

1996 058 550 01



UOVS - SASOL-BIBLIOTHEEK



199605855001220000018

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

**VERPLEEGSORGBEHOEFTE
VAN HIV POSITIEWE PASIËNTE**

PM BASSON

**VERPLEEGSORGBEHOEFTE VAN
HIV POSITIEWE PASIËNTE**

deur

Petro Magdalena Basson

Proefskrif voorgelê te vervulling van die vereistes vir die graad

Ph.D

in die Fakulteit Sosiale Wetenskappe, Departement Verpleegkunde
aan die Universiteit van die Oranje Vrystaat.

Bloemfontein

Mei 1996

Promotor: Dr. W.J.C. van Rhyn

Mede-promotor: Prof. M.J. Viljoen

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN
01 NOV 1996
UOVS SASOL BIBLIOTEEK

T 362.1969792 BAS

Ek verklaar dat die proefskrif wat hierby vir die graad Ph.D 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/fakulteit ingedien is nie.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'P.M. Basson', positioned above a horizontal dashed line.

PM BASSON

Opgedra aan Andries, Natasha en Tanya.

ERKENNINGS EN DANKBETUIGINGS

"Hy wat ploeg, moet met verwagting ploeg"

(1 Korintiërs 9:10)

Dankie Jesus vir die voorreg wat U aan my gegee het.

My opregte dank gaan aan die volgende persone en instansies.

Dr. W.J.C. van Rhyn, my promotor, vir waardevolle insette.

Prof. M.J. Viljoen, my mede-promotor, vir haar insette.

My man, Andries, vir alles wat hy ter wille van my studies moes opoffer en ook sy toegewyde ondersteuning.

Natasha, my oudste, dankie vir al jou verstaan en verdraagsaamheid as die slaap min was.

Tanya, my jongste, dankie dat jy so geduldig was met my. Mamma is ook bly daar is nie 'n "E" nie.

Ma Hilda vir haar volgehoue vertrouwe in my en al haar gebede.

Pa Gawie en Ma Wessie vir hul belangstelling.

My susters vir hul aanmoediging, ondersteuning en gebede.

Mev. Ester Diedericks vir haar insette, entoesiastiese meelewing en bemoediging asook die taalkundige versorging van die proefskrif.

Mev. Elzabè Gleeson vir die maak van sekere tabelle en figure.

Mev. Léana De Beer vir haar geduld, vriendelike hulp en tegniese versorging van die proefskrif.

Mnr. Willie Nel vir die maak van die kleur modelle.

My Gemeenskapsgesondheidskollegas, Karin, Sarie en Orna, vir hulle meelewing, aanmoediging en ondersteuning.

Die Instituut van Verpleegkunde van die Oranje-Vrystaat vir hul geldelike ondersteuning.

Desirè Smuts vir haar hulp, ondersteuning en bemoediging.

Die deelnemers aan die navorsing. Sonder julle insette was hierdie navorsing nie moontlik nie.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

HOOFSTUK 1: PROBLEEMSTELLING EN ORIËNTERING TOT DIE STUDIE

1.1	Inleiding	1
1.2	Probleemstelling	1
1.2.1	Verpleegkundiges: onvoldoende toegerus	2
1.2.2	VIGS: 'n groeiende probleem/'n oodraagbare siekte	4
1.2.3	VIGS: 'n Terminale siekte	5
1.2.4	VIGS: stigmatiserend	6
1.3	Doel van die studie	7
1.4	Navorsingmetode	7
1.5	Begripsoms krywing	8
1.6	Uiteensetting van hoofstukke	10
1.7	Samevatting	11

HOOFSTUK 2: SPESIFIEKE GRONDSLAE VAN DIE STUDIE

2.1	Inleiding	12
2.2	Filosofiese begronding	12
2.3	Aspekte (Wetskringe)	16
2.4	Definisie van Verworwe Immunitetsgebrek Sindroom	20
2.5	Patogenese van VIGS	25
2.6	Spektrum van VIGS	29
2.7	Samevatting	34

HOOFSTUK 3: NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1	Inleiding	35
-----	-----------------	----

	Bladsy
3.2	Navorsingsontwerp en -doelstellings 36
3.3	Regte van die respondente 37
3.4	Fase 1: Dataversameling, -analise en literatuurkontrole 38
3.4.1	Navorsingstegnieke 38
3.4.2.1	Onderhoudvoering 38
3.4.2.1.1	Proses van onderhoudvoering 39
3.4.2.1.2	Geldigheid en Betroubaarheid 41
3.4.2.2	Literatuurstudie en -kontrole 44
3.4.3	Metode van data-analise 45
3.4.3.1	Inhoudsanalise 45
3.4.3.2	Betroubaarheid en geldigheid van data-analise 46
3.4.3.2.1	Getrouheidswaarde 47
3.4.3.2.2	Toepaslikheid 48
3.4.3.2.3	Konsekwentheid (Consistency) 49
3.4.3.2.4	Neutraliteit 50
3.4.3.2.5	Geloofwaardigheid 51
3.4.3.2.6	Betroubaarheid 54
3.4.3.2.7	Bevestigingstrategieë 54
3.5	Steekproefpopulasie 55
3.6	Fase 2: Modelformulering 56
3.7	Samevatting 56

HOOFSTUK 4: VERPLEEGSORGBEHOEFTE SOOS DEUR HIV POSITIEWE PASIËNTE GEÏDENTIFISEER

4.1	Inleiding 57
4.2	Probleme/behoefte ten opsigte van die fisiese aspek 58
4.3	Probleme/behoefte ten opsigte van die biotiese aspek 60
4.4	Psigiese probleme/behoefte 66
4.5	Probleme/behoefte ten opsigte van die logiese aspek 70

	Bladsy
4.6	Probleme/behoefte ten opsigte van die historiese aspek 73
4.7	Sosiale probleme/behoefte 74
4.8	Ekonomiese probleme/behoefte 77
4.9	Probleme/behoefte ten opsigte van die estetiese aspekte 79
4.10	Probleme/behoefte ten opsigte van die juridiese aspek 81
4.11	Probleme/behoefte ten opsigte van die etiese aspek 83
4.12	Probleme/behoefte ten opsigte van geloof 88
4.13	Samevatting en gevolgtrekkings 90

HOOFSTUK 5: VERPLEEGKUNDIGES SE SIENING EN LITERATUURKONTROLE

5.1	Inleiding 93
5.2	Probleme/behoefte ten opsigte van die fisiese aspek 93
5.3	Probleme/behoefte ten opsigte van die biotiese aspek 95
5.4	Psigiese probleme/behoefte 99
5.4.1	Probleme van pasiënte 99
5.4.2	Probleme/behoefte ten opsigte van die lewering van psigiese ondersteuning 103
5.4.3	Psigiese probleme/behoefte van Verpleegkundiges 107
5.5	Probleme/behoefte ten opsigte van die logiese aspek 108
5.6	Probleme/behoefte ten opsigte van die historiese aspek 110
5.7	Sosiale probleme/behoefte 111
5.8	Ekonomiese probleme/behoefte 114
5.9	Probleme/behoefte ten opsigte van die estetiese aspekte 116
5.10	Probleme/behoefte ten opsigte van die juridiese aspek 121
5.11	Etiese probleme/behoefte 123
5.12	Probleme/behoefte ten opsigte van geloof 129
5.13	Samevatting en gevolgtrekkings 132

HOOFSTUK 6: DIE VERPLEEGSORGMODEL VIR HIV POSITIEWE PASIËNTE

6.1	Inleiding	135
6.2	Rasionaal vir die ontwerp van die Verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte	135
6.2.1	Middel-reeks teoretiese model	135
6.2.2	Proses van modelontwerp	136
6.3	Fases van modelontwerp	139
6.4	Konsepdefiniëring	142
6.5	Konstruering en toetsing van teoretiese verwantskappe	146
6.6	Beskrywing van die gekonseptualiseerde model	150
6.7	Aanvaarding en bruikbaarheid van die model	154
6.8	Evaluering van model	156
6.8.1	Kwalifikasies en ondervinding van domeinkundiges	156
6.8.2	Samevatting van evaluering deur domeinkundiges	160
6.9	Samevatting	163

HOOFSTUK 7: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1	Inleiding	164
7.2	Gevolgtrekkings	165
7.3	Aanbevelings	165
7.4	Samevatting	167

BIBLIOGRAFIE	168
OPSOMMING	189
ABSTRACT	191
BYLAAG A	193

	Bladsy
BYLAAG B	199
BYLAAG C	208
BYLAAG D	211
BYLAAG E	214
BYLAAG F	216
BYLAAG G	220
BYLAAG H	222

LYS VAN TABELLE

		Bladsy
2.1	Sinkerne en aspekte	15
2.2	Kliniese klassifikasie vir HIV infeksie	30
3.1	Opsommende strategieë om geldigheid en betroubaarheid van navorsing te staaf	52
4.1	Probleme/behoefte ten opsigte van die fisiese aspek	58
4.2	Probleme/behoefte ten opsigte van die biotiese aspek	61
4.3	Psigiese probleme/behoefte	67
4.4	Probleme/behoefte ten opsigte van die logiese aspek	71
4.5	Probleme/behoefte ten opsigte van die historiese aspek	74
4.6	Sosiale probleme/behoefte	75
4.7	Ekonomiese probleme/behoefte	77
4.8	Probleme/behoefte ten opsigte van die estetiese aspekte	79
4.9	Probleme/behoefte ten opsigte van die juridiese aspek	81
4.10	Probleme/behoefte ten opsigte van die etiese aspek	84
4.11	Probleme/behoefte ten opsigte van geloof	88
4.12	Hoogste respons insidensie	90
5.1	Probleme/behoefte ten opsigte van die fisiese aspek	93
5.2	Probleme/behoefte ten opsigte van die biotiese aspek	96
5.3	Emosionele probleme/behoefte van pasiënte	100
5.4	Probleme/behoefte ten opsigte van die lewering van psigiese ondersteuning aan pasiënte	104
5.5	Emosionele probleme/behoefte van verpleegkundiges	108
5.6	Probleme/behoefte ten opsigte van die logiese aspek	109
5.7	Probleme/behoefte ten opsigte van die historiese aspek	110
5.8	Sosiale probleme/behoefte	112
5.9	Ekonomiese probleme/behoefte	114
5.10	Probleme/behoefte ten opsigte van die estetiese aspekte	118
5.11	Probleme/behoefte ten opsigte van die juridiese aspek	121

	Bladsy
5.12	Probleme/behoefte ten opsigte van die etiese aspek 125
5.13	Probleme/behoefte ten opsigte van geloof 130
5.14	Hoogste respons insidensie 133
6.1	Evaluering deur domeinkundiges 160

LYS VAN FIGURE

	Bladsy
2.1 Skematiese voorstelling van HIV	25
2.2 Selnetwerk interaksie tussen die T ₄ -sel en HIV	27
2.3 Balans tussen HIV (aaneenlopende lyn) en teenliggame (gebroke lyn) teen HIV	29
2.4 Die verhouding tussen die immuunfunksies en die verskeie gedefinieerde sindrome	31
2.5 Afname in T ₄ -seltelling	32
3.1 Skematiese voorstelling van die navorsingsontwerp	35
4.1 Struktuur van die menslike liggaam	57
6.1 Diagrammatiese voorstelling van die oorsprong van die model	140
6.2 Verpleegkundige	143
6.3 Stadiums van siekteverloop	145
6.4 Verpleegsorgmodel	151

HOOFSTUK 1

Probleemstelling en oriëntasie tot die studie

1.1 INLEIDING

Die vraag ontstaan: "*Hoe word HIV positiewe pasiënte deur verpleegkundiges ondersteun?*". Uit praktykondervinding en na 'n loodsstudie het die navorser bevind dat HIV positiewe pasiënte (kyk begripsomskrywing) meestal op 'n probeer en tref manier verpleeg word. Hierdie persone word dus nie volgens wetenskaplike riglyne verpleeg en ondersteun nie. Hieruit spruit 'n volgende vraag, naamlik: "*Hoe terapeuties word hierdie pasiënte deur verpleegkundiges behandel?*"

Moontlike redes waarom HIV positiewe pasiënte nie volgens 'n wetenskaplike metode verpleeg en ondersteun word nie, sal hieronder uiteengesit word.

1.2 PROBLEEMSTELLING

HIV infeksie is 'n chroniese infeksie wat deur progressiewe agteruitgang van die immuunsisteem gekenmerk word (Miller, 1991:1). Hierdie progressiewe agteruitgang van die immuunsisteem lei tot VIGS.

VIGS het drie belangrike kenmerke, naamlik dat dit:

- a) 'n oordraagbare,
- b) stigmatiserende en
- c) terminale siekte is.

Hierdie kenmerke plaas 'n ongewone "kruis" op die VIGS slagoffer (Tibeser, 1986:42). Dit raak dus die mens in sy totale wese. Nog nooit in die moderne

geskiedenis is gesondheidswerkers op so 'n drastiese wyse uitgedaag om verby 'n siekte te kyk en 'n holistiese' benadering tot gesondheidsorg te aanvaar, soos in die geval met VIGS, nie (Sparks, 1993:1).

1.2.1 Verpleegkundiges: onvoldoende toegerus

Aangesien VIGS in Suid-Afrika dramaties toeneem, is dit nodig dat verpleegkundiges toegerus moet wees om HIV positiewe pasiënte se ware behoeftes te herken en te behandel en nie net op te tree volgens hul vermoedens oor hierdie pasiënte se behoeftes nie. Daar kon geen Suid-Afrikaanse literatuur gevind word waar HIV positiewe pasiënte se siening vergelyk word met dié van verpleegkundiges ten opsigte van HIV positiewe pasiënte se verpleegbehoefte nie. Dit wil dus voorkom dat wanneer hierdie persone deur verpleegkundiges behandel word dit nie wetenskaplik gedoen word nie, maar wel op 'n probeer en tref manier. In die literatuur is selfs 'n gebrek aan internasionale begeleidingsprogramme waargeneem (Bor, 1991:33).

Uit praktykondervinding blyk dit ook dat verpleegkundiges oor onvoldoende vaardigheid en kennis in verband met die behandeling van HIV positiewe pasiënte beskik. Daar word nie 'n holistiese benadering tot hierdie pasiënte se versorging gevolg nie, maar slegs op die siekte en fisieke simptome gekonsentreer. Sommige verpleegkundiges ondervind ook 'n onvermoë om hul gevoelens ten opsigte van HIV positiewe pasiënte te hanteer. Dit blyk dus dat effektiewe verpleegsorg nie gegee word nie. Behalwe die negatiewe effek op HIV positiewe pasiënte belemmer dit werksbevrediging vir geregistreerde verpleegkundiges.

Die vrees dat gesondheidswerkers met HIV geïnfekteer kan word indien hulle sorg aan HIV positiewe pasiënte verleen, veroorsaak dat hierdie pasiënte dikwels deur

¹ Holistiese benadering behels die deurlopende integrasie van die fisieke, geestelike en sosiale gesondheid van die mens.

verpleegpersoneel vermy word. Hieruit spruit dus die probleem dat HIV positiewe pasiënte minimale verpleegsorg ontvang om kontak en moontlike infektering met HIV te minimaliseer (Munodawafa & Bower, 1993:13).

Die feit dat VIGS nog 'n onlangse geïdentifiseerde en gediagnoseerde siekte is en daar soveel onbeantwoorde vrae daaromtrent bestaan, dra ook tot die probleme van HIV positiewe pasiënte by. Dit bring mee dat verpleegkundiges ook onseker voel aangaande die berading en behandeling van HIV positiewe pasiënte (Wilkie, Markova, Naji & Forbes, 1990:15). As gevolg van die onsekerheid ontvang pasiënte ook nie kwaliteit verpleegsorg nie.

Met aanmelding benodig HIV positiewe pasiënte of diegene wat vermoed dat hulle positief is reeds verpleegkundige tussentrede in die vorm van ondersteuning². Die tussentredes behoort daarop gerig te wees om hulle in staat te stel om hul probleme te hanteer. Verpleegkundiges moet dus in staat wees om hierdie probleme te herken. Dit wil egter voorkom of verpleegkundiges soms 'n wanopvatting van HIV positiewe pasiënte se probleme het. Die volgende aanhaling staaf die probleem:

"Yet for many it is often the prejudice, discrimination, stigma and rejection which is even more difficult to cope with than the disease itself. The record of abuse of human rights set forth by AIDS has been staggering and disgraceful, and health workers have not always been innocent in this regard" (Evian, 1993:2).

Siegel (1979:282) beweer ook dat persone met VIGS hul siekte in isolasie moet hanteer, wat dikwels die gevolg van die gebrek aan ondersteuningsbronne is. Volgens Siegel (1979:283) ondervind verpleegkundiges 'n gebrek aan vaardighede om as ondersteuningsbronne op te tree.

² Ondersteuning dui op die behandeling van die fisieke en psigososiale probleme van HIV positiewe pasiënte.

1.2.2 VIGS: 'n groeiende probleem/'n oordraagbare siekte

VIGS was ongeveer 12 jaar gelede onbekend, maar tans raak dit bykans elke Suid-Afrikaner. Wêreldwyd word daar elke 15-20 sekondes 'n persoon met HIV geïnfekteer. Om hierdie toenemende probleme die hoof te kan bied, moet daar voortdurend kliniese en sosiale navorsing gedoen word (Annual Report, 1993:1). Navorsing aangaande die behandeling en verpleegsorgbehoefes van HIV positiewe pasiënte is dus van belang.

VIGS is 'n wesenlike probleem in Afrika en ook in Suid-Afrika. 'n Gemiddeld van 25 000 HIV positiewe persone is in die sub-Sahara streek gedurende 1989 aangemeld en 7,5 miljoen teen die einde van 1992. Laasgenoemde vorm 16% van die wêreld se totale HIV aanmeldingsyfer. Na bewering word 90% van Afrika se HIV geïnfekteerde persone nie by die Wêreld Gesondheidsorganisasie aangemeld nie. Die aanmeldingsyfer ten opsigte van VIGS in Afrika behoort dus beduidend hoër as die syfer wat bekend is, te wees (Population Reports, 1989:5; WHO, 1993:1).

Volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie sou 17,5 miljoen persone teen 1995 met HIV geïnfekteer gewees het, met die hoogste konsentrasie (11,4 miljoen) in die sub-Sahara streek, waarvan Suid-Afrika deel is (WHO, 1993:2). Volgens die Minister van Gesondheid, Dr. N.C. Dlamini Zuma, is die 6 626 HIV positiewe gevalle in Suid-Afrika ook misleidend, aangesien VIGS nie 'n aanmeldbare toestand is nie en betroubare statistieke nie bestaan nie. 'n Beraamde getal van 850 000 Suid-Afrikaners is tans met HIV geïnfekteer. Nuwe HIV infeksies kom daagliks voor en na bewering word 700 persone daagliks met HIV geïnfekteer (News, 1995:2).

Een uit elke vier tot vyf persone wat by klinieke vir seksueelooragaagbare infeksies in die Groter Bloemfontein vir HIV getoets word, is met HIV geïnfekteer (Die Volksblad, 1996:3).

Volgens bogenoemde statistieke is dit duidelik dat HIV/VIGS se omvang dramaties eskaleer en daarom moet verpleegsorgbehoefes van HIV positiewe pasiënte wetenskaplik vasgestel word. Hierdeur kan die probleme wat HIV/VIGS vir die verpleegprofessie bied, verminder word en verpleegsorg meer terapeuties aangewend word.

1.2.3 VIGS: 'n Terminale siekte

VIGS veroorsaak baie rare en spesiale probleme vir die mens en daarom ondervind persone wat HIV positief gediagnoseer is reeds sekere behoeftes en/of probleme (Evian, 1993:2). Die probleme wat HIV positiewe pasiënte ondervind, spruit uit die feit dat HIV infeksie 'n chroniese siekte is en gekenmerk word deur progressiewe agteruitgang van die menslike immuunsisteem (Miller, 1991:1). Die grootste persentasie persone wat met HIV geïnfekteer is, is jong mense (Gee, 1988:364). Hulle beseft dat hul siekte voorafgegaan word deur 'n lang latente periode, maar as gevolg van mediese wetenskaplikes se onvermoë om 'n geneesmiddel daarvoor te vind, dit 'n lewensbedreigende siekte is. Tans bestaan daar slegs enkele middels vir die behandeling van HIV infeksie, waarvan *zidovudine* die bekendste is. Hierdie middels is besonder duur en is dus nie binne die finansiële bereik van al die pasiënte nie (Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethical Implications of AIDS, 1992:700).

Ten spyte van die feit dat daar die afgelope dekade reeds baie navorsing ten opsigte van VIGS gedoen is, bly dit 'n terminale siekte (Department of Health Service, office of AIDS, 1992). Miller (1991:1) beklemtoon ook die feit deurdat hy sê dat daar geen geneesmiddel teen die siekte bestaan nie.

Aangesien VIGS 'n terminale siekte is, sal HIV positiewe pasiënte wel verpleegsorg benodig. Indien verpleegsorgbehoefte van hierdie pasiënte nie vasgestel is nie, kan dit tot swak verpleging lei wat vir beide pasiënte en verpleegkundiges frustrerend kan wees.

1.2.4 VIGS: Stigmatiserend

Probleme wat HIV positiewe pasiënte ondervind, word vererger deur die sosiale stigma wat aan die siekte kleef. Dit ontlok op sy beurt 'n negatiewe morele oordeel teenoor HIV positiewe pasiënte uit (Groenewald, 1993:23). Daar word dikwels na VIGS as 'n seksueel oordraagbare infeksie verwys, en meer spesifiek as 'n siekte van promiskue individue, wat HIV positiewe pasiënte negatief etiketteer (Hedge, 1991:4).

As gevolg hiervan word HIV positiewe pasiënte dikwels verwerp en sosiaal geïsoleer (Miller, 1991:1). Dit bring weer op sy beurt stres in die gesin of familie mee, wat weereens 'n invloed op die reeds blootgestelde immuunsisteem het (Wilkie, *et al.*, 1990:15). Soos hierbo vermeld bestaan daar ook geen geneesmiddel vir die siekte nie en die verloop daarvan eindig uiteindelik in die dood (Miller, 1991:1).

As gevolg van wanpersepsies kan sommige verpleegkundiges ook HIV positiewe pasiënte stigmatiseer en verkies om hul nie te verpleeg nie. Deur die nodige wetenskaplike inligting kan vrese vir en wanpersepsies ten opsigte van HIV positiewe pasiënte uit die weg geruim word. Sodoende kan verpleegkundiges meer werksbevrediging geniet wanneer HIV positiewe pasiënte verpleeg word en kan kwaliteit verpleegsorg gelewer word.

Ter opsomming kan dus gesê word dat die toenemende aantal HIV positiewe pasiënte wat gestigmatiseer word deur 'n terminale siekte meer en meer op die

gesondheidspan sal steun. Aangesien verpleegkundiges dikwels met hierdie persone werk en ook soms die enigste beskikbare lid van die gezondheidspan is, sal pasiënte toenemend van verpleegkundige dienste gebruik maak om hul fisieke en psigososiale probleme op te los. Verpleegkundiges moet dus optimaal toegerus wees om hierdie persone te behandel en nie soos tans in die duister rondtas nie. Hulle moet ook in staat wees om hul eie gevoelens ten opsigte van HIV positiewe pasiënte te hanteer, sodat vrees vir hierdie persone nie 'n struikelblok sal wees in die pad van goeie verpleegkundige behandeling nie.

1.3 DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die navorsing is:

- 1) Die vasstelling van:
 - HIV positiewe pasiënte se belewenis van verpleegsorgbehoefte en
 - verpleegkundiges se sienings ten opsigte van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefte.
- 2) Die samestelling van 'n verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte volgens die vasgestelde behoeftes.

1.4 NAVORSINGSMETODE

Die navorsing is in twee fases gedoen naamlik:

Fase I: Verkenning

Praktykervaring is tydens 'n periode van drie jaar by die VIGS Inligting en -Opleidingsentrum te Bloemfontein opgedoen. Hieruit het 'n Magisterstudie en 'n fase wat tot navorsing vir hierdie Doktorale studie gelei het, gevolg. 'n Behoeftebepaling is daarna gedoen.

Fase II: Empiries

'n Kwalitatiewe navorsingsontwerp is gebruik. In fase II is in-diepte onderhoude met HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges gevoer ten einde pasiënte se belewenisse en verpleegkundiges se sieninge van die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte te identifiseer. Agtien proefpersone is in hierdie navorsing gebruik (nege pasiënte en nege verpleegkundiges). Die steekproef is volgens doelgerigte seleksie bepaal.

Data-analise is volgens Giorgi se metode gedoen en Guba se beginsels en strategieë is vir die versekering van geldigheid en betroubaarheid gebruik.

Fase II het die ontwerp van 'n verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte behels en is volgens die middel-reeksteoretiese modelontwerp en geïdentifiseerde pasiëntbehoefte gedoen.

1.5 BEGRIPSOMSKRYWING

HIV

Dit verwys na die *Human Immunodeficiency Virus*. Aangesien dit die internasionaal erkende afkorting met verwysing na die betrokke virus is, word HIV in hierdie navorsing gebruik.

HIV positiewe pasiënte

Alle persone wat met HIV geïnfekteer is, dit wil sê gesonde draers sowel as VIGS pasiënte.

VIGS

Dit is die afkorting vir Verworwe Immunitetsgebreksindroom. Hierdie sindroom word veroorsaak deur HIV infeksie, wat tot totale uitwissing van die menslike

immuunsisteem lei. VIGS word gekenmerk deur 'n akute fase van infeksie, gevolg deur 'n asimptomatiese periode. Hierna volg 'n toestand waar algemene limfadenopatie voorkom, gevolg deur volledige VIGS. (Centre for disease control, 1986:334-339). Vir die doel van hierdie navorsing sal die afkorting, VIGS, met hoofletters gespél word.

Verpleegkundige

'n Verpleegkundige is 'n persoon wat as 'n professionele verpleegkundige by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer is. Hierdie persoon voldoen binne die bestek van haar/sy praktyk as professioneel-verantwoordelike en onafhanklike praktisyn aan wetlike voorskrifte en professioneel-etiese waardes van die verpleegkundige beroep (SARV, 1988).

In hierdie studie is die verpleegkundige as die hoof rolspeler van die multidissiplinêre gesondheidspan geïdentifiseer (kyk hoofstuk 6.6 en Figuur 6.4).

Verpleegkundiges kan verbonde wees aan hospitale, primêre gesondheidsorgsentra en ander klinieke of privaat gesondheidsdiensinstansies.

Behandeling

Behandeling is die seleksie en uitwerking van die terapeutiese middele wat noodsaaklik is vir effektiewe uitvoering van 'n verpleegsorgplan. Dit word ook deur die verpleegkundige geïnisieer (Searle en Pera, 1993:144).

Ondersteuning

Dit dui op die behandeling van die fisieke en psigososiale probleme van HIV positiewe pasiënte.

Voor-toets berading

Berading wat 'n pasiënt ontvang ter voorbereiding van 'n positiewe HIV bloedtoets uitslag (Van Dyk, 1993:74).

Na-toets berading

Dit is berading wat met HIV positiewe pasiënte gedoen word nadat hulle 'n HIV positiewe uitslag ontvang het (Van Dyk 1993:77).

1.6 UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE

- Hoofstuk 1** Hierdie hoofstuk beskryf die probleemstelling en verskaf 'n bondige uiteensetting van die navorsingsmetode asook oriëntasie tot die studie.
- Hoofstuk 2** Die filosofiese en patogeniese grondslae van die studie word in hierdie hoofstuk beskryf.
- Hoofstuk 3** In hierdie hoofstuk word die navorsingsontwerp en -metode bespreek.
- Hoofstuk 4** Bevindinge ten opsigte van verpleegsorgbehoefte soos deur HIV positiewe pasiënte geïdentifiseer en literatuurkontrole daarvan word in hierdie hoofstuk uiteengesit.
- Hoofstuk 5** Hierdie hoofstuk beskryf die bevindinge ten opsigte van verpleegsorgbehoefte soos deur verpleegkundiges geïdentifiseer en die literatuurkontrole daarvan.

Hoofstuk 6

Die formulering van 'n verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte volgens vasgestelde behoeftes word in hierdie hoofstuk uiteengesit.

Hoofstuk 7

Hierdie hoofstuk beskryf gevolgtrekkings, tekortkominge en aanbevelings wat uit die navorsing voortspruit.

1.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die wetenskaplike fundering van die navorsing uiteengesit, waaronder die probleemstelling geformuleer en die navorsingsdoelstellings gestel is.

In die volgende hoofstuk sal die filosofiese- en patologiese grondslae van die studie beskryf word.

HOOFSTUK 2

Spesifieke grondslae van die studie

2.1 INLEIDING

Die filosofiese begronding van die navorsing vorm die raamwerk waarvolgens die geïdentifiseerde verpleegsorgbehoefte van die HIV positiewe pasiënt gekategoriseer word. Eweneens is kennis van die siekteverloop van *Verworwe Immuniteitsgebreksindroom* van belang by die identifisering van die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte.

2.2 FILOSOFIESE BEGRONDING

Die filosofie van die Christelike mensbeskouing, soos beskryf deur Dooyeweerd (1936:7), word as vertrekpunt in hierdie navorsing gebruik. Volgens die Christelike wysbegeerte is die skepsel se verhouding tot sy skepper die sentrale dimensie van die skepping. Dit verklaar die oorsprong van die mens "uit God" en ook sy doel en bestemming "tot God". Dit verleen aan die mens sy waarde "geskape na die beeld van God" en dus ook waarde en diens aan die mens (Dooyeweerd, 1960:2; Uys & Mulder, 1991:7).

Wanneer die grens tussen lewe en dood vernou, soos wat die geval met HIV positiewe pasiënte is, vra die mens dikwels filosofiese vrae. Hierdie vrae word baie moeilik beantwoord. Christelike wysgere het egter vier dimensies van die skepping geïdentifiseer waaronder alle dinge wat die mens ervaar, gekategoriseer kan word, naamlik:

- individualiteitstrukture
- modale-/werklikheidsaspekte
- tyd, en

- religie (Smit, 1985:13).

Die individualiteitstrukture is die eerste dimensie en verskaf 'n antwoord op die vraag "wat?". Die tweede dimensie is die modale aspekte en verwys na alles wat 'n antwoord is op die vraag "hoe?". Dit verwys na die aspekte waarbinne "iets" funksioneer. Die derde dimensie is tyd. Dit omsluit die vorige dimensies omdat hulle ook tydelik van aard is, maar alle dimensies is weer gesetel in die religieuse dimensie van die skepping (Dooyeweerd, 1960:25).

Die religieuse, die wortel van die menslike geslag word as die kern van die menslike bestaan gesien (De Kok, 1973:7). Hierdie religieuse dimensie is in die hart van elke mens gesetel en alle denke, emosies en handeling spruit hieruit voort. Die woord van God affekteer dus direk die hart van die mens (Kalsbeek, 1975:66). Dit kom nie saam met die tydelike liggaam en siel te sterwe nie, maar is meer-as-tydelik van aard.

Vir die doeleindes van hierdie navorsing sal daar vervolgens slegs gelet word op die rol wat die modale aspekte en wel die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd speel. Die volgende aanhaling uit Strauss (1978:12) staaf die rede waarom die navorser die 15 werklikheidsaspekte as filosofiese raamwerk vir hierdie navorsing gebruik.

"Die wet van God begrens die skepsel wat daaraan onderworpe is. Hierdie begrensing val uiteen in die gemelde vier dimensies wat elkeen dus op 'n eie wyse skepsel-wees omgrens. Hierdie situasie kan ons ook aandui met 'n spreekwyse wat aan die menslike waarneming ontleen is. Die gemelde vier dimensies van die skepping omgrens my ervaring van die skepping. Daarom kan ons hier ewe goed praat van die vier dimensies van die menslike ervaringshorison."

Wanneer die mens beskou word, word dit uit die verskillende oogpunte/aspekte waarvolgens gefunksioneer word, gedoen. Die mens is dus deel van die dimensie van aspekte. Alle mense, ook HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges sal in alle werklikheidsaspekte aktief wees. Hierdie pasiënte sal dus behoeftes ten opsigte van hierdie werklikheidsaspekte ervaar.

Volgens H. Dooyeweerd (1955:478-480) is "*wijsbegeerte der wetsidee*" 'n wetenskaplike model van die 15 aspekte van die werklikheid. Hiervolgens is elke individu aktief in al 15 werklikheidsaspekte. Sy model bied 'n perspektief oor "*unity-totaliteit*" van die mens. Dooyeweerd (1955:480) beweer dat elke individu binne die totale werklikheid - waarvan die individu ook deel is - benader moet word. In kombinasie met die wetenskaplike verpleegproses bied Dooyeweerd se mensbeskouing 'n rasonale, sistematiese metode vir beraming met die doel om verpleegsorg te beplan en te voorsien.

Volgens Dooyeweerd is dit byna onmoontlik om die sinkern van die 15 aspekte vas te lê:

"... it is the very nature of the modal nucleus that it cannot be defined, because every circumscription of its meaning must appeal to this central moment of the aspect-structure concerned. The modal meaning-kernel itself can be grasped only in an immediate intuition and never apart from its structural context of analogies"
(Dooyeweerd, 1955:478).

Die aspekte word egter as volg deur Kalsbeek (1975:100) opgesom en die sinkern van elke aspek word uitgespel (kyk Tabel 2.1).

TABEL 2.1: Sinkerne en aspekte

ASPEK	SINKERN	
Pistiese/geloof	Vastigheid van vertrouwe (sekerheid)	Normatiewe aspekte
Eties	Liefde	
Juridies	Regverdigheid	
Esteties	Harmonie	
Ekonomies	Spaarsamigheid	
Sosiaal	Omgang en verkeer	
Teken (linguale)	Betekening (betekenis gee)	
Histories	Beheersde vorming (mag)	
Logies	Analise	
Psigiese	Sensitiwiteit (gevoel)	Natuurwette
Bioties	Lewe	
Fisies	Energiewerking	
Kinematies	Beweging	
Ruimte	Uitgebreidheid	
Getal	Onderskeie hoeveelhede	

Die eerste ses aspekte in Dooyeweerd se model word deur die natuurwette beheer. Hierdie natuurwette is egter almal onderhewig aan die skepping. Die normatiewe aspekte bestaan vanaf die logiese aspek tot by die geloofsaspek. Die betekenis van hierdie normatiewe aspekte is dat slegs die mens aktief in hierdie aspekte kan optree. Die mens besit die keuse of hy ooreenstemmend of teenstrydig met die skeppingswette van die betrokke aspekte wil optree. Die mens kan byvoorbeeld kies ten opsigte van die juridiese aspek of hy regverdig in die situasie wil optree al dan nie (Kalsbeek, 1975:99-103).

Die mens is dus 'n eenheid van "liggaam-en-siel, persoonlikheid en hart" (Uys & Mulder, 1992:7). Hierdie eenheid is nie deelbaar nie, want liggaam, siel en gees is nie afsonderlike dele nie (Kalsbeek, 1975:105).

Vervolgens sal daar na elk van die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd afsonderlik gekyk word, soos deur Spier (1975:33-50) beskryf.

2.3 ASPEKTE (WETSKRINGE)

Aritmetiese (getal)

Die eerste bestaanswyse van alle skepsele is die van getal. Dit staan ook bekend as die getalsmagtigheid. Dit is ook die eenvoudigste fundamentele bestaanswyse van alle individuele skepsele. Getalsmagtigheid is dus die modale grondstruktuur van alle skepsele. Die mens as eenheid word binne hierdie werklikheidsaspek gekategoriseer, asook die diversiteit van die mens.

Ruimtelike (voortgang)

Op getalmatigheid volg die modale aspek van ruimtelikheid. Kontinuiteit tree hier op, want die kernmoment van ruimtelikheid is kontinu uitgebreid. Hierdie aspek maak meetbaarheid moontlik.

Lewensruimte is belangrik binne hierdie aspek. Sommige pasiënte benodig meer ruimte as ander. Dit is veral van belang in terapeutiese sessies om waar te neem of pasiënte nader of verder van die terapeut beweeg. Lewensruimte wat HIV positiewe pasiënte binne die gesin benodig, moet deur verpleegkundiges met pasiënte en hulle gesinne bespreek word.

In die ruimtelikheid van alles wat bestaan ontmoet lyne, vlakke en inhoude. Dit is geen "dinge" nie en ook nie individuele figure nie. Dit is wel meer as denkprodukte, want lyne, vlakke en inhoude behoort tot die realiteit van die geskapene. Die twee "laagste" bestaanwyses lewer geen individuele realiteit op nie.

Kinematiese (beweging)

Beweging volg op die aspek van die ruimtelike. Die derde modaliteit is van 'n hoër bestaanswyse omdat beweging die ruimte veronderstel. Ruimtelikheid veronderstel net getalsmatigheid, terwyl die kinematiese op die basis van beide ruimte en getal rus.

Ritme van die daaglikse lewe is ook 'n konsep van hierdie werklikheidsaspek. Verandering van daaglikse lewensritme van HIV positiewe pasiënte kan as gevolg van die siekteverloop ontstaan.

Fisiese (energie)

Hier word die eerste keer gevind dat individue die werklikheid betree. Die sinkern van die fisiese modaliteit is energie-werking. Beweging wat die gevolg is van fisiese energie, is slegs die kinematiese kant van 'n fisiese bewegingsproses.

Bioties (lewe)

Die biotiese aspek volg op die fisiese. Hierdie aspek is die bestaanswyse van die organiese lewe. Daarom is mense, diere en plante almal onderworpe aan die wette wat vir die organiese lewe geld.

Psigiese (gevoel)

As inaggeneem word dat die mens 'n liggaam en 'n siel het, dui die voorafgaande vyf modaliteite op die menslike liggaam. Die mens het 'n natuurlike gevoelslewe, byvoorbeeld taalgevoel en regsgevoel. Daar moet egter daarop gelet word dat die terme "psigiese" en "psigologiese" nie verwar word nie. 'n Gevoelsafwyking is

nooit psigologies nie, maar wel psigies. Psigologies het dus betrekking op die wetenskap van psigologie.

Analitiese/Logiese (denke)

Vervolgens sal na die analitiese/logiese aspek gekyk word. Die analitiese dui op onderskeidende denke. Deur onderskeidend te dink word begrippe, byvoorbeeld hond, huis en loop gevorm. Dat onderskeidende denke op die basis van gevoelslewe voltrek word, blyk uit die feit dat sinnelike indrukke, gewaarwordings en voorstelle die stof van ons denke lewer, terwyl die feit dat die menslike brein wat behalwe gevoels- ook denkorgaan is, op die biotiese fondament van die denke dui.

Historiese (vorming)

Die historiese aspek word getipeer deur kultuurvormende mag. Kultuurvorming is 'n Goddelike opdrag en wel net aan die mens.

Linguaal (taal)

Taal-modaliteit word volgens Dooyeweerd deur simboliese betekening gekarakteriseer. In die menslike lewe is die taal daardie tipiese verskynsel waardeur die mens in sy samelewing verskillende tekens en simbole met 'n gemeenskaplike betekenis in gebruik bring.

Hierdie werklikheidsaspek dui ook op die simboliese wat betekenisdraers en simbole aandui, byvoorbeeld "dra verpleegkundiges nog die simboliek van versorger". Toereikende gronde vir die wending in verpleegsorg asook insig in verwantskappe van die totale verpleegsorgproses bestaan binne die taal-modaliteit.

Sosiale (omgang)

As gevolg van die feit dat taal die klem van mededeling kry, vloei die sosiale daaruit. Die sosiale aspek word gekenmerk deur omgang en verkeer.

Ekonomies (besparing)

Dit is die menslike bestaanswyse wat tuisbring dat alles wat nie vir alle individue in oorvloed beskikbaar is nie, waarde het. As gevolg van hierdie bestaanswyse is dit sinvol om te werk, geld te verdien en dan ekonomies-spaarsaam met geld en ander aardse besittings om te gaan. 'n Faset hiervan is balans tussen, byvoorbeeld behoeftes van die HIV positiewe pasiënt en verpleegaksies deur verpleegkundiges.

Esteties (harmonie)

Dit is die mens beskore om dinge in hul skoonheid te waardeer en 'n afkeer in dinge wat sleg en walglik is te hê.

Juridiese (reg)

Hierdie modale aspek is die menslike bestaanswyse waarin die besef van reg, en die besef van onreg, hulle oorsprong het. Hier gaan dit om die belange waaroor die mens regtens in die samelewing beskik. Die mens het ook allerlei regte in sy vrye maatskaplike omgang met sy medemens.

Eties (liefde)

In hierdie modale aspek word ook gepraat van die sedelike of die morele. Die sinkern van etiek is die liefde in al sy tydelike verhoudings, byvoorbeeld liefde

tussen man en vrou in die huwelik. Die etiese liefde openbaar hom onder allerlei vorme en in allerlei verhoudings van die aardse lewe van alle mense.

Pistiese (geloof)

Geloof as funksie dui hier nie net op dit wat die mens glo nie. Dit dui op die feit dat elke mens 'n geloof het waarmee hy dit wat aan sy lewe vastigheid, sekerheid en uitsig bied, wil aangryp. Elke mens glo dus - gelowig of ongelowig.

Dit sluit ook die geloofwaardigheid in die verpleegkundige se professionele verpleegsorg in.

2.4. DEFINISIE VAN VERWORWE IMMUNITEITSGEBREK SINDROOM

'n Opsomming van die definisie van VIGS soos deur die "*Centre for Disease Control and Prevention*" (1993) sal vervolgens weergegee word.

DEFINISIE VAN VIGS

1. Die HIV status van die pasiënt is onbekend of onvoldoende, byvoorbeeld:

Wanneer laboratorium toetse vir HIV infeksie nie uitgevoer is nie of die resultate van die toetse onvoldoende is en die pasiënt geen ander oorsake van immuungebrek, soos in A.1 hier onder uiteengesit, ondervind nie, 'n diagnose van enige siekte soos in B.1 hier uiteengesit, VIGS aandui.

A. Oorsake van immuungebrek wat 'n siekte uitskakel om as 'n VIGS indikatie in die afwesigheid van laboratorium toetse of HIV infeksie, te dien.

1. Die gebruik van hoë of langtermyn kortikosteroïed terapie of enige ander immuunonderdrukkende of sitotoksiese terapie binne drie maande voor die aanvang van die indikator siekte.
2. Diagnostisering van enige van die volgende siektes binne drie maande nadat die indikator siekte gediagnoseer is: Hodgkin se siekte, nie-Hodgkin se limfoom (primêre brein limfoom uitgesluit) limfotiese leukemie, veelvuldige mïeloom, enige ander kanker of limforetikulêre of histiosistiese weefsel, of angioïmmunoblastiese limfadenopatie.
3. 'n Kongenitale genetiese immuungebrek sindroom of 'n verworwe immuungebrek sindroom wat atipies is van HIV infeksie byvoorbeeld 'n siekte wat hipogammaglobulinemie insluit.

B. Siektes wat VIGS aandui (die siektes vereis definitiewe diagnose)

1. Kandidiasis van die oesofagus, tragea, brongi of longe.
2. Kriptosporidiose met diaree wat langer as een maand duur.
3. Ekstra-pulmonêre Kriptokokkose.
4. Sitomegalovirus infeksie van 'n orgaan, uitsluitend die lewer, milt en limfnodes in 'n pasiënt ouer as een maand.
5. Herpes simpleks infeksie wat 'n muko-kutane ulkus veroorsaak wat langer as een maand duur, brongiale pneumonie veroorsaak of oesofagitis veroorsaak in 'n persoon ouer as een maand.
6. Kaposi se sarkoom in 'n persoon jonger as 60 jaar.
7. Limfoïede interstisiële pneumonie of pulmonale limfoïed hiperplasie in 'n persoon jonger as 13 jaar.
8. Primêre limfoom van die brein in 'n persoon jonger as 60 jaar.
9. *Mycobacterium avium* kompleks of *M.kansasii* infeksie, in 'n gedeelte buite die long, vel, servikale of hilum limfnode.
10. *Mycobacterium tuberculosis* / algemeen - ook pulmonêre en/of ekstra-pulmonêre.
11. Herhaalde voorvalle van pneumonie.
12. *Pneumocystis carinii* pneumonie.
13. Progressiewe multifokale leuko-enkefalopatie.
14. Toksoplasmose van die brein in 'n persoon ouer as een maand.
15. Indringer karsinoom van die serviks.
16. Kokkidioïdomikose: uitgebreid of ekstra-pulmonêre.

2. DIE HIV POSITIEWE PASIËNT

'n Persoon is HIV positief ongeag enige teenwoordigheid van ander immuungebrek veroorsakende siekte (soos uiteengesit in A.1) in die teenwoordigheid van laboratoriumbewyse van HIV infeksie. Enige siekte gelys in B.1 (kyk bostaande) of in 2.A of 2.B (onderstaande) dui op 'n diagnose van VIGS.

A. *Siektes wat VIGS aandui (definitiewe diagnose word vereis)*

1. Veelvuldige of herhaalde bakteriële infeksies, (enige kombinasie van ten minste twee infeksies binne 'n twee tot vier jaar periode), van die volgende lys wat in persone jonger as 13 jaar voorkom:

- Septisemie
- Pneumonie
- Meningitis
- Been- of gewrigsontsteking

'n Abses van 'n ingewandsorgaan of liggaamsholte (otitis media of oppervlakkige vel of mukus absesse uitgesluit) veroorsaak deur *Hemophilus*, *Streptokokkus* (pneumokokkus ingesluit), of enige ander piogeniese bakterieë.

2. Kokkidioïdomikose in 'n area ander dan in verhouding tot die longe, servikale of hilum limfnodes.
3. Histoplasmose in 'n ander area as/of in verhouding tot die longe, servikale of hilum limfnodes.
4. HIV enkefalopatie
5. HIV verslankingsindroom
6. Iso-sporiase met diaree wat langer as een maand duur
7. Kaposi se sarkoom (enige ouderdom)
8. Primêre limfoom van die brein (enige ouderdom)
9. Nie-Hodgkin se limfoom, B-sel of onbekende immunologiese fenotipes en die volgende histologiese tipes naamlik klein nie-splitsende limfoom (Burkitt se limfoom of nie-Burkitt se limfoom) of immunoblastiese sarkoom.

10. *Salmonella* septisemie.
- B. *Siektes wat VIGS aandui (voorlopig gediagnoseer)*
 1. Kandidiase van die oesofagus.
 2. Sitomegalovirus retinitis met verlies van visie.
 3. Kaposi se sarkoom.
 4. Interstiële limfoïede pneumonie of pulmonale limfoïede hiperplasia in 'n persoon jonger as 13 jaar.
 5. Mycobakteriële infeksie (suurvaste basilli met spesies ongeïdentifiseer met kultuurkweking) waar ten minste een area ander dan of met betrekking tot die longe, vel, servikale of hilum limfnodes betrek is.
 6. *Pneumocystis carinii* pneumonie.
 7. Toksoplasmose van die brein in 'n persoon ouer as een maand.
3. **PASIENTE IS HIV NEGATIEF.**

(CDC, 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS)

2.5 PATOGENESE VAN VIGS

'n Groot deurbraak in die begrip van die werking van HIV is deur Montagnier en Gallo gemaak. Die twee het bevind dat VIGS deur die retrovirus, HIV veroorsaak word (Barrè-Sinoussi, Chermann & Rey, 1983:868; Broder & Gallo, 1984:1292).

