2.4.3.2 Skedule

Die navorser het 'n literatuurstudie geloods om 'n gesprekskedule vir onderhoudvoering te ontwikkel (kyk bylaag A). Brink (1991:15) beskryf drie uitgangspunte rondom die mate waartoe literatuur voor data-insameling bestudeer kan word tydens kwalitatiewe navorsing.

- Die navorser moenie die literatuur voor veldwerk raadpleeg nie.

- Die navorser moet 'n uitgebreide literatuuroorsig doen voor data-insameling.
- Die navorser moet bestaande navorsing krities bestudeer en dit selektief aanwend (Field en Morse 1985:535)

Die navorser het die derde mening as uitgangspunt vir die studie gebruik. Die bestudering van bestaande navorsing hoef nie 'n probleem te veroorsaak nie indien die navorser:

- van "bracketing" gebruik maak, dit wil sê om vooropgestelde idees rondom die fenomeen opsy te skuif (Burns en Grove 1993:567);
- tydens onderhoudvoering 'n oop houding handhaaf en minimale struktuur gee (Mariano 1990:357); en
- tydens data-analise by die respondent se uitdrukking van die fenomeen bly (Lo Biondo-Wood en Haber 1990:196).

Die skedule dien ook as 'n pre-analise en reduksie (Miles en Huberman 1994:22) van die navorser se studieveld. Die grafiese uitbeelding van 'n konseptuele raamwerk vir die studie (kyk figuur 1.1) het as 'n finale bevestiging van die afgebakende veld vir die skedule gedien (Miles en Huberman 1994:18).

Die skedule verseker dat alle respondente dieselfde vrae in dieselfde terminologie gevra word, maar dit verskaf nie aanleiding van ondersteuningstussentredes soos wat die geval met vraelyste moontlik is nie. Die navorser het die skedule met 'n buigsame openheid gebruik om die nodige inligting te verkry en ook gewaak teen die verkryging van onbruikbare data.

Die volgende navorsingsvraag is aan elke respondent gestel: "Beskryf alle ondersteuning wat u van alle persone van die begin van u siekte tot nou

toe ontvang het of wou gehad het om u te help met die borskanker en behandeling."

Daarna is die onderhoud volgens die skedule gevoer:

- Beskryf hoe u gevoel het?
- Beskryf wat u gedoen het om die situasie te hanteer?
- Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- Wat het gehelp?
- Wat wou u nog hê moes gedoen word?

Bogenoemde vrae moes in al die volgende fases beskryf word:

- Prediagnostiese fase
- Diagnostiese fase
- Pre-operatiewe fase
- Postoperatiewe fase
- Aanvullende behandelingsfase
- Herstelfase

Die skedule is voor gebruik deur twee navorsingskundiges geëvalueer en goedgekeur. Hierdie skedule van die onderhoude asook die navorsingsvraag en steekproefneming het die navorser se navorsingsveld afgebaken en rigting gegee (Miles en Huberman 1994:22). Volgens Suominen (1992:71) help dit die respondente om hul gedagtes te formuleer.

#### **2.4.3.3 Verloop van die onderhoude**

Onderhoude is per afspraak soos dit die vroue in die steekproef pas, gevoer.

Skriftelike ingeligte toestemming en sosiografiese data is deur middel van 'n gestruktureerde onderhoud verkry (kyk bylaag B). Die verloop van die onderhoud en wat van die respondent verwag word is weer eens verduidelik om die vroue rustig te kry.

Versekering van die konfidensialiteit is gegee ten opsigte van die gebruik van die audio-opname. Sodoende is die respondent se skuheid oor die audio-opname verminder. 'n Klein kassetopnemer is naby die respondent geplaas om 'n goeie opname te verseker, maar tog uit haar gesigsveld sodat dit nie vrye respons inperk nie.

Die oogkontak wat tydens onderhoudvoering behoue bly, dra baie by om 'n vertrouensverhouding te bou en sodoende die respondent aan te moedig om belewenisse uit te druk (Lo Biondo-Wood en Haber 1990:196).

Die onderhoude het tussen vyf en veertig en negentig minute geduur. Die lengte van die onderhoud is bepaal deur die vroue se fisieke vermoëns en haar bereidwilligheid om uit te brei. Die navorser het deurentyd gepoog om 'n oop houding te handhaaf en dus nie met vooraf opgestelde idees asook teoretiese konstruksie die onderhoud te voer nie.

Die navorser het aanvanklik die oorkoepelende navorsingsvraag gestel en gekyk hoe die respondent daarop uitbrei (kyk bylaag A). Die skedule is slegs deur die navorser gebruik as die respondent nie self die betrokke aspekte aangeraak het nie.

Hoe verder die studie gevorder het, hoe meer spesifieke inligting is van die respondente verkry (Habermann-Little 1991:189). Die navorser skryf dit toe aan die feit dat sy die onderhoude onmiddellik getranskribeer het en daarvolgens het haar begrip van die fenomeen verdiep.

Die navorser het deur middel van verskeie interpersoonlike en kommunikasievaardighede die onderhoude soos volg gerig:

- Die respondente is telkens teruggebring na die onderwerp. Oopeindvrae is gebruik om inligting te verkry.
- Die navorser het met minimale verbale response getoon dat sy belangstel en luister. Die respondent is voortdurend aangemoedig met nie-verbale kommunikasie soos kopknik, oop liggaamshouding, oogkontak en 'n ontspanne stemtoon.
- Onduidelikhede is geverifieer.
- Parafrasering van die respondent se belangrikste kognitiewe inhoud is gereflekteer.

Die navorser het elke onderhoud binne twee en sewentig uur volledig getranskribeer. Geen onderhoud is gevoer voordat die vorige onderhoud getranskribeer is nie. Mariano (1990:357) beskou die verwaarlosing van onmiddellike transkribering as 'n gevaar tydens die data-insamelingsproses.

Kantlynaantekeninge is gemaak van onderwerpe wat bespreek is en hoe om die data te ontleed. Sodoende is temas wat herhalend voorkom geïdentifiseer en saturasie vasgestel. Temas wat nie werklik herhalend voorkom nie, is ook geïdentifiseer ten einde die moontlikheid van nuwe herhalende temas te behou. Namate die studie gevorder het, het die aantal herhalende temas en patrone uitgebrei na gelang die navorser se begrip van die fenomeen verdiep het (Habermann-Little 1991:189).

Onduidelikhede is telefonies met die respondente uitgeklaar.



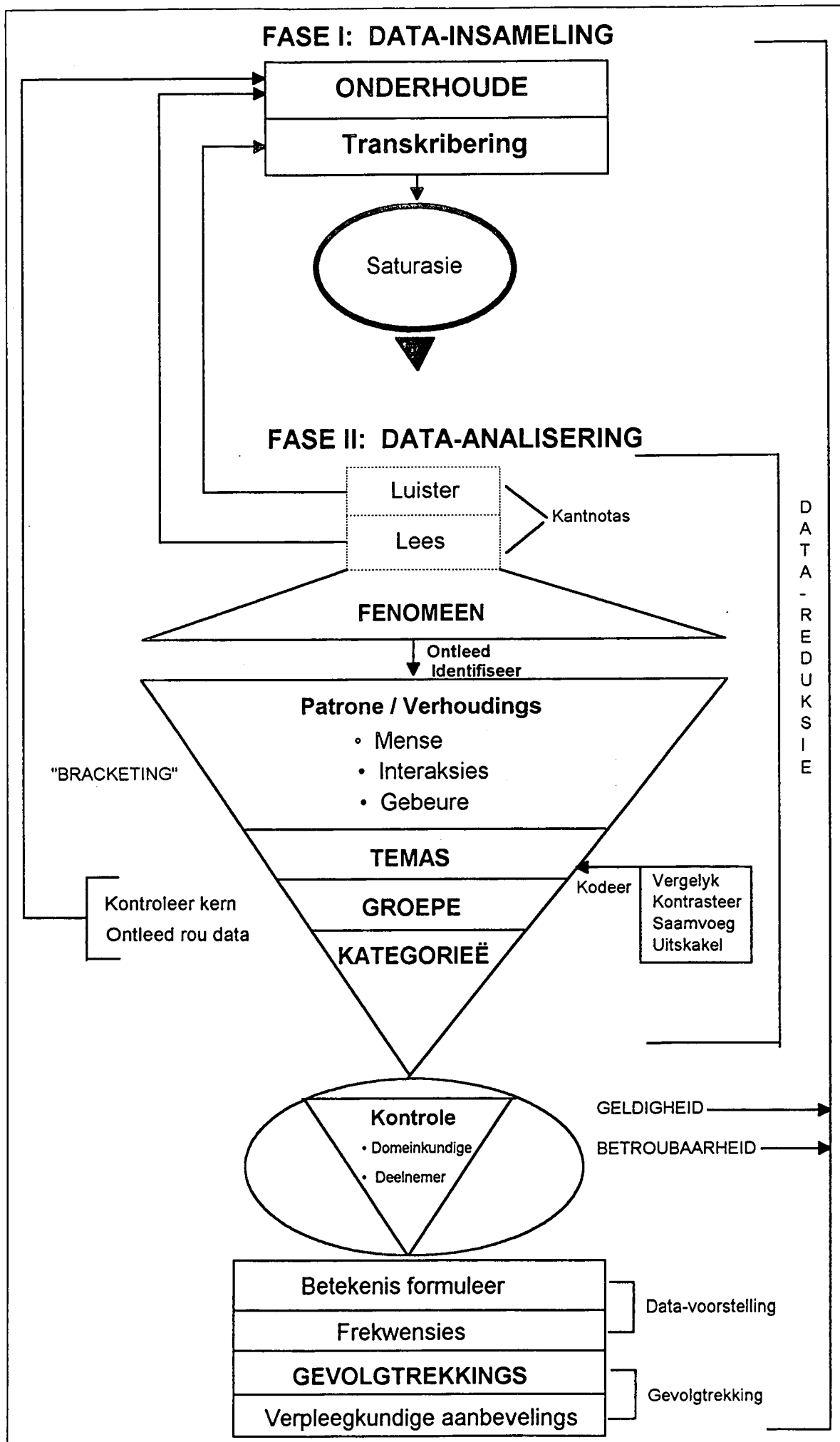
#### 2.4.4 Data-analise

Data-analise bestaan uit drie gelyktydige aktiwiteite naamlik:

- datareduksie;
- data-uitbeelding; en
- gevolgtrekkings (Miles en Huberman 1994:12).

'n Volledige beskrywing van die data-analiseringsproses is by kwalitatiewe navorsing nodig om inhoudsgeldigheid van die studie te verseker (Miles en Huberman 1994:12). 'n Skematiese uiteensetting soos deur die navorser in die studie gebruik is word in figuur 2.1 verskaf.

Figuur 2.1: Skematiese uiteensetting van data-insameling en analiseringsproses



In die studie is hoofsaaklik 'n kombinasie van Haase (1987:56) en Van Kaam (1959:69) soos beskryf in Lo Biondo-Wood en Haber (1990:195) se metodes van fenomenologiese data-analise gebruik.

**Tabel 2.1**

**Uiteensetting van die fenomenologiese perspektief**

<b>VAN KAAM</b>	<b>HAASE</b>	<b>KOMBINASIE VIR DIE STUDIE</b>
1. Identifisering van die beskrywings van die fenomeen	1. Kategorisering - temas - groepe - kategorieë	1. Identifisering van die beskrywings van die fenomeen
2. Herhalende beskrywings word gekodeer	2. Identifikasie van die betekenis van die belewenis deur middel van interpretering	2. Herhalende beskrywings word gekodeer
3. Nie-herhalende en ontoepaslike beskrywings word uitgeskakel	3. Geldigheid word deur deelnemers gekontroleer	3. Nie-herhalende en ontoepaslike beskrywings word uitgeskakel
4. Herhalende beskrywings wat in verhouding staan word saamgegroepeer en gekodeer (kategoriseer)		4. Herhalende beskrywings wat in verhouding staan word saamgegroepeer en gekodeer - temas - groepe - kategorieë
5. Die kern van die gemeenskaplike elemente van die belewenis se geldigheid word gekontroleer aan die hand van die respondente se beskrywing		5. Die kern van die gemeenskaplike elemente van die belewenis se geldigheid word gekontroleer aan die hand van die respondente se beskrywing
6. Stap 1-5 word deur kundiges gekontroleer		6. Identifikasie van betekenis van die belewenis deur middel van opsommende interpretering aan die hand van die temas, groepe en kategorieë
		7. Stap 1-5 word gekontroleer deur - domeinkundige - deelnemers

(Uit Lo Biondo-Wood en Haber (1990:195))

**2.4.4.1 Datareduksie**

Die doel van datareduksie is om die hoop ongeorganiseerde data meer hanteerbaar vir die navorser te maak sodat die proses van analise kan

plaasvind. Burnard (1991:461) beskou datareduksie as 'n metode om tematiese inhoudanalise te doen. Datareduksie is onafskeidbaar vervleg met data-analise.

Die navorser maak deurentyd van "bracketing" gebruik en plaas dus enige voorveronderstellings oor die verskynsel op die agtergrond (Jasper 1994:311 asook Parse, Coyne en Smith 1985:22). Dit is die vermoë om uit die normale, natuurlike manier van waarneming uit te tree. "Bracketing" verseker dat die navorser alle aspekte en perspektiewe oor die fenomeen in ag neem. Volgens Burns en Grove (1993:567) moet alles wat bekend is oor die verskynsel wat bestudeer word "eenkant geplaas word" deur die navorser. Daar word van alle vooropgestelde idees ontslae geraak. Dit het deurentyd vanaf reduksie van data geskied.

#### Verloop van datareduksie, -analise, voorstelling en gevolgtrekkings

##### STAP 1:

Die navorser het al tien die getranskribeerde onderhoude (sewentig A4-bladsye enkelspasiëring) aan die hand van die audio-opname aandagtig deurgelees en geluister om 'n geheelbeeld van die fenomeen te kry.

Kantaantekeninge wat direk na transkribering gemaak is, het as geheueprikkel gedien (Burnard 1991:462).

##### STAP 2:

Daarna is die tien onderhoude stadig deurgewerk en ontleed om herhalende patrone te identifiseer volgens Van Kaam (1959:69) se stappe vir fenomenologiese studies. Notas is voortdurend gemaak. Hierdie temas is bepaal deur die data en nie deur die skedule van die onderhoud nie.

### STAP 3:

Sommige temas is saamgevoeg waar oorvleueling van betekenis voorgekom het. Temas wat nie herhalend voorgekom het nie, is uitgeskakel. Vergelyking en kontrastering van die temas is gedoen. Die herhalende temas is verwerk en verfyn.

### STAP 4:

Herhalende temas is gekodeer om die data makliker hanteerbaar te maak. Miles en Huberman (1994:57) beklemtoon dat 'n kwalitatiewe navorser eerder met woorde as met nommers werk. Woorde is groter en het veelvuldige betekenis wat dit moeilik maak om mee te werk. Die navorser het moeite gedoen om foute uit te skakel weens die verkeerde woordkeuse om temas te beskryf. Dit kan misleidend wees en nie die ware inhoud van die data weergee nie (Hinds, Scandrett-Hibben en McAulay 1990:433).

Die navorser het herhaaldelik teruggegaan na die oorspronklike transkripsie om die respondente se belewenisse van die fenomeen in beskrywings te gebruik. Dit is egter 'n tydrowende proses om die verskynsel uit die rou data te ontwikkel. Die kwalitatiewe navorser maak nou spesifiek gebruik van haar analitiese vermoëns om verhoudings tussen persone, aksies en gebeure vas te stel. Mariano (1990:354) is van mening dat patrone geïdentifiseer en verbande raakgesien word om later stellings gegrond op die oorspronklike data te maak.

Die navorser het by die respondente se uitdrukkings en beskrywing van belewenisse van die fenomeen gebly. Van Kaam (1959:69) in Lo Biondo-Wood en Haber (1990:196) noem dit die kern van menslike belewenis. Burnard (1991:462) verduidelik dat die navorser hom spesifiek moet ingrawe in die data en bewus moet word van die werklike leefwêreld van die respondente. Die navorser moet deur die ander persoon se verwysingsraamwerk kyk.

#### STAP 5:

Die navorser het die finale vyf en sestig temas (kyk tabel 3.7) met 'n domeinkundige gekontroleer om soos Hinds et. al. (1990:432) dit stel:

- die navorser se vermoë om deurlopend te kodeer te evalueer en
- persoonlike hipoteses omtrent die data te konfronteer.

Hierdie finale lys van herhalende temas is in lyn met die aard van die studie, dit wil sê om die fenomeen te beskryf (Knafl en Webster 1988:207). Volgens Van Kaam (1959:69) asook Lo Biondo-Wood en Haber (1990:195) is dit die kern om die fenomeen te beskryf.

#### STAP 6:

Die finale temas is saamgegroepeer en daaruit het die navorser agtien groepe geskep deur van saamgevoegde kernkonsepte gebruik te maak (kyk tabel 3.7).

#### STAP 7:

Daarna is twee kategorieë gevorm (kyk tabel 3.7) om die groepe en temas in verband met die fenomeen te bring. Hierdie kategorieë is meer abstrak as die groepe en temas en is eintlik 'n konseptuele benaming daarvoor (Lo Biondo-Wood en Haber 1990:198).

#### STAP 8:

Die geldigheid en betroubaarheid van die inhoudsanalise hang af van die vermoë van die navorser om:

- toepaslike kategorieë te definieer. Toepaslikheid is 'n belangrike aspek om rigor by kwalitatiewe navorsing uit te skakel;
- hierdie toepaslikheid van die kategorieë teenoor die navorsingsvraag aan te toon (Wilson 1989:475).

- die akkuraatheid om die navorsingsbevindinge te verifieer deur kundiges (Hinds et. al. 1990:430)

Die navorser het die temas, groepe en kategorieë wat geïdentifiseer is met 'n domeinkundige geverifieer om dubbelsinnigheid, oorvleueling en gebrek aan deurdagtheid te identifiseer. Van Kaam (1959:69) asook Lo Biondo-Wood en Haber (1990:195) stel dit dat 'n domeinkundige die rou data moet kruiskontroleer. Die navorser en domeinkundige het grootliks ooreengekom oor die identifisering van temas, groepe en kategorieë. Daarom kan die navorser aanspraak maak op konstruktiviteit volgens Mouton en Marais (1988:71).

Die navorser het die temas, groepe en kategorieë wat geïdentifiseer is met die deelnemers gekontroleer. Volgens Haase (1987:56) moet die betekenis van die fenomeen gevalideer word met deelnemers. Miles en Huberman (1994:276) stel dit duidelik dat dit noodsaaklik is dat die bevindinge nie uit abstrakte konsepte bestaan nie, omdat respondente dit nie werklik in verhouding met hul belewenisse kan bring nie. Die navorser het die temas, groepe en kategorieë in 'n skaalformaat skriftelik uiteengesit en het elke aspek wat moontlik onduidelik kon wees, self aan die deelnemers verduidelik (bylaag C). Die navorser en respondente van die studie het grootliks ooreengekom oor die identifisering van die temas, groepe en kategorieë. Dit is dus 'n getroue weergawe van die beleweniswêreld van die respondente.

#### STAP 9:

Die respondente het nie net ondersteuningstegnieke wat hulle nuttig gevind het beskryf nie. Hulle het ook hulle kommer, probleme en ervarings bespreek en daardeur hulle behoefte aan ondersteuning aangedui (kyk tabel 3.8). In stap 9 is die inhoud van elke gesprek se betekenis deur die navorser weergegee soos sy die fenomeen verstaan vanuit die respondent se belewenis (kyk tabel 2.2 en tabel 3.9). Volgens Haase (1987:67) asook

Lo Biondo-Wood en Haber (1990:197) neem die navorser die respondente se woorde om 'n belangrike betekenis in die ondervinding te formuleer. Die navorser het voortdurend gepoog om die betekenis en konteks waarbinne die woorde of frases gesê is te behou (kyk tabel 3.8).

**Tabel 2.2**

**'n Voorbeeld van die interpretering deur die navorser van die betekenis van die fenomeen soos deur die respondent beskryf**

RESPONDENT SE BESKRYWING VAN FENOMEEN	INTERPRETERING DEUR NAVORSER
<p>... hulle het baie kom praat, maar oor die spesifieke ...            ... oor kanker kan ek nie eintlik sê het iemand van die verpleegpersoneel eintlik gepraat nie. Dis nes of hulle vermy om te praat oor kanker. Nee, ek dink hulle moet daarvoor praat ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Het baie kom praat, maar nie spesifiek oor kanker nie.</li> <li>▪ Vermy om te praat oor kanker.</li> <li>▪ Respondent het behoefte dat daar oor kanker gepraat word.</li> </ul>

Mariano (1990:353) voel dat 'n kwalitatiewe navorser die vermoë moet besit om dubbelsinnighede te hanteer en te kan konseptualiseer. Die skrywer wys verder daarop dat kwalitatiewe navorsing kritiese denke vereis sowel as emosionele en intellektuele energie. 'n Werklike begeerte om betekenis te ontdek, begrip te verkry en die verskynsel te verklaar is nodig om die data te analiseer.

Deur temas, groepe en kategorieë te identifiseer is 'n proses ontwikkel om die rou data te analiseer. Tydens hierdie proses is die navorser besig met data-uiteensetting (Miles en Huberman 1994:11) om sodoende die respondente se beskrywing van die fenomeen visueel sigbaar in 'n hanteerbare vorm te omskep. Elke gesprek is aan die hand van hierdie temas, groepe en kategorieë ontleed sodat feitlik die hele onderhoud opgebruik is. Volgens Van Kaam (1959:69) asook Lo Biondo-Wood en Haber (1990:195) is dit die kern wat saamgestel is en rou data word hiervolgens analiseer. Slegs onbruikbare woorde of frases is nie in die klassifikasie ingevoeg nie. Field en Morse (1985:543) noem dit afval, terwyl Burnard (1991:462) dit as vullings beskryf.



#### STAP 10:

Frekwensies is gebruik om die aantal respondente wat 'n bepaalde ondersteuningstussentrede ervaar en/of verlang het aan te dui. Frekwensies (kyk tabel 3.9) ten opsigte van ondersteuning wat die vroue ervaar het kon bepaal word vanuit die geïnterpreteerde onderhoude sodat die geprosesseerde data in 'n tematiese of konseptuele geheel die betekenis van die fenomeen uitbou (Knafl en Webster 1988:196).

#### STAP 11:

Miles en Huberman (1994:12) maak die stelling dat die navorser in dié stadium besig is met verifikasie van die fenomeen. Die navorser het die geïdentifiseerde temas, groepe asook kategorieë met 'n domeinkundige gekontroleer. Die navorser het ook die betekenis wat tydens data-analise duidelik geword het uitgeklaar met die respondente nie.

#### STAP 12:

Geldigheid van die studie is verder verkry deur die bestaande literatuur van verpleegkundige ondersteuningstussentredes te vergelyk met die geïdentifiseerde temas soos deur die respondente beskryf. Hycner (1985:49) beveel aan dat bevindinge gekontroleer moet word deur dit te vergelyk met bestaande literatuur. Die geïdentifiseerde temas van verpleegkundige ondersteuningstussentredes word as losstaande aspekte wyd in die verpleegliteratuur en -navorsing beskryf (kyk tabel 5.1-5.2).

#### STAP 13:

'n Verpleegkundige ondersteuningsprogram vir vroue met primêre karsinoom van die mammae is uit die temas, groepe en kategorieë saamgestel. Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes is dus uit die onderhoude met die vroue verkry, terwyl die motiverings tydens literatuurkontrole verkry is.

## 2.5 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN DIE STUDIE

Wetenskaplike rigor bepaal die waarde van die navorsingsbevindinge. Kwantatiewe navorsingsevaluering moet nie gebruik word om kwalitatiewe navorsingsbevindinge te evalueer nie, daar die verlangde uitkoms verskil (Burns en Grove 1993:64). Navorsers soos Morse (1989:435) en Sandelowski (1986:35) stem saam dat rigor verskillend bepaal moet word vir kwalitatiewe navorsing. Volgens Burns en Grove (1993:64) word kwalitatiewe rigor geassosieer met:

- oopheid;
- stiptelike navolging van 'n spesifieke filosofiese perspektief; en
- deeglike data-insameling.

Die evaluering van rigor van kwalitatiewe navorsing word verder gebaseer op die duidelikheid van die beskrywing van die verskynsels wat bestudeer word (Burns en Grove 1993:64).

### 2.5.1 Geldigheid

Die navorser het deur die hele studie geldigheid verseker deur:

- oopheid te handhaaf tydens data-insameling en -beskrywing;
- 'n kombinasie van Haase (1987:67) en Van Kaam (1959:69) se fenomenologiese data-analiseringsmetodes stiptelik na te volg. Volgens Burns en Grove (1993:64) speel dit 'n belangrike rol in kwalitatiewe rigor; en
- data aan die hand van 'n skedule en vryhouding-onderhoud in te samel, sodat bruikbare, toepaslike inligting verkry is.

Oiler (1982:181) beveel aan dat deelnemerkontrole gebruik word om geldigheid te bewys. Die persoon wat die verskynsel beleef en as

respondent opgetree het, moet die beskrywing van die fenomeen kontroleer. Die navorser het, nadat sy groepe en temas geïdentifiseer en verwerk het, dit met die respondente in die studie geverifieer (kyk bylaag C). Hycner (1985:49) sowel as Baker, Wuest en Stern (1992:1359) stem saam dat deelnemerkontrole belangrik is om kwalitatiewe geldigheid te verkry. Leininger (1990:1) noem dit die geloofwaardigheid van die bevindinge of die waarheid van die respondente se belewenis. Sandelowski (1986:34) het spesifieke strategieë saamgestel om die geloofwaardigheid te verseker:

- Kontrolering van die verteenwoordigheid van die data as 'n geheel, die gekodeerde kategorieë asook voorbeelde wat gebruik word tydens datareduksie en datavoorstelling. Die navorser het die geloofwaardigheid verseker deur oor en oor die rou data te kontroleer, verwerkings weer terug te bring na die rou data en deur middel van kontrolering deur 'n domeinkundige.
- Volledige beskrywing deur die deelnemers. Die deelnemers het hul belewenisse volledig beskryf en het nie inligting weerhou om hulself in 'n goeie lig te stel nie, aangesien die navorser geen invloed op die respondente se lewe het nie.
- Die waarnemerseffek speel 'n belangrike rol ten opsigte van die geldigheid van kwalitatiewe navorsing. Aangesien die navorser en respondente vroulik is en die navorser nie 'n in-diepte-onderhoud gevoer het nie, kon die respondente nie bedreig voel deur ontbloting as gevolg van die sensitiewe onderwerp nie. Waar dit soms nodig was om sensitiewe aspekte aan te raak het die navorser:
  - deur middel van kommunikasie-tegnieke byvoorbeeld uitklaar en reflektoring dit gedoen;
  - dit slegs na aanleiding van die respondente se inligting gedoen;
  - en

- seker gemaak dat 'n positiewe vertrouensverhouding gebou is. Dus verseker die data-insamelingsprosedure kongruensie van die bevindinge wat bydra tot geldigheid.
- Bewustelike vermyding om 'n gevolgtrekking te maak van die data tydens die datareduksieproses.
- Validering deur deelnemers. Die deelnemers kan bevestig of die fenomeen korrek geanaliseer is.

Leininger (1990:2) stel dit dat die beskikbaarheid van die primêre bronne van data-insameling bydra tot bevestiging van die verskynsel wat bestudeer word. Die navorser het die audiobande asook die getranskribeerde onderhoude beskikbaar vir insae tot na eksaminering en in die studie word dit tydens die datavoortellingsproses uiteengesit (kyk tabel 3.8).

Die navorser het die navorsingsbevindinge vergelyk met bestaande literatuur om verpleegkundige ondersteuningstussentredes te vergelyk met die geïdentifiseerde temas uit die respondente se onderhoude. Die losstaande temas word wyd beskryf as verpleegkundige ondersteunende tussentredes in verskeie literatuur en deur 'n aantal navorsers (kyk tabel 5.1 en 5.2). Die saamgroepering van al die temas in 'n werkbare eenheid vir verpleegkundiges om ondersteuning aan vroue met primêre karsinoom van die mammae te gee, word egter nie beskryf in een navorsingsverslag nie.

Sandelowski (1986:35) beklemtoon dat die verifieerbaarheid van die hele studie ook bydra tot die verkryging van geldigheid. Leininger (1990:2) beskryf verder dat herhalende temas verwys na menslike gebeure, ondervindings of leefwyses wat geneig is om te herhaal op dieselfde wyse. Die navorser het vyf en sestig temas en agtien groepe geïdentifiseer wat herhaaldelik voorgekom het in die tien respondente se onderhoude.

Saturasie is verkry met tien onderhoude (een per respondent). Leininger (1990:2) gebruik die term "oortolligheid" om saturasie verder te verduidelik. Dit beskryf 'n neiging om dieselfde, herhalende of gedupliseerde idees, betekenis, beskrywings of enige menslike uitdrukking te kry. Die bevindinge moet dieselfde, maar nie identiese betekenis, toepaslikheid en belangrikheid in dieselfde toestande, mense en omstandighede hê (Leininger 1990:2).

In kwalitatiewe navorsing kan die bevindinge nie veralgemeen word nie, omdat gebruik gemaak word van 'n beperkte aantal respondente. Die steekproeftrekking is deur middel van toevallige seleksie verkry. Alhoewel 'n mate van ewekansigheid verseker word, volgens Abdallah en Levine (1979:334), kan die bevindinge verkry deur kwalitatiewe navorsing nie veralgemeen word nie, maar die doel is juis om lig te werp op 'n onbekende verskynsel. Deurdat insig verkry word in mense se belewenis van 'n fenomeen dra dit by tot teorie uitbreiding.

### 2.5.2 Betroubaarheid

Die navorser het die betroubaarheid van hierdie studie verseker deur die stappe, soos uiteengesit deur Woods en Catanzaro (1988:136) te volg. Veranderlikes is as volg gehanteer:

- Die navorser se posisie

Die navorser het as 'n onbekende professionele persoon die respondente genader en dus was die bekendheid nie 'n inhiberende faktor nie.

Die navorser het nie vanuit 'n gesagsposisie as professionele persoon tot die veld toegetree nie. Die navorser het nie 'n uniform gedra nie. Sy het ook 'n neutrale en oop houding gehandhaaf.

Die navorser en respondente was van dieselfde geslag, dus kon dit nie 'n effek hê op die oopheid van die respondente nie.

▫ Die kies van deelnemers

Die steekproefneming is deur middel van toevallige seleksie wat 'n mate van ewekansigheid verseker, verkry (Abdellah en Levine 1979:334). Dus kon die navorser geen beheer uitoefen op eienskappe behalwe die insluitingskriteria nie. Die geografiese nabyheid en beskikbaarheid van die vroue met primêre karsinoom van die mammae was belangrike faktore vir insluiting in die steekproef (Wilson 1989:260). Die navorser het verder beheer op die insluitingskriteria uitgeoefen deur inligting te gebruik wat by die behandelende geneesheer verkry is byvoorbeeld stadia van karsinoom of fase van siekteverloop.

Die deelname was vrywillig en die reg van die respondente om deelname te beëindig is tydens mondelinge en skriftelike ingeligte toestemming verduidelik.

▫ Sosiale situasie en toestande

Die navorser het sover moontlik sorg gedra dat die tydstop waarop die onderhoud in die respondente se huise (bekende omgewing) gevoer is, die minste moontlike steurnisse sou inhou. Die navorser het 'n vriendelike, natuurlike houding gehandhaaf en 'n vertrouensverhouding geskep waarbinne die respondente veilig gevoel het. Inligting is verskaf ten opsigte van die doel van die onderhoud, die audio-opname en konfidensialiteit om onsekerheid uit die weg te ruim.

▫ Die metode wat gevolg word

Die navorser het 'n vryhouding-onderhoud aan die hand van 'n skedule gebruik. Dit is 'n baie effektiewe metode by kwalitatiewe navorsing omdat die respondent die rigting van die gesprek bepaal om sodoende sy belewenis van die fenomeen te gee. Die navorser kom by haar einddoel uit, naamlik insameling van inligting oor die fenomeen. Met die skedule kan die navorser die onderhoud ligtelik stuur, sodat bruikbare inligting verkry word. Die data-insameling, -analise en -uiteensetting is volledig beskryf.

## 2.6 SAMEVATTING

Die belewenis van karsinoom van die mammae deur 'vroue as 'n fenomeen, kan beter verstaan word deur beskrywings van vroue wat karsinoom van die mammae het. Deur van 'n fenomenologiese studie gebruik te maak, data te reduseer en te analiseer lei dit tot begrip van die verpleegkundige ondersteuningstussentredes. Die geldigheid en betroubaarheid van die bevindinge hang egter grootliks van die wyse van data-insameling en -analise af. Om dit te kan evalueer, moet die navorser die navorsingsmetodiek wat gevolg is en bevindinge baie logies en duidelik uiteensit sodat dit tot uitbreiding van bestaande kennis oor die fenomeen lei.

## HOOFSTUK 3

### NAVORSINGSBEVINDINGE

#### 3.1 INLEIDING

Die navorser het deur middel van datareduksie gepoog om die groot hoeveelheid ongeorganiseerde data visueel uit te beeld sodat data-analise kan plaasvind. Burnard (1991:461) beklemtoon dat datareduksie 'n metode is om 'n tematiese inhoudanalise te doen.

#### 3.2 SOSIOGRAFIESE DATA

Hierdie inligting is verkry om 'n algemene beeld van die respondente te verkry (kyk bylaag B).

##### 3.2.1 Geslag van respondente

Al tien die respondente is vroulik.

##### 3.2.2 Etniese groepering van respondente

Al die respondente is blank en dit maak deel uit van die insluitingskriteria vir die steekproef.

##### 3.2.3 Taalverwantskap van respondente

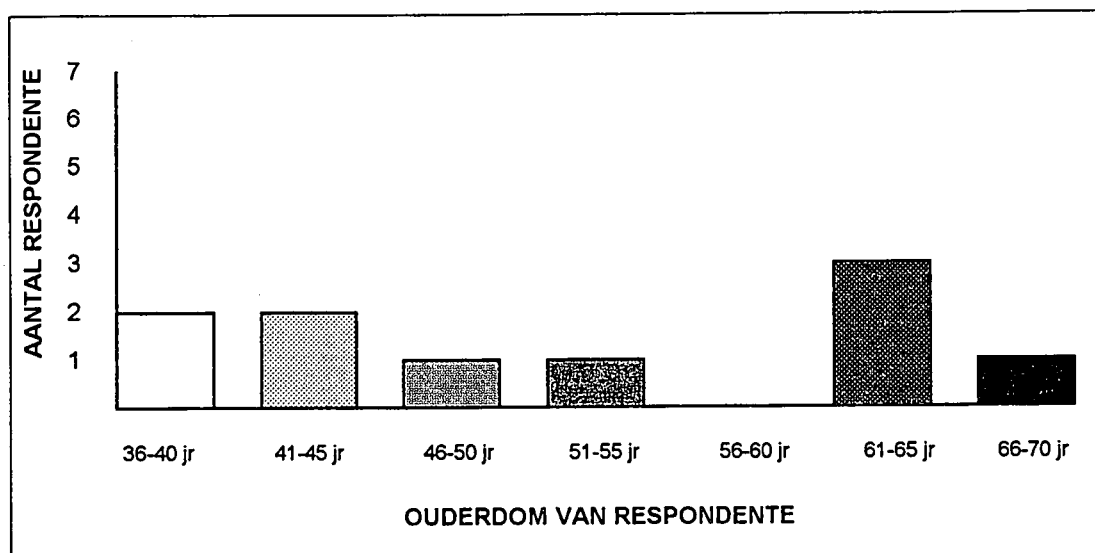
Al die respondente is Afrikaanssprekend. Die navorser het die potensiële respondente wat sy gekontak het nie geselekteer vir taalverwantskap nie. Die navorser het geen kommunikasieprobleme tydens onderhoudvoering ervaar nie.



### 3.2.4 Ouderdom van respondente

Die respondente se ouderdomme varieer tussen 36 jaar en 67 jaar. Die gemiddelde ouderdom van die tien vroue is 52 jaar (kyk tabel 3.1). Twee vroue is jonger as 40 jaar.

**Tabel 3.1**  
**Ouderdom van respondente (n=10)**



### 3.2.5 Opvoedkundige peil van respondente

Agt van die respondente beskik oor matriek of hoër opleiding (kyk tabel 3.2).

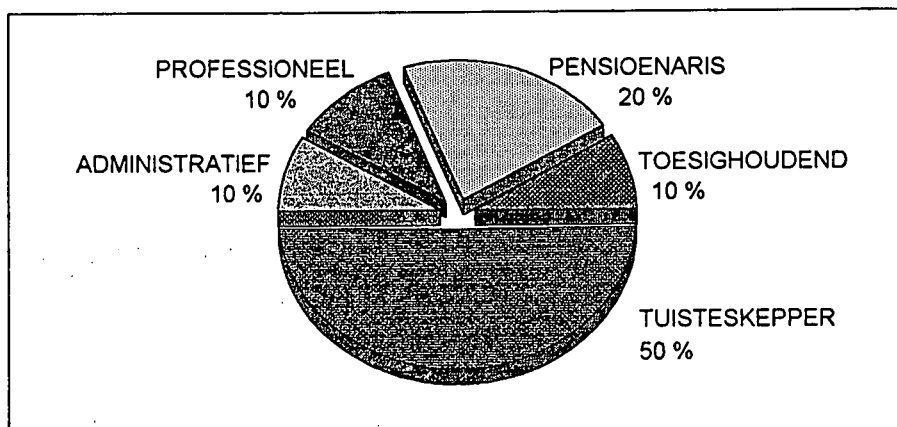
**Tabel 3.2**  
**Opvoedkundige peil van respondente (n=10)**

OPVOEDKUNDIGE PEIL	AANTAL RESPONDENTE
Universiteitsgraad	2
Professionele diploma	2
Beroepsgerigte diploma	2
Standerd 10	2
< Standerd 10	2

### 3.2.6 Beroep van respondente

Figuur 3.1 toon die beroepsgegewens van die respondente aan. Alhoewel vyf van die respondente buitenshuisse beroepe beklee, het slegs een van die vroue haar buitenshuisse beroep gestaak terwyl sy aanvullende behandeling ontvang het. Sy en haar eggenoot het gevoel dat sy nie nodig het om ekstra stres te hanteer tydens die behandeling nie.

**Figuur 3.1**  
**Beroepe van respondente (n=10)**



### 3.2.7 Huwelikstaat van respondente

Slegs een respondent is nie getroud nie (kyk tabel 3.3). Sewe van die vroue is in 'n eerste huwelik langer as 10 jaar. Dit het voorgekom asof ses respondente goeie ondersteuning van hul eggenote ontvang. Hulle het telkens tydens die onderhoud daarna verwys met frases soos: "My man was altyd daar vir my". Slegs een respondent kon nie alles aan haar eggenoot as gevolg van sy breinbesering kommunikeer nie.

**Tabel 3.3**  
**Huwelikstaat van respondente (n=10)**

HUWELIKSTATUS	AANTAL RESPONDENTE
Ongetroud	1
Getroud: 2de huwelik	1
Getroud: 1ste huwelik: 10 - 19 jr	2
20 - 29 jr	3
> 30 jr	3

### 3.2.8 Kinders van respondente

Slegs een respondent het geen kinders nie. Die gemiddelde aantal kinders vir die nege respondente met kinders, is drie. Die meerderheid kinders is ouer as 20 jaar. Vyf vroue het saam agt skoolgaande kinders.

### 3.2.9 Huislike omstandighede van respondente

Ses van die respondente woon saam met hul gesinne (kyk tabel 3.4). Drie vroue woon saam met hul eggenote. Een van die respondente deel 'n woning met 'n vriendin.

**Tabel 3.4**  
**Huislike omstandighede van respondente (n=10)**

HUISLIKE OMSTANDIGHEDE	AANTAL RESPONDENTE
Woon saam met gesin	6
Woon saam met eggenoot	3
Woon saam met vriendin	1

### 3.2.10 Mediese versekering van respondente

Vier vroue beskik nie oor 'n mediese fonds nie (tabel 3.5).

**Tabel 3.5**  
**Mediese versekering van respondente (n=10)**

BESKIKBAARHEID VAN MEDIESE VERSEKERING	AANTAL RESPONDENTE
Met mediese versekering	6
Sonder mediese versekering	4

### 3.3 **MEDIESE GESKIEDENIS**

#### 3.3.1 Tumorvoorkoms van respondente

Ses van die vroue het gepresenteer met 'n karsinoom van die linker mammae (kyk figuur 3.2).

Die tumore het as volg in die kwadrante gepresenteer:

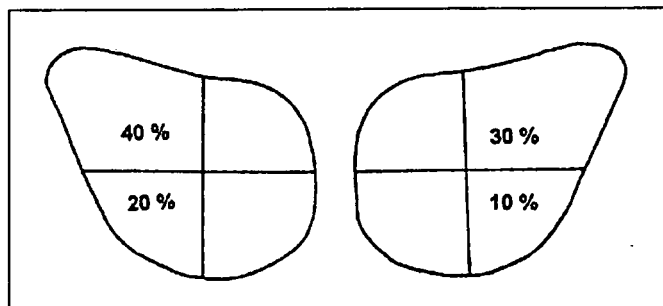
40 % boonste buitenste kwadrant links

20 % onder buitenste kwadrant links

30 % boonste buitenste kwadrant regs

10 % onderste buitenste kwadrant regs

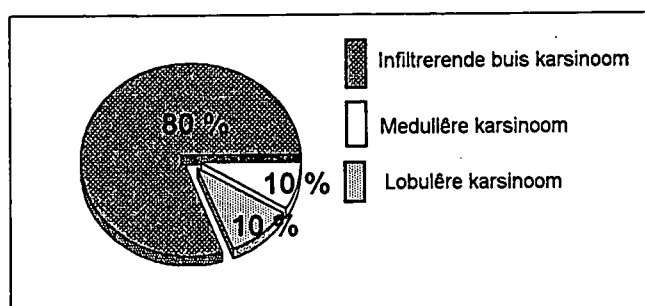
**Figuur 3.2**  
**Tumorvoorkoms van respondente (n=10)**



### 3.3.2 Tumorhistologie van respondente

Agt respondente het gepresenteer met infiltrerende buiskarsinoom (kyk figuur 3.3). Dit stem ooreen met literatuurbevindings dat infiltrerende buiskarsinoom die hoogste insidensie van tumorhistologie vir karsinoom van die mammae het (Fernsler 1989:159).

**Figuur 3.3**  
**Tumorhistologiese van respondente (n=10)**



Een respondent met 'n geskiedenis van twee jaar van intra-buis-karsinoom in situ, het dan wel ook infiltrerende intra-buis-karsinoom ontwikkel.

'n Ander respondent het gepresenteer met 'n lobulêre karsinoom  $T_2N_{10}M_0$ . Sy het 'n familiegeskiedenis geassosieer met herhaling van die karsinoom en gepaardgaande lyding. Sy het 'n mastektomie met 'n kombinasie aanvullende behandeling van radio-, onkochemo- en hormoonterapie ontvang. Hierdie multifokale letsels van die lobulêre karsinoom is geneig om deur die hele mammae te versprei en dikwels word 'n bilaterale mastektomie profilakties gedoen (Fernsler 1989:163). Dié respondent het egter net soos al die ander vroue 'n unilaterale mastektomie gehad.

### 3.3.3 T.N.M.-stadiumbepaling van respondente

Drie vroue het gepresenteer met 'n tumor kleiner as 2 cm (kyk tabel 3.6). Sewe van die respondente het 'n tumor tussen 2-5 cm gehad.

Slegs twee vroue het 'n  $T_2N_0M_0$  stadiumbepaling gehad, terwyl vyf vroue positiewe limfkliere gehad het. Van die vyf vroue met positiewe limfkliere het twee vroue een tot vyf positiewe limfkliere gehad, terwyl drie vroue meer as tien positiewe limfkliere gehad het.

Een van die drie vroue met meer as tien positiewe limfkliere het 'n erge familiegeskiedenis plus 'n diagnose van lobulêre karsinoom gehad. Die ander vrou met meer as tien positiewe limfkliere het 'n geskiedenis van intra-buis-karsinoom in situ vir twee jaar gehad, en presenteer nou met infiltrerende intra-buis-karsinoom. Geen vrou het metastases gehad nie.

**Tabel 3.6**

**Stadiumbepaling en tipe behandeling van respondente (n=10)**

	STADIUM-BEPALING	TIPPE CHIRURGIE	AANVULLENDE BEHANDELING
Respondent 1	$T_2N_0M_0$	Eenvoudige mastektomie sonder nodulêre verwydering	Radioterapie Onkochemoterapie
Respondent 2	$T_2N_{10}M_0$	Totale mastektomie	Radioterapie Onkochemoterapie
Respondent 3	$T_2N_{12}M_0$	Totale mastektomie	Radioterapie Hormoonterapie
Respondent 4	$T_1N_0M_0$	Eenvoudige mastektomie sonder nodulêre verwydering	Hormoonterapie
Respondent 5	$T_2N_{10}M_0$	Totale mastektomie	Radioterapie Onkochemoterapie Hormoonterapie
Respondent 6	$T_1N_0M_0$	Lumpektomie	Radioterapie
Respondent 7	$T_2N_1M_0$	Eenvoudige mastektomie met nodulêre verwydering	Onkochemoterapie
Respondent 8	$T_2N_2M_0$	Eenvoudige mastektomie met nodulêre verwydering	Radioterapie Onkochemoterapie
Respondent 9	$T_1N_0M_0$	Lumpektomie	Onkochemoterapie
Respondent 10	$T_2N_0M_0$	Eenvoudige mastektomie sonder nodulêre verwydering	Radioterapie Hormoonterapie



### 3.3.4 Tipe chirurgie van die respondente

Vyf vroue het 'n eenvoudige mastektomie gekry (kyk tabel 3.6). Die drie vroue wat 'n totale mastektomie gehad het, het 'n stadium II primêre karsinoom van die mammae gehad met ses tot tien positiewe limfkliere. Die ander vroue wat in stadium II was, het minder positiewe limfkliere gehad en kon dus 'n eenvoudige mastektomie met nodulêre verwydering kry. Geen vrou in die studie het 'n bilaterale mastektomie gehad nie.

### 3.3.5 Tipe behandeling van respondente

Twee vroue het borsbesparende chirurgie naamlik 'n lumpektomie gehad met radioterapie of onkochemoterapie. Die twee vroue het gepresenteer met  $T_1N_0M_0$ -stadiumbepaling (kyk tabel 3.6). Die ander vrou met 'n  $T_1N_0M_0$ -stadiumbepaling was 'n ouer vrou in die ouderdomsgroep 61-65 jaar (kyk tabel 3.1) en het 'n eenvoudige mastektomie sonder nodulêre verwydering asook aanvullende hormonale behandeling ontvang in die vorm van 'n anti-estrogeen wat tumorregressie bewerkstellig deur hormonale manipulasie (McGee en White 1989:179). Een van eersgenoemde vroue wat 'n lumpektomie gehad het, was pre-menopausaal.

Slegs vier vroue het gekombineerde aanvullende behandeling (radioterapie en onkochemoterapie) vir stadium II-karsinoom van die mammae (kyk tabel 3.6) gekry.

Twee respondente was steeds onseker oor die keuse van die behandeling wat uitgevoer is. Die een respondent se onsekerheid het daaruit gespruit dat sy haar vergelyk met ander persone met karsinoom van die mammae. Die ander respondent het gemeen dat haar tumor in die beginstadium was en dat die chirurg haar nie oortuig het dat 'n mastektomie nodig was nie. Volgens haar klinieknotas het sy wel karsinoom van die mammae met 'n stadiumbepaling van  $T_2 N_2 M_0$  gehad.

Vier vroue het hormoonterapie as deel van hul aanvullende behandeling by hul mastektomieë ontvang. Al vier die vroue val in die ouderdomsgroepe bo 61 jaar (kyk tabel 3.1). Slegs een vrou het hormonale behandeling en beide onkochemoterapie en radioterapie ontvang. Die stadiumbepaling van haar karsinoom was  $T_2N_{10}M_0$ .

### 3.4 VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES

#### 3.4.1 Kategorieë, groepe en temas gerig op verpleegkundige ondersteunings-tussentrede

- Vyf en sestig temas is geïdentifiseer wat beskrywings van die respondente se belewenisse van die fenomeen is (kyk tabel 3.7). Kenmerkend van die temas is dat dit nie uitsluitlik fasegebonde is nie byvoorbeeld vroue kan in enige stadium 'n behoefte aan inligting hê. Hierdie temas kan wel in spesifieke fases 'n meer prominente behoefte vir spesifieke ondersteuning by vroue wees.
- Die temas sluit die totale fenomeen van karsinoom van die mammae in, dit wil sê vanaf die diagnosering van primêre karsinoom van die mammae. Dit strek tot waar die vroue geen kliniese tekens en simptome ervaar nie, dit wil sê gereeld opvolgbesoeke sowel as diagnostiese toetse ondergaan.
- Hierdie temas kan ook in enige verpleegsituasie toegepas word, dit wil sê tydens hospitalisasie in 'n saaleenheid, by 'n behandelingseenheid, kliniek of dokterspreekkamer.
- Die temas omsluit totale verpleegsorg met ander woorde fisieke, psigososiale (insluitend seksuele), religieuse en finansiële behoeftes van vroue met primêre karsinoom van die mammae. Dit wys ook duidelik dat al hierdie aspekte deel uitmaak van verpleegkundige



ondersteuning vir die vrou en dat basiese tussentredes soos om die familie te betrek net so belangrik in die verpleegkundige ondersteuning is as om met die vrou oor haar diagnose te praat.

- Die temas laat steeds ruimte vir individuele belewenis van die vrou en daarom speel beraming voortdurend 'n belangrike rol.
- Die finale temas is saamgegroepeer in groepe. Agtien groepe is geskep. Daarna is twee kategorieë gevorm om die groepe en temas in verband met die fenomeen te bring (kyk tabel 3.7).

**Tabel 3.7**  
**Kategorieë, groepe en temas van**  
**verpleegkundige ondersteuningstussentredes**

**KATEGORIE:**

**DIREKTE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES**

GROEPE	TEMAS
3.7.1 Verreken vorige blootstelling van en ervaring met persone met karsinoom	(a) Verreken vorige blootstelling as gevolg van familieledede of vriende met karsinoom. (b) Verreken vorige blootstelling as gevolg van benigne tumore. (c) Verreken gevoelens/kennis rondom voorkomende optrede.
3.7.2 Verreken die vrou se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom en die behandeling in die ondersteuning	(a) Verreken vrou se gevoelens oor die diagnose en impak van chirurgie asook aanvullende behandeling. (b) Vul gebrekkige kennis oor karsinoom en behandeling aan. (c) Voorsien in voortgesette inligtingsbehoefte.
3.7.3 Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies	(a) Ondersteun tydens kommer en vrees. (b) Moedig verbalisering van woede aan. (c) Ondersteun waar onsekerheid en twyfel bestaan. (d) Troos tydens hartseer en ongelukkigheid. (e) Bied steun vir geskokte/ontwrigte vroue. (f) Hanteer gevoelens van onwerklikheid. (g) Bemoedig tydens periodes van moedeloosheid. (h) Ondersteun tydens hulpeloosheid, verslaentheid en beheerverlies.
3.7.4 Evalueer die vrou se aanpassing en verreken dit in ondersteuning.	(a) Evalueer en verreken verlieservaring. (b) Evalueer en verreken liggaamsbeeldverlies. (c) Evalueer en verreken ander psigiese aanpassings. (d) Evalueer en verreken fisieke aanpassing.

GROEPE	TEMAS
3.7.5 Tree koesterend in verpleegsorg op	(a) Wys verpleegkundige betrokkenheid (b) Bespreek haar diagnose (c) Behandel haar menswaardig (d) Bied privaatheid
3.7.6 Verskaf effektiewe verpleegsorg	(a) Demonstreeer vaardigheid/kennis tydens versorging (b) Beplan effektiewe verpleegtussentrede
3.7.7 Moedig selfsorg/onafhanklikheid aan	(a) Versterk 'n onafhanklike ingesteldheid (b) Motiveer selfsorg
3.7.8 Moedig effektiewe hantering aan	(a) Verskaf geleentheid vir die verbalisering van effektiewe hantering (b) Versterk positiewe ingesteldheid
3.7.9 Versterk geloofsoortuigings	(a) Voorsien geleentheid vir die versterking van individuele geloofsoortuigings (b) Skep 'n geleentheid vir die verbalisering van vertroue
3.7.10 Evalueer vroue se toekomsverwagtinge en verreken dit in ondersteuning	(a) Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van genesing (b) Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van herhaling/verspreiding (c) Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van liggaamsbeeldherstel

## KATEGORIE:

### INDIREKTE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES

GROEPE	TEMAS
3.7.11 Betrek eggenoot by ondersteuning	(a) sien toe dat die eggenoot ingelig word (b) Bied ope besoektyd aan (c) Moedig kommunikasie oor diagnose/behandeling met eggenoot aan (d) Versterk aanvaarding van eggenoot (e) Motiveer egpaar tot gesamentlike hantering van krisissituasie (f) Moedig behulpsaamheid aan
3.7.12 Betrek ander spanlede by ondersteuning - Huisdokter - Chirurg - Radiografis	(a) Moedig 'n positiewe verhouding aan (b) Moedig bevestiging van abnormaliteite aan deur geneesheer (c) Moedig bespreking van abnormaliteite aan (d) Moedig verduideliking van beplande chirurgie aan (e) Moedig bespreking van alternatiewe behandeling (indien toepaslik) aan (f) Voorsien in individuele behoefte ten opsigte van tyd vir verwerking van diagnose en impak van chirurgie (g) sien toe dat Inligting met betrekking tot chirurgiese uitslag bevestig word (h) sien toe dat inligting ten opsigte van verdere behandeling

GROEPE	TEMAS
	gegee word (i) Verseker verwysing na ondersteuningsgroep (j) Versterk die voorbereiding tot ontslag
3.7.13 Betrek 'n mammaekarsinoom-ondersteuningsgroep	(a) Reël 'n besoek (b) Monitor en versterk hulle motiverende/bemoedigende optrede (c) Sien toe dat hulle inligting verskaf (d) Monitor, bevestig en vul inligting aan deur ondersteuningsgroep gegee
3.7.14 Betrek predikant by haar ondersteuning	(a) Moedig besoeke aan (b) Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing
3.7.15 Betrek religieuse ondersteuningsbron	(a) Betrek die gemeente (b) Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing
3.7.16 Verreken haar verantwoordelikheid en betrokkenheid by haar kinders asook positiewe ervarings	(a) Versterk kinders se teenwoordigheid as motivering (b) Evalueer en versterk kinders se vermoë tot aanpassing en ondersteuning
3.7.17 Betrek familie en vriende by die ondersteuning	(a) Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van besoektyd (b) Moedig besoeke aan (c) Versterk bemoediging deur familie/vriende (d) Betrek in hulpverlening
3.7.18 Betrek werkgewer	(a) Betrek by bemoediging (b) Verskaf inligting ten opsigte van aspekte wat sal bydra tot vroue se herstel

Vervolgens kon die navorser met behulp van bogenoemde kategorieë, groepe en temas die inhoud van elke onderhoud daarvolgens analiseer. Elke gesprek is aan die hand van hierdie temas, groepe en kategorieë ontleed, sodat feitlik die hele onderhoud opgebruik is. Slegs onbruikbare woorde of frases is nie in die klassifikasie gevoeg nie.

#### 3.4.2 Motiverings en verklarings vir verpleegkundige ondersteunings-tussentredes benodig deur respondente

Die respondente het nie net ondersteuningstegniese wat hulle benodig of ontvang het beskryf nie. Hulle het ook hulle kommer, probleme en ervarings bespreek en daardeur hulle behoefte aan ondersteuning beskryf (kyk tabel 3.8).

Tabel 3.8

Motiverings vir insluiting van verpleegkundige ondersteuningstussentredes

## A. DIREKTE VERPLEEGKUNDIGETUSSENTREDES:

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
1. Verreken vorige blootstelling van en ervaring met persone met karsinoom	1.1 Verreken vorige blootstelling as gevolg van familieleda met karsinoom	... borskanker die laaste wat my ooit gepla het.		... nooit met kanker te doen nie, dan weet jy nie als wat dit beteken nie.  ... niemand in my familie ooit gehad nie ...  ... nooit 'n vriendin of iemand gehad wat daardeur is nie ...	... ouer suster mastektomie, na 17 jaar dood aan koroner.  So dit was nie iets heeltemal onbekend nie ...  'n vriendin saam gestudeer het ook 'n mastektomie gehad ... sy was deur alles. Dit was vir my baie werd. Sy was 'n inspirasie vir enige iemand.	... broer twee jaar terug dood na operasie vir galblaaskanker. Net so. Binne drie weke was hy weg. Daardie lyding was vir my verskriklik.  ... het baie kontak gehad ...  ... Drie jaar tevore niggie en jaar voor dit haar ma aan dieselfde ding dood. My niggie was soos 'n suster vir my ... sy het kort-kort nuwe plekke wat weer uitgekome het ... was bietjie ontsenu. Sy het baie goed gevorder en ewe skielik is sy ... sy het 'n verskriklike lyding gehad. Weet dit kan nooit weer te voorskyn kom nie en dit kan weer te voorskyn kom. My familie het dit altyd teruggekome.  ... met my agtergrond van my familie het ek die ellende gesien. ... het ek saam daai tyd deurgemaak ...  ... sy het my gewys mens val nie plat nie. ... sy het my gemotiveer ... baie tot nadenke ... by haar geleer mens nie als oorboord gooi nie.	... familie geskiedenis van mammakarsinoom.  ... baie goeie vriendin van my met die mastektomie ... het geworstel met hierdie ding ... hoekom sy, hoekom sy, sy is nog so jonk.			... net na 'n vriendin verloor het wat 'n mastektomie gehad het ...	... familie is nie kanker-mense nie, nooit gereken ek kanker sal kry nie.

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
1. Verreken vorige blootstelling van en ervaring met persone met karsinoom (vervolg)	1.2 Verreken vorige blootstelling aan benigne tumore			... het al 3 biopsies gehad ... ... atweer 'n knoppie op dieselfde plek ... ... hy vra of ek besef wat kwaadaardig is, toe sê ek ek weet wat dit is ... het al 'n paar borsoperasies gehad ... het vrees gehad wat dit sal wees ...	... lank gelede 'n knop gehad ... ... het geweet die keer dit was nie dieselfde nie. ... vantevore al deur die ding ... het geweet dalk twee dae na narkose bly ... ... het geweet die knop moet uit, moet aandag kry. ... geweet dit was 'n hele knop ...	Jare terug 'n gewas gehad in anderkant ... is daarvoor geopereer ... nie kwaadaardig ... die ding in jou agterkop ... ek was bang een of ander tyd broei dit uit. ... maar die keer het ek beslis geweet die ding is vir my rooi en hy's opgehewe en warm.			... altyd bang vir so iets. ... het gesê dis heeltemal normaal. Ek hoef nie oor iets te bekommer nie.	... twee jaar terug gevoel 'n knop, eintlik 'n verdikking ...	
	1.3 Verreken gevoelens/kennis rondom voorkomende optrede		... een maal 'n jaar na chirurg ... ... het knop in linker-bors nie gevoel.		... agtien maande te laat by huisdokter ... ... het nooit agtergekome in die agtien maande nie. ... het redelik probeer altyd, gereeld dokter toe gegaan. Was 'n trauma om altyd te sê voel 'n bietjie weer. ... was 'n hele rukkie nie daar nie. ... kon nooit op myself voel nie, het groot borste. Verbeel my ek kan nie voel nie. Ek weet nie wat het verkeerd gegaan nie.	... gereeld 'n mammo-gram laat neem. ... het 'n jaar en ses maande nie weer gegaan nie ...	... weet nie presies wat fout gegaan het nie. Was tog gereeld by dokter. ... het gevoel daar is 'n knop, maar was 'n verdikking. Het met verskeie mense gepraat, nooit met dokter nie. Almal het my gesê wees gerus, dit is omdat jy hormone gebruik. Dit maak so...	... het aanhoudend dokter toe gegaan, want was altyd bang vir so iets. ... het gesê dis heeltemal normaal. Ek hoef nie oor iets te bekommer nie ... maar nou moet ek eerlik wees ... ek was nalatig geweens en het nie gegaan nie want hy sê toe vir my hy glo nie ek moet oor enigsins iets bekommer nie. En ek dink toe, ag wat as hy so daaroor voel, hoekom sal ek gaan ...	... gevoel knop, eintlik 'n verdikking. ... het maar gevoel en gegaan vir mammo-gram. ... vir paar jaar nie weer, want knop pla my nie. ... dokter sê alles is oraaï, nie nodig om vir biopsie te gaan. ... toe sê hy nee wat alles is nog oraaï daar, dit is nie noodwendig nodig om vir 'n biopsie te gaan nie en ek het nie gegaan nie ...	... nooit iets agtergekome van my bors nie ... ... ek is laas na my jongste dogter se geboorte heeltemal ondersoek (23 jaar). Toe ondersoek hy my en voel die knop ...	
2. Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom en die behandeling in die ondersteuning	2.1 Spreek gebrekkige kennis aan oor karsinoom en behandeling	... sou verkies dat hulle darem sê hulle gaan nou eers net dit en dan daarna sal ons ... dat jy darem weet wat aangaan. ... as hulle vir jou meer kan vertel wat met jou gebeur terwyl jy bestraling kry en so aan. ... mev. XXX het eerste met my gepraat, wat gaan gebeur, wat gaan gedoen word ... ... weet nie wat om te verwag nie ... ... het gedink gaan nou	... sou goed wees as iemand jou leer. Ek het niks geweet van kanker nie ... jy weet nie wat om te verwag nie ... as hulle jou 'n bietjie meer ingelig het van na die operasie, jy sal nie dit of dat kan doen nie, laat jy net weet wat vir jou wag. Ek dink dan sal jy beter vaar daarmee. ... bang ek moes dalk chemo kry ... al wat mens hoor is dat dit iets aakligs is.	... daarna het iemand Reik na Herstel my besoek ... ek kon toe baie uitvind wat om te verwag. ... langs die pad besef dit sal ahang van kliere of ek sal moet bestraling of chemoterapie kry en dit was 'n skok ... mens hoor van chemoterapie dat dit iets aakligs is. ... sou op daai stadium van iemand wou geweet het watter verdere behandeling nodig sou wees ...	... baie op senuwees eerste keer. Nie geweet wat behels dit nie. Nog nooit gehoor wat is chemoterapie, hoe dien hulle dit toe nie. Was nagmerrie. Nie geweet wat om te verwag nie. Weet niks van behandeling. ... as behandeling kry kan jy opstaan en loop, is jy in 'n toestand, wat gebeur as jy dit kry.	... wou meer weet omdat lumpektomie nuwer ding is ... ... bestraling niks geweet	... weet nie werklik wat chemoterapie behels nie. ... dink hulle moet vir jou sê. Elke slag voordat jy gaan is jy gespanne, veral eerste keer ... ... het nie besef dat ek vir chemoterapie en bestraling moet gaan nie. ... ek sal nou sommer gou gesond word. Dit was vir my swaar. ... nie geweet wat presies wag by bestraling	... iemand moet vooraf jou gesels. Dit is belangrik. Dat sy sê daar is goed wat jy kan dra, jy kan elke dag werk toe gaan sonder om snaaks te lyk ... dit sou jou laat besef het nie einde van wêreld vir jou, alles sal weer normaal wees. ... vrouitje besoek ... sou niks geweet het nie ... van prosteses ... gehoor gou gesond word. Dit was vir my swaar. ... was heel verras ...	... nie geweet wat om te verwag nie ... ... gelees Cora-Marie viamma in hand kry ... ... maak my reg verskriklikste vlam ... sê net jy gaan nou vir behandeling wat ek nie gedink het ek gaan kry nie. ... sou wou weet is dit erg ...		

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
2. Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom en die behandeling in die ondersteuning (vervolg)			dadelik begin met bestraling. Jy is onseker, weet nie wat aangaan nie.					nie.			
	2.2 Voorsien in voortgesette inligtingsbehoefte	... was nog nie by een van hulle vergaderings nie ...	... my bors was hard, geswel en pynlik ... het ek maar weer XXX gebel en hulle het vir my gesê hulle dink ek moet maar na dokter XXX teruggaan.  ... skoonseun se ma ook borskanker, sy het vir my gesê ...	... huisdokter name gegee van vroue wat ook mastektomies gehad het, ek het hulle gebel om my te kom sien ...  ... my bors het ontsteek geraak ... toe bel ek hom ...	... 'n vriendin is deur alles. Dit was vir my baie weerd ...  ... oor twee weke 'n beenflikkergram ... ek weet nie presies wat dit is nie ...  ... so mens kan niks daaraan doen om dit te voorkom dat dit in 'n ander orgaan begin nie ...	... wonder moes dit nou ek gewees het ...  ... pamflet van 'n byeenkoms gekry, wil nogal gaan om te hoor of mens iets daaruit kan leer ...  ... het my hare laat perm, ek kon dit nie beheer nie ... dag toe ek moet hom vra ...  ... as dit gebeur dan weet ek nie hoekom is dit so nie ... Ek sou eerder wou weet. As dit so iets doen gaan dit gebeur. Dit sal vir my baie makliker wees om te aanvaar as wat ek niks weet nie ...	... vriendin met mastektomie ... wil by haar hoor of sy ook so gevoel het ...  ... pla my dat ek nog nooit in trane uitgebars het nie ... dis hoekom ek gedink het, ek is steeds besig met die ontkenningfase ...  ... kan nie vir myself uitwerk of ek nou in "fools paradise" lewe en ek probeer ontken nie, of dit maar totale aanvaarding tog is ...	... dametjie wat in hospitaal kom kuier het skakel nog gereeld om te hoor hoe gaan dit, hoe ver is ek met my behandeling, hoe voel ek, is daar nog enig-sins iets wat ek wil weet.  ... hulle nooi gedurig na praatjies.	... agterna baie by myself gewonder was dit regtig nodig om so 'n drastiese stap te neem.  ... gewonder hoekom my dokter nie ook gesê ek kan net die knop verwyder en bestraling kry nie, want dit was in 'n wonderlike begin stadium ...  ... het gelees hulle verwyder net die knop en kry bestraling en die mense word gesond.  ... een oggend toe ek opstaan is my arm verskriklik geswel en ek het my koud geskrik en ek bel hom, toe sê hy dis oor die kliere verwyder is.	... gevra hoekom bly my arm seer, ek sou wou hê dat chirurg gesê het my arm lyk so ...  ... wil weet al die dinge wat kan gebeur.  ... jy gaan nou af vir bloettoets en more beenflikkergram.  ... voel ek het dit nie nodig nie ... ek weet nie wat dink julle ...	
	2.3 Verreken vroue se gevoelens oor die diagnose en impak van chirurgie en behandeling	... borskanker was laaste wat my ooit gepla het  ... sou nie so erg gewees het as hy die mastektomie die eerste keer gedoen het nie. Jy het so vrede gemaak ... dis nou iets wat moet gebeur. ... die skok as jy dink alles is normaal, maar hy sê dis kwaadaardig, alles moet nog verwy-	... gedink dis net 'n knop, nie eintlik verwag dit sou iets wees nie ...  ... het gedink dit gaan nie kanker wees nie.  ... omgekrap  ... voel onder my arm, besef ek, weet ek nou ...  ... Maandag nooit vir dokter gesien nie, toe	... kanker en ek het so sleg gevoel ... begin huil hele middag.  ... vrees gehad wat dit sal wees.  ... ek sê vir haar (dogter) is die bors nog daar. Sy sê nee ma ...  ... dis iets wat jy jou lewe lank gehad het en nou is dit nie meer daar nie.	... seker dis net 'n knop  ... nie gedink dit sal 'n mastektomie afgee nie ...  ... nie klaargemaak vir 'n mastektomie nie.  ... mens wil nie dink nie  ... skok toe wakker word en weet my bors is verwyder.	... het dit al die tyd geweet ... het onmiddellik geweet dis 'n groot probleem  ... is verskriklik sensitief daaroor, die dat ek so baie familie  ... bang een of ander tyd broei dit uit ...  ... toe eers besef dis finaal, dis weg, dit is 'n verskriklike skok.	... voel toe baie jammer vir myself, oor die pyn, nie oor ek nou kanker het nie.  ... verlig gewees dat dit nie 'n mastektomie gaan wees nie ... toe ek bykom van narkose in die saal hoor hoe handig hulle oor en sê lumpektomie.	... almal het gesê dit is nou omdat jy so hormone gebruik  ... baie gehuil. Dit was 'n geweldige skok.  ... toe ek bykom het hy vir my die hele saak verduidelik ...	... spesialis toe en vir my gesê: Ek glo glad nie dis kwaadaardig nie, dis heeltemal te los knoppie, klein en alles ... en toe kom die dokter en sê dit is kwaadaardig. Dit is 'n traumatiese ervaring.  ... het aan myself gevat en gevoel en besef dis nou verby ... dit was 'n traumatiese ervaring.	... eintlik nie gedink aan enige iets wat ... het nie verder gedink. Wil nie daaraan dink, jy weet dit kan gebeur.  ... uit teater sien ek alles is nog hierso, daar is niks weg nie ...  Hy kom toe en sê 'n biopsie is gevat en	... nie minste in my gedagtes gekom nie ... nooit gereken dat ek kanker sou kry nie.  ... toe ek bykom besef ek dit is afgesit. Geweldige skok toe besef dit is kwaadaardig en bors is afgesit.  ... hy sê toe dit was kwaadaardig.

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
2. Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom en die behandeling in die ondersteuning (vervolg)		der word ... ... het gedink alles is normaal dat die mastektomie nie nodig is nie ... dis verskriklik. ... hele dag as jy hulle vra wanneer gaan ek huistoe, sê hulle jou dokter kom net-nou. Hoekom het hulle toe nie vir my gesê nie? Na nege-uur kom die dokter en sê hy is jammer, maar dis kwaadaardig en dit moet verwyder word ... ek was regtig baie ontsteld gewees.	Dinsdag vroeg ... hy kom by my sê dit was kwaadaardig, ek het dit agtergekom ... Dinsdag het dit niks gepla nie, asof dit nie deurdring nie ... Woensdag het ek gedink, kyk vandag is nie my dag nie ... baie ongelukkig.								hy moet die res nog doen. Toe is ek nou weer verslae ...	
3. Evalueer post-operatiewe aanpassing en verreken dit in ondersteuning	3.1 Evalueer en verreken verlies-ervaring	... jou lewe is belangriker as jou bors. ... het jou bors verwyder, maar jy kan nog aangaan met jou lewe.	... eers as jy dit self het, as jy weet jy het kanker dan kan jy vir jou bekommer. ... ek het net gedink ... dit gaan nie kanker wees nie.	... help nie as later tog weer gaan en dan is dit verder heen .	... wil nie een stukkie red en môre weer probleme hê nie. Dis gelukkig iets wat verwyder kan word. Jy kan nie 'n kop afsny nie ...	... het geskrik, want toe weet ek sommer. ... dalk kan ek daaroor kom. As nie daaroor kom nie, het geleende tyd gehad ... ek weet my familie het dit almal weer teruggekom ...	... maak 'n groot verskil as jy net 'n lumpektomie, nie 'n mastektomie het nie ... ... voel baie jammer vir myself, maar oor pyn in die arm, nie oor ek kanker het nie ... ... elke keer as jy uittrek met 'n mastektomie word ander daaraan herinner dat sy kanker het ... ek word nie elke keer herinner daaraan nie ...	... as hy jou teen hom vasdruk besef ek eenkant is niks ... vir niks in die wêreld kan ek dit aanvaar en dit is my heel grootste probleem om dit te aanvaar, dit wat met jou gebeur.	... wat vir my die verskriklikste was, ek gaan my bors verloor. Dit was vir my baie werd. ... ek bekommer my nie verskriklik baie oor kanker nie. ... so 'n tipe kanker dat dit uitgesny kan word, jy kry behandeling en dis weg.	... dit is nie so traumaties, hoekom moet ek nou die traumatiese ondergaan. Ons het toe op 'n lumpektomie besluit. ... jy weet net jy is redelik bekommerd.	... geweldige skok toe besef dit kwaadaardig is en bors afgesit. ... na operasie was bekommerd, dis 'n bestiering dat derm probleme gegee het dat klont ontdek is ... as klont later ontdek is, was dalk groter, baie skade.	
	3.2 Evalueer en verreken liggaams-beeldverlies	... hare uitval meer gepla as bors wat verwyder is.		... bang moes chemo kry, hare val uit ... ... voor jy dink almal gaan jou raaksien, dat jy nie selfbewus voel nie. ... dis iets wat jy jou lewe lank gehad het en nou is dit nie meer daar nie... ... kom nie meer agter het nie meer 'n bors nie. Asof dit nooit gebeur het nie.	... bors verwyder is niks. ... bors as sodanig was niks vir my nie. Ek beleef nie eie liggaam as vermink nie.	... vreeslike klap vir enige vrou.	... elke keer as uittrek met mastektomie word ander herinner aan kanker, ek word nie elke keer herinner daaraan nie. Het 'n klein snitjie. My bors lyk net so normaal soos anderkant. Jou liggaam is nie geskend.	... as hy jou teen hom vasdruk besef ek eenkant is niks. Vir niks in die wêreld kan ek dit aanvaar wat gebeur het ... kan dit nie terugkry nie.	... moeilik om voor ander uit trek. In huwelikslewe was dit onsettend moeilik ... ... die ding wat heelyd in jou kop vassteek, ek lyk nou anderster. ... verskriklik hoe gaan hulle teenoor my optree, gaan hulle my snaaks aanky. ... hulle maak jou heeltemal oop, dan kom die een in, hulle besef nie dat jy selfbewus is oor daai plek nie. Vir jouseff is dit afskuwelik lelik tot vandag toe.	... glad nie so 'n verandering, jy trek nog dieselfde klere aan ... ... nie lekker vir 'n vrou as haar bors afgesit is nie, as ek 10 jaar jonger was dan sou dalk meer gevoel het. Op hierdie ouderdom pla dit my glad nie. ... As ons see toe gaan trek ek nie meer 'n baaikostuum aan nie.		

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
3. Evalueer post-operatiewe aanpassing en verkeer dit in ondersteuning (vervolg)	3.3 Evalueer en verkeer ander psigiese aanpassings	... agterna het dit beter gegaan, dit was maar iets wat jy moes aanvaar.  ... daama het ek vrede gemaak.  ... jy moes dit maar aanvaar, moet dit agter die rug kry vir jou eie beswil.	... daarna was kalm gewees en heeltemal tevrede. Nog altyd gepa en mens nog twyfel gehad.	... kom nie meer agter het nie meer 'n bors nie. Asof dit nooit gebeur het nie.  ... jy moet jou net versoen.	... het daarby aangepas.  ... weet nie eers dat ek 'n operasie gehad het nie.  ... was vir my so maklik.	... was swaar op 'n stadium, maar ek moet daarvoor kom. Wil probeer, ek kan nie platval nie.  ... nog 'n swaar ding, al aanvaar jy dit, het nog probleem om jousef reg te hou. Is moeilik.	... maklik aanvaar ... ek dink ek het dit aanvaar.	... vir niks in wêreld dit terugkry nie, kan dit nie aanvaar. My heel grootste probleem om dit te aanvaar wat met jou gebeur.	... nie iets wat jy vir jousef kan verwerk nie.  ... jy weet dit moet kom, verbykom en klaar.  ... alles is net soos dit altyd is.	... het dit gou aanvaar.	... het dit heeltemal aanvaar. Dit pla my nie ...  ... het gou daarvoor gekom. Ek het besef dit moet so wees en ek aanvaar dit.
	3.4 Evalueer en verkeer fisieke aanpassing	... weer op daardie vlak, my arm redelik gebruik.  ... moes nog doeke ruil, mens pas maar aan, doen dit op maklikste manier.  ... doen alles wat ek met hom moet doen.	... nie baie met arm kan werk nie, kan oorsit in olifantam.  ... bors hard en pynlik, vreeslik pyn in al twee die borste ...	... arm nog effentjies verlam.  ... kon alles doen wat gedoen het... gewone gang.  Doen alles in huis, brestryk, huiswerk.  ... in begin invalide, mag nie arm beseer, nie swaar goed dra.	... geen probleme arm nie.  ... was nie groot aanpassing nie.  ... het baie gou aange-sterk.  ... het geen ander nagevolge nie.	... uiterlik ja, innerlik nog moeilik.  ... almal gesê kan nie glo hoe gou ek daarvoor gekom het nie.  ... kan nie meer verrig wat verrig het nie.	... het nie enige probleme nie  ... my bors net so normaal soos anderkant.	... nie onmiddellik nie. Dit gaan net aan, elke dag voel jy 'n bietjie beter ...	... nooit moeg.  ... gedink ek was baie gelukkig.	... regtig nie iewers 'n aanpassing nie. Mens versigtig arm dat nie beseer.  ... toe terugkom huistoe, alles maar aangegaan. Jou lewe gaan normaal aan.	Voel heeltemal gesond, voel niks nie. Niks pla my nie.
4. Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies	4.1 Ondersteun tydens kommer en vrees	... my grootste bekommernis was dat dit XXX (haar man) gepla het.	... eers as jy dit self het, as jy weet jy het kanker dan kan jy jou bekommer.  ... bekommer die bors is hard en seer.	... ek dag toe dis die duiwel wat my versoek: Spring hier af en jy hoef nie môre te gaan vir die operasie nie.  ... dit het my die hele Woensdag gehinder, ek wonder wat het dit opgeneem.  ... het die vrees gehad wat dit sal wees.  ... ek regmaak vir die operasie was ek baie senuweeagtig in die begin ...	... dit was twee dae van spanning.  ... ek weet nou dis niks om oor bekommerd te wees nie.	... was baie op my senuwees die eerste keer ...  ... was 'n bietjie ont-senu.  ... het maar met gemengde gevoelens ondergegaan.	... van bestraling het ek niks geweet nie.	... besef eerste slag wat gaan nie wat wag vir jou nie. Verskriklike masjiene en alles lyk vreemd en snaaks.  ... nie geweet presies wat wag vir jou in die hospitaal nie, baie bang tot ek in die hospitaal was. Aand voor tyd baie benoud.	... bekommer jou vreeslik oor ek nou kanker, dis vir jou 'n vreesaanjaende gedagte, ek het nou kanker.  ... maar ek is toe nogal redelik geratel ...  ... jy weet net jy is redelik bekommerd.  ... ek is net bekommerd oor my kind ...  ... jy weet nie wat om te verwag nie.	Na die operasie was ek bekommerd ... het nie voor die tyd veel geweet van die behandeling nie ...	
	4.2 Moedig verbalisering van woede aan	... regtig baie ontsteld gewees, dit was so 'n antiklimaks  ... baie ontvrede gewees ... toe laat hulle my ongelukkig teken vir 'n biopsie.					... en die persoon het my ook net so ontstel.				
	4.3 Ondersteun in onsekerheid en twyfel	... nie vir jou verduidelik dit doen hulle, dit is soos dit werk, dit is soos dit nie moet werk nie..	Jy is maar onseker, jy weet ook nie wat gaan aan ...  ... jy weet nie wat om te verwag nie ... ek meen die onsekerheid	... ek hou alles dop. Ek het 'n week gelede 'n seer op my vel gehad.	... ek weet dit kan nooit weer te voorskyn kom nie en dit ... Maar ek weet in my familie het dit almal weer teruggekome ...	... sy kry chemoterapie en bestraling terselfdertyd. Dan wonder jy nou ...  ... mens is angstig voor 'n toets ... dinge raak	... die aand voor die tyd onseker gevoel.	agterna het ek baie by myself gewonder, was dit regtig nodig. Ek het net gevoel dat my dokter my nie regtig oortuig het nie, dat dit so nodig is nie, want al	... jy weet nie wat om te verwag nie.  ... jy bly ook wonder gaan ek genees?  ... dit kom gedurig in	... het nie voor die tyd veel geweet van die behandeling nie.	



GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
4. Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies (vervolg)			was daar. ... mens kan nooit sê dit gaan nie weer hervat nie. Dit weet jy nooit ... dit was 'n verskriklike onsekerheid.			... was baie op my senuwees die eerste keer.	vir jou 'n bietjie onseker. ... van bestraling niks geweet nie.	... nie geweet presies wat wag vir jou in die hospitaal nie, baie benoud tot ek in die hospitaal was.	my kliere was skoon.	jou kop. Dit hang nou maar altyd daar, jy kan dit nie wegpraat nie ... ... dis toe ons gewag het vir die uitslae van die limfkliere. Dit was 'n bietjie te lank ...	
	4.4 Troos tydens hartseer en ongelukkigheid		... huisdokter vir my sê dat dit wel 'n knop is, toe was ek nou nie juis ...  ... ek het net baie ongelukkig gevoel.  ... ek kon net nie getroos raak nie.	Ek het sleg gevoel ... jy weet, ek het begin huil en ek het die hele middag gesit en huil ...	Hulle was verskriklik bekommerd. Dit raak jou as jy sien hoe dit hulle raak.			... toe ek daaruit kom, baie gehuil ...			
	4.5 Bied steun vir geskokte en ontwrigte vroue	... maar ek dink die skok as jy dink alles is normaal, maar nou sê hy dis kwaadaardig ....			... dit was 'n skok toe ek wakker word en ek weet my bors is verwyder.  Ek het besef dit sal afhang van die kliere of ek sal moet bestraling of chemoterapie sal moet kry en dit was natuurlik 'n skok.	Na daai ding is mens heeltemal ontwrig. Dit is maar 'n vreeslike skok.		Dit was 'n geweldige skok.  Dit was vir my baie swaar. Ek het nie besef ek sal vir altwee moet gaan nie. Ek het gedink dinge is nou verby. Ek sal sommer gou gesond word. Dit was net vir my 'n bietjie 'n skok ... om te dink altwee daai goed ...	... dit was 'n traumatiese ervaring ...  ... dit was vir my verskriklik traumaties om my bors te verloor ...	... daar was een verskriklike dag ... dis toe ons gewag het vir die uitslae van die limf- kliere ... dit was nogal traumaties ... dit was nou 'n bietjie te lank.	... dit was natuurlik 'n geweldige skok ... toe ek besef dat dit kwaadaardig is en die bors is afgesit ...
	4.6 Hanteer gevoelens van onwerklikheid		... dit was net asof dit nie deurgedring het nie.			... dit is vir my vreeslik vaag ... ek weet absoluut niks.  Ek het eers die volgende dag of wat by myself gekom. Toe het ek eers besef dis finaal, dis weg.			Dit het amper vir my onwerklik gevoel. Dit kan nie regtig wees nie, jy sal wakker word en dit is nie so nie ...		
	4.7 Bemoedig tydens periodes van moedeloosheid		... later moedeloos geword en net nie meer geweet watter kant toe nie ...			... dit is swaar, al aanvaar jy dit, het jy nog die probleem om jouseif regop te hou. Dis maar moeilik.		... maar jy kry dae, ek kry nog dae wat ek voel hoekom? Dit kom maar van tyd tot tyd ...			
	4.8 Ondersteun tydens hulpeloosheid, verslaetheid en beheerverlies	... dis iets wat moet gebeur.	... niemand kan jou eintlik daarmee help nie.  Ek kon net niks kry wat my bietjie kon troos of my bietjie help nie.	... toe sê ek, dokter ek het geen keuse nie, wat help dit ek sê nee ...  Ek kan daar niks aan doen nie ...				... jy is soort van hulpeloos.		... toe is ek weer verslae, ek het dan gedink julle gaan dit doen.	
5. Tree koesterend in verpleegsorg op	5.1 Wys betrokkenheid		... gedurigdeur iemand by jou gewees ...	Hulle probeer troos, probeer maak dit vir jou makliker ...  ... sy was die hele nag	... hulle was vir my baie dierbaar.	... hulle was vir my baie dierbaar.	Het nie ondersteuning van die susters self gekry nie, glad nie ... hulle het nie uit hul pad gegaan om ondersteu-	... hulle het vir my regtig alles beteken in die hospitaal.	Hulle was absoluut wonderlik vir my gewees ...	Die personeel was fantasies ...	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
5. Tree koesterend in verpleegsorg op (vervolg)				uit en in, kom kyk of die verw warmer nie te warm is nie.			ning te gee nie.				
	5.2 Bespreek haar diagnose en siektebelevens	... gedink alles is normaal dat die mastektomie nie nodig is nie ... dis verskriklik. Die hele dag as jy vir hulle vra wanneer gaan ek huistoe, sê hulle jou dokter kom net-nou. Hoekom het hulle toe nie vir my gesê nie ...	... hulle het baie kom praat, maar oor die spesifieke ... oor kanker kan ek nie eintlik sê het iemand van die verpleegpersoneel eintlik gepraat nie. Dis nes of hulle vermy om te praat oor kanker, nee, ek dink hulle moet daaroor praat.	Dit sê baie vir 'n pasiënt as iemand jou moed inpraat. Dit is wat so 'n pasiënt nodig het, nie om bejammer te word nie ...  ... dink jy dalk die verpleegsters sal dit kan doen ... maar hulle is ook so besig ...  ... jou laat treurig voel of so aan ... hulle het altyd grappies gemaak ...	Hulle is individue, reageer anders, party het gesê hul ma het dit gehad en dat, hulle probeer maar troos, probeer maar dit vir jou makliker maak ...	Hulle kan ook maar weer daaroor praat, gevra het wat jy nou gehoor het, verstaan dit of so, weet dit of dat ...  Ek dink tog dit sou gehelp het ook, maar hulle wissel so baie ...  ... ek vind hulle praat nie.  ... kon hulle uitvra as ek wou, ek kon vra en hulle sou dit doen ... hulle het altyd by my gestaan en gesels ...	Nie dat hulle by jou sal kom sit en praat oor jou siektoestand nie. Ja, byvoorbeeld dreineer die pyp nog, hoe voel jy, wil jy nie iets vir pyn hê nie, maar nie hoe jy as persoon voel nie. Ek dink almal is nog half bang.	Ek dink tog in 'n sekere mate moet hulle vir jou sê.	Ek voel mense moet met jou kan praat daaroor. Dit is eintlik verskriklik belangrik. Ander mense moet met jou daaroor kan praat en jy moet met ander daaroor kan praat. Jy moet nie absoluut die onderwerp vermy nie, want dan voel dit naderhand vir jou jy lei aan 'n siekte of iets regtig vreesliks.	... ek neem toe aan alles is reg ... suster sê toe net voor ek ont-slaan word moet ek wag dokter kom my sien.	
	5.3 Behandel haar menswaardig	... het gelê en huil toe ek bestraling kry toe sê XXX dis soos jy voel ... jy is maar normaal ...  ... eerste behandeling was ek verskriklik naars gewees en rêrig siek. Toe ek vir XXX sê toe sê hy jy is snaaks, ander mense voel nie so nie en as jy met ander mense praat, sê hulle die chemo maak so.	XXX behandel jou soos 'n mens, hulle is nie laat ... daar staan jy nie eenkant nie, is dadelik opgeneem as familielid. Jy is heeltemal betrek by hulle ...	... moet jou nie behandel soos een wat nou kanker het nie. Jy wil hê hulle moet jou behandel soos enige gewone pasiënt, hulle moet nie vir jou jammer voel nie. Soos hulle inkom, jy op hulle gesigte sien, jy het kanker of dit of dat nie.  ... voor jy dink almal gaan jou raaksien, dat jy nie selfbewus voel nie.			... en vra hoe gaan dit. En as jy antwoord goed. Dan vra hulle gaan dit regtig goed. Of as hulle jou sien sê hulle jitte, maar jy lyk goed, so ek meen ek lyk nog net soos ek gelyk het voor die tyd. Of hulle nou verwag jy moet nou verskriklik lyk ...	... besef ek eenkant is niks.	Selfs die suster, professionele mense is geneig, dit is nou reg, hulle steur hulle min daaraan om jou daai kant oop te maak. Vir jou is dit absoluut 'n verskriklike ding ...  ... vir jouseif is dit afskuwelik lelik tot vandag toe.  ... hulle maak jou heeltemal oop, dan kom die een in, hulle besef nie dat jy selfbewus is oor daai plek nie.		
	5.4 Bied privaatheid			... dit was 'n privaat-kamertjie.		Hulle het my teruggesit na die privaatkamer ...			... ek was gelukkig 'n rukkjie alleng gewees en ek het aan myself gevat en gevoel en besef dis nou verby ... en ek voel dis verskriklik noodsaaklik om daai ding vir myself te verwerk ...  Na die operasie was dit vreeslik vir my gewees, elkeen wat in die kamer kom en hoe hulle reageer en met my praat.	Ek het 'n privaatkamer gekry, want ek dink dis verskriklik belangrik vir enige vrou. Al is jy emosioneel sterk, dit doen jou net net baie goed as jou mense kan inkom. Dit was vir my wonderlik	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
6. Verskaf effektiewe verpleegsorg	6.1 Demonstreer vaardigheid tydens versorging	<p>... hulle moes dit gedoen het die eerste keer, ek dink dan sou ek beter gevoel het ...</p> <p>Ek voel hulle moes daar vir my gesê het daar 'n mastektomie is dan teken ek daarvoor ook.</p> <p>.... hulle het my ongelukkig net laat teken vir 'n biopsie ...</p> <p>... hulle het glo my man gesoek, maar ek dink hulle het hom nie op die regte plek gesoek nie.</p>		<p>Enne, toe is die aarvoeding af en sy het gaan warmwater sakke soek. Sy was die hele nag uit en in, kom kyk of die verwarmer nie te warm is nie ...</p> <p>... toe het sy die laaste bottel se naald net ingedruk, maar nie in die aar nie. Toe het als hier in my arm geloop. Daai aand was my arm so seer en hy's potblou ...</p> <p>Toe kom die suster voor die pille gekom het en gee vir my 'n inspuiting ... ek moes latrine toe gaan ... toe ek om my bed kom, toe voel ek ek gaan flou word.</p> <p>Ek weet nie hoe moet ek tee drink nie en die een het die drip, as ek hom gebruik, sê sy jy trek die naald uit, wat moet ek nou maak ...</p>							<p>... toe sê hy nee, daar het niks op die kaart gestaan nie ...</p>	
	6.2 Beplan effektiewe verpleegtussentredes	<p>... die bestraling het jou verskriklik moeg gemaak ...</p> <p>... jy draai die waentjie net eenkant toe, jou arm is seer ...</p>	<p>... bietjie moeg, dit het my 'n bietjie uitgeput ...</p> <p>... spiere is vir hulle rooi ... later hard begin word ...</p> <p>... nie meer geweet, want dis seer, dit bly aanhoudend pyn en dis hard en geswel ...</p>	<p>... verskriklik ontsteking in die bors, hy's rooi en seer. Ek huil van pyn ...</p> <p>... met twee dreineringsgoed in 'n sakkie huis toe ... dit was ongemaklik ...</p> <p>... jou arm is seer ...</p> <p>... mag jou arm nie gebruik nie, jy moet hom so min as moontlik gebruik ...</p> <p>... bestraling droog net jou vel baie uit, ek het vreeslik gesukkel ...</p> <p>... my keel was bietjie hees vir maande omdat hulle hom hoog moes gee ...</p> <p>... kon glad nie die arm gebruik nie, hy was heeltemal dood tot by die elmboog ...</p>		<p>Sy suster sê ek moet sny voor ek kom anderster kan jy jou hare nie laat perm nie ...</p> <p>... ek het toe 'n probleem, ek het 'n pyn in die wond ...</p> <p>... maar ek is baie moeg ...</p>	<p>... wakker geword met die verskriklikste pyn in my arm ...</p>	<p>... kom huis toe met 'n drip, 'n klomp pype om al die dreinerings te doen ...</p> <p>Die bestraling het my baie siek gemaak ... ek was baie naer, baie moeg geword ...</p>		<p>... arm seer ...</p> <p>... hy't ontsteking gehad ...</p>	<p>... ek was maar dronkerig in my kop en moeg ...</p>	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
7. Moedig selfsorg/ onafhanklikheid aan	7.1 Versterk 'n onafhanklike ingesteldheid		... niemand kan jou daarmee help nie ...	... hang van jouself af hoe jy oor die ding gaan kom ...	Een van die gewaarwordings is dat mens nou 'n las vir mense kan wees. Mens wil nie afhanklik wees nie.	... gaan nie van my 'n las maak vir ander nie.  Al die praat sal jou nooit vir jou terug op jou voete bring as jy nie self gee nie, jy kan heeltemal terugval ...  ... kan net sowel platval as jy nie wil nie ...			... vir myself gesê jy gaan nie dat die ding jou onderkry nie.  ... ek dink dit is seker een van die belangrikste dinge dat 'n mens moet jouself motiveer en nie dat almal moet nou alles vir my doen nie.		
	7.2 Motiveer selfsorg	... draai die waentjie net eenkant toe, jou arm is seer ...  ... moes nog doeke ruil, mens pas maar aan, doen dit op maklikste manier.	... vroegtydig 'n botteltjie vaseline gekoop ...  ... self die arm bly ophang ... en hitte opgesit.	... doen alles in huis, brei, stryk, huiwerk.  ... begin baie oefeninge doen ...  ... ek moes toe salf aansmeer en olie ...					... het vir die suster gesê ek wil nou myself was, ek wil self my hare was.	... versigtig vir die arm, dat jy dit nie beseer nie ...	... dan het ek maar gaan lê.
8. Moedig effektiewe hantering aan	8.1 Verskaf geleentheid vir die verbalisering van effektiewe hantering	... moet aangaan en dit agter die rug kry ... as dit klaar is, is dit klaar.	... het geglo in die Here ...  ... wil besig bly ...	... as gaan bly lê en veg nie, sal nooit daaroor kom nie, moet jouself net nie bejammer nie. Moet so gou as moontlik in die lewe in pas en gaan na plekke waar jy altyd heen gegaan het ...  As nêrens wil gaan nie, raak jy in 'n groef, dan sal jy nie daaroor kom nie ...  As gaan bly lê en veg nie, sal nooit daaroor kom nie. Jy moet jouself net nie bejammer nie ...  ... elke dag gaan dit bietjie beter ...  ... gaan nie vir my help om te bly lê nie.  ... het vir die Here gevra om my te help en Hy het my gehelp en ek is daardeur ...  ... gaan net aan met gewone gang, doen alles wat ek gedoen het in die huis. Baie werk wat ek self doen ...	... ek beleef nie my liggaam dat dit is vermink nie ... nie die moeite werd nie ...	... met krag en genade van bo, kry mens baie dinge reg ...  Moet seker maar vorentoe kyk, 'n mens kan nie net lê nie ...  ... het daaroor gekom, het myself reggeruk en het vir myself gesê jy moet nie terugval nie ...  Dit help nie om plat te val nie.  ... mens moet elke dag 'n goeie lewe lei en nog vorentoe gaan ... Het nog goed om voor te lewe, ek meen jy kan nie terugsit nie ...	... kan nie sien hoekom ek nagte lê en rondrol in die bed en my doodhuil oor dinge wat miskien nooit eers gaan gebeur nie. As dinge verkeerd sou gaan sal ek krag kry en daarvan af aangaan ...  By my het dit nooit opgekrom hoekom nie ek nie, wie is ek nou beter as die volgende ou.  ... nie tyd gehad om aan myself te dink nie.  ... dink van dag tot dag ... sou slapelose nagte hê as ek moes dink, dit en dat kan verkeerd gaan.  ... vriendin met mastektomie, wil by haar hoor of sy ook so gevoel het ...	... beseef ek is in die ding, ek moet daardeur en anderkant uit.  ... beseef jy dit is iets waaraan ek niks kan doen nie. Ek kan dit nie terugkry nie ...  ... beseef dit is iets waaraan ek niks kan doen nie ...	... nie vir jouself kan verwerk nie, jy weet dit moet kom, verbykom en klaar ...  ... die feit dat mens moet daardeur gaan van die eerste dag af opstaan en mens moet aangaan. Jy gaan opstaan en aangaan.  ... moet so gou moontlik terug gaan werk toe as mens 'n betrekking beklee. Hoe langer jy wegblly hoe moeiliker ...	Dit het nou oor my gekom en ek moet nou die beste daarvan maak.  ... nie die bobbejaan agter die berg gaan haal nie, maar dit bly maar in 'n mens se kop. Intussen maak ek die beste daarvan ...	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
8. Moedig effektiewe hantering aan (vervolg)	8.2 Versterk positiewe ingesteldheid	... jou lewe is belangriker as bors. Het bors verwyder, maar kan nog aangaan met lewe.	... glo dit kan genees word, nie ongeneeslik nie, kan gekeer word. ... positief al die tyd.	... niks wat jou verhoed om alles te doen wat jy voorheen gedoen het nie. ... was baie positief.	... dis iets wat verwyder kan word.	... weer 'n kans in my lewe gekry om reg te maak, uit te stryk ...	... as dinge verkeerd gaan sal ek daarvanaf aangaan.	... besef al die trane van die wêreld gaan niks help nie, moet net opstaan en aangaan met my lewe ...	... vir myself nie dat die ding jou onderkry nie.	... glo ek gaan gesond word ... intussen maak ek die beste daarvan. ... het nou oor my gekom, moet beste daarvan maak.	... besef dit moes so wees ... dis 'n bestiering dat my dertig probleme gee dat die klont toe ontdek is ...
9. Versterk geloofsoortuigings	9.1 Voorsien geleentheid vir die versterking van individuele geloofsoortuigings		... hele dag, die Bybel van voor tot agter deurgelees. Kon niks kry wat my bietjie troos of my bietjie help nie ...	... die Here vir my duidelik sê: Gaan terug bed toe, vat jou Bybel en lees ... ... my gebede is verhoor ...							Ek het baie gebid ...
9. Versterk geloofsoortuigings	9.2 Skep 'n geleentheid vir die verbalisering van vertroue		Ek het net geglo, ek glo vandag nog. Ek het baie naby aan die Here gekom. Ek sê nog steeds elke dag baie keer dankie, dankie Here dat dit nie verder was nie.	... ek het vir Hom gesê: Ek los my hande in Sy hande en net Hy sal my lei. Dis asof daar so 'n kalmte oor my gekom het. Ek moet sê die Here het my daar gehelp.		Met krag en genade van bo, kry mens baie dinge reg. Jy kan jou verhouding met God verbeter ... Jy het nou 'n geleentheid gekry.	Ek is 'n kind van die Here ... daarso kry ek al my krag en moed om aan te gaan. So, dit beteken vir mens baie.	Wel, in die eerste instansie is jou geloof ... Ek het absoluut dwarsdeur die tyd besef, kyk ek is nie alleen nie, die Here is by my ...	... ek sê elke dag ek is dankbaar dit gaan baie goed met my ... Ek glo die Here het my deur gehelp, sonder Hom sou ek definitief nie kon aangegaan het nie ...	... dan glo ek nog terselfdertyd dat die Vader 'n doel het met elkeen van ons. Ek het geglo ...	... maar omdat ek 'n gelowige mens is het ek geglo dat die Here my sal help. ... maar toe ek nou naderhand daaroor dink toe was ek so dankbaar ... Ek het gedink dit was die Here se bestiering dat die dertig probleme gee, laat die klont vroegtydig ontdek is. Ek het maar gevoel dis soos die Here dit wil hê ... ek was dankbaar.
10. Evalueer vroue se toekomsverwagtinge en verreken dit in ondersteuning	10.1 Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van genesing	... het jou bors verwyder, maar jy kan nog aangaan met jou lewe.	Dit kan genees word, dit is nie ongeneeslik nie, of dit kan ten minste gekeer word.	... ek sê nee, en later moet ek tog weer gaan en dan is dit verder heen ... ... hoop met die wil van die Here sal als reg wees.	... wil nie een stukkie red en môre, oormôre weer probleme hê nie ... Dis gelukkig iets wat verwyder kan word. Jy kan nie 'n kop afsny nie ...	Ek hoop maar net dat dit die end is daarvan ... Ek weet dit kan nooit weer te voorskyn kom. Dit weet ek ook. Maar ek weet ... my familie het dit almal maar weer teruggekem. Ek het my daarmee nou vereenselwig. As dit gebeur, dan is dit my tyd en dan moet ek dit aanvaar ... Dalk kan ek daar oorkom. As ek nie daar oorkom nie, het ek geleende tyd gehad ...		... en ek besef toe daar is hoop. Daar is genesing.	En die wonderlikste was dat dit so 'n tipe kanker is dat dit uitgesny kan word, jy kry behandeling en dis weg.	Ek glo ek gaan gesond word ... ... mens kan gesond word ... jy weet jy kan genees ... maar ek is seker my kans is goed.	Ek voel heeltemal gesond.

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING, VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
10. Evalueer vroue se toekomsverwagtinge en verreen dit in ondersteuning (vervolg)	10.2 Evalueer en verreen haar siening ten opsigte van herhaling/verspreiding		Dankie Here, dat dit nie verder was nie. Maar ek het baie, baie goed gevoel toe hulle vir my sê dis absoluut heiltemal skoon.  ... nie nodig om chemo te kry nie, omdat daar geen verdere spoor van kanker is nie ...  ... het my nog altyd gepla, en mens het nog die twyfel gehad ...	Hy het vir my gehelp dat dit nie versprei nie ... hoop dit bly so. Mens kan nooit sê dit gaan nie weer hervat nie. Dit weet jy nooit. Ek glo dit sal nie weer hervat nie.  ... sal ek nie maar afspring nie, want dan hoef ek nou nie môre te weet het dit versprei of wat nie ...	Ek kan vir geen oomblik dink dat iets verkeer sal wees nie. Ek hou alles dop ... ek weet nie of 'n mens die geneigtheid daartoe het nie.  ... dit was 'n kwessie van twee dae van spanning, toe kom die toetse se uitslae en dit was normaal. Daar was toe nie fout nie. Dit was natuurlik 'n geweldige verligting.	As dit nou ander plekke uitslaan na die behandeling, dan was dit nou maar my tyd. Dan moet ek nou maar so leef, aanvaar dat dit nou so is.  ... hy sal my bloettoets so kyk, hy sal nie eens vir my sê die bloettoets is goed of sleg nie ...  ... nou loop ek twee maande en wonder wat is dit. Is dit nou weer 'n probleem ...	... ek is effens angstig voor 'n toets ...  Ek voel as dinge verkeerd gaan sal ek daarvanaf aangaan. So ek meen "lets face it" dinge raak vir jou 'n bietjie seker. Die lewe is nou nie meer ... jou tyd raak vir jou kosbaar ...			... jy bly ook wonder gaan jy genees, dis nie te sê Hy gaan my gesond maak nie ... Dit kom gedurig in 'n ou se kop. As ek tuinmaak, dit is onge-lukkig daar. Dit hang nou maar altyd daar, jy kan dit nie wegpraat of ...	... mens weet nie wat kan dalk gebeur nie ...  ... anders sou hulle my nie bestraal het nie.  Daar is nog niks ...
	10.3 Evalueer en verreen haar siening ten opsigte van liggaamsbeeld herstel	... nooit van die begin af oorweeg om silikoon te neem nie. Ek kan nie dink dat jy weer 'n keer deur al die drama en trauma gaan om dit te laat doen nie ...						... ons praat ook wat van die toekoms, wat van rekonstruksie ... Dit is absoluut 'n ding ... so, dit is in ons gedagtes. Ons sal maar kyk vorentoe, hoe en wat.	... die operasie na die tyd gaan kry om jou te herstel.		Ek is nie van plan om iets verder te doen nie ...

## B. INDIREKTE VERPLEEGKUNDIGETUSSENTREDES:

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
1. Betrek eggenoot in ondersteuning	1.1 Sien toe dat die eggenoot ingelig word	... en toe was hy eers by die dokter voordat hy my gesien het. So hy het geweet voordat hy na my gekom het. Toe was ek regtig baie ont-steld.	Ek het eers die Maandag na ek teruggekome het van dokter af, nee, ek het nie eers toe vir hom gesê nie.  Ek het vir hom gesê ek het 'n knop in die bors en ek moet chirurg toe gaan.			... toe het ek eers vir my man kom sê, wat natuurlik vir my swaar was.		Hy (huisdokter) het my tot die aand 23:00 hier na die huis toe geskakel om met my man te gesels en vir hom inligting te gee.	XXX was daar toe die spesialis dit gesê het ...	... my man gebel en aan hom verduidelik wat ek en dokter toe nou klaar besluit het.		
	1.2 Bied opebesoek-tyd aan	... hy was daar al die tyd.  ... hy het gekom en lank daar gesit.		My man het kom kuier in die hospitaal					... my man het by my agtergebly.  My man kon my enige tyd besoek wat vir my fantasties was. Hy het partykeer in die aande tot 23:00 by my gebly.	My man was daar ...		
	1.3 Moedig kommunikasie oor diagnose/ behandeling met eggenoot aan	Voor die tyd het ons daaroor gepraat.	Hy verstaan nie eintlik nie.					Ek en my man het die aand baie oor die saak gesels ...				
	1.4 Versterk aanvaarding van eggenoot	My grootste bekommernis was dat dit XXX gepla het.  Hy het my verseker dit maak nie aan hom saak nie. Hy was baie simpatiek.				'n Mens het maar nog goed om voor te lewe ... ek het nog my man.		Hy't nooit eers snaaks teenoor my opgetree en iets snaaks gesê, hy het dit onmiddellik aanvaar ...  Wat vir my vreeslik gehelp het is die feit dat my man aanvaar. Ek dink as hy dit nie kon aanvaar nie, sou ek dit minder kon aanvaar ... maar hy het dit onmiddellik aanvaar.  My man het vir my vreeslik baie ondersteuning gegee ... elke dag het hy van die kantoor af gebel en gehoor hoe dit gaan.  Hy het ook vir my gesê, my vrou, dit maak nie saak nie, niks het verander tussen ons nie.	... hy is my verskriklik ... ons is baie na aan mekaar.	My man was baie simpatiek.	... my man ook ... ons het dit aanvaar . Ons is nog vandag bymekaar.	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
1. Betrek eggenoot in ondersteuning (vervolg)	1.5 Motiveer egpaar tot gesamentlike hantering van krisissituasie	Jy en jou man het ooreengekom dis iets wat moet gebeur							Ons het die saak uitgesels en hy het vir my gesê wat gedoen moet word moet gedoen word en haastig ook.			
	1.6 Moedig behulpzaamheid aan	... toe wou my man gehad het dat ek plaas toe moet gaan.		My man het my verskriklik baie gehelp.  Ek het nooit swaar pakkies gedra nie. Ek kon nie bestuur nie.		... ek het toe eers my man kom haal.  ... maar toe ek terug bestuur toe besef ek ek is vaak ... toe sê ek vir my man hy moet maar weer saamry ...		... hy het vir my gesê gaan rus as jy terugkom. Moenie bekommerd wees oor die huis, kinders nie. Hy't vreeslik baie van die pligte op hom geneem.		My man het my op sy hande gedra.  Ek het gewerk toe het my man gesê stop dit ...		... hy het my altyd geneem.
2. Betrek ander spaniede in ondersteuning - huisdokter - chirurg - onko-/radioterapeut - radiografis	2.1 Moedig positiewe verhouding aan	Hulle was wonderlik, hy het jou laat voel hy stel belang ...  Hy is so 'n agter die tafel mens toe sê dokter jy is snaaks, ander mense voel nie so nie en as jy met ander mense praat sê hulle die chemo maak jou so ...  ... maar by die radio-terapie was hulle gaaf en baie vriendelik..	... hulle behandel jou soos 'n mens. Hulle is nie laat ... daar staan jy nie eenkant nie, jy is dadelik opgeneem as familielid. Jy is heeltemal betrek by hulle.	Die dokter het elke dag by jou gekom .  Toe die chirurg inkom toe sê hy vir my hoe gaan dit ...  Die dames was verskriklik vriendelik en gaaf. As jy inkom, hulle is so gaaf en hulle behandel jou so mooi.		Hy beantwoord jou net so .... Hy sal oor niks anders praat nie.  ... dis omdat hulle nie bietjie spontaan kommunikeer met jou nie ...  Hy praat nie 'n dooie woord met jou nie. Ek is skoon stom, want hy is stom ...  ... dan vra hy net vir my hoe gaan dit. Nou dit is ook al ... Jy moet hom als vra. Dis frustrerend, bitter frustrerend ...	Hy sê toe hy het nog nooit daarvan gehoor nie. Meantime weet al die radiografiste dat daar so baie vrouens is wat kla van die pyne in hul arms ...  So van die dokter sal ek niks sê ... hy gee geen ondersteuning nie ...  Toe ek vra van die profilaktiese chemoterapie hy het my so afgejak ... ek het nou 'n halwe negatiewe ervaring van die dokter.  Ek dink hulle is met almal gaaf en baie ondersteunend. Ek meen jy is ook maar net woerts, warts in en uit. Ek het baie ondersteuning daar by hulle gekry.	... hy het sô by my gesit en hy het my hande geneem en vir my gebid.  ... vreeslik wonderlik was, was dokter XXX wat ek van geen kant af geken het nie en wat binne 'n paar uur alles gereël het. Hy het alles vir my maklik gemaak, hy het vir my soveel inligting moontlik gegee ... Hy het my tot die aand 23:00 na my huis toe geskakel om met my man te gesels en vir hom inligting te gee.  Ek het net gevoel die man doen sy bes, hy's nou regtig daar vir my. Hy het ook vir my gesê die volgende dag wag hy daar by die operasiesaal enne, toe ek inkom toe is hy daar. En daai gebed wat hy vir my gedoen het sommer net dit het alles ligter gemaak.  Ek het baie ondersteuning daar by hulle gekry.  Daar is almal nou weer so gaaf en dierbaar gewees.	Hy gesels met my, hy vra vir my elke keer hoe voel ek en sommer in die algemeen. Dis nie net altyd oor die ding self nie ...  Ek voel dis belangrik dat hy van sy kant af direk kan vra oor dit, is dit nie spesifiek fout nie.  ... hulle was baie oulik, baie flinke diens ...	... en toe nou agterna het my huisdokter vir my verskriklik mooi verduidelik en alles gesê ...	... die dames daar was baie gaaf gewees.	
	2.2 Verseker die bevestiging van abnormaliteit/	... hy het gesê nou goed, omdat dit 'n knop is moet ek	Hy het onmiddellik vir my 'n afspraak gemaak by die chirurg.		... hy maak 'n afspraak met die chirurg.		Hy sê oe, nou wanneer het sy dit gevoel? ... hy vra nou	Hy het gedag ek moet sommer dadelik by die chirurg	Onmiddellik toe hy die vergoëisel sien sê hy vir my: Hartjie,	... toe het die dokter gesê ek moet gaan dat hulle liever die	Hy sê toe nee, hy dink ons moet net dat die chirurg kyk.	



GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
2. Betrek ander spanlede in ondersteuning - huisdokter - chirurg - onko-/radioterapeut - radiografis (vervolg)	normaliteite	eerder 'n chirurg gaan sien ...	Hy het toe gekyk en kom toe dadelik agter daar is 'n knop en hy sê toe daar is definitief 'n knop.			hoekom het ek so lank gewag, toe sê ek ek het dit nooit agtergekem in die 18 maande nie.  ... toe sê hy nee, ek moet wag, toe bel hy dadelik vir dokter XXX.	uitkom.	hierdie is nie 'n ding om mee te speel nie. Hy het vir my 'n afspraak onmiddellik by 'n chirurg ...	knop verwyder. Ek is toe daarvan spesialis toe.	Toe stuur hy my direk af ...	
	2.3 Moedig bespreking van abnormaliteite aan	... bel hy my terug en sê hy is nie baie gelukkig nie.	... hy vir my dat dit wel 'n knop is.  Hy sê nie dis kwaadaardig nie, maar hy moet my voorberei.  ... en toe het hy met my gesels en gesê laat ons twee gesels.	Hy het gesê hy vermoed dat dit kanker is, maar dit is nie te sê dit gaan dit wees nie.  ... en jou moed ingepaat ...  Ek kon nie voor Vrydag die chirurg weer sien nie en dit het my die hele Woensdag gehinder...	... hy sê vir my dit moet uit ...	Hy sê toe hy wil toetse doen, dan verder 'n mammo-gram ...  ... Dinsdag het ek nooit van hom gehoor nie, Woensdag toe bel sy suster my en sê dokter sê ek moet vanmiddag 13:00 by dokter XXX wees, hy wil my môre opereer. Net so ...  ... ek sal nogal dink hy moet praat daaroor ...		... hy het vir my gesê soos hy die saak sien is dit definitief kanker. Hy sê hy kan nie sien dat dit nie al klaar kanker gevorm het nie ...	Hy het vir my gesê hy glo glad nie dis kwaadaardig nie, dis 'n heiltemal te los knoppie, klein en alles.	Toe ek by dokter XXX kom sê hy daar is definitief 'n knop.  ... hy vir my gesê ek moet die moontlikheid in ag neem, dat dit kwaadaardig kan wees.	Toe ondersoek hy my en toe voel hy die knop ...
	2.4 Moedig verduideliking van beplande chirurgie aan		Die dokter het my baie goed ingelig, vir my mooi vertel, alles verduidelik ...  ... hy moet my nou voorberei op enige iets.  As dit kwaadaardig is kan hy my bors afsit of hy gaan net die knop verwyder ...	... dit sal blykbaar 'n mastektomie wees.  Hy het 'n baie mooi verduideliking op 'n stuk papier geteken hoe dit werk, hoe dit is ...  Hulle het jou nie bang gemaak of iets nie, gemaak asof dit net 'n alledaagse ding is ...	Hulle haal 'n deel uit en ontleed dit en as hy nie tevrede is nie verwyder hulle die res van die bors. Hy het vir my verduidelik ...	... en weer verduidelik ...	Hy het verduidelik ...	... maar die chirurg het vir my baie goed verduidelik wat hulle alles gaan doen.	Ek het gevoel hy sê net vir my die noodsaaklikste ...	Hy het vir ons alles verduidelik ...	
	2.5 Moedig bespreking van alternatiewe behandeling (indien toepaslik) aan	Hy het vir my verduidelik dat ek vir 'n biopsie met 'n vriessnit ingaan, maar as daar enige iets is wat hy nie mee tevrede is nie, dan doen hy onmiddellik 'n mastektomie.	... en hy het toe vir my gesê daar is vir my keuses. Ek kan kies wil ek hê hy moet die knop verwyder ...  Toe sê hy hy kan nie sien hoekom hy die bors moet afsit as dit net die knop is wat moet uit nie. Hy sal dan net die knop verwyder ...	... maar as dit kwaadaardig is, moet hy aangaan en 'n mastektomie doen.  ... toe sê ek ja dokter, ek het geen keuse nie.	Die dokter het vir my gesê daar is twee sienings: As die kliere aangetas is, verwyder hulle blykbaar die bors.		... en aan my verduidelik van die alternatiewe. Toe ek daaruit loop was ek sommer verlig gewees dat dit nie 'n mastektomie gaan wees nie.		Hy sê ek het nie eintlik 'n keuse nie.	Ons moet besluit, moet hy dadelik 'n mastektomie doen ...  Hy gee die voorbeeld van 'n lumpektomie, dat dit presies dieselfde as 'n mastektomie ... toe sê ek vir hom nee wat, hulle moet maar as daar fout is aangaan ...  Ons het toe op 'n lumpektomie besluit.	Toe sê hy hy sal dieselfde tyd as hy na die derm kyk ook die bors na kyk ...  ... maar toe waarsku hy my as dit kwaadaardig is sal hy dalk die bors moet afsit.

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
2. Betrek ander spanlede in ondersteuning - huisdokter - chirurg - onko/ radioterapeut - radiografis (vervolg)	2.6 Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van tyd vir verwerking van diagnose en impak van chirurgie	Toe sê ek vir hom ek het vier kinders ek kan nie soos in môre gaan nie. Ek moes toe eers vir almal blyplek en voorsiening kry ... toe het ek dit vir nog 'n week uitgestel.	Wel, ek het my maar reggemaak vir vyf dae, as ek daar moet bly moet ek maar alles daar hê.  Dinsdag self het dit my nie gepla nie, dit was net asof dit nie deurgedring het nie ... maar Woensdagoggend toe ek wakker word het ek gedink, kyk vandag is nie my dag nie .. Ek het net baie ongelukkig gevoel.	... ons moet so gou as moontlik opereer ... dieselfde aand toegelaat vir chirurgie.	... volgende week is die operasie gedoen.  Ek het eers die volgende dag of wat by myself gekom ...	Woensdagoggend toe bel sy suster my en sê dokter sê ek moet vanmiddag 15:00 by die XXX wees, hy wil my môre opereer.	... toe het ek 'n paar dae daarna ingegaan.	... chirurg 11:00 gesien en 14:00 geopereer.  ... so daar was nie regtig tyd om paniekerig te raak of om vreeslik te dink nie. Ek dink dit is 'n goeie ding. Jy weet ek dink as hulle vir jou so baie tyd gee sal dit miskien vir jou erger wees as jy wonder wat gaan gebeur.	Hy vra toe weer vir my of hulle môre maar kan opereer ... toe is ek dieselfde dag hospitaal toe ...  ... maar soos ek sê alles was baie vinnig ... dit het amper vir my onwerklik gevoel. Dit kan nie regtig wees nie, jy sal wakker word en dit is nie so nie.  ... net gevoel dat my dokter my nie regtig oortuig het nie, dat dit so nodig is nie. En toe dit nou verby is, is dit ewe skielik 'n werklikheid ... amper te vinnig op jou ...	Ons moet besluit moet hy dadelik 'n mastektomie doen of moet ek eers daaroor dink ...  Ek het toe gebel en gesê hulle kan dit maar Maandag doen ... toe kon ek nou my goed reël, my dogtertjie reël.	Dinge het natuurlik vinnig gebeur. Ek was nog by my huisdokter en die volgende dag was ek by dokter XXX.  Twee dae daarna is ek geopereer. Daar was nie veel tyd nie, dit was vreeslik vinnig geweens ...  Ek dink op daardie tydstop het dit my oorweldig. Maar toe ek nou later daaraan dink, dit was vir my die beste. Dat daar nie tussenin lank tyd was wat my bekommer nie. Ek voel nog vandag dit was dalk die beste.
	2.7 Sien toe dat inligting met betrekking tot chirurgiese uitslae bevestig word	... het gedink alles is normaal. Jy weet dat die mastektomie toe nie nodig was nie. Ek was eintlik half bly dat dit nie gedoen is nie.  Die hele dag as jy vir hulle vra wanneer gaan ek huis toe, sê hulle vir jou dokter kom net-nou ... hoe kom het hulle nie toe vir my gesê nie. Na nege-uur kom die dokter en sê hy is jammer, maar dis kwaadaardig en dit moet verwyder word.	Toe ek beginne bykom, toe voel ek my arm trek ... Jy weet toe voel ek onder my arm, wel toe ek nou ... hy het gesê dit is kwaadaardig ... ek het dit agtergekom ...  Maandag het ek nooit vir dokter gesien nie, hy het Dinsdagoggend halfsewe by my gekom en gesê dit was kwaadaardig.			... ek kon sien die dag, hy het dit haastig gesê en verdwyn. So asof hy dit net gou vir my wil sê en loop.  Ek voel hulle behoort die dag daarna gekom het. Hy kyk net na die plek en klaar. Ek sou nogal dink hy moet praat daaroor en weer verduidelik, maar hulle doen dit nie. Jy weet hulle sal nie agterna weer met jou praat daaroor nie ... hulle sê vir jou die ding soos na die operasie, ek het dit nou verwyder. Ek kan vaag onthou daarvan, ek kan nie detail daarvan ... ek weet nie of hulle besef dis 'n trauma vir jou en die narkoses en ... laat hulle dink jy kan dit inneem en jy hoor dit. Hulle maak 'n fout jy hoor dit nie .. van dokter XXX se praat kan ek niks onthou nie ...		Nou teen die tyd wat ek toe nou gedoen is en ek toe bykom het hy vir my die hele saak kom verduidelik ...	... ek het gevoel hy sê net vir my die noodsaaklikste ...		

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
2. Betrek ander spanlede in ondersteuning - huisdokter - chirurg - onko-/radioterapeut - radiografis (vervolg)	2.8 Verseker verwysing na ondersteuningsgroep	Toe het hy vir my gevra of ek die mense van Reik na Herstel wil hê ...	... gesê hulle moet dadelik die mense van Reik na Herstel kontak dat hulle my kan sien.					Dokter XXX het gereël vir die groep van die kankervereniging ...	Hy het gesê hy reël onmiddellik 'n dame wat met my sal kom gesels van die kankervereniging ...		maar hulle reël alles ... die Reik na Herstel.	
	2.9 Sien toe dat inligting ten opsigte van verdere behandeling gegee word	Hy sal nie vir jou verduidelik nie, dokter XXX hulle het verduidelik, dit doen hulle, dis soos dit werk ...  ... jy kon daar vra. Hulle sal vir jou verduidelik.	Die dokter kon ook maar nie veel sê nie. Hy het gesê dis kanker, dat ek moet gaan vir bestraling of chemoterapie ...  ... ongelukkig ook nie vir my gesê wat gaan hy doen nie ...  ... hulle het dan baie vir my help, as ek met hulle praat het hulle dadelik vir my vertel.	Hy verduidelik vir jou alles mooi ... jy het so gerus gevoel.			Ek het nie geweet wat chemoterapie behels nie ... ek het nie geweet wat om te verwag nie ...  Hy het vir my gesê die kliere is verwyder en ek moet behandeling kry ... jy weet absoluut niks.  Hy gaan dokter XXX na my toe vir die behandeling en hy sal met my kom praat ...  Hy het vir my gesê hulle gee vir jou 'n inspuiting.  Hy sal nie eens vir my sê die bloettoetse is goed of sleg nie ...  Ek het so warmgloede dat ek kan doodgaan. Toe sê hy dis een van die reaksies ... hy kan mos vir my sê van chemo, kan jy warmgloede kry ... nou loop ek 2 maande en wonder wat is dit. Is dit nou weer 'n probleem ...  Nou het ek al vir my 'n lysie geskryf wat ek wil weet, nou gaan ek hom vra. Ek het hom so gesit en kyk en geja dokter en later by die huis wonder ek nou as ek chemo kry, wat mag ek doen en wat mag ek nie doen nie ... ek het dit nie gehoor	Die chirurg en selfs my huisdokter is nie baie op hoogte oor die effek van die radioterapie nie. Dis nou vir hom baie snaaks die baie nuwe-effekte ... hulle ken dit, maar dis nou nie eintlik hulle veld nie. Ja, hulle kan vir jou baie belang vertel. As jy meer in diepte wil weet kan hulle nie veel ...  Toe ek wel gevra het van die profylaktiese chemoterapie het hy my so aftejak ...  Jy weet, van die bestraling het ek nou niks geweet nie. Ek meen jy kry niks uit die dokter nie, hoor.  Die meeste dinge wat ek wou geweet het, het ek by die radiografiste maar gekry. Daar gaan jy elke dag heen, jy kan die vrae vir hulle vra.	... hy vir my verduidelik ek sal moet gaan vir bestraling plus chemoterapie, dit was vir my swaar ...  ... en hy verduidelik toe vir my dat ek miskien my hare gaan verloor en dat ek miskien baie siek gaan voel en alles ...	Die dokter by wie ek gegaan het met die bestraling hy het seker goed 'n halfuur met my gepraat ...	Hy kan vir my meer verduidelik het, hy sê jy gaan nou vir behandeling wat ek nie gedink het ek gaan kry nie ... ek sou meer wou weet ... hy het ook nie gesê hoekom gee hy dit nie, bietjie verduidelik het	Ek het daar vir hulle gevra, hoe dit nou mens affekteer en wat dit nou eintlik doen ...