HIV is 'n lid van die lentivirus-familie van retrovirusse. Hierdie virusse veroorsaak stadige, progressiewe, onomkeerbare terminale siektes, gekenmerk deur progressiewe neuro-degeneratiewe infeksies of progressiewe immuungebreksiektes of beide (Ho, Pomerantz & Kaplan, 1987:278; Fauci, 1988:617). HIV besit 'n silindriese nukleolus wat die koord-proteïene, RNA, bevat asook ensieme naamlik tru-transkriptase (kyk Figuur 2.1). Dit bevat die standaard retrovirus gene, GAG, wat die kodes vir die koord-proteïene vorm, asook POL wat die tru-transkriptase

kodeer en ENV wat die oppervlak gluko-proteïen omhulsel kodeer. HIV besit ten minste vyf bykomende gene wat blyk belangrike aanwysers in HIV sintese te wees. Twee van hierdie gene naamlik TAT en ART/TRS is noodsaaklik vir optimale oorsetting en omvorming van strukturele virus geenproduksie (Ho, *et al.*, 1987:278).

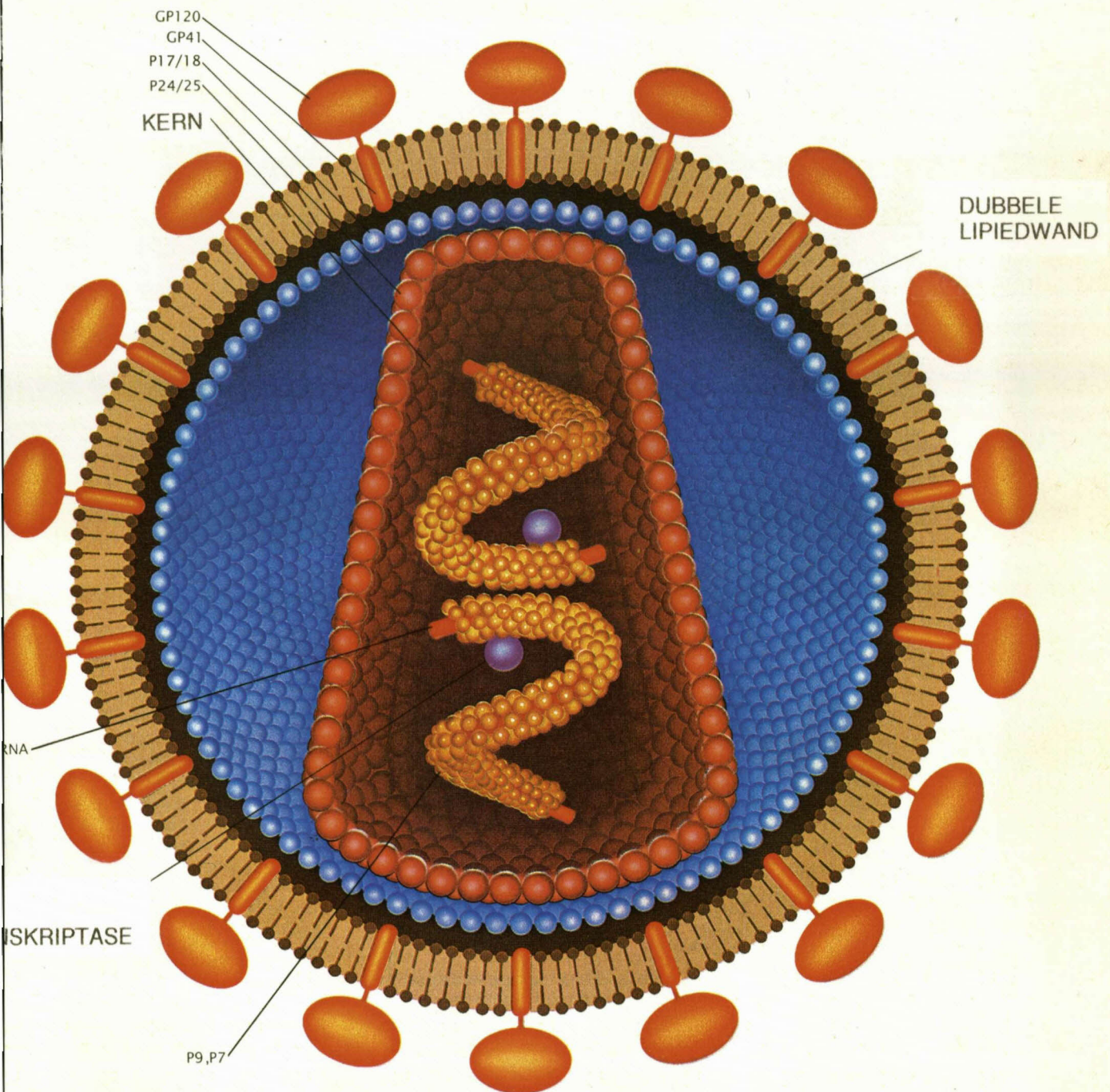
Studies het getoon dat verskeie faktore HIV sintese kan stimuleer, insluitend T-sel aktivering (Luciw & Levy, 1987:1434; Strebel, Klimat & Martin, 1988:1221).

Die immunologiese effek van HIV infeksie word direk verbind met die interaksie tussen die virus en selle wat CD₄-reseptors dra, naamlik die T₄-limfosiete (De Vita, Hellman & Rosenberg, 1985:89). Die T₄-limfosiete is die belangrikste selle in die immuunsisteem omdat dit die ander immuunfunksies induseer (Stites, Stobo & Wells, 1987:89). Die erkenning en eliminerings van sekere antigene, insluitend virusse, in geïnfekteerde selle word in 'n groot mate deur T-sel immuniteit geïnisieer en gerig en meer spesifiek deur die T₄-sel (Laurence, 1985:84). Deur T₄-selle selektief te infekteer, beskadig HIV die spesifieke sel wat normaalweg virus uitwissing en eliminerings beheer. Die progressiewe uitwissing van T₄-selle is die basis van die immunologiese abnormaliteite wat met VIGS gevind word (Gallin & Fauci, 1985:131).

Byna alle immunologiese abnormaliteite wat met VIGS waargeneem word, kan aan die hand van die vernietiging van die normale funksies van die limfosiete verduidelik word, naamlik:

- aktivering van makrofage,
- induksie van B-selffunksies,
- induksie van sitotoksiese T-selffunksies,
- induksie van natuurlike doodmaak (NK) selffunksies,
- induksie van onderdrukkende selffunksies,
- die sekresie van groei en differensiële faktore vir limfoïed selle,

- sekresie van hematopoïetiese kolonie-stimulerende faktore en
- sekresie van faktore wat nie limfoïed selfunksie stimuleer nie (Fauci, 1988:617).



FIGUUR 2.1: Skematiese voorstelling van HIV (Scientific American, 1988:43)

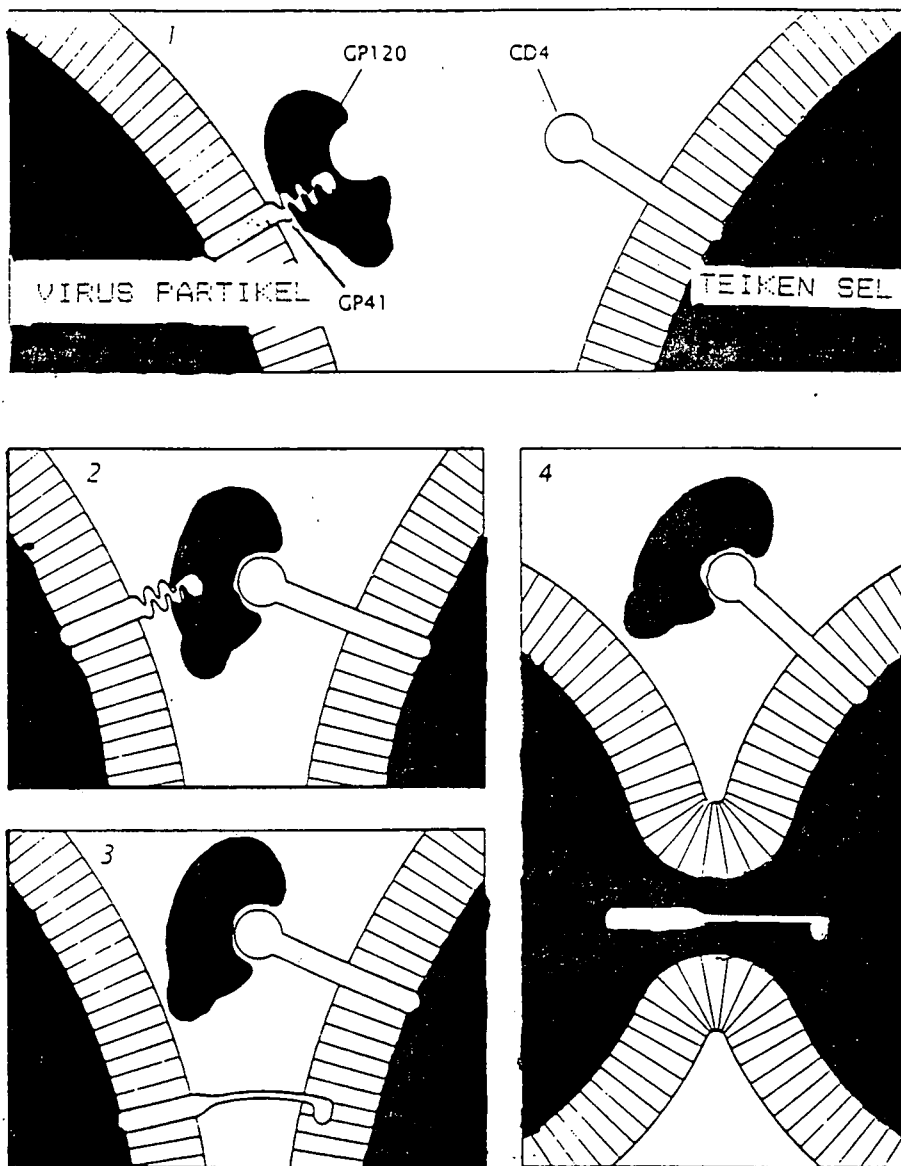
Infeksie van die CD₄ T-sel deur HIV word geïnisieer deur die interaksie van die CD₄ oppervlakte molekule met die glukoproteïen 120 (die vernaamste virus omhulsel-proteïen) (kyk Figuur 2.1). Virus partikels bot van geïnfekteerde CD₄ T-selle af en herwin weer op hulle beurt ongeïnfekteerde CD₄ T-selle tot 'n selnetwerk ten opsigte van HIV.

Selnetwerk interaksie word verkry deur interaksie met virus glukoproteïen 120 (wat in hierdie geval op die oppervlak van 'n geïnfekteerde limfositet voorkom) met CD₄ molekules teenwoordig op die oppervlakte van ongeïnfekteerde limfositete (Dagleish, Beverley & Clapham, 1984:763; McDougal, Kennedy & Sligh, 1986:382) (kyk Figuur 2.2).

'n Tweede selpopulasie wat deur HIV geïnfekteer word is 'n sub-populasie van monosiete en makrofage wat CD₄ oppervlakmolekules besit. Hierdie geïnfekteerde selle leef baie langer as geïnfekteerde CD₄ T-selle. Die monosiete en makrofage is weerstandig teen die vernietiging van selle en selnetwerk vormingseffekte wat HIV op limfositete het. Dit is waarskynlik omdat hierdie selle 'n laer digtheid as CD₄ molekules op hul oppervlakte huisves (Ho, *et al.*, 1986:1712; Koyanagi, O'Brien & Zhao, 1988:1673).

HIV geïnfekteerde monosiete en makrofage veroorsaak ook 'n aantal ander effekte wat tot 'n kliniese beeld kan bydra (Ho, *et al.*, 1987:278). Eerstens, veroorsaak HIV infeksie 'n kenmerkende tekort aan chemotaktiese funksies (posisionele reaksie van lewende selle op chemiese prikkels). Tweedens, veroorsaak HIV infeksie moontlike wanfunksies en infeksies van die alveolêre makrofage wat 'n moontlike faktor kan wees in die patogenese van *Pneumocystis carinii* pneumonie asook die pediatriese sindroom van limfositiese interstisiële pneumonie. Derdens verklaar die verandering van interleukin-1 (IL-1), deur geïnfekteerde monosiete die moontlike oorsaak van die chroniese piroksie wat by baie VIGS pasiënte voorkom. Laastens, geïnfekteerde monosiete stel 'n tumor nekrotiese faktor, naamlik

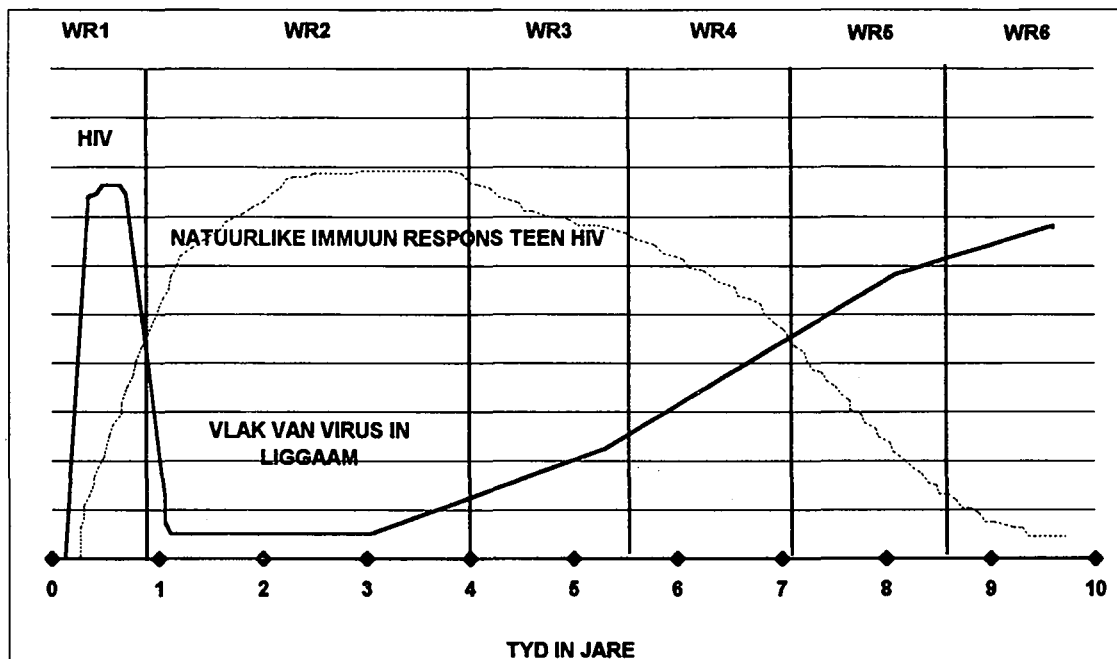
- kagektien, vry. Hierdie faktor mag 'n rol speel in die ernstige gewigsverlies wat by VIGS pasiente opgemerk word (Folks, Kessler & Orenstein, 1988:919).



FIGUUR 2.2: Selnetwerk interaksie tussen die T₄-sel en HIV (Scientific American, 1988:102)

Sommige VIGS pasiente het 'n B-sel wanfunksie, wat nie deur HIV infektering veroorsaak word nie, maar wel deur die Epstein-Barr virusinfeksie wat algemeen by VIGS pasiente voorkom (Whimbey, Gold & Polsky, 1986:511; Fauci, 1988:278). HIV infeksie het 'n direkte patologiese effek op die sentrale sensuiewestelsel. Dit verklaar waarom 'n minimum van 60% van alle VIGS pasiente neuropsigiatriese abnormaliteite ondervind. Monosiete en makrofage is die dominante selle wat in die brein deur HIV aangetas word en dit is ook hierdie selle wat verantwoordelik is vir die vervoer van HIV na die brein. 'n Verskeidenheid monosiete, ensieme en chemotaktiese faktore word vrygestel as gevolg van bogenoemde infeksie wat neurologiese skade en inflammatoriese toestande van die brein tot gevolg het (Koening, Gendelman & Orenstein, 1986:1089; Streichan & Joynt, 1986:2390; Fauci, 1988:617). Daar bestaan ook die moontlikheid dat die homologie tussen glukoproteïen 120 van HIV en neuroleukin 'n blokkasie van neuroleukin, wat neurologiese groei stimuleer, kan veroorsaak wat weer op sy beurt brein disfunksies tot gevolg kan hê (Lee, Ho & Gurney, 1987:1047).

Afgesien van die immuun-versteurings deur HIV infeksie, kan die geïnfekteerde gasheersel nog 'n immuun-respons inisieer na infeksie met HIV. Dit verklaar die teenliggame teen verskeie virus-proteïene wat met diagnostiese toetse geïsoleer kan word. Die teenwoordigheid van neutraliserende teenliggame in die serum van 'n HIV positiewe individu bied min beskerming teen die ontwikkeling van VIGS (Seligmann, Pinching & Rosen, 1987:234; Weber, Clapman & Weis, 1987:119) (kyk Figuur 2.3).



FIGUUR 2.3: Balans tussen HIV (aaneenlopende lyn) en teenliggame (gebroke lyn) teen HIV (Scientific American, 1988:97)

2.6 SPEKTRUM VAN VIGS

VIGS is net 'n stadium van die wye spektrum van HIV infeksie. Pasiënte wat met HIV geïnfekteer is en wat geen opportunistiese siektes het nie, se toestand word nie as VIGS gedefinieer nie (Classification System for Human T-cell Lymphotropic Virus III/lymphadenopathy associated virus infections, 1986:334-339).

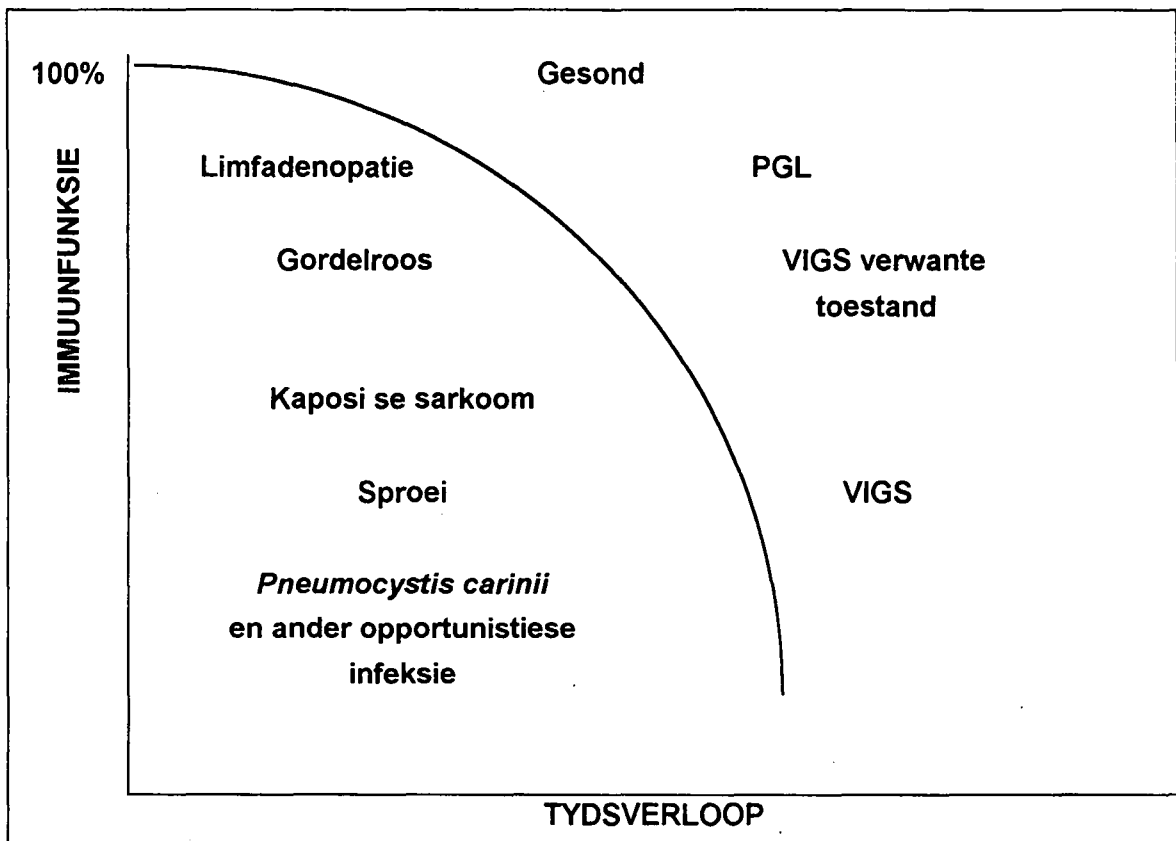
Die CDC (Centre for Disease Control) het 'n hersiene klassifikasie van VIGS in 1993 bekend gemaak. Geïnfekteerde pasiënte is in vier eksklusiewe, hiërargiese groepe geklassifiseer. Hierdie klassifikasie is op kliniese tekens en simptome gebaseer (kyk Tabel 2.2).

TABEL 2.2: Kliniese klassifikasie vir HIV infeksie

GROEP I	Akute infeksie
GROEP II	Asimptomatiese infeksie
GROEP III	Algemene limfadenopatie (PGL)
GROEP IV	Ander siektes: <ol style="list-style-type: none">1. Sistemiese infeksies2. Neurologiese infeksies3. Sekondêre infektiewe toestande<ol style="list-style-type: none">3.1 Siektes soos in die definisie van VIGS deur die CDC uiteengesit3.2 Ander gespesifiseerde infektiewe toestande4. Sekondêre kankers5. Ander toestande

(Classification System for Human T-cell Lymphotropic Virus III/lymphadenopathy associated virus infections, 1986:334-339)

Walter Reed het ook 'n spektrum van HIV saamgestel wat in die CDC se klassifikasie van VIGS verweef kan word. Die stadiums wat Reed geïdentifiseer het, staan as WR-0 tot WR-6 bekend (kyk Figuur 2.5). Volgens Reed is die eerste stadium, WR-0, die blootstelling aan die virus. Sodra HIV positiwiteit deur 'n betroubare toets vasgestel is, word die pasiënt as WR-1 geklassifiseer. Hierdie klassifikasie stem ooreen met Groep I van die CDC definisie. Dit sluit pasiënte in wat 'n akute mononukleose geassosieerde infeksie ondervind (Cohen & Durham, 1988:9-51). Tekens en simptome ontstaan gewoonlik drie weke na infektering van HIV. Dit sluit pireksie, algemene gevoel van ongesteldheid (malaise), limfadenopatie, spierpyne, minder ernstige of aseptiese meningitis, in (kyk Figuur 2.4). Die oorsake van bogenoemde tekens en simptome is nie duidelik nie en verdwyn gewoonlik binne 'n paar dae of weke (Robert, 1988:74). Volgens navorsing is die tydsverloop tussen blootstelling aan HIV en serokonversie tussen ses en twaalf weke (Melbye, Bigger & Ebbesen, 1986:496-499). Sommige HIV geïnfecteerde pasiënte toon geen tekens van infeksie nie.

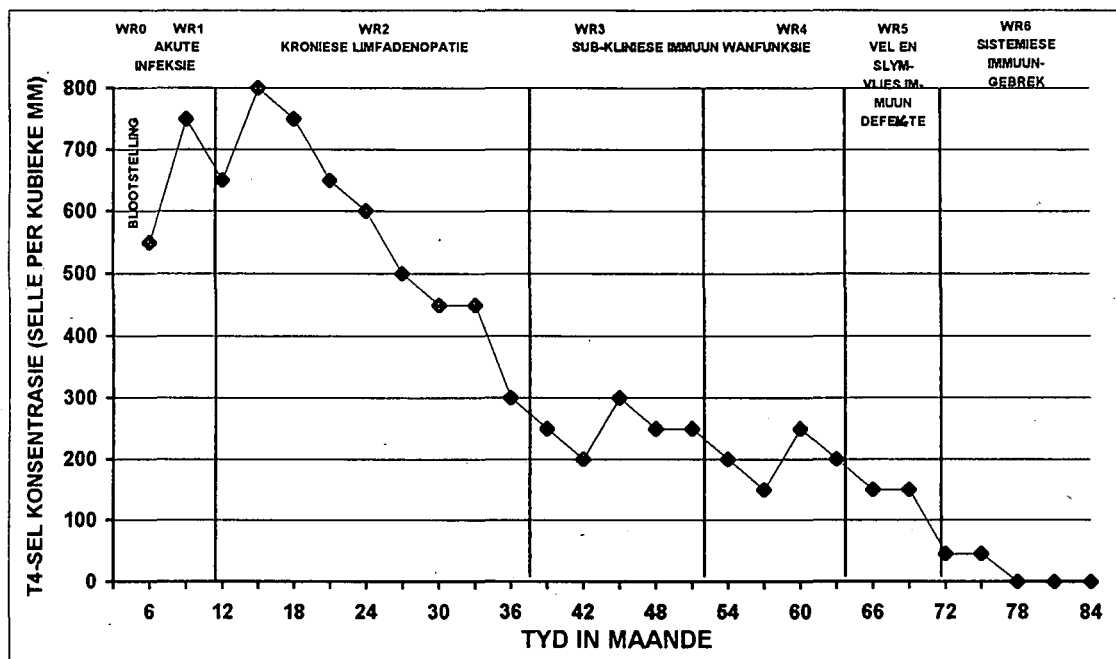


FIGUUR 2.4: Die verhouding tussen die immuunfunksies en die verskeie gedefinieerde sindrome (Farthing & Brown, 1987:17)

Hierdie pasiënte se siektetoestande verswak tot 'n Groep II klassifikasie wat diegene insluit wat met HIV geïnfekteer is maar geen tekens en simptome toon nie. Sekere lede van hierdie groep kan wel tekens van matige immunologiese of hematologiese abnormaliteite soos anemie, trombositopenie, leukopenie, hiper-gamma-globulinemie en anergie toon (Ostrow, Solomon & Mayer, 1987:7). Die inkubasie tydperk vir VIGS, dit wil sê, die tydsduur vanaf infeksie totdat kliniese simptome verskyn, is gemiddeld vier tot agt jaar (Curran, Jaffe & Hardy, 1988:610).

Groep III kan met die WR-2 vergelyk word (kyk Figuur 2.5). Tydens hierdie stadium kom chroniese limfadenopatie (PGL - persistent generalized lymphadenopathy) in die pasiënte wat reeds met HIV geïnfekteer is, voor (Ostrow, *et al.*, 1987:7). Limfadenopatie word deur die hiperaktivering van die B-sel van die

immuunsisteem veroorsaak. Die WR-2 stadium duur gewoonlik drie tot vyf jaar, waartydens pasiënte gesond voel en soos reeds aangedui geen simptome ondervind nie (Redfield, 1988:75).



FIGUUR 2.5: Afname in T₄-seltelling (Scientific American, 1988:94)

Die WR-3 stadium word gekenmerk deur 'n dramatiese vermindering in die T₄-seltelling tot onder die vlak van 400/μl (die normale perk is 800/μl bloed). Hierdie telling dui op 'n afname van die doeltreffendheid van die immuunfunksie. Die tydsduur van hierdie stadium is ongeveer 18 maande (Redfield & Burke, 1988:130).

Groep IV sluit die HIV geïnfekteerde pasiënte in wat kliniese simptome ondervind, uitsluitend limfadenopatie. Hierdie groep word ook in vyf subgroepe verdeel. Pasiënte kan in meer as een van die subgroepe in 'n spesifieke stadium geklassifiseer word. Groep IV-A sluit die HIV geïnfekteerde pasiënte wat simptome soos piroksie en diaree vir langer as 30 dae ondervind, onverklaarbare gewigsverlies van 10% of meer van die normale liggaamsmassa of 'n kombinasie van bogenoemde ondervind, in (CDC, 1986:334). HIV geïnfekteerde pasiënte wat met neurologiese toestande voordoën, insluitend afwykings van die sentrale

· senuweestelsel soos dimensie, akute atipiese meningitis en mielopatie asook pynlike perifere sensoriese neuropatie, word as pasiënte van Groep IV-B geklassifiseer (Ostrow, *et al.*, 1987:7).

Groep IV-C bestaan uit die HIV geïnfekteerde pasiënte wat met infektiewe toestande voordoën. Pasiënte met HIV geassosieerde maligniteit, byvoorbeeld Kaposi se sarkoom, nie-Hodgkin se limfoom of primêre limfoom van die sentrale senuweestelsel, staan as Groep IV-D bekend.

Groep IV-E is alle pasiënte met kliniese simptome wat nie klassifiseerbaar in enige ander groep van infeksies, geassosieer met HIV infeksie of sel-bemiddelde immuungebrek, is nie. Volgens Walter Reed is stadium vier die fase van 'n individu se onvermoë om 'n sellulêre immuun-respons te ontlok teen spesifieke proteïene wat onder die vel ingespuit word. WR-5 tree in wanneer daar 'n totale afwesigheid van hipersensitiwiteit ontstaan (kyk Figuur 2.5). Simptome soos sproei, fungus infeksie van die slymvliese, van die tong en mondholte is tydens hierdie fase teenwoordig. Gedurende die vyfde stadium daal die T_4 -seltelling tot onder die vlak van $200/\mu\text{l}$ bloed. Wanneer die T_4 -seltelling tot onder die vlak van $100/\mu\text{l}$ bloed daal, word die WR-6 stadium binnegegaan. Die meeste HIV geïnfekteerde pasiënte met 'n T_4 -seltelling van $100/\mu\text{l}$ bloed of minder sal binne twee jaar sterf (Redfield & Burke, 1988:76).

Opportunistiese toestande wat gedurende hierdie laaste fase voordoën is PCP (*Pneumocystis carinii* pneumonie), toksoplasmose wat die brein aantast, chroniese kriptosporidiose wat chroniese diaree veroorsaak, kriptokokkose wat meningitis veroorsaak of aantasting van die lewer, been, vel en ander weefsel. 'n Algemene virumie wat voorkom is sitomegalovirumie, wat weer op sy beurt pneumonie, enkefalitis, blindheid, en inflammatoriese toestande van die kolon kan veroorsaak. Sitomegalovirumie vind dikwels reeds tydens die kinderjare plaas, maar bly latent

en word dan deur HIV infektering geheraktiveer met resultate van byvoorbeeld tuberkulose of histoplasmosse.

Neurologiese skade wat tydens HIV infeksie voorkom is die gevolg van kopiëring van HIV in die breinselle of indusering van die sekresies van neurotoksiese sitokines. Gedurende hierdie terminale stadium ondervind 'n groot aantal pasiënte VIGS demensie ('n sindroom gekenmerk deur verlies aan presiesheid van beide denke en beweging) (Redfield & Burke, 1988:76).

Die spektrum waaruit VIGS bestaan, word in Figuur 2.4 aangedui (kyk ook hoofstuk ses) en kan as volg opgesom word:

1. Nie-simptomatiesè draers
2. Biologiese immuun-onderdrukking
3. Akute sero-konversie sindroom met enkefalopatie ingesluit
4. VIGS verwante toestande (VVT)
5. Volledige VIGS (Lachman, 1988:39)

2.7 SAMEVATTING

Die filosofiese gronding van die navorsing, sowel as die patogenese en spektrum van VIGS is in hierdie hoofstuk bespreek.

In die volgende hoofstuk sal die navorsingsontwerp en -metode bespreek word.

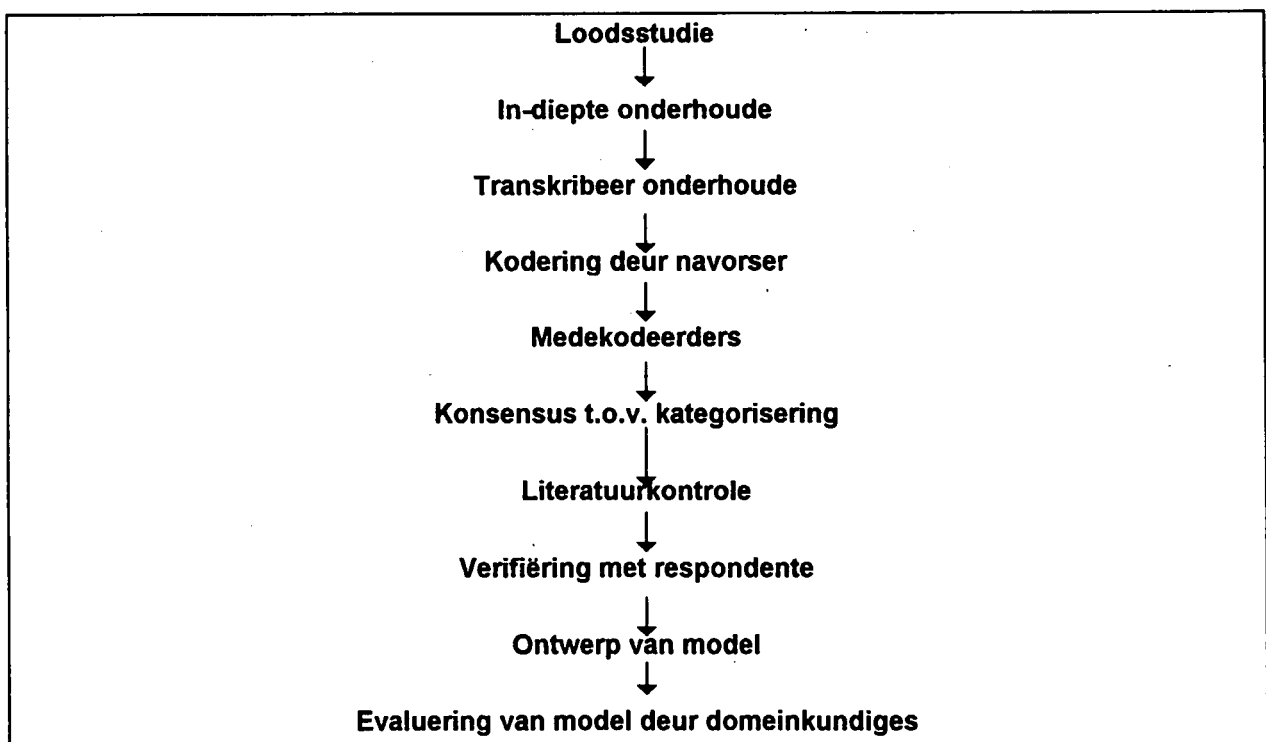
HOOFSTUK 3

Navorsingsmetodologie

3.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstukke is 'n oorsig oor en 'n oriëntasie van grondslae tot die studie gegee. Die navorsingsmetodologie sal vervolgens bespreek word.

Die navorsing het in twee fases verloop. Dataversameling, -analise en literatuurkontrole is in Fase 1 gedoen en modelformulering is in Fase 2 gedoen. Die verloop daarvan word skematies in Figuur 3.1 voorgestel.



FIGUUR 3.1: Skematiese voorstelling van die navorsingsverloop

Die pasiënte en verpleegkundiges het op 'n vrywillige basis aan die projek deelneem.

3.2 NAVORSINGSONTWERP EN -DOELSTELLINGS

In hierdie studie is 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp gebruik omdat kwalitatiewe navorsing 'n studie van die empiriese wêreld vanuit die oogpunt van die persoon wat bestudeer word, is. Gedrag word beïnvloed deur die fisieke, sosio-kulturele en psigologiese omgewing (Krefting, 1991:214).

Die navorsingsontwerp is dus kwalitatief en die doelstelling van die navorsing is verkennend en beskrywend. Die studie is kontekstueel van aard.

Verkennend

Verkenning het ten doel om meer insig in 'n betreklike onbekende terrein te verkry. Die doel met sodanige verkenning in hierdie studie is as volg:

- Om nuwe belewenisse van HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges se sieninge ten opsigte van eersgenoemde se verpleegbehoefte as domeinverskynsel in te win. Aansluitend hierby is die navorser se bereidwilligheid om nuwe sieninge en moontlikhede te ondersoek en nie toe te laat dat enige voorafopgestelde hipoteses en/of idees die navorsing rig nie (Mouton en Marais, 1989:45).

Beskrywend

Die beskrywing wat hier van toepassing is, is nie die diepte beskrywende ontwerp soos Mouton en Marais (1989:46) dit beskryf nie. Dit is eerder die beskrywing van verkenning, gedoen deur in-diepte onderhoude. In hierdie navorsing sal die navorser die navorsing beskryf na die neem van veldnotas en transkribering van onderhoude na afloop van in-diepte onderhoude.

Deur verkenning en beskrywing word dus verseker dat die navorser oop en plooibaar is. Nuwe stimuli vir die navorser sal toeganklik wees en nuwe idees en voorstelle sal ondersoek word (Mouton en Marais, 1989:45).

Kontekstueel

Hierdie navorsing is kontekstueel, naamlik die kontekstuele verkenning en beskrywing van die belewenis van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefes asook verpleegkundiges se siening daarvan, met die doel om 'n model voor te stel vir gehalte verpleegsorg aan hierdie pasiënte.

Die navorsing is dus gebonde aan die unieke konteks van HIV positiewe pasiënte en kan nie verteenwoordigend wees van die totale populasie nie (Mouton en Marais, 1989:52).

3.3 REGTE VAN DIE RESPONDENTE

Die doel van die navorsing en dat dit 'n doktrale studie is, is met alle proefpersone wat hul toestemming tot deelname aan die navorsing gegee het, bespreek. Deelname aan die studie was absoluut vrywillig. Skriftelike toestemming tot deelname is gegee (kyk Bylaag D). Konfidensialiteit en die anonimiteit van elke proefpersoon is verseker (kyk 3.4.2.1.2). Proefpersone kon in enige stadium van die navorsing, indien hulle dit sou verkies, onttrek. (Parse, Coyne & Smith, 1985:18).

3.4 FASE I: DATAVERSAMELING, -ANALISE EN LITERA- TUURKONTROLE

3.4.1 Navorsingstegnieke

Onderhoudvoering, literatuurstudie en -kontrole is as navorsingstegnieke in die studie gebruik.

3.4.2.1 *Onderhoudvoering*

Daar is van die metode van ongestruktureerde, in-diepte onderhoudvoering met individue gebruik gemaak. Dit impliseer dat die navorser hoofsaaklik van vrae wat deur die literatuur as belangrike riglyne gesien word, gebruik gemaak het om die onderhoud te rig. Alhoewel die vrae nie in 'n spesifieke volgorde gevra hoef te word nie, verseker dit dat alle aspekte wat ondersoek wil word, gedek sal word (Ferreira & Mouton, 1988:140). Hierdie tipe onderhoude konsentreer dus nie op 'n vooraf opgestelde stel vrae nie, maar slegs op 'n paar vrae wat as riglyne dien. Hierdie vrae motiveer die deelnemers om vrae nie net met 'n "ja" of "nee" te beantwoord nie (Polit & Hungler, 1993:194).

Die voordeel van ongestruktureerde onderhoude waarin vrae gebruik word, lê daarin dat data relatief sistematies verkry word, maar dat belangrike data tog nie agterweë gelaat of vergeet word nie (Ferreira, *et al.*, 1988:140). Benoliel (1984:1-8) beveel ook ongestruktureerde onderhoude aan wanneer navorsing gedoen word aangaande persone se aanpassing tot kritiese lewenservaringe, soos chroniese siektes (byvoorbeeld VIGS), asook ten opsigte van die aard van pasiënt-verpleegkundige sosiale transaksie in verhouding tot stabiliteit en verandering, wat veral van toepassing in hierdie navorsing is.

Die navorser se integriteit met die versameling van data in kwalitatiewe studies is van groot belang, aangesien die data deur die navorser self verkry word en nie soos met vraelyste geredelik gekritiseer kan word nie (Punch, 1991:15).

3.4.2.1.1 *Proses van die onderhoudvoering*

In-diepte onderhoude is met HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges gevoer totdat die data versadig was. Die rede waarom die verpleegkundiges ook by die studie betrek is, is dat verpleegkundiges wat in die praktyk staan, die mening toegedaan is dat baie navorsing gedoen word waarin hulle nie betrek word nie en op die lange duur beland hierdie studies op 'n rak in 'n opvoedkundige inrigting en is vir hulle onbekend of onbruikbaar. Die navorser het ook van sieninge van verpleegkundiges gebruik gemaak sodat 'n totale beeld van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefte verkry kon word.

Verpleegkundiges is telefonies gekontak vir toestemming tot deelname aan die navorsing. Indien hulle toestemming verleen het, is 'n afspraak gemaak, wat later weer telefonies bevestig is. Pasiënte is egter deur die verpleegkundiges wat hulle verpleeg, gekontak. Hierdie verpleegkundiges het die doel van die navorsing aan die pasiënte verduidelik. Nadat pasiënte bereidwilligheid tot deelname aan die navorsing met hierdie verpleegkundiges bevestig het, het die navorser 'n afspraak met die pasiënte gereël. Afsprake is individueel gereël. Tydens die eerste ontmoeting tussen die navorser en die pasiënt, het die navorser weereens die doel van die navorsing in leke terme aan die pasiënt verduidelik. Hierna is die pasiënt 'n tydperk van twee tot sewe dae gegun om tot 'n besluit te kom aangaande deelname aan die navorsing.

Konfidensialiteit van die onderhoude is aan elke respondent verduidelik en verseker. Alle respondente het ingeligte, skriftelike toestemming tot deelname aan die navorsing verleen en kon enige tyd van die navorsing onttrek. Ondersteuningsbronne was aan respondente

na die onderhoude beskikbaar. Indien 'n behoefte tot ondersteuning bestaan het, kon hulle 'n berader of verpleegkundige spreek.

Onderhoude is op oudioband opgeneem (toestemming vir die gebruik van die oudioband is ook van pasiënte en verpleegkundiges verkry) en is daarna woord vir woord getranskribeer. Inligting kon nie verlore raak nie en die navorser kon teruggaan na inligting wat die respondente gegee het. Die studie se betroubaarheid is hierdeur verhoog (Miles en Huberman, 1984:50).

Elke transkripsie het direk na 'n onderhoud plaasgevind. Die navorser het gepoog om onderhoude op videoband te neem, maar uit vrees vir blootstelling het alle pasiënte geweier om voor die kamera te verskyn.

Onderhoude het tussen 30 minute tot een uur geduur. Die tyd wat dit die navorser geneem het om die onderhoude te transkribeer, het gewissel van twee tot tien ure per onderhoud.

Die vrae wat aan die pasiënte gevra is, was:

Hoe word u verpleeg sedert dit aan u bekend is dat u HIV positief is?

Hoe sal u graag deur verpleegkundiges verpleeg wil word?

Die vrae wat aan die verpleegkundiges gestel is, lui as volg:

Hoe verpleeg u 'n pasiënt wat HIV positief is?

Hoe dink u behoort so 'n pasiënt verpleeg te word?

Die onderhoudvoerder (navorser) het deurentyd 'n gemaklike en oop atmosfeer geskep sodat alle vrae eerlik beantwoord kon word. Die onderhoud is as konfidensieel gesien en

is ook so hanteer. Die navorser het aanvaarding en begrip vir beide groepe se probleme en behoeftes gehad.

Onderhoude met verpleegkundiges is in verskillende streke van die Vrystaat gevoer. Die dorpe wat geselekteer is, is Bloemfontein, Bethlehem, Harrismith, Odendaalsrus en Kroonstad. Die navorser wou hierdeur vasstel of verpleegkundiges in verskeie streke verskeie behoeftes ondervind.

Die feit dat verskeie dorpe geselekteer is, het meegebring dat die navorser na hierdie dorpe moes reis. Afgesien van die feit dat afsprake wel met verpleegkundiges telefonies gemaak is, het probleme nogtans voorgekom. In een geval het die respondent nie vir die afspraak opgedaag nie en in 'n ander geval was die respondent siek. Alhoewel hierdie respondent 'n plaasvervanger aangewys het, wou die aangewese persoon nie aan die navorsing deelneem nie. Beide hierdie probleme is eers geïdentifiseer nadat die navorser etlike honderde kilometers gereis het.

'n Loodsstudie is gedoen en afgehandel voordat die respondente deur die navorser genader is. Die kritiese vrae is tydens die loodsstudie getoets. Die loodsstudie het ook gedien om die navorser se interpersoonlike vaardighede en onderhoudstegnieke te evalueer. Die loodsstudie onderhoude is ook op band opgeneem en getranskribeer.

3.4.2.1.2 Geldigheid en betroubaarheid

Geldigheid en betroubaarheid van onderhoude is as volg verseker:

- deurdat 'n departementele navorsingskomitee die navorsingsprotokol van die navorser geëvalueer, gekritiseer en goedgekeur het.
- toestemming tot die navorsing is na evaluering deur die UOVS etiek komitee verleen.

- respondente het ingeligte toestemming verleen. Die doel van die studie is eerstens aan verpleegkundiges verduidelik. Hierna is pasiënte deur verpleegkundiges gekontak en die doel van die studie is aan pasiënte verduidelik. Die navorser het daarna pasiënte gekontak en weereens die doel van die navorsing in leke terme aan die pasiënte verduidelik. Na die tweede verduideliking het die navorser aan die respondent gevra of daar nog enige onduidelikheid bestaan en indien dit wel voorgekom het, is onduidelikhede weer bespreek totdat dit uitgeklaar was.
- verpleegkundige respondente is telefonies gekontak vir toestemming tot deelname aan die studie, daarna is hul persoonlik gekontak. Met hierdie kontak sessie is skriftelike toestemming tot deelname aan die navorsing verleen.
- afspraak vir die voer van onderhoude is vooraf met respondente gemaak om sodoende te verseker dat genoeg tyd beskikbaar is.
- objektiwiteit is verseker deurdat verpleegkundiges pasiënte aangewys het. Die navorser was dus onbetrokke by die seleksie van pasiënte. In-diepte onderhoude is gevoer totdat data versadig was.
- respondente het vrywillig aan die navorsing deelgeneem.
- die plek waar onderhoude plaasgevind het, is deur respondente aangewys. Onderhoude het dus geskied op plekke waar respondente gemaklik gevoel het sodat faktore soos blootstelling uitgeskakel is. Dit het verseker dat respondente veilig en op hul gemak gevoel het.