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
2. Betrek ander spanlede in ondersteuning - huisdokter - chirurg - onko/ radioterapeut - radiografis (vervolg)						nie ...  Ek lê vir 'n uur en slaap my morsdood. Dit het hy ook nie vir my gesê nie ... dan vra ek ook nie ...  Die kortisone het hy nie vir my gesê hoekom hy die pille los nie. Nou wonder jy mos.					
	2.10 Versterk die voorbereiding tot ontslag			... en hulle het vir my bietjie streng oefeninge gegee. Van die begin af het hulle gesê ek kan dit doen ...  Ek dink as hulle jou 'n bietjie meer Ingelig het van na die operasie, jy sal dit of dat kan doen nie, laat jy net weet wat vir jou wag. Ek dink dan sal jy ook beter vaar daarmee ...					... hy sal nie vir my sê wanneer ek die laaste steke verwyder het wanneer moet ek weer kom nie. Hy het nooit gesê ek moet daai dag terugkom vir na ondersoek nie ...  Hy het nie vir my gesê my arm gaan opswel, dit en dat veroorsaak dit nou nie. Een oggend toe ek opstaan toe is my arm verskriklik geswel ...	Ek het op 'n dag gevra maar hoekom bly my arm seer, ek sou wou hê dat die chirurg my gesê het my arm kan so lyk, hy't ontsteking gehad ...	
3. Betrek 'n mamma-karsinoom ondersteunings-groep	3.1 Reël 'n besoek	Hulle het dadelik gekom.	... toe kom die vroultjie van Reik na Herstel.		Kyk, hulle het dadelik vir Reik na Herstel laat kom.	... 'n dametjie was daar.	Die beste wat vir my gewerk het was daai vrou van die kankervereniging wat my kom sien het ...	... by die hospitaal, 'n wonderlike mens, sy het my so kom ondersteun ...	Mense van die kankervereniging was so twee, drie dae agtema by my, hulle is absoluut wonderlik.		
	3.2 Monitor en versterk hulle motiverende/ bemoedigende optrede	Hulle was regtig pragtig.	Ek was omgekrap, die fisioterapeut het by my gekom. ... toe kom die vroultjie van Reik na Herstel ... sy het baie met my gepraat, snaaks nadat sy met my gepraat het, het ek al 'n bietjie beter gevoel.	... sy het ook daardeur gegaan ...	Iemand van Reik na Herstel het my kom besoek wat deur dieselfde ding was en ek kan toe nou uitvind wat om te verwag ...	Sy het nogal 'n hele rukkies daar by my gesels, toe vra sy ook maar vir my uit, hoe voel ek daaroor ...	... baie oulike vroultjie wat my kom sien het ... ek het gedink sy is wonderlik. Sy het regtig vir my baie beteken ...  ... omdat die vroultjie van die kankervereniging en twee baie goeie vriendinne wat self 'n mastektomie gehad het, het my kom sien.  Een van die radiografiste het iemand daar vir my gegee. En die persoon het my ook net so ontstel. Toe het ek besluit ek gaan nou met niemand praat	Sy is toe nou deur dieselfde drama. En toe ek sien hoe pragtig sy lyk, hoe mooi sy gewees het, toe skep ek sommer moed.  Sy het baie mooi met my kom praat en vir my gesê ag, dit wat ek moet deurgaans sal nie so erg wees nie. Ek moet styf aan die Here vashou ... Sy het my nie gelos nie ... sy skakel nog gereeld om te hoor hoe gaan dit, hoe ver is ek met my behandeling, hoe voel ek, is daar nog enige iets wat ek wil	... sy het 'n T-shirt aan en lyk net soos ander mense, want dit is die ding wat heelyd in jou kop vassteek, ek lyk nou anderster ...  Jy weet dis ook 'n mens wat self 'n mastektomie gehad het ...	... ek het haar gebel dieselfde dag, baie benoud ...	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
3. Betrek 'n mamma-karsinoom ondersteunings-groep (vervolg)							en in diepte uitvind nie, want elkeen ervaar dit anderster.	weet ... hulle het my nog nie uitgelos nie, hulle ondersteun nog steeds ...				
	3.3 Sien toe dat hulle inligting verskaf	Hulle het boekies vir my gegee.	Sy het 'n boekie gebring wat ek kon lees, alles oor borskanker, chemoterapie, oor bestraling ...	... maar die kanker- navorsing het vir elkeen 'n brief uitgetik wat hulle gelees het en dit het hulle verskriklik baie gehelp in die begin toe ek nou niks kon doen nie.		... vir my 'n pamfletjie gegee ...	... klomp inligting en leesstof wat hulle vir 'n mens gee. Hulle het 'n baie outike boekie die kanker- vereniging vir 'n mens gee oor chemoterapie en bestraling.	Sy het net so 'n pak inligting gebring. Daarin was boekies wat jy kon lees. Daar was pamflette selfs vir die kinders inligting. Vir elke kind het sy 'n brief gegee. Vir die dogters 'n spesiale brief hoe hulle my benader ... van hoe ek gaan voel, hoe ek gaan optree, hoe hulle moet optree, dat hulle nie nou moet maak asof ek in 'n glaskas is nie. Dit het vir my en my familie baie beteken.				
	3.4 Monitor, bevestig en vul inligting aan deur ondersteunings- groep gegee	Die kankervereniging was die enigste persone wat inligting gegee het ten opsigte van fisiese aanpassing na die mastektomie.	Mev. XXX het eerste met my gepraat, wat gaan gebeur, wat gaan gedoen word ...  Sy het baie met my gepraat en sy het toe vir my vertel ...  ... sy het nie self bestraling gehad nie, sy het chemoterapie gehad. Haar bors was toe al 10, 15, 20 jaar afgesit ...	Dis een ding, die kankernavorsing het vir my gesê ek moet dadelik met oefeninge begin en ek moes nie.  ... hulle moes vir my gesê het vra jou dokter of jy dit dadelik kan doen. Maar toe het hulle gesê: dadelik doen en dis waar ek die fout gemaak het, ek moes dit nooit dadelik gedoen het nie. Die wond het oopgetrek en ontsteking het ingekom ...  Sy het baie dinge- tjies vir my gesê wat belangrik is ...	Daarna het iemand van Reik na Herstel my kom besoek ... ek kan toe nou baie uitvind wat om te verwag ...  ... in daai opsig was dit miskien 'n bietjie van 'n leerme. Ek sou op daai stadium van iemand wou geweet het watter verdere behandeling nodig sou wees. Sy kon ook nie vir my sê nie, want sy het self nie verdere behande- ling gehad nie ...			... ekke wou meer weet, omdat 'n lumpektomie nou 'n nuwer ding is. Almal wat jy ken het mastektomies. En toe wou ek nou praat met iemand wat 'n lumpektomie gehad het.  Nou kry ek bestraling en hulle nou nie bestraling en dan wonder jy nou ... ver- skille wat 'n ou dan meer ontstel as wat dit gerusstel.  ... en die persoon het my ook net so ont- stel. Toe het ek besluit ek gaan nou met niemand praat en in diepte uitvind nie, want elkeen ervaar dit anderster.	Alhoewel die dame- tjie van die kanker- vereniging het vir my baie mooi vertel. Sy het vir my gesê, ag man, dis net so 'n inspuiting. En dit het haar ook blykbaar nie vreeslik baie geaffekteer nie ...  ... en sy het toe alles vir my verduidelik ...	As dit nie was vir die vroujie wat my besoek het nie, ek meen ek sou niks geweet het nie. Hulle het vir my absoluut alles gesê wat ek moet weet ...  Ek het gevoel eintlik moet iemand vooraf bietjie met jou gesels. Dit sou ek nogal sê is baie belangrik.  Wat baie traumaties vir my was, was toe ek moes gaan vir die prostese. Ek voel die mense daar kan miskien 'n bietjie meer opgelei wees om mens te help. Hulle gee vir jou 'n paar, ek voel regtig daar behoort iemand te wees wat vir jou sê nee, ek dink omtrent die grootte of dit ...		
4. Betrek predikant in haar ondersteu- ning	4.1 Moedig besoeke aan	Op 'n stadium het ek al drie ons predi- kante gehad.	Ek het natuurlik dadelik met my predikant gaan gesels ... hulle was gedurigdeur hierso.			Ons predikante was al twee hier. Hulle gereelde besoeke het ek baie waar- deer.		Die predikant het onmiddellik gekom.				

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
4. Betrek predikant in haar ondersteuning (vervolg)			Hulle het my bevoorlik op die hande gedra.									
	4.2 Skep 'n geleentheid vir voorbidding en skriflesing	... hy het vir my gebid en ons het gesels ...	... hy het toe baie met my gepraat en hy het vir my baie stukkie gelees uit die Bybel uit. Hy het vir my 'n paar stukkie neergeskryf wat ek kon lees ...									
5. Betrek religieuse ondersteuningsbron	5.1 Betrek die gemeente		Dis almal se gebede, die hele gemeente, ag hulle het verskriklik belanggestel. Hulle het my almal op die hande gedra.	Ander het baie vir my gebid, in die gemeente, by bidure en my kom sien.  Ek dink dit het vir my krag gegee, want ek het regtig baie gou daarvoor gekom ...					Ek het verskriklik ondersteuning gekry, ook van die kerk se kant af ... 'n omgee groepie. Ook hulle het gekom. Hier het mense uit die gemeente gekom wat kom bid het, wat siekes besoek ...			
	5.2 Skep 'n geleentheid vir voorbidding en skriflesing		Hulle het in die kerk ook vir my gebid ...	Van die kerk het ook mense gekom met bandopnames wat jy kon kry, die dag as jy verveilig is, die preke ...				Jy weet absoluut alles het net vir my gevoel ek kan dit dra ... elkeen met 'n bemoedigende woordjie, 'n gebed ...				
6. Verreken haar verantwoordelikheid en betrokkenheid by haar kinders asook positiewe ervarings	6.1 Versterk kinders se teenwoordigheid as motivering	Daarna het ek vrede gemaak daarmee, ek meen ek het vier kinders, twee wat al my aandag absoluut nodig het ...	Al die kinders was hier ...	My dogter het kom kuier.  My dogter het gereeld ingekom ...			Ek het nog kinders, kleinkinders ... 'n mens het nog goed om voor te lewe ...	... my dogter het drie weke daarna getrou. Ek het nie tyd gehad om aan myself te dink nie.				
	6.2 Evalueer en versterk kinders se vermoë tot aanpassing en ondersteuning	Kinders is maklik ... hulle pas maklik aan, as ek sê ek kan nie, dan verstaan hulle soort van ...  Die twee grotes kan help.		Die dogter het my wasgoed kom haal en gaan doen.			Die mense het my baie opgebeur ... en die kinders ...	Ek het onmiddellik met die kinders gepraat en vir hulle verduidelik en gesê wat aangaan.  Ek het selfs vir my seun niks weggesteek nie. Ek het net gevoel hoe gouer hy weet wat aangaan, hoe meer kan hy dalk vir my ondersteun.  Want ek meen ek moes absoluut hulle hulp hê, as mens daaruit kom is jy so soort van hulpeloos ...	... die kinders het my ook vreeslik baie ondersteun.	My kind ... kyk ek het vir haar alles vertel in detaille ... ek het haar eintlik half op die ergste voorberei. Sy het kamer toe gegaan en gehuil. En toe was sy rustig ... En sy kon my ook sien, sy kon sien ek is fine ...	My kinders het my natuurlik baie gehelp ... veral my jongste dogter wat nog in die huis is, sy het met dokter XXX gepraat. Sy het my baie gehelp.	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG									
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10
7. Betrek familie en vriende in die ondersteuning	7.1 Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van besoektyd	Die verpleegpersoneel het op 'n stadium gesê jy moet nou alleng word, toe het ek gesê nee, nee julle vat niemand hier weg nie, julle los almal net hier ...  Op 'n stadium het die suster gesê hulle moes loop, toe sê ek nee, julle los hulle net hierso, ek wil nie nou alleng wees nie. Ek soek nou my mense, ek wou nie soontoe gaan waar ek soort van alleng is nie.	XXX was tot 21:00 hier.	... ander mense het gereeld ingekom.		Ek is baie lief vir mense. Ek kan heeldag met mense ... maar ek wil nie alleen wees nie.  Ek het ontsettend baie vriende, hulle het later gesê as hulle my soek, die vrou met die baie besoekers ...			My familie was wonderlik vir my, maar ek het gevoel hulle is te veel op my. Hulle het my nie een minuut alleen gelos nie. En ek voel dis verskriklik nood-saaklik vir mens om daai ding, vir myself te verwerk ...  ... die paar minute voor die operasie het die suster gelukkig gekom en sy het die mense weggevat en ek sal haar ewig dankbaar bly daarvoor ...  ... maar soos my suster, ek is baie lief vir hulle, maar ek glo as ek eerlik moet wees, hulle moes my bietjie meer kans gegee het.	Dit doen jou net baie goed as jou mense kan inkom. Dit was vir my wonderlik ...	
	7.2 Moedig besoeke aan	... maar die volgende dag, weet ek nie hoe sou ek deur die dag gekom het as ek nie almal gehad het nie. ... My landbou-unie mense was wonderlik gewees, want hulle was sommer vroeg die volgende oggend en het kom gesels en kuier.	My ma-hulle was hier ...	... was dit nie vir vriende nie, weet ek nie of ek daardeur sou kom nie ...	... die ding is hulle was daar ...	... baie het kom kuier ...	So dit beteken vir mens baie, mense wat vir jou bel en hoor hoe gaan dit ...	Onmiddellik het daar 'n klomp vriendinne van Kemptonpark in 'n motor geklim en kom kuier ...		... en natuurlik die belangstelling ...	
	7.3 Versterk bemoeiding deur familie/ vriende	Ek het ondersteuning en hulp van baie mense gekry, mense wat jy nie eens regtig gedink het dink aan jou nie, het gebel en gesê hulle hoor dit is so, wat jou sterkte ...		Al my vriendinne, as hulle hier gekom het, dit gesê: Comie, maar jy is gou oor die ding ...	... almal was eintlik wonderlik vir mens, dit het my baie beïndruk, die liefde wat mens ontvang.	Ek het dit baie waardeer, bemoeiding geselskap soos een van my vriendinne sal miskien 'n intieme gesprek voer en my opbeur ...  Oral waar ek nou gaan sê mense vir jou maar jy lyk so pragtig. Dit sê seker iets ...	Mense wat vir jou bel en hoor hoe gaan dit ... iemand bel my en sê jinne jy is seker nou vreeslik maer, jy weet sulke dingetjies. Ek het nou nog nie negatiewe ervarings gehad nie, soos mense wat nou dink jy is nou half op sterwe nie.	... en natuurlik my familie het die wêreld vir my beteken ...  ... ag, dit is net alles wonderlik gewees om so onderskraag te word ...	Jy kan sien almal wat jou vra hoe gaan dit met jou ... jy kan sien hulle is so oningelig.	My mense, my familie het geweldig baie gehelp en moed ingepraat ... vir my gebid.	
	7.4 Betrek in hulpverlening	My skoonma het hulle 'n paar dae by haar laat bly.  Vir vyf weke moes ek elke dag iemand	Almal het baie vir my gedoen.	... ek kon nie kosmaak nie, vriende van die rolbal, kerk en gym het beurte gemaak om vir my kos te kook en na				As ek deur die dag 'n bietjie gevoel het ek sien vandag nie kans om te ry nie dan het sy vir my gery.		... baie het gehelp ...	

GROEPE	TEMAS	RESPONDENTE SE BESKRYWING EN MOTIVERING VAN ONDERSTEUNING VERKRY EN VERLANG										
		ONDERHOUD 1	ONDERHOUD 2	ONDERHOUD 3	ONDERHOUD 4	ONDERHOUD 5	ONDERHOUD 6	ONDERHOUD 7	ONDERHOUD 8	ONDERHOUD 9	ONDERHOUD 10	
7. Betrek familie en vriende in die ondersteuning (vervolg)		soek om my te vat, maar daar was my mense weer daar. Jy weet hulle het my gebel en gesê sebilief sê net, kan ons jou vat. Ek het omtrent 'n lys gehad.  Die laaste week het my pa my gevat ...		die huis toe gebring. Dit sê ook baie vir die persoon as jy mense wat vir jou kan help, wat wys hulle wil jou hiep.					Al die ander mense wat so kom hulp verleen ...			
8. Betrek werkgewer	8.1 Betrek by bemoediging		My hoof, hy en sy vrou het my al in die hospitaal besoek							... soos by die werk, toe ek die eerste dag daar instap, almal het vir my gevra hoe gaan dit. Jy lyk nou mos normaal. Jy kan weer mos aangaan, jong ... dit het vir my gevoel alles is maar ...		
	8.2 Verskaf inligting ten opsigte van aspekte wat sal bydra tot vroue se herstel		... en het toe vir my gesê, ek moet ten minste vyf tot ses weke siekverlof vat ...						My direkte hoof is die rekenmeester en hy het ook gesê as ek nou gaan vir die chemoterapie, rus vir 'n dag of wat ...			



### 3.4.3 Interpretasie van respondente se response uit motiverings en verklarings van verpleegkundige ondersteuningstussentredes

Uit die beskrywing van die respondente se kommer, probleme en ervaringe waardeur hulle hul behoefte aan ondersteuning beskryf het sowel as die beskrywing van ondersteuning wat hulle benodig en/of verkry het, is opsommende interpretasies gemaak. Hierdie opsommende interpretasies steun die geïdentifiseerde groepe en temas van verpleegkundige tussentredes.

**Tabel 3.9**

#### **Interpretasie van respondente se response uit motiverings en verklarings van verpleegkundige ondersteuningstussentredes**

*Groep: Verreken vorige blootstelling aan en ervaring met persone met karsinoom van die mammae (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Verreken vorige blootstelling as gevolg van familieledes/vriende met karsinoom (f=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weet nie wat kanker beteken nie, het geen familielid met kanker nie</li> <li>- Kanker nie onbekend nie, as gevolg van 'n familielid wat kanker het</li> <li>- Het 'n familielid gehad met mammaekarsinoom, maar wat nie dood daaraan is nie</li> <li>- Het 'n familielid gehad met kanker wat dood is daaraan</li> <li>- Het 'n familielid gehad wat dood is aan kanker met 'n verskriklike lyding</li> <li>- Voel in haar familie het kanker herhaaldelik gemetastateer</li> <li>- Vorige blootstelling ontsenu</li> <li>- Het 'n familielid wat kanker gehad het en haar nou motiveer</li> <li>- Nooit gedink aan kanker nie omdat dit nie in die familie voorkom nie</li> <li>- Bang sy kry kanker as gevolg van familiegeskiedenis</li> <li>- Kanker onbekend omdat sy nooit 'n vriendin of kennis met kanker gehad het nie</li> <li>- Kanker bekend omdat sy 'n vriendin het met karsinoom van die mammae</li> <li>- Het 'n naby vriendin gehad wat dood is aan karsinoom van die mammae</li> <li>- Het 'n vriendin wat kanker gehad het en dit motiveer haar om op te tree</li> <li>- Het 'n vriendin wat dood is aan mammaekarsinoom en dit het haar gemotiveer om mediese hulp te verkry vir 'n verdikking in haar bors</li> <li>- Het 'n vriendin wat kanker het en geworstel het met waarom het dit haar oorgekom en dit het haar gemotiveer om dit te aanvaar</li> </ul>
Verreken vorige blootstelling as gevolg van benigne tumore (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het 'n geskiedenis van benigne tumore</li> <li>- Het 'n vorige biopsie gehad</li> <li>- Het geweet wat die borsoperasie behels as gevolg van vorige blootstelling</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het onmiddellik geweet die knop lyk/voel kwaadaardig as gevolg van vorige ondervinding met benigne tumore</li> <li>- Bang dat die benigne tumore 'n maligniteit sou word</li> </ul>
Verreken gevoelens/kennis rondom voorkomende optrede (f=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gereeld self borsondersoeke gedoen</li> <li>- Het nie gereeld self borsondersoeke gedoen nie</li> <li>- Kon nie self borsondersoeke effektief doen nie</li> <li>- Het gereeld vir mediese borsondersoeke gegaan</li> <li>- Het gereeld 'n mammogram laat neem</li> <li>- Het nie opvolgondersoeke laat doen nie</li> <li>- Het die laaste twee jaar nie vir mediese ondersoeke gegaan nie</li> <li>- Het nie self die knop gevoel nie</li> <li>- Het 'n knop gehad, maar het nie dadelik vir mediese hulp gegaan nie</li> <li>- Het gedink sy het 'n verdikking of 'n knop maar het nie gedink dit het aandag nodig nie</li> <li>- Het lastig gevoel om herhaaldelik die huisdokter te vra om haar borste te ondersoek</li> <li>- Het gerusstellende raad ontvang dat niks verkeerd is nie</li> <li>- Voel onseker oor wat gebeur het dat die knop in die bors nie vroeër opgespoor is nie</li> <li>- Voel skuldig oor sy nie gouer dokter toe gegaan het nie</li> </ul>

*Groep: Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom en die behandeling in die ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Verreken vroue se gevoelens oor die diagnose en impak van chirurgie (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nooit voorheen aan kanker gedink nie</li> <li>- Nie gedink dit is kanker nie</li> <li>- Hoop dis nie kanker nie</li> <li>- Gedink dis net 'n knop</li> <li>- Ontsteld as gevolg van foutiewe vorige gerusstelling</li> <li>- Geskok as gevolg van diagnose</li> <li>- Geweet dis kanker</li> <li>- Gevrees dis kanker</li> <li>- Verlig as gevolg van alternatiewe chirurgie</li> <li>- Vrede gemaak met chirurgie</li> <li>- Hartseer</li> <li>- Onwerkdike gevoel</li> <li>- Verlieservaring</li> <li>- Kwaad</li> <li>- Vermoed dis kwaadaardig</li> <li>- Onseker oor chirurgiese uitslag</li> <li>- Seker oor chirurgiese uitslag</li> <li>- Traumaties as vermoed dis normaal, dit maligne is en 'n operasie uitgevoer moet word</li> <li>- Hoop steeds dis nie kanker nie</li> <li>- Weet dit is kwaadaardig</li> <li>- Geskok as besef mastektomie is gedoen en dit is kwaadaardig</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Spreek gebrekkige kennis aan oor karsinoom en behandeling (f=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het nie geweet wat om te verwag nie</li> <li>- Wou meer inligting hê oor die verloop van die behandeling</li> <li>- Wou meer inligting hê oor die behandeling</li> <li>- Wou meer inligting hê oor die effek van die behandeling</li> <li>- Het foutiewe inligting gehad oor behandeling</li> <li>- Wou meer weet van kanker</li> <li>- Wou meer weet van 'n lumpektomie</li> <li>- Wou meer inligting hê oor aanpassing na die borschirurgie</li> <li>- Wou 'n geleentheid gehad het om met iemand daarvoor te praat</li> <li>- Wou inligting hê oor die moontlikheid van behandeling</li> <li>- Wou inligting hê wat haar bemoedig</li> <li>- Wou inligting hê oor prosteses</li> <li>- Wou inligting hê om minder gespanne en onseker te voel</li> <li>- Wou inligting hê om beter aan te pas</li> <li>- Wou beperkte beskikbare inligting uitbrei</li> <li>- Wou inligting hê om wanpersepsie ten opsigte van behandeling te voorkom</li> </ul>
Voorsien in behoeftes aan voortgesette inligting (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het nie gebruik gemaak van geleentheid om verdere inligting te bekom by 'n ondersteuningsgroep se vergaderings nie</li> <li>- Het 'n behoefte om verdere inligting te bekom by 'n ondersteuningsgroep se vergaderings</li> <li>- Verkry verdere inligting by professionele mense na komplikasies</li> <li>- Het verdere inligting verkry by ander mense met kanker</li> <li>- Onkundig waarheen om met probleme te gaan ten opsigte van mediese hulp</li> <li>- Steeds onseker oor die keuse van behandeling wat uitgevoer is</li> <li>- Wou meer inligting hê hoe om komplikasies te hanteer</li> <li>- Onkundig ten opsigte van kankerverloop</li> <li>- Wou verdere inligting hê oor haar siektebelevens</li> <li>- Wou meer weet oor verspreiding</li> <li>- Wou verdere inligting hê oor opvolgondersoeke</li> <li>- Onseker oor religieuse aspekte</li> <li>- Steeds onseker oor wond, pyn, hare, warmgloede en limfedoem</li> </ul>

*Groep: Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Ondersteun tydens kommer en vrees (f = 10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekomerd dit pla haar man</li> <li>- Bekomerd oor kanker</li> <li>- Bekomerd oor komplikasies</li> <li>- Vrees moontlike verspreiding</li> <li>- Vrees kanker so erg dat selfmoord oorweeg word</li> <li>- Bang vir bevestiging van kanker</li> <li>- Bang vir operasie</li> <li>- Vrees diagnostiese uitslae</li> <li>- Bang vir verdere behandeling</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bang vir hospitalisasie</li> <li>- Bekommerd oor haar kind</li> <li>- Bang vir vreemde omgewing</li> </ul>
Moedig verbalisering van woede aan (f=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontsteld oor chirurgie wat nie volgens beplanning uitgevoer is nie as gevolg van nalatigheid om ingeligte toestemming vir biopsie en mastektomie te verkry</li> <li>- As gevolg van leke-ondersteuningsgroep se benadering</li> </ul>
Ondersteun waar onsekerheid en twyfel bestaan (f=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onseker oor verloop van behandeling</li> <li>- Onseker oor behandeling</li> <li>- Onseker oor komplikasies</li> <li>- Onseker oor herhaling</li> <li>- Twyfel steeds oor behandelingsmetode</li> <li>- Onseker voor eerste behandeling</li> <li>- Onseker voor hospitalisasie</li> <li>- Onseker as gevolg van lang wagtydperk voor diagnostiese uitslae</li> </ul>
Troos tydens hartseer en ongelukkigheid (f=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hartseer oor teenwoordigheid van karsinoom</li> <li>- Hartseer oor naasbestaandes se liefdesbetuiging</li> </ul>
Bied steun vir geskokte/ontwrigte vroue aan (f=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geskok as gevolg van teenwoordigheid van karsinoom</li> <li>- Geskok as gevolg van borsverlies</li> <li>- Geskok as gevolg van moontlikheid van behandeling</li> <li>- Traumaties as gevolg van spanningsvolle wagtydperk vir uitslae</li> <li>- Geskok as gevolg van foutiewe inligting</li> </ul>
Hanteer gevoelens van onwerklikheid (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervaar direk postoperatief ten opsigte van kankerdiagnose/ borsverlies</li> </ul>
Bemoedig tydens periodes van moedeloosheid (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moedeloos as gevolg van komplikasies</li> <li>- Moedeloos van onkunde waarheen om vir mediese hulp te gaan</li> <li>- Moedeloos as gevolg van borsverlies</li> </ul>
Ondersteun tydens hulpeloosheid, verslaentheid en beheerverlies (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onbeheerbare situasie</li> <li>- Niemand/niks help nie</li> <li>- Jyself kan niks doen nie</li> <li>- Voel platgeslaan</li> </ul>

*Groep: Evalueer aanpassing en verreken dit in ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Evalueer en verreken verlieservaring (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beleef 'n kankerdiagnose as 'n groter bedreiging as die impak van borschirurgie</li> <li>- Aanvaar borschirurgie ter wille van genesing</li> <li>- Aanvaar steeds nie borschirurgie nie</li> <li>- Voel kankerbedreiging kan verminder word as bors verwyder word</li> <li>- Beleef kankerdiagnose as bedreigend</li> <li>- Beleef nie 'n kankerdiagnose as bedreigend nie</li> <li>- Beleef die impak van borschirurgie erger as die kankerdiagnose</li> <li>- Voel dat die verlies van hul bors hul lewe spaar</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beleef die impak van 'n lumpektomie nie so erg as 'n mastektomie nie</li> <li>- Assosieer mastektomie met kanker</li> </ul>
Evalueer en verreken liggaamsbeeldverlies (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haarverlies erger as die borsverlies</li> <li>- Nie meer bewus van hul borsverlies nie</li> <li>- Steeds met tye bewus van hul borsverlies</li> <li>- Selfbewus gevoel oor borsverlies</li> <li>- Kan nie hul borsverlies aanvaar nie</li> <li>- Borsverlies nie beleef as liggaamsbeeldverlies nie</li> <li>- Borsverlies erger beleef as liggaamsbeeldverlies</li> <li>- Liggaamsbeeldverlies minder as gevolg van lumpektomie</li> <li>- Selfbewus om voor ander uit te trek</li> <li>- Selfbewus dat ander borsverlies gaan raaksien</li> <li>- Selfbewus vir haar man</li> <li>- Voel sy lyk dieselfde</li> <li>- Voel sy lyk anders</li> <li>- Borsverlies beïnvloed kleredrag</li> <li>- Borsverlies beïnvloed nie haar kleredrag nie</li> <li>- Ouderdom maak dit makliker</li> </ul>
Evalueer ander psigiese aanpassing (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het maklik psigies aangepas</li> <li>- Moes dit later aanvaar</li> <li>- Dink sy het dit aanvaar</li> <li>- Het volkome psigies aangepas</li> <li>- Al aanvaar</li> <li>- Soms nog probleme ervaar</li> <li>- Voel sy kan dit nie aanvaar nie</li> </ul>
Evalueer fisieke aanpassing (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het vorige leefwyse hervat</li> <li>- Kan nie funksioneer soos voorheen nie</li> <li>- Ervaar langtermyn fisieke komplikasies</li> <li>- Ervaar geringe fisieke komplikasies</li> <li>- Het gou aangepas</li> <li>- Neem tyd om aan te pas</li> </ul>

*Groep: Tree koesterend in verpleegsorg op (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Wys betrokkenheid (f=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was baie gaaf</li> <li>- Het baie beteken vir die vroue</li> <li>- Het dit probeer makliker maak</li> <li>- Het alles moontlik gedoen om pasiënt gemaklik te hou</li> <li>- Het getroos</li> <li>- Het gedurig ingekom</li> <li>- Het hulp aangebied</li> </ul>
Bespreek haar diagnose en siektebeleving (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wou hê dat verpleegkundiges hul diagnose/behandeling/siektebeleving bespreek</li> <li>- Gee inligting ten opsigte van diagnose, behandeling, siektebeleving en rehabilitasie</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voel verpleegkundiges praat nie met hulle spesifiek (wel sosiaal/taakgerig byvoorbeeld oor pyn) oor hul diagnose nie</li> <li>- Betwyfel verpleegkundiges se vermoë om inligting te gee</li> <li>- Voel verpleegkundiges is te besig</li> <li>- Voel verpleegkundiges wissel baie</li> <li>- Voel dat verpleegkundiges vermy om oor karsinoom te praat</li> <li>- Ontwykend deur verpleegkundiges hanteer ten opsigte van chirurgiese uitslag</li> <li>- Voel verpleegkundiges is bang om daaroor te praat</li> <li>- Voel verpleegkundiges het nie uit hul pad gegaan om te ondersteun nie</li> <li>- Voel verpleegkundiges probeer dit makliker vir jou maak</li> <li>- Voel sy het geen ondersteuning gekry nie</li> <li>- Voel hulle bemoedig</li> <li>- Voel sy kon vra</li> <li>- Wou hê dat inligting verkry geëvalueer, herhaal en aangevul moet word</li> <li>- Voel ander moet met jou oor jou borsverlies/diagnose kan praat, anders voel jy jy ly aan 'n verskriklike siekte</li> <li>- Moenie bejammer word nie</li> <li>- Moenie jou laat treurig voel nie</li> <li>- Moet jou probeer opbeur</li> <li>- Gee inligting vanuit hul eie ervaringsveld</li> </ul>
Behandel haar menswaardig (f=4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandel soos een gewone pasiënt, nie anders omdat jy kanker het nie</li> <li>- Aanvaar haar optrede</li> <li>- Wil weet haar optrede is normaal</li> <li>- Reageer sonder etikettering of bejammering</li> <li>- Betrek haar as mens</li> <li>- Respekteer haar gevoelens en liggaam tydens ontbloting</li> <li>- Nie laat nie</li> </ul>
Bied privaatheid (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privaatkamer het baie beteken</li> <li>- Familie kon inkom om te besoek en te ondersteun in privaatheid</li> <li>- Privaatkamer gee geleentheid om die impak van die chirurgie en diagnose emosioneel te verwerk</li> </ul>

*Groep: Verskaf effektiewe verpleegsorg (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Demonstreer vaardigheid/ kennis tydens versorging (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Korrekte verkryging van regsgeldige skriftelike toestemming vir 'n biopsie en 'n mastektomie</li> <li>- Noukeurige hantering van medikasie en binnearse oorgieting</li> <li>- Kennis van vrou en haar familie</li> <li>- In staat om pyn te verlig</li> <li>- Begrip en kennis hê om te kan waarneem as vroue nie in staat is om onafhanklik te eet of te beweeg nie en daarvolgens die vrou te help</li> </ul>
Beplan effektiewe verpleegtussentredes ten opsigte van probleme (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moegheid</li> <li>- Aanpassing met betrekking tot die mobiliteit van die arm</li> <li>- Limfedoem/ontsteking</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pyn</li> <li>- Ontslagnigting met betrekking tot dreineringspype</li> <li>- Velreaksies as gevolg van radioterapie</li> <li>- Heesheid as gevolg van radioterapie</li> <li>- Haarversorging en -verlies</li> <li>- Wondsorg</li> <li>- Naarheid</li> </ul>

*Groep: Moedig selfsorg/onafhanklikheid aan (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Versterk 'n onafhanklike ingesteldheid (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jyself moet 'n belangrike deel speel in jou genesing</li> <li>- Wil nie 'n las wees vir ander nie</li> <li>- Wil nie afhanklik wees van ander nie</li> </ul>
Motiveer selfsorg (f=6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onafhanklik hul daaglikse pligte uitvoer</li> <li>- Aktiwiteite in werking gestel het bygedra tot hul genesing</li> </ul>

*Groep: Moedig effektiewe hantering aan (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Verskaf geleentheid vir die verbalisering van effektiewe hantering (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Help nie om jou te bekommer/heeldag te dink oor iets wat nie nou 'n probleem is nie</li> <li>- Sal krag kry as 'n probleem sou ontstaan en sal dan daarvandaan af aangaan</li> <li>- Moet aangaan en saamwerk en die behandeling klaar kry</li> <li>- Voel hulle lewe moet aangaan</li> <li>- Moet aanpas</li> <li>- Geen beheer daaroor</li> <li>- Moet vorige leefwyse hervat</li> <li>- Beweeg uit sodat hulle nie in 'n groef verval nie</li> <li>- Veg daarteen om moed te verloor</li> <li>- Moet nie self bejammer nie</li> <li>- Kyk vorentoe</li> <li>- Het steeds dinge om voor te lewe</li> <li>- Elke dag die beste daarvan maak</li> <li>- Elke dag gaan dit 'n bietjie beter</li> <li>- Wou besig bly</li> <li>- Het hulp by God gesoek</li> <li>- Inligting verkry</li> </ul>
Versterk positiewe ingesteldheid (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan nog aangaan met hul lewe</li> <li>- Glo dat kanker gekeer kan word</li> <li>- Voel positief</li> <li>- Help nie om te bekommer/bejammer nie</li> <li>- Konsentreer nie op die negatiewe aspekte nie</li> <li>- Sien dit as 'n kans</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
	- Bestem vir jou lewe

*Groep: Versterk geloofsoortuigings (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Voorsien geleentheid vir die versterking van individuele geloofsoortuigings (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gebid</li> <li>- Hulp uit skriflesing verkry</li> <li>- Het hul verhouding met God versterk</li> <li>- Vertrou op God</li> <li>- God het hul gehelp/krag gegee</li> </ul>
Skep 'n geleentheid vir die verbalisering van vertroue (f=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dankbaarheid uitspreek ten opsigte van genesing</li> <li>- God was by hulle</li> <li>- Glo dat dit God se wil vir hulle lewens is</li> </ul>

*Groep: Evalueer die vroue se toekomsverwagtinge en verreken dit in ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Evalueer toekomsverwagting ten opsigte van genesing (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lewe kan gered word ten koste van hul bors</li> <li>- Voel genees</li> <li>- Voel genees as kanker verwyder is</li> <li>- Voel hulle kan genees word</li> <li>- Hoop/glo op genesing</li> <li>- Besef dat as hulle chirurgie sou uitstel kan dit hul prognose versleg</li> <li>- Weet dat herhaling 'n groot moontlikheid is as gevolg van familiegeskiedenis en tumor grootte</li> </ul>
Evalueer en verreken die vroue se siening ten opsigte van herhaling/verspreiding (f=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glo dat dit nie weer sal herhaal nie</li> <li>- Voel die Here het dit so beskik dat hul nie verspreiding het nie</li> <li>- Twyfel/bekommer soms oor moontlike herhaling</li> <li>- Ervaar angs voor verdere diagnostiese toetse</li> <li>- Ervaar angs oor enige simptome</li> <li>- Ervaar angs omdat hulle voel hulle ontvang nie genoeg inligting nie</li> <li>- Het 'n fatalistiese siening oor herhaling/verspreiding</li> <li>- Het by die wete van verspreiding selfmoord oorweeg</li> <li>- Verlig omdat sy geen metastases het nie</li> <li>- Verlig omdat geen verspreiding behandelingsmoontlikhede verbeter</li> <li>- As herhaling plaasvind dan sal sy daarvoor bekommer, nie nou nie</li> <li>- Ervaar onsekerheid as gevolg van die moontlikheid van herhaling</li> <li>- Tyd raak kosbaar</li> </ul>
Evalueer die vroue se siening ten opsigte van liggaamsbeeldherstel (f=4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het nooit rekonstruksie oorweeg nie</li> <li>- Dink om rekonstruksie te laat doen</li> </ul>



*Groep: Betrek eggenoot in ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Sien toe dat die eggenoot ingelig word (f=6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontvang inligting vanaf dokter</li> <li>- Ontvang inligting vanaf eggenote</li> </ul>
Bied ope besoektyd aan (f=4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eggenoot kon volgens behoefte besoek</li> </ul>
Moedig kommunikasie oor diagnose/ behandeling met eggenoot aan (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kon met hul eggenoot daaroor praat</li> <li>- Kon nie met hul eggenoot daaroor praat nie</li> </ul>
Versterk aanvaarding van eggenoot (f=6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baie bekommerd dat hul eggenoot nie die borsverlies sou aanvaar nie</li> <li>- Eggenoot het hul die versekering gegee het dat hulle die borsverlies aanvaar</li> <li>- Eggenoot se aanvaarding ondersteunend vir vroue</li> <li>- Eggenoot se optrede het van aanvaarding gespreek</li> <li>- Eggenoot wat moeite doen om vroue te ondersteun</li> </ul>
Motiveer egpaar tot gesamentlike hantering van krisissituasie (f=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Egpaar besluit saam dit moet dadelik hanteer word</li> </ul>
Moedig behulpsaamheid aan (f=6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vroue wie se pligte verminder is deur eggenoot se bydrae</li> </ul>

*Groep: Betrek ander spanlede in ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Moedig positiewe verhouding aan (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het moeite gedoen om te verduidelik</li> <li>- Het by vrou gaan sit</li> <li>- Het vir haar gebid</li> <li>- Het alles vinnig gereël</li> <li>- Het pasiënt laat voel hy is daar vir haar</li> <li>- Het huistoe gebel om vir haar eggenoot te verduidelik</li> <li>- Het vir haar voor die teater gewag soos belowe</li> <li>- Het gereeld besoek</li> <li>- Wys hy stel belang</li> <li>- Voel hy stel belang</li> <li>- Is bereikbaar</li> <li>- Kommunikeer spontaan</li> <li>- Laat vroue aanvaar/normaal voel</li> <li>- Gesels met vroue oor algemene dinge</li> <li>- Gesels met vroue spesifiek oor hul diagnose/behandeling/siektebelewenis</li> <li>- Beantwoord vroue se vrae geduldig met begrip</li> <li>- Vra vrae oor hulle</li> <li>- Was gaaf</li> <li>- Behandel jou soos 'n mens</li> <li>- Betrek jou</li> <li>- Ondersteun</li> </ul>

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Verseker die bevestiging van abnormaliteite (f=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gesê daar is 'n tumor</li> <li>- Is seker dat dit 'n maligniteit is</li> <li>- Verwys dadelik</li> <li>- Nie bekommerd oor knop se teenwoordigheid nie, maar verwys nogtans</li> </ul>
Moedig bespreking van abnormaliteite aan (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dink nie dis maligne nie</li> <li>- Het maligniteit vermoed</li> <li>- Het maligniteit bevestig</li> <li>- Bevestig nie dadelik abnormaliteit nie</li> <li>- Het verduidelik</li> <li>- Het met vrou gesels</li> <li>- Het vrou moet ingespraak</li> </ul>
Moedig verduideliking van beplande chirurgie aan (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verduidelik</li> <li>- Net nodigste verduidelik</li> </ul>
Moedig bespreking van alternatiewe behandeling (indien toepaslik) aan (f=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moontlik slegs biopsie</li> <li>- Biopsie en moontlik mastektomie</li> <li>- Definitief 'n mastektomie</li> <li>- Lumpektomie</li> </ul>
Voorsien in individuele behoefte ten opsigte van tyd vir verwerking van diagnose en impak van chirurgie (f=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Binne een week sedert diagnose bevestig is chirurgie gehad</li> <li>- Langer as een week sedert hul diagnose bevestig is en chirurgie gedoen is</li> <li>- Het tyd nodig gehad om hul kinders te versorg en te organiseer</li> <li>- Bly hulle het nie meer tyd gehad om daarvoor te dink nie</li> </ul>
Sien toe dat inligting met betrekking tot chirurgiese uitslag bevestig word (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurg onmiddellik chirurgie se uitslag bevestig</li> <li>- Chirurg 10-24 uur later chirurgie met vroue kom bevestig</li> <li>- Chirurg se inligting moet weer verduidelik word</li> <li>- Wou die uitslae bespreek</li> </ul>
Sien toe dat inligting ten opsigte van verdere behandeling gegee word (f=9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sê slegs dat vroue vir behandeling moet gaan, maar verduidelik niks</li> <li>- Gee inligting oor beplande behandeling</li> <li>- Gee inligting oor effek wat behandeling op vroue sal hê</li> <li>- Gee inligting oor opvolgtoetse</li> <li>- Moet self vrae vra</li> <li>- Skep geleentheid vir vroue om vrae te vra</li> <li>- Herhaal inligting gegee as vroue minder gespanne is</li> <li>- Ontevrede gevoel met die inligting ontvang</li> <li>- Het tevrede gevoel met die inligting</li> <li>- Kon vrae vra</li> <li>- Het verduidelik</li> </ul>
Verseker verwysing na ondersteuningsgroep (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deur chirurg verwys</li> </ul>
Versterk die voorbereiding tot ontslag (f=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wou ontslaginligting ten opsigte van die rehabilitasie van 'n mastektomie/ lumpektomie gehad het (N3)</li> <li>- Wou inligting gehad het ten opsigte van opvolgbesoeke</li> </ul>

*Groep: Betrek 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Reël 'n besoek deur ondersteuningsgroep (f=7)	- Heg baie waarde aan 'n besoek
Monitor en versterk hulle motiverende/ bemoedigende optrede (f=9)	- Het beter gevoel na gesprek met ondersteuningsgroep - Ontsteld gevoel na gesprek met ondersteuningsgroep - Gemeenskaplike ervaring motiveer vroue - Visuele bewys van suksesvolle hantering van die situasie is motiverend vir die vroue - Is steeds beskikbaar - Kan self ondersteuningsgroep kontak - Gesels met vroue oor hul ervaring - Het tyd by die vroue spandeer
Sien toe dat hulle inligting verskaf word (f=6)	- Ontvang inligting mondelings - Ontvang inligting skriftelik
Monitor, bevestig en vul inligting gegee deur ondersteuningsgroep (f=7)	- Primêre bron van inligting vir res van familie - Primêre bron van inligting vir vroue - Kon nie vanuit hul ervaringsveld inligting gee nie - Inligting wat professioneel gekorrigeer moes gewees het - Wanindrukke wat ontstaan het as gevolg van taalgebruik (eufemismes) - Wou inligting alreeds pre-operatief gehad het

*Groep: Betrek predikant in die vroue se ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Moedig besoeke aan (f=4)	- Heg baie waarde aan predikant se besoek - Het dadelik besoek - Het gereeld besoek
Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing (f=4)	- Voorbidding gedoen - Skriflesing gedoen - Verduidelik Skrif

*Groep: Betrek religieuse ondersteuningsbron (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Betrek die gemeente (f=3)	- Waardeer die gemeente se betrokkenheid - Gemeentelede het gewys hulle stel belang
Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing (f=3)	- Voorbidding gedoen - Boodsappe van vertroosting gebring

*Groep: Verreken haar verantwoordelikheid en betrokkenheid by haar kinders asook positiewe ervarings (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Versterk kinders se teenwoordigheid as motivering (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinders is 'n motiverende faktor ten opsigte van hul herstel</li> <li>- Kom kuier</li> </ul>
Evalueer en versterk kinders se vermoë tot aanpassing en ondersteuning (f=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinders help</li> <li>- Kinders verstaan</li> <li>- Kinders pas aan</li> <li>- Kinders ondersteun</li> </ul>

*Groep: Betrek familie en vriende in die ondersteuning (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van besoektyd (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ope besoektyd help</li> <li>- Wou nie alleen wees nie</li> <li>- Wou tyd alleen gehad het</li> </ul>
Moedig besoeke aan (f=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waardeer besoeke</li> <li>- Help vroue om deur die situasie te kom</li> <li>- Voel hulle gee om</li> </ul>
Moedig bemoediging aan (f=6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doen navraag oor welstand</li> <li>- Gee positiewe terugvoer oor vordering</li> <li>- Gee liefde</li> <li>- Beur op</li> <li>- Praat intiem</li> <li>- Maak onnadenkende opmerkings</li> <li>- Ondersteun</li> <li>- Praat moed in</li> </ul>
Betrek in hulpverlening (f=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mense het in die algemeen gehelp</li> <li>- Versorg kinders terwyl vroue aansterk</li> <li>- Vervoer vyf weke na radioterapie, twee bring kos</li> </ul>

*Groep: Betrek werkgewer (n=10)*

TEMAS	INTERPRETASIE VAN RESPONDENTE SE RESPONSE
Betrek by bemoediging (f=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoek</li> <li>- Wys stel belang</li> <li>- Bemoedig</li> </ul>
Verskaf inligting ten opsigte van aspekte wat sal bydra tot vroue se herstel (f=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postoperatiewe rusperiode</li> <li>- Behandel haar soos voorheen</li> <li>- Maak bywoning van opvolgbesoeke moontlik</li> </ul>

### 3.5 Data verkry met deelnemerkontrole

- Die deelnemerskontrole het grootliks ooreengestem met die navorsers se bevindinge. Sommige verpleegkundige tussentredes is deur alle respondente bevestig as 'n ondersteuningsbehoefte wat vroue ervaar met primêre karsinoom van die mammae. Ander toon 'n geringe frekwensie verspreiding en dit wil grootliks voorkom asof dit aspekte soos religieuse en familiële voorkeure insluit (kyk tabel 3.10)
- Die respondente het probleme met die verwerking van hul siekte genoem wat hulle meen nie aandag aan gegee is in die geïdentifiseerde temas van verpleegkundige ondersteuningstussentredes vir vroue met primêre karsinoom van die mammae nie. Respondent 2 was steeds onseker oor komplikasies wat ingetree het. Sy het ook nie geweet na watter geneesheer moet sy teruggaan met die komplikasies nie. Respondent 5 het gevoel dat sy baie onkoste aangegaan het om 'n geskikte protese te bekom. Sy wou meer ontslag inligting van professionele persone soos die verpleegkundige oor prosteses hê. Respondent 8 het gevoel dat sy steeds nie weet of haar mastektomie regtig nodig was nie. Die navorsers meen egter dat die aspekte wel onder die genoemde verpleegkundige ondersteuningstussentredes geklassifiseer is.
- Die een respondent wat nie getroud is nie het uitgelig dat die eggenoot ook vriend of vriendin as primêre bron van ondersteuning kan insluit.
- Sewe respondente het 'n verdere opmerking gemaak (kyk bylae C) dat as hulle die tipe ondersteuning gehad het, hul makliker by die diagnose hul borsverlies en aanvullende behandeling sou aangepas het. Die opmerkings het gewissel van dit sou my gehelp het tot ek hoop julle gaan die program gebruik by ander vrouens wat hul bors verloor.

Tabel 3.10

## Data uiteensetting van die deelnemerkontrole (n=10)

		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
1.	Verreken vorige blootstelling as gevolg van familieledes/vriende met karsinoom.				1	9
2.	Verreken vorige blootstelling as gevolg van benigne tumore			1	2	7
3.	Verreken gevoelens/kennis rondom voorkomende optrede.			1	3	6
4.	Verreken vroue se gevoelens oor die diagnose en impak van chirurgie asook behandeling.					10
5.	Spreek gebrekkige kennis oor karsinoom en behandeling aan.					10
6.	Voorsien in voortgesette inligtingsbehoefte.				1	9
7.	Ondersteun tydens kommer en vrees					10
8.	Moedig verbalisering van woede aan			1	2	7
9.	Ondersteun in onsekerheid en twyfel					10
10.	Troos tydens hartseer en ongelukkigheid					10
11.	Bied steun vir geskokte/ontwrigte vroue				1	9
12.	Hanteer gevoelens van onwerklikheid			1	2	7
13.	Bemoedig tydens periodes van moedeloosheid				2	8
14.	Ondersteun tydens hulpeloosheid, verslaentheid en beheerverlies				2	8
15.	Evalueer en verreken verlieservaring.				2	8
16.	Evalueer en verreken liggaamsbeeldverlies.					10
17.	Evalueer en verreken ander psigiese aanpassings.					10
18.	Evalueer en verreken fisieke aanpassing.					10
19.	Wys verpleegkundige betrokkenheid			1	2	7
20.	Bespreek haar diagnose en siektebelevens			1	3	6
21.	Behandel haar menswaardig			1	2	7
22.	Bied privaatheid			1	3	6
23.	Demonstreer vaardigheid/kennis tydens versorging				1	9
24.	Beplan effektiewe verpleegtussentrede					10
25.	Versterk 'n onafhanklike ingesteldheid					10
26.	Motiveer selfsorg					10
27.	Verskaf geleentheid vir die verbalisering van effektiewe hantering			1	2	7
28.	Versterk positiewe ingesteldheid				1	9

		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
29.	Voorsien geleentheid vir die versterking van individuele geloofsoortuigings				2	8
30.	Skep 'n geleentheid vir die verbalisering van vertroue			1	3	6
31.	Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van genesing					10
32.	Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van herhaling/verspreiding					10
33.	Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van liggaamsbeeld herstel				2	8
34.	Sien toe dat die eggenoot ingelig word					10
35.	Bied opebesoektyd aan eggenoot					10
36.	Moedig kommunikasie oor diagnose/behandeling met eggenoot aan			1	2	7
37.	Versterk aanvaarding van eggenoot				2	8
38.	Motiveer egpaar tot gesamentlike hantering van krisissituasie				2	8
39.	Moedig behulpsaamheid aan deur eggenoot			1	2	7
40.	Verseker die bevestiging van normaliteite/abnormaliteite deur geneesheer				2	8
41.	Moedig positiewe verhouding aan met ander spanlede			1	2	7
42.	Moedig bespreking van abnormaliteite aan					10
43.	Moedig verduideliking van beplande chirurgie aan				2	8
44.	Moedig bespreking van alternatiewe behandeling (indien toepaslik) aan			1	2	7
45.	Voorsien in individuele behoefte ten opsigte van tyd vir verwerking van diagnose en impak van chirurgie			1	3	6
46.	Sien toe dat inligting met betrekking tot chirurgiese uitslag bevestig word					10
47.	Sien toe dat inligting ten opsigte van verdere behandeling gegee word					10
48.	Verseker verwysing na mammakarsinoom ondersteuningsgroep deur ander spanlede			1	2	7
49.	Versterk die voorbereiding tot ontslag				2	8
50.	Reël 'n besoek van mammae karsinoom ondersteuningsgroep			1	2	7
51.	Monitor en versterk ondersteuningsgroep se motiverende/bemoedigende optrede				2	8
52.	Sien toe dat hulle inligting verskaf			1	2	7
53.	Monitor, bevestig en vul inligting aan deur ondersteuningsgroep gegee				2	8
54.	Moedig besoeke aan van predikant			1	2	7
55.	Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing			1	2	7
56.	Betrek die gemeente			1	3	6
57.	Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing deur gemeente			1	2	7
58.	Versterk kinders se teenwoordigheid as motivering			1	2	7

		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
59.	Evalueer en versterk kinders se vermoë tot aanpassing en ondersteuning			1	2	7
60.	Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van besoektyd deur familie/vriende			1	2	7
61.	Moedig besoeke aan van familie/vriende			1	3	6
62.	Versterk bemoediging deur familie/vriende			1	3	6
63.	Betrek in hulpverlening die familie/vriende			1	3	6
64.	Betrek by bemoediging die werkgewer			1	3	6
65.	Verskaf inligting ten opsigte van aspekte wat sal bydrae tot vroue se herstel aan werkgewer				2	8

### 3.6 Samevatting

Na data-analise is dit duidelik dat vroue met karsinoom van die mammae spesifieke, geïndividualiseerde verpleegkundige ondersteuningsbehoefte het. Sommige van die tussentredes wat ondersteuning verleen, is deel van die algemene alledaagse versorging van die vroue met karsinoom van die mammae en word dikwels nie deur verpleegkundiges geïdentifiseer as ondersteuning nie, byvoorbeeld om die familie te betrek in ondersteuning.

Daar is egter ook meer spesifieke tussentredes waar kennis en vaardigheid nodig is soos om vir die vroue inligting te gee of die bespreking van haar gevoelens ten opsigte van die impak van die diagnose en chirurgie. Die verpleegkundige kan vroue met karsinoom van die mammae ondersteun deur met hulle te kommunikeer, hulle te begelei en vir hulle inligting te gee. In al drie die aksies speel beraming 'n groot rol. Alhoewel die vroue se behoeftes veralgemeen is regdeur die siekteproses, is daar sekere tye wanneer spesifieke individuele behoeftes meer prominent na vore tree.



Dit is opmerklik dat ondersteuning nie net direkte verpleegkundige tussentredes insluit nie, maar ook indirek, byvoorbeeld dat sy toesien dat die vroue so gou as moontlik na die operasie die chirurgiese uitslag bekom om wanindrukke en onsekerheid te voorkom.

## HOOFSTUK 4

### LITERATUURKONTROLE VIR DIE ONDERSOEK NA DIE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNING VAN VROUE MET KARSINOOM VAN DIE MAMMAE

#### 4.1 INLEIDING

Daar die geldigheid van kwalitatiewe navorsing versterk word deur die navorsingsbevindinge te vergelyk met uitsprake in die literatuur (Hycner 1985:50 en Leiniger 1990:2), word daar in hierdie hoofstuk veral gelet op tersaaklike bevindinge soos weergegee in bestaande literatuur.

#### 4.2 DIREKTE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES

Die volgende benaderings word as van kardinale belang beskou by verpleegkundige ondersteuningstussentrede vir vroue met primêre karsinoom van die mammae en dit kan grootliks deur die verpleegkundige uitgevoer word.

##### 4.2.1 Verreken vorige blootstelling aan karsinoom en ervaring met persone met karsinoom van die mammae

Vroue met karsinoom van die mammae het dikwels familieledes met karsinoom van die mammae. Dit geld vir tot 25 % van alle vroue met karsinoom van die mammae (Brailey 1986:227; Glenn en Moore 1990:363; Nemcek 1990:133; O'Dell, Mangin, Leavitt, Levine, Moloney, Schwartz en Winton 1991:388; Rutledge 1987:118). Navorsers soos Heyman et. al. (1991:37) se navorsingsbevindinge dui daarop dat soveel as 54 % vroue met karsinoom van die mammae 'n familiegeskiedenis het van een of ander vorm van karsinoom.

## Positiewe ervaring as gevolg van familieledede met karsinoom van die mammae

Vroue kan deur vorige blootstelling aan familieledede met karsinoom van die mammae, positief gemotiveer word om voorkomend op te tree. Dié vroue se persepsie van karsinoom is positief beïnvloed deur die vorige blootstelling. Hulle kan gemotiveerd voel om self borsondersoeke uit te voer of om vroegtydig geneeskundige hulp in te roep oor die knop in hul bors wat hulle voel, maar nie pynlik is nie of die verdikking waaroor hulle onseker is.

Hierdie positiewe motivering van vroue om voorkomend op te tree, kan dus 'n direkte invloed op hulle prognose hê en stel beter behandelingsopsies, soos 'n lumpektomie, in die vooruitsig. As vroue self borsondersoeke doen, kan 'n tumor so klein soos 1 cm in deursnee, opgespoor word. Vroue met 'n tumor kleiner as 1 cm in deursnee het 'n 100 % vyfjaar oorlewings tyd (Frank-Stormborg 1989:366). Sulke vroue voel dan nie skuldig teenoor hulself en hul families omdat hulle nie voorkomend opgetree het nie. Verskeie outeurs stem saam dat skuldgevoelens 'n reaksie op die diagnose van karsinoom is (Ali en Khalil 1991:234; Bindemann 1987:227; Blank, Clark, Longman en Atwood 1989:84; Holmes 1987:2021; Kesselring et. al. 1986:82; Krause 1987:63 asook Stein en Zera 1991:946). Volgens Lierman (1988:352) is die wyse waarop vroue teenoor die inisiële bedreiging van karsinoom van die mammae reageer, so belangrik dat dit hul besluit kan beïnvloed om voorkomend op te tree asook mediese hulp te verkry. Dit het dus 'n direkte invloed op die vroue se siekteverloop en aanpassing.

Burgess, Morris en Pettingale (1988:270) het gevind dat sommige vroue na vorige blootstelling aan familieledede met karsinoom 'n positiewe en konfronterende benadering van hul eie karsinoom het. Die respons word gekenmerk deur 'n sterk lokus van kontrole. Heyman et. al. (1991:35) meen dat die vroue meer in beheer van hul gesondheid voel. Dié vroue ervaar minder angsk en moedeloosheid. Yates (1993:705) stem saam met Burgess et. al. (1988:270) dat dié vroue met 'n veggees minder angstig sowel as

minder depressief voel en beter emosioneel aangepas is. Yates (1993:705) het ook gevind dat sulke vroue se immuunstatus beter is as vroue wat wel angstig en depressief is. Yates (1993:705) is verder van mening dat die vroue se beter immuunstatus hul oorlewings tyd verleng. Dit is dus duidelik dat vroue wat 'n positiewe ervaring gehad het as gevolg van vorige blootstelling aan familieledes met karsinoom, die inisiële bedreiging van karsinoom met 'n konfronterende respons hanteer en dat dit hul emosionele hantering verbeter.

Vroue kan ook, as gevolg van die ervaring met familieledes met karsinoom van die mammae, positief gemotiveer word deur die voorbeeld van hoe om 'n diagnose van karsinoom van die mammae te hanteer. Dit kan hantering van die siekte-ervaring, soos om steeds ten volle dag vir dag te leef, om die beste van alles te maak en om die siekte te beveg, insluit. Die vroue kan ook uit 'n negatiewe ervaring met familieledes wat karsinoom van die mammae het, positief gemotiveer word om nie hul siekte negatief te hanteer nie, byvoorbeeld om nie heeldag te vra "Hoekom ek?" nie.

#### Negatiewe ervaring as gevolg van familieledes met karsinoom van die mammae

- *Die vroue voel blootgestel aan karsinoom*

Sommige vroue kan as gevolg van 'n familiegeskiedenis met karsinoom van die mammae blootgestel voel aan 'n risiko om karsinoom te ontwikkel. Hierdie persepsie van blootgesteldheid aan karsinoom van die mammae kan 'n negatiewe effek op vroue se voorkomende optrede hê. Volgens Lerman en Schwartz (1993:145) ervaar die vroue psigiese stres. Al voel sommige vroue vanweë hulle familiegeskiedenis, dat hul blootgestel is, 'n hoë risiko het om karsinoom van die mammae te ontwikkel, oortuig is van die ernstigheid asook die voordele van borsondersoeke, doen alle vroue nie noodwendig self borsondersoeke

nie (Brailey 1986:230; Clark en Sandler 1989:43; Glenn en Moore 1990:362; Gray 1990:105; Heyman et. al. 1991:36; Kash, Holland, Halper en Miller 1992:24; Olsen en Mitchell 1989:479 asook Wyper 1990:421). As vroue 'n persepsie het dat hulle blootgestel is aan karsinoom beïnvloed dit hulle voorkomende optrede en respons op karsinoom. Dit het 'n direkte invloed op hul behandelingsopsies, prognose, hantering en aanpassing by 'n diagnose van karsinoom. Buddeberg, Wolf, Sieber, Riehl-Emde, Bergant, Steiner, Landolt-Ritter en Richter (1991:156) stel dit dat vroue se persepsie van die oorsaak van karsinoom sterk korreleer met die tipe hanteringstrategieë wat hulle sal gebruik om daarby aan te pas.

- *Die vroue voel onseker oor genesing van karsinoom*

Verder kan vroue juis vrees ervaar as gevolg van hul vorige ervaring met 'n familielid, waar ten spyte van vermoeiende behandeling, herhaling voorgekom het, die familielid 'n lyding gehad het of genesing nie plaasgevind het nie. Ell, Nishimoto, Mantell en Hamovitch (1988:429) se navorsingsbevindinge dui daarop dat familieledes van persone met karsinoom psigologiese stres ervaar tot 'n jaar na inisiële diagnosering. Lierman (1988:360) het gevind dat die meeste vroue in haar steekproef wanpersepsies gehad het omtrent behandelingsmoontlikhede. Hierdie wanpersepsies het gespruit uit hul blootstelling aan persone wat dood is as gevolg van karsinoom van die mammae.

- *Die vroue ervaar angs en moedeloosheid oor karsinoom*

Vroue kan juis angs en moedeloosheid ervaar as gevolg van vorige blootstelling. Dié vroue is geneig om gebruik te maak van 'n hulpelose of 'n hopelose houding by die hantering van die diagnose van karsinoom (Burgess et. al. 1988:270). Die navorsers het voorts bevind

dat vroue wat karsinoom vrees min van kognitiewe hantering gebruik maak. Burgess et. al. (1988:270) skryf dit toe aan die eksterne lokus van kontrole van dié vroue.

Vroue kan ook die diagnose van karsinoom van die mammae met 'n fatalistiese houding of gelatenheid benader. Die vroue met 'n fatalistiese of gelate houding verskil van die vroue wat 'n hulpelose of hopelose houding handhaaf, deurdat hulle geen angs of moedeloosheid ervaar nie (Burgess et. al. 1988:270). Hulle aanvaar wat ook al met hulle gebeur passief. Die vroue toon min emosie rondom die gebeure en daar is geen teken van aktiewe verwerking wat tot aanvaarding aanleiding kan gee nie.

Hieruit is dit duidelik dat alle vroue se vorige ervaring met persone met karsinoom van die mammae verreken moet word. Van Wyk (1989:19) stel dat vorige ervaring met persone met karsinoom van die mammae 'n besondere invloed mag hê op vroue se aanpassing by hul eie siekte.

### **Verreken vorige blootstelling aan 'n benigne tumor**

#### Positiewe ervaring as gevolg van 'n vorige benigne tumor

Daar is vroue wat na 'n persoonlike geskiedenis van benigne tumore, minder bedreigd voel deur die maligniteit en chirurgie. Die siektetoestand is nie vir hulle vreemd nie, so ook nie die diagnostiese toetse, narkose, chirurgie of hospitalisasie nie. Packard, Haberman, Woods en Yates (1991:438) is van mening dat herhaalde ondervindinge en bekendheid die intensiteit van die stressor verminder. Krause (1991:240) voel vroue evalueer die situasie aan die hand van vroeëre vergelykbare voorspellings soos "ek het voorheen reggekam". Vroue val dus terug op vorige ervaring. Vorige effektiewe hanteringsmeganismes van spanningsvolle situasies word weer gebruik.

Hierdie stelling word gesteun deur Cooper en Faragher (1992:447) asook Friedman (1980:105).

Na vorige blootstelling besit vroue ook meer kennis oor die fenomeen van karsinoom van die mammae. Hulle is dus in staat om 'n tumor te herken en daar is selfs sommige vroue wat in staat is om te weet wanneer dit maligne van aard is. Dit stel vroue nie net in staat om vroegtydig mediese hulp in te win nie, maar ook om die impak van die karsinoom te antisipeer. Die diagnose van karsinoom se impak is verspreid en dus minder intens.

#### Negatiewe ervaring as gevolg van 'n vorige benigne tumor

Indien vroue tydens hul vorige blootstelling aan 'n benigne tumor, 'n negatiewe ervaring gehad het soos om geen ondersteuning te ontvang nie, kan dit oorgedra word na die huidige belewenis. Die wyse waarop die tumor opgespoor is en hul ervaring daarvan; die wyse waarop die diagnose aan hul meegedeel is; inligting wat oorgedra is en ondersteuning wat hul ontvang het, is faktore wat verreken moet word.

#### **Verreken gevoelens/kennis rondom voorkomende optrede**

##### Positiewe ervaring as gevolg van voorkomende optrede

Vroue kan tevrede voel omdat hulle voorkomend opgetree het. Sommige voel meer in beheer van hul lewe. Dit kan sulke vroue juis tot 'n positiewe ingesteldheid motiveer om saam te werk in die behandeling en opvolgbesoeke om sodoende hul prognose te verbeter.

Vroue kan ook dankbaar voel dat God hulle genadig was om die kennis te hê om vroegtydig op te tree. Vroue mag 'n behoefte hê om ook positiewe emosies soos dankbaarheid teenoor God uit te spreek, maar ook om die

ervaring te deel sodat ander vroue vroegtydig sal optree. Daarom moet vroue beraam word ten opsigte van hul ervaring en behoefte aan verwerking.

#### Negatiewe ervaring as gevolg van voorkomende optrede

In leke en selfs professionele tydskrifte is daar baie wanpersepsies oor die oorsake van karsinoom van die mammae, soos byvoorbeeld, rook, dieet, borsvoeding, kontrasepsie, hormonale toevoegings en selfs 'n familiegeskiedenis. Sommige vroue voel skuldig dat hul lewenstyl of persoonlike onbevoegdheid hul siekte veroorsaak, of hul prognose versleg het (Cassileth, Lusk, Miller, Brown en Miller 1985:1555; Krause 1987:64 sowel as Stein en Zera 1991:948). Hulle voel nie net skuldig oor werklike optredes nie, maar ook oor denkbeeldige foute (Blank et. al. 1989:83; Cassileth et. al. 1985:1551; Friedman 1980:106 asook Spiegel 1989:1422).

Vroue kan verontreg voel indien hulle vroegtydig vir 'n geneeskundige opinie gegaan het en valse negatiewe uitslae ontvang het, of die tumor as nie-palpeerbaar beskou is en valse gerusstelling ontvang het (Rudolph en McDermott 1987:102). Navorsers soos Menon, Teh en Chua (1992:365) het bevind dat die foutiewelike diagnosering van 'n fibro-adenoom, 'n vertraging in behandeling van drie maande by 28,2 % jong vroue veroorsaak het. Dit het dus hul prognose beïnvloed, daar dié vroue dikwels 'n meer aggressiewe aard van maligniteit het. Die vroue kan teleurgesteld voel dat hul nie die beste behandeling betyds verkry het nie.

Veral vroue bo 50 jaar mag kwaad voel as hulle wel die geneesheer besoek het, maar geen opsporingsondersoeke vir karsinoom van die mammae uitgevoer is nie. Crooks en Jones (1989:162) is van mening dat 81 % ouer vroue met karsinoom van die mammae hul geneesheer die afgelope jaar besoek het. Van hulle het 31 % twee of meer besoeke afgelê. Slegs 15 % van die vroue ouer as 55 jaar het 'n volledige ondersoek ondergaan. Rudolph en McDermott (1987:104) het bevind dat geneeskundiges nie altyd



borsondersoeke in ouer vroue inisier nie en konsentreer op hul kroniese toestand. Vroue bo 55 jaar is ook volgens Rudolph en McDermott (1987:104) minder geneig om 'n borsondersoek aan te vra.

Slegs 15 % respondente bo 55 jaar het 'n jaarlikse mammogram gehad (Crooks en Jones 1989:162). Dit, terwyl juis die groep vroue tussen 55 tot 64 jaar werklik baat vind by 'n siftingsprogram - in so 'n mate dat 'n verskil van 30 % ten opsigte van mortaliteit verkry kan word as asimptomatiese vroue 'n mammogram ondergaan (Moss 1990:3847 asook Nettles-Carlson 1989:373). Die waarde van die mammogram lê juis in die feit dat nie-palpeerbare tumore opgespoor kan word (Rudolph en McDermott 1987:101).

As vroue hul aanvanklike onsekerheid hanteer deur kennis in te samel oor hul siektetoestand en besef dat hul prognose beter kon gewees het as voorkomende optrede geïnisier is deur die geneesheer, ervaar die vroue verwyte, 'n gevoel van verontregting en selfs wantroue. Friedman (1980:105), Holmes (1987:2021) en Krause (1991:245) voeg hierby: ongelooft, frustrasie, hulpeloosheid, bitterheid en woede. Bindemann (1987:227) het tot die slotsom gekom dat vroue teleurgesteld kan voel en selfverwyt ervaar. Burgess et. al. (1988:265) meen dat vroue by wyse van direkte aggressie probeer om die impak van die diagnose en behandeling te verminder. Hierdie emosies kan die vroue se psigiese aanpassing beïnvloed en daarom moet dit deur die verpleegkundige verreken word.

#### **4.2.2 Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom van die mammae en die behandeling daarvan in die ondersteuning**

Alhoewel vroue se persepsie van hul eie blootgesteldheid hul voorkomende optrede beïnvloed, voel 68 % vroue die waarskynlikheid dat hulle karsinoom sal ontwikkel gering is (Olson en Mitchell 1989:477). Slegs 9 % vroue meen dat hulle risiko om karsinoom te ontwikkel hoog is. As vroue wel gekonfronteer word met die diagnose van karsinoom, is hulle aanvanklik

geskok (Anderson 1988:36; Krause 1987:65; Krause 1991:240). Ander vroue wat wel blootgestel gevoel het, kan voel dat dit wat hulle altyd gevrees het, nou gebeur het.

Die vroue se persepsie van karsinoom bepaal nie net hoe hulle aanvanklik sal reageer op 'n diagnose van karsinoom nie, maar ook hoe hulle dit sal hanteer, soos met 'n konfronterende houding, byvoorbeeld, om inligting te soek (Nelson, Friedman, Baer, Lane en Smith 1989:355). Volgens Ali en Khalil (1991:234) asook Anderson (1988:38) verkry die vroue dikwels inligting van ander persone met karsinoom voordat hulle inligting verkry van professionele persone. Dit kan aanleiding gee tot misverstande (Hanson 1994:14). Navorsers soos Omne-Pontén, Holmberg, Burns, Adami en Bergström (1992:1062) stel dit dat vroue behandeling as 'n prognostiese indikator sien, byvoorbeeld radioterapie is 'n bevestiging van 'n swak prognose. Die vroue vergelyk hulself met ander vroue met karsinoom van die mammae en wanpersepsies ontstaan. Verder stel Hanson (1994:14) dit dat die aantal sterftes oorskat word en dat die remissie van vroue met karsinoom van die mammae onderskat word. So ook word geglo dat vroeë opsporing en behandeling min effek het op die prognose van vroue met karsinoom van die mammae. Spiegel (1990:1426) beklemtoon dit spesifiek in sy artikel dat spesiale aandag aan versteurde kognitiewe begrippe omtrent die siektetoestand, behandeling, fisieke simptome sowel as die vroue se sosiale verhoudings, gegee moet word, want dit kan die kwaliteit van hul lewe verbeter.

Vroue se krisiservaring word veral beïnvloed deur die bedreiging wat die vroue ervaar en hul persepsie van die gebeure. 'n Ondersoek wat deur Pozo et. al. (1992:1292) uitgevoer is, toon aan dat dit nie ongewoon is dat vroue na diagnosering 'n krisis beleef nie. Ward et. al. (1992:363) het egter gevind dat daar vroue is wat 'n krisis by die voltooiing van aanvullende behandeling ervaar. Dié vroue se siening van die effektiwiteit van die aanvullende behandeling speel 'n belangrike rol in dié krisiservaring.

## Die vroue wil inligting oor die diagnose hê

Fredette en Beattie (1986:309) beklemtoon dat vroue 'n verskeidenheid inligtingsbehoefte waarmee hulle onsekerheid probeer verminder, het. Mishell (1988:227) stel die volgende as oorsake van die onsekerheid van vroue met karsinoom van die mammae:

- onduidelikheid oor die siektetoestand;
- te min inligting oor die diagnose en ernstigheid van die siekte;
- onvoorspelbaarheid van die siekteverloop en prognose; en
- kompleksiteit van behandeling en versorgingsisteme.

Vroue wil weet wat die aard van die tumor, die uitslag van die diagnostiese toetse en die moontlike siekteverloop is. Anderson (1988:37) het bevind dat soveel as 68 % respondente wou, ten spyte van 'n verhoogde angstoestand, weet wat om te verwag.

Anderson (1989:86) stem saam dat die gee van spesifieke inligting 'n rol speel in die vroue se beoordeling van die bedreiging van karsinoom, identifisering van stres veroorsakende probleme en die implementering van probleemoplossende strategieë. Alhoewel die meeste vroue wel kennis dra dat 'n tumor teenwoordig is en dat daar 'n groot moontlikheid is dat dit 'n maligne groeisel is, is hierdie kennis nie genoeg dat vroue 'n ingeligte besluit omtrent chirurgiese- en behandelingsmoontlikhede kan maak nie (Cawley et. al. 1990:92; Fredette 1990:209 asook Suominen 1993:65). Vroue het spesifieke pre-operatiewe inligting en begeleiding nodig om besluitneming omtrent behandelingsopsies minder stresvol te maak. Indien vroue nie voldoende inligting en begeleiding pre-operatief ontvang om 'n behandelingskeuse te kan maak nie, sal die feit dat sulke vroue 'n keuse uitoefen nie noodwendig angst en depressie verminder nie. Pozo et. al. (1992:1297) se navorsingsbevindinge bevestig dat vroue wat 'n keuse kon

uitvoer ten opsigte van die tipe chirurgie, twee maande postoperatief minder gespanne en depressief was.

### **Die vroue wil inligting oor die hospitalisasie hê**

Vroue ervaar spanning en onsekerheid wat gepaard gaan met hospitalisasie as gevolg van die onbekende omgewing en prosedures. Die verwydering van die vroue se ondersteuningstelsels dra ook by tot spanning. Vroue vrees narkose en ervaar stres as die chirurgiese skedule vertraag word (Cawley et. al. 1990:93).

### **Die vroue wil inligting oor die fisieke implikasies van die chirurgie hê**

Vroue het inligting nodig oor hoe die chirurgie hul fisiek en psigies gaan beïnvloed, sodat hulle hul aanpassing kan antisipeer. Anderson (1988:37) het gevind dat slegs 19 % respondente in hul studie wel inligting ontvang het oor die fisieke implikasies van die chirurgie, maar die meeste respondente het gemeen dat hulle volledig ingelig was omtrent die moontlike emosionele reaksie na 'n mastektomie. Ander navorsers, egter, het gevind dat vroue nie genoeg inligting ontvang rondom die moontlike emosionele reaksie nie (Suominen et. al. 1994:6).

'n Fisieke aspek waaroor die respondente in Anderson (1988:39) se studie nie volledig ingelig was nie, was die wondreineringsstelsel. Hulle het gevoel dat hulle dit nie goed verstaan het om dit self tuis te hanteer nie. Vroue word meestal binne 'n week na 'n mastektomie ontslaan met die dreineringsstelsel in situ. Dit beperk die vroue se mobiliteit en hulle kan spanning ervaar as dit vir hulle onbekend is. Verder het die vroue in Anderson (1988:39) se studie gevoel dat hulle bekommerd was oor die limfedoem. Volgens die respondente het niemand met hulle daaroor gepraat of hulle daarop voorberei nie.

Vroue het inligting nodig om enige verandering wat in hul fisieke of psigiese toestand plaasvind as tipies of atipies te kan identifiseer. Hulle moet veranderinge te wagte wees en dit kan identifiseer as dit ontstaan. Dit sal die vroue se onsekerheid oor herhaling sowel as hul eie aanpassingsvermoë verminder. Fredette en Beattie (1986:309) stel dit duidelik dat vroue inligting nodig het om realistiese verwagtings daar te stel vir selfsorg; om aan te pas by hul veranderde lewensstyl en om in die algemeen aan te pas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae. Hierdie inligting is dus nie net gerig daarop om by die impak van die diagnose en behandeling aan te pas nie, maar ook om te leef met karsinoom van die mammae (Blank et. al. 1989:79 asook Ganz et. al. 1993:420).

### **Die vroue wil inligting hê om psigies te kan aanpas**

Vroue het inligting nodig sodat hulle hul kognitiewe vermoëns kan gebruik by die aanpassing (McLean 1986:30; Simé en Libera 1985:718 asook Suominen et. al. 1994:7). Kennisinsameling is dus 'n wyse van aanpassing by die impak van die diagnose, chirurgie en behandeling. McLean (1986:31) beweer dat kennis die vroue se gevoel dat hulle in beheer van hul lewe is bevorder. Volgens Hopkins (1986:258) word vroue gedwing wanneer hulle inligting inwin om 'n bedreigende situasie te deurdink, om probleme wat spanning veroorsaak te identifiseer en strategieë uit te werk om die probleme op te los. Suominen et. al. (1994:6) stem saam dat vroue kennis en inligting nodig het om aan te pas. Hulle respondente het egter gevoel dat hul kennis nie voldoende was nie, en dat die inligting wat hulle ontvang het nie veel bygedra het tot hul herstel nie. Verpleegkundiges moet vroue met karsinoom van die mammae wat nie goed ingelig is nie, identifiseer, want dit dra by tot hulle herstel.

## **Die vroue wil inligting van professionele persone hê oor die aanvullende behandeling**

Vroue se inligtingsbehoefte om onsekerheid te verminder strek verder as die chirurgiese impak en hul aanpassing daarby. Die meeste vroue gaan die behandelingstydperk met geweldige angs en onsekerheid tegemoet (Wong en Bramwell 1992:363). Hierdie belewenisse spruit uit die feit dat vroue baie wanpersepsies het rondom die verskillende tipes behandeling as gevolg van die media se uitbeelding en vriende se vertelling. Ali en Khalil (1991:234) asook Anderson (1988:38) stem saam dat vroue dikwels inligting van ander persone met karsinoom van die mammae verkry, voordat hulle inligting van professionele persone ontvang het. Dit kan aanleiding gee tot wanpersepsies en onsekerhede (Hanson 1994:14). Vroue vergelyk hulself ook op grond van die tipe behandeling wat hulle ontvang ongeag van die stadia en histologiese verskille. Omne-Ponten et. al. (1992:1062) bevestig dat vroue behandeling as 'n prognostiese indikator sien. Radioterapie is deur die respondente gesien as 'n bevestiging van 'n swak prognose. Waninterpretasies word geskep deur, veral die media se uitbeelding van die mortaliteitsyfer van vroue met karsinoom van die mammae. So ook word remissie van vroue met karsinoom van die mammae onderskat. Volgens Hanson (1994:14) word vroeë opsporing en behandeling nie as beduidende faktore uitgebeeld nie. 'n Somber prentjie word dikwels geskep met vreesaanjaende beelde soos: "Ek het gewag vir die verskriklikste vlam in my hand".

'n Vrou moet reeds voor chirurgie weet dat daar 'n moontlikheid is dat sy ook aanvullende behandeling gaan kry. Anders dink so 'n vrou dat dit net 'n kwessie is van borsweefsel verwydering en as die wond gesond is, kan sy weer aangaan met haar lewe. Daar is vroue wat na chirurgie tot hulle ontnugtering besef dat hulle verdere behandeling móét ontvang. Aanvullende behandeling het meestal verdere implikasies ten opsigte van tyd, geld en fisieke kragte. Verpleegkundiges moet toesien dat die hulle die

inligting vanaf die behandelende geneesheer ontvang. Die vroue moet beraam word oor hoe sy die behandeling vir die borstumor sien, asook of sy die implikasies daarvan beseft. Inligting moet op hierdie stadium baie taktvol volgens die vroue se behoeftes gegee word.

'n Ander faktor wat veroorsaak dat vroue onseker voel voor aanvullende behandeling is die feit dat vroue meestal van een behandelings- eenheid na 'n ander oorgeplaas word, byvoorbeeld, vanaf chirurgie na radioterapie. Die behandelende chirurg wil hom dikwels nie veel uitspreek oor moontlike beplande behandeling nie. Baie vroue ervaar in dié tyd 'n leemte ten opsigte van inligting en begeleiding wat deur professionele persone gegee behoort te word.

Dikwels is die vroue se primêre bron van inligting leke ondersteuningsgroepe en die media. Onsekerhede strek dikwels vanaf ontslag na chirurgie, gedurende verdere diagnostiese toetse, beplanning van aanvullende behandeling tot by die eerste behandeling. Die vroue moet spesifieke inligting vanaf professionele persone ontvang, sodat hulle kan weet hoe die behandelingskediule hulle lewens gaan beïnvloed. So 'n vrou moet kan reëlings tref ten opsigte van haar werk, kinders en vervoer. Die meeste vroue ervaar die eerste behandeling ook as uiters stresvol (Anderson 1988:39). Die grootste rede daarvoor is die tekort aan spesifieke inligting en ondersteuning deur professionele persone na ontslag tot voor aanvullende behandeling. Sodra die behandeling egter begin, ontvang die vroue inligting en die onbekendheid word verminder. Cawley et. al. (1990:92) het gevind dat 85 % respondente in hul studie, nadat die behandeling 'n aanvang geneem het, inligting ten opsigte van moontlike nuwe-effekte ontvang het. Fredette en Beattie (1986:309) beklemtoon dat vroue nie net inligting wil hê met betrekking tot die nuwe-effekte wat hulle as gevolg van die behandeling kan verwag nie, maar ook oor die manier om die nuwe-effekte te hanteer.

## **Inligting oor verdere voorkomende optrede is nodig**

Vroue het ook inligting nodig oor verdere voorkomende optrede en vroegtydige opsporing van moontlike herhaling van die probleem. Vroegtydige opsporing verbeter weer eens die vroue se prognose (Del Turco, Palli, Cariddi, Ciatto, Pacini en Distante 1994:1596). Daarom moet opvolgbesoeke en die noodsaak van herhalende diagnostiese ondersoeke verduidelik word. Suominen (1992:70) is van mening dat as vroue goed ingelig is omtrent diagnostiese toetse, hulle kennis van hul siektetoestand sal verbeter. Vroue moet kennis dra oor hoe om die mastektomie snit, limfklierareas en die oorblywende bors, of as hulle borsbesparende chirurgie ondergaan het, beide borste, te ondersoek.

Hulle moet nie net kennis hê nie, maar ook die vaardigheid om die bors wat 'n lumpektomie ondergaan het, te kan ondersoek om fibrotiese weefsel te kan onderskei van 'n herhaling. Die kennis en vaardigheid moet die vroue nie net motiveer tot voorkomende optrede nie, maar ook help om hul angs rondom moontlike herhaling te hanteer, sodat hulle in staat sal wees om enige pyn, knop of ander simptoom met minder psigologiese stres te hanteer.

## **Die vroue het voortdurende inligtingsbehoefte**

Anderson (1988:39) beklemtoon dat vroue selfs maande na chirurgie steeds inligting wil hê oor karsinoom, chirurgie, metastases en hoe dit hul lewens beïnvloed. Sommige vroue het postoperatief, nadat die realiteit van die gebeure deurgedring het, steeds 'n inligtingsbehoefte omtrent aspekte wat hulle nie ten volle verstaan nie. Angs en die vinnige verloop van gebeure, veroorsaak dat hulle nie alles begryp waarvoor hulle ingelig is nie. Cimprich (1991:202) het gevind dat sy respondente 'n afname in aandagspan gehad het die dag voor ontslag na die borschirurgie. Daarom moet die vroue se inligtingsbehoefte geëvalueer word en 'n geleentheid geskep word vir vroue om weer daarvoor te praat en hul onsekerhede en vrese te verwoord.



Suominen et. al. (1994:7) meen dit is nie duidelik of vroue se inligtingstekort daaruit spruit dat vroue nie op daardie stadium die vermoëns het om inligting te absorbeer nie en of dit eerder is omdat die inligting nie verskaf word deur gesondheidspersoneel nie. Suominen (1993:66) rapporteer dat verpleegkundiges inligting gee oor versorging, behandeling en die totale siekteverloop indien hulle daarvoor gevra word. Nie alle vroue wil egter vrae vra oor hul situasie nie (Maguire 1990:82). Volgens Anderson (1988:38) kan 'n mens verwag dat vroue vrae sal vra, maar hulle doen dit nie altyd nie as gevolg van angs en die besige pas in 'n chirurgiese saal. Anderson (1988:38) beweer dat verpleegkundiges so besig is dat hulle nie tyd het om inligting te verskaf nie. Sommige vroue vertel in Anderson (1988:38) se studie dat hulle so ontsteld was dat hulle nie daaraan gedink het om vir iemand vrae te vra nie. Ander vroue het gevoel dat hulle nie geweet het wat om te vra of hoe om daarvoor te praat nie. Suominen (1992:70) beklemtoon dat as vroue goed ingelig is omtrent hul siektetoestand en behandeling, hulle beter in staat sal wees om vrae te vra.

#### 4.2.3 Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies

Die emosionele respons op die impak van die diagnose en behandeling is aanvanklik 'n manier om die spanning te hanteer. Hierdie impak neem meestal na vier maande af soos die vrou fisiek begin aanpas en die meeste vroue kennis verkry het, wat hulle in staat stel om aan te pas.

Bloom (1986:195) asook Ganz et. al. (1993:429) bevestig dat die meeste vroue goed aanpas by hulle siekte sowel as behandeling. Psigoterapie word nie benodig deur die meeste vroue met karsinoom van die mammae nie, tensy 'n krisissituasie sou ontwikkel. Hulle ervaar wel psigiese spanning as deel van 'n normale reaksie op karsinoom van die mammae. Vroue presenteer gevoelens van moedeloosheid, bekommernis, vrees, angs, opstand, aggressie, onsekerheid, hartseer, ontwrigting, hulpeloosheid, verslaentheid, onwerklikheid en 'n gevoel dat hul lewe buite beheer is.

Gossage (1990:31) het gevind dat vroue minder energiek is, minder vitaliteit ervaar en minder seksueel gevoel het. Hierdie emosies kan geïdentifiseer word uit Krause (1987:65) se respondente se beskrywing van hul ervaring.

Knobf (1986:680) het egter gevind dat soveel as 97 % vroue wel angs of depressie ervaar, maar dat dit op 'n baie lae graad presenteer. Verskeie navorsers soos Anderson (1988:39); Fallowfield en Hall (1991:396); Holmberg, Omne-Pontén, Burns, Adami en Bergström (1989:969); Maguire (1990:77) asook Omne-Pontén et. al. (1992:1062) is van mening dat 20 tot 30 % vroue psigiese stres in die vorm van depressie of angs ervaar. Hughson, Cooper, Mc Ardles en Smith (1988:383) is egter van mening dat dit slegs 10 % vroue is wat psigiese stres ervaar. Psigiese stres word egter meestal geassosieer met spesifieke gebeure in die siekteverloop, byvoorbeeld herhaling of selfs die voltooiing van aanvullende behandeling (Edgar, Rosberger en Nowlis 1992:817 asook Knobf 1990:1392). In die studie van Holmberg et. al. (1989:969) word bevestig dat psigiese stres versteurings in vroue met karsinoom van die mammae se werk, sosiale en familiekring, sowel as huwelike veroorsaak.

Goldberg en Cullen (1985:803) meen dat sekere faktore aanleiding gee tot vroue se psigiese stres, naamlik:

- die psigologiese betekenis van karsinoom vir die vroue;
- onvoldoende inligting omtrent die diagnose en behandeling;
- bekommernis oor die toekoms;
- 'n nie-ondersteunende verhouding met die geneesheer; en
- 'n geskiedenis van psigiatriese probleme.

Maunsell, Brisson en Deschênes (1992:120) het dit bevestig dat ouderdom, opvoeding en huwelikstatus nie daarop dui dat vroue 'n potensiaal het om psigiese stres te ontwikkel nie. Hulle voel egter dat stresvolle lewensgebeure vóór die diagnose en 'n geskiedenis van depressie 'n sterk indikator (85 %) is

dat vroue 'n risiko het om psigologiese stres te ontwikkel. Maunsell et. al. (1992:120) dui aan in hul navorsing dat bogenoemde faktore leidrade is waarvolgens vroue wat meer psigososiale ondersteuning nodig het, geïdentifiseer kan word. Omne-Pontén et. al. (1992:1062) het waargeneem dat daar baie kontroversie tussen navorsers bestaan ten opsigte van die identifisering van vroue wat 'n hoë risiko om psigiese stres te ervaar. Hulle voel sterk daaroor dat alle vroue met tussenposes beraam moet word om hul psigologiese respons te bepaal. Sutherland et. al. (1988:303) stel dit dat nie net vroue se psigologiese respons beraam word nie, maar ook die effektiwiteit van verpleegtussentredes. Ray et. al. (1984:103) beklemtoon 'n belangrike aspek wat in gedagte gehou moet word naamlik dat van hierdie vroue ook blootgestel kan wees aan ander stresvolle lewensgebeure soos egskeding, probleme met tienerjarige kinders en werkloosheid.

Die meeste navorsers stem saam dat vroue psigies (insluitend seksueel) binne twee jaar postoperatief aanpas (Dean 1987:387; Ell et. al. 1988:429; Maguire 1990:77; Maunsell et. al. 1992:120 asook Morris, Greer en White 1977:2381). Dit is egter duidelik dat vroue met karsinoom van die mammae mettertyd ten opsigte van alle aspekte verbeter (Edgar et. al. 1992:817).

#### 'n Gevoel van onwerklikheid word ervaar

Krause (1991:245) het gevind dat een van die emosies wat vroue ervaar na die ontdekking van karsinoom van die mammae, 'n gevoel van onwerklikheid is. Northouse (1989:279) skryf dit toe aan die feit dat gebeure rondom die diagnosering en chirurgie so vinnig plaasvind dat vroue dikwels voel dat hulle nie tyd het om wat met hulle gebeur, te verwerk nie. Burgess et. al. (1988:265) meen egter dat sommige vroue nie net die diagnose van karsinoom van die mammae as onwerklik ervaar nie, maar ook die erns van die gebeure.

### Skok word ervaar

Selfs al het vroue karsinoom vir jare gevrees, al het hulle geweet dis maligne van aard, al dink vroue later hul lewens word gespaar en al is die tumor vroegtydig opgespoor, is die meeste vroue aanvanklik geskok. Anderson (1988:36); Hailey et. al. 1988:82) sowel as Krause (1987:65) se bevindinge dui daarop dat soveel as 68 % vroue met karsinoom van die mammae aanvanklik geskok was.

Hierdie skokervaring as gevolg van die impak van die diagnose van karsinoom van die mammae is veral prominent as die geneesheer dit bevestig na die histologiese uitslae of 'n mammogram. Sommige vroue ervaar die piek van die skokgolf na die chirurgie as hulle besef dat die tumor wel kwaadaardig is. Dit gebeur dikwels ten spyte van die feit dat vroue ingelig is en dat hulle toestemming geteken het vir 'n biopsie sowel as 'n mastektomie. Selfs al besef die vroue dat die moontlikheid groot is dat die biopsie positief gaan wees, bly die meeste vroue hoop dat dit nie maligne van aard sal wees nie.

### 'n Gevoel van bedreigdheid word ervaar

Reid-Ponte (1992:284) is van mening dat psigiese stres dimensies van angs en depressie insluit. Dit gaan meestal gepaard met 'n gevoel van bedreiging, ongemak en verlies. Die vroue se persepsie van die gebeure sal egter bepaal in watter mate hulle psigiese stres ervaar (Ward et. al. 1992:362). Navorsers soos Fetting (1990:1094) is van mening dat 'n waargenome bedreiging van karsinoom van die mammae, die graad van fisieke karsinoomverwante simptome, die uitgebreidheid van chirurgie en ouderdom van die vroue bydra tot psigiese stres. Fetting (1990:1094) is verder van mening dat die bedreiging van karsinoom van die mammae nie soseer in die stadium van die siektetoestand lê nie, maar wel in die fisieke karsinoomverwante simptome en die ouderdom van vroue. Knobf

(1990:1392) en Mock (1993:156) stem saam dat die bedreiging in die diagnose en nie soseer in die tipe behandeling lê nie. Mock (1993:156) haal verskeie studies aan wat haar bevinding dat die psigiese ongemak dieselfde is in alle vroue met karsinoom van die mammae, ongeag die tipe behandeling wat hulle gekry het, bevestig. Ward et. al. (1992:362) jet waargeneem dat die bedreiging wat vroue ervaar in 'n krisis ontaard wat gekenmerk word deur gevoelens van angs, hulpeloosheid en moedeloosheid.

### Vroue ontken

Krause (1991:240) en Wool (1988:38) en se navorsingsbevindinge het getoon dat vroue steeds van ontkenning gebruik maak. Marshall en Funch (1986:68) asook Wool (1986:197) beskryf twee tipes ontkenning, naamlik vermyding om geneeskundige hulp te verkry en uitstelling van behandeling na diagnosering. Greer (1990:221) beweer egter dat vroue na diagnosering eerder die ernstigheid of implikasies van die siekte ontken as die diagnose self. Wool (1988:38) skryf dit eerder toe aan die bedreiging van die diagnose asook borsverlies dat vroue ontken. Cooper en Faragher (1992:451) is van mening dat vroue wat vermy om daarvoor te dink, hard werk en aangaan soos voorheen van ontkenning gebruik maak. Friedman (1980:107) beklemtoon dat vroue steeds onderliggende angs ervaar, en hulle moet dus nie gedwing word om die realiteit te hanteer nie. Fallowfield, Rodway en Baum (1990:549) stel dit dat sommige vroue juis nie aan die bedreiging wil dink nie en dat dit die enigste wyse is waarop hulle die vrees vir karsinoom van die mammae kan hanteer. Wool (1988:38) is egter van mening dat hierdie inisiële ontkenning net tydelik is en gou vervang word met kennis. Hulle pas daarna geleidelik aan en erken die pynlike realiteit.

### Onsekerheid kom voor

Soveel as 48 % respondente het onsekerheid ervaar in die opname wat deur Hughes (1993:227) gedoen is onder vroue met karsinoom van die mammae.

Suominen et. al. (1994:7) definieer onsekerheid as 'n gebrek aan siekteverwante kennis. Hughes (1993:227) het bevind dat onsekerheid op sy ergste is net na diagnosering van karsinoom van die mammae en dat dit afneem tydens die siekteverloop. Wong en Bramwell (1992:368) het aanvullend hiermee gevind dat onsekerheid 'n piek bereik het voor ontslag en dat dit geleidelik oor twee maande afgeneem het. Na diagnosering en voor ontslag is juis die tye waartydens vroue nuwe inligting moet absorbeer omtrent die potensieel lewensbedreigende toestand en die behandeling daarvan.

Wong en Bramwell (1992:368) het twee weke na ontslag van hul respondente gevind dat hulle steeds onseker voel ten opsigte van onkochemoterapie (48 %); herhaling (28 %); radioterapie (16 %); betekenis van fisieke simptome (20 %); heling van wonde (16 %); lewensverwagting (12 %); hervatting van aktiwiteite (12 %) en sorg van afhanklikes (12 %). Vroue het dus erge onsekerheid ervaar selfs voordat hulle met aanvullende behandeling begin het. Hughes (1993:227) sowel as Wong en Bramwell (1992:368) spreek hulle sterk daaroor uit dat alle vroue wat verwys word vir onkochemoterapie akkurate toepaslike inligting wil hê omtrent die effek van die behandeling. Wong en Bramwell (1992:368) verduidelik verder dat vroue baie wanpersepsies oor onkochemoterapie het as gevolg van inligting wat hulle by vriende en die media verkry. Hulle stel dit duidelik dat die vroue voor en gedurende die behandeling beraam moet word. Aandag moet gegee word aan die vroue se onsekerhede soos moontlike herhaling sowel as die effektiwiteit van die behandeling.

Voordat vroue radioterapie ontvang, word daar meestal verdere diagnostiese toetse uitgevoer, sodat die bestralingsarea noukeurig beplan kan word. Wondgenesing moet eers plaasvind voordat radioterapie toegedien kan word. Vroue ervaar in dié tyd erge onsekerheid en angs, omdat hulle min inligting en professionele begeleiding ontvang.

Onsekerheid ten opsigte van die tipe chirurgie wat uitgevoer is, is volgens Hughes (1993:227) nie verwant aan die tipe chirurgiese ingreep nie. Sy motivering vir die stelling is dat 'n mastektomie en lumpektomie dieselfde prognose het. Inteenstelling hiermee het Maguire (1990:81) gevind dat vroue wat borsbesparende chirurgie gehad het teen elf maande postoperatief groter angs ten opsigte van herhaling ervaar het, as wat vroue wat 'n mastektomie gehad het. Teen agtien maande was die insidensie van angs uit vrees vir herhaling in beide groepe dieselfde.

Onsekerheid ten opsigte van herhaling is volgens Liberati (1994:1591) se studie so hoog dat 70 % van die respondente gereeld 'n geneesheer wou sien en diagnostiese toetse wou ondergaan, selfs al het hulle geen kliniese tekens van herhaling getoon nie. Knobf (1986:682) het gevind dat 35 % vroue emosionele stres ervaar het nadat die aanvullende behandeling voltooi is. Hierdie onsekerheid het gepaard gegaan met die verlies van die veiligheidsbelewenis dat die onkochemoterapie wel die maligne selle vernietig het, wat hulle ervaar het

#### Angstigheid word ervaar

Anderson (1988:36) maak die stelling dat vroue soms angs so intens ervaar, dat tekens van akute angs soos 'n tagikardie en insomnia kan voorkom. Hailey et. al. (1988:82) is van mening dat vroue paniek ervaar en dat angs slegs deur 14 % vroue ervaar word. Vroue voel angstig oor die lewensbedreigende aard van karsinoom van die mammae, die vooruitsig om hul bors te verloor, skending en etiketering as 'n kankerlyer. Ali en Khalil (1991:234) het bevind in hul navorsing dat die impak van die diagnose en behandeling, angs as gevolg van rolverlies, afhanklikheid, isolasie, pyn sowel as onsekerheid oor die toekoms veroorsaak. Krause (1987:64) stem saam dat die oorsaak van angs by vroue met karsinoom van die mammae onsekerheid oor die toekoms en vrees vir die dood is.

Volgens Fetting (1990:1095) het 83 % respondente die diagnostiese tydperk as die angsvolste beleef, terwyl slegs 50 % van hul eggenote dit as die angsvolste beleef het. Verskeie navorsers beskou die gelyktydige impak van die diagnose en chirurgie as die stresfaktor (Hughes 1993:222; Wong en Bramwell 1992:364 asook Wyatt, Kurtz en Liken 1993:446). Volgens Knobf (1986:680) korreleer angns en depressie sterk met onsekerheid. Hierdie vrees en angns as gevolg van onsekerheid word verlig deur kennis. Vroue ervaar onsekerheid volgens Wong en Bramwell (1992:364) ten opsigte van verlies van kontrole en die moontlikheid van herhaling.

Wong en Bramwell (1992:368) se navorsing dui aan dat 88 % van hul respondente twee weke na ontslag steeds angstig gevoel het. Hulle voel angstig omdat hulle onseker is (48 %), oor liggaamsveranderinge (16 %), die sosiale stigma van karsinoom van die mammae (12 %) en fisieke ongemak (8 %). Soveel as 12 % van die respondente het geen bron van angns gehad nie. Wong en Bramwell (1992:368) het gevind dat 86 % respondente meer as een bron van angns gehad het.

Vroue is veral voor hul eerste behandeling baie angstig, as gevolg van onsekerheid (Hughes 1993:227). Hulle ontvang baie min inligting omtrent die siekteverloop en die behandelingsprosedure. Van die 20 tot 30 % respondente wat met psigiese stres sukkel, ervaar 75 % van dié respondente morbiede angns (Maguire 1990:77). Die vroue het gekla dat hulle gespanne gevoel het, op breekpunt was en nie in staat was om te ontspan nie. Die morbiede angns is deurlopend teenwoordig. Die angnsgevoel is meestal vergesel van simptome soos afname in konsentrasie, paniek aanvalle, palpitasies, tremore en moegheid (Maguire 1990:77).

#### Vrees kom voor

Wong en Bramwell (1992:364) het tot die gevolgtrekking gekom dat die vrees vir die diagnose van karsinoom van die mammae verband hou met die verlies



aan kontrole, vrees vir herhaling asook die dood. Hanson (1994:15) stem saam dat vroue die dood vrees, maar hulle vrees ook pyn. Vroue vrees ook hulpeloosheid, hul eie blootgesteldheid en die onbekende.

#### Bekommernis word ervaar

Vroue kan bekommerd wees oor hoe die diagnose sowel as chirurgiese impak hulself en hul families se aanpassing sal beïnvloed. Hulle is veral bekommerd oor hoe die borsverlies en gepaardgaande liggaamskending hul verhouding met hul eggenotes gaan beïnvloed. Die eggenote se aanvaarding is kardinaal by hul eie aanvaarding van die borsverlies. Vroue besef ook die erns van die diagnose en die prognose. Daarom is hulle bekommerd oor die mate waarin genesing sal plaasvind. Veral vroue met 'n familiegeskiedenis van karsinome is bekommerd oor die moontlikheid van herhaling.

Vroue is veral bekommerd oor hul kinders. Finansiële bekommernis is ook baie prominent omdat bykomende uitgawes nou aangegaan word, soos reiskoste na behandelingseenheid, prosteses, en 'n verandering in kleredrag. Sommige vroue is bekommerd oor hul eie aanpassingsvermoëns. Northouse (1989:282) beklemtoon dat die bekommernis fase gekoppel kan wees, dit wil sê dat spesifieke bekommernisse in een fase meer tipies kan wees as in 'n ander fase. Anderson (1989:85) stel dit duidelik dat die impak van die diagnose van karsinoom van die mammae in verhouding met die vroue se lewensdoelwitte, waardes, behoeftes en ontwikkeling van lewensstyl gesien moet word.

#### Hulpeloosheid word ervaar

Alhoewel die gevoel van hulpeloosheid die indruk skep van 'n passiewe hantering van die diagnose is dit volgens Burgess et. al. (1988:269) en Watson, Greer, Young, Inyat, Burgess en Robertson (1988:205) gelaai met

angs en depressie. Geen kognitiewe response is teenwoordig nie en vroue beweeg paniekerig in sirkels sonder om hul angs en moedeloosheid te verminder. Die lokus van kontrole is uit hul eie hande, in magtiger "ander persone" se hande (Burgess et. al. 1988:269). Dit word beaam deur Lierman (1988:359) dat vroue 'n verlies van beheer ervaar. Spiegel (1990:1422) meen die oorsaak van hierdie hulpeloosheid kan meestal geassosieer word met die diagnose van karsinoom van die mammae.

Hanson (1994:15) is van mening dat dit die stigma wat geassosieer word met karsinoom van die mammae, asook die veranderde liggaamsbeeld en seksualiteit is wat aanleiding gee tot 'n gevoel van hulpeloosheid. Greer (1991:44) het egter tot die gevolgtrekking gekom dat vroue wat gepreokkupeerd is met hul siekte, dit moeilik vind om aan enigiets anders te dink. Hulle lewe word ontwig as gevolg van die vrees om te sterf. Hulle het hoë vlakke van deurlopende angs. Greer (1991:44) brei verder uit deur te sê dat vroue wel inligting bekom om hul angs en onsekerheid te verminder, maar hulle interpreteer die inligting pessimisties. Vroue kry die keuse tussen verskeie behandelingsmetodes, insluitende alternatiewe behandeling. Greer (1991:44) meen dat sommige vroue hul liggame met valkoë dophou en interpreteer enige pyn of skeet as 'n teken van herhaling. Verskeie navorsers stem saam dat 'n hulpelose of hopelose respons op die diagnose van karsinoom van die mammae en behandeling daarvan die duur van oorlewing verkort (Greer 1991:48).

Volgens Spiegel (1989:1422) kan vroue fisieke hulpeloosheid vrees wat gepaard kan gaan met gevorderde karsinoom van die mammae. Enige fisieke verandering in die loop van die siekte word deur vroue gesien as 'n teken dat hulle beheer verloor oor hul liggame en lewens. Hierdie aspek kan juis aanleiding gee dat vroue wat 'n houding van hulpeloosheid handhaaf, swak repondeer op behandeling, omdat hulle geneig is om nie geneeskundige hulp te verkry nie, omdat dit positiewe hantering beïnvloed (Dean en Hopwood 1989:98 asook Greer 1991:44).

## Moedeloosheid word ervaar

Moedeloosheid gaan meestal gepaard met 'n verlieservaring. Daarom presenteer vroue gewoonlik met 'n konstante gevoel van hartseer, verlies aan belangstelling en blymoedigheid asook insomnie en anoreksie. Volgens Vinokur et. al. (1988:395) is hierdie moedeloosheid deel van 'n normale verwerkingsreaksie. Spiegel (1989:1424) noem dit 'n aanpassingsreaksie, terwyl Stein en Zera (1991:948) dit beskryf as 'n antisiperende roureaksie. Cimprich (1991:200) ondersteun dit dat vroue werklike sowel as potensiele verliese moet verwerk.

Sommige vroue kan moedeloosheid ervaar as gevolg van fisieke veranderinge in hul liggame. Reid-Ponte (1992:284) verklaar dat die verlies aan gesondheid 'n rouproses inisieer. Sommige vroue kyk retrospektief na hul lewens, verhoudings en werk en voel dat hulle nie meer kan doen wat hulle gedoen het nie. Hulle ervaar 'n verlies aan energie. Hopwood, Howell en Maguire (1991:352) het gevind dat fisieke komplikasies soos pyn geassosieer word met moedeloosheid. Spiegel (1990:1424) bevestig dit en verduidelik dat depressie 'n reaksie is op konstante pyn en dat die pyn vroue herhinner aan die siekte en sy implikasies.

Die mate van moedeloosheid moet in alle vroue bepaal word, omdat erge depressie vroue se hanteringsmeganismes lam lê. Die onvermoë om hierdie gevoelens van moedeloosheid uit te spreek bevorder nie die vroue se aanpassing by die siekte en behandeling nie (Van Heeringen, Van Moffaert en De Cuypere 1989:178). Vroue moet toegelaat word om moedeloosheid as 'n normale reaksie op borsverlies te beleef. Hulle moet gehelp word om hul gevoelens te verwoord (Friedman 1980:106). Volgens Dodd (1988:17) is dit juis in hierdie deureleef van emosies dat daar verligting van psigiese spanning is. Die mate waartoe vroue moedeloosheid ervaar verskil van tyd tot tyd. Volgens Graydon (1994:617) het 45 % van hul respondente die tydperk waarin hul radioterapie ontvang het as die mees depressiewe tydperk ervaar.

Cox (1984:18) en Bindemann (1987:227) maak die stelling dat dit noodsaaklik is dat verpleegkundiges oor die kennis moet beskik om te kan onderskei tussen normale moedeloosheid en patologiese depressie. Spiegel (1990:1424) waarsku dat depressie maklik gemasker kan word deur newe-effekte van aanvullende behandeling soos 'n verlies aan eetlus en energie. Hanson (1994:14) asook Maguire, Hopwood, Tarrier en Howell (1985:81) stem saam dat as vroue nie volledig en met kundigheid beraam word nie, vroue wat hulp nodig het, onopgemerk en onbehandeld deur hierdie komplekse, stresvolle en traumatiese ervaring gaan. Dean (1988:32), Spiegel (1990:1424) asook Linn (1988:56) het gevind dat vroue wat met gemoedsversteurings presenteer, slegs 5,3 % is. Hierdie syfer korreleer met die voorkomssyfer van depressie in die algemene populasie.

Grandi, Fava, Cunsolo, Saviotti, Ranieri, Trombini en Gozzetti (1990:168) is van mening dat psigiatriese morbiditeit reeds vroeg in die siekteverloop gediagnoseer kan word. Volgens Hopwood et. al. (1991:349) het 'n groot aantal van die vroue wat egter wel ly aan gemoedsversteurings, eintlik aanpassingsversteurings. Bindemann (1987:227) stem saam dat vroue eerder 'n psigologiese disfunksie ervaar as psigiese morbiditeit. Desnieteenstaande moet hierdie normale verwagte gemoeds- en gedragsveranderinge deurlopend beraam word om te voorkom dat dit wanaanpassings veroorsaak.

Spiegel (1990:1424) beklemtoon dat vroue wat verwys moet word, onttrek van familie en vriende, selfmoordgedagtes het, morbied en gepreokkupeerd is met karsinoom van die mammae, veral as dit gepaard gaan met skuldgevoelens. Ramirez (1989:15) voeg by dat tekens van serebrale metastases en vroue wat voor hul diagnose psigiatriese versteurings gehad het, redes vir verwysing is. Vroue wat angs en moedeloosheid in so 'n mate ervaar dat dit hul fisieke of psigiese funksionering op die lang duur beïnvloed, behoort verwys te word. So ook vroue wat oor min hanteringsmeganismes beskik. Gellert, Maxwell en Siegel (1993:66) stel dit egter duidelik dat nie

alle vroue psigoterapie nodig het om aan te pas nie. Greer, Moorey, Baruch, Watson, Robertson, Mason, Rowden, Law en Bliss (1992:675) stem nie hiermee saam nie. Hulle het gevind dat die psigiese stres verminder kan word deur aanvullende psigoterapie. Juis daarom is hulle van mening dat alle vroue kan baat by psigoterapie na die diagnosering van karsinoom van die mammae.

#### 4.2.4 Evalueer die vroue se aanpassing en verreken dit in ondersteuning

Volgens Burgess et. al. (1988:266) ervaar vroue nie net 'n verskeidenheid van emosies as gevolg van die gelyktydige impak van die diagnose en chirurgie nie, maar kan die vroue van gedragsresponse gebruik maak om aan te pas. So kom by sommige emosionele uitbarstings voor. By ander ontstaan 'n soeke na 'n geleentheid om daaroor te praat of vermyding om daaroor te praat; verkryging of vermyding van inligting oor die situasie. Verdere optredes is om by 'n roetine te bly, 'n drang om besig te bly of daar word gebruik gemaak van alternatiewe behandeling. Faktore wat 'n rol speel by vroue met primêre karsinoom van die mammae se aanpassing is: hulle beskikbare effektiewe hanteringsmeganismes; persepsie van ernstigheid van siekte; antisiperende verlieservaring oor afname in fisieke funksionering en ondersteuning wat hulle van veral familie en vriende, maar ook van professionele persone ontvang (Holmes 1987:2021).

#### **Fisieke aanpassing**

##### Vroue se fisieke aanpassing na chirurgie

Direk postoperatief neem die vroue se fisieke funksionering in 'n geringe mate af. Graydon (1994:617), Hughes (1993:228) asook Tulman en Fawcett (1990:95) stem saam dat die vroue se fisieke funksionering en die vermoë om hul normale roloverpligtinge te volvoer direk postoperatief laer is. Geringe fisieke aanpassings moet ten opsigte van beweging, kleding en gemak

gemaak word. Die meeste vroue ervaar geringe pyn en ongemak as gevolg van die dreineringspype wat drie tot vyf dae na ontslag in situ is. Die geopereerde kant se arm se normale beweeglikheid is meestal ingeperk. Die vroue sukkel om onafhanklik aan en uit te trek. Daaglikse take soos bad, kinders versorg en kosmaak word bemoeilik. Graydon (1994:619) bevestig dat vroue sukkel om huishoudelike take uit te voer, stokperdjies te beoefen en hulle moet meer rus gedurende die dag. Jenkins, May en Hughes (1991:150) sowel as Nail, Jones, Giuffre en Johnson (1984:1122) het gevind dat vroue sukkel met die litteken, skouerstyfheid en limfedoem.

Ten spyte van genoemde probleme word die meeste vroue se kwaliteit van lewe nie geaffekteer deur die diagnose en chirurgie nie. Wyatt et. al. (1993:444) se respondente het gevind dat die aanpassing hanteerbaar was. Knobf (1986:681) is van mening dat vroue hul leefwyse baie min moes verander. Met die nodige ondersteuning van hul familie wat die eerste paar dae help in die uitvoering van daaglikse pligte, herstel die meeste vroue met vroeë primêre karsinoom van die mammae gou (Stein en Zera 1991:954). In die studie gedoen deur Vinkur et. al. (1990:1246) is gevind dat die vroue tussen die vierde en tiende maand postoperatief aanpas ten opsigte van fisieke funksionering.

Van Wyk (1989:20) waarsku egter dat aanpassingsprobleme en die voorkoms van veelvuldige karsinoomverwante simptome toeneem met 'n gevorderde stadiumbepaling van karsinoom van die mammae. Edgar et. al. (1992:826) beaam dit dat fisieke gesondheid negatief korreleer met depressie, angs en intruisie (siekte bekommernis), terwyl dit positief korreleer met 'n gevoel van kontrole en egosterkte.

Hughes (1993:227) beklemtoon dat verpleegkundiges vroue se funksionele status en psigiese reaksie daarop, individueel moet beraam. Aspekte moet nie aangeneem word deur die verpleegkundige dat dit aan alle vroue toegeskryf kan word nie. Beramings moet op 'n deurlopende basis gedoen

word, sodat veranderinge wat ingetree het, geïdentifiseer kan word. Tussentredes moet ingestel word om die impak te verminder en aanpassing te bevorder. Conill, Verger en Salamero (1989:1864) asook Donovan, Sanson-Fisher en Redman (1989:959) betwyfel algemeen aanvaarde skale om funksionele status te beraam, soos die Karnofsky skaal se geldigheid en betroubaarheid. Volgens hulle is die vroue se selfevaluering 'n waardevolle en betroubare beraming.

#### Vroue se fisieke aanpassing tydens aanvullende behandeling

Vroue wat aanvullende radioterapie ontvang, ervaar fisieke probleme soos moegheid, velreaksies en blootgesteldheid aan infeksies wat wissel in ernstighedsgraad. Die meeste vroue ontwikkel slegs 'n ligte eriteem met droeë afskilfering, omdat die liniêre versneller se maksimum dosis 5 mm onder die vel val en dus velbesparend is. Vroue wat nie wrywing vermy as gevolg van buustelyfies of klere nie, vroue wat metaal- of talkagtige poeiers en Rome aanwend, sowel as vroue wat die bestralingsarea aan die son blootstel, mag nat afskilferende velreaksies ontwikkel. Vroue kan later telangiëktase ontwikkel, dit wil sê, die borsweefsel kom minder elasties voor en is donkerder van kleur met oppervlakkige eindbloedvaatjies.

Ganz et. al. (1992:1729) het na vroue gekyk 'n maand nadat hulle aanvullende behandeling gehad het. Beide groepe vroue wat borsbesparende chirurgie en 'n mastektomie ondergaan het, het gekla oor min of meer dieselfde graad van limfedoem, 'n dooie gevoel en onbeweeglikheid van die arm. Vroue wat 'n mastektomie gehad het, het die bykomende fisieke klagtes soos 'n stywe gevoel om die borskas en fantoomreaksie gehad. Vroue wat 'n lumpektomie gehad het mag tydens en na radioterapie geringe probleme ervaar met velreaksies soos byvoorbeeld droogheid, jeukerigheid en rooiheid (Harrison-Woermke en Graydon 1993:450). Kontoerveranderinge kan voorkom by vroue wat 'n lumpektomie gehad het, as gevolg van edoem en retraksie (McCormick, Yahalom, Cox,

Shank en Massie 1989:1299). Sowel vroue wat 'n lumpektomie en vroue wat 'n mastektomie gehad het, het erge malaise ervaar na radioterapie. Albei groepe vroue het psigiese spanning ervaar ten opsigte van angs, moedeloosheid, aggressie en bekommernisse oor herhaling, hul familie en hulself. Ten spyte van genoemde komplikasies het Graydon (1994:619) gevind dat vroue wat aanvullende radioterapie gehad het, minimale veranderinge in hul daaglikse aktiwiteite gehad het. McCormick et. al. (1989:1301) bevestig dat 60 % tot 70 % vroue wat 'n lumpektomie gehad het se lewe gou weer normaal verloop het. Die kwaliteit van lewe verskil weinig het van vroue wat 'n mastektomie gehad het (Kiebert, De Haes en Van de Velde 1991:1069).

Vroue wat egter aanvullende onkochemoterapie ontvang het, ervaar nie net naarheid, braking, stomatitis, hardlywigheid, diaree en moontlike beenmurgonderdrukking nie, maar moet ook aanpas by 'n geïnduseerde menopause. Knobf (1986:682) en Maguire (1990:80) meen dat 70 tot 75 % van vroue bo 40 jaar wat aanvullende onkochemoterapie ontvang, moet aanpas by 'n geïnduseerde menopause. Vroue moet inligting ontvang om die bykomende newe-effekte soos warmgloede, 'n droeë vagina en disparenia te hanteer, daar estrogeenterapie 'n kontra-indikase vir vroue met karsinoom van die mammae is. So 'n vrou moet begelei word om by haar vinnig veranderende vrugbare status aan te pas, wat nie net 'n effek op haar fisieke bestaan het nie, maar ook 'n effek op haar vroulikheid het (Maguire 1990:80). Verder speel vroue se gemoedstoestand 'n rol in die vroue se aanpassing by die diagnose van karsinoom en behandeling (Ayres, Hoon, Franzoni, Motheny, Cotanch en Takayanagi 1994:393).

### **Psigiese aanpassing**

Verskeie outeurs is van mening dat die meeste vroue die eerste drie maande na diagnosering van karsinoom 'n akute stresreaksie kan ervaar (Greer 1991:44; Vinokur et. al. 1990:1246 asook Wong en Bramwell 1992:368).



Tydens die aanvanklike akute stadia van die siekte is die bedreiging van die vroue se toestand en die krisis wat dit meebring, baie dominant (Roberts, Elkins, Walter, Baile en Cox 1989:264). Somatiesiese response op karsinoom en angs sluit in moegheid, hoofpyn en pyn (Haberman, Woods en Packard 1990:30). Die aanvanklike emosionele reaksie op die diagnose en chirurgie verminder met tyd soos wat die vroue minder onseker voel, meer kennis insamel oor die siektetoestand, asook die behandeling, en in staat gestel word om weer hul lewe te hervat (Edgar et. al. 1992:827).

Voorts meen Bloom (1986:189); Cella, Tross en Orav (1989:46) asook Pozo et. al. (1992:1292) dat die stres wat die vroue in hul navorsingsprojekte ervaar het, nie erg was nie, selfs nie gedurende die periode van chirurgie nie. Hulle meen verder dat die stres wel die beeld van 'n krisis het, maar dat dit meestal goed hanteer word. Wyatt et. al. (1993:443) se respondente stel dit dat hulle 'n tydperk van verlies en verandering deurgegaan het, maar hulle het later aangepas en wou nie daarop broei nie.

Vinokur et. al. (1990:1246) meen dat ten spyte van tekens van fisieke herstel tussen die vierde en tiende maand, psigiese aanpassing eers heelwat later plaasvind. Dean (1987:387); Maguire et. al. 1980:18); Maunsell et. al. (1992:120) asook Morris et. al. (1977:2381) stem saam dat psigiese aanpassing eers twee jaar na chirurgie voorkom. Psigologiese stres mag voorkom en dit word meestal geassosieer met spesifieke gebeure in die siekteproses, byvoorbeeld, herhaling of selfs die voltooiing van aanvullende behandeling. Vinokur, Threatt, Caplan en Zimmerman (1993:394) het gevind dat die vroue in hul steekproef vyf jaar na diagnoseering geen verskil van asimptomatiese vroue in die kontrole groep ten opsigte van psigiese, sosiale en fisieke funksionering getoon het nie.

## Wyse van psigiese aanpassing by 'n diagnose van karsinoom

Krause (1987:63) meen dat vroue aanpas by 'n diagnose van karsinoom deur van emosioneel gefokusde hantering gebruik te maak. Hy verduidelik dat emosioneel gefokusde hantering verwys na kognitiewe of gedragsresponse wat daarop gerig is om die emosionele gevolge te hanteer. Lierman (1988:353) noem vermyding en selektiewe aandag as voorbeelde van emosioneel gefokusde hantering. Daarteenoor is probleemgefokusde hantering wanneer die vrou die probleem probeer verander of uitskakel. Dit sluit in kognitiewe- en gedragsresponse.