- die navorser het gevra dat daar geen telefoon in die vertrek moes wees nie, of dat dit van die mik gehaal sou word. 'n "Moet asseblief nie steur" nota is buite op die deur geplaas. Op hierdie wyse is onderbrekings uitgeskakel asook privaatheid geskep.
- die navorser het respondente verskeie kere ontmoet sodat 'n vertrouensverhouding tussen die twee partye gevestig kon word.
- respondente is 'n geruime tyd gegun om hul besluit tot deelname aan die navorsing te bepeins/oordink.
- konfidensialiteit is verseker deurdat persoonlike name nie tydens die onderhoud gebruik is nie. Geen identifiserende inligting is op band gemeld nie. Respondente het die versekering ontvang dat alle bande en transkripsies na suksesvolle voltooiing van die navorsing vernietig sal word. Transkripsies van die bande is ook net aan akademiese personeel wat by die navorsing betrokke is, beskikbaar.
- die navorser het dit duidelik aan respondente gestel dat hulle op enige stadium in die verloop van die navorsing kon onttrek.
- die navorser het vooraf met verpleegkundiges en beraders gereël dat respondente hulle direk na die onderhoud kon spreek as hulle 'n behoefte daaraan gehad het.
- onderhoude is met toestemming van respondente op oudioband geneem. Elke onderhoud is na die opname getranskribeer.
- geanaliseerde data is vir verifiëring aan verpleegkundige respondente gegee.

- loodsonderhoude is met twee verpleegkundiges en twee pasiënte gevoer om vrae te toets asook die navorser se interpersoonlike vaardighede te evalueer.
- drie mede-kodeerders het die onderhoude na transkripsie en analise geëvalueer.
- die volgende vereistes is aan die mede-kodeerders vir die evaluering van die onderhoude gestel:
 - onbetrokkenheid by die navorsing
 - geregistreerde verpleegkundige
 - kundigheid in navorsingstegnieke
 - kennis van die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd

3.4.2.2 *Literatuurstudie en -kontrole*

'n Literatuurstudie is gedoen ten einde data wat met literatuurkontrole verband hou, te versamel.

'n Literatuurkontrole is gedoen, deurdat die resultate van die onderhoude bespreek, vergelyk en geverifieer is met relevante teorieë en resultate van studies wat verband hou met die onderwerp van hierdie navorsing. Resultate wat uit hierdie navorsing verkry is, is in die besonder bespreek. Hierdie literatuurkontrole verseker ook verdere betroubaarheid en geldigheid van die navorsing.

3.4.3 Metode van data analise

3.4.3.1 *Inhoudsanalise*

Die data is volgens Giorgi se metode (1970:55-56) geanaliseer. Die metode bestaan uit sewe stappe naamlik:

- 1) Die beskrywing van die totale belewenis (transkripsie). Hierna word dit weer gelees om 'n geheelbeeld te kry.
- 2) Die lees van die transkripsie vir 'n tweede keer. Samevattings word geïdentifiseer sodat die samevattings kan opbou tot 'n geheel.
- 3) Die eliminerings van oortollige/oorbodige inligting in die geïdentifiseerde eenhede. Indien daar losstaande eenhede is, word dit met by die geheel geïnkorporeer.
- 4) Die reflektering op die oorbodige inligting (in die pasiënt se uitdrukking) en die transformering van die konkrete inligting tot bruikbare wetenskaplike inligting, byvoorbeeld as die pasiënt sou sê: "*ek het beter gevoel toe...*" na "*ek het ... as hanteringsmeganisme gebruik*".
- 5) Die integrering van die insig van die navorser oor die onderhoude met die transkripsie.
- 6) Die kategoriseer van die inligting volgens herhaalde tendense.
- 7) Die voorlegging van die finale produk aan ander mede-kodeerders vir kritiek en/of aanvaarding.

Data is volgens bogenoemde metode getranskribeer.

Die navorser het toegelaat dat belewenisse ontvou soos wat pasiënte dit beleef het, dit wil sê op 'n ongestruktureerde wyse. Hierdie belewenisse is volledig beskryf en daarna aandagtig deurgelees.

Getranskribeerde data is 'n tweede maal deurgelees en samevatting is geïdentifiseer. Losstaande eenhede is daarna geïntegreer. Samevatting is vervolgens tot wetenskaplike inligting getransformeer.

Hierna is data in kategorieë volgens die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd geplaas (kyk hoofstuk 4). Kategorieë is hierna volgens bogenoemde metode (kyk stap 6) in groepe en temas verdeel.

Hierdie proses het meegehelp om inligting te reduceer tot selektiewe en verwerkbare inligting.

Data-analise van die onderhoude was 'n lang proses en is deurlopend gedoen.

3.4.3.2 *Betroubaarheid en geldigheid van data-analise*

Die kriteria van Guba (1981:75-91) se model is gebruik om geldigheid en betroubaarheid van data-analise van die onderhoude te verseker aangesien dit reeds kontekstueel goed ontwerp is en reeds in verskeie kwalitatiewe navorsingsprojekte deur verpleegkundiges gebruik is.

Hierdie model soos beskryf deur Krefting (1991:215) is gebaseer op vier kriteria van betroubaarheid in kwalitatiewe navorsing, naamlik:

- getrouheidswaardes (truth value)
- toepaslikheid

- konsekwentheid
- neutraliteit

Benewens bogenoemde is strategieë van navorsers soos Guba, Lincoln, Krefting en ook andere gebruik om geldigheid en betroubaarheid te bewys (kyk tabel 3.1). Die genoemde kriteria en strategieë sal voorts bespreek word.

3.4.3.2.1 Getrouheidswaardes

Getrouheidswaardes word in navorsing bereik wanneer die navorser vertrou is met en vertrou het in die bevindinge van die navorsing wat gedoen is (Lincoln & Guba, 1985:371-379). Die navorser het wel hierdie kriterium bereik deurdat ooreenstemming tussen die navorsingsbevindinge en literatuurkontrole bevind is. Dit bevestig ook hoe vertrou die navorser met die werklikheid van die bevindinge, gebaseer op die navorsingsontwerp, is. Die navorser se bevindinge het ook met die navorsingsontwerp gekorreleer.

Met kwalitatiewe navorsing word geldigheid dikwels gesteun deur die manier waarop probleme wat 'n bedreiging vir interne geldigheid kan wees, hanteer word sowel as die geldigheid van die instrumente as maatstaf van die fenomeen wat bestudeer word (Sandelowski, 1986:27).

Geldigheid word verkry deur die ontdekking van menslike belewenisse, soos wat HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges dit beleef en deur hierdie persone wat dit beleef, weergegee word. Geldigheid is subjek georiënteer en is nie voortydig deur die navorser gedefinieer nie (Sandelowski, 1986:29).

3.4.3.2.2 Toepaslikheid

Dit verwys na die mate wat die bevindinge op 'n ander konteks of groep van toepassing gemaak kan word. Dit wil sê, dit is die vermoë om die bevindinge op 'n groot populasie van toepassing te maak. Toepaslikheid word in hoofstukke vier en vyf bewys. Uit die kwalitatiewe perspektief gesien, verwys toepaslikheid na die mate van effektiwiteit waarmee probleme wat die eksterne betroubaarheid bedreig het, hanteer is (Sandelowski, 1986:28).

Dit is egter nie altyd relevant om resultate op 'n groter populasie van toepassing te maak nie. 'n Voordeel van kwalitatiewe navorsing is dat dit in 'n natuurlike milieu (*setting*) gedoen word en dat min kontrole veranderlikes teenwoordig is. Elke situasie verskil van 'n ander en daarom is dit minder moontlik om veralgemenings te maak. Veralgemening word as 'n illusie beskou omdat elke navorsingsituasie, navorser en groep proefpersone verskil (Krefting, 1991:216). Toepaslikheid word dus as irrelevant tot kwalitatiewe navorsing gesien omdat die doel is om 'n spesifieke fenomeen te beskryf.

Guba (1981:75-91) gee egter sy perspektief van toepaslikheid as volg:

"... fittingness or transferability, as the criterion against which applicability of qualitative data is assessed. Research meets this criterion when the findings fit into contexts outside the study situation that are determined by the degree of similarity or goodness of fit between the two contexts".

Lincoln en Guba (1985:375) sien oordraagbaarheid eerder as die verantwoordelikheid van die persoon wat bevindinge van een situasie na 'n groter populasie wil oordra as dié van die oorspronklike studie of navorser. Hierdie outeurs beveel aan dat wanneer die navorser voldoende beskrywende data verskaf om vergelyking toe te laat, die probleem van toepaslikheid wel aangespreek is.

Toepaslikheid is wel in hierdie navorsing bereik deurdat bevindinge en literatuurkontrole vergelyking toegelaat het.

3.4.3.2.3 *Konsekwentheid (Consistency)*

Die derde kriterium van geldigheid word deur die konsekwentheid van data bepaal. Met kwalitatiewe navorsing is die kriteria vir betroubaarheid geskoei op stabiliteit, konsekwentheid en ekwivalensie van die studie (Sandelowski, 1986:30). Dit is die mate waarin herhaalde administrasie van die meting dieselfde data sal lewer of die mate waarin 'n meting een keer geadministreer word, maar deur verskillende persone en dan ekwivalente resultate sal lewer. Hierdie aspek is ook deur die navorser bereik deurdat sekere tendense herhaaldelik voorgekom het.

Inherent is die doel van betroubaarheid die waarde van herhaalbaarheid. Die herhaling van die toetsprosedures sal nie die bevindinge alterneer nie. Die beperkende metodes van observasie en streng ontwerpe wat met kwantitatiewe navorsing gevind word, veroorsaak dikwels dat die herhalingstoets nie uitgevoer kan word nie. Die kwalitatiewe perspektief ten opsigte van konsekwentheid is ook gebaseer op die aanname van 'n enkele realiteit, naamlik dat daar "iets" is wat bestudeer moet word wat onveranderd is en wat as 'n hoogtemerk/punt bestempel kan word (Lincoln & Guba, 1985:40). In hierdie navorsing is dit die belewenis van verpleegsorgbehoefte deur HIV positiewe pasiënte asook verpleegkundiges se siening daarvan. Wanneer aangeneem word dat daar veelvuldige werklikhede bestaan, is die kwessie rondom betroubaarheid van minder belang (Krefting, 1991:216).

Kwalitatiewe veldwerk mag deur buitengewone en onverwagte veranderlikes gekompliseer word, wat nie die geval is met relatief gekontroleerde eksperimente of omgewingstoestande nie. Die sleutel tot kwalitatiewe navorsing is om van die informante te leer eerder as om hulle te kontroleer. Instrumente vir kwalitatiewe navorsing vir

konsekwentheid is die navorser self en die informante. In hierdie studie is dit dus HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges wat hierdie pasiënte verpleeg. Beide hierdie instrumente verskil wesenlik in die navorsingsprojek. Kwalitatiewe navorsing plaas klem op die uniekheid van die persoon se situasie, sodat verskille in die ondervinding/belewenis uitgewys word eerder as die identiese herhaling van 'n belewenis (Field & Morse, 1990:85).

3.4.3.2.4 Neutraliteit

Neutraliteit is die vierde kriterium van geldigheid. Neutraliteit verwys na die mate waarin die navorsingsbevindinge 'n enkel funksie van die informante en die toestande van die navorsing is en nie deur ander partye, motiverings of persepsies beïnvloed is nie (Guba, 1981:80). Dit is deur die navorser bereik deurdat neutraliteit teenoor elke individuele respondente gehandhaaf is deur die feit dat die navorser nie toegelaat het dat respondente se belewenis of sienings die navorser beïnvloed nie.

Kwalitatiewe navorsers poog om die waarde van die navorsingsresultate te verhoog deur die "afstand" tussen die navorser en die informante so klein moontlik te hou, byvoorbeeld verlengde periodes van kontak of lang observasie periodes. In hierdie studie is respondente byvoorbeeld herhaaldelik telefonies en/of per besoek gekontak. Daar word ook aanbeveel dat daar eerder na die neutraliteit van die bevindinge gekyk moet word as na die neutraliteit van die navorser (Lincoln & Guba, 1985:87). Hierdie outeurs bestempel bevestiging as die kriterium van neutraliteit. Dit word bereik wanneer geldigheid en toepaslikheid gestaaf word, soos wat reeds met hierdie navorsing gedoen is.

Tabel 3.1 gee 'n bondige uiteensetting van strategieë om betroubaarheid en geldigheid te bevestig. Die navorser sal egter net die konsepte wat in hierdie navorsing van toepassing is, vervolgens bespreek.

3.4.3.2.5 *Geloofwaardigheid*

Dit is belangrik om *tyd* saam met die informante deur te bring sodat sekere patrone wat herhaaldelik voorkom, geïdentifiseer kan word. Die navorser het geloofwaardigheid toegepas deur respondente verskeie kere te besoek. Lincoln en Guba (1985:44) beskryf hierdie begrip as 'n "verlengde verhouding" waarin die navorser die informante beter leer ken en die informante meer vertrouwd met die navorser raak. 'n Hegte band is sodoende gevorm en die navorser is in staat om "verborge" inligting op te spoor (Kielhofner, 1982: 67). Hoe meer tyd met informante deurgebring word, hoe groter is die hoeveelheid sensitiewe inligting wat hulle bereid is om te ontbloot (Krefting, 1991:218). Krefting stel dit egter baie duidelik dat daar geen neergelegde reëls in verband met die tydsduur wat met 'n informant spandeer word in die literatuur gestipuleer is nie.

Daar moet deurentyd gewaak word dat die verhouding wat tussen die navorser en respondent ontstaan nie so ontwikkel dat die navorser se eie belewenisse nie van die van die informante geskei kan word nie (Marcus & Fischer, 1986:124). Die navorser het deurentyd 'n professionele optrede gehandhaaf ter voorkoming van hierdie probleem. Om hierdie probleem uit te skakel, is 'n strategie, naamlik refleksiwiteit/refleksiwiteit geïmplimenteer.

Refleksiwiteit verwys na die invloed wat die navorser se agtergrond, persepsies en belangstelling op die kwalitatiewe navorsingsproses het (Krefting, 1991:218). Agar (1986:89) beweer dat die navorser se agtergrond die raamwerk sal vorm waaruit hy sal organiseer, studeer, en die bevindinge sal analiseer. Volgens Aamodt (1982:210) is kwalitatiewe navorsing refleksief omdat die navorser deel van die navorsing is en nie daarvan geskei kan word nie.

Veldnotas is wel deur die navorser gemaak en gebruik. Die navorser het ook herhaaldelik na die bandopnames en veldnotas teruggekeer om waninterpretasies te voorkom. Een



manier waarop 'n navorser sy eie gedrag en belewenis kan beskryf en interpreteer is deur gebruik te maak van 'n veld joernaal. Hierdie joernaal is regdeur die navorsingsperiode gehou.

TABEL 3.1: Opsommende strategieë om geldigheid en betroubaarheid van navorsing te staaf (soos saamgevat deur Guba, 1981:80).

STRATEGIEë	KRITERIA
Geloofwaardigheid	Tyd toetsing (sampling)
	Buigbaarheid/refleksiwiteit
	Triangulasie
	Lede kontrole
	Ondersoeke (eweknie)
	Onderhoudstegnieke
	Vestiging van navorsers se gesag
	Strukturele samehang
	Geskikte verwysings
	Lang en verskeie veld ondervinding
	Oordraagbaarheid
Vergelyking van monster tot demografiese data	
Tyd monster	
Digtheidsbeskrywing	
Betroubaarheid	Betroubaarheidsoudit
	Beskrywing van navorsingsmetodes
	Stap vir stap replikasie
	Triangulasie
	Portuur ondersoek
	Kode prosedure
Bevestiging	Bevestigingsoudit
	Triangulasie
	Refleksiwiteit

Triangulasie is 'n kragtige versterking van die betroubaarheid en geldigheid van 'n kwalitatiewe studie. Dit is gebaseer op die idee van konvergensie van veelvuldige perspektiewe vir bevestiging van data om te verseker dat alle aspekte van die fenomeen ondersoek is (Knafl & Breitmayer, 1989:195). Die navorser het geanaliseerde onderhoude aan verpleegkundige respondente voorgelê vir hulle perspektiewe en ter bevestiging van die fenomeen wat ondersoek is.

Triangulasie verhoog ook die betroubaarheid en geldigheid van 'n studie (Krefting, 1991:221).

"*Lede kontrole*" is 'n tegniek waardeur die navorsingsdata, analitiese kategorieë, interpretasies en gevolgtrekkings voortdurend met die informante bespreek word. Hierdie vorm van betroubaarheid is bereik toe geanaliseerde onderhoude aan respondente vir kritiek en goedkeuring voorgelê is. Hierdie strategie verseker dat die navorser die informante se sienings/belewenis korrek gedokumenteer het (Guba & Lincoln, 1988:54).

Ondersoeke saam met kollegas (eweknieë) en domeinkundiges is belangrik om insig en probleme ten opsigte van die navorsing te bespreek. Die navorsing is na analise aan drie onafhanklike mede-kodeerders, wat kundiges op die gebied van navorsing is, vir kodering en aanvaarding voorgelê. Riglyne vir die proses van kodering is aan mede-kodeerders gegee. (Kyk Bylaag C)

Geloofwaardigheid word verder deur die proses van onderhoudvoering versterk. Die herhaling van vrae, soos wat in hierdie navorsing toegepas is, verhoog die betroubaarheid van die studie/navorsing (May, 1989:57). Strukturele samehang versterk betroubaarheid deurdat dit alle teenstrydigheid tussen die data en die interpretasie daarvan uitskakel. Sommige data mag wel in konflik met mekaar wees, maar indien 'n interpretasie van die oënskynlike teenstrydigheid verduidelik kan word, sal dit betroubaarheid verder verhoog (Guba, 1981:80). Hierdie aspekte is wel in Hoofstukke vier en vyf aangedui.

Die belangrikste element van geloofwaardigheid is die unieke egtheid van die navorser, naamlik: "die ek was daar" element (Miles & Huberman, 1984:191). Die navorser het met hierdie navorsing alle onderhoude self gevoer.

Ter opsomming kan gesê word dat bogenoemde strategieë gebaseer is op die konsep dat die navorser inligting versamel en geïmplementeer het in verband met die verskillende

realiteite van die informante. Hierdie inligting is gebruik om die betroubaarheid en geldigheid van die navorsing te bevestig en is dus krities vir die akkurate weergawe van subjektiewe menslike ervarings.

3.4.3.2.6 *Betroubaarheid*

Die betroubaarheid van 'n studie hou verband met die konsekwentheid van die bevindinge (Guba, 1981:80). Die presiese metode van data versameling, analise, en interpretasie van die data is reeds beskryf om konsekwentheid te bevestig. Die deeglike beskrywing van bogenoemde inligting verskaf inligting oor byvoorbeeld, hoe uniek sekere situasies is (Kielhofner, 1982:70). Die belewenis van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefte en verpleegkundiges se sieninge daarvan bevestig dit in hierdie navorsing. Hierdie inligting kan in Hoofstukke vier en vyf gevind word. Lincoln en Guba (1985:121) stel voor dat indien 'n ander navorser die navorsing sou verifieer dit beide die geldigheid en betroubaarheid van die studie sou verhoog. Verifiëring word ook in hierdie navorsing deur domeinkundiges gedoen.

3.4.3.2.7 *Bevestigingsstrategieë*

Guba (1981:82) sien neutraliteit nie as die navorser se objektiwiteit nie, maar as data bevestiging. Hy beskou ook die verifiëringstrategie as die belangrikste tegniek vir die daarstelling van betroubaarheid.

'n Verifieerder het die verloop van die studie gevolg om vas te stel waarom sekere besluite geneem is. Die verifieerder het besluit of die korrekte besluit geneem is en of die navorser objektief opgetree het (Lincoln & Guba, 1985:130).

Die finale getranskribeerde produk is aan medekodeerders vir kritiek en aanvaarding voorgelê. Hierna is dit geanaliseer. Die medekodeerders het eers saam konsensus bereik

voordat die geanaliseerde produk goedgekeur is. Hierna is literatuurkontrole van die onderhoude gedoen.

Om betroubaarheid te verhoog, is onderhoude na analise en literatuurkontrole aan verpleegkundige respondente voorgelê ter goedkeuring van interpretasies en analise deur die navorser. Die analise is egter nie aan die pasiënte voorgelê nie, aangesien die meeste van die pasiënte nie kan lees nie. Sommige van die pasiënt-respondente is ook reeds oorlede.

Om die betroubaarheid van die navorsing te verhoog, is direkte aanhalings van respondente telkens tussen hakies aangedui wanneer die siening van respondente met literatuur gekontroleer word.

3.5 STEEKPROEFPOPULASIE

Kwalitatiewe navorsing vereis nie 'n bepaalde steekproef nie, maar die aantal proefpersone word as voldoende aanvaar wanneer die beskrywing wat hulle aan die navorser gee, herhaal word, soos wat wel met onderhoude in hierdie navorsing bevind is (Parse, Coyne & Smit, 1985:18).

Die steekproefpopulasie bestaan uit twee groepe, naamlik:

- Alle HIV positiewe pasiënte wat die immunologie kliniek te Universitas of Pelonomi Hospitaal besoek het en wat bereid was om aan die navorsing deel te neem.
- Verpleegkundiges in die Vrystaat wat met HIV positiewe pasiënte werk (in hospitale, hospitiums en klinieke) of al gewerk het.

Die steekproefmetode was gegrond op doelgerigte seleksie. Die steekproefkriteria was:

- Alle HIV positiewe pasiënte wat Afrikaans en/of Engels magtig was.
- HIV positiewe pasiënte wat reeds verpleegsorg ontvang het.
- Verpleegkundiges wat reeds HIV positiewe pasiënte verpleeg het en wat bereid was om aan die navorsing deel te neem.

3.6 FASE 2 - MODELFORMULERING

Hierdie fase bestaan uit die samestelling van 'n verpleegsorgmodel uit die navorsingsbevindinge en literatuurstudie. 'n Middel-reeks teoretiese modelontwerp is vir die doel van hierdie navorsing gebruik (kyk 6.2.2).

Die model is aan domeinkundiges vir evaluasie en kritiek voorgelê, waarna dit gefinaliseer is (kyk Bylaag F vir kriteria). Hierdie proses het ook die betroubaarheid en geldigheid van die navorsing verhoog.

3.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die navorsingsontwerp en -metode. Daar is spesifiek verwys na betroubaarheid en geldigheid en maatreëls wat in hierdie navorsing ingebou is om bogenoemde te verseker.

HOOFSTUK 4

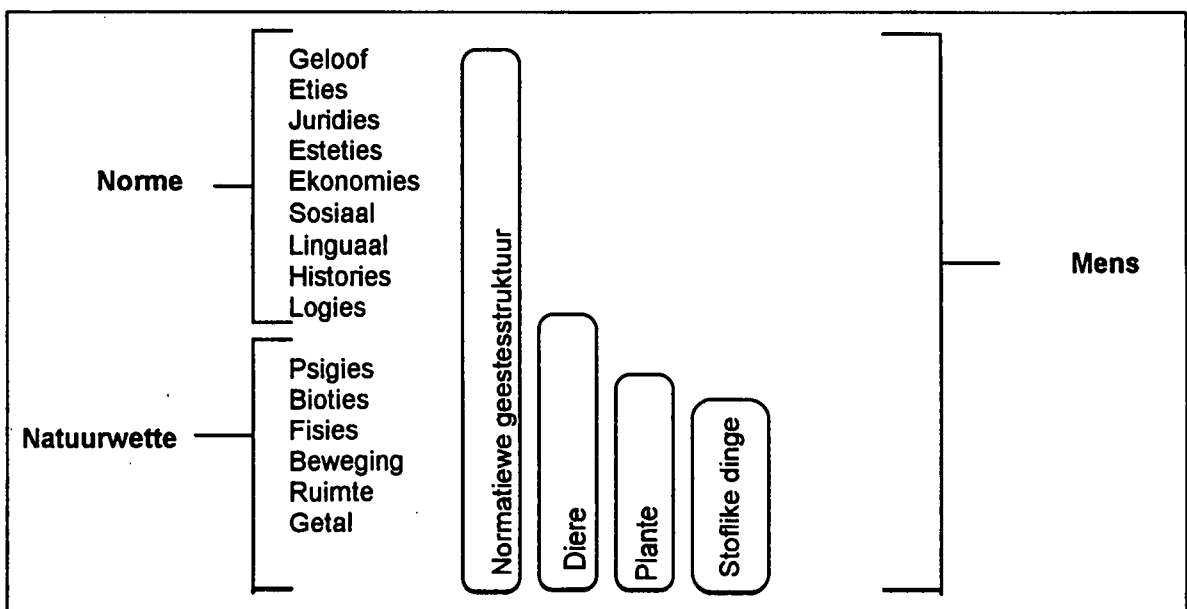
Verpleegsorgbehoefte soos deur HIV positiewe pasiënte geïdentifiseer

4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte bespreek deur die analise van pasiënt-respondente se probleme en/of behoeftes. Data insameling en data analise het as 'n geïntegreerde proses plaasgevind.

Kategorieë, groepe en temas sal volgens die werklikheidsaspekte van Dooyeweerd weergegee word soos dit met reduksie ontvou het. Alhoewel daar 15 aspekte bestaan, het respondente slegs behoeftes geopenbaar wat die navorser in 11 aspekte geplaas het. Literatuur sal in die bespreking geïntegreer word om die navorser se bevindinge te staaf (kyk 4.2).

Uit die oogpunt van die navorser is dit moontlik dat sekere temas in meer as een kategorie kan voorkom.



FIGUUR 4.1: Struktuur van die menslike liggaam (Uys & Smit, 1985:6)

Hierdie figuur is opsommend van inligting soos in hoofstuk twee vervat, maar as gevolg van die feit dat pasiënte se verpleegsorgbehoefte volgens die 15 werklikheidsaspekte gekategoriseer is, word dit vir gemak van vergelyking hier geplaas.

4.2 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE FISIESE ASPEK

Aangesien die *fisiese aspek*, volgens die 15 werklikheidsaspekte, op die *konkrete dui*, sal daar spesifiek gekyk word na die instansies/organisasies waar pasiënte hulle verpleegsorg ontvang. Die navorser kategoriseer alle strukture waarbinne pasiënte verpleeg word in hierdie aspek omdat geboue en strukture uit *stoflike dinge* bestaan .

TABEL 4.1: Probleme/behoefte ten opsigte van die fisiese aspekte (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Fisies	Instansie	Klinieke	3
		Hospitaal	3
		Hospitaal-kliniek	9
		VIGS-inligtingsentrum	1
		Hospitium	4
	Tuissorg	Ek verkies tuissorg	5
		My gesin moet my tuis versorg	5
	Hospitaalversorging	Geen bronne vir tuissorg	1

Primêre gesondheidsorg *klinieke* word deur drie respondente gebruik, terwyl almal die immunologie kliniek by 'n hospitaal besoek. 'n Derde van hierdie pasiënte was ook al by geleentheid *gehospitaliseer*. Slegs een respondent maak van die *VIGS-Inligting- en Opleidingsentrum* (ATICC) gebruik. Hierdie respondent het dit

duidelik gestel: "Mense van ATICC help my ook." Vier respondente maak van *hospitiums* gebruik waar hulle fisieke sowel as psigiese verpleegsorg ontvang. Respondente was besonder positief ten opsigte van die verpleegsorg wat hulle te *hospitiums* ontvang het. Die navorser haal 'n respondent aan om die stelling te staaf "Ek gaan die graagste na Hospice se mense" (kyk Tabel 4.1).

In 'n studie deur Nkowane (1993:17) het dié navorser bevind dat 46% van die deelnemers aan die navorsing reeds *gehospitaliseer* was. Morrison (1993:324) stem saam met die navorser dat verskeie *instansies* gebruik kan word om verpleegsorg aan HIV positiewe pasiënte te verleen.

Aangesien VIGS 'n toestand is wat pasiënte finansiële ruïneer, moet daar ondersoek ingestel word na meer ekonomiese verpleegsorgdienste (Anderson, 1995:303). Akute verpleegsorgdienste op 'n *binnepasiënt-basis* is baie duur teenoor meer bekostigbare *tuisverpleging* waar verpleegkundiges ook gesinslede by die *versorging* van pasiënte kan gebruik (Morrison, 1993:324). Uit ondervinding het vyf respondente reeds *tuissorg* deur hulle gesinne bo *hospitaalversorging* verkies. Carney (1990:32) het verskeie voordele van *tuissorg* aan die HIV positiewe pasiënt vasgestel, byvoorbeeld dat dit meer bekostigbaar is en dat die pasiënt dit ook selfs so verkies.

As gevolg van die gebrek aan ondersteuning *tuis* het een respondent verkies om in die *hospitaal* verpleeg te word. Die respondent se kommer was geregverdig met haar woorde "Wie sal vir my by die huis kyk? Daar's dan niemand nie." McConochie (1994:36) het dieselfde ondervinding gehad indien pasiënte terminaal was.

4.3 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE BIOTIESE ASPEK

Lewe is volgens die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd die sinkern van die *biotiese* aspek. Die navorser het alle kategorieë, soos uit die navorsing geïdentifiseer, wat op herstel of verbetering van *lewe* dui, binne hierdie aspek bespreek. Dit sal 'n aanduiding wees van die mate waarin *interne homeostase* heers. Fisieke probleme wat pasiënte ondervind, is ook in hierdie afdeling bespreek (kyk Tabel 4.2).

Pasiënte kon verskeie fisieke simptome en tekens as gevolg van HIV *infeksie* waarneem. Die algemeenste probleme was *gewigsverlies* en herhaalde *infeksies*. Die volgende aanhaling van 'n respondent verwys na die belewenis van gewigsverlies "Ek raak so "mar" "oorlaat" ek so niks lus vir eet het nie." *Diaree* en *dermatologiese* toestande is deur onderskeidelik vyf en vier respondente waargeneem. Ander tekens en simptome was *gastriese ulkuse*, *limfadenopatie*, *tuberkulose*, *oog- en keelinfeksies* asook *hoofpyn*, *insomnia*, *nagsweet* en *anoreksie* is ook geïdentifiseer.

Gewigsverlies is algemeen in HIV positiewe pasiënte en is 'n teken van 'n onderliggende *opportunistiese siekte* of van gevorderde VIGS (Evian, 1993:120). Turton & Orr, (1993:140) skryf *gewigsverlies* aan *naarheid*, *braking*, *diaree* en *eetlus verlies* toe.

Enige infektiewe toestand is geneig om te herhaal aangesien daar 'n progressiewe agteruitgang van die immuunsisteem is (Lachman, 1991:7). Respondente is bewus van voortdurende infeksies wat voorkom. Die aanhaling van 'n respondent staaf die stelling "Ons is dodelik siek". Verpleegkundiges is geneig om op 'n "dringende" probleem, byvoorbeeld *diaree* te fokus. As gevolg hiervan verwaarloos hulle ander probleme soos *insomnia* wat die gemak van die pasiënt versteur (Turton & Orr,

1993:144). Volgens Broder, Merigan & Bolognesi, (1994:57) word *diaree* algemeen deur bakteremie veroorsaak. Verskeie outeurs het gemeld dat HIV positiewe pasiënte *diaree* as 'n simptoem ondervind (Anastasi, 1994:18; Amor & Paul, 1995:36; Pratt, 1995:121).

**TABEL 4.2: Probleme/behoefte ten opsigte van die biotiese aspek
(N=9) (word vervolg)**

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Bioties	Tekens en simptome en siekte-toestande	Maagseer	1
		Hoofpyn	4
		Kliere in nek geswel (limfadenopatie)	3
		Anoreksie	3
		Slaaploosheid	2
		Nagsweet	2
		Gewigsverlies	8
		Tuberkulose	3
		Siek/dodelik siek	2
		Dermatitis	4
		Ooginfeksie	2
		Diaree	5
		Keelseer/infeksie	1
		Herhaalde infeksies	8
	Voedsel	Eet enigiets	7
		Vrugte	8
		Groente	8
		Vleis	7
		Baie water	1
	Gebruik om te vermy	Alkohol en dwelms	6
		Tabak	6
	Seksuele gewoontes	Gebruik kondome	6
Veiliger seks praktyke		2	
Oordraagbaarheid	Nie deur sosiale kontak	2	

TABEL 4.2: Probleme/behoefte ten opsigte die van biotiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE				
Kategorie	Groepe	Temas	f	
Bioties	Verpleegsorg	Besoek die kliniek indien ek siek voel	3	
		Die verpleegkundiges help my	7	
		Ek word goed verpleeg	7	
		Verpleegkundiges gee voorligting	8	
		Met hulp van die verpleegkundiges het ek gewig opgetel	1	
		Ek ontvang medikasie	7	
		Ontvang fisieke sorg te Hospitium	2	
	Behandeling	Tevrede met behandeling	7	
	Gereduseer tot slegs 'n siekte		HIV is 'n siekte soos enige ander siekte	7
			HIV beteken nie jy gaan spoedig doodgaan nie	2
			Jy sal leef solank daar goeie mediese sorg is	1
			HIV positiewe persone is soos ander persone	6
			Ek is gesond en normaal	1
			Ek het 'n lang lewe met HIV	2
			Ek sal nie doodgaan nie	3

Dermatologiese toestande wat by pasiënte voorkom, is byvoorbeeld orale candidiase, seboree dermatitis, harerige leukoplakie, *Tinea cruris*, *Tinea pedis*, herpes simpleks infeksies, herpes zoster infeksies en *condyloma acuminatum*. 'n Respondent het die toestand as "puisietjies kom hier uit" beskryf terwyl 'n ander weer gesê het "We have infections time and again". Hierdie toestande word hoofsaaklik deur virusse soos Epstein-Barr- en Herpes virusse, fungi en hepatitis B virus veroorsaak (Gottlieb & Jeffries, 1987:35; Greenspan & Greenspan, 1992:161; Centre for Disease Control and Prevention, 1993:1-19).

Gastriese ulkuse word nie algemeen in die literatuur beskryf nie. 'n Respondent het duidelik beskryf dat ulkuse wel voorkom deur die volgende aanhaling:

"hierdie kant ek het die ulcer". Dit mag moontlik voorkom as gevolg van langdurige *diaree*, *braking*, swak eetlus en swak voedingstoestand met gepaardgaande *gewigsverlies* (Pizzi, 1992:1022).

Limfadenopatie staan internasionaal bekend as PGL (*persistent generalized lymphadenopathy*). Dit kan gedefinieer word as 'n palpeerbare limfnood-vergroting (meer as 1 cm) in twee of meer inguinale areas wat vir meer as drie maande ononderbroke voorkom in die afwesigheid van enige ander identifiseerbare oorsaak. PGL kom ook algemeen oksillêr en servikaal voor. Dit is ook een van die simptome wat in die "Centre for Disease Control and Prevention" se definisie van VIGS vervat is (Pratt, 1995:74). Verskeie respondente het verwys na 'n vorm van limfadenopatie. Die navorser haal uit die onderhoude aan: "Die ding is by die nek geswel". "Die knop het hier uitgekom".

In HIV positiewe pasiënte word 'n hoë graad van patogene soos *Mycobacterium tuberculosis* vroeg in die verloop van siekte gediagnoseer. Patogene soos *Mycobacterium avium-intracellulare* word gewoonlik gevind wanneer die immuungebrek reeds gevorderd is. Indien 'n pasiënt in 'n gevorderde stadium van die siekte met *Mycobacterium tuberculosis* geïnfekteer is, is die simptome baie atipies van die siektebeeld. 'n Hoë frekwensie van ekstra-pulmonale areas van infeksie is 'n algemene beeld van 'n HIV positiewe pasiënt met *Mycobacterium tuberculosis* infeksie (Letvin, 1991:42). Infeksie met HIV verhoog die risiko van *tuberkulose* en verlaag die effektiwiteit van anti-tuberkulose middels (Small & Schechter, 1991:289). Dié navorser se bevindinge korreleer ook met die van Elliott & Luo, (1990:412) waarin 'n hoë voorkomssyfer van *tuberkulose* in HIV positiewe pasiënte bevind is. Sommige respondente het aangedui dat hulle aan *tuberkulose* ly of dit gehad het: "Ek het TB gehad".

Konjunktivitis kom algemeen by HIV positiewe pasiënte voor. Dit kan geklassifiseer word onder *infeksies* wat herhaaldelik by hierdie pasiënte

gediagnoseer word. Kestel (1990:51) het met 'n studie in Rwanda bevind dat *ooginfeksies* nie net op *konjunktivitis* dui nie, maar ook beduidend met *plaveiselselkarsinoom* geassosieer kan word.

Geen literatuur kontrole vir *hoofpyn* kon deur die navorser gevind word nie. Hoofpyn mag moontlik die gevolg van *enkefalitis*, *meningitis*, *meningo-enkefalitis* of *spanning* wees.

Daar word dikwels na *insomnia* in die literatuur verwys, maar die etiologie daarvan is nie bekend nie. Volgens die navorser kan dit die gevolg van *ongemak*, *stres* of *pyn* wees.

Nagsweet kom gewoonlik in die terminale fase van VIGS voor (Pratt, 1995:67). Dit kan ook 'n simptoom van *tuberkulose* wees (Barnes & Barrows, 1993:400). Broder, *et al.*, (1994:283) beskryf *nagsweet* as een van die algemene tekens van bakteriële *infeksies* wat herhaaldelik met HIV infeksie voorkom.

Anoreksie is 'n gevolg van *Mycobacterium tuberculosis* infeksie van die HIV positiewe pasiënt (Pratt, 1995:121). Hierdie toestand kan ook 'n direkte uitvloeisel van die siekteverloop wees en deur sitokines geïnduseer word (Grunfeld & Palladino, 1990:45). *Anoreksie* kan ook die newe-effek van medikasie wees (Ghiron, Dwyer & Stollman, 1990:103).

Alle pasiënte ondervind nie deurlopende simptome nie. Aanhalings uit onderhoude om die feit te staaf is "Ek is nou gesond" of "Ek was baie siek, maar nie nou nie". Een respondente het geen simptome tydens die onderhoude ondervind nie.

Aangesien *dieet* 'n belangrike rol speel in die handhawing van goeie *gesondheid* was die meeste respondente ook deeglik bewus van die tipe *dieet* wat gevolg moet word (Turton & Orr, 1993:144). Pasiënte is ook gemotiveer om hulle *gesondheid*

en gewig op 'n optimum vlak te hou as 'n positiewe poging tot 'n beter selfbeeld (Peck & Johnson, 1990:149). Die meerderheid respondente kon enige iets eet en het ook aangedui dat hulle wel vrugte en groente in hulle dieet insluit. Slegs een respondent het die belang van 'n groot hoeveelheid water in die dieet inaggeneem. Gevaarlike gebruike soos rook en die inname van alkohol is deur ses respondente vermy.

Respondente wat steeds seksueel aktief was, het kondome of ander veiliger sekspraktyke, soos masturbasie gebruik. 'n Respondent het dit baie duidelik gestel: "I tell her that we must use condoms because I'm HIV positive". Pratt (1995:128) bevind ook deur sy navorsing dat indien HIV positiewe pasiënte die gevaar van HIV infektering na hulle sekmaats besef, die gebruik van kondome essensieel word. Die rede waarom pasiënte veiliger sekspraktyke gebruik, is om nie die *interne homeostase* te versteur nie, aangesien hulle met die virus *hergeïnfekteer* kan word.

Oordraging van die virus na 'n ander persoon kan *lewe* versteur deurdat die persoon 'n terminale siekte kan ontwikkel. Die feit dat HIV nie deur sosiale kontak versprei nie, is vir HIV positiewe pasiënte belangrik in die sin dat dit 'n motivering tot aanvaarding deur die gemeenskap is (Evian, 1993:15). Op alledaagse sosiale gebied is pasiënte nie 'n bedreiging vir *lewe* nie.

Sorglewering is 'n belangrike komponent van die *biotiese* aspek, aangesien verpleegkundiges poog om die hoogste vlak van kwaliteit verpleegsorg aan pasiënte te voorsien. Verpleegsorg word deur verskeie organisasies aan pasiënte verleen. Sorg wat deur verpleegkundiges aan sewe respondente verleen is, is ook as hulp deur die pasiënte vertolk. Die meerderheid pasiënte het voorligting deur verpleegkundiges ontvang. Dit het aspekte ten opsigte van *higiëne, dieet, infeksie voorkoming en selfhandhawing* ingesluit. Clark (1992:762) beskou voorligting aan pasiënte as 'n integrale deel van verpleegsorg aangesien pasiënte se selfwaarde

verhoog indien hul nog in beheer van sekere aspekte rondom hulle *gesondheid* is. Sewe respondente het die ontvangs van medikasie ook as verpleegsorg bestempel. Dieselfde aantal het dit ook as behandeling beskou en was tevrede met die behandeling.

VIGS was vir die meeste pasiënte slegs 'n *siekte* soos enige ander siektetoestand en nie 'n unieke toestand soos deur Swanson & Chenitz, (1993:342) beskryf nie. Pasiënte het HIV infektering as fases van *diaree, verkoue en koors* gesien. Die gevolgtrekking word gemaak dat geen insig in VIGS as 'n omvattende probleem getoon is nie. Twee respondente het VIGS as 'n *terminale siekte* gesien, maar nie een waaraan pasiënte gou sal sterf nie. Pasiënte sien VIGS dikwels as *kanker* omdat daar geen stigma aan kleef nie en dit vir die gemeenskap aanvaarbaar, sowel as behandelbaar, is (McConochie, 1994:36). Die stelling: "terwyl daar goeie medikasie beskikbaar is, sal pasiënte nie aan HIV infektering sterf nie", is deur een respondent geopper.

4.4 PSIGIESE PROBLEME/BEHOEFTE

Die sinkern van die *psigiese* aspek is *emosies*. Binne die kader van hierdie aspek word die integrasie van 'n komplekse veelheid verskynsels soos *drifte, drange, begeertes en instinkte* bespreek.

VIGS is 'n terminale, stigmatiserende siekte (Schmidt, 1993:55). Dit bring 'n bedreiging vir HIV positiewe pasiënte se *psigiese* gesondheid mee (Anderson, 1995:303). Verskeie *sensitief-psigiese* aspekte is by respondente geïdentifiseer en sal vervolgens bespreek word.

VIGS is deur alle respondente as "slegs 'n siekte" of as "'n siekte soos enige ander siekte" beskryf. Hierdie gedrag word deur McConochie (1994:36) as 'n vorm van *ontkenning* beskryf. Pasiënte toon ook min tot geen insig in hulle siektetoestand omdat hulle dit vergelyk met 'n toestand soos tuberkulose. Hierdie reaksie ontstaan

TABEL 4.3: Psigiese probleme/behoeftes (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Psigies	Belewenis van HIV	Dis slegs 'n siekte	9
		Niemand het nodig om te weet nie	4
		Dit is soos karsinoom/tuberkulose	7
		Ek sal nog lank leef	7
		Ek het nie nodig om spesifieke behandeling te ontvang nie	1
		Ek is gesond	3
		Persone moet jou aanvaar	9
	Vertroue/wantroue	Ek vertrou op God	4
		Sommige persone aanvaar my	5
		Ek vertrou sommige vriende	2
		Ek vertrou my moeder	1
		Verpleegkundiges kan nie professionele geheimhouding handhaaf nie	1
	Gevoelens	Skuld	9
		Stres	9
		Ontkenning	9
		Woede	9
		Angs	9
		Vrees	9
		Ek voel ek wil nog lewe	9
		Emosioneel onstabiel	9
	Berading	Ek wil self met ander berading voer	3
Hanteringsmeganismes	Glo in jouself	1	
	Stel doelwitte op	2	
	Erken swak- en sterkpunte	2	
	Werk hard	1	
	Onderhandel met God	4	

uit onbewuste konflikte (Rosenberg, 1992:11). Sewe respondente het aangetoon dat hulle VIGS ook as "slegs 'n siekte soos TB of kanker" beskou. Omdat pasiënte hierdie standpunt handhaaf, ag hulle dit nie nodig dat ander persone, soos hulle familie, daarvoor ingelig moet word nie. As gevolg van die swak insig in hulle toestand glo hulle ook dat hulle nog "lank sal leef". Pasiënte wat reeds volledige

VIGS (full blown AIDS) het, het opmerkings gemaak soos: "Ek sal oor 15 jaar AIDS kry". Hierdie *ontkenning* en *geheimhouding* kan *emosionele* dreinerings van pasiënte veroorsaak (Stulberg & Buckingham, 1988:355).

Opmerkings wat ook op *ontkenning* gedui het, was "ek het nie nodig om spesifieke behandeling te kry nie" of "ek is gesond", "die tekens is baie, baie min". Pasiënte neem dikwels hierdie houding in en weier behandeling om hul *selfhandhawing* en *onafhanklikheid* te bewys (Carney, 1990:34). HIV positiewe pasiënte ontvang palliatiewe behandeling en dit word dikwels deur hulle vertolk as "moed-opgee-behandeling". Die persepsie is *demoraliserend* en daarom word weiering van medikasie as 'n verdedigingsmeganisme gebruik. Hierdie gedrag is slegs 'n vorm van *ontkenning* (George, 1990:9).

HIV positiewe pasiënte beleef verwerping deur familie en die gemeenskap baie *troumaties*. 'n *Emosioneel* belaaide opmerking soos "hulle moet my aanvaar" het getoon hoe negatief respondente verwerping ervaar. Hulle word reeds buitengewoon "gestraf" deur die stigma wat aan VIGS kleef en daarom het al die respondente aangedui dat die gemeenskap hulle moet aanvaar. Hierdie drang na *aanvaarding* versterk *ontkenning* (Turton & Orr, 1993:141).

Vertroue sowel as *wantroue* in hulle medemens is deur die navorser by die respondente waargeneem. Twee respondente het hulle vriende *vertrou*, een het die moeder *vertrou* en vier het op God *vertrou* ("Ek is kind van God. Hy sal my help"). Een respondent het nie verpleegkundiges *vertrou* nie omdat hulle klaarblyklik nie professionele geheimhouding kon handhaaf nie. Geen bewyse vir hierdie stelling kon deur die navorser in die literatuur gevind word nie.

Verskeie emosionele reaksies is deur al die respondente openbaar, byvoorbeeld *stres*, *ontkenning*, *woede*, *ang* en *vrees*. Die navorser het bevind dat alle respondente nie gereed vir die dood was nie. Opmerkings soos "I'm scared", "Jy

lewe nog, jy gaan nie nou doodgaan nie" is bewys van hierdie stelling. Respondente het ook almal emosioneel onstabiel voorgekom deur ontoepaslike gedrag te openbaar, byvoorbeeld ontoepaslike *gelag* of maklik in *trane uitbars*. Volgens Dunbar & Rehm, (1992:182) is *vrees* en/of *woede* van die eerste psigiese reaksies wat pasiënte openbaar by aanhore van 'n HIV positiewe uitslag. *Woede*, *skuldgevoelens* en *ontkenning* is deur Stulberg & Buckingham (1988:369) by HIV positiewe pasiënte waargeneem, terwyl Nkowane (1993:21) *stres* by pasiënte waargeneem het. Kenmerkende probleme wat deur Beckett & Rutan, (1990:20) geïdentifiseer is, is *skaamte*, *onttrekking* en *oordrewe bevraagtekening*. Ander reaksies wat voorkom is *depressie*, *verlies aan emosionele selfbeheersing* en *anhedonie* (Smith, Knickman & Oppenheimer, 1992:275).