Krause (1991:243) stem saam dat vroue met karsinoom gebruik maak van hanteringsmeganismes om aan te pas. Hierdie hanteringsmeganismes word gebruik in reaksie op 'n emosie in 'n poging om dit te probeer hanteer. Verskeie navorsers stem saam dat vroue hul aanvanklike emosionele response soos angs, onsekerheid of hulpeloosheid hanteer deur inligting te verkry, ondersteuning te soek en mediese voorskrifte te volg in 'n poging om persoonlike kontrole te vermeerder en die emosionele reaksie te verminder.

Ali en Khalil (1991:232); Fredette (1995:35); Fredette en Beattie (1986:314); Friedman (1980:105) asook Hürny en Bernhard (1989:257) bevestig dat vroue by 'n diagnose van karsinoom van die mammae aanpas op die volgende maniere:

- verkryging van inligting;
- soek ondersteuning;
- volg mediese voorskrifte;
- ontkenning en ontvlugting;
- vind betekenis in die siekte;
- berei voor vir die dood;
- gaan terug werk toe;
- hanteer soos in die verlede;

- spanningsverligting; en
- blamering.

Edgar et. al. (1992:89) sowel as Krause (1991:241) is egter van mening dat vroue nie net ondersteun moet word nie, maar dat hulle persoonlike kontrole in so 'n mate verhoog moet word, dat hulle self betrokke raak om doelwitte te stel. Hulle moet maniere aanleer om doelwitte te bereik soos byvoorbeeld angsverminderingstegnieke.

In hul navorsingsresultate beskryf Edgar et. al. (1992:819) dat dit veral vroue is met 'n goeie egosterkte en vroue wat kontrole oor hul siekte wil verkry, wat 'n diagnose van karsinoom van die mammae positief hanteer. Inteenstelling daarmee het Burgess et. al. (1988:265) gevind dat ander vroue juis die impak van die diagnose verminder deur beheer aan ander oor te gee. Hulle het verder gevind dat vroue van die volgende maniere gebruik maak om die impak van die diagnose te verminder:

- om dit uit hul gedagtes te blokkeer;
- deur dissosiasie, dit wil sê om hul los te maak van die situasie; en
- om slegs op dele te konsentreer asof dit die geheelbeeld is.

Holmes (1987:2023) en Krause (1991:244) voeg rasionalisasie, projeksie en reaksie formasie by as hanteringsmeganismes wat vroue bewustelik of onbewustelik asook effektief of oneffektief gebruik om die trauma te hanteer. Buddenberg, Wolf, Sieber, Riehl-Emde, Bergant, Steiner, Landolt-Ritter en Richter (1991:156) voorspel dat die vroue se persepsie van die oorsaak van hul karsinoom, die tipe hanteringsmeganisme wat gebruik sal word, bepaal. Die genoemde hanteringsmeganismes kan gevaar inhou as vroue dit in oormaat gebruik, die vroue nie in kontak met hul ware emosies is nie, en dit dus nie kan deurleef en daarby aanpas nie. Cooper en Faragher (1992:451) verwys na internalisering, wanneer vroue daarvoor dink en dit probeer verstaan. Krause (1991:241) stel dit dat vroue gebruik kan maak van

gedagtebeelde. Verder beklemtoon Krause (1991:241) dat vroue hul gevoelens moet uitdruk. Cooper en Faragher (1992:452) beaam dit dat vroue moet fantaseer, huil of praat om hul emosies te ventileer. Vroue pas naderhand aan by die ongemak wat veroorsaak word deur die diagnose asook behandeling, en die beperkinge wat dit op hul aktiwiteite plaas. Aanvaarding van karsinoom van die mammae is 'n belangrike respons wat aanpassing bevorder (Kesselring et. al. 1986:77 sowel as Krause 1991:241). Nie alle vroue aanvaar die diagnose van karsinoom van die mammae, die tipe chirurgie wat hulle ondergaan het en die aanvullende behandeling nie. Aanvaarding vind meestal voorwaardelik plaas, byvoorbeeld, vroue aanvaar hul borsverlies as dit hul lewe sou red. Aanvaarding is nie 'n staat van geluksaligheid nie en vroue kan steeds met tye emosies van moedeloosheid, hopeloosheid, onsekerheid en angs ervaar.

#### Vroue se psigiese aanpassing by borsverlies

Borsverlies gaan vir die meeste vroue aanvanklik gepaard met skok, ongeloof en hartseer. Sommige vroue is in staat om die borsverlies te aanvaar as hulle meen dat dit hul lewe gespaar het en pas daarby aan al bly dit moeilik met tye (Bloom 1986:195; Fetting 1990:1095 en Graydon 1988:117). Hierdie persepsie van vroue dat karsinoom lewensbedreigend is, kan juis vroue help om hul borsverlies te aanvaar. Hughes (1993:227) steun hierdie stelling en brei daarop uit. Hy meen dat sommige vroue hulself later as gelukkig beskou, omdat die lewensbedreigende karsinoom vroegtydig verwyder is. Hughes (1993:227) het verder gevind dat ander vroue eenvoudig nie op die borsverlies konsentreer nie en eerder wat hulle het waardeer, soos hul familie of hul werk.

Vroue se persepsie van die noodsaaklikheid van die chirurgie is ook 'n belangrike faktor wat bydra tot psigiese aanvaarding van borsverlies volgens Feather en Wainstock (1989:293). Nie alle vroue verkies om 'n lumpektomie

te ondergaan nie, omdat hulle karsinoom van die mammae as 'n groter bedreiging sien as borsverlies (Fallowfield en Hall 1991:395).

Knobf (1986:682) stel dit dat borsverlies net so bedreigend is as karsinoom van die mammae. Hy is van mening dat die meeste studies wat bevind het dat vroue borsverlies as minder bedreigend beskou net na chirurgie gedoen is. Die gevolg hiervan is dat respondente ondervra is voordat die borsverlieservaring deurgewerk is. Fallowfield (1990:576) het gevind dat slegs 12 % vroue wat 'n mastektomie of 'n lumpektomie ondergaan het, twee jaar na die chirurgie gevoel het dat dit erger is om 'n bors te verloor as om karsinoom van die mammae te hê.

Ander bydraende faktore in die aanpassing van vroue by borsverlies is die groter beskikbaarheid van inligting aan die publiek omtrent karsinoom van die mammae. 'n Ander aspek is groter aanvaarding van vroue se reg om deel te neem aan behandelingsbesluite (Penman, Bloom, Fotopoulos, Cook, Holland, Gates, Flamer, Murawski, Ross, Brandt, Muenz en Pee 1987:126).

Anderson (1988:41) het in haar studie gevind dat 25 % vroue wat 'n mastektomie gehad het, nie in staat was om voor ontslag na hulle wondarea te kyk nie. Omne-Pontén, Holmberg en Sjoden (1994:1778) se navorsing dui daarop dat soveel as 60 % vroue dertien maande postoperatief steeds onwillig is om voor ander uit te trek. Die onvermoë van vroue om na hul mastektomiewonde te kyk, dui op moontlike aanpassingsprobleme (Van Wyk 1989:98). Ander navorsers soos Maguire (1990:79) en Rutherford (1988:247) stem saam dat vroue wat vermy om na hul bolywe te kyk as hulle die geleentheid het, byvoorbeeld, as hul bad, 'n buustelyfie bed toe dra of spieëls bedek in die badkamer, kan moontlik aanpassingsprobleme ten opsigte van hul liggaamsbeeld hê. Van Wyk (1989:15) beklemtoon die belang daarvan om vroue se gedragpatrone ten opsigte van borsverlies te bepaal, sodat ontwikkelingskrisisse geïdentifiseer kan word waarop die verpleegkundige in haar verdere berading bedag moet wees.

Maguire (1990:80) gaan verder en sê dat hierdie onvermoë van vroue om hul borsverlies te aanvaar 'n belangrike faktor is wat lei tot seksuele probleme. Volgens Feather en Wainstock (1989:293) asook Rowley (1989:35) word vroue se aanvaarding van die borsverlies eerder beïnvloed deur hul eggenote se vermoë om hulle so te aanvaar. Maguire (1990:80) waarsku dat sommige navorsers die mening huldig dat as die eggenote nie die vroue ondersteun nie, dit bydra tot seksuele probleme. Baldwin (1990:386) asook Fallowfield en Hall (1991:389) meen eerder dat aspekte soos negatiewe gevoelens as gevolg van borsverlies, soos verlies aan vroulikheid, selfbeeld en liggaamsbeeld kan aanleiding gee tot psigologiese en seksuele disfunksie. Veral in kulture waar vroulike borste simbolies is van seksualiteit. Schain (1988:160) meen dat alle vroue na borsverlies beraam moet word ten opsigte van libidoverlies, afname in seksuele aantreklike gevoel, omvang van seksuele gedrag en vermoë om voort te plant.

Alhoewel vroue met primêre karsinoom van die mammae grootliks aanpas by die borsverlies as hulle voel dit kompenseer vir genesing (Feather en Wainstock 1989:303), ervaar hulle probleme met kleredrag na 'n mastektomie en kan hulle steeds selfbewus voel om voor ander uit te trek. Wong en Bramwell (1992:368) het gevind dat 16 % vroue sukkel met klere en 'n prostese. Die verpleegkundige moet voor ontslag toesien dat die vroue toegerus is met 'n tydelike prostese en 'n verwysing om ses tot agt weke later 'n permanente prostese te bekom (Watson, Denton, Baum en Greer 1988:27). Die verpleegkundige moet toesien dat die vroue weet hoe om die prostese effektief te gebruik by haar klere. Anderson (1988:41) het gevind dat vroue sukkel om aanvanklik aan te pas by die kontoerverskille as gevolg van een oorblywende bors. Volgens die vroue in die studie het hulle gesukkel met die tydelike prosteses wat rondskuif as hulle beweeg en selfs uitval. Feather en Lanigan (1987:1048) asook Wyatt et. al. (1993:446) het gevind dat vroue 'n voortdurende inligtingsbehoefte het oor aanpassing by die gewig van die prosteses, sweterigheid en veranderinge in juwele. Vroue wat borsbesparende chirurgie gehad het, sukkel nie soveel met

liggaamskending asook probleme met prosteses en klere nie. McCormick et. al. (1989:1301) bevestig dat 60 tot 70 % vroue wat 'n lumpektomie gehad het, nie nodig gehad het om aanpassings in hul lewe te maak na borschirurgie nie.

Mock (1993:153), Rutherford (1988:247) asook Wolberg, Romsaas, Tanner en Malec (1989:1645) het gevind dat vroue wat 'n lumpektomie gehad het, 'n beter liggaamsbeeld het as vroue wat 'n mastektomie gehad het en selfs vroue wat onmiddellik borsrekonstruksie ondergaan het. Hulle meen dat vroue met 'n lumpektomie meer positief en tevrede voel met hul liggame. Dit is heelwaarskynlik die rede waarom die vroue wat 'n lumpektomie gehad het, vroeër seksuele aktiwiteite hervat, groter seksuele satisfaksie ervaar en daar minder disfunksie voorkom (Aaronson, Bartelink, Van Dongen en Van Dam 1988:135 asook Margolis, Goodman en Rubin 1990:36). Navorsers soos Hopwood (1993:276) en Pozo et. al. (1992:1292) het gevind dat vroue wat 'n mastektomie gehad het, 'n verlies aan vroulikheid, seksuele toegeneendheid en liggaamsbeeld ervaar het. Die vroue se persepsie van hul borste ten opsigte van die rol wat dit speel in vroue se selfbeeld, seksuele verhoudings en vroulikheid, en nie die tipe chirurgie nie, is volgens Knobf (1990:1395) die veranderlike wat in gedagte gehou moet word tydens liggaamsbeeld veranderinge.

Hughes (1993:222) en Pozo et. al. (1992:1297) stel dit dat die lewensbedreigende aard van die diagnose vir vroue wat 'n lumpektomie ondergaan het, dieselfde was as vir vroue wat 'n mastektomie gehad het. Holmberg, Omne-Pontén, Burns, Adami en Bergström (1989:969) asook Hughes (1993:222) het tot die gevolgtrekking gekom dat vroue wat 'n lumpektomie gehad het meer angs as gevolg van die onsekerheid van herhaling ervaar. Harrison-Woermke en Graydon (1993:450) sowel as Hughes (1993:223) se navorsingsbevindinge ondersteun die stelling deurdat hulle gevind het dat vroue wat 'n lumpektomie gehad het, drie maande na chirurgie meer gespanne was. Graydon (1994:617) en Hughes (1993:227)

skryf dit toe aan die feit dat 'n lumpektomie gepaard gaan met ioniserende bestraling wat gekenmerk word deur moegheid, veral omdat die kursus meestal vyf tot ses weke duur. Die vroue wat 'n lumpektomie gehad het word tydens die aanvullende behandeling gekonfronteer met die lewensbedreigende aard van karsinoom van die mammae (Van Heeringen et. al. 1989:178). Volgens Christman (1990:18) ervaar vroue wat radioterapie ondergaan onsekerheid, wat 'n negatiewe verband toon met aanpassing. Hierdie onsekerheid het nie gewissel tydens behandeling nie. Van Wyk (1989:20) verduidelik dat die besoeke aan 'n radioterapie behandelings-eenheid telkens aan die vrou bevestig dat sy karsinoom het en sy word bewus gemaak van die ernstigheidsgraad van haar siektetoestand.

Fallowfield et. al. (1990:578) meen dat slegs die oorsprong van die angst verskil van die mastektomie groep. Hulle het gevind dat 15 % vroue op drie maande na 'n lumpektomie moedeloos voel, terwyl 31 % angstig was. Daarteenoor het Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss en Tunmore (1991:53) gevind dat slegs 6 % vroue moedeloos was en 16 % angst ervaar het na 'n lumpektomie in teenstelling met vroue wat 'n mastektomie gehad het se 18 %. Beide studies bevestig egter die stelling dat vroue wat 'n lumpektomie ondergaan het groter angst ervaar. Omne-Pontén (1992:1066) is van mening dat die huidige navorsingsbevinding onvoldoende bewys dat dit wel die geval is. In teenstelling hiermee het Carlsson en Hamrin (1994:418), De Haes, Van Oostrom en Welvaart (1986:337), Ganz et. al. (1992:1729), Holmberg et. al. (1989:973), Hughes (1993:222) asook Kiebert, De Haes en Van de Velde (1991:1069) gevind dat vroue wat 'n mastektomie gehad het, dieselfde totale hoeveelheid stres ervaar en dat die kosmetiese verskil nie beduidend is nie.

#### Vroue se psigiese aanpassing by aanvullende behandeling

Vroue ervaar veral vóór aanvullende behandeling psigiese stres. In hul studie het Middelboe, Ovesen, Mortensen en Bech (1994:171) bevind dat



soveel as 40 % vroue in hul studie voor die aanvang van onkochemoterapie psigiese stres ervaar het. Maraste, Brandt, Olsson en Ryde-Brandt (1992:641) se navorsingsresultate dui daarop dat die psigiese stres veral gekenmerk word deur angs as moedeloosheid. Hulle het verder gevind dat dit veral vroue in hul vyftigerjare is en 'n mastektomie gehad het, wat angs voor aanvullende behandeling ervaar het.

Sommige navorsers is van mening dat die fisieke komplikasies as gevolg van aanvullende behandeling 'n verdere impak op vroue het (Mann, Sabbioni, Borbjerg, Jacobsen, Taylor en Redd 1994:41). Hierdie mening word deur Ali en Khalil (1991:234) asook Dunn (1988:34) gehuldig. Knobf (1986:678) stel dit dat vroue wat aanvullende onkochemoterapie ontvang het, tot 18 maande postoperatief klagtes van psigiese ongemak gehad het. Fallowfield en Hall (1991:389) bevestig dat vroue nie net by die onmiddellike diagnose van karsinoom moet aanpas nie, maar ook by die borsverlies en aanvullende behandeling. Verder meld hulle dit dat die vroue ook moet aanpas by die newe-effekte en die veranderinge wat as gevolg van behandeling intree, sowel as die langtermyn onsekerheid.

Knobf (1986:683) stel dit dat die psigologiese stres wat vroue gedurende aanvullende behandeling ervaar juis 'n effek op, veral, die seksuele verhouding kan hê. Hanson (1994:14) stem saam dat die behandeling se newe-effekte aanleiding kan gee tot psigologiese stres en dit lei tot 'n swakker lewenskwaliteit. Hierteenoor meen Hughes (1993:226) dat die tipe behandeling nie die vroue se kwaliteit van lewe beïnvloed nie. Cassileth, Knuiman, Abeloff, Falkson, Ezdinli en Mehta (1986:972) asook Mock (1993:156) is verder van mening dat die bedreiging van karsinoom van die mammae eerder in die diagnose, as in die tipe behandeling lê. Fallowfield, Baum en Maguire (1986:1333) sowel as Meyer en Aspegren (1989:15) ondersteun laasgenoemde stelling en brei daarop uit deur te sê dat die psigologiese stres in alle vroue met karsinoom van die mammae dieselfde is, ongeag die tipe behandeling.

Dean (1988:32) rapporteer dat alhoewel vroue na radioterapie klagtes van fisieke simptome gehad het, hy geen gronde gevind het dat aanvullende radioterapie psigiiese morbiditeit veroorsaak of vererger nie. Fallowfield en Hall (1991:395) het gevind dat ongeag watter tipe behandeling vroue kry, daar sekere faktore is wat aanpassing bemoeilik, naamlik, onvoldoende inligting, aanvullende onkochemoterapie, komplikasies met behandeling, bestaande psigiatriese probleme, te min effektiewe ondersteuningsbronne en te min hanteringsmeganismes. Hughson et. al. (1988:383) beklemtoon die belang daarvan dat elke vrou beraam moet word ten opsigte van die bedreiging wat die aanvullende behandeling vir haar inhou.

#### 4.2.5 Tree koesterend in verpleegsorg op

Verskeie navorsers het gevind dat 38 tot 43 % vroue voel dat verpleegkundiges goed vir hulle was (Krause 1987:65 en Anderson 1988:38). Toe die respondente in Anderson (1988:38) gevra is wat hulle daarmee bedoel dat verpleegkundiges goed vir hulle was, is antwoorde gegee soos dat hulle gaaf was, hulle baie beteken het vir haar, hulle dit makliker vir haar gemaak het, hulle haar getroos het, hulp aangebied en gedurig ingekom het. Grossman-Schulz en Feeley (1989:44) het in hul studie gevind dat verpleegkundige tussentredes soos die gee van inligting, ventilering, teenwoordigheid van die verpleegkundige, positiewe motivering, versekering, beskikbaarheid, luister, identifisering van emosies en kontak, ondersteunend is. Gaut (1992:241) stem saam dat die gerusstellende teenwoordigheid van die verpleegkundige baie vir vroue beteken.

Friedman (1980:107); Lyall (1988:27) asook Starck en McGovern (1992:101) beklemtoon dat vroue menswaardig hanteer moet word. Verpleegkundiges moet respek hê vir vroue se waardigheid en privaatheid. Blank et. al. (1989:79) asook Grossman-Schultz en Feeley (1989:44) stem saam dat verpleegkundige optredes soos luister, aanraking, praat en geïndividualiseerde sorg nodig is vir vroue met karsinoom van die mammae

om gekoester te voel. McLean (1986:31); Quesenberry en Rittman (1993:120) asook Stiles (1994:18) stel dit dat vroue 'n empatiese deernisvolle luisteraar nodig het wat tyd sal spandeer om 'n verhouding te bou, wat hulle deur hul behandeling sal ondersteun. Knobf (1990:1393) voeg by dat die bou van 'n vertrouensverhouding wel beïnvloed word deur die ernstigheid van die vrou se diagnose, emosionele response en beskikbare tyd.

Cawley et. al. (1990:92); Clapperton (1991:56) asook Quesenberry en Rittman (1993:120) het tot die slotsom gekom dat vroue met karsinoom van die mammae 'n behoefte het aan sensitiewe professionele persone wat betrokkenheid toon deur 'n koesterende houding, persoonlike kontak en nabyheid. Reid-Ponte (1992:283) asook Roberts et. al. (1989:265) brei verder daarop uit dat empatie vir vroue 'n sensitiwiteit vir hul gevoelens beteken, die vermoë om die gevoelens te ontbloot, om 'n simpatieke begrip oor te dra en om op 'n koesterende manier op te tree.

Knobf (1990:1393) verduidelik dat meer spesifieke verpleegkundige tussentredes soos die gee van inligting, kommunikasie en begeleiding nodig is vir vroue en hul families om by die diagnose, borsverlies asook behandeling van karsinoom van die mammae aan te pas. Die gee van inligting asook die bespreking van die vrouens se gevoelens en probleme word deur vroue geïnterpreteer dat verpleegkundiges hulle belange op die hart dra. Vroue meen verder dat verpleegkundiges daardeur wil bydra tot hul herstel. Dit is egter belangrik dat verpleegkundiges moet beseft dat dit 'n kombinasie van verpleegkundige tussentredes is wat maak dat vroue ervaar dat hulle ondersteun word. Kumasaka en Dungan (1993:298) het verpleegkundige strategieë beplan om die vroue se emosionele respons op impak van die diagnose te hanteer. Dit sluit in direkte sorg, onderrig en berading om kognitiewe herevaluering ten opsigte van die bedreiging van karsinoom, 'n veranderende selfkonsep, verliesverwerking asook versterking van effektiewe hanteringsmeganismes.

Krause (1987:63) meen dat die bespreking van die siektetoestand aanpassing bevorder. Watson et. al. (1988:29) het gevind dat juis tydens die eerste drie maande postoperatief, depressie minder presenteer onder vroue wat berading ontvang het van 'n kliniese verpleegspesialis. Krause (1987:63) asook Grossman-Schultz en Feeley (1989:45) het gevind dat as vroue oor hul situasie praat en hul gevoelens uitspreek, dit spanning asook angs verlig. Wilkinson, Maguire en Tait (1988:34) stem saam dat vroue se angs en depressie verminder. Krause (1987:63) is dit eens dat vroue hul gevoelens hanteer deur met ander daaroor te praat.

Grossman-Schultz en Feeley (1989:45) asook Palsson en Norberg (1995:277) stem saam dat vroue suksesvolle ondersteuning ontvang, ás hulle in staat is om oor hul gevoelens te praat, saamwerk om hul prognose en aanpassing te verbeter, as hulle moraal hoog is, goed aangepas is en toepaslike kennis oor hul siektetoestand verbaliseer. Suominen et. al. (1994:8) het egter gevind dat die helfte van hul respondente byna niks van hul behandeling en operasie geweet het nie. Anderson (1988:38) het gevind dat 76 % van die vroue wat met verpleegkundiges gepraat het, die gesprek as sosiaal beskryf het. Slegs 11 % van die respondente het gesê dat die gespreksvoering rondom hul mastektomie gedraai het. Gordon (1990:279) stem saam dat, soos die moontlikheid van 'n diagnose van karsinoom van die mammae toeneem, die kommunikasie met die vroue minder direk raak. Sy het verder gevind dat verbale en nie-verbale kommunikasie tydens die diagnostiese fase inkongruent is. Die nie-verbale gedrag dra dikwels die boodskap dat iets nie reg is nie. Dus moet verpleegkundiges se verbale boodskappe ondersteuning bied, maar dit moet kongruent wees met haar nie-verbale boodskappe om werklik te ondersteun.

Dit is egter duidelik dat daar 'n fyn balans in ondersteuning is. Vroue wil oor hul belewenisse praat, maar nie daarop broei nie. Vroue wil meeleving hê, maar nie bejammer voel nie. Vroue wil begrip hê, maar nie ge-etiketeer word as diegene met kanker nie. Hierdie balans kan alleen verkry word as die

verpleegpersoneel kundig, dog sensitief is om die vroue se behoeftes te beraam om haar optrede sodoende te lei.

Anderson (1988:38) se respondente het aangevoer dat hulle nie met verpleegkundiges gepraat het nie, omdat hulle te besig gelyk het. Hanson (1994:18) het beklemtoon dat 'n swaar werkslading en onvoldoende personeeltoewysing lei tot die persepsie dat daar te min tyd is om psigologiese sorg te gee. Ray et. al. (1984:104) stel 'n verdere feit dat die meeste vroue baie gou fisiek na 'n mastektomie herstel en het baie min fisieke verpleegsorg nodig na die eerste agt en veertig uur post-operatief. Die geleentheid vir kontak is dus baie beperk. Daarom moet verpleegkundiges aanleer dat as hulle die vroue fisiek versorg, byvoorbeeld om haar bed op te maak of tydens psigomotoriese prosedures soos om analgetika toe te dien, moet hulle die tyd benut om met die vroue te kommunikeer. Dit gaan egter nie help as daar geen doel met die kommunikasie is nie. Daarom moet daar bepaalde tyd geskep word om die vroue te beraam en om beplande tussentredes te implementeer.

Wilkinson (1991:679); Maguire (1985:1712) en Hanson (1994:14) het bevind dat verpleegkundiges nie in staat is om kommunikasie te fasiliteer nie. Volgens hulle maak verpleegkundige gebruik van afstandhouding en blokkerende kommunikasietegnieke. Wilkinson (1991:679) skryf dit daaraan toe dat verpleegkundiges nie gemaklik is om vroue se emosionele reaksies te hanteer nie en dus neig om die vroue te depersonaliseer. Hy het in sy opname gevind dat die meerderheid verpleegkundiges (en geneeshere) baie min opleiding gehad het om psigologiese beraming en hantering te doen.

Verpleegkundiges en geneeshere word deur Cawley et. al. (1990:92) daarvan beskuldig dat hulle meer taak geörienteerd as emosioneel geörienteerd is. McLean (1986:31) stem saam dat dit baie maklik is in die hoogs tegnologiese tyd om totaal betrokke te raak in die fisieke versorging van pasiënte. Sy meen dit is maklik om te vergeet dat daar 'n mens agter die

etiket van die diagnose van mammaekarsinoom is, met meer as fisieke behoeftes. Hanson (1994:18) beklemtoon dat dit nie help dat verpleegkundiges net bewus is van vroue se psigososiale bekommernisse nie. Hy beweer dat verpleegkundiges nie daarop reageer nie. Denton (1987:6) stel dit dat die verpleegkundige 'n verantwoordelikheid het om daarop te reageer, of as dit nodig is vroue te verwys.

Searle (1991:6) is van mening dat die verpleegbestuur dit moontlik moet maak vir verpleegkundiges om te koester. Verpleegkundiges het ondersteunende organisatoriese strukture nodig wat terapeutiese verpleegtussentredes fasiliteer. Verpleegkundiges moet kan funksioneer in 'n terapeutiese eenheid, dit wil sê 'n ontspanne omgewing met 'n goeie atmosfeer (Anderson 1988:34). Die bestuur moet 'n hoë premie plaas op goeie fisieke en psigososiale sorg. Verpleegkundiges moet die nodige rolmodelle in die eenheid hê om van hulle te leer hoe om vroue te ondersteun en in hul fisieke sorg te voorsien. Gaut (1992:251) beklemtoon dat koestering 'n sentrale dimensie van verpleging is. Verpleegkundiges moet deurlopend gemotiveer word om ondersteuning in die vorm van inligting, begeleiding en kommunikasie te gee. Anderson (1988:34) het gerapporteer dat baie min verpleegkundiges (vyf uit twee honderd agt en tagtig in hul studie) gevoel het dat hulle aanmoediging en tyd gegee is om met vroue te kommunikeer. Coward (1989:168) stel dit dat verpleegkundiges juis in hierdie verpleegtussentredes beroeps- en lewensvervulling kan ervaar.

#### 4.2.6 Verskaf effektiewe verpleegsorg

Die verpleegkundige moet vertrouwe inboesem deur klinies vaardig te wees. Dit bevorder die bou van 'n vertrouensverhouding en vroue voel veilig. Anderson (1989:88) het gevind dat families voel dat die vroue se behoeftes aan goeie sorg die beste in voorsien is deur vaardige verpleegkundiges. Die verpleegkundige moet dus beskik oor kognitiewe en psigomotoriese

vaardighede om by te dra tot 'n veilige en rustige atmosfeer waarin vroue fisiek en psigies kan herstel.

### **Kundigheid**

Die verpleegkundige moet kennis dra van die vrou met karsinoom van die mammae se mediese diagnose en die implikasies asook die behandeling daarvan, om effektiewe verpleegtussentredes te kan beplan. Blank et. al. (1989:84) stem saam dat verpleegkundiges kennis moet dra omtrent die vrou se diagnose en behandelingsplanne, om in hul behoeftes te kan voorsien. Knobf (1990:1392) beklemtoon dat die verpleegkundige kennis nodig het ten opsigte van fisieke en psigologiese response op die diagnose asook die behandeling. Sodoende kan die verpleegkundige probleme antisipeer. As 'n verpleegkundige nie kennis dra oor die T.N.M. stadium bepaling en histologiese verskille wat die prognose van die vrou met karsinoom van die mammae beïnvloed nie, kan sy nie effektief hoop, aanmoediging en gerusstelling bied nie. Die wyse waarop die verpleegkundige 'n vrou met 'n lobulêre karsinoom of metastases gaan aanmoedig, behoort te verskil van aanmoediging vir 'n vrou met 'n T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> stadiumbepaling (McGee en White 1989:179). As die verpleegkundige kundig is omtrent die siektetoestand, sy verloop, behandeling en psigososiale implikasies, kan sy/hy potensiële probleme identifiseer. Verder kan sy/hy die vrou voorberei met akkurate inligting, vroeë tussentredes instel om simptome te minimaliseer en aanpassing makliker maak vir vroue. Alhoewel die verpleegkundige kennis dra van die patofisiologiese veranderinge, is haar bestek van praktyk eerder gerig op die effek wat dit op die vrou het. Anderson (1989:85) stem saam dat die verpleegkundige tussentredes vanuit haar bestek van praktyk eerder gerig is op die veranderinge en funksionele vermoë van die vrou, as die patofisiologie van karsinoom. Verpleegkundige tussentredes verhoog die kwaliteit van lewe vir vroue.

Die verpleegkundige beskik nie altyd oor die nodige inligting omtrent die vroue se spesifieke toestand nie, daarom is sy/haar kommunikasie met die geneesheer kritiek. Anderson (1988:39) bevestig dat as die kommunikasie tussen die geneesheer en die verpleegkundige nie goed is nie, kan effektiewe ondersteuning nie gegee word nie, omdat die verpleegkundige nie oor spesifieke inligting beskik nie.

## **Vaardigheid**

Volgens Bean en Holcombe (1993:484) asook Grossman-Schultz en Feeley (1989:42) is belangrike aspekte in die bestek van praktyk van die onkologiese verpleegkundige om te kan organiseer, prioriteite te bepaal, beraming en evaluering van vroue. Knobf (1990:1392) en Anderson (1989:85) voeg die volgende aspekte van effektiewe onkologiese verpleging by, naamlik die gee van inligting, begeleiding, kommunikasie, die koördinering van sorg en samewerking met ander lede van die multidissiplinêre span. Anderson (1989:91) stem saam dat die verpleegkundige tussentredes ten doel moet hê om gedrag te bevorder wat angs, verwardheid en hopeloosheid verlig, om hoop en 'n toekomsverwachting aan te moedig, alternatiewe probleemoplossings te ondersoek en sodoende nuwe sowel as meer hanteringsmeganismes te verkry. Dit is essensiële aspekte, wat die verpleegkundige moet doen om vroue te help aanpas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae. Die verpleegkundige kan genoemde tussentredes uitvoer as sy kognitief en emosioneel in staat is om vroue met karsinoom van die mammae te beraam ten opsigte van hulle respons en hantering van die impak van die diagnose asook die behandeling (Denton 1987:11). 'n Deeglike beraming is essensieel in die begin van die vroue se siektetoestand. Dit moet opgevolg word met spesifieke herevaluering van die vroue se hantering en aanpassing, omdat die vroue se respons en die impak van die siekte deurentyd verander.



Spiegel (1990:1422) is van mening dat karsinoom van die mammae en die behandeling daarvan vroue fisiek, kognitief, affektief, psigosomaties en sosiaal beïnvloed. Daarom moet tussentredes al hierdie areas dek.

Die toelating tot die hospitaal en die vreemde omgewing dra by tot onsekerheid en 'n gevoel van isolasie. Die wyse waarop hierdie vroue in die situasie hanteer word, moet hulle veilig laat voel. Daarom moet vroue met kundigheid beraam en voorberei word op chirurgie. Volgens Anderson (1988:39) help die verkryging van ingeligte toestemming vir chirurgie om oop kommunikasie te fasiliteer. Die vaardige verpleegkundige sal in staat wees om die geleentheid te benut tot voordeel van die vrou met karsinoom van die mammae. Regsgeldige toestemming sal deur 'n vaardige verpleegkundige verkry word, sodat daar nie onnodige vertraging en trauma gepaard gaan met die uitvoer van die mastektomie nie (Northouse 1989:283). Hierdie kundigheid waarmee die vroue hanteer word sal die vroue laat voel dat hul belange op die hart gedra word en dus dat die verpleegkundige omgee.

Die vaardigheid waarmee verpleegsorg en psigomotoriese vaardighede soos die hantering van binnearse oorgietings en toedien van inspuitings, stel die vroue gerus en dra by tot hul gemak en genesing. Die waarneming van probleme en ongemak, byvoorbeeld as vroue nie in staat is om self te eet nie, omdat sy aan 'n binnearse oorgieting gekoppel is, bevestig dat verpleegpersoneel kundig en betrokke is.

#### 4.2.7 Moedig selfsorg en onafhanklikheid aan

Selfsorg beteken volgens Orem soos aangehaal deur Dodd (1988:16) dat vroue in staat gestel word om 'n doelwit te stel om hul gesondheid, welsyn asook lewe te bevorder, of om vir hulself te sorg en sodoende hul toestand te verander. Anderson (1989:85) dui aan dat selfsorg deel van vroue se rehabilitasie is en dat dit die kwaliteit van hul lewe verhoog.

Volgens studies wat deur Suominen (1992:70) en Watson (1990:11) onderneem is, is gevind dat slegs 30 % vroue met karsinoom van die mammae 'n geleentheid gehad het om deel te neem in hul eie sorg en behandeling. Die respondente in die genoemde studies het gevoel dat hulle groter verantwoordelikheid behoort te neem vir selfsorg. Veral tydens hospitalisasie is dit belangrik dat 'n geleentheid geskep word dat vroue hulself versorg en vaardighede demonstreer, anders veroorsaak selfsorg komplikasies en dié stel verdere eise aan die vroue. Northouse (1989:281) en Granda (1994:229) bevestig dat vroue die tydperk na ontslag baie stresvol ervaar het, omdat hulle gesukkel het met komplikasies soos wondinfeksie en limfedoem.

Krause (1987:64) meen dat vroue met karsinoom van die mammae in die rehabilitasiefase van hul siekteverloop besig is met heroriëntasie van hul situasie. Hulle leer gedrag aan wat nodig is vir aanpassing by hul siektetoestand en behandeling. Anderson (1989:87) meen dat selfsorg bevorder sal word as die klem op gesondwees is, eerder as siekterolgedrag en om self verantwoordelikheid te aanvaar, eerder as om afhanklik te wees.

Vroue wat borschirurgie ondergaan het, het dikwels 'n hoë inligtingsbehoefte, omdat hulle psigologies onafhanklik wil wees. Krause (1987:64) en Anderson (1989:87) bevestig dit dat vroue intellektuele satisfaksie ervaar soos hulle meer oor karsinoom van die mammae leer. Vroue voel hulle is in staat om aan te pas, voel meer onafhanklik en ontwikkel 'n gevoel van selfkontrole. Dodd (1988:16) stem saam dat vroue wat selfversorgend is, 'n sterk lokus van innerlike kontrole het.

Vroue met primêre karsinoom van die mammae moet besef dat hulle self 'n belangrike rol speel in hul eie genesing. Hailey et. al. (1988:84) het gevind dat 4 % respondente in hul studie hulself as 'n bron van motivering tot aanpassing beskou. Williams, Valderrama, Gloria, Pascoguin, Saavedra, De la Rama, Ferry, Abaguin en Zaldivar (1988:206) beklemtoon egter ook die

verpleegkundige funksie om vroue voor ontslag te leer hoe en wanneer om selfsorg te hervat. Selfsorg bevorder egter ook fisieke aanpassing. Deurdat vroue aktiwiteite uitvoer soos om self te bad of te kook, bevorder dit bloedsirkulasie wat lei tot wondgenesing en die voorkoming van kontrakture.

Volgens Schott-Baer (1993:231) bevorder die volgende aspekte selfsorg:

- die vermoë om fisieke krag te gebruik en te kontroleer;
- die vermoë om liggaamsbewegings te kontroleer;
- die vermoë om te redeneer;
- motivering;
- die vermoë om besluite te neem; en
- die vermoë om kennis te bekom.

Selfsorg skep vir vroue met karsinoom van die mammae 'n geleentheid om die realiteit van hul borsverlies te hanteer en skep ook vir die familie 'n geleentheid om betrokke te raak, te deel in die ervaring en waar te neem dat die vroue wel aanpas. Northouse (1989:279) se navorsingsresultate dui aan dat 12 % vroue en 22 % eggenote in hul studie tydens hospitalisasie bekommerd was oor die vroue se vermoë om aan te pas. Dit het egter verminder na ontslag. Slegs 4 % vroue het bekommerd gebly, terwyl 6 % eggenote steeds bekommerd was. Volgens Northouse (1989:279) dra die feit dat vroue hul pligte hervat, by tot die vermindering van kommer oor hul aanpassingsvermoë. Ali en Khalil (1991:237) brei hierop uit dat soveel as 65,6 % respondente verklaar het dat wanneer hulle hul huiswerk self doen, hulle nie tyd het om aan hul siektetoestand te dink nie. In hul studie het 42,1 % respondente gesê dat hulle aktiwiteite soos brei, naaldwerk of televisie begin het om dit te vermy om aan hul toestand te dink.

#### 4.2.8 Moedig effektiewe hantering aan

Yates (1993:701) wys daarop dat verpleegkundige navorsingsliteratuur telkens die ongelooflike beskryf, naamlik dat vroue wat op die oog af hulle in 'n hopelose situasie bevind, steeds positief en hoopvol omtrent die toekoms is. Volgens Burgess et. al. (1988:263) en ander skrywers soos Fredette (1995:35); Hinds en Martin (1988:338); Krause (1991:244); O'Connor, Wicker en Germino (1990:168); Nowotny (1989:58) asook Payne (1990:653) is 'n positiewe en hoopvolle ingesteldheid belangrike strategieë vir aanpassing, wat gebruik word deur persone wat karsinoom van die mammae het. Stein en Zera (1991:946) voeg by dat as vroue hoopvol optree en hul veggees herwin, dit 'n aanduiding is dat hulle die stressituasie van karsinoom van die mammae effektief hanteer.

'n Positiewe ingesteldheid kan ontwikkel as vroue 'n realistiese persepsie van die situasie het, en dit kan bydra tot die verhoging in die kwaliteit van hul lewe. Kesselring et. al. (1986:78) en Hanson (1994:15) bevestig dat vroue se persepsie van die situasie hul gedagtes, asook gedrag beïnvloed en dat dit bepalend is of vroue stres gaan ervaar of nie. Edgar et. al. (1992:817) het gevind dat vroue wat gebruik maak van kognitiewe hantering 'n gevoel van persoonlike kontrole beleef en dit verminder die negatiewe effek van die diagnose asook behandeling van karsinoom van die mammae. Hulle is van mening dat die vroue se gedagtes hul gemoedstemming beïnvloed. Vroue moet bewus gemaak word dat indien hulle kontrole oor hulle gedagtes uitoefen, dit kan bydrae tot 'n beter gemoedstemming. Butow, Coats, Dunn, Bernhard en Hürny (1991:597) bevestig die verband tussen die vroue se gemoed, aanpassing en hul kwaliteit van lewe. Edgar et. al. (1992:819) het in hul studie vroue geleer om die negatiewe persepsie van die situasie te hervorm na 'n meer positiewe ingesteldheid. Hulle ondersteun die stelling dat daar 'n verband bestaan tussen kognitiewe ingesteldheid en persoonlike kontrole. Albei verbeter met die verkryging van inligting.

Deurdat vroue 'n positiewe ingesteldheid handhaaf en kontrole oor hul gedagtes sowel as gemoedstoestand uitoefen, dra dit by tot samewerking. Dit bevorder definitief ook die vroue se kwaliteit van lewe. Fallowfield (1993:11); Gelber, Cole en Goldhirsch (1993:233) asook Olweny (1993:430) dui aan dat 'n positiewe ingesteldheid en hoop, die kwaliteit van lewe te midde van probleme kan verbeter. Carver, Pozo-Kaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat en Clark (1994:1220) het bevind in hul navorsing dat vroue se ingesteldheid 'n rol kan speel in hul aanpassing.

Kesselring et. al. (1986:78) en Moch (1990:1432) stem saam die persepsie van die vroue en hul interpretering van die situasie betekenis aan die persoonlike ondervinding gee. Spiegel (1990:1422) sowel as Stein en Zera (1991:946) bevestig dit dat die karsinoom 'n geleentheid aan vroue bied om hul lewe sowel as prioriteite te ondersoek en eerder te groei as agteruit te gaan. Haberman et. al. (1990:30) beaam dit dat vroue se prioriteite, waardes en doelwitte verander. Soveel as 80 % van Krause (1987:65) se respondente het die ervaring gehad dat hul siekte hulle as mens laat groei het. Die respondente het gevoel dat hulle geleer het om ander mense te verstaan. Krause (1987:65) se respondente kon 'n optimistiese houding handhaaf en het gevoel dat hul lewe 'n doel het ten spyte van hul siekte. Kahn en Steeves (1986:623) asook Moch (1989:23) voeg by dat vroue wat 'n positiewe ingesteldheid het, betekenis gevind het in lyding.

Anderson (1989:87) stel dit dat hoop 'n essensiële element in die lewens van die vroue is, want dit stel hulle in staat om te leef met karsinoom van die mammae. Yates (1993:703) verduidelik dat daar by hoop 'n balans moet wees tussen 'n positiewe ingesteldheid en 'n aanvaarding van hopeloosheid in die vrouens se lewens. Yates (1993:708) gaan verder en stel dit dat dit belangrik is om te onderskei tussen realistiese en onrealistiese hoop. Kesselring et. al. (1986:81) het tot die gevolgtrekking gekom dat hoop vele dimensies het vir vroue met primêre karsinoom van die mammae naamlik om pynvry te wees, lokale genesing, dat hulle beter sal voel en dat die middels

die selgroeï sal verminder. Hall (1990:177) beklemtoon dat hoop egter vir ander vroue veel meer is. Dié vroue hoop op 'n toekoms ten spyte van hul diagnose. Hulle hoop dat 'n geneesmiddel gevind sal word en dat alternatiewe behandeling sal bydrae tot hul oorlewing.

In 'n ondersoek gedoen deur Yates (1993:703) is dit nie altyd duidelik met wie se realiteit gewerk moet word nie. Vroue met karsinoom van die mammae in die studie gedoen deur Yates (1993:703) se realiteit word saamgestel deur aspekte soos hul geloof, lewensondervinding, hoe hulle voel en hoe ander teenoor hulle reageer. Kesselring et. al. (1986:78) bevestig dat vroue se persepsie beïnvloed kan word deur hoe hulle situasie en karsinoom van die mammae deur ander gesien word. Volgens Yates (1993:703) is die professionele persone se realiteit dikwels die mediese model met epidemiologiese en kliniese moontlikhede. Erseck (1992:20) meen dat indien daar 'n groot verskil tussen die professionele persone en die vroue se siening van toepaslike doelwitte en verwagting is, dit ge-etiketeer word as ontkenning, onrealistiese hoop, valse hoop en illusies.

Dit is ook belangrik om te onderskei tussen 'n positiewe ingesteldheid, ontkenning en vermydingsgedrag. Volgens Yates (1993:703) is nie alle vermydingsgedrag patologies nie. Krause (1987:63) identifiseer verskillende tipes vermydingsgedrag naamlik onderdrukking, onderskatting, vermyding, afhanklikheid, insiklikheid en kontrole. Hy meen dat insiklikheid eerder 'n aanvaarding van die onvermydelike as passiewe insiklikheid is. 'n Vrou kan hoopvol voorkom sodat dit lyk asof sy 'n goeie pasiënt is, wat positief en nie negatief is nie. Volgens Yates (1993:703) is dit meer aanvaarbaar en minder ongemaklik om by persone te wees wat hoopvol voorkom. Yates (1993:703) argumenteer dat sulke vroue eerder die sterwensrol as die dood self ontken en dat dit dikwels gedoen word om sosiale verhoudings in stand te hou. Sommige persone sal dus 'n hoopvolle front voorhou net om in ander persone se verwagtinge te voldoen, om sodoende sosiale bande te behou.

Hall (1990:178) het tot die slotsom gekom dat dit hierdie geloof in genesing is, wat vroue help om normaliteit in hul situasie te bring sodat hulle van dag tot dag kan leef. Taylor, Lichtman en Wood (1984:490) toon aan dat vroue wat hoopvol is beter aanpas by hul diagnose, omdat hulle voel hulle het meer kontrole oor hul siekte. Erseck (1992:20) som op dat vroue wat hoopvol is, minder emosionele stres ervaar, dus verminderde angs asook moedeloosheid het, meer gelukkig voel en dat dit 'n positiewe effek het op persone se immunologiese status.

#### 4.2.9 Versterk geloofsoortuigings

Vroue wat op God vertrou ervaar minder angs en onsekerheid. Geloof in God verminder die impak van die diagnose en borsverlies. Ali en Khalil (1991:234) verduidelik dat geloof in God 'n emosiegefokusde hanteringsstrategie is om die impak van die diagnose en borsverlies te hanteer. In die navorsing gedoen deur Ali en Khalil (1991:237); Fredette (1995:35) sowel as Fredette en Beattie (1986:314) is bevind dat soveel as 65 tot 98 % vroue die hanteringsstrategie van geloof gebruik. Burgess et. al. (1988:265) asook Primomo, Yates en Woods (1990:153) stem saam dat vroue gebed en hul geloof in God gebruik om die impak van die diagnose te verminder. Fetting (1990:1095) toon aan dat geloof nie net vroue nie, maar ook hul eggenote gehelp het om die diagnose van karsinoom van die mammae te hanteer. Northouse (1989:281) gaan voort deur dit te stel dat geloof vroue veral tydens hospitalisasie gehelp het om vroeë omtrent oorlewing en die uitgebreidheid van die siekte te hanteer.

Hailey et. al. (1988:84) asook Northouse (1989:281) is verder van mening dat geloof 'n bron van ondersteuning vir vroue is. Hailey et. al. (1988:84) het in hul navorsingsbevindinge aangetoon dat slegs 9 % respondente in hul studie God as 'n ondersteuningsbron beskou het. Vir baie vroue is geloof in God en gebede belangrike hulpbronne. Vroue voel dat God by hulle is en hulle deel nie so alleen in die situasie nie. Volgens Primomo et. al. (1990:153) en

Northouse (1989:281) kry vroue krag uit hul geloof. Veral in die beginstadium van hul siekte word vroue versterk deur geloof in God. Dit is 'n bron van hulp en krag vir vroue. In 'n studie gedoen deur McLean (1986:30) onder vroue met metastases is gevind dat as herhaling voorkom, geloof juis verwarring kan veroorsaak.

Vroue wat op God vertrou is in staat om die diagnose van karsinoom positief te hanteer, deurdát hulle weet dat Hy 'n Almagtige Vader is en dat niks met hulle sal gebeur wat nie Sy wil is nie. Die vertrou in God stel die vroue in staat om 'n positiewe gesindheid te handhaaf en hulle voel dat God hul lewe beheer.

Geloof in God gee ook betekenis aan die diagnose van karsinoom in vroue se lewens. Vroue wat betekenis in hul siekte vind, aanvaar makliker 'n diagnose van karsinoom. Starck en McGovern (1992:84) brei daarop uit dat die vroue se respons op lyding vanuit haar godsdienstige en kulturele leefwêreld gesien moet word. Hulle stem saam dat godsdiens betekenis aan die lyding gee, terwyl die kulturele waardes die sosiale rol definieer. Sommige vroue het dan ook 'n behoefte om hierdie vertrou en dankbaarheid uit te spreek en te praat oor die betekenis wat haar geloof aan die diagnose van karsinoom van die mammae en borsverlies gee. Highfield (1992:1) se artikel dui aan dat 'n gebrek aan kundigheid deur die verpleegkundige haar weerhou van 'n bespreking van godsdiens. Granstrom (1985:45) beweer dat die respektering van vroue se godsdienstige oortuigings 'n belangrike aspek van vroue se totale versorging behoort te wees, maar dit is ongelukkig dikwels die mees verwaarloosde komponent van verpleegsorg (Highfield, 1992:1).

Granstrom (1985:45) stel voor dat die onkologiese verpleegkundige in die vroue se godsdienstige behoeftes kan voorsien deur as aanknopingspunt aspekte soos die bedreiging wat karsinoom van die mammae vir hulle inhou,



te gebruik. Indien die verpleegkundige nie daartoe in staat is nie, kan met ander lede van die multidissiplinêre span geskakel word.

Granstrom (1985:45) beklemtoon die feit dat die versterking van vroue se godsdienstige behoeftes, betekenis gee en geestelike genesing bring aan vroue met karsinoom van die mammae. Highfield (1992:2) voeg by dat dit self-aanvaarding en hoop bevorder, sowel as verhoudings versterk. Ali en Khalil (1991:239) stem saam dat vroue 'n versterkte geestelike ervaring tydens hul siekte beleef, en dat hulle 'n geleentheid kry om hul skuldgevoelens te verlig en sodoende geestelik kan genees.

Volgens Kesselring et. al. (1986:78) en Northouse (1989:281) aanvaar vroue makliker 'n diagnose van karsinoom as hulle glo dat dit God se wil vir hulle lewe is. Ali en Khalil (1991:237) beaam dit dat vroue glo dat as dit God se wil is, Hy hulle sal genees en gevolglik berus hulle in Sy wil. Hierdie aanvaarding van God se wil maak dit vir vroue makliker om aan te pas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae en borsverlies. Deurdat vroue in staat gestel word om die emosionele impak te verminder, 'n positiewe gesindheid te handhaaf en 'n gevoel van kontrole deur geloof in God te behou, stel dit vroue in staat om aan te pas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae.

#### 4.2.10 Evalueer die vroue se toekomsverwagtinge en verreken dit in ondersteuning

Die meeste vroue glo dat hulle genees is van karsinoom van die mammae na chirurgie en aanvullende behandeling. Die vroue voel dat hul lewe gered is al is dit ten koste van borsverlies. Hulle voel dat hul genees is as al die maligniteit verwyder is. Krause (1987:65) se navorsingsresultate wys dat 76 % vroue met primêre karsinoom van die mammae glo dat hulle sal oorleef. Soveel as 81 % respondente in dieselfde studie was hoopvol oor die toekoms.

Kesselring et. al. (1986:80) stem egter nie saam dat vroue glo hulle is genees nie. Volgens hulle ervaar die meerderheid vroue met karsinoom van die mammae erge onsekerheid ten opsigte van die toekoms. Ray, Grover en Wisniewski (1984:102) beaam dit dat vroue nie met sekerheid weet of hulle genees is nie. Hulle het ook gevind dat vroue hulself nie sien as 'n slagoffer van karsinoom of iemand wie se lewe verkort is nie.

Ali en Kahlil (1991:232) is van mening dat 13 % vroue met karsinoom van die mammae, die onbekende toekoms vrees. Hulle het verder gevind dat 23,4 % respondente met karsinoom van die mammae onseker voel oor behandelingseffektiwiteit. Wong en Bramwell (1992:368) het ook gevind dat 28 % respondente onseker was oor herhaling en dat 12 % getwyfel het oor hul lewensverwagting. Hanson (1994:14) stem saam dat vroue bekommerd is oor die toekoms, oorlewing en die vooruitsig van die dood. Edgar et. al. (1992:817) noem dit siektebekommernis of intrusie. Dit is dus duidelik dat sommige vroue onsekerheid met tye ervaar. Van Wyk (1989:21) beklemtoon dat as vroue se psigologiese aanpassing beraam word, daar spesifiek gekyk moet word na haar toekomsverwagtinge en nie net na haar bewustheid van die karsinoom van die mammae nie.

Veral vroue wat 'n lumpektomie gehad het bly onseker oor die moontlikheid van herhaling. Fallowfield en Hall (1991:394) het bevind dat die vroue bekommerd is of hulle die verkeerde chirurgie gekies het, dat die chirurg nie alles verwyder het nie en dat dit sal herhaal. Hierdie vroue wat 'n lumpektomie gehad het is volgens Hughes (1993:223) asook McEvoy en McCorkle (1990:1416) voortdurend bewus van die moontlikheid van herhaling en dit maak hulle angstig.

Vroue voel angstig oor enige fisieke en psigiese veranderinge wat intree. Hulle hou hul liggame met valkoë dop en raak baie angstig as hulle enige verandering opmerk. Volgens Haberman et. al. (1990:30) kan sommige vroue gepreokkupeerd raak met liggaamlike veranderinge. Wong en

Bramwell (1992:368) het gevind dat 20 % respondente onseker gevoel het oor die betekenis van fisieke simptome. Suominen et. al. (1994:7) meen dat onsekerheid eerder 'n gebrek aan siekteverwante kennis is. Wyatt et. al. (1993:446) stem saam dat kennis omtrent herhaling vroue se vrees vir blootgesteldheid kan verminder. Veral vroue wat 'n lumpektomie gehad het mag daarby baat.

Alle vroue het egter spesifieke inligting nodig omtrent hul siektetoestand en behandeling, om insig te hê in fisieke en psigiese veranderinge wat mag intree. As vroue kennis het oor wat om te verwag, sal hulle veranderinge met minder vrees bejeën en gouer vir mediese behandeling gaan. Vroue het kennis nodig omtrent opvolgbesoeke, sodat fisieke ondersoeke en diagnostiese toetse uitgevoer kan word (Del Turco et. al. 1994:1596). Vroue moet gemotiveer word om verder voorkomend op te tree en om sodoende by te dra om hul toekomsverwagting te verbeter. Volgens Schapira (1993:110) word 70,6 % herhaling van karsinoom deur vroue self opgespoor. Dit is dus koste effektief vir 'n land om vroue genoeg inligting te gee, eerder as om asimptomatiese vroue roetine laboratorium ondersoeke te laat ondergaan. Olsen en Mitchell (1989:477) het gevind dat twee keer meer vroue self borsondersoeke na 'n mastektomie as voor chirurgie uitvoer. Steeds het die helfte respondente wat 'n mastektomie gehad het, nie self borsondersoeke gedoen nie. Del Turco et. al. (1994:1596) beklemtoon dat vroeë opsporing van herhaling van karsinoom en verspreiding die mortaliteit van karsinoom van die mammae verminder. Volgens Nab, Hop, Crommelin, Kluck, Van der Heijden en Coebergh (1994:86) het 35 % vroue met primêre karsinoom van die mammae na 10 jaar, 21 % na 20 jaar en 15 % na 30 jaar oorleef. Vroue wat 19 jaar oorleef het, word as geneesd beskou.

Vroeë opsporing van metastases verminder ook lewensbedreigende komplikasies soos patologiese frakture en paraplegia. Volgens Liberati (1994:1589) het vroue waar herhaling voorgekom het, binne 29,3 en 30,6

dae met simptome van herhaling gepresenteer. Hulle het gevind dat die gemiddelde tyd vir verafgeleë metastases 53 maande was. Kinne (1991:1198) ondersteun hierdie stelling dat metastases of herhaling binne drie tot vyf jaar plaasvind. Soveel as 9,3 % vroue staak opvolgbesoeke binne twee jaar na chirurgie (Liberati 1994:1589). Vroue besef dikwels nie die implikasie wat die staking van opvolgbesoeke en voorkomende optredes vir hul toekomsverwagting inhou nie.

Die bedreiging wat karsinoom steeds vir vroue inhou en die vrees vir die dood kan groot emosionele trauma tydens herhaling veroorsaak. Friedman, Baer, Nelson, Lane, Smith en Dworkin (1988:537) het waargeneem in sy studie dat vroue die grootste emosionele trauma tydens die eerste herhaling van karsinoom van die mammae ervaar. Kesselring et. al. (1986:80) het tot die gevolgtrekking gekom dat vroue tydens herhaling voel dat die dood 'n realiteit in hul lewe is en dat dit nie langer geïgnoreer kan word nie. Die realiteit van die dood kan in sommige vroue se lewens 'n akute krisis veroorsaak.

Vroue se siening oor oorlewing verander met tyd. Volgens Wyatt et. al. (1993:440) kom drie sienswyses van oorlewing voor by vroue met karsinoom van die mammae. Die eerste is akute oorlewing, waar aktiewe behandeling toegepas word om oorlewing te bewerkstellig. Uitgebreide oorlewing is die tydperk wanneer behandeling voltooi is, remissie bereik is asook 'n houding van wag en kyk gehandhaaf word. By permanente oorlewing het daar 'n tydperk verloop na behandeling voltooi is en is dit duidelik dat die karsinoom vernietig is sowel as herhaling uitgeskakel word.

Verskeie navorsers het bevind dat vroue se houding ten opsigte van hul toekomsverwagting 'n invloed kan hê op hul oorlewing. Dean en Hopwood (1989:98) meen dat vroue wat 'n begeerte het om terug te veg teen die kanker en die vroue wat van ontkenning gebruik maak 'n beter

kans het op 'n langer siektevrye oorlewingsydperk. Greer (1991:45) bevestig die stelling met sy bevindinge dat soveel as 45 % vroue wat ontken of teen die kanker veg geen tekens van herhaling na 15 jaar toon nie. Daarteenoor het slegs 17 % vroue wat met 'n fatalistiese of hopelose houding reageer 15 jaar later geen tekens van herhaling getoon nie. In 'n studie deur Dean en Hopwood (1989:98) gedoen is bevind dat vroue wat 'n hopelose, hulpelose, fatalistiese of gelate houding het 'n swakker prognose het. Levy, Herberman, Lippman en d'Angelo (1987:348) skryf dit toe aan die onderdrukking van die vroue se immuunfunksies. Verskeie navorsers stem saam dat die vroue se psigologiese respons op kanker 'n effek op hul prognose het (Burgess et. al. 1988:263; Levy, Herberman, Maluish, Schlien en Lippman 1985:99 sowel as Pettingale, Morris, Greer en Haybittles 1985:750). Alle navorsers stem egter nie saam dat vroue se psigologiese respons hul prognose beïnvloed nie (Barraclough et. al. 1992:1078; Cassileth et. al. 1985:1553; Dean en Surtees 1989:562; Jamison, Burish en Wallston 1987:770; Jensen 1991:206 asook Richardson, Zarnegar, Bisno en Levine 1990:290).

Vroue hoop nie net om te genees nie, maar ook om hul liggaamsbeeld in die toekoms te herstel. Dean (1988:32) het gevind dat die gevoel van skending deur rekonstruktiewe chirurgie verminder kan word. Mock (1993:153) stem saam dat vroue borsrekonstruksie beskou as 'n manier om hul vroulikheid te herstel en hul lewens te normaliseer. Wright (1993:82) waarsku egter dat 'n aantal vroue steeds probleme ervaar met hul liggaamsbeeld.

Nie alle vroue wil van borsrekonstruksie gebruik maak nie. Barrow (1993:26) stem saam dat nie alle vroue wat 'n mastektomie gehad het, rekonstruktiewe borschirurgie kies nie, as gevolg van koste, gesondheid en ouderdom. Dié vroue verkies om 'n prostese te gebruik. Sommige vroue sien nie die nodigheid van nóg 'n operasie nie. Vir ander vroue is dit 'n dringende noodsaaklikheid om hul bors te "herstel". Dean (1988:38)

stem saam dat sommige vroue hul voorkoms en liggaamsbeeld belangriker ag as ander. Daarom moet vroue individueel beraam word ten opsigte van hul siening oor die noodigheid van borsrekonstruksie. Dit is dikwels vroue se persepsie van hul borsverlies, die vroue se lewensstyl en nie ouderdom van die vroue wat die deurslaggewende faktor is nie.

Vroue se kennis oor borsrekonstruksie moet beraam word om te bepaal of hulle nie bykomende inligting nodig het nie. Sommige vroue is van mening dat die kontroversiële subpektorale silikooninplantings die enigste opsie is. Dit is nodig dat vroue kennis dra oor die tipes rekonstruktiewe ingrepe byvoorbeeld tepel en areola rekonstruksie, miokutane flappe asook reduksie mammoplastie vir vroue met 'n groot, oorblywende bors om simmetrie te verkry. Fallowfield en Hall (1991:397) waarsku dat juis vroue wat nie kan aanpas by hul borsverlies nie, 'n groter kans (nege maal) het om seksuele probleme te ontwikkel. Juis daarom is dit belangrik om die keuse van borsrekonstruksie aan alle vroue voor te hou.

#### **4.3 INDIREKTE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES**

##### **4.3.1 Betrek eggenoot in ondersteuning**

As primêre bron van ondersteuning van vroue met karsinoom van die mammae is dit noodsaaklik dat die eggenote betrek word. Verskeie navorsers stem saam dat die eggenoot die vrou se grootste bron van ondersteuning is (Carlsson en Hamrin 1994:418; Feather en Wainstock 1989:299; Hailey et. al. 1988:84; Pistrang en Barker 1995:789 asook Primomo et. al. 1990:153). Navorsers soos Kesselring, Lindsey, Dodd en Lovejoy (1986:161) het gevind dat die eggenote naas die familie die grootste ondersteuningsbron is. Dit is dus duidelik dat die verpleegkundige die eggenoot moet betrek en nie net fokus op die vrou se behoeftes nie, maar ook op haar versorger se behoeftes (Blank et. al. 1989:80; Northouse

1988:91; Northouse en Swain 1987:221 asook Omne-Pontén, Holmberg, Bergström, Sjödén en Burns 1993:1393).

Spesifieke inligting oor die vroue se siektestoestand, hul prognose en beplande behandeling moet deurlopend aan die eggenote deur 'n professionele persoon verskaf word. Dit stel die eggenote in staat om te weet wat om te verwag, om hul eggenote te ondersteun en om aanpassings in hul huishouding te maak. Hailey et. al. (1988:85) stem hiermee saam en het gevind dat 19 % respondente in hul studie gevoel het dat die eggenote hulp en inligting nodig het. Spiegel (1990:1425) maak die belangrike stelling dat dieselfde inligting aan die vrou en haar eggenoot gegee moet word. As vroue gerusstellende inligting ontvang, terwyl hul mans slegte nuus ontvang kan dit 'n wig tussen hulle vermoë om met mekaar te kommunikeer indryf.

Die gee van inligting bevorder ook die eggenote se aanpassing by 'n diagnose en behandeling van karsinoom van die mammae. Northouse (1989:282) sowel as Blank et. al. (1989:80) stem saam dat die verkryging van inligting die eggenote se aanpassing vergemaklik. Die eggenoot moet nie net inligting ontvang rondom sy vrou se diagnose, prognose en beplande behandeling nie, maar hy moet ook weet hoe haar siekte kan verloop. Moontlike normale ervarings en reaksies van die vrou sowel as die familie kan bespreek word. Dit gee die eggenoot 'n geleentheid waartydens hy sy bekommernis kan uitspreek en ondersteuning kan ontvang. Baldwin (1990:386) ondersteun die feit dat die eggenote 'n geleentheid moet kry om hul vrese en bekommernisse te kommunikeer. Northouse (1989:278) verduidelik dat die eggenote veral bekommerd is of die vroue die siekte sal oorleef, is onseker oor die uitgebreidheid van die karsinoom en herhaling. Ander eggenote was bekommerd of die vroue in staat sou wees om hul vorige leefwyse te hervat. Northouse (1989:278) het bevind dat die meeste eggenote onseker was of hul vroue in staat sou wees om die impak van die diagnose te verwerk. Hy het ook gevind dat die eggenote bang was dat die vroue nie genoeg rus nie. Northouse (1989:282) is van mening dat vroue met

mastektomies se bekommernisse met tye verskil van hul eggenote s'n. Hy beklemtoon die belang daarvan om albei te beraam in plaas van om aan te neem dat albei oor dieselfde aspek bekommerd is.

Volgens Northouse (1988:91) is daar sekere tye wat die eggenote meer inligting en begeleiding nodig het om sodoende hul vrouens te kan ondersteun en self te kan aanpas. Northouse (1989:277) het vier kritiese periodes geïdentifiseer:

- Die tydperk rondom chirurgie ervaar die eggenoot dieselfde vrees en onsekerheid as sy vrou. Northouse (1989:283) is van mening dat die eggenoot die dag van die chirurgie as besonder stresvol ervaar. Hy beklemtoon dat die verpleegpersoneel bewus moet wees van die hoë vlak van stres wat die eggenoot ervaar, sodat hy daarin begelei kan word en voldoende inligting kan ontvang.
- 'n Paar dae na die chirurgie as sy vrou na die snit moet kyk en reageer op die volle impak van die chirurgie.
- Wanneer hy die insnydingsarea sien en sy reaksie deur sy vrou geïnterpreteer word.
- Vier weke na chirurgie wanneer die egpaar fisieke intimiteit hervat.

Northouse (1989:280) se navorsing dui daarop dat 98 % van die respondente se eggenote binne die eerste maand na chirurgie die insnyding gesien het. Die meeste eggenote (76 %) het geen probleme ondervind om na die insnyding te kyk nie. Northouse (1989:279) het verder gevind dat 72 % van die respondente se eggenote 'n positiewe reaksie getoon het toe hulle die insnyding die eerste keer gesien het. Sommige vroue het melding gemaak van hul eggenote se sensitiwiteit en sorgsaamheid toe hulle die insnyding gesien het.



Slegs 12 % van die respondente se eggenote in Northouse (1989:279) se studie het gevoel dit was vir hulle moeilik om na die insnyding te kyk. Northouse (1989:279) is van mening dat dié eggenote nie die borsverlies met hul vroue bespreek het nie en het die seksuele belang van borsverlies meer beklemtoon. Soveel as 13 % vroue het steeds bekommerd gevoel oor hul eggenote se huiwering of bekommernis. Daar was 11 % vroue wat onseker was oor hul mans se reaksie, omdat hulle geen opmerking gemaak het toe hulle die insnyding gesien het nie. Slegs 4 % vroue se eggenote het negatief gereageer deur 'n negatiewe opmerking of weiering het om na die insnyding te kyk.

Northouse (1989:279) het gevind dat die meeste eggenote eerder bekommerd was oor hul vrouens se kans om karsinoom van die mammae te oorleef en beskou die verlies van 'n bors as minder belangrik vergeleke met hul vrouens se lewens. Alle eggenote moet egter begelei word om borsverlies te aanvaar, want sy respons speel 'n groot rol in die vroue se uiteindelijke aanvaarding (Rowley 1989:38). Volgens Feather en Wainstock (1989:295) is dit duidelik dat 'n eggenoot se onvermoë om ondersteuning te gee, juis 'n aanduiding kan wees van sy onvermoë om hierdie moeilike emosionele situasie te hanteer. Dit moet nie noodwendig geïnterpreteer word dat die eggenoot nie ondersteuning wil gee nie.

Hailey et. al. (1988:84) het gevind dat 80 % vroue hul eggenoot as primêre bron van ondersteuning gesien het, omdat hul sensitief en versorgend opgetree het. Slegs 5 % vroue het gevoel dat hul eggenote onsensitief was. Die eggenote is nie net die primêre bron van psigiese ondersteuning vir die meeste vroue nie, maar hulle moet dikwels rolaanpassings maak in die uitvoer van huishoudelike take. Alhoewel eggenote deesdae 'n openheid rondom rolfunksies het, bly die vrou steeds grootliks verantwoordelik vir die instandhouding van die huishouding asook deelname aan sosiale aktiwiteite rondom familie, vriende en die gemeenskap (Tulman en Fawcett 1990:95 asook Northouse en Swain 1987:225). Navorsers soos Tulman en Fawcett

(1990:96) het gevind dat vroue wat voor die diagnose grootliks verantwoordelik was vir die uitvoer van huishoudelike take, al help die familie haar, dit weer sal hervat na herstel. Northouse en Swain (1987:222) meen dat alhoewel die eggenote vele rolaanpassings moet maak, die vroue met karsinoom van die mammae baie meer rolaanpassings moet maak ten opsigte van huishoudelike-, sosiale- en ontspanningsrolle.

Tulman en Fawcett (1990:96) benadruk dit dat die ernstigheid van die siekte en die tipe behandeling, vroue se funksionele status beïnvloed. Silberfarb, Maurer en Crouthamel (1980:452) het gevind dat een derde van hul respondente wat radioterapie ontvang het, wel hulp nodig gehad het ten opsigte van huishoudelike verantwoordelikhede soos kook, stryk, skoonmaak en inkopies doen. Schott-Baer (1993:235) het gevind dat eggenote vroue met karsinoom van die mammae bystaan deur maaltye te voorsien, persoonlike sorg te gee en finansiële bystand en vervoer te verskaf. Kaye en Applegate (1990:87) voel dat die eggenoot die versorging van die vrou emosioneel bevredigend vind.

Tulman en Fawcett (1990:96) meen dat ongetroude vroue meer ondersteuning ten opsigte van die uitvoer van pligte van vriende en familie ontvang as getroude vroue. Kesseling et. al. (1986:85) sowel as Schag, Ganz, Polinsky, Fred, Hirji en Petersen (1993:783) stem saam dat vroue wat swak verhoudinge, veral met hul eggenote het, geïdentifiseer moet word, want hulle het 'n spesiale behoefte ten opsigte van ondersteuning.

#### 4.3.2 **Betrek ander spanlede in ondersteuning**

Vroue verkry gerusstelling deur die wyse waarop hulle deur die gesondheidspan hanteer word. Kundigheid, vaardigheid en sigbare koestering versterk vroue se vertroue in die gesondheidspan. Vroue voel veilig asook menswaardig en dit bevorder hul aanpassing. Mclean (1986:30)

bevestig dat vroue soos 'n mens hanteer wil word en hoop wil ontvang, al is hulle prognose swak.

Kesselring et. al. (1986:82) bevestig dat hul respondente gevoel het dat vertrouwe en geloof in die geneesheer asook 'n positiewe verhouding met hom, hul aanpassing bevorder het. Hulle voeg by dat dialoog en samewerking ook baie belangrik is. Roberts, Cox, Reintgen, Baile en Gibertini (1994:336) meen dat vroue se aanpassing bevorder word deur koesterende geneesheer-pasiëntverhouding, uitspreek van empatie, om genoeg tyd aan vroue te gee om die diagnose te absorbeer, gee van inligting en deelname in behandelingsopsies. Hailey et. al. (1988:81) asook Neuling en Winefield (1988:385) stem saam dat vroue ondersteuning ervaar as daar sorgsaam met hulle gekommunikeer word. Omne-Pontén et. al. (1994:1778) meen dat negatiewe ervaring tydens diagnosering aanpassing benadeel.

Del Turco et. al. (1994:1593) stel dit duidelik dat vroue veral gerusstellende kommunikasie tydens opvolgbesoeke nodig het, veral in die vorm van inligting omtrent hul siektetoestand en rehabilitasie. Vroue het gerusstelling nodig omtrent die uitslag van diagnostiese toetse en inligting omtrent behandeling, byvoorbeeld die effek van hormoonterapie. Redd, Jacobsen en Andrykowski (1989:272) stem saam dat vroue deurlopende gerusstelling nodig het tydens aanvullende behandeling, sodat hulle in staat gestel kan word om die behandeling se nuwe-effekte beter te hanteer.

Die bevestiging van 'n abnormaliteit kan ook vir vroue gerusstellend wees, indien hulle dan weet wat hulle makeer. Dit kan alleen gebeur as die vrou verstaan wat aan hulle gesê word. Soms word mediese terme gebruik, eufemismes wat die ernstigheid van die siektetoestand versag en 'n tweesydige boodskap gee. Gordon (1990:279) het gevind dat vroue soms die volgende tweesydige inligting ontvang, naamlik, dat sy so gou moontlik die operasie moet ondergaan, maar terselfdertyd hoef sy haar nie te bekommer nie. Gordon (1990:279) het gevind dat die helfte van sy

respondente ingelig is dat hulle 'n tumor het. Hy is van mening dat minder as 25 % respondente ingelig is dat die tumor wel maligne is. Mosconi, Meyerowitz, Liberati en Liberati (1991:273) het egter bevind dat 47 % respondente met karsinoom van die mammae ingelig is dat hulle kanker het. Gordon (1990:279) het verder gerapporteer dat dié vroue wat wel inligting ontvang het omtrent die diagnose van karsinoom meegedeel is dat hulle 'n knop het wat verwyder moet word. Ander vroue is ingelig dat hulle abnormale selle of 'n tumor gehad het, maar dat dit " 'n goeie een" was. Vroue verstaan nie altyd wat bedoel word met die terme nie. Cawley et. al. (1990:92) het gevind dat 26 % respondente nie tevrede was met die pre-operatiewe inligting wat hulle ontvang het nie. Hierdie stelling word bevestig deur 58 % van Magarey (1988:240) se respondente wat gevoel het dat hulle onvolledig ingelig is.

Die vroue moet nie net in duidelik verstaanbare terme ingelig word wat die diagnose beteken nie, maar ook moet die implikasies van die chirurgie en behandeling duidelik verduidelik word sodat die vroue kan weet wat om te verwag. Van die respondente in Cawley et. al. (1990:42) se studie het nie besef dat hulle limfkliere ook verwyder moes word nie en hulle meen dat die nodigheid van radioterapie postoperatief nooit genoem is nie. Nielsen en East (1990:372) stem saam dat vroue goed moet verstaan dat die behandeling nie net uit chirurgie bestaan nie. Dit beteken dat die terme wat gebruik word die korrekte boodskap moet oordra. Gordon (1990:279) sowel as Valanis en Rumpler (1985:167) stem saam dat vroue 'n behoefte het aan inligting wat in verstaanbare terme verduidelik word. Die gee van inligting in verstaanbare terme, sowel as die bespreking van die inligting sê aan vroue dat spanlede omgee.

In Hailey et. al. (1988:81) se navorsing het 43 % respondente gemeen dat die geneesheer ondersteunend was, omdat hy hulle vrae beantwoord het. Cotton, Locker, Jackson, Blamey en Morgan (1991:115) asook Faulder (1991:80) stem saam dat vroue die behoefte het om oor inligting te praat.

Faktore wat bydra dat vroue weer oor die inligting wil praat, is die feit dat sy slegte nuus ontvang het, verwarrende terminologie gehoor het asook die afwesigheid van 'n familielid om die inligting te kon bevestig. Cimprich (1991:205) sowel as Haberman et. al. (1990:25) voeg by dat vroue neig om 'n korter aandagspan te hê as hulle moedeloos is. Vroue is dus nie daartoe in staat om al die nuwe inligting oor hul diagnose, prognose en behandelingsaspekte in te neem nie. Brady (1987:780) verduidelik dat dit nie net die vroue is wat nie hoor wat die geneesheer sê nie, maar ook die geneesheer wat nie altyd genoeg aandag aan die vroue gee nie.

Cimprich (1991:205) bepleit dat verpleegkundiges die vroue se begrip van die diagnose en beplande behandeling moet beraam. Die verpleegkundige moet aanvullende inligting verskaf en as voorspraak optree deur die geneesheer in te lig dat die vroue nie hul diagnose, behandeling of die implikasies verstaan nie. Die verpleegkundige moet volgens Lerman, Daly, Walsh, Resch, Seay, Barsevick, Birenbaum, Heggan en Martin (1993:2612) die vroue se angs verminder en hanteringsmeganismes positief versterk om sodoende kommunikasie te bevorder. Die verpleegkundige moet toesien dat die vroue nie net die nodige inligting ontvang nie, maar ook die geleentheid kry om hul diagnose te bespreek en die nodige begeleiding ontvang.

Northouse (1989:279) meen verder dat vroue 'n behoefte het om hul diagnose te bespreek, omdat gebeure rondom die ontdekking van die knop en die chirurgie so vinnig gebeur dat hulle nie 'n kans kry om dit wat met hulle gebeur, te verwerk nie. McLean (1986:30) sowel as Ward, Heidrich en Wolberg (1989:344) vestig die aandag ook op 'n ander aspek, naamlik dat vroue tyd nodig het om 'n behandelingskeuse te maak. Cimprich (1991:264); Ashcroft, Leinster en Slade (1985:45) asook Stein en Zera (1991:946) stem saam dat die feit dat vroue 'n keuse moet uitoefen ten opsigte van behandelingsopsies aanleiding kan gee tot konflik en angs. Volgens Pierce (1993:22) ontwikkel die vroue 'n besluitnemingskonflik. Vroue het dus tyd nodig om kennis in te samel om hierdie gevoelens te verminder.

Mackillop, Stewart, Ginsburg en Stewart (1988:356) stel dit dat vroue nie oor voldoende siekteverbandhoudende kennis beskik om deel te neem in die besluitneming van behandelingskeuses nie. Glenn en Moore (1990:364) het bepaal dat soveel as 'n derde respondente nie kennis dra dat 'n lumpektomie 'n behandelingsopsie is nie. Knobf (1990:1393) sowel as Morris (1993:1801) som op deur te sê dat die keuse wat die vroue uitoefen, beïnvloed word deur die hoeveelheid akkurate inligting wat hulle ontvang het, tyd, behandelingsopsies en die ondersteuning wat hulle van verpleegkundiges sowel as geneeshere ontvang het.

Cimprich (1991:264) en Northouse (1989:283) stem saam dat vroue minimale begeleiding van gesondheidspersoneel ontvang om 'n keuse uit te oefen. Morris en Ingham (1988:1261) stel dit duidelik dat vroue pre- en postoperatiewe begeleiding moet ontvang as hulle behandelingsopsies uitoefen. 'n Belangrike deel van die begeleiding sluit in dat vroue 'n geleentheid moet kry om hul keuse te bespreek. Faulder (1991:78) en Magarey (1988:241) rapporteer dat geneeshere toenemend die belang van die bespreking van behandelingsopsies insien.

Morris en Royle (1988:585) asook Fallowfield en Hall (1991:394) ondersteun die stelling dat vroue binne twee maande minder angstig en depressief voel as hulle 'n keuse kon uitoefen oor die tipe chirurgiese prosedure. Daarteenoor het Leinster, Ashcroft en Slade (1989:182) gevind dat daar geen verskil bestaan tussen vroue wat 'n keuse gehad het en die vroue wat nie 'n keuse gehad het ten opsigte van die tipe chirurgie nie.

Nie alle vroue verkies borsbesparende chirurgie nie (Stein en Zera 1991:949). Volgens Pozo et. al. (1992:1292) voel sommige vroue dat die verwydering van die hele bors hulle beskerm teen herhaling. Verder wil nie alle vroue self die besluit neem ten opsigte van die tipe chirurgie nie. Maguire (1990:88) het gevind dat ten minste 'n derde van die respondente wou hê die chirurg moes vir hulle besluit. Suominen et. al. (1994:7) lig veral

die jonger, enkel en hooggeskoolde vroue uit as die vroue wat wel aktief betrokke wil wees in die besluitneming. Suominen (1993:64) asook Mosconi et. al. (1991:273) meen dat geneeshere vroue se inligtingsbehoefte onderskat en hul behoefte om deel te neem in besluitneming oorskat.

Houts, Yasko, Kahn, Scheilzel en Marconi (1986:2357) is van mening dat vroue nie altyd weet waarheen om met komplikasies of probleme te gaan nie. Die vroue word in 'n multidissiplinêre spanverband hanteer en as hulle komplikasies ontwikkel is hulle onseker of hulle na die radioterapeut, chirurg of huisdokter moet gaan. Watson (1990:11) meen dat die gesondheidspersoneel 'n verantwoordelikheid het om opvolgaktiwiteite te inisieer. Nie alleen moet die vroue se fisieke status geëvalueer word nie, maar ook hul psigiese status, hantering en aanpassing by die diagnose van karsinoom, borsverlies sowel as aanvullende behandeling.

#### 4.3.3 Betrek 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep

Die band van 'n gemeenskaplike ondervinding bind die vroue, selfs al is hulle vreemdelinge vir mekaar. Deel van die ervaring van borsverlies en karsinoom, bespreking van probleme, hoe om daarby aan te pas en ondersteuning is die primêre funksie van die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep. 'n Sigbare getuie van aanpassing en 'n rolmodel verminder die impak van die diagnose. Volgens Wyatt et. al. (1993:446) se respondente, bring 'n leke ondersteuningsbron 'n boodskap van hoop vir nuut gediagnoseerde vroue met karsinoom van die mammae.

Ali en Khalil (1991:237) het gevind dat respondente in hul steekproef die impak van die diagnose hanteer het deur met ander vroue wat dieselfde siekte het, te praat. Cunningham en Tocco (1989:101) asook McLean (1986:30) stem saam dat die vroue gerusstelling ervaar deur hulle vrese en probleme met 'n medelyer te bespreek. Northouse (1989:281) is van mening dat die leke ondersteuningsgroep ook baie empaties is teenoor die vroue.

Die vroue voel minder alleen. Northouse (1989:281); Stein en Zera (1991:948) asook Wyatt et. al. (1993:446) stem saam dat die vroue minder alleen en geïsoleerd voel, wat hulle help om die impak van die diagnose te hanteer. Die bespreking van die vroue se probleme en die ondersteuning wat hulle ervaar dra daartoe by dat die vroue die impak van die diagnose kan hanteer. Feather en Wainstock (1989:294) is van mening dat vroue met karsinoom van die mammae wat inskakel by 'n georganiseerde ondersteuningsgroep, 'n positiewe selfkonsep het en 'n gevoel van kontrole oor hul gesondheid behou. Dit dra daartoe by dat vroue wat karsinoom van die mammae het en ondersteuning van 'n leke ondersteuningsgroep ontvang, se angs en depressie verminder (Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer en Schwartz 1986:183 asook Spiegel 1989:1424).

Sommige vroue pas by die impak van die diagnose aan deur hulself met ander vroue wat herstel het, te vergelyk en motivering daaruit te kry dat hulle dit ook sal kan hanteer (Krause 1991:241 en Maguire 1990:89). As 'n vrou egter nie spesifieke inligting ontvang omtrent haar diagnose, prognose en beplande behandeling nie, gebruik sy slegs die tipe behandeling as 'n prognostiese faktor en dit kan onsekerhede laat ontstaan (Omne-Pontén et. al. 1992:1067). Solank vroue nie voldoende inligting van professionele persone ontvang nie, moet hulle algemene inligting van leke ondersteuningsgroepe kry en word die primêre doel van die groep - 'n gemeenskaplike ondervinding - nou sekondêr. Feather en Wainstock (1989:295); Rinehart (1994:372) sowel as Willits (1994:2172) is egter van mening dat vroue die leke ondersteuningsgroep as 'n positiewe bron van inligting en ondersteuning beskou, ongeag van die inligting en ondersteuning wat hulle van ander bronne ontvang het. Voorts sê Ali en Khalil (1991:237) dat soveel as 96,8 % vroue wat 'n mastektomie gehad het, inligting van 'n leke ondersteuningsgroep verkry het nadat nuwe simptome na vore getree het. Holmes (1987:2021) en Northouse (1989:281) stem saam dat vroue ander vroue wat borschirurgie gehad het, as 'n bron van inligting en ondersteuning beskou. Maguire (1990:89) is egter van mening dat slegs een



uit tien vroue van die diens gebruik maak. Inteenstelling daarmee is die leke ondersteuningsgroep vir sommige vroue in Suid-Afrika 'n primêre bron van inligting ten opsigte van aspekte soos prostese, hantering van alopesie, die siekteverloop, aanpassing en selfs ook aspekte soos aanvullende behandeling en hantering van komplikasies.

Nie alle vroue baat egter by die leke ondersteuningsgroep nie (Maree 1988:123). Die leke werkers gee inligting primêr vanuit hul eie ervaringsveld. Omdat die vroue van die mammae ondersteuningsgroep nie kundigheid het ten opsigte van hierdie komplekse, dinamiese en kontroversiële behandelingsopsies en die siektetoestand nie, kan hulle nie spesifieke inligting gee met inagneming van die vroue se histologie en stadiumbepaling nie. Vroue wat inligting oor nuwer tipe behandelings-opsies wil hê, kry ook nie altyd voldoende inligting nie. Cawley et. al. (1990:94) stel dit dat vroue wat 'n lumpektomie gehad het, dieselfde behoeftes het as vroue wat 'n mastektomie gehad het. Hulle is verder van mening dat die diens ook aan vroue wat 'n lumpektomie gehad het, beskikbaar gestel word. Persoonlikheidsverskille en hanteringswyses van vroue verskil en dit kan veroorsaak dat sommige vroue nie aanklank vind by mekaar om die nodige ondersteuning te ontvang nie. Maguire (1990:89) merk op dat probleme kan ontstaan as vroue hul ondervinding op ander wil afdwing. Daarom stel hy 'n voorwaarde aan hierdie tipe ondersteuning, naamlik dat vroue van die ondersteuningsgroep baie goed gekeur en opgelei moet word.

Die ondersteuning wat die mammae ondersteuningsgroep aan vroue na borschirurgie bied ten opsigte van die siekte-ervaring, hantering en aanpassing van mammaekarsinoom kan egter nie deur die gemiddelde professionele persoon gelewer word nie. Hierdie aspek het onskatbare waarde vir vroue. Dit moet egter aanvullend wees tot die spesifieke inligting wat die vroue omtrent hul siektetoestand en behandeling van professionele persone ontvang het (Suominen 1992:71).

#### 4.3.4 Betrek predikant in haar ondersteuning

Die predikant is vir vroue wat godsdiens deel van haar leefwyse maak, 'n belangrike ondersteuningsbron. Volgens Primomo et. al. (1990:157) is daar vroue wat eerder die predikant as primêre ondersteuningsbron verkies as familieledes. Die predikant, as dienaar van God, se teenwoordigheid is ondersteunend vir die meeste Suid-Afrikaanse vroue. Kesselring et. al. (1986:159) het egter gevind dat die meeste Switserse vroue die predikant se bydrae tot hul ondersteuning as gering beskou.

Die predikant vertroos en versterk vroue met voorbidding en Skriflesing. Die predikant kan sakramente aan die vroue bedien en hul vrees verlig deur Skriflesing en gebed (Feather en Wainstock 1989:299 asook Mays 1981:53). Die predikant kan die Skrif verduidelik en bespreek binne die vroue se godsdienstige affiniteite om betekenis aan haar siekte te gee. Die vroue het dus 'n behoefte daaraan dat die predikant hulle help om betekenis te vind in hul siekte. Speck (1992:22) stem saam dat vroue nie net godsdienstige behoeftes het nie, maar ook geestelike behoeftes. Die vroue se godsdienstige behoeftes sentreer rondom die uitleef van 'n geloof, terwyl hul geestelike behoeftes rondom die betekenis van 'n mens se bestaan draai. Mays (1981:51) is van mening dat alle vroue 'n geestelike behoefte het, ongeag die godsdienstige groep waaraan hulle behoort. As deel van omvattende verpleegsorg, is dit ook die verpleegkundige se plig om te beraam of daar in die vroue se geestelike behoeftes voorsien is. Mays (1981:53) stel dit dat daar vir die vroue se gees, net soos vir haar liggaam gesorg moet word. Highfield en Cason (1983:192) en Vastyan (1986:114) meen verder dat as verpleegkundiges nie in staat is om in die vroue se geestelike behoeftes te voorsien nie, moet hulle die vroue na 'n predikant verwys.

#### 4.3.5 Betrek religieuse ondersteuningsbron

Die gemeente is 'n bron van ondersteuning vir baie vroue met karsinoom van die mammae. Die betrokkenheid van die gemeente in die vroue se siekte en versorging wys vir die vroue dat hulle belangstel en omgee. Dit laat die vroue menswaardig en aanvaar voel (Granstrom 1985:45).

Die gemeente dra by tot die vorming van die vroue se persepsie oor hul liggaamsbeeld (Kesselring et. al. 1986:78). Die wyse waarop die gemeente teenoor haar siekte en borsverlies reageer, dra by tot haar aanpassing. Die blootstelling van die vroue aan professionele persone en persone buite haar familie dra by tot haar aanpassing wanneer sy haar vorige leefwyse hervat.

Die gemeente se betrokkenheid sowel as die versterking wat die vroue ervaar as gevolg van voorbidding en boodskappe van vertroosting, bevorder die vroue se aanpassing (Highfield 1992:2 asook Starck en McGovern 1992:84). Hulle voel dat hulle in staat gestel word om hul siekte te hanteer en dat hulle nie alleen is nie (Ali en Khalil 1991:237; Northouse 1989:281 asook Primomo et. al. 1990:153).

#### 4.3.6 Verreken haar verantwoordelikheid en betrokkenheid by haar kinders asook positiewe ervarings

Naas die vrouens se eggenote is hul kinders 'n belangrike ondersteuningsbron. Die kinders se teenwoordigheid is ondersteunend, maar hulle tree ook ondersteunend op. Ali en Khalil (1991:237) het bevind dat 75 % respondente met karsinoom van die mammae in hul steekproef, hul kinders sowel as eggenote ondersteunend beskou het. Roberts et. al. (1989:264) het gevind dat 40 % respondente hul eggenoot as die primêre ondersteuningsbron benoem, terwyl 32 % vroue hul kinders beskou as ondersteunend. Hailey et. al. (1988:78) stel dit dat vroue goed aanpas, omdat hulle baie ondersteuning van onder andere hul kinders ontvang.

Die feit dat die vroue openlik met die kinders oor hul siekte praat, het 'n genesende effek vir albei. Die vroue is tegelyke tyd emosioneel sowel as rasioneel en dit maak dit vir die meeste vroue moeilik. Gordon (1990:282) bevestig dat dit vir meeste vroue 'n moeilike stap is om hul kinders in te lig oor hul siektetoestand en behandeling. Die ventilering van emosies verlig egter albei se spanning en die deel in die situasie bring 'n nabyheid. Albei pas makliker aan as hulle mekaar ondersteun. Die kinders voel minder geïsoleerd en verwerp. Friedman (1980:108) beklemtoon die belangrikheid daarvan om die kinders te betrek. Hy is van mening dat kinders fantasië ontwikkel as hulle nie verstaan wat aangaan nie en hul spanning word dus nie verlig nie.

Volgens Hanson (1994:15); Northouse (1989:282) asook Primomo et. al. (1990:158) is die meeste vroue bekommerd en selfs depressief oor die kleiner kindertjies (<12 jaar) se vermoë om aan te pas. Jonger kinders is meer aangewese op hul ouers se ondersteuning. Die meeste ouer kinders het die verbale vermoë om met ander persone te kommunikeer oor hul onsekerhede. Lewis, Hammond en Woods (1993:351) het gevind dat kinders beter aanpas as die vader met hulle kommunikeer. Siekte is binne die ouer kinders se verwysingsraamwerk en daarom het hul meer begrip van die situasie en fantaseer dus minder. Ouer kinders is ook in staat om te help met rolverskuiwings en dit stel hulle in staat om 'n bydrae te lewer wat hulle minder hulpeloos laat voel. Die kinders pas makliker aan omdat hulle betrokke voel.

Vroue voel met tye onseker oor hul genesing. Hierdie onsekerheid of die karsinoom gerespondeer het op behandeling, maak dat die vroue veral bekommerd voel oor hul kinders se toekoms (Pozo et. al. 1992:1292).

#### 4.3.7 Betrek familie en vriende in die vroue se ondersteuning

Die familieledede ervaar dieselfde emosies as die vroue met karsinoom van die mammae, soos onsekerheid, angs, skuldgevoelens, aggressie en hulpeloosheid. Lewandowski en Jones (1988:314) se bevindinge bevestig dat die familie aanvanklik geskok is en spanning ervaar. Verskeie navorsers is dit eens dat dit vir die familie net so stresvol is as vir die lid wat karsinoom van die mammae het (Aaronson et. al. 1988:135; Lewandowski en Jones 1988:313; Northouse en Swain 1987:222 asook Oberst en James 1985:47). Vir sommige families kan dit 'n krisis inhou volgens Friedman (1980:108) asook Hough, Lewis en Woods (1991:568). In reaksie op die emosionele respons na 'n diagnose van karsinoom van die mammae kan die familie onttrek, angstig raak, geaggiteerd voel en selfs van ontkenning gebruik maak. Ell et. al. (1988:429) se navorsingsbevindinge dui daarop dat familieledede van vroue met karsinoom van die mammae, tot een jaar na die inisiële diagnosering spanning kan ervaar. As familieledede en vriende betrek word in die vroue se ondersteuning moet hulle inligting van professionele persone ontvang aangaande die vroue se toestand en dit kan die familieledede se eie onsekerheid en angs verminder. Wingate en Lackey (1989:224) lig veral inligting omtrent tuissorg uit wat hulle in staat stel om die vroue te versorg. Die familieledede leer ook hoe om die vroue te hanteer en hoe om hul aanpassing te bevorder. Blank et. al. (1989:80) het bevind dat die familie se grootste behoefte was om ingelig te bly omtrent die vroue se toestand en om verseker te wees dat hulle gemaklik is.

Die ondersteuning wat die familie aan vroue bied is 'n meganisme om hul eie emosies te verwerk. Dit skep 'n geleentheid vir die familie om hul betrokkenheid te wys. Lewandowski en Jones (1988:313) meen dat die familie nie net passiewe observeerders moet wees nie, maar dat hulle aktiewe deelnemers in die vroue se sorg moet wees.

Deur ondersteuning aan die vroue te gee, kry die familie 'n geleentheid om hul eie emosionele reaksie te verwerk en inligting te verkry wat hulle in staat sal stel om die siekte kognitief te hanteer. Volgens Lewandowski en Jones (1988:314) verkry die familie en vriende sodoende kontrole oor die situasie. Die familie se aanvanklike reaksie dra ook by tot die vroue se emosionele respons op karsinoom van die mammae (Lewandowski en Jones 1988:314).

Selfs die familie se beskikbaarheid kan die vroue se persepsie van die ernstigheid van die diagnose beïnvloed (Holmes 1987:2022). Die vroue kan onsekerheid of aanvaarding ervaar. Holmes (1987:2024) is van mening dat die familie aangemoedig moet word om tyd bymekaar deur te bring, want dit kan die vroue se vrees vir verwerping verminder. Carlsson en Hamrin (1994:418); Cassileth et. al. (1985:1551); Fredette (1995:35); Lewandowski en Jones (1988:313) asook Waxler-Morrison, Hislop, Mears en Kan (1991:171) voeg hierby dat 'n ondersteunende familie ook vroue se aanpassing by 'n diagnose van karsinoom van die mammae bevorder. Volgens Kesselring et. al. (1986:160) is die familie 'n groter ondersteuningsbron (54,8 %) as die eggenote (21 %). Feather en Wainstock (1989:299) stem saam dat die familie 'n belangrike ondersteuningsbron is, maar hulle is van mening dat die familie nie noodwendig emosionele steun verskaf nie. Friedman et. al. (1988:529) het gevind dat dit juis die familie se samehorigheid, ope uitdrukking van emosies en die feit dat konflik afwesig is, wat die aanpassing van vroue bevorder. Spiegel (1990:1425) gaan verder deur te sê dat vroue wat in families is waar daar oop kommunikasie is, en wat in staat is om oor hul probleme te praat, minder angstig en moedeloos is. Wyatt et. al. (1993:441) skryf dit toe aan die feit dat sosiale ondersteuning 'n psigologiese buffer kan wees.

Krause (1987:65) het gevind dat die meeste respondente (93 %) in staat is om met hul familie te kommunikeer oor hul siekte. Hilton (1994:366) asook Zemore en Shepel (1989:25) het gevind dat vroue wat in staat is om met familie te kommunikeer beter aanpas. Spiegel (1990:1425) waarsku dat

sommige familieledede nie weet hoe om met vroue met karsinoom van die mammae te praat nie. As die familieledede dit dan vermy om daaroor te praat, kan dit verhoudings verder strem en lei tot 'n gevoel van isolasie (Lyll 1988:29). Navorsers soos Friedman (1980:107) is egter van mening dat sommige families die gewoonte het om nie werklik te kommunikeer en te deel nie. Alhoewel dit belangrik is om sulke gewoontes te respekteer, moet families ingelig word omtrent die voordeel om te deel in die belewenis van die situasie. Volgens Haberman et. al. (1990:27) hanteer familieledede karsinoom deur gesamentlike sowel as individuele sienings van die karsinoom-belewenis.

Sommige families is van mening dat hulle die vroue wil beskerm deur nie werklik oor die situasie te praat nie. Friedman (1980:107) waarsku dat vroue kan vermoed wat die situasie is en dit beroof hulle van belangrike ondersteuning. Hough, Lewis en Woods (1991:568); Kesselring et. al. (1986:77) sowel as Zemore en Shepel (1989:25) stem saam dat vroue voel dat hul siekte hul verhoudinge en familiebande versterk het. 'n Groter eenheidsgevoel word geskep en familieledede wys dat hulle omgee vir mekaar. Krause (1987:65) en Spiegel (1990:1425) hou so meen dat verhoudings nie beïnvloed word deur karsinoom van die mammae nie.

Kesselring et. al. (1986:84) het egter bevind dat baie vroue bewus is dat hul siekte wel veranderinge in die familie ten opsigte van rolle, werkslading en tydskedules veroorsaak. Lewandowski en Jones (1988:314) stel dat die familie rolle moet herorganiseer. Rolveranderinge in die versorging van siek kinders, inkopies en die skoonmaak van die huis kom voor. 'n Bykomende probleem met betrekking tot tyd ontstaan as gevolg van die herverdeling van pligte. Die familie ondervind 'n probleem om hul tyd tussen die siek persoon en ander lede te herverdeel. Juis daarom moet die familie toegelaat word om, binne perke van die saalopset, ope besoektye te hê. Lewandowski en Jones (1988:313) voeg by dat die familie se behoeftes wissel tussen die verskillende fases van die siekte.

Krause (1987:66) asook Kesselring et. al. (1986:156) meen dat verpleegkundiges vroue moet identifiseer wat nie goeie sosiale ondersteuning ontvang nie. Burgess et. al. (1988:263) het gevind dat vroue met 'n langer oorlewings tyd goeie persoonlike verhoudings het, minder psigologies stres ervaar, minder gekla het en beter siekteverbandhoudende probleme hanteer het.

#### 4.3.8 Betrek werkgewer

Die werkgewer moet dit vir vroue met karsinoom van die mammae moontlik maak om aan te pas by 'n diagnose van karsinoom. Die meeste vroue keer terug werk toe sodra hulle fisiek aangepas het en die aanvanklike impak van die diagnose asook behandeling verwerk het. Die vroue het kans nodig om aan te pas by die dra van 'n protese. Probleme soos moegheid, velreaksies en die afname in beweeglikheid van die arm aan die aangetaste kant moet eers oorkom word, voordat vroue kan terugkeer werk toe. Vinokur et. al. (1990:1246) het gevind dat vroue na borschirurgie vier tot tien maande neem om fisiek te herstel. Dean (1988:36) asook Tulman en Fawcett (1990:96) bevestig dat meer as die helfte van hul respondente binne vier maande teruggekeer het werk toe. Edgar et. al. (1992:825) asook Friedman (1980:107) stem saam dat vroue wat terugkeer werk toe, reeds fisiek aangepas het.

Die meeste vroue keer terug werk toe. Suominen (1992:68) het gevind dat die meeste vroue met karsinoom van die mammae terugkeer werk toe. Fredette (1995:35) en Friedman (1980:107) verduidelik dat dit vir die vroue belangrik is om te werk, want dit laat hulle voel dat hulle steeds deel van die lewe is. Van Wyk (1989:88) stem saam dat 'n verandering in die vroue se beroep of gedwonge beëindiging van haar werk, die vroue se sosiale sekuriteit sowel as haar siening van haarself as 'n produktiewe lid van die gemeenskap beïnvloed.



Feather en Wainstock (1989:294) is van mening dat werkende vroue beter aangepas is omdat hulle 'n positiewe selfkonsep en 'n gevoel van mag het. Volgens Penman et. al. (1987:124) is 'n beduidende veranderlike lokus van kontrole. Friedman (1980:107) stem saam dat werkende vroue nie probleme met 'n lae selfbeeld, 'n lae moraal, angs, depressie en 'n bedreigde gevoel het nie. Daarteenoor het Omne-Pontén et. al. (1992:1066) juis gevind dat vroue wat buitenshuis werk, vier maande na chirurgie, angs en aanpassingsprobleme ondervind. Hulle het verder in hul navorsing gevind dat hul respondente teen dertien maande tekens van depressie toon. Omne-Pontén et. al. (1992:1066) verklaar dat die aanvullende behandeling 'n beperking op die vroue se sosiale netwerk plaas. Dit is egter ook duidelik dat die tipe werk en 'n werkgewer wat nie ondersteunend optree nie, wel verdere stres op die vroue kan plaas. Haberman et. al. (1990:30) sowel as Tulman en Fawcett (1990:95) beklemtoon dat die veelvuldige rolle wat die vrou moet vervul naamlik eggenote, ouer, tuisteskepper, gemeenskaplid en werker: 'n verdere verklaring is waarom sommige vroue wel 'n afname in hul funksionele status kan ervaar wat tot aanpassingsprobleme aanleiding kan gee. Holmberg et. al. (1989:969) sowel as Olweny (1993:430) stem saam dat die impak van die diagnose van karsinoom van die mammae en die behandeling daarvan op die vroue se fisieke en psigiese funksionering, kan uitkring na haar werkomgewing.

Die feit dat vroue terugkeer werk toe is 'n aanduiding dat hulle die aanvanklike impak van die diagnose en behandeling verwerk het en dat hulle nou gereed is om hul vorige leefwyse te hervat. Tulman en Fawcette (1990:97) is egter van mening dat 'n hoë moraal en lae angsvlakke dit nie noodwendig vir vroue moontlik maak om terug te keer werk toe nie. Die feit dat vroue terugkeer werk toe bevorder verdere psigiese aanpassing (Clark en Landis 1989:188 asook Mellette 1987:362). Nadat die vroue die aanvanklike impak van die diagnose en behandeling verwerk het, kan dit hulle goed doen om hul gedagtes af te lei van hul toestand om te besef dat die lewe aangaan. Krause (1991:245) het gevind dat indien vroue aanhou werk het, dit hulle

gehelp het om te vergeet van die karsinoom. Verder kan die vroue se selfbeeld herstel word as hulle beseft dat hulle steeds in staat is om hul werk te verrig soos voorheen. Die wyse waarop kollegas en die werkgewer teenoor die vroue reageer, beïnvloed haar persepsie van haarself. Indien vroue hanteer word soos voorheen, voel hulle normaal. Vroue voel dat hulle aanvaar word en steeds 'n bydrae kan lewer. Dus moet die werkgewer en kollegas, met die vroue se toestemming, taktvol ingelig word hoe om haar te ondersteun.

Volgens Waxler-Morrison et. al. (1991:181) is kollegas 'n bron van inligting vir vroue. Die werkgewer kan ook die vroue se aanpassing bevorder indien hy insig het oor hoe haar fisieke funksionering beïnvloed is. Vroue het tyd nodig om aan te pas. Dean (1987:386) het gevind dat 93 % respondente 12 maande na borschirurgie terug was by die werk, maar dat 16 % vroue minder ure gewerk het. As vroue steeds probleme het met moegheid, moet hulle toegelaat word om binne hulle vermoë te funksioneer. Verder moet die werkgewer die vroue se gesondheid bevorder deur dit vir haar moontlik te maak om opvolgbesoeke na te kom. Brailey (1986:225) stem saam dat die werkgewer betrokke kan wees in die aanmoediging van voorkomende optredes. Fallowfield et. al. (1990:550) het egter gevind dat hulle respondente gevoel het dat hul werkgewers nie altyd insiklik was om hulle vir opvolgbesoeke te laat gaan nie.

#### 4.4 SAMEVATTING

Aspekte van die verpleegkundige ondersteuningstussentredes wat deur die navorser tydens data-analise geïdentifiseer is, word wyd beskryf in die literatuur. Nêrens kon die navorser egter 'n omvattende beskrywing van verpleegkundige ondersteuningstussentredes vir vroue met primêre karsinoom van die mammae soos wat deur die respondente in dié studie geïdentifiseer is, kry nie.

## HOOFSTUK 5

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 5.1 INLEIDING

Die bestudering van ondersteuning vanuit die vroue se perspektief kan die diskrepansie wat tussen die vroue se behoefte daaraan en dit wat gegee word, verminder. Verpleegkundiges kan hieruit 'n geheelbeeld vorm van spesifieke verpleegkundige ondersteuningstussentredes wat nodig is vir vroue om by die onmiddellike impak van die diagnose en behandeling sowel as die langtermyn oorlewing aan te pas.

#### 5.2 GEVOLGTREKKINGS

##### 5.2.1 Die vergelyking tussen die navorsingsbevindinge en die literatuur-kontrole

Bevestiging vir die insluiting van die geïdentifiseerde verpleegkundige ondersteuningstussentredes is uit navorsings- en teoretiese literatuur verkry.

Tabel 5.1

Direkte verpleegkundige ondersteuningstussentrede

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	Outeurs wat hierdie tussentrede beskryf het
<p>Verreken vorige blootstelling van en ervaring met persone met karsinoom van die mammae</p>	<p>Brailey (1986:227)                      Burgess, Morris en Pettingale (1988:265)                      Crooks en Jones (1989:162)                      Ell, Nishimoto, Mantell en Hamovitch (1988:429)                      Glenn en Moore (1990:362)                      Gray (1990:105)                      Heyman, Tyner, Phipps, Cave en Owen (1991:36)                      Holmes (1987:2021)                      Kash, Holland, Halper en Miller (1992:24)                      Lerman en Schwartz (1993:145)                      Lierman (1988:352)                      Menon, Teh en Chua (1992:365)                      Nemcek (1990:136)                      Nettles-Carlson (1989:373)                      Olson en Mitchell (1989:478)                      Packard, Haberman, Woods en Yates (1991:438)                      Rudolp en McDermott (1987:102)                      Rutledge (1987:118)                      Spiegel (1990:1422)                      Van Wyk (1989:19)                      Wyper (1990:421)                      Yates (1993:701)</p>
<p>Verreken vroue se kennis van, insig in en gevoelens oor karsinoom van die mammae en die behandeling daarvan in die ondersteuning</p>	<p>Ali en Khalil (1991:234)                      Anderson (1988:36)                      Cawley, Kostic en Cappello (1990:93)                      Cimprich (1991:202)                      Hanson (1994:14)                      Hopkins (1986:258)                      Krause (1987:65)                      Krause (1991:240)                      Nelson, Friedman, Baer, Lane en Smith (1989:355)                      Pozo, Carver, Noriega, Harris, Robinson, Ketcham, Legaspi, Moffat en Clark (1992:1292)</p>

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENREDE BESKRYF HET
	Spiegel (1990:1422) Suominen (1992:70) Suominen (1993:65) Suominen, Leino-Kilphi en Laippala (1994:7) Ward en Griffin (1990:191)
Evalueer aanpassing en verreken dit in ondersteuning	Aaronson, Bartelink, Van Dongen en Van Dam (1988:135) Ali en Khalil (1991:234) Anderson (1988:41) Ayres, Hoon, Franzoni, Motheny, Cotanch en Takayanagi (1994:393) Baldwin (1990:386) Bloom (1986:189) Buddeberg, Wolf, Sieber, Riehl-Emde, Bergant, Steiner, Landolt-Ritter en Richter (1991:156) Burgess, Morris en Pettingale (1988:265) Carlsson en Hamrin (1994:418) Cella, Tross, Orav (1989:46) Cooper en Faragher (1992:451) Dean (1988:32) Edgar, Rosberger en Nowlis (1992:827) Fallowfield (1990:576) Fallowfield en Hall (1991:388) Fallowfield, Hall, Maguire en Baum (1990:578) Feather en Wainstock (1989:293) Fetting (1990:1095) Fredette (1995:35) Friedman (1980:105) Ganz, Coscarelli Schag, Lee, Polinsky en Tan (1992:1729) Graydon (1994:617) Greer (1991:44) Haberman, Woods en Packard (1990:30) Hailey, Lavine en Hogan (1988:78) Harrison-Woermke en Graydon (1993:450) Holmberg, Omne-Pontén, Burns, Adami en Bergström (1989:969)

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENTREDE BESKRYF HET
	<p>Holmes (1987:2021)  Hughes (1993:227)  Hümy en Bernhard (1989:255)  Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:82)  Kiebert, De Haes en Van de Velden (1991:1069)  Knobf (1986:682)  Krause (1991:244)  Maguire (1990:79)  Margolis, Goodman en Rubin (1990:36)  Maunsell, Brisson en Deschênes (1992:120)  McCormick, Yahalom, Cox, Shank en Massie (1989:1299)  Middelboe, Ovesen, Mortensen en Bech (1994:171)  Mock (1993:153)  Omne-Pontén, Holmberg en Sjödén (1994:1778)  Pozo, Carver, Noriega, Harris, Robinson, Ketcham, Legaspi, Moffat en Clark (1992:1297)  Rowley (1989:37)  Rutherford (1988:247)  Schain (1988:160)  Tulman en Fawcett (1990:95)  Van Wyk (1989:15)  Van Heeningen, Van Moffaert en De Cuypere (1989:175)  Vinokur, Threatt, Vinokur-Kaplan, Satariano (1990:1246)  Watson, Denton, Baum en Greer (1988:27)  Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss en Tunmore (1991:53)  Wong en Bramwell (1992:368)  Wyatt, Kurtz en Liken (1993:443)</p>
<p>Erken, gee geleentheid vir en ondersteun tydens emosionele reaksies</p>	<p>Ali en Khalil (1991:234)  Anderson (1988:39)  Anderson (1989:91)  Bindemann (1987:227)  Bloom (1986:195)  Burgess, Morris en Pettingale (1988:265)  Cimprich (1991:200)  Cooper en Faragher (1992:451)</p>

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENREDE BESKRYF HET
	Cox (1984:18)
	Dean (1988:32)
	Dean (1987:387)
	Dean en Hopwood (1989:98)
	Dodd (1988:17)
	Edgar, Rosberger en Nowlis (1992:817)
	Ell, Nishimoto, Mantell en Hamovitch (1988:429)
	Fallowfield en Hall (1991:396)
	Fallowfield, Hall, Maguire en Baum (1990:575)
	Fetting (1990:1094)
	Friedman (1980:106)
	Ganz, Hirji, Sim, Coscarelli Schag, Fred en Polinsky (1993:429)
	Gellert, Maxwell en Spiegel (1993:66)
	Goldberg en Cullen (1985:803)
	Grandi, Fava, Cunsolo, Saviotti, Ranieri, Trombini en Gozzetti (1990:168)
	Graydon (1994:617)
	Greer (1991:44)
	Greer, Moorey, Baruch, Watson, Robertson, Mason, Rowden, Law en Bliss (1992:675)
	Hailey, Lavine en Hogan (1988:76)
	Hanson (1994:14)
	Holmberg, Omne-Pontén, Burns, Adami en Bergström (1989:969)
	Hopwood, Howell en Maguire (1991:349)
	Hughes (1993:224)
	Knobf (1990:1393)
	Knobf (1986:680)
	Krause (1987:65)
	Krause (1991:245)
	Liberati (1994:1591)
	Lierman (1988:359)
	Linn (1988:56)
	Maguire (1994:1649)
	Maguire (1990:77)
	Maunsell, Brisson en Deschênes (1992:120)

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENREDE BESKRYF HET
	<p>McLean (1986:30)  Mock (1993:156)  Northouse (1989:279)  Omne-Pontén, Holmberg, Burns, Adami en Bergström (1992:1062)  Ramirez (1989:15)  Ray, Grover en Wisniewski (1984:103)  Reid-Ponte (1992:284)  Spiegel (1990:1424)  Suominen, Leino-Kilpi en Laippala (1994:7)  Van Heeringen, Van Moffaert en De Cuyper (1989:178)  Vinokur, Threatt, Caplan en Zimmerman (1993:395)  Ward, Viergutz, Tormey, De Muth en Paulen (1992:362)  Watson, Green, Young, Inyat, Burgess en Robertson (1988:205)  Wong en Bramwell (1992:368)  Wool (1988:38)  Wyatt, Kurtz en Liken (1993:446)</p>
Tree koesterend in verpleegsorg op	<p>Anderson (1988:38)  Cawley, Kostic en Cappello (1990:92)  Clapperton (1991:56)  Coward (1989:169)  Denton (1987:6)  Friedman (1980:107)  Gaut (1992:241)  Gordon (1990:279)  Grossman-Schultz en Feeley (1989:44)  Hanson (1994:14)  Knobf (1990:1393)  Krause (1987:65)  Kumasaka en Dungan (1993:298)  Lyll (1988:27)  Maguire (1985:1712)  McLean (1986:31)  Palsson en Norberg (1995:277)  Quesenberry en Rittman (1993:120)  Ray, Grover en Wisniewski (1984:103)</p>



VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES	Outeurs wat hierdie tussentrede beskryf het
	Reid-Ponte (1992:283) Roberts, Elkins, Walter, Baile en Cox (1989:265) Searle (1991:6) Speck (1992:22) Spindler (1991:40) Starck en Grovern (1992:101) Stiles (1994:18) Wilkinson (1991:679) Wilkinson, Maguire en Tait (1988:34)
Verskaf effektiewe verpleegsorg	Anderson (1988:39) Anderson (1989:88) Bean en Holcombe (1993:484) Blank, Clark, Longman en Atwood (1989:84) Denton (1987:11) Grossman-Schultz en Feeley (1989:42) Knobf (1990:1392) McGee en White (1989:179) Northouse (1989:283) Spiegel (1990:1422)
Moedig selfsorg en onafhanklikheid aan	Ali en Khalil (1991:237) Anderson (1989:85) Dodd (1988:16) Granda (1994:229) Hailey, Lavine en Hogan (1988:84) Krause (1987:64) Northouse (1989:281) Schott-Baer (1993:231) Suominen (1992:70) Watson (1990:11) Williams, Valderrama, Gloria, Pascoguin, Saavedra, De la Rama, Ferry, Abaguin en Zaldivar (1988:206)
Moedig effektiewe hantering aan	Anderson (1989:87) Burgess, Morris en Pettingale (1988:263) Butow, Coates, Dunn, Bernhard en Hümy (1991:597) Carver, Pozo-Kaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat en Clark (1994:1213)

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENREDE BESKRYF HET
	<p>Edgar, Rosberger en Nowlis (1992:817)  Erseck (1992:20)  Fallowfield (1993:12)  Fredette (1995:35)  Gelber, Cole en Goldhirsch (1993:233)  Haberman, Woods en Packard (1990:30)  Hall (1990:178)  Hanson (1994:15)  Hinds en Martin (1988:338)  Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:78)  Krause (1987:65)  Krause (1991:244)  Moch (1989:23)  Nowotny (1989:58)  O'Conner, Wicker en Germino (1990:168)  Olweny (1993:430)  Spiegel (1990:1422)  Stein en Zera (1991:946)  Yates (1993:701)</p>
Versterk geloofsoortuigings	<p>Ali en Khalil (1991:237)  Burgess, Morris en Pettingale (1988:265)  Fetting (1990:1095)  Fredette (1995:35)  Fredette en Beattie (1986:314)  Granstrom (1985:45)  Hailey, Lavine en Hogan (1988:84)  Highfield (1992:1)  Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:78)  Krause (1991:244)  McLean (1986:30)  Northouse (1989:276)  Primomo, Yates en Woods (1990:153)  Starck en McGovern (1992:84)  Van Wyk (1989:103)</p>

<b>VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES</b>	<b>OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENTREDE BESKRYF HET</b>
Evalueer vroue se toekomsverwagtinge en verreken dit in ondersteuning	Ali en Khalil (1991:232) Dean (1988:32) Del Turco, Palli, Cariddi, Ciatto, Pacini en Distante (1994:1596) Edgar, Rosberger en Nowlis (1992:817) Fallowfield en Hall (1991:394) Friedman, Baer, Nelson, Lane, Smith en Dworkin (1988:527) Haberman, Woods en Packard (1990:30) Hailey, Lavine en Hogan (1988:83) Hanson (1994:14) Hughes (1993:223) Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:80) Knobf (1990:1395) Krause (1987:65) Mock (1993:153) Olsen en Mitchell (1989:477) Ray, Grover en Wisniewski (1984:102) Suominen (1992:70) Suominen, Leino-Kilpi en Laippala (1994:7) Van Wyk (1989:21) Wong en Bramwell (1992:368) Wyatt, Kurtz en Liken (1993:440)

Tabel 5.2

Indirekte verpleegkundige ondersteuningstussentrede

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENREDE BESKRYF HET
Betrek eggenoot in die ondersteuning	Baldwin (1990:386) Blank, Clark, Longman en Atwood (1989:80) Carlsson en Hamrin (1994:418) Feather en Wainstock (1989:299) Hailey, Lavine en Hogan (1988:85) Kaye en Applegate (1990:87) Kesselring, Lindsey, Dodd en Lovejoy (1986:160) Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:85) Knobf (1986:681) Northouse (1988:91) Northouse (1989:279) Northouse en Swain (1987:221) Omne-Pontén, Holmberg, Bergström, Sjodén en Burns (1993:1393) Primomo, Yates en Woods (1990:153) Schag, Ganz, Polinsky, Fred, Hirji en Petersen (1993:783) Schott-Baer (1993:235) Silberfarb, Maurer en Crouthamel (1980:452) Spiegel (1990:1425) Tulman en Fawcett (1990:96)
Betrek ander spanlede in ondersteuning	Anderson (1988:37) Ashcroft, Leinster en Slade (1985:45) Brady (1987:780) Cawley, Kostic en Cappello (1990:92) Christman (1990:18) Cimprich (1991:205) Del Turco, Palli, Cariddi, Ciatto, Pacini en Distante (1994:1593) Fallowfield en Hall (1991:389) Faulder (1991:79) Glenn en Moore (1990:364) Gordon (1990:279)

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES	Outeurs wat hierdie tusseentrede beskryf het
	<p>Hailey, Lavine en Hogan (1988:81)</p> <p>Houts, Yasko, Kahn, Scheitzel en Marconi (1986:2357)</p> <p>Hughes (1993:227)</p> <p>Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:82)</p> <p>Knobf (1990:1393)</p> <p>Mackillop, Stewart, Ginsburg en Stewart (1988:356)</p> <p>Magarey (1988:240)</p> <p>Maguire (1990:88)</p> <p>McLeon (1986:30)</p> <p>Morris (1993:1801)</p> <p>Morris en Ingham (1988:1257)</p> <p>Morris en Royle (1988:585)</p> <p>Mosconi, Meyerowitz, Liberati en Liberati (1991:273)</p> <p>Neuling en Winefield (1988:385)</p> <p>Northouse (1989:279)</p> <p>Omne-Pontén, Holmberg en Sjöden (1994:1778)</p> <p>Pierce (1993:22)</p> <p>Pozo, Carver, Noriega, Harris, Robinson, Ketcham, Legaspi, Moffat en Clark (1992:1292)</p> <p>Roberts, Cox, Reintgen, Baile en Gibertini (1994:336)</p> <p>Suominen (1993:64)</p> <p>Suominen, Leino-Kilpi en Laippala (1994:7)</p> <p>Valanis en Rumpier (1985:167)</p> <p>Ward, Heidrich en Wolberg (1989:344)</p> <p>Watson (1990:11)</p>
<p>Betrek 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep</p>	<p>Ali en Khalil (1991:237)</p> <p>Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer en Schwartz (1986:184)</p> <p>Cawley, Kostic en Cappello (1990:94)</p> <p>Feather en Wainstock (1989:295)</p> <p>Krause (1991:244)</p> <p>Maguire (1990:89)</p> <p>Maree (1988:123)</p>

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENREDES	Outeurs wat hierdie tusseentrede beskryf het
	<p>McLeon (1986:30) Northouse (1989:281) Rinehart (1994:372) Spiegel (1990:1424) Willits (1994:2172) Wyatt, Kurtz en Liken (1993:446)</p>
<p>Betrek die predikant in ondersteuning</p>	<p>Feather en Wainstock (1989:299) Highfield en Cason (1983:192) Kesselring, Lindsey, Dodd en Lovejoy (1986:159) Mays (1981:51) Primomo, Yates en Woods (1990:157) Speck (1992:22) Vastyan (1986:114)</p>
<p>Verreken haar verantwoordelikheid en betrokkenheid by haar kinders asook positiewe ervarings</p>	<p>Ali en Khalil (1991:237) Friedman (1980:108) Gordon (1990:282) Haberman, Woods en Packard (1990:30) Hailey, Lavine en Hogan (1988:78) Lewis, Hammond en Woods (1993:351) Northouse (1989:282) Pozo, Carver, Noriega, Harris, Robinson, Ketcham, Legaspi, Moffat en Clark (1992:1292) Primomo, Yates en Woods (1990:158) Roberts, Elkins, Walter, Baile en Cox (1989:265)</p>
<p>Betrek familie en vriende in die ondersteuning</p>	<p>Aaronson, Bartelink, Van Dongen en Van Dam (1988:135) Ali en Khalil (1991:238) Anderson (1989:91) Blank, Clark, Longman en Atwood (1989:80) Carlsson en Hamrin (1994:418) Eil, Nishimoto, Mantell en Hamovitch (1988:429) Feather en Wainstock (1989:299) Fetting (1990:1093) Fredette (1995:35) Friedman (1980:108)</p>

VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES	OUTEURS WAT HIERDIE TUSSENTREDE BESKRYF HET
	<p>Friedman, Baer, Nelson, Lane, Smith en Dworkin (1988:529)</p> <p>Haberman, Woods en Packard (1990:27)</p> <p>Hilton (1994:366)</p> <p>Hough, Lewis en Woods (1991:568)</p> <p>Kesselring, Lindsey, Dodd en Lovejoy (1986:160)</p> <p>Kesselring, Dodd, Lindsey en Strauss (1986:77)</p> <p>Lewandowski en Jones (1988:313)</p> <p>Northouse en Swain (1987:222)</p> <p>Northouse (1988:92)</p> <p>Oberst en James (1985:47)</p> <p>Spiegel (1990:1425)</p> <p>Wingate en Lackey (1989:224)</p> <p>Zemore en Shepel (1989:25)</p>
<p>Betrek haar werkgewer</p>	<p>Brailey (1986:225)</p> <p>Clark en Landis (1989:188)</p> <p>Dean (1988:36)</p> <p>Edgar, Rosberger en Nowlis (1992:825)</p> <p>Fallowfield, Rodway en Baum (1990:550)</p> <p>Feather en Wainstock (1989:294)</p> <p>Friedman (1980:107)</p> <p>Haberman, Woods en Packard (1990:30)</p> <p>Krause (1991:245)</p> <p>Mellett (1987:362)</p> <p>Omne-Pontén, Holmberg, Burns, Adami en Bergström (1992:1067)</p> <p>Penman, Bloom, Fotopoulos, Cook, Holland, Gates, Flamer, Murawski, Ross, Brandt, Muenz en Pee (1987:124)</p> <p>Tulman en Fawcett (1990:96)</p> <p>Waxler-Morrison, Hislop, Mears en Kan (1991:181)</p>

### 5.3 'N VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSPROGRAM VIR VROUE MET PRIMÊRE KARSINOOM VAN DIE MAMMAE

#### 5.3.1 Doelstelling van die program

- Om vroue met primêre karsinoom van die mammae te help om die onmiddellike impak van die diagnose asook behandeling te hanteer, die gevolge van beide te aanvaar en suksesvol daarby aan te pas.