Uit bogenoemde word dit dus bevestig dat pasiënte wel berading nodig het. Die navorser bevind dat drie respondente self berading met ander pasiënte wil doen. Die vraag ontstaan of pasiënte opgewasse en toegerus is om dit te doen. Geen literatuurkontrole kon gevind word waar pasiënte as beraders gebruik word nie. Pasiënt-getuïenisse is wel in VIGS voorkomingsprogramme gebruik.

Verskeie *hanteringsmeganismes* word deur pasiënte gebruik. Een respondent hanteer die situasie deur geloof in homself. Deur doelwitte te formuleer, hanteer twee respondente hulle *psigiese* probleme. *Onderhandeling* met God word deur vier respondente gebruik. Ander respondente *werk* hard of *onttrek* hulleself van die gemeenskap. Deur *doelwitte* te stel kan pasiënte weer betekenis aan hulle lewe gee en voorkom dit dikwels die situasie waar pasiënte op die dood wag (Hall, 1994:290). *Onderhandeling* word gesien as deel van die *rouproses* waardeur pasiënte gaan (Kübler-Ross, 1975).

4.5 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE LOGIESE ASPEK

Die *logiese* aspek dui op *gewaarwording* en *analise*. Strauss (1978:17) beskryf die logiese aspek as volg: "Deur middel van en in terme van *logiese* objektivering vorm begrippe en ideë wat funksioneer in velerlei *logiese oordele*". Alle *verduidelikings* ten opsigte van HIV en VIGS is in hierdie afdeling gekategoriseer. Aspekte rondom *kennis* wat benodig word vir behandeling is ook hierin vervat omdat dit deel van die *logiese* uiteensetting van die siekteverloop vorm. Toereikende gronde vir 'n verpleegsorgplan moet bestaan. Verwantskappe tussen siektetoestande moet duidelik begryp word.

Die behandeling van HIV positiewe pasiënte stel verskeie eise aan verpleegkundiges. As gevolg van skielike, onvermydelike, epidemiologiese afmetings wat VIGS aangeneem het, was daar nie genoegsame geleentheid om verpleegkundiges *toe te rus* vir hierdie gesondheidsprobleme wat hulle nou moet hanteer nie (Barbour, 1995:214).

Afgesien van die feit dat verskeie navorsers bevind het dat verpleegkundiges nie 100% toegerus is om HIV positiewe pasiënte te verpleeg nie, het die navorsers met hierdie studie bevind dat al die respondente wel in 'n mate tevrede was met die verpleegsorg wat hulle ontvang het ("Ek is baie tevrede met die susters"). Verpleging was vir respondente ook sinoniem met *voorligting* deur verpleegkundiges ten opsigte van medikasie. Met die vraag hoe word u verpleeg, het die respondent geantwoord: "Hulle sê vir my hoe ek my medisyne moet drink".

Vier respondente verkies verpleging in die hospitaal. Hierdie tendens kon uit die tekort aan tuisverpleegsorg deur verpleegkundiges ontstaan het.

TABEL 4.4: Probleme/behoefte ten opsigte van die logiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Logies	Verpleging	Verpleegkundiges help my	9
		Ek verkies verpleging in die hospitaal	4
		Verpleegkundige gee voorligting in verband met neem van medikasie	9
		Sommige verpleegkundiges weet nie wat VIGS is nie	4
		Verpleegkundiges weet nie hoe om VIGS te behandel nie	2
	Lewensverwagting	Ek weet nie wat my lewensverwagting is nie	1
		Hoe lank gaan ek nog lewe?	3
		Ek sal eers oor 15 jaar VIGS ontwikkel	3
		Ek kan doodgaan	1
		Enigiets kan met my gebeur	1
	Voor-toets berading	Het geen voor-toets berading ontvang nie	9
		Voor-toets berading is noodsaaklik	9
		Dit verminder die skok	9
		Berei jou voor vir die skok	9
	Berading	Verpleegkundiges het my beraad	9
		Na berading het sy dit aanvaar	1
		Ek wens meer VIGS inligting was beskikbaar	3
		Dit help om te praat	1
		Met berading word probleme bespreek	6
		Na berading was dit duidelik	6
Berading vir die familie	Dit is noodsaaklik vir die familie	6	
	Na berading het my vrou dit begryp	1	
Uitbreiding van gesin	HIV word tydens swangerskap aan baba oorgedra	1	

Afgesien van die feit dat daar 'n mate van tevredenheid in verband met verpleegsorg bestaan, het vier respondente tog beweer dat verpleegkundiges *onvoldoende kennis* van VIGS besit terwyl twee aangedui het dat

"verpleegkundiges nie weet hoe om VIGS te behandel nie". Tydens onderhoudvoering het die navorser wel teenstrydighede ten opsigte van bogenoemde waargeneem. 'n Gebrek aan *insig* van die siekte is 'n moontlike rede vir hierdie kontradiksie.

As gevolg van die feit dat VIGS 'n terminale siekte is, het die pasiënte 'n verkorte lewensverwagting. Respondente was baie onseker ten opsigte van hulle toekoms. Vrae soos "hoe lank gaan ek nog lewe?" het by drie respondente voorgekom. Die navorser het bevind dat dieselfde aantal respondente uit *beradingsessies* geleer is dat hulle eers na 15 jaar VIGS sal ontwikkel. Hulle het egter nie *beseft* dat VIGS ongeveer 15 jaar na HIV infektering ontwikkel nie en nie 15 jaar na diagnoseer nie. Stellings soos "ek gaan nog baie lank lewe" is 'n bevestiging daarvan.

Berading is 'n essensiële afdeling van die *logiese aspek* in hierdie navorsing. Met *berading* word verskeie konsepte van die siekte, sowel as die verloop daarvan aan pasiënte *verduidelik*. Een respondent het ook aangedui dat dit help om oor die toestand te praat. Zelewsky (1995:166) toon aan dat pasiënte emosioneel ontlaai wanneer hulle oor HIV en VIGS kan praat en vrae kan vra. Geen respondente het voor-toets *berading* ontvang nie. Almal het die noodsaaklikheid van voor- en na-toets *berading* uitgewys omdat dit pasiënte op die moontlikheid van 'n HIV positiewe uitslag voorberei. Indien pasiënte voorbereid is, is die impak van die skok nie so hewig nie en is die pasiënt reeds gereed om hanteringsmeganismes te implementeer (AIDS training package for nursing, 1993:11). Voor-toets berading is belangrik en die implementering daarvan moet sterk aangemoedig word (Van Dyk, 1993:74).

Alle respondente asook sommige pasiënte se gesinne is deur verpleegkundiges *beraad* ("Die suster het my beraad"; "Die suster het met my familie kom praat"). Ses respondente het na berading *duidelikheid* omtrent die siektetoestand gehad, maar die helfte daarvan het nog 'n behoefte aan meer *inligting* gehad.

Die navorser het bevind dat die meerderheid pasiënte dit belangrik ag dat familieledede *beraad* moet word. Van Dyk (1993:80) bespreek die belang van *berading* vir familieledede deur klem te lê op die rol wat hulle speel in die fisieke- en psigologiese versorging van pasiënte. Familieledede benodig ook *berading* om hulle eie vrese en vooroordele te verwerk (Macklin, 1988:141-149).

HIV positiewe pasiënte vind dit baie traumaties dat hul gesinne nie uitgebrei mag word nie. Hierdie *inligting* is deur die verpleegkundiges aanbeveel, omdat die moontlikheid dat pasiënte die virus aan hul kinders kan oordra bestaan (Gee & Morton, 1988:36).

Verskeie behoeftes en probleme ten opsigte van die *logiese aspek* is dus in hierdie afdeling geïdentifiseer. Sommige waarvan die oplossings makliker as ander is. Dit is byvoorbeeld baie moeilik om 'n vraag soos "hoe lank het ek al die virus" te beantwoord, maar makliker om die siekteverloop aan die pasiënt te verduidelik.

4.6 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE HISTORIESE ASPEK

Volgens Strauss (1978:18) is die kultuurvormende aktiwiteite ten nouste met historiese aspekte verweef. Die sinkern van die *historiese aspek* is *beheerste vorming (mag)*. Vervolgens sal die *etniese* aspekte soos bevind deur die navorser bespreek word.

TABEL 4.5: Probleme/behoefte ten opsigte van die historiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Histories ----->	Etniese -----> verskille	Swart verpleegkundiges is onprofes- sioneel	1

Etniese verskille is by slegs een respondent waargeneem. Die mening is uitgespreek dat swart verpleegkundiges onprofessioneel optree deur nie professionele geheimhouding te handhaaf nie. Volgens Bates & Linder-Pelz, (1987:56) kan hierdie gevoel ontstaan omdat menings in verband met siektes en die behandeling daarvan, van *etniese* groep tot groep verskil.

4.7 SOSIALE PROBLEME/BEHOEFTE

Die *sosiale aspek* spreek die modale kader, waarbinne alle moontlike *forme van omgang en verkeer* tussen mense plaasvind, aan. Die navorser bespreek ook die probleme rondom die uitsluiting van *omgang* tussen persone in hierdie afdeling aan. *Sosiale* probleme wat HIV positiewe pasiënte ondervind, is legio. Hierdie probleme en behoeftes sal vervolgens bespreek word.

Ses respondente behoort nie aan 'n VIGS *ondersteuningsgroep* nie, terwyl 'n derde wel aan so 'n groep behoort. Sommige respondente was onbewus van ondersteuningsgroepe ("wat se goed is daai?"). Diegene wat aan 'n groep behoort, vind ook emosionele *steun* in die groep en nie net *sosiale* skakeling nie. 'n Sinvolle wyse om pasiënte te help om die verskeie psigologiese disfunksies wat deur VIGS meegebring mag word, op te los, is deur die vorming van VIGS *ondersteuningsgroepe* (Pratt, 1995:256).

Een respondent se *vriend* (kêrel) het ondersteuning aan die pasiënt gebied, terwyl twee respondente deur hul *vriende* ondersteun is en 'n ander twee deur hulle

gesin/familie. Ondersteuning deur *vriende* en *familie* blyk die grootste bron van ondersteuning aan HIV positiewe pasiënte te wees (Hall, 1994:283).

TABEL 4.6: Sosiale probleme/behoeftes (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Sosiaal	Ondersteuningsgroep	Ek behoort nie tot 'n groep nie	6
		Woon ondersteuningsgroep by	3
		Vind emosionele ondersteuning in groep	3
		My vriend ondersteun my	1
		Vriende ondersteun my	2
		Gesin/familie ondersteun my	2
		Verpleegkundige leer my om te sosialiseer	3
	Asosiaal	Ek onttrek myself	4
		Ek voel nie geïsoleerd nie	2
		Tydens geheimhouding het ek myself geïsoleer	4
		Onttrekking veroorsaak probleme	4
		Die bure het begin vrae vra	1
	Verwerping	Sommige vriende besoek my nie meer nie	3
		Ek vertrou nie my familie nie	2
		Ek vertrou nie verpleegkundiges nie	1
		Die gemeenskap verwerp jou	5
		My gesin is teleurgesteld	4
	Aanvaarding van HIV status	Ek is nou meer sosiaal	3

Die feit dat ondersteuning slegs deur 'n groepie *vriende* of deur 'n *familiekring* gelewer word, bring mee dat pasiënte geneig is om *sosiaal* te onttrek. Hulle besluit om die uitslag van 'n HIV positiewe toets geheim te hou en *isoleer* hulleself uit vrees vir stigmatisering. Twee respondente het aangedui dat hulle hulself nie as sosiaal beskou nie, maar tog nie geïsoleerd voel nie.

Vier respondente het op 'n latere stadium van die siekteverloop besluit om hulle HIV status bekend te maak en het daarna gevind dat hulle makliker *sosialiseer*

sonder geheimhouding. Dit gebeur ook dat *vriende* agterdogtig raak indien pasiënte skielik *asosiaal* word. 'n Respondent het dit as volg opgesom "die bure het begin vrae vra".

Chekryn (1989:30) het bevind dat pasiënte wat hul HIV status bekend maak die rouproses makliker verwerk as die wat *anoniem* bly. *Gesinslede* het ook aangetoon dat die mees onbenullige geprek oor pasiënte se toestand tussen die gesinslede en die pasiënt gemak aan die pasiënt verleen het. Dit het meegebring dat pasiënte later met meer gemak oor hul siekte kon praat en sodoende hul psigologiese reaksies beter kon hanteer ("Van lat hulle weet, dis maklik om oor AIDS te praat").

Volgens Van Dyk (1993:78) reageer pasiënte verskillend op die aanhoor van 'n HIV positiewe uitslag. Aandag moet gegee word aan die vier respondente wat hulleself *onttrek*. Volgens Burnard (1993:1783) kan 'n positiewe uitslag as volg vertolk word: "*it is a burden that you can't share with people*". Pasiënte *onttrek* ook *sosiaal* omdat hulle weet HIV infeksie lei tot VIGS wat terminaal is. Hierdie gedagte laat hulle magteloos en dit veroorsaak 'n gevoel van nutteloosheid by die pasiënt (Macks, 1989:10).

Alle respondente wat hulle HIV status bekend gemaak het, is nie deur vriende/familie *aanvaar* nie. 'n Derde van die respondente het gevind dat sommige vriende hulle nie meer *besoek* nie. Gesinslede en vriende reageer, net soos pasiënte, verskillend op die aanhoor van 'n HIV positiewe uitslag (Burnard, 1993:1783). Hierdie literatuurkontrole stem ooreen met die navorser se bevinding dat bykans die helfte van die respondente se gesinslede teleurgestel was by die aanhoor dat een van hulle lede HIV positief is.

Meer as die helfte van die respondente het beweer dat die gemeenskap pasiënte *verwerp* indien hulle bewus word dat 'n persoon HIV positief is. Respondente (twee) het so ver gegaan om hul familie te wantrou uit vrees vir *verwerping*. Selfs

verpleegkundiges word gewantrou ("Ek weet nie of ek hulle kan vertrou nie"). Stulberg & Buckingham (1988:357) haal ook in navorsing aan dat gemeenskappe geneig is om HIV positiewe pasiënte te *verwerp*. Dit is egter nie net die stigma verbonde aan VIGS wat veroorsaak dat gemeenskappe HIV positiewe pasiënte *verwerp* nie, maar ook die vrees vir infektering met HIV (McMurray, 1993:215).

4.8 EKONOMIESE PROBLEME/BEHOEFTES

Spaarsamigheid teenoor *verkwisting* is die twee kern konsepte van die *ekonomiese aspek*. Die totaliteit van die aspek omvat ook die menslike *ekonomiese handelswyse*. *Balans (ekonomiese ratio)* tussen die pasiënt se verpleegsorgbehoefte en die verpleegaksie soos gelewer deur die verpleegkundige, word ook as 'n konsep van die ekonomiese aspek gesien.

TABEL 4.7: Ekonomiese probleme/behoefte (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Ekonomies	Beroep	Taxi-bestuurder	1
		Skolier	1
	Werkloosheid	Werkloos	6
		Onderwyspos verloor	1
		Ongeskik vir werk	2
		Word nie aangestel as gevolg van HIV status	3
	Finansiële hulp	Verpleegkundiges verleen hulp tot pensioen aansoek	8
		Vriende sorg	2
		Pensioen	2
		Vry mediese dienste	9
	Ander probleme	Die gesin het probleme	9
		Geen finansiële inkomste nie	6
		Leef onder die broodlyn	6

As gevolg van die feit dat daar teen HIV positiewe pasiënte gediskrimineer word wat *werksgeleenthede* betref, is meëstal van hulle in 'n *finansiële* verknorsing. Slegs een respondent het in 'n beroep gestaan, terwyl 'n tweede nog 'n skolier was. Die meerderheid respondente was *of werkloos* en sonder enige *inkomste*, of afhanklik van 'n *pensioen*. Slegs twee respondente was nie geskik vir werk nie. Die ander respondente wat nog wil werk, kan nie werk kry nie. Groot firmas verkies dit om konsultante indiens te neem om die VIGS epidemie te analiseer eerder as om werk aan HIV positiewe pasiënte te verskaf. Hierdeur verhoog die werkloosheidsyfer en sodoende word die land se *ekonomie* benadeel. (Editorial, 1995:1315).

HIV positiewe pasiënte verkry wel *finansiële* hulp deur *vry* mediese dienste te ontvang. ("Ek betaal nie vir my medisyne nie"). Verpleegkundiges lewer ook *gratis* tuissorgdiens aan die pasiënte en lei gesinslede op om sorg aan pasiënte te lewer. Verpleegkundiges poog om meer *finansiële* hulp aan die pasiënte te lewer deur behulpsaam te wees in die aansoeke om *pensioen*. Pasiënte plaas ekonomiese druk op hospitale, omdat meeste akute gevalle daar toegelaat word. Met die groeiende aantal pasiënte van die VIGS pandemie sal die vraag na hospitaal beddens toeneem (National Centre for Nursing Research, 1990).

Finansiële probleme bring ook ander probleme vir die gesinne van HIV positiewe pasiënte mee. Ses respondente het aangetoon dat hulle onder die *broodlyn* lewe. Hierdie pasiënte het geen *finansiële* inkomste het nie ("Ek werk nie. Ek is te siek, nou waar sal die geld vandaan kom").

Die meerderheid van pasiënte is van 'n lae *sosio-ekonomiese* klas en kon nie ongeskiktheidsversekering *bekostig* nie. Versekering vir hierdie pasiënte is ook nie geredelik beskikbaar nie, dus is daar geen addisionele bron om bestaande *inkomste* te genereer nie (Dworkin, 1992:672).

4.9 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE ESTETIESE ASPEK

Hierdie aspek dui op *skoonheid (mooi wees)* en die mate wat daar in verskeie opsigte daarvan afgewyk word. Deur verpleegsorgdienste aan pasiënte te lewer, poog verpleegkundiges om die pasiënt se fisieke toestand te herstel of te verbeter. Deur kuratiewe sorg kan die *estetiese* aspek van die pasiënt verhoog word, byvoorbeeld deur wonde te *genees*, word die uiterlike *skoonheid* van die pasiënt verhoog. HIV infektering vernietig *skoonheid* as gevolg van verskeie fisieke simptome en dus moet pasiënte ook hul seksmaats beskerm teen vernietiging van die *estetiese*.

TABEL 4.8: Probleme/behoefte ten opsigte van die estetiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Esteties: →	Verpleegdiens →	Dit is goed	7
		Hulle veg vir my lewe	1
		Dankbaar teenoor verpleegkundiges	7
		Dienste is swak	2
		Verpleegkundiges besit te min kennis	2
	Voorkoming van HIV oordraging →	Gebruik kondome	4
		Gebruik veiliger seksmetodes	2

Pasiënte se behoeftes wissel vanaf akute- tot buitepasiënte sorg. Dienste wat gelewer moet word strek oor 'n wye spektrum naamlik berading, finansiële- en regsadvies tot inligting in verband met VIGS (Institute of Medicine, 1988).

Dit wil egter voorkom asof die spektrum van behoeftes nie by alle pasiënte bestaan nie en indien dit wel bestaan, die verpleegkundiges nie in die behoeftes kan voorsien nie. 'n Derde van die respondente het getuig dat verpleegkundiges nie

genoeg kennis in verband met VIGS besit nie, terwyl twee se aantygings was dat verpleegkundiges swak is.

Die groter meerderheid pasiënte was tevrede met die verpleegkundiges wat hulle ontvang het. Een respondent het dit sterk beklemtoon deur te sê "hulle (verpleegkundiges) veg vir my lewe". Hulle het ook dankbaarheid teenoor verpleegkundiges geopenbaar vir die dienste wat ontvang is en sodoende tevredenheid met die verpleegkundiges bevestig. Pasiënt-evaluasie van verpleegkundiges was baie vaag. Hulle het geen wetenskaplike begrip van verpleegkundiges openbaar nie. Oorhandiging van medikasie en uitdeel van doeke is ook as verpleegkundiges beskryf.

Dit blyk dus dat verpleegkundiges wel 'n goeie poging aanwend om in die estetiese behoeftes/versorging van HIV positiewe pasiënte te voorsien.

HIV positiewe pasiënte is aan verdere *estetiese* probleme uitgelewer. Een van die dilemmas is dat seksmaats maklik deur hulle met *HIV geïnfecteer* kan word. Dit is die plig van pasiënte om hulle seksmaats teen HIV infeksie te beskerm (Lachman, 1991:57). Vier respondente het wel aangetoon dat hulle dit as hulle verantwoordelikheid beskou om hulle seksmaats te beskerm en daarom maak hulle van kondome gebruik. Ander veiliger sekspraktyke, soos onthouding, word ook beoefen. Aangesien slegs twee respondente hierdie metode van veilige seks beoefen, bevraagteken die navorser die praktiese uitvoerbaarheid van die gebruik.

Aangesien "*mooi-lelik*" tot die menslike ervaringshorison behoort, is dit noodsaaklik dat verpleegkundiges sal poog om die *mooie* van pasiënte te behou. Deur die lewering van toepaslike verpleegkundiges kan die *fisieke afbraak* deur VIGS meer aanvaarbaar vir pasiënte gemaak word.

4.10 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE JURIDIESE ASPEK

Die sinkern van die *juridiese aspek* is *regverdigheid*. Wanneer *juridies* reg opgetree word, moet daar binne die sirkel van *regsfeer* en *regsreëls* beweeg word. *Reg* is nie net 'n verskynsel van die staat of straf-reg nie, maar ook van *wederregtelikheid* of *onregmatigheid*.

TABEL 4.9: Probleme/behoefte ten opsigte van die juridiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Juridies	Anonimiteit	Dit is 'n geheim	5
		Die geestelike werkers mag nie my HIV status weet nie	7
		Net sommige gesinslede weet	6
		Ek verberg dit	4
		Geen doel om dit openbaar te maak	6
	Vrees vir diskriminasie	Ek sal my werk verloor	3
		Ek sal nie die aanstelling kry nie	3

Baie pasiënte beskou dit as 'n skending van hulle privaatheid om hulle HIV positiwiteit openbaar te maak ("Vir wat moet almal weet?"). Hulle beleef hierdie skending van privaatheid as *onregmatig*. Privaatheid word deur Groenewald (1993:22) as *vryheid* van die individu om vir homself te kies en te keur met betrekking tot tyd en omstandighede waaronder hy sy houdings, geloof, gedragpatrone en menings met ander wil deel of weerhou, gesien. Ander etici beweer dat die handhawing van privaatheid 'n voorwaardelike *reg* is, terwyl sommige glo dat dit 'n basiese menslike behoefte is (Durham & Cohen, 1991:36). Die *reg* op privaatheid is egter relatief tot die situasie en word verbeur indien anti-normatief of tot nadeel van die gesin/gemeenskap opgetree word.

As gevolg van die stigma wat aan VIGS kleef omdat dit met seksuele promiskuiteit en dwelmmisbruik geassosieer word, verkies vyf respondente om hulle anonimiteit te beskerm. Groenewald (1993:23) se studie ondersteun hierdie bevinding. Deur hierdie keuse uit te oefen word hulle nie *wederregtelik* geëtiketeer nie. Sommiges is bereid om dit wel met hul gesin of vriende te deel, maar diegene wat pastorale hulp kan verleen, word van die wete uitgesluit uit vrees vir morele *oordeel*. Burnard (1993:1783) beskryf in sy studie dat die kerk dikwels veroordelend teenoor HIV positiewe pasiënte optree.

Uit vrees vir onregverdigde *oordeel* het al die respondente aangetoon dat hulle nie sal bekend maak dat hulle HIV positief is nie. Sommiges sal aan niemand dit openbaar nie en sommige sal dit so ver as moontlik probeer verberg. Die meerderheid respondente het beweer dat daar geen sin is om hulle toestand openbaar te maak nie. Crowther (1992:381) bevestig dat HIV positiewe pasiënte uit vrees vir *viktimisasie* nie hul vriende en familie daaromtrent inlig nie en dat daar vir hulle geen positiewe doel is om dit openbaar te maak nie.

Juridiese aspekte kan ook psigiese aftakeling veroorsaak wanneer dit vrees by pasiënte veroorsaak. 'n Derde van die respondente vrees die moontlikheid van *onregmatige afdanking* of *diskriminasie* wanneer vir werk aansoek gedoen word as gevolg van die feit dat hulle HIV positief is. Leigh & Lubeck (1995:6) het ook met navorsing bevind dat *diskriminasie* teen HIV positiewe pasiënte bestaan ten opsigte van die aantal ure wat pasiënte werk, lone en werksgeleenthede. Dit is dus met reg dat HIV positiewe pasiënte afdanking vrees en twyfel of hul 'n kans gegun sal word om die arbeidsmag te betree.

4.11 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE ETIESE ASPEK

Liefde is die sinkern van die *etiese aspek*. Die spektrum van hierdie aspek sluit beide *liefde* en haat in. Binne die *etiese aspek* het "*liefde*" min te doen met sentimentele, gevoelsbetrokkenheid. *Liefde* is 'n gesindheid van persoonsrespek, lojaliteit en onselfsugtigheid. Dit is dus nie iets wat tot intieme verhoudinge beperk kan word nie. Wanneer daar na *liefde* verwys word moet die pasiënt in totaliteit beskou word, wat ook sy naasbestaandes insluit (Uys & Smit, 1985:10). Behoeftes en probleme rondom verpleegsorg sal vervolgens bespreek word omdat dit die verhouding tussen pasiënt en verpleegkundige aanspreek.

Elke individu se etiese ingesteldheid rig die gewete en ondersteun en rig die verpleegkundige se besluit oor wat reg of verkeerd is (kyk Tabel 4.10).

Respondente het verskeie behoeftes rondom die *etiese aspek* openbaar. Twee respondente het verkies dat slegs *een* verpleegkundige aan hulle sorg moet lewer. Hulle het gevoel dat die *verhouding* ten opsigte van *lojaliteit* en *respek* meer bindend is. As gevolg van praktiese implikasies is dit egter baie moeilik om aan hierdie behoefte van die respondente in 'n hospitaal opset te voorsien. Tuisverpleging word deur een verpleegkundige aan 'n aantal pasiënte gelewer, maar gedurende verloftye moet hulle van ander verpleegkundiges/aflosse gebruik maak.

Ses respondente het empatie sowel as emosionele *ondersteuning* van verpleegkundiges verwag. Literatuur beklemtoon ook die belang van geestelike *versorging* van HIV positiewe pasiënte (Firn, 1995:39). Emosionele *ondersteuning* aan hierdie pasiënte word dikwels afgeskeep omdat verpleegkundiges nie voldoende toegerus is om dit te doen nie (Brown & Powell-Cope, 1991:340).

TABEL 4.10: Probleme/behoefte ten opsigte van die etiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Eties	Kontinuiteit van verpleegkundiges	Behandelende verpleegkundige moet nie wissel nie	2
		Verpleegkundige gesindheid	Moet empatie toon
	Moet emosionele ondersteuning gee		6
	Bereidwillig om HIV positiewe persone te verpleeg		9
	Kanselling/verskuif afspraak	Afsprake moet nagekom word	1
	Huweliksmaats	Onbewus van my HIV status	1
		Ek sal haar nie sê nie	1
		Beoefen veiliger seks	7
		My vrou se houding het verander	1
	Uitbreiding van gesin	Geen uitbreiding van die gesin	5
	Vriende/familie	Was teleurgesteld	4
		My vriend ondersteun my	4
		Familie ondersteun my	6
		My familie ondersteun my te min	2
		Ons verhouding is nie goed nie	2
		Familielede moet sorg verleen	3
		Ek vertrou nie my familie nie	2
	Onprofessionaliteit	Verpleegkundiges behou nie professionele geheimhouding nie	2
Behandeling ontvang	Behandel my soos enige ander pasiënt	2	
	Moet ons nie moreel beoordeel nie	4	
	Die gemeenskap moet ons aanvaar	7	
Onafhanklikheid	Ek wil onafhanklik bly	6	

Aansluitend tot emosionele *ondersteuning* het die navorser bevind dat dit vir pasiënte belangrik is dat verpleegkundiges *afspreek* met pasiënte moet *nakom* en dit nie kanselleer nie. Dit mag moontlik spruit uit die fisieke uitputting vir voorbereiding vir 'n afspraak, stres wat hierdeur verhoog kan word en/of dat die pasiënt dit kan sien as 'n vorm van verwerping (Clark, 1992:578).

Aangesien *liefde* nie net die "losser" verhouding tussen twee persone in die *etiese aspek* verteenwoordig nie, maar ook die *morele-trou* relasie, word die verantwoordelikheid van pasiënte teenoor hulle seksmaats ook in hierdie afdeling bespreek.

Pasiënte tree dikwels *oneties* teenoor hulle seksmaats op deur hul HIV positiwiteit te verswyg. Met hierdie optrede kan pasiënte HIV maklik tydens seks aan hul maats oordra. Een respondent se huweliksmaat is onbewus van die pasiënt se HIV positiwiteit en die pasiënt toon geen insig in die probleme wat kan ontstaan uit die weiering om die huweliksmaat in te lig nie. Volgens De Jong van Arkel (1991:30-37) is dit die plig van verpleegkundiges om so 'n huweliksmaat in te lig. Verpleegkundiges loop dan die gevaar om die *vertrouensverhouding* wat tussen die verpleegkundige en pasiënt bestaan, te vernietig. Pasiënte verswyg dikwels hulle HIV positiwiteit as gevolg van sosiale druk (Crowther, 1992:382). Hierdeur word huweliksmaats die geleentheid ontnem om *uit te reik* en *ondersteunend* op te tree teenoor HIV positiewe egas (Checkryn, 1989:30). Ontkenning kan ook 'n moontlikheid wees waarom pasiënte nie hulle seksmaats omtrent hul HIV infektering inlig nie (NACOSA, 1994:5). Vrees vir *verwerping* deur die huweliksmaat kan ook meebring dat pasiënte hul HIV status verswyg (McConochie, 1994:36)

Een respondent het bevind dat sy huweliksmaat se *houding* teenoor hom ten positiewe verander het nadat sy bewus geword het van haar huweliksmaat se HIV status. Hierdie *houdingsverandering* het nie dadelik plaas gevind nie, maar wel nadat die huweliksmaats *berading* ontvang het. Rugg & Robin, (1992:157) het ook deur navorsing bevind dat huweliksmaats baie ondersteuning aan hul HIV positiewe egas verleen.

Die *huwelik* as samelewingsstruktuur kwalifiseer onder *liefde*. Aangesien die *huwelik* ook 'n belangrike element van *eties* is, sluit die navorsers die problematiek wat in die *huwelik* kan ontstaan ten opsigte van uitbreiding van die *gesin*, in. Die impak van 'n HIV positiewe uitslag strek nie net tot *inligting* van die ega nie. Dit het verdere implikasies ten opsigte van die *huwelik* deurdat daar voortaan geen uitbreiding van die *gesin* mag wees nie as gevolg van die feit dat HIV na die fetus in utero oorgedra kan word (Pratt, 1995:177). Hierdie trauma was vir die meerderheid repondente problematies.

HIV positiewe pasiënte het nie net te kampe met *etiese* probleme rondom huweliksmaats en huweliksprobleme nie. Situasies waarin pasiënte hulle ten opsigte van vriende en familie bevind, veroorsaak ook probleme. Aangesien die *etiese aspek* ook die besondere *band* tussen boesemvriende insluit, sal dit vervolgens bespreek word.

Twee repondente het aangetoon dat hulle nie 'n goeie *verhouding* met hulle familie het nie en daardeur ook nie die nodige *ondersteuning* van die familie ontvang nie. Dieselfde aantal het ook aangetoon dat hulle nie hulle familie *vertrou* nie. Redes hiervoor was nie uit die navorsing duidelik nie.

In teenstelling met bogenoemde bevindinge het vier repondente aangedui dat hulle *vriende* teleurgesteld was nadat hulle ingelig is aangaande pasiënte se HIV positiwiteit, maar dat hulle tog deur die vriende *ondersteun* is. Familielede verleen aan ses repondente *ondersteuning*. Volgens Burnard (1993:1783) kan *vriende en familie* verskillend op die aanhoor van *vriende/familielede* se HIV positiewe status reageer. Alle *vriende/familie* is nie *ondersteunend* nie en HIV positiewe pasiënte moet dikwels *verwerping* in die oë staar.

Aangesien HIV positiewe pasiënte se selfbeeld dikwels afgetakel word, poog hulle om selfstandig te bly. Onafhanklikheid verleen 'n gevoel van selfwaarde aan 'n

pasiënt en daarom poog hulle om so lank as moontlik selfstandig en selfhandhawend op te tree (Anderson, 1995:304). Ses respondente het dit sterk beklemtoon dat hulle so lank as moontlik onafhanklik wil bly. Dieselfde tendens is in die literatuur waargeneem (Meyer, 1993:45). Pasiënte sal instem om hulp op sekere stadiums in die verloop van die siekte te ontvang, maar is nie bereid om hulle onafhanklikheid prys te gee nie (Beedham & Wilson-Barnett, 1995:680). Die navorser het *respek* en *erkenning* vir onafhanklike funksionering, gepaardgaande met selfhandhawing onder die *etiese aspek* gegroepeer weens die feit dat verpleegkundiges en ander versorgers uit *liefde* die pasiënt moet toelaat om hierdie funksie uit te voer.

Ander *etiese* probleme waarmee HIV positiewe pasiënte te kampe het, is dat verpleegkundiges nie professionele geheimhouding kan handhaaf nie. Dit is 'n demoraliserende faktor as inaggeneem word dat VIGS 'n stigmatiserende siekte is en dit psigies baie probleme vir pasiënte meebring (Sadovsky, 1991:2065). Pasiënte staar reeds verwerping in die gesig en daarom word verwag dat verpleegkundiges professioneel sal optree.

Sommige pasiënte het wel ondervind dat verpleegkundiges hulle soos enige ander pasiënt *behandel* en dat daar nie teen hulle gediskrimineer word nie. Pasiënte het hierdie "veralgemening" positief beleef. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie (1988) het ook beklemtoon dat verpleegkundiges in 'n besondere posisie is om HIV positiewe pasiënte te *verpleeg* en gemeenskapslede se *houding* ten opsigte van VIGS te verander. Die volgende aanhaling ter staving van die feit: "nurses are in the position to provide *care* that *respects* the *dignity* of the individual and sets an example of appropriate *nonjudgemental* attitudes to other health workers and members of the community" (ICN/WHO, 1988).

Dit was vir sewe respondente belangrik dat die gemeenskap hulle moet *aanvaar* en nie sal *verwerp* of stigmatiseer nie. Verwerping is deur pasiënte gesien as

verbreking van *verhoudings*. Die *morele oordeel* wat met stigmatisering en ander wanpraktyke teenoor HIV positiewe pasiënte gepaard gaan, was vir vier respondente onaanvaarbaar. Christie (1989) bevestig dat stigmatisering van HIV positiewe pasiënte dikwels wanpraktyke, soos uitsluiting van werksgeleenthede, meebring. Sy bevestig ook dat hierdie pasiënte dikwels onregverdig moreel veroordeel word..

4.12 PROBLEME/BEHOEFTES TEN OPSIGTE VAN GELOOF

Hierdie aspek dui op vastigheid, *vertroue* (sekerheid). Sekerheid en standvastigheid beskik oor 'n eie universaliteit wat impliseer dat alle vorme van *geloof* nie ekwivalent mag word met saligheidsgeloof nie (Strauss, 1978:23). Die geloofsfunksie is egter *religieus* en kan beskou word as 'n bewys van die dinge wat ons nie sien nie. Geloof dui ook op geloofwaardigheid van karakterbeelding van verpleegkundiges.

TABEL 4.11: Probleme/behoefte ten opsigte van geloof (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Geloof	Verleentheid	Ek is 'n prediker - my kollegas is onbewus dat ek HIV positief is	1
		My predikant mag nie weet nie	1
	God se wil	God het dit so vir my gekies	2
		God sal my nog lank laat lewe	2
		God het my 'n uitdaging gegee	1
	Geestelike ondersteuning ontvang	Verpleegkundiges het 'n verdieping in geestelike lewe meegebring	1
		Hulle bid vir my	2
		Geestelike ondersteuning is noodsaaklik	6
	Behoefte aan geestelike ondersteuning	Ek het 'n behoefte aan God se woord	3
		Ek het my prediker ingelig	3
		Ons is kinders van God	3

HIV positiewe pasiënte verkies nie net om anoniem te bly ten opsigte van die gemeenskap nie, maar ook van diegene wat *pastorale* ondersteuning aan hulle kan gee. Een respondent was self 'n prediker, maar wou nie aan sy kollegas beken dat hy HIV positief was nie. 'n Ander respondent het ook geweier om haar *predikant* in te lig. Hierdie pasiënte is skaam en vrees die *pastorale* ondersteuner se reaksie. Pasiënte het dikwels 'n wanopvatting oor *God* se liefde en glo dat *pastorale* ondersteuning van geen hulp sal wees nie. Dit blyk duidelik uit die volgende aanhaling van 'n HIV positiewe pasiënt: "How can God love me? I am one of His mistakes" (Murphy, 1986:39).

Twee respondente het geglo dat dit *God* se wil was dat hulle HIV positief moet wees, maar dat Hy hulle nog lank sal laat lewe. Sommige respondente het ook 'n uitdaging in hulle siekte gesien. Hierdie reaksies kan as onderhandeling in die rouproses gesien word (Kübler-Ross, 1975).

Pasiënte het *geestelike* ondersteuning vanaf verskeie bronne ontvang. Sommiges het *voorbidding* vanaf familie en vriende ontvang en vir ander was daar weer *geestelike* verdieping deur die leiding van verpleegkundiges. *Geestelike* ondersteuning was vir die meerderheid respondente noodsaaklik. Carson & Ribeiro (1990:29) het 'n positiewe korrelasie tussen "gesonde" *geloofsaspekte* in HIV positiewe pasiënte en hoër kwaliteit lewe van hierdie persone gevind.

Verskeie respondente het ook 'n behoefte aan *God* se woord gehad. 'n Derde van die respondente het juis om hierdie rede hulle *predikante* ingelig dat hulle HIV positief is. Hulle het ook erken dat hulle *kinders van God* is en juis daarom *pastorale* ondersteuning benodig. Carson & Ribeiro (1990:30) het ook met haar navorsing gevind dat HIV positiewe pasiënte 'n behoefte aan *God* se woord openbaar.

4.13 SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS

Vervolgens sal die temas waar die hoogste respons insidensie voorgekom het, bespreek word.

TABEL 4.12: Hoogste respons insidensie

PROBLEME/BEHOEFTES		
Kategorie	Groepe	f
Fisies	Woon immunologie kliniek by	9
Bioties	Gewigsverlies	8
	Herhaalde infeksies	8
Psigies	Ontken dat HIV infeksie ernstig van aard is	9
	Persone moet jou aanvaar	9
	Skuld	9
	Stres	9
	Ontkenning	9
	Woede	9
	Angs	9
	Vrees	9
	Emosioneel onstabiel	9
	Logies	Verkeerde vertolking van verpleging
Het geen voor-toets berading ontvang		9
Voor-toets berading is noodsaaklik		9
Ekonomies	Vry mediese dienste	9
	Gesin het finansiële probleme	9
Eties	Verpleegkundiges moet sorg lewer	9

Om effektiewe verpleegsorg aan pasiënte te lewer, moet daar veral gelet word op die behoeftes wat baie sterk navore gekom het.

Alle respondente het die immunologie kliniek bygewoon waar die siekteverloop gemonitor word. Probleme wat by hierdie kliniek hanteer word, is probleme soos gewigsverlies en herhaalde infeksies. Beide hierdie toestande is deur agt respondente ondervind.

Verskeie psigiese probleme is deur alle respondente openbaar, byvoorbeeld ontkenning dat HIV infektering ernstig van aard is. Alle respondente het hulle sterk uitgespreek dat ander persone hulle moet aanvaar, ongeag die persone se sienings aangaande VIGS. Fases van die rouproses wat deur respondente openbaar is, was skuld, stres, woede, angs en vrees. Ontkenning van HIV infektering is ook deur alle respondente openbaar. Sommige was nog tydens die onderhoud in hierdie fase en ander het erken dat hul reeds deur hierdie fase beweeg het. Huilerigheid was 'n teken wat op emosionele onstabiliteit van die respondente gedui het.

Moontlik as gevolg van 'n wanindruk het alle respondente verpleging verkeerd vertolk. Respondente het byvoorbeeld die uitreiking van medikasie as verpleging beskou.

Alle respondente het aangetoon dat hulle geen voor-toets berading ontvang het nie. Hulle het geglo dat indien hulle hierdie berading sou ontvang het, dit die skok van 'n positiewe toets sou versag.

Afgesien van vry mediese dienste wat alle respondente ontvang het, was dit duidelik dat hierdie siekte finansiële probleme in gesinne veroorsaak. Dit mag moontlik wees omdat pasiënte hul werk verloor het en sodoende nie 'n finansiële bydrae tot die gesin kan lewer nie.

Uit Tabel 4.12 was dit duidelik dat alle respondente 'n behoefte aan verpleegsorg deur verpleegkundiges gehad het.

Volgens die navorsing blyk dit duidelik dat HIV positiewe pasiënte 'n legio van probleme ondervind. Pasiënte se gedweë aanvaarding van onvoldoende verpleegsorg as gevolg van die gebrekkige wete van dit wat verpleegsorg

veronderstel is om te wees, het geblyk uit die feit dat pasiënte baie min behoeftes/probleme openlik geopper het.

HOOFSTUK 5

Verpleegkundiges se siening en literatuurkontrole

5.1 INLEIDING

Vervolgens sal die kategorieë, groepe en temas soos gedurende data reduksie voorgekom het, weergegee word. Daarna volg 'n bespreking van verpleegkundiges se siening ten opsigte van probleme/behoefte. Hierdie bespreking sal deur literatuur gestaaf word.

Om die betroubaarheid van die navorsing te verhoog, sal direkte aanhalings van respondente tussen hakies aangedui word wanneer die siening van die verpleegkundiges gekontroleer word.

5.2 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE FISIESE ASPEK

Die *fisiese aspek* dui op die *konkrete* en die *sinkern* daarvan is *energie-werking*. Die behoeftes om pasiënte in *inrigtings* soos *hospitale* en *hospitiums* te versorg sal binne hierdie aspek bespreek word.

TABEL 5.1: Probleme/behoefte ten opsigte van die fisiese aspek
(N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Fisiese.....→	Tussentuistes →	Hospitium	3
		Inrigting	3
		Dagsentrum	3
		"Huis" vir VIGS lyers	3

Die meerderheid HIV positiewe pasiënte word *tuis* deur die gesin versorg (Anderson, 1994:57). Huislike omstandighede is dikwels Derdewêreldse toestande en daarom ondervind pasiënte, sowel as verpleegkundiges en ander sorgverleners, probleme ten opsigte van die verpleging van pasiënte. Tuisverpleging word bemoeilik deur omstandighede en toestande wat *tuis* heers. *Huise* is baie klein, sommige van die huise het klei- of moddervloere wat baie moeilik skoon maak indien liggaamsvloeistowwe daarop sou stort. (Hulle bly in die plakkerskamp. Baie van my pasiënte bly in die plakkerskamp. Dis nou moeilik as die pasiënte gebrak het om daai kleivloer skoon te maak.) Alle huise is ook nie met toilette of lopende water toegerus nie. (Hulle het 'n puttoilet buite.) Meubels soos beddens is soms 'n luukse. [(As ek 'n pasiënt het in die plakkerskamp...) (Party huise is met sink gebou, anner is met modder gebou.) (Dit is moeilik as die pasiënt gebrak of diaree het en dit val op die moddervloer.))] Gesinslede word ook dikwels psigies uitgebrand deur na hulle eie mense om te sien (Nkowane, 1993:18).

Die navorser bevind dat respondente 'n *sentrum of dagsentrum* as oplossing vir hierdie probleem sien. Pasiënte kan dan vir korter of langer periodes in 'n *dagsentrum of huis/inrigting* vir VIGS lyers gehuisves word sodat die versorger kan rus of selfs met verlof kan gaan. (As die pasiënt net 'n bietjie uit daai omstandighede kan kom.) Hierdie konsep kan ook die kommunikasie tussen instansies, byvoorbeeld die *hospitaal en sentrums* waar pasiënte vir sekere periodes gehuisves/verpleeg word, bevorder. Verpleegkundiges van so 'n *sentrum* kan makliker verwys of verslag doen aan verpleegkundiges/dokters in 'n *hospitaal* as wat gesinslede dit byvoorbeeld sal kan doen. Kommunikasiekanale tussen professionele instansies is meer vloeibaar (Nkowane, 1993:18)

Ten slotte kan aangevoer word dat hospitalisasie kostes besnoei kan word indien pasiënte in 'n *dagsentrum/sentrum* verpleeg word omdat pasiënte minder gehospitaliseer word en sentrums dikwels 'n laer dagtarief as *hospitale* het (Weinberg & Murray, 1987:1469).

5.3 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE BIOTIESE ASPEK

Die sinkern van *bioties* is *lewe* en daarom dui dit op die bestaanswyse van organiese lewe. Mense, diere en plante is dus almal onderworpe aan die wette wat vir organiese lewe geld. Alle aspekte wat poog om die *interne homeostase* te versteur of te normaliseer, sal vervolgens bespreek word.

HIV positiewe pasiënt ontwikkel verskeie *opportunistiese siektes* as gevolg van die progressiewe agteruitgang van die *immuunsisteem*. Chroniese *diaree* kom in meer as 60% van alle pasiënte met VIGS voor (Pratt, 1995:191). (Sy dra doeke, want sy het altyd diaree.) Fekale *inkontinensie* en *intestinale probleme* kan groot ongemak vir pasiënte veroorsaak (Miller, Weber & Green, 1988:95).

Diaree was een van die algemeenste probleme wat deur alle respondente geïdentifiseer is. Volgens Van Dyk (1993:10) kom *diaree* gewoonlik reeds in kombinasie met 'n ander *opportunistiese siekte* gedurende die VIGS verwante stadium voor. Pratt (1995:77) beveel verskeie anti-diaree middels aan wat vir hierdie persone tesame met orale rehidrasie terapie, gegee kan word.

'n Gepaardgaande toestand met *diaree* is *naarheid* en *braking*. (As sy iets eet dan braak sy). Dit *verswak* pasiënte se *eetlus* en veroorsaak verdere *gewigsverlies* by pasiënte wat moontlik reeds *eetversteurings* ondervind (Haak Flaskerud, 1988:100).