#### 5.3.2 Beskrywing van die program

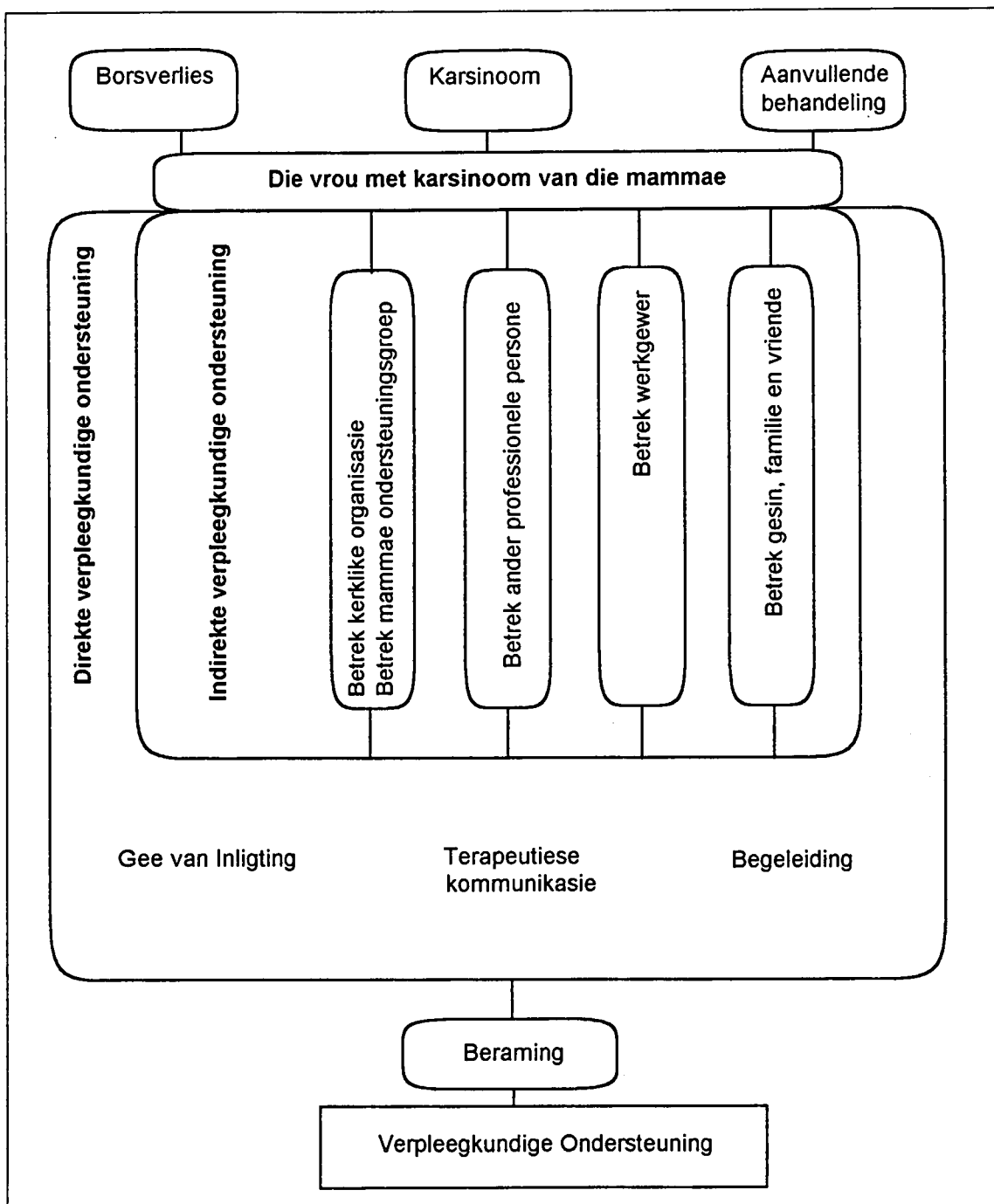
- Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes is uit die onderhoude met die vroue verkry, terwyl die motivering tydens literatuurkontrole verkry is. Die motiverings vir die tussentredes word telkens verskaf.
- Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes bestaan uit direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes wat die verpleegkundige self implementeer om die vroue in staat te stel om aan te pas. Tydens die indirekte verpleegkundige ondersteuningstussentredes, betrek die verpleegkundige die vroue se eksterne omgewing om by te dra tot haar aanpassing.
- Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes is nie fase- of situasiegebonde nie. Vroue kan egter tydens die siekteverloop in sekere fases 'n meer prominente behoefte hê vir spesifieke ondersteuning. Beraming moet dus gereeld plaasvind.
- Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes is gegrond op kundigheid rondom die siektetoestand, die verloop, behandelingskeuses en psigososiale implikasies van beide die karsinoom van die mammae en die behandeling.



Die verpleegkundige moet vaardig wees in die fisieke versorging van vroue tydens behandeling, asook terapeutiese tussentredes om hulle sodoende te koester.

**Figuur 5.1**

**'n Skematiese uiteensetting van verpleegkundige ondersteuning vir vroue met primêre karsinoom van die mammae**



- Uit bogenoemde skematiese uiteensetting is dit duidelik dat die direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes omsluit die indirekte ondersteuning om sodoende in behoeftes te voorsien wat vroue met primêre karsinoom van die mammae as gevolg van borsverlies, karsinoom en aanvullende behandeling mag ervaar.
  
- Die kern van die direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes is die gee van inligting, terapeutiese kommunikasie asook begeleiding van vroue met primêre karsinoom van die mammae. Beraming is 'n sterk fondament vir verpleegkundige ondersteuning.
  
- Die verpleegkundige ondersteuningstussentredes is nie net gerig op vroue met karsinoom van die mammae nie, maar ook op persone in haar eksterne omgewing om hulle te betrek in haar aanpassing. Hierdie eksterne omgewing is die vrou se naasliggende ondersteuning en is daarom belangrik.
  
- Die indirekte verpleegkundige tussentredes is ook 'n verlengstuk van die direkte verpleegkundige ondersteuningstussentredes.
  
- Beide die direkte en indirekte ondersteuningsbronne steun die vroue op 'n unieke wyse. Die een kan nie noodwendig deur die ander vervang word nie.

## DIREKTE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES

### VERREKEN VORIGE BLOOTSTELLING AAN EN ERVARING MET PERSONE MET KARSINOOM

#### *Verreken vorige blootstelling aan familieleden of vriende met karsinoom van die mammae*

- Vroue kan positiewe of negatiewe ervarings hê na die blootstelling aan 'n familielid/vriend met karsinoom wat hul persepsie van die diagnose en die behandeling beïnvloed.
- Vorige blootstelling beïnvloed direk die wyse waarop die vroue reageer teenoor 'n diagnose van karsinoom, hetsy positief gemotiveerd of 'n negatiewe fatalistiese houding.
- Vroue kan deur die positiewe of negatiewe voorbeeld gestel, gemotiveerd voel om hul siekte positief te hanteer. Sommige vroue kan so bedreigd voel deur die diagnose van karsinoom dat hulle angstig of moedeloos voel en ervaar dat hul lewe buite hul beheer is. Dié vroue het geen interne lokus van kontrole nie.
- Hierdie reaksie op die diagnose van karsinoom kan 'n aanduiding wees van hoe die vroue hul siekte gaan hanteer en die mate waartoe hulle gaan aanpas.
- Vorige blootstelling bepaal ook die aard en omvang van die vroue se inligtingsbehoefte, terapeutiese kommunikasie en begeleiding, byvoorbeeld, die vroue met geen blootstelling nie het 'n basiese inligtingsbehoefte. Terwyl die vroue wat 'n negatiewe ervaring gehad het, se wanpersepsies en onduidelikhede deur die nodige inligting asook ontlooting van emosies verander moet word, om hul eie hantering en aanpassing te bevorder.

#### *Verreken vorige blootstelling aan benigne tumore*

- Sommige vroue voel na vorige blootstellings minder onseker oor diagnostiese toetse, hospitalisasie, narkose en chirurgie, omdat hulle die situasie aan die hand van vroeër vergelykbare ervarings evalueer. Hierdie positiewe ervarings en hanteringsmeganismes kan versterk word deur die verpleegkundige.
- Vorige blootstelling aan benigne tumore beïnvloed die aard en omvang van die inligting wat die vroue nodig het om die bedreiging van karsinoom te hanteer asook om die stres wat dit inhou te verminder. Tydens blootstelling samel die vroue kennis oor karsinoom in.
- Die persoon met 'n negatiewe ervaring of die wat haar vermoëns betwyfel, het meer verpleegkundige ondersteuningstussentredes nodig.

#### *Verreken gevoelens en kennis rondom voorkomende optredes*

- Sommige vroue het wanindrukke oor die oorsake van karsinoom en die bydrae van hul voorkomende optredes. Hulle mag skuldig voel oor werklike en denkbeeldige foute. Vroue se

insig ten opsigte van die oorsaak van hul karsinoom en die reaksie daarop moet bepaal word, om skuldgevoelens en onsekerhede te verminder.

- Vroue wat vroegtydig mediese hulp ingewin het, dog vals negatief gediagnoseer is as gevolg van 'n fibro-adenoom of die nie-palpeerbaarheid van die tumor, mag verontreg en verwytdend voel. Dié vroue moet geïdentifiseer word en moet spesifieke verpleegtussentredes ontvang om hul emosies te ventileer om aanpassing te bevorder.
- Vroue mag voel dat hul voorkomende optrede bygedra het om hul prognose en behandelingsopsies te verbeter. Dié vroue mag 'n behoefte hê om hul dankbaarheid uit te spreek.

## **VERREKEN VROUE SE KENNIS VAN, INSIG IN EN GEVOELEN OOR KARSINOOM EN DIE AANVULLENDE BEHANDELING IN DIE ONDERSTEUNING**

### ***Verreken vroue se gevoelens oor die diagnose asook die impak van chirurgie en aanvullende behandeling***

- Elke vrou se reaksie op karsinoom is uniek, ten spyte van 'n aantal emosies wat algemeen ervaar word, maar wat meer prominent in sekere fases van die siekteverloop is. Hierdie unieke gevoelens en reaksies moet bepaal word om insig in die vrou se belewenis te kry, sodat die verpleegkundige empaties kan optree.
- Vroue se gevoelens moet bepaal word om die moontlike hantering van hierdie vroue te antisipeer, sodat die nodige begeleiding gegee kan word om hulle aanpassing te bevorder.
- Al het vroue 'n familiegeskiedenis van karsinoom en besef hulle hul blootgesteldheid daaraan en het altyd verwag dat dit kan gebeur, ervaar hulle die bevestiging van die diagnose meestal as 'n skok. Vroue moet toegelaat word om die gelyktydige impak van 'n karsinoomdiagnose en borsverlies te ervaar en te verwerk.
- Baie vroue dink nooit daaraan dat hulle karsinoom sal ontwikkel nie. Hul reaksie daarop kan wissel van 'n gevoel van onwerklikheid tot die ontkenning van die ernstigheid van die karsinoom. Vroue se persepsie van karsinoom is 'n bepalende faktor of hulle psigiese stres en 'n aanpassingskrisis sal ervaar. Die mate waartoe vroue psigiese stres en selfs 'n krisis kan ervaar moet bepaal word.

### ***Spreek gebrekkige kennis oor karsinoom van die mammae en behandeling aan***

- Vroue verkry inligting in reaksie op die diagnose van karsinoom. Kennis verminder onsekerheid. Vroue voel meer in beheer van hul gesondheid en dit stel hulle in staat om aan te pas asook te leef met karsinoom van die mammae.
- Kennis verminder die angste en onsekerheid wat gepaard gaan met besluitneming oor chirurgiese- en behandelingsopsies.

- Kennis is nodig om fisieke en psigiese veranderinge te kan identifiseer as tipies of atipies, byvoorbeeld, 'n fantoomreaksie versus 'n bragiale pleksus besering. Indien vroue weet wat om te verwag en oor die kennis beskik om dit te identifiseer, kan dit hulle angs verminder oor moontlike herhaling en wanaanpassings voorkom. Hulle kan probleme beter antisipeer.
- Vroue het inligting nodig om realistiese verwagtinge vir selfsorg te skep. Vroue wat met 'n wondreinerings ontslaan word, moet genoeg inligting hê om die bykomende eise te hanteer.
- Insig stel vroue in staat om hul kognitiewe vermoëns te gebruik om aan te pas. Vroue word in staat gestel om 'n bedreigende situasie op te weeg, om die probleme wat psigiese stres veroorsaak te identifiseer en strategieë te beplan om dit op te los.
- Kennis verminder wanpersepsies gevorm deur die media en vroue se blootstelling aan persone met karsinoom.
- Inligting verminder angs voor aanvullende behandeling en verbeter die hantering van die behandeling se nuwe-effekte. Vroue moet weet hoe om wondinfeksie, kontrakture en limfedoem sowel as velreaksies te voorkom.
- Kennis bevorder aanpassing en sodoende kan vroue gouer en met minder psigiese spanning aanpas. Kennis verbeter hulle kwaliteit van lewe.
- Kennis is nodig om herhaling vroegtydig op te spoor.
- Die verskaffing van spesifieke inligting deur professionele persone oor die siekteverloop en behandeling, sal die eise wat aan leke-ondersteuningsgroepe gestel word, verminder. Daarsonder is die mammaekarsinoom-ondersteuningsgroep die vroue se primêre bron van inligting. Leke is meestal net in staat om vanuit hul eie ervaring inligting te gee. Sonder om histologie of stadiumbepalings in aanmerking te neem, word behandeling die prognostiese faktor waarmee vroue hul vergelyk. Die werklike ondersteuning wat in 'n gedeelde ervaring lê, word dan sekondêr gestel.

#### ***Voorsien in behoeftes aan voortgesette inligting***

- As gevolg van die angs wat vroue ervaar, het hulle 'n afname in aandagspan en is hulle nie in staat om al die inligting te absorbeer nie.
- Vroue se inligtingsbehoefte verander voortdurend. As gevolg van die realiteit waarin hul veral na ontslag bevind, brei hulle inligtingsbehoefte, om te leer om met karsinoom van die mammae te leef, baie uit.
- Vroue se inligtingsbehoefte verskil in die diagnostiese-, chirurgiese-, aanvullende behandeling- en herstelstadia.
- Vroue kom in kontak met ander bronne van inligting. Vrae en onduidelikhede ontstaan.
- Vroue wil praktiese wenke uitruil en by ander leer om aan te pas.

## ERKEN, GEE GELEENTHEID VIR EN ONDERSTEUN TYDENS EMOSIONELE REAKSIES

- Die aanvanklike wyse waarop die vrou reageer op die gelyktydige impak van die diagnose, borsverlies en aanvullende behandeling, is 'n wyse van psigiese aanpassing. Hulle moet toegelaat word om op die impak te reageer. 'n Geleentheid moet vir so 'n vrou geskep word om haar gevoelens te verbaliseer, sodat sy negatiewe gevoelens kan ventileer, spanning kan verlig en haar eie gevoelens kan ontleed.
- Die vrou se emosionele reaksie kan 'n aanduiding vir die verpleegkundige wees watter hanteringsmeganismes sy moontlik gaan kies. Die verpleegkundige ondersteuning wat nodig is om haar aanpassing te bevorder moet hiervolgens bepaal word.
- Soveel as 20-30 % vroue ervaar psigiese stres in die vorm van 'n lae graadse depressie en angs. Afhangende van faktore soos die vrou se persepsie van karsinoom en die bedreiging daarvan, onvoldoende inligting, oneffektiewe ondersteuning, stresvolle gebeure voor diagnostisering, 'n geskiedenis van psigiatriese probleme, graad van fisieke karsinoomverwante simptome en uitgebreidheid van chirurgie kan die vrou psigiese stres ervaar.
- Psigiese stres word meestal geassosieer met spesifieke gebeure soos diagnostiese toetse, onkochemoterapie of herhaling.
- Vroue se emosionele reaksies verander met tyd.
- Vroue reageer op verskeie maniere. Die oorsaak en intensiteit van die emosies verskil van vrou tot vrou. Persoonlikheid, hanteringsmeganismes en ondersteuningsbronne is faktore wat tot 'n individuele belewenis bydra.
- Vroue kan as gevolg van te min kennis onsekerheid en kommer ervaar. Die oorsaak van die kommer moet bepaal word voordat ondersteunende tussentredes ingestel kan word.
- Vroue kan as gevolg van te min insig bekommerd wees oor werklike, potensiele en denkbeeldige probleme.
- As vroue simptome van angs ervaar, kan dit haar fisiek en psigies affekteer. Sy mag 'n afname in konsentrasie, palpitasie, moegheid en tremore ervaar.
- Kommer en angs bevorder nie aanpassing nie en put vroue onnodig uit.
- Spesifieke kommer kom in een fase meer tipies voor as in 'n ander fase. Die tipe behandeling beïnvloed die emosies verder, byvoorbeeld, 'n vrou wat 'n lumpektomie gehad het, ervaar meer angs tydens aanvullende behandeling in teenstelling met vroue wat 'n mastektomie gehad het wat meer angs tydens diagnostisering ervaar.

### *Moedig verbalisering van woede aan*

- Vroue kan verontreg voel deur foutiewe diagnostisering wat hul behandelingsopsies en prognose versleg het. Hierdie negatiewe gevoelens kan vroue se aanpassing beïnvloed.
- Spanning en negatiewe emosies word verlig as vroue hul woede uitspreek. Kognitiewe aanpassing word bevorder wat tot probleemoplossing lei.

- Vroue moet in staat gestel word om hulle ontevredenheid met behandeling uit te kan spreek. Dit kan bydra tot verhoging van eie tevredenheid en kwaliteit van professionele- sowel as lekesorg.

#### ***Ondersteun waar onsekerheid en twyfel bestaan***

- Die mate waartoe vroue onseker voel en twyfel kan meestal direk teruggevoer word na 'n kennistekort of verlies aan beheer.
- Vroue se onsekerheid en twyfel is erger met tye byvoorbeeld voor ontslag.

#### ***Troos tydens hartseer en ongelukkigheid***

- Vroue kan hartseer ervaar as gevolg van die verlieservaring. Dit is 'n normale verwerkingsreaksie. Hierdie verlieservaring kan gepaard gaan met hartseer tot moedeloosheid.

#### ***Bied steun vir geskokte en ontwrigte vroue***

- Die meeste vroue voel geskok. Selfs al het hulle altyd geweet dit kan hul oorkom omdat hulle 'n familiegeskiedenis van karsinoom het en dus baie blootgestel voel. Selfs al het vroue geteken vir 'n biopsie en 'n mastektomie, hoop hulle dat die tumor nie maligne van aard is nie.
- Die gelyktydige impak van die diagnose en borsverlies mag so ingrypend wees dat vroue dit as ontwrigtend en traumaties ervaar.
- Vroue kan egter ook trauma ervaar as hulle onnodig lank blootgestel word aan spanning soos wanneer die chirurgiese uitslae nie bevestig word nie of die beplande chirurgie nie uitgevoer word nie.

#### ***Hanteer gevoelens van onwerklikheid***

- Die gebeure rondom diagnosering en chirurgie vind so vinnig plaas, dat vroue dikwels voel dat hulle nie tyd kry om dit wat met hulle gebeur, te verwerk nie.
- Sommige vroue ervaar die diagnose van karsinoom en die ernstigheid daarvan as onwerklik, in 'n poging om die bedreiging van die diagnose te vermy.
- Vroue kan onderliggende angs ervaar en moet daarom nie gekonfronteer word met die realiteit wat hulle nie op daardie tydstip kan hanteer nie.

#### ***Bemoedig tydens periodes van moedeloosheid***

- Die potensiële lewensverlies en borsverlies hou 'n bedreiging vir die self in en lei tot moedeloosheid wat deel is van 'n normale verwerkingsreaksie.
- Vroue moet toegelaat word om gevoelens van moedeloosheid en verlies te beleef en uit te spreek, want daarin lê genesing. Die deurleef van die normale reaksie verlig psigiese spanning.

- Moedeloosheid as deel van die aanpassings- en verwerkingsreaksie op 'n verlieservaring, moet onderskei word van patologiese moedeloosheid. Tydens patologiese moedeloosheid ervaar die vrou aanhoudende gevoelens van moedeloosheid sonder enige spesifieke oorsaak, hul onttrek sosiaal en die intensiteit van die moedeloosheid is erger.
- Vroue wat morbid gepreokkeerd is met karsinoom van die mammae en as dit gepaard gaan met skuldgevoelens en selfmoordgedagtes, moet verwys word vir psigoterapie.
- Die voorkomssyfer van gemoedsversteurings onder vroue met karsinoom van die mammae vergelyk met die voorkomssyfer onder die algemene populasie.
- Erge moedeloosheid beperk vroue se fisieke en psigiese hanteringsmeganismes.
- Depressie kan maklik verbloem word deur aanvullende behandeling se nuwe-effekte soos vir anoreksie en malaise. Kundige beraming van die vrou is noodsaaklik om te voorkom dat hulle nie ongemerk en onbehandeld deur hierdie komplekse, stresvolle en traumatiese ervarings gaan nie.

#### ***Ondersteun tydens hulpeloosheid, verslaentheid en beheerverlies***

- Hulpeloosheid word ervaar wanneer vrou baie bedreig voel deur die diagnose van karsinoom. Dit is 'n passiewe wyse van hantering, geen kognitiewe response is teenwoordig nie en die vrou beweeg paniekerig in sirkels sonder dat hul angs en moedeloosheid verminder.
- Vroue wat hulpeloos voel, plaas die lokus van kontrole in ander persone se hande. Hulle ervaar 'n verlies van beheer ten opsigte van hul gesondheid en lewe.

#### **EVALUEER DIE VROU SE AANPASSING EN VERREKEN DIT IN ONDERSTEUNING**

##### ***Evalueer en verrek die vrou se verlieservaring***

- Elke vrou se verlieservaring is uniek. Daar is vroue vir wie die borsverlies erger is as die bedreiging van karsinoom van die mammae. Die kwaliteit van hul lewe word meer beïnvloed deur borsverlies as vir ander vroue. Daarom moet elke vrou se verlieservaring individueel beraam word.
- Vroue se persepsie van die noodsaaklikheid van die chirurgie beïnvloed hul verlieservaring. Indien vrou oortuig is van die lewensbedreigende aard van die tumor, is hulle bereid om eerder 'n bors te verloor as hul lewe. Dus verander vroue se verlieservaring mettertyd.
- Die tipe chirurgie wat vrou ontvang beïnvloed hul verlieservaring. Die aanvanklike lewensbedreiging wat 'n diagnose van karsinoom vir vroue inhou, word ewe erg beleef deur vroue wat 'n lumpektomie en vroue wat 'n mastektomie gehad het. Die meeste vroue wat 'n lumpektomie gehad het se borsverlies na chirurgie is minder traumaties as die van vroue wat 'n mastektomie gehad het. Vroue wat 'n lumpektomie gehad het, word tydens aanvullende radioterapie baie meer met die realiteit van die diagnose van karsinoom van die mammae gekonfronteer, in so 'n mate dat hulle angs toeneem. Angs en moedeloosheid neem toe vir vroue



wat 'n lumpektomie gehad het as gevolg van die onsekerheid van herhaling. Die psigiese impak van die chirurgiese ingrepe is uiteindelik dieselfde in beide gevalle.

- Vroue se verlieservaring moet gesien word vanuit hulle kulturele raamwerk met betrekking tot die waarde wat aan vroulike borste geheg word en hoe dit die kwaliteit van hul lewens sal beïnvloed.
- Vroue se verlieservaring word beïnvloed deur faktore soos haar selfbeeld, ander se reaksie op haar borsverlies en veral hul eggenotes se vermoë om die borsverlies te aanvaar.
- Vroue se verlieservaring beïnvloed hul psigiese aanpassing. Vroue wat hul borsverlies nie kan aanvaar nie, ervaar meer moedeloosheid, angs en onsekerheid.

### ***Evalueer en verreken liggaamsbeeldverlies***

- Vroue se persepsie van hul borste ten opsigte van die rol wat dit speel in hul selfbeeld, seksuele verhoudings en vroulikheid, bepaal of hulle 'n liggaamsbeeldverlies sal ervaar.
- Die tipe chirurgie wat vroue gehad het beïnvloed hul liggaamsbeeld. Vroue wat 'n lumpektomie gehad het ervaar postoperatief wel 'n effense voorkoms- en kontoerverandering in hul borste, as gevolg van edeem, kneusings en littekenvorming. Die vroue voel egter meer positief oor hul liggame. Vroue wat 'n mastektomie gehad het moet meer liggaamsbeeldaanpassings maak as gevolg van kontoerafname, littekenvorming en limfedeem.
- Die tipe aanvullende behandeling beïnvloed vroue se liggaamsbeeld. Vroue wat 'n lumpektomie gehad het, ervaar 'n effense afname in liggaamsbeeld as gevolg van velreaksies, verkleurings, edeem en moegheid. Vroue wat 'n mastektomie gehad het, en radioterapie ontvang kan ook fisieke komplikasies wat hul liggaamsbeeld negatief beïnvloed, soos velreaksies, bragiale plexus beserings en moegheid ontwikkel. Vroue wat aanvullende onkochemoterapie gehad het, ervaar 'n verandering ten opsigte van alopesia, naarheid en 'n afname in fertiliteitstatus as gevolg van 'n geïnduseerde menopause.
- Vroue mag aanpassingsprobleme ondervind. Die aanhoudende onvermoë om na die mastektomiesnit te kyk, ooglopend vermyding om in 'n spieël daarna te kyk of daaroor te praat, asook toenemend uitsprake van negatiewe gevoelens oor die borsverlies, vermyding om voor hul eggenote uit te trek, uitstel van seksuele toenadering en afname in seksuele satisfaksie, kan aanduidings van aanpassingsversteurings en -krisisse wees. Hierdie vroue het verdere beraming en verwysing vir psigoterapie nodig.
- Vroue se liggaamsbeeldverlies verander met tyd as hulle leer om te kompenseer deur, byvoorbeeld, klemverskuiwings met kleredrag en as hulle ervaar dat die kwaliteit van hul lewens nie beïnvloed word nie. Vroue wat egter komplikasies as gevolg van aanvullende behandeling of karsinoomverwante simptome ontwikkel, mag voel dat hul liggaamsbeeld verder afneem.
- Vroue se liggaamsbeeldervaring beïnvloed hulle psigososiaal. Hulle persepsie van hul liggaamsbeeld en die aanvaarding wat hulle van ander ervaar, sal bepaal of hulle sosiale aktiwiteite sal afneem.

- Vroue wat 'n goeie liggaamsbeeld het, hervat gouer hul seksuele lewe en ervaar meer seksuele satisfaksie. Vroue is veral tydens liggaamsaanraking bewus van hul borsverlies en dit sal 'n effek hê op hulle seksuele aanpassing.

### ***Evalueer ander psigiese aanpassings***

- Vroue pas op 'n unieke wyse aan by die diagnose van karsinoom en borsverlies deur 'n verskeidenheid van aanpassingsmetodes soos emosionele uitbarstings, verkryging van inligting, soeke na ondersteuning, deur mediese voorskrifte te volg, soeke na betekenis in die siekte en deur voort te gaan met hul lewens. Die wyse van aanpassing moet bepaal word om vas te stel of dit spanning verlig en aanpassing bevorder.
- Vroue maak gebruik van 'n verskeidenheid hanteringsmeganismes om aan te pas soos ontkenning, ontvlugting, blamering, die realiteit uit hul gedagtes te blokkeer, dissosiasie, deur slegs op dele te konsentreer in plaas van die geheelbeeld of deur hulle voor te berei vir die dood. Die wyse waarop vroue hul siekte benader moet bepaal word om vas te stel of dit hulle aanpassing bevorder.
- Faktore wat vroue se psigiese aanpassing beïnvloed is: hul persepsie van die bedreiging van karsinoom, die graad van karsinoomverwante simptome, komplikasies van behandeling, hul hanteringsmeganismes, ondersteuningsbronne, uitgebreidheid van chirurgie, liggaamsbeeldversteurings, beskikbaarheid van rekonstruksie en inligting, aanvullende onkochemoterapie, bestaande psigiatriese probleme en die mate wat die diagnose asook behandeling 'n blywende effek op die vrou se lewe het. Hierdie faktore moet verreken word in die vrou se psigiese aanpassing.
- Vroue pas aan by die emosionele gevolge van die diagnose deur dit te hanteer deur kognitiewe of gedragsresponse, byvoorbeeld, as sy onseker is verkry sy inligting (gedragsrespons) om haar kennis uit te brei (kognitiewe respons).
- Volgehoue psigiese stres mag 'n teken wees dat die diagnose van karsinoom en borsverlies nie effektief hanteer word nie. Psigiese stres reflekteer met angs, moedeloosheid en aggressie. Dit is tekens dat die vrou se hanteringsmeganismes oneffektief is om die eise wat aan haar gestel word, te behartig.
- Volgehoue psigiese stres mag aanleiding gee tot gemoedsversteurings. 'n Vrou se vermoë om psigiese stres te hanteer raak uitgeput, veral as haar hanteringsmeganismes oneffektief is en haar ondersteuningsbronne beperk is. Die mate waartoe 'n vrou haar psigiese stres kan hanteer moet bepaal word.
- 'n Vrou se psigiese aanpassing moet volledig beraam word ten opsigte van: haar aanvaarding en aanpassing by haar huidige siekte, haar reaksie op die behandeling, persepsie van die siekte, hanteringsmeganismes, ondersteuningsbronne en die impak wat die siekte op die vrou se daaglikse lewe, gemoedstoestand en verhoudings het. Die veranderinge en aanpassings as gevolg van karsinoom op haar fisieke, psigososiale, religieuse en finansiële funksionering moet bepaal word.

- Die meeste vroue ervaar 'n tydperk van beleving van verlies en veranderinge, maar pas na twee jaar psigies aan. Enkele vroue kan egter steeds psigiese stres ervaar, maar dit word meestal geassosieer met gebeure soos herhaling. Jonger en ouer vroue mag albei psigiese stres ervaar. Die jonger vrou is geneig om borsverlies baie erger te ervaar as gevolg van die klem op voorkoms. Ouer vroue kan psigiese stres ervaar as gevolg van talle vroeëre mislukkings en teleurstellings, wat die hantering van hierdie krisis kan bemoeilik. Normale lewenseise van tieners, werk en familie dra by tot psigiese stres.

### ***Evalueer fisieke aanpassing***

- Die mate waarin fisieke funksionering afneem, moet deurlopend bepaal word om sodoende die aanpassings wat gemaak moet word, te verreken. Vroue kan direk postoperatief geringe aanpassings maak ten opsigte van hul eetgewoontes, kleding, kinders se versorging en ander huishoudelike take. Die familie ondersteun meestal die vroue in die uitvoering van pligte totdat hulle weer daartoe in staat is. Vroue moet ook later geringe aanpassings maak met betrekking tot kleding as gevolg van hul borsverlies, limfedoem en die teenwoordigheid van 'n litteken. Die vroue se respons op die afname moet egter steeds individueel beraam word.
- Die mate en duurt van afname in fisieke funksionering moet by alle vroue bepaal word, sodat vasgestel kan word of dit binne normale perke is. Alle vroue ervaar direk postoperatief 'n geringe afname in fisieke funksionering as gevolg van pyn, die insnydingsarea, dreineringspype, immobiliteit van die arm aan die aangetaste kant, moegheid en psigiese spanning.
- Die kwaliteit van die vroue se lewens word nie deur 'n geringe afname in fisieke funksionering beïnvloed nie.
- Die meeste vroue met primêre karsinoom van die mammae pas tussen die vierde en vyfde maand fisiek aan. Indien vroue langer neem om fisiek aan te pas in die afwesigheid van komplikasies en karsinoomverwante simptome, moet die vroue se psigiese status bepaal word.
- Faktore wat vroue se fisieke aanpassing beïnvloed is die uitgebreidheid van die chirurgie, vroue se vorige gesondheidstatus, komplikasies, vroue se vermoë om stres te hanteer, die ingeligtheid van die vroue en hul ondersteuningsbronne.
- Fisieke aanpassing bevorder psigiese aanpassing deurdat dit vroue se egosterkte verhoog en hulle voel hulle is in beheer van hulle lewens. Fisieke gesondheid korreleer negatief met angs, depressie en intrusie (siektebekommemis).
- Vroue se fisieke funksionering word deur aanvullende behandeling beïnvloed. Vroue wat aanvullende radioterapie ontvang, ervaar geringe fisieke probleme wat wissel in ernstigheidsgraad soos moegheid, velreaksies, bragiale pleksus beserings en blootgesteldheid aan infeksies. Vroue wat 'n lumpektomie gehad het, ervaar na radioterapie meer kontoerveranderinge as gevolg van edeem en retraksie. Velverkleurings, 'n toename in fibrose en telangiëktase veroorsaak voorkomsveranderinge in die agtergeblewe borsweefsel. Vroue wat aanvullende onkochemoterapie ontvang het, ervaar probleme met naarheid, stomatitis, hardlywigheid, diaree en simptome van beenmurgonderdrukking. Premenopausale vroue moet

ook aanpas by die gevolge van 'n geïnduseerde menopouse soos warmgloede, 'n droeë vagina en disparenia. Die mate waarin vroue se daaglikse aktiwiteite beïnvloed word deur hierdie komplikasies en die vroue se respons daarop moet bepaal word.

## **TREE KOESTEREND IN VERPLEEGSORG OP**

### ***Wys verpleegkundige betrokkenheid***

- Die gerusstellende teenwoordigheid van die verpleegkundige wys dat sy betrokke is. Die verpleegkundige moet tyd spandeer om 'n vertrouensverhouding op te bou om vroue te ondersteun. Die mate waartoe vroue wil hê verpleegkundiges moet betrokke wees in hul aanpassing, moet bepaal word.
- Verpleegkundige optredes soos aanraking, persoonlike kontak, nabyheid, 'n koesterende houding, 'n sensitiwiteit vir vroue se gevoelens, die vermoë om vroue se gevoelens te ontbloot, om 'n empatiese begrip oor te dra en geïndividualiseerde sorg bewys betrokkenheid. Dit wys aan die vroue dat die verpleegkundige wil bydra tot hul herstel.

### ***Bespreek haar diagnose en siektebelewenis***

- Vroue het spesifieke verpleegkundige tussentredes nodig om hulle spanning te verlig, hulle te help om die gebeure te verwerk en tot probleemoplossing te kom om sodoende aanpassing te bevorder.
- Gewoonlik probeer vroue hul gevoelens hanteer deur met ander persone te praat. Deurdat onduidelikhede uitgeklaar word, inligting herhaal en daarop uitgebrei word in verstaanbare terme, kan kognitiewe prosesse geaktiveer word, sodat elke betrokke vrou haar probleme kan identifiseer en tot 'n oplossing kan kom.
- Vroue verlang dat gesprekke hulle tot 'n positiewe houding aanmoedig.
- Kongruensie tussen verbale en nie-verbale boodskappe van die verpleegkundige dra aanvaarding en vertroue uit.

### ***Behandel haar menswaardig***

- So 'n vrou wil meelewing hê, maar nie bejammering nie. Sy wil nie geëtiketteer voel nie, maar normaal hanteer word.
- Vroue voel menswaardig as hulle betrek word in die beplanning van hul eie behandeling en verpleegsorg.
- Respekteer vroue se gevoelens en liggame tydens ontbloting. 'n Vrou wat 'n bors verloor het moet soveel te meer met sensitiwiteit en takt in privaatheid ontbloot word. Haar respons op die ontbloting moet geëvalueer word. Die situasie bied 'n gulde geleentheid om haar borsverlieservaring te bespreek en 'n positiewe liggaamsbeeld te bevorder.

### ***Bied privaatheid***

- Privaatheid gee so 'n vrou geleentheid om tot verhaal te kom, sonder dat sy haar hoef te bekommer oor hoe haar gedrag medepasiënte sal raak.
- 'n Privaatkamer maak dit vir 'n vrou se familie moontlik om haar te ondersteun. Hulle kan in privaatheid gesels en hul emosies uitdruk.

### **VERSKAF EFFEKTIEWE VERPLEEGSORG**

#### ***Demonstreer vaardigheid/kennis tydens versorging***

- Vroue en hul families voel veilig by 'n kundige en klinies vaardige verpleegkundige. Hulle voel daar word in die vroue se behoeftes voorsien, en hulle kry die sorg waarop hul geregtig is en waarvoor hulle betaal.
- Die verpleegkundige moet die nodige kennis oor spesifieke aspekte soos die histologie, stadering, psigiese implikasies, behandelingskomplikasies en siekteverloop hê om dit te kan verreken in verpleegsorgbeplanning.
- Die verpleegkundige moet haar kennis gebruik om die potensiële reaksie van vroue op die behandeling te kan antisipeer byvoorbeeld onsekerheid of velreaksies.
- Kundige verpleegsorg verhoog die kwaliteit van die vroue se lewe. Indien hulle die nodige verpleegkundige ondersteuning ontvang, kan dit hul aanpassing vergemaklik deurdat die vroue verstaan wat aangaan en so in staat is om negatiewe emosies beter te hanteer. Dit kan ook die aanpassingstyd verkort deurdat hulle probleme antisipeer, gouer hulp ontvang en beter saamwerk.
- Die komplekse aard van karsinoom van die mammae en die behandeling vereis dat die verpleegkundige baie nou saamwerk met alle lede van die multidissiplinêre span om inligting te verskaf en beter verpleegsorg te beplan.

#### ***Beplan effektiewe verpleegtussentrede***

- Effektiewe verpleegtussentrede verminder vroue se psigiese spanning, bevorder selfsorg en aanpassing. Deurdat die vroue tydens hospitalisasie geleer word om die wonddreineringsstelsel te hanteer, aan te trek, limfedoem en hul verlieservaring te hanteer is hulle in staat om dit na ontslag self te hanteer.
- Effektiewe verpleegtussentrede dra daartoe by dat vroue so spoedig moontlik die behandeling ontvang wat tot genesing lei.
- Effektiewe verpleegsorg sluit omvattende sorg ten opsigte van alle tersaaklike aspekte van die vroue sowel as hul families in.
- Effektiewe verpleegsorg beperk komplikasies. Daar moet met kundigheid opgetree word sodat potensiële komplikasies voorkom of vroegtydig opgespoor kan word.

- Effektiewe verpleegtussentredes kan vroue met karsinoom van die mammae se lewens red deur direk postoperatief die vroue se respiratoriese status te evalueer om aspirasie en hipostatiese pneumonie as gevolg van verbande, narkosemiddels, analgetikum en pyn te voorkom. So ook, kan die waarneming van enige bloeding, tagikardie en hipotensie hipovolemiese skok voorkom word.
- Effektiewe verpleegsorg laat vroue voel dat die verpleegkundige omgee as sy ook voorsien in hul behoeftes as hulle nie in staat is om self te eet of aan te trek nie.

## **MOEDIG SELFSORG/ONAFHANKLIKHEID AAN**

### ***Versterk 'n onafhanklike ingesteldheid***

- Vroue beskou hulself as 'n bron van motivering tot aanpassing.
- Vroue vrees afhanklikheid. Selsorg beweeg weg van afhanklikheid en die ingeperktheid van siekterolgedrag. Vroue wat selfversorgend is, het 'n sterk lokus van interne kontrole. Selsorg bevorder 'n gevoel van selfbeheer. Soos vroue se kennis en vaardigheid toeneem oor karsinoom en die behandeling, ontwikkel hulle 'n gevoel van selfbeheer wat hul aanvaarding bevorder.

### ***Motiveer selsorg***

- Selsorg bevorder 'n gevoel van selfbeheer. Soos vroue se kennis oor karsinoom en hulle vaardigheid toeneem ten opsigte van selfversorging, ontwikkel hulle 'n gevoel van selfbeheer wat hul aanvaarding bevorder.
- Selsorg verbeter vroue se gesondheid deur voorkomend ten opsigte van kontrakture, velreaksies en limfededeem op te tree.
- Fisieke selsorg motiveer vroue om verantwoordelikheid te aanvaar asook beheer oor hul lewens te neem om sodoende die kwaliteit van hul lewens verhoog.
- Selsorg skep 'n geleentheid vir die familie om betrokke te raak by die vroue. Sodoende bevorder dit ope kommunikasie om emosies te deel en saam te verwerk.
- Selsorg skep 'n geleentheid vir vroue om die realiteit van borsverlies te hanteer. Deurdat die vroue self hul wonddreineringsstelsel en arm tuis moet versorg, sien en ervaar hulle die realiteit. Die vroue word sodoende gedwing om dit te hanteer.
- Vroue wat hulself versorg pas gouer aan.

## **MOEDIG EFFEKTIEWE HANTERING AAN**

### ***Verskaf geleentheid vir die verbalisering van effektiewe hantering***

- Die vroue wil 'n geleentheid hê om die betekenis wat hulle aan die persoonlike ervaring heg, uit te spreek.

- Wanneer vroue 'n geleentheid kry om te sê hoe hulle die diagnose hanteer, stel dit psigiese krag vry wat hul aanpassing en aanvaarding bevorder.

### ***Versterk positiewe ingesteldheid***

- Om positief en hoopvol te wees oor die toekoms te midde van 'n moeilike situasie, is 'n kognitiewe manier van aanpassing by 'n diagnose van karsinoom van die mammae.
- 'n Realistiese persepsie van die situasie dra by tot 'n positiewe ingesteldheid wat die kwaliteit van die vroue se lewe verbeter. Hoop bring balans tussen 'n positiewe ingesteldheid en die ervaring van hopeloosheid om sodoende aanvaarding asook aanpassing te bevorder.
- Vroue wat gebruik maak van kognitiewe hantering van hul gevoelens beleef 'n gevoel van persoonlike beheer en dit verbeter hul gemoedstoestand.
- 'n Positiewe ingesteldheid bevorder vroue se samewerking met die multi-professionele span tot 'n beter prognose.
- 'n Positiewe ingesteldheid en geloof in genesing help vroue om normaliteit in hul lewe te bring sodat hulle van dag tot dag kan leef.

## **VERSTERK GELOOFSOORTUIGINGS**

### ***Voorsien geleentheid vir die versterking van individuele geloofsoortuigings***

- Vroue kry psigiese krag vanuit hul geloof in God en word sodoende versterk om aan te pas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae.
- Geloof in God verminder die impak van die diagnose.
- Geloof in God help vroue om 'n positiewe gesindheid te handhaaf.
- Deurdat vroue glo dat dit God se wil vir hulle is, is hulle in staat om dit later te aanvaar.
- God is 'n belangrike ondersteuningsbron vir sommige vroue.
- Sommige vroue ervaar 'n versterking van hul geloof in God as gevolg van die diagnose.
- Deurdat vroue 'n geleentheid gegun word om hul skuldgevoelens te ventileer en in perspektief te plaas stel dit hulle in staat om aan te pas.

### ***Skep 'n geleentheid vir die verbalisering van vertroue***

- Sommige vroue het 'n behoefte om die betekenis wat hulle geloof in God aan 'n diagnose van karsinoom van die mammae gee met ander te deel.
- Vroue het 'n behoefte om hul geloof in God uit te spreek en sodoende word hul innerlik versterk.
- Deurdat vroue 'n geleentheid kry om hul vertroue in God uit te spreek, versterk dit hulle positiewe ingesteldheid.

## **EVALUEER VROUE SE TOEKOMSVERWAGTINGE EN VERREKEN DIT IN ONDERSTEUNING**

### ***Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van genesing***

- Baie vroue ervaar van tyd tot tyd onsekerheid ten opsigte van behandelingseffektiwiteit en toekomsverwagtinge.
- Vroue se siening oor hul toekomsverwagtinge verander met tyd.

### ***Evalueer en verreken die vroue se siening van herhaling en verspreiding***

- Onsekerheid kan as gevolg van 'n gebrek aan siekteverwante kennis wees.
- Vroue wat nie spesifieke inligting oor hul siekte en behandeling ontvang het nie, bejeen elke liggaamsverandering met vrees.
- Sommige vroue vrees steeds karsinoom na die voltooiing van hul aanvullende behandeling en voel baie blootgestel sodat hulle nie hul opvolgbesoeke, afsprake vir herhalende diagnostiese toetse en borsondersoeke nakom nie.
- Vroue wat 'n lumpektomie gehad het ervaar meer onsekerheid en angs as vroue wat 'n mastektomie gehad het. Hulle is veral onseker of hul die regte behandelingsopsie gekies het. Sommige twyfel of al die maligne selle vewyder is en vrees dus herhaling.

### ***Evalueer die vroue se siening van liggaamsbeeldherstel***

- Vroue het individuele sienings oor die nodigheid van liggaamsbeeldherstel.
- Sommige vroue voel dat borsrekonstruksie hul vroulikheid herstel en hul lewens normaliseer.
- Nie alle vroue baat by borsrekonstruksie nie. Sommige vroue sien hul liggaam steeds as geskend as gevolg van die litteken en dus is kontoerherstel nie voldoende.
- Vroue wat nie 'n veranderde liggaamsbeeld aanvaar nie, het 'n groter kans om seksuele probleme te ontwikkel.
- Nie alle vroue het voldoende kennis rondom borsrekonstruksie nie. Alle vroue beseft nie dat borsrekonstruksie ook aspekte soos tepel- en areola-rekonstruksie asook mammoplastie om simmetrie te verkry insluit nie.
- Vroue kan onseker voel oor hoe lokale herhaling opgespoor kan word indien subpektorale silikooninplantings gedoen word. Ander vroue kan die kontroversiële komplikasies van silikooninplantings vrees.



## INDIREKTE VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGSTUSSENTREDES

### **BETREK EGGENOOT/SPEZIALE VRIEND OF VRIENDIN BY ONDERSTEUNING**

#### ***Sien toe dat die eggenoot/spesiale vriend of vriendin ingelig word***

- Die eggenote/spesiale vriende of vriendinne van die vroue moet spesifieke inligting ontvang sodat hulle die realiteit van die diagnose kan besef, dat hulle kan weet hoe om die vroue te ondersteun, hul aanpassing te bevorder, rolle tydelik kan oorneem en toekomsbeplanning ten opsigte van vervoer na 'n behandelingseenheid, finansiële implikasies met betrekking tot addisionele uitgawes, kan doen en seksuele aanpassings kan maak.
- Die eggenoot/spesiale vriend of vriendin moet geleentheid kry om sy bekommernisse en onsekerhede met 'n professionele persoon te bespreek.
- Eggenotes en vroue wat borschirurgie ondergaan het, het nie noodwendig dieselfde inligtingsbehoefte op 'n gegewe tyd nie.

#### ***Moedig kommunikasie oor die diagnose en behandeling met haar eggenoot/spesiale vriend of vriendin aan***

- Ope kommunikasie oor die ervaring van karsinoom bied wedersydse steun en verminder spanning.
- Kommunikasie klaar onduidelikhede uit.

#### ***Versterk aanvaarding van eggenoot***

- Die meeste eggenote reageer met sensitiwiteit en sorgsaamheid as hulle die borsverlies die eerste keer sien. Sommige eggenote reageer huiwerig of het 'n bekommerde reaksie en dit kan vroue onseker maak.
- Die onvermoë van 'n eggenoot om te reageer en ondersteuning te bied kan 'n aanduiding wees van sy eie onvermoë om hierdie moeilike situasie te hanteer. Sommige eggenote het ook begeleiding nodig om aan te pas by hul eggenoot se borsverlies, veranderde funksionering en emosionele belewenis van die siektetoestand.
- Die eggenoot se aanvaarding is 'n deurslaggewende faktor in die vrou se aanvaarding van haar borsverlies.

#### ***Moedig behulpsaamheid van die eggenoot/spesiale vriend of vriendin aan***

- Die eggenote is die meeste vroue se grootste bron van ondersteuning.
- Die eggenoot moet rolaanpassings, veral die eerste twee weke postoperatief, in die uitvoering van huishoudelike pligte maak.

- Die meeste eggenote ervaar die versorging van hul vrouens as 'n manier om hul sorg en betrokkenheid te wys.

***Motiveer die egpaar tot gesamentlike hantering van die krisissituasie***

- Gesamentlike hantering van die krisissituasie is ondersteunend en dit bevorder aanpassing.

***Bied ope besoektyd aan die eggenote/spesiale vriend of vriendin***

- Die eggenotes het nodig om volgens behoefte toegelaat te word.

**BETREK ANDER SPANLEDE BY ONDERSTEUNING**

***Moedig 'n positiewe verhouding aan***

- Vroue het deurlopend gerusstellende kommunikasie nodig. Sigbare koestering bevorder vroue se aanpassing.
- Vertroue en geloof in die spanlede se kundigheid voorkom bykomende onsekerheid.

***Moedig bevestiging van abnormaliteite aan deur die geneesheer***

- Bevestiging van die abnormaliteite vind nie altyd in duidelike verstaanbare terme plaas nie, sodat die vroue die realiteit begryp nie. Die verpleegkundige kan as voorspraak optree.

***Moedig bespreking van abnormaliteite aan***

- Vroue het 'n behoefte om abnormaliteite te bespreek, om onduidelikhede uit te klaar en meer inligting te bekom. Dit verminder onsekerheid, verlig sodoende die emosionele impak van die diagnose en borsverlies, deurdat die vrou leer om dit kognitief te hanteer.
- Die meeste vroue se aandagspan is ingekort as gevolg van angs en dit maak dit vir die meeste vroue onmoontlik om al die inligting wat haar die eerste keer meegedeel word tydens die diagnose bevestiging in te neem.
- Wanneer professionele persone tyd inruim om abnormaliteite te bespreek, wys dit vir vroue dat hulle omgee.

***Moedig bespreking van beplande chirurgie aan***

- Vroue besef nie altyd die werklike implikasies van chirurgiese ingrepe nie.
- Dit bied 'n geleentheid vir die vroue om vrae uit te dink wat hul moontlik 'n rukkie later mag pla.

### ***Moedig bespreking van alternatiewe behandeling (indien toepaslik) aan***

- Nie alle vroue verkies borsbesparende chirurgie nie en ook nie alle vroue wil behandelingskeuses hê nie. Jonger, enkelopende en hoogsgekolde vroue wil egter aktief betrokke wees in besluitneming. Elke vrou se behoefte moet sover moontlik in ag geneem word om aanpassing te bevorder.
- Vroue wat vrylik 'n keuse ten opsigte van die tipe chirurgiese ingreep kan uitoefen, pas makliker aan. Indien vroue genoeg inligting en begeleiding ontvang is hulle twee maande postoperatief minder angstig en depressief.
- Genoeg inligting en begeleiding moet aan vroue verskaf word om 'n behandelingsopsie te kan uitoefen.
- As 'n vrou die geleentheid kry om 'n keuse wat uitgeoefen moet word te bespreek, sal dit stres verminder.

### ***Voorsien in individuele behoefte ten opsigte van tyd vir verwerking van diagnose en impak van chirurgie***

- Sommige vroue voel dat die gebeure rondom die ontdekking van die tumor en chirurgie mekaar te vinnig opvolg en dat hulle nie kans gehad het om dit te verwerk nie. Ander vroue voel dis goed dat hulle nie tyd het om te veel te dink nie. Elke vrou se individuele behoefte aan tyd vir verwerking van die diagnose en borsverlies moet sover moontlik verreken word.
- Vroue het tyd nodig om 'n behandelingskeuse te maak. As vroue nie genoeg tyd gegun is om inligting in te win en die borsverlies vir hulself te verwerk nie, maak dit hulle angstig en ervaar hulle konflik.

### ***Sien toe dat inligting met betrekking tot chirurgiese uitslag bevestig word***

- Die meeste vroue voel aan hulself of hul bors verwyder is. Ander vra familieledes of hoor wanneer verpleegkundiges dit noem tydens verslaggewing. Vroue het nodig dat hulle so gou as moontlik professionele bevestiging en ondersteuning ontvang.
- Ontwyking van die vroue totdat die chirurg hul ingelig het, maak hulle paniekerig en hulle voel baie alleen. As bevestiging van die chirurgiese uitslag onmoontlik is, is die vroue steeds geregtig op ondersteuning en nabyheid.

### ***Sien toe dat inligting ten opsigte van verdere behandeling gegee word***

- Sommige vroue besef nie dat hulle vir 'n tydperk aanvullende behandeling gaan ontvang nie en kan nie die implikasies daarvan vanuit 'n finansiële oogpunt, hul werk, die versorging van kinders en fisiese aanpassing antisipeer nie.

- Vroue se inligtingsbronne oor aanvullende behandeling is beperk. Die meeste vroue ervaar geweldige onsekerheid vanaf ontslag totdat haar aanvullende behandeling begin. Soms is hul enigste bron van inligting die massamedia of 'n leke-ondersteuningsgroep. Vroue gebruik dan die tipe behandeling wat hulle ontvang as 'n prognostiese indikator en dit kan hul soms baie ontstel as 'n vrou met dieselfde diagnose en behandeling tot sterwe kom.

#### ***Verseker verwysing na 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep deur ander spanlede***

- Ander spanlede sien toe dat alle vroue wat verwys wil word die geleentheid kry om meer inligting te ontvang en hul belewenis te deel.

#### ***Verseker die voorbereiding tot ontslag deur ander spanlede***

- Vroue wil spesifieke inligting ontvang oor hul prognose, behandeling, watter aanpassings hulle sal moet maak en wat om te verwag. Vroue voel dan minder onseker en is in staat tot selfsorg.
- Vroue moet genoeg inligting ontvang om komplikasies te kan voorkom. Hulle moet weet watter hulpbronne beskikbaar is.

### **BETREK 'N MAMMAEKARSINOOM ONDERSTEUNINGSGROEP**

#### ***Reël 'n besoek deur 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep***

- Die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep is een van die drie belangrikste ondersteuningsbronne vir vroue.
- Nie alle vroue vind egter baat by 'n mammaekarsinoom ondersteuningsgroep nie as gevolg van persoonlikheids- of hanteringsverskille. Vroue moet dus voor en na 'n besoek geraadpleeg word of hulle 'n behoefte aan inligting en ondersteuning het.

#### ***Monitor en versterk die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep se motiverende en bemoedigende optrede***

- Die band van 'n gemeenskaplike ondervinding is 'n bindende faktor tussen die vroue deurdat vroue hul ervaringe met mekaar kan deel en van mekaar leer om gemeenskaplike probleme te hanteer.
- Vroue voel minder alleen as hulle in aanraking met ander vroue wat karsinoom van die mammae het, kom. Die stigma en isolasie van karsinoom verminder as vroue besef ander vroue ly ook daaraan. Angs en depressie word verlig wanneer vroue met mekaar kan deel.
- Vroue ervaar gerusstelling deurdat hulle met ander praat. Vroue voel dat leke-ondersteuningsgroepe baie empaties optree.

- Die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep bring 'n boodskap van hoop as vroue kan sien dat hul probleme en vrese oorkom kán word. Dit verminder die impak van die diagnose en behandeling.

***Sien toe dat die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep inligting verskaf***

- Mondelinge en skriftelike inligting oor die siektetoestand, siekteverloop, behandeling en aanpassing word aan die vroue vir hulself sowel as vir hul eggenote en kinders verskaf.

***Monitor, bevestig en vul inligting aan wat deur die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep gegee is***

- Die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep bestaan meestal uit leke en die verstrekking van spesifieke inligting is nie moontlik nie omdat hul nie die histologie, stadiumbepaling en behandelingsopsies van die spesifieke vrou ken en in verband kan bring met die nodige inligting en ondersteuning nie.
- Die mammaekarsinoom ondersteuningsgroep gee primêr inligting vanuit hul eie ervaringsveld. Die klem moet op die ondersteuning wat die vroue vanuit hul eie ervaring kan bied wees en nie op spesifieke inligting nie.
- Professionele persone behoort toe te sien dat die inligting voldoende is en verband hou met die vrou se spesifieke siektetoestand en behandeling. Wanindrukke wat bespeur word moet reggestel word.

**BETREK 'N PREDIKANT BY HAAR ONDERSTEUNING**

***Moedig besoeke deur 'n predikant aan***

- Die teenwoordigheid van die predikant bring vir sommige vroue vertroosting en versterking. Die predikant is 'n belangrike ondersteuningsbron wat positiewe ingesteldheid bevorder en betekenis gee aan die siekte-ervaring.

***Skep 'n geleentheid vir voorbedding en Skriflesing deur die predikant***

- Voorbedding en Skriflesing bemoedig die vroue.
- Die verduideliking van die Skrif gee betekenis binne die vroue se godsdienstige affiliasie.

## **BETREK RELIGIEUSE ONDERSTEUNINGSBRONNE**

### ***Betrek die gemeente***

- Betrokkenheid van die gemeente is ondersteunend, vroue voel aanvaar en menswaardig.
- Die reaksie van die gemeentelede op die vroue se borsverlies speel 'n belangrike rol in hulle persepsie van hulself.

### ***Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing deur die gemeente***

- Die voorbidding en boodskappe van vertroosting versterk die vroue.

## **VERREKEN HAAR VERANTWOORDELIKHEID EN BETROKKENHEID BY HAAR KINDERS ASOOK POSITIEWE ERVARINGS**

### ***Versterk kinders se teenwoordigheid as motivering***

- Kinders is 'n belangrike ondersteuningsbron vir die vroue.
- Ope kommunikasie met die kinders gee die vroue 'n geleentheid om oor hul siekte te praat. Die meedeling van haar ervarings aan haar kinders gee haar 'n geleentheid om rationeel na die situasie te kyk.

### ***Evalueer en versterk die kinders se vermoë tot aanpassing en ondersteuning***

- Ope kommunikasie en betrokkenheid bevorder die kinders se aanpassing. Vroue is veral bekommerd oor kleiner kindertjies se versorging tydens hospitalisasie. Groter kinders se verbale vermoëns stel hulle in staat om met ander persone te praat en die situasie sodoende te hanteer.
- Vroue voel met tye bekommerd oor hul kinders se toekoms veral as hulle twyfel oor hul kanse op genesing.

## **BETREK FAMILIE EN VRIENDE BY DIE ONDERSTEUNING**

### ***Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van besoektyd***

- Die familie kan 'n probleem ervaar om hul tyd te verdeel tussen verpligtinge en hospitaalbesoeke.
- Familielede en vriende se behoeftes varieer ten opsigte van besoektyd.
- Sommige familielede het 'n behoefte om van die eise en spanning weg te kom. Die familielede moet geleer word om ook aan hulself aandag te gee sonder om skuldig te voel.

### ***Moedig besoeke van familie en vriende aan***

- Die familieledede en vriende se besoeke verminder die vroue se vrees vir verwerping.
- 'n Ondersteunende familie- en vriendekring bevorder vroue se aanpassing.
- Die familieledede en vriende se aanvanklike reaksie dra by tot die vroue se persepsie van hulself en die ernstigheid van die siekte.
- Die familieledede en vriende mag spanning ervaar en onttrek as gevolg van die krisiservaring.

### ***Moedig familieledede en vriende aan om vroue te ondersteun***

- Familieledede en vriende varieer ten opsigte van hul vermoëns om in die vroue se behoeftes te voorsien. Nie almal is in staat om spontane ondersteuning te bied nie. Sommige het inligting en begeleiding nodig om die vroue te kan ondersteun.
- Bemoediging deur die familie stel ander familieledede in staat om die spanning te hanteer. 'n Eenheidsgevoel word versterk en 'n klimaat van omgee word geskep.

### ***Betrek die familie en vriende in hulpverlening***

- Rolveranderinge vind plaas om aan vroue hulp te kan verleen, sodat hulle geleidelik kan aanpas.
- Vroue met geen of onvoldoende hulpverlening deur die familie, pas moeiliker aan en kan psigiese stres ervaar. Hierdie vroue moet geïdentifiseer word sodat hulle langer gehospitaliseer kan word.

## **BETREK DIE WERKGEWER**

### ***Betrek die werkgewer by bemoediging***

- Besoeke en die toon van belangstelling deur die werkgewer asook kollegas bied ondersteuning aan die vroue.
- Die werkgewer en kollegas kan vroue positief motiveer omdat hulle die vrouens se fisieke en psigiese vermoëns ken.