TABEL 5.2: Probleme/behoefte ten opsigte van die biotiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Bioties	Diaree	Sy het diaree	1
		Hulle kry herhaaldelike diaree	8
	Naarheid en braking	Indien sy eet, braak sy	1
		Hulle braak maklik	6
	Voedings toestand	Moedig voginname aan	6
		Moedig voeding aan	4
		Alkohol is verbode	4
		Proteïen, vitamien, mineraal aanvulling	2
		Neem drie maaltye per dag	2
	Toestande van die urienweë	Urienweginfeksie	3
		Inkontinensie	4
	Pulmonologiese toestand	Pneumonie	6
		PCP	5
		Tuberkulose	7
	Higiëne	Doen mondtoilet	2
		Doen volwas	2
	Pyn	Gewrigspyn	4
		Pyne in voete	1
	Dermatologiese toestand	Voorkom dermatologiese toestand	2
		Behandel drukere	4
Mobiliteit	Bedlënd	3	
	Kan slegs sit	1	
	Totaal immobiel	1	
Seksueel	Moedig gebruik van kondome aan	9	
	Onthouding	2	

Dit is belangrik om na die *voedingstoestand* van pasiënte om te sien. (Ek moedig hulle aan om te eet.) Ses respondente het aangedui dat hul veral *vloestof inname* aanmoedig. Zelewsky (1992:13) dui aan dat dit belangrik is om hierdie pasiënte op 'n hoë proteïen en -kalorie *dieet* te plaas. Een respondente het wel aan pasiënte mineraal, proteïen en vitamien *aanvullings* gegee. (Hulle kom kry daai PVM hier by die kliniek.) Pasiënte is aangemoedig om drie maaltye per dag te neem sodat

hulle *dieet* gebalanseerd kan wees. Zelewsky (1992:13) beveel egter ses klein maaltye aan indien pasiënte nie drie groot maaltye kan verwerk nie. Volgens Pratt (1995:128) kan *alkohol* wel as 'n aptytwekker in klein hoeveelhede aan pasiënte gegee word. Vier respondente het egter hulle pasiënte afgeraai om *alkohol* te gebruik. *Alkohol* kan ook inmeng met sekere *medikasie* wat pasiënte gebruik (Pratt, 1995:272).

Infektiewe toestande van die urienweë is deur 'n derde van die respondente geïdentifiseer. (Baie van hulle het urienweg infeksie.) Hierdie toestand mag moontlik ontstaan as gevolg van urinêre kateterisasie, chroniese *diaree* en 'n *intakte immuunsisteem*. *Inkontinensie* is ook waargeneem en dit ontstaan gewoonlik as gevolg van *vakuolêre miëlopatie* (Pratt, 1995:61).

Al die respondente het gevind dat alle pasiënte aan een of ander vorm van 'n *pulmonologiese toestand* ly. Baie pasiënte sterf dan ook aan *pneumocystis carinii* *pneumonie* terwyl ander weer as gevolg van die swak reaksie op *tuberkulose*-behandeling geïdentifiseer word. (As hulle nie op die TB pille reageer nie, kan jy hulle maar vir AIDS toets.) Dit is dan ook veral hierdie *opportunistiese infeksie* wat die pasiënt se *CD₄-telling* baie verlaag (Lachman, 1991:216).

As gevolg van die feit dat *opportunistiese siektes* pasiënte baie *uitput*, is dit nodig dat hulle soms *gevolwas* word sowel as om gereelde *mondtoilet* te doen. (Hulle raak so gou moeg.) Verpleegkundiges verleen ook hier hulp aan die gesin deur dit soms te doen of die gesin te onderrig om dit te doen. (Ons leer vir hulle hoe om die pasiënt te was). Dit is baie belangrik dat die *higiëne* hoë prioriteit by HIV positiewe pasiënte geniet om sodoende potensiële bronne van *infeksie* te verwyder (Benedict, 1990:18).

Die meerderheid respondente het gevind dat pasiënte *pyn* ondervind. Een respondent het bevind dat pasiënte se *pyn* dikwels in hulle voete gelokaliseer was.

(They all complain about their feet.) Die navorser kon geen literatuurkontrolle vind waarom die pasiënte spesifiek *pyn* in hulle voete ondervind het nie. *Gewrigspyne* kom algemeen by pasiënte voor. Dit is moontlik te wyte aan *poli-neuropatie of perifere neuropatie* (Pratt, 1995:156).

Dermatologiese toestande kom algemeen voor. (Hulle kry allerhande velsiektes). As gevolg van die kwaliteit van die vel neig pasiënte om *druksere* te ontwikkel. Hierdie toestand word ook bevorder deur die lang periodes wat pasiënte lê of in een posisie sit (Grunfeld, 1990:57). *Kaposi se sarkoom* word in verskeie bronne geïdentifiseer, maar geen respondent het pertinent verwys na hierdie probleem nie (Annual Report, 1993:1; Lachman, 1991:140; Van Dyk, 1993:55).

Opportunistiese siektes het noodwendig 'n negatiewe invloed op die fisieke *krag* van pasiënte as gevolg van *neuropsigiatriese sindrome* (Pratt, 1995:156). Hulle word fisiek so afgetakel dat hul *bedlêend* raak. *Neuropsigiatriese sindrome* veroorsaak *kognitiewe wanfunksie* en inkorting van *grootspier koördinasie* wat daartoe lei dat pasiënte *bedlêend* word (Grunfeld & Palladino, 1990:68).

Respondente het nie net met *siektetoestande* en fisieke *agteruitgang* van HIV positiewe pasiënte te kampe nie, maar ook met hulle *seksuele* behoeftes en gebruike. Volgens die literatuur kan nie van pasiënte verwag word om onthouding toe te pas wanneer hulle HIV positief gediagnoseer word nie. *Veiliger sekspraktyke* soos die gebruik van kondome word aanbeveel (Schmidt, 1993:56). (Ons moedig hom aan om kondome te gebruik.) Indien beskermende maatreëls nie toegepas word nie en pasiënte hulle seksmaats met HIV sou *infekteer*, word die *biotiese* aspek nadelig beïnvloed.

Verpleegkundiges word met 'n breë spektrum probleme gekonfronteer. Aangesien verpleegkundige respondente self geïdentifiseer het dat hulle te min kennis in verband met VIGS en VIGS verwante toestande het, kan daar nie van hulle verwag

word om voldoende verpleegsorg aan hierdie pasiënte te lewer nie. Pogings om *interne homeostase* by pasiënte te handhaaf, sal ook dikwels misluk as gevolg van die feit dat pasiënte 'n toenemende agteruitgang van die immuunsisteem ondervind (Pratt, 1995:61).

5.4 Psigiese probleme/behoefte

Psigies sal in drie afdelings bespreek word, naamlik:

- verpleegkundiges se persepsie van sensitief-psigiese probleme/behoefte van pasiënte (kyk 5.4.1)
- probleme/behoefte ten opsigte van die lewering van emosionele ondersteuning aan pasiënte (kyk 5.4.2)
- emosionele probleme/behoefte van verpleegkundiges (kyk 5.4.3)

5.4.1 Psigiese probleme/behoefte van pasiënte

Die *sinkern* van hierdie aspek is *sensitiwiteit (gevoel)*.

Die mens bestaan uit 'n *liggaam, siel en gees*. Alhoewel baie van die werklikheidsaspekte op die liggaam van toepassing is, moet die menslike *gevoelslewe* nie agterwêe gelaat word nie. Alle afwykings van *emosie* sal as die *psigiese aspek* bespreek word (Strauss, 1978:17).

Die positiewe diagnose van HIV is dikwels vir pasiënte soos 'n doodsvonnis. Dit ontlok ernstige *emosionele* reaksies. Hierdie pasiënte gaan deur alle fases van die *rouproses* waardeur ander terminaal siek pasiënte gaan (Crowther, 1992:381).

Verskeie *emosies* by die pasiënte is deur respondente waargeneem. Pasiënte reageer verskillend op negatiewe nuus en op stres. Dit is soms vir die pasiënte

moeilik om 'n HIV positiewe uitslag te ontvang en te aanvaar. Verpleegkundiges moet die reaksie van pasiënte nie persoonlik opneem nie (Van Dyk, 1993:78).

TABEL 5.3: Emosionele probleme/behoefte van pasiënte (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Psigies	Emosies	Ongeloof/skok	8
		Ontkenning/huil	9
		Skaam	4
		Ongeduld	5
		Kwaad	5
		Aggressie	7
		Frustrasie	8
		Vrees/angs/bang	7
		Depressie	8
		Aanvaarding	5

Volgens Van Dyk (1993:78) is pasiënte dikwels erg *geskok* as hulle 'n HIV positiewe uitslag ontvang. Dit is belangrik om vir hulle die geleentheid te gee om eers die *skok* te verwerk en op 'n later stadium inligting in verband met die toestand in te win. Verskeie respondente het ook aangetoon dat die aanhoor van 'n HIV positiewe uitslag vir pasiënte 'n groot *skok* is.

Die meeste HIV positiewe pasiënte gaan deur 'n *ontkenningsfase* (Soloway & Hecht, 1990:98). (Eers glo hulle nie hulle het VIGS nie, later glo hulle.) *Ontkenning* is 'n belangrike hanteringsmeganisme omdat dit *emosionele* stres verlaag (Van Dyk, 1993:81). Pasiënte moet konstruktiewe *ontkenning* toegelaat word, maar die gedrag moet nie deur verpleegkundiges versterk word nie omdat destruktiewe gevolge kan ontwikkel (Lewis, 1988:55). Pasiënte wat deur die *ontkenningsfase* gaan, mag met opset sekere tekens en simptome van VIGS ignoreer om te bewys dat hulle HIV negatief is (Lachman, 1991:311). Volgens Nkowane (1993:20) is die algemeenste tekens en simptome bekend aan die gemeenskap en indien hulle dit ignoreer, is dit 'n vorm van *ontkenning*.

Gemoedsversteurings wat gekenmerk word deur *buiërigheid* is dikwels by HIV positiewe pasiënte waarneembaar (Macintyre & Tueller, 1988:32). (Daai ma was so kwaai, almal was bang vir haar. Sy het almal verskree). *Huilerigheid* is ook 'n algemene verskynsel by hierdie pasiënte, want *huil* word deur persone gebruik om uiting aan hulle *emosies* te gee. (Sy huil maklik.)

HIV positiewe pasiënte voel dikwels *skuldig* omdat hul besef dat hul die siekte oor hulself gebring het (Clark, 1992:760). *Skuldgevoelens* word ook geïdentifiseer as die moontlikheid bestaan dat hulle ander persone, byvoorbeeld hul seksmaats of kinders, kon infekteer (Van Dyk, 1993:81). (Ek het vir hom gesê hy moet hom nou nie self verwyt nie.)

Sewe respondente het 'n vorm van *aggressie* by HIV positiewe pasiënte waargeneem. Pasiënte raak dikwels *kwaad* en/of *aggressief* omdat hulle nie weet hoe om die situasie te hanteer nie. Hierdie *emosies* spruit uit 'n onafhanklike lewenswyse wat drasties deur siektetoestande, wat met VIGS gepaard gaan, na 'n afhanklike lewenswyse verander word. *Woede* ontstaan ook omdat daar geen definitiewe antwoorde op sekere vrae van VIGS pasiënte, byvoorbeeld, "wanneer gaan ek sterf?" is nie en daardeur is die toekoms vir hulle baie vaag (Van Dyk, 1993:81).

Frustrasie ontwikkel omdat hierdie persone nie by magte is om hul situasie daadwerklik te verander nie. (Sy was toe al die tyd gefrustreerd.) Dit lei tot *magteloosheid* wat in *woede* teenoor hulleself, hulle seksuele gewoontes en hulle seksmaats, oorgaan. Openbaring van *aggressiewe* gedragpatrone dui daarop dat HIV positiewe persone 'n poging aanwend om beheer oor hulle situasie te kry en in beheer van hulself te kom (Gee & Morton, 1988:367). Hierdie literatuurbevindinge korreleer met die van die navorser deurdat agt respondente hierdie tendens bespreek het.

Angs en vrees is deur sewe respondente geïdentifiseer. *Vrees* om siek te word en dood te gaan, ontstaan by die HIV positiewe pasiënt (Caine & Bufaline, 1987:44). Dit is een van die algemene *emosionele* reaksies wat deur sewe respondente waargeneem is. Caine & Bufaline (1987:45) beskryf vrees as 'n *emosionele* respons op 'n bewuste, erkende, interne en/of eksterne bron van gevaar. *Vrees* vir verlies aan selfbeheer ontstaan, sowel as *vrees* om afhanklik van ander te word, hul werk te verloor en gepaardgaande finansiële probleme te ontwikkel. Pasiënte *vrees* ook isolasie, stigmatisering en verwerping (Evian, 1993:71). *Vrees* mag ook ontstaan dat geïnfekteerde persone die virus aan hulle seksmaats of kinders kan oordra.

Vrees en *onsekerheid* by vroue kan te wyte wees aan die potensiële verlies van die vermoë om kinders te baar, wat vir baie vroue 'n lewensideaal is (Poole, 1988:36). HIV positiewe pasiënte ondervind 'n verlies aan kontrole en outonomie. In spesifieke omstandighede voel HIV positiewe pasiënte *skaam* oor die dade wat hulle beoefen het wat sodoende die siekte oor hulle gebring het. Dit alles veroorsaak toenemende *angstigtheid* wat tot *depressie* kan oorgaan. Hulle vrees dat hul nie vir hulself en/of gesinne sal kan sorg nie. Die grootste bron van *vrees* is gewoonlik onsekerheid in verband met die toekoms (Van Dyk, 1993:81). Volgens Crowther (1992:381) kan *vrees* in histerie oorgaan.

Spanning volg dikwels op *vrees* en *angs* wat HIV positiewe pasiënte ondervind (Clark, 1992:760). Dit word deur Selye (1985:48) as 'n nie-spesifieke respons van die liggaam op enige opdrag wat die liggaam ontvang, beskryf. *Spanning* vereis aanpassing by probleme, ongeag wat die probleem behels. Volgens Selye (1985:48) word siektetoestande deur *spanning* veroorsaak omdat aanpassing deur die liggaam afgedwing word.

Caine & Bufaline (1987:145) beskryf *angs* as 'n ongemaklike gevoel van *spanning* wat verskyn as gevolg van enige nie-spesifieke bedreiging van 'n persoon se biologiese integriteit en/of selfkonsep. Die oorsprong is dikwels ongedefinieerd en

dit kan varieer van lig, matig tot paniek. Onbeantwoorde vrae ten opsigte van VIGS, wat ontstaan met die diagnosering van HIV positiwiteit, wek dikwels *angs* by die persoon (Coping with AIDS, 1988:45).

Depressie kan as 'n persepsie van *magteloosheid* ontwikkel, soos wat die geval met HIV positiewe pasiënte is, omdat VIGS nie genees kan word nie (Gettrust & Brabec, 1992:422). (Daai pasiënte is baie keer depressed).

Vyf respondente het gesê dat hul pasiënte hul toestand en die dood aanvaar het. 'n Gebrek aan literatuurkontrolle vir aanvaarding is gevind. Aangesien alle fases van die rouproses, soos geïdentifiseer deur Kübler-Ross (1975), reeds by hierdie pasiënte waargeneem is, kan aanvaar word dat hulle laaste fase ook aanvaarding is.

Wanneer die navorser al die *psigiese* aspekte ontleed en deur die literatuur staaf, word die fases van die rouproses soos deur Kübler-Ross (1975) beskryf, geïdentifiseer. Hierdie pasiënte besef dat daar 'n verlies, hetsy aan werk, verhoudinge en selfbeeld is, waaroor gerou word.

5.4.2 Probleme/behoefte ten opsigte van die lewering van psigiese ondersteuning

Soos reeds bespreek, bestaan die mens uit *liggaam*, *siel* en *gees*. Die hantering van *emosionele* probleme vereis spesifieke opleiding van verpleegkundiges. Indien hulle onkundig in verband met berading is, ondervind hulle baie probleme.

Ten spyte daarvan dat al die respondente aangedui het dat hul wel *emosionele* ondersteuning aan die pasiënte bied, was agt respondente van mening dat hul nie bevoeg was om die taak uit te voer nie. (Ek probeer maar, maar ek het nie regtig die kennis nie.) Vier respondente het ook *emosioneel* nie opgewasse gevoel om berading met HIV positiewe pasiënte te doen nie.

TABEL 5.4: Probleme/behoefte ten opsigte van die lewering van psigiese ondersteuning aan pasiënte (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groep	Temas	f
Psigies	Gevoel oor bevoegdheid vir ondersteuning	Voel onbevoeg	8
	Ondersteuning	Emosioneel nie opgewasse	4
		Lewer wel emosionele ondersteuning	9
		Huil saam met pasiënt	1
		Maak fisiese kontak	5
		Praat en luister	9
		Toon empatie	9
		Doen sterwensbegeleiding	2
		Betoon liefde	3
		Gee pasiënt menswaardige gevoel	2
		Gee inligting	9
	Ondersteuning aan familie/ gesin	Gee meer ondersteuning aan gesin/ familie as aan pasiënt	4
	Ondersteuningsbronne	Verwys pasiënt	9

Firm (1995:39) beklemtoon dat dit belangrik is dat verpleegkundiges in staat moet wees om na die *geestesgesondheid* van HIV positiewe pasiënte om te sien, maar dat hul nie die nodige kennis en vaardighede daartoe besit nie. Verpleegkundiges verstaan dikwels nie HIV positiewe pasiënte se unieke behoeftes nie en tree daarom onprofessioneel op (Crowther, 1992:381). Die gebrek aan kennis word deur Barbour (1995:214) beskryf as 'n onvermydelike situasie waar VIGS skielik epidemiologiese afmetings aangeneem het terwyl verpleegkundiges nie die geleentheid gehad het om by die situasie aan te pas of hulleself te onderrig in al die probleme wat die toestand meebring het nie.

Een respondēt het *emosionele* ondersteuning verleen deur saam met die pasiënt te *huil* (...huil saam met haar.) Geen staving vir hierdie vorm van ondersteuning kon deur die navorser in die literatuur gevind word nie.

Vyf respondente het ook ondersteuning in die vorm van *fisieke aanraking* gelewer. (Vat sy hand.) Volgens Crowther (1992:382) is dit wel 'n belangrike vorm van ondersteuning.

Al die respondente het *emosionele* ondersteuning in die vorm van empatiese houding of deur te *luister* gebied, of het net met pasiënte *gepraat*. (Jy luister maar en praat so bietjie.)

Die aanbod van HIV verwante *inligting* in die vorm van pamflette aan die pasiënte is as nog 'n bron van *emosionele* ondersteuning beskou. Inligting is ook mondelings aan pasiënte verskaf ten spyte daarvan dat agt respondente beweer dat hulle te min kennis in verband met VIGS en VIGS verwante toestande gehad het.

Slegs twee respondente doen *sterwensbegeleiding* met pasiënte. Volgens Crowther (1992:383) gaan HIV positiewe pasiënte ook deur die rouproses soos alle ander terminale pasiënte en behoort *sterwensbegeleiding* met die pasiënte gedoen te word.

Sommige respondente (drie) het as gevolg van hul *onsekerheid* ten opsigte van ondersteuning die gee van *liefde* beklemtoon. (Ek weet nie, liefde..., liefde. Ek gee baie liefde.) Die ontvangs van liefde beteken vir HIV positiewe pasiënte baie, aangesien elke pasiënt 'n unieke individu, en nie net 'n siekte, is soos wat die volgende aanhaling bevestig "I am a person, not a disease" (Crowther, 1992:381).

Deur pasiënte toe te laat om self dagtake, byvoorbeeld higiëniese versorging, te doen, is die gevoel van *menswaardigheid* aan pasiënte verleen. Deur pasiënte toe te laat om onafhanklik op te tree, word 'n gevoel van selfwaarde aan pasiënte gegee (Anderson, 1995:304).

Verpleegkundiges gee dikwels meer ondersteuning aan die gesin/familie as aan pasiënte. (Ons gee meer emosionele ondersteuning aan die familie as aan die pasiënt.) Die gesin vra baie vrae omdat hulle *onseker* is oor die toekoms van die HIV positiewe pasiënt. Hulle sien ook verpleegkundiges as beraders en *steun* op hulle vir inligting rondom fisieke versorging van die pasiënt, sowel as VIGS inligting (Brown & Powell-Cope, 1991:338).

Alle respondente het hulle pasiënte na 'n ander lid van die gesondheidspan *verwys*. (Ons behandel hulle regtig nie. As die uitslag positief is, verwys ons hulle.) Verwysing geskied soms uit *vrees* vir HIV positiewe pasiënte. Hierdie *vrees* word gebore uit die gebrekkige kennis van verpleegkundiges. Met verwysing stil verpleegkundiges hul gewete en "hoop" dat hulle wel pasiënte tot hulp was (Crowther, 1992:384). Pasiënte word dan 'n ander persoon se verantwoordelikheid en so minimaliseer verpleegkundiges hulle plig om die pasiënte te verpleeg. Verwysing kan dus soms as 'n hanteringsmeganisme vir *vrees* gebruik word (Munodawafa & Bower, 1993:13).

Dit is wel belangrik dat verpleegkundiges pasiënte verwys, maar slegs vir die behandeling van toestande waarvoor hulle nie opgewasse is nie en nie uit vrees vir HIV positiewe pasiënte nie.

Respondente het pasiënte na *ondersteuningsbronne* verwys. Hierdie bronne was soms net 'n ander lid van die gesondheidspan.

5.4.3 Psigiese probleme/behoefte van verpleegkundiges

Verpleegkundiges openbaar verskillende *emosionele* reaksies teenoor HIV positiewe pasiënte. (Jy moet gaan sit en eers jou eie emosies uitsorteer.) *Vrees* ontstaan gewoonlik indien verpleegkundiges min of geen blootstelling aan HIV positiewe pasiënte gehad het. Gereelde verpleging van hierdie pasiënte dwing verpleegkundiges tot meer kennis van HIV, VIGS en VIGS verwante toestande. (As jy eers met hulle gewerk het is dit nie so erg nie.) Met vermeerdering van HIV/VIGS kennis verminder verpleegkundiges se *vrees* vir HIV positiewe pasiënte (Barbour, 1995:216). Die *vrees* vir VIGS pasiënte mag ontstaan omdat verpleegkundiges bekommerd is dat hulle hulleself met HIV deur liggaamsvloei-stowwe van die HIV positiewe pasiënte kan infekteer (Clark, 1992:758) (kyk Tabel 5.5).

Ses respondente het aanbeveel dat verpleegkundiges eers hul eie *gevoelens/emosies* rondom VIGS en HIV positiewe pasiënte moet verwerk voordat hulle hierdie pasiënte verpleeg. Van Dyk (1993:64) beveel aan dat verpleegkundiges hulle eie *gevoelens* moet uitsorteer om gemaklik te wees met verpleging van hierdie pasiënte. Volgens haar kan negatiewe gevoelens van verpleegkundiges teenoor HIV positiewe pasiënte onbewustelik aan pasiënte oorgedra/geopenbaar word. Ses respondente het reeds hierdie gevaar erken en besef dat negatiewe gevoelens nie aan pasiënte oorgedra moes word nie.

Verpleegkundiges beleef die gebrek aan genoegsame kennis van HIV en VIGS verwante toestande as oorsaak dat hul nie HIV positiewe pasiënte kan/wil aanvaar nie (Crowther, 1992:384).

TABEL 5.5: Emosionele probleme/behoefte van verpleegkundiges (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Psigies	Emosies	Ek was bang	8
		Moenie jou gevoelens aan pasiënt oordra nie	6
	Hanteringsmeganisme	Identifiseer jou eie gevoelens	6
		Wees eers betrokke by VIGS verpleging	4
	Kennis	Ek het te min kennis van VIGS	8
		Meer kennis vergemaklik aanvaarding van pasiënte	7

5.5 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE LOGIESE ASPEK

Die *logiese* aspek dui op *onderskeidende denke*, waardeur begrippe gevorm word. Hierdie aspek word op die basis van die gevoelslewe voltrek. Dit blyk uit die feit dat sinnelike indrukke, gewaarwordings en voorstelle die stof van die mens se *denke* lewer, terwyl die feit dat die menslike brein wat behalwe gevoels- ook denkorgaan is, op die biotiese fondament van denke dui. Die sinkern van die logiese is dus *analise* (kyk Tabel 5.6).

Verpleegkundiges het wel 'n behoefte aan meer *inligting* in verband met VIGS, maar nogtans probeer hulle om die *kennis* wat hul besit tot die maksimum te benut. (As die VIGS sentrum net nader was. My kennis is nie genoeg nie.)

Sewe respondente het aangedui dat hul wel 'n uiteensetting van die *verloop van VIGS* aan hul pasiënte gee. Dit vorm egter 'n kontradiksie, aangesien verpleegkundiges erken het dat hul 'n gebrek aan HIV *kennis* het. Dieselfde aantal verskaf ook *voorligting* aan pasiënte terwyl agt respondente families *oplei* om pasiënte tuis te verpleeg. Derdarian (1990:440) beklemtoon dat *inligting* omtrent

HIV en VIGS vir pasiënte en hul familie belangrik is, omdat *insig* in die toestand verdiep en gesinne so ook meer steun aan pasiënte gee.

TABEL 5.6: Probleme/behoeftes ten opsigte van logiese aspekte (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Logies	Opleiding	Gee uiteensetting van VIGS	7
		Gee voorligting	7
		Lei familie op om tuissorg te lewer	5
		Verskaf literatuur	2
	Voorligting aan familie	Doen berading	5
		Verduidelik die verloop van HIV toetsing	3
		Doen tuisbesoeke	4
	Verwysing	Ons verpleeg nie, doen slegs verwysing	3
		Kliniese sielkundige, maatskaplike werker, distriksgeneesheer, dokter, predikant	9
	Kennis	Verpleegkundiges se VIGS kennis is onvoldoende	8
		Gretig om nutste kennis/inligting te bekom	5
		Kennis is te min om pasiënte se vrae te beantwoord	3

Voorligting aan gesinne word gewoonlik tydens *beradingsessies* gedoen waar die verloop van die siekte en die behandeling vanaf HIV toetsing ook aan die gesin *verduidelik* word. (Ons vertel hulle alles. Van bloedtrek af.) *Berading* word gewoonlik deur tuisbesoeke opgevolg. Verskeie literatuurbronne het aangedui dat *berading* ook met gesinslede gedoen word (Clark, 1992:72; Rugg & Robin, 1992:158; Van Dyk, 1993:80). Dit was nie altyd uit literatuur duidelik of *beradingsessies* deur tuisbesoeke opgevolg is nie.

Afgesien van die ondersteuning wat aan die gesin gebied word, doen verpleegkundiges dikwels *verwysings*. Verwysing van pasiënte is gewoonlik na ander lede van die gesondheidspan (Crowther, 1992:384). Hierdie navorsing het

bewys dat respondente pasiënte na kliniese sielkundiges, maatskaplike werkers, distriksgeneeshere, dokters en predikante verwys.

Agt respondente het aangetoon dat hul onvoldoende *kennis* in verband met VIGS besit en dat dit hulle beperk in die beantwoording van vrae van die HIV positiewe pasiënte. Barbour (1995:215) beklemtoon hierdie feit deurdat pasiënte verskillende vrae vra en as gevolg van onvoldoende kennis van HIV en VIGS kan verpleegkundiges dikwels nie hierdie vrae beantwoord nie. Vyf respondente is selfs gretig om meer *inligting* in verband met VIGS te bekom.

5.6 PROBLEME/BEHOEFTES TEN OPSIGTE VAN DIE HISTORIESE ASPEK

Kultuurvorming is 'n Goddelike opdrag aan die mens en is getipeer deur kultuurvormende *mag* (Strauss, 1978:23). Die sinkern van die historiese aspek is *beheerste vorming (mag)*.

TABEL 5.7: Probleme/behoefte ten opsigte van die historiese aspek
(N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Histories▶	Tradisionele geneesheer▶	Ek besoek die sangoma	1
		Inyanga sal my genees	3

In die behoeftebepaling ten opsigte van verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte is dit noodsaaklik dat verpleegkundiges die *historiese* gebruike van elke *kultuur* in ag sal neem. Volgens Evian (1993:196) kan *tradisionele geneeshere* soos die "sangoma" en "inyanga" 'n belangrike rol in die voorkoming van VIGS speel. Hulle rol in die behandeling daarvan mag nie onderskat word nie. Hierdie persone moet in die veldtog teen VIGS betrek word en nie geïsoleer word nie. McMurray (1993:46) beklemtoon die belang van kennis in verband met *rituele-*

gebruike en -gewoontes in die behandeling van VIGS. Sommige *kulture* beskou *tradisionele geneeshere* as persone wat fundamentele gesondheidsbehandeling en -sorg kan lewer (Reid & Trompf, 1991:248). (Hulle kry heilige water by die sangoma.) (The sangoma prick him with the porcupine feathers.)

'n Derde van die respondente het bevind dat HIV positiewe pasiënte glo dat *tradisionele geneeshere* in staat is om hul van HIV infeksie te genees. Op grond van die feit dat VIGS 'n ongeneeslike, terminale siekte is, is dit egter onmoontlik vir tradisionle geneeshere om HIV positiewe pasiënte te genees (Miller, 1991:1). Die situasie bied egter die geleentheid aan verpleegkundiges en *tradisionele geneeshere* om saam te werk in die behandeling en voorkoming van VIGS (Gregory & Stewart, 1987:26).

5.7 SOSIALE PROBLEME/BEHOEFTE

Die *sosiale* aspek word deur *omgang* en *verkeer* gekenmerk, wat ook die sinkern van die aspek vorm. Alle aspekte wat *verkeer* met gesinne, vriende of die gemeenskap bevorder of strem, sal in hierdie afdeling bespreek word.

Die navorser het bevind dat sewe respondente HIV positiewe pasiënte in die gemeenskap wil *behou*. Die redes wat hiervoor aangevoer is, is byvoorbeeld dat hul gesinslede beter *ondersteuning* kan verleen, pasiënte kan nog steeds hul werk voortsit (indien hulle werk) en dat dit positief vir die pasiënt se selfbeeld is.

Dit het ook geblyk dat HIV positiewe pasiënte wel met ander persone wil *sosialiseer*, maar dat hulle *sosiaal* onttrek as gevolg van die stigma verbonde aan HIV en VIGS. Drie respondente het aanbeveel dat HIV positiewe pasiënte meer moet *sosialiseer*. Chekryn (1992:31) het ook gevind dat pasiënte wat meer *sosialiseer*, makliker die rouproses verwerk as pasiënte wat hulself onttrek.

TABEL 5.8: Sosiale probleme/behoeftes (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES				
Kategorie	Groepe	Temas	f	
Sosiaal	Sosialisering	Behou pasiënt in gemeenskap	7	
		Ek wil hê hulle moet meer sosialiseer	3	
	Isolasie	Hulle voel siek	7	
		Hulle toestand kan nie voorspel word nie	1	
	Dagsentra/ Instansie	Plaas hulle tydelik in 'n dagsentrum	2	
		Stig 'n VIGS ondersteuningsgroep	4	
	Vertroue	Hulle moet 'n vertroueling hê	5	
	Stigma	Wanpersepsies in verband met VIGS	Dis 'n verskriklike stigma	6
			Die woord VIGS laat mense vries	1
			Verdryf VIGS pasiënte uit die gemeenskap	3
			Geïsoleer as gevolg van stigma	6
			Ek vrees hulle	4
	Verwerping	Die gemeenskap is bang vir VIGS	Die gemeenskap is bang vir VIGS	5

Dit is egter nie net die stigma verbonde aan VIGS wat veroorsaak dat pasiënte *sosiaal* onttrek nie, maar ook opportunistiese siektetoestande wat veroorsaak dat pasiënte te siek is om *sosiaal* te verkeer. Sewe respondente het hierdie probleem ondervind. Dit is veral wanneer pasiënte volledige VIGS (full-blown AIDS) ontwikkel dat hulle te siek is om hul woning te verlaat en selfs te gou uitgeput raak indien hulle *sosiaal* sou verkeer. (Hulle is te siek om eers uit te gaan.) Hierdie toestand word veroorsaak deur fisieke en psigiese probleme (Lieberman, 1988:290). Een respondent het selfs gevind dat pasiënte se fisieke toestand te onvoorspelbaar is en dat geen *sosialiseringsgeleenthede* as gevolg daarvan gereël kan word nie.

Dit was vir respondente belangrik dat HIV positiewe pasiënte wel sal *sosialiseer*. (As hulle net bietjie kan uitkom, gaan fliëk of so iets.) Sommige was van mening dat pasiënte tydelik in dagsentrums geplaas moet word sodat sorgverleners ook kan ontspan. Ander was weer van mening dat VIGS *ondersteuningsgroepe* gestig moet

word om pasiënte te ondersteun en te help sosialiseer. Schmidt (1993:24) bemerk 'n ernstige tekort aan fasiliteite waar VIGS pasiënte met mekaar kan sosialiseer. Sy vind deur haar navorsing dat sommige van die bestaande fasiliteite vir sekere groepe, byvoorbeeld homoseksuele mans, gereserveer is en *ontoeganklik* vir die grootste groep HIV positiewe pasiënte is.

Om te *sosialiseer* het HIV positiewe pasiënte 'n vertroueling nodig. Vyf respondente was dit eens dat hierdie vertroueling die deur tot *sosialisering* vir HIV positiewe persone open. Hierdie persoon is nie noodwendig die berader nie, aangesien baie persone geen berading ontvang nie (Dorman, Forrest Riley & Jones, 1993:98).

Vir verpleegkundiges word baie probleme deur die stigma aan VIGS veroorsaak. *Wanpersepsies* ontstaan as gevolg daarvan en dit bring mee dat verpleegkundiges houdingsprobleme ontwikkel. Hulle weier dan om hierdie pasiënte te verpleeg en te behandel (Nkowane, 1993:18). Swanson & Chenitz (1993:341) het gevind dat indien verpleegkundiges feite en stigmatiserende wanpersepsies van mekaar kan onderskei hulle meer gewillig is om HIV positiewe pasiënte te verpleeg.

Die gemeenskap en selfs sommige families sal 'n HIV positiewe pasiënt *verwerp* juis as gevolg van die stigma wat aan VIGS kleef. Een respondent het die stigma as volg beskryf "die woord VIGS laat mense vries". Stulberg & Buckingham (1988: 357) haal die geval aan waar 'n vader geweier het om sy seun na ontslag uit die hospitaal tot sy huis toe te laat. Hierdie vader se woorde was "Oh, I couldn't possibly, I mean, he has AIDS. What would we say to people?". Opmerkings soos bogenoemde veroorsaak dat pasiënte hulle *sosiaal* onttrek en 'n kluisenaarsbestaan voer. Die navorser bewys dit deurdat ses respondente aangedui het dat HIV positiewe pasiënte hulself *onttrek* en *isoleer* as gevolg van die stigma verbonde aan VIGS. Uit vrees vir VIGS *verwerp* gemeenskapslede ook VIGS pasiënte (McMurray, 1993:129).

Ter opsomming kan gesê word dat persone met VIGS word onregverdig veroordeel, verwerp en teen gediskrimineer (Evian, 1993:215).

5.8 EKONOMIESE PROBLEME/BEHOEFTE

Die sinkern van die *ekonomiese aspek* is *spaarsaamheid* wat dui op die voorkoming van ekses. Die mens se *ekonomiese* handelswyse word dus in totaliteit in hierdie modale aspek vervat.

As gevolg van die gebrek aan fondse om meer verpleegkundiges vir die versorging van HIV positiewe pasiënte aan te stel, is die tyd wat per pasiënt bestee kan word baie min. Tyd word dus binne die ekonomiese werklikheidsaspek gekategoriseer.

TABEL 5.9: Probleme/behoeftes ten opsigte van die ekonomiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Ekonomies ...	Finansies	Hulle is in 'n swak finansiële posisie	1
		Hulle kry slegs 'n pensioen	3
		Hulle kan nie betaal nie	2
		Hulle huis is baie klein	7
		Woon in 'n plakkerskamp	2
		Lae sosio-ekonomiese klas	4
		Behandeling is duur	8
	Tyd	Die moeder verpleeg haar	1
		Ek kan nie altyd daar wees nie	5
		Ek kan slegs een maal per dag gaan	1
		Ek wens ek kan meer gereeld gaan	1

Die navorser het gevind dat alle respondente dit eens was dat die meeste HIV positiewe pasiënte in *finansiële* nood was. Morrison (1993:318) het die volgende bevind: "HIV is frequently associated with poverty, unemployment, homelessness and welfare dependence". Opmerkings soos "hulle *huise* is baie *klein*" is deur sewe

respondente geformuleer. 'n Groot persentasie van die pasiënte is *werkloos* ten spyte van die feit dat hul nog in staat is om in die arbeidsmag te dien. (Waar sal hulle werk kry?) Wilkie *et al.* (1990:18) bevestig die feit dat HIV positiewe pasiënte dramatiese probleme ondervind om 'n werk te bekom. Enkele HIV positiewe pasiënte ontvang wel 'n *ongeskiktheidspensioen*, maar dit is nie voldoende om in hul behoeftes te voorsien nie. Twee respondente het genoem dat die grootste aantal pasiënte aan wie hulle verpleegsorg lewer, in *informele behuisingskemas* woon, terwyl vier respondente aangetoon het hulle pasiënte van 'n *lae sosio-ekonomiese* groep is. Agt respondente het getoon dat behandeling vir HIV infeksie baie *duur* is en alhoewel pasiënte *vry mediese-dienste* ontvang, baie van hulle nie sekere behandelings, byvoorbeeld AZT, kan *bekostig* nie.

Die *verlies* van werk en die probleem om werk te kry nadat 'n persoon HIV positief gediagnoseer is, is ook deur Stephen (1994:46) gedurende navorsing wat in Zimbabwe gedoen is, bevind. Morrison (1993:321) het bevind dat VIGS met *armoede, werkloosheid, swak behuising, maatskaplike afhanklikheid* en ander sosiale probleme gepaard gaan. Die respondente se waarnemings sluit dus ook by hierdie navorsing aan. Die navorsing wil dit egter duidelik stel dat die indruk nie geskep wil word dat net persone uit 'n *lae sosio-ekonomiese* groep met gepaardgaande probleme vatbaar is vir HIV infeksie of dat dit net hierdie groep is wat VIGS kry nie. Volgens die literatuur blyk dit dat hierdie groep meer aan risiko gedrag deelneem en dus 'n groter moontlikheid het om met HIV geïnfekteer te word. Derdarian (1990:437) bevind ook dat dit veral in die laaste fase van die HIV positiewe pasiënt se lewe is waar daar baie op ander gemeenskapsbronne vir *finansiële* hulp gesteun word. Hierby sluit Anderson (1995:303) aan deur te bewys dat VIGS 'n bedreiging vir enige pasiënt se *finansiële* status is.

Afgesien van *finansies* wat vir verpleegkundiges, sowel as vir pasiënte probleme skep, is tyd om verpleegsorg te lewer vir verpleegkundiges 'n groot probleem. (Ek kan nie altyd daar wees nie.) As gevolg van *ekonomiese* probleme waarin die

meeste dienslewerende gesondheidsdienste hulle bevind, is daar 'n tekort aan verpleegpersoneellede. (Hier is nie genoeg susters nie.) Dit veroorsaak dat minder verpleegkundiges meer pasiënte moet verpleeg en dus nie voldoende *tyd* het om aan 'n pasiënt af te staan nie (Hewitt, 1993:146).

Die meerderheid respondente het aangetoon dat hul te min *tyd* het om per pasiënt af te staan. Vyf respondente het aangetoon dat hulle nie voortdurend by 'n pasiënt kan wees nie. As gevolg van die groot aantal pasiënte en die *tekort* aan verpleegkundiges is laasgenoemdes genoodsaak om gesinslede of gemeenskapslede op te lei om die HIV positiewe pasiënt te versorg. Dit is gestaaf deur stellings soos "die moeder verpleeg haar". Een respondent kon slegs een keer per dag na die verskillende pasiënte gaan, terwyl dieselfde getal graag meer gereeld by pasiënte besoek wou aflê.

Die gebrek aan verpleegkundiges om HIV positiewe pasiënte te verpleeg, word as een van die redes aangetoon waarom so baie pasiënte tans in organisatoriese sisteme, soos 'n hospitaal, versorg word (Dworkin, 1992:668).

5.9 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE ESTETIESE ASPEK

Die sinkern van die estetiese aspek is *skoonheid (mooi-wees)*. Dit is 'n voorreg van die mens om dinge in hul *skoonheid* te waardeer en 'n afkeer in dinge wat *sleg* en *walglik* is te hê (Uys & Mulder, 1992:6). Aangesien siektes en gepaardgaande gevolge die mens se fisieke beeld kan *skaad*, byvoorbeeld dermatologiese toestande en oormatige gewigsverlies deur HIV infektering, word dit as *walglik* beskou. Die navorser het alle aspekte wat die beeld van HIV positiewe pasiënte kan *benadeel* vervolgens gekategoriseer (kyk Tabel 5.10).

Aangesien HIV positiewe pasiënte uiters vatbaar vir *infeksies* is, is dit die taak van verpleegkundiges om toe te sien dat pasiënte, sowel as gesinne, ingelig word om sekere toerusting/apparaat te gebruik om te verseker dat *infeksie* kontrole sover moontlik gehandhaaf word (Libman, 1993:25). Sommige gesinne kan nie alle toerusting vir die pasiënt aankoop nie, en daarom moet hulle improviseer met alledaagse gebruiksartikels om dit vir pasiënte so gerieflik en *veilig* moontlik te maak. Een respondent het byvoorbeeld voorgestel dat 'n emmer vir urinering gebruik word, aangesien die toilet se afstand van die kamer te ver was en die pasiënt stap vermoeiend vind. (As die emmer bietjie in het, gooi hulle dit in die toilet.) Indien pasiënte dit kan bekostig, kan hulle ook van wegdoenbare doeke gebruik maak indien hulle diaree ondervind. Clark (1992:76) het ook wegdoenbare doeke aan haar pasiënte met diaree voorgestel. (Ons vat maar vir hulle weggooi doeke.)

Dit is egter belangrik dat sorgverleners en pasiënte nie net bewus sal wees van toerusting wat *siektes* kan voorkom, of behoeftes aan *gemak* kan bevredig nie, maar hul moet die belang daarvan insien om dit doeltreffend te gebruik. Die belang van *higiëniese* beginsels moet aan die persone verduidelik word (Pratt, 1995:296). (Jy leer die familie om hulle te was.) Dit gebeur ook dikwels dat pasiënte 'n *wond* van een of ander aard het. Die persoon wat wond sorg verleen en die verbindsels hanteer, moet deur verpleegkundiges opgelei word om die versorging so *asepties* as moontlik te doen.

Dit word algemeen aanvaar dat uriene en feses nie HIV infeksie kan oordra nie, maar dit kan wel potensiële patogene dra wat 'n *gevaar* inhou (Pratt, 1995:203). Twee respondente het wel aangetoon dat hulle pasiënte en/of sorggewers ingelig het om bogenoemde uitskeidings versigtig te hanteer en byvoorbeeld eers 'n ontsmettingmiddel daarvoor te strooi of die doeke te verbrand en die as dan te begrawe. Hierdie gebruike geskied dan in areas waar daar nie die gerief van

spoeltoilette is nie en ook nie verbrandingsoonde vir *gevaarlike* afvalstowwe soos byvoorbeeld by 'n hospitaal nie.

TABEL 5.10: Estetiese probleme/behoeftes (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Esteties	Toerusting	Gebruik handskoen of maskers	6
		Verskaf toerusting vir versorging	2
		Gebruik 'n emmer vir urinering	1
		Gebruik doeke	5
		Gebruik 'n voorskoot	4
	Voorligting	Leer hulle higiëniese beginsels	9
		Moenie jouself krap nie	1
		Gooi ontsmettingsmiddels oor uit-skeidings	2
		Verbrand doeke	2
		Gebruik omgekeerde infeksie beheer	4
		Maak beskermingstoerusting uit alle-daagse gebruiksartikels	6
		Vorbereiding van voedsel	5
		Onmiddellike aanmelding van infeksie	6
		Onderrig in verband met wondver-sorging	4
	Metodes van ont-smetting	Strooi kalk/Jik/kookwater oor	7
	Selfsorg	Pasiënt moet self sy wond versorg	2
		Die vrou moet nog haar gesin versorg	1
		Ons doen nie volwas nie	2
		Gee voorligting aan hulle om hulself te versorg	1
	Verpleging	Doen mondtoilet	4
Gereelde volwasse word gegee		3	
Versorg drukserre		2	

Toerusting wat van alledaagse gebruiksartikels gemaak kan word, is byvoorbeeld 'n voorskoot van 'n groot plastiese sak. Die voorskoot dien as *beskerming* van klere en ook om pasiënte teen moontlike infeksies te beskerm. Handskoene kan vervang

word deur plastiese inkopiesakke oor die hande te trek en dit dan met 'n rekkie of toutjie om die polse vas te bind. Geen literatuurkontrole kon gevind word waar beskermingstoerusting uit alledaagse gebruiksartikels gemaak is nie.

Persone wat sorg verleen, moet voorligting ontvang dat hulle nooit met kaal hande aan wonde en liggaamsvloei-stowwe mag raak nie. Hierdie maatreël is van toepassing om HIV oordraging te voorkom (Van Dyk, 1993:50). 'n Gewone plastiese bottel kan aangepas word om as 'n urinaal vir die bedlêende pasiënt te dien.

Voedsel voorbereiding kan vir pasiënte *gevaarlik* wees as die voedsel organismes bevat, soos byvoorbeeld groente wat nie afgewas is nie. Eiers kan ook soms *gevaarlike* organismes op die doppe huisves. HIV positiewe persone moet dus voedsel nuttig wat gekook is. Rou groente en vrugte wat goed afgewas en geskil is of ingelegde voedsel kan gebruik word (Carr, 1991:45).

Metodes wat vir *ontsmetting* deur respondente gebruik is, is kookwater, huishoudelike bleikmiddel of gebluste kalk wat oor gestorte liggaamsvloei-stof gegooi word. (Gooi enige iets op met hipochloride.) Vloeroppervlaktes bied 'n probleem ten opsigte van ontsmetting as gevolg van die feit dat baie huise waar pasiënte verpleeg word 'n grond- of kleivloer het.

Indien goedere vir HIV positiewe pasiënte *gesteriliseer* moet word, kan die toerusting vir vyf minute teen 100°C gekook word. Huishoudelike oppervlakte kan skoongemaak word met 'n oplossing van een deel bleikmiddel tot tien dele water. Bloed en ander liggaamsvloei-stowwe wat gestort het, kan met 'n sterker oplossing van natriumhipochloried opgeruim word (Pratt, 1995:205). Die ontsmettingsmiddel word vir twee minute op die oppervlakte gelaat en daarna opgeruim.

Infeksie kontrole maatreëls is nooit absoluut suksesvol nie. HIV positiewe pasiënte en/of diegene wat na hul omsien moet 'n deeglike opleiding in die identifisering van tekens en simptome van *infeksie* ontvang. Verpleegkundiges moet dit duidelik stel dat indien enige tekens en simptome van infeksie waargeneem word, hoe gering ook al, dit dadelik aan 'n professionele persoon gerapporteer moet word (Van Dyk, 1993:50).

Aangesien die meeste HIV positiewe persone tuis verpleeg of versorg word, is dit belangrik om toe te laat dat die pasiënte solank as moontlik hulle eie versorging waarneem. (Die pasiënt moet alles vir homself doen, tot sy eie wond.) Twee respondente het selfs hul pasiënte geleer om hulle eie *wonde* te doen. Respondente het gevoel dat vrouens byvoorbeeld toegelaat moet word om nog steeds hul pligte as vrou in die huis waar te neem. Indien pasiënte hulself voldoende *higiënies* kon versorg, is geen hulp verleen nie. Sommige respondente doen geen volwasse nie. Indien 'n pasiënt nie daartoe instaat is nie, word die gesin geleer hoe om 'n volwas te doen. Voorligting in verband met *selfsorg* is gegee, maar pasiënte moes so lank as moontlik selfversorgend optree. Sims & Moss (1995:123) het bevind dat verpleegkundiges steeds behoeftes by pasiënte kan identifiseer, maar indien pasiënte toegelaat word om selfversorgend op te tree, hulle langer *gesond* bly. Dit spruit moontlik uit psigiese faktore waar pasiënte voel dat hul nog tot iets instaat is.

Dit is egter nie moontlik dat pasiënte in hul terminale fase selfversorgend kan optree nie, en moet daar wel op 'n stadium van die siekteverloop hulp aan pasiënte verleen word om die pasiënt se *skoonheid* te bevorder. (As die pasiënt nou nie kan nie en die familie weet nie, dan gaan doen ek die volwas.) Hulp wat verleen word het veral op *higiëniese* aspekte van die pasiënte betrekking, byvoorbeeld *mondtoilet*. 'n Derde van die respondente doen wel *volwasse* as pasiënte of hulle familie-lede dit nie kan doen nie. Dit is wel nie altyd verpleegkundiges wat hierdie hulp verleen nie, maar gesins- of gemeenskapslede wat deur verpleegkundiges

opgelei is. Die vorm van hulp is gewoonlik ten opsigte van *higiëne* en *wondversorging*, byvoorbeeld versorging van *druksere* (Lachman, 1991:133; Van Dyk, 1993:64-88; Pratt, 1995:232).

5.10 PROBLEME/BEHOEFTES TEN OPSIGTE VAN DIE JURIDIESE ASPEK

Reg is nie net 'n verskynsel wat in die strafreg voorkom nie. Volgens Strauss (1978:22) is dit belangrik dat *reg* aan almal moet geskied. As gevolg van die sinkern van die *juridiese aspek*, naamlik *regverdigheid*, het HIV positiewe pasiënte ook die *reg* om deur die gemeenskap aanvaar te word en kan *verwerping* van laasgenoemde as botsende belange beskou word.

TABEL 5.11: Probleme/behoefte ten opsigte van die juridiese aspek (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Juridies	Familie/gesin	Pasiënt gee nie om as hul gesin weet nie, maar nie ander vriende nie	3
		Die familie voel minderwaardig/bedreig as ander mense weet	7
	Bekendmaking/ openbaarmaking deur familie	As die moeder weet, weet almal	2
		Die hele familie weet	4
		Ondervind geen probleme waar familie ingelig is nie	2
	Skaam	Die pasiënt is skaam	2
		Behou anonimiteit	3
		Skaam vir dié vir wie hulle lief is	3
	Inligting word weerhou	Almal weet behalwe die verpleegkundige	7

Net soos HIV positiewe pasiënte aanspraak kan maak op die *reg* om *aanvaar* te word, kan hulle ook besluit of hulle ander persone omtrent hulle HIV status wil

inlig al dan nie. Hierdie reg meng egter in met ander persone se reg op beskerming, byvoorbeeld 'n huweliksmaat se reg. Indien die gesin nie ingelig word nie, is ondersteuning deur hulle onmoontlik.

Drie respondente het gevind dat pasiënte nie omgee indien hul gesinne weet wat hul HIV status is nie. (Die broers weet almal, maar die vriende mag nie weet nie.) Ander vriende mag egter nie van hulle HIV positiwiteit ingelig word nie. Sewe respondente het bevind dat gesinne *gestigmatiseerd* voel indien ander persone van die gesinslid se HIV positiewe status bewus is. Dit is bewys deur aanhalings soos: "Die familie voel minderwaardig as ander mense weet". In hierdie situasie het die gesin hulp nodig om hul vooroordele en vrese te verwerk en te oorkom sodat maksimum steun aan pasiënte gegee kan word (Christie, 1989).

Dit is nie net gesinne/families wat skaam/verleë vir HIV positiewe pasiënte is nie, maar pasiënte is ook vir hulself skaam. Dit word dikwels gevind dat hul skuldgevoelens ontwikkel teenoor die persone wat die naaste aan hulle is en dus is dit vir hul moeilik of byna ontmoontlik om hul HIV positiwiteit aan hul geliefdes bekend te maak. Hierdie persone besit ook dikwels onvoldoende inligting aangaande HIV/VIGS en weens wanopvattinge oor die siekte onttrek hul hulself sosiaal en van hul geliefdes (Macintyre & Tueller, 1988:232).

Afgesien van die feit dat dit pasiënte se *reg* is om *anoniem* te bly, vergemaklik dit tog verpleegkundiges se taak tot verlening van verpleegsorg as gesinslede bewus is van persone se HIV positiwiteit (Van Dyk, 1993:64). Gesinslede kan dan opgelei word om sekere take vir pasiënte uit te voer en sodoende verlig hulle die taak van die verpleegkundige. Die volgende aanhalings van 'n respondent staaf ook hierdie feit: "Ek ondervind geen *probleme* waar die familie weet nie" en "Die hele familie weet hy is positief". Twee van die respondente was van mening dat indien die moeder omtrent haar kind se HIV status ingelig word, sy die res van die familie *sonder toestemming* inlig. In 'n studie wat Heimann (1994:11) in Afrika geloods

het, is gevind dat wanneer *anonimiteit* oorboord gegooi word, *stigmatisering* drasties afneem. Dit het meebring dat daar 'n beduidende toename in begrip en sorglewering deur die gemeenskaps- en gesinslede aan HIV positiewe pasiënte is.

Verpleegkundiges vind dit uiters *frustrerend* indien ander lede van die multidisiplinêre gesondheidspan bewus is van HIV positiewe pasiënte, maar nie die verpleegkundiges verwittig sodat hulle ook hulle rolle in die span kan vervul nie. Dit is uiters noodsaaklik dat verpleegkundiges ingelig word indien 'n persoon waaraan hul sorg kan lewer HIV positief is. Die verpleegsorg wat hul aan hierdie persoon kan verleen, kan infeksies en opportunistiese siekte voorkom en sodoende die lewensduur en -kwaliteit van die persone verleng (Van Dyk, 1993:88). Effektiewe verpleegsorg verhoog ook verpleegkundiges se werksbevreiding.

5.11 ETIESE PROBLEME/BEHOEFTES

Die sinkern van die *etiese aspek* is *liefde*. *Etiese* aspekte omsluit alle teenstellings in die kontinuum tussen *liefde* en *haat*. Dit vervat verskillende morele-trou relasies, byvoorbeeld allerintiemste liefdesrealisies tussen twee persone tot etiese trou (Strauss, 1978:23). *Liefde* dui egter nie net op sentimentele, gevoelsbetrokkenheid nie. Dit is ook 'n gesindheid van *persoonsrespek*, *lojaliteit* en *onselfsugtigheid*. Wanneer na *liefde* verwys word, moet pasiënte in *totaliteit* gesien word. Dit sluit ook sy *naaste* in (Uys & Smit, 1985:10). Die mens het 'n unieke status en posisie in die kosmos. Alle handeling wat hierdie unieke posisie van die mens raak, is etiese handeling wat sy status, aksie, roeping, beskerming, wese en toerusting raak (kyk Tabel 5.12).

Hierdie aspek sluit die *liefdevolle versorging* deur gesinslede aan pasiënte, in. Die navorser bevind dat vyf van die respondente daarop gedui het dat die gesin op een of ander wyse by pasiënte betrek moet word, hetsy *fisieke versorging* of *geestelike ondersteuning*. Volgens Nkowane (1993:17) is die *versorging* en *verpleging*

van HIV positiewe pasiënte 'n geweldige uitdaging vir die gesin. Dit blyk ook uit die literatuur dat pasiënte na ontslag uit die hospitaal wel op 'n stadium tuis deur hulle gesinne *versorg* word (American Nurses' Association, 1986). Om effektiewe *sorg* aan pasiënte te lewer, moet gesinne emosionele, psigologiese en sosio-ekonomiese *ondersteuning* aan HIV positiewe pasiënte lewer (Jacobsen & Vesti, 1989:78).

Dit is die taak van verpleegkundiges om gesinne op te *lei* om enige verandering in pasiënte se toestand waar te neem en onmiddellik te rapporteer. (Ons leer vir hulle wanneer om ons te laat kom, soos nou met koors of so iets.) Hierdeur openbaar versorgers die *etiese* aspek deur *respek* aan die pasiënt te betoon. Die gesin en pasiënt moet *geleer* word hoe om simptome te kontroleer. Hier is die gesin genoodsaak om op hul eie oordeel staat te maak. Die verpleegkundige moet slegs die gesin inlig in verband met simptome en hul gevolge (McMurray, 1993:128).

Drie persent respondente het die hele gesin *beraad*. Sommige van hulle het selfs gevoel dat hulle meer *berading* met die gesin voer as met pasiënte omdat "die pasiënt dit aanvaar, maar die gesin nie". Dit is belangrik dat die gesin *berading* sal ontvang sodat hulle hul eie vrese en *oordele* kan verwerk (Van Dyk, 1993:81). Nadat die pasiënt aanvaar is, kan die verpleegkundige *leiding* gee in die fisieke en emosionele *ondersteuning* van die pasiënt. Hierdeur kan gesinne hulle *liefde* teenoor pasiënte betoon. Die meerderheid van respondente het geverbaliseer dat gesinne HIV positiewe pasiënte as *mens moet sien*. Aangesien hierdie pasiënte dikwels nie die steun van die gesin ontvang soos wat die geval sou wees met ander siektetoestande nie, moet verpleegkundiges veral met *berading* van die gesin klem op die aanvaarding van die HIV positiewe pasiënte lê (Derdiarian, 1990:440)

Die stigma wat aan VIGS kleef, stigmatiseer nie net die pasiënt nie, maar ook die gesin. VIGS word met lewenstyle wat sosiaal onaanvaarbaar is, geassosieer. Dit bring mee dat gesinne unieke probleme moet hanteer en daarom besluit om nie

pasiënte se HIV status bekend te maak nie (Chekryn, 1989:31). Dit plaas verder druk op gesinne wat HIV positiewe pasiënte moet *versorg* en/of *ondersteun* (Leininger, 1988:158). Die navorser het egter gevind dat slegs een respondent probleme ondervind het waar die gesin die pasiënt *verwerp* het.

TABEL 5.12: Etiese probleme/behoeftes (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTES				
Kategorie	Groepe	Temas	f	
Eties	Betrek die gesin by... pasiënt	Betrek die hele gesin	5	
		Ek beraad die hele gesin	3	
		Die gesin moet die pasiënt as mens sien	7	
		Toesien dat gesin pasiënt aanvaar	6	
	Verwerping		Gesin voel pasiënt stigmatiseer hulle	2
			Gesin verwerp die pasiënt	1
	Selfstandig		Pasiënt moet selfstandig/onafhanklik optree	9
			Pasiënt moet so lank as moontlik self-versorgend optree	7
	Kommunikasie		Lief vir ouers, maar ouers onbewus van HIV status	2
	Trots		Hy beteken iets vir ander	4
			Behandel hom menswaardig	9
			Laat hom belangrik voel	2
	Ondersteunend		Verpleeg hom soos enige ander pasiënt	9
			Behou pasiënt se menswaardigheid	6
			Laat hom belangrik voel	5
	Aanvaarding		Aanvaar hulle	8
			Moenie oordeel nie	8
			Motiveer gesin om pasiënt te aanvaar	7
			Verpleeg hulle in algemene sale	2
			Hy is nog 'n mens	7
Hy kan soos ons leef			2	
Beperkings		Ons mag nie tuisversorging doen nie	1	
Vertroue		Pasiënte vertrou my	3	

Dit was vir alle respondente belangrik dat pasiënte toegelaat sal word om *onafhanklik* op te tree en toegelaat sal word om take vir hulself so lank as moontlik uit te voer. Verpleegkundges sien dit as *eties* belangrik om nie die pasiënt te

ontneem van dit wat hulle nog self kan verrig nie. (Sy moet nog steeds haar dingetjies vir die gesin doen.) Deur pasiënte tot selfstandigheid en onafhanklikheid toe te laat, beleef hulle dat hulle nog iets beteken en nie net "iets" is wat deur ander *versorg* moet word nie. Nicholson & Lang (1990:875) het gevind dat hierdie aksie pasiënte se selfbeeld positief bevorder en dit het op sy beurt weer 'n positiewe korrelasie met die gemoedstoestand van pasiënte gevorm. Die gevolg hiervan was dat pasiënte met groter sukses van hul hanteringsmeganismes gebruik gemaak het om hulle probleme te verwerk.

Die *etiese* aspek kom weer na vore indien daar nie 'n oop *verhouding* tussen gesinslede en pasiënte is nie. (Hulle kom oor die weg met die ouers, maar die ouers weet nie.) Dit dui dat die *vertrouensverhoudinge* in hierdie vorme van *etiese* trou nie teenwoordig is nie (Strauss, 1978:23).

Kommunikasie tussen die gesin as versorger en pasiënte is dikwels nie oop nie. Sommige pasiënte verkies om nie hul HIV status aan die gesin/familie *bekend* te maak nie. Dit skep versorgingsprobleme vir verpleegkundiges. Een van die respondente het dit as volg opgesom: "Ek ondervind nie probleme as die familie *bewus* is van die pasiënt nie, maar daar waar die pasiënt nog nie die familie ingelig het nie, daar ondervind ek probleme". Dworkin (1992:670) is dit eens met verpleegkundiges dat dilemmas soos *konfidensialiteit* hulpverleners se taak bemoeilik. In die geval waar pasiënte besluit om *anoniem* te bly, kan dit hulle stresvlakke verhoog met 'n negatiewe invloed op die immuunsisteem (Pratt, 1995:61). Aangesien daar ook 'n tekort aan verpleegkundiges bestaan wat verkies om HIV positiewe pasiënte te verpleeg, verhoog *anonimiteit* die las op hierdie persone aangesien hul gesinne nie by hul *versorging* betrek kan word nie.

Dit is belangrik om HIV positiewe persone *menswaardig* te *behandel*. (Behandel hom soos enige ander pasiënt.) Indien die pasiënte nog vir ander persone iets kan doen of beteken, verhoog dit hul selfwaarde. Dit help ook om die "VIGS stigma"

se negatiewe invloed op die selfbeeld teen te werk. Pasiënte moet ingelig word dat 'n lae selfbeeld hul doel in die lewe, lewensideale en kommunikasie met ander persone kan laat misluk. Hulle kan weer in beheer van hul lewens kom deur selfhandhawingstegnieke aan te leer, of bestaande tegnieke te versterk (Gettrust & Brabec, 1992:476). Hulp moet aan hierdie persone verleen word om 'n aktiewe lid van die gesin, sowel as die gemeenskap, te bly (Van Dyk, 1993:64).

Volgens Heiman (1994:14) beleef HIV positiewe pasiënte *verwerping* deur die gemeenskap sowel as deur gesondheidswerkers. Geen verpleegkundige mag op *etiese* gronde weier om HIV positiewe pasiënte te verpleeg nie (Van Dyk, 1993:86). *Verwerping* van hierdie pasiënte is dus *nie-eties*. Agt respondente was dit eens dat dit belangrik is om HIV positiewe pasiënte te *aanvaar* en nie *veroordelend* teenoor hulle op te tree en hulle te *verwerp* nie. Sewe respondente het selfs gesinne gemotiveer om pasiënte te *aanvaar*. Twee respondente het aangedui dat hulle HIV positiewe pasiënte soos enige ander pasiënte behandel en het pasiënte selfs tussen ander pasiënte in algemene hospitaalsale verpleeg. Die meerderheid respondente het HIV positiewe pasiënte as "nog 'n mens" beskryf. Hulle het aangedui dat pasiënte ook soos hulle kan lewe. Dit is dus noodsaaklik dat verpleegkundiges 'n *nie-veroordelende* houding en konsep by die gesin moet tuisbring. Die verpleegkundige moet in hierdie stadium baie aandag aan die gesinsdinamika gee (Johnson, 1991:50). Verpleegkundiges is in 'n posisie om *sorg te lewer* wat *respek* en *waardigheid* aan pasiënte verleen en kan op hierdie wyse weer *respek* vir pasiënte by die gemeenskap en gesinslede afdwing (Hewitt, 1993:144).

Deur hierdie navorsing is bevind dat daar wel gemeenskapsdienste bestaan wat nie toegelaat word om tuissorg aan HIV positiewe persone te lewer nie. (Ons Raad laat ons nie toe om tuissorg te doen nie.) Dit plaas 'n geweldige stremming op die verpleegsorg wat aan hierdie persone verleen kan word. Dit bring noodwendig mee

dat verpleegsorg deur die gesin nie geïmplementeer kan word nie (McMurray, 1993:139). Lewering van slegs 'n gedeelte van verpleegsorgdienste is *oneties*.

Vertroue is een van die belangrikste komponente van die *etiese* aspek. Hierdie aspek dui nie net op teenstrydigheid tussen *liefde* en *haat* nie, maar ook "morele verhoudinge betreffende relasies van trou wat in 'n ryke verskeidenheid van tussenmenslike situasies vorm kan aanneem" (Strauss, 1978:22).

Drie respondente was dit eens dat pasiënte hulle *vertrou*. Hierdie eienskap word deur Van Dyk (1993:64) as baie belangrik beskou. Volgens hierdie outeur kan daar geen *verhouding* tussen 'n HIV positiewe pasiënt en 'n verpleegkundige bestaan as hul *verhouding* nie op *vertroue* gebaseer is nie. Die navorser het gevind dat wanneer 'n persoon HIV positief gediagnoseer word, hulle nie weet wie hul kan *vertrou* nie. Dit mag moontlik spruit uit die feit dat VIGS 'n sosiaal onaanvaarbare siekte is en dat pasiënte *stigmatisering* vrees. Aangesien VIGS 'n redelike "nuwe", terminale, oordraagbare siekte is, is min domeinkundiges beskikbaar om *vertroue* by pasiënte in te boesem (Chekryn, 1989:30). Die *etiese* aspek kom weer na vore as die verpleegkundige *vertroue* opbou en pasiënte sodoende help.

As gevolg van die feit dat pasiënte vrees om ander te *vertrou*, bly hul *anoniem* in verband met hul HIV positiewe uitslag. Hulle beleef ook dat die gemeenskap dit nie werklik teen die siekte, VIGS, het nie maar wel teen die manier wat pasiënte HIV infeksie opgedoen het (Dunbar, *et al.* 1992:180). Dikwels word gesondheidspersoneel deur pasiënte versoek om nie hul gesinne in verband met hulle HIV positiwiteit in te lig nie en regtens is verpleegkundiges ook nie by magte om so 'n stap te doen nie (Van Dyk, 1993:64). Dunbar & Rehm (1992:181) het verder gevind dat sommige pasiënte wel hul naasbestandes sal inlig dat hul HIV positief is, maar die ware roete/bron van infeksie sal *versin* word.

Een respondent het beweer dat die gemeenskap baie nuuskierig is en dus graag wil sien hoe 'n VIGS pasiënt lyk. Die navorser kon egter geen staving van hierdie bewering in die literatuur vind nie. Die teendeel is wel beskryf waar gemeenskapslede eerder pasiënte sal *verwerp* uit vrees vir kontaminasie as om pasiënte uit nuuskierigheid aan te staar (Quill & Townsend, 1991:463). Die navorser het uit praktyk ondervinding gevind dat die gemeenskap wel nuuskierigheid ten opsigte van VIGS en die fisieke simptome toon.

Moontlik omdat HIV positiewe persone geregtig is om *anoniem* te bly, word die gesondheidspanlede nie ingelig dat 'n pasiënt wel HIV positief is nie. Respondente ondervind dat 'n HIV positiewe pasiënt gediagnoseer sal word sonder om enige lid van die gesondheidspan in te lig. Sodoende word ook versuim om reëlins vir *ondersteuning* en/of *versorging* te tref. Dit gebeur selfs in hospitale dat alle verpleegkundiges wat hierdie pasiënte verpleeg nie bewus is van HIV positiewe pasiënte nie. Hierdeur kan die pasiënte dus onnodig aan sekere vorms van infeksie blootgestel word. Pratt (1995:293) beveel sterk aan dat daar goeie *kommunikasie* tussen verskillende instansies, wat sorg en *ondersteuning* aan HIV positiewe pasiënte verleen, moet wees. Gedurige gesprekvoering tussen die instansies moet plaasvind. So moet die gemeenskapsverpleegkundiges byvoorbeeld die hospitaal in kennis stel indien pasiënte opgeneem moet word. Hospitaalverpleegkundiges moet weer op hulle beurt die gemeenskapsverpleegkundiges in kennis stel wanneer pasiënte ontslaan sal word, sodat die gemeenskapsverpleegkundiges die pasiënte kan *besoek* en ontslag reëlins getref kan word.

5.12 PROBLEME/BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN GELOOF

Die sinkern van hierdie aspek is *vastigheid van vertrouwe* (sekerheid). Alle vorms van *geloof* is nie ekwiwalent aan *saligheidsgeloof* nie (Strauss, 1978:23). Die *geloofsfunksie* is egter *religieus* en kan as 'n bewys van die onsigbare beskou word.

TABEL 5.13: Probleme/behoefte ten opsigte van geloof (N=9)

PROBLEME/BEHOEFTE			
Kategorie	Groepe	Temas	f
Geloof	Behoefte aan God se Woord	Vra om met predikant te praat	2
		Kry leraars, ouderlinge of pastorale sielkundige om met hulle te praat of verwys hulle na 'n dominee	9
		Daar moet 'n dominee betrokke wees	6
		Hulle ondersteuning is voeding vir die siel	2
		Kry toestemming om predikant te betrek	4
		Ons mag nie oordeel nie	9
		Bid as ondersteuning	Predikante bid saam met hulle
	Straf	Dit is die wil van die Here	4
		Hy voel dit is 'n straf	1
	Opstandigheid	Stry met die Here	5
	Vergifenis	Die Here sal hom langer laat lewe	7
	Aanvaarding	Sy wil haar lewe regkry	1
	Geloof/vertroue in tradisionele geneeshere	Inyanga het hulle voete genees	1
		Sangoma verskaf heilige water	4
		Hulle besoek die sangoma	4
Sangoma kan hulle genees		4	

Uit die navorsing het dit duidelik geblyk dat *godsdienst* wel 'n belangrike rol in die lewe van HIV positiewe pasiënte speel. Twee respondente het aangetoon dat pasiënte gevra het om met *predikante* te praat, terwyl alle respondente 'n *bedienaar van die Goddelike Woord* na hulle pasiënte verwys het. Die belang van ondersteuning aan pasiënte deur so 'n persoon is deur ses respondente uitgewys. Twee respondente het hierdie ondersteuning as "voeding vir die *siel*" beskryf. Voordat *predikante* by ondersteuning betrek is, is toestemming van pasiënte eers verkry. Volgens Hall (1994:283) is die rol wat 'n *geestelike werker* ten opsigte van HIV positiewe pasiënte speel, van onskatbare waarde. Hierdie persone gee pasiënte weer nuwe *hoop, sin* in die lewe en help hulle om deur die *rouproses* te werk.

In die lig van *godsdienst* het alle respondente aangedui dat hulle nie HIV positiewe pasiënte mag *veroordeel* nie.

Predikante wat saam met pasiënte *bid*, is as 'n vorm van ondersteuning deur vier respondente aan pasiënte gesien. Herth (1990:1256) beklemtoon ook die belang van bediening van godsdienst aan HIV positiewe pasiënte as bron van ondersteuning.

Vier respondente het bevind dat pasiënte hulle HIV positiwiteit as die wil van *God* beleef. Een pasiënt het selfs gesê: "*God* straf my". Hierdie reaksies is ook met navorsing, soos gedoen deur McConochie (1994:36), bewys.

Opstandigheid teenoor *God* is deur vyf respondente by HIV positiewe pasiënte waargeneem. Die respondente het dit beleef dat pasiënte met *God* stry. Volgens Burnard (1993:1781) toon pasiënte dikwels opstandige of aggresiewe gedrag teenoor *God*.

Geloof dat *God* pasiënte langer sal laat leef, is deur sewe respondente waargeneem. Dit kan 'n vorm van onderhandeling tussen pasiënte en *God* volgens die rouproses wees (Kübler-Ross, 1975). Soos reeds bespreek is verskeie fases van die rouproses deur respondente waargeneem. Aanvaarding van die siekte en die naderende dood is deur een respondent bevind. Die pasiënt het aan die respondent verduidelik dat sy haar lewe wil "regkry".

'n Groot aantal respondente het aangetoon dat pasiënte in tradisionele geneeshere *glo*. Een respondent het aangedui dat pasiënte *glo* dat die inyanga "pasiënte se voete gesond gemaak het". Vier respondente het die volgende aanhalings van pasiënte gegee "die sangoma verskaf heilige water", "die sangoma kan my genees". Hierdie respondente het aangedui dat pasiënte sangomas besoek omdat hulle *glo* die heilige water en ander behandeling deur sangomas kan VIGS genees.

Geen literatuurkontrolle ten opsigte van die *geloof* aspek en die rol wat tradisionele geneeshere ten opsigte daarvan speel kon deur die navorser gevind word nie.

5.13 SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS

Tabel 5.14 bespreek die hoogste respons insidensie. Algemene probleme wat deur verpleegkundiges waargeneem of ondervind is, word in hierdie tabel uitgewys. Indien die verpleegsorgmodel toegepas word, moet daar veral op hierdie insidente gelet word (kyk Tabel 5.14).

'n Biotiese probleem wat deur alle respondente by pasiënte waargeneem is, was diaree. Omdat baie pasiënte in 'n informele behuisingskema woon, bied diaree groot probleme ten opsigte van pasiënte se higiëne.

Alle respondente was dit eens dat HIV positiewe pasiënte wel kondome moet gebruik indien hulle seksueel aktief is. Sodoende kan pasiënte hulself teen herinfektering, sowel as hul seksmaats teen HIV infektering, beskerm.

Die meerderheid respondente het ook fases van die rouproses naamlik, skok, ontkenning, frustrasie en depressie waargeneem. Alle respondente het in bogenoemde gevalle ondersteuning aan die pasiënte gelever. Hierdie ondersteuning is op verskeie wyses gedoen, byvoorbeeld om na die pasiënt se verbalisering van probleme te luister. Pasiënte is ook na ander lede van die multidissiplinêre gesondheidspan verwys.

Verpleegkundige respondente het nie net psigiese probleme by pasiënte waargeneem nie, maar ook self psigiese probleme ondervind. Agt respondente het vrees om HIV positiewe pasiënte te verpleeg, ondervind. Hierdie reaksie was die

gevolg daarvan dat respondente hul kennis in verband met HIV/VIGS as gebrekkig beleef het.

TABEL 5.14: Hoogste respons insidensie

PROBLEME/BEHOEFTES		
Kategorie	Groepe	f
Bioties	Diaree	9
	Moedig gebruik van kondome aan	9
Psigies	Skok	8
	Ontkenning	9
	Frustrasie	8
	Depressie	8
	Lewer emosionele ondersteuning	9
	Verwys pasiënt	9
	Vrees	8
	Onvoldoende kennis van VIGS	8
Logies	Verwys pasiënte	9
Ekonomies	Versorging is duur	8
Esteties	Leer higiëniese beginsels	9
Eties	Behandel pasiënte menswaardig	9
	Behandel pasiënte soos enige ander pasiënt	9
Geloof	Verwys hulle na leraar, ouderling, dominee	9
	Mag nie oordeel	9

Agt respondente het aangedui dat die versorging van HIV positiewe pasiënte baie duur is.

Al nege respondente het hul pasiënte geleer om higiëniese beginsels toe te pas.

Dit was vir verpleegkundige respondente belangrik om hierdie pasiënte menswaardig te behandel en te -verpleeg. Hulle was dit eens dat HIV positiewe pasiënte net soos enige ander pasiënt behandel moes word.

Die geloofsaspek het duidelik by alle respondente na vore gekom. Alle respondente het aangedui dat HIV positiewe pasiënte nie veroordeel mag word nie. Hierdie pasiënte is ook na geloofskundiges verwys.

Verpleegkundiges kon dus verskeie probleme/behoefte by hulself en HIV positiewe pasiënte identifiseer. Leemtes ten opsigte van hulle kennis in verband met VIGS en HIV infektering het baie struikelblokke in die lewering van verpleegsorg veroorsaak.

HOOFSTUK 6

Die Verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte

6.1 INLEIDING

In die voorafgaande twee hoofstukke is die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte, soos vanuit in-diepte onderhoude vasgestel, weergegee. Hierdie bevindinge is met literatuur gekontroleer en aangewend vir die samestelling van die verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte.

Die model is aan nege domeinkundiges vir evaluering voorgelê (kyk Bylaag F).

6.2 RASIONAAL VIR DIE ONTWERP VAN DIE VERPLEEG-SORGMODEL VIR HIV POSITIEWE PASIËNTE

Die navorser het gepoog om 'n middel-reeks teoretiese model van verpleegsorg vir HIV positiewe pasiënte daar te stel wat deur verpleegkundiges en navorsers gebruik kan word om behoeftes te beraam, verpleegsorg te beplan, te implementeer en te evalueer. Hierdie model kan dus in die kliniese verpleegkundige praktyk gebruik word om effektiewe, kwaliteit verpleegsorg aan HIV positiewe pasiënte te gee, om werksbevrediging van verpleegkundiges te verhoog, sowel as om navorsing te rig.

6.2.1 Middel-reeks teoretiese model

Die middel-reeks teoretiese model ("*middle-range theory*") soos deur dié navorser ontwikkel is 'n preteoretiese model. Volgens Walker en Avant (1988:22) kan

hierdie tipe model as 'n preteoretiese model ontwerp word, wat tot die ontwikkeling van 'n teorie kan lei.

'n Middel-reeks teoretiese model het 'n meer beperkte omvang as 'n grand teoretiese model, maar 'n breër fokus as die mikro teoretiese model. Die bestek van hierdie model is nie so omvattend dat dit relatief nutteloos vir opsommende/groepvormende konsepte is nie, maar ook nie so eng dat dit nie betekenisvolle verklarings vir komplekse lewenssituasies kan bied nie (Marriner-Tomey, 1989:5).

Volgens Woods & Catanzaro (1988:20) is die middel-reeks model meer toetsbaar as die grand model. Walker & Avant (1988:10) beveel ontwikkeling van die middel-reeks teoretiese model teenoor ontwikkeling van die grand teoretiese model aan omdat laasgenoemde moeilik toetsbaar is. Middel-reeks modelle besit wel sekere konseptuele doelmatigheid soos gevind by grand modelle, maar voorsien ook in spesifiteit wat nodig is vir betekenisvolheid van navorsing en praktyk (Walker, *et al.* 1988:11).

Die middel-reeks teoretiese modelontwerp is in hierdie navorsing gebruik omdat dit praktykgerigte navorsing is en die toetsbaarheid daarvan uiters relevant en essensieel is.

6.2.2 Proses van modelontwerp

'n Middel-reeks teoretiese modelontwerp is vir die doel van hierdie navorsing gebruik en die ontwerp daarvan sal vervolgens bespreek word.

Volgens Kim (1983:132) bestaan die ontwikkeling van 'n middel-reeks teoretiese model uit vyf stappe, naamlik:

1. *Persepsie* - die proses waardeur inligting in verband met die situasie ingewin word.
2. *Kommunikasie* - die proses waardeur alle partye wat betrokke is, inligting uitruil en verwerk.
3. *Onderhandeling* - die proses waardeur waardes, norms en behoeftes geanaliseer word.
4. *Rol* - die proses om die aard van die verhouding en kommunikasie te identifiseer.
5. *Stressor* - die proses van aksie.

Teoretiese verduidelikings van die fenomene van verpleegkundige aksies, kan verskeie analitiese vorme aanneem.

Verhoudings tussen die onderskeie stappe soos hierbo aangedui, is hiërargies deurdat die *perseptuele* prosesse *kommunikasie* vooraf gaan. *Persepsie* en *kommunikasie* beïnvloed handelinge, byvoorbeeld die implementering van die verpleegsorgproses. Terselfdertyd beïnvloed die stappe van *rol* en *stressor* alle ander aspekte van interaksies/wisselwerking.

Aangesien die navorser slegs verpleegsorgbehoefte ten opsigte van een siektetoestand naamlik, HIV infektering, nagevors het, is die bogenoemde teoretiese modelontwerp geskik vir hierdie navorsing. Die bestek van die middel-reeks model is nie so groot dat die navorser nie konsepte kon identifiseer nie, maar laat nogtans ruimte vir betekenisvolle verklaring van die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte.

Hierdie model kan in die praktyk getoets word, aangesien middel-reeks teoretiese modelle meer geredelik in die praktyk toetsbaar is as grand teoretiese modelle. Die model, soos ontwikkel uit hierdie navorsing, voorsien in spesifiteit, naamlik verpleegsorg, wat nodig is vir die betekenisvolheid van navorsing en die praktyk.

Verpleegkundiges speel 'n belangrike rol in hierdie model. Hulle voer aksies uit, naamlik verpleging van HIV positiewe pasiënte en wel met 'n holistiese benadering. Daar ontstaan ook reaksies wanneer verpleegkundiges probleme identifiseer en daarna verpleegsorg implementeer. Tydens hierdie proses ontstaan ook interaksie tussen verpleegkundiges en HIV positiewe pasiënte. Die verpleegkundige se rol as een van aksie, reaksie en interaksie, word duidelik in hierdie model uitgebeeld.

Die vyf stappe waaruit die middel-reeks teoretiese modelontwerp bestaan, soos deur Kim (1983:132) beskryf, is ook in die modelontwerp toegepas. Dit het as volg geskied:

- *Persepsie*: Deur empiriese en literatuur navorsing is inligting verkry.
- *Kommunikasie*: Dit het plaasgevind tydens in-diepte onderhoude met respondente. Inligting wat hierdeur verkry is, is getranskribeer en geanaliseer (verwerk) en daarna vir verifiëring weer aan die respondente beskikbaar gestel.
- *Onderhandeling*: Verpleegsorgbehoefte is volgens die filosofiese begroning van die navorser gekategoriseer en geïdentifiseer (Kyk hoofstukke 4 en 5).
- *Rol*: Interaksie sowel as differensiasie bestaan tussen verskeie bronne in die model. Verpleegkundiges tree interaktief tot alle bronne op. Indien bronne bestaan wat meer gespesialiseerde diens lewer as wat verpleegkundiges kan bied, tree differensiasie in as hulle pasiënte na hierdie gespesialiseerde diens/dienste verwys. Die aard van verhouding en kommunikasie word sodoende bepaal en daardeur is die proses van *rol* toegepas.

- *Stressor*: Verpleegkundiges vertolk die sleutelrol in hierdie model. Hulle skakel direk deur interaksie met pasiënte, gesinne en gemeenskappe. Hierdie skakel geskied binne die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd.

Die aksies wat verpleegkundiges uitvoer, is die verpleegsorg wat hulle aan HIV positiewe pasiënte verleen om hierdie pasiënte se gesondheidstoestand te verbeter. Dit bevestig dat pasiënte die kern is waarom verpleegaksies/-sorg wentel. Hierdie aspek is ook 'n kenmerk van middel-reeks teoretiese modelle.

Wanneer die kriteria van middel-reeks modelontwerp met die proses van modelontwikkeling vergelyk word, is dit duidelik dat hierdie modelontwikkeling aan die vereistes daarvan voldoen.

6.3 FASES VAN MODELONTWERP

Die modelontwerp is uit twee fases gegeneer, naamlik 'n verkennings- en 'n empiriese fase (kyk figuur 6.1)

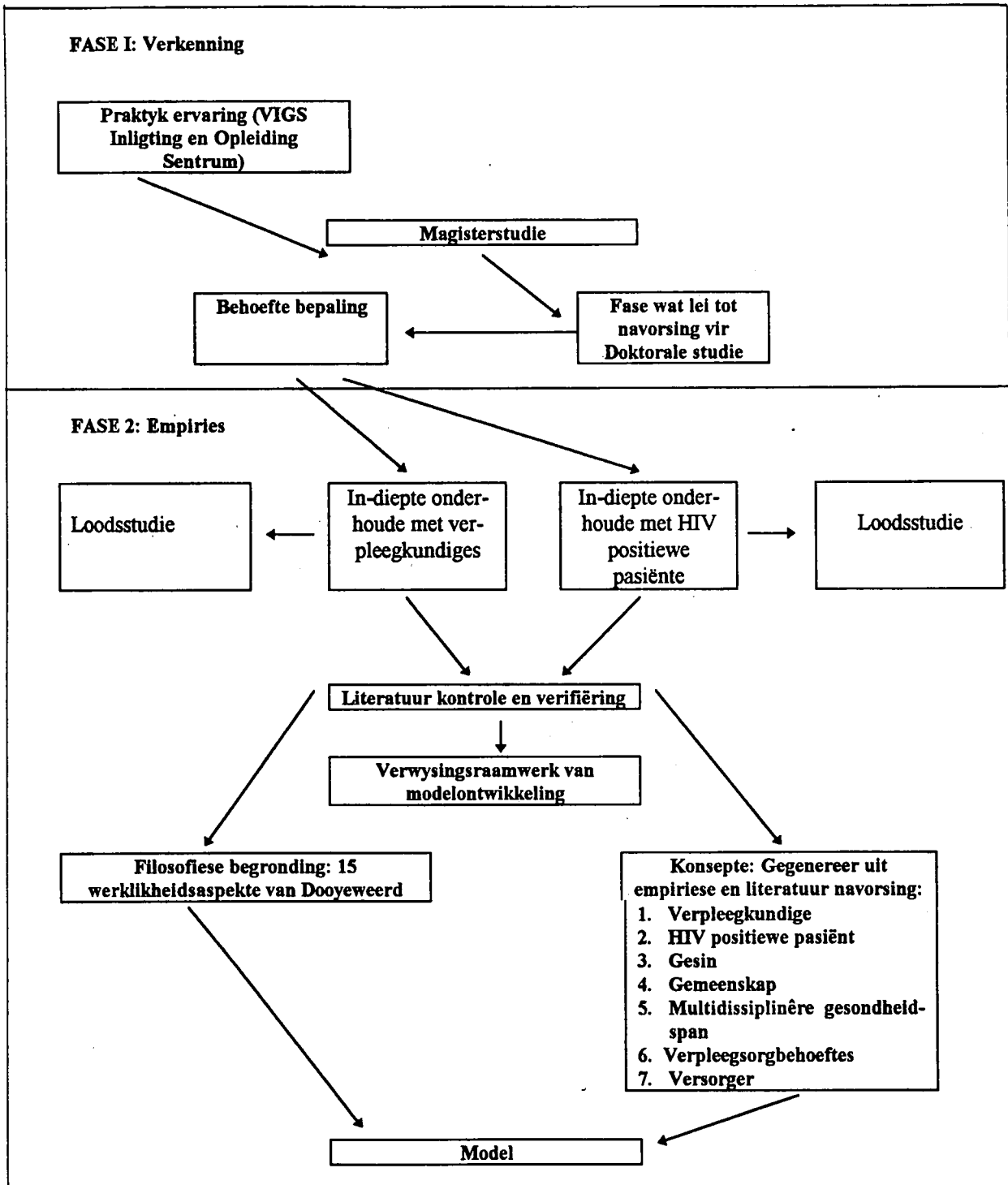
Die volgende doelgerigte en non-doelgerigte ervarings het tot die samestelling van die model gelei:

FASE I: VERKENNING

- *Kliniese praktykervaring*

Die navorser het drie jaar praktykondervinding as hoofverpleegkundige van 'n VIGS inligting- en opleiding sentrum. Gedurende hierdie tydperk het die navorser verskeie navrae ten opsigte van verpleegsorg vir HIV positiewe pasiënte van verpleegkundiges ontvang. As gevolg van 'n dringende behoefte aan 'n voor-toets

verpleegkundige begeleidingsprogram wat ontwikkel moes word, is daar nie verdere aandag aan hierdie behoefte tot verpleegsorg geskenk nie.



FIGUUR 6.1: Diagrammatiese voorstelling van die oorsprong van die model

- *Magisterstudie*

'n Verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat infektering met HIV vermoed, is uit die magisterstudie deur die navorser gegenereer. Hierdie verpleegkundige begeleidingsprogram is opgestel as gevolg van 'n behoefte aan so 'n program wat op daardie tydstip bestaan het.

Hierdie studie het egter die navorser tot verdere ontwikkeling gelei.

- *Behoeftebepaling*

'n Behoefte aan 'n model vir verpleging van HIV positiewe pasiënte is tydens informele gesprekke met verpleegkundiges geïdentifiseer. Bywoning van HIV/VIGS werksinkels en navorsingsgroepe en -projekte het ook 'n leemte in navorsing op hierdie gebied aangetoon.

FASE II: EMPIRIES

DATA INSAMELING EN LITERATUURKONTROLE

'n Loodsstudie is gedoen om die navorsingsvrae te toets.

Deur in-diepte onderhoude met HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges is kennis en leemtes ten opsigte van verpleegsorg aan HIV positiewe pasiënte ingewin.

Hierna is 'n literatuurstudie gedoen waardeur die inhoud van die navorsing ook geverifieer is.

Met die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd as filosofiese begronding is konsepte uit die empiriese- en literatuurnavorsing geïdentifiseer.

Deduktiewe beredenering is hoofsaaklik toegepas om die model te ontwikkel.

Gedurende Fase II is data vir die navorsing ingesamel. Hierdie data is binne die filosofiese begronding van die navorser tot konsepte en teorieë verwerk. 'n Verpleegsorgmodel vir HIV positiewe pasiënte is uit die navorsing ontwikkel en die konsepte van verpleegsorg wat uit die empiriese en literatuur navorsing verkry is, is as versorgings-/verplegingselemente beskryf (kyk Figuur 6.1).

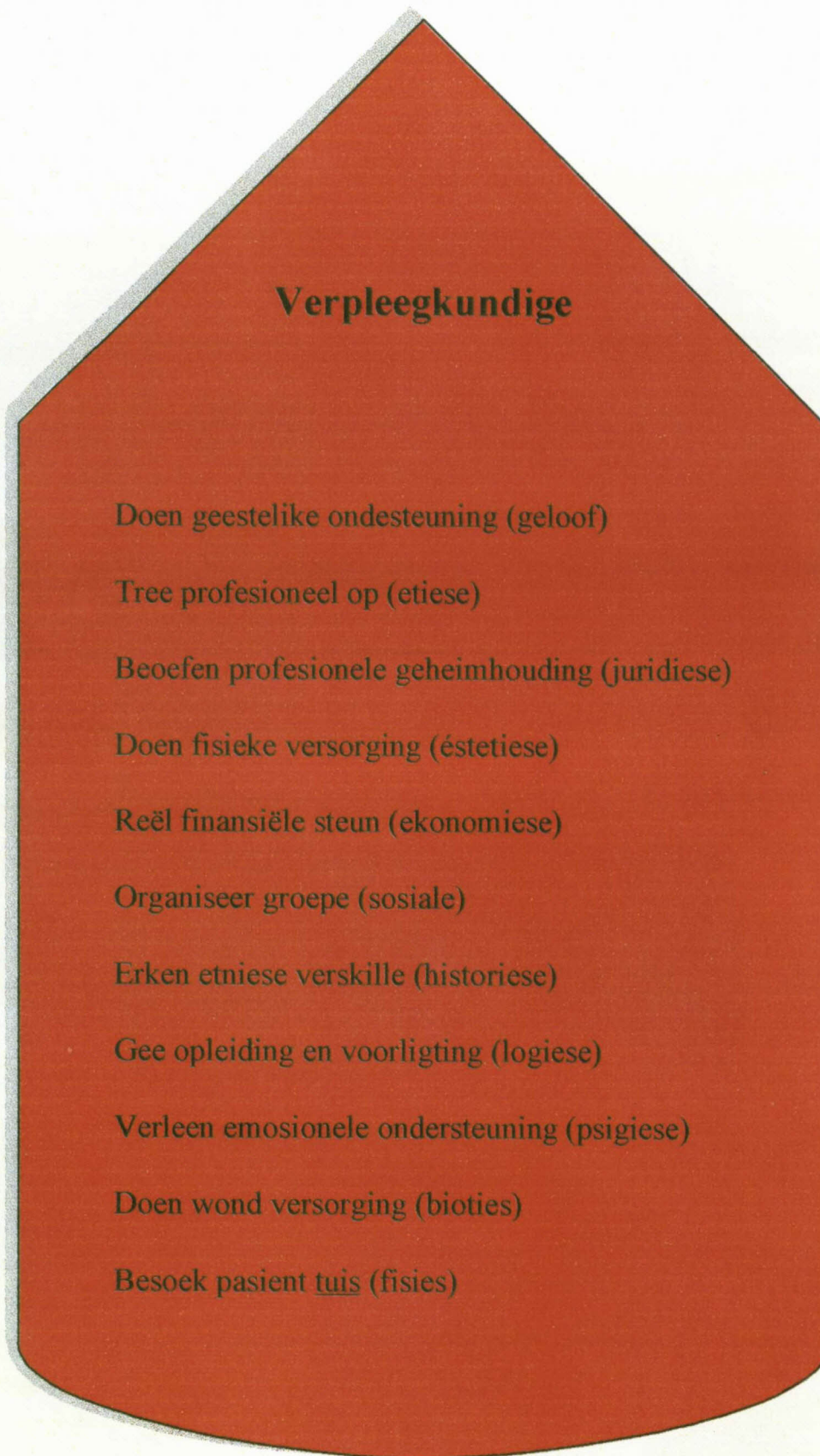
6.4 KONSEPDEFINIËRING

1. VERPLEEGKUNDIGE

'n Verpleegkundige is 'n persoon wat as 'n professionele verpleegkundige by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer is. Hierdie persoon voldoen binne die bestek van haar/sy praktyk as professioneel-verantwoordelike en onafhanklike praktisyn aan wetlike voorskrifte en professioneel-etiese waardes van die verpleegkundige beroep (Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1982).

In hierdie studie is die verpleegkundige as die hoof rolspeler van die multidissiplinêre gesondheidspan geïdentifiseer (kyk 6.6 en figuur 6.2).

Figuur 6.2: Verpleegkundige



Verpleegkundiges kan verbonde wees aan hospitale, primêre gesondheidsorgsentra en ander klinieke.

2. *HIV POSITIEWE PASIËNT*

Dit is 'n persoon wat met die HIV geïnfekteer is en reeds die dienste van 'n verpleegkundige benodig. Dit sluit ook pasiënte wat reeds volledige VIGS (*full-blown AIDS*) het, in. Hierdie pasiënte kan as 'n binne- of buitepasiënt verpleeg word (kyk figuur 6.3).