### ***Verskaf inligting aan die werkgewer wat die vroue se aanpassing sal bevorder***

- Die werkgewer moet dit vir die vroue moontlik maak om direk postoperatief fisiek aan te pas by 'n diagnose van karsinoom van die mammae.
- Die meeste vroue keer binne vier maande terug werk toe, sodra hulle fisiek aangepas het en die aanvanklike impak van die diagnose en behandeling verwerk het.

- Deurdat vroue kan terugkeer werk toe, help dit hulle om te sien dat hul lewe aangaan, dat hulle steeds in staat is om hul vorige werk te hervat en dat hulle kollegas hulle soos voorheen behandel. Dit verbeter die vroue se selfbeeld.
- Sommige vroue kan addisionele stres ervaar as gevolg van die eise by die werk en veelvuldige rolle.
- Die werkgewer moet dit vir die vroue moontlik maak om opvolgbesoeke af te lê om sodoende hul gesondheid te bevorder.



### 5.3.3 Beperkings

Die volgende beperkings van die studie is geïdentifiseer:

- Die studie is op blanke Afrikaanssprekende vroue van Protestantse geloof uitgevoer. Die ondersteuningsbehoefte van ander etniese en godsdienstgroepe mag verskil.
- Die respondente in die studie is vroue wat behandeling ontvang het van private geneesheren en beskik oor 'n hoë opvoedingspeil. Die vroue maak deel uit van 'n hoër sosio-ekonomiese klas. Vroue wat nie in die bevoorregte posisie is nie, mag andersoortige behoeftes hê.
- Slegs twee vroue in die studie se eie ondersteuningsbronne het minder effektief voorgekom. Vroue met min, geen ondersteuningsbronne of waar ope kommunikasie ontbreek mag 'n groter behoefte aan verpleegkundige ondersteuning hê.

### 5.3.4 Aanbevelings vir verdere navorsing

- Die navorsers stel voor dat die navorsing ten opsigte van ander etniese en godsdienstgroepe uitgevoer word.
- Verdere navorsing kan ook gedoen word om vroue wat 'n hoë risiko loop om karsinoom van die mammae te ontwikkel, te identifiseer, sodat aan hulle verpleegkundige ondersteuning verskaf kan word.
- Daar word aanbeveel dat navorsing gedoen moet word om te bepaal hoe om verpleegkundiges te onderrig sodat hulle vaardig raak om vroue met karsinoom van die mammae te ondersteun.

### 5.3.5 Samevatting

Die verpleegkundige ondersteuningsprogram bied aan die verpleegkundige 'n raamwerk waarvolgens sy die vrou met primêre karsinoom van die mammae kan ondersteun. Dit bevat die ondersteuningsbronne en -tussentredes soos deur vroue met primêre karsinoom van die mammae verlang word om die gelyktydige impak van die diagnose, borsverlies en aanvullende behandeling te hanteer. As die verpleegkundige vroue daarvolgens ondersteun, sal die vroue leer om aan te pas en te lééf met die veranderinge sowel as die onsekerheid van 'n moontlike herhaling. Die vroue sal ook die verpleegkundige as vaardig, kundig en koesterend ervaar en dáárin lê vir die verpleegkundige beroepsbevrediging.

## BYLAE A

### GESPRESKEDULE VIR VRYHOUDING ONDERHOUDE

#### 1. Navorsingsvraag

Beskryf alle ondersteuning wat u van alle persone van die begin van u siekte tot nou ontvang het of wou gehad het om u te help met die borskanker en behandeling.

#### 2. Gesprekskedule

##### 2.1 **Prediagnostiese fase**

- a) Beskryf hoe u gevoel het?
- b) Beskryf wat het u gedoen om die situasie te hanteer?
- c) Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- d) Wat het gehelp?
- e) Wat wou u nog hê moes gedoen word?

##### 2.2 **Diagnostiese fase**

- a) Beskryf hoe u gevoel het?
- b) Beskryf wat het u gedoen om die situasie te hanteer?
- c) Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- d) Wat het gehelp?
- e) Wat wou u nog hê moes gedoen word?

##### 2.3 **Pre-operatiewe fase**

- a) Beskryf hoe u gevoel het?
- b) Beskryf wat het u gedoen om die situasie te hanteer?

- c) Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- d) Wat het gehelp?
- e) Wat wou u nog hê moes gedoen word?

#### 2.4 Post-operatiewe fase

- a) Beskryf hoe u gevoel het?
- b) Beskryf wat het u gedoen om die situasie te hanteer?
- c) Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- d) Wat het gehelp?
- e) Wat wou u nog hê moes gedoen word?

#### 2.5 Aanvullende behandelingsfase

- a) Beskryf hoe u gevoel het?
- b) Beskryf wat het u gedoen om die situasie te hanteer?
- c) Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- d) Wat het gehelp?
- e) Wat wou u nog hê moes gedoen word?

#### 2.6 Herstel fase

- a) Beskryf hoe u gevoel het?
- b) Beskryf wat het u gedoen om die situasie te hanteer?
- c) Wat het ander gedoen om u te help om die situasie te hanteer?
- d) Wat het gehelp?
- e) Wat wou u nog hê moes gedoen word?

**A. Sosiografiese data**

1. Pasiënt voorletters en van: .....
2. Adres: .....
3. Ouderdom: .....
4. Opvoedkundige kwalifikasies: .....

5. Beroep: Self: .....  
 Eggenoot: .....

6. <u>Siekteverlofvoordele</u>	Ja	Nee
7. <u>Mediese hulpfonds</u>	Ja	Nee

8. Kerkverband: .....

9. Huwelikstaat

Nooit getroud	<input type="checkbox"/>	Geskei	<input type="checkbox"/>
Getroud	<input type="checkbox"/>	Weduwee	<input type="checkbox"/>

Ander: .....

10. Kinders:  
Geslag                      Ouderdom                      Dorp woonagtig                      Huwelikstaat

11. Huisvesting:

Woon alleen	<input type="checkbox"/>	By kinders	<input type="checkbox"/>
Met eie gesin	<input type="checkbox"/>	By vriende	<input type="checkbox"/>

Ander: .....

12. Aktiviteite:

Kultureel	<input type="checkbox"/>	Sosiaal	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	Kerklik	<input type="checkbox"/>

Ander: .....

**B. Kliniese data**

13. Vorige ervaring met persone met karsinoom:

Nie betrokke	<input type="checkbox"/>	Skoonouers	<input type="checkbox"/>
Broers/susters	<input type="checkbox"/>	Swaer/skoonsters	<input type="checkbox"/>
Betrokke by versorging van ouers	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ander: .....

14. Tumor:

Linkerbors	<input type="checkbox"/>	Regterbors	<input type="checkbox"/>	Bilateraal	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------

- Links: Boonste buitenste kwadrant  
 Onderste buitenste kwadrant  
 Boonste binneste kwadrant  
 Onderste binneste kwadrant  
 Sentraal
- Regs: Boonste buitenste kwadrant  
 Onderste buitenste kwadrant  
 Boonste binneste kwadrant  
 Onderste binneste kwadrant  
 Sentraal


17. Histologie:

- Infiltrerende buiskarsinoom  
 Medullêre karsinoom  
 Lobulêre karsinoom  
 Skirreuse karsinoom  
 Tubulere karsinoom


Ander: .....

17. T.N.M. Klassifikasie: .....

18. Behandeling ontvang:

Chirurgie:

- a) Mastektomie  
 b) Lumpektomie  
 c) Telektomie

- Onkochemoterapie  
 Radioterapie  
 Hormoonterapie


Ander: .....

19. Tipe chirurgie:

- Lumpektomie  
 Telektomie  
 Eenvoudige mastektomie sonder nodulêre verwydering  
 Eenvoudige mastektomie met nodulêre verwydering  
 Totale mastektomie


20. Datum van chirurgie: .....

21. Pasiënt toestemming: Hiermee gee ek .....  
 toestemming dat mev. E.C. Nel (nee Botha) data wat van my tydens 'n onderhoud bekom is mag gebruik vir haar M.Soc. Sc. Verpleegkunde graad.  
 Mondelinge toestemming is van die behandelende geneesheer .....

## BYLAE C

### GELDIGHEID VAN DATA VERKRY DEUR DEELNEMER KONTROLE

#### IDENTIFISERING VAN VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNINGS TUSSENTREDES WAT BENODIG WORD DEUR VROUE MET KARSINOOM VAN DIE MAMMAE

*Die doel van die instrument is dat die navorser na verwerking van al die onderhoude wil kontroleer of die verpleegkundige ondersteuning wat geïdentifiseer is wel deur alle vroue met karsinoom van die mammae benodig word.*

#### Instruksies:

Identifiseer alle ondersteuning wat u ontvang het of wou ontvang het om u te help met die aanpassing by borskanker en die behandeling daarvan.

*Die navorser sal die vraelys saam met u deurgaans om al die begrippe aan u te verduidelik.*

U voorletters en van: .....

		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
1.	Verreken vorige blootstelling as gevolg van familieledede/vriende met karsinoom.					
2.	Verreken vorige blootstelling as gevolg van benigne tumore					
3.	Verreken gevoelens/kennis rondom voorkomende optrede.					
4.	Verreken vroue se gevoelens oor die diagnose en impak van chirurgie asook behandeling.					
5.	Spreek gebrekkige kennis oor karsinoom en behandeling aan.					
6.	Voorsien in voortgesette inligtings-behoefte.					
7.	Ondersteun tydens kommer en vrees					
8.	Moedig verbalisering van woede aan					
9.	Ondersteun in onsekerheid en twyfel					
10.	Troos tydens hartseer en ongeluk-kigheid					
11.	Bied steun vir geskokte/ontwrigte vroue					
12.	Hanteer gevoelens van onwerklikheid					
13.	Bemoedig tydens periodes van moedeloosheid					
14.	Ondersteun tydens hulpeloosheid, verslaentheid en beheerverlies					
15.	Evalueer en verreken verlieservaring.					
16.	Evalueer en verreken liggaamsbeeld-verlies.					
17.	Evalueer en verreken ander psigiese aanpassings.					
18.	Evalueer en verreken fisieke aanpassing.					
19.	Wys verpleegkundige betrokkenheid					

		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
20.	Bespreek haar diagnose en siektebelewenis					
21.	Behandel haar menswaardig					
22.	Bied privaatheid					
23.	Demonstreer vaardigheid/kennis tydens versorging					
24.	Beplan effektiewe verpleegtussentredes					
25.	Versterk 'n onafhanklike ingesteldheid					
26.	Motiveer selfsorg					
27.	Verskaf geleentheid vir die verbalisering van effektiewe hantering					
28.	Versterk positiewe ingesteldheid					
29.	Voorsien geleentheid vir die versterking van individuele geloofsoortuigings					
30.	Skep 'n geleentheid vir die verbalisering van vertrouwe					
31.	Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van genesing					
32.	Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van herhaling/verspreiding					
33.	Evalueer en verreken haar siening ten opsigte van liggaamsbeeld herstel					
34.	Sien toe dat die eggenoot ingelig word					
35.	Bied opebesoektyd aan eggenoot					
36.	Moedig kommunikasie oor diagnose/ behandeling met eggenoot aan					
37.	Versterk aanvaarding van eggenoot					
38.	Motiveer egpaar tot gesamentlike hantering van krisissituasie					
39.	Moedig behulpsaamheid aan deur eggenoot					
40.	Verseker die bevestiging van normaliteite/abnormaliteite deur geneesheer					



		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
41.	Moedig positiewe verhouding aan met ander spanlede					
42.	Moedig bespreking van abnormaliteite aan					
43.	Moedig verduideliking van beplande chirurgie aan					
44.	Moedig bespreking van alternatiewe behandeling (indien toepaslik) aan					
45.	Voorsien in individuele behoefte ten opsigte van tyd vir verwerking van diagnose en impak van chirurgie					
46.	Sien toe dat inligting met betrekking tot chirurgiese uitslag bevestig word					
47.	Sien toe dat inligting ten opsigte van verdere behandeling gegee word					
48.	Verseker verwysing na mammakarsinoom ondersteuningsgroep deur ander spanlede					
49.	Versterk die voorbereiding tot ontslag					
50.	Reël 'n besoek van mammae karsinoom ondersteuningsgroep					
51.	Monitor en versterk ondersteuningsgroep se motiverende/bemoedigende optrede					
52.	Sien toe dat hulle inligting verskaf					
53.	Monitor, bevestig en vul inligting aan deur ondersteuningsgroep gegee					
54.	Moedig besoeke aan van predikant					
55.	Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing					
56.	Betrek die gemeente					
57.	Skep 'n geleentheid vir voorbidding en Skriflesing deur gemeente					
58.	Versterk kinders se téenwoordigheid as motivering					

		Stem beslis nie saam nie	Stem nie saam nie	Neu- traal	Stem saam	Stem beslis saam
TEMAS		1	2	3	4	5
59.	Evalueer en versterk kinders se vermoë tot aanpassing en ondersteuning					
60.	Voorsien in individuele behoeftes ten opsigte van besoektyd deur familie/vriende					
61.	Moedig besoeke aan van familie/vriende					
62.	Versterk bemoediging deur familie/vriende					
63.	Betrek in hulpverlening die familie/vriende					
64.	Betrek by bemoediging die werkgewer					
65.	Verskaf inligting ten opsigte van aspekte wat sal bydrae tot vroue se herstel aan werkgewer					
66.	Ervaar u tans enige probleme met die verwerking van u siekte wat nie tydens bogenoemde aan aandag gegee is nie (indien ja, verduidelik die probleem: ..... ..... ..... ..... .....				JA	NEE
67.	Indien u enige verdere opmerking wil maak, kan u dit hier doen. ..... ..... ..... ..... .....					

## BIBLIOGRAFIE

- AARONSON, N.K., BARTELINK, H., VAN DONGEN, J.A. & VAN DAM, F.S.A.M. 1988. Evaluation of breast conserving therapy: Clinical methodological, and psychosocial perspectives. *European Journal of Surgical Oncology*, 14:133-140.
- ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E. 1979. *Better patient care through nursing research*. Second edition. New York: MacMillan Publishing Company, 334.
- AGRE, P., BOOKBINDER, M., CIRRINCIONE, C. & KEATING, E. 1990. How much time do nurses spend teaching cancer patients? *Patient Education and Counselling*, 16:29-38.
- ALI, N.S. & KHALIL, H.Z. 1991. Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 14(5):232-239.
- ANDERSON, J. 1988. Coming to terms with mastectomy. *Nursing Times*, 84(4):41-44.
- ANDERSON, J. 1988. Facing up to mastectomy. *Nursing Times*, 84(3):36-39.
- ANDERSON, J.L. 1989. The nurse's role in cancer rehabilitation. *Cancer Nursing*, 12(2):85-94.
- ASHCROFT, T.J., LEINSTER, S.J. & SLADE, P.D. 1985. Breast cancer - patient choice of treatment: Preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78:43-46.

AYRES, A., HOON, P.W., FRANZONI, J.B., MOTHENY, K.B., COTANCH, P.H. & TAKAYANAGI, S. 1994. Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(5):393-402.

BAKER, C.A., WUEST, J. & STERN, P.N. 1992. Method slurring: The grounded theory/phenomenology example. *Journal of Advanced Nursing*, 17:1355-1360.

BALDWIN, E. 1990. Sexuality and breast cancer. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, 26(10):385-386.

BARRACLOUGH, J., PINDER, P., CRUDDAS, M., OSMOND, C., TAYLOR, I. & PERRY, M. 1992. Life events and breast cancer prognosis. *British Medical Journal*, 304:1078-1081.

BARROW, J. 1993. Nuwe hoop vir diegene wat mastektomie oorleef. *Geneeskunde*, 6:26.

BAUM, M., EBBS, S.R., FALLOWFIELD, L.J. & FRASER, S.C.A. 1990. Measurement of quality of life in advanced breast cancer. *Acta Oncologica*, 29(3):391-395.

BEAN, C.A. & HOLCOMBE, J.K. 1993. Personality types of oncology nurses. *Cancer Nursing*, 16(6):479-485.

BINDEMANN, S. 1987. *Psychological impact of cancer: Its assessment, treatment and ensuing effects on quality of life*. Raven Press, New York, 227-230.

BLANK, J.J., CLARK, L., LONGMAN, A.J. & ATWOOD, J.R. 1989. Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. *Cancer Nursing*, 12(2):78-84.

BLOOM, J.R. 1986. Psychological response to mastectomy. *Cancer*, 59:189-196.

BRADY, M.L. 1987. Psychological interactions for women with breast disease. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 9:780-816.

BRAILEY, L.J. 1986. Effects of health teaching in the workplace on women's knowledge, beliefs and practices regarding breast self-examination. *Research in Nursing & Health*, 9:223-231.

BRINK, H. 1991. Quantitative vs Qualitative Research. *Nursing RSA*, 6(1):14-18.

BROWN-DANIELS, C.J. & BLASDELL, A. 1990. Early-stage breast cancer: Adjuvant drug therapy. *American Journal of Nursing*, 11:32-35.

BUDDEBERG, C., WOLF, C., SIEBER, M., RIEHL-EMDE, A., BERGANT, A., STEINER, R., LANDOLT-RITTER, C. & RICHTER, D. 1991. Coping strategies and course of disease of breast cancer patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 55:151-157.

BULLOUGH, B. 1981. Nurses as teachers and support persons for breast cancer patients. *Cancer Nursing*, 6:221-225.

BURGESS, C., MORRIS, T. & PETTINGALE, K.W. 1988. Psychological response to cancer diagnosis - II evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(3):263-272.

BURNARD, P. 1991. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11:461-466.

BURNS, N. & GROVE, S.K. 1993. *The practice of Nursing Research*. Second edition. WB Saunders Company, 27-567.

BUTOW, P., COATES, A., DUNN, S., BERNHARD, J. & HÜRNY, C. 1991. On the receiving end IV: Validation of quality of life indicators. *Annals of Oncology*, 2:597-603.

CAIN, E.N., KOHORN, E.I., QUINLAN, D.M., LATIMER, K. & SCHWARTZ, P.E. 1986. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57:183-189.

CARLSSON, M. & HAMRIN, E. 1994. Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. A literature review. *Cancer Nursing*, 17(5):418-428.

CARTER, B.J. 1993. Long-term survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 16(5):354-361.

CARVER, C.S., POZO-KADERMAN, C., HARRIS, S.D., NORIEGA, V., SCHEIER, M.F., ROBINSON, D.S., KETCHAM, A.S., MOFFAT, F.L. & CLARK, K.C. 1994. Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *CANCER*, 73(4):1213-1220.

CASSILETH, B.R., LUSK, E.J., MILLER, D.S., BROWN, L.L. & MILLER, C. 1985. Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease. *The New England Journal of Medicine*, 312(24):1551-1555.

CASSILETH, B.R., KNUIMAN, M.C., ABELOFF, M.D., FALKSON, G., EZDINLI, E.Z. & MEHTA, C.R. 1986. Anxiety levels in patients randomized to adjuvant therapy versus observation for early breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 4(6):972-974.

CAWLEY, M., KOSTIC, J. & CAPPELLO, C. 1990. Informational and psychosocial needs of women choosing conservative surgery/primary radiation for early stage breast cancer. *Cancer Nursing*, 13(2):90-94.

- CELLA, D.F., TROSS, S. & ORAV, E.J. 1989. Moodstates of patients after the diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7:45-54.
- CHAUDARY, M.A. 1991. Conservative treatment of breast cancer. *Update*, 9:2902-2906.
- CHRISTMAN, N.J. 1990. Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*, 39:17-20.
- CIMPRICH, B. 1991. Attentional fatigue following breast cancer surgery. *Research in Nursing & Health*, 15:199-207.
- CLAPPERTON, G. 1991. Breast cancer: Hope and charity. *Nursing Times*, 87(35):56.
- CLARK, J. & LANDIS, T.L. 1989. Reintegration and maintenance of employees with breast cancer in the work place. *American Association of Occupational Health Nurses*, 37:186-193.
- CLARKE, D.E. & SANDLER, L.S. 1989. Factors involved in nurses' teaching breast self-examination. *Cancer Nursing*, 12(1):41-46.
- CLOSE, A. 1988. Patient education: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 13:203-213.
- COHN, S.D. 1991. Delay in diagnosis of breast cancer. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36(1):74-79.
- CONILL, M.D., VERGER, E. & SALAMERO, M. 1989. Performance status assessment in cancer patients. *Cancer*, 65:1864-1866.

COOPER, C.L. & FARAGHER, E.B. 1992. Coping strategies and breast disorders/cancer. *Psychological Medicine*, 22:447-455.

COSCARELLI SCHAG, C.A., GANZ, P.A. & HEINRICH, R.L. 1991. Cancer rehabilitation evaluation system - short form (CARES-SF). *CANCER*, 68:1406-1413.

COTTON, T., LOCKER, A.P., JACKSON, L., BLAMEY, R.W. & MORGAN, D.A.L. 1991. A prospective study of patient choice in treatment for primary breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 17:115-117.

COWARD, D.D. 1989. The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 162-169.

COWLES, K.V. 1988. Issues in Qualitative Research on sensitive topics. *Western Journal of Nursing Research*, 10(2):163-179.

COX, E. 1984. Psychological aspects. *Nursing Mirror*, 159(18):18-19.

CROOKS, C.E. & JONES, S.D. 1989. Educating women about the importance of breast screenings: The nurse's role. *Cancer Nursing*, 12(3):161-164.

CUNNINGHAM, A.J. & TOCCO, E.K. 1989. A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 14:101-114.

DE HAES, J.C.J.M., VAN OOSTROM, M.A. & WELVAART, K. 1986. The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 12:337-342.

DE KLEIJN, A.S. 1988. Quality oncology care through the primary nursing modality, 191-192.



DEAN, C. 1987. Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 31:385-392.

DEAN, C. 1988. The emotional impact of mastectomy. *British Journal of Hospital Medicine*, 1:30-39.

DEAN, C. & HOPWOOD, P. 1989. Liaison psychiatry in a breast cancer unit. *British Journal of Psychiatry*, 155:98-100.

DEAN, C. & SURTEES, P.C. 1989. Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33:561-569.

DEL TURCO, M.R., PALLI, D., CARIDDI, A., CIATTO, S., PACINI, P. & DISTANTE, V. 1994. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. *JAMA*, 271(20):1593-1597.

DENTON, S. 1987. A lot of living to do. *Community Outlook*, 5:6-11.

DERDIARIAN, A. 1987. Informational needs of recently diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 10(2):107-115.

DIEKMANN, J.M. 1988. An evaluation of selected "I can cope" programs by registered participants. *Cancer Nursing*, 11(5):274-282.

DODD, M.J. 1988. Patterns of self-care in patients with breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 10(1):7-24.

DONOVAN, K., SANSON-FISHER, R.W. & REDMAN, S. 1989. Measuring quality of life in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 7(7):959-968.

DUFFY, M.E. 1989. Qualitative Research: An approach whose time has come. *Nursing & Health Care*, 237-239.

DUNN, V. 1988. Life after mastectomy. *Community Outlook*, 8:34.

EDGAR, L., ROSBERGER, Z. & NOWLIS, D. 1992. Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, 69(3):817-828.

ELL, K., NISHIMOTO, R., MANTELL, J. & HAMOVITCH, M. 1988. Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(4):429-438.

ERSECK, M. 1992. Examining the process and dilemmas of reality negotiation. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 24(1):19-25.

FALLOWFIELD, L.J. 1988. Controversy over mammographic screening. *British Medical Bulletin*, 297:728.

FALLOWFIELD, L.J. 1990. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301:575-580.

FALLOWFIELD, L.J. 1993. Quality of life measurement in breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86(1):10-12.

FALLOWFIELD, L.J., BAUM, M. & MAGUIRE, G.P. 1986. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293:1331-1334.

FALLOWFIELD, L.J. & HALL, A. 1991. Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *British Medical Bulletin*, 47(2):388-399.

FALLOWFIELD, L.J., HALL, A., MAGUIRE, G.P. & BAUM, M. 1990. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301:575-580.

- FALLOWFIELD, L.J., HALL, A., MAGUIRE, P., BAUM, M. & HERN, R.P. 1994. Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *British Medical Journal*, 309:448.
- FALLOWFIELD, L.J., RODWAY, A. & BAUM, M. 1990. What are the psychological factors influencing attendance, non-attendance and re-attendance at a breast screening centre? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83:547-551.
- FAULDER, C. 1991. Breast cancer: The patient's viewpoint. *Update*, 6:79-81.
- FEATHER, B.L. & LANIGAN, C. 1987. Looking good after your mastectomy. *American Journal of Nursing*, 8:1048-1049.
- FEATHER, B.L. & WAINSTOCK, J.M. 1989. Perceptions of postmastectomy patients. Part I. *Cancer Nursing*, 12(5):293-305.
- FERNSLER, J.I. 1989. Employee counseling with respect to lifestyles, life events and breast cancer risks. *AAOHN*, 37(5):158-165.
- FERREIRA, M., MOUTON, J., PUTH, G., SCHURINK, E. & SCHURINK, W. 1988. *Inleiding tot kwalitatiewe metodes, module 3*. Pretoria, RGN, 140-155.
- FETTING, J.H. 1990. Psychosocial aspects of breast cancer. *Current Opinion in Oncology*, 2:1093-1096.
- FIELD, P.A. & MORSE, J.M. 1985. *Nursing research: The application of qualitative approaches*. Rockville, Maryland: Aspen, 534-545.
- FORBES, J. 1992. The surgery of early breast cancer. *Current Opinion in Oncology*, 4:1027-1034.

- FRANK-STROMBORG, M. 1989. Reaction to the diagnosis of cancer questionnaire: Development and psychometric evaluation. *Nursing Research*, 38:364-369.
- FREDETTE, S.L. 1990. A model for improving cancer patient education. *Cancer Nursing*, 13(4):207-215.
- FREDETTE, S.L. 1995. Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18(1):35-46.
- FREDETTE, S.L. & BEATTIE, H.M. 1986. Living with cancer. *Cancer Nursing*, 9(6):308-316.
- FRIEDMAN, B.N. 1980. Coping with cancer: A guide for health care professionals. *Cancer nursing*, (4):105-109.
- FRIEDMAN, L.C., BAER, P.E., NELSON, D.V., LANE, M., SMITH, F.E. & DWORKIN, R.J. 1988. Women with breast cancer: Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosomatic Medicine*, 50:520-530.
- GANZ, P.A., COSCARELLI SCHAG, C.A. & CHENG, H. 1990. Assessing the quality of life - a study in newly-diagnosed breast cancer patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(1):75-86.
- GANZ, P.A., COSCARELLI SCHAG, C., LEE, J.J., POLINSKY, M.L. & TAN, S. 1992. Breast conservation versus mastectomy. *CANCER*, 69(7):1729-1738.
- GANZ, P.A., HIRJI, K., SIM, M., COSCARELLI SCHAG, C.A.C., FRED, C. & POLINSKY, M.L. 1993. Predicting Psychosocial risk in patients with breast cancer. *Medical Care*, 31(5):419-431.

GAUT, D.A. 1992. *The presence of caring in nursing*. First edition. National League for Nursing Press, 241-255.

GELBER, R.D., COLE, B.F. & GOLDBIRSCH, A. 1993. How to compare quality of life in breast cancer patients in clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, 127:221-233.

GELLERT, G.A., MAXWELL, R.M. & SPIEGEL, B.S. 1993. Survival of breast cancer patients receiving adjuvant psychosocial support therapy: A 10 year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 11(1):66-69.

GEYER, S. 1993. Life events, chronic difficulties and vulnerability factors preceding breast cancer. *Social Science Medicine*, 37(12):1545-1555.

GLASER, B.G., STRAUSS, A.L. 1967. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 30-35.

GLENN, B.L. & MOORE, L.A. 1990. Relationship of self-concept, health locus of control, and perceived cancer treatment options to the practice of breast self-examination. *Cancer Nursing*, 13(6):361-365.

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

GORDON, D.R. 1990. Embodying illness, embodying cancer. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14:275-297.

GOSSAGE, J. 1990. Early stage breast cancer: How nurses help. *American Journal of Nursing*, 11:31.

GRANDA, C. 1994. Nursing management of patients with lymphedema associated with breast cancer therapy. *Cancer Nursing*, 17(3):229-235.

GRANDI, S., FAVA, G.A., CUNSOLO, A., SAVIOTTI, F.M., RANIERI, M., TROMBINI, G. & GOZZETTI, G. 1990. Rating depression and anxiety after mastectomy: Observer versus self-rating scales. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20(2):163-171.

GRANSTROM, S.L. 1985. Spiritual nursing care for oncology patients. *Topics in Clinical Nursing*, 4:39-45.

GRAY, M.E. 1990. Factors related to practice of breast self-examination in rural women. *Cancer Nursing*, 13(2):100-107.

GRAYDON, J.E. 1988. Factors that predict patients' functioning following treatment for cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 25(2):117-124.

GRAYDON, J.E. 1994. Women with breast cancer. Their quality of life following a course of radiation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 19:617-622.

GREER, S. 1990. Fighting spirit and breast cancer. *British Journal of Hospital Medicine*, 44:221.

GREER, S. 1991. Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21:43-49.

GREER, S., MOOREY, S., BARUCH, J.D.R., WATSON, M., ROBERTSON, B.M., MASON, A., ROWDEN, L., LAW, M.G. & BLISS, J.M. 1992. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304:675-679.

GROSSMAN-SCHULTZ, M. & FEELEY, N. 1989. A working model of support. *Nursing Times*, 42-46.

HAASE, J. 1987. Components of courage in chronically ill adolescents: A phenomenological study. *Advances in Nursing Science*, 9:50-80.

HABERMAN, M.R., WOODS, N.F. & PACKARD, N.J. 1990. Demands of chronic illness: Reliability and validity assessment of a demands-of-illness inventory. *Holistic Nursing Practitioner*, 5(1):25-35.

HABERMANN-LITTLE, B. 1991. Qualitative Research Methodologies: An overview. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(3):188-190.

HACKING, D.J. 1994. Systemic adjuvant treatment for early breast cancer. *Specialist Medicine*, 8:43-46.

HAILEY, J., LAVINE, B. & HOGAN, B. 1988. The mastectomy experience: Patient's perspectives. *Women & Health*, 14(1):75-88.

HALL, B.A. 1990. The struggle of the diagnosed terminally ill person to maintain hope. *Nursing Science Quarterly*, 3(4):177-184.

HANSON, E.J. 1994. An exploration of the taken-for-granted world of the cancer nurse in relation to stress and the person with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 19:12-20.

HARRISON-WOERMKE, D.E. & GRAYDON, J.E. 1993. Perceived informational needs of breast cancer patients receiving radiation therapy after excisional biopsy and axillary node dissection. *Cancer nursing*, 16(6):449-455.

- HEYMAN, E., TYNER, R., PHIPPS, C., CAVE, L. & OWEN, D.C. 1991. Is the hospital setting the place for teaching breast self-examination? *Cancer Nursing*, 14(1):35-40.
- HIGHFIELD, M.F. & CASON, C. 1983. Spiritual needs of patients: Are they recognized? *Cancer Nursing*, 6:187-192.
- HIGHFIELD, M.F. 1992. Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nursing*, 15(1):1-8.
- HILAKIVI-CLARKE, L., ROWLAND, J., CLARKE, R. & LIPPMAN, M.E. 1993. Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 29:141-160.
- HILTON, B.A. 1994. Family communication patterns in coping with early breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 16(4):366-388.
- HINDS, P.S. & MARTIN, J. 1988. Hopefulness and the self sustaining process in adolescents with cancer. *Nursing Research*, 37(6), 336-339.
- HINDS, P.S., SCANDRETT-HIBDEN, S. & McAULAY, L.S. 1990. Further assessment of a method to estimate reliability and validity of qualitative research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 15:430-435.
- HOLLI, K. & HAKAMA, M. 1993. Biological, physical, mental and social dimensions of breast cancer: Information based case notes. *European Journal of Surgery*, 294(15):2152-2155.
- HOLMBERG, L., OMNE-PONTÉN, M., BURNS, T., ADAMI, H.O. & BERGSTRÖM, R. 1989. Psychosocial adjustment after mastectomy and breast-conserving treatment. *Cancer*, 64:969-974.



- HOLMES, B.C. 1987. Psychological evaluation and preparation of the patient and family. *Cancer*, 60:2021-2024.
- HOLMES, P. 1986. Facing up to disfigurement. *Nursing Times*, 8:16-17.
- HOPKINS, M.B. 1986. Information-seeking and adaptational outcomes in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 9(5):256-262.
- HOPWOOD, P., HOWELL, A., & MAGUIRE, P. 1991. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: Prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64:349-352.
- HOUGH, E.E., LEWIS, F.M. & WOODS, N.F. 1991. Family response to mother's chronic illness. *Western Journal of Nursing Research*, 13(5),568-596.
- HOUTS, P.S., YASKO, J.M., KAHN, S.B., SCHEILZEL, G.W. & MARCONI, K.M. 1986. Unmet Psychological, social and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. *Cancer*, 58:2355-2361.
- HUGHES, K.K. 1993. Psychosocial and functional status of breast cancer patients. *Cancer Nursing*, 16(3):222-229.
- HUGHSON, A.V.M., COOPER, A.F., McARDLE, C.S. & SMITH, D.C. 1988. Psychosocial consequences of mastectomy: Levels of morbidity and associated factors. *Journal of Psychosomatic Research*, (32)4:383-391.
- HUGHSON, A.V.M., COOPER, A.F., McARDLE, C.S. & SMITH, D.C. 1986. Psychological impact of adjuvant chemotherapy in the first two years after mastectomy. *British Medical Journal*, 293:1268-1271.
- HÜRNY, C. 1989. Critical review of quality of life: Psychosocial aspects of adjuvant therapy in breast cancer. *Recent Results in Cancer Research*, 115:279-282.

HÜRNY, C. & BERNHARD, J. 1989. Coping and survival in patients with primary breast cancer: A critical analysis of current research strategies and proposal of a new approach integrating biomedical, psychological and social variables. *Recent Results in Cancer Research*, 115:255-271.

HYCNER, R.H. 1985. Phenomenology: A method for nursing research. *Advances in Nursing Science*, 5(2):49-62.

JAMISON, R.N., BURISH, T.G., WALLSTON, K.A. 1987. Psychogenetic factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 5:768-772.

JASPER, M.A. 1994. Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19:309-314.

JENKINS, P.L., MAY, V.E. & HUGHES, L.E. 1991. Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(2):149-155.

JENSEN, A.B. 1991. Psychosocial factors in breast cancer and their possible impact upon prognosis. *Cancer Treatment Reviews*, 18:191-210.

JOHNSON, J. & FLAHERTY, M. 1980. The nurse and cancer patient education. *Seminars in Oncology Nursing*, 7:63-70.

KAHN, D.L. & STEEVES, R.H. 1986. The experience of suffering: Conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11:623-631.

KASH, K.M., HOLLAND, J.C., HALPER, M.S. & MILLER, D.G. 1992. Psychological distress and surveillance behaviours of women with a family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(1):24-30.

KAYE, L. & APPLGATE, J. 1990. Men as elder caregivers: A response to changing families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60:86-95.

KESSELRING, A., DODD, M.J., LINDSEY, A.M. & STRAUSS, A.L. 1986. Attitudes of patients living in Switzerland about cancer and its treatment. *Cancer Nursing*, 9(2):77-85.

KESSELRING, A., LINDSEY, A.M., DODD, M.J. & LOVEJOY, N.C. 1986. Social network and support perceived by Swiss cancer patients. *Cancer Nursing*, 9(4):156-163.

KIEBERT, G.M., DE HAES, J.C.J.M. & VAN DE VELDE, C.J.H. 1991. The impact of breast conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: A review. *Journal of Clinical Oncology*, 9(6):1059-1070.

KINNE, D.W. 1991. Staging and follow-up of breast cancer patients. *CANCER*, 67:1196-1198.

KNAFL, K.A. & WEBSTER, D.C. 1988. Managing and analyzing qualitative data. *Western Journal of Nursing Research*, 10(2):195-218.

KNOBF, M.T. 1986. Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 4(5):678-684.

KNOBF, M.T. 1990. Early-stage breast cancer: The options. *American Journal of Nursing*, 11:28-30.

KNOBF, M.T. 1990. Symptoms and rehabilitation needs of patients with early stage breast cancer during primary therapy. *Cancer*, 66:1392-1401.

KNOBF, M.T. & STAHL, R. 1991. Reconstructive surgery in primary breast cancer treatment. *Seminars in oncology nursing*, 7:200-206.

KRAUSE, K. 1987. Responding to breast cancer. *Nursing Times*, 3:63-66.

KRAUSE, K. 1991. Contracting cancer and coping with it. *Cancer Nursing*, 14(5):240-245.

KUMASAKA, L.M.K.B. & DUNGAN, J.M. 1993. Nursing strategy for initial emotional response to cancer diagnosis. *Cancer Nursing*, 16(4):296-303.

LEDERMAN, R.P. 1991. Quantitative and Qualitative research methods: Advantages of complementary usage. *Maternity and Child Nursing*, 16:43.

LEININGER, M. 1990. *Criteria for evaluating qualitative methods*. Unpublished paper, 1-20.

LEINSTER, S.J., ASHCROFT, J.J. & SLADE, P.D. 1989. Mastectomy versus conservative surgery: Psychosocial effects of the patient's choice of treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7:179-192.

LERMAN, C., DALY, M., WALSH, W.P., RESCH, N., SEAY, J., BARSEVICK, A., BIRENBAUM, L., HEGGAN, T. & MARTIN, G. 1993. Communication between patients with breast cancer and health care providers. *CANCER*, 72(9):2612-2619.

LERMAN, C. & SCHWARTZ, M. 1993. Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research & Treatment*, 28(2):145-155.

LEVY, S., HERBERMAN, R., LIPPMAN, M. & D'ANGELO, T. 1987. Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5(3):348-353.

LEVY, S.M., HERBERMAN, R.B., MALUISH, A.M., SCHLIEN, B. & LIPPMAN, M. 1985. Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology*, 4(2):99-113.

LEWANDOWSKI, W. & JONES, S.L. 1988. The family with cancer. *Cancer Nursing*, 11(6):313-321.

LEWIS, F.M., HAMMOND, M.A. & WOODS, N.F. 1993. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioural Medicine*, 16(4):351-369.

LIBERATI, A. 1994. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. *JAMA*, 271(20):1587-1592.

LIERMAN, L.M. 1988. Discovery of breast changes. *Cancer Nursing*, 11(6):352-361.

LINDSEY, A.M., NORBECK, J.S., CARRIERI, V.L. & PERRY, E. 1988. Social support and health outcomes in post mastectomy women. A review. *Cancer Nursing*, 61:380-384.

LINN, M.W. 1988. Psychotherapy with cancer patients. *Advanced Psychosomatic Medicine*, 18:54-65.

LO BIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 1990. *Nursing research, methods, critical appraisal and utilization*. Second edition. Mosby Company, USA, 194-205.

LOVE, R.R., LEVENTHAL, H., EASTERLING, D.V. & NERENZ, D.R. 1989. Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 63:604-612.

LYALL, J. 1988. Life after cancer. *Nursing Times*, 84(11):26-30.

- MACKILLOP, W.J., STEWART, W.E., GINSBURG, A.D. & STEWART, S.S. 1988. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *British Journal of Cancer*, 58:355-358.
- MAGAREY, C.J. 1988. Aspects of the psychological management of breast cancer. *The Medical Journal of Australia*, 148:239-242.
- MAGUIRE, P. 1985. Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal*, 291:1711-1713.
- MAGUIRE, P. 1990. The psychological consequences of the surgical treatment of cancer of the breast. *Surgery Annual*, 77-91.
- MAGUIRE, P. 1994. ABC of breast diseases. Psychological aspects. *British Medical Journal*, 309:1649-1652.
- MAGUIRE, P., TAIT, A. & BROOKE, M. 1980. A conspiracy of pretence. *Nursing Mirror*, 10:17-19.
- MANNE, S.L., SABBIONI, M., BOVBJERG, D.H., JACOBSEN, P.B., TAYLOR, K.L. & REDD, W.H. 1994. *Journal of behavioural Medicine*, 17(1):41-55.
- MARASTE, R., BRANDT, L., OLSSON, H. & RYDE-BRANDT, B. 1992. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. *Acta Oncologica*, 31(6):641-643.
- MAREE, J.E. 1988. *Die rehabilitasie van die mastektomiepatiënt*, 122-124.
- MARGOLIS, G.J., GOODMAN, R.L. & RUBIN, A. 1990. Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*, 31:33-39.
- MARIANO, C. 1990. Qualitative Research. *Nursing & Health Care*, 11(7):350-359.

MAUNSELL, E., BRISSON, J. & DESCHÊNES, L. 1992. Psychological distress after initial treatment of breast cancer. *Cancer*, 70(1):120-125.

MAYS, L.H. 1981. Cancer Management, the clergy and the human spirit. *Social Science Medicine*, 20(11):1257-1262.

McCORMICK, B., YAHALOM, J., COX, L., SHANK, B. & MASSIE, M.J. 1989. The patient's perception of her breast following radiation and limited surgery. *International Journal of Radiation Oncology Biophysics*, 17:1299-1302.

McEVOY, M.D. & McCORKLE, R. 1990. Quality of life issues in patients with disseminated breast cancer. *Cancer*, 66:1416-1421.

McGEE, R.F. & WHITE, C.H. 1989. Helping employees and families cope with breast cancer treatment. *AAOHN Journal*, 37(5):178-185.

McLEAN, G. 1986. One day at a time. *Nursing Times*, 9(3):28-31.

MELLETTTE, S. 1987. The cancer patient at work. *Cancer*, 35:360-373.

MENON, M., TEH, C.H. & CHUA, C.L. 1992. Clinical and social problems in young women with breast carcinoma. *Australia, New Zealand Journal for Surgery*, 62:364-367.

MEYER, L. & ASPEGREN, K. 1989. Long-term psychological sequelae of mastectomy and breast-conserving treatment for breast cancer. *Acta Oncologica*, 28:13-18.

MIDDELBOE, T., OVESEN, L., MORTENSEN, E.L. & BECH, P. 1994. Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: A psychometric analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(4):171-177.

MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. 1994. *An expanded sourcebook for qualitative data analysis*. Second edition. SAGA Publications, USA, 9-310.

MISHEL, M.H. 1988. Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4):225-232.

MOCH, S.D. 1989. Health within illness: Conceptual evolution and practice possibilities. *Advanced Nursing Science*, 11(8):23-31.

MOCH, S.D. 1990. Health within the experience of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 15:1426-1435.

MOCK, V. 1993. Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, 42(3):153-157.

MÖLLER, A.T. & FOURIE, L.J. 1995. Die voorspelling van psigososiale aanpassing na 'n diagnose van borskanker. *Geneeskunde*, 5:5-10.

MORO, G. & CIAMBELLOTI, E. 1993. Evaluation of the esthetic results of conservative treatment of breast cancer. *Tumori*, 79:258-261.

MORRIS, J. 1993. Surgical treatment for early breast cancer: Should the patient decide? *European Journal of Cancer*, 29(13):1801-1803.

MORRIS, J. & INGHAM, R. 1988. Choice of surgery for early breast cancer: Psychosocial considerations. *Social Science Medicine*, 27(11):1257-1262.

MORRIS, J. & ROYLE, G.T. 1988. Offering patients a choice of surgery for early breast cancer: A reduction in anxiety and depression in patients and their husbands. *Social Science Medicine*, 26:583-585.



- MORRIS, T., BLANK, S. & BUCKLEY, B. 1985. Development of a method for rating cognitive responses to a diagnosis of cancer. *Social Science and Medicine*, 20(8):795-802.
- MORRIS, T., GREER, H.S. & WHITE, P. 1977. Psychological and social adjustment to mastectomy: A two year follow-up study. *Cancer*, 40:2381.
- MORSE, J.M. 1989. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Rockville, Maryland: Aspen, 435.
- MOSCONI, P., MEYEROWITZ, B.E., LIBERATI, M.C. & LIBERATI, A. 1991. Disclosure of breast cancer diagnosis: Patient and physician reports. *Annals of Oncology*, 2:273-280.
- MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1988. *Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe*. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, 33-71.
- NAB, H.W., HOP, W.C.J., CROMMELIN, M.A., KLUCK, H.M., VAN DER HEIJDEN, L.H. & COEBERG, J.W. 1994. Changes in long term prognosis for breast cancer in a Dutch cancer registry. *British Medical Journal*, 309:83-86.
- NAIL, L., JONES, L.S., GIUFFRE, M. & JOHNSON, J.E. 1984. Sensations after mastectomy. *American Journal of Nursing*, 64:1121-1124.
- NELSON, D.V., FRIEDMAN, L.C., BAER, P.E., LANE, M. & SMITH, F.E. 1989. Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(4):341-355.
- NEMCEK, M.A. 1990. Health beliefs and preventive behaviour. *AAOHN Journal*, 38(3):127-137.

NETTLES-CARLSON, B. 1989. Early detection of breast cancer. *JOGNN*: 373-381.

NEULING, S.J. & WINEFIELD, H.R. 1988. Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon. *Social Science Medicine*, 27(4):385-392.

NEWCOMB, P.A. & LANTZ, D.M. 1993. Recent trends in breast cancer incidence, mortality and mammography. *Breast Cancer Research and Treatment*, 28:97-106.

NIELSEN, B.B. & EAST, C. 1990. Advances in breast cancer. *Nursing Clinics of North America*, 25(2):365-375.

NOGUCHI, M., KITAGAWA, H., KINOSHITA, K., EARASHI, M., MIYAZAKI, I., TATSUKUCHI, S., SAITO, Y., MIZUKAMI, Y., NONOMURA, A., NAKAMURA, S. & MICHIGISHI, S. 1993. Psychologic and cosmetic self-assessment of breast conserving therapy compared with mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of surgical Oncology*, 54:260-266.

NOGUCHI, M., SAITO, Y., MIZUKAMI, Y., NONOMURA, A., OHTA, N., KOYASAKI, N., TANIYA, T. & MIYAZAKI, I. 1991. Breast deformity, its correction, and assessment of breast conserving surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 18:111-118.

NORTHOUSE, L.L. 1988. Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37(2):91-95.

NORTHOUSE, L.L. 1989. The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5):276-284.

NORTHOUSE, L.L. & SWAIN, M.A. 1987. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36(4):221-225.

NOWOTNY, M. 1989. Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16(1):57-61.

OBERST, M.T. & JAMES, R. 1985. Going home: Patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Topics in Clinical Nursing*, 7:46-75.

O'CONNOR, A.P., WICKER, C.A. & GERMINO, B.B. 1990. Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13(3):167-175.

ODENDAL, F.F., SCHOONEES, P.C., SWANEPOEL, C.J., DU TOIT, S.J. & BOOYSEN, C.M. 1992. *HAT Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*. Tweede uitgawe. Perskor uitgewers, 763.

O'DELL, C., MANGIN, R.J., LEAVITT, L.E., LEVINE, T.C., MOLONEY, S., SCHWARTZ, F. & WINTON, R. 1991. Teaching employees breast self-examination. *AAOHN Journal*, 39(8):385-391.

OILER, C. 1982. The phenomenological approach in nursing research. *Nursing research*, 31(3):178-181.

OLSON, R.L. & MITCHELL, E.S. 1989. Self-confidence as a critical factor in breast self-examination. *JOGNN*, 476-481.

OLWENY, C.L.M. 1993. Quality of life in cancer care. *The Medical Journal of Australia*, 158:429-432.

OMNE-PONTÉN, M., HOLMBERG, L., BERGSTRÖM, R., SJÖDÉN, P.O. & BURNS, T. 1993. Psychosocial adjustment among husbands of women treated by breast cancer; mastectomy vs breast-conserving surgery. *European Journal of Cancer*, 29(10):1393-1397.

OMNE-PONTÉN, M., HOLMBERG, L., BURNS, T., ADAMI, H.O. & BERGSTRÖM, R. 1992. Determinants of the psychosocial outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. *European Journal of Cancer*, 28(6):1062-1067.

OMNE-PONTÉN, M., HOLMBERG, L. & SJÖDÉN, P.O. 1994. Psychosocial adjustment among women with breast cancer stages I and II: Six year follow up of consecutive patients. *Journal of Clinical Oncology*, 12(9):1778-1782.

PACKARD, N.J., HABERMAN, M.R., WOODS, N.F. & YATES, B.C. 1991. *Western Journal of Nursing Research*, 13(4):434-457.

PALSSON, M.B. & NORBERG, A. 1995. Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: The implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2):277-278.

PARSE, R.R., COYNE, A.B. & SMITH, M.J. 1985. *Nursing research*. Bowie-Maryland: Brady, 20-25.

PENMAN, D.T., BLOOM, J.R., FOTOPOULOS, S., COOK, M.R., HOLLAND, J.C., GATES, C., FLAMER, D., MURAWSKI, B., ROSS, R., BRANDT, U., MUENZ, L.R. & PEE, D. 1987. The impact of mastectomy on self-concept and social function: A combined cross-sectional and longitudinal study with comparison groups. *Recent results in Cancer Research*, 115:101-130.

PERRY, G.R. 1990. Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients in the home. *Cancer Nursing*, 13(5):293-302.

PETTINGALE, K.W., MORRIS, T., GREER, S. & HAYBITTLE, J.L. 1985. *Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor*. *Lancet* i, 750.

PIERCE, P.F. 1993. Deciding on breast cancer treatment: A description of decision behavior. *Nursing Research*, 42(1):22-28.

PISTRANG, N. & BARKER, C. 1995. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 40(6):789-797.

POOL, K.N. & JUDKINS, A.F. 1990. A health investment that may save your life. *Cancer Nursing*, 13(6):329-334.

POZO, C., CARVER, C.S., NORIEGA, V., HARRIS, S.D., ROBINSON, D.S., KETCHAM, A.S., LEGASPI, A., MOFFAT, F.L. & CLARK, K.C. 1992. Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first year postsurgery. *Journal of Clinical Oncology*, 10(8):1292-1298.

PRIMOMO, J., YATES, B.C. & WOODS, N.F. 1990. Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, 13:153-161.

QUESENBERRY, L. & RITTMAN, M.R. 1993. When other words fail. *American Journal of Nursing*, 3:120.

RAMIREZ, A.J. 1989. Liaison psychiatry in a breast cancer unit. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82:15-17.

RAY, C., GROVER, J. & WISNIEWSKI, T. 1984. Nurses' perceptions of early breast cancer and mastectomy and their psychological implications, and of the role of health professionals in providing support. *International Journal of Nursing Studies*, 21(2):101-111.

REDD, W.H., JACOBSEN, P.B. & ANDRYKOWSKI, M.A. 1989. *Recent results in cancer research*, 115:272-278.

REDEKER, N.S. 1988. Health beliefs, health locus of control, and the frequency of practice of breast self-examination in women. *JOGNN*, 5:45-51.

REID, B. 1991. Developing and documenting a qualitative methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 16:544-551.

REID-PONTE, P. 1992. Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. *Cancer Nursing*, 15(4):283-292.

RICE, M. & SZOPA, R. 1988. Group intervention for reinforcing selfworth following mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 15:33-37.

RICHARDSON, J.L., ZARNEGAR, Z., BISNO, B. & LEVINE, A. 1990. *Psychosocial status at initiation of cancer treatment and survival*, 34:289-301.

RINEHART, M.E. 1994. The reach to recovery program. *CANCER*, 74:372-375.

ROBERTS, C.S., ELKINS, N.W., WALTER, F., BAILE, J.R. & COX, C.E. 1989. Integrating research with practice: The psychosocial impact of breast cancer. *Health and Social Work II*, 261-268.

ROBERTS, C.S., COX, C.E., REINTEGEN, D.S., BAILE, W.F & GIBERTINI, M. 1994. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychological adjustment and decisionmaking. *CANCER*, 74:336-341.

ROWLAND, J.H. 1994. Psycho-oncology and breast cancer: A paradigm for research and intervention. *Breast Cancer Research and Treatment*, 31:315-324.

ROWLEY, T. 1989. An emotional scar. *Nursing Times*, 85(22):35-38.

RUDOLPH, A. & McDERMOTT, R.J. 1987. The breast physical examination. *Cancer Nursing*, 10(2):100-106.

- RUTHERFORD, D.E. 1988. Assessing psychosexual needs of women experiencing lumpectomy. *Cancer Nursing*, 11(4):244-249.
- RUTLEDGE, D.N. 1987. Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36(2):117-121.
- SANDELOWSKI, M. 1986. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, April: 27-36.
- SAUNDERS, C.M. 1993. Current management of breast cancer. *British Journal of Hospital Medicine*, 50(10):588-593.
- SCHAG, C.A., GANZ, P.A., POLINSKY, M.L., FRED, C., HIRJI, K. & PETERSEN, L. 1993. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11(4):783-793.
- SCHAIN, W.S. 1988. The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *CA-A-Cancer Journal for Clinicians*, 38:154-161.
- SCHAIN, W.S. 1993. Psychosocial issues in breast cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, 127:235-241.
- SCHAPIRA, D.V. 1993. Breast cancer surveillance - a cost-effective strategy. *AAOHN Journal*, 37(5):178-185.
- SCHOTT-BAER. 1993. Dependent care, caregiver burden, and self-care agency of spouse caregivers. *Cancer Nursing*, 16(3):230-236.
- SEARLE, C. 1991. Nursing's social contract for the next century. Conference Proceedings. *S.A. Nursing Association*. Volume 1:2-9.

SEWDULAR, U.B. 1994. The effect of a structured social support group in addressing socio-psycho-sexual problems in women with mastectomy, 62.

SILBERFARB, P.M., MAURER, L.H., CROUTHAMEL, C.S. 1980. Psychosocial aspects of neoplastic disease: Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *American Journal of Psychiatry*, 137:450-455.

SIMÉ, A.M. & LIBERA, M.B. 1985. Relationship of preoperative fear, type of coping and information received about surgery to recover from surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34:716-724.

SITAS, F. & PACELLA, R. 1994. *National Cancer Registry of South Africa*. The Natal Witness Printing and Publishing Company, 36.

SPECK, P. 1992. Nursing the soul. *Nursing Times*, 88(23):22.

SPIEGEL, D. 1990. Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(6):1422-1426.

SPINDLER, J. 1991. Seeing through the mask of cancer. *Nursing*, (5):37-40.

STARCK, P.L. & McGOVERN, J.P. 1992. *Hidden dimension of illness: Human suffering*. First edition. National League for Nursing Press, New York, 81-101.

STEFANEK, M.E. 1993. Psychosocial aspects of breast cancer. *Current Opinion in Oncology*, 5:996-1000.

STEIN, P. & ZERA, R.T. 1991. Breast cancer: Risks, treatment, perioperative patient care. *AORN Journal*, 35(4):938-964.



STILES, M.K. 1994. The shining stranger: Application of the phenomenological method in the investigation of the nurse-family spiritual relationship. *Cancer Nursing*, 17(1):18-26.

SUOMINEN, T. 1992. Breast cancer patients' opportunities to participate in their care. *Cancer Nursing*, 15(1):68-72.

SUOMINEN, T. 1993. How do nurses assess the information received by breast cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18:64-68.

SUOMINEN, T., LEINO-KILPI, H. & LAIPPALA, P. 1994. Nurses' role in informing breast cancer patients: A comparison between patients' and nurses' opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 19:6-11.

SUTHERLAND, H.J., WALKER, P. & TILL, J.E. 1988. The development of a method for determining oncology patients' emotional distress using linear analogue scales. *Cancer Nursing*, 11(5):303-308.

TAYLOR, S.E., LICHTMAN, R.R. & WOOD, J.V. 1984. Attributions, beliefs about cancer, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46:489-502.

THOMAS, S.G. 1978. Breast cancer: The psychosocial issues. *Cancer Nursing*, 1:53-60.

TILLEY, J.D., GREGOR, F.M. & THIESSEN, V. 1987. The nurse's role in patient education: Incongruent perceptions among nurses and patients. *Journal of Advanced Nursing*, 12:291-301.

TOBIN, M.B., LACEY, H.J., MEYER, L. & MORTIMER, P.S. 1993. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *CANCER*, 72(11):3248-3253.

- TOUGHILL, E.H. 1984. Sexual counselling for the mastectomy patient. *Occupational Health Nursing*, 32(8):416-418.
- TULMAN, L. & FAWCETT, J. 1990. A framework for studying functional status after diagnosis of breast cancer. *Cancer Nursing*, 13(2):95-99.
- VALANIS, B.G. & RUMPLER, C.H. 1985. Helping women to choose breast cancer treatment alternatives. *Cancer Nursing*, 8(3):167-175.
- VAN KAAM, A. 1959. Phenomenal analysis: Exemplified by a study of the experience of "really feeling understood". *Journal of Individual Psychology*, 15:66-72.
- VAN WYK, N.C. 1989. *Die ontwikkeling van 'n verpleegkundige beramings-instrument vir vroue met karsinoom van die mammae*, 19-184.
- VAN HEERINGEN, C., VAN MOFFAERT, M. & DE CUYPERE, G. 1989. Depression after surgery for breast cancer. *Psychotherapy Psychosomatic*, 51:175-179.
- VASTYAN, E.A. 1986. Spiritual aspects of the care of cancer patients. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, 36(2):110-114.
- VINOKUR, A.D., THREATT, B.A., CAPLAN, R.D. & ZIMMERMAN, B.L. 1993. Physical and psychological functioning and adjustment to breast cancer. *CANCER*, 63(2):394-405.
- VINOKUR, A.D., THREATT, B.A., VINOKUR-KAPLAN, D. & SATARIANO, W.A. 1990. The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. *Cancer*, 65:1242-1254.

WARD, S. & GRIFFIN, J. 1990. Developing a test of knowledge of surgical options for breast cancer. *Cancer Nursing*, 13(3):191-196.

WARD, S., HEIDRICH, S. & WOLBERG, W. 1989. Factors women take into account when deciding upon type of surgery for breast cancer. *Cancer Nursing*, 12(6):344-351.

WARD, S.E., VIERGUTZ, G., TORMEY, D., DE MUTH, J. & PAULEN, A. 1992. Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research*, 41(6):362-366.

WATSON, M., GREER, S., YOUNG, J., INYAT, Q., BURGESS, C. & ROBERTSON, B. 1988. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18:203-209.

WATSON, M., DENTON, S., BAUM, M. & GREER, S. 1988. *Counselling Psychology Quarterly*, 1(1):25-35.

WATSON, M., GREER, S., ROWDEN, L., GORMAN, C., ROBERTSON, B., BLISS, J.M. & TUNMORE, R. 1991. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21:51-57.

WATSON, P.G. 1990. Cancer rehabilitation. *Cancer Nursing*, 13(1):2-12.

WAXLER-MORRISON, N., HISLOP, T.G., MEARS, B. & KAN, L. 1991. Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine*, 33(2):177-183.

WEISMAN, A.D. & WORDEN, J.W. 1976. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1):1-15.

WILKINSON, S. 1991. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16:677-688.

WILKINSON, S., MAGUIRE, P. & TAIT, A. 1988. Life after breast cancer. *Nursing Times*, 84(40):34-37.

WILLIAMS, P.D., VALDERRAMA, D.M., GLORIA, M.D., PASCOGUIN, L.G., SAAVEDRA, L.D., DE LA RAMA, D.T., FERRY, T.C., ABAGUIN, C.M. & ZALDIVAR, S.B. 1988. Effects of preparation for mastectomy/hysterectomy on women's post-operative self-care behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 25(3):191-206.

WILLITS, M.J. 1994. Role of "Reach to recovery" in breast cancer. *CANCER*, 74:2172-2173.

WILSON, H.S. 1989. *Research in Nursing*. Second edition. Addison-Wesley Publishing Company, 260-492

WINTERS, Z., MANNELL, A. & ESSER, J.D. 1988. Breast cancer in black South Africans. *South African Journal of Surgery*, 26(6):69-70.

WINGATE, A.L. & LACKEY, N.R. 1989. A description of the needs of noninstitutional cancer patients and their primary care givers. *Cancer Nursing*, 12(4):216-225.

WOLBERG, W.H., ROMSAAS, E.P., TANNER, M.A. & MALEC, J.F. 1989. Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. *CANCER*, 63(8):1645-1655.

WONG, C.A. & BRAMWELL, L. 1992. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 15(5):363-371.

WOODS, N.F. & CATANZARO, M. 1988. *Nursing Research: Theory and Practice*. St. Louis: C.V. Mosby Company, 136-137.

WOOL, M.S. 1986. Extreme denial in breast cancer patients and capacity for object relations. *Psychotherapy Psychosomatic*, 46:196-204.

WOOL, M.S. 1988. Understanding denial in cancer patients. *Advanced psychosomatic medicine*, 18:37-53.

WRIGHT, B. 1993. *Caring in crisis*. Second edition. Churchill Livingstone, 80-85.

WYATT, G., KURTZ, M.E. & LIKEN, M. 1993. Breast cancer survivors: An exploration of quality of life issues. *Cancer Nursing*, 16(6):440-448.

WYPER, M.A. 1990. Breast self-examination and the health belief model: Variations on a theme. *Research in Nursing & Health*, 13:421-428.

YATES, P. 1993. Towards a reconceptualization of hope for patients with a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 18:701-706.

ZEMOR, R. & SHEPEL, L.F. 1989. Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science in Medicine*, 28(1):19-27.