3. *GESIN*

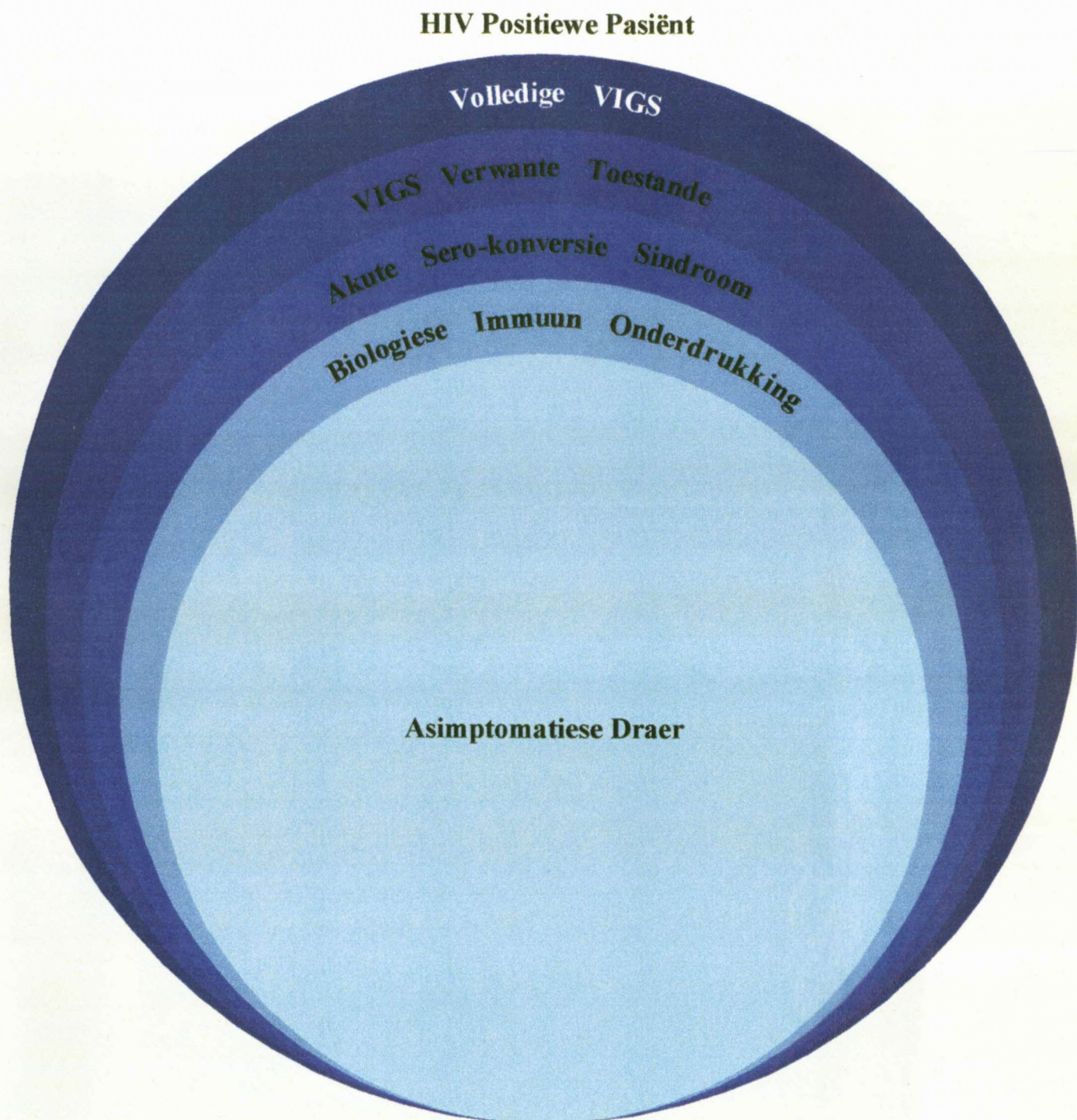
Die gesin bestaan uit drie geslagte, naamlik grootouers, ouers en kinders. Die gesin sluit die uitgebreide gesin in, naamlik diegene wat nou verwant is aan die HIV positiewe pasiënt en nie-familielede wat ook verwant aan die pasiënt is, maar tog buite die gesin staan. Hierdie gesin word gekenmerk deur die onderlinge afhanklikheid van sy lede en deur omlynde rolle (Gerdes, 1990:206).

4. *GEMEENSKAP*

Vir die doel van hierdie navorsing sluit die gemeenskap ook daardie totale omgewing waarbinne die HIV positiewe pasiënt funksioneer asook alle lede wat deel vorm van hierdie geografiese gebied en spesifieke kultuur in.

'n Gemeenskap is dus 'n groep mense wat deur 'n band skakel of verbind word, wat in interaksie met mekaar verkeer en wat kollektief funksioneer ten opsigte van algemene belange (McMurray, 1993:5).

Figuur 6.3: Stadiums van siekteverloop



5. *MULTIDISSIPLINêRE GESONDHEIDSPAN*

Dit is al die professionele gesondheidspanlede wat voorsien in die gesondheidsorgbehoefte van die HIV positiewe pasiënt.

6. *VERPLEEGSORGBEHOEFTE*

Verpleegsorgbehoefte, wat volgens Dooyeweerd se werklikheidsaspekte gekategoriseer word, is 'n noodsaak na spesifieke verpleegsorg wat by HIV positiewe pasiënte ontstaan as gevolg van hulle unieke siektetoestand. Hierdie behoeftes word beskou uit die verpleegkundige se holistiese benadering van die mens.

7. *VERSORGER*

'n Versorger is enige persoon wat nie-professionele sorg aan HIV positiewe pasiënte verleen. Dit sluit enige "leke" persoon byvoorbeeld 'n moeder, vriend of familielid in.

6.5 **KONSTRUERING EN TOETSING VAN TEORETIESE VERWANTSKAPPE**

Interaksie van konsepte konstrueer teoretiese verwantskappe. Die skakeling van konsepte gee struktuur aan die teoretiese model (Woods en Catenzaro, 1988:28). Die teoretiese verwantskappe van die konsepte van die model sal vervolgens bespreek word.

As gevolg van die feit dat *verpleegkundiges* die sleutelrol in die *multidissiplinêre gesondheidspan* speel, tree sy ook interaktief met die lede van hierdie span op. Voortdurende kommunikasie geskied tussen die *spanlede en verpleegkundiges*

wanneer hulle pasiënte na ander lede van die span verwys. Wanneer pasiënte deur *verpleegkundiges* na ander lede van die *multidissiplinêre gesondheidspan* verwys word, vind daar differensiasie plaas.

Interaksie tussen die *verpleegkundige* en die *HIV positiewe pasiënt* is kernbelangrik in die model. Verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte kan nie sonder die dienste van *verpleegkundiges* bevredig word nie. *Verpleegkundiges* voorsien in hierdie behoeftes van *pasiënte* volgens die navorsing.

Deur die lewering van verpleegsorgdienste verkry *verpleegkundiges* ook werksbevrediging en lewer hulle 'n diens aan *HIV positiewe pasiënte*. Sodoende word hulle kennis ten opsigte van die siektebeeld en verloop daarvan, verbreed.

Interaksie bestaan tussen die *gesin* en die *verpleegkundige* wanneer hulle die gesin beraad ten opsigte van die *gesinslid* wat HIV positief is. Inligting aangaande HIV en VIGS word ook aan die *gesin* verskaf. 'n *Versorger* in die *gesin* word opgelei om die pasiënt te versorg. Die totale *gesin* word ook geleer hoe om by die pasiënt, sy/haar veranderde lewenswyse en probleme wat die siekte mag meebring, aan te pas. Dit is belangrik dat die *verpleegkundige* die *gesin* sal steun tydens fases van stigmatisering.

Sterwensbegeleiding moet met die *gesin* gedoen word. Dit kan geskied deur interaksie met die *verpleegkundige* of deur 'n lid van die *multidissiplinêre gesondheidspan* as differensiasie plaasgevind het.

Dit is belangrik dat die *pasiënt* as deel/lid van die *gesin* so normaal as moontlik in die *gesin* sal funksioneer. Hierdie vlak van funksionering moet so na as moontlik aan dit wat was voor 'n *HIV positiewe* diagnose wees. Die *gesin* moet die *pasiënt* aanvaar. Deur goeie kommunikasie kan meeste van die probleme wat tussen die

gesin en pasiënt ontstaan, ontlont word. *Verpleegkundige* insette kan ook in hierdie proses 'n bydrae tot aanvaarding lewer.

Verskeie ondersteuningsbronne bestaan in die *gemeenskap*. *Verpleegkundiges* is in interaksie met hierdie *bronne* aangesien hulle 'n rol in die versorging van *HIV positiewe pasiënte* kan speel. Voortdurende kommunikasie tussen *verpleegkundiges, gemeenskapsbronne en pasiënte* bestaan. Aangesien hierdie *bronne* almal binne die *gemeenskap* funksioneer is hulle dus deel van die *gemeenskap*. *Verpleegkundiges* kan dienste aan *HIV positiewe pasiënte* vanuit hierdie *gemeenskapsbronne* lewer.

Die *verpleegkundige* vorm deel van die *multidissiplinêre gesondheidspan* en daarom is daar interaksie tussen die ander lede van die span en die *verpleegkundige* wat 'n verwantskap tot gevolg het.

Die *multidissiplinêre gesondheidspan* skakel nou met die *HIV positiewe pasiënt* deurdat gespesialiseerde dienste deur hierdie lede aan *pasiënte* gelever word. Sterwensbegeleiding, soos reeds aangetoon, kan byvoorbeeld deur 'n lid van die *multidissiplinêre gesondheidspan* gelever word.

Die *HIV positiewe pasiënt* is deel van 'n *gesin*. Die *multidissiplinêre gesondheidspan* skakel dus ook met die *gesin* wanneer diens aan die *pasiënt* gelever word. 'n Diens deur lede van hierdie *span* kan ook direk aan die *gesin* gelever word, byvoorbeeld deur psigiese ondersteuning van die *gesin*.

Die *multidissiplinêre gesondheidspan* dien die *gemeenskap* ten opsigte van die verbetering van die totale gesondheidsprofiel van die *gemeenskap*. Aangesien verskeie lede van hierdie *span* *HIV positiewe pasiënte* behandel, lewer hulle 'n diens aan die *pasiënt, gesin* sowel as aan die *gemeenskap*.

Die *HIV positiewe pasiënt* se interaksie met die *verpleegkundige en multidissiplinêre gesondheidspan* is reeds bespreek. *Pasiënte* is deel van 'n *gesin* en voortdurende interaksie bestaan tussen die *gesin en die HIV positiewe pasiënt*. As deel van die *gesin* lewer die *versorger* 'n waardevolle bydrae tot die versorging en leke verpleging van die *HIV positiewe pasiënt*. Hierdie persoon is gedurig in kontak met die *verpleegkundige* ten opsigte van rapportering en ondersteuning.

Die *HIV positiewe pasiënt*, as deel van die *gesin*, vorm ook deel van die *gemeenskap*. *Pasiënte* is nie net deel van die *gemeenskap* nie, maar maak ook gebruik van *gemeenskapsbronne* om hul gesondheidsorgbehoefte te bevredig.

Die *gesin* dien en versorg die *HIV positiewe pasiënt*. *Verpleegkundige* insette en dienste word ter ondersteuning van die *gesin* benodig. Ander lede van die *multidissiplinêre gesondheidspan* lewer ook insette ten opsigte van die *HIV positiewe pasiënt* aan die *gesin* en/of *versorger*. Die *gesin*, as deel van die *gemeenskap* maak ook van die *bronne* gebruik.

As gevolg van die feit dat 'n *gesin* as 'n klein groepie binne 'n breër *gemeenskap* funksioneer bestaan daar 'n verwantskap tussen die twee konsepte. Die *gemeenskap* aanvaar soms baie moeilik 'n *gesin* waarbinne 'n *HIV positiewe lid* is. Dit is die taak van die *gesin* om positief te reageer en hul taak in die *gemeenskap* te vervul. Die *gemeenskap* het ook 'n plig teenoor die *gesin* om hulle te aanvaar en te ondersteun. Die *verpleegkundige* speel weereens hier 'n belangrike rol. Deur voorligting kan die *gemeenskap* gelei word om van vooroordele en negatiewe persepsies af te sien.

Die *gemeenskap* voorsien verskeie bronne wat diens en/of hulp aan die *gesin en HIV positiewe pasiënt* kan lewer. Hierdie bronne is dus deel van die *gemeenskap*. Die *verpleegkundige en multidissiplinêre gesondheidspan* kan vanuit hierdie

bronne funksioneer en sodoende deel van die *gemeenskap* vorm of andersins in noue interaksie met die *gemeenskap* verkeer.

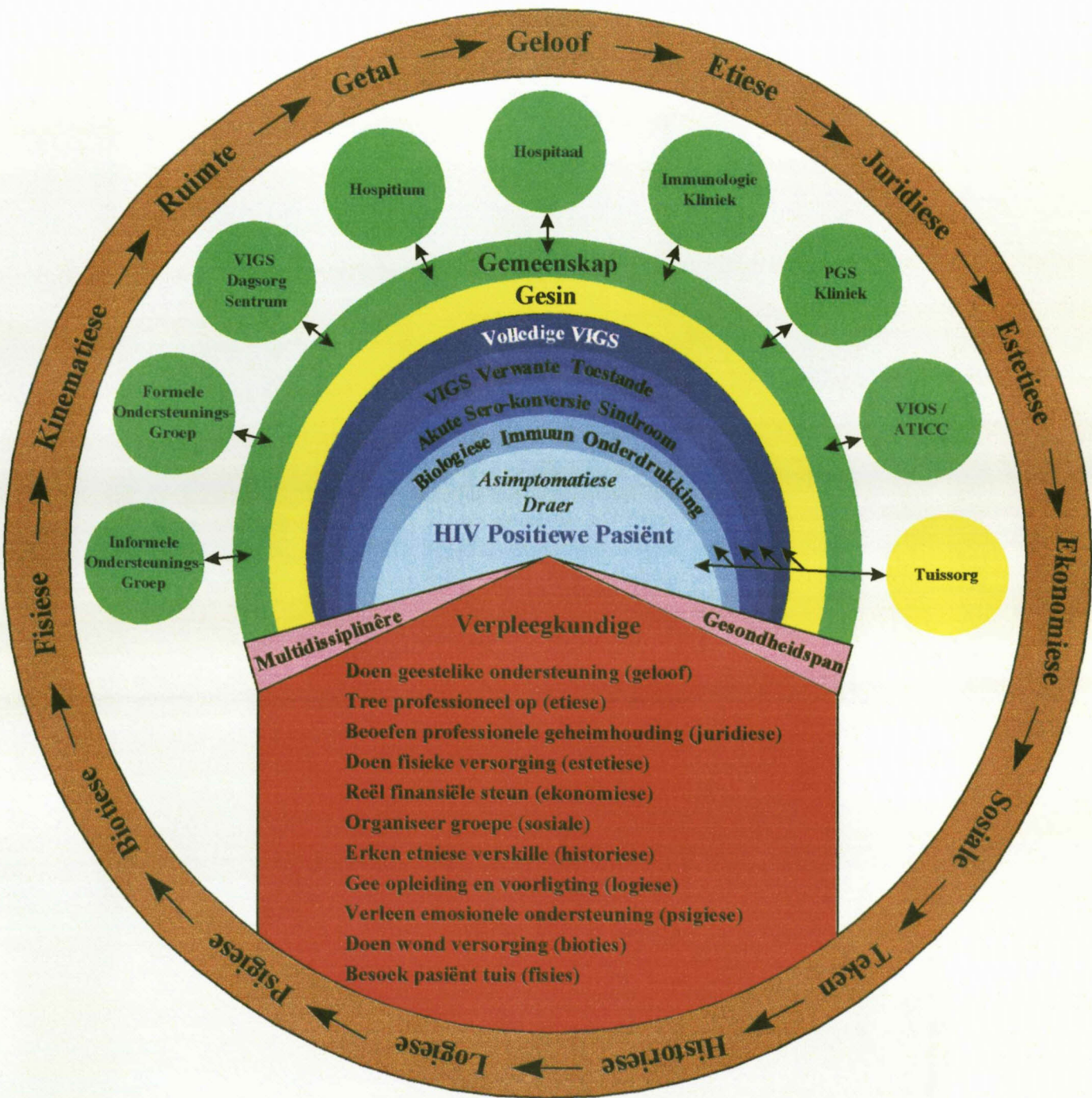
Interaksie en differensiasie van teoretiese verwantskappe geskied almal binne die filosofiese begronding, naamlik die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd. Volgens hierdie benadering word verseker dat die *pasiënt*, wat die kern is waarom *verpleegsorgdienste* wentel, holisties behandel word.

6.6 BESKRYWING VAN DIE GEKONSEPTUALISEERDE MODEL

Die verpleegkundige beslaan die sentrale posisie van die model en word voorgestel met 'n rooi pyl wat alle sferes binne die model indring (kyk figuur 6.4). Die verpleegkundige word met rooi aangedui sodat sy/hy uitstaan as die hoofrolspeler in hierdie model. Verpleegkundiges voorsien nie net aan verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte nie, maar vorm die kern van 'n multidissiplinêre gesondheidspan. Hierdie posisie van verpleegkundiges in die multidissiplinêre gesondheidspan word ook deur Searle en Pera (1993:426) gestaaf omdat verpleegkundiges en vroedvroue volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie as hoofverskaffers van gesondheidsorg in alle lande, veral ontwikkelende lande, optree.

Deurdat HIV positiewe pasiënte volgens 'n holistiese benadering verpleeg word, kan verpleegkundiges verpleegsorg binne die 15 werklikheidsaspekte soos geformuleer deur Dooyeweerd, gee. Hierdie aspekte soos geïdentifiseer uit die empiriese- en literatuur navorsing beeld die funksies van die verpleegkundige uit (kyk figuur 6.2 en 6.4). Figuur 6.2 is dus 'n vergrote voorstelling van die verpleegkundige soos vervat in die model. Slegs 11 werklikheidsaspekte word in die model aangedui (kyk figuur 6.2 en 6.4) aangesien slegs 11 werklikheidsaspekte uit in-diepte onderhoude met respondente geïdentifiseer kon word. Vyftien werklikheidsaspekte vorm wel die raamwerk van die model.

Figuur 6.4: Verpleegsorgmodel



Hierdie aspekte sal nie noodwendig in essensiële volgorde soos in die model uiteengesit, toegepas word nie. Die fase van die siekteverloop waarin HIV positiewe pasiënte hulle bevind, sal bepaal watter behoefte prioriteit vereis (kyk Hoofstuk 2 en Figuur 6.3).

Alhoewel verpleegkundiges die kern van 'n multidissiplinêre gesondheidspan vorm, lewer ander spanlede ook 'n bydrae tot die gesondheidsorg van hierdie pasiënte. Lede van die span wat deur respondente geïdentifiseer is, is:

- distriksgeneesheer
- maatskaplike werker
- dokters/spesialiste
- sielkundiges/psigiaters
- predikante

Die verpleegkundige en die multidissiplinêre gesondheidspan word deur 'n duidelik swart lyn begrens om aan te toon dat hulle in al die aangeduide sferes inwig en 'n diens lewer.

Die HIV positiewe pasiënt is die kern waarom alle *aksies* en *interaksies* gerig is. Die fases van die siekteverloop waarin HIV positiewe pasiënte hulle kan bevind, is reeds in Hoofstuk 2 beskryf.

Die pasiënt vorm deel van 'n gesin. Aangesien die gesin moet aanpas by die veranderende omstandighede wat 'n lid binne hierdie geslote kring teweeg bring, is dit noodsaaklik dat die verpleegkundige ook hier interaktief optree. As gevolg van die klein aantal verpleegkundiges wat verkies om HIV positiewe pasiënte te verpleeg, word daar dikwels 'n vrywillige tuisversorger binne die gesin "aangewys" om tuissorg aan die pasiënt te lewer en om sodoende die tekort aan verpleegkundige dienste aan te vul. Die versorger word in geel aangedui, omdat die persoon lid van die gesin (in geel aangedui) is.

Tuissorg word deur die gesin aan die pasiënt gelewer met ondersteuning van die verpleegkundige.

Die gesin vorm deel van die gemeenskap en moet ook binne die gemeenskap funksioneer. Die gemeenskap bied egter verskillende bronne soos:

– **Informele ondersteuningsgroepe**

Dit is klein groepies vriende of familieledes wat pasiënte ondersteun en/of versorg

– **Formele ondersteuningsgroep**

Hierdie groepe word onder leiding van 'n multidissiplinêre gesondheidspanlid gestig en gelei. Die formele ondersteuningsgroepe voorsien pasiënte van feitelike inligting en doen professionele ondersteuning.

– **VIGS dagsorgsentrum**

Dit is 'n sentrum waar HIV positiewe pasiënte gedurende die dag versorg word. Geen oornag geriewe is beskikbaar nie

– **Hospitium**

Terminale pasiënte word hier verpleeg.

– **Hospitaal**

Hospitale funksioneer as opname sentrums vir HIV positiewe pasiënte

– **Primêre gesondheidsorg klinieke**

Hierdie klinieke is in gemeenskappe geleë. Pasiënte kan medikasie, voedsel en verpleegsorg vanaf klinieke ontvang.

– **Immunologiekliniek**

Hierdie kliniek is aan 'n hospitaal verbonde. Diagnostiese toetse word hier op pasiënte uitgevoer. Pasiënte woon die kliniek op 'n buitepasiënt basis by.

– **VIGS inligting en -opleiding sentrum**

HIV/VIGS inligting word deur hierdie bron aan pasiënte verskaf.

Duidelike sferes bou op tot 'n geheel, met ander woorde, die pasiënt is deel van die gesin en die gesin is weer deel van die gemeenskap (blou sferes is binne die geel

sfeer en die geel sfeer is binne-in die groen sfeer). Geen afgebakende grense bestaan tussen die pasiënt, gesin, gemeenskap en gemeenskapsbronne nie. Die kleure in die model toon ook aan dat die een konsep uit die ander vorm (byvoorbeeld blou en geel gekombineerd vorm groen).

Die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd vorm die raam waarbinne die model funksioneer. Hierdie aspekte is duidelik begrens en omsluit dus die inhoud van die model (bruin sirkel).

Hierdie bronne en funksies soos bespreek, word almal deur die 15 werklikheidsaspekte omring en dus daarvolgens gerig.

6.7 AANVAARDING EN BRUIKBAARHEID VAN DIE MODEL

TEN OPSIGTE VAN DIE VERPLEEGPRAKTYK:

Hierdie is 'n relatief eenvoudige model en kan dus ekonomies gebruik word. Afleibare gevolgtrekkings kan met gemak vanuit die visuele model waargeneem word, byvoorbeeld verpleegkundige insette is nodig om in die verpleegsorgbehoefte van die pasiënt te voorsien. Om in die totale behoeftes van die pasiënt te voorsien, moet die verpleegkundige die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd verreken.

Die interaksie van die model is geslaagd, aangesien duidelike verwantskappe tussen die begrippe/konsepte in die model bestaan. Die verpleegkundige kan byvoorbeeld nie alleen optree nie. Sy moet in verwantskap met die pasiënt, gesin en/of gemeenskap optree. Wanneer sy verpleegsorg verleen, tree sy ook binne die filosofiese raamwerk op.

Die empiriese bevindinge is gebaseer op wetenskaplike teorieë en is bewys deur die navorsing en gestaaf uit die literatuur.

Visueel is daar ook voordele vir al die rolspelers in die model. Pasiënte ontvang byvoorbeeld verpleegsorg wat aan hulle behoeftes voorsien en die verpleegkundiges kry ook werksbevrediging uit die diens wat hulle aan pasiënte lewer.

Die grootste waarde van hierdie model lê moontlik daarin opgesluit dat dit ook vir pasiënte met ander chroniese siektetoestande aangepas kan word en dus veralgemeenbaar is.

TEN OPSIGTE VAN NAVORSING

'n Middel-reeks teoretiese model is ontwikkel. Hierdie tipe modelle is veral geskik om in die praktyk uitgetoets te word. Navorsingsvrae word ook uit hierdie model gegeneer, byvoorbeeld, hoe kan verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte bevredig word.

TEN OPSIGTE VAN ONDERRIG EN OPLEIDING

Hierdie model verskaf metodes om interaksie tussen verpleegkundiges, pasiënte, gesinne en gemeenskappe aan studente te verduidelik. Die visuele voorstelling maak ook verwantskappe aan studente duideliker verstaanbaar. Die gebruik van hierdie model vergemaklik die oordrag van kennis aan studente.

Die omskrywing van die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd in die verpleegkunde vakterminologie veroorsaak dat hierdie abstrakte filosofiese aspekte meer sinvol in verpleging toegepas kan word.

6.8 EVALUERING VAN MODEL

Sekere kriteria is gestel vir die keuse van domeinkundiges (kyk Bylaag E).

Die model is deur nege domeinkundiges (vier akademici en vyf uit die praktyk) geëvalueer.

6.8.1 KWALIFIKASIES EN ONDERVINDING VAN DOMEINKUNDIGES

Die kwalifikasies en ondervinding van die domeinkundiges sal vervolgens weergegee word.

DOMEINKUNDIGE A

POSBENAMING: Professor

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatriese verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

Verpleegadministrasie

HOOGSTE AKADEMIESE KWALIFIKASIE: D.Litt. et Phil.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 15 jaar

DOMEINKUNDIGE B

POSBENAMING: Hoofverpleegkundige

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatrisie verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: B.Cur.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 20 jaar

DOMEINKUNDIGE C

POSBENAMING: Adjunk Direkteur: Primêre Gesondheidsorg

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatrisie verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

Verpleegadministrasie

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: M.Cur.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 25 jaar

DOMEINKUNDIGE D

POSBENAMING: Senior lektrise

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

Verpleegadministrasie

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: M.Soc.Sc. M.Ed

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 15 jaar

DOMEINKUNDIGE E

POSBENAMING: Verpleegdiensbestuurder

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatrisse verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegadministrasie

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: B.Cur

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 8 jaar

DOMEINKUNDIGE F

POSBENAMING: Lektrise

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatrisse verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: B.Soc.Sc.Hons.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 4 jaar

DOMEINKUNDIGE G

POSBENAMING: Privaat verpleegkundige

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatrisse verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

Verpleegadministrasie

Ortopediese verpleegkunde

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: B.Cur.Hons.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 11 jaar

DOMEINKUNDIGE H

POSBENAMING: Senior lektor

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatrisse verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

Verpleegadministrasie

Operasiesaalverpleegkunde

HOOGSTE AKADEEMIESE KWALIFIKASIE: D.Litt. et Phil.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 15 jaar

DOMEINKUNDIGE I

POSBENAMING: Lektrise

REGISTRASIE BY S.A. RAAD OP VERPLEGING IN:

Algemene verpleegkunde

Verloskunde

Psigiatriese verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Verpleegonderwys

Verpleegadministrasie

HOOGSTE AKADEMIESE KWALIFIKASIE: M.Cur.

AANTAL JARE TOEPASLIKE ERVARING: 6 jaar

6.8.2 SAMEVATTING VAN EVALUERING DEUR VAN DOMEINKUNDIGES

Domeinkundiges het die model volgens spesifieke kriteria geëvalueer (kyk bylaag F). Vervolgens sal 'n opsomming van die evaluering van die domeinkundiges beskryf word (kyk tabel 6.1).

Tabel 6.1 Evaluering deur domeinkundiges

	STEM BESLIS NIE SAAM NIE	STEM NIE SAAM NIE	ON- SEKER	STEM SAAM	STEM BESLIS SAAM
1. ONTWIKKELING VAN MODEL					
1.1 Die proses van die modelontwerp is duidelik omskryf.		1	2		6
1.2 Die fases van die modelontwerp is duidelik uiteengesit.		1	2		6
1.3 Konsepte is duidelik gedefinieer.			1	2	6

		STEM BESLIS NIE SAAM NIE	STEM NIE SAAM NIE	ON- SEKER	STEM SAAM	STEM BESLIS SAAM
1.4	Die definsies is so omskryf dat die relevansie daarvan vir gebruik in die model duidelik oorgedra word				1	8
1.5	Konstruering van teoretiese verwantskappe is duidelik uiteengesit.			2	3	4
1.6	Toetsing van verwantskappe is duidelik.			3		6
2.	VISUELE VOORSTELLING VAN DIE MODEL					
2.1	Die model is visueel aantreklik.				3	6
2.2	Interaksies tussen konsepte is duidelik.		1		4	4
2.3	Verwantskappe tussen konsepte is duidelik.			2	2	5
2.4	Dit is duidelik dat die filosofiese raamwerk van die model as grondslag van verpleegkundige dien.			2	2	5
2.5	Dit is duidelik dat die pasiënt se siekte volgens stadiums verloop.				4	5
2.6	Verpleegkundige					
2.6.1	Dit is duidelik dat die verpleegkundige die hoofrol in die verpleegkundige model vertolk.				1	8
2.6.2	Die funksies van die verpleegkundige is duidelik uitgebeeld en beskryf				1	8
3.	ALGEMENE OPMERKINGS					
3.1	Is die model toetsbaar in die praktyk?				JA 8	NEE 1

Ses domeinkundiges het aangedui dat die proses en fases van die modelontwerp duidelik omskryf is, twee was onseker en een het nie saamgestem nie. Op grond van hierdie evaluering het die navorser die ontwerp en fases in meer besonderhede beskryf.

Ses domeinkundiges het beslis saamgestem dat konsepte duidelik gedefinieer is, twee het saamgestem en een was onseker oor sekere konsepte. Die navorser het die konsepte waarvoor onsekerheid bestaan het, duideliker gedefinieer.

Alle respondente was dit eens dat definisies so omskryf is dat die relevansie daarvan vir die gebruik in die model duidelik was.

Slegs twee domeinkundiges was onseker of die konstruering van teoretiese verwantskappe duidelik uiteengesit is. Alhoewel sewe domeinkundiges wel met hierdie punt saamgestem het, het die navorser tog die verwantskappe duideliker omskryf.

Ses domeinkundiges het aangetoon dat hul beslis saamstem dat toetsing van verwantskappe duidelik is en drie was onseker. Toetsing van verwantskappe is op grond van hierdie evaluering herskryf.

Alle domeinkundiges het aangedui dat die model visueel aantreklik is.

Volgens evaluasie het agt domeinkundiges saamgestem dat interaksies volgens die visuele voorstelling duidelik is, terwyl een domeinkundige nie saamgestem het nie. Die visuele voorstelling is nie hersien of aangepas nie.

Sewe domeinkundiges kon duidelike verwantskappe in die visuele model identifiseer, terwyl twee onseker was. Omdat verwantskappe duidelik identifiseerbaar was, is daar geen aanpassings gedoen nie.

Vyf domeinkundiges het beslis saamgestem dat die filosofiese raamwerk van die model as grondslag van verpleegsorg dien, twee het saamgestem en twee was onseker oor die feit. Sewe domeinkundiges het dus saam gestem met hierdie aspek en daarom is daar geen aanpassings gedoen nie.

Alle domeinkundiges was dit eens dat die pasiënt se siekte volgens stadiums verloop.

Agt domeinkundiges het beslis saamgestem dat die rol en funksies van die verpleegkundige duidelik in die visuele model na vore kom. Een persoon het met die feit saamgestem.

Slegs een domeinkundige het aangedui dat die model nie in die praktyk toetsbaar is nie. Aangesien dit sleg een domeinkundige se mening/evaluatie was, is daar nie verdere navorsing in verband met die toetsbaarheid van die model gedoen nie.

6.9 SAMEVATTING

Aangesien die model uit die agtergrond van die middel-reeks teorie gekonstrueer is, behoort dit maklik toetsbaar in die praktyk te wees. Hierdie model is ook so gevorm dat dit op ander siektes van toepassing gemaak kan word.

HOOFTUK 7

Gevolgtrekkings en Aanbevelings

7.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word gevolgtrekkings en aanbevelings van die navorsing bespreek. Riglyne vir die operasionalisering van die model in die kliniese verpleegpraktyk is reeds in hoofstuk ses bespreek. Ter wille van die oriëntasie van die leser, net 'n paar opmerkings.

Vanweë die groeiende probleme wat VIGS vir die verpleegprofessie veroorsaak, plaas dit daaglik meer druk op verpleegkundiges. Die ontwikkeling van 'n verpleegsorgmodel vir kwaliteit verpleegsorg van HIV positiewe pasiënte is dus uit bogenoemde probleme genoodsaak.

Uit die oorsig en oriëntasie van die navorsing het dit geblyk dat die gebrek aan voldoende kennis in verband met HIV/VIGS, tekort aan verpleegkundiges wat verkies om HIV positiewe pasiënte te verpleeg, 'n gebrek aan finansies en probleme rondom die anonimiteit van pasiënte, hoofsaaklik verantwoordelik is vir die feit dat HIV positiewe pasiënte op 'n "probeer en tref" manier verpleeg word. Die siening van verpleegkundiges ten opsigte van die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte en HIV positiewe pasiënte se belewenisse van verpleegsorg is in die navorsing bespreek.

7.2 GEVOLGTREKKINGS

Tydens in-diepte onderhoude met pasiënt-respondente het ses werklikheidsaspekte sterk na vore gekom. Hierdie aspekte is:

- fisies
- bioties
- psigies
- logies
- ekonomies en
- eties.

Dit is dus binne hierdie aspekte waar die algemeenste probleme en/of behoeftes van pasiënte gesetel is aangesien alle pasiënte binne hierdie ses werklikheidsaspekte probleme ondervind het.

Die verpleegkundiges het almal binne die volgende sewe werklikheidsaspekte probleme ondervind:

- bioties
- psigies
- logies
- ekonomies
- esteties en
- geloof

7.3 AANBEVELINGS

Respondente se algemeenste probleme en behoeftes het in die bogenoemde werklikheidsaspekte voorgekom. Tydens die toepassing van die

verpleegsorgmodel, soos deur hierdie navorsing ontwikkel, moet daar veral aandag geskenk word aan die behoeftes wat binne die genoemde werklikheidsaspekte na vore kom.

In die lig hiervan wil die navorser die volgende aanbevelings maak:

- Die daarstelling van 'n fasiliteit aan pasiënte, waar diagnostiese toetse gedoen kan word.
- Verpleegkundige hantering/behandeling van pasiënte wat gewigsverlies, diaree en herhaalde infeksies ondervind.
- Berading moet gedoen word om psigiese probleme van pasiënte te hanteer en op te los.
- Sterwensbegeleiding moet met pasiënte gedoen word.
- Verpleegkundiges moet feitelike kennis aan HIV positiewe pasiënte verskaf.
- Reëlins moet getref word om die finansiële nood van HIV positiewe pasiënte te verlig.
- Moedig die gebruik van kondome, deur die HIV positiewe pasiënt, aan.
- Verpleegkundiges moet ook 'n bron van ondersteuning hê waar hulle, hulle psigiese probleme en behoeftes kan bespreek en oplos.

- Pasiënte moet na lede van die multidissiplinêre gesondheidspan verwys word indien pasiënte se probleme en behoeftes buite die verpleegkundige se bestek van praktyk val.
- Voorligting ten opsigte van higiëniese beginsels moet aan pasiënte gegee word, aangesien hul immuunsisteem ingekort is.
- Pasiënte moet te alle tye menswaardig behandel word.
- Pasiënte moet na bronne waar hulle religieuse ondersteuning kan ontvang, verwys word .

7.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die gevolgtrekkings van die navorsing bespreek en die aanbevelings daarvolgens gedoen.

BIBLIOGRAFIE

- AAMODT, A.M. 1982. Examining ethnography for nurse researchers. *Western Journal of Nursing Research*, 4:209-220.
- AGAR, M. 1986. *Speaking of ethnography*. Beverly Hills CA: Sage.
- AIDS TRAINING PACKAGE FOR NURSING. 1993. The health care worker's role in counselling HIV-infected people and persons with AIDS (PWA). *Health & Hygiene*, 4(6):10-11.
- AMERICAN NURSES' ASSOCIATION. 1986. *Standards of community health nursing practice*. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- AMOR, M. & PAUL, J. 1995. Nasopharyngeal carriage of *Staphylococcus aureus* and carriage of tetracycline-resistant strains associated with HIV-seropositivity. *European Journal of Clinical Microbiology for Infectious Disease*, 14(1):34-40.
- ANASTASI, J.K. 1994. HIV wasting: How to stop the cycle. *American Journal of Nursing*, June, 18-24.
- ANDERSON, S. 1994. Community responses to AIDS. *International Nursing Review*, 41(2):57-60.
- ANDERSON, S.E.H. 1995. Personality, appraisal and adaptational outcomes in HIV seropositive men and women. *Research in Nursing and Health*, 18:303-312.
- ANNUAL REPORT. 1993. *AIDS research*. University wide.

- BARBOUR, R.S. 1995. Responding to a challenge: Nursing and AIDS. *International Journal Nursing Studies*, 32(3):213-223.
- BARNES, P.F. & BARROWS, S.A. 1993. Tuberculosis in the 1990's. *Annals of Internal Medicine*, 119(5):400-410.
- BARRÈ-SINOUSSE, F. CHERMANN, J.C. & REY, F. 1983. Isolation of a T-lymphotropic retro-virus from a patient at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220:868.
- BATES, B.C. & LINDER-PELZ, S. 1987. *Health care issues*. Sydney: Allen & Unwin.
- BECKETT, A. & RUTAN, J.S. 1990. Treating persons with ARC and AIDS in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(1):19-29.
- BEEDHAM, H. & WILSON-BARNETT, J. 1995. HIV and AIDS care: Consumer's views on needs and services. *Journal of Advanced Nursing*, 22:677-686.
- BENEDICT, S. 1990. Nursing care of women with AIDS in the home care setting. *Home Health Care Nurse*, 8(4):15-19.
- BENOLIEL, M. 1984. The need for qualitative knowing in evaluation research. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 60:1-8.
- BOR, R. 1991. The ABC of AIDS counselling. *Nursing Times*, 87(1):2-35.
- BRINK, A.J. & MEDEWERKERS. 1992. *Woordeboek van Afrikaanse geneeskundeterme*. Kaapstad: Nasou.

- BRODER, S. & GALLO, R.C. 1984. A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. *New England Journal of Medicine*, 311:1292.
- BRODER, S., MERIGAN, I.G. (jr.) & BOLOGNESI, D. (Eds.) 1994. *Textbook of AIDS medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- BROWN, M.A. & POWELL-COPE, C.M. 1991. AIDS family caregiving: Transitions through uncertainty. *Nursing Research*, 40(6):338-345.
- BURNARD, P. 1993. The psychosocial needs of people with HIV and AIDS: A view from nurse educators and counsellors. *Journal of Advanced Nursing*, 18:1779-1786.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 1987. *The practice of nursing research conduct, critique and utilization*. London: W.B. Saunders.
- CAINE, R. & BUFALINE, P.K. 1987. *Nursing care plan guides for adults*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- CARNEY, K.L. 1990. AIDS care comes home: Balancing benefits and difficulties. *Home Health Care Nurse*, 8(2):32-37.
- CARR, P. 1991. HIV at home. *Home Health Care Nursing*, 9(2):45.
- CARSON, D.A. & RIBEIRO, J.M. 1990. Apoptosis and disease: Review article. *The lancet*, May, 341(8855):29-35.
- CDC. 1992. 1993. Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS. Morbidity and Mortality Weekly Report. 43(RR-17):1-19.

- CENTRE FOR DISEASE CONTROL. 1986. Classification system for human T-cell lymphotropic virus III/lymphadenopathy associated virus infection. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35:334-339.
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1993. 1992 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance care definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and mortality weekly report*, Dec., RR-17:1-19.
- CHADWICK, B.A., BAHR, H.M. & ALBRECHT, S.L. 1984. *Social science research methods*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- CHEKRYN, J. 1989. Families of people with AIDS. *The Canadian Nurse*, 85(8):30-32.
- CHRISTIE, G. 1989. *AIDS and psychological aspects*. Unpublished lecture, AIDS centre: The South African Institute for Medical Research.
- CLARK, M.J. 1992. *Nursing in the community*. London: Appleton & Lange.
- CLASSIFICATION SYSTEM FOR HUMAN T-CELL LYMPHOTROPIC VIRUS III/LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS INFECTION. 1986. CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35:334-339.
- COHEN, F. & DURHAM, J. 1988. *The person with AIDS: Nursing perspectives*. New York: Springer Publishers.
- COPING WITH AIDS. 1988. *Teaching and information pack. Stress and anxiety*. London: Health Liason Unit.
- CROWTHER, M. 1992. I am a person, not a disease. *Professional Nurse*, 7(6):381-385.

- CURRAN, J. JAFFE, H. & HARDY, A. 1988. Epidemiology of HIV infection in the United States. *Science*, 239:610-616.
- DALGLEISH, A.G., BEVERLEY, P.C.I. & CLAPHAM, P.R. 1984. The CD4 (T₄) antigen is an essential component of the reseptor for the AIDS retrovirus. *Nature*, 312:763.
- DAVIS, A.J. 1978. The phenomenological approach in nursing research. In: Chaskaled, N.L. *The nursing profession: Views through the mist*. New York: McGrew-Hill.
- DE JONG VAN ARKEL, J. 1991. *Living in an AIDS culture*. Pretoria: UNISA.
- DE KOK, P.de B. 1973. *Christelike wysbegeerte: Standpunte en probleme*. Elsiesrivier: Nasionale Boekdrukkery Bpk.
- DE VITA, V., HELLMAN, D. & ROSENBERG, S. 1985. *AIDS: Etiology, diagnosis, treatment and prevention*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES; OFFICE OF AIDS. 1992. *California HIV/AIDS Update*. July, 5(3).
- DERDIARIAN, A.K. 1990. Comprehensive assessment of AIDS patients using the behavioural systems model for nursing practice instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 15:436-446.
- DIE VOLKSBLAD. 1996. *Besmetting met MI-Virus styg skerp*. 14 Februarie, p.3.
- DILTHEY, W. 1961. *Pattern and meaning in history*. New York: Harper & Row.
- DOOYEWEERD, H. 1955. *A new critique thought II*. Philadelphia: The Presbyterian and Reformed Publishing Company.

- DOOYEWEERD, H. 1960. *In the twilight of Western Thought*. Philadelphia: The Presbyterian and Reformed Publishing Company.
- DOOYEWEERD, H. 1936. *Het dilemma voor het Christelijk denken en het critisch karakter van de Wijsbegeerte der Wetsidee*. Philadelphia: The Presbyterian and Reformed Publishing Company.
- DORMAN, M.D., FORREST RILEY, M. & JONES, J. 1990. *Philosophy for nursing*. 2nd ed. London: The Riverside Health Authority.
- DUNBAR, S. & REHM, S. 1992. On visibility: AIDS, deception by patients and the responsibility of the doctor. *Journal of Medical Ethics*, 18:180-185.
- DURHAM, J.D. & COHEN, L. 1991. *The person with AIDS: Nursing perspectives*. New York: Springer.
- DWORKIN, J. 1992. AIDS education for health care professionals in an organizational or systems context. *Public Health Report*, 107(6):668-674.
- EDITORIAL. 1995. Impact of HIV on delivery of health care in sub-Saharan Africa: A tale of secrecy and inertia. *The Lancet*, 345(8961):1315-1317.
- ELLIOTT, A.E. & LUO, N. 1990. Impact of HIV on tuberculosis in Zambia: A cross sectional study. *British Medical Journal*, 301(6749):412-415.
- EVIAN, C. 1993. *Primary AIDS care*. 1st ed. Cape Town: Edson Clyde Press.
- FARTHING, C.F. & BROWN, S.E. 1987. *A colour atlas of AIDS*. London: Wolfe Medical Publishers.
- FAUCI, A.S. 1988. The Human Immunodeficiency Virus: Infectivity and mechanisms of pathogenesis. *Science*, 239:617.

- FERREIRA, M. & MOUTON, J. 1988. *Introduction to qualitative research methods, Module 3*. Human Sciences Research Council.
- FIELD, P.A. & MORSE, J.M. 1990. *Nursing research. The application of qualitative approaches*. London, New York: Chapman & Hall.
- FIRN, S. 1995. Nurses' role in supporting people who are HIV positive. *Nursing Times*, 91(12):37-39.
- FOLKS, T.M., KESSLER, S.W. & ORENSTEIN, J.M. 1988. Infections and replication of HIV-1 in purified progenitor cell of human bone marrow. *Science*, 242:919.
- GALLIN, J. & FAUCI, A. 1985. *AIDS: Advances in Host defense Mechanisms*. New York: Raven press.
- GEE, G. & MORTON, T.A. 1988. *Concepts in nursing practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- GEORGE, R. 1990. Care of patients with late stage HIV infection and AIDS. *Cancer Care*, 7(1):6-10.
- GERDES, L.C. 1990. *Die ontwikkelende volwassene*. Durban: Butterworths.
- GETTRUST, K.V. & BRABEC, P.D. 1992. *Nursing diagnosis in clinical practice*. USA: Delman Publishers.
- GHIRON, L., DWYER, J. & STOLLMAN, L.B. 1990. Nutrition support of the HIV-positive, ARC and AIDS patient. *Clinical Nutrition*, 8:63-113.

- GILLIN, J.S., SHIKE, M. & ALCOCK, N. 1985. Malabsorption and mucosal abnormalities of the small intestine in Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals Internal Medicine*, 102:619.
- GIORGI, A. 1970. *Psychology as a human science: A phenomenologically based approach*. New York: Haper & Row.
- GOTTLIEB, M. & JEFFRIES, D. 1987. *Current topics in AIDS, Vol. 1*. Chichester: John Wiley & Sons.
- GREENSPAN, J.S. & GREENSPAN, D. 1992. Oral complications of HIV infection. In: Sande, M.A. & Volberding, P.A. *The medical management of AIDS*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- GREGORY, P. & STEWART, P. 1987. Nurses and traditional healers: Now is the time to speak. *The Canadian Nurse*, 83(8):25-27.
- GROENEWALD, M. 1993. VIGS: Die etiese implikasies. *RSA Verpleging*, 8(7):22-23.
- GRUNFELD, C. & PALLADINO, M.A. (jr.) 1990. Tumor necrosis factor: Immunologic, antitumor, metabolic and cardiovascular activities. *Advances in International Medicine*, 3:45-71.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. 1988. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossen-Bass.
- GUBA, E.G. 1981. Criteria for assessing the truthworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Resources Information Centre Annual Review Paper*, 29:75-91.

- HAAK FLASKERUD, F. 1988. *AIDS/HIV infection: A reference guide for nursing professionals*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- HALL, A.B. 1994. Ways of maintaining hope in HIV disease. *Research in Nursing and Health*, 17:283-293.
- HEDGE, B. 1991. Councelling. *Medical Chronical*, 4:6.
- HEIMAN, K.W. 1994. Confidentiality, AIDS and the family. *Health and Hygiene*, 5(6):10-11.
- HERTH, K. 1990. Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15:1250-1259.
- HEWITT, H.H. 1993. Educating nurses to change their attitudes about caring for patients with HIV/AIDS. *International Nursing Review*, 40(5):144-149.
- HO, D.D., POMERANTZ, R.J. & KAPLAN J.C. 1987. Pathogenesis of infection with Human Immunodeficiency Virus. *New England Journal Medicine*, 317:278.
- HO, D.D., ROTA, T.R. & HIRSCH, M.S. 1986. Infection of monocyte/macrophages by human T-lymphotropic virus type III. *Journal of Clinical Investigation*, 77:1712.
- ICN/WHO. 1988. *Guidelines for nursing management with human immunodeficiency virus*. Geneva: International Council of Nurses World Health Organization.
- INSTITUTE OF MEDICAL ETHICS WORKING PARTY ON THE ETHICAL IMPLICATIONS OF AIDS. 1992. AIDS, ethics and clinical trails. *British Medical Journal*, Sept.; 305:699-701.

- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). 1988. *Confronting AIDS: Update*. Washington, DC: National Academy of Science.
- JACOBSEN, L. & VESTI, P. 1989. Treatment of torture survivors and their families: The nurse's function. *International Nursing Review*, 36(3):75-80.
- JOHNSON, J. 1991. Learning to live again: The process of adjustment following a heart attack. In: Morse, J. & Johnson, J. (Eds.) *The illness experience: Dimensions of suffering*. Newbury Park: Sage.
- KALSBECK, L. 1975. *Contours of a Christian philosophy*. Toronto: Wedge Publishing Foundation.
- KERLINGER, F.N. 1986. *Foundations of behavioral research*. 3rd ed. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- KESTEL, S.T. 1990. Domiciliary nebulized pentamidine for secondary prophylaxis against *Pneumocystis carinii*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(1):57-69.
- KIELHOFNER, G. 1982. Qualitative research: Part one: Paradigmatic grounds and issues of reliability and validity. *Occupational Therapy Journal of Research*, 2:67-79.
- KIM, H.S. 1983. *The nature of theoretical thinking in nursing*. Norwalk: Appleton-Century-Croft.
- KNAFL, K. & BREITMAYER, B.J. 1989. Triangulation in qualitative research: Issues of conceptual clarity and purpose. In: Morse, J. (Ed.) *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Aspen: Rockville, MD.

- KOENING, S., GENDELMAN, H.E. & ORENSTEIN, J.M. 1986. Detection of AIDS virus in macrophages in brain tissue from AIDS patients with encephalopathy. *Science*, 233:1089.
- KOYANOGLI, Y., O'BRIEN, W.A. & ZHAO, J.Q. 1988. Cytokines alter production of HIV-1 from primary mononuclear phagocytes. *Science*, 241:1673.
- KREFTING, L. 1991. Rigor in qualitative research: The assessment of truthworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(3):214-222.
- KüBLER-ROSS, E. 1975. *Death: The final stage of growth*. New York: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- KüBLER-ROSS, E. 1975. *On death and dying*. New York: MacMillan.
- LACHMAN, S.J. 1988. *The acquired Immunodeficiency Syndrome*. Lennon Ltd. Currency Consulting (Pty) Ltd.
- LACHMAN, S.J. 1991. *AIDS in the 1990's*. Lennon Ltd. Currency Consulting (Pty) Ltd.
- LACHMAN, S.J. 1991. *The emergent reality of heterosexual HIV/AIDS*. SA: Lennon Limited Currency Consulting (Pty.) Ltd.
- LAURENCE, J. 1985. The immuun system in AIDS. *Scientific American*, 253(6):84-93.
- LEE, M.R., HO, D.D. & GURNEY, M.E. 1987. Functional interaction and partial homology between Human Immunodeficiency Virus and neuroleukin. *Science*, 237:1047.

- LEIGH, J.P. & LUBECK, D.P. 1995. HIV infected persons work similar work hours compared to other groups. *AIDS Scan*, 7(3):6-7.
- LEININGER, M. 1988. Leininger's theory of nursing: Culture care diversity and universality. *Nursing Science Quaterly*, 1(4):152-160.
- LETVIN, N.L. 1991. A 45-year old man with HIV infection, an epidural mass and a history of treated pulmonary tuberculosis and a seminoma. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 1 of 1991. *New England Journal of Medicine*, 324(1)42-51.
- LEWIS, A. 1988. *Nursing care of the person with AIDS/ARC*. Aspen: Rockville Maryland.
- LIBMAN, H. 1993. Pathogenesis, natural history and classification of HIV infection. *Critical Care Clinics*, 9(1):13-27.
- LIEBERMAN, J.C. 1988. Home health care and hospice for people with HIV infection. In: Gere, G. *AIDS concepts in nursing practice*. USA: Williams & Wilkins.
- LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.A. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Stage.
- LUCIW, P.A. & LEVY, J.A. 1987. Mutational analysis of the Human Immunodeficiency Virus: The of-B region down-regulates virus replication. *Science*, 84:1434.
- MacINTYRE, R. & TUELLER, B. 1988. Nursing care planned for people with HIV infection. In: Gee, G. & Morton, T.A. 1988. *Concepts in nursing practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- MacKLLIN, R.C. 1988. AIDS: Implications for families. *Family Relations*, 37:141-149.
- MACKS, J. 1989. *The psychological needs of people with AIDS. In face to face: A guide to AIDS counselling*. California: AIDS Health Project, University of San Francisco.
- MARCUS, G.E. & FISHER, M.J. 1986. *Anthropology as culture critique. An experimental movement in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- MARRINER-TOMEY, A. 1989. *Nursing theorists and their work*. St. Louis: The CV. Mosby Company.
- MAY, K.A. 1989. Interview techniques in qualitative research: Concerns and challenges. In: Morse, J. (Ed.) *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Aspen: Rockville, MD.
- McCONOCHIE, A. 1994. Care of emotional and physical pain in a client with HIV. *Nursing Times*, 90(33):36-37.
- McDOUGAL, J.S., KENNEDY, M.S. & SLIGH, J.M. 1986. Binding of HTLV-III LAV to T₄ cells by a complex of the 110K viral protein and the T₄ molecule. *Science*, 231:382.
- McMURRAY, A. 1993. *Community health nursing primary health care in practice*. 2nd ed. Melbourne: Churchill Livingstone.
- MELBYE, M., BIGGER, R. & EBBESEN, P. 1986. Long term seropositivity for HIV-III in homosexual men without the Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome. Development of immunologic and clinical abnormalities. *Annals of Internal Medicine*, 4(104):496-499.

- MEYER, C. 1993. "End-of-life" care: Patients' choices, nurses' challenges. *American Journal of Nursing*, Febr., 40-47.
- MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. 1984. *Qualitative data analysis*. 2nd ed. London: Sage Publications Ltd.
- MILLER, D., WEBER, J. & GREEN, J. 1988. *The management of the AIDS patient*. London: MacMillan Press.
- MILLER, S. 1991. Foreword. *Medical Chronical*, 1.
- MITCHELL, 1993. Living paradox in Parse's theory. *Nursing Science Quarterly*, 6(1):44-51.
- MITCHELL, G.J. & COPPLESTONE, C. 1990. Applying Parse's theory to peri-operative nursing. *Association of Operating Room Nurse Journal*, 51(3):787-798.
- MORRISON, C. 1993. Delivery systems for the care of persons with HIV infection and AIDS. *Advances in Clinical Nursing Research*, 28(2):317-333.
- MORSE, J. (ed.) 1989. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Aspen, Rockville, MD.
- MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1989. *Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe*. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.
- MUNODAWAFA, D. & BOWER, D.A. 1993. Perceived vulnerability to HIV/AIDS in the US and Zimbabwe. *International Nursing Review*, 40(1):13-24.

- MURPHY, P. 1986. Pastoral care and persons with AIDS. *The American Journal of Hospice Care*, 3(2):38-40.
- NACOSA. 1994. I am HIV positive. *AIDS Tale*, March, 5.
- NATIONAL CENTRE FOR NURSING RESEARCH. 1990. *Priority expert panel on HIV infection: Delivery of nursing care: HIV infection: prevention and care*. Bethesda: National Centre for Nursing Research.
- NEWS. 1995. AIDS: 700 new infections each day. *Health and Hygiene*, 6(2):2.
- NICHOLSON, W.D. & LANG, B.C. 1990. Self-esteem, social support, internalized homophobia and coping strategies of HIV and gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58:873-876.
- NKOWANE, A.M. 1993. Breaking the silence: The need for counselling of HIV/AIDS patients. *International Nursing Review*, 40(1):17-24.
- NOKES, K.M. & CARVER, K. 1992. The meaning of living with AIDS: A study using Parse's theory of Man-Living-Health. *Nursing Science Quarterly*, 4(4):175-179.
- OILES, C. 1982. The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research*, 31(3):178-181.
- OMERY, A. 1983. Phenomenology: A method for nursing research. *Advanced in Nursing Science*, 5(2):49-63.
- OSTROW, D., SOLOMON, S. & MAYER, K. 1987. *AIDS: Information for the practicing physician*. Chicago: AMA.
- PARSE, R.R. 1981. *A theory of nursing*. New York: John Wiley & sons.

- PARSE, R.R. 1987. *Nursing science major paradigmas, theories and critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- PARSE, R.R. 1989. Man-living-health. A theory of nursing. In: Riehl-Sisca, J.P. (ed.) *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange.
- PARSE, R.R., COYNE, A.B. & SMIT, M.J. 1985. Nursing research: Qualitative and practical application. *American Journal of Orthopsychiatric*, 58(2):281-287.
- PARSE, R.R., COYWE, A.B. & SMIT, M.J. 1985. Qualitative methods. *Nursing Research*, 9-13.
- PATTON, M.Q. 1980. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- PECK, K. & JOHNSON, S. 1990. The role of nutrition in HIV infection. A report of the working party of AIDS intevert group of the BDA. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 3:147-157.
- PHILLIPS, J.R. 1987. A critique of Parse's man-living-health theory. In: Parse, R.R. (ed.) *Nursing science major paradigmas, theories and critiques*. London: W.B. Saunders Company.
- PHOENIX, P. 1989. Alive with AIDS. *Daedalus*, 118(2):85-92.
- PIZZI, M. 1992. Women; HIV infection and AIDS. Tapestries of life, death and empowerment. *American Journal of Occupational Therapy*, 46:1021-1027.
- POLIT, D.F. & HUNGLER, P. 1993. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

- POOLE, L.E. 1988. Woman and HIV infection. In: Gee, G. & Morton, T.A. 1988. *Concepts in nursing practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- POPULATION REPORTS. 1989. AIDS education - a beginning. *World Health Organisation*, L (8):1-27.
- PRATT, R. 1995. *HIV & AIDS: A strategy for nursing care*. 4th ed. London: Edward Arnold.
- PSATHAS, C. 1978. *Phenomenological sociology: Issues and applications*. New York: Wiley & Sons.
- PUNCH, M. 1991. *The politics and ethics of fieldwork*. 4th ed. London: SAGE Publications Ltd.
- QUILL, T. & TOWNSEND, P. 1991. Bad news: Delivery, dialogue and dilemmas. *Archives Internal Medicine*, 151:463-468.
- REDFIELD, R.R. & BURKE, D.S. 1988. HIV infection: The clinical picture. *Scientific American*, 259(4) : 70-131.
- REID, J. & TROMPF, P. (Eds.) 1991. *The health of aboriginal Australia*. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich.
- ROBERT, R.R. 1988. The T₄ lymphocyte in AIDS. *New England Journal of Medicine*, 320(22):74.
- ROSENBERG, J. 1992. Working with denial: A critical aspect in AIDS risk intervention. *Social Work in Health Care*, 17(2):11-25.
- RUGG, D.L. & ROBIN, J. 1992. Evaluating the CDC programme for HIV counselling and testing. *International Nursing Review*, 39(2):157-160.

- SADOVSKY, R. 1991. Psychosocial issues in symptomatic HIV infections. *American Family Physician*, 44(6):2065-2072.
- SANDELOWSKI, M. 1986. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8:27-37.
- SARV. 1988. Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.
- SCHMIDT, J. 1993. John had AIDS - and one romantic wish. *Nursing*, 23(1):55-56.
- SCIENTIFIC AMERICAN, 1988. *A Single Topic Issue*, p.43.
- SEARLE, C. & PERA, S. 1993. *Professionele praktyk*. Durban: Butterworths.
- SELIGMANN, M.E., PINCHING, A.J. & ROSEN, F.S. 1987. Immunology of Human Immunodeficiency Virus infection and the Acquired Immunodeficiency Syndrome: An update. *Annals of Internal Medicine*, 107:234.
- SELYE, H. 1985. *Stress without distress*. New York: The New American Library, Inc.
- SIEGEL, P. 1979. Homophobia: Types, origins, remedies. *Christianity and Crisis*, 39(12):280-284.
- SIMS, R. & MOSS, V.A. 1995. *Palliative care for people with AIDS*. 2nd ed. London: Edward Arnold.

- SMALL, P.M. & SCHECTER, G.F. 1991. Treatment of tuberculosis with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 324(3):289-294.
- SMIT, J.H. 1985. *Etos en etiek*. Bloemfontein: Patmos.
- SMITH, M.Y., KNICKMAN, R. & OPPENHEIMER, L.M. 1992. Connecting the disconnected: Adult day care for people with AIDS in New York City. *Health and Social Work*, 17(4):273-281.
- SOLOWAY, B. & HECHT, F.M. 1990. Establishing a primary care relationships. *AIDS Clinical Care*, 2(11):97-98.
- SPARKS, B.L.W. 1993. *Foreword in primary AIDS care by C. Evain*. Johannesburg: Jacana.
- SPIER, A. & EDWARDS, M. 1990. *Facing AIDS - A strategy manual*. Syncom Publications.
- SPIER, J.M. 1975. *An introduction to Christian philosophy*. Philadelphia: Presbyterian and Reform Publications.
- STEPHEN, S. 1994. Lessons from Zimbabwe. *Nursing Times*, 90(21):46-48.
- STITES, R., STOBO, J. & WELLS, J. 1987. *Basic and clinical immunology*. 6th ed. Lange Medical Publishers.
- STRAUSS, D.F.M. 1975. *The central religious community of mankind in the philosophy of the cosmonomic idea*. Philadelphia: Presbyterian and Reform Publications.
- STRAUSS, D.F.M. 1978. *Inleiding tot die kosmologie*. Bloemfontein: Sacum Beperk.

- STREBEL, A. 1993. Good intentions, contradictory outcomes AIDS prevention and care for South African women. *Psychosocial Nursing*, 4(1):22-25.
- STREBEL, K., KLIMAT, T. & MARTIN, M.A. 1988. A novel gene of HIV-1, vpu, and its 10-kilodalton product. *Science*, 241:1221.
- STREICHAN, H. & JOYNT, R.J. 1986. HTLV-III/LAV and the monocyte/macrophage. *Journal American Medical Association*, 256:2390.
- STULBERG, I. & BUCKINGHAM, S.L. 1988. Parallel issues for AIDS patients, families and others. *Journal of contemporary Social Work*, June, 355-359.
- SWANSON, J.M. & CHENITZ, C. 1993. A critical review of human immunodeficiency virus infection - and acquired immunodeficiency syndrome - related research: The knowledge, attitudes and practice of nurses. *Journal of Professional Nursing*, 6(6):341-355.
- TAALKOMMISSIE, 1992. Afrikaanse woordelys en spelreëls. Tafelberg.
- TIBESAR, L. 1986. Pastoral care: Helping patients on an inward journey. *Health Progress*, 67(4):41-47.
- TURTON, P. & ORR, J. 1993. *Learning to care in the community*. 2nd ed. London: Edward Arnold.
- UYS, L.R. & MULDER, M. 1991. *Verpleegkunde: Menslike Wetenskaplike gesondheidsorg*. Pretoria: HAUM.
- UYS, L.R. & SMIT, J.H. 1985. *Kliniese etiek. 'n Christelike benadering*. Kaapstad: Juta.
- VAN DYK, A.C. 1993. *AIDS: The health care challenge*. 2nd ed. Pretoria: Alteks Publishers.

- WALKER, L.O. & AVANT, K.C. 1988. *Strategies for theory construction in nursing*. California: Appleton & Lange, San Mateo.
- WEBER, J.N., CLAPMAN, P.R. & WEIS, R.A. 1987. Human Immunodeficiency Virus infection in two cohorts of homosexual men: Neutralising sera and association of anti-gag antibody with prognosis. *The Lancet*, 1:19.
- WEINBERG, D.S. & MURRAY, H.W. 1987. Coping with AIDS. The special problems of New York City. *New England Journal of Medicine*, 317(23):1469.
- WHIMBEY, E., GOLD, J.W.M. & POLSKY, B. 1986. Bacteremia and fungemia in patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 104:511.
- WILKIE, P.A., MARKOVA, I., NAJI, S.A. & FORBES, C.D. 1990. Daily living problems of people with haemophilia and HIV infection: Implications for counselling. *International Journal of Rehabilitation Research*, 13:15-25.
- WIMPENNY. 1993. The paradox of Parse's Theory. *Senior Nursing*, 13(5):10-13.
- WOODS, N.F. & CATANZARO, M. 1988. *Nursing research: Theory and practice*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 1993. Current status of AIDS epidemic. *Universitywide AIDS Research Program*, 1-10.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 1993. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic.
- ZELEWSKY, M.G. 1992. Common ground. The nurse's role in caring for terminally ill patients with cancer or human immunodeficiency virus disease. *Home Health Care*, 10(4):12-17.
- ZELEWSKY, M.G. 1995. Women living with the human immunodeficiency virus: Home care needs. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 24(2):165-172.

OPSOMMING

VERPLEEGSORGBEHOEFTE VAN HIV POSITIEWE PASIËNTE

Petro Basson

HIV infeksie veroorsaak VIGS, 'n oordraagbare, stigmatiserende en terminale siekte. Dit lei tot die progressiewe agteruitgang van die immuunsisteem wat in die dood eindig. HIV infeksie raak die mens in sy totale wese. Nog nooit in die totale geskiedenis is gesondheidswerkers op so 'n drastiese wyse uitgedaag om verby 'n siekte te kyk en 'n holistiese benadering tot gesondheid te aanvaar, soos in die geval met VIGS nie.

Die navorsing het in twee fases geskied.

Die eerste fase van die navorsing behels die verkenning en beskrywing van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefte asook verpleegkundiges se sienings daarvan. Die seleksie van verpleegkundiges en pasiënte is deur doelgerigte seleksie bepaal.

Die navorser het in hierdie studie die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte vasgestel deur in-diepte onderhoude met hulle te voer. Verpleegkundiges se sienings ten opsigte van die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte is ook deur in-diepte onderhoude vasgestel. Onderhoude is op band geneem en daarna getranskribeer. Data analise is aan die hand van Giorgi se model gedoen. Nadat data-analise gedoen is, is die resultate met literatuur gekontroleer en geverifieer. Bogenoemde prosesse is binne die filosofiese begroning van die navorser, naamlik die Christelike antropologie voltooi.

Verskeie behoeftes en probleme ten opsigte van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefte is geïdentifiseer. Verpleegkundiges het ook probleme ondervind in die lewering van verpleegsorg. Die primêre probleme wat verpleegkundiges ondervind het, was onvoldoende kennis in verband met HIV en VIGS asook 'n tekort aan tyd om kwaliteit verpleegsorg te lewer.

Fase twee: Uit die inligting wat vanaf HIV positiewe pasiënte, verpleegkundiges en literatuur ingewin is, is 'n verpleegsorgmodel opgestel om aan die verpleegsorgbehoefte van HIV positiewe pasiënte te voorsien. Die model maak voorsiening dat die toepassing daarvan op enige stadium van die HIV positiewe pasiënt se siekteverloop, toegepas kan word.

Die gesin, gemeenskap, gemeenskapsbronne en die multidissiplinêre span figureer binne hierdie model. Die verpleegkundige is egter die hoofrol speler in die model. Die model word deur die 15 werklikheidsaspekte van Dooyeweerd omgrens wat daarop dui dat HIV positiewe pasiënte volgens 'n holistiese benadering verpleeg word.

Die beskrywing en verkenning van die konsepte van toepassing op die model het geskied met behulp van teoriegenerering soos beskryf deur Marriner-Tomey (1989:5), Woods en Catanzaro (1988:20), Walker en Avant (1988:10) en Kim (1983:131).

Hierdie middel-reeks teoretiese model is ontwerp om die taak van die verpleegkundige in die praktyk te vergemaklik en ook om kwaliteit verpleegsorg aan die HIV positiewe pasiënte te lewer.

ABSTRACT

NURSING CARE NEEDS OF HIV POSITIVE PATIENTS

Petro Basson

HIV infection causes AIDS, a communicable, stigmatised and terminal disease. It leads to the progressive deterioration of the immune system that ends in death. HIV infection affects the total human being. Never in history were health care workers so drastically challenged to look beyond an illness and to take on a holistic approach to health, as in the case with AIDS.

The research was done in two phases.

The first phase was the reconnaissance and description of HIV positive patients' nursing care needs as well as nurses' view thereof. The selection of nurses and patients were done by purposiveness selection.

The researcher has established the nursing care needs of the HIV positive patient in the study by in-depth interviews. Nurses' views of the nursing care were also obtained through in-depth interviews. Interviews were recorded on tape and were transcribed afterwards. Data analysis was done according to Giorgi's model. After data analysis had been done, the results were controlled and verified with the literature. The abovementioned processes were completed according to the philosophic foundation of the researcher, namely the Christian anthropology.

Several needs and problems of the HIV positive patients with regard to their nursing care were identified. Nurses also experienced problems in the delivery of their nursing care.

The primary problems that nurses experienced were, a lack of information about HIV and AIDS as well as limited time to deliver quality nursing care.

Phase two: From the gathered information from HIV positive patients, nurses and literature, a nursing care model was compiled to provide in the needs of the HIV positive patients. The model makes provision for application in any stage of AIDS.

The family, community, resources and the multi-disciplinary team feature in this model. The nurse is the key role player in the model. The model is framed by the 15 aspects of Dooyeweerd and therefore shows that the HIV positive patient is nursed according to the holistic approach.

The description and reconnaissance of the concepts applicable to the model were done according to the theory generated by Marriner-Tomey (1989:5), Woods and Catanzaro (1988:20), Walker and Avant (1988:10) and Kim (1983:131).

This middle range theoretical model was compiled to ease the task of the nurse in practice and also to deliver quality nursing care to HIV positive patients.

BYLAAG A

Onderhoud van pasiënt

(Die navorser sal as "I" en die respondent as "B" aangedui word.)

- I: Baie dankie dat jy ingewillig het om met my te praat. Ek het reeds alles aan jou verduidelik. Is daar van jou kant af nog iets wat jy wil vra?
- B: Nee ek wil net vra, die werk wat mevrou nou doen is dit vir die algemeen of hoe?
- I: Ek doen 'n studie en dan skryf ek 'n program vir suster om vir hulle te verduidelik hoe hulle eindelijk 'n VIGS pasiënt moet verpleeg, want dan is dit maklik vir my, want ek het met julle gesels en julle sal mos die beste weet hoe julle verpleeg wil word. Al die susters kan dit dan gebruik. Ek werk nou eers vir myself en dan uit die werk gaan 'n stuk kom wat ek vir al die susters kan gee wat dit wil hê. Verstaan jy nou?
- B: Ek verstaan nou duidelik.
- I: Vertel asseblief vir my hoe word jy nou verpleeg vandat jy HIV positief is.
- B: Menende nou in die verlede of op die oomblik.
- I: Albei?
- B: Op die oomblik is ek nou baie bly, want op die oomblik is ek nou onder sekerlike, lat ek nou sê, onder verskillende verpleegsters. By die hospitaal ken hulle my nou en as ek nou inkom, is hulle nou altyd bly vir my. As ek nou vir hulle probleme sê, dan luister hulle nou en hulle help vir my. Behalwe van die mense van die hospitaal daar is nou die mense van ATICC wat ook vir my mooi gee in verband die siekte. Dan is daar Hospice se mense. Mense wat ons voor gedurig kuier. Mense wat gedurig agter my kyk

en daarom, op die oomblik, ek voel dat ek is gesond. Ek kry ook die moed om te vergeet van hierdie dinge, van die HIV en die dinge en voel ek ook soos ander mense.

(Stilte)

I: Het jy op hierdie stadium enige siektes, pyne of iets wat nie lekker is nie?

B: Op die oomblik sal ek sê, ek sien van die simptome wat uitkom, maar hulle is rereg baie, baie min.

I: Min.

B: Baie min. Soos miskien, soos daai maagwerkings is nou klaar. Die geswetry in die nag is nou klaar. Die ding wat my nou die dag gepla het, was die puisietjies wat hier uitkom. Maar nou die dag was ek by die hospitaal en hulle het vir my 'n self gegee en nou is alles weer reg.

I: Verstaan ek reg dat hulle jou help en na jou kyk as jy siek is?

B: Alles.

(Stilte)

I: Jy het gesê as jy probleme het dan kom jy by Hospice en dan praat hulle met jou.

B: Ja... en 'n ander ding wat ek nou meer punte kan gee vir Hospice is die dat Hospice se mense as jy,... as jy nou 'n geval is, hulle probeer al die tyd om

vir jou te help i.v.m. die bekostiging van die huise en so miskien kos en geld. Laat ek sê, ek voel soos ander mense.

I: Is daar iets wat jy sou wou hê die suster moet vir jou meer doen. Hoe wil jy verpleeg word. Verpleeg hulle soos wat jy wil hê of is daar ander goed wat jy wil hê?

B: Om die waarheid te sê, hulle verpleeg my soos wat ek wou gehad het. Soos dat ek nou gesond is. Rêrig op die oomblik ek voel gesond deur hulle. Soos die wat ek nou vir hulle kan sê, ek moedig hulle dat hulle nie net vir my kan kyk nie, maar dat hulle die agter my ook kan kyk.

I: Het die suster jou ook geleer om die regte kosse te eet, en water te drink en hoe om jou mooi skoon te hou of het jy dit geweet?

B: Nee, hulle het my geleer. Alhoewel die weet ek van om dit te doen, maar die meeste is van hoe hulle my gemoedig het om dit te doen. Hier het ek nou gesien, soos ek nou hulle reëls volg lewe ek nou net beter as nou daardie vorige keer.

I: So, hulle help jou.

B: Hulle help my mooi.

(Lang stilte)

I: Is daar nog iets wat jy vir my wil vertel?

B: In verband met...., ek moedig hulle dat hulle nie moet moeg raak vir die pasiënte, want ons pasiënte met HIV ons is mense, partykeer metuuh,

soos een van die simptome van vergeetagtig. Hulle moet dan rerig 'n lang hart het, want dit is party keer 'n ding wat, wat jy kan doen aspris, maar party keer jy het dit rerig vergeet. Nee, ek moedig hulle en lat die Here saam met hulle kan wees en dan lat hulle so kan harder werk.

I: Dit is vir my vreeslik mooi dat jy sê dat jy hulle aanmoedig met die Here. Kry jy die dominee of iemand anders wat soms saam met jou bid?

B: Party keer ons kry hulle, maar gewoonlik soos 'n mens nou kerk loop.... Maar byvoorbeeld soos Hospice daar is 'n kerk daar onder. Nou die dag het ons die werk gehad van ons moes die kinders doop. So dit bewys dat die mense jou altyd saam met gebed loop. Enige tyd.

I: Voordat jy HIV positive geword het, het jy ook kerk geloop?

B: Om waarheid te sê, ek het kerk geloop, maar nie so gedurig soos nou nie. Wat ek nou, die tyd toe ek nou by isolasie uitgekom het, waar hulle my nou toegesluit het, het hulle nou net vir my die bybel gegee. So ek het die bybel daar nou so gelees en bestudeer en so verder van daar af as ek nou nie 'n idee gehad het nie, het ek maar nou net gebid. Die Here het vir my gewys dat jy 'n lang lewe met HIV het.

I: Hoekom was jy by die isolasie?

B: Dit is gedurende die tyd dat hulle uitgevind het van die HIV, maar ongelukkig was ek nou 'n gevangene. Dit is die ding wat hulle my gesit het by die isolasie.

(Lang stilte)

I: Baie dankie. Is daar nog iets wat jy my wil vertel?

B: Ek kan net sê dat die verpleegsters is nou gewillig om ons pasiënte van HIV te help, maar ons het nou die probleem. Die meeste van ons, ons steek dit weg. Dan kom ons nou eers uit as ons dodelik siek is. Dan gee ons nou die verpleegsters weer ander werk om te laat opstaan waarsy nou gewees het die vorige tyd. So, ek bemoedig die pasiënte dat hulle ook moet..., dat hulle hulle ook nie moet wegsteek nie. Dit is die wat ek nou uitgevind het, indien..., as 'n mens nou die siekte wegsteek dis hoe jy nou nader gaan na die graf.

I: So dit help om daaroor te praat?

B: Dit help om te praat. Dit help ook om medisyne te kry, want meeste van ons, ons sê net ons is siek - my kop is seer of my maag werk, dan sommer iemand wat by die huis is, die mummie, gee sommer die verkeerde medisyne. Ons moet seblief vir onself sê, ons pasiënt, dat ons..., ons moet uitwys vir die mense wat weet.

(Stilte).

I: Baie dankie.

BYLAAG B

Onderhoud met verpleegkundige

(Die navorsers sal as "I" en die respondent as "R" aangedui word.)

I: I have already explain the purpose of the study to you. Please tell me how you nurse an AIDS patient.

R: At home?

I: Yes, at home.

R: Usually we have AIDS patients. We don't have enough time to go to them, but when we are with them, first of all, we reassure them. That is most important then when we visit a patient we will assure the patient, that he is still a human being, he can live like other people. Due to the shortage of time we don't, we find them cleaned by their family. So we take care and find out about their diet. Most important thing is a proper diet because their nutritional status is very poor. And there might be complaints. Usually you will find that the patient can not walk in his condition. We taught the relatives to do exercises, to let the patient do exercises in bed so that he doesn't suffer from stiffness and other problems, because most of them, you will find will complain of sore feet. Most of the AIDS patients that I work with complain of sore feet. You find a patient and ask how you are, he will tell you "Au my feet are so sore". I wonder, because we don't get that written down that a another symptom is that they suffer of sore feet, but most of them that I nurse complain of sore feet.

I: Is that the sole of the feet or the whole feet.

R: The whole feet. They will say " So, my feet are so sore". I wonder what that can be, because they are in bed they are not walking, but now they complain their feet are sore and even the joints of the feet. SO we will care

for that and care for the diet and exercise them and see that their bed is clean and that the family is accepting them. We find out from the family what's - we've got one patient that was suffering from depression. Everyone didn't get into the room he was, so it was pointed to us. We went and talk to the family and tell them they must accept the patient. He wouldn't infect them as long as they do not come in contact with the fluids.

I: Do I understand you correct if you say the patient was depressed because the family did not enter his room.

R: Yes, yes. So ever they was running away from him. They thought that if they just enter the room they will be infected. So I talk to the family and explained and it was the younger members and not the others, it was the teenagers. It was a family of teenagers and middle-aged. So the family was satisfied and stayed in one house together. So that was a problem of a patient but we could succeed in convincing them and give them health education and see that they wouldn't be affected.

I: Is there anything else that you do for the patient.

R: Yes, like disability. Disability grounds. We arrange some disability funds for some patients and it was an success.

I: Sister, in the beginning you've said that the AIDS patient must also live like any other human being. What did you mean by that?

R: That they live like any other human being. I knew that they usually think they already, you know, they are nothing, so they consider themselves being very inferior, so that they are just like animals or something like that, so that is way I expressed that they must been seen like any other human

being and more specially the family must know, it must remember that they can make the patient feel very useless, so we encourage them to be proud of themselves and take it like any disease like TB like anything. Yes, yes.

I: Is there something else that you want to tell me how you nurse an AIDS patient.

R: A.... With the family members, more specially those that can do no more anything for themselves, we give bed baths. So far I've given plastic hand gloves to one lady who was washing an AIDS patient, a very ill patient. So she was coming in contact with fluids, body fluids of that patient. So I gave her the gloves and just advice her about the body fluids that can infect her, nothing else. And if she's got the cut but if she hasn't got any cut or cold, so she wouldn't be affected. And or I've told the lady that she must burn all the material that she used. Things like cotton or something like that. Things that she used for the fluids she must burn them and not discard them, because it may came in contact with other patients.

I: Anything else that you can tell me...

R: I wasn't prepared, so I don't know

I: Sister, tell me how do you think must this AIDS patient be nursed.

R: Au, that one that is unable tot walk.

I: Any AIDS patient

R: Any Aids patient , mmmm.

I: Maybe something that you don't do or wish to do. You said in the beginning you don't have enough time

R: Time, yes, yes. I think that in the future there should be enough time for this patients, they are very neglected, really. Cause we have this fight with time that we visit per week. We see them twice or so per week. So many we see them after two weeks or after a month so I think if this patient can have nurses that are really dealing with them. what I discovered is that this patient, you see, from being HIV, if I take blood from the patient, I found that it is positive, I counsel her. What see need is, no... They become more free. They become more free if you , ...if one nurse, is the one that solve the problems or anything. They take it as something confidential. That specific nurse. We find that when a client return , he will ask for sister so and so. When you are not in he will say "O.K.. I will come when she is there". She will never go to the other sisters. In fact we as nurses we all know he is an AIDS patient, but they feel more comfortable with their own nurse by that person that told her that she is HIV positive.

I: Do I understand you correctly if you say that confidentially and the relationship between the nurse and the patient is important.

R: It is very much important. You know even if the other nurses maybe can help that patient, but if you the person that counsel her, you know you are very much closer to her. You show that sympathy, everything. She become more comfortable and what else I discover is that when your are with an AIDS patient make sure you don't go to the neighbours next door. You see with like an home visit, if you visit that AIDS patient , later that day you will only go to that house and then come straight to the clinic or rather do a home visit far away from that neighbourhood.

I: Why do you say that?

R: What I've notice with this patients is, if you can go to this patient and after that go next door, they think that you go to tell the neighbours that, from their AIDS patient. The family feel very much uncomfortable and inferior as if other people know. You know people have not accept this disease, so they still believe in confidentially. So maybe you are doing a home visit to see a child or so but they think that you told the neighbour. Maybe some are not on good terms with the neighbour, so they feel that you have already told the neighbour, so they feel very uncomfortable.

I: Sister what about the emotional support to the patient.

R: Emotional support? As I said that they are usually seen like other human beings. So usually we discuss any problem with the patient. If he got children we find out who's caring for the children now. We try to be empathetic, you know, put yourself into that situation. More special that since this disease we do not know where it came from and seeing it as it is now it is so much popular and most of the people is suffering from it. Tell the patient that, "you know, I feel that one of these days we are all going to have the disease, really," it is a disease and you try to make the patient understand that it is a disease, really. No one like it but he must just accept it is a disease, but don't say thinking about it a lot. Know it is difficult, because most of these people, once they know they have got AIDS, they don't deteriorate because of the disease, it is because of the worry that they have. That is what I have discovered.

I: So, you think it is because of their emotional ...

R: ...emotional burden, yes, yes. Most of them, they deteriorate because of the emotional burden and not just because of the disease.

I: Do you feel that if we can give them more emotional support that, that can help them .

R: That could help a lot. That could help a lot.

I: Do you think the nurses are equipped to give emotional support to the patient.

R: Not enough. not enough really.

I: Is there anything else of the patient that must be attended to, that you want to tell me. We have spoken about the emotional support and the physical treatment and the education to the family as how to bath the patient. Who give the guidance of how to exercise to the patient to the family

R: The nurse

I: We have attended the financial support. Do you have any support groups for AIDS patients.

R: No

I: Anything else that you would like to add.

R: O' about the sangomas. I discovered something in 1993. A patient complained about sore feet. So, the other day when I came he said "O' my feet is so much better", so I ask him what did you use. He said a certain

senyanga came her and prick my feet with a porcupine feather. I said mmmm and didn't show him that I was alarmed, and said hooo, which senyanga was it. I would like to see him. He told me the senyange stayed in the hostel. I thank him and said that I really want to see him. You know what came to my mind is that these senyangas use this porcupine feather for other patients, they don't sterilise them, so I just thought of the infection to other people. I went to visit the senyanga the very same day. We went to the clinic, sat down and so I explain to him: "I was with your patient and she is much better. You have helped her". I ask him if he knows what she is suffering from. He said no. I said, you know they say she is suffering from AIDS but it is not AIDS it is itchman. I'm afraid that if they tell it is AIDS it might be AIDS. So I explain how the AIDS infection go around. Oh, he was so much alarmed, because they even use these things on themselves. They belief in pricking the whole body. So he was so much alarmed. I gave him education about AIDS and how it goes around. Oh really he thanked me lot and I said is there any other senyangas that you know that use these things. He said oh yes, he knows about three there in the hostel. I said OK, call them so that I can explain to them. Then he called them and they also got that health education about AIDS. I know that this porcupine feathers they are very much scares. They can't find them any where. I tell them if you find a porcupine you take all his feathers and you better use one feather to one patient. So he said "yes, yes, yes I appreciate it really and do you know we use this feather also on ourselves I might have AIDS by now". And the razors, they also use razors. So I even told them about the razors and it is because to use that razor to only one patient and discard it . We tell them about it, but razors are very much expensive but I explain that they must boil them, it might be better if they boil them. Then afterwards they was alarmed, I contacted all the sangomas and singing of the township and held a meeting. Fortunately I got hold of each and every singing because the one told me there is another senyanga. So I made a demonstration of burning

needles and this porcupine feathers. so I give them health education. Really they appreciated it. Most of them tell me that they didn't know about it and how the infection goes about. They didn't know. They thought that AIDS affects only your private parts. So it was just a success.

I: Sister, do you think it is important for the patient to been seen also by the sangoma.

R: It is not important. As long as the patient understands the illness the patient will never ever wanted a sangoma, because a sangoma doesn't know about AIDS. Most of them know that it is only a illness of your own private parts. They don't know that your blood stream is affected. They just think of private parts and most of them think of sores or something of that. They don't know about AIDS. The problem is when a patient visit a sangoma for a long time, not going to a doctor, he is losing weight, and we said no, they say it is called consentagies. I don't know if you know it. It is when the food stays in there and causing poison. We try and tell the patient when they came here that we can take blood and then it is HIV positive. That is a problem. They delay a patient to be diagnosed. They delay a patient to be diagnosed by telling them no it is an itch and that and the patient come to the clinic very late.

I: Sister, thank you very much. Is there anything else of the nursing of an AIDS patient that you want to tell me.

R: I don't feel I have told you every thing but it is out of my mind, but I feel I can't tell any more.

BYLAAG C

**Riglyne vir analise van data soos
aan mede-kodeerders gegee**

Hierdie metode van data analise wat deur Giorgi beskryf word, bestaan uit vyf stappe:

- 1) Die navorser beskryf die totale belewenis en lees dit daarna om 'n totale beeld van die geheel te kry.
- 2) Die transkripsie word vir 'n tweede keer gelees. Samevattinge word geïdentifiseer sodat die samevattinge mekaar kan opbou tot 'n geheel.
- 3) Die navorser elimineer nou oortollige/oorbodige inligting in die geïdentifiseerde eenhede. Indien daar losstaande eenhede is, word hulle nou by die geheel geïnkorporeer.
- 4) Hierna reflekteer die navorser op die oorbodige inligting (in die pasiënt se uitdrukking) en transformeer die konkrete inligting tot bruikbare wetenskaplike inligting, byvoorbeeld as die pasiënt sou sê: *"ek het beter gevoel toe..."* na *"ek het ... as hanteringsmeganisme gebruik"*.
- 5) Die navorser integreer dan die insig van die beskrywende struktuur van betekenis van die belewenis.
- 6) Daarna word die inligting gekategoriseer volgens herhaalde tendens.
- 7) Die finale produk word voorgelê aan ander navorsers/medekodeerders vir kritiek en/of aanvaarding.

Kleur penne kan gebruik word om die onderskeie kategorieë te onderstreep en identifikasie sodoende te vergemaklik. Indien u kleur penne gebruik, dui asseblief die kleurkodes aan, byvoorbeeld: Geloof = groen.

BYLAAG D

Toestemmingsvorms

Hiermee bevestig ek dat ek die aard en die omvang van die navorsing soos gedoen deur mev. P.M. Basson duidelik verstaan. Ek verstaan dat geen vertroulike inligting misbruik sal word nie en dat geen fisieke eksperimente en/of ondersoeke op my gedoen sal word nie. Ek gee ook hiermee toestemming om deel te neem aan die navorsing.

Geteken:.....

Getuie:.....

Getuie:.....

Datum:.....

I declare that I fully understand the nature and extent of the research done by P.M.Basson. I understand that no information will be misused and that no physical experiments and/or examination will be done on me. I give permission to partake in the research.

Signed:.....

Witness:.....

Witness:.....

Date:.....

BYLAAG E

Minimum vereistes van domeinkundiges

1. 'n B. graad in verpleegkunde of 'n gelykwaardige kwalifikasie.
2. Drie jaar toepaslike ondervinding.

BYLAAG F

Kriteria vir die evaluering van die model

KRITERIA VIR MODELEVALUERING

Merk die toepaslike blokkie en voltooi vraag 3:

	STEM BESLIS NIE SAAM NIE	STEM NIE SAAM NIE	ON- SEKER	STEM SAAM	STEM BESLIS SAAM
1. ONTWIKKELING VAN MODEL					
1.1 Die proses van die modelontwerp is duidelik omskryf					
1.2 Die fases van die modelontwerp is duidelik uiteengesit					
1.3 Die onderstaande konsepte is duidelik gedefinieer:					
1.3.1 Verpleegkundige					
1.3.2 HIV positiewe pasiënt					
1.3.3 Gesin					
1.3.4 Gemeenskap					
1.3.5 Multidissiplinêre gesondheidspan					
1.3.6 Verpleegsorgbehoefte					
1.3.7 Versorger					
1.4 Die definisies is so omskryf dat die relevansie daarvan vir gebruik in die model in die definisie oorgedra word					
1.4.1 Verpleegkundige					
1.4.2 HIV positiewe pasiënt					
1.4.3 Gesin					
1.4.4 Gemeenskap					
1.4.5 Multidissiplinêre gesondheidspan					
1.4.6 Verpleegsorgbehoefte					
1.4.7 Versorger					
1.5 Konstruering van teoretiese verwantskappe is duidelik uiteengesit					
1.6 Toetsing van verwantskappe is duidelik					

STEM BESLIS NIE SAAM NIE	STEM NIE SAAM NIE	ON- SEKER	STEM SAAM	STEM BESLIS SAAM

2. VISUELE VOORSTELLING VAN DIE MODEL

2.1 Die model is visueel aantreklik

--	--	--	--	--

2.2 Interaksies tussen konsepte is duidelik.

--	--	--	--	--

2.2.1 Interaksie tussen die verpleegkundige en die pasiënt is duidelik uitgebeeld.

--	--	--	--	--

2.2.2 Interaksie tussen die pasiënt en gesin is duidelik uitgebeeld.

--	--	--	--	--

2.2.3 Die interaksie tussen die pasiënt en die gemeenskap is duidelik uitgebeeld

--	--	--	--	--

2.2.4 Die interaksie tussen die pasiënt en die gemeenskapsbronne is duidelik uitgebeeld.

--	--	--	--	--

2.3 Verwantskappe tussen konsepte is duidelik.

--	--	--	--	--

2.3.1 Die verwantskap tussen die pasiënt en die gesin is duidelik uitgebeeld.

--	--	--	--	--

2.3.2 Die verwantskap tussen die pasiënt en die gemeenskap is duidelik uitgebeeld.

--	--	--	--	--

2.3.3 Die verwantskap tussen die gesin en die gemeenskap is duidelik uitgebeeld.

--	--	--	--	--

2.4 Dit is duidelik dat die filosofiese raamwerk van die model as grondslag van verpleegsorg dien.

--	--	--	--	--

2.5 Dit is duidelik dat die pasiënt se siekte volgens stadiums verloop

--	--	--	--	--

2.6 Verpleegkundige

--	--	--	--	--

2.6.1 Dit is duidelik dat die verpleegkundige die hoofrol in die verpleegsorgmodel vertolk.

--	--	--	--	--

2.6.2 Die funksies van die verpleegkundige is duidelik uitgebeeld en beskryf

--	--	--	--	--

3. ALGEMENE OPMERKINGS

3.1 Is die model toetsbaar in die praktyk?

JA	NEE
----	-----

3.2 Wat is die bruikbaarheid van die model, soos deur u gesien?

.....
.....
.....
.....
.....

3.3 Ander opmerkings:

.....
.....
.....
.....
.....

BYLAAG G
Dekkingsbrief

Departement Verpleegkunde
Interne Posbus 128
UOVS
Posbus 339
BLOEMFONTEIN
9300

6 Mei 1996

Geagte

EVALUERING VAN DIE VERPLEEGSORGMODEL VIR HIV POSITIEWE PASIËNTE

Hierdie gestruktureerde verpleegsorgmodel is opgestel deur Petro Basson vir gebruik deur verpleegkundiges om aan die verpleegsorgbehoefes van die HIV positiewe pasiënt te voorsien.

Uit praktykondervinding en nadat 'n behoeftebepaling bedoen is, is vasgestel dat HIV positiewe pasiënte meestal op 'n "*probeer en tref*" manier verpleeg word.

Omdat VIGS 'n oordraagbare, stigmatiserende en terminale siekte is, benodig HIV positiewe pasiënte kwaliteit verpleegsorg. Verpleegkundiges voel hulself nie voldoende toegerus om hierdie pasiënte te verpleeg nie.

Uit die navorsing is verpleegsorgbehoefes van HIV positiewe pasiënte en verpleegkundiges se siening ten opsigte van HIV positiewe pasiënte se verpleegsorgbehoefes vasgestel.

Aangesien geen geneesmiddel teen VIGS/HIV infektering bestaan nie en die getal persone wat daagliks met HIV geïnfekteer word toeneem, is dit van kardinale belang dat verpleegkundiges toegerus word om hierdie pasiënte volgens 'n wetenskaplike metode te verpleeg.

Omdat u as domeinkundige op die gebied van modevaluering en/of gemeenskapsgesondheid beskou word, vra ek u vriendelik om die aangehegte kriteria te voltooi.

Dit sal waardeer word indien u die kritiek voor of op 13 Mei 1996 aan my kan terug faks by die volgende nommer (051) 311927.

By voorbaat baie dankie vir u samewerking.

Vriendelike groete

PETRO BASSON

BYLAAG H

Inligtingsvorm vir

Domeinkundiges

VOLTOOI ASSEBLIEF DIE VOLGENDE INLIGTING

NAAM EN VAN:

.....

ADRES:

.....

.....

HUIDIGE POSBENAMING:

.....

TYDPERK IN HUIDIGE POS:

.....

TYDPERK TOEPASLIKE ERVARING:

.....

.....

.....

.....

REGISTRASIES (SOOS BY SARV GEREGISTREER):

.....

.....

.....

.....

HOOGSTE AKADEMIESE KWALIFIKASIE:

.....

.....

ANDER INLIGTING WAT U VAN BELANG BESKOU:

.....

.....

.....

.